

### III.

## Zwei Fälle von Sinusbetheiligung nach Aufmeisselung.

Von

Dr. Rudolf Panse,

Ohrenarzt in Dresden, Oberarzt am Diakonissenhaus.

(Hierzu 1 Curve.)

Grunert und Zeroni theilen in dem Jahresbericht 1898 und 99 der Halle'schen Ohrenklinik, der für mich immer eine hochgeschätzte Gelegenheit zum Selbstunterricht ist, einen Fall mit, wo der bei der Operation freigelegte und gesund befundene Sinus später an der freigelegten Stelle erkrankte und zu tödtlicher Septicopyämie führte. Bisher ist kein ähnlicher Fall beschrieben worden, deshalb veröffentliche ich hiermit einen ganz gleichen, den ich bisher zurück hielt, weil ihm der bestätigende Stempel der Leichenöffnung fehlte.

Die 56jährige W. M. kam am 4. Februar 1896 in meine Behandlung wegen chronischer Eiterung mit beistehender Hörprüfung.

$$\begin{array}{rcl}
 & c & S \\
 R. & & L. \\
 & c^4 L & \\
 & 0 & c L - 7 \\
 15 + & c W & + 15 \\
 2 \text{ cm} & F l & 5 \text{ cm} \\
 & St & \\
 & & C_2 Cc \\
 c^3 c^4 & & c^1 c^2 c^3 c^4 \\
 c^5 c^6 c^7 c^8 & & c^5 c^6 c^7 c^8
 \end{array}$$

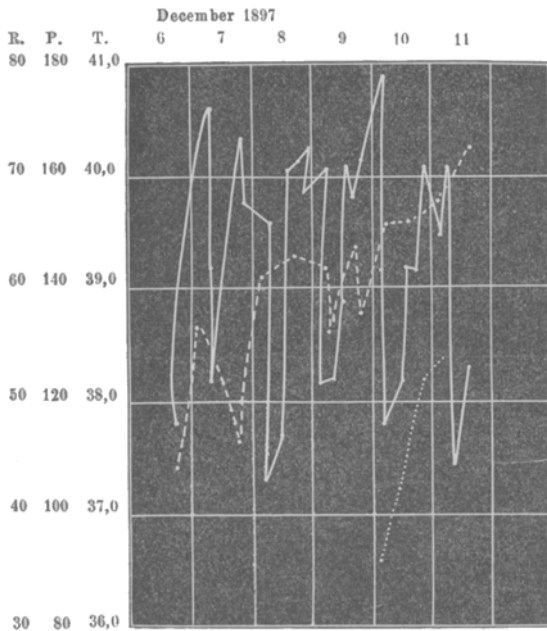
Da unter conservativer Behandlung nur das linke Ohr besser wurde, nahm ich am 6. Mai den Hammer heraus. Amboss war nicht zu finden, eine Menge Granulationen aus der Gegend zerkratzt. Auch dieser Eingriff brachte bei der selten zur Behandlung kommenden Frau keine Heilung, deshalb am 23. Nov. wegen vermehrten Kopfschmerzen Freilegung der Mittelohrräume. Befund dabei: Normale Weichtheile und Corticalis, Sinus in  $\frac{1}{2}$  cm Tiefe etwa linsengross völlig gesund freiliegend, Antrum liegt tief, darin Eiter unter mässigem Druck. Hinterwand weggenommen. Vom Amboss nichts zu finden, weisse Lamellen in der Kuppel, desgl. viele Granulationen. Naht nach meiner Angabe, dabei starke diffuse Blutung, Gehörgang innen locker, aussen fest tamponirt.

Nach der Operation fortwährend Erbrechen, einen Tag Kopfschmerz. Temperatur am zweiten Abend  $37,7^\circ$ , sonst normal. Beim Verbandwechsel am dritten Tage Nähte eiternd, starker Geruch, Haut unterminirt. Jodoformgaze eingeschoben.

Hauptklage Magenbeschwerden, die aber schon vorher bestanden. Entlassen am 29. November.

Am 2. Dezember, also am 12. Tage nach der Operation Schwindel, Erbrechen, Durchfall, seitdem jeden Tag Schüttelfrost, sehr starke Magenschmerzen, schwarze Punkte vor den Augen.

6. Dezember 1897 Wiederaufnahme. Wunde hinten breit gespalten. Die Wundränder unter der Haut waren etwas unterminirt aber schon gereinigt. Die Stelle, an der der Sinus freilag, gut granulirend, überhaupt normaler Heilungsverlauf. 7. Dezember. Trotzdem  $\frac{1}{2}$  8 Uhr früh 40,3° ohne ausgesprochenen Schüttelfrost Erbrechen, keine Gelenkschmerzen, kein Husten, Kopfschmerz und kein Brechen, kein Druckschmerz im ganzen Verlauf der Jugularis, bis nach möglichst hoch oben. Lunge und Herz gesund. Granulationen vom Sinus abgeschabt, welche nicht gleichmässig über ihn hinwegzogen. Stumpf dringt der Löffel etwa 2 cm tief ein unter geringer venöser, mit wenig Eiterstreifen und rübkorngrossen Flöckchen gemischter



Blutung. Erweiterung des Sinus von da bis stärkere Blutung erfolgt. Jodoform-Borsäuregazetamponade. 7. Dezember Abends 40,3°. Nachts Erbrechen. 8. Dezember Husten und Stechen links unten, Kopfschmerz, Jugularis auch hoch hinauf nicht mehr empfindlich als auf der gesunden Seite. Beim Verbandwechsel aus dem Sinus sehr starke Blutung ohne Eiterklümpchen. Abends Husten, starke Seitenschmerzen, rechts grossblasiges Rasseln. Priessnitz auf die rechte untere Seite. Morph. mit Aq. amygd. Nachts 8—8 Uhr 40, 40,1, 40,2, 39,9, 40,1, 38,2. Rostfarbiger klumpiger mit zähem Schleim vermischter Auswurf, fötide Ructus. Herz ohne Geräusche. Stechen vorn unten besser. Läppchen aus dem Ohr nur nach Jodoform riechend. Nasser Sublimatverband 1:1000, 10 Uhr 38,2, 12 Uhr 38,9. Abends etwas Magenschmerzen, 40°. 10. Dezember Nachts Schüttelfrost bis 40,9°, hat gefroren. Immer wieder Magenschmerz, Athmung 36,0. Jugularis nicht druckempfindlich. Mittags R. 44, Chinin, T. 38, Abends R. 52°, Rasseln über den ganzen Rücken, Sputum roth mit wenig gelbgrauen Stellen leichtes

Trachealrasseln. Nachts 40,0°. 11. Dezember hinten und vorn auf der Brust alle Arten Geräusche R. 56. Schmerzen besonders links, 11½ Mittags Exitus.

Wenn auch hier die bestätigende Leichenöffnung fehlt, so ist doch Folgendes durchaus sicher. Ein vorher freigelegter völlig gesunder Sinus einer fieberlosen Frau zeigt sich am 15. Tage nach der Operation als eitrig erweicht, sodass der Löffel stumpf durch die Wand dringt und entleert mit etwas Eiter gemischtes Blut, und es entwickelt sich eine Pyämie mit Lungenmetastasen, an der die Patientin zu Grunde geht.

Ich kann nicht mit Leutert übereinstimmen, mit dem ich über den Fall sprach, dass schon vor der Operation ein Thrombus vielleicht im Bulbus bestanden habe, der dann rückwärts sich ausdehnte, sondern nehme wie Grunert in seinem Fall eine Infection des Sinus von der eiternden Aufmeisselungswunde an; vielleicht so entstanden, dass erst die reichliche Blutung durch die, wenn auch lockere Tamponade des Gehörgangs zurückgehalten den Sinus vom Sulcus abhob, der Bluterguss dann vereiterte und der perisinuöse Abscess zur Thrombose und Zerstörung der Wand führte. Ueber die Magensymptome meines Falles wage ich keine Vermuthungen auszusprechen, sie sind verhältnissmässig bedeutungslos. Für mich ergab sich aus dem Fall die Lehre, den Sinus jedenfalls nicht mehr als zu vernachlässigende Grösse zu betrachten und, wenn er freigelegt wird, nicht die Wunde hinter dem Ohre zu schliessen. Die ausgebildete Pyämie würde ich jetzt mittels Durchsuchung des Sinus nach wandständigen Thromben so wie E. Meyer empfiehlt, behandeln, da einige Jugularisunterbindungen mit einfacher Sinusöffnung in letzter Zeit mir schlechte Erfolge gaben.

## II.

In demselben Jahresbericht betont S. 190 Grunert bei Sinuserkrankung Kräftigkeit und Regelmässigkeit des Pulses, als „sicher zuverlässigstes prognostisches Moment“. Ein Fall meiner Beobachtung aus dem Jahre 1894 fiel mir hierbei ein, der mir viel Kopfzerbrechen verursacht hat und der mir auch jetzt noch unklar ist.

Ein siebenjähriger kräftiger, gutgenährter Knabe mit gesundem Herzen kam wegen subperiostalen Abscesses bei acuter Ohreiterung. Links rechtwinkliges Abstehen des Ohres infolge einer teigigen grossen Schwellung, die ohne scharfe Grenzen sich nach Schuppe und Hinterhaupt und Hals abflacht. An der Spitze des Proc. mast. eine etwa 1 cm grosse Incision, aus der molkiger, serös-fetziger Eiter sickert. Gehörgang schlitzförmig von vorn oben nach hinten unten verengt, voll stinkenden Eiters.

12. Februar 1894 Operation:

Corticalis fehlt in ca. 2 Markstückgrösse, ist an der Schuppe sequestriert und am Periost adhärent, etwa 1½ Esslöffel blasse schlaaffe Granulationen führen bis ins Antrum. Granulationen zwischen Kopfschwarte und Periost erfordern einen 4 cm langen Schnitt nach hinten. Beim Auskratzen einer mit Käse gefüllten Zelle nach hinten starke venöse Blutung. Abends T. 36,5°. Puls gut. Nase und Füsse warm. Verband durchtränkt.

13. Februar. Puls ganz schnell und unregelmässig, kaum zu zählen, bisweilen gar nicht zählbar. Temperatur schwankte zwischen 36,1 und 37,5°, dabei bestes Wohlbefinden; der Junge sitzt immer vergnügt im Bett und spielt.

16. Februar Verbandwechsel. Die Wunde, soweit genäht, per primam geheilt, etwas Foetor. Am 12. Tage bei normalem Puls und Temperatur entlassen. Am 14. März zeigte sich im hintersten Winkel des Querschnittes ein unterminirtes Geschwür, das auf Jodoformglycerinanwendung in einigen Tagen heilt.

Die ganz enorme Unregelmässigkeit des Pulses hat hier also das Allgemeinbefinden und den Heilungsverlauf nicht im geringsten beeinflusst.

---