III.

Aus der Privatklinik und Poliklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankte des Prof. Gerber-Königsberg.

Bericht über die otologische Abteilung im Jahre 1904.

Von

Dr. Martin Magnus, II. Assistent.

Im Jahre 1904 wurden an der Poliklinik 4530 Patienten behandelt. Hierbei sind die Fälle aus Prof. Gerbers Privatpraxis mitgezählt, die in der Klinik einer Operation in Narkose unterzogen wurden. Überwiesen wurden uns

412 Fälle von den Kgl. Kliniken

289 Fälle von Kollegen

In Summa 701 Fälle

Bei den uns zur Untersuchung geschickten Fällen wurden 106 mal normale Verhältnisse konstatiert. Unsererseits wurden 159 Fälle anderen Kliniken, resp. Kollegen überwiesen.

Während der ersten Hälfte des Berichtsjahres waren die Herren Dr. Sokolowsky und Dr. Schimmelpfennig als I. und II. Assistent tätig, weiterhin Dr. Cohn und Dr. Magnus, und da sich die Schaffung einer weiteren Stelle der großen Frequenz wegen als nötig erwies, Dr. Szielasko als III. Assistent.

Aus der Klinik und Poliklinik sind seit dem letzten Berichtsjahr (1902) folgende Arbeiten publiziert worden:

- Gerber, Über Labyrinthnekrose. Dieses Archiv. 1903.
— Zur Diagnose des Skleroms usw. Archiv f. Laryng. 1903.
— Rhinogener Hirnabszeß. Ebenda. 1903.
— Handatlas der Operationen am Schläfenbein. Wiesbaden, Bergmann. 1903.
— Ausbleiben des Knochenersatzes usw. Dieses Archiv. 1903.
— Die rhinoskopische Diagnose und Behandlung der Kiefercysten. Archiv f. Laryng. 1904.
— Prinzipien der Kieferbehandlung. Ebenda. 1904.
— Über Wandveränderungen bei Eiterungen in starrwandigen Knochenhöhlen. Deutsche med. Wochenschr. 1904.

- Gerber. Das Sklerom in den russischen und deutsch. Grenzgebieten usw. Volkmanns Sammlung. 1905.
- Die bakteriologische und klinische Diagnose bei der fibrinösen Entzündung usw. Berliner klin. Wochenschr. 1905.
- Encephalitis et Otitis grippalis acuta. Dieses Archiv. 1905.
- Sokolowski, Über die Beziehungen der Pharyngitis granulosa zur Tuberkulose. Archiv f. Laryng. 1904.
- Larynxtuberkulose und Gravidität. 1904.
- Zur Diagnose und Operabilität der otogenen Meningitis. Dieses Archiv. 1904.
- Cohn, Über angeborene Choanalatresie. Monatsschr. f. Ohrenh. 1904.
- Schimmelpfennig, Über Blutgeschwülste in den oberen Luftwegen. Inaug.-Dissert. Königsberg 1904.
- Klein, Über die Operationsmethoden bei Stirnhöhlenentzündungen. Inaug.-Dissert. Königsberg 1905.
- Magnus, Über angeborene, gutartige, intranasale Neubildungen. Archiv f. Laryng. 1905.

Es wurden konstatiert Krankheiten:

1. des Ohres	2027	gegen 1761	des letzten Berichtsjahres
2. der Nase und des Nasenrachens- raumes	2515	= 1733	= = =
3. der Mund- und Rachenhöhle .	1881	= 1322	= = =
4. des Kehlkopfs u. äußeren Halses	444	= 336	= = =

In Summa 6867 Affektionen.

Operationen wurden ausgeführt:

1. des Ohres	301	gegen 300	des letzten Berichtsjahres
2. der Nase	741	= 563	= = =
3. der Nebenhöhlen	56	= 49	= = =
4. der Mund- und Rachenhöhle .	352	= 244	= = =
5. des Kehlkopfs u. d. äußer. Halses	45	= 36	= = =
Zahnextraktionen	733	= 734	= = =
Narkosen wurden gemacht . .	464	= 329	= = =

Über die Beobachtungen aus dem Gebiete der Rhino-Laryngologie wird an anderer Stelle¹⁾ referiert werden, hier soll nur der Bericht über die otologische Abteilung folgen.

1) Krankheitstabelle.

I. Ohrmuschel und Umgebung.		II. Aeußerer Gehörgang.	
Eczem	51	Ceruminalpfropf 138; doppel-	
Furunkel	3	seitig 45 =	228
Congelatio	1	Fremdkörper	12
Perichondritis	2	Eczem	3
Fistula auris congenita	4	Periostitis	13
Parotitis	5	Haematom	1
Adenitis periauricularis	9	Bindegewebige Stenose	2
Angioma	1	Otitis externa circumscripcta 37;	
Senkungsabszesse	4	doppelseitig 3 =	43
	Sa. 80	Otitis externa diffusa 33; doppel-	
(Vorjahr 62)		seitig 40 =	113
		Otitis externa desquamativa	6
		Sa. 421	
		(Vorjahr 307)	

1) Fränkel's Archiv f. Laryngologie.

III. Trommelfell.

Einziehung (Adenoide) 67; doppel-	
seitig 1 =	69
Myringitis	16
Ruptura traumatica	10
Trommelfellabszeß	1
Kalkinfarkt	3
	<hr/>
	Sa. 99
	(Vorjahr 68)

IV. Mittelohr.

Fremdkörper in der Pauke	1
Akuter Mittelohrkatarrh 53; doppel-	
seitig 14 =	81
Tubenkatarrh 19; doppels. 5 =	29
Tubenstenose	17
Chronischer trockner Mittelohrka-	
tarrh 36; doppelseitig 8 =	52
Sclerose 56; doppels. 67 =	190
Stapesankylose	1
Otit. med. acuta (non perforativa)	
146; doppels. 10 =	166
Otit. med. subacuta 1; doppels. 3 =	7
= = acuta perforativa 136;	
doppelseitig 11 =	158
= = chronica perforativa 251;	
doppelseitig 77 =	345
= = chronica perforativa c.	
polyp.	11
Attie- u. Antrumeiterung	55
Caries d. Gehörknöchelchen	14
Cholesteatom	31
Residuum	59
Otalgia e dente car. 20; e caus.	
variis 15 =	35
	<hr/>
	Sa. 1252
	(Vorjahr 1198)

V. Schläfenbein.

Akute Mastoiditis	94
Chronische =	17
Caries d. Warzenfortsatzes	4
	<hr/>
	Sa. 115
	(Vorjahr 84)

VI. Inneres Ohr.

Entotische Geräusche (ohne Befund)	12
Acusticushyperästhesie	1
Altersschwerhörigkeit	1
Akute Labyrinthaffektion	1
Morbus Menière	1
Surdomutitas	2
Sclerose des Labyrinths	3
Labyrinthnekrose	2
Labyrinthfistel	2
	<hr/>
	Sa. 25
	(Vorjahr 30)

VII. Hirn, Hirnhäute, Blut-

leiter usw.	
Epidural-Abszeß	2
Perisinuöser =	8
Schläfenlappenabszeß	1
Sinusthrombose	7
Bulbusthrombose	4
Pyämie mit Thrombose	3
= ohne =	2
Otitische Meningitis	3
Facialisparese (otogen)	3
= (nicht otogen)	2
	<hr/>
	Sa. 35
	(Vorjahr 19)

2) Operationstabelle.

Entfernung von Fremdkörpern	9	Nachoperation akuter Mastoiditiden	10
Inzision von Furunkeln usw.	39	= chronischer =	8
Parazentesen	121	Freilegung d. Bulbus (n. Grunert)	4
Wilde'scher Schnitt	1	Sinuseröffnung	10
Operation einer Difformität	1	Iugularisunterbindung	7
Fremdkörperoperationen	3	Labyrinthöffnung	2
Retroaurikuläre Plastik	2	Lumbalpunktion	6
Senkungsabszeß	1	Spaltung der Dura	4
Eröffnung des Warzenfortsatzes		Punktion des Kleinhirns	2
(nach Schwartz)	41		
Totalaufmeisselung	30		<hr/>
(1 nach Stacke)			Sa. 301
			(Vorjahr 300).

Äußeres Ohr.

Angioma conchae.

Geschwülste des äußeren Ohres gehören in den Statistiken immer zu den Seltenheiten. Wir hatten im Berichtsjahre Gelegenheit einen Fall von Angiom zu untersuchen und die Geschwulst mit dem Galvanocauter zu beseitigen. Die Anamnese und der Status praesens sind kurz folgende:

C. S. 13 J., guter Kräfte- und Ernährungszustand. Im 3. Lebensjahre bemerkten die Eltern am Ohrknorpel vorne über der äußeren Gehörgangsöffnung einen kleinen blau-roten Fleck von variabler Größe, der in den beiden letzten Jahren stärker wuchs und Haselnußgröße erreichte. — Am Crus halicis des rechten Ohres befindet sich eine etwa bohnen große, dunkelblau schimmernde Geschwulst dicht unter der Haut; dieselbe zeigt ganz geringe Fluktuation, läßt sich durch Druck nicht beseitigen oder verschieben. Pulsation fehlt. Sonst ist das Ohr normal.

Fistula auris congenita.

Während wir im letzten Jahresberichte von den von Grunert zusammengestellten 47 Fällen von *Fistula auris congenita* nur einen, allerdings doppelseitigen, Fall anreihen konnten, haben wir dieses Mal 4 Fälle dieser relativ seltenen Anomalie zu verzeichnen. Genauere Aufzeichnungen darüber stehen mir nicht zur Verfügung. Einmal war die ganze Ohrmuschel rudimentär entwickelt, in den anderen Fällen ließ sich ein Zusammenhang mit sonstigen Hemmungsbildungen nicht nachweisen. Als interessant will ich erwähnen, daß ein hiesiger Arzt einen entsprechenden Fall in seiner Behandlung hat und der betreffende Patient ihm gelegentlich davon Mitteilung gemacht hat, daß seine sieben Brüder die gleiche Anomalie aufzuweisen hätten. Leider konnten die Fälle uns nicht zugänglich gemacht werden.

Otitis externa furunculosa mit retroauriculärem
Abszeß.

Als Übergang zu den Warzenfortsatzoperationen möchte ich über einen Abszeß nach Otitis externa berichten, welcher eine Mastoiditis mit Abreibung der Ohrmuschel vortäuschte und der Diagnosenstellung große Schwierigkeiten bereitete:

S. W., 30 Jahre alt, seit 9 Jahren Nierenentzündung, seit 7 Wochen nach Erkältung Drüsenanschwellung an der rechten Halsseite und Ohrenlaufen. — Im äußeren Gehörgange viel flüssiger Eiter, proc. mastoid. stark druckempfindlich. Trommelfell nicht sichtbar, es bleibt unentschieden, ob eine Senkung der oberen Gehörgangswand oder eine starke Infiltration vorliegt. Temperatur subfebril. Die Hörprüfung gibt keine Anhaltspunkte für

die Diagnose. Am 26. Oktober Incision der oberen Gehörgangswand, mäßig viel Eiter; da sich hiernach der Zustand nicht änderte: 29. Oktober Operation, Wildescher Schnitt. Unter dem Periost, etwa 2,5—3 mm unterhalb des oberen Ohransatzes, wird eine Fistel angeschnitten, aus welcher sich reichlich dünnflüssiger, nicht fötider Eiter entleert. Die Fistel führt in den äußeren Gehörgang und mündet an seiner Hinterwand etwa 2 cm von seiner äußeren Öffnung entfernt ein. Der Knochen sieht, soweit er freigelegt ist, völlig gesund und normal aus, daher wird von weiteren operativen Eingriffen abgesehen. Nach 4 Wochen völlige Heilung.

Warzenfortsatzoperationen.

Die stationäre Klinik wurde auch im Berichtsjahre wieder zum überwiegenden Teile mit solchen Patienten belegt, welche an schweren, nur operativ zu beseitigenden Ohrerkrankungen litten. In ganz vereinzelt, günstig liegenden Fällen, welche am Orte zu Hause waren, konnte schon nach kürzester Frist eine ambulatorische Behandlung Platz greifen. Es kamen 41 Fälle zur einfachen und 30 zur totalen Aufmeißelung des Warzenfortsatzes gegen 40 und 40 des letzten Berichtsjahres. Die Indikation zur Aufmeißelung wurde erst dann gestellt, wenn schwerere Erscheinungen auftraten und die konservative Therapie völlig versagte. Das erhellt schon daraus, daß von unseren 331 akuten Fällen von Otitis media 94 mit akuter Mastoiditis kombiniert waren und von diesen nur 41, d. h. 43,6 % zur Operation kamen. In der Mehrzahl wurde reine Chloroformnarkose und nur unter besonderen Umständen Billrothsche Mischung verwandt, bezw. der Narkose eine Morphininjektion vorausgeschickt. Üble Zufälle kamen dabei niemals zur Beobachtung.

Was die Ätiologie der Erkrankungen anlangte, so war dieselbe in den meisten Fällen unbekannt, und trotz eingehender Fragen konnten wir nichts darüber erfahren. Öfter traten die Ohreiterungen nach akuten Rhinitiden, sowie nach Influenza, Masern u. a. Infektionskrankheiten auf. In drei Fällen war eine Diphtherie (1 mal Rhinitis fibrinosa), 4 mal Pneumonie vorausgegangen. Viele Patienten gaben an, daß das Ohrenlaufen spontan ohne vorausgehende Erkrankung aufgetreten sei. Ein Patient wurde uns überwiesen, bei welchem nach vorderer und hinterer Nasentamponade wegen Epistaxis eine schwere Mastoiditis auftrat und die akute Aufmeißelung nötig machte. Interessant ist der Fall Froese. Der 1 Jahr alte, an englischer Krankheit leidende Knabe bekam eine akute Mittelohrentzündung mit schweren Erscheinungen, welche trotz Paracentese, Applikation von Eis etc. nicht zurückgingen und uns zur einfachen Auf-

meißlung zwangen. Die Nachbehandlung machte trotz peinlichster Aseptik und größter Sorgfalt keine Fortschritte, vielmehr bestand andauernd eine profuse und fötide Eiterung. Die gelegentliche mikroskopische Untersuchung des Ohreiters ergab ziemlich reichliche Tuberkelbazillen in jedem Gesichtsfelde. Fast drei Monate später starb das Kind an Lungentuberkulose. Noch in zwei weiteren Fällen vermochten wir im Ohreiter Tuberkelbazillen nachzuweisen. Beide Male handelte es sich um sehr chronisch verlaufende, mäßig starke, ziemlich fötide Eiterungen bei Leuten, die außerdem an manifester, ziemlich vorgeschrittener Lungen- und Kehlkopftuberkulose litten. Bei einer Patientin, welche vor drei Jahren wegen eines Cholesteatoms der linken Seite radikal operiert wurde, bildete sich nach Ausheilung der Operationswunde vor 1½ Jahren über derselben eine eminent chronisch verlaufende, ulcerierende Dermatitis. In dem eitrigen Flächensekrete konnten wir spärliche Tuberkelbazillen nachweisen. Zugleich konstatierten wir eine nur langsam fortschreitende Lungentuberkulose. Dieser Befund erinnert an die Mitteilungen von Schwartz¹⁾ und Jansen²⁾, wonach das Cholesteatom vorwiegend bei tuberkulösen Individuen gefunden wird. — Der aus dem Warzenfortsatze stammende Eiter wurde auch in diesem Jahre wieder öfter im hiesigen hygienischen Universitätsinstitute bakteriologisch untersucht, in den meisten Fällen wurden Strepto- und Staphylokokken gefunden, seltener Diplokokken, in dritter Reihe andere Bakterien.

Für die Leutertsehe Annahme, daß die Sekundärinfektion mit Staphylokokken die Chronizität der Eiterungen bedinge, ließen sich auch diesmal keine sichern Beweise erbringen. Die Heilungsdauer unserer Aufmeißlungen nach Schwartz betrug, soweit nicht Komplikationen dieselben verzögerten, durchschnittlich 2—3 Monate, diejenige unserer Radikaloperationen 4—6 Monate. Als „geheilt“ haben wir erst dann einen Fall betrachtet, wenn die retroaurikuläre Wunde völlig geschlossen, bezw. durchweg trocken und epidermisiert war und es auch nach mehrmaliger Nachuntersuchung blieb. Wo es irgend angängig war und nicht Sinusblutungen, Erkrankungen des äußeren Ohres usw. es verhinderten, wurde an die Radikaloperation die Stackesehe Plastik in der Pausesehen Modifikation angeschlossen. Choleste-

1) Schwartz, die chirurg. Krankh. des Ohres. 1885.

2) Jansen, Operat. d. Cholesteatoms. Arch. f. Ohrenheilk. 1894, B. 37.

atome bildete keine Kontraindikation. Vielfach wurde die endgiltige Heilung durch eine die bekannte Crux der Nachbehandlung bildende Tubenerweiterung verzögert, bezw. ganz in Frage gestellt. In vereinzeltten Fällen führten Tubenspülungen, Ätzungen usw. dennoch zum Ziele und zu einer vollständigen Epidermisierung der ganzen Wundfläche.

Ad exitum kamen im Berichtsjahre 5 Operierte, doch scheidet der eine Fall, welcher später an Lungentuberkulose zugrunde ging, bei der Berechnung der Mortalitätsziffer unserer Operationen aus. Demnach blieben 4 Todesfälle auf 71 Operationen, d. h. 5,6 %. Dreimal kamen während der Nachbehandlung Erysipele vor, die aber die Heilungsdauer wenig oder gar nicht beeinflussten. Drei post operationem aufgetretene Facialispareesen gingen vollständig wieder zurück, während eine schon vorher, spontan auf otitischer Basis entstandene, auch nach der Heilung der Operationswunde unverändert bestehen blieb.

Eine Perichondritis nach Plastik heilte nach mehrmaligen Incisionen und nach Auslöfflung mit Schrumpfung der Ohrmuschel aus. Was das Geschlecht der Operierten anlangt, so befanden sich merkwürdigerweise sowohl unter den einfach wie unter den total operierten Fällen gleich viele Personen männlichen und weiblichen Geschlechts. Von den 71 Operationen betrafen über die Hälfte, nämlich 42 das rechte Ohr, d. h. 59,1 %¹⁾. Teichmann gibt in seiner Zusammenstellung von freilich 1750 Fällen einen Prozentsatz von nur 49,6 für das rechte Ohr an. In zwei Fällen mußte doppelseitig operiert werden. Das Lebensalter schwankte innerhalb weiter Grenzen, unser jüngster Patient war 1 Jahr, der älteste 65 Jahre alt. Von den 41 einfachen Aufmeißlungen betrafen 12 Kinder unter 10 Jahren, d. h. 29,2 %. Bevorzugt waren ferner die Jahre über 40 mit 11 Fällen = 26,8 %. Diese Zahlen stehen im Einklang mit den Erfahrungen, daß einmal im Kindesalter weitaus die meisten Infektionskrankheiten, welche Ohreiterungen im Gefolge haben, auftreten, daß ferner jenseits des 40. Lebensjahres wegen der bestehenden Osteosclerose nach Heine²⁾ die Ohreiterungen besonders gefährlich sind. Die anderen Fälle verteilten sich ziemlich gleich-

1) Teichmann, Statistik lebensgefährl. Komplik. eiter. Ohrerkrank. u. d. Operat. am Warzenfortsatze; Zeitschr. f. Ohrenheilk. 1898, Bd. 34.

2) Berl. klin. Wochenschrift. 1900, Nr. 35.

mäßig auf die übrigen Lebensalter. Von den 30 radikal Operierten standen 15 Personen, d. h. 50 % zwischen 10 und 20 Jahren. Als Durchschnittsalter für alle 71 Operationen ergibt sich die Zahl 35,6.

Unter den nicht komplizierten Warzenfortsatzkrankungen ist die unter No. 60 der Tabelle aufgeführte bemerkenswert. Hier zeigte sich nämlich nach Anmeißlung des Antrums eine tumorartige Masse, die nach Art eines Cholesteatoms das ganze Antrum, Aditus und Attic ausfüllte und nach Herausnahme einen völligen Abguß dieser Räume in der Gestalt einer Retorte von gegen 2 cm Länge und 1 cm Breite darstellte. Diese Masse wurde als solider Granulationstumor angesprochen, seine mikroskopische Untersuchung ergab: das Gewebstück ist von einem hochgeschichteten bis obenhin kernhaltigen Pflasterepithel überzogen und besteht im übrigen aus gefäßreichem, lockerm, fibrillärem Bindegewebe, welches vielfach mit einzelnen oder in Haufen zusammengelagerten lymphoiden Rundzellen durchsetzt ist.

Hiernach wurde die pathologische Diagnose auf Polypoides Myxofibrom mit Plattenepithel gestellt.

Komplikationen.

Es sei mir gestattet, einige Krankengeschichten von Fällen, welche teils durch ihren Verlauf, teils durch ihre Komplikationen ein größeres Interesse beanspruchen, in Kürze mitzuteilen und daran die Schilderung der vier im Berichtsjahre eingetretenen Todesfälle anzuschließen. Zunächst zwei Fälle von Caries des Labyrinths, denen Fisteln im hinteren, vertikalen Bogengange gemeinsam sind.

Fall 1. E. B., 32 Jahre, seit 14 Jahren doppelseitige Ohreiterung nach Influenza. Anfang Oktober d. J. Stechen und Reißen im linken Ohr, sowie Schwindelgefühl, Fieber. Befund: Linker Gehörgang vollgestopft mit Cholesteatommassen. Nach deren Entfernung stagnierender Eiter im Attic.

Rhomberg positiv, Schwindel nach links, kein Nystagmus, Temp. 38°, Druckpuls. Hörprüfung links: Flüsterversprache ad concham, Konversationsprache 6 m, Rinne negativ, Weber nach links, Fis₄ gar nicht, C₁ bei leisestem Anschlag. Bei der Operation wurde ein großes Cholesteatom in Pauke, Aditus, Antrum gefunden; Sinus und Dura der mittl. Schädelgrube ohne Besonderheiten. Im hinteren vertikalen Bogengange eine dünne 2 mm lange Fistel. Bei deren Erweiterung wird ein feiner Granulationsfaden, gleichsam ein Abguß des Bogenganges, entfernt. Das weitere interessiert hier nicht. Der Wundverlauf war ein normaler, die Nachbehandlung nach 6 Monaten beendet. Während in diesem Falle die Diagnose auf Beteiligung des Labyrinths vor der Operation mit großer Wahrscheinlichkeit gestellt werden konnte, war dieselbe im folgenden Falle ein zufälliger Nebenbefund.

Fall 2. A. W., 14 Jahre. Seit 1 Jahr Ohreiterung rechts aus unbekannter Ursache. 16. Februar starke Schmerzen, Schüttelfrost, Temp. 40°, profuse Eiterung. Diagnose: Otit. med. perf. chron. dextr., Cholesteatom, Sinusthrombose. Operation am 26. Februar. Knochen sclerotisch. Antrum erfüllt mit Cholesteatommassen, desgleichen Pauke. Starke Hammer- und Amboßcaries. Kariöse Stelle an der hinteren Fläche des Sporns dicht neben dem horizontalen Bogengange, die sich deutlich von dem übrigen Knochen abgrenzt. Bis auf 3 kleine schwarze Punkte läßt sich dieselbe ausmeißeln. Es bleibt eine für die feine Silbersonde durchgängige Fistel, welche als in den hintern, vertikalen Bogengang führend, angesprochen wird. Im unteren Teile des Sinus zerfallene Thrombusmassen. Unterbindung der Vena jugularis int. und facialis communis und Ausräumung der Thrombusmassen usw. In den nächsten Tagen nach der Operation Schwindel beim Aufrichten. Im übrigen normaler Wundverlauf. Heilung nach 5 Monaten.

Im Folgenden will ich drei schwere Fälle von Pyaemie, bezw. Septicaemie folgen lassen, welche trotz ihrer schweren Erscheinungen zur Ausheilung kamen.

Fall 3. H. K., 16 Jahre alt, wird am 24. November in unsere Klinik eingeliefert. Schwankender Gang, benommenes Sensorium, Temp. 40°. Nach Angabe des Vaters besteht die Benommenheit seit 2 Tagen, links Ohreiterung seit 8, rechts seit 3 Tagen. Befund: doppelseitige Schmerzhaftigkeit des proc. mast., rechts profuse Eiterung, links durch Eiter vorgewölbtes Trommelfell Augenhintergrund normal, keinem Nystagmus, keine Nackensteifigkeit. Sofortige Paracentese links, danach starke Eiterung. In der folgenden Nacht hochgradige Delirien. Am 25. November Lumbalpunktion ergibt normale Flüssigkeit. Aufmeißlung links. Es wird reichlicher, unter hohem Druck stehender Eiter entleert, ausgedehnte Caries des Warzenfortsatzes. Nach der Operation Besserung des subjektiven Befindens, Fieberabfall, klares Bewußtsein. Objektiv war eine starke Pulsbeschleunigung, allgemeiner Icterus, Schmerzhaftigkeit des rechten Warzenfortsatzes und starke Eitersekretion rechts vorhanden. Am 27. November erneuter Fieberanstieg bis 40,4. Milz nicht palpabel, systol. Geräusch in Höhe der 7. Rippe, im Urin Spuren von Eiweiß und Bilirubin. Keine Nackensteifigkeit, kein Rhombus, Gang schwankend nach links. Am 28. November einfache Aufmeißlung rechts. Ausgedehnte Caries. Sinus in c. 2 cm Länge mißfarbig belegt, pulsiert nicht, aus ihm quillt etwas Eiter. Nach oben zu in Höhe des Antrums, nach unten in Höhe der Spitze normales Aussehen. Unterbindung der V. jugularis int., Sinusschlitzung und Ausräumung eines schwarzen, festen Thrombus. Es erfolgt keine starke Blutung. Im Anschlusse an die Operation wird die linke Wundhöhle abgesucht, die gut aussieht. Zunächst ging die Temperatur auf 38,9° herunter, um am 29. wieder auf 40,6 zu steigen. Am 30. Abfall auf 36, Anstieg auf 40,3, mit Schüttelfrost und mehrmaligem Erbrechen. Schmerzen im linken Torso-metatarsal-Gelenk und in der linken großen Zehe. Am 1. Dezember abermals Anstieg der zur Norm herabgesunkenen Temperatur auf 40,3 mit Schüttelfrost, daher Nachoperation. Zunächst Freilegung des Sinus links in größerer Ausdehnung. der Sinus sieht gut aus. Rechts Bulbusoperation. Durchspülung des Sinus von der Vena jugularis aus mit physiologischer Kochsalzlösung. Dabei wird kein Eiter entleert. Spaltung eines Gelenkabszesses in der linken großen Zehe. In den nächsten Tagen bleibt die Temperatur pyämisch, Schmerzen in den Kniegelenken und im linken Handgelenk, sowie Rötung und Schwellung. Vom 6. Dezember ab täglich 3 g Aspirin, das subjektive und objektive Befinden bessert sich, die Gelenkschmerzen gehen zurück. Am 9. Dezember wieder starke Schmerzen im rechten Kniegelenk, am 13. in der Nacht Schüttelfrost und erneuter Temperaturanstieg morgens bis 39,3; desgleichen vom 18.—19. bis 39,5. Bis auf reichliche eitrige Sekretion aus der Unterbindungsstelle der Jugularis normaler Verlauf, Temperatur vom 30. Dezember ab normal. Am 1. Februar wird Patient zur Nachbehandlung nach Hause entlassen. 1. Mai Nachuntersuchung. Beide retroaurikuläre Öffnungen geschlossen. Der Puls war während der Krankheit voll

und kräftig und machte im wesentlichen den Temperaturkurven entsprechende Schwankungen mit.

In diesem Falle war es schwierig, die Indication für das erste operative Eingehen zu stellen. Wir entschieden uns zunächst für die Aufmeißlung der linken Seite, da hier das bisher intakte Trommelfell an eine Eiterretention und dadurch bedingte schwere Erscheinungen denken ließ. Der Befund bei der Operation rechtfertigte diese Erwägungen nicht in vollem Umfange. Einfacher gestaltete sich die Frage der Indikationsstellung im folgenden Falle, wenn auch freilich der Ablauf der pyämischen Erscheinungen sehr viel protrahierter war, und immer neue Abszedierungen, neue Schüttelfröste und Temperaturanstiege die Prognose immer wieder zweifelhaft erscheinen ließen.

Fall 4. Herr M., 27 Jahre, doppelseitige chronische Ohreiterung beiderseits vorn unten Perforation im Trommelfell, seit 8. April in Behandlung. Im rechten Ohr Schmerzen und blutig-eitriger Ausfluß. Am 20. April Fieber um 38°, in den folgenden Tagen Erbrechen beim Aufrichten, Druckempfindlichkeit hinter dem rechten Ohre, Nystagmus horizontalis usw. Am 23. April Temp. 41,2, Schüttelfrost. Lumbalpunktion ergibt unter hohem Druck stehende klare Flüssigkeit. Augenhintergrund normal. 24. April Operation. Warzenfortsatz erfüllt mit Eiter, perisinuöser Abszeß, Sinus mit dicken, mißfarbenen Schwarten belegt. Fortnahme der ganzen Spitze. Facialisparese. Freilegung des Sinus bis er gesundes Aussehen hat, nach oben bis zur mittleren Schädelgrube, nach unten bis fast zum Bulbus. Die Temperatur bleibt in den folgenden Tagen septisch. Sensorium etwas bekommen, Gelenkschmerzen, Puls gespannt, Frequenz bis 134. Am 3. Mai Temp. 40,5, Unterbindung der V. jugularis und facialis, Revision der Wundhöhle, Freilegung der Dura der mittleren Schädelgrube, dieselbe ohne Besonderheiten. Im Anschlusse Radikaloperation, reichliche Sinusblutung. Eröffnung eines Abszesses am linken Sternocleidomastoid, aus dem sich viel Eiter entleert. In der Folgezeit pyämische Temperaturen, Schüttelfröste, Schwankungen zwischen 36,7 und 39,8. 13. Mai Revision der Wunde. Vena jugularis wieder oben freigelegt und nochmals unterbunden. Weicher obтуриrender Thrombus darin. Freilegung des Bulbus. Dabei starke arterielle Blutung (A. vertebralis?), daher Kompressionsverband. Am 17. Verbandwechsel, starker Foetor der Wunde, keine Blutung. Breite Spaltung eines ausgedehnten Unterschenkelabszesses. Temperatur dauernd pyämisch, am 21. 40,1°, Spaltung eines Abszesses an der Hacke. 24. und folgende Tage wiederholte oberflächliche und tiefere Abszesse an beiden Beinen, die breit gespalten werden. Ohrwunde sieht gut aus. Die Heilung verläuft normal. In den folgenden Tagen geringe Besserung des Befindens, Temperatursteigerungen geringer. Mitte Juni die Ohrwunde fast verheilt und trocken. Vom 18. bis 23. Juni wieder täglich Schüttelfröste und Temperatursteigerungen bis Max. 40,7, Puls Max. 154. Den Juli über noch hohe Temperatur, Patient ist sehr schwach und hinfällig, aus den Incisionsstellen entleert sich reichlich stinkender Eiter. Anfang August lassen die Schüttelfröste und hohen Temperaturen nach, subjektives Befinden etwas besser. Die Abszesse an den Beinen heilen langsam ab. Ende August steigt die Temperatur wieder an, am 26. und 30. August wieder starke Schüttelfröste, Diarrhöen, stark beschleunigter, unregelmäßiger Puls. Urin enthält reichlich Eiweiß und Eiter. Ende August alle Abszesse verheilt, Temperatur kehrt zur Norm zurück. Am 18., 19. und 20. September Erbrechen, erneute heftige Schüttelfröste, Temperatur bis 40,5. Im Urin wieder viel Eiweiß und Eiter. In den nächsten Tagen Abklingen der Erscheinungen. Rekonvaleszenz.

Ungewöhnlich ist an diesem Falle der protrahierte Verlauf der Septikopyämie über 5 Monate. Es ist erstaunlich, daß der Organismus so lange Zeit diesen stets von neuem auftretenden schweren Erscheinungen hat siegreich stand halten können. Wenn wir von der Selbsthilfe des Organismus absehen, so schreiben wir diesen Erfolg in erster Linie dem Umstande zu daß wir von Anbeginn auf möglichste Erhaltung der Herzkraft Bedacht nahmen. Dabei, sowie auch sonst bei schweren, fieberhaften Erkrankungen, so besonders beim Erysipel, leistete uns der Alkohol in großen Dosen wertvolle Dienste, und wir stehen nicht an, das viel geschmähte Mittel bei derartigen Affektionen als ein vorläufig unersetzliches zu bezeichnen.

Fall 5. G. B., 26 Jahre. Patient kommt wegen Nasenpolypen in die Klinik. Diagnose: Chanalrandpolypen dupl. 7. Oktober Entfernung derselben mit der kalten Schlinge. 10. Oktober Otit. m. acuta sin. 12. Paracentese, Eis. In den folgenden Tagen Mastoiditis. 16. abends plötzlich Schüttelfrost, Temp. 40,5. In den nächsten Tagen Schwindelgefühl, Druckpuls, 19. abends Schüttelfrost. Milz nicht palpabel. Hyperämie des nervus opticus; Eiterausfluß aus der Nase, Heiserkeit (Taschenbänder und Ary-region gerötet), 21. wieder Schüttelfrost, Temp. 40,5. Im Urin etwas Eiweiß. 21. Aufm. Knochen sklerotisch, spärliche, Eiter enthaltende Zellen. Dura der mittleren Schädelgrube etwas trübe und uneben, Sinus ohne Besonderheiten. In den folgenden Tagen Schmerzen am Halse zu beiden Seiten, dem Verlaufe der sternocleido m. entsprechend, Schüttelfröste, hohes Fieber, Druckpuls, Sensorium frei. Am 24. septische Endocarditis und Nephritis haemorrhagica festgestellt. 27. Zurückgehen der Endocarditis, Neuritis optica links. Darnach Zurückgehen aller Erscheinungen bis auf die Nephritis. Die Temperatur kehrt zur Norm zurück, das Allgemeinbefinden hebt sich. Die Operationswunde heilt gut. In den folgenden Monaten nimmt auch der Eiweißgehalt des Urins, der bis auf 6‰ gestiegen war, wieder ab. 16. Januar wird Patient als geheilt entlassen.

Ich lasse noch in aller Kürze vier Fälle von Sinusthrombose folgen, von denen, bei zweien wenigstens, die Temperaturen diesen Befund nicht erwarten ließen, während sich bei dem einen gleichzeitig ein nicht diagnostizierter Kleinhirnsabszeß fand.

Fall 6. G. E., 13 Jahre. Seit 2 Jahren linksseitige Ohreiterung. 20. September Entfernung eines großen Ohrpolypen mit der Schlinge. Hinten oben randständige Perforation, Cholesteatom. 16. Oktober Fieber, Kopfschmerzen, Schwellung und Schmerzhaftigkeit am Warzenfortsatze, Temperatur im Maximum 38,5. 18. Oktober Radikaloperation, Cholesteatom der Pauke, Amboßcarium. Perisinuöser Abszeß. Sinus mit dicken Schwarten belegt; an einer Stelle entleert sich aus ihm rahmiger Eiter. Unterbindung der Jugularis, Sinusschlitzung und Ausräumung des zerfallenen Thrombus, reichliche Blutung. Die Temperatur kehrt nach wenigen Tagen zur Norm zurück, Wundverlauf normal.

Fall 7. E. B., 16 Jahre. Seit 3 Monaten starke Kopfschmerzen nach Typhus, seit 2 Monaten Ohrenlaufen. Diagnose: Otit. med. perf. subacuta dextra, mastoiditischer Abszeß, Temperatur fast normal, Aufmeißelung. Dura der mittleren Schädelgrube matt und verfärbt; Sinus mißfarbig belegt, ohne Pulsation, Fistel darin. Perisinuöser Abszeß, Sinusthrombose. Radikaloperation, Jugularisunterbindung. Ausräumung zerfallener Thrombusmassen, keine Sinusblutung. Von der Hinterwand des thrombosierten Sinus aus kommt man in einen klein-pflaumengroßen Kleinhirnsabszeß, der keine Erscheinungen gemacht hatte und nicht diagnostiziert war. Der weitere

Wundverlauf bietet keinerlei Interesse, er ist normal, das Allgemeinbefinden ist ein gutes.

Sehr viel stürmischere Erscheinungen machte die Sinusthrombose in den beiden folgenden Fällen:

Fall 8. W. H., 45 Jahre. Starke Ohrenscherzen rechts seit 4 Wochen, Ohrenlaufen seit einigen Stunden am 5. März. Starke Mastoiditis, Senkung der oberen Gehörgangswand, Bezoldsche Mastoiditis. Temp. 38°. 12. März einfache Aufmeißelung, Eitersenkung im Sterno-cleidomast., extremste Sinusvorlagerung. In den nächsten Tagen Temperaturanstieg am 16. bis 40°. Verbandwechsel, weitere Ausräumung von Eitermassen aus dem Sternocleidomast. 17.—19. März Schüttelfrost, Fieber bis 40,1, daher 19. weitere Freilegung des Sinus. Von unten dringt Eiter aus der Bulbusgegend, die Sonde gelangt in den Bulbus. Unterbindung der Jugularis, Drainage des Bulbus, Spaltung des über dem Bulbus gelegenen Sinus, flüssiges Blut. Die Temperatur bleibt pyämisch. Am 26. März Resektion der Spitze und Freilegung des Sternocleido-mast. Die Jugulariswunde wird mit der alten Operationswunde verbunden. Freilegung des Bulbus. Aus Jugularis, Bulbus und Sinus wird eine nach oben offene Rinne gebildet, Facialisparese, danach Temperaturabfall. Weiterhin normaler Verlauf. Heilung.

Fall 9. L. F., 1 Jahr 3 Monate. Ohrenscherzen und Eiterung nach Scharlach. Akute Mastoiditis, Temp. 39,3. Am 7. April einfache Aufmeißelung, reichliche Eitermengen, hochgradige Caries. In den nächsten Tagen pyämische Temperatur, Maximum 40°. Daher am 11. April Freilegung des thrombosierte Sinus, Unterbindung der Jugularis, Sinusschlitzung. Reichliche Blutung. Da die pyämischen Temperaturen fortbestehen, Bulbosoperation am 14. April und endlich Radikaloperation am 16. April. Danach lytischer Abfall des Fiebers zur Norm. Weiterhin guter Wundverlauf, bis im Juli wieder fötide Eiterung mit starker Granulationsbildung eintritt, Temperaturanstieg. 8. September Nachoperation. In der Nähe des Atticus eine Fistel, die in eine Eiterhöhle führt, sonst keine Besonderheiten. In den folgenden Tagen weiterer Temperaturanstieg, am 15. September 40,2°, lytischer Abfall zur Norm und langsame Heilung.

Es erübrigt mir noch die 4 Todesfälle des Berichtsjahres kurz zu schildern. Bei keinem derselben wurde uns die Sektion gestattet, so daß wir auf eine wertvolle Ergänzung unserer Krankengeschichten verzichten mußten.

Fall 10. E. W., 22 Jahre. Otit. m. perf. chron. dextra. Antrumempyem, Cholesteatom. Anfang Februar hatte Patient eines Tages plötzlich die Empfindung, als bekäme er einen Schlag auf das Ohr, kurze Bewußtlosigkeit danach, sowie Erbrechen und Schwindel, keine Nackensteifigkeit. Sechs Stunden darnach noch Erbrechen und Schwerhörigkeit, Schwindel nach der kranken Seite. Hörprüfung: Konversationsprache $\frac{1}{2}$ m, F₁S₄ — F.N.A., C₁ gar nicht, Weber unbest., R. negativ. Temperatur subfebril, Augenhintergrund normal, kein Nystagmus. Es wurde ein akuter Durchbruch ins Labyrinth vermutet und am 9. Februar die Totalaufmeißelung vorgenommen. Dabei am horizontalen Bogengange kleine Höhle, in welche die Sonde nicht tief hineindringt, gefunden. In der Gegend der Fenestra ovalis dringt die Sonde tief vor. Sinus und Dura ohne Besonderheiten. Nach der Operation Befinden besser, der Schwindel läßt nach. Am 11. April plötzlich heftige Kopfschmerzen, starkes Schwindelgefühl, Schwanken nach rechts beim Gehen, Kreuzschmerzen, Nackensteifigkeit. 13. April verfallenes Aussehen, Nystagmus horizontalis, Temp. 40,7°, Stauungspapille, zeitweise Bewußtlosigkeit. Lumbalpunktion ergibt unter hohem Drucke stehende, trübe, dicke Flüssigkeit, die Streptokokken in Reinkultur enthält. Punktion der Dura, Schlitzung des Sinus ergeben keinen Eiter. Letzterer enthält flüssiges Blut. P. 140. Am 14. und 15. April Koma, 16. Exitus letalis.

Fall 11. M. B., 2½ Jahre. Otit. m. perf. chron. sin., Mastoiditis subacuta. Vor ½ Jahre Mastoiditis. Patient wurde zur Operation bestellt, blieb aus. Am 11. April Temp. 39,0 abends, 12. 38,1 früh. Seit 5 Tagen

Verstopfung und täglich 2—3mal Erbrechen. 12. April einfache Aufmeißelung. Hochgradige Einschmelzung des Knochens. Fistel an der Schuppe zur Dura der mittleren Schädelgrube. Dura und Sinus sehen gut aus. 16. April Temperatur hoch, Erbrechen. Sinusschlitzung, flüssiges Blut. Die Temperatur bleibt andauernd hoch, Apathie, Erbrechen. 21. April weite Pupillen, Nystagmus, meningitische Symptome, Exitus letalis. Die Diagnose Meningitis bleibt in diesem Falle zweifelhaft.

Fall 12. A. K., 35 Jahre. Schläfenlappenabszeß. Anfang Januar Lungenentzündung, danach rechtsseitige Mittelohrentzündung, starke Kopfschmerzen. Trotz Parazentese hohes Fieber, starke Schwellung hinter dem Ohre, die erst nach 3 bis 4 Wochen zurückging, desgleichen die Ohreiterung. Vor 10 Tagen heftiger Kopfschmerz, Schwindel bei Bewegungen, zeitweiser Verlust der Sprache. Das wiederholte sich 2—3mal täglich, dazu Schmerzen in Stirn, Genick und Hinterkopf. Patient hat in den letzten Tagen zeitweilig niemand erkannt. 17. Februar Steifigkeit in den Gliedern, Erbrechen. Puls 80—90, kein Fieber. R. Trommelfell hinten oben kleine Narbe, geschlossen, glänzt nicht, keine Sekretion. Weber nach rechts, C. und F. s. beiderseits gleich. Pupillen und Reflexe normal. Augenhintergrund: Neuritis optica. 18. Februar starke Genickschmerzen. 20. Februar dazu Anfälle von Steifigkeit und Zuckungen in Armen und Beinen. Puls 56—60. wechselt öfter, zuweilen 100 bis 120. Kein Fieber. Benommensein. 23. Februar Lumbalpunktion: Flüssigkeit klar, steril; darauf Sensorium freier, jedoch Erbrechen, Schlafbedürfnis. 27. Februar wieder starke Benommenheit. Einfache Aufmeißelung: Caries von der Spitze bis zum Tegmen, viel Eiter. Im Antrum kein Eiter. Sinus mißfarbig, Spaltung, darnach Blutung. Punktion des Kleinhirns, kein Eiter. Punktion der Dura der mittleren Schädelgrube, Entleerung von etwa 4 Eßlöffeln voll flüssigen fötiden Eiters. In der folgenden Nacht Exitus letalis.

Fall 13. Herr B., 32 Jahre. Erysipel nach Anbohrung eines Kieferhöhlenempyems vom linken mittleren Nasengange. Nach Ablauf desselben heftige Ohrenschenmerzen, Ohreiterung, hohes Fieber, Schüttelfrost, Schwindel, Mastoiditis sin. 13. Juli einfache Aufmeißelung. Ausgedehnte Caries des Warzenfortsatzes. Sinus im oberen Teil etwas mißfarbig. In den folgenden Tagen subfebrile Temperatur, Wundhöhle sieht gut aus. 16. Juli abends Temperatur 39,8 (morgens 37,2), Kopfschmerzen. Die Temperatur hält sich hoch bei relativ gutem Allgemeinbefinden. 18. Juli. Bei Verbandwechsel sieht der Sinus stark belegt aus, pulsiert nicht (am 15. deutliche Pulsation gewesen). Leichte Schmerzen in der Jugularisgegend. In der Nacht zum 19. Delirien, Puls bis 120. Keine Nackenschmerzen, kein Erbrechen, kein Schwindel, Augenhintergrund normal. 19. Juli. Unterbindung der V. jugularis und facialis, Spaltung des Sinus, Ausräumung der Thrombusmassen, die nach unten zu eitrig zerfallen sind. Am oberen Knie und am Bulbus ist der Sinus wieder von normalem Aussehen, flüssiges Blut. In den folgenden Tagen pyämische Temperaturen, Sensorium öfter benommen. 30. Juli. Bulbusoperation, im unteren Sinusende Eiter, Auslöffeling fester Thrombusmassen aus der V. jugularis und Durchspülung mit schwacher Sublimatlösung, Entleerung von eitriger Thrombusmasse. 31. Juli besseres Befinden. Abends steigt die Temperatur wieder von 37,6 auf 39,4. 1. August heftige Kopfschmerzen, Verbandwechsel und Spülung, die Temperatur geht etwas herunter, hält sich um 38° herum. 2. August Nackensteifigkeit, heftige Kopfschmerzen, schnarchende Respiration, Coma, das bis zum Exitus am 4. August anhält.

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz eines Falles Erwähnung tun, der sich bezüglich der Diagnose als wahrer Vexierfall erwies.

E. N., 27 Jahre alt, wegen akuter, rechtsseitiger Ohreiterung mit Mastoiditis aufgemeißelt. In den folgenden Tagen unregelmäßiger Puls, Frequenz zwischen 40 und 50, Temperatur normal. Allgemeinbefinden schlecht,

Kopfschmerzen, Unruhe, Konvulsionen. Augenhintergrund normal. Es wurde die Möglichkeit eines Hirnabszesses in Erwägung gezogen. Freilegung der Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube, Punktion, nirgends Eiter. In den folgenden Tagen nahmen die Symptome allmählich ab, die Heilung nahm den gewöhnlichen Verlauf und nach ein paar Wochen ging auch die Pulsfrequenz zur Norm zurück. Weitere Nachbehandlung auswärts, dauernde Heilung.

Epikrisis der vier Todesfälle.

Von den vier ad exitum gekommenen Fällen, die, wie gesagt, nur 5,6 Prozent unserer Operierten trotz der 14 Komplikationen darstellen, bietet der erste Fall das typische Bild einer eitrigen, vom Labyrinth aus induzierten Meningitis dar. Der allgemeinen Ansicht folgend, haben wir uns den Labyrinthfisteln gegenüber ziemlich reserviert verhalten, wie wir das auch sonst meist mit durchaus gutem Erfolge getan.

Ob hier ein aktiveres Vorgehen die 2 Monate später manifest gewordene Meningitis hintangehalten hätte, muß — zumal bei dem mangelnden Sektionsbefunde — dahingestellt bleiben.

Im zweiten Falle haben die Eltern sich wohl den Ausgang selbst zuzuschreiben, da die dringend notwendige Operation erst ein halbes Jahr später, wie vorgeschlagen, gestattet wurde. Die Diagnose auf Meningitis konnte hier nur nach den klinischen Symptomen als wahrscheinlich gestellt werden, da uns nach der Operation jeder weitere Eingriff, auch die Lumbalpunktion nicht mehr gestattet wurde.

Ein ganz besonderes Interesse bietet der dritte Fall, der deshalb einer ausführlicheren Bearbeitung an anderer Stelle vorbehalten werden soll. Die Bildung eines Schläfenlappenabszesses nach abgelaufener akuter Otitis media, von der kaum noch etwas zu konstatieren war, unter apoplektiformen Erscheinungen, die den Hausarzt ganz von der otogenen Fährte abgelenkt hatten, war ebenso lehrreich wie diagnostisch schwierig. Auch hier würde eine frühere Einwilligung zur Operation vielleicht den Ausgang geändert haben.

Im letzten Fall schloß sich die Otitis und Mastoiditis an ein Kieferhöhlenempyem an, ob direkt, ob durch Vermittelung des Erysipels, mag dahingestellt bleiben.

Die Ohrerkrankung setzte von Anfang an auffallend schwer und bedrohlich ein.

Der bei der Sinusoperation aufgedeckte Thrombus zeigte sich nach unten zu eitrig zerfallen, der Sinus selbst aber, nach der Ausräumung des Thrombus, bulbuswärts von gutem Aus-

sehen. Als wir dann aber bei anhaltenden pyämischen Erscheinungen 10 Tage später den Bulbus selbst in Angriff nahmen, wurden in diesem eitrig zerfallene Thrombusmassen nachgewiesen. Möglich, wenn auch nicht sehr wahrscheinlich, daß der Ausgang hätte verhütet werden können, wenn wir vorher nicht vor dem Bulbus Halt gemacht hätten.

Von diesen Fällen, in denen sich unser therapeutisches Vorgehen als ohnmächtig erwies, kehrt der Blick mit Genugtuung zu den vielen, teils äußerst schwer komplizierten Fällen zurück, in denen es dem operativen Eingreifen gelang, das gefährdete, ja verlorene Leben zu erhalten.

Tabelle der Warzenfortsatzoperationen.

I. Einfache Aufmeisselungen.

	Name und Alter	Akute Ohreiterung und	Bemerkungen, Komplikationen, Nachoperation usw.	Heilungsdauer bzw. sonstiger Ausgang
1	E. Z., 1 J. 8 M.	Mastoid.dextra		2 M.
2	E.H., 12 J.	= =	Perisinuöser Abszeß	Nachbehandlung zu Hause
3	A.N., 17 J.	= =	Antrum u. proc. mast. gesund gefunden	bleibt ca. 3 W. fort, nach 6 M. Nachunters., geheilt
4	B. R., 8 J.	= =		Nachbehandlung zu Hause, nach 8 M. Nachuntersuchung, geheilt
5	W. K., 30 J.	= =	Ambulator. Beh., nach 14 Tagen hohes Fieber, Dura u. Sinus freigelegt, Erysipel. Danach normaler Verlauf	Privatpflege
6	M. E., 11 J.	Caries dextra p. operat.	Nachoperation u. Thiersch'sche Transplantation	3 M.
7	R. Z., 55 J.	Mastoid. sin.		3 1/2 M.
8	M. L., 2 1/2 J.	Mast. Abszess. sin.	Reichl. Granulation, mehrmalige Auskratzung, Erysipel, Abszeß a. d. Glabella	5 1/2 M.
9	H. Pf., 40 J.	Mastoid. dextr.	Perisinuöser Abszeß, Sinus missfarbig belegt	3 M.

	Name und Alter	Akute Ohreiterung und	Bemerkungen, Komplika- tionen, Nachoperation usw.	Heilungsdauer bezw. sonstiger Ausgang
10	E. H., 5 J.	Mast. Abszess. dextra		2 M.
11	M.M., 15 J.	Mast. Abszess. dextra	Wegen Caries Nachoperation nach 2 M., Parotisabszeß	4 1/2 M.
12 u. 13	H.R., 52 J.	Mast. Abszess. duplex	doppelseitig operiert, R. Sinus mißfarbig belegt	nach 3 M. fast heil nach Hause entl.
14	E. B., 3 J.	Mast. dextr.		3 M.
15	O. Kl., 6 J.	Mast. sinistr.		4 1/2 M.
16	E. N., 27 J.	= dextr.	Punktion der Dura, kein Eiter, Verdacht auf Hirn- abszeß	Nachbeh. auswärts; nach 6 M. Heilung
17	H. G., 43 J.	= sinistr.	Nach 7 Mon. noch Caries, Nachoperation	10 M.
18	Herr G., 22 J.	= " nach Recidiv		nach 1 W. Nachbe- handl. zu Hause
19	W. Schm., 3 J.	Mast. dextra	Wegen Caries Nachoperation vorgeschlagen	Pat. bleibt fort
20	B. S., 12 J.	= "	Schlechter Kräfte- und Er- nährungszustand, lang- same Heilung	6 M.
21	Frau K., 45 J.	= "	Sinus mit Granulat. bedeckt	2 1/2 M.
22	R. P., 4 J.	= "	links ebenfalls Mastoidit, Pa- razentese	5 M.
23	Fr. Th., 46 J.	= sinistr.	Nach 6 M. wegen Caries Nachoperation	9 M.
24	Herr B., 43 J.	dextr.	Perisinuöser Abszeß, Sinus belegt	2 1/2 M.
25	E. L., 19 J.	Mast. sin.	Sinusblutung. Nach 2 M. wegen Caries Nachoperat.	Aufnahme in ein Krankenhaus
26	E. G., 4 J.	= "		3 M.
27	H. B., 42 J.	= dextr.		3 "
28	O. R., 13 J.	Mast. Absz. sin.	Sinus mißfarbig, mit Gra- nulat. belegt	3 "
29	W. Fr., 1 J.	Mast. dextr.	Stinkende, profuse Eiterung, Tuberk.-Baz. im Ohreiter	Exitus let. nach 2 1/3 M. an Tuberkulose
30	Fr. B. 32 J.	= sin.	Sinus mißfarbig. Nach 1 W. thrombot. Pyaemie, Sinus- schlitzung, Jugularisunter- bind., Bulbusoperation	Exitus let. nach 3 W.
31	A. Kr., 35 J.	Hirnabszeß nach akuter Ohreitr. rechts	Sinusschlitzung, Punktion der Dura u. mittl. Schädel- grube ergiebt Eiter, Lum- balkpunktion (kein Eiter)	= " in der fol- genden Nacht

	Name und Alter	Akute Ohreiterung und	Bemerkungen, Komplika- tionen, Nachoperation usw.	Heilungsdauer bezw. sonstiger Ausgang
32	Fr. L., 34 J.	Mast. dextr.	Perisinuöser u. epidur. Absz.	z. Nachbehandl. nach Hause entl., Nach- unters. nach 2 M. Pauke trocken, ge- ringe Sekretion
33	Frl. G., 27 J.	= =	= = =	5 M. (Nachbeh. an- fangs zu Hause, Verschlechterung)
34	A.R., 42 J.	= =	Perisinuöser Abszeß	nach 2 W. nach Hause entl.
35	W. H., 45 J.	Bezold'sche Mast. dextr	Sinus-Bulbusthrombose, Ju- gularisunterb., Sinusspal- tung, Bulbusoperation	mit Facialisparese n. Hause zur Nachbeh. entlassen. Nach 8 M. Heilung, Paroti- sististel
36	L. Fr., 1 $\frac{1}{4}$ J.	Mast. sin.	Sinus-Bulbusthrombose, Ju- gularisunterb., Sinus- schlitzung, Bulbusopera- tion, Radikaloperation; Nachoperat. wegen Caries.	nach 8 M. in gutem Zustande z. Weiter- behandl. n. Hause entl.
37	M. B., 2 $\frac{1}{2}$ J.	Mast. subacut. sin.	Sinusthrombose, Jugularis- unterb., Sinusschlitzung.	nach 10 T. exitus an Meningitis
38	Herr M., 27 J.	Mast. subacut. sin.	Perisinuöser Abszeß; Sinus- Bulbusthrombose, Septico- pyaemie, Nephritis hae- morrhag., multiple Absz. Jugularisunterb., Radikal- operation, Lumbalpunkt., Bulbusoperation (Facialis- parese), Spaltung der Absz.	nach 2 $\frac{1}{2}$ M. Ohrwun- de geheilt nach 5 M. Abklingen der pyaem. Erschei- nungen, z. Weiter- handl. nach Hause entl. Völlige Heil.
39	G.B., 26 J.	Mast. sin.	Septische Endocardit., hae- morrhag. Nephrit.	3 M.
40 u. 41	H. Kl., 16 J.	= = = dextr., Sinus-Throm- bose dextr., Pyaemie	Doppelseitig aufgemeisselt. R. Jugularisunterb., Si- nusschlitzung, Bulbus- operation, Durchspülung v. d. Jugularis. Abszeß- spaltung	nach 2 M. z. Weiter- behandl. n. Hause entl., Nachunters. nach 5 M., völlige Heilung

II. Totalaufmeisselungen.

	Name und Alter	Chronische Ohreiterung und	Bemerkungen, Komplika- tionen, Nachoperation usw.	Heilungsdauer bezw. sonstiger Ausgang
42	Fr. Sch., 6 J.	Mast. Absz. sin.		4 M.
43	E. T., 5 J.	Mast. dextr.	Tubeneriterung	noch in Behandlung
44	J. K., 13 J.	= sin.	Cholesteatom	4 M.
45	W. Sch., 10 J.	Retroauric. Fist. sin.	=	nach 2 1/2 M. fast heil nach Hause entl.
46	H. P., 14 J.	Cholesteatom. sin.		5 1/2 M.
47	Kind D., 1 1/4 J.	Mast. Absz. dextr.		4 =
48	E. P., 18 J.	Cholesteatom. dextr.		3 1/2 =
49	J. L., 65 J.	Retroauric. Fist. dextr.	Erysipel	nach 5 M. noch nicht geheilt nach Hause entl.
50	O. Sch., 10 J.	Otitis dextra	Starke Sinusvorlagerung, Operation n. Stacke, n. 2 Mon. Nachoperat. wegen Caries	4 M.
51	C. W., 28 J.	Atticeiter. dextr., Polyp.	Perichondritis conchae n. Plastik	5 =
52	Se. K., 13 J.	Mast. sin.		5 =
53	Fr. F., 20 J.	Atticholestea- tom dextr.		4 1/2 M.
54	B. M., 40 J.	Caries. sin.	Tubeneriterung	4 =
55	Frl. L., 30 J.	Caries, Attic- eiter. sin.		nach 3 W. n. Hause entl.
56	W. Sch., 20 J.	Caries, Attic- eiter. sin.		4 1/2 M.
57	M. St., 14 J.	Attichole- steat. sin.	Weg. Externa keine Plastik, Tubeneriterung	7 =
58	G. P., 24 J.	Mast. dextr.		nach 2 M. n. Hause entl.
59	Ch. B., 5 J.	Atticholest., Mast. dextr.		nach 2 M. n. Hause entl.
60	B. L., 19 J.	Atticeiter. sin.	Myxofibrom in Antrum und Pauke, Exostose auf horiz. Bogengang	7 M; Pat. sehr unver- ständig, hat wieder- holt den Verband selbst entfernt
61	A. L., 16 J.	Mast. dextr.	Tubeneriterung	noch in Behandlung

	Name und Alter	Chronische Ohreiterung und	Bemerkungen, Komplika- tionen, Nachoperation usw.	Heilungsdauer bezw. sonstiger Ausgang
62	Fr. M., 30 J.	Atticeiter. dextr.		z. Nachbehandl. nach Hause entl., stellt sich nach 6 M. ge- heilt vor.
63	M. W., 6 J.	Mast. sin.	Tubeneiterung	noch in Behandlung
64	C. W., 46 J.	Atticcholest., dextr., Polyp., Facialisparese	Sinus missfarbig	nach 1 M. nach Hause entlassen, stellt sich nach 4 M. geheilt vor. Facialisparese unverändert
65	H. K., 15 J.	Caries dextr.		4 M.
66	A. M., 14 J.	Cholesteatom dextra	Labyrinthearies, Sinus- thrombose, Jugularisun- terbindung, Sinusschlitz.	5 =
67	cf. No. 36 S. 71			6 =
68	E. B., 32 J.	Cholesteatom sin.	Labyrinthearies, Facialispa- rese.	7 =
69	G. E., 13 J.	Cholest. sin.	Perisin. Abszeß, Sinusthrom- bose, Jugularisunterbind., Sinusschlitzung	
70	E. B., 16 J.	Mast. Absz. dextr. u. Kleinhirn- abszeß	Sinusthrombose; Jugularis- unterb., Sinusschlitzung	weg. Tubeneiterung noch in Behandlung
71	E. W., 22 J.	Antrum em- pyem dextr. Cholest., akut. Labyrinth- durchbruch	Sinusschlitzung, Punktion d. Dura, Lumbalpunktion (Eiter)	nach 2 M. Exitus le- talis an Meningitis