XIV.

Eine unsichere Diagnose.

Von

Victor Lange in Kopenhagen.

In der Praxis jedes Arztes kommen Fälle vor, wo die Diagnose schwer zu stellen ist; es kommen außerdem mitunter Fälle vor, wo die Diagnose erst nach einer Operation oder post mortem gestellt werden kann. Dieser Satz gilt nicht am wenigsten in der Otologie und besonders bei den komplizierten eitrigen Mittelohrentzündungen sowohl chronischer als auch akuter Art.

Lange Zeit dauerte es, bis die operative Therapie d. h. die Eingriffe am proc. mast. in die richtige Bahn kam. Heute, wo jeder Ohrenarzt — und auch Chirurgen ex professo — die Aufmeißelungen des proc. mast. machen, dürfen wir Alle dem Manne unseren Dank darbringen, der unsere Spezialität mit einer epochemachenden Operation bereichert hat. Hermann Schwartzes Name ist mit der Operation untrennbar verknüpft. Von allen Seiten ist das anerkannt worden. Bei dieser Gelegenheit möchte ich mir erlauben, den Anfang eines kleinen Artikel in dem Archiv für klin. Chirurgie Bd. 47. (Einige klinische Bemerkungen über Leiden im proc. mast. in Folge akuter Mittelohreiterung) anzuführen. Ich habe Folgendes geschrieben:

„Wenn man ein Beispiel von einer Operation nennen sollte, die, nachdem sie in Mißkredit gekommen war, wieder der Vergessenheit entrissen wurde, ja sogar im Laufe von wenigen Jahren einen hohen Grad von Popularität erreichte, so wird man, glaube ich, nicht leicht ein besseres finden, als die Operation, die unter dem Namen „Aufmeißelung des Processus mastoideus“ bekannt ist. Da es nicht meine Absicht ist, mit diesen Zeilen die verschiedenen Phasen derselben zu schildern, so möchte ich hier nur anführen, daß die Operation, hauptsächlich wegen fehlender Indi-

kationen und mangelhafter Technik, lange Zeit unterdrückt wurde und erst in allerneuester Zeit wieder zu Ehre und Würde gekommen ist, Dank der Tüchtigkeit und dem energischen Kampfe des Prof. Schwartze.

Es ist ihm gelungen — besonders durch eine vorzügliche Casuistik, — nicht allein die Berechtigung der Operation für manche Fälle nachzuweisen, sondern auch die Notwendigkeit derselben und zwar in so hohem Grade, daß die Operation auf die Dauer festen Boden in der Chirurgie gewonnen hat; nicht allein die Otologen, sondern auch die Chirurgen ex professo führen dieselbe häufig aus, und alle sind darin einig, den großen Wert derselben zu schätzen. Unter Schwartze's vielen Verdiensten muß seine Operationsmethode als eine der bedeutendsten genannt werden; er hat nachgewiesen, daß die Meißelmethode die sicherste ist; und um diese hat sich auch die Hauptmasse der Operateure gesammelt; man braucht den nun üblichen Ausdruck: „Resektion des Proc. mastoid.“ nicht mehr als eine Meißeloperation zu präzisieren, welcher Zusatz früher wohl nötig war, als noch andere Operationsmethoden benutzt wurden, und als man besonders die „Trepanation“ anwandte.“ Nachdem sich seine Methode eingebürgert hatte, ist dieselbe zu Gunsten der Kranken auf verschiedene Weise erweitert worden, was von allen und nicht mindestens auch von Prof. Schwartze genügend gewürdigt ist.

Es läßt sich nicht leugnen, daß Mittelohreiterungen, die über das Ohr hinweggreifen, ein sehr wechselndes Krankheitsbild hervorrufen können, und daß die kleine Region hinter dem Ohre bei den dort gemachten Operationen eine Menge von Eigentümlichkeiten dem kritischen Beobachter darbieten kann. Man hat ja öfters gelesen, daß einer typischen Aufmeißelung ein Eingriff in der reg. tempor., am sin. transv. oder am Kleinhirn gefolgt sind, was doch sicher für eine Unsicherheit der Diagnose spricht. Infolgedessen kann es geschehen, daß man mitunter eine falsche Diagnose stellt — errare humanum est; — aus einem Irrtum kann man indessen oft etwas erlernen. Aus diesem Umstande leite ich deshalb eine Berechtigung ab, folgenden Fall zu veröffentlichen:

Herr D. leidet seit der Jugend an einer linksseitigen Mittelohrentzündung mit stinkendem Ausfluß; er kam den 21. Juni 1887 zum ersten Male in meine Behandlung. Nach einer mehrmonatigen Behandlung war das mit Granulationen gefüllte Ohr gereinigt und die Entzündung auf ein Minimum beschränkt worden. Später sollen kleine, rasch abgelaufene Rezidive dagewesen sein. Im Anfange 1901 kam der Patient wieder zu mir wegen einer aufs neue eingetretenen Entzündung. Die Untersuchung ergab

in der Trommelhöhle Granulationsmassen, die beim Sondieren leicht bluteten. Der Zustand besserte sich allmählich bis zum 10. März, als der Patient ganz unerwartet Schmerzen im Ohre und dessen Umgebung, besonders hinter dem Ohre, bekam; gleichzeitig stellte sich Schwindel ein; den 14. März war der Schwindel unbedeutend; der Patient hatte aber an demselben Tage Erbrechen gehabt. In der folgenden Woche verloren sich durch Bettruhe der Schwindel und das Erbrechen so weit, daß der Patient nach meiner Klinik transportiert werden konnte. Die am 21. März vorgenommene Untersuchung ergab Folgendes: Im Ohre stinkender Eiter, keine Schmerzen im Ohre, dagegen starke lancinierende Schmerzen in der linken Hälfte des Kopfes. Die linke reg. mast. größer als die rechte (zweifelsohne handelte es sich um eine Asymmetrie); nirgendwo Druckschmerzhaftigkeit. Die Temperatur normal. Des Morgens war eine Andeutung einer linksseitigen Facialisparese bemerkbar, die schon am Mittag, wo der Patient operiert wurde, als eine ausgesprochene Facialisparalyse hervortrat. Es wurde eine typische Aufmeißelung (nach Schwartze) gemacht. Die Weichteile nicht besonders verdickt, die Knochenhaut gesund, der Knochen von gutem Aussehen. Die recht ausgiebige Aufmeißelung ergab keinen Eiter; der Knochen überall fest; die Zellen stark reduziert; ein antrum mast. ließ sich nicht nachweisen. Ich gab daher weitere Eingriffe auf, um den Krankheitsverlauf in den nächsten Tagen ruhig abzuwarten. Die Operationshöhle wurde mit Jodoformgaze ausgestopft; steriler Verband aufgelegt. Gegen die Schmerzen hatte ich schon einige Tage Chinin und Phenacetin verordnet; es wurde damit fortgefahren. Von dem weiteren Verlauf ist zu bemerken: Die heftigen Schmerzen verloren sich allmählich, der Schlaf, Appetit und die Temperatur wurden normal. Die Eiterung nahm ab und schließlich war die Facialisparalyse nach einer Woche sehr unbedeutend geworden. Der Patient konnte den 4. April nach Hause zurückkehren.

Meine Diagnose war also falsch gewesen!

Für die Annahme einer Komplikation von Seiten des Ohres sprach indessen Folgendes:

Es handelte sich um eine rezidivierende chronische Mittelohreiterung; mit einem Schlage bekam der Patient heftige Schmerzen im Ohre und hinter demselben; dazu kamen in den nächsten Tagen: Schwindel, Erbrechen und schließlich eine Facialisparalyse; in der Trommelhöhle stinkender Eiter und Granulationsbildung. Schlaf und Appetit schlecht; nur die Temperatur blieb fast normal.

Die obengenannten Symptome indizierten meiner Meinung nach absolut einen operativen Eingriff.

Wegen des negativen Befundes bei der Operation mußte ich nach einer anderen Erklärung für das Leiden fahnden. Ich war dazu geneigt der Influenza einen nicht zu unterschätzenden Teil des Leidens beizumessen; außerdem kommt aber noch ein später zu erwähnender Punkt in Betracht.

Die Diagnose „Influenza“ war lange Zeit hindurch eine recht landläufige geworden. Indessen hatten wir hier (in Kopenhagen) eben in den Jahren — und ich habe in einer Dänischen Zeitschrift über die Influenza-Otitis in dieser Periode einen Aufsatz veröffentlicht — recht schwere Epidemien, wo nervöse Affektionen

mit überwiegender Häufigkeit auftraten. Allerlei Neuralgien im ganzen Körper, anhaltende Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, otalgia intermittens, Ischias, Paralysen usw. gehörten nicht zu den großen Seltenheiten. Während einer Epidemie beobachtete ich eine ganze Reihe von nervösen Leiden und unter diesen 3 Fälle von Fazialisparalysen bei sonst gesunden Personen.

Unser Patient hatte durch eine Reihe von Jahren regelmäßig im Frühjahr an einer schweren Influenza gelitten; zu der Zeit seines obenerwähnten Leidens war er recht überarbeitet und infolgedessen sehr nervös. Daß die Bettruhe und die Aufmeißelung (ein heroisches Derivans!?) zu einem raschen Verlauf der Krankheit haben beitragen können, ist wohl möglich.

Erwähnen muß ich noch den Punkt, den ich oben angedeutet habe.

Kurze Zeit nachdem der Kranke nach Hause zurückgekehrt war, bekam er nämlich plötzlich wieder Schmerzen im Ohre und Schwindel; bei der Untersuchung des Ohres fand sich eine Granulationsmasse, die weggenommen wurde; dieselbe enthielt ein Knochenstückchen. Danach verschwanden die krankhaften Symptome und die Eiterung nahm allmählich ab. Heute — 4. 7. 07. — habe ich den Patienten untersucht; in der Trommelhöhle geringe Feuchtigkeit. In den vergangenen Jahren ist das Ohr ruhig gewesen.

Schlußbemerkungen:

Die Aufmeißelung gab ein negatives Resultat; als die gefährdenden Symptome rasch verschwanden, konnte man mit Recht von tieferliegenden Affektionen absehen. Übrig blieben für die Diagnose: die Influenza und die Mittelohrentzündung mit Granulationsbildung und dem losgestoßenen Knochenstückchen. Alle beide sind imstande, das obengenannte Krankheitsbild hervorzurufen, und vieles spricht dafür, daß in unserem Falle die beiden zusammengewirkt haben können. Der letztere Punkt hat vielleicht die größte Rolle gespielt.

Aber wie ich oben gesagt habe: es gibt Fälle, die uns dunkel bleiben. Wenn ich „uns“ sage, dann meine ich „mir“. Denn es ist wohl möglich, daß irgend ein Kollege klarer sehen können wird als ich.