

Bericht aus der Abtheilung des Prof. Pieniãzek in Krakau.

Von

Docent Dr. **Alexander Baurowicz.**

Der langgehegte Wunsch des Prof. Pieniãzek, der Laryngologie in Krakau ein eigenes Heim zu schaffen, ging erst im Jahre 1894 in Erfüllung, indem die Landesregierung eine besondere Abtheilung für die Krankheiten der oberen Luftwege mit 10 Betten, 5 für Männer, 5 für Weiber, beim Landesspital des heiligen Lazarus gründete. Es mangelte nur der Abtheilung ein Instrumentarium, dieses wurde aber von Prof. Pieniãzek der Abtheilung geschenkt, und wir traten am 7. Juni 1894 zur Arbeit. Schon im nächsten Jahr kam aber die k. k. Regierung der jungen Abtheilung zu Hilfe, indem sie eine einmalige Gabe neben jährlichen votirte und der Abtheilung einen Assistenten zugab. Die geringe Zahl der Betten erlaubte meistens nur, schwere Fälle, welche eine chirurgische Behandlung erforderten, aufzunehmen; wir werden auch sehen, dass unsere Thätigkeit hauptsächlich auf Operationeingriffen beruhte.

Ausserdem fanden die Kranken eine ambulatorische Aufnahme, worüber ich auch, wie vom Ambulatorium für Ohrenkrankheiten, welches letztere mir allein zu Gebote stand, berichten werde. Nachdem mir die Ehre wurde, an der Wiege der laryngologischen Abtheilung zu stehen und an ihrer Entwicklung mitzuarbeiten, will ich nun über unsere Thätigkeit durch 4½ Jahre (vom 7. Juni 1894 bis Ende 1898) einen Bericht erstatten und dadurch meine Dankbarkeit meinem hochverehrten Chef, Prof. Pieniãzek, wenigstens theilweise erweisen.

Die Zifferbewegung der in der Abtheilung für die oben erwähnte Zeit verbleibenden Krankheitsfälle stellt sich wie folgt:

1894		1895		1896		1897		1898		zusammen
m.	w.									
22	16	42	40	42	36	40	53	35	30	356

Die Zahl 356 stimmt nicht mit der Zahl der Kranken nach dem Tagebuch der Abtheilung überein, nach diesem waren es 439 Kranke; da aber viele von diesen mehrere Male Aufnahme fanden, können wir als Grundlage für den Bericht nur die Zahl der Krankheitsfälle aufnehmen, über welche uns die folgende Tafel eine leichte Uebersicht bietet.

WX2 GP6 S998sp 1899/5

1400 46 9390

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.									
Scleroma	7	6	8	11	7	8	8	9	4	8	76
Stenosis laryngis e perichondritide	2	—	—	—	1	—	—	1	1	—	5
Stenosis laryngis post perichondritidem	4	—	3	—	2	—	—	—	1	—	10
Stenosis lar. post laryngitid. crouposam	1	2	4	1	—	1	2	2	1	—	14
Vulnus scissum laryngis	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Fractura laryngis	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2
Fistula trachealis; exstirpatio totius lar. e carcin. facta	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Stenosis tracheae e strumate	—	—	—	1	—	1	—	—	1	1	4
Struma intratrachealis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Corpus alienum in broncho dextro	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Bronchostenosis e compressione	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	2
Tuberculosis nasi (septi)	—	—	—	2	—	2	—	3	1	—	8
Tuberculosis pharyngis et laryngis	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	2
Tuberculosis buccae et laryngis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Tuberculosis linguae et laryngis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Tuberculosis linguae	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Tuberculosis laryngis	3	2	7	4	13	3	12	3	7	1	55
Lupus nasi	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	3
Lupus nasi et pharyngis	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Lupus nasi et palati mollis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Lupus palati et pharyngis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Lues secundaria laryngis	—	—	3	1	1	1	—	—	—	—	7
Lues tertiaria nasi	—	—	1	—	—	—	—	1	—	1	2
Lues tertiaria nasi et pharyngis	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1	4
Lues tertiaria nasi, palati duri et cavi nasopharyngis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Lues tertiaria nasi, pharyngis et laryngis	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	2
Lues tertiaria pharyngis	1	1	—	1	2	1	—	—	—	—	7
Lues tertiaria linguae	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Lues tertiaria pharyngis et laryngis	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	4
Lues tertiaria laryngis	2	—	1	—	—	—	2	2	3	—	8
Lues tertiaria tracheae	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Epiglottitis	—	—	1	1	—	—	2	—	—	—	2
Laryngitis acuta	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4
Laryngitis subglottica acuta	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2
Laryngitis submucosa acuta	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2
Laryngitis chronica	1	—	3	2	2	1	—	1	—	—	9
Arthritis laryngea rheumatica	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1
Aphonia hysterica	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	4
Functio respiratoria perversa	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1
Vox fistulosa habitualis	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1
Paralysis nervi recurrentis	—	—	1	—	2	—	—	—	1	—	8
Paralysis bulbaris	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	1
Phlegmone peritrachealis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Uebertrag	18	15	31	32	31	27	28	37	22	23	265

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.									
Uebertrag	18	15	31	32	31	27	28	37	22	23	265
Phlegmone colli								1	1		1
Papillomata laryngis		1			2		1		1		6
Stenosis laryngis e fibromate	1								1		1
Carcinoma cavi narium							1				1
Carcinoma palati mollis									1		1
Carcinoma tonsillae	1										1
Carcinoma pharyngis						1					1
Carcinoma linguae					1		1				1
Carcinoma laryngis			2		2		2	1			8
Carcinoma tracheae			1		1						2
Sarcoma nasi							1				1
Sarcoma palati mollis			1								1
Sarcoma cavi nasopharyngis	1				1				1		3
Lymphosarcoma cavi nasopharyngis									1		1
Sarcoma laryngis	1					1					2
Glossitis parenchymatosa										1	1
Abscessus ad radicem linguae				1		1					2
Abscessus sublingualis						1					1
Abscessus peritonsillaris						1			2	3	6
Abscessus retropharyngealis			1								1
Abscessus lateropharyngealis				1						1	2
Angina lacunaris				1				1	1		3
Pemphigus						1					1
Epistaxis					1		1				2
Deviatio septi							1				1
Haematoma septi traumaticum								1			1
Polypus septi							1				1
Polypi narium			4	4	1	1	3	6	3	1	23
Fibroma cavi nasopharyngis			1					1	1		3
Rhinitis hypertrophica (polypoides)			1		2	1	2	3		1	10
Ectasia conchae bullosae						1					1
Empyema antri Highmori				1							1
	22	16	42	40	42	36	40	53	35	30	356

Die erste Reihe der Fälle nimmt das Sclerom der oberen Luftwege ein; zusammen mit sieben anderen beobachteten Fällen, welche in der ambulatorischen Behandlung standen, und sechs schon in den ersten Monaten des laufenden Jahres aufgenommenen, erstreckt sich unsere Erfahrung auf genaue Beobachtung von 89 Fällen. Davon stammen 8 Fälle aus dem Königreich Polen, 3 aus Ungarn, während die übrigen 78 aus Galizien waren. Die aussergewöhnliche Häufigkeit dieser Krankheit in Galizien lieferte auch unserer Abtheilung die grösste Arbeit; wenn auch in dem grössten Theil der Fälle die Nase, der Nasenrachenraum und der Kehlkopf gleichzeitig erkrankt waren, so fehlten auch nicht Fälle, wo die Nase nicht scleromatös erkrankt

war, oft dagegen einen atrophischen Catarrh zeigte; seltener schon fehlten die Veränderungen im Nasenrachenraum, endlich waren es Fälle, wo die Erkrankung ihren primären Sitz im Kehlkopf oder in der Luftröhre hatte. Nur in 9 Fällen wurde die Form der äusseren Nase nach dem Prototyp Hebra's gerändert gefunden, sonst, abgesehen von 21 Fällen, wo überhaupt in der Nase nichts Characteristisches zu sehen war, verrieth die Gestalt der äusseren Nase die Krankheit nicht. In 14 Fällen war der Nasenrachenraum frei von Veränderungen und davon nur 10 Mal auch die Nase nicht erkrankt; in den übrigen 4 Fällen waren die characteristischen Kennzeichen in der Nase vorhanden. Von 10 Fällen, wo der Nasenrachenraum und die Nase nichts Characteristisches boten, waren dagegen 1 Mal Veränderungen im Rachen, in den übrigen 9 Fällen trat die Krankheit 7 Mal primär im Kehlkopf und 2 Mal primär in der Luftröhre auf. Von der gesammten Zahl 89 nahmen die Veränderungen 9 Mal nur den obersten Theil der oberen Luftwege (Nase, Nasenrachenraum, ev. auch Rachen und Mundhöhle) ein, 1 Mal war nur der Rachen allein erkrankt, in den übrigen 79 Fällen waren die Veränderungen 60 Mal im Kehlkopf, 9 Mal in der Luftröhre, 8 Mal im Kehlkopf und in der Luftröhre; in 2 Fällen endlich erstreckte sich die Krankheit bis auf die Hauptbronchien. Dem Geschlecht nach waren es 38 männliche und 51 weibliche Kranke, wobei das jüngste Individuum 11 Jahre alt war, das älteste 50 Jahre. Zwei Mal wurde die Krankheit bei Geschwistern beobachtet, ein Mal bei zwei Schwestern, das andere Mal bei zwei Brüdern. Nachdem mehrere Kranke in verschiedener Zeitlänge wieder aufgenommen wurden, erstreckt sich die Beobachtung der einzelnen Fälle auf einige Jahre. Vier Fälle kamen zur Necroscopie, indem in zwei Fällen die Lungentuberculose den Tod herbeiführte, ein Mal die Lungenentzündung. Eine Kranke erstickte, nachdem sie bei einem chirurgischen Eingriff in die Bronchien das plötzlich in grösserer Menge ausgetretene Blut aspirirte; auch in diesem Fall fehlte es nicht an tuberculösen Veränderungen in den Lungen, und wenn auch öfters bei Scleromkranken die Lungentuberculose sich hinzugesellt, kann das nur mit der Neigung dieser Kranken zu Catarrhen überhaupt im Zusammenhang stehen, wozu auch das längere Bleiben in Spitälern beitragen kann. Von 79 Fällen, wo der Kehlkopf und Luftröhre allein oder zusammen erkrankt waren, kam es 69 Mal zu Erscheinungen der Stenose, wogegen in zwei Fällen Perichondritis des Kehlkopfes nachgewiesen wurde. Dem Sitze nach war die Stenose 51 Mal im Kehlkopf, 8 Mal in der Luftröhre, 6 Mal im Kehlkopf und in der Luftröhre. 2 Mal wurde der Kehlkopf, die Luftröhre und die Bronchien verengt gefunden. In 10 Fällen wurden zur Zeit unserer Untersuchung der Kehlkopf oder die Luftröhre, mit Ausnahme der Bronchien, zwar schon erkrankt, doch nicht verengt gefunden.

Bei der Behandlung der Verengerung im Kehlkopf allein, wo die Tracheotomie nicht nothwendig war, gingen wir immer mit der Dilatationsmethode mit Schrötter'schen Hartgummiröhren vor, und in 22 Fällen wurde auf diese Weise die Stenose behoben; einige Male wurde es wieder nöthig, nach dem Dilatationseingriff einige Stunden später wegen der reactiven Schwellung die Tracheotomie zu machen. Man kann manchmal bei mehr frischen Veränderungen beinahe bestimmt

sagen, dass hier eine Schwellung auftreten wird; wenn aber eine Tracheotomie nöthig war, gewann der Kranke, weil man jetzt energischer zur Beseitigung der Stenose eingreifen konnte. Zu den Eingriffen, welche nach der Tracheotomie auf die erste Stelle zu legen sind, gehört die Laryngofissur; 17 Mal konnten wir die Kranken decanüliren, einer wurde zeitweise noch mit der Canüle entlassen, einer erlag in einigen Wochen einer Pneumonie, nachdem er schon auf dem Wege der Genesung war. Wir operirten immer bei hängendem Kopfe und legten dann einen fest gerollten Tampon aus Jodoformgaze ein; es war dann manchmal nothwendig, die gewucherten Granulationen oder Leisten entsprechend der Grenze zwischen Tampon und Canüle zu entfernen. Schliesslich, nach der Decanulation, halfen uns auch manchmal Schrötter'sche Röhren, wenn es noch immer an der vorderen Wand, wo die Schildknorpelplatten zusammenwuchsen oder wo die Trachealfistel war, zur Granulationsbildung kam. In fünf dazu geeigneten Fällen gingen wir nach der Tracheotomie mit der Dilatation vor und befreiten jedes Mal die Kranken von der Canüle. Einmal, nachdem der Sitz der Stenose der obere Theil des Kehlkopfes war, nämlich als eine tumorartige Verdickung, welche von der Gegend des Petiolus epiglottidis ausging, sich auf beide Seiten ausbreitete, so dass zwischen dieser Verdickung und den Aryknorpeln kaum eine schmale, quere Spalte übrig blieb, machte Prof. Pieniżek einen T-Schnitt; es wurde nun die Laryngofissur mit der Pharyngotomia subhyoidea verbunden und auf diese Weise der verdickte Kehldedeckel gänzlich exstirpirt. Die Kranke wurde decanulirt, später aber kam sie zu uns mit Erscheinungen einer ausgesprochenen Lungentuberculose, und die Glottisspalte, welche ihr sonst genügen konnte, erwies sich beim Gebrauchen zum Aushusten als zu schmal, man musste nun der Kranken wieder die Canüle einlegen. Nach der Tracheotomie erholte sich die Kranke auffallend rasch, wir machten nun eine zweite Laryngofissur, um die Glottisspalte zu erweitern und hoffen auf die Entfernung der Canüle. Bei zwei Kranken wurde nach der Tracheotomie die weitere Behandlung nicht geführt, beide Male wegen des allgemeinen schwächlichen Zustandes; zwei Kranke entzogen sich der nöthigen Behandlung.

Wie schon oben erwähnt, bestand acht Mal eine Verengung der Luftröhre allein, ohne dass der Kehlkopf miterkrankt war; davon machte in vier Fällen Prof. Pieniżek die Tracheotomie, ging zwei Mal dilatatorisch vor, die anderen zwei Male wurde die Stenose, nachdem man die Cricotracheotomie machte und die Kranken in die Lage mit dem hängenden Kopf brachte, bei Benutzung des Trachealtrichters mit der scharfen Curette beseitigt; man legte dann eine elastische Trachealcanüle ein; schon in kurzer Zeit wurden beide Kranke decanulirt. Ich gewann persönlich die Erfahrung, dass es besser ist, statt einer tiefen Tracheotomie, um näher zu der Stelle der Stenose zu kommen, eine obere Tracheotomie oder Cricotracheotomie zu machen und von da direct gegen die verengende Stelle zu wirken, wodurch die Behandlung viel abgekürzt wird. Bei nachfolgendem Dilatationsverfahren, wie es in zwei anderen Fällen war, hat man Schrötter'sche Zinnbolzen genommen, wenn die Stenose ziemlich hoch ihren Sitz hatte, oder gebrauchte man Cautschukröhren; mit diesen letzteren beseitigte man auch in

einem Fall die Stenose, welche noch nicht zur Tracheotomie drängte; die übrigen drei Fälle entzogen sich der Behandlung. Wir sehen nun, dass alle fünf behandelten Fälle der Verengung der Luftröhre allein decanülirt entlassen wurden.

In sechs Fällen, wo der Kehlkopf und die Luftröhre gleichzeitig verengert waren, genügte zwei Mal dilatatorische Behandlung. Ein Kranker entzog sich der Behandlung, in den übrigen drei Fällen wurde die Tracheotomie gemacht, die Verengung der Luftröhre sofort mit der Curette beseitigt, und nachdem die Luftröhre genügend weit war, machte man die Laryngofissur; es gelang auch, zwei Mal die Kranken zu decanüliren. Bei einem, wo die Veränderungen die ganze Luftröhre ergriffen, musste man einige Male die Verengung der Luftröhre mit der Curette beheben, darauf machte man auch zwei Mal die Laryngofissur, und nachdem man schon den Kranken decanülirte, machte die Lungentuberculose Fortschritte und setzte dem Leben ein Ende.

Von zwei Fällen, wo der Kehlkopf, die Luftröhre und die Hauptbronchien verengert waren, war einmal schon die Tracheotomie gemacht, im anderen Fall wurde dieselbe bei uns gemacht; die schwere Behandlung, den verengerten Bronchien ein entsprechendes Lumen zu schaffen, was man nur mit der Curette erzielen konnte, führte doch in einem Falle nach langer Mühe zur Beseitigung der Stenose. Im ersten Fall, trotzdem, dass die Verengung der Luftröhre und des Kehlkopfes, die letzte auf dem Wege der Laryngofissur, beseitigt wurde und die Kranke mit der verstopften Canüle bleiben konnte, bestand die Verengung der Bronchien weiter, nachdem sie nach jeder Beseitigung mit Curettement in einigen Wochen zurückkehrte, bis einmal während des Eingriffes, welchen wir in der sitzenden Stellung schon viele Male früher vornahmen, die Kranke bei der plötzlich entstandenen grösseren Blutung erstickte. Im zweiten Falle war man schon vorsichtiger, indem man den nöthigen Eingriff in die Bronchien in der Lage mit dem hängenden Kopf ausführte. Nach vielen Eingriffen gelang endlich die Beseitigung der Stenose der Bronchien, der allgemeine Zustand des Kranken wegen hinzugesellter Lungentuberculose ist aber sehr elend.¹⁾ Man soll nun trotzdem, dass solche Fälle als verloren gelten und obwohl das aspirirte Blut bei Eingriffen zur Entwicklung der Tuberculose beitragen kann, die Mühe nicht sparen, wozu uns die Pflicht der Rettung des Kranken vor dem drohenden Erstickungstode drängt, und schliesslich die Hoffnung der bleibenden Behebung der Stenose doch in Erwägung zu ziehen ist.

Die Behandlung der Verengung der Nasenhöhlen in Fällen des Prototyps Hebra, erfreut sich weniger eines bleibenden Erfolges, sonst gaben Curette und Cauter gute Resultate. Eher gelang die Beseitigung einer Verengung im Rachen oder im Nasenrachenraume, endlich einmal hatte die Verengung ihren Sitz in der Gegend der vorderen Gaumenbögen, gegen welche die Ränder der Zunge stark emporgezogen wurden, es blieb dadurch kaum eine hellergrosse Oeffnung übrig, und der Cauter schaffte hier auch anfangs einen grossen Effect; es liegt schon in der Natur des scleromatösen Processes, wo die Verengung einen

¹⁾ Der Kranke erlag schliesslich der Tuberculose am 15. Juni 1899.

Bogencharacter trägt, dass wenn man in diesen Bogen einschneidet, dann die Theile desselben auseinander gehen und theilweise auch in dieser Lage bleiben.

Die nächste Reihe der Kehlkopfverengerungen bildeten die im Gefolge der Knorpelhautentzündung, von denen zusammen 15 beobachtet wurden, nämlich 5 frische Fälle, die anderen 10 mit Verengerung nach schon abgelaufenem Prozesse; der Anamnese nach müssen 8 Fälle als idiopathische Knorpelhautentzündung angesprochen werden, 6 entstanden nach dem Bauchtyphus, endlich 1 nach der Influenza. Beim Ergriffensein überwog die Erkrankung der Giessbecken- und Ringknorpel, wobei seltener beide Seiten im gleichen Grade erkrankt waren, öfters war die eine eigentlich erkrankt und die andere nur in Mitleidenschaft gezogen, und nur in einem Fall war eine reine Perichondritis cricoidea mit Verschonung der Gelenkgegend zu sehen; in einem schon in diesem Jahre beobachteten Falle constatirte man hauptsächlich die Knorpelhautentzündung der Schildknorpelplatte. Es wird nicht uninteressant sein, zu erwähnen, dass von 15, eigentlich bis jetzt schon 17 beobachteten Fällen der Perichondritis, nur zwei Weiber betrafen, die anderen 15 galten den Männern.

Von 5 frischen Fällen machten wir in drei die Tracheotomie, die anderen zwei kamen schon zu uns mit der Canüle. Nachdem die Entzündungserscheinungen vorübergingen, fanden die Kranken wieder Aufnahme zur Behebung ihrer Stenose, eventuell nur zur Decanulation, wie das in einem Falle war, wo wir mit einer reinen einseitigen Form der Perichondritis crico-arytaenoidea zu thun gehabt haben, in drei anderen Fällen machten wir die Laryngofissur, wobei nicht nur die subchordalen Verdickungen, diese häufigste Ursache der Verengerung ausgeschnitten, sondern auch das eine oder beide Stimmbänder geopfert wurden, um einen genügend breiten Raum zu gewinnen. Wenn es nothwendig war, das eine Stimmband zu entfernen, wählte Prof. Pieniżek immer dieses der beweglichen Seite, denn die sich nachher auf der Seitengegend bildende Leiste übernahm genügend die Thätigkeit des Stimmbandes, ohne die Breite des Lumens einzuengen; die übrigen 10 Fälle boten uns in dieser Hinsicht genügende Erfahrung. Das Dilatationsverfahren kam uns auch öfters zu Hülfe, nämlich die Schrötter'schen Bolzen, welche sich immer von allen anderen Dilatationsmethoden am besten bewährten. Auch mit dem Messer, scharfem Löffel und Cauter halfen wir uns, um die Kranken decanüliren zu können.

Wenn ich nun auf die zu besprechenden Fälle zurückkomme, so wurden in zwei die Kranken decanülirt, bei dem dritten trotz zweimaliger Laryngofissur, nach dem Herausnehmen der Canüle, nahen sich so die Seitenwände einander zu, dass man wieder die Canüle einlegen musste, um dasselbe bei dem Kranken wieder zu versuchen; in anderem Falle, wo keine Laryngofissur gemacht wurde, ging man mit dem Löffel und Cauter vor und konnte man den Kranken schon längst decanüliren, wenn derselbe sich nicht von der Beobachtung zurückgezogen hätte, zufrieden, dass er mit der verstopften Canüle Tag und Nacht bleiben kann.

Von den übrigen 10 Fällen, welche mit Verengerung nach abgelaufener Perichondritis aufgenommen wurden, stammen 5 aus früherer Beobachtung des Prof. Pieniżek, welcher auch bei allen diesen Fällen

in acutem Stadium der Krankheit die Tracheotomie machte und dann auch die weitere Behandlung führte, bis bei der Eröffnung der Abtheilung diese endlich in eigenen Heim Zuflucht fanden. Einer von diesen fünf Kranken wurde nach der vorgenommenen Laryngofissur decanülirt; die übrigen vier Fälle tragen noch immer die Canüle.

In anderen fünf Fällen wurde die Tracheotomie anderswo gemacht; in einem, welcher an der Schrötter'schen Klinik dilatatorisch behandelt wurde, gelang es ohne weiteres die Canüle zu entfernen, im Falle der reinen Perichondritis cricoidea ging man dilatatorisch vor und decanülirte nach gewisser Zeit den Kranken, die andern Fälle trotzten allen Eingriffen, obwohl man die Kranken wenigstens in den Zustand bringen konnte, dass sie die verstopfte Canüle gebrauchen können.

Die Laryngofissur machen wir immer, wie schon erwähnt; bei hängendem Kopfe in der Chloroformnarcose oder auch in localer Anaesthesie mit Injection von 2proc. Cocain, wobei jedenfalls mit Bepinselung der Schleimhaut mit 20proc. Cocain nachgeholfen wird; zum Schlusse legen wir einen fest zusammengerollten, entsprechend dicken Jodoformgazetampon und nähen gewöhnlich nur die Weichtheile über den Schildknorpeln an. Tampon nehmen wir gewöhnlich den achten Tag weg und ebenso die Nähte; das Auftreten des Oedems an der Zungenfläche des Kehldeckels, dann an den aryepiglottischen Falten und manchmal auch an Aryknorpeln, gilt als etwas Gewöhnliches, geht manchmal schon noch vor dem Entfernen des Tampons zurück, oder verschwindet bald nachdem der Tampon entfernt wurde. Nach dem Entfernen des Tampons soll man immer gleich einen Versuch machen, ob der Kranke beim Trinken sich nicht verschluckt, nöthigenfalls ist ein ähnlicher Tampon durch die Trachealfistel über die Canüle noch auf einige Tage zu legen, bis das Schlucken ohne Anstand vor sich geht. Die Granulationen, welche sich an der vorderen Wand, entsprechend der Stelle des Zusammenwachsens der Schildknorpelplatten bilden, dann die Leisten an den Seitenwänden an der Grenze des Canülen-Fensters, werden leicht durch die Trachealfistel beseitigt und auch die Hartgummiröhren von Schrötter werden wir manchmal nicht entbehren.

Die grosse Zahl (14) der Verengerungen nach der croupösen Laryngitis, welche ausnahmslos nur Kinder im Alter von $1\frac{1}{2}$ —6 Jahren betraf, bei welchen wegen Croup 12 Mal die Tracheotomie gemacht wurde, hat ihre Ursache meistens in den leistenförmigen Verdickungen gehabt, welche an den Seitenwänden zurückblieben; und in den entsprechend dem Canülenfenster an der vorderen Wand der Luftröhre sich bildenden Granulationen, welche man beseitigen musste, um die Canüle entfernen zu können. In hartnäckigen Fällen halfen wir uns mit dem Dilatiren von unten durch Einlegen von Jodoformgazetampons oder man legte Tubusröhren, oben dreieckig nach dem Modell des Prof. Pieniżek, entsprechend dem dreieckigen Aussehen der Glottis. In zwei Fällen war Stenose ohne die Tracheotomie, abhängig von subchordalen Schwellungen, in einem brachte die Intubation in kurzer Zeit Heilung, der andere Fall ($1\frac{1}{2}$ jähriges Kind), welcher schon bei der Aufnahme die Zeichen der Bronchopneumonie aufwies, endete letal. Von den übrigen 12 Fällen, welche uns alle nach der Tracheotomie im

Stadium der Reconvalescenz zugeführt wurden, führte in 7 die oben erwähnte Behandlung bald zum Ziele, nur die übrigen 5 Fälle waren mehr hartnäckig, wofür die Ursache nicht die subchordalen Verdickungen allein, vielmehr die narbige Schrumpfung der Schleimhaut an der hinteren Wand des Kehlkopfes lag, so dass man zur Laryngofissur greifen musste, um die verengernden Theile zu entfernen und die narbig degenerirte hintere Wand mit Einschnitten zu lockern. Auch hier leistete natürlich das Dilatiren mit Gazetampons oder mit dreieckigen Tubusröhren gute Hilfe, bis auf drei mehr hartnäckige Fälle, welche schon seit Jahren in Behandlung stehen, dieselbe aber vernäehlässigten, so dass man einige Male von Neuem anfangen musste, und in einem, nachdem es zur vollständigen Verwachsung des Kehlkopfes gekommen war, ein Lumen zu schaffen, wobei man beide wahren Stimmbänder sammt narbig entarteter Schleimhaut der Seitenwände opfern musste. Im anderen Falle nach vorausgegangener Laryngofissur wird eine schon lange fortgeführte Intubation angewendet. Beide Fälle stehen noch immer in der Behandlung; der dritte Fall entzog sich der Behandlung.

Mit der Einführung des Diphtherieheilserums in die Behandlung des Croup verminderte sich auch stark die Zahl der secundären Verengerungen nach Croup.

Wenn ich schon bei der Besprechung der Stenosen bin, erwähne ich nun die Kehlkopfverengerungen der tertiären Lues; von 14 Fällen der tertiären Affection des Kehlkopfes, welche in der klinischen Behandlung standen, allein oder auch mit den Erscheinungen an anderen Stellen, kam es acht Mal zur Verengung, welche sieben Mal die Tracheotomie erforderte, und nur in einem Falle reichte die spezifische Behandlung allein aus. In drei tracheotomirten Fällen wich die Stenose der spezifischen Behandlung, und man konnte ohne besondere Eingriffe die Canüle entfernen; in den anderen vier Fällen blieb eine Verengung zurück.

In einem dieser Fälle wurde, nachdem schon viermalige Laryngofissur mit der Excision der narbigen Theile nicht zum Ziel geführt hat, nach nochmaliger Laryngofissur eine biegsame Metallröhre (nach Angabe des Prof. Pieniążek), welche 15 cm lang und mit weichem Drain überzogen war, eingelegt, so dass das obere breite Ende in dem Sinus Morgagni steckte, und darüber so die Ränder nach der Laryngofissur, wie die der Trachealfistel, nachdem man sie umschnitten hat, vernäht. Diese biegsame Röhre trug die Kranke acht Wochen hindurch, und nachdem dieselbe entfernt wurde, blieb das Lumen des Kehlkopfes genügend breit; wir hatten Gelegenheit gehabt, die Kranke nach längerer Zeit zu sehen und uns vom dauernden Erfolg zu überzeugen.

Im anderen Falle wurde, nachdem die Dilatationsmethode nicht zum Ziel führte, noch früher auf den Vorschlag des Prof. Pieniążek von Prof. Rydygier (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXXVI) die Laryngofissur gemacht und dabei ein Keil aus dem hinteren Theil des Ringknorpels ausgeschnitten, wodurch die vernarbte hintere Kehlkopfwand sich erweiterte. Nach einer zweiten sechs Jahre später gemachten Laryngofissur gelang es uns, ein genügendes Lumen zu schaffen, man entfernte auch die Canüle, ohne aber die Trachealfistel zu ver-

nähen, um im nöthigen Falle nach einem Fremdkörper, welcher in den Bronchien der Kranken stecken geblieben sein sollte, zu suchen. Der Kranken glitt nämlich vor Jahren beim Reinigen der mit Borken verklebten Trachealfistel mit der Haarnadel dieselbe aus, und schon damals wollte Prof. Pieniżek die Nadel herausnehmen, worin aber die Kranke nicht einwilligte. Nun nach mehreren Jahren (1894) erschien die Kranke wieder und gab an, dass auch eine zweite Nadel ihr in derselben Weise ausgeglitten sei. Die Kranke warf durch die Trachealfistel eine Menge eitrigen Secrets aus und klagte über Schmerzen in der Gegend der rechten Thoraxhälfte und am unteren Ende des Schulterblattes derselben Seite. In der Chloroformnarcose beim hängenden Kopfe legte Prof. Pieniżek sein Trachealspeculum und erblickte an der Wand des rechten Bronchus etwas wie einen schwarzen Faden, was einem Theil der Haarnadel entsprechen konnte. Es wurde unter Controle des Auges die Trachealpincette hineingelegt, man fasste die Nadel und zog sie leicht heraus. Die zweite war aber nicht zu sehen und auch nicht zu fühlen. Obwohl die Schmerzen und der Auswurf sich verminderten, dauerten beide weiter fort, so dass man in einigen Wochen wieder in der Chloroformnarcose und auf dieselbe Weise nach der zweiten Nadel suchte, aber ohne Resultat; es gelang uns das auch nicht beim dritten Versuch.

Ausser diesem Fremdkörper brach bei einem unserer Kranken die Canüle vom Schilde ab (Canüle nach Thost von seinem Dilatationsinstrumentarium, bei einem Kranken, bei welchem diese Methode zur Behebung der Stenose nach Perichondritis angewendet wurde) und rutschte nicht tief in die Luftröhre, so dass man die Canüle gleich unter der Trachealfistel sehen konnte; man versuchte die Canüle in der sitzenden Stellung des Kranken herauszuziehen, was aber nicht gelang. Man legte den Kranken, um ihn zu chloroformiren, derselbe begann aber schwer zu athmen, dessen Ursache in der Drehung der nicht gefensterten Canüle und damit Verlegung des unteren Endes vermuthet wurde; man schob nun die Canüle tiefer ein, und nachdem dieselbe in den Anfang des rechten Bronchus hineinkam, begann der Kranke wieder frei zu athmen, Es gelang nun leicht, beim hängenden Kopfe die Canüle zu fassen; weil aber die Trachealfistel zu klein war, um den Fremdkörper passiren zu lassen, erweiterte man dieselbe nach unten und zog die Canüle heraus.

In einem dritten Fall gelangte wieder die unverhältnissmässig kleine Hartgummicanüle, nachdem sie sich von dem Schilde abgeschraubt hatte, in den rechten Bronchus. Dieser Fall ist schon dadurch interessant, dass bei demselben Kranken, welcher wegen Perichondritis laryngea tracheotomirt wurde, schon im Jahre 1888 dasselbe vorgekommen ist und die Canüle damals Prof. Pieniżek aus dem rechten Bronchus herausgenommen hat. Schon damals hätte man den Kranken decanüliren können; die Canüle aber hat ihm so viel Gutes gethan, dass er sich derselben nicht so leicht entledigen wollte. Er blieb mit derselben weiter, bis es ihm im Jahre 1895 wieder passirte, dass dieselbe sich abschraubte und in den unteren Ast des rechten Bronchus hineinflief. In der Chloroformnarcose, bei hängendem Kopfe und Einführen des Pieniżek'schen Trachealspeculum, bekam man nicht den Fremd-

körper zu Auge; es misslang auch das Fassen des Fremdkörpers, dessen Ursache man in der Kürze der Pincette erkannte. Man versuchte nun, denselben ohne Speculum zu fassen, aber auch das misslang. Es wurde momentan von dem Eingriff Abstand genommen und man legte einstweilen dem Kranken eine andere Canüle ein. Der Kranke erwachte dabei und ging in das andere Zimmer. Auf einmal bekam er ein Würgegefühl und spuckte die gesuchte Canüle aus. Dieselbe war bei der hängenden Lage und dem fortwährenden heftigen Husten durch die Luftröhre und Kehlkopf in den Nasenrachenraum des Kranken gelangt, von wo sie dann in der sitzenden Stellung herauskam. Diesen langen Weg konnte natürlich die Canüle nur dann passiren, wenn kein Speculum in der Luftröhre steckte, welches man, wie ich oben erwähnte, weggenommen hatte, um tiefer kommen zu können.

Zur luetischen Kehlkopfstenose zurückkehrend, erwähne ich nun unseren dritten Fall, welcher auch mit Laryngofissur behandelt wurde. Er betraf ein cachectisches Individuum; es gelang, die Stenose zu beheben. Der allgemeine Zustand der Kranken verschlechterte sich aber immer mehr und die Kranke erlag. Die Obduction wies den Marasmus universalis nach, braune Degeneration des Herzens und der Leber neben purulenter Bronchitis.

Der vierte Fall steht noch jetzt in der Behandlung, wo, abgesehen von schwierigen Wülsten an den Seitenwänden, besonders eine Verdickung an der hinteren Wand das Resultat der Laryngofissur erschwerte. Ich legte nun die Trachealfistel viel tiefer an, schnitt diese Verdickung tief sammt einem Theil des Ringknorpels heraus und legte durch längere Zeit Schrötter'sche Bolzen ein. Die wulstförmigen Verdickungen an den Seitenwänden, obgleich sie schon bei jeder Laryngofissur ausgeschnitten wurden, cauterisirte man einige Male mit dem Glühcauter und probirte, den Kranken zu decanüliren, um mit Schrötter'schen Cautschukröhren weiter zu behandeln; aber das Lumen des Kehlkopfes war nicht genügend breit, es wurde dem Kranken wieder die Canüle gegeben. Wir hoffen, schon bald die Stenose beheben zu können.²⁾

In zwei Fällen von Verengerung der Luftröhre wegen der tertiären Syphilis: wenn auch die Stenose ziemlich stark war, so gab doch das Bild der frischen Erscheinungen die Hoffnung einer baldigen Besserung bei specifischer Behandlung, wodurch man auch mit der Tracheotomie warten konnte. Beide Fälle waren früher noch nicht specifisch behandelt. In beiden wurden die Veränderungen im unteren Theile der Luftröhre gefunden, ein Mal als Geschwür, das andere Mal als noch nicht zerfallenes Gumma, wobei beide Mal die Erscheinungen der tertiären Lues an anderen Stellen, ein Mal an der Haut, das andere Mal an der Zungenwurzel, zur Feststellung der sicheren Diagnose halfen. Beide Fälle heilten so schön aus, dass ihre Luftröhren wieder normal wurden.

Ein Fall von Bruch des Ringknorpels. In Folge eines Falles

²⁾ Diesem Kranken nähte ich später eine T-Canüle hinein, mit welcher er einstweilen entlassen wurde, um nach Ablauf mehrerer Monate zu versuchen, dieselbe zu entfernen.

beim Uebersteigen eines Zaunes brach der Ringknorpel in seinem hinteren Theil an der linken Grenze der Platte und des eigentlichen Ringes. Der Kranke kam zu uns am dritten Tage nach dem Unfall. Wir fanden äusserlich das Pomum Adami, also den Winkel, welchen beide Schildkorpelplatten bilden, abgeflacht und laryngoscopisch neben grosser Hämorrhagie an der rechten Kehlkopfwand Schwellung beider Aryknorpel und subchordale Wülste, einen Schleimhautfetzen an der hinteren Wand, beweglich beim Athmen. Die Glottisspalte war reducirt zu einem kleinen, kurzen Dreieck im hinteren Theile, die Athmung auch ziemlich erschwert, doch nicht zur Tracheotomie drängend. Wir wollten dieselbe abwarten, doch wurde sie am dritten Tage nach der Aufnahme, also am sechsten nach dem Unfall, nothwendig. Am zweiten Tage nach der Tracheotomie wurde der vermuthliche Bruch des Ringknorpels durch die Trachealfistel festgestellt, man sah deutlich den Schleimhautriss und wie bei jeder Schluckbewegung die Bruchenden auseinander gingen, was noch die Untersuchung mit der Sonde vervollständigte. Wenn auch der Bruch des Knorpels nach gewisser Zeit zuheilte, kam es zur Erscheinung einer Perichondritis, und wegen der Stenose, die nach Ablauf derselben zurückblieb, machte man dann die Laryngofissur, indem man die verengende Verdickung an der rechten Seitenwand herauschnitt und nachher den Kranken decanülirte.

Im anderen Falle, nach dem vielfachen Bruche der verschiedenen Knorpeln des Kehlkopfgerüstes, entstand eine Verengerung des Kehlkopfes, so dass schon frühere Eingriffe (Laryngofissur und Zinnbolzenbehandlung) erfolglos blieben, desto eher jetzt nach Jahren; der Kranke musste die Canüle beständig tragen.

In dem Falle von *Vulnus scissum laryngis* handelte es sich um eine Verletzung, welche die *Membrana hyo-thyreoidea* traf; wir fanden oberhalb der Spitze des Pomum Adami eine quere 3 cm breite Spalte, durch welche man genau die wahren Stimmbänder übersehen konnte; laryngoscopisch sah man nur ein Vorfallen der vorderen Enden der Taschenbänder und der Schleimhaut über dem Petiolus nach rückwärts, so dass die Taschenbänder wie vorne verwachsen zu sehen waren. Die Wunde heilte per secundam aus, ohne Stenose.

Eigens soll erwähnt werden ein Fall der Verengerung der Luftröhre in Folge Struma bei einer 18jährigen Kranken, bei welcher an der chirurgischen Klinik die Strumectomie und in einigen Tagen später die Tracheotomie gemacht wurde. Anstatt der gewöhnlichen Canüle, welche sich als zu kurz erwiesen hat, legte man eine elastische Canüle nach Pieniżek ein (entsprechender Länge, harte Drains von verschiedenem Caliber): nach gewisser Zeit, nachdem die Kranke, auch ohne Canüle, genügend freien Athem hatte, wurde dieselbe entfernt und die Trachealfistel verheilte per secundam. In zwei Wochen später kam die Kranke mit einem schweren Athem zu uns, man fand die linke Trachealwand stark hineingedrückt und an der vorderen Wand Granulationen, entsprechend dem tracheotomischen Schnitte. Wir schritten zur Tracheotomie und fanden die stark von den Seiten abgeflachte Luftröhre nach rechts verschoben und so verdreht, dass die hintere Wand nach links gewendet war. Es wurde ein Einstich gemacht, derselbe wurde aber schwer ausfindig, um den

Dilatator einsetzen zu können; dabei wurde der Athem immer schwerer, man legte nun schnell durch den Mund in die Luftröhre einen englischen Catheter; jetzt war Zeit genug, um die Luftröhre zu finden, man fand sogar die Stelle der früheren Tracheotomie, wo man auch jetzt den Einschnitt machte und die elastische Canüle einsetzte. Beim Wechseln der Canüle sah man jeden Tag, wie die Seitenwände der Luftröhre zusammenfallen, und erst nach 25 Tagen konnte man die Canüle entfernen, nachdem die seitlichen Trachealwände, durch Einlegen immer steigender dicker Trachealcanülen, nicht mehr sich aneinander näherten.

In zwei anderen Fällen, wo der Druck auf die Luftröhre von dem malignen Struma herrührte, legte man nach der Tracheotomie entsprechend lange Canülen ein.

Der Fall der Struma intratrachealis wurde von mir in Fränkel's Archiv publicirt, hier will ich nur erwähnen, dass dieser Fall der achte in der Litteratur war, und die Meinung Ziemssen's, erwiesen von Paultauf, dass die Struma von aussen hineinwuchert, begründet hat, welcher Ansicht auch in letzteren Zeiten Bruns beistimmte, welcher früher die embryonale Theorie von versprengten Keimen annahm.

Ausser den Verengerungen der Bronchien in Folge des Scleroms beobachteten wir zwei Bronchostenosen, deren Ursache der Druck von aussen bildete, und eine, welche auf die luetische Affection zurückzuführen war, nachdem die specifische Behandlung Heilung brachte. In einem der ersten Fälle erfuhren wir von der Kranken, dass sie vor einigen Monaten eine Brustfellentzündung überstanden hat, nachher begann Athemnoth, welche immer stärker wurde. Mit dem Kehlkopfspiegel konnten wir nur nachweisen, dass der Kehlkopf und die Luftröhre frei waren, dabei fand man vollständige Unbeweglichkeit der rechten Brusthälfte, mit dem absolut gedämpften Schall und sehr schwachem bei der Ausathmung verlängertem Auscultationsgeräusche, was in der Gegend der Bifurcation auffallend stark hervortrat. Der Druck rührte hier wahrscheinlich von vergrösserten, tuberculös entarteten Lymphdrüsen her, und dieselbe Ursache hatte auch wahrscheinlich die Brustfellentzündung. Die Kranke entzog sich bald einer weiteren Beobachtung, eine einmalige Untersuchung des sehr geringen Auswurfes blieb negativ.

Der zweite Fall wurde kaum einige Stunden beobachtet, denn schon am Tage der Aufnahme, eigentlich Transferirung aus der internen Abtheilung, endete er letal. Die Kranke, 38 Jahre alt, wurde zu uns im Zustande der grössten Schwäche gebracht, mit deutlichen Zeichen einer Verengerung unterhalb des Kehlkopfes, und die Auscultation der Gegend der Bifurcation zeigte, dass hier der linke Bronchus verengt ist; durch die Percussion konnte man nichts Besonderes finden. Die sehr schwere, bei der liegenden Stellung der Kranken vorgenommene Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel zeigte an den Wänden der Luftröhre eingetrocknetes blütiges Secret, neben zahlreichen Blutungen in der Schleimhaut selbst. Die Temperatur der Kranken war subnormal. Aus der Anamnese, die in der inneren Abtheilung erhoben wurde, erfuhr ich, dass die Kranke schon seit 5 Monaten über stetig zunehmende Athemnoth klagte. Eine bestimmte Diagnose war nicht

möglich zu stellen. Die Necroscopie zeigte eine primäre Tuberculose der Lymphdrüsen an der linken Seite des Halses, im Mediastinum posticum und hinter dem Bauchfell, zugleich die Vereiterung der Drüsen in der Gegend des linken Bronchus und Druck auf denselben. Die Schleimhaut der Luftröhre und der Bronchien wies Beläge eines croupösen Exsudates neben zahlreichen Hämorrhagien auf, ausserdem eine diffuse eitrige Entzündung der Bronchien.

Die Kehlkopftuberculose, wenn sie auch öfter das Lumen des Kehlkopfes einengte, gab nur in fünf Fällen Anlass zur Tracheotomie; local wurden einige Fälle behandelt, wobei man der Curette den Vorzug gab, aber auch den Electrocauter anwendete, und nachdem man nur gewählte Fälle auf diese Weise behandelte, konnten wir auch gute und bleibende Resultate sehen.

In acht Fällen von Nasentuberculose mit ihrem Sitz oder wenigstens Ausgangsstelle an der Nasenscheidewand gingen wir mit dem Messer und Curette vor, und fünf Mal erzielten wir Heilung, in den anderen Fällen leider verbreitete sich der Process weiter.

In vier Fällen von luetischen Stenosen des Rachens durch Anwachsung des weichen Gaumens an die hintere Rachenwand schafften wir mit dem Electrocauter und Dilatiren die genügende Verbindung des Rachens mit dem Nasenrachen.

Der Fall einer echten rheumatischen Arthritis des Cricocarytänoidalgelenkes wurde in Fränkel's Archiv publicirt.

Phlegmone peritrachealis beobachtete man bei einem fünfjährigen Knaben als Complication der Masern. Wegen erschwerten Athems wurde das Kind am siebenten Tage der Erkrankung intubirt, trug den Tubus durch vier Tage, und die letzten Tage hustete es Eiter aus. Am zweiten Tage nach der Extubation merkte man eine Schwellung an der rechten äusseren Seite der Luftröhre, dieselbe wurde eingeschnitten, wobei sich viel Eiter entleerte; nach weiteren vier Tagen verschlechterte sich wieder der Athem des Kranken, so dass man die Tracheotomie machen musste. Die Phlegmone sank dabei längs der Luftröhre bis unter das rechte Schlüsselbein; man legte Streifen aus Jodoformgaze, brachte die Phlegmone zur Heilung und decanulirte den Kranken.

Interessant ist ein Fall des retropharyngealen Abscesses bei einem erwachsenen Burschen; der Abscess legte sich an die innere Fläche des Kehldeckels, so dass man das Innere des Kehlkopfes und die untere Grenze der Geschwulst nicht sehen konnte. Die Geschwulst zeigte eine elastische Consistenz, und wenn auch der Athem des Kranken in der sitzenden Stellung nicht sehr erschwert war, schläferete der Kranke doch ein, ermüdet, nachdem er schon mehrere Nächte nicht geschlafen hatte, und dann begann der Athem zu stocken. Ohne einen Erfolg zu hoffen, machte man einen tiefen Einschnitt in die Geschwulst, es kam auch kein Eiter heraus; mit dem Einbruch der Nacht hatte der Kranke schon nicht genug Kraft, um dieselbe schlaflos durchzubringen, es wurde nun Nachts die Tracheotomie gemacht. Schon nächsten Tages begann Eiter abzufliessen, was wegen Knochencaries drei Wochen dauerte; es wurde dann der Kranke decanulirt.

Die auffallende Häufigkeit der Peritonsillarabscesse im ver-

flossenen Jahr 1898, nämlich mit den ambulatorisch behandelten, zeigte deutlich, wie man die Abscesse, welche nahe dem vorderen Arcus palatinus ihren Sitz haben, von denen, welche im hinteren Arcus sitzen, trennen muss, was sich klinisch als nothwendig ergibt. Wie die ersten gewöhnlich ein Trismus begleitet, kann sich bei den anderen dagegen die Entzündung submucös in die Gegend des Kehlkopfeinganges senken, es kommt zur Schwellung der aryepiglottischen Falte und des Aryknorpels, seltener schon der Zungenfläche des Kehldeckels. Wenn die ersteren leicht zu eröffnen sind, werden die anderen wegen der unmittelbaren Nähe der Arteria pharyngea ascendens nur in ausgewählten Fällen, wo der geschwollene hintere Arcus deutlich hervortritt, zum Einschneiden möglich; ohne Vergleich muss man öfter den selbstständigen Aufbruch des Eiters abwarten. Die gesammte Zahl aller Fälle betrug 134, davon waren 88 Abscessus peritonsillares anteriores, die übrigen 46 posteriores.

Die letzten dürfen nicht verwechselt werden mit Abscessen, welche die Seitenwand einnehmen, allein oder theilweise mit der hinteren Wand des Rachens; solche Abscessus lateropharyngeales beobachtete man im Ganzen vier, auch hier muss der Einschnitt vorsichtig gemacht werden, obwohl der angesammelte Eiter die Gegend des Gefässes (Art. phar. asc.) zurückdrängt. Retropharyngeale Abscesse beobachtete man zusammen mit ambulatorischen acht.

Den Fall von Pemphigus der Schleimhäute beobachteten wir bei einer 30jährigen Frau; man fand an der Schleimhaut der Lippen, der Zunge, des ganzen Gaumens und des Kehldeckels zahlreiche oberflächliche, roth gefärbte Substanzverluste, welche mit Lappen, richtiger mit Fetzen des abgelösten Epithels theilweise bedeckt waren. Nach der Entfernung derselben sah die Oberfläche sammetartig aus und blutete leicht beim Berühren. Die Kranke erzählte, dass immer, bevor solch' ein Ausschlag entsteht, sie eine Art Zwicken verspürt, dann bildet sich eine Blase, die in kurzer Zeit aufspringt; die Krankheit dauert schon einige Monate hindurch. An der Haut der Oberschenkel fand man bläuliche, trockene Erhabenheiten neben einer Blase; nach einigen Tagen brach dieselbe durch, und es blieb wieder eine flache Erhabenheit. Es war das nun eine Form des Pemphigus cutis vegetans mit der bekannt schlechtesten Prognose. Wenn wir an der Schleimhaut des Mundes oder des Rachens die Blasen als erstes Stadium des Pemphigus nicht ansehen konnten, so sahen wir dagegen öfter neue, schon geplatze Stellen. Dagegen beobachtete man die Bildung der Blasen an der Haut der Augenlider und an der Bindehaut. Die Behandlung beschränkte sich auf die Linderung der Schmerzen neben Gargarisma; die Kranke verliess das Spital im elendsten Zustande.

Einen der Fälle von Epistaxis will ich darum erwähnen, weil die Blutung einen Kranken betraf, der Erscheinungen von Morbus maculosus Werlhofii zeigte. Früh auf die Abtheilung berufen, fand ich einen jungen Burschen mit Zeichen der grössten Anämie, die Nasenlöcher verstopft mit Penguar Jambi und die Haut in der Gegend verbrannt mit Eisenchlorid. Von den Eltern habe ich erfahren, dass ihr Sohn seit acht Monaten an der Haut rothe Flecke bekommt und dass sich nach Druck oder leichtem Stoss sofort blaue Flecke bilden, dass endlich im Munde

sich von Zeit zu Zeit rothe Bläschen zeigen. Vor einigen Monaten blutete er schon einmal heftig aus der Nase. Nachdem ich mich überzeugt hatte, dass das Blut nicht nach hinten floss, obwohl der ganze Rachen und Nasenrachenraum mit frischem Blutgerinnsel ausgefüllt war, legte ich den Kranken, welcher sehr schwach war ohne einen fühlbaren Puls, ganz gerade ohne Kopfkissen auf den Rücken. An der Haut fand ich mehrere Flecke von rosarother bis blauer Farbe neben grösseren Hämorrhagien auch von verschiedener Farbe; an den Schleimhäuten nichts Aussergewöhnliches. Nach zwei Tagen, nachdem der Kranke sich etwas erholt hatte, entfernte ich die Stöpsel aus Penguar Jambi, die gar nicht gegen Blutung wirken konnten, weil sie nur oberflächlich im Vestibulum nasi eingelegt waren; die Blutung stand nun von selbst. Nachdem ich die Nase gereinigt hatte, bemerkte ich, dass es wieder zu bluten begann, nämlich aus der Nasenscheidewand der linken Seite; die Stelle in Grösse einer Fisoie sah wie ein Schwamm aus, das Blut sickerte aus der ganzen Fläche. Die Schleimhaut der Nasenscheidewand der rechten Seite war vollständig normal. Ich legte einen Tampon aus Jodoformgaze ein, und nach zwei Tagen bedeckte ich die des Epithels beraubte Fläche mit einem Lapisschorf. Während dieser Zeit sah ich an der Schleimhaut der Backen das Auftreten von Bläschen, die mit einer blutigen Flüssigkeit gefüllt waren, neben einigen kleinen Hämorrhagien an der Schleimhaut der Mandeln und Gaumenbögen.

Die Ursache der Epistaxis war am häufigsten der trockene Catarrh des vorderen Theiles der Nasenscheidewand, weniger oft sah man die erweiterten Gefässe, bei normal aussehender Schleimhaut; die letztere ätzte man mit Electrocauter, im Uebrigen behandelte man ausser Stillung der Blutung mit Lapisschorf den Catarrh. Es wurden ambulatorisch 58 Fälle der Rhinitis sicca anterior, zweimal mit einem frischen Ulcus perforans septi, andere zweimal schon die Perforation mit vernarbten Rändern gesehen.

Wenn ich schon bei der Epistaxis und dem trockenen Catarrh des vorderen Theiles des Septum bin, erwähne ich nun die Fälle des sogenannten blutenden Polypen der Nasenscheidewand, dessen Ursache, ausser dem anatomischen Bau der Gefässe in diesem Theile des Septums, auch ich gern in dem erwähnten trockenen Catarrh erblicke. Es wurden bis nun fünf solcher Polypen beobachtet, von denen ich zwei histologisch untersucht habe und sah, dass dieselben mehr oder weniger derbe, reich mit erweiterten Gefässen versehene Fibromate vorstellen. Im dritten Falle, wenn auch die Localisation die gewöhnliche war, sah die Geschwulst mehr wie Granulom aus, sass breitbasig an dem ganzen vorderen Theile des Septums. Im vierten Falle sass dagegen die gestielte erbsengrosse Geschwulst auf einem dünnen Stiele im oberen Winkel des Vestibulum nasi, gleich vorn, also an der Grenze der Haut mit der Schleimhaut des Septums, war sonst ziemlich hart, bläulich verfärbt. Der Sitz war nun in diesem Falle ungewöhnlich, es fehlte aber auch hier nicht an trockenem Catarrh des Septums. Im letzten Falle wieder entsprach der Sitz einer erbsengrossen Geschwulst genau dem Locus Kieselbachi, am Rande der schon entstandenen Perforation, von der Grösse einer Erbse; ausserdem waren ausgesprochene Erscheinungen eines trockenen Catarrhs.

Haematoma septi beobachtete man acht Mal, wobei drei Mal Trauma nicht zu ermitteln war, es handelte sich nun um idiopathisches Haematom. In allen Fällen ging man operativ vor, es wurde von einer Seite die Geschwulst eingeschnitten, ein spindelförmiges Stück aus der Wand der sackähnlichen Geschwulst entfernt, und dann von beiden Seiten her walzenförmige Jodoformgazetampons eingelegt. Es wurde in allen späten Fällen schon kein blutiges Secret gefunden, oft ein Theil des Knorpels necrotisirt oder perforirt; es blieb aber nie eine Perforation des Septums zurück, denn es bildete sich immer eine Art Septum membranaceum.

Von zahlreichen Nasenpolypen (139) verdient ein Fall eine besondere Erwähnung. Eine Kranke, 37 Jahre alt, klagte, dass sie seit vier Jahren durch die Nase nicht athmen kann, und dass sie aus derselben einen eitrigen Ausfluss hat. Vor zwei Jahren bemerkte sie den Beginn einer Geschwulst auf der Stirn und seit dieser Zeit leidet sie an heftigen Kopfschmerzen an der rechten Seite.

Die äussere Nase in ihrem unteren Theile war stark erweitert, weich, an der Stirne rechts von der Mittellinie über den Augenbrauen sah man eine Geschwulst von der Grösse einer Nuss, der Rand der Geschwulst war hart, der obere Theil dagegen weich, elastisch. An der Grenze dieses weichen Theiles fühlte man deutlich einen harten unebenen Rand, welcher dann in die restliche harte Partie der Geschwulst überging. Die Geschwulst war nicht schmerzhaft. Beide Nasenhöhlen waren mit Polypen ausgefüllt, ebenso sah man dieselben aus den Choanen gegen den Nasenrachenraum herausragen. Wir diagnosticirten: *Polypi narium cum empyemate sinus frontalis*, und begannen die Polypen mit der Schlinge zu entfernen; wir überzeugten uns dabei, dass hier auch beiderseits aus den Siebbeinzellen der eiterige Ausfluss kommt; wenn aber die Nasenhöhlen schon ziemlich geräumt wurden, verkleinerte sich die Geschwulst an der Stirne nicht. Wir glaubten, dass hier entweder die polypös entartete Schleimhaut die natürliche Oeffnung des Sinus verlegt oder dass auch in dem letzten ein Polyp sitzt, welcher in seinem Wachsthum zuerst die äussere Wand des Sinus aufblähte und schliesslich einen Theil derselben zur Usur brachte, wie das schon aus der oben erwähnten Beschreibung zu ersehen war. Wir übergaben die Kranke dem weiland Prof. Obalinski, welcher die Geschwulst breit eröffnete; es kam eine Menge Eiter heraus, man führte dann gegen die Nasenhöhle einen Streifen aus Jodoformgaze und tamponirte die Höhle des Sinus aus. Am fünften Tage wechselte man den Verband und bemerkte, dass aus dem oberen Theile der inneren Wand des Sinus Eiter herausquillt, und die Sonde entdeckte eine erbsengrosse Oeffnung mit unebenen Rändern und drang durch dieselbe einige Centimeter tief, bis sie auf einen elastischen Widerstand traf; neben der Sonde floss reichlicher Eiter. Man hatte nun einen subduralen Abscess vor sich, welcher ohne Zweifel mit dem Empyem des Sinus im Zusammenhang gebracht werden konnte. Es wurde die innere Wand des Sinus ausgemeisselt, um dem Eiter einen freien Abfluss zu schaffen. Schon am Schlusse der Operation bemerkte man, wie sich in die Trepanationsöffnung eine Geschwulst von glatter glänzender Fläche hineinstülpte, man glaubte, dass die Gehirnmasse sich mit ihren Häuten herausdrängte,

versuchte die Geschwulst in die Pincette zu nehmen, und zum Erstaunen aller Anwesenden zog man eine taubeneigrosse Geschwulst vom Aussehen einer Cyste heraus. Die nähere Untersuchung zeigte, dass es sich hier wirklich um eine Cyste handelte, dieselbe hatte eine dicke Wand, war ausgefüllt mit einem durchsichtigen, ziehenden Secrete, und microscopisch sah man an der inneren Wand der Cyste ein Flimmerepithel. Bei derselben Kranken hatten wir nun ausser dem subduralen Abscesse, welcher mit dem Empyem des Sinus communicirte, eine subdurale Cyste gehabt, welche möglich im fötalen Leben mit der Höhle des Sinus frontalis im Zusammenhange stand, sich auch abschnürte; es blieb nur eine kleine Oeffnung in der Wand des Sinus zurück, durch welche dann der Eiter sich in den subduralen Raum den Weg suchte.

Die vergrösserten Gaumenmandeln entfernten wir gern mit der warmen Schlinge (der jüngste Kranke zählte $1\frac{1}{2}$ Jahre), und können wir diese nur bestens empfehlen. Der unblutige Verlauf der Operation hat grossen Werth, schliesst aber nicht die Möglichkeit einer nachfolgenden Blutung beim Abfallen des Schorfes aus, wie uns das einmal bei einem jungen Burschen am dritten Tage nach der Operation vorgekommen ist. Der zugeführte Knabe war sehr blass und blutete nach des Vaters Angaben sehr heftig, erbrach auch einige Male das geronnene Blut. Ich fand an der rechten Mandel neben Resten des Schorfes ein frisches Blutgerinnsel.

Die Rachenmandeln, welche sonst nicht so oft bei uns vorkommen, im Ganzen waren es 35 Fälle, operirte man mit der Zange in der sitzenden Stellung und manchmal localer Anästhesie, seltener war die Narcose nöthig und dann operirten wir in der Lage mit hängendem Kopf.

Den Fall der Eiterung aus der Highmorshöhle will ich darum erwähnen, weil man hier an die Diagnose derselben am wenigsten dachte, eher einen Fremdkörper oder einen Process mit der Knochen necrose in der Nasenhöhle vermuthete. Von einem 10jährigen Mädchen erfuhren wir, dass sie seit sieben Jahren einen profusen, stinkenden, eitrigen Ausfluss aus der rechten Nasenhöhle hat und dass diese Seite immer vollständig verlegt ist. Schon die äussere Nase in ihrem knöchernen Theil rechts gegen den Oberkiefer sah erweitert aus; diese Theile waren nicht schmerzhaft. Die rechte Nasenhöhle war mit käsigen, sehr übelriechenden Massen verlegt, ebenso sah man, dass sie auch bis in die Choane hineinragten; die linke Nasenhöhle war sehr verkleinert wegen starker Verkrümmung des ganzen Septums. Ich begann diese käsigen Massen mit Zangen zu entfernen, was erst nach einigen Tagen vollständig gelang; jetzt sah man die rechte Nasenhöhle stark erweitert, die Muscheln waren atrophisch, aus dem mittleren Nasengang in seinem vorderen Theil kam frischer Eiter heraus und die Sonde liess sich leicht in die Highmorshöhle einführen. Sowohl die Deformität der Nase in der rechten Hälfte, wie die Verkrümmung des Septums und Erweiterung der ganzen rechten Nasenhöhle waren auf den Druck zurückzuführen, welchen die sich stauenden, käsige entarteten Massen ausübten. Klinisch konnte man diesen Fall zur sogenannten Rhinitis caseosa rechnen, welche, wie ich glaube, nichts anderes ist, als Ansammlung von eitrigem Secret aus den Nebenhöhlen, welche letzteres entartet käsige

aussieht, obwohl Cozzolino und auch einige andere Autoren die Rhinitis caseosa als Krankheit sui generis ansehen.

Die gutartigen Neubildungen des Kehlkopfes operirte man in 56 Fällen, nämlich 34 Fälle von Fibromata laryngis, darunter 3 in der Form von Chorditis tuberosa, und 22 Fälle von Papillomata laryngis. Besonders erwähnt sei der Fall eines Fibroms des linken wahren Stimmbandes, aussergewöhnliche Grösse bei einem 72 Jahre alten Kranken, wo vor drei Jahren, nachdem man die Geschwulst als bösartig erkannt hatte, anderswo die Tracheotomie gemacht wurde. Wie die Neubildung vor drei Jahren aussah, hat man nicht wissen können, jetzt unterlag es aber keinem Zweifel, dass das ein hartes Fibrom ist. Der kürzeste Weg zur Entfernung der breit aufsitzenden Geschwulst wäre der der Laryngofissur gewesen; aber in Anbetracht des hohen Alters des Kranken nahm Prof. Pieniżek die Geschwulst in mehreren Sitzungen stückweise mit der Doppelcurette heraus und vernähte nachher die Trachealfistel.

In einem Fall von Papillomata laryngis bei einem 3jähr. Knaben fand man zahlreiche Papillomata, welche den ganzen Kehlkopf so ausfüllten, dass man zuerst eine Tracheotomie machen musste, dann auf dem Wege der zweifachen Laryngofissur die Papillomata entfernte, auf diese Weise die Stenose behob und den Kranken decanülirte.

Abgesehen von Nasenschleimpolypen, welche durch die Choanen in den Nasenrachenraum herabhängen und manchmal aussergewöhnliche Grösse erreichten, so dass einmal der Polyp den unteren Rand des Velum palati weit überragte, und welche man in der sitzenden Stellung mit der Schlinge von hinten operirte, hatten wir drei Mal echte fibröse Polypen des Nasenrachenraumes beobachtet, deren Sitz in der Breite nicht nur einen Theil der Muschel, sondern auch die Umrandung der Choane einnahm. Zwei Mal wurde derselbe auf ähnliche Weise mit der Schlinge in sitzender Stellung entfernt; ein Mal war aber die Blutung so heftig, dass die Choanaltamponade sich als nothwendig erwies. In anderen Falle wurde in der Lage mit dem hängenden Kopfe der Polyp mit der Zange entfernt; es wurde auch hier nöthig, den Tampon von hinten einzulegen.

Sarcomneubildungen beobachtete man zusammen mit dem ambulatorischen Material in 22 Fällen (von denen 4 als Lymphosarcom erkannt wurden), nämlich 4 Mal Sarcoma nasi, 2 Mal Palati mollis, 2 Mal Pharyngis, 8 Mal im Cavo naso-phar. und 2 Mal im Kehlkopf; von Lymphosarcoma 1 Mal an den Tonsillen, 1 Mal im Nasenrachenraum und 2 Mal im Rachen.

In einem Fall von Sarcoma nasi, in Erwägung des hohen Alters des Patienten, operirte man mit der Schlinge, ohne natürlich an die radicale Entfernung der Geschwulst zu denken; zwei Fälle überwiesen wir der chirurgischen Abtheilung; der letzte vierte Fall war schon inoperabel.

Beide Fälle des Sarcoma palati qualificirten sich nicht zum Eingriff; in einem hinderte die Geschwulst den Athem so, dass die Tracheotomie gemacht werden musste; ebenso waren beide Fälle von Sarcom des Rachens inoperabel.

Von acht Fällen, wo die Neubildung den Nasenrachen, event. auch

den Rachen einnahm, fanden drei bei uns Aufnahme; zwei davon waren inoperabel, und einer endigte sogar letal; im letzten Fall bei einem jungen Burschen operirte man zuerst bei hängendem Kopfe auf den natürlichen Wegen, es war aber der Zugang ungenügend, und die heftige Blutung hinderte im Eingriff. Nachdem dieser Weg nicht zum Ziel führte, machte man die Fissura palati, aber auch jetzt konnte man nicht alles entfernen. Wir operirten später noch drei Mal, und dann wurde der Kranke in zwei Sitzungen von Prof. Trzebitzky operirt, so dass es endlich gelang, der Neubildung Herr zu werden. Die übrigen fünf Fälle eigneten sich entweder nicht zur Operation, oder dieselbe wurde verweigert.

Einer der Fälle von Sarcoma laryngis trat lange unter den Erscheinungen einer Perichondritis laryngea auf, und obwohl derselbe bereits in Fraenkel's Archiv publicirt worden ist, verdient er hier doch einer Erwähnung. Ein 53-jähriger Arbeiter gab an, seit zwei Monaten erschwerten Athem und Beschwerden beim Schlucken zu haben, ohne Schmerzen zu verspüren. Man fand (2. August 1894) eine bedeutende Schwellung des linken Aryknorpels und der ganzen linken Seite, welche sich bis in den subchordalen Raum erstreckte; diese Schwellung zeigte eine glatte Oberfläche von hochrother Farbe. Die erkrankte linke Seite war unbeweglich, die Glottisspalte so verkleinert, dass man die Tracheotomie vornehmen musste. Die Schwellung verbreitete sich dabei gegen den Sinus pyriformis, und hier kam es am 2. September zur selbstständigen Eröffnung des Abscesses; nachher fand ein ähnlicher Durchbruch im subchordalen Raum statt, wovon man sich durch die Trachealfistel genau überzeugen konnte. Die Eiterung aus den erwähnten zwei Stellen und dann nach dem Einstich an der Spitze der stark geschwollenen Aryknorpel dauerte fort. Gegen Anfang October nahm die Schwellung des Aryknorpels rasch zu, es entstand eine Art Geschwulst von der Grösse eines Taubeneies, welche sich nach dem Innern des Kehlkopfes zuneigte. Schon damals sprach Prof. Pieniążek seinen Verdacht auf Sarcom aus. Mittlerweile bildeten sich an der Fläche der ziemlich runden Geschwulst zwei Erhabenheiten, welche man einzustechen versuchte, es kam aber kein Eiter heraus, dabei blieben die Einstichstellen offen, und aus diesen sprossen in einigen Tagen Wucherungen von unebener, granulirender Oberfläche hervor, welche sich rapid vergrösserten. Aus diesen weichen, schmutzig grünlich gefärbten, leicht blutenden Massen ein Stück genommen, zeigte ein muco-fibro-celluläres Sarcom. Am 2. November machte weiland Prof. Obalinski die halbseitige Exstirpation des Kehlkopfes, bei der ein Theil der Platte des Ringknorpels necrotisch gefunden wurde. Zwei Monate später nahm man auch wegen Recidive die übrigen Theile des Kehlkopfes weg, wobei man dann die Luftröhre von oben abschloss. Der Erfolg der Operation war aber nicht von langer Dauer, es kam in der nach der Kehlkopfexstirpation entstandenen Höhle von der linken Wand her wieder zur Wucherung der Neubildung, welches Recidiv schon inoperabel war. Der Kranke starb nach langem qualvollen Leiden, nachdem die Geschwulst nach aussen am Halse wucherte, in unserer Abtheilung, sechs Monate nach dem letzten Recidiv.

Im anderen Fall ging das Sarcom von dem Kehldeckel aus; der

betreffende Kranke spürte seit ungefähr einem Jahre Schmerzen beim Schlucken, und späterhin begann Athemnoth, so dass bei dem Kranken, bevor er bei uns erschien, die Tracheotomie gemacht werden musste. Der Kehldeckel glich einer Geschwulst mit höckeriger Fläche, diese war bläulich verfärbt, nahm dann weiter beide Valliculae ein und zeigte an der laryngealen Fläche des Kehldeckels eine Exulceration. Obgleich die Einsicht in's Innere des Kehlkopfes unmöglich war, konnte man doch die normale Beweglichkeit der beiden Hälften des Kehlkopfes wahrnehmen. Der Fall war inoperabel.

Der Fall des Lymphosarcoms beider Tonsillen ging nach Wien und wurde von Störk im *Sammelwerke Nothnagel's* publicirt und abgebildet. Im Falle, wo die Neubildung den Fornix des Nasenrachenraumes eingenommen hat, sah dieselbe der harmlosen Adenoidal-Vegetationen ähnlich. Das Microscop wies zuerst adenoidales Gewebe nach; wir beobachteten den Kranken aber zum zweiten Mal ein halbes Jahr später und sahen, wie die Wucherungen auf die hinteren und seitlichen Wände des Rachens übergingen, was für die sarcomatöse Natur sprach.

Die zwei ambulatorisch beobachteten Fälle von Lymphosarcom des Rachens waren, wie überhaupt die Geschwülste dieser Natur, inoperabel.

Fälle von Krebs der oberen Luftwege beobachtete man im Ganzen 30 Mal, nämlich 1 Mal in der Nase, 3 am Gaumen, 5 an Tonsillen, 1 im Rachen, 6 an der Zunge, 1 Mal in regione sublinguale, 9 Mal im Kehlkopf und 4 in der Luftröhre.

Der Fall von Krebs in der Nase, sowie zwei am Gaumen, allein oder mit Ergriffensein der Tonsillen, waren inoperabel. In einem Falle sass die Geschwulst in der Grösse eines Hühnereies mit kurzem, schmalen Stiele am Rande des weichen Gaumens links vom Zäpfchen. Die Geschwulst war ein Recidiv des Falles, publicirt in Fränkel's Archiv, wo der gestielte Tumor sich als Adeno-carcinoma herausstellte. Jetzt, nach 5 Monaten, fanden wir wieder die gestielte Geschwulst an derselben Stelle wie früher. Beim starken Niederdrücken der Zunge kam sie in der Weise zum Vorschein, dass sie sich bei einer Würgbewegung auf die Zungenfläche legte, um dann wieder beim Schlucken in den Rachen zu kommen. Die Gegend des Stieles am weichen Gaumen sah anders als das erste Mal aus, war nämlich etwas infiltrirt; die Geschwulst riss sich ab und wurde vom Kranken verschluckt. Wir schnitten nun mit krummer Scheere nach Schoetz die Wurzel des Stieles sammt dem Infiltrate tief im gesunden Gewebe aus, und die microscopische Untersuchung, wie immer, am ganzen Materiale der Abtheilung, stets von mir persönlich ausgeführt, zeigte einen gewöhnlichen Krebs ohne Drüsenbau.

Ein zur Operation geeigneter von den 5 Fällen von Krebs der Tonsillen wurde dem Prof. Obalinski übergeben. Ich sah den Kranken zwei Jahre später und überzeugte mich von dem glänzenden Erfolge. Ein anderer wurde dem Prof. Trzebitzky überwiesen, endete aber ungünstig.

Im Falle von Krebs des Rachens war die Geschwulst erst sichtbar beim Laryngoscopiren; sie sass breitbasig an der hinteren und unteren Wand des unteren Abschnittes des Rachens, war von der Grösse einer grossen Nuss und überdeckte den Aditus ad laryngem, so dass

ein Stridor zu vernehmen war. Die Kranke operirte weiland Prof. Obalinski, es kam aber bald zum Recidiv an der linken Seitenwand.

Alle 6 Fälle von Krebsen der Zunge, von denen 5 die Zungenwurzel einnahmen, waren inoperabel; ebenso der Krebs, welcher die sublinguale Gegend infiltrirte.

Von 9 beobachteten Kehlkopfkrebsen soll zuerst einer als definitiv geheilt erwähnt werden, nachdem 1898 8 Jahre verflossen waren, als beim Kranken Prof. Obalinski die Totalexstirpation machte, nachdem früher von Prof. Pieniżek die Laryngofissur versucht wurde. Den Fall publicirte Prof. Pieniżek drei Jahre nach der glücklichen Operation in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XXXVI, 1893. Von weiteren vier Fällen, wobei einmal die Neubildung den Kehldeckel einnahm und sich in die Zungenwurzel hineinstreckte, waren alle inoperabel; in einem nahm man wegen der Stenose die Tracheotomie vor. Im sechsten Falle, wo die Neubildung nur die rechte innere Fläche des Kehlkopfes einnahm, nahm Prof. Obalinski die halbseitige Exstirpation vor, in sechs Wochen aber, nachdem die Canüle entfernt wurde, und man an Vernähen der Trachealfistel dachte, begann der Kranke, welcher anstandslos schluckte, das charakteristische Sputum zu werfen, und unterlag bald dem Brande der Lungen.

Ein anderer Fall, ähnlich einem Fall von Sarcom des Kehlkopfes, combinirte sich mit Erscheinungen von Perichondritis und ausgebreiteter perilaryngealer Eiterung, so dass erst die Necroscopie die zerfallene krebsige Neubildung entdeckte. Eine 50jährige Kranke spürte seit zwei Monaten Schmerzen beim Schlucken an der rechten Seite und es begann der erschwerte Athem, mittlerweile bekam sie Vergrößerung der Drüsen an derselben Seite des Halses, die vereiterten und noch jetzt Eiter absonderten. Am Halse, in der Gegend des rechten Winkels des Unterkiefers fand man eine Fistel, die in die vereiterten Drüsen führte, dann an der Grenze zwischen dem oberen Rand des Schildknorpels und dem Os hyoideum eine deutlich fluctuirende Schwellung. Die rechte aryepiglottische Falte und der Aryknorpel waren stark geschwollen, ebenso die ganze innere Seite der rechten Kehlkopfhälfte unter vollständiger Unbeweglichkeit derselben. Wegen der Stenose machte man, da die Schilddrüse vergrößert war, die tiefe Tracheotomie und eröffnete die fluctuirende Geschwulst in der Gegend der Platte des Schildknorpels. Später bildeten sich noch Eiterherde an anderen Stellen, die eröffnet wurden. Die Schwellung im Aditus ging nicht zurück, sie verdeckte sogar die linke Hälfte des Kehlkopfes; mit dem kleinen Stahlspiegel sah man von unten beiderseits eine subchordale Schwellung mit kaum sichtbarer Spalte. Die Kranke war sehr schwach und starb mit der Diagnose Perichondritis laryngea dextra — Phlegmone colli; dabei wies die Necroscopie eine zerfallene, krebsige Neubildung auf, die den Ringknorpel ganz zerstörte, die Drüsen am rechten Halse einnahm und sogar die ganze rechte Seite des Halses infiltrirte; die Fisteln, welche man bei Lebzeiten beobachtet hatte, führten in die zerfallenen, krebsig entarteten Drüsen. In einem ähnlichen, erst in diesem Jahre beobachteten Fall erkannte man früh die eigentliche Erkrankung, welche auch das Microscop bestätigte.

Ein bemerkenswerther Fall von gestieltem Krebs des Kehl-

deckels, in Grösse eines Hühnereies, ist in Fraenkel's Archiv publicirt worden; der Weg der Laryngofissur, verbunden mit Pharyngotomia subhyoidea, boten dem Eingriff das beste Gelingen. Wir machten vorher die Tracheotomie, nach derselben verfiel der Kranke rapid, begann viel zu husten und erlag in ungefähr sechs Wochen nach der Tracheotomie der Lungentuberculose.

In den zwei letzten Fällen wurde ein endolaryngealer Eingriff versucht. Bei einem 56 Jahre alten Kranken fand man an dem linken wahren Stimmband, welches im Ganzen geröthet und geschwollen erschien, am Rande und der oberen Fläche desselben in seinem vorderen Drittel eine flache Geschwulst, die uneben war und stellenweise verdicktes Epithel zeigte. Die Bewegung der erkrankten Seite war normal, und wenn auch der Fall sich zum endolaryngealen Eingriff nicht sehr eignete, hat man doch diesen versucht. Die microscopische Untersuchung zeigte ein keratoides Carcinom. Wir entliessen den Kranken am 11. Juni 1896 mit dem Auftrage, sich in gewisser Zeit vorzustellen. Der Kranke kam aber erst über ein Jahr später wieder, nämlich am 6. October 1897, mit Erscheinungen einer geringen Stenose. Man fand unter dem ganzen linken Stimmband ein unebenes, höckeriges Infiltrat, das auch das ganze wahre Stimmband einnahm und im hinteren Theil auf das falsche Stimmband übergriff; die linke Seite, wenn etwas träger, bewegte sich doch, der subchordale Raum erschien verengt. In einiger Zeit engten die neugebildeten Massen im subchordalen Raum das Lumen so ein, dass die Tracheotomie nothwendig wurde. Gleich nachdem ich die Haut eingeschnitten hatte, traf ich auf mürbe, nicht blutende Granulationen, und beim Tasten derselben mit dem Finger fand sich dieser auf einmal in der Luftröhre, so dass ich, ohne weiter das Messer zu gebrauchen, die Canüle eingelegt habe. Der Fall war inoperabel, Patient wurde auch bald entlassen.

Der andere Fall, welcher einen 58jährigen Mann betraf, war ein Prototyp eines Carcinoma polypoides, leider wurde die sichere Diagnose microscopisch, mit Mühe noch dazu, erst dann erwiesen, wo schon klinisch kein Zweifel war, wo aber auch das Carcinom schon nicht mehr die Polypenform darstellte. Am Rande des rechten wahren Stimmbandes, im vorderen Drittel, wurde eine erbsengrosse, breit aufsitze, harte Geschwulst mit normaler Schleimhaut gefunden; der Kranke klagte seit ungefähr einem Jahre über immer mehr zunehmende Heiserkeit. Wenn auch das hohe Alter des Kranken die Natur der Geschwulst verdächtig machte, blieb doch nichts anderes übrig, als diese zu entfernen; dieselbe erwies sich als sehr hart, so dass erst mit dem sogenannten Locheisen das Stimmband glatt gemacht werden konnte. Microscopisch fand man einen fibrösen Bau, mit stark verdicktem Epithel. Der Kranke, mit der Stimme sehr zufriedener, erschien erst in einigen Monaten und gab an, dass ihn wieder etwas beim Sprechen hindere, mit dem Gefühle, als wenn etwas im Kehlkopfe sitzen möchte, dessen er sich beim Räuspfern nicht entledigen kann. An der Stelle des früheren Polypen, nämlich an der unteren Fläche des Stimmbandes gegen den Rand zu, fand man eine unebene Verdickung, welche schon nicht mehr so hart, tief, sogar auf Kosten des Stimmbandes herausgenommen wurde, und der microscopische Befund glich

dem ersten. Jedoch schon in kürzerer Zeit kam der Kranke wieder die klinische Diagnose auf Krebs vom zweiten Besuch erschien jetzt als sicher, denn es kam wieder an der erwähnten Stelle zu einer Wucherung, die sich unter dem Stimmband bis zum Processus vocalis erstreckte; die Beweglichkeit dieser Seite liess nichts zu wünschen übrig. In einem zur microscopischen Bestätigung herausgenommenen Stück gelang es erst mit einem Apochromaten, spärliche Herde von Epithelzellen in fibrösem Gewebe, die als carcinomatös erkannt wurden, zu finden. Man schlug dem Kranken die Laryngofissur vor, welche er nach langem Zögern zugab; als er aber erfuhr, dass die Narcose wegen Verkalkung seiner Aorta nicht möglich sei, verweigerte er die Operation. Einige Monate später kamen Erstickungsanfälle, wegen welcher anderswo die Tracheotomie vorgenommen wurde; nach dieser verschied der Kranke in einigen Tagen.

Von vier Fällen von Krebs der Luftröhre war nur in einem Falle die Luftröhre der Ausgangspunkt desselben, sonst wucherten die krebsigen Massen ein Mal vom Oesophagus her hinein, die anderen beiden Male von dem carcinomatös entarteten Struma. Von einem 37jährigen Mann erfuhren wir, dass er seit vier Monaten an Athemnoth leidet und in den letzten Wochen viel übelriechenden Auswurf von sich giebt. Wir fanden das rechte Stimmband unbeweglich in der Mittelstellung und im unteren Theil der seitlichen rechten Wand der Luftröhre eine unebene Erhabenheit, die das Lumen der Luftröhre einengte, ohne aber besondere Stenose herbeizuführen. Dabei bekam der Kranke am Tage der Aufnahme gegen Abend einen heftigen Hustenanfall, während dessen er das Bewusstsein verlor; es wurde zwar schleunigst die Tracheotomie gemacht, ohne jedoch trotz der grössten Mühe den Kranken beleben zu können. Die Necroscopie bestätigte die Diagnose, indem sie ein exulcerirendes Carcinom der rechten Seitenwand der Luftröhre mit Metastasen in den Drüsen am Halse und ad hilum pulmonum zeigte.

In einem Fall von Hineinwuchern des Krebses vom Oesophagus her bei einem 60jährigen Mann begann die Krankheit vor einem Jahre mit Heiserkeit, später erst, seit fünf Monaten, merkte der Kranke, dass er schlecht schlucken kann, und endlich begann er auch über Athemnoth zu klagen. Man fand Lähmung des rechten Recurrens und an der hinteren Trachealwand, ungefähr in Höhe des dritten Trachealringes anfangend, ein Geschwür mit zahlreichen Erhabenheiten; die Sonde ging ohne besonderen Widerstand in den Magen hinein. Weil der Kranke sehr schwer athmete, wurde sofort die Tracheotomie gemacht, dabei erwies sich die gewöhnliche Canüle als zu kurz, ich musste mit der scharfen Pincette die mürben Wucherungen, die das Lumen der Luftröhre einengten, entfernen und dann die elastische Canüle einlegen, um die verengte Stelle auszuweiten. Ich hatte dann Gelegenheit, öfter mit dem Trachealspeculum die geschwürigen Neubildungen, welche bis zur Bifurcation reichten und den Eingang in den linken Bronchus überdeckten, zu sehen. Der Kranke erlag einer heftigen Hämorrhagie; necroscopisch wurde ein exulcerirendes Carcinom an der vorderen Wand der Speiseröhre gefunden, welches auf die hintere Trachealwand weitergriff und in die Luftröhre eingebrochen

war; die rechten peribronchialen Drüsen waren carcinomatös entartet.

In den übrigen zwei Fällen wucherte die Neubildung von dem carcinomatösen Struma; in einem Fall bildete sich ein Tumor von unebener Fläche an der rechten vorderen Wand schon in Höhe des Ringknorpels ohne Erscheinung der Stenose. Der Kranke, welcher sich auf der inneren Abtheilung befand, starb dort und die Necroscopie bestätigte uns die Diagnose.

In dem anderen Fall fanden wir eine Lähmung des linken Recurrens und die linke Seitenwand der Luftröhre eingedrückt, uneben. Der Kranke wurde uns zur Untersuchung von der chirurgischen Klinik geschickt, wo auch die Tracheotomie gemacht wurde. Wir untersuchten den Kranken einige Male, später durch die Trachealfistel, und sahen das Eingenommensein der Luftröhre durch die Neubildung.

Um die ambulatorische Bewegung für die Eingangs erwähnte Zeit darzustellen, lege ich die Tafeln vor, von welchen letztere, auf welcher die Fälle der Ohrenerkrankungen zusammengestellt sind, meine persönliche Thätigkeit auf diesem Gebiet nachweist; neben den 2779 Fällen von Erkrankung der oberen Luftwege wurden 1061 Ohrenfälle behandelt, so dass sich das ganze ambulatorische Material auf 3840 Fälle erstreckte.

I. Ambulatorium für Krankheiten der oberen Luftwege.

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.									
Rhinitis chronica simplex .	12	2	12	7	20	12	24	15	27	23	154
Rhinitis chronica atrophica	5	1	7	4	6	6	5	6	12	4	56
Rhinitis chronica atrophica foetida	—	—	1	1	2	1	3	2	4	7	21
Rhinit. chron. hypertrophica	2	2	26	8	29	16	39	26	49	34	231
Rhinitis hypertrophica poly- poides	2	1	8	2	3	1	3	7	3	3	33
Polypi narium	4	2	8	12	16	12	19	15	17	11	116
Polypus septi	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Abscessus septi	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
Haematoma septi idiopathic.	—	—	—	—	1	—	—	1	1	—	3
Haematoma septi traumatic.	—	—	—	—	—	—	1	—	3	—	4
Fractura septi	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Deviatio et crista septi . .	1	4	—	2	6	1	2	1	12	2	31
Rhinitis sicca anterior . .	1	3	—	4	5	2	14	4	15	10	58
Ulcus perforans septi . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Perforatio septi post ulcus perforans	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
Epistaxis	2	1	2	—	3	1	5	3	10	5	32
Empyema antri Highmori .	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2
Uebertrag	29	16	64	42	93	53	116	80	155	101	749

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Uebertrag	29	16	64	42	93	53	116	80	155	101	749
Empyema cellularum ethmoidalium	—	1	1	1	1	2	1	—	2	1	10
Empyema sinus frontalis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Corpus alienum in nare	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	3
Eczema narium	—	—	6	5	5	3	6	6	11	10	52
Catarrh. cavinaso-pharyngis	1	1	4	4	10	4	18	8	6	8	64
Rhinitis-Pharyngitis chron.	4	1	9	6	10	9	9	7	11	11	77
Rhinitis-Pharyngitis-Laryngitis chronica	3	4	21	2	7	8	5	2	4	5	61
Pharyngit.-Laryngit. chron.	5	4	4	3	4	1	3	2	9	2	37
Pharyngit. chron. granulosa	4	3	10	6	27	6	24	9	17	5	111
Pharyngitis chron. lateralis	1	1	1	1	3	1	4	4	5	8	29
Pharyngitis chronica sicca	3	3	9	9	9	7	15	9	17	8	89
Paraesthesia pharyngis	—	—	2	3	—	5	—	8	2	8	28
Glossitis parenchymatosa	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2
Abscess. ad radicem linguae	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1	4
Abscessus sublingualis	—	—	—	—	2	—	2	1	2	1	8
Fibroma linguae	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Cystis ad radicem linguae	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Papilloma uvulae (et pal. mollis)	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	3
Hypertrophia uvulae	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Varices ad radicem linguae	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Angina catarrhalis	—	—	6	2	4	2	4	4	6	9	37
Angina lacunaris	5	1	6	7	4	3	7	8	9	5	55
Angina diphtheritica	1	1	2	1	1	3	3	4	2	3	21
Angina scarlatinosa	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	4
Diphtheritis ad tonsillam pharyngeam	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Diphtheritis (Croup) laryng.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Hyperkeratosis lacunaris	1	—	2	1	—	—	2	—	—	1	7
Tonsillitis parenchymatosa	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Abscessus peritonsillar. ant.	3	5	3	8	9	5	7	11	18	19	88
Abscess. peritonsillar. post.	1	1	2	1	2	1	1	2	18	11	40
Hypertrophia tonsillarum	2	4	8	8	22	10	9	18	15	23	119
Corpus alienum in tonsilla	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2
Vegetationes adenoidales	2	1	6	3	1	4	6	3	6	3	35
Paralysis palati mollis post diphtheriam	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2
Defectus palati mollis post diphther. gangraenosam	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Angina lacunaris praeepiglottica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Uebertrag	65	47	167	114	219	129	246	189	323	248	1747

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Uebertrag	65	47	167	114	219	129	246	189	323	248	1747
Hypertrophia tonsillae ling.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3
Abscessus retropharyngeal.	—	1	1	—	—	1	1	1	—	2	7
Abscessus lateropharyng.	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3
Corpus alienum in pharynge	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Stomatitis catarrhalis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Stomatitis ulcerosa	—	—	—	1	—	—	1	—	1	1	4
Stomatitis aphthosa	—	—	1	1	—	1	—	1	1	1	6
Herpes cavi oris et labiorum	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Leukoplakia oris	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Corpus alien. in oesophago	1	1	—	—	1	1	1	2	1	1	9
Laryngitis catarrhalis acuta	2	1	4	7	17	14	12	13	12	9	91
Laryngitis subchordal. acuta (Pseudoeroup)	—	—	—	—	1	—	2	2	2	1	8
Laryngitis fibrinosa (non diphtheritica)	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	3
Tracheitis acuta	—	—	—	—	—	2	1	1	1	—	5
Tracheitis chronica	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2
Epiglottitis	—	—	1	1	—	—	2	1	2	—	7
Laryngitis submucosa acuta	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Laryngitis chronica	5	3	11	6	22	4	21	13	17	11	113
Trauma laryngis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Fistula in regione cartilagi- nis thyreoideae	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	2
Aphonia hysterica paralytica	—	1	—	6	—	5	—	1	2	10	25
Aphonia hysterica spastica	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Functio respirat. perversa	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	3
Vox fistulosa habitualis . .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Tussis nervosa	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Paralysis nervi recurrentis	2	2	6	4	7	5	3	3	9	5	46
Paralysis bulbaris	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Fibroma laryngis	3	1	4	3	5	2	6	3	3	—	30
Chorditis tuberosa	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	3
Papillomata laryngis	3	2	1	—	5	—	1	1	2	1	16
Perichondritis laryngis . . .	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	3
Stenosis laryngis post peri- chondritidem	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Tuberculosis nasi	—	—	—	1	1	1	—	—	3	1	7
Tuberculosis linguae	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2
Tubercul. palati et buccae	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Tubercul. nasi, phar. et lar.	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Tuberculosis pharyngis . . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Tuberculosis phar. et lar.	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	4
Tuberculosis laryngis	8	6	33	11	44	13	30	12	48	15	220
Uebertrag	92	66	229	157	325	178	333	250	440	314	2384

	1894		1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Uebertrag	92	66	229	157	325	178	333	250	440	314	2384
Tuberculosis buccae et lar.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Tuberculosis linguae et lar.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Lupus nasi	—	—	—	—	—	1	—	2	1	—	4
Lupus nasi et pharyngis .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Lupus nasi, cavi oris, pharyngis et laryngis . . .	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	2
Lupus pharyngis et laryngis	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Lues secundaria pharyngis	—	3	5	3	7	6	4	9	3	4	44
Lues secundaria linguae .	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Lues secundaria phar. et lar.	1	1	5	—	7	—	2	1	6	3	26
Lues secundaria laryngis .	—	—	2	7	3	4	9	3	3	—	31
Lues tertiaria nasi	—	—	—	1	2	1	1	1	5	1	12
Lues tertiaria cavi nasophar.	—	—	—	—	—	—	2	1	1	4	8
Lues tertiaria cavi nasopharyngis et laryngis .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Lues tertiaria nasi et phar.	—	—	2	5	—	—	—	—	—	4	11
Lues tert. nasi, phar. et lar.	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	2
Lues tertiaria linguae . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	2
Lues tertiaria pharyngis .	4	1	—	—	4	6	2	3	1	5	26
Lues tertiaria phar. et lar.	—	—	—	—	—	—	1	2	2	2	7
Lues tertiaria laryngis . . .	—	2	—	2	2	—	—	—	5	2	13
Lues tertiaria bronchi dextri	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Carcinoma linguae (ad radicem linguae)	—	—	1	—	1	—	1	—	2	—	5
Carcinoma in regione sublinguale	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Carcinoma tonsillae	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3
Carcinoma pharyngis	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Carcinoma laryngis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Carcinoma tracheae	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2
Sarcoma nasi	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	3
Sarcoma pharyngis	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2
Lymphosarcoma tonsillarum	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Lymphosarcoma pharyngis .	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	2
Sarcoma cavi nasopharyngis	1	—	—	—	—	—	2	1	1	—	5
Sarcoma palati mollis	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Struma	—	—	—	5	4	7	5	9	15	20	65
Compressio tracheae e strumate	2	2	2	12	8	13	10	7	10	10	76
Strictura oesophagi e carcinomate	3	—	2	—	2	—	2	6	—	3	18
Asthma bronchiale	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	3
Phlegmone submentalis . . .	1	—	—	—	—	1	1	1	2	—	6
Phlegmone colli	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	2
	107	77	251	196	368	220	381	299	504	376	2779

II. Ambulatorium für Ohrenkrankheiten.

	1895		1896		1897		1898		zus.
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
Eczema auriculæ (et meati auditorii externi)	—	1	1	1	2	1	4	3	13
Corpus alienum	1	1	2	—	6	4	1	5	20
Accumulatio ceruminis	11	9	16	14	32	34	67	58	241
Otitis externa acuta circumscripta	—	—	2	1	6	3	13	3	28
Otitis externa acuta diffusa	1	—	1	4	3	5	8	6	28
Otitis externa chronica diffusa	—	1	—	—	2	3	4	4	14
Catarrhus tubarius	3	4	6	4	21	12	18	12	80
Catarrhus acutus	5	—	5	1	7	4	13	4	39
Catarrhus chronicus	7	1	11	6	23	16	34	14	112
Catarrhus serosus	5	2	5	—	3	2	1	3	21
Catarrhus scleroticus	2	2	1	1	1	4	6	6	23
Otitis media acuta	4	5	7	2	13	10	18	14	73
Otitis media chronica	5	6	21	6	42	23	52	34	180
Polypi (granulationes) meati auditorii interni	3	1	7	2	10	5	26	8	62
Polypi meati auditorii externi (et interni)	1	—	1	1	5	3	5	5	21
Panotitis	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Labyrinthitis acuta	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Perforatio traumatica membranae tympani	—	—	—	—	3	1	6	1	11
Perforatio sicca membranae tympani	5	2	3	2	3	1	3	1	20
Cicatrices membranae tympani	4	—	4	3	9	10	9	4	43
Surdomutitas	1	3	1	—	9	5	5	3	27
Surditas	—	—	—	—	5	1	6	3	15
Surditas senilis	—	1	—	—	—	—	3	3	7
Simulatio surditatis	—	—	1	—	1	—	—	—	2
Otalgia	1	—	1	—	—	—	—	3	5
Haematoma auriculæ traumaticum	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Haematoma auriculæ idiopathicum	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Atresia congenita meati auditorii externi	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Caries ossium meati auditorii externi (otitis m. chron.)	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Abscessus retroauricularis	—	—	1	—	—	—	—	—	1
	60	39	97	49	207	137	284	188	1061