

Die Einschnürung geht in gleichmässiger Stärke um das ganze Knorpelstück herum, so dass an dieser Stelle die Dicke desselben nur halb so gross ist, als an den beiden Enden.

In diesem Vorgang kann man wohl mit Recht die Anlage zur Bildung eines III. Knorpels erkennen, der dann den III. Phalangen der benachbarten V. Finger entsprochen hätte.

Die Knorpelstücke bestehen mikroskopisch aus reinem hyalinem Knorpelgewebe; die Knorpelzellen sind sehr zahlreich, zumeist dreieckig, zum Theil auch halbmondförmig gestaltet. Diese Knorpel sind eingebettet in das sehr bedeutend entwickelte Unterhautfettgewebe, das seinerseits von dem oben schon beschriebenen Integument bedeckt ist.

An den Skelettheilen der übrigen Finger, namentlich der benachbarten V. Finger, ist keine Abweichung von der Norm zu finden; an den Füssen wäre zu bemerken, dass auch die V. Zehen nur zwei mit Knochenkernen versehene Phalangen tragen, hierin also mit den VI. Zehen übereinstimmen.

Die V. Metacarpo-, bzw. Metatarso-phalangealgelenke verhalten sich normal. Hervorzuheben wäre noch, dass die distalen Enden der V. Metacarpal-, bzw. Metatarsalknochen keine Andeutung einer Gelenkverbindung mit den VI. Gliedern aufweisen.

2.

Bemerkungen zu dem Aufsätze des Herrn Dr. Poelchen zur Anatomie des Nasenrachenraumes.

(Dieses Archiv Bd. 119 S. 118.)

Von C. Ziem in Danzig.

In seiner Arbeit über die Anatomie des Nasenrachenraumes bespricht Herr Poelchen eingehender die Topographie und die anatomische Anordnung der sog. Bursa pharyngea, welcher bekanntlich neuerdings von Tornwaldt eine ziemlich grosse Wichtigkeit auch in klinischer oder praktischer Beziehung beigelegt worden ist. Ich meinerseits würde davon abgesehen haben, zu der in mehrfacher Beziehung, wie mir scheint, verdienstlichen Darstellung Poelchen's das Wort zu ergreifen, da ich selbst anatomische Untersuchungen des Nasenrachenraumes seit Jahren nicht mehr vorgenommen habe, wenn Herr Poelchen in seiner Mittheilung allein auf anatomische Verhältnisse sich beschränkt und nicht auch das klinische Gebiet oder das Gebiet des Praktikers gestreift hätte. Auf S. 125 seiner Arbeit sagt Herr Poelchen nelmlich, dass Tornwaldt Recht habe nicht nur darin, dass er die sog. Bursa pharyngea als Einsenkung der Schleimhaut auffasst, sondern auch darin, dass er „an der Stelle jener Einsenkung die häufigste und bedeutendste Localisation der krankhaft veränderten Secretion“ bei Katarrhen des Nasenrachenraumes sucht. Zum Beweise hierfür führt Herr Poelchen an, dass er bei mehreren hundert Sectionen recht häufig Anomalien der Secretion im Gebiete der Bursa pharyngea, sowohl Hypersecretion normalen Schleimes, als auch intensive Eiterung gefunden habe und dieses zwar „bei intacter Um-

gebung“. Da hier von dem Verhalten der weiteren Umgebung, besonders auch der Nasenschleimhaut, gar keine Rede ist, scheint Herr Poelchen vollständig auf den Standpunkt von Tornwaldt sich zu stellen, der ja jene Recessuskatarrhe als primäre und selbständige, scharf localisirte und von Naseneiterungen unabhängige Erkrankungen aufgefasst hat. Gegen ein so zu sagen gesetzmässiges oder nur häufiges Zutreffen dieser Anschauung möchte ich auch an dieser Stelle, wie bereits in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Nasenkrankheiten 1890 No. 3 und in den Therapeutischen Monatsheften 1890 No. 3 denn doch mich aussprechen und auf's Nachdrücklichste geltend machen, dass viele der von Tornwaldt und seinen Nachfolgern als rein örtliche Recessuserkrankungen aufgefasste Affectionen auf gleichzeitig vorhandene Eiterungen der Nasenhöhle oder ihrer Nebenhöhlen zurückzuführen sind.

Vom Standpunkte des Praktiker's aus wird man offenbar nur in solchen Fällen geneigt sein, das Erwiesensein einer rein örtlichen Bursitis pharyngealis zuzugeben, wenn eine auf die letztere ausschliesslich beschränkte Behandlung Heilung, wirkliche Heilung erzielt hat: derartige Fälle sind in der That ja auch von Tornwaldt und Anderen, in diesen Tagen besonders noch von Michelson und Gerber in Königsberg mitgetheilt worden. Solche Fälle sind aber offenbar nicht häufig. In vielen Fällen, die als örtliche Affectionen der Bursa pharyngea behandelt worden waren, findet sich schliesslich doch eine Naseneiterung vor, die durch Hinabsickern des Secretes aus der Nase längs des Rachendaches und Festhaften desselben gerade in den Recessus des letzteren oder auch durch eine Infection der Schleimhaut jener Recessus zu den steten Recidiven jener Bursitis Veranlassung gegeben hatte und deren Beseitigung denn auch Heilung der vermeintlich selbständigen Bursitis herbeiführt. Wenigstens verhielt sich das so bei einer Reihe von Kranken, die, anderwärts schon lange Zeit erfolglos behandelt, schliesslich zu mir übergegangen sind. Besonders auffällig in dieser Beziehung ist die Krankengeschichte einer hiesigen Dame, der Angehörigen eines Collegen, die an einer vermeintlich selbständigen Tonsillitis und Bursitis pharyngealis nahezu fünf Jahre lang behandelt worden war und bei welcher sich schliesslich eine Eiterung beider Oberkieferhöhlen vorfand, deren Beseitigung denn auch jene Nasenrachenerkrankung, und zwar in etwa 2½ Monaten, beseitigt hat. Wie ich meinerseits noch niemals eine Tonsillitis pharyngealis, eine Hypertrophie der Rachenmandel ohne gleichzeitig bestehenden, beziehungsweise präexistirenden Nasenkatarrh gesehen habe, — welcher letztere durch die gewöhnlichen Speculirungsmethoden allerdings nicht immer nachzuweisen ist, — so habe ich selbst auch noch keinen Fall einer rein örtlichen, von Naseneiterung unabhängigen Bursitis pharyngealis beobachtet.

Vom Standpunkte des Anatomen aus wird man einen Katarrh der Recessus des Nasenrachensraumes nur dann als einen selbständigen bezeichnen, wenn nicht nur in der allernächsten Umgebung der Recessus, sondern besonders auch in der Nase keine Zeichen einer gleichzeitigen oder präexistirenden Eiterung aufzufinden sind. Aus der Arbeit des Herrn Poelchen ist aber nicht zu erkennen, wie das Verhalten der Nasenschleimhaut in den von ihm anatomisch untersuchten Fällen gewesen sei. Vielleicht entschliesst sich Herr Poelchen bei weiteren Sectionen auch auf diesen, wie mir wenigstens scheint, fundamentalen Punkt seine Aufmerksamkeit auszu dehnen und vermuthlich wird sich denn auch vom anatomischen Standpunkte aus ergeben, was nach Beobachtungen an Lebenden für Andere und mich selbst bereits feststeht, dass das, was einige Autoren als Tornwaldt'sche Krankheit bezeichnet haben, nicht, wie behauptet worden, eine häufige, sondern vielmehr eine seltene Affection ist.