

Ad 3. Ich gebe ohne weiteres zu, daß die meisten Kiefercysten, welche von der Gegend der Schneide- oder Eckzähne ausgehen, den Boden der Nasenhöhle vorwölben; ich habe ja selbst mehrere solche Fälle gesehen. So fand ich im Januar 1904 bei einem 57jährigen Herrn eine die linke Nasenhöhle vorn stark verengernde, von außen und unten in sie hineinragende Geschwulst von Bohnengröße. Sie war rundlich, von Schleimhaut bedeckt und knochenhart. Der linke Eckzahn war locker und wurde extrahiert; durch seine Alveole gelangte man mit der Sonde in eine weit nach hinten unter den Nasenboden sich erstreckende Höhle, welche ausgekratzt und tamponiert wurde. Eine radikale Operation wurde verweigert.

Am 7. Juni 1898 kam eine Dame aus Krakau zu mir, welche seit zwei Jahren wegen einer Geschwulst des rechtseitigen harten Gaumens mit Jodkali behandelt wurde. Seit einem Jahre bestand Eiterung aus der rechten Nasenseite. Die Geschwulst des harten Gaumens ist von Knochenhärte, nur an einer kleinen Stelle etwas eindrückbar. In der rechten Nasenseite findet man am Boden der Höhle einen zentimeterlangen, harten Wulst von 3 mm Breite, welcher bei Berührung leicht blutet. Die Probepunktion zeigt, daß die Highmorshöhle leer ist. Am 14. Juni wird in Narkose der Wulst am Boden der Nasenhöhle mit scharfem Löffel entfernt und von dort in eine den harten Gaumen vordrängende Höhle eingegangen. Diese wird sorgfältig ausgekratzt und mit Jodoformgaze tamponiert. Die Zähne im Oberkiefer fehlten teils, teils waren sie defekt.

Im Juni 1905 eröffnete ich bei einer 25jährigen Frau, welche schon seit Jahren an Eiterung aus der Alveole des rechten Eckzahnes litt, von dort mit dem scharfen Löffel eine haselnußgroße Alveolarcyste, die eine leichte Schwellung an der Nasolabialfalte bedingte. Der Boden der rechten Nasenhöhle war deutlich vorgewölbt, aber hart. Die radikale Operation wurde verweigert.

Da aber diese Fälle sowie die Gerberschen No. 3, 4, 5, 6, 7 und 8 mit Erkrankungen der Kieferhöhle nicht zu verwechseln sind, habe ich sie nicht zitiert.

Die Kiefercysten, welche von der Gegend der Prämolaren oder Molaren ausgehen, machen gewöhnlich keine Erscheinungen in der Nase, außer wenn sie sich sehr weit ausdehnen. Ein Blick auf die Tafel XXXI von Zuckerkandls „Normaler und pathologischer Anatomie der Nasenhöhle“, 2. Auflage, 1903, zeigt diesen Umstand deutlich.

Jedenfalls hat Gerber das Verdienst, ein oft vorkommendes rhinoskopisches Kennzeichen der vorn entspringenden oder weit nach vorn vordringenden Kiefercysten ausdrücklich hervorgehoben zu haben, Aber eine äusserst geringe<sup>1)</sup> Vorwölbung des Bodens oder der einen Seitenwand der Nasenhöhle fand ich unter 50 Personen, welche nicht im Verdacht einer Kiefercyste standen, 14mal.

Ich sah nämlich 8mal den Nasenboden links deutlich höher als rechts, 2mal rechts höher als links und sehr beträchtlichen Unterschied in der Höhe des Nasenbodens 2mal.

Die äußere Nasenwand war in sechs Fällen viel mehr auf der einen Seite vorgewölbt. Diese Unterschiede, welche so häufig bestehen, erklären sich aus der Asymmetrie der beiden Nasenhöhlen und haben deshalb keinen Wert für die Diagnose von Kiefercysten.

Schließlich bitte ich um Entschuldigung, daß meine Entgegnung so lang ausgefallen ist; ich mußte eben den Verdacht abwägen, als wollte ich die Arbeiten eines verdienstvollen Kollegen nicht entsprechend würdigen.

### Entgegnung zu vorstehenden Bemerkungen.

Von Prof. Dr. O. Chiari in Wien.

Ich will zunächst erwähnen, daß ich in meinem Aufsätze nur Erkrankungen berücksichtigte, die mit Neubildungen der Kieferhöhle verwechselt werden können. Besonderes Gewicht legte ich auf die Diagnose von Neubildungen, welche die Wände der Kieferhöhle nicht verdrängen.

Daß ich gerade die Alveolarcysten nicht näher behandelte, hatte seinen Grund darin, daß ja ihre Eigentümlichkeiten seit Zuckerkandl hinlänglich bekannt waren und daß der mir zugemessene Raum eine Erörterung dieses umfangreichen Themas nicht erlaubte.

Und nun zu den drei Anklagepunkten Professor Gerbers.

Ad 1. Billroth und Dmochowsky haben je einen Fall von wirklichem Hydrops antri Highmori beschrieben; beide Fälle sind von vielen Seiten anerkannt und so exakt geschildert, daß man an ihrem, wenn auch seltenen Vorkommen nicht zweifeln kann. Sagt ja selbst Gerber: „deren Existenz ich nicht leugnen will.“

Ad 2. Hartmann, Zuckerkandl, Killian, Hajek und ich haben Fälle von Ektasie der Kieferhöhle durch akute oder chronische Entzündung gesehen und beschrieben.

<sup>1)</sup> Dieser Zusatz findet sich noch nicht in Gerbers Arbeit in Fränkels Archiv.