VII—VIII.

Kleinere Mittheilungen.

VII.

Aus dem Diakonissenhaus in Frankfurt a. M.

Ein Fall von otitischer Sinusthrombose. Pyämie mit Ausgang in Heilung.

Von

Dr. Edward v. Meyer (Frankfurt a. M.).

Am 3. October 1897 wurde der 24jährige Fabrikarbeiter K. B. mit der Diagnose Typhus abdominalis eingeliefert, nachdem er bereits 8 Tage zu Hause in schwerem typhösen Zustande gelegen hatte. Das Fieber bewegte sich zwischen 38,8 und 40,5°, der Puls entsprechend 100—120; deutlicher Milztumor, Durchfälle, Roseola war nicht vorhanden, trotzdem schien an der Diagnose Typhus nicht zu zweifeln zu sein. Am 5. Tage traten jedoch heftige Kopfschmerzen, starkes Schwindelgefühl, Erbrechen mehr in den Vordergrund der Symptome, dazu kam ein plötzlicher Temperaturabfall von 39,8 auf 37° und kurz nachher ein heftiger halbstündiger Schüttelfrost mit einer Temperatur von 40°. Die weitere Anamnese ergab dann, dass Patient in seiner Kindheit an starker Ohreiterung gelitten hatte, bei welcher angeblich kleine Knochenstückchen sich entleert haben sollen. Am Ohr selbst war nichts zu sehen, keine Otorrhoe, keine Schwellung oder Empfindlichkeit über dem Proc. mastoideus; dagegen war die ganze rechte Kopfhälfte auf leichtes Klopfen sehr empfindlich, ebenso das Drehen des Kopfes schmerzhaft. Als sich nachts der Frost nochmals und am nächsten Morgen ebenfalls in heftiger Weise wiederholte, und damit wohl die Diagnose der Pyämie infolge von eitriger Sinusthrombose nach alter Mittelohreiterung gesichert war, entschloss ich mich kurz, eine Trepanation über den Sinus transversus auszuführen, um dem Eiter Ausfluss zu verschaffen. Mit Meissel und Hammer wurde der Sinus freigelegt, und es entleerten sich sofort einige Kubikcentimeter Eiter aus einem perisinuösen Abscess.

Ich beschränkte mich nunmehr auf diesen Eingriff, in der Voraussetzung, dass durch die Entleerung des Eiters und die Drainage die Heilung angestrebt werden könnte, um so mehr, da von seiten des Ohres

keine weiteren Erscheinungen vorhanden waren, und der Sinus selbst sich weich anfühlte, wenn auch die Wand etwas verfärbt aussah.

In der That war auch ein Erfolg zu verzeichnen, die Temperatur ging herunter auf $36,8^{\circ}$ und hielt sich die nächsten 3 Tage zwischen $36,8$ und $37,6^{\circ}$ bei einem Puls von 60—84. Die subjectiven Beschwerden waren gehoben, der Kopfschmerz, der Schwindel, das Erbrechen hörten auf, und der Patient konnte wieder essen. Die Secretion aus dem Abscess war gering. Am 4. Tage nach der Operation fingen jedoch die schweren subjectiven Beschwerden wieder an, die Temperatur stieg auf 39° , der Puls auf 102. Der Augenhintergrund ergab keine Stauungspapille, wohl aber stärkere Füllung der Venen. Es traten dann wieder Schüttelfröste ein. Der Allgemeineindruck des Patienten und der gute Puls bewogen mich jedoch, noch etwas abzuwarten, bevor ich einen neuen Eingriff machte. Als aber in der Nacht vom 20. auf den 21. October drei heftige Schüttelfröste von $\frac{1}{2}$ stündiger Dauer mit Temperatursteigerung bis $40,5^{\circ}$ und darauffolgenden Remissionen auf 36° auftreten, glaubte ich doch nicht mehr zögern zu dürfen, das Mittelohr in typischer Weise aufzumeisseln und den Sinus noch weiterhin blosszulegen und zu eröffnen.

Am 22. October machte ich zunächst die Unterbindung der Vena jugularis interna, welche bis zum Abgang der Vena facialis communis leer war; letztere wurde an ihrer Einmündungsstelle ebenfalls unterbunden. Die Jugularis wurde dann möglichst weit hinauf gespalten, und fand sich dieselbe frei von Thromben.

Nachdem auf die Venenwand ein Gazestreifen zur Drainage gelegt war, wurde die Haut durch eine fortlaufende Naht wieder vereinigt und mit einem Collodiumverband geschützt. Dann machte ich die typische Aufmeisselung des Processus mastoideus, der ziemlich sclerosirt war und nur in seinem oberen Theil einige missfarbige Granulationen zeigte; nach Eröffnung der Paukenhöhle und der Antrums stiess man auf einen Sequester, welcher in Granulationen lose eingebettet war, und der Dura und dem Sinus unmittelbar auflag. Er war 1 cm lang und 2—3 mm breit. Nach seiner Entfernung wurden die Granulationen vorsichtig mit dem scharfen Löffel weggekratzt und nunmehr zur Freilegung des Sinus die knöcherne Brücke zwischen den beiden Trepanationsstellen mit dem Meissel und der schneidenden flachen Beisszange entfernt; nach hinten zu wurde er noch auf 3 cm freigelegt. Nun zeigte sich der Sinus in seiner ganzen Ausdehnung missfärbig, derb, ich spaltete ihn daher und entfernte einen eitrig zerfallenen Thrombus. An der Dura mater fanden sich keine pathologischen Veränderungen, das Gehirn pulsirte in normaler Weise. Aus dem eröffneten Sinus trat keine Blutung auf. Mit schwacher Sublimatlösung wurde sodann die ganze Wunde leicht abgerieben und die ganze Knochenhöhle mit steriler Gaze austamponirt, die theils direct nach hinten, zum Theil durch den äusseren Gehörgang herausgeleitet wurde. Nur an dem äusseren Ende wurde über der blossliegenden Dura die Haut durch einige Nähte vereinigt, nachdem auch über den Sinus ein Gazestreifen zur Drainage eingelegt war.

Die Narkose verlief glatt, der Puls hielt sich fortwährend gut. Der Verlauf nach der Operation schien anfangs vollkommen glatt zu sein, es zeigte sich aber vom 3. Tage an, dass die pyämischen Erscheinungen,

noch fort dauerten, während das Allgemeinbefinden ein vorzügliches war. Der Kopfschmerz war verschwunden, der Schwindel hörte vollständig auf, auf Beklopfen war der Schädel nicht mehr empfindlich, Erbrechen kam auch nicht mehr. Der Appetit war ein vorzüglicher; Patient sass meist aufrecht im Bett, hatte über gar nichts zu klagen, als über etwas Mattigkeit und starkes Schwitzen nach den Schüttelfrösten, welche sich täglich noch zweimal wiederholten. Der Puls war dabei immer gut, kräftig, ca. 80—92 Schläge in der Minute. So ging es 3 Wochen lang. Die grössten Temperaturdifferenzen betrugen 5° , 40,6 nach dem Schüttelfrost, 35,6 beim Abfall nach dem Frost. Allerdings nahm die Dauer der einzelnen Fröste und ihre Intensität im Laufe der Zeit ab, bis sie schliesslich am 12. November ganz aufhörten und vollständig normalen Temperaturen Platz machten. Von irgend welchen Metastasen war niemals etwas nachweisbar. Die Temperaturverhältnisse richteten sich genau nach dem Aussehen der Wunde. Diese wurde täglich zweimal mit feuchter Gaze (essigsäure Thonerde) tamponirt, zeigte aber anfangs nicht die mindeste Secretion, in der Tiefe war immer eine missfärbige Stelle zu sehen. Erst nach 14 Tagen begann etwas serös-eitrige Secretion, und mit Wegfall der Schüttelfröste wurde sie ziemlich profus und stinkend. Nach weiteren 3 Wochen war die ganze Wunde bedeutend verkleinert, tief trichterförmig eingezogen und überhäutet, nur in der Tiefe noch geringe Secretion zeigend. Nach vierzehntägiger ambulatorischer Behandlung, konnte Patient vollständig geheilt entlassen werden.

Wenn wir den Fall überblicken, so fällt uns zunächst auf, dass die Diagnose anfangs Schwierigkeiten machte, indem das ganze Krankheitsbild dazu drängte, einen Typhus anzunehmen, bis die Schüttelfröste einsetzten und die cerebralen Symptome (Schwindel, Erbrechen) auftraten; damit war dann die Diagnose auf Sinusthrombose gesichert, nachdem man noch von den Angehörigen die Anamnese vervollständigen konnte; Patient wusste nichts davon, dass er als Kind an Ohreiterung gelitten hatte.

Die Operation zeigte sodann, dass es sich um einen alten chronischen Process handelte, welcher zur Nekrose und Sequestrirung eines Theiles des Felsenbeines geführt hatte. Von da war die Infection des Sinus transversus, welchem der Sequester auflag entstanden. Vor allem interessirt uns aber der Verlauf, indem trotz des Wegfalles aller subjectiven Beschwerden, bei vorzüglichem Allgemeinbefinden, die Temperaturcurve in keiner Weise beeinflusst wurde. Die Schüttelfröste bestanden fort, liessen nur allmählich an Dauer und Intensität nach, gleichmässig Schritt haltend mit den Wundverhältnissen, und mit dem Eintreten der profusen Secretion vollständig aufhörend. Patient hatte im ganzen 65 Schüttelfröste, wobei die grösste Temperaturdifferenz 5° betrug. Ich glaube, dass der ganze Verlauf dadurch bedingt war, dass der verjauchte Thrombus nicht ganz entfernt werden konnte, und dass offenbar im Foramen jugulare noch Massen festsass, die noch genügten, das Bild der Pyämie zu unterhalten, bis sie demarkirt waren und unter profuser Eiterung eliminirt werden konnten. Die Hauptsache war, dass diesen Infectionsmassen der Weg vorgezeichnet war, wohin sie sich zu entleeren hatten. Dass der Process kein weiterschreitender war, sondern ein

rein localer noch nicht demarkirter Jaucheherd war, lässt sich wohl aus dem Wegfall der cerebralen Erscheinungen und dem vorzüglichlichen Allgemeinbefinden schliessen. Andererseits glaube ich sicher annehmen zu dürfen, dass gerade dieser Fall auf das bestimmteste zeigt, dass die Unterbindung der Vena jugularis bei der Sinusthrombose doch von grossem Werthe ist, und dass es unrichtig ist, wenn dieselbe als unnöthiger Eingriff angesehen wird. Denn erstens giebt sie doch Sicherheit, dass bei der Operation ein Verschleppen der Infectionsmassen unmöglich wird, und zweitens gewährleistet sie, dass zurückgelassene Theile des Thrombus, welche wie in unserem Falle nicht entfernt werden konnten, schadlos liegen bleiben können, bis sie auf dem ihnen vorgezeichneten Weg eliminiert werden. Würde die Unterbindung nicht gemacht worden sein, so glaube ich wohl, dass wir noch mit Metastasen zu thun bekommen hätten.

Ich habe diese casuistische Mittheilung zu machen mich für berechtigt gehalten, erstens weil der Fall an und für sich als geheilte Sinusthrombose bemerkenswerth ist, zweitens, weil er beweist, dass ein pyämisches Fieber bei rein localem Jaucheherd fortbestehen kann, selbst wenn durch ausgedehnte Trepanation derselbe nach aussen freigelegt ist, aber nicht ganz beseitigt werden kann, und drittens, weil ich glaube, dass namentlich die Unterbindung der Jugularis von entscheidendem Werthe war. Die Technik der Unterbindung ist so einfach, dass sie jedesmal ausgeführt werden sollte; schaden kann sie jedenfalls nicht, sondern nur Nutzen bringen.

VIII.

Aus dem Katharinen- und Ludwigsspital (Dr. v. Burckhardt) in Stuttgart.

Ueber Muskelangiome und ihre Exstirpation.

Von

Dr. H. Bayha.

Das Vorkommen der Angiome ist beobachtet an den verschiedensten Stellen, in den verschiedensten Organen und Geweben des menschlichen Körpers. Als häufigster Sitz gelten die äussere Haut und das subcutane Gewebe, als bevorzugt die Stellen, an welchen fötale Spalten sich schliessen. Weniger häufig sind die Angiome in inneren Organen, abgesehen von der Leber, in welcher sie meist erst in höherem Alter auftreten und das Lebergewebe substituieren. Zu den Organen, in denen sie besonders selten vorkommen, scheinen auch die willkürlichen Muskeln zu gehören. Diese Angiome sind zwar schon längst bekannt, doch erwähnt Virchow in seinem Werke über die krankhaften Geschwülste Bd. III, dass er nur einen solchen Fall, eine wallnussgrosse, cavernöse Geschwulst in den Muskeln des Daumenballens beobachtet habe; er führt dort weitere Beobachtungen an aus der Litteratur. In neuerer Zeit wurden je 3 Fälle veröffentlicht mit ausführlicher mikroskopischer Untersuchung der Präpa-