II. Aus der Universitätsklinik für Ohrenkrankheiten zu Strassburg.

Ein Fall von Atresia auris acquisita. Myxosarkom der Paukenhöhle.¹⁾

Von A. Kuhn.

I. Ein Fall von Atresia auris acquisita.

Bei einem 15jährigen Mädchen war im ersten Lebensjahre ein eitriger Ausfluss aus beiden Ohren entstanden, und da derselbe auf dem rechten Ohre sehr profus war und allzu lange dauerte, so legte die Mutter, auf Anrathen der Hebamme, ein Blasenpflaster auf die äussere Oeffnung des betreffenden Ohres und unterhielt dasselbe mehrere Jahre lang durch Cantharidensalbe. Die Ohreiterung dauerte ungestört fort, aber es stellte sich allmählich eine so hässliche Verbildung der Ohrmuschel ein, dass nun ärztliche Hülfe aufgesucht wurde.

Bei der Aufnahme in die Klinik fand ich bei dem sonst wohlgebildeten Mädchen eine höchst auffällige Missbildung der ganzen rechten Ohrmuschel und eine hochgradige Verengung der äusseren Ohröffnung; der Helix war an seiner ganzen convexen Ausdehnung nach vorn umgekrempelt und an drei Stellen durch tiefe narbige Einziehungen von oben nach unten zusammengerollt; die ganze Ohrmuschel war gegenüber der linken in ihrem Wachsthum etwas zurückgeblieben; die äussere Ohröffnung hatte nur noch die Weite eines Stecknadelkopfes (siehe Abbildung);

im rechten Gehörkanale war reichlicher stinkender Eiter, der nur in minimaler Quantität aus dem verengten Meatus abfliessen konnte; beim Schneutzen der Patientin hörte man deutliches Perforationsgeräusch. Das Gehörvermögen war stark reducirt. Fl. = 0,20. — Auch auf dem linken Ohre bestand eine alte Mittelohreiterung mit Perforation des Trommelfells und starker Secretion; das Gehörvermögen war gleichfalls vermindert. Fl. = 0,40. C² vom Scheitel gleich beiderseits; Knl. von beiden Warzenknochen verlängert; R. V. beiderseits negativ. —

Die entstellende Verkrüppelung der Ohrmuschel sowohl, wie auch die so hochgradige Verengung der äusseren Ohröffnung bestimmten mich, die narbigen Einziehungen der Muschel und besonders die um den Meatus gelegenen tief und keilförmig bis in die Knorpelmasse auszuschneiden und die alsdann dehnbar gewordene Ohrmuschel durch einige Nähte an der Kopfhaut aufzuhängen. Die grosse Wundfläche eiterte ziemlich lange; mit der allmählich eintretenden Ueberhäutung derselben stellte sich jedoch eine so starke Neigung zu neuer Retraction ein, dass ich ein zweites mal die vernarbten Haut- und Knorpelflächen tief ausschneiden musste und einige Tage später auf die granulirende Wundfläche drei bis vier je $\frac{1}{2}$ Quadratcentimeter grosse Epidermisstückchen, die ich dem Vorderarme der Patientin entnommen hatte, transplantierte; letztere heilten nach einigen Tagen gut an, und die Wunde war kurze Zeit darauf vollständig vernarbt; die Neigung zu neuer narbiger Retraction ist bis jetzt (vier Wochen nach völliger Narbenbildung) noch nicht eingetreten; die Ohrmuschel wird jedoch der Vorsicht halber noch einige Zeit hindurch vermittels Heftpflasterstreifen an die Seitenfläche des Kopfes angedrückt erhalten. Die Muschel selbst erscheint in toto etwas kleiner als die linke, hat jedoch annähernd normale Form und steht leicht vom

¹⁾ Nach einem in der Deutschen otologischen Gesellschaft am 13. Mai 1894 in Bonn gehaltenen Vortrage.

Kopfe ab; die äussere Ohröffnung ist schon seit der ersten Operation von normaler Weite und die hierdurch möglich gewordene Reinhaltung des Ohres nebst einfacher Tamponade der tieferen Meatuspartien mit Jodoformgaze haben genügt, die alte Mittelohrreiterung zu heilen; die Paukenhöhlenschleimhaut ist jetzt trocken und an der unteren Trommelfellhälfte sieht man eine grosse, herzförmige, trockene Perforation. Das Gehör hat sich beträchtlich gebessert; Flüstersprache wird jetzt mit dem rechten Ohre auf zwei Meter gehört. — Sollte sich in späteren Tagen wiederum die Neigung zu neuen Retractionen zeigen, so müsste ich die hintere Fläche des Helix in mässiger Breite anfrischen und mit der gegenüberliegenden, gleichfalls angefrischten Haut des Warzenfortsatzes durch Nähte vereinigen. Es soll so eine feste ausgedehnte Narbe an der hinteren Ohrfläche geschaffen werden, fest und breit genug, der Retraction an der Muskelconcavität Widerstand zu leisten.

II. Myxosarkom der Paukenhöhle.

Bei einem einjährigen Knaben war, ohne jede vorausgegangene andere Erkrankung, seit sechs Monaten ein copióser, übelriechender, eitriger Ausfluss aus dem rechten Ohre aufgetreten; in den letzten Wochen bemerkten die Eltern eine graurothe Geschwulstmasse im Gehörkanale und hinter der Ohrmuschel eine Hautwunde, welche ebenfalls eiterte.

Bei der Aufnahme des Kindes in die Klinik, am 3. Juli vorigen Jahres, sah man einen nussgrossen weichen, graurothen Tumor, der den rechten Gehörkanal völlig ausfüllte und die äussere Ohröffnung überragte; ausserdem floss ziemlich viel schmieriger Eiter neben der Geschwulst aus dem Meatus; es befand sich ferner unmittelbar unter der Spitze des Warzenfortsatzes eine stark eiternde kleine Hautfistel, durch welche die Sonde weit vorgeschoben werden konnte, besonders nach vorn und oben gegen den Gehörkanal zu.

Bei der am anderen Tage vorgenommenen Operation wurde zuerst der grosse Tumor des Gehörkanals mit der Schlinge entfernt, dann die Hautfistel am Warzenfortsatze breit eröffnet; hierbei zeigte sich in der Tiefe eine weitere Geschwulstmasse, die sich nach vorn und oben bis in das Innere des knöchernen Gehörkanals verfolgen liess; sie hatte dessen untere Wand in ziemlicher Ausdehnung durchbrochen. An ihrem peripherischen Ende war die Geschwulst stark gelappt und erstreckte sich bis unter den Ansatz des Sternocleidomastoideus; ihr centraler Abschnitt dagegen lag im Gehörkanal und reichte bis zur Paukenhöhle; es ergab sich weiterhin, dass der aus dem Meatus zuerst entfernte grössere Tumortheil von der Geschwulstmasse, die in den tieferen Abschnitten des knöchernen Gehörkanals resp. des Cavum tympani lag, abgerissen worden war. Es musste sich also um eine Geschwulst handeln, die von der Paukenhöhle her in den Meatus hineingewachsen war und hier in zwei Portionen sich gespalten hatte; der eine Tumortheil hatte sich im Gehörkanale weiter entwickelt, während der andere die untere Wand des knöchernen Meatus durchgebrochen und sich unterhalb des Processus mastoideus in dem unter dem Ansatz des Kopfnickers gelegenen Zellgewebe ausgebreitet hatte, allwo dann die Hautfistel entstanden war. Im Warzenfortsatze, den ich der besseren Drainage des Mittelohres halber eröffnete, fand sich weder Eiter noch Geschwulstmasse.

Bei der nun folgenden mehrwöchentlichen Beobachtung in der Klinik ergab sich scheinbar ein ganz günstiger Verlauf; es war jetzt möglich, die tieferen Ohrtheile zu untersuchen: vom Trommelfell war nichts mehr zu sehen und in der Paukenhöhle resp. an der Labyrinthwand derselben sah man ein röthliches, mässig dickes Gewebepolster, das sich sehr weich anfühlte, nicht stark blutete, durch welches hindurch aber nirgends raue Knochenstellen zu fühlen waren; durch den fast bohnergrossen Substanzverlust der unteren Meatuswand bestand eine weite Communication gegen die Warzengegend zu.

Anfangs October wurde der Junge wieder in die Klinik zurückgebracht; im Meatus lag wiederum ein ziemlich grosser Tumor und hinter der Ohrmuschel, in der granulirenden Wundhöhle des Processus mastoideus hatte sich eine ähnliche gelappte weiche Geschwulstmasse entwickelt. Die einzelnen Theile der Neubildung wurden ein zweites Mal abgetragen und nach noch ausgedehnter Eröffnung des Processus gegen die Paukenhöhle zu wurden alle sichtbaren Geschwulstmassen mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, sowohl vom Periost des Schläfenbeines, das jetzt ebenfalls von ähnlichem Granulationsgewebe überdeckt war, wie auch von der hinteren Gehörkanalswand, wo die Geschwulst schon auf den Knorpel übergegriffen hatte.

Auch jetzt einige Zeit lang mässig guter Zustand des Allgemeinbefindens und der Wunde selbst; aber schon nach drei Wochen zeigen sich neue verdächtige Massen in der Tiefe der Warzenwunde, die sich schnell vergrössern und bald wieder zur alten Grösse gewuchert sind. Die Ernährung des Jungen hat während dieser letzten Zeit beträchtlich gelitten; der kleine Patient schreit Stunden lang, schläft nur wenig; die Wunde eitert stark und fétid, und die Abmagerung macht sichtliche Fortschritte.

Die Eltern des Knaben, den baldigen Tod ihres Kindes voraussehend, wollen ihn nicht mehr in der Klinik lassen und nehmen ihn nach Hause mit, wo er anfangs December — im ganzen also zehn Monate seit Beginn der Erkrankung — an Marasmus zugrunde gegangen ist. Von irgend welchen Gehirnsymptomen wurde weder in den letzten Lebenswochen des Jungen, noch während seines Verbleibens in der Klinik etwas berichtet. Leider gelangte ich nicht in den Besitz des kranken Schläfenbeines.

Die mikroskopische Untersuchung der verschiedenen Geschwulsttheile bei den beiden Operationen ergiebt die charakteristischen Merkmale des Myxosarkoms; man sieht ein sehr zellreiches Gewebe mit stellenweise nur spärlicher Intercellularsubstanz. Die Zellen sind theils von spindelförmiger, theils von dreieckiger

oder sternförmiger Gestalt, haben einen gut färbbaren Kern, und ihre Grösse wie ihr sonstiges Verhalten ist das der gewöhnlichen Bindegewebszellen. Das Zwischengewebe ist an einigen Stellen spärlich, an anderen wieder so massig, dass die Zellen nur sehr dünn gesät erscheinen; an letzteren Stellen hat das Zwischengewebe exquisit schleimige Beschaffenheit, sieht also hell und stark lichtbrechend aus und ist von feinen Fäden durchzogen. Dazwischen finden sich kleine, zum Theil neu gebildete Gefässchen, nirgends derbere Bindegewebszüge.

Der Ausgangspunkt der Neubildung darf in jenem Bindegewebepolster der Labyrinthwand des Mittelohres gesucht werden, wo wir beim Neugeborenen und oftmals stellenweise noch in den ersten Lebensmonaten jene gallertartige Masse finden, die aus embryonalem Bindegewebe mit spindel- und sternförmigen Zellen in einer structurlosen gallertartigen Grundsubstanz besteht.