Aus der ärztlichen Praxis.

Beitrag zur Kasuistik der Retropharyngealabszesse nach akuter Mittelohreiterung.

Von Dr. Alb. Blau, Ohrenarzt in Görlitz.

Retropharyngealabszesse pflegen im Säuglingsalter am häufigsten aufzutreten. Unter den Entstehungsursachen nimmt in diesem Lebensabschnitt die Mittelohreiterung wohl einen recht geringen Prozentsatz für sich in Anspruch, wenn auch bekanntlich die Senkungsabszesse nach dem Pharynx im allgemeinen in jedem Alter verhältnissmässig seltene Folgeerkrankungen der Mittelohreiterungen sind.

Der folgende Fall bietet einiges Interessante dar.

Anamnese: Kind (männlich), ein Jahr alt, leidet seit acht Tagen an eitrigem, linksseitigem Ohrenfluss, der besonders in den letzten Tagen sehr reichlich war. Seit drei Tagen ist die Athmung sehr behindert, der Mund ist immer halb geöffnet, das Gesicht ist angeblich blau verfärbt und das Kind röchelt sehr stark. Die Nahrungsaufnahme ist sehr gering, und giebt das Kind die Milch meist gleich wieder von sich. Seit gestern Durchfall. Fieber.

Status. Sehr elend aussehendes, schwächliches, im Gesicht bläulich verfärbtes Kind. Die Haut fühlt sich etwas heiss an. Der Mund ist halb geöffnet. Starkes Röcheln. Die Kiefer werden bei dem Versuch, die Zunge herunterzudrücken, zusammengepresst, sodass nur ein beschränkter Einblick in den Rachen möglich ist. Die linke Hälfte der Pars oralis pharyngis ist von einem gerötheten, halbkugeligen Tumor eingenommen. Mit dem Finger fühlt man, dass derselbe hoch in den Nasopharynx hinaufreicht, eine pralle Consistenz hat und fluktuirt. Der linke Gehörgang ist mit graugelblichem, flüssigem Eiter erfüllt. Nach dem Austupfen fliesst aus der im vorderen unteren Quadranten befindlichen, kaum stecknadelkopfgrossen Perforationsöffnung im stark gerötheten Trommelfell sofort derselbe Eiter nach. Warzenthail äusserlich nicht verändert, nicht geschwellt, nicht geröthet; soweit Prüfung möglich, nicht druckempfindlich. Der Hals ist nicht geschwollen, besonders nicht links, zeigt aber an beiden Seiten am Kopfnicker zahlreiche erbsengrosse Drüsen bis zum Schlüsselbein hinunter. Drückt man auf die Vorwölbung im Rachen, so entleert sich Eiter aus dem Ohr in reichlicher Menge.

Es wird sofort eine Inzision des Tumors im Pharynx mit einem schmalen Stilet gemacht. Aus der Schnittöffnung von ca. 1 cm Länge von oben nach unten fliesst anfangs schleimiger, dann reichlicher flüssiger Eiter, der genau so aussieht und leicht süsslich duftet, wie der Ohreiter. Reinigung des Ohres und Einführen eines sterilen Gazetampons in das linke Ohr.

Noch drei Tage hindurch entleert der Retropharyngealabszess Eiter, während der Eiterausfluss aus dem Ohr sofort erheblich nachlässt. Aufhören des Fiebers. Dann versiegt allmählich auch die Eiterung aus dem Rachenabszess, welcher nach zehn Tagen völlige Heilung der Inzisionswunde zeigt. Die Ohreiterung ist ebenfalls bereits nach acht Tagen geheilt.

Der bei diesem Kinde vorhandene Retropharyngealabszess stand in breiter Verbindung mit der Mittelohreiterung, die, wenn wir der Anamnese Glauben schenken, bereits nach fünf- bis sechstägigem Bestehen denselben hervorgerufen hat. Die Mittelohreiterung heilte nach Entleerung des Abszesses.

Es erscheint interessant, dass nach so kurzer Zeit bereits ein solcher Senkungsabszess eintrat. Bei Kindern ist die Kommunikation zwischen Antrum und Paukenhöhle eine breite, ist die äussere Wand des Antrums verhältnissmässig sehr dünn. War die Sekretion also eine sehr profuse, widerstand das Trommelfell einem grösseren Durchbruche, so wäre eigentlich eine Mastoiditis nach so kurzer Zeit näherliegend gewesen. Der Weg, welchen der Eiter eingeschlagen hat, kann bei dem Fehlen jeglicher Mastoidsymptome kaum durch das Antrum und dessen Boden oder mediale Wand gegangen sein. Durch die vordere Gehörkanalswand ist der Durchbruch nicht erfolgt; hier war eine Fistel nicht zu sehen. Die Möglichkeit, dass der Eiter vielleicht durch die vordere Paukenhöhlenwand — eventuell durch eine vorhandene Dehiscenz — bei verschlossener Tuba seine Bahn gegangen, erscheint von vornherein sehr unwahrscheinlich. Einmal führt dieser Weg viel eher nach dem Schädelinnern, sodann hätte ein Tubenverschluss doch seit Geburt oder mindestens seit langem bestehen müssen, und die Annahme eines durch entzündliche Schwellung hervorgerufenen Tubenverschlusses hätte nicht viel Wahrscheinliches für sich.

Am ehesten ist wohl zu glauben, dass die Tube selbst, das peritubale Gewebe, der Semicanalis tensoris tympani (Haug, Macewen) die Leitbahn zum retropharyngealen Gewebe abgegeben hat. Dafür spricht auch das hohe Hinaufreichen des Abszesses in den Nasopharynx, vielleicht auch das schnellere Entstehen, vor allem das Fehlen jedes äusseren Symptomes einer Erkrankung des Warzentheiles.

Endlich dürften die Lymphdrüsen des Pharynx (Bottini), die auf dem Wege der Lymphgefässe durch Eiterungen in der Nachbarschaft leicht infiziert werden, nicht recht für den Abszess angeschuldigt werden können, da der breite Kommunikationskanal auf diese Weise nicht ohne weiteres seine Erklärung fände. Ob im allgemeinen für die Entstehung der Retropharyngealabszesse [der intrapharyngealen (Strazza)] im Säuglingsalter, bezw. Kindesalter nicht auch die Pharynxtonsille eine gute Quelle der Infektion an sich ist, im weiteren durch Druckstauung auf die den lymphatischen Ring begleitenden Lymphgefässe die Entstehung eines solchen erleichtert, erscheint uns nicht undenkbar.

Zum Schlusse noch ist an ein zufälliges Zusammentreffen von Mittelohreiterung und Retropharyngealabszess im Anschluss an den Durchfall nicht zu denken, da letzterer überhaupt erst im Verlauf der Erkrankung auftrat, ausserdem die Kommunikation zwischen beiden nicht erklärbar wäre.

Die Heilung der Ohreiterung nach Spaltung und Entleerung des retropharyngealen Senkungsabszesses ohne weiteres Zuthun ist bemerkenswerth.