

Öhrenärztliches aus der Schwerhörigenschule Basel-Stadt 1916-1927

Autor(en): **Schlittler**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische pädagogische Zeitschrift**

Band (Jahr): **38 (1928)**

Heft 11

PDF erstellt am: **01.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-788316>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ohrenärztliches aus der Schwerhörigenschule Basel-Stadt 1916—1927.

Vortrag von Privatdozent Dr. Schlittler, Basel,
gehalten in der Basler Schulausstellung.

Die im Frühling 1917 eröffnete baselstädtische Schwerhörigenschule am Münsterplatz feierte 1927 ihr zehnjähriges Bestehen. Rund 100 hochgradig schwerhörige Kinder wurden ihr in diesen zehn Jahren anvertraut. Ihnen allen ist in der achtstufigen Schule eine Ausbildung zuteil geworden, die sozusagen vollständig derjenigen entspricht, welche ihre Altersgenossen in der Normalschule erhalten haben, während früher diese hochgradig Schwerhörigen zu den ständigen Repetenten gehörten oder in den Spezialklassen für Schwachbegabte mehr oder weniger geistig verkümmerten. Unter diesen Umständen dürften sicher Fragen pädagogischer Natur über die Eigenart genannter Schule, über die Art und Weise des Unterrichtes und seine Enderfolge, über den Unterschied zwischen Schwerhörigen- und Taubstummenunterricht und dergleichen im Vordergrund des allgemeinen Interesses stehen, während die Frage nach der Ursache, die dem jeweiligen Hördefekt dieser rund 100 Kinder zugrunde liegt, sowie nach seiner eventuellen Behandlungs- bzw. Besserungsfähigkeit wohl in erster Linie den Arzt und namentlich den Schularzt interessiert. Wenn wir gleichwohl im folgenden diese Fragen berühren, so geschieht es aus der Erwägung, es dürfte doch auch in pädagogischen Kreisen genügendes Interesse dafür vorhanden sein zu erfahren, welche speziellen Erkrankungen des Hörorgans erfahrungsgemäss bei den Insassen unserer Spezialschule Ursache für die Schwerhörigkeit bilden, wie auch kurz darüber orientiert zu werden, wie die ohrenärztliche Versorgung der Zöglinge der Schwerhörigenschule durchgeführt wird.

Zur rascheren Orientierung des Lesers sei angeführt, dass in die Schwerhörigenschule nur Kinder aufgenommen werden, deren Fortkommen in der Normalschule wegen ihres Hörausfalles unmöglich ist. Während man früher solche schwerhörigen Schulkinder das erste Jahr in der Normalschule absolvieren liess, um gleichsam zu sehen, ob ein Mitkommen dort möglich sei, werden sie jetzt vom Beginn ihrer Schulpflicht an direkt in die unterste Klasse der Schwerhörigenschule eingewiesen, sobald das Gehör für Flüstersprache auf dem bessern Ohr weniger als ein Meter beträgt und durch ärztliche Behandlung nicht mehr gebessert werden kann.

Es sind nun vom Jahre 1917 bis Frühling 1927 total 120 Kinder in die Schwerhörigenschule aufgenommen worden, bei 21 hatten Sprachstörungen Veranlassung gegeben, sie vorübergehend der Spezialschule zuzuweisen, bei 99 Kindern handelte es sich um eine beidseitige Schwerhörigkeit hohen Grades, die einen Besuch der Normalschule verunmöglichte und die ihrem Sinnesdefekt angepasste Spezialschulung notwendig gemacht hatte.

Die nachfolgende Aufstellung gibt darüber Auskunft, was für

Krankheitsbilder bei diesen 99 Insassen der Schwerhörigenschule vorgelegen haben.

Aufnahmen in die Schwerhörigenschule seit Eröffnung (1917)	
(♂ 54 ♀ 66)	120
davon Nichtschwerhörige (Sprachfehler, Wortblindheit u. dgl.)	21
hochgradig Schwerhörige	99
Sitz der Schwerhörigkeit im äusseren Ohr	= 0
Sitz der Schwerhörigkeit im mittleren Ohr	= 43 = 43,5%
Tubenkatarrh	3
Chronische Mittelohreiterung	14
Tuberkulöse Mittelohreiterung	1
Residuen früherer Mittelohreiterung	24
Otosklerose	1
Sitz der Schwerhörigkeit im innern Ohr	= 52 = 52,5%
Innenohrschwerhörigkeit unbekannter Herkunft	41
Innenohrschwerhörigkeit infolge kongenit. Labyrinthsyphilis	4
Kretinische Schwerhörigkeit	4
Hereditär-degenerative Schwerhörigkeit	3
Sitz der Schwerhörigkeit im inneren und mittleren Ohr	4 = 4%

Der Aufstellung ist in erster Linie zu entnehmen, dass es vor allem zwei ganz bestimmte Krankheitsgruppen sind, welche als Ursache der Schwerhörigkeit bei den Insassen unserer Spezialschule in Betracht kommen, einerseits die Mittelohreiterungen, andererseits die Fälle von Innenohrschwerhörigkeit mit unbekannter Herkunft. Sowohl bei den ersteren wie bei den letzteren handelt es sich fast ausnahmslos um Komplikationen vorausgegangener Allgemeinerkrankungen, wie Scharlach, Masern, Diphtherie, aber auch Tuberkulose, Typhus, Grippe u. dgl. Unter dem Einfluss der Allgemeininfektion kann es zu entzündlichen Veränderungen auch im Bereiche des Mittelohres kommen, wobei dann nicht allzu selten der weitere Verlauf der Mittelohrentzündung ganz erheblich abweicht von demjenigen der gewöhnlichen Mittelohrentzündung, wie sie im Anschluss an eine Erkältung im gesunden, nicht von einer allgemeinen Infektion geschwächten Organismus sich abspielt. Während nämlich in diesen letzteren Fällen die Mittelohrentzündung bzw. Eiterung fast ausnahmslos ausheilt ohne einen funktionellen Ausfall zu hinterlassen, kommt es im Verlaufe mehr oder weniger schwerer Allgemeinerkrankungen verhältnismässig oft zu bleibenden Zerstörungen im Bereiche des Mittelohres mit Verlust grösserer Teile des Trommelfelles und der Gehörknöchelchen, und einer dadurch bleibenden Einbusse des Gehörs. Es entsteht dann das Bild der chronischen Mittelohreiterung, oder wenn das Ohr nicht mehr eitert, der Residuen (Reste) früherer Mittelohrentzündung bzw. Eiterung. 39 der total 43 Fälle von Mittelohrschwerhörigkeit entfallen auf diese Form.

Die anderen Formen der Mittelohrschwerhörigkeit spielen ihr gegenüber eine nur untergeordnete und unbedeutende Rolle. Die Otosklerose, eine vorwiegend in Knochen der Labyrinthkapsel vorkommende und mit Neubildung von Knocheninseln einhergehende Erkrankung, tritt erfahrungsgemäss am häufigsten in und kurz nach der Pubertätszeit in Erscheinung, im früheren Kindesalter ist sie selten; wir sehen deshalb auch nur ein Kind davon befallen. Der Tubenkatarrh, die häufigste und namentlich im Kindesalter in Verbindung mit der krankhaft vergrösserten Rachenmandel sehr verbreitete Erkrankung, ist der Behandlung zugänglich und heilbar, weshalb sie als Ursache für bleibende, nicht mehr besserungsfähige Schwerhörigkeit eigentlich nicht in Betracht kommt. Auch die oben aufgeführten drei Fälle von Tubenkatarrh sind nur irrtümlicherweise infolge falscher Diagnosenstellung der Schwerhörigenschule zugewiesen worden; nachdem sie als solche erkannt und damit ihre Heilbarkeit erwiesen war, wurden sie sofort wieder in die Normalschule zurückversetzt.

Ebenfalls auf eine mehr oder weniger schwere Allgemeininfektion des ganzen Organismus (Scharlach, Masern, Diphtherie, epidemische Hirnhautentzündung, seltener von Mumps, Typhus, Osteomyelitis, Tuberkulose) ist die Grosszahl der Fälle von Innenohrschwerhörigkeit zurückzuführen. Durch die Entzündungserreger und ihre Toxine kann es zu entzündlichen Veränderungen sowohl an den Hirnhäuten als den Hirnnerven oder dem Innenohr (Schnecke) kommen, die dann häufig zu bleibenden funktionellen Hörstörungen führen. Nicht immer erlaubt uns dann die z. T. erst viele Jahre später erfolgende Untersuchung des betreffenden Kindes, mit Sicherheit zu sagen, welche spezielle Infektionskrankheit den Hörausfall gezeitigt hat, da er oft erst zufällig oder viele Jahre später bemerkt und das Kind inzwischen mehrere der oben genannten Infektionskrankheiten durchgemacht hat. Es sind daher alle diese, ihrer Entstehung nach nicht völlig abgeklärten Fälle, unter der Rubrik „Innenohrschwerhörigkeit unbekannter Herkunft“ aufgeführt. Daneben gibt es aber auch diesbezügliche Fälle, bei denen die ursächliche Grundkrankheit aus dem Krankheitsverlauf oder aus gewissen charakteristischen Krankheitskennzeichen eindeutig zu erkennen ist. So geht z. B. die erbsyphilitische Innenohrentzündung sehr oft einher mit gewissen charakteristischen Veränderungen im Bereiche der Augen (Hornhauttrübungen und spezifische Veränderungen am Augenhintergrund) und des Gebisses (kürbiskernähnliche Form der mittleren oberen Schneidezähne, sog. Hutchinsonsche Schneidezähne. Ausserdem ist der Verlauf der erbsyphilitischen Innenohrschwerhörigkeit häufig mehr oder weniger charakteristisch mit plötzlichen schubweisen Verschlimmerungen oder apoplektiform auftretend unter gleichzeitiger Mitbeteiligung auch des Gleichgewichtsapparates. Ebenso findet sich bei solchen Kindern oder bei ihren Erzeugern eine spezifische Veränderung des Blutes (Wassermannsche Reaktion), so dass diese Form von Innenohrschwerhörigkeit meistens mit Sicherheit erkannt und von den andern abgetrennt werden kann. Und in gewisser Hinsicht ähnlich verhält

es sich mit der kretinischen Schwerhörigkeit, die ebenfalls in ausgesprochenen Fällen kaum zu verkennen ist an den mehr oder weniger deutlich vorhandenen Merkmalen des kretinischen Habitus (kleine, plumpe Körperform mit kurzen Extremitäten, Verdickung der Haut, Kropfbildung oder Schilddrüsedefekt).

Ergibt die Vorgeschichte in der Verwandtschaft des betreffenden Kindes noch weitere Fälle von Innenohrschwerhörigkeit ohne nachweisbare andere Ursache (Fehlen einer vorausgegangenen Allgemeininfektion) und finden sich zugleich ausgesprochen degenerative Merkmale in der Familie, so sind wir berechtigt, das Vorliegen einer hereditär-degenerativen familiären Schwerhörigkeit anzunehmen, von welcher Form drei Insassen unserer Spezialschule befallen sind.

Die Art und Weise der Entstehung der Schwerhörigkeit, sei es entweder im Anschluss und als Folge eines im Mittelohr sich abspielenden Krankheitsprozesses (Mittelohrkatarrh, Mittelohrentzündung, Mittelohreiterung, Otosklerose), oder sei es als direkte Folge einer im Innenohr (inkl. Hirnhäute) lokalisierten entzündlichen Veränderung, bringt es nun mit sich, dass meistens der Sitz der funktionellen Störung entweder im mittleren oder im inneren Ohr liegt. Doch kommen auch Schädigungen beider Teile des Ohres zugleich vor, so dass dann ein funktioneller Ausfall sowohl im Bereiche des schalleitenden (Mittelohr) als des schallempfindenden Apparates (Innenohr) auftritt. Es kann beispielsweise eine schwere Scharlacheiterung zu einer Zerstörung des Mittelohres führen und zugleich auch entweder auf direktem bakteriellem Wege oder durch Toxinwirkung das Labyrinth oder den Hörnerv schädigen. Daraus resultiert dann eine Summation des funktionellen Ausfalles, indem neben den Erscheinungen der Mittelohrschwerhörigkeit auch solche des Innenohres sich finden. Solche Kombinationen von Mittel- und Innenohrschwerhörigkeit bezeichnet man mit dem Namen *Dysacusis*, und es finden sich drei in unserem Material.

Es ist nun ohne weiteres einzusehen, dass bei den Fällen der ersten der oben angeführten Gruppen die Aussichten eines Behandlungserfolges sehr gering sind. Es handelt sich stets um mehr oder weniger ausgedehnte Zerstörungen im Bereiche der Schalleitungskette mit Narbenbildung, Verwachsungen von Trommelfell und Gehörknöchelchen, Einlagerung neugebildeten Bindegewebes oder sogar von Knochen in die Paukenhöhle und dergleichen. Wohl kann sachgemässe Behandlung erreichen, dass eine bestehende Eiterung beseitigt wird, und unter günstigen Umständen auch Defekte im Trommelfell durch Narbengewebe sich schliessen, der funktionelle Ausfall wird aber dadurch meistens nur unwesentlich beeinflusst. Und wenn möglich noch geringer sind die Aussichten einer Behandlungs- bzw. Besserungsfähigkeit gegenüber der zweiten Gruppe, den Fällen von Schwerhörigkeit mit Sitz im inneren Ohr. Es handelt sich hier in der Hauptsache um Veränderungen im Hörnerven selbst oder in dessen sensiblem Endapparate, dem sog. Cortischen Organ, die zu beeinflussen

unser ärztliches Bemühen vorläufig erfolglos ist, ausgenommen, es handle sich z. B. um eine ganz bestimmte Allgemeininfektion oder Intoxikation, von welcher die Ohrerkrankung ein Teilstück vorstellt, und gegen welche wir spezifisch wirkende Heilmittel in Anwendung bringen können. Als Beispiel dieser Art sei die erbsyphilitische Innenohrerkrankung aufgeführt, von welcher auch vier Insassen unserer Spezialschule befallen sind. Gelingt es uns durch Behandlung mit antisymphilitischen Mitteln, worunter namentlich Salvarsan und Quecksilber zu nennen sind, die syphilitische Infektion des ganzen Organismus in günstiger Weise zu beeinflussen, so beobachten wir nicht allzu selten auch eine Wirkung auf das durch das syphilitische Virus geschädigte Hörorgan und es werden wesentliche Besserungen der Schwerhörigkeit hie und da beobachtet. Da es sich aber bei der Erbsyphilis um eine sehr virulente Infektion handelt, so sind Rückfälle häufig, und es vermag uns nur eine Jahre und Jahrzehnte mit vieler Geduld und Energie durchgeführte Behandlung bleibende Erfolge zu sichern.

Um eine ihrer Entstehung nach ähnliche Erkrankung handelt es sich bei der kretinischen Schwerhörigkeit insofern, als auch bei ihr sehr wahrscheinlich die Schädigung des kindlichen Gesamtorganismus schon im Mutterleibe zustande kommt. Allerdings dürften aber dabei nicht bakteriell-infektiöse Einflüsse wie bei der Syphilis, sondern Einwirkungen toxischer Art im Spiele sein, gegen die mit Erfolg therapeutisch aufzukommen, vorläufig noch recht schwer ist. Immerhin ist nicht ganz ausgeschlossen, dass auf organtherapeutischem Wege durch Verabfolgung von Schilddrüsenpräparaten eine gewisse Besserung der kretinischen Schwerhörigkeit, namentlich wenn sie noch nicht sehr hochgradig ist, sich erzielen, oder durch entsprechende Prophylaxe das Auftreten von kretinischer Schwerhörigkeit sich hintanhalten lässt.

Die Möglichkeit, bei den Insassen unserer Spezialschule auf dem Wege der Behandlung eine Besserung des Hörvermögens zu erzielen, ist also kaum wesentlich grösser als bei den Insassen der Taubstummenanstalt; hier wie dort handelt es sich fast ausnahmslos um Kinder mit einer nicht mehr besserungsfähigen, bleibenden, hochgradigen Schwerhörigkeit bzw. Taubheit. Deswegen die ohrenärztliche Fürsorge als überflüssig erklären zu wollen und zu sagen, hier habe der Ohrenarzt sein Recht verloren, wie dies von einem namhaften Vertreter der schweiz. Taubstummenlehrer erst kürzlich wieder geschah, halten wir aus mehrfachen Gründen für unberechtigt. Einmal befinden sich sowohl unter den Taubstummen wie unter den Insassen der Schwerhörigenschule eine grosse Zahl, bei denen die Schwerhörigkeit auf einer chronischen Mittelohreiterung beruht, also eitriger Ohrfluss besteht. Solche bedürfen an und für sich der Behandlung, müssen aber auch mit Rücksicht auf ihre Umgebung gepflegt werden, da ein eiterndes Ohr eine Infektionsquelle für die Mitschüler bilden kann (Tuberkulose!) und eine stinkende chronische Mittelohreiterung für ein Externat (Schwerhörigenschule) sowohl als ein

Internat (Taubstummenanstalt) hygienisch zu beanstanden ist. Zu den Aufgaben des Schulohrenarztes gehört es, solche Schulinsassen in regelmässigen Zwischenräumen zu kontrollieren und wenn nötig ihrem behandelnden Arzte zuzuweisen. Dann besteht aber ausserdem die Möglichkeit, dass das bereits reduzierte Hörvermögen unserer Spezienschüler infolge Hinzutretens einer Erkrankung, wie z. B. eines Katarrhes der oberen Luftwege und dergleichen, weiterhin geschädigt wird, was natürlich bei den Schwierigkeiten, welche unsere Spezialklassler im Verstehen des gesprochenen Wortes bereits haben, viel schwerwiegender ist wie beim Normalhörenden. Solche temporäre Verschlechterungen der Hörfähigkeit festzustellen und wenn möglich zu beheben, ist ebenfalls Aufgabe des regelmässig kontrollierenden Arztes. Des weiteren verlangen gewisse Kinder bzw. Formen von Schwerhörigkeit öfterer Kontrolle, wenn einer zunehmenden Verschlechterung des Gehöres frühzeitig entgegengewirkt werden soll; dazu gehören namentlich Kinder mit erbsyphilitischer Innenohrerkrankung, aus Gründen, wie sie bereits Seite 297 dargetan wurden. Ausserdem sind es aber auch noch zahlreiche Fragen schultechnischer und organisatorischer Natur, in denen Schularzt, Lehrer und Ohrenarzt zweckmässig sich beraten und ergänzen, wie auch schliesslich in prophylaktischer Beziehung einzig ein Zusammenwirken von Pädagoge und Arzt uns Erfolge verspricht. Vorbeugen ist oft leichter als Heilen, das gilt auch hier. Ungefähr bei $\frac{4}{5}$ unserer Schwerhörigen bildet eine infektiöse Allgemeinerkrankung Ausgangspunkt für ihren Sinnesdefekt. Schutz der Gesunden durch möglichst frühzeitige Isolierung der Erkrankten und durch frühzeitige Impfung (Serumbehandlung), gute Fürsorge für die Kranken mit sachgemässer und gründlicher Behandlung eintretender Komplikationen im Bereiche des Hörorganes, dürften mit Sicherheit auch die Zahl der bleibend hochgradig schwerhörigen Schulkinder vermindern.

* * * K L E I N E M I T T E I L U N G E N * * *

Die Tätigkeit des Völkerbundes im September 1928. Alljährlich im September entfaltet der Völkerbund eine besondere lebhaftete Tätigkeit. In diesem Jahr fand vom 3. bis zum 26. September die Neunte Völkerbundsversammlung statt; auch der Völkerbundsrat hielt im September zwei Tagungen ab.

Alle 54 Mitgliedstaaten des Völkerbundes können sich auf der Versammlung durch drei Delegierte, sowie durch Ersatzdelegierte und Sachverständige vertreten lassen. In diesem Jahr waren 50 Abordnungen in Genf versammelt; die bisherige Höchstzahl von 48 wurde also überboten. Es sei darauf hingewiesen, dass ausser sechs Ministerpräsidenten und 16 Ministern für Auswärtige Angelegenheiten viele Regierungsmitglieder, Politiker, Diplomaten und Juristen der Versammlung beigewohnt haben. Auch in diesem Jahr befanden sich etwa zehn Frauen unter dem Personal der Abordnungen.

Die Versammlung wählte den dänischen Delegierten, Herrn Herluf Zahle, zu ihrem Präsidenten. Dann erfolgte die traditionelle allgemeine Aussprache über den Jahresbericht des Generalsekretärs, in deren Verlauf sich 29 Redner