XXXIII.

Über reine Transsudate im Mittelohr.

Von

Geheimrat Walb in Bonn.

In seinem Referat: „Die Bakteriologie der akuten Mittelohrentzündungen“, welches Kümmer auf der Versammlung der Otolog. Gesellschaft in Bremen gegeben hat, hat Kümmer auch die Frage der Transsudate im Mittelohr gestreift und dabei erstens auf die Armut an Mikroben in denselben hingewiesen, so daß dieselben als steril angesehen werden können, und zweitens ihre Entstehung durch den negativen Druck betont. In der sich anschließenden Diskussion wurde, wenn ich nicht irre, von Winkler diese Ansicht nicht geteilt und die Sterilität dadurch erklärt, daß die Transsudate meistens aus Schleim beständen, der ein ungünstiger Nährboden für Mikroben sei. Ich teile im Gegensatz hierzu mit Kümmer, Scheibe u. a. die Ansicht, daß es sich bei den Transsudaten, und zwar bei den reinen Formen, in der Tat um Erzeugnisse des negativen Druckes handelt, und daß daher die Sterilität naturgemäß ist. Zunächst muß hervorgehoben werden, daß diese reinen Transsudate gar nicht aus Schleim bestehen, sondern eine wasserklare, rein seröse Flüssigkeit darstellen, die entweder farblos ist oder gelblich, zuweilen auch gelblich-grün erscheint. Diese Transsudate entwickeln sich bei Tubenkatarrh mit Verschuß unter der Einwirkung des negativen Druckes, bei rein passiver Beteiligung der Paukenhöhlenschleimhaut ohne aktive spezifische Schleimbautsekretion — der hydrops ex vacuo der Alten, und zwar der Alten im doppelten Sinne, einmal der älteren otiatrischen Schule und dann auch in dem Sinne, daß diese Form sehr häufig bei alten Leuten rein vorkommt, wie schon Gruber in der ersten Auflage seines Handbuches hervorgehoben, was sich durch die Rigidität der Gewebe und die

Brüchigkeit der Gefäße, die bei alten Leuten gefunden wird, erklärt. Im Gegensatz hierzu gibt es allerdings Mischformen, wo eine sekretorische Tätigkeit der Paukenhöhlenschleimhaut hinzukommt, sei es, daß gleichzeitig ein Katarrh der Mittelohrschleimhaut besteht, oder durch die längere Anwesenheit des Transsudates veranlaßt wird. Hier findet man häufig schleimige Beimengungen, oder der ganze Inhalt stellt eine gleichmäßige colloide, durchsichtige Masse dar. Es kommt aber auch vor, daß der ganze Befund und die Beschaffenheit des Paukenhöhleninhalts für Transsudat spricht und es sich doch um ein Exsudat handelt. Bekanntlich sind bei akuten Mittelohrentzündungen die Exsudate sehr häufig im Anfang rein serös und bleiben so selbst nach dem Eintritt der Perforation in der ersten Zeit. Man beobachtet nun gelegentlich Fälle, wo bei nicht perforierender Mittelohrentzündung die Exsudate nicht resorbiert werden nach Rückgang der entzündlichen Erscheinungen, und wo später, wenn das Trommelfell ganz abgeblaßt und wieder hinreichend pellucide ist, man sehr gut die restierenden Exsudate mit schwarzer Standlinie und allem Zubehör sehen kann. Das sieht genau so aus, wie ein Transsudat und ist doch keins. Alles dies schließt aber nicht aus, daß es reine Transsudate gibt, die nur durch den negativen Druck entstehen und durch den Tubenverschluß veranlaßt sind. Man kann dies durch bestimmte therapeutische Maßnahmen beweisen. Zur Entleerung rein seröser Flüssigkeiten aus dem Mittelohr genügt meist eine einfache Punktion des Trommelfells, wenn man daran die Luftdouche anschließt und durch vis a tergo die Flüssigkeit herausdrückt. Meist ist diese so geschaffene kleine Öffnung nach 24 Stunden schon wieder geschlossen. Man sieht dann häufig schon wieder Flüssigkeit in der Paukenhöhle angesammelt. Das kann so zu erklären sein, daß man nicht alles entleert hat und Flüssigkeitsteile, die im Kuppelraum zwischen den Gehörknöchelchen oder sonst wo festgehalten resp. von der treibenden Kraft nicht berührt wurden, sich am Boden der Paukenhöhle wieder angesammelt haben, oder daß schon wieder frisches Transsudat unter der sofortigen Wirkung des negativen Druckes nach Verschließung der Punktionsöffnung sich bildete.

Nicht immer tritt indes der Verschluß der Punktionsöffnung in so kurzer Zeit ein, namentlich in Fällen, wo durch frühere Anfälle, durch Entzündungen oder durch lange Dauer das Trommelfell artophisch geworden ist, was namentlich häufig für

die hintere Hälfte gilt, wo man ja mit Vorliebe den Einstich macht. Die hochgradige Verdünnung spricht sich ja hier u. a. auch darin aus, daß häufig die Membran dem Punktionsinstrumente ausweicht. Hier bleibt das kleine Loch oft mehrere Tage offen und nun sieht man, daß zwar zuweilen am anderen Tage der Gazestreifen, den man in das äußere Ohr gelegt hat, noch etwas feucht an der Spitze ist, daß aber weiterhin der Streifen ganz trocken bleibt und auch am Trommelfell absolut nichts die Anwesenheit von alter oder neuer Flüssigkeit zeigt, ja daß mit Sicherheit dies ausgeschlossen werden kann. Tritt nun nach mehreren Tagen der Verschluß der kleinen Öffnung ein, ist meist sofort das Transsudat wieder da. Dies hat mich nun auf den Gedanken gebracht, in Fällen von Transsudat einen größeren Schnitt zu machen. Es weichen dann meist die Ränder auseinander und es entsteht ein ovaler Spalt, durch den man hindurch einen größeren Teil der Paukenhöhlenschleimhaut sehen kann, gerade so wie es bei ausgiebigen Rupturen der Fall ist. Ein derartiger Spalt braucht oft mehrere Wochen zu seiner Heilung. Es ist mir stets gelungen, denselben aseptisch zu halten, und habe ich stets schließlich den Verschluß sich einstellen sehen, aber wie gesagt, oft erst nach drei oder vier Wochen, gerade so wie bei größeren Rupturen. Hier gestaltet sich nun der Verlauf in sehr interessanter Weise. In den ersten Tagen ist die Schleimhaut, so weit sie sichtbar ist, ganz leicht gerötet, wie es ja auch die Einwirkung des bis dahin bestandenen negativen Druckes auf die Gefäße natürlich erscheinen läßt. Dann wird die Schleimhaut blaß und normal. Eine Absonderung findet vom zweiten Tage an meist absolut nicht statt. Der Verlauf gestaltet sich nun verschieden und hängt ganz davon ab, ob es einem bis zum Eintritt der Schnittheilung gelingt, den Tubenkatarrh zu beseitigen durch Behandlung der induzierenden Krankheiten im Nasenrachenraum in der Nase etc., sowie durch Behandlung der Tube selbst vom Nasenrachenraume aus. Gelingt dies in der bis zur Schnittheilung gegebenen Frist, so bleibt das Transsudat nach der Heilung des Schnittes aus, gelingt dies nicht, was je seine verschiedenen Gründe haben kann, so stellt sich das Transsudat sofort wieder ein, auch wenn es wochenlang sistiert hatte. Ich glaube damit ist der Beweis geliefert, daß es sich in der Tat in solchen Fällen um reine Transsudate handelt. Ich habe das Verfahren aus naheliegenden Gründen in der Poliklinik meist nicht angewendet, da hier die Bedingungen

für einen gefahrlosen Verlauf meist nicht gegeben sind. Auf der anderen Seite habe ich allerdings größere Rupturen, die ja in gewissem Sinne als gleichartig anzusehen sind, auch in der Poliklinik bei ambulatorischer Behandlung ohne Entzündung und Eiterung heilen sehen. Durch die wenn auch tägliche Anwendung des Katheters wird meist die neue Transsudatbildung nicht verhindert, häufig allerdings auf ein geringeres Maß herabgesetzt. Auch ist in solchen Fällen der längere Gebrauch des Katheters häufig schädlich, da die Schleimhaut im Tubeneingang davon gereizt wird und diese, statt zu heilen und abzuswellen, erst recht krank bleibt. In solchen Fällen eignet sich besser das Politzer'sche Verfahren, das unter Umständen zweimal täglich angewendet werden muß.