

genommen worden war, nur auf Entartung der Follikel beruht, sondern die ihre Entstehung auf Urnierenreste zurückführen lässt.

Zum Schluss möchte ich nicht unterlassen, Herrn Professor Dr. H. Ribbert, meinem hochverehrten Lehrer, für die Zuweisung dieser Arbeit, sowie für seinen Rath und Beistand den wärmsten Dank auszusprechen.

Auch Herrn Privatdocent Dr. Bühler sage ich hiermit meinen besten Dank für das freundliche Interesse, das er meiner Arbeit entgegen gebracht hat.

XIV.

Spontanes Entweichen von cerebro-spinaler Flüssigkeit aus der Nase.¹⁾

Von

Dr. W. Freudenthal, New-York.

Die Krankheit, die ich heute Abend beschreiben werde, ist so ausserordentlich selten, dass auf dieser Seite des Oceans bisher nur ein Fall veröffentlicht wurde, und zwar von Dr. Scheppegrell¹⁾ aus New-Orleans. Wiewohl Scheppegrell nichts über die Anwesenheit einer reducirenden Substanz in der Flüssigkeit erwähnt, so waren doch alle anderen Symptome so markant, dass kein Zweifel über den Ursprung der Flüssigkeit herrschen kann. Ein oder zwei andere Fälle, die von amerikanischen Autoren als Hydrorrhoea nasalis berichtet waren, gehören vielleicht auch in diese Kategorie, aber sie sind nicht über allen Zweifel erhaben. Eines möchte ich aber gleich hervorheben, und das ist, dass die Krankheit, über die ich zu sprechen habe, gar nichts zu thun hat mit nasaler Hydrorrhoe und noch viel weniger mit Heufieber, wie von einem der Herren vermutet

¹⁾ Case of recurrent headache, each attack being relieved by the discharge through right nostril of a fluid from cranial cavity. Journal of the American Medical Association, Vol. 30, Feb. 26, 1898.

wurde. Diese beiden letzten Krankheiten sind rein nervöser Natur, während das andere ein Transsudat ist, das aus der Schädelhöhle ausgepresst ist.

Einer der ersten, der einen derartigen Fall beschrieben hat, war Theodor Leber¹⁾). Sein Fall betraf ein Mädchen von $15\frac{1}{2}$ Jahren, die einen Hydrocephalus seit ihrer Geburt hatte. Seit sechs Monaten wurde die Sehfähigkeit schwächer und Schwindelanfälle traten ein. Einige Male während der Woche stellten sich auch heftige Kopfschmerzen ein. Vor drei Monaten war ein ausgesprochener epileptischer Anfall aufgetreten und darauf continuirliches Abträufeln aus der linken Nase. Es wurde postneuritische Atrophie und ausgesprochener Hydrocephalus gefunden.

Kürzlich wurde ein Fall von nasaler Hydrorrhoe veröffentlicht von Urbano Melzi²⁾ aus Mailand. Melzi selber bemerkt über diesen Fall: Die Abwesenheit einer reducirenden Substanz, die geringen Mengen von Eiweisskörpern, die leichte Trübung sowohl, wie auch einige klinische Erwägungen sprechen gegen die Annahme einer cerebro-spinalen Flüssigkeit. Andererseits aber ist die Abwesenheit von Mucin und morphologischen Elementen, der grosse Procentsatz an anorganischen Substanzen, wie sie besonders durch die Chloride repräsentirt waren, nicht charakteristisch für nasale Hydrorrhoe. Wir müssen deshalb diesen Fall auch als zweifelhaft hinstellen.

O. Körner³⁾ aus Rostock veröffentlichte den Fall eines Mädchens von 37 Jahren. Seit 8 Jahren Schwindel beim Gehen, seit vier Monaten Ausfluss aus dem linken Nasenloch, Opticus-Atrophie auf beiden Seiten u. s. w.

Die wichtigste und umfangreichste Arbeit über diesen Gegenstand erschien erst vor ganz kurzem in London aus der Feder von St. Clair Thomson⁴⁾.

¹⁾ Ein Fall von Hydrocephalus mit neuritischer Sehnerven-Atrophie und continuirlichem Abträufeln wässriger Flüssigkeit aus der Nase. Gräfe's Archiv für Ophthalmologie. Bd. 29, 1883, S. 273.

²⁾ Journal of Laryngology, Rhinologie u. Otologie, Dec. 1899.

³⁾ Abfluss von Liquor cerebrospinalis durch die Nase und Opticus-Atrophie. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. 33, 1899.

⁴⁾ The cerebro-spinal fluid. Its spontaneous escape from the nose. Cassell & Co., Ltd., London 1899.

Sein Fall betraf gleichfalls ein Mädchen von 25 Jahren. Die Flüssigkeit entleerte sich seit über drei Jahren Tag und Nacht aus der linken Nase. Der Geruchssinn war nicht afficirt. Das Mädchen brauchte 5 bis 6 Taschentücher täglich, und dieselben wurden beim Trocknen nicht steif gefunden, wie man das in Fällen von reiner Vermehrung einer schleimigen Secretion sieht. Es waren vier Intervalle in dem Abfluss zu verzeichnen. Das eine währte 16 Tage, zwei je 28 Tage und das letzte zwei Monate. Während dieser Intervalle waren starke Kopfschmerzen vorhanden, und zwar hauptsächlich über dem linken Auge und auf dem Kopf, und sie waren oft sogar äusserst heftig aufgetreten. Zu anderen Zeiten befand sich die Patientin vollständig gesund. „In Wirklichkeit befand sie sich zu diesen Zeiten besser in Bezug auf ihre Kopfschmerzen, als bevor der Ausfluss begann.“

Für weitere Details dieses interessanten Falles möchte ich Sie auf das eben erwähnte hochinteressante und lehrreiche Buch von St. Claire Thomson hinweisen.

Um nun den Fall, der meinem heutigen Vortrage zu Grunde liegt, besser zu verstehen, bitte ich um Ihre Erlaubniss, aus meiner Praxis einen andern Fall, der eine gewisse Aehnlichkeit darbietet, citiren zu dürfen.

Im Februar 1899 consultirte mich eine Frau wegen eines sehr eigenthümlichen Ausflusses aus der Nase. Die Anamnese war in Kurzen folgende: Frau H. S. ist 29 Jahre alt. Sie war immer anämisch und schwach, besonders als Kind. Sie hatte Masern, Scharlach u. s. w. Im Alter von 18 Jahren heirathete sie und ist also 11 Jahre verheirathet. Sie hatte keine Kinder und keinen Abort. Es sind auch keine Anzeichen für eine syphilitische Infection zu finden. Sie war immer nervös, doch äusserte die Nervosität sich mehr, seitdem sie verheirathet war, und sie consultirte daher auch sehr viele Aerzte wegen derselben. Sie wurde auch ferner wegen einer Magenkrankheit behandelt. Seit den letzten fünf Jahren nun musste sie jeden Morgen heftig niessen, und gleich darauf fing die Nase an zu laufen. Es trüpfelte beständig einige Stunden von der Nase, meist jedoch von 8 bis 10 Uhr morgens. Bei der Untersuchung wurde nichts Abnormes in der Nase gefunden; noch auch sonst an irgend einem andern Theil des Körpers. Die Patientin selbst schien die ganze Affection etwas leicht zu nehmen. Am nächsten Tage brachte sie mir etwa 120 gr einer Flüssigkeit, die sie an demselben Morgen aus der Nase entleert hatte. Es war eine sehr mucöse Flüssigkeit, welche unter dem Mikroskop Mengen von flachen Epithelialzellen zeigte. Die Reaction war leicht alkalisch, specifisches Gewicht 1,015, und es zeigte sich eine gewisse Trübung. Mucin war in der Flüssigkeit reichlich vorhanden.

Kurz, dieses war ein Fall von reiner Hydrorrhœa nasalis, und zwar auf rein neurotischer Grundlage. Das neurotische

Element in diesem Falle scheint auch der causale Factor in einer anderen Krankheit der Patientin gewesen zu sein, welche wir unter dem Namen Gastrosuccorrhoea chronica kennen. In der That glaube ich, dass ihre Magenaffection in nichts anderem bestand, als in einer solchen Gastrosuccorrhoea.

Nach der Demonstration dieses Falles vor einer hiesigen medicinischen Gesellschaft sandte mir ein Kollege einen andern Fall mit derselben Diagnose zu, nehmlich Hydrorrhoea nasalis. Wir constatirten jedoch bald, dass dies nicht Hydrorrhoea nasalis war, sondern eine ganz andere Affection. Da dies aber der Fall ist, der uns hier beschäftigen soll, so will ich mir gestatten, denselben in seinen Einzelheiten genauer zu beschreiben:

Frau C. B. ist 50 Jahre alt und hatte im October 1898 sehr hohes Fieber, von dem „eine Art bronchiales Husten“ zurückblieb. Seit der Zeit trüffelt es beständig von ihrer linken Nase. Gerade ein Jahr, bevor das Träufeln begann, hatte sie Schmerzen auf der Stirn über der Nase. Diese Schmerzen hatte sie Tag und Nacht, und sie wurden so fürchterlich, dass sie glaubte ihren Verstand verlieren zu müssen. Sie bemerkte bei solchen Gelegenheiten zu ihrer Tochter: „Wenn ich etwas Unrechtes thue, so macht mich nicht daffür verantwortlich.“ Zu der Zeit konnte sie weder einen Stuhl heben oder fortschieben, noch von einer Seite ihres Bettes auf die andere sich bewegen. Sie hatte gar keinen Trieb, irgend etwas zu thun, und kümmerte sich um nichts. Dieser Zustand dauerte neun Wochen lang. Zu dieser Zeit wurde Dr. Spitzka zur Consultation geholt und soll eine schlechte Prognose besonders in Bezug auf ihre Schmerzen gestellt haben. Es wurden zu der Zeit Tag und Nacht Eisumschläge gemacht, bis wärmeres Wetter einsetzte.

Ausserdem verordnete ihr Hausarzt Dr. K. Einreibungen einer grünen Salbe (Quecksilber), worauf sie angeblich besser wurde. Diese Einreibungen wurden nur ganz kurze Zeit gemacht, so dass von einer Wirkung des Hg hier nicht die Rede sein kann. Sowie das Träufeln sich einstellte, fühlte sie sich ausserordentlich viel leichter. Auch das Gehör verbesserte sich. Ihren Geruchssinn hatte sie verloren, bevor der Abfluss einsetzte.

Die Nase trüffelte beständig den ganzen Sommer, und sie fühlte sich ziemlich behaglich während der ganzen Zeit bis zum 8. December 1899, wo sie einen „schrecklichen“ Husten und Fieber hatte; seit dieser Zeit trüffelte es weniger von der Nase, um bald vollständig zu sistiren, und zu gleicher Zeit kamen auch ihre alten Beschwerden wieder. Sie arbeitete nicht mehr, bekam wieder Kopfschmerzen und wurde im Allgemeinen etwas stumpf. Ihr Schlaf war ausserordentlich unruhig. Sie sprach während der ganzen Nacht, sprang im Bett umher und hatte „nervöse Zuckungen“. Diesmal war je-

doch ihr Zustand keineswegs so schlimm, wie im Jahr 1897. Der Abfluss kam bald wieder, und damit verschwanden auch alle die übrigen Beschwerden. Sie ist jetzt noch zuweilen ein klein wenig stumpf und ohne irgend welche Energie, doch im Allgemeinen ist sie aussergewöhnlich thätig.

Status präsens.

Frau B. kam zuerst zu mir am 10. Juni 1899, und ihre Hauptbeschwerden bestanden in Klagen über das constante Abträufeln aus der Nase. Sie braucht mehr als 20 Taschentücher täglich und wird durch das beständige Abträufeln natürlich ausserordentlich gestört. Dieser Abfluss ist von höchst eigenthümlichem Charakter und gänzlich verschieden von Allem, was ich bisher zu beobachten Gelegenheit hatte. Wir sehen ein constantes Abträufeln einer wässrigen Flüssigkeit aus der linken Nase, das Tag und Nacht anhält. Es vermehrt sich, wenn die Patientin ihren Kopf nach vorwärts beugt. Wenn sie auf der Seite liegt, dann läuft es manchmal, als wenn man einen Krahn angedreht hätte, und es macht keinen Unterschied, auf welcher Seite sie liegt.

Dasselbe ist der Fall, wenn sie auf dem Bauch liegt. Des Morgens, wenn sie erwacht, findet sie gewöhnlich ihre Kissen vollständig durchnässt. Nur wenn sie auf dem Rücken liegt, läuft es nicht ab, und sie fühlt sich leichter. Thatsache ist aber, dass sie dann husten muss, und dass die Flüssigkeit einfach in den Hals hinunter läuft und den Husten verursacht. Sie erzählte mir auch, sie hätte Dr. Knapp von hier consultirt, der die Diagnose Neuritis optica stellte. Dr. Knapp entfernte auch einen Polypen aus der linken Nase, aber ich möchte in Parenthese bemerken, dass die Entfernung dieses Polypen lange Zeit, nachdem der Ausfluss aus der Nase begonnen hatte, unternommen wurde. Auf den Rath eines Kollegen hin will sie täglich vier Wochen lang 5 Gramm Chinin genommen haben, und dass sie glaubt, dass sie dadurch ihr Gehörvermögen eingebüsst hätte. Ich konnte Alles, was sie über das Abträufeln sagte, bestätigen. Wenn ich sie nach der Killian'schen Methode untersuchte, konnte ich, während sie vor mir stand und den Kopf nach vorne beugte, leicht sehen, wie die Flüssigkeit sich oben zwischen der mittleren Muschel und dem Septum sammelte und von dort in das Vestibulum hinunterfloss. Wenn sie sich hinsetzte und ihren Kopf ein klein wenig nach hinten beugte, konnte ich bei Besichtigung des Pharynx beobachten, wie sich allmählich an der Uvula ein Tropfen dieser wässrigen Flüssigkeit bildete, der dann in die tieferen Theile hinunter fiel. Weiter oben konnte ich retronasal den Tropfen nicht verfolgen, da alles mit Flüssigkeit imprägnirt war. In der linken Nase war nichts Abnormes zu finden, keine Excoriationen im Vestibulum oder auf der Oberlippe, aber die ganze Nasenhöhle war augenscheinlich gleichfalls mit Flüssigkeit saturirt. Andererseits war die rechte Nase auffallend trocken, und zuweilen fand ich sogar Krusten darin. Ende September 1899 hatte sich wieder ein Polyp in der linken Nase gebildet;

derselbe wurde mit Leichtigkeit entfernt. Am 18. December 1899 sah ich die Patientin zu einer Zeit, als eine der oben beschriebenen Attacken fast vorüber war. Es war ein Intervall in dem Ausfluss eingetreten, dem sofort Symptome von Hirndruck folgten. An dem Tage hatte es gerade wieder angefangen zu fliessen, und sie glaubte, dass sie sich wieder leichter fühlte. Jedoch konnte ich mit Leichtigkeit bemerken, dass die Frau, die gewöhnlich sehr schwatzhaft ist, merklich ruhig war, sehr langsam in ihren Bewegungen und, wie oben bemerkt, etwas stumpf war. Sie klagte über eine Bronchitis, welche sie sehr belästigte, doch konnte ich dafür keine Anzeichen finden. Der Husten, der ziemlich heftig war, wurde einfach durch die Flüssigkeit, welche hinten auf die Epiglottis oder die anderen Theile des Larynx fiel, verursacht. In kurzer Zeit stand die Patientin wieder auf, und sie fühlte sich jetzt so wohl, wie je zuvor. Die Flüssigkeit entleerte sich auch jetzt Tag und Nacht. Hin und wieder bekommt sie etwas „Weltschmerz“, doch gewöhnlich neigt sie mehr zu Scherzen und ist ausserordentlich schwatzhaft. Ihr Geruchsvermögen ist verloren gegangen, und in Folge einer Otitis media katharralis chronica ist auch ihr Hörvermögen ausserordentlich afficirt.

Dr. William Leszynsky von hier war so freundlich, die Patientin zu untersuchen, aber ich muss hinzufügen, er sah sie nur, während sie sich wohl fühlte, d. h. also während es von der Nase trüpfelte. Er constatirte unter Anderem, dass die Pupillen gleichmässig reagiren, keine Muskelparese vorhanden war u. s. w. Gesichtsfeld rechts, = 20/30, links, = 20/100. Ophthalmoskopisch wurde eine Neuroretinitis im linken Auge constatirt und ein milder Grad von Papillitis auf dem rechten Auge. Die Innervation des Nervus facialis ist normal, keine sensitiven oder motorischen Störungen des 5. Nervs. Bewegungen der Zunge normal. Der Geschmacksinn ist mangelhaft ausgeprägt in den vorderen $\frac{2}{3}$ der Zunge. Auf der rechten Seite kann sie weder sauer, noch salzig, noch süß unterscheiden, während Bitteres erkannt wird. Links kann sie nur „süß“ und „bitter“ unterscheiden. Die Glandula thyreoidea ist von normaler Grösse.

Wenn wir uns nun fragen, welcher pathologische Zustand dieser Krankheit zu Grunde liegt, so möchte ich, bevor ich diese Frage beantworte, noch einmal wiederholen, dass wir hier einen Fall von permanentem, spontanem Abfluss von wässriger Flüssigkeit durch die Nase seit länger als zwei Jahren haben. Bevor der Ausfluss sich einstellte, waren schwere Gehirnsymptome vorhanden, die verschwanden, sobald der Abfluss aus der Nase begann. Zweimal stellten sich Intervalle in dem Ausfluss ein, die jedesmal von Symptomen von Hirndruck begleitet waren. Diese Symptome verschwanden nun wiederum, sowie der Ausfluss erschien. Wir müssen daher wohl annehmen, dass etwas

vorhanden ist, was auf das Gehirn drückt, und wir haben allen Grund, zu glauben, dass es ein Tumor sei. Als nun der intracraniale Druck stark zu werden anfing, wurden die Erscheinungen ausserordentlich heftig, und es unterliegt keinem Zweifel, dass dieselben sich vermehrt und in einer äusserst perniciösen Form fühlbar gemacht hätten, wie in anderen Fällen von Gehirntumoren, wenn hier nicht die Natur zu Hülfe gekommen wäre und eine Oeffnung für den Ausfluss der cerebrospinalen Flüssigkeit gebildet hätte. So wurde der intracraniale Druck vermindert und die Patientin nicht nur von ihren Schmerzen erleichtert, sondern auch ihr Leben gerettet.

Was nun den Sitz des supponirten Tumors anbetrifft, so bin ich geneigt, zu glauben, dass derselbe sich an der Hypophysis cerebri (Chiasma nervorum opticorum) befindet. Die Thatsache, dass wir hier Opticus-Atrophie haben, spricht für diese Annahme, und ferner auch ein Fall, den Gutsche¹⁾ veröffentlicht hat. Die letztere Arbeit kenne ich leider nur aus einem Réferat im Internationalen Centralblatt für Laryngologie.

Wenn wir es nun als Thatsache annehmen, dass ein Tumor im Gehirn existirt, so müssen wir natürlicher Weise folgern, dass der Ausfluss aus der Nase nichts anderes als cerebrospinale Flüssigkeit sein kann. In Paranthese möchte ich wiederum bemerken, dass die Flüssigkeit im Gehirn auf etwa 2 ccm geschätzt wird und auf etwas mehr im Spinalcanal. Unter pathologischen Verhältnissen bildet sich diese Flüssigkeit schneller, ähnlich wie die Effusion in der Pleura und im Peritonaeum, und sie nimmt dann mehr den Charakter eines gewöhnlichen serösen Exsudats an. Doch davon später mehr. Es sind jedoch mehr Beweise zu Gunsten unserer Annahme vorhanden, dass es sich hier um cerebrospinale Flüssigkeit handelt. Als einen wichtigen Factor in dieser Beziehung betrachte ich den Umstand, dass der Ausfluss Tag und Nacht beständig fortduerte. In allen Fällen von nasaler Hydrorrhoe, welche ich in der Literatur finden konnte, meinen eigenen eingeschlossen, hörte der Ausfluss des Nachts auf, während in allen zweifellosen Fällen von cerebrospinaler

¹⁾ Zur Pathogenese der Hypophysis-Tumoren und über den nasalen Abfluss, sowie über das Verhalten des Liquor cerebrospinalis bei einer Struma pituitaria. Dissertation. Erlangen, 1894.

Flüssigkeit, von denen es, nebenbei bemerkt, nur wenige giebt, der Ausfluss ein permanenter war. Dieses Symptom scheint mir ausserordentlich wichtig in Bezug auf die Differentialdiagnose dieser beiden Affectionen zu sein.

Endlich kommt noch hinzu die chemische Analyse. Während wir die Thatsache anerkennen müssen, dass wir bisher noch nicht ganz genaue Unterschiede kennen zwischen cerebrospinaler Flüssigkeit und Hydrorrhoea nasalis, so müssen wir doch zugestehen, dass wir auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen genug wissen, um in gewissen Fällen sagen zu können, dies ist positiv cerebrospinale Flüssigkeit, und diese ist es sicherlich nicht. Von der grössten Wichtigkeit ist hierbei die Anwesenheit einer reducirenden Substanz, und ich freue mich, dass die chemische Analyse unsere Diagnose auch in dieser Beziehung bestätigt hat. Dr. Levene, der die Flüssigkeit untersuchte, constatirte die Anwesenheit von 0,06 pCt. Zucker. (Das Blut enthält etwa 0,2 pCt. Zucker und die Lymphé von 0,07 bis 0,3 pCt.) Von Jacksch ist der Ansicht, dass die Anwesenheit von Zucker und die Abwesenheit von Eiweiss beweiskräftig genug ist für die Annahme einer cerebrospinalen Flüssigkeit. In ihrem ersten Theil ist diese Behauptung richtig, während dies in dem zweiten Theil nicht der Fall ist. Auch die cerebrospinale Flüssigkeit enthält wirkliche Eiweisskörper, und nach Hoppe-Seyler beläuft sich der Betrag an Eiweiss sogar über 1 pCt. Auch in unserem Falle wurde Eiweiss constatirt. — In Bezug auf die Anwesenheit von Phosphor sollten wir nach Dr. Levene glauben, dass wir hier eine Zunahme zu erwarten hätten. Aber die Untersuchung ergab ein entgegengesetztes Resultat. Die weiteren Angaben über die chemische Analyse dieser Flüssigkeit, die Herr Dr. P. Q. Levene von dem Pathologischen Institut des Staates New-York gemacht hatte, waren noch folgende:

Die Flüssigkeit wog etwa 120 ccm, war wässriger Natur und ohne jedes Sediment.

Die Reaction war alkalisch.

Specifisches Gewicht = 1,0072.

Feste Körper = 1,3 pCt.

Mineralsalze = 0,31 pCt.

Mucin nicht vorhanden.

Wiewohl also die Abwesenheit von Phosphor nicht unserem Erwartungen entsprach, so müssen wir doch zugestehen, dass kaum etwas über denselben in Verbindung mit unserer Frage bekannt ist; aber die hauptsächlichsten Thatsachen, nehmlich die Abwesenheit von Mucin und vor allem die Anwesenheit einer reducirenden Substanz genügen allein, um unsere Diagnose auf cerebrospinalge Flüssigkeit über allen Zweifel zu bestätigen.

Wenn wir uns jetzt nach dem Wege erkundigen, auf welchem diese Flüssigkeit aus der Schädelhöhle entweicht, so können wir darüber keine positive Antwort geben. Von den wenigen Fällen dieser Krankheit, die bisher berichtet worden, kamen noch weniger zur Section. In einem Fall fand nach St. Clair Thomson der Ausfluss durch ein schmales Loch in der Dura mater statt, entlang der Apophysis christa Galli. Von den anderen Fällen, wo der Tod unter cerebralen Erscheinungen stattgefunden hatte, haben wir nur die Beseitigung des Weges in zwei Fällen. In zwei anderen Fällen konnte keine Verbindung zwischen der Nase und dem Gehirn gefunden werden, wiewohl grobe Verletzungen des Gehirns und der Häute vorhanden waren; und endlich in dem letzten Fall war das Resultat der Untersuchung ein vollständig negatives. Wie dem auch immer sein möge, wir werden zu der Annahme gedrängt, dass der Ausfluss durch die horizontale Siebplatte in die Nase stattfindet. Thomson hatte die Ideen, dass es sich wohl in diesen Fällen um eine kleine congenital Meningocele in der Gegend der Siebplatte handelt, welche unter aussergewöhnlichem Druck in die Nase hinein einreisst. Natürlich ist das eine rein speculative Ansicht, die nicht bewiesen werden kann und die auch Thomson später aufgegeben hat. Ich bin auch nicht im Stande, zu sagen, warum bei manchen Tumoren des Gehirns der Druck stark genug ist oder gewisse Partien der Siebplatte schwach genug sind, um den Durchtritt zu gestatten. Würden wir über diesen Punkt mehr wissen, so könnten wir vielleicht in therapeutischer Hinsicht bei Tumoren des Gehirns uns das sehr wohl zu Nutzen machen.

Das Erscheinen der Anosmie muss höchst wahrscheinlich dem vermehrtem intracranialen Druck zugeschrieben werden, eine Theorie, die übrigens schon vor mehreren Jahren von Quincke aufgestellt wurde.

Thomson nannte die ganze Affection, welche mit dem Ausfluss aus der Nase zusammenhängt, Rhinorrhœa cerebrospinalis. Ich muss bekennen, dass ich nicht für den Ausdruck Rhinorrhœa eingenommen bin, hauptsächlich weil es eben keine Rhinorrhœa ist, sondern — sit venia verbo — eine Craniorrhœa. Die Flüssigkeit kommt von dem Cranium und nicht von der Nase, wiewohl sie durch die letztere zu passiren hat. Aber wenn jemals das Wort Katarrh rechtmässig gebraucht wurde, so wäre hier der eigentlich richtige Fall für diesen Ausdruck. Vielleicht würde cerebrospinaler Katarrh der beste Name hierfür sein; jedoch müssen wir zugestehen, dass man unter einem solchen Namen sich wohl alles andere denken könnte, als die Krankheit, die wir heute besprochen haben.

In einigen dieser Fälle hatten sich Polypen in der Nase gebildet. So auch in unserem Falle zweimal; aber die Entfernung hatte gar keinen Einfluss auf die Krankheitserscheinungen. Die Formation der Polypen ist, wie die meisten Autoren annehmen, abhängig von der beständigen Saturation der Schleimhäute mit dieser Flüssigkeit.

Es ist merkwürdig, dass in bei weitem der grössten Anzahl dieser Fälle die linke Seite die afficirte war. Weshalb dies so ist, erscheint uns absolut unbegreiflich.

In Bezug auf die Behandlung dieser Fälle sind wir gänzlich hilflos. Wir sollten aber ja nicht versuchen, die Flüssigkeit zum Stehen zu bringen. Dies ist auch der ausdrückliche Wunsch meiner Patientin, die wohl weiss, dass mit dem Verschwinden des Ausflusses ihre früheren heftigen Hirnsymtome wieder erscheinen müssten. Wie lange meine Patientin im Stande sein wird, dieses beständige Abträufeln, das noch immer Tag und Nacht währt, auszuhalten, ist mehr, als ich beantworten kann.