



Ein Beitrag zur Kenntniss der congenitalen Halsfisteln.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

W. Harding,

approb. Arzt aus Wessellburen.

Opponenten:

Dr. Dübbern, approb. Arzt.

Dr. Cornils, approb. Arzt.



Kiel 1890.

Druck von H. Fiencke.

Rectoratsjahr 1890/91.

No. 47.

Referent: **Völckers.**

Imprimatur:
Hensen.

Ein Beitrag zur Kenntnis der congenitalen Halsfisteln.

Seit den ersten Veröffentlichungen über congenitale Hemmungsbildungen am Halse durch Dzondi und Aschersohn sind reichlich 60 Jahre vergangen. In dieser Zeit haben sich die Fälle, welche zuerst als sehr selten angesehen wurden, bedeutend gemehrt, so dass schon im Jahre 1864 Geheimrat von Hensinger 46 Missbildungen einschlägiger Art statistisch zusammenstellen konnte; gleichzeitig mit dem Anwachsen des Materials verschwand auch das Geheimnisvolle, das diese Krankheit früher umgab und schon in dem therapeutischen *noli me tangere* zum Ausdruck kam. Man erkannte den Ursprung dieser Bildungen, der schon von Aschersohn richtig hypothesirt war, allgemein an, wenn auch noch über die feineren embryologischen Befunde eine völlige Einigkeit nicht erzielt ist. Ferner scheute man sich nicht, eine rationelle und energische Therapie in Anwendung zu bringen.

Zweck dieser Zeilen ist es nun, die in der Literatur zerstreut aufgezeichneten einschlägigen Fälle unter Anschluss der jedesmaligen Erwägungen der Verfasser über Aetiologie, Häufigkeit des Sitzes, Therapie etc. chronologisch geordnet anzuführen. Daran schliessen sich dann einige im Kieler »Anscharkrankenhaus« behandelte Fälle, von denen zwei besondere Berücksichtigung verdienen.

Im Jahre 1829 erschien eine Dissertation von Dzondi, in der 4 Fälle von congenitalen Fisteln der trachea veröffentlicht wurden; sämtliche betrafen weibliche Individuen, die Fisteln waren angeboren, drei der Personen waren miteinander verwandt; die äussere Fistelöffnung sass in der Nähe des Larynx, in der Mitte und Höhe des Schildknorpels. Die äussere Fistelöffnung war sehr eng, der Kanal verengerte sich später, die Ränder waren

nicht degenerirt. Der Kanal liess sich nicht in seiner ganzen Ausdehnung mit der Sonde verfolgen, es wurden einige Tropfen Secret öfters entleert. Dzondi konnte in einem Falle directe Communication mit der trachea durch die Sonde, in einem andern durch Austritt von Luftbläschen nachweisen. In einem Falle wurde Heilung durch Injection von Liq. hydrargyr. nitric. erzielt. Hier sei gleich erwähnt, dass diese Bildung nicht identificirt werden darf mit der allgemeinen der fistula colli. congenita. Die hier besprochenen Fisteln sind Hemmungsbildungen, welche sich aus einem mangelhaften Verschluss des primitiven Darmrohrs an der Ursprungsstelle von trachea und Kehlkopf, die aus demselben entstehen, herleiten lassen, während unsere fistula colli. congenita lediglich aus Hemmungsbildungen der Kiemspalten hervorgeht. Die Dzondischen Fälle müssen aber in der Geschichte der congenitalen Halsfisteln erwähnt werden, da sie die erste Anregung zur Beobachtung gaben. Dagegen sind die Autoren geneigt, mehrfach beobachtete fistulöse Bildungen, welche über dem Kehlkopf endeten, sowohl als auch solche, deren Fistelgang vom sternum in der Mittellinie des Halses subcutan bis zum Kehlkopf gingen und hier blind endeten, unter die Kategorie der wahren fistula colli congenita zu rechnen.

Im Jahre 1832 nun veröffentlichte Aschersohn 11 Fälle congenitaler Halsfisteln. 8 Individuen waren männlichen, 3 weiblichen Geschlechts. Auch hier war in einzelnen Fällen Verwandtschaft zu constatiren, ebenso die congenitale Natur der Fisteln. Die Fisteln Aschersohn's aber befanden sich an der unteren Seite des Halses, am innern oder äussern Rand der inneren Parthie des Kopfnickers, und zwar in allen Fällen auf der rechten Seite, nur in einem auf beiden Seiten, und auch in diesem ursprünglich rechts, links später entstanden. Die Beschaffenheit der Fistelöffnungen und des Kanals stimmte mit Dzondi's Beschreibung überein. Jedoch konnte A. keine Communication mit dem Larynx nachweisen, wohl aber wurde injicirte Milch in einem Falle geschmeckt, in mehreren andern folgten die äusseren Fistelöffnungen den Schlingbewegungen und bildeten trichterförmige Vertiefungen. Diese Thatsache veranlasste Aschersohn zu der Hypothese, dass die congenitalen Halsfisteln nie in die Trachea, selten in Pharynx und Oesophagus münden und dass sie durch Offenbleiben von

Fissuren zwischen den Kiemenbögen entstanden. Aschersohn legte damit den Grund zur Lehre von den congenitalen Halsfisteln.

Dr. Zeis in Dresden beschrieb dann 1841 eine ähnliche Bildung an einem 5 — 6 monatlichen Knaben. Die sehr feine, kaum bemerkbare Fistelöffnung sass auf einer Geschwulst, welche schon bei der Geburt vorhanden war. Dieselbe befand sich am ster-nalen Ende der clavicula, die Oeffnung war geröthet, die Ränder nicht callös. Auf Druck erschien eitriges Secret, derselbe ersetzte sich bald wieder. Wenn der Eingang mit der Sonde überwunden war, konnte dieselbe noch $\frac{3}{4}$ " weit vordringen, dann schien der Kanal aufzuhören. Schmerz beim Sondiren, Austritt von Luft bläschen, Eingezogenwerden der Hautstelle beim Schlingen wurde nicht constatirt, Therapie nicht angewandt. Die Section bestätigte den Befund eines kleinen sackförmigen Kanals.

Ins folgende Jahr fällt die Darstellung einer fötalen Hals-kiemenöffnung beim Erwachsenen von Hyrtl. Ein 35jähriges In-dividuum bemerkte schon vor 20 Jahren, dass sein Hemd oder Cravatte am Halse festklebten. Er sah nun eine kleine Oeffnung mit eingezogenen gerötheten Rändern, welche auf Druck einen Tropfen Schleim herausliess. Am innern Rand des linken ster-nocleidomastoideus befand sich eine runde, stecknadelkopfgrosse Oeffnung, $1\frac{1}{2}$ " über dem linken Sternoclaviculargelenk mit einem röthlichen, unempfindlichen Hautwall umgeben. Bei Schlingbe-wegungen wird die Oeffnung trichterförmig eingezogen. Wenn eine Sonde 2 " eingeführt wird, entsteht Hustenreiz, Kratzen im Schlund und Speichelsekretion, 3 " eingeführt kommt sie links neben dem Kehldeckel wieder zum Vorschein. Der Bericht schliesst mit den Worten: Jeder operative Eingriff war natürlich unsinnig.

Im Jahre 1844 bringt Dr. Münchmeyer in Verden 2 Fälle eigener, einen Fall aus der Beobachtung Hyrtl's. Der erste Fall ist eine beiderseitige, vollkommene Fistel, äussere Oeffnung wie gewöhnlich unten am Halse. Weitere detaillirte Beschreibung fehlt. Das zweite Individuum zeigt eine äussere, rechtsseitige, unvollkommene Halsfistel, das dritte eine vollständige linke Hals-fistel, die äussere Oeffnung befindet sich unten am Halse; die Sonde lässt sich durchführen und wird beim Niederdrücken der Zunge am linken Rand des Kehldeckels sichtbar. Die sich hieran schliessenden kritischen Bemerkungen Münchmeyer's bringen in

Bezug auf die Aetiologie und Sitz der Fisteln, Beschaffenheit des Kanals, innere und äussere Oeffnung nichts neues und bestätigen im Allgemeinen die Ansichten Aschersohns. Interessant sind seine Auslassungen über die Therapie: Da die Beschwerden, die das Uebel bedingt, höchst unbedeutend und kaum bemerkbar sind, scheint es nicht ratsam, zur Beseitigung derselben operative Eingriffe zu machen, zumal die Schliessung der Fisteln nur selten mit leichten Mitteln zu bewerkstelligen ist, weit öfter dagegen mit Schwierigkeiten und selbst mit Gefahr verbunden sein wird. Auch sprachen die bisherigen Heilversuche unbedingt gegen ein operatives Eingreifen, da in einem Fall schon das Aetzen der äusseren Mündung Schmerz, Anschwellung des Halses und heftige Angina erzeugte, auch in einem andern das Schliessen der Fisteln Aphonie und epileptiforme Erscheinungen verursachten, welche erst nach Wiederherstellung des Ausflusses wieder verschwanden. In einem von Dzondi erwähnten Fall soll der Versuch sogar den Tod zur Folge gehabt haben.

In einer 1847 in München gedruckten Dissertation erscheint zum ersten Mal die Beschreibung einer vollkommenen Halsfistel auf dem Secirtisch. Die Arbeit stammt von Dr. Neuhoefer: Patientin war ein 1 $\frac{1}{2}$ jähriges scrophulöses Mädchen und litt zugleich an chronischem Hydrocephalus. Sie hatte jederseits eine etwas längliche Papille am Hals, in deren Mittelpunkt eine nadelgrosse Oeffnung sass. Links sass sie etwas höher als rechts und mehr von der Medianlinie des Halses entfernt. Diese Oeffnungen entleerten Secret. Die Untersuchungen an der Lebenden ergaben ein ungewisses Resultat über die Frage der Vollständigkeit der Fisteln. 3 Monate später erfolgte der Tod. Das Sectionsprotocoll lautet: »Es zeigte sich, dass jeder Fistelcanal einen geschlossenen Schlauch bildete. Am untern Ende der Submaxillardrüse verliessen sie die Oberfläche und gingen in der Richtung von rück- und aufwärts in die Tiefe. Der rechte mündete am hintern Rand des musc. pharyngopalat, da, wo dieser in den Pharynx übergeht, mit einer den Thränenpunkten ähnlichen Oeffnung, der linke etwas weiter nach oben. Jeder Kanal war 2 $\frac{1}{2}$ " lang, die beiden Fistelgänge erweiterten sich zu Ampullen.« Neuhoefer bezweifelt allerdings nicht den Zusammenhang dieser Bildungsfehler mit den Kiemenspalten, doch giebt er eine andere Erklärung als Ascher-

sohn. Seiner Ansicht nach werden die Kiemenbögen zur Bildung des Gesichts verwendet zu einer Zeit, wo ein Hals noch nicht besteht; es könne sich also niemals eine Kiemenspalte am untern Halse bilden, wo doch die Fisteln am häufigsten sässen. Verfasser meint, dass aus dem ersten Kiemenbögen Oberkiefer, aus dem vierten Zungenbein gebildet würden. Die Zunge, welche anfangs stark entwickelt hervorragt, wird in die sie überwuchernden Ober- und Unterkiefer hineingezogen, tritt mit dem Zungenbein in Berührung und verwächst mit demselben. Verwächst sie nicht, so bildet sich ein Spalt, die *fistula colli congenita*. Der Hals wuchert als ein Wulst von organischer Bildungsmasse aus dem Unterkiefer hervor und erhält von Amnion seine Hautbedeckung, die anfangs den Hals nach vorn noch offen hält. Diese Spalte steht hinten mit der Schlundröhre in Verbindung, die innere und äussere Fistelmündung fallen mit anderen Worten zusammen. Die Haut schliesst sich nun aber immer enger vor der Spalte, jedoch meist nicht ganz, weil die innere Schleimhaut sich ausstülpt. Die Haut wächst von beiden Seiten, sowie vom Unterkiefer her, von letzterem meist rascher, daher die gewöhnliche Localisation der Fistel unten, bei umgekehrtem Wachsthum oben. Nur ausnahmsweise kann die allgemeine Bedeckung auch den vorderen Theil des Fistelgangs überwachsen (äusserlich blinde Fistel), während bei Schliessung der innern Mundung eine innerlich blinde Fistel entsteht. Beiden ging stets eine vollkommene Fistel voraus. Diese ganze Ausführung wird auf Grund unserer heutigen embryologischen Kenntnisse in allen Punkten als irrthümlich zu bezeichnen sein. Hinsichtlich der Therapie empfiehlt Verfasser ein Aetzverfahren mit in concentrirter Salpetersäure befeuchtetem, feinem Silberdraht.

Eine Arbeit von Luschka, welche aus dem Jahre 1838 stammt, beschäftigt sich mit den medianen Halsfisteln. Der genannte Autor glaubt, dass diese Fisteln durch ungenügendes Zusammenwachsen der Visceralwülste in der Mitte des Halses entstehen. Er meint die Aufmerksamkeit der Aerzte auf diese Art besonders lenken zu müssen, weil sie eine besonders auffällige Deformität bedingen und deswegen schon ein wichtiges Heilobject darbieten. Uebrigens seien diese Fälle selten. Es folgt nun eine Beschreibung seines Patienten. Derselbe ist ein 14jähriger, wohlgebauter

Knabe. Es verläuft eine vorspringende, strangförmige Hautfalte vom Kinn dünner werdend bis zum Brustbein. Am Kinnrande befindet sich eine Erhabenheit, von der sich ein $1\frac{1}{2}$ " langer Strang herunterzieht, der mit einer Oeffnung endet. Der Rand derselben legt sich bei aufrechter Haltung des Kopfes in Falten. Senkt Patient den Kopf, kann man denselben ausdehnen und man erblickt eine hellrothe Membran, die sich 3 " weit als blinder Kanal abwärts verfolgen lässt. Auf Druck tritt ein Tropfen gelber Flüssigkeit aus. Der erwähnte Streifen, mässig verdickt, bildet eine Rinne, ist hier und da mit einer Kruste bedeckt und durch eine eigentliche Kruste begrenzt. Diese Rinne ist ganz scharf und geht von der Fistelöffnung allmählig in eine Mucosa über. Verfasser nimmt eine ursprüngliche Communication mit der Luftröhre an, als noch Luft- und Speiseröhre als Theile des primitiven Darmrohrs offen standen.

2 Jahre darauf glaubte Noll eine vollständige Fistel entdeckt zu haben, welche in die Luftwege mündete. Er betont das seltene Vorkommen vollständiger Fisteln mit der Mündung in die Trachea. Ein 26jähriger Mann hat an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel des rechten Sternoclaviculargelenks eine Oeffnung von der Grösse eines halben Stecknadelkopfes, dieselbe ist von kranker Haut umgeben. Eine Haarsonde dringt unter der Haut nach oben am innern Rand des Kopfnickers bis zur cartilago cricoidea vor, wo der Kanal nach hinten gegen den Larynx umgebogen scheint. Bei Injection entsteht Hustenreiz, bei solcher mit gefärbter Flüssigkeit wird gefärbtes Sputum ausgeführt, schmerzhaftes Sensationen zwischen cartilago thyroidea und cricoidea, Kratzen in den Luftwegen machen sich bemerkbar. Exspirirt Patient bei geschlossenem Mund und Nase, so dringt Luft aus der oberen Oeffnung der Fistel. Die Fistel secernirt etwas eiweissartige Flüssigkeit von neutraler Reagenz. Die Fistel besteht seit der Geburt, ohne wesentliche Unbequemlichkeit zu verursachen, Erblichkeit ist nicht vorhanden.

Einen andern Fall beschrieb Meinel in Bonn 1852. Hier handelt es sich um eine Frau, welche als Kind eine vollständige Fistel hatte, da Speisen aus derselben herauskamen. Meinel konnte nur eine unvollständige äussere constatiren. Die wohlgebauete 34jährige Frau hat in der Mittellinie des Halses, $\frac{1}{2}$ " über

dem obern Rand des Kopfnickers eine kleine Oeffnung, durch welche ein Sondenknopf einführbar ist. Von Zeit zu Zeit wird ein Tropfen hellgelber Flüssigkeit secernirt. Bei der Untersuchung gelangt die Sonde rechts nach aufwärts und aussen. Man kann den ganzen Verlauf der Fistel nicht verfolgen. Schmerzen und Beschwerden fehlen gänzlich.

Polenisirend gegen Aschersohn's Ansicht über die Aetiologie dieser Fisteln, welche so hartnäckig der Therapie spotten, erscheint im selben Jahr die Schrift des Dr. Jenni. Er behauptet, dass sich erst im 2., 3. Lebensjahr eine Geschwulst bildet, auf der die Fistelöffnung sich durch Ulceration bildet. Seltsam sei bei der Aschersohnschen Aetiologie auch das öftere Fehlen der inneren Mündung, seiner Ansicht nach sei auch diese, wenn sie vorgekommen sei, durch ulceröse Processe entstanden. Wir werden sehen, wie er an der Hand eines speciellen Falles zu diesen Irrthümern gelangt ist. Der von ihm mitgetheilte Fall wird folgendermassen beschrieben: Am untern Rand der cartilago thyreoidea befindet sich die feine Oeffnung, durch welche eine Sonde nicht eindringt. Beim Essen sowie auf Druck wird eine e weissartige Flüssigkeit abgesondert. Vorausgegangen ist eine Gravidität mit ausgedehnter Phlegmone auch am Hals. Die erste Diagnose war Fistelgeschwür. Die Behandlung war dementsprechend. Vernarbung erfolgte in 3 Wochen. 4 Tage später Ausfluss an derselben Stelle. Sonde nach innen, oben und hinten eingeführt. Täglich Injectionen von Liq. hydrargyr. nitric. Hierdurch und durch Pressschwamm wird der Kanal erweitert. Injectionen werden im Schlund gefühlt, solche von Alaunlösung erzeugen bitteren Geschmack. Hustenreiz fehlt. Darauf wird Communication mit Pharynx supponirt. In Zwischenräumen von einigen Tagen bildet sich immer wieder eine kleine Geschwulst, die entleert wird. Da keine weiteren Beschwerden vorhanden sind, wird die Therapie unterlassen.

In die deutsche Litteratur übertragen wurde ein Fall von Matthews Duncan in Edinburgh. Derselbe eine unvollständige, äussere Fistel mit gewöhnlichem Verhalten und Sitz bietet nichts neues.

Erst 1862 erschien der erste Fall einer Complication einer vollständigen Fistel mit einem Divertikel des Oesophagus (Mayr.) Derselbe betrifft ein 6jähriges Mädchen. Wenn die Sonde rechts

2" eingedrungen war, entstand Hustenreiz, der bei weiterem Einführen nachliess. Communication mit dem Pharynx war nachzuweisen, Sonde vom Munde aus nicht zu sehen. Das Kind brach alles Genossene wieder aus, die Magensonde kam über den Brusttheil des Oesophagus nicht hinaus. Vorhandene Aphagic gab sich bald, wenn der Ausfluss der Fisteln sich wieder einstellte. Dazu wird von referirender Seite bemerkt: aus den angeführten Erscheinungen muss auf das Vorhandensein eines Oesophagusdivertikels geschlossen werden. Consistentere Bissen können sich in demselben einkleimen, das Lumen des Oesophagus verschliessen und auf den rechten Bronchus drücken. Ebenso gerieth in dasselbe leicht eine eingeführte Magensonde, die dann natürlich den eingekeilten Bissen nicht vorwärts brachte. Die Aphagia hörte dann von selbst auf, wenn der macerirte Bissen nun in diesem Zustand leichter durch Schlingbewegungen in den Oesophagus gelangte; zu gleicher Zeit aber fingen die Fisteln wieder an zu secretiren, deren Lumen bisher durch den eingekeilten Bissen verschlossen und gezerzt waren. So erklärt es sich auch, dass ein Bougie nur in den Magen gelangt, wenn es an der hintern Wand des Oesophagus entlang geführt wurde.

Dr. Betz in Heilbronn beschrieb 1864 den ersten Fall von congenitaler Ohrfistel. Am linken Ohr eines 10jährigen Mädchens zeigte sich im Ohrfläppchen eine angeborene Fistelöffnung. Der Kanal, 2 " lang, zieht sich hinter dem Ohrknorpel, zwischen diesem und der Haut in horizontaler Richtung hin, endigt blind und zeigt verhärtete Wandungen, so dass er sich von der Haut aus, wie eine stricknadeldicke Saite anfühlt. Die Fistelöffnung war gewöhnlich durch eine Borke verschlossen. Die Secernirung nahm mit den Jahren ab, früher war dieselbe milchig, fétide, jetzt ist sie geruchlos, aus Pflasterepithelien und ovalen braunen Zellen bestehend. Betz führt ganz richtig die Entstehung der Missbildung auf theilweise mangelhaften Verschluss der ersten Kiemenspalte zurück. Diese verwachse in der Mitte und bilde somit 2 Löcher, von denen sich das obere zum äusseren Gehörgang bilde, während das untere bald verschwinde. Die Resistenz des letzteren bedinge die fistula auris congenita, die somit als ein abortiver äusserer Gehörgang zu betrachten sei.

Den grössten Theil der hier angeführten Fälle erwähnt Ge-

heimrat v. Heusinger in einer Statistik aus dem Jahre 1864. Ihm standen ausserdem noch 20 Fälle zu Gebote, die in der Literatur für mich nicht zu finden waren. Dieselben entstammen theilweise brieflichen persönlichen Mittheilungen an Heusinger, theilweise Dissertationen oder Zeitschriften für einen beschränkten Kreis praktischer Aerzte, zum Theil Manuscripten. Heusinger berichtet Eingangs seiner Arbeit über 2 von ihm selbst beobachtete Fälle, bei deren einem sich eine Klappe oder Deckel vor der äusseren Fistelmündung, ein Visceralknochen in dem Kiemensack, in dem andern, dem Pluska'schen ähnlichen ebenfalls ein eigener Visceralknochen findet. Der Verfasser führt weiter aus, dass er im Noll'schen Falle die innere Ausmündung in den Pharynx entgegen der Noll'schen Ansicht für erwiesen halte. Allerdings wurde ein Hustenreiz ausgelöst, aber nach H's Ansicht nicht dadurch, dass die Sonde in den Kehlkopf selbst eindrang, sondern dass dieselbe den Knorpel berühren musste, da der Kanal an der Höhe des Kehlkopfs eine starke Biegung machte, die nur dadurch zu überwinden war, dass man hart an den cartilagineos manipulirte. Auch wurde eine grosse Menge Flüssigkeit injicirt, welche im Falle des Eindringens in den Kehlkopf sicher bedeutende Respirationsstörungen verursacht haben würde. Hingegen wurde der Geschmack verschiedener Lösungen richtig angegeben, gefärbte erschienen im Sputum. H. glaubt, dass auch Dzondi in allen seinen Fällen demselben Irrthum wie Noll zum Opfer gefallen ist. H. verwirft vollkommen die angeborenen Luftröhrenfisteln als hierhergehörig, daraus erklärt es sich auch, dass Fall Lauschka nicht mit in seine Statistik aufgenommen wurde. Für den Fall Jenni, der ebenfalls offiziell fehlt, wird die Wahrscheinlichkeit angenommen, dass die Fistel nicht angeboren, sondern erst durch Eiterung später entstanden sei, eine Ansicht, der man sich wohl ohne Bedenken anschliessen kann. Heusinger führte ferner an, dass es analog den äusseren unvollkommenen auch wohl innere unvollkommene Fisteln geben könne und führt 3 einschlägige Fälle an. Wir werden später selbst auf solche stossen. Noch einmal wird hier ausführlich auch des Mayr'schen Falles erwähnt. Heusinger verwechselt hier ebenso wie Mayr Ursache und Wirkung. Er meint, man solle solche Fälle nicht operiren, da durch Verschliessung der Fistelmündung und Ansammlung des Secrets, zur Bildung eines

solchen Divertikels beigetragen werde. Es ist schon oben ausgeführt, dass die Fistel sich nur dann verschloss, wenn ein grosser Bissen in das Divertikel eingekleimt war, der durch Zerrung und Drehung des Kanals diesen in Falten legte und verschloss: dass ein solcher Fistelverschluss nur unter der Bedingung zu Stande kam, dass ein Bissen eingekleimt war, und nicht der Verschluss der Fistel als das primäre die innere Fistelmündung zur Aufnahme eines Bissens geeignet machte. Im Uebrigen bieten die 20 Fälle II's nichts neues.

Unter Hinweis auf einen früher (1839) veröffentlichten Fall, bereichert Zeis 2 Jahre nach dieser Arbeit Heusingers die Literatur um 2 Krankengeschichten. Die erste betrifft eine Frau, welche sich wegen einer andern Krankheit im Spital aufhielt: Zwischen Mittellinie des Halses und Kopfnicker ruht ein neugroschengrosses, narbenähnliches Grübchen. In der Mitte kleine Oeffnung, durch welche man eine feine Sonde 1 Linie weit einführen kann. Secretion einer wässrigen Flüssigkeit. Seit der Geburt Haselnuss-grosse Geschwulst an dieser Stelle. Später entstand die Fistel. Früher soll eine Sonde bis in die Gegend des äusseren Gehörgangs vorgedrungen sein. Patientin leidet Morgens vor dem Genuss warmen Getränks an erschwertem Schlucken. Zeis meint, dass die Angabe der Einführung der Sonde bis zum äusseren Gehörgang als unsicher zu betrachten sei. Das erschwerte Schlucken erkläre sich wohl daraus, dass Nachts der Abfluss des Secrets stockt und das Schlucken dadurch wieder erleichtert wird, dass durch Geniessen warmen Getränks die Entleerung nach dem Oesophagus hin bewirkt wird. Dass jetzt die Sonde nur 1 Linie weit eindringt, schiebt Zeis auf die Krümmungen des Weges. Fall 2 betrifft einen 7jährigen Knaben. Links am Hals vor dem Kopfnicker, einen Zoll über der clavicula findet sich eine nadelstichgrosse Oeffnung. Eindringen einer feinen Sonde möglich. Bisweilen bildete sich an dieser Stelle eine Geschwulst von der Grösse einer Erbse, drückte man, so floss Secret durch die Oeffnung ab. Als Zeis untersuchte, war keine Absonderung vorhanden.

Um dieselbe Zeit endlich, stossen wir auf ein entschlossenes Heilverfahren, das in 2 Fällen von Serres und Sarrazin geübt wurde.

Fall Serres: 10jähriges Mädchen, beiderseits je eine Oeffnung unter dem Kieferwinkel am vorderen Rand des Kopfnickers,

von der Grösse eines Thränenpunkts, gefärbte Flüssigkeiten dringen in den Pharynx ein. Heilung durch Injection von Jodtinctur.

Fall Sarrazin: Fistel über dem Kopfnicker liegend, 2cm. nach oben, blind endigend. Einführung der Sonde erregt Husten, Heilung durch Excision der Schleimhaut.

Ueber einige andere zur selben Zeit, von Franzosen beschriebene Fälle mangelt mir die Literatur. Ebenso in einem Falle von Koch aus dem Jahre 1867, der übrigens nach dem Referat der Virchow-Hirsch'schen Jahrbücher nichts neues bieten soll. Im selben Jahre theilte Théodore Gars 2 Fälle von innerer unvollständiger Halsfistel mit, die schon Heusinger in 3 Fällen beobachtet hatte. Fall I: Bei einem 47 Jahr alten Manne tritt seit seiner Jugend, nach Einnahme von Speisen, Regurgitation derselben auf. Bisher hatte er keine Beschwerden, seit einem Jahr jedoch Gefühl von Oppression, das sich bedeutend gesteigert hat. Kurze Zeit nach der Einnahme von Speisen tritt ein Gefühl von Angst ein, dass das Athmen erschwert. Die Beschwerden hören auf nach mehrfacher, qualvoller Vomition. Die entleerten Speisen riechen fétide. Nach diesem Vorgang fühlt er sich erleichtert, doch zugleich erschöpft und geschwächt. Beim Einführen gerieth die Schlundsonde in ein Divertikel, mit Umgehung desselben in den Magen. Beim Untersuchen mit dem Finger gerieth derselbe gleichfalls in den Sack hinein. Sitz rechts nahe der Zungenbasis. Die enthaltenen Speisen werden mechanisch leicht entleert. Die Lage des Sackes entspricht der inneren Fistelmündung.

Fall II: Robuster Greis, seit 20--30 Jahren besteht Regurgitation der Speisen. Dieser Fall ist schon von Heusinger erwähnt. (Fall Hettisch). Der Sectionsbericht lautet: Vom Pharynx gelangt man in der Richtung nach dem Oesophagus in 2 Canäle, der eine ist der Oesophagus, der andre weitre ein Blindsack. Die Zahl der Häute ist bei beiden gleich.

Fall III: 75j. alter Mann leidet seit 26 Jahren an Regurgitation. Es besteht ein Divertikel in der Höhe der cartilago thyroidea. Der Oesophagus ist seitlich comprimirt. Störungen sind nicht veranlasst worden.

In allen 3 Fällen ist der Ausgangspunkt der Divertikel der Pharynx, wo auch die Halsfisteln vorkommen. Aber Verfasser

giebt die Möglichkeit zu, dass diese hier beschriebenen Divertikel auch Ausstülpungen der Schleimhaut sein können.

Diese Ansicht dürfte für die letzten beiden Fälle zutreffend sein, während im ersten Fall doch eine Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, dass wir es mit einer in das Gebiet der fehlerhaft oder nicht geschlossenen Kiemenbögen gehörigen Bildung zu thun haben. Doch hat Heusinger den Fall Hettich auch als hieher gehörig angeführt. Warum sollte aber nicht eine ursprünglich kleine Ausstülpung der Schleimhaut in Folge jahrelangen Zerrens durch in derselben angehäuften Speisen ein Blindsack werden können, zumal die Dehnung des Sackes mit dem allmählichen Wachsen der Ausstülpung und der Möglichkeit der Beherbergung immer grösserer Speisemassen fortwährend zunimmt. Dagegen spricht auch wohl nicht die gleiche Anzahl der Häute.

Im Jahre 1868 stellte Podrazki in einer Sitzung der Wiener Aerzte einen Soldaten mit rechtsseitiger vollständiger Fistel vor. Die äussere Oeffnung befand sich zwischen den Köpfen des sternocleidomastoidens, die innere im Pharynx; gefärbte Flüssigkeiten erscheinen im Sputum. Keine Beschwerden, nur bei Verstopfung der Fistel Entzündungserscheinungen, Husten, Würgen, Brechreiz.

Die nächsten Mittheilungen in der Literatur finden sich im Jahr 1873. Dr. Lesser berichtet im Anschluss an einen Fall von Makrostomie und Dermoidcyste vor dem Ohr, beides congenitaler Natur, einen Fall einer Fistel: 36jähriger Mann, auf der Portio sternalis des rechten Kopfnickers eine kleine Hautpapille, mit stecknadelkopfgrosser Oeffnung, von Zeit zu Zeit Tropfen zähen Schleims heraus lassend. Subcutan erstreckt sich nach oben ein cylindrischer Strang. Eine Stricknadel lässt sich 8cm. weit einführen. Noch vor 2 Jahren konnte Patient mit einer gebogenen Stricknadel vom Pharynx aus neben der Zunge eingehen und dieselbe am Halse herausziehen lassen. In seinem 18. Jahre sah er Brotkrumen austreten. Die Mutter leidet an demselben Uebel, doch hörte die Fistel im 20. Jahre auf zu secerniren.

F. R. Eklund, Kopenhagen, sah 1875 folgenden Fall: Junger Seemann, äussere Oeffnung sitzt rechts am innern Rand des Kopfnickers, 6cm. von der articulatio sternoclavicularis, 10cm. von der Spitze des processus mastoideus. Der Gang verlief 3cm. aufwärts,

schien dann in der Richtung auf den Pharynx, in der Nähe des os hyocoeum blind zu enden; keine Behandlung.

Zur selben Zeit theilt Heusinger eine Eintheilung der angeborenen Halsfisteln und der diesen sich anschliessenden Bildungen mit.

1. Vollständige Fisteln mit äusserer und innerer Oeffnung.
2. Unvollständige, blind endigende äussere und innere Fisteln.
3. Hautmetamorphosen als Reste der Spalten.
4. Anomale Entwicklungen innerhalb der ursprünglichen Halsbögen.
5. Anomalen Entwicklungen in und aus dem Raume der ehemaligen Kiemenhöhle.

Im Jahre 1876 wurde folgender Fall beobachtet: Bootsmannsmaat hat am untern Theile des Halses eine pflaumengrosse Geschwulst, aus der Schleim heraus sickert, mitunter gehen flüssige Nahrungsmittel durch. Erbliche Anlage fehlt. Am manubrium sterni 1,5cm. in schräger Richtung nach unten vom sternoclaviculargelenk besteht eine haarfeine, mit einer Kruste bedeckte Oeffnung. Nach Entfernung der Kruste fliesst heller, durchsichtiger Schleim aus. Eine feine Sonde geht mit Leichtigkeit durch die ganze Fistel hindurch, endigt rechtsseitig zwischen arc. palatogloss. und palatopharyng. Gänzlicher Mangel und unvollständige Entwicklung der Tonsillen. Beim Eindringen der Sonde Reflexcontractionen, die mit dem tiefern Eindringen der Sonde zunehmen. Die Spitze der Sonde beim Erscheinen im Pharynx nach vorn und oben gerichtet zeigt nach der Vereinigungsstelle zwischen hartem und weichem Gaumen.

1877 stellte Rasp in einer Sitzung der Lemberger Aerzte einen Rekruten vor: Rechts, etwas vor dem inneren Ende der clavicula, sitzt eine kleine Oeffnung. Austritt von wenig Schleim bei Druck auf den Kopfnicker. Die Sonde dringt nach innen und oben vor, man kann sie mit dem Finger deutlich hinter dem hintern arcus palatoglossus fühlen. Die injicirte Flüssigkeit kommt auf demselben Wege wieder heraus, verursacht unangenehme Empfindungen im rechten Ohr. Die Bildung ist angeboren. Doch ist der Patient gesund.

1878 fand Roth bei einem 31jährigen Manne eine Halskiemenfistel. In der Mittellinie des Halses befindet sich eine 1,5cm. lange, 0,5cm. breite, röthliche, schleimhautähnliche Rinne, an die sich ein 2 $\frac{1}{2}$ cm. langer, nach unten und links bis auf die

vordere Fläche des manubrium sterni reichender und blind endigender Canal anschliesst, der im untern Theil eine von der fascia coll. superfic. herrührende Scheide besitzt. In der Wand sind Schleimhaut und submucosa zu unterscheiden, sowohl in letzterer als auch ausserhalb der Scheide acinöse Drüsen, welche an die traubenförmigen Schleindrüsen des weichen Gaumens erinnern. Die Oberfläche der Rinne ist mit Plattenepithel ausgekleidet, der Canal enthält Platten- und Flimmercylinderepithel, welch letzteres in seinem Endtheil überwiegt. Am meisten auffällig erscheint die Richtung des Canals. Vielleicht bestand früher eine geschlossene Kiemengangscyste, die später nur zum Theil eröffnet wurde.

1882 behandelte E. Mettenheimer ein 10jähriges, scrophulöses Mädchen an einem markstückgrossen Geschwür vor dem linken Tragus, das, nachdem es lange allen Heilversuchen Trotz geboten, endlich bis auf ein kleine, im obern, äussern Winkel befindliche Stelle, aus der bei Druck ein Tropfen einer rahmartigen Flüssigkeit austritt, vernarbte. Hier fand sich ein haarfeiner Gang, der nach oben und aussen $1\frac{1}{2}$ cm. weit führte und in der Nähe eines kleinen, weissen Grübchens blind endete. Nach Spaltung und wiederholter Aetzung Heilung. Auch an entsprechender Stelle des linken Ohres entdeckte Mettenheimer eine weissliche Grube und hält dieselben für Reste fötaler Kiemenspalten, von denen die linkerseits Sitz scrophulöser Ausscheidungen ward.

1883 sind mehrere Veröffentlichungen zu verzeichnen. Berg beobachtete folgenden Fall, von angeborener, vollständiger Halsfistel: 28jähriger Mann hatte in den ersten Lebensjahren eine bis hühnereigrosse Geschwulst am Halse, aus der sich bei Incision eine schleimartige Flüssigkeit entleerte. Seitdem besteht eine Fistel, die bald Schleim, bald Eiter absondert. Dieselbe soll in eigenthümlicher Beziehung zum Ohr stehen, da mit dem gelegentlichen Aufhören der Fistelsecretion (besonders zwischen dem 8. und 14. Lebensjahr) ein eitriger Ausfluss aus dem Ohr entstanden sein soll. Status praesens: Wohlgebildeter Mann, oberhalb der inc. thyreoid. sup. flachliegender, nicht ganz 1 cm. langer Wulst, an dem links ein feiner Canal mündet, den man nach Spaltung des Wulstes in sagittaler Richtung und etwas nach aufwärts verfolgen kann. Eine Ausmündung in die Mundhöhle ist in keiner Weise zu entdecken, es wird jedoch eine obere Communication ange-

nommen, da Patient different in die Fistel eingebrachte Geschmackskörper sofort richtig erkennt. Als vor der Spaltung Versuch mit Galvanokaustik gemacht wurde, trat sofort eitriges Ohrenentzündung ein.

Einen Fall von verzweigter Halsfistel theilt Dr. Ribbert mit. Die bisher beschriebenen Kiemenfisteln stellen stets einfache mit Flimmer- und Plattenepithel ausgestattete Gänge dar. Ribbert beobachtete einen Fall von Verzweigung: 21jähriger Mann sucht zwecks Heilung der Fistel Aufnahme in die Klinik. In der Mittellinie des Halses 3 cm. langer, blind endender Gang, der durch Umschneidung in toto exstirpiert wurde. An dem gehärteten Präparat fand R. ausser dem genannten Hauptgang noch zwei mikroskopisch erkennbare Nebengänge, die sich dendritisch von ersterem abzweigten. Mikroskopisch fanden sich noch zahlreiche kleine Lumina von Nebenanälen, die bei der Operation durchgeschnitten waren. Alle Kanäle waren mit kleinzelligem Cylinder-epithel ausgekleidet, dessen Zellen theilweise Flimmerhaare trugen. R. betont zum Schluss die Seltenheit medianer Halsfisteln. Als Ursache der mangelhaften Vereinigung der von der Seite in der Mittellinie zusammenkommenden Kiemenbögen glaubt er im vorliegenden Falle Störungen entzündlicher Natur bezeichnen zu dürfen.

Zwei einschlägige Fälle congenitaler Missbildungen veröffentlichte Dr. Pauliky.

Rechtsseitige Halskiemenfistel neben dem innern Rand des sternocleidomast. $3\frac{1}{2}$ cm. vom Gelenk, zwischen Schlüssel- und Brustbein. Die feine Oeffnung trichterartig eingezogen, von einem ringförmigen, erhöhten Wall umgeben, lässt auf Druck einen Tropfen milchig-schleimiger Flüssigkeit austreten, eine Sonde 6 cm. weit bis zur Höhe des oberen Randes des Schildknorpels vordringen. Ob Communication mit dem Pharynx besteht, ist nicht zu ermitteln.

Im andern Fall sitzt ein kiemendeckelartiger Hautanhang an der rechten Seite des Halses. Das lappige 2,2 cm. lange Gebilde mit kolbig angeschwollenem, freiem Ende sass mittelst eines dünnen Stils am innern Rand des Kopfnickers und $3\frac{1}{2}$ cm. oberhalb des Sternoclaviculargelenks auf. Consistenz festknorpelig, Fistelöffnung nicht vorhanden. Anzusehen als abnorme Entwicklung des Kiemenbogens.

Im Anschar-Krankenhaus zu Kiel kamen in letzter Zeit folgende Fälle congenitaler Halsfisteln zur Beobachtung.

1878. v. L., Offizier, soll seit seiner Geburt einen Tumor in der Mittellinie des Halses oberhalb der inc. thyreoid. sup. gehabt haben. Angeblich wurde incidirt. Jetzt besteht eine Fistel, welche sich von der Mitte nach links verlaufend verfolgen lässt und wegen welcher Patient sich in Behandlung giebt. Dieselbe liegt genau in der Mittellinie des Halses, einige cm oberhalb der cartil. thyreoidea und ist äusserlich unvollkommen. Therapie: Exstirpation des Fistelganges. Wegen Unruhe und unzumuthlicher Lebensweise trat keine Heilung des Patienten ein. Dieselbe würde aller Wahrscheinlichkeit bei rationellem Verhalten des Patienten in vollkommener Weise erfolgt sein. Ob derartige Leiden in der betreffenden Familie erblich waren, ist nicht constatirt, ebenfalls nicht, ob Blutsverwandschaft der Eltern vorlag.

1880. G. H., Tischlerssohn aus Kiel, hatte seit seiner Geburt eine unvollkommene äussere Fistel. Leider wurde der Fall, da er ambulanter behandelt wurde, nicht näher beschrieben. Feststehend ist nur die Therapie, die in Thermokauterisation, später Excision bestand, welche die völlige Heilung zur Folge hatte.

1885. E. Th., 8 J. alt, Arbeiterssohn aus Wellingdorf bei Kiel, mediane äussere unvollkommene Halsfistel, welche angeboren ist. Fistelöffnung sitzt genau in der Mitte des Halses auf der cartil. thyreoidea. Dieselbe wird durch Exstirpation entfernt. Nach 11 Tagen wird Patient geheilt entlassen. Im nächsten Jahre erschien derselbe wieder. Es hatte sich in der Mitte des Kehlkopfs am Platze der exstirpirten Fistel eine nussgrosse Cyste entwickelt. Wahrscheinlich war bei der Excision ein Stück des Hauptganges stehen geblieben, vielleicht mögen auch nach Analogie des Falles Ribbert dendritische Verzweigungen des Ganges bestanden haben. Injection mit Lugol'scher Lösung führten Verödung der Cyste herbei. Patient ist bis heute gesund geblieben. Es hat sich am Halse nichts verändert. Auf der Cartilago thyreoidea sieht man eine strahlige Narbe. Keine Erblichkeit, keine Blutsverwandschaft der Eltern.

1886. S. P., Tochter des Hauptlehrers aus Kiel, 8 Jahre alt. Rechtsseitige vollkommene Halsfistel. Aeussere Fistelöffnung über und hinter dem grossen Zungenbeinhorn. Die zweite

äussere Mündung befand sich im äussern Drittel der hintern Wand des meat. aud. extern. sichtbar als stecknadelkopfgrosse excoriirte Stelle. Keine Communication mit dem Pharynx. Beim Einspritzen von Jodoformaether in die Fistelöffnung am Halse quoll die Flüssigkeit wieder aus dem Ohre heraus. Es wurde durch Injectionen der Verschluss der Fistel angestrebt u. auch temporär erreicht. Im Jahre 1888 erschien die Patientin wieder im Krankenhaus mit einem Tumor in der rechten Submaxillargegend, dessen Aetiologie wohl mit dem Bestehen der unvollständig geschlossenen Fistel zusammenhing. Bei der Incision entleerten sich stinkende Epithelmassen, wie man sie bei vereiternden Atheromen findet. Man erkannte, dass die Fistel noch in ihrem ganzen Umfang bestand, es floss auch jetzt wieder die in die Halsöffnung eingespritzte Flüssigkeit aus dem Ohr, doch nicht so prompt und in derselben Menge wie früher. Es wurde die Therapie der Einspritzungen mit Jodoformaether fortgesetzt und ein vollständiger Verschluss der Fistel erreicht, und lange Zeit sah man an Stelle der Halsöffnung mehrere narbige Einziehungen von der Grösse eines mässigen Hagelkorns. Von der Ohröffnung war nichts mehr zu sehen. Beschwerden fehlten gänzlich, ebenso Otorrhoe. Jetzt hat sich wieder eine der erwähnten narbigen Stellen eröffnet und es fliesst auf Druck ein sehr spärliches, hellgrünes Secret aus. Der frühere status im Ohr ist unverändert. Es fehlen Beschwerden. Die benachbarten Parthien des Halses sind nicht geschwollen. Der Fistelgang ist also am äusseren Hals theile nicht ganz verödet gewesen und es hat sich bei der lebhafteren Säftecirculation der herannahenden Pubertät wieder Absonderung eingestellt. Zweifellos ist diese neue Erscheinung durch geeignete Therapie mittelst Einspritzungen oder durch Excision leicht zu heben. Erblichkeit oder Blutsverwandschaft der Eltern nicht vorhanden.

1886. F. H., Säugling, Briefträgers-Tochter, Kiel. Oberhalb des rechten Ohres in der Schläfengegend $1\frac{1}{2}$ ctm. vom äussern Rand des Helix am Haarrande befindet sich eine über stecknadelkopfgrosse Oeffnung mit nicht erhabenen Rändern. $2\frac{1}{2}$ cm. nach median aufwärts eine schwach röthlich gefärbte,

erbsengrosse Prominenz, auf Druck auf dieselbe fliesst ein weissliches, schleimiges Secret aus der Oeffnung. Sonde ist entsprechend weit einzuführen. Aeussere unvollkommene Ohrfistel. Dieselbe verursacht keine Beschwerden. Keine Erblichkeit, keine Blutsverwandschaft der Eltern. Therapie verweigert.

1888. R. Sp., Säugling, Arbeiterssohn, Kiel. Ueber der clavicula am äussern Rand der innern Parthie des Kopfnickers befindet sich eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung, aus der schon seit der Geburt ein spärliches, schleimiges Secret fliesst. Aeussere unvollkommene Halsfistel. Therapie: Injection von Jodoformaether. Heilung. Die Frage nach Erblichkeit und Blutsverwandschaft bleibt in diesem Falle offen.

1886. O. Gl., 4 J., Arbeiterssohn, Kiel. Patient kam mit einer Schwellung im hinteren Halsdreieck, einige cm. unterhalb des proc. mastoideus sitzend. Dieselbe wurde anfänglich für eine Lymphadenitis cervicalis gehalten. Dieselbe wurde incidirt, es blieb eine Fistel zurück, die nicht verheilen wollte. Deswegen wurden Jodoformaetherinjectionen gemacht. Dabei zeigte sich Hustenreiz und Eindringen von Jodoformaether in den Rachenraum. Es handelte sich also um eine Halsfistel, die ursprünglich nicht erkannt war. Heilung. Als Residuum der Processes eine an der angegebenen Stelle befindliche Narbe. Keine Erblichkeit, keine Blutsverwandschaft. Dieser Fall bietet das Neue des ungewöhnlichen Sitzes der Fistelöffnung.

Bei Durchsicht der Journale des Anschar-Krankenhauses fand sich neben andern angeborenen Halscysten eine, welche noch einige Aufmerksamkeit verdient. Es fand sich nämlich in derselben ein sogenannter Visceralknochen, wie ihn Heusinger zuerst sah.

1887. C. St., 7 Jahr, Künstlerkind aus Kiel. Seit der Geburt befand sich eine etwa erbsengrosse Geschwulst auf der linken Seite des Kehlkopfes; dieselbe vergrösserte sich allmählig, sodass sie jetzt die Grösse einer Lambertusnuss besitzt. Sie giebt das Gefühl der Fluctuation. Therapie: Exstirpation der Geschwulst in toto. Dabei ergiebt sich ihr Zusammenhang mit einem vom Kehlkopf ausgehenden Knorpel, welcher abgeschnitten wird. Heilung per primam.

Es erübrigen noch einige Schlussbemerkungen. Es entspricht

wohl der jetzigen wissenschaftlichen Ueberzeugung, wenn wir die von Dzondi beobachteten Trachealfisteln nicht in die Kategorie der hier behandelten rechnen. Ferner kann man mit Recht sagen, dass die congenitale Halsfistel ihrer geheimnisvollen Unantastbarkeit vollkommen entkleidet ist. Wenn wir hören, dass Hyrtl bei Veröffentlichung einer Halsfistel bemerkt, dass jeder Eingriff natürlich unsinnig sei, so berührt uns ein solcher Ausspruch wunderbar, und wir können nicht daran glauben, dass nach Münchmeyer versuchte operative Eingriffe epileptiforme Anfälle und sogar den Tod hervorgerufen hätten. Das beste Zeichen, dass wir heutzutage mit der Therapie auf dem richtigen Wege sind, ist das gute Resultat, das die Radikaloperationen der Exstirpation und die Eingriffe mittelst Ausspritzung mit ätzenden Flüssigkeiten zu verzeichnen haben. Die auf unerklärbaren Ursachen beruhende Wechselbeziehung zwischen den in den Oesophagus eingekeilten Bissen und der Stockung der Secretion der Fistel ist oben schon zu erklären versucht worden. Aber auch die Angabe, auf welche wir in der Literatur mehrfach gestossen sind, dass bei Verschluss der Fistelöffnung am Halse Ohrenschmerzen und Ohrenlaufen eintreten sei, ist erklärlich, nachdem in dem einen Fall des Kieler Anscharhauses die Communication zwischen Hals und Ohr nachgewiesen ist. Konnte eine solche nicht auch in andern Fällen bestehen? Nur war sie schwer oder garnicht nachzuweisen wegen der Enge und der Windungen des Kanals. Was war da natürlicher, als wenn bei Verschluss der Halsöffnung sich das angestaute Secret die wegen ihrer schlechten Passirbarkeit nicht benutzte andere Ausgangsöffnung gangbar machte, ein Process, der sich nur unter Schmerzen und schliesslichem Ohrenlaufen in Scene setzen konnte. Soweit eigne Beobachtungen reichen, war niemals Erblichkeit und Blutsverwandtschaft der Eltern der Patienten festzustellen.

Wenn wir nun noch auf die Beschaffenheit der Hemmungsbildungen am Halse eingehen, so sehen wir im Allgemeinen zwei Arten, die sich auch durch die Art ihres Sitzes näher characterisiren: Entweder bilden sich Fisteln oder Cysten (tiefe Halsathrome). Wenn sowohl innere wie äussere Oeffnungen verschlossen sind, so entsteht ein Atherom, bleiben sie offen, eine Fistel. Die Atherome haben verschiedenen Inhalt, derselbe ist entweder

klar- bis schleimigerös und somit ein Abkömmling der Schleimhaut oder er besteht aus breiigen Massen, dicken Epithelien, Cholestearincrystallen; in diesem Fall handelt es sich dann um Epidermoidalgebilde und die Wand des Sackes ist mit Epidermis ausgekleidet. Die Atherome am Boden der Mundhöhle entsprechen der ersten Kiemenfurche zwischen 1. und 2. Kiemenbogen. Wären im Falle S. P. die beiden Mündungen verschlossen gewesen, so hätte es sich von vornherein um ein Atherom gehandelt. So kam ein solches erst zu Stande, als die Fistelöffnungen artificiell geschlossen waren: es entstand ein Tumor, dessen Inhalt aus stinkenden Epithelmassen bestehend ganz den Character zersetzten Atherombreis hatte. Ursprünglich war hier der Regel entgegen eine Fistel. Dieselbe wurde auch später wieder in ihrem ganzen Umfange vorgefunden. Die Gebilde der zweiten Kiemenfurche dagegen sind vorwiegend rein fistulöse, während in der dritten Atherome und Fisteln gleich häufig sind.

Verwandte Atherombildungen findet man auch am oberen Augenlid, wohin bisweilen die Furche zwischen Oberkieferfortsatz und seitlichen Stirnfortsatz reicht. Ebensolche am untern Augenlid. Also stossen wir auf dieselben Bildungen wie am Hals, nur dass man hier statt Fisteln Spalten vor sich hat, wie die schräge Gesichtsspalte, die Hasenscharte, das Makrostoma, demnach wären die Spalten den Fisteln analoge Bildungen. Warum Fisteln am Halse und Spalten im Gesicht vorkommen, entzieht sich unserer Beurtheilung.

Literatur.

Virchow-Hirsch'sche Jahrbücher, Schmidt'sche Jahrbücher der gesammten Medicin.

Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und klinische Medicin. Virchow. Band XXIX.

V i t a.

Ich, Waldemar Harding, bin in Wesselburen in Holstein am 1. December 1862 geboren. Ich besuchte das Gymnasium zu Meldorf von Ostern 1876 bis Ostern 1883 und verliess dasselbe mit dem Zeugnis der Reife. Ich studirte an den Universitäten Kiel, Marburg, Berlin, Kiel. Ostern 1886 bestand ich zu Berlin das tentamen physicum, in Kiel am 18. Mai das medicinische Staatsexamen, am 18. Juni das examen rigorosum.

Hiermit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Petersen, für die gütige Ueberlassung des Materials und die freundliche Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Nur bei der tuberculösen Form der eitrigen Mittelohrentzündung ist das Jodoform indicirt.

II.

Bei der sogenannten Sclerose der Paukenhöhlenschleimhaut ist in der Regel das innere Ohr mitafficirt.

10689

2049