Abstand des Flammencentrum vom optischen Mittelpunkt der combinirten Linsen: 2" ($\frac{3}{4}$ " mehr als bei meinem Apparate), Brennweite der beiden ersten Linsen je 2", ihr Abstand von der dritten Linse 5".

Brennweite der dritten Linse $1\frac{1}{2}$ ".

Für diesen Fall vereinigen sich vor den combinirten Linsen die Strahlen in 2" Entfernung, treten divergent aus der dritten heraus, als kämen sie aus einem 9" entfernten Punkte und werden durch einen Reflector von $5\frac{1}{2}$ Zoll Brennweite in einem Abstände von 11" zusammengebrochen.

Ich kann kein wissenschaftliches Moment finden, das a priori gegen die Theorie der Beleuchtungsapparate nach dem Dreilinsensystem spricht, bei der Tobold'schen Zusammenstellung sind besonders günstig die verhältnissmässig sehr grosse Apertur der ersten Linse und die grosse Nähe der Flamme.

Schliesslich bemerke ich noch Folgendes: Herr Weil spricht meine Arbeit als eine beabsichtigte Rectification an; ich glaube diesen gehässigen Ausdruck durch mein bescheidenes Auftreten nicht verdient zu haben, hätte ich Herrn Weil rectificiren wollen, so würde ich ihn auf seine jedenfalls nicht gewählten Ausdrücke aufmerksam gemacht haben, mit denen er den von ihm angefochtenen Apparat sofort mit der „Rumpelkammer“ in Verbindung bringt.

Bur ow sen.

3.

Berichtigung.

In dem Buche von Dr. Weber-Liel „Ueber progressive Schwerhörigkeit“ finde ich auf Seite 172 folgende Anmerkung:

In der neuesten Zeit ist als ein treffliches Mittel bei chronisch granulösem Rachenkatarrh das Wegbrennen der einzelnen granulösen Hervorragungen mittelst Galvanokaustik empfohlen worden.

(Dr. Michel, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Vol. II. 3. 1872.) Auf Grund unserer pathol.-anatomischen Untersuchungen über den chronischen Rachenkatarrh erscheint ein bez. therapeutisches Vorgehen a priori unrationell.

Da man aber nicht berechtigt ist, die Versicherungen des das neue Mittel empfehlenden Autors als unrichtig ohne Weiteres zurückzuweisen, so verdient aus diesem Gesichtspunkte der Versuch mit der Galvanokaustik bei chronischem Rachenkatarrh Berücksichtigung; wir selbst haben selbe hierbei noch nicht benutzt. —

Hierin sind Irrthümer enthalten, welche jedem aufmerksamen Leser meines Aufsatzes auffallen werden und welche ich aus sachlichem Interesse berichtigen muss.

1) Ausdrücklich erkläre ich in meinem Aufsätze Ueber chronischen Rachenkatarrh und dessen Heilung durch die Galvanokaustik, auf S. 160

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Vol. II. 3. 1872): „Ein wirkliches Zerstören, ein gänzliches Verbrennen der kranken Stellen, etwa bis diese dem Niveau der gesunden Umgebung gleich geworden sind, findet nicht statt, sondern nur eine oberflächliche Kauterisation, eine Versengung der obersten Schicht. Nach dem Grade der Hypertrophie ist dieselbe ganz flüchtig, eben seigend oder energischer, seichte Furchen bildend, so z. B. auf den bei Kindern so häufigen polypösen Wucherungen hinter dem Arcus phar. palat. oder auf stark prominenten Höckern und Strängen, Entartungen, die so oft nach Syphilis sich vorfinden.“

Von „Wegbrennen der einzelnen granulösen Hervorragungen“ ist also nicht die Rede! Nicht durch Wegbrennen, sondern auf dem Wege der Resorption, die durch Versengung der obersten Schicht, höchstens durch seichte Furchenbildung kräftigst angeregt wird, findet die Heilung statt, werden Schleimhaut und Drüsenverdickung zum Schwinden gebracht.

Das einfache Wegbrennen hätte nur ein Mal zu geschehen, Substanzverlust, Geschwür und Narbenbildung wäre Regel, die oberflächliche Kauterisation aber muss öfters wiederholt werden; nach derselben gelingt es nicht, irgend einen Unterschied zu entdecken zwischen der operirten, geheilten Stelle und der stets gesund gewesenen Umgebung, und nur, wo auf polypösen Wucherungen, prominenten Höckern und Strängen etc. seichte Furchen gezogen werden, erscheinen in der im Uebrigen normal hergestellten, glatten Schleimhaut ganz feine, glänzend weisse Striche oder Punkte, kleine Närbchen, welche aber ebenfalls vermieden werden könnten, wenn man sich Zeit zur wiederholten oberflächlichen Kauterisation nehmen wollte, oder wenn sie ihrer Zartheit und Kleinheit wegen nicht ganz und gar bedeutungslos wären.

2) Muss ich die Bemerkung „ein bezügliches therapeutisches Vorgehen — also die galvanokaustische Behandlung — erscheint a priori unrationell“, bestreiten.

Mein Aufsatz handelt über den eigentlichen chronischen Rachenkatarrh, wie er sich in der meistens unschriebenen Verdickung der Schleimhaut und Drüsen documentirt. Mag dieser nun auf häufige Erkältungen, auf scrophulöser oder syphilitischer Basis, nach Diphtheritis oder sonst wie entstanden sein — den chronischen Rachenkatarrh bei Tuberculösen behandle ich nicht, weil er gegen die übrigen Klagen vollständig in den Hintergrund tritt — immerhin bleiben die Gewebsveränderungen zurück, trotzdem das Grundleiden längst, oft schon seit Jahren gehoben ist.

Nützt es hier Etwas, auf die Aetiologie Rücksicht zu nehmen? Die locale Behandlung — in Verbindung mit Abhärtung von Haut und Schleimhaut gegen Temperaturwechsel — hat allein in Kraft zu treten.

Sind Erscheinungen einer Dyskrasie oder sonstige Anomalien noch vorhanden, so wird jeder vernünftige Arzt diese berücksichtigen und vielleicht auch „roborirende und resolvirende Arzneien, Ableitung auf dem Darmkanal und die äussere Haut“, wie Herr Dr. Weber vorschreibt, anordnen. Wären diese Dinge, die ich als selbstverständlich keines besonderen Hinweises werth hielt, wirkliche und wesentliche Unterstützungsmittel für die Heilung des chronischen Rachenkatarrhs, so würde derselbe sich bisher nicht so hartnäckig und unheilbar erwiesen

haben, denn jene Vorschriften sind schon sehr alt und in jedem Lehrbuche zu finden.

Cöln, Juli 1873.

Dr. Carl Michel.

4.

Entgegnung.

Da ich nicht die Absicht hatte, bei der Publication meines kleinen Aufsatzes „Zur Lehre von der definitiven Heilung der Schenkelhalsfracturen“ in eine weitere persönliche Polemik mit Herrn Wolf einzutreten, sondern nur beitragen wollte zu dem Material, aus welchem sich Andere ein Urtheil bilden sollten, so beschränke ich mich in Erwiderung auf Herrn Wolf's Entgegnung in dieser Zeitschrift Bd. 2, Heft 6, Seite 547 auf folgende Bemerkungen zum Thatbestand.

1) Das Loch an der Stelle *B*, welchem Herr Wolf die „Calcaneus-ähnlichkeit“ vindicirt, ist, wie ich auf das Bestimmteste versichern kann, kein statisches Loch, sondern es ist entstanden durch das Sägen. Ein Blick auf Fig. *a* meiner Abbildungen genügt um dies zu beweisen. Der Schnitt war von der hier angrenzenden Stelle genommen. Da ich mit der Bogensäge die Schnitte gemacht habe, so passirte es mir, dass bald hier, bald da Stückchen herausbrachen. Das gewählte Präparat war das beste, das Loch an dieser Stelle aber, wie schon gesagt, ein rein zufälliges.

2) Das von mir beschriebene Präparat stammt von einer mir bekannten Frau her, welche ich selbst an Fract. coll. fem. behandelt hatte, und welche mehrere Jahre lang ohne Stock, allerdings nicht ohne Hinken, gegangen war, als sie einer zufälligen Krankheit erlag. Da leider sowohl mein Patient als der des Herrn Wolf nicht mehr sind, so bin ich nicht in der Lage darüber rechten zu können, welcher von beiden am besten gehen konnte. Uebrigens glaube ich auch ohne Weiteres, dass der zu Herrn Wolf's Präparat gehörige Mensch besser ging, weil eben die Fractur überhaupt, weil tiefer unten durch den Trochanter verlaufend, von vornherein günstigere functionelle Prognose gestattete.

Rostock, im August 1873.

König.