DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Redaction: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. J. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig.
Lichtensteinallee 3. Am Karlsbad 5. Seeburgstr. 31.

INHALT.

I. Aus der Ohrenabtheilung der Königlichen Charité in Berlin: Die Indicationen zur operativen Behandlung der Mittelohreiterungen. Von Stabsarzt Dr. R. Müller.

II. Aus der chirurgischen Abtheilung der evangelischen Diakonissenanstalt in Stuttgart: Zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit. Von Oberarzt Dr. Steinthal.

III. Ueber intermittirenden chronischen Icterus. Von Dr. Albu in Berlin.

IV. Beitrag zur Untersuchung der Magenfunction. Von Dr. Kadner in Niederlössnitz.

V. Neurasthenischer Hunger. Von Dr. Th. Benda in Berlin.

VI. Eine eigenthümliche Gangart bei, resp. nach Ischias. (Schluss.) Von Dr. E. Weisz in Pöstyén in Ungarn.

Öffentliches Sanitätswesen: Ueber die neuen ministeriellen Vorschriften für das Sehvermögen der Eisenbahnbeamten. Von Dr. Augstein in Bromberg. — Aus den Verhandlungen des Weimarer Landtages. — Schaper, Ueber die Nothwendigkeit der Errichtung besonderer Abtheilungen für Lungenkranke in grösseren Krankenhäusern. Ref. Dr. Freyhan (Berlin).

Auswärtige Correspondenzen: Londoner Brief.

Heilstätten für minderbemittelte Nervenkranken. Von Dr. J. Schwalbe in Berlin.

Mittheilungen über Congresses: XXVII. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. — Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. — V. Internationaler Congress für Klimatologie und Geologie. — IX. allgemeiner Blindenlehrercongress.

Kleine Mittheilungen.

I. Aus der Ohrenabtheilung der Königlichen Charité in Berlin.

(Dirigirender Arzt: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Trautmann.)

Die Indicationen zur operativen Behandlung der Mittelohreiterungen.¹⁾

Von Stabsarzt Dr. Richard Müller.

Seitdem man gelernt hat, der grössten Gruppe der Ohrenkrankheiten, den Mittelohreiterungen, auf operativem Wege beizukommen, nachdem diese Krankheiten früher vielfach unseren therapeutischen Maassnahmen fast ebenso schwer zugänglich waren wie heute noch die sogenannten trockenen Mittelohrkatarrhe, haben sich die Vertreter der Ohrenheilkunde diesem chirurgischen Vorgehen mit ganz besonderem Interesse zugewendet. Das ist in so hohem Maasse der Fall gewesen, dass man bereits geglaubt hat, vor einem „Zuviel“ auf diesem Gebiete warnen zu müssen. Ob mit Recht oder mit Unrecht, das will ich dahingestellt sein lassen. Beinahe möchte man, wenn man die immens angeschwollene Fachlitteratur über dieses Kapitel ins Auge fasst, die Warnung für einigermaassen berechtigt halten. Auf der anderen Seite freilich darf nicht vergessen werden, dass es sich hier, wie schon angedeutet, um Leiden handelt, denen früher der Arzt oft machtlos gegenüberstand, und da ist es wohl begreiflich, dass jetzt, nachdem der Weg der erfolgreichen Bekämpfung dieser Krankheiten vorgezeichnet ist, jetzt, wo wir durch das operative Vorgehen oft unmittelbar lebensrettend einzuspringen vermögen, ein jeder Ohrenarzt an seinem Theile bestrebt ist, den Weg auszubauen und zu verbessern und die dabei gewonnenen Erfahrungen bekannt zugeben.

An dieser Stelle hat bereits mein Chef, Herr Geh.-Rath Trautmann, vor drei Jahren zur Frage der operativen Freilegung der Mittelohrräume das Wort ergriffen, und nach ihm auch mein Vorgänger Passow. Ich will mich daher heute über die Operation selbst hier nicht verbreiten, sondern möchte Sie bitten, Ihre Aufmerksamkeit mit mir einem Punkte zuzuwenden, der mir von allgemeinem Interesse, auch für den ausserhalb des Specialfaches stehenden Arzt, zu sein scheint, nämlich den Indicationen zur operativen Behandlung der Mittelohreiterungen. Auch über diesen Punkt herrschen, wie über viele andere, in der Otorhinologie noch verschiedene Ansichten. Ich will aber auf die abweichenden Meinungen der Einzelnen hier nicht eingehen, sondern mich darauf beschränken, den Standpunkt zu erörtern, der sich über die Indica-

tionen im Laufe der Zeit nach den reichen Erfahrungen meines Chefs auf unserer Klinik herausgebildet und bewährt hat.

Wir unterscheiden, um dies kurz vor auszuschicken, grundsätzlich zwischen der blossen Freilegung des Antrum mastoideum mit den benachbarten Warzenfortsatzzellen und etwaigen pathologischen Höhlen, und der breiten Freilegung aller Mittelohrräume, der sogenannten Radicaloperation. Die letztere ist gewissermaassen nur eine Weiterführung der ersteren: der fundamentale Unterschied dieser beiden Operationen liegt aber in der Heilung, die wir bei ihnen anstreben. Während wir bei der Antrumaufmeisselung die entstandene Wundhöhle sich auf dem Wege der Granulationsbildung ganz und gar schliessen lassen, so dass gewissermaassen die Restitutio ad integrum erfolgt, geht bei der Radicaloperation unser Streben dahin, die ganze Wundhöhle in der Ausdehnung, wie sie unmittelbar nach der Operation vorliegt, offen zu halten, was wir dadurch erreichen, dass wir während der ganzen Nachbehandlung die üppige Granulationsbildung in der Wundhöhle durch festes Austamponiren verhindern, bis sich sämtliche Wandungen der Höhle von aussen und von dem plastisch aus dem äusseren Gehörgang gebildeten Hautlappen her mit einer festen Epidermislage überzogen haben. Hieraus erhellt, dass — ganz abgesehen von der verschiedenen schwierigen Technik der beiden Operationen für den Arzt — auch für den Kranken die Antrumaufmeisselung ein bei weitem leichter Eingriff ist als die Radicaloperation; die erstere verhält sich zur letzteren etwa wie die blossen Incision einer phlegmonös erkrankten Extremität zu ihrer Amputation. Dieser verschieden schwere Charakter giebt sich auch in der Heilungsdauer beider Operationen zu erkennen: nach einer von mir im letzten Jahresbericht unserer Klinik¹⁾ auf Grund unseres Materials aufgestellten Statistik beträgt dieselbe für die Antrumaufmeisselung 4 Monate, für die Radicaloperation im Durchschnitt 6½ Monat. Das sind, wie zugegeben werden soll, sehr lange Fristen, länger als sie in anderen Statistiken angegeben werden. Das hat seinen Grund darin, dass wir von Heilung erst dann sprechen, wenn auch wirklich alles verheilt und auch nicht die kleinste feuchte Stelle mehr vorhanden ist, ferner auch darin, dass bei einer verhältnissmässig grossen Anzahl von Operirten die Heilung sich infolge schlechter Constitution — Syphilis, Tuberkulose — überaus lange hinzog, wodurch die Statistik natürlich sehr verschlechtert werden muss, und schliesslich darin, dass wir diejenigen sogenannten Recidive, d. h. Wiederaufbruch der Operationshöhle, die innerhalb kurzer Zeit, etwa 14 Tage bis 4 Wochen, nach der ersten, ich

¹⁾ Vortrag, gehalten in der Gesellschaft der Charitéärzte.

¹⁾ Charitéannalen, XXII. Jahrgang, S. 369 ff.

möchte sagen. Pseudoheilung auftraten, noch bei der Berechnung der Heilungsdauer mit in Ansatz gebracht haben. Ich will nicht unerwähnt lassen, dass wir, namentlich im laufenden Jahre, bei Kranken mit sonst gesunder Constitution Heilung der Antrumaufmeisselung auch schon in einem Monat und der Radicaloperation in reichlich anderthalb Monaten erzielt haben.

Trotz dieses verschiedenen schweren Charakters der beiden Operationen aber wäre es falsch, wollte man sagen, dass man sich aus diesem Grunde zur Antrumaufmeisselung leichter entschliessen dürfe, als zur Radicaloperation: operiren darf man selbstverständlich nur nach ganz bestimmten, festen Indicationen und nicht kritiklos auf leere Vermuthungen hin, wie man das in früheren Zeiten bei den sogenannten „Anbohrungen des Zitzenfortsatzes“, die allerdings mit unseren Operationen nicht recht zu vergleichen sind, zum Schaden des Ansehens der Operation nicht selten gethan hat. Wir sind uns bei unseren Operationen, auch bei der Antrumaufmeisselung, stets bewusst, dass wir einen schwerwiegenden Eingriff vornehmen, der erst gerechtfertigt ist, wenn alle anderen, weniger eingreifenden Behandlungsarten im Stiche lassen oder der Versuch ihrer Anwendung wegen drohender Lebensgefahr ausgeschlossen ist.

Als ganz im allgemeinen und natürlich nicht ausnahmslos gültig sei zuerst hervorgehoben, dass die Antrumeröffnung bei acuten, die Radicaloperation bei chronischen Eiterungen des Mittelohrs am Platze ist.

Jede acute Mittelohreiterung, die trotz sachgemässer Behandlung 14 Tage lang in unveränderter Stärke, ohne eine Wendung zum Besseren erkennen zu lassen, besteht, ist mit Eröffnung des Antrum mastoideum zu behandeln, auch wenn bedrohliche Erscheinungen noch nicht vorhanden sind.

Unter sachgemässer Behandlung verstehe ich hier in der Hauptsache die sogenannte Trockenbehandlung: sorgfältiges trockenes Austupfen des äusseren Gehörganges, Einführen eines sterilen Gazestreifens und Wiederholung dieser Manipulationen, sobald der Streifen durchtränkt ist, was bei profusen Eiterungen unter Umständen stündlich der Fall sein kann, daneben Auflegen einer Eisblase hinter das Ohr, Schwitzen, Abführen. Das Prinzip bei dieser Trockenbehandlung ist das gleiche wie bei dem Wundverband: es kommt hauptsächlich darauf an, wie dort dem Wundsecret, so hier dem Eiterstrom eine kräftige Richtung nach aussen zu geben. Durch die Haarröhrchenkraft des Gazestreifens wird der Eiter nach aussen befördert und seine bei längerem Verweilen im Ohr unvermeidliche Zersetzung verhindert, und gleichzeitig wird es den Eitererregern unmöglich gemacht, tiefer in die Schleimhaut der Paukenhöhle einzudringen und dort, womöglich auch gegen den Knochen hin, ihr Zerstörungswerk auszuführen; sie werden gleichzeitig mit der sie bergenden Eiterflüssigkeit gewissermaassen herausgeschwemmt. Dabei wirkt immer nur die eine, nach aussen gerichtete Kraft, nie eine nach innen, gegen die Paukenhöhle und ihre Nebenräume hin gerichtete Kraft, wie dies bei Entfernung des Eiters durch tägliche Ausspülungen oder Ausspritzungen der Fall ist: wir vermeiden also das, was diese Ausspülungen in reichstem Maasse bieten, die Gefahr, die Eitererregere in der Trommel- und ihren Nebenhöhlen, anstatt sie zu beseitigen, noch weiter zu verbreiten. Ist der Gazestreifen durchfeuchtet, so muss man ihn erneuern, um jene Haarröhrchenkraft, jene saugende vis a fronte wieder herzustellen. Hat nun die Eiterung ihren Sitz an Stellen, welche der saugenden Kraft des Gazestreifens nicht genügend zugänglich sind, also besonders im Kuppelraum und im Aditus ad Antrum, so bleibt die Heilung aus — nicht in jedem Falle, es gelingt vielfach auch an diesen Stellen sitzende Eiterungen durch die Trockenbehandlung zu heilen —, aber manchmal bleibt da, jedenfalls infolge der in dem speziellen Falle gegebenen anatomischen Verhältnisse, die Heilung aus, und das sind die Fälle, die wir durch frühzeitige Aufmeisselung des Antrum zur Heilung bringen. Das Prinzip der Nachbehandlung ist dann wieder dasselbe wie vorher: wir verschaffen uns durch die Aufmeisselung die Möglichkeit, von hinten her zu drainiren; der Eiter wird durch die saugende Capillarität des Wundverbandes nach hinten abgelenkt, und zwar jetzt auch gerade von den Stellen, auf die wir vom Gehörgang aus nicht genügend einwirken konnten, vom Kuppelraum, von den hinteren Partien der Paukenhöhle und vom Aditus. Bedenkt man, dass hier durch den an sich doch ganz unbedenklichen Eingriff der Antrumeröffnung, die ja möglicherweise nach Wochen schon, sicher aber nach wenigen Monaten ohne Hinterlassung irgend welchen Nachtheils zur Heilung kommt, ein Leiden beseitigt wird, das alle Miene macht chronisch zu werden und sich dann über Jahre hinziehen, ja das ganze Leben lang bestehen bleiben kann, dabei äusserst lästig ist, dem damit Behafteten alle möglichen Schonungsrücksichten auferlegt und bei alledem stets eine das Leben des Kranken bedrohende Gefahr in sich birgt, so

wird man sich mit dieser Indicationsstellung, die auf den ersten Blick vielleicht als etwas weitgehend erscheinen könnte, gewiss befreunden und einverstanden erklären müssen. Gleichwohl soll zugegeben werden, dass in dem einen oder anderen Falle, besonders wenn die Eiterung von vornherein mässig war und wenn eine genaue ärztliche Ueberwachung stattfindet, nicht auch einmal ein etwas längeres Zuwarten als 14 Tage zulässig sein sollte.

Streng indicirt ist dagegen die Antrumaufmeisselung bei Eiterretention im Warzenfortsatz. Das Uebergreifen des entzündlichen Vorganges von der Schleimhaut der Paukenhöhle auf die zarte Schleimhaut des Antrum und der ihm benachbarten Warzenfortsatzzellen, das sich in Druckempfindlichkeit des Processus mastoideus und leichter entzündlicher Infiltration der Weichtheile über diesem kundgibt, ist an sich noch keine Indication zur Aufmeisselung; die Erfahrung lehrt, dass diese Erscheinungen unter geeigneter antiphlogistischer Behandlung zurückgehen können. Dagegen darf man mit der Eröffnung des Antrums nicht mehr zögern, sobald Anzeichen dafür vorliegen, dass der entzündliche Process im Warzenfortsatz zur Retention des Eiters im Antrum geführt hat: Zunahme des Oedems und der Druckempfindlichkeit hinter dem Ohre, oft auch spontane Schmerzhaftigkeit des Warzenfortsatzes, Empfindlichkeit gegen die applicirte Eisblase, heftige Kopfschmerzen und wohl auch Schwindelgefühl, schwere Störung des Allgemeinbefindens und daneben schlitzförmige Verengung des äusseren Gehörganges in der Tiefe, Herabhängen seiner oberen und Vorgehängtsein der hinteren Wand, das sind die Symptome, die uns hier als Wegweiser dienen. Gewöhnlich sind diese Erscheinungen von Fieber, zum mindesten aber von mässigen abendlichen Temperatursteigerungen begleitet, und oft treten in beängstigend kurzer Zeit schwere pyämische Erscheinungen hinzu.

Andauerndes Fieber bei acuter Mittelohreiterung, welches auf ein anderes Leiden nicht bezogen werden kann, ist auch ohne weitere Complication Indication zur Antrumaufmeisselung; es deutet immer, namentlich wenn die erst mässigen Fiebererscheinungen höheren Abendtemperaturen zu weichen beginnen, darauf hin, dass sich möglicherweise pyämische Vorgänge abspielen, die bei längerem Abwarten leicht so schwer werden können, dass dann der operative Eingriff zu spät kommt. Allerdings lassen wir uns durch diese Möglichkeit des Zuspätkommens auch dann, wenn bereits die ausgesprochenen Symptome der otitischen Pyämie vorliegen, von dem Versuche, durch operative Entlastung des Antrum von seinem Eiter, also durch Entfernung des Herdes der Krankheit das Leiden noch zu heilen, nicht abhalten. Selbstverständlich soll eine Antrumeröffnung auf die Indication einer ausgesprochenen Pyämie hin in einem geordneten klinischen Betriebe nur bei einem Kranken vorkommen, der vorher nicht in unserer Beobachtung, bezw. Behandlung war.

Hat die Mittelohreiterung zur Bildung eines subperiostalen Abscesses in der Umgebung des Ohres geführt — meist handelt es sich um einen retroauriculären Abscess —, so ist die Antrumaufmeisselung ebenfalls indicirt. In diesem Falle kann es zweifelhaft sein, ob der entzündlich-eitrige Vorgang unter Ergreifung des Knochens und Bildung einer Knochenfistel unmittelbar vom Antrum her sich einen Weg nach aussen gebahnt hat, oder ob er seinen Weg von der Paukenhöhle und dem Recessus epitympanicus, bezw. dem Aditus her zwischen der häutigen Auskleidung und dem knöchernen Theil der hinteren, bezw. oberen Wand des äusseren Gehörganges zur Umgebung des äusseren Ohres hin gefunden hat. Im letzteren Falle könnte man versuchen, durch einfache Incision des Abscesses dem Eiter Abfluss zu verschaffen und sich hiermit zu begnügen: das mag in einzelnen Fällen in der That zur Heilung geführt haben, ist aber im allgemeinen nicht zu rathen. Denn erstens ist es gar nicht so leicht, nach Freilegung des Warzenfortsatzes durch die Incision festzustellen, dass auch wirklich keine Fistel vorhanden ist. Die Oeffnung der Fistel liegt oft sehr versteckt und an einer Stelle, wo man sie gar nicht vermuthet, z. B. ganz unten an der Spitze des Processus mastoideus oder auch weiter nach hinten, als man das Planum freigelegt hat; und zweitens sind auch beim wirklichen Fehlen einer Fistel die knöchernen Wandungen des Antrums in diesen Fällen doch meist mit afficirt. Aber selbst wenn das nicht der Fall sein sollte, ist bei einer acuten Mittelohreiterung, die zu einer so schweren Complication geführt hat, wie sie ein subperiostaler Abscess darstellt, wohl auch eine unserer vorher erörterten Indicationen gegeben und der operative Eingriff somit geboten — ganz abgesehen davon, dass die Heilung der Incisionswunde, da ja der Eiterheerd zunächst bestehen bleibt, schliesslich gerade so lange dauern kann wie die Heilung einer correct vorgenommenen Aufmeisselung.

Schliesslich liegt die Nothwendigkeit der Antrumaufmeisselung ohne weiteres vor beim Auftreten einer cerebralen Complication, also wenn sich Erscheinungen geltend machen, die auf ein Weiterschreiten der Eiterung nach dem Schädellinnern und dem

Gehirn schliessen lassen und für das Leben des Kranken unmittelbar bedrohlich sind. Es kann sich dann um die Bildung eines epiduralen, bezw. perisinuösen Abscesses oder einer Sinusthrombose, oder eines Schläfenlappen- oder Kleinhirnsabscesses handeln; die Entwicklung eines otitischen Abscesses in einer anderen Region des Gehirns dürfte wohl zu den allergrössten Seltenheiten gehören. Auch bei den Anzeichen einer beginnenden meningitischen Reizung ist noch der Versuch zu machen, durch die Aufmeisselung des Antrums die Eiterquelle zu beseitigen, dann die Dura freizulegen, dem Eiter so freien Abfluss zu verschaffen und die Meningitis dadurch zu coupieren.

Abgesehen von unserer zuerst erörterten Indication ist es für unseren Entschluss, ob wir das Antrum eröffnen sollen, natürlich gleichgültig, wie kurze oder wie lange Zeit die Mittelohreiterung besteht. Man muss oft staunen, wie weitgehende acut-cariöse Zerstörungen im Warzenfortsatz innerhalb weniger Tage zustande gekommen sind. Es kommt vor, dass man bei noch nicht einwöchigem Bestehen der Eiterung den Knochen bis zur Spitze des Warzenfortsatzes, nach oben bis zur mittleren Schädelgrube, nach vorn bis in den Jochfortsatz hinein und nach hinten bis zum Sinus sigmoideus und darüber hinaus förmlich vom Eiter aufgelöst und gänzlich zerfressen vorfindet. Namentlich bei Kindern hat man Gelegenheit, dies zu beobachten, weil ja bei diesen im allgemeinen der Warzenfortsatz maschiger, zellenreicher ist als im vorgerückteren Alter und daher dem Vorwärtsschreiten des entzündlichen Processes günstigere Bedingungen bietet; doch habe ich solche rapid um sich greifende cariöse Processe auch bei Erwachsenen gesehen. Diese Erfahrung lehrt, dass man, wenn einmal die Indication für die Operation gegeben ist, mit ihrer Ausführung auch nicht mehr zögern darf; der Versuch, auch dann noch abzuwarten, ob nicht doch vielleicht auch ohne Operation auszukommen wäre, kann leicht für den Kranken verhängnissvoll werden.

Im allgemeinen gilt dasselbe auch für die Radicaloperation, obgleich hier, wie ich ausdrücklich hervorheben will, in einzelnen Fällen die Ausführung der Operation, selbst wenn die Indicationen dazu erfüllt sind, zeitlich nicht ganz so dringlich zu sein braucht. Das liegt daran, dass, wie schon eingangs erwähnt, zur Indication für die Radicaloperation im allgemeinen der chronische Charakter des Leidens gehört.

Hätten wir es in der Hand, jede acute Mittelohreiterung nach den eben geschilderten Grundsätzen zu behandeln und zu heilen, so würde es zu einer Radicaloperation überhaupt nie kommen. Davon sind wir aber natürlich weit entfernt. Denn, ganz abgesehen von den Kranken, denen die Möglichkeit einer frühzeitigen Behandlung fehlt, wird auch dort, wo der Arzt leicht zu haben wäre, heutzutage noch vielfach den Ohreiterungen viel zu wenig Beachtung geschenkt. Ja, die Anschauung, dass mit dem Eiter schädliche Säfte aus dem Körper ausgeschieden werden und darum die „Unterdrückung“ der Eiterung — man sagt dann nicht Heilung, sondern Unterdrückung — direkt schädlich wirke, kann man heute noch oft antreffen; und man braucht dazu gar nicht weit zu gehen, ich habe diese Ansicht sogar in der Metropole der Intelligenz, in Berlin selbst, gefunden. Weiter aber müssen wir zugeben, dass es uns mit der Antrumaufmeisselung nicht in jedem Falle gelingt, die Eiterung zu beseitigen: trotz grösster Sorgfalt können krankhafte Partien bei der Operation zurückbleiben, der Process geht weiter, und schliesslich wird erneute Operation erforderlich. Dann bleibt unter Umständen nichts anderes übrig, als radical vorzugehen, d. h. wir bilden eine grosse, gemeinsame, trichterförmige Höhle aus sämtlichen Mittelohrräumen — der Paukenhöhle, dem Recessus epitympanicus und hypotympanicus, dem Aditus ad Antrum, dem Antrum mastoideum und den mit diesem normalerweise oder infolge von pathologischen Vorgängen communicirenden Zellen des Processus mastoideus — eine gemeinsame Höhle, die uns jederzeit einen freien Einblick über alle Räume und auch weiterhin noch die Möglichkeit gewährt, etwa bei der Operation nicht erkannte und darum zurückgelassene krankhafte Partien nachträglich noch zu entfernen.

Gerechtfertigt, nicht strikte geboten, ist dieses radicale Vorgehen bei allen chronischen Mittelohreiterungen an sich, ohne weitere Complicationen, wenn es trotz einer durch längere Zeit, und zwar mindestens zwei Monate, fortgesetzten sachgemässen Behandlung nicht gelingt, sie zu beseitigen oder doch eine wesentliche Besserung zu erzielen — ich meine zwei Monate von dem Augenblick an, wo die vorher nicht behandelte Mittelohreiterung als bereits chronisches Leiden in unsere Behandlung kommt. In diesen Fällen hat die Operation einen mehr prophylaktischen Charakter: es liegt zwar im Augenblick kein zwingender Grund zu ihr vor, aber wir bewahren den Kranken durch unseren Eingriff vor den früher oder später möglicher Weise eintretenden schweren Folgen der Eiterung, wir befreien ihn von einer Gefahr, die er fortdauernd mit sich herumträgt.

Geboten ist die Radicaloperation, wenn die subjectiven Beschwerden, die in gewissem Maasse jede chronische Mittelohreiterung begleiten, nämlich Kopfschmerzen, Sausen und Schwindelgefühl, derart zunehmen, dass sie den Kranken fortdauernd quälen, in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und in ihm das Gefühl des Krankseins erwecken; geboten ist die Radicaloperation ferner, wenn sich zu der Eiterung andauerndes, wenn auch leichtes Fieber zugesellt, für welches sich kein anderes Leiden als Ursache auffinden lässt; geboten natürlich erst recht, wenn das Fieber ausgesprochen pyämischen Charakter annimmt.

Freilich haben wir in der Zunahme der subjectiven Beschwerden und im Auftreten von Fieber meist den Beweis dafür zu erblicken, dass es sich nicht mehr um eine einfache chronische Eiterung der Schleimhaut des Mittelohrs handelt, sondern dass Processe aufgetreten sind, welche die Radicaloperation ganz strikte erheischen.

Da ist zunächst die Caries des Schläfenbeins. Die Eiterung hat einen stinkenden Charakter angenommen, Granulationen, Polypen treten auf, die Sonde dringt auf rauhen Knochen, nekrotische Knochenstückchen können sich abstossen — ich will auf die Diagnose der Caries nicht näher eingehen. Ist diese aber sicher nachgewiesen, so ist die Radicaloperation streng indicirt, da die Fälle, in denen ein chronisch-cariöses Knochenleiden im Ohre durch unsere anderen therapeutischen Maassnahmen oder auch ohne Behandlung zur Heilung kommt, doch recht selten sind und man dabei nie die Gewähr hat, dass später nicht doch einmal wieder ein Rückfall eintritt. Der tuberkulöse Charakter der Caries bildet an sich keine Contraindication, thut es aber natürlich bei auch sonst weit vorgeschrittener Tuberkulose des Kranken.

Bei blosser Caries der Gehörknöchelchen ist die Radicaloperation nicht ohne weiteres indicirt. Man kann sich zunächst auf die Extraction von Hammer und Ambos beschränken. Aber erstlich ist die Diagnose einer isolirten Caries dieser Knöchelchen überaus schwierig, und zweitens kommt erfahrungsgemäss, selbst wenn nur Hammer und Ambos cariös waren, die Mittelohreiterung mit ihrer Extraction meist doch nicht zur Heilung, so dass man sich, nachdem man Zeit verloren, schliesslich doch zur Radicaloperation — sei es auch nur nach unserer zuerst aufgestellten Indication — veranlasst sieht.

Neben der Caries ist das Cholesteatom des Mittelohrs zu erwähnen, welches für uns die strikte Indication zur Radicaloperation abgibt, und endlich sind es wiederum, wie bei der acuten Eiterung, die cerebralen Complicationen, epiduraler Abscess, Sinusthrombose, Hirnabscess, welche die Radicaloperation unabwendbar nothwendig machen. Für die Meningitis gilt hier dasselbe, wie bei den acuten Eiterungen; auch hier ist bei noch nicht ganz hoffnungslosem Zustande des Kranken der Versuch indicirt, die meningitische Reizung durch die Radicaloperation günstig zu beeinflussen.

Als Ausnahmen von den in dem eben Gesagten aufgestellten Regeln darf ich wohl zwei erwähnen:

Wenn wir bei einer acuten Eiterung uns vornehmen, nur das Antrum zu eröffnen, dann aber bei der Operation weitgehende cariöse Zerstörungen bis zum Aditus hin und darüber hinaus vorfinden, dann sind wir berechtigt, gleich radical zu operiren, trotz des acuten Charakters des Leidens, da erfahrungsgemäss in solchen Fällen die Krankheit mit der Antrumaufmeisselung nicht zum Stillstand kommt.

Und umgekehrt: wenn wir Gründe haben, anzunehmen, dass eine chronische Eiterung eine reine Schleimhauteiterung ist, so können wir auch einmal versuchen, ob wir nicht mit der blossen Antrumaufmeisselung auskommen. Allerdings ist die Diagnose auf eine Schleimhauteiterung von vornherein schwer zu stellen; eher kann man einmal während der Operation selbst, nachdem man sich vorgenommen hatte, radical zu operiren, zu dem Entschlusse kommen, sich mit der Eröffnung des Antrums zu begnügen, wenn man den Knochen intact und alle sonstigen Verhältnisse gut vorfindet. Aber auch hier kommt man vielfach mit der Antrumaufmeisselung nicht aus, man muss dann später meist doch noch radical operiren.

Schliesslich wollen Sie mir noch ganz kurz den Hinweis gestatten, dass unsere Operationen auch einmal ohne Mittelohreiterung indicirt sein können. Für die Antrumaufmeisselung ist das der Fall bei hartnäckigen Neuralgien des Warzenfortsatzes, wo wir mehrfach mit Erfolg operirt haben, und die Radicaloperation kann einmal durch einen Fremdkörper nöthig werden, der sich auf anderem Wege nicht entfernen lässt und bedrohliche Erscheinungen macht.