

Jost Benedum

Aus der Geschichte der Laryngologie*



Eingangsportal der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke vom Jahr 1913

Ich möchte nicht mit der Tür ins Haus fallen, sondern angesichts des Kennzeichens „Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskranke“ – auch wenn da rechts die moderne Bezeichnung „Universitäts-Hals-Nasen- und Ohrenklinik“ in anderer Reihenfolge steht – [Abb.] einige Bemerkungen zu den genannten drei Fächern machen. Die Bezeichnung HNO läßt dabei schon den heterogenen Ursprung der Teilgebiete erahnen. Bis heute hat sich keine gefälligere Gesamtbezeichnung finden lassen. Im übrigen: Marburg und Gießen, mit denen Frau Professor GLANZ eng verbunden ist, stehen an der Spitze der deutschsprachigen Universitäten: Vor Wien, Berlin und München! Gießen ist eine altherwürdige Forschungsstätte der Otolaryngologie! Dies sei jenen Reißbrettstrategen unter den Wissenschaftsplanern ins Stammbuch geschrieben, die dieses Fachgebiet hier am Ort auslöschen wollten oder noch wollen. Die Verbindung der drei Teilfächer beruht nicht auf Gemeinsamkeiten in Pathologie, Ätiologie oder Symptomatologie der von ihnen behandelten Krankheiten. Gemeinsam ist diesen typischen Organspezialitäten lediglich das Arbeiten in schwer zugänglichen, engen und dunklen Räumen sowie die Technik des reflektierten Lichtes. Dabei sei daran erinnert, daß die Oto-Rhino-Laryngologie als ein organologisch abgegrenztes Fach die Fürsorge für vier wichtige Sinnesorgane wahrnimmt: das Ohr, das Gleichgewichts-, das Geruchs- und das Geschmacksorgan. Lebensentscheidende Funktionskomplexe wie die freie Atempassage und der Schluckmechanismus liegen in ihrer Obhut. Dennoch war die Wertschätzung und Einordnung des Faches in bestehende Fakultäten lange Zeit umstritten. So glaubte einst auch die Gießener Medizinische Fakultät, daß „bei Prüfung

* Der Vortrag ist mit zahlreichen Lichtbildern konzipiert und am 15. 7. 1999 anläßlich des Kurses für Laryngologie und Phono-chirurgie gehalten worden. Es wird um Verständnis gebeten, daß ohne die Bildaussage Lücken entstehen und Bezüge verloren gehen müssen.

der Frage erhebliche Zweifel darüber auftauchen, ob es sich empfiehlt, für ein Nebenfach, wie es die HNO darstellt, überhaupt das außeretatsmäßige Ordinariat zu beantragen.“ Doch die zeitlich etwa parallel verlaufene Entwicklung von Otologie und Laryngologie hat schließlich zur Harmonie geführt, nicht eigentlich zur Verschmelzung der im Grunde unvereinbaren Fächer.

Grenzstreitigkeiten nach außen hat es nicht gegeben. So sind Ösophagoskopie und Bronchoskopie von Laryngologen entwickelt worden, aber den Thoraxchirurgen zugute gekommen. Auch ressortiert die Schilddrüsenchirurgie nicht etwa zum „Hals“, sondern ist unverändert den Chirurgen geblieben. Die Tradition hat stabile Abgrenzungen herbeigeführt.

Innerhalb des heutigen Gesamtfaches hat es dagegen Auseinandersetzungen gegeben. Denn die Otologie war ein Abkömmling der Chirurgie, die Laryngologie ein Kind der Inneren Medizin. Der Kehlkopfspiegelkurs war ebenso ein fester Bestandteil der klinischen Propädeutik wie der Auskultations- und Perkussionskurs und gehörte ganz zur Medizinischen Klinik bzw. Poliklinik. Dies hat historische Gründe: Hatten doch die Internisten die Diagnostik der Kehlkopfveränderungen ausgebaut. Die Rhinologen wurden dagegen ganz von den Otologen und Laryngologen beansprucht. Sie, die Rhinologen, wurden so

Vereinigung von Otologie und Laryngologie

Breslau	(1872)	Halle	1911
Bern	(1885)	Erlangen	1911
Basel	(1888)	Straßburg	1911
Marburg	1890	Tübingen	1914
Rostock	1891	Königsberg	1919
Gießen	1901	Freiburg	1919
Bonn	1903	Würzburg	1919
Göttingen	1907	Wien	1919
Heidelberg	1908	Berlin	1922
Zürich	1908	Frankfurt	1929
Greifswald	1909	München	1934

Klammern = Vertretung ohne amtlichen Lehrauftrag

zum Zankapfel und buchstäblichen Bindeglied in der schließlich vereinigten „Oto-Rhino-Laryngologie“. Der Kampf läßt sich ablesen an den Bezeichnungen einzelner Kliniken. Gießen ist dafür ein Musterbeispiel. So sprach man einst pointiert von „Otorhinologie“ und „Rhinolaryngologie“. Einig war man sich nur darin, daß ein alleiniger Rhinologe keine Existenzberechtigung habe. Soweit die Vorbemerkungen. Und nun „medias in res“ gleichsam intra portam.

Lassen Sie mich mit einem der ältesten operativen Eingriffe beginnen, dem Luftröhrenschnitt, der uns bereits im 1550 v. Chr. entstandenen *Papyrus Ebers* begegnet. Dort heißt es:

„Wenn Du einen Tumor in der Kehle triffst, dann sage: Ich werde die Krankheit mit dem Messer behandeln, wobei ich mich vor den Gefäßen in acht nehme.“

Mit der gefährlichsten Komplikation, der Blutung, war man offenbar vertraut. Für die Antike steht fest, daß der Arzt ASKLEPIADES um 100 v. Chr. diese Notoperation sei es als Koniotomie oder Tracheotomie bei Erstickungsgefahr anwendete, denn dort heißt es:

„Asklepiades nimmt bei Kranken, die ganz nahe am Ersticken sind, auch die Laryngotomie vor.“

Trotz warnender Stimmen wird die Koniotomie als Interkrikothyreotomie noch um 650 n. Chr. von dem byzantinischen Arzt PAULOS VON ÄGINA empfohlen. Er schreibt:

„Wir lehnen den Kopf des Patienten zurück, damit die Luftröhre sichtbar wird, und machen einen Querschnitt zwischen zwei Ringen, so daß nicht der Knorpel, sondern die Haut durchschnitten wird, um der Erstickungsgefahr vorzubeugen.“

Diese quere Eröffnung, bei der das Ligamentum conicum durchtrennt wird, sollte sich bis in die Moderne hinein halten.

Für die blut- und messerscheue arabische Medizin ist es charakteristisch, daß über die Tracheotomie nur diskutiert wurde. Es ist aber bemerkenswert, daß AVICENNA um 1000 n. Chr. erstmals die endotracheale Intubation anführt:

„Und wenn eine Kanüle aus Gold, Silber oder vergleichbarem Material in die Kehle eingeführt wird, dann erleichtert das die Atmung.“

Für das lateinische Mittelalter, das sich immerhin an die Exzision von Hämorrhoiden, an die Entfernung von Nasenpolypen und an den Stich des grauen Stars heranwagte, muß offen bleiben, ob man die Tracheotomie ausgeübt hat. Die Abbildung bei Roland von Parma aus der Zeit um 1300 n. Chr. kann nicht mit Sicherheit als Luftröhrenschnitt gedeutet werden.

Für die Renaissance steht fest, daß in der 1543 erschienenen *Fabrica* von ANDREAS VESAL Putten am lebenden und gefesselten Schwein einen Luftröhrenschnitt üben. Die Szene ist in der Initiale des Buchstabens Q wiedergegeben.

Über diese Tierversuche hinaus ist die Laryngotomie insbesondere von JULIUS CASERIO in seiner Schrift *Über das Stimmorgan* von 1600 erläutert und auch abgebildet worden. Stellt man die von dem Ulmer Stadtarzt JOHANNES SCULTETUS im *Armamentarium chirurgicum* von 1666 wiedergegebene Abbildung daneben, erkennt man die Abhängigkeit: Mit dem Skalpell wird der Hautschnitt vertikal geführt und mit dem Haken die Trachea freigelegt und horizontal gespalten. Nach der Blutstillung mit dem Schwamm wird die gebogene und multipel perforierte Silberkanüle eingelegt und mit den Fäden festgebunden. Modifikationen betrafen die Einführung von Trokaren und Bronchotomen z. B. durch den deutschen Chirurgen LORENZ HEISTER im Jahre 1718. Er war es auch, der in Ablösung der alten Begriffe „Bronchotomie“ und „Laryngotomie“ den Ausdruck „Tracheotomie“ prägte und den Längsschnitt in die Trachea einführte.

Unter den zahlreichen Autoren des 18. Jahrhunderts ragt der französische Chirurg PIERRE DIONIS hervor, der in seinem erstmals 1707 herausgegebenen *Cours d'opérations de chirurgie* das Instrumentarium für eine Tracheotomie vor Augen führt und betont,

sie wirke so schnell wie ein Wunder („si prompt qu'il paroît un miracle“). Den Schnitt legt er quer „entre deux anneaux de la trachée.“ Dasselbe bietet MICHAEL BERNHARD EDLER VON VALENTINI, dessen Porträt heute in der Gießener Professorengalerie hängt. Er zeigt in seiner *Medicina nov-anti-qua* von 1713 den Luftröhrenschnitt von vorn und von der Seite. Er war wegen eines Schleimpfropfes, der den Weg verlegte, erfolgt. Damit haben wir die erste Gießener Tracheotomie von 1713. Dieser VALENTINI, der dreimal Rektor der Universität und zwölfmal Dekan der Medizinischen Fakultät Gießen war, hat in seiner 1715 erschienenen *Praxis medicinae infallibilis* auch eine Tonsillektomie mit einem eigens dazu konstruierten Tonsillektom abgebildet.

Da gerade von Gießen die Rede ist, sei erwähnt, daß der Gießener Chirurg ADOLPH WERNHER 1853 eine Dissertation *Über fremde Körper in den Luftwegen* anfertigen ließ mit dem Ergebnis, daß die herkömmlichen Expektorantien wie Husten- und Nießmittel nichts bewirkten, sondern tracheotomiert werden müsse. Wenig bekannt ist ferner, daß der Begründer des Klinikums, der Internist FRANZ RIEGEL sich vielfach mit Erkrankungen des Kehlkopfes beschäftigt hat. So hat er 1872 noch als Würzburger Privatdozent *Über die Lähmung der Glottiserweiterer* und 1881 als Direktor der Gießener Medizinischen Klinik *Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes* geschrieben, wobei er bereits zwischen hypo- und hyperkinetischen Störungen unterschieden hat. Nicht zuletzt ist hier auch der Gießener Chirurg HEINRICH BOSE zu nennen, der viel zum Thema Tracheotomie gearbeitet hat. Sein Name war nicht nur mit dem „Bose-Haken- und Sperrelevator“ verbunden, sondern er hat auch ein *Chirurgisches Tagebuch* aus der Zeit zwischen 1878 und 1884 hinterlassen, das jedoch wegen seiner Abfassung in der Gabelsberger-Kurzschrift heute nur mehr schwer dechiffrierbar ist. Zu solcher

laryngologischen Tätigkeit war Bose bereits 1865 durch seinen chirurgischen Lehrer WERNHER angeregt worden, der ihm das Promotionsthema *Die Verengerung und Verschließung des Kehlkopfes, als Complication weiter abwärts gelegener Luftfisteln* überlassen hatte. Wen überrascht es daher vor diesem Gießener Hintergrund noch, zu erfahren, daß 1841 von dem ehemaligen Gießener Medizinstudenten FRIEDRICH HOFMANN auch der Reflexspiegel erfunden wurde, der aber noch zwei weitere Male erfunden werden mußte, 1852 durch THEODOR RUETE und 1855 durch ANTON VON TRÖLTSCHE, bis er sich endlich durchsetzte. HOFMANN hatte bei seinem Schwager WILHELM RAU, dem späteren Begründer der ersten Ohrenpoliklinik Europas in Bern, Ohrenheilkunde in Gießen gehört. Seine Bedeutung für dieses Fach wird noch heute durch die Grabinschrift in Burgsteinfurt dokumentiert. Sie lautet:

„Er war ein Freund des Lichts und der Erste, der dasselbe der Diagnostik dienstbar machte.“

Hierher gehört auch FRANZ KUHN, der von 1891–1893 Assistent an der Medizinischen Klinik und von 1894–1897 Assistent an der Chirurgischen Klinik in Gießen war. In diesen Jahren hat er seine Sondierungen des Magen-Darmkanals mit Metallschlauchsonden vorgenommen und damit in Gießen die Vorarbeiten für die anschließende Entwicklung der pernasalen und peroralen Tubage am Elisabeth-Krankenhaus in Kassel durchgeführt. Daß der Name dieses vielseitigen Pioniers auch mit dem Katgut verbunden ist, ist nur Wenigen bekannt.

Doch kehren wir nach diesem Gießener Exkurs zur Tracheotomie zurück. Wie die Abbildungen aus RENÉ-JACQUES-CROISSANT DE GARENTEOT von 1720 und LUDWIG FRIEDRICH VON FRORIEP von 1825 lehren, waren instrumenteller Fortschritt und Operationstechnik erst gegen Mitte des 19. Jahrhunderts so weit vorangeschritten, daß die

Tracheotomie zu einem Routine-Eingriff werden konnte. So war es der Franzose ARMAND TROUSSEAU, der zwischen 1850 und 1858 bei Diphtherie 466 Tracheotomien mit Erfolg durchführte. Die berühmteste Tracheotomie fand jedoch am 9. 2. 1888 in San Remo am deutschen Kronprinzen, dem späteren KAISER FRIEDRICH III., wegen eines Kehlkopfkrebsses statt. Der Operateur war GUSTAV BRAMANN, ein Assistent von ERNST VON BERGMANN in Berlin. Der Kaiser trug während seiner 99tägigen Regierung eine Kanüle, die von seinem Kinnbart verdeckt wurde. Er konnte sich nur noch mittels einer Schreibrtafel verständigen. Der Fall erlangte große Publizität. Ein amtlicher Bericht über die Operation erschien im gleichen Jahr 1888 und als Antwort darauf eine Rechtfertigung von SIR MACKENZIE. Erinnert sei in diesem Zusammenhang daran, daß die erste Totalexstirpation des Kehlkopfes wegen eines ausgedehnten Larynxkarzinoms am 31. 12. 1873 durch THEODOR BILLROTH in Wien erfolgt ist.

Obwohl die Tracheotomie in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts zu einem der häufigsten operativen Eingriffe geworden war, hatte sie mit der von JOSEPH O'DWYER 1885 in New York bei Diphtherie eingesetzten Intubation Konkurrenz bekommen. Dabei wurden Tuben aus Metall oder Hartgummi mittels eines Instrumentes und des tastenden Zeigefingers in den Kehlkopf geführt. Die Alternative erschien günstig, doch kam Skepsis auf, weil der Tubus nur schwierig wieder zu entfernen war und dann doch sekundär eine Tracheotomie durchgeführt werden mußte. Doch auch die Tracheotomie bot Probleme, da es nicht immer gelang, die Kanüle zu entfernen. Dieses „erschwerete Decanülement“ hatte meist seine Ursache in einer Stenose, die besonders nach Intubation und Tracheotomie aufzutreten pflegte. Um die Patienten leichter von der Kanüle zu befreien, wurde dann durch LEOPOLD VON SCHRÖTTER in Wien zu Ende des 19. Jahrhunderts die Bou-

gierungsbehandlung bei Larynx-Stenosen eingeführt und durch seinen Hamburger Schüler ARTHUR THOST zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch besondere Dilatationsverfahren weiter ausgebaut. Im übrigen sei daran erinnert, daß mit Bougierungen, d. h. langsamen Aufdehnungen, bereits gute Erfahrungen aus Gynäkologie und Geburtshilfe z. B. mit den Hegar-Stiften und aus der Urologie mit Bougierungen der Harnröhre vorlagen.

Grundlage für den Routine-Eingriff waren die erzielten anatomischen Kenntnisse und der instrumentelle Fortschritt, wie dies das *Handbuch der Speziellen Chirurgie* von PITHA/BILLROTH aus dem Jahr 1865 verdeutlicht. Dabei hatte ein langer und mühseliger Weg zurückgelegt werden müssen, der – um nur einige Stationen zu nennen – bei HIERONYMUS FABRICIUS AB AQUAPENDENTE im Jahr 1600 und JULIO CASSERIO im Jahr 1627 begonnen hatte. Die dargebotenen Strukturen sind noch grob und wenig detailliert. Es schlossen an der italienische Pathologe GIOVANNI BATTISTA MORGAGNI mit seinen *Adversaria Anatomica* von 1719 und der Franzose JACQUES GAUTIER D'AGOTY von 1745. Es folgten fast zeitgleich Autoren wie der Franzose JEAN BAPTISTE BONHOMME 1748, der Kehlkopfknorpel und -muskulatur näher abbildete, sowie der Engländer BENIGNUS WINSLOW 1752, der neue anatomische Details beisteuerte. Nicht außer acht gelassen sei die 1806 erschienene monumentale Schrift von SAMUEL THOMAS SOEMMERING über das menschliche Organ der Stimme. Er war sehr um eine künstlerisch ansprechende Darstellung bemüht und hat unter anderem versucht, die Unterschiede zwischen weiblichem und männlichem Kehlkopf herauszuarbeiten. Autoren wie FRANZ MERCURIUS VON HELMONT hatten sich dabei schon 1657 im *Alphabetum naturae* mit der Physiologie der Sprache – insbesondere am Beispiel des Hebräischen – und in diesem Zusammenhang mit dem Taubstummen-Unterricht be-

faßt. Autoren wie der Medizinhistoriker HEINRICH HAESER waren 1839 mit Studien über die menschliche Stimme gefolgt. Einen vorläufigen Abschluß bildete die 1871 vorgelegte Schrift von HUBERT VON LUSCHKA über den Kehlkopf, wobei die großen Tafeln vom knorpeligen Kehlkopfgerüst bis hin zur Gefäßversorgung reichen. Das Werk ist ein Klassiker der Anatomie des menschlichen Kehlkopfes. Angemerkt sei, daß VON LUSCHKA in einem bereits 1859 publizierten Aufsatz seine Entdeckung der Cartilagine sesamoideae mitgeteilt hatte, die hier erstmals abgebildet sind.

Entscheidend für Ausbau und Entwicklung der Laryngologie war die Erfindung des Kehlkopfspiegels und damit die Einführung der Laryngoskopie. Es war der in London lebende spanische Gesangspädagoge MANUEL GARCIA, der 1855 seine *Observations on human voice* veröffentlichte, die dann 1878 in Wien mit einem Geleitwort von LEOPOLD VON SCHRÖTTER in deutscher Übersetzung erschienen sind. GARCIA hatte sich intensiv mit der Frage der Stimmbildung beschäftigt und dabei den Wunsch verspürt, die Glottis als Ort der Stimmbildung einmal zu beobachten. Den im September 1854 geglückten Selbstversuch der Kehlkopfspiegelung, bei dem ihm zwei Drittel der Stimmlippen sichtbar wurden, hatte er mit einem Zahnarztspiegel unter Sonnenlicht vorgenommen. Dabei erkennt er das weite Offenstehen der Glottis beim ruhigen Atmen und die schnellen Bewegungen der Aryknorpel, wenn die Glottis zum Singen verengt werden soll. Die Stimme wird danach durch „Compressionen und Expansionen der Luft“ gebildet, welche bei der Passage durch die Glottis entstehen. Wir wissen heute, daß GARCIA Vorläufer hatte und das erste brauchbare Instrument zur Laryngoskopie, das „Glottiskop“, 1829 von dem Engländer BENJAMIN BABINGTON vorgelegt worden ist. Dieses „Glottiskop“ war der erste wirkliche Kehlkopfspiegel im heutigen Sinne. Der Bericht darüber stammt von

PANCONCELLI-CALZIA aus dem Hamburger Phonetischen Labor, erschienen in *Die Medizinische Welt* 9, 1935.

Im weiteren Verlauf hat dann LUDWIG TÜRCK, Primararzt am großen Wiener Allgemeinen Krankenhaus, nach Kehlkopfstudien an Leichen die noch heute gebräuchliche Form des Kehlkopfspiegels am 9. 4. 1858 vor der Wiener Ärztesgesellschaft vorgestellt. Er hatte einen geraden Griff mit Stiel, an dem mit einem Ansatzwinkel von 120° – 125° der Spiegel von unterschiedlicher Größe saß. Hinzu kam ein Zungenhalter mit zwei verschieden großen Blättern. Entscheidend war der von ihm konstruierte Beleuchtungsapparat, mit dessen Hilfe die Untersuchung bei reflektiertem Sonnenlicht, gerader Kopfhaltung und horizontal einfallenden Strahlen erfolgen konnte. Instrumente wie Kehlkopfpinsel und Schwammspritze oder Lapisträger, Kehlkopfpinzette und -messer gehörten zur Ausstattung dazu. Die 1860 erschienene *Praktische Anleitung zur Laryngoskopie* und die ebenfalls in Wien 1866 erschienene *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luftröhre nebst einer Anleitung zum Gebrauche des Kehlkopfrachenspiegels* bildeten die beiden wesentlichen Monographien, die seinen Ruhm begründeten.

Aber da ist neben TÜRCK noch ein anderer Wiener Forscher zu nennen: JOHANN NEPOMUK CZERMAK, der sich mit Arbeiten zur Bildung von Stimme und Sprache befaßte. CZERMAK war der Kehlkopfspiegel von TÜRCK bekannt geworden, und er hatte dabei sofort erkannt, daß man statt des Sonnenlichts künstliches Licht anwenden müsse. Nach anfänglichen einfachen Autolaryngoskopien gelangte er mit Hilfe eines durchbohrten konvexen Augenspiegels zur Selbst- und gleichzeitigen Fremdbeobachtung des Kehlkopfes. Der dafür konstruierte Apparat war einfach, und die im Laufe der Zeit entwickelten Kehlkopfspiegel lehnten sich letztlich an die von TÜRCK verwendeten

Spiegel an. Es war CZERMAK, der erstmals den Gedanken hatte, die Spiegelfläche im Rachen nach oben zu kehren und damit zur hinteren Rhinoskopie zu gelangen, als deren Begründer er gilt. Die Ergebnisse seiner Laryngoskopien hat er mit den Abbildungen eines männlichen Kehlkopfes und seines eigenen Stimmorgans während verschiedener physiologischer Zustände festgehalten. Die entsprechende Publikation *Der Kehlkopfspiegel und seine Verwerthung für Physiologie und Medizin* ist 1859 erschienen und zeigt Czermak bei der Laryngoskopie mit einem an einem Stiel zwischen den Zähnen festgehaltenen Konvexspiegel. Es war ebenfalls CZERMAK, der als erster Sondierungen, Kauterisierungen und Ätzungen der Stimmlippen vorgenommen und auch Kehlkopfpolyphen von oben her abgetragen hat. Frühe Vorläufer der Phoniatrie treten vereinzelt schon gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf, so z. B. MAX BRESGEN mit seinem Vortrag *Das menschliche Stimm- und Sprach-Organ* von 1879, worin an eine Aufzeichnung von Sprachmelodie und Sprachdynamik gedacht wird. Doch waren es letztlich erst HERMANN GUTZMANN in Berlin, JULIUS BERENDES in Marburg und ELIMAR SCHÖNHÄRL in Erlangen, die in unserer Zeit phoniatische Institutionen gegründet haben. Im Gefolge ist dann auch die Laryngo-Stroboskopie aufgekommen. Doch sind wir damit bereits in der Gegenwart.

Lassen Sie mich am Ende auf Gießen zurückkommen und eine hier entstandene Entwicklung ansprechen. Bereits 1890 hatte JOHANN SCHNITZLER in Wien das von ROBERT KOCH entwickelte Tuberkulin bei Kehlkopftuberkulose angewendet. Die Ergebnisse sind im 1895 erschienenen *Klinischen Atlas der Laryngologie nebst Anleitung zur Diagnose und Therapie der Krankheiten des Kehlkopfes und der Luft-röhre* niedergelegt. Im Ersten Weltkrieg und in den Wirren der Nachkriegszeit hatte CARL VON EICKEN in Gießen bereits eine

Heilanstalt für Kehlkopftuberkulose-Kranke gefordert. Doch VON EICKEN, der ebenfalls Verfasser eines 1951 erschienenen *Atlas der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten* ist, wechselte 1922 nach Berlin. Der Plan zur Schaffung einer Heilstätte für Tuberkulose der oberen Luftwege wurde daher 1924 unter ALFRED BRÜGGEMANN erneut aufgegriffen, und 1927 war die Baugesumme sichergestellt. Zehntausend Quadratmeter Baugelände waren vorhanden, und am 1. Mai 1928 wurde der Bau begonnen und am 5. April 1930 die „Heilstätte Seltersberg für Tuberkulose der oberen Luftwege in Gießen“ eingeweiht. Am Tag der Einweihung war von einem „Haus der Heilung“ und einer „Burg der Wissenschaft“ die Rede, und VON EICKEN und BRÜGGEMANN waren anwesend.

Sie war mit rund 100 Betten die erste ihrer Art in Deutschland und wegen der Erforschung und Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege, d. h. der Kehlkopftuberkulose, ohne Vernachlässigung der Lungentuberkulose dem jeweiligen Direktor der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik unterstellt. Dies galt anfänglich auch noch für GERHARD EIGLER, der 1951 nach Gießen berufen wurde und ebenfalls ein Lehrbuch über *Ohren-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten* hinterlassen hat. Doch sollte die „Heilstätte Seltersberg“ ab 1948 wegen der aufkommenden tuberkulostatischen Therapie ihre ursprüngliche Bedeutung für die Laryngologie verlieren und zu einer allgemeinen pulmonologischen Klinik werden. EIGLERS Nachfolger, Herrn Professor FLEISCHER, brauche ich hier nicht zu zeigen, weil er unter uns ist. Der Vollständigkeit halber sei aber gesagt, daß auch er eine *Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde für Krankenpflegerberufe* verfaßt und sich als Mitautor der *Akademischen Lehrstätten und Lehrer der Oto-Rhino-Laryngologie in Deutschland im 20. Jahrhundert*, 1996, große Verdienste erworben hat.