VII.

Aus der Universitäts-Ohrenklinik (Vorstand: Hofrat Professor
Politzer in Wien).

Über einen Fall von otogener infektiöser Thrombo- phlebitis ohne Fieber.

Von

Privatdozent Dr. Gustav Alexander,
klin. Assistent.

Beobachtungen leicht verlaufender infektiöser Thrombophlebitis des Sinus lateralis sind selten, und es erscheint infolge dessen die Mitteilung des folgenden Falles, bei welchem die ausgedehnten Zerstörungen und die weitgehende Thrombosierung, die sich bei der Operation fanden, zu dem leichten Verlauf der ganzen Erkrankung in grellem Gegensatze stehen, begründet.

Michael G., 45 Jahre alter Tagelöhner aus Dornbach, Niederösterreich.

Diagnose: Otitis media suppurativa subacuta dextra. Osteoperiostitis processus mastoidei dextri. Thrombophlebitis sinus lateralis dextri.

Anamnese: Pat. ist seit August d. J. ohrenkrank, angeblich infolge von Erkältung (Liegen auf feuchter Erde). Schwerhörigkeit, Ohr- und Kopfschmerzen seit Beginn der Erkrankung. Seit Anfang Oktober geringer Ohrenfluß, Fortdauer der Schmerzen. Kein Fieber. Temperatur 37—37,4. Das subjective Befinden des Pat. ist zufriedenstellend, abgesehen von mäßigen Spontanschmerzen hinter dem Ohre fühlt sich Pat. vollständig wohl und nahm bisher Nahrung mit Appetit. Keine Schüttelfröste.

Status praesens: Gut genährtes, kräftiges Individuum. In den Brust- und Baueingeweiden keine nachweisbaren krankhaften Veränderungen.

Ohrenbefund. Rechts. Gehörgangshaut maceriert, in der Tiefe fötider Eiter. Nach Austupfen ergibt sich, daß der Gehörgang in der Tiefe maximal verengt und keine Details der Trommelhöhle erkennbar sind. Retroauriculär hinter dem Warzenfortsatz eine flachkuglige, guldienstückgroße Geschwulst; die Haut darüber leicht gespannt, sonst unverändert. Die Geschwulst ist spontan und auf Druck schmerzhaft und zeigt deutliche Fluctuation.

Links: Trommelfell gering getrübt, Hammergriffgefäße injiziert.

Weber nach rechts, Rinne rechts negativ mit bedeutend verkürzter Luftleitung und verlängerter Kopfknochenleitung, links unentschieden mit gering verlängerter Kopfknochenleitung. Perc. tiefer Töne beiderseits gering herabgesetzt. Uhr und Acumeter durch die Knochen positiv.

Hörweite: Conv. Spr.:	rechts 1 m. links 7 m.
Flüster-Spr.:	rechts 0 m. links 1 m.
Politzers Acumeter	rechts 0 m. links 1 m.

Augenhintergrund normal, im Urin keine patholog. Bestandteile. Temp. 37—37,4.

Operation in ruhiger Chloroformnarkose (Alexander) am 7. Nov. 1904. Typischer Hautschnitt, Freilegung und Eröffnung des Warzenfortsatzes. Das Innere weithin erweicht und von Eiter erfüllt. Bei der Entfernung der erkrankten Teile muß der Warzenfortsatz vollständig abgetragen werden. Es resultiert nach oben hin ein ausgedehnter Knochendefect an der mittleren und hinteren Schädelgrube, wonach Dura und Sinus in einer ungefähr fünfkronenstückgroßen Fläche freiliegen. Die Dura ist überall bis zu 3 mm Höhe von grauroten Granulationen bedeckt, zwischen welchen reichlich fötider Eiter hervorquillt. Im Bereiche des Sinus sowohl die Dura als die laterale Sinuswand substanziell verändert. (Von dem unteren Rand des Hautschnittes ein zweiter Hautschnitt horizontal nach hinten von 3 cm Länge.) Auch die angrenzenden Abschnitte des Os occipitale erweisen sich erkrankt, über dem Os occipitale ein fötider Eiter enthaltender, flacher, ungefähr guldengroßer Absceß. Nach Versorgung der übrigen Wundhöhle wird der Sinus incidiert: Er erweist sich fast vollständig thrombosiert, erst in einer Tiefe von ungefähr 5 mm kommt es zu einer geringen, tropfenweisen Blutung. Thrombenteile sind fötid. Die Incisionsstelle im Sinus wird durch einen Jodoformgazestreifen gedeckt. Wundversorgung. Verband.

Wundverlauf vollkommen reaktionslos.

Temperatur: am 7. XI. : 37,2—37,5.
8.—10. XI. : 36,9—37,4.
11. XI. : 36,7—37,5.
12. XI. : 36,4—36,7.
13. XI. : 36,7—37,2.
14.—19. XI. : 36,4—36,8.
20. XI. : 36,3—37,1.
21.—28. XI. : 36,4—36,9.

Dekursus:

Pat. fühlt sich vollständig wohl und verläßt am fünften Tage das Bett. Erster Verbandwechsel am 12. November am liegenden Pat. Die Streifen werden gekürzt. Gehörgang trocken. Vollständige Entfernung der Streifen beim Verbandwechsel am 14. November nach Erweichung der Streifen mit Hydrogenium hyperoxydatum. Nirgends Eiter. Beginnende Granulationsbildung, Operationsöffnung an der Sinuswand geschlossen. Seither jeden zweiten Tag Verbandwechsel. Trommelfell intakt, matt, Antrum durch Granulationen geschlossen.

20. Nov. Sekundärnaht der retroauriculären Wunde mit Erhaltung der Drainage durch den unteren Wundwinkel.

24. Nov. Verbandwechsel; im Nahtbereich prima intentio. Entfernung der Nähte.

25. Nov. Pat. wird in seine Heimat entlassen und privater Behandlung zugewiesen.⁴⁾

Wie einleitend erwähnt, liegt das Bemerkenswerte im vorliegenden Falle von Pyämie im Contrast der Erscheinungen vor der Operation und des reactionslosen einfachen Verlaufes mit dem Befunde bei der Operation, die neben ausgedehnter Erkrankung der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube auch eine

1) Vollkommen geheilt seit Ende Dezember 1904.

eitrige Sinusthrombose ergab. Diese eitrige Sinusthrombose hat dem Patienten kaum sonstige Beschwerden gemacht, sie ist ohne Fiebersteigerung, ohne Schüttelfrost verlaufen, und trotz der ausgedehnten Veränderungen ist es zu keinen Pyämie-Metastasen gekommen. Die Differenz in Verlauf und Operationsbefund ließen uns auch von der Jugularis-Freilegung absehen.

Einen ähnlichen einwandfreien Fall von infektiöser Thrombophlebitis ohne Fieber habe ich in der Literatur nicht gefunden. Der Fall von Kolb¹⁾ (Ein Fall von Hirnsinusthrombose. Berl. klin. Wochenschr. 1876. Nr. 46), in welchem aus ödematöser Anschwellung und starker Venenfüllung über dem Warzenfortsatz usw. die Diagnose gestellt wurde und ohne Operation Heilung eintrat, hält einer Kritik nicht stand.

Hinsichtlich der Ursache des ungewöhnlichen Verlaufes unseres Falles erübrigt es nur, auf den bakteriologischen Befund zu rekurrieren. Die bakteriologische Untersuchung, die 2 mal im pathologisch-anatomischen Institut (Prof. Weichselbaum) ausgeführt wurde, ergab einen einheitlichen Befund im Absceß-Eiter und im Thrombus: mikroskopisch grampositive Diplokokken, vielfach mit typischer Kapsel, kulturell Kolonien eines *Diplococcus*, der sich durch die auffallend schleimige Beschaffenheit der Kolonien auf Agar auszeichnete und in den übrigen biologischen und kulturellen Merkmalen mit dem *Diplococcus pneumoniae* übereinstimmt.

Es muß derzeit dahingestellt bleiben, ob der gefundene *Diplococcus*, der sich durch die auffallend schleimige Beschaffenheit seiner Kolonien kennzeichnet, von dem typischen *Diplococcus pneumoniae* zu unterscheiden, und danach für den ungewöhnlich leichten Verlauf der Thrombophlebitis des vorliegenden Falles in aetiologischer Hinsicht heranzuziehen ist.

Citiert nach Heßler, Die otogene Pyämie, Jena 1896.