

XII.

Aus der Kgl. Universitäts-Ohrenklinik zu Berlin. Director Geh.
Medicinalrath Prof. Dr. Lucae.

Zwei Fälle von Sinusthrombose mit bindegewebiger Obliteration des Sinus sigmoideus.

Von

Dr. Warnecke, Assistenzarzt.

Der immerhin nicht gerade häufige Ausgang der Thrombose des Sinus sigmoideus in bindegewebige Obliteration desselben, mag es rechtfertigen, wenn ich es unternehme, der Zahl der bis jetzt publicirten Fälle zwei neue hinzuzufügen. Ich gebe zunächst die Krankengeschichten:

1. Wilhelm D., 19jähriger Schubmacher, aufgenommen 19. März 1898.

Anamnese: Seit 2 Jahren angeblich Ausfluss aus dem linken Ohr, im Anschluss an eine vor demselben aufgetretene Anschwellung, aus der im Krankenhaus durch Einschnitt Eiter entleert wurde. Ausfluss stets gering. Seit 4 Wochen Kopfschmerz in der Stirn. Niemals Schmerz im Ohr. Seit 8 Tagen Appetit schlecht, die letzten 4 Nächte kein Schlaf. Kein Schwindel, keine Uebelkeit, kein Erbrechen. Sonst stets gesund. In der Familie kein Ohrenleiden. Vater an Schwindsucht gestorben.

Befund bei der Aufnahme: Rechts in Mitte der hinteren Trommelfellhälfte starke Trübung mit beginnender Verkalkung, eingesunkener oberer Pol. Vorn oben, unter dem Umbo und im Reflex je eine mässig grosse Narbe.

Links grosser gelappter Polyp, den knöchernen Gehörgang ganz ausfüllend. Extraction des Polypen mit kalter Schlinge. Die eintretende Blutung macht weiteren Einblick unmöglich.

Ueber dem Warzenfortsatz keine Schwellung, keine Druckempfindlichkeit.

Diagnose: Rechts Trübung, Verkalkung, Narben. Links chronische Eiterung mit Polyp.

Stimmgabelbefund: Weber median, Rinne rechts +, links —.

A. rechts wenig, links sehr stark herabgesetzt.

Fis. rechts normal, links wenig herabgesetzt.

Flüstersprache: Rechts: 13,0 (3, 6, 8, 80, 2, Kuckuck, Hohenlohe).

Links: 0,2 (2, 3, 6, Otto).

Temperatur bei der Aufnahme 39,2°.

Ophthalmoskopischer Befund beiderseits normal.

Behandlung: Bettruhe. Warme Umschläge mit essigsaurer Thonerde-Lösung.

20. März 1898. Heute Morgentemperatur 38,3°, morgens 10 Uhr Schüttelfrost mit nachfolgendem Temperaturanstieg auf 39,5°, mittags Temperatur 38,3°, abends 40,5°.

21. März 1898. Kein Fieber.

22. März 1898. Morgentemperatur 39,2°, Abendtemperatur 38,3°.

23. März 1898. Kein Fieber mehr. Pat. hat reichlich Stuhlgang nach Einnehmen von Curella'schem Pulver. Extraction eines Polypenrestes aus der Pauke mit kalter Schlinge.

24. März 1898. Subjectives Befinden gut. Kein Fieber. Mässig starke, nicht fétide Secretion aus der Pauke.

26. März 1898. Noch einige kleine Granulationen aus der Pauke mit kalter Schlinge entfernt.

6. April 1898. Paukenschleimhaut granulirend. Zwischen den Granulationsknöpfchen Eiter, nach Abtupfen vom Tegmen und vom Aditus her sofort wieder vorquellend.

16. April 1898. Da die Secretion unverändert fortbesteht links Radicaloperation in Aethernarkose (Dr. Warnecke). Nach den ersten Meisselschlägen kommt eine graue Membran zum Vorschein, unter der beim Tupfen reichlich Eiter hervorquillt. Freilegung erweist diese Membran als laterale Wand eines 2,5 cm langen, 1,0 cm breiten Abscesses. Derselbe ist als im Sinus gelegen durch den Abgang verschiedener thrombosirter Gefässe nach Abschaben der reichlich vorhandenen Granulationen und Abtragen der äusseren Sinus-, bzw. Abscesswand deutlich zu erkennen. Die an den Sinus angrenzende Dura überall bis ins Gesunde freigelegt. Verdickung der dem Sinus benachbarten Duraparthieen. Abschluss des Sinus nach oben und unten durch vollkommen bindegewebig organisirte Thrombusmassen. Im Centrum reichlich Granulationen, ebenso in der Pauke. Hammer nicht vorhanden, Kopf fast ganz durch Caries zerstört. Hammer in toto fest in derbe Granulationen eingebettet. Bogengang intact. Fortnahme der hinteren Gehörgangswand. Plastik. Jodoformgazetamponade. Verband.

17. April 1898. Temperatur morgens 37,3°, abends 39,1°. Verbandwechsel. Wunde sieht gut aus.

20. April 1898. Temperatursteigerung abends auf 38,2°.

21. April 1898. Temperatursteigerung abends auf 38,3°.

22. April 1898. Temperatursteigerung abends auf 38,0°. Seitdem kein Fieber mehr.

16. Mai 1898. Ueppige Granulationsbildung. Aetzen mit Arg. nitric.

4. Juni 1898. Pat. wird gebessert zur poliklinischen Behandlung entlassen.

2. Juli 1898. Thiersch'sche Transplantationen vom Oberarm auf die Wundfläche.

24. September 1898. Pat. wird geheilt aus der Behandlung entlassen. Hörfähigkeit wie bei der Aufnahme.

2. Pauline Schubert, 11 Jahre alt, aus Storkow, aufgenommen 1. Mai 1899.

Anamnese: Angeblich vor 6 Jahren Scharlach und Diphtherie, danach Ohrenlaufen beiderseits, zeitweise aussetzend, zuweilen auch Reissen im Ohr beiderseits. Vor 5 Wochen Influenza, dabei Ohrenschmerzen rechts. Vom 4. Tage der Erkrankung an Schüttelfröste, alle Tage auftretend, zuweilen zwei- bis dreimal. Letzter Schüttelfrost vergangene Nacht um 1/21 Uhr. Während der Schüttelfröste öfter Erbrechen.

Befund bei der Aufnahme: Rechts in Mitte des Gehörganges kleine Granulation von der oberen Wand. Grosser Defect. Vom Hammer nichts zu sehen, stark granulirende Paukenschleimhaut. Warzenfortsatz mässig stark druckempfindlich. Secretion stark, fétide. Links mässig grosser, zum Theil knöchern begrenzter Defect im hinteren, oberen Quadranten, aus dem sich in mässig reichlicher Menge cholesteatomatöse Massen entleeren. Nach der Entfernung derselben durch Spritzen liegt glattrandiger, soweit sichtbar epidermisirter, in den Aditus führender Defect vor. Bei der Aufnahme kein Fieber.

Diagnose: Bs. Ot. med. chron. foet., rechts mit Cholesteatom, Empyem des Proc. mast. und Sinusthrombose (?).

1. Mai 1899. Rechts Operation in Aethernarkose (Dr. Heine). Knochen in Höhe des Meatus, ca. 1 cm von demselben entfernt, porotisch. Die ersten Meisselschläge eröffnen eine ziemlich grosse, mit fétidem Eiter und Granulationen erfüllte Höhle, in deren Grunde der ebenfalls mit Granulationen

bedeckte Sinus freiliegt. Im Antrum und Aditus ad antrum Cholesteatom. Von Knöchelchen nichts mehr vorhanden. In der Pauke, in Granulationen eingebettet, Steigbügelköpfchen sichtbar. Im Bogengang 1—2 mm langer, mit dunkelroth-schwärzlichem Granulationsgewebe erfüllter Defect. Lateral vom Atticus und Tegmen antri liegt Dura frei auf Strecke von ca. 1 qcm, dieselbe ist mit Granulationen besetzt, lässt jedoch überall am Rande Uebergänge in gesunde Dura erkennen. Fortnahme der hinteren knöchernen Gehörgangswand. Freilegung des Sinus sigmoideus vom oberen Knie bis zur Spitze nebst angrenzender Dura, soweit dieselbe mit Granulationen bedeckt ist. Dicht über der Spitze liegt auf dem Sinus ein sehr morscher Sequester, der in mehreren Stücken extrahirt wird. Eröffnung des Sinus, nachdem vorhergegangene Punction mit Pravaz-Spritze kein Blut ergeben hat. Excision der lateralen Wand von der Gegend der Spitze bis in die Nähe des oberen Knies. Hier kommt beim Verschieben der Hohlsonde Blut (nicht sehr reichlich). Die Blutung steht sofort auf Tamponade. Nach unten gelingt es nicht, den Sinus weiter zu verfolgen, derselbe ist in Gegend der Spitze völlig obliterirt. Plastik. Jodoformgazetamponade. Verband.

3. Mai 1899. Erster Verbandwechsel. Wunde sieht gut aus. Lateral vom Tegmen aditus ad antrum liegt ein Eitertropfen. Dort dringt stumpfes Häkchen auf kleine Strecke in die Dura ein. Bisher kein Fieber, keine Pulsverlangsamung, dagegen unverkennbare Apathie.

5. Mai 1899. Apathie geschwunden. Kein Eiter mehr an der beschriebenen Stelle.

10. Mai 1899. Wunde granulirt gut. Pat. erholt sich zusehends.

12. Juni 1899. Links, wo bisher dreimal täglich mit Formalinlösung ausgespritzt wurde, wird heute eine Granulation von hinten oben aus der Ambossgegend entfernt,

27. Juni 1899. Extraction einer neuen Granulation von derselben Stelle.

14. Juli 1899. Links Secretion aus der Ambossgegend. Pauke im übrigen zum grössten Theil epidermisirt.

Rechts retroauriculäre Wunde bis auf ganz kleine Oeffnung verheilt, Pauke noch nicht epidermisirt. Pat. wird auf Wunsch der Eltern entlassen, um ausserhalb weiterbehandelt zu werden.

Der erste Fall ist interessant durch den thrombotischen Abschluss des Sinus sigmoideus nach dem Bulbus v. jugul., wie nach dem Torcular zu. Die trotzdem aufgetretenen pyaemischen Symptome können nur durch Eintritt septischen Materials in eine der kleineren vor dem Abscess im Sinus abgehenden nicht thrombosirten oder durch Mobilwerden septischer Thrombentheile in thrombosirten Venenästchen erklärt werden. Directer Eintritt in die Blutbahn vom Abscess durch den Sinus transversus bzw. die Vena jugularis interna erscheint bei der bereits eingetretenen bindegewebigen Organisation des Thrombus ausgeschlossen. Das Auftreten weiterer pyaemischer Erscheinungen ist vermuthlich durch eingetretene gutartige Thrombose oder durch gutartigen Abschluss eines septischen Thrombus herzwärts, verhütet worden.

Eine stärkere Temperaturerhöhung ist nur am ersten Tage nach der Operation aufgetreten, sonst hat Patient ausser leichten Steigerungen am 4., 5. und 6. Tage nach der Operation während der Behandlungsdauer kein Fieber mehr gehabt.

Hinsichtlich der Fieberbewegung noch mehr zum Abschluss gelangt war der zweite Fall, bei dem Temperatursteigerung

überhaupt nicht beobachtet wurde. Hier war nach der Jugularis zu eine völlige Verklebung der Sinuswandungen eingetreten. Dazwischen liegende bindegewebig organisierte Thrombusmasse, wie im ersten Fall, war nicht zu erkennen. Hier hat also entweder primär die vorhandene Phlebitis zur Wandverklebung geführt, nachdem in Folge oberhalb localisirter Thrombose die untere Sinusparthie collabirt war oder die Verklebung ist secundär nach Zerfall eines auch hier vorhanden gewesenen Thrombus eingetreten. Nach dem Torcular zu war in diesem Falle ein Abschluss nicht vorhanden.

Glücklicher Weise sind wir in keinem der beiden Fälle in die Lage gekommen, constatiren zu können, wie weit sich der Abschluss des Sinus erstreckte.

In den in der Literatur beschriebenen Fällen, bei welchen es sich um durch Autopsie gewonnene Beobachtungen handelt, war die Thrombose eine ziemlich ausgedehnte.

Sie betraf in dem Fall von Griesinger (1) den Sinus transversus „von seiner Umbiegungsstelle an bis zum Foramen lacerum“. Der Thrombus wird als „zähes, der Wand fest adhaerentes, grauröthliches Fibringerinnsel“ beschrieben.

Auch das Emissarium war in diesem Fall „mit einem festen, vollkommen adhaerenten Gerinnsel“ gefüllt.

In Schwartz's (2) Fall war „der rechte Sinus transversus völlig obliterirt durch einen sehr alten organisirten Thrombus“, der „mit Wahrscheinlichkeit als ein Residuum der mehrere Jahre vor dem Tode überstandenen Sinusphlebitis mit Pyaemie zu deuten“ war.

Zaufal (3) fand in seinem Falle: „Die mediale Hälfte des Sinus sigmoideus ist vom Foramen jugulare an bis 2,5 cm nach aussen vollständig obliterirt durch eine zähe, trockene, gelblichweisse, faserige, die Wände des Sinus vollständig verbindende organisierte Masse“. Dagegen war „der übrige Theil des Sinus sigmoideus und der ganze linke Sinus transversus mit einem jüngeren, röthlich gelben, der Sinuswandung ziemlich fest anhaftenden, in seinen centralen Parthieen reicheren an einer Stelle selbst zu einem röthlich gelben eiterähnlichen Brei zerfallenen Thrombus bis zum Torcular Herophili erfüllt“.

Der bei Körner (4) citirte Fall von Bond war mir nicht zugänglich.

Die durch diese, wie durch unsere Fälle anatomisch erwiesene Möglichkeit einer bindegewebigen Obliteration des

thrombosirten Sinus wird durch eine Anzahl von Fällen illustirt, in denen Patienten mit ausgesprochenen Symptomen der otogenen Pyaemie, zum Theil sogar mit Gelenk-, Muskel- und Lungen-Metastasen zur Heilung kamen. Der Heilungsprocess wird sich in einem Theil der Fälle wenigstens ähnlich vollzogen haben, wie in den obducirten bzw. operirten Fällen. Ich nenne die Fälle von Sédillot (5), Prescott Hewett (6), Heydenreich (7), Wreden (8), Stacke (9), Urbantschitsch (10), Jansen (11), Poulsen (12).

Immerhin sind, wie Körner (13) betont und wie auch aus der immerhin geringen Zahl der Publicationen hervorgeht, derartige Fälle so selten, dass sie die schlechte Prognose der otitischen Sinusphlebitis nicht beeinflussen können.

Literatur.

1. Griesinger, Fortgesetzte Beobachtungen über Hirnkrankheiten. Archiv der Heilk. 3. Jahrg. S. 447 ff. 1862. — 2. Schwartz, Casuistik zur chirurgischen Eröffnung des Warzenfortsatzes. Archiv f. Ohrenh. Bd. XIII, 1. S. 98 ff. 1873 — 3. Zaufal, Otitis media chronica etc. Ebenda. Bd. XVII, 3. S. 157 ff. — 4. Körner, Die otitischen Erkrankungen u. s. w. 1896. S. 69. — 5. Sédillot, cit. nach Urbantschitsch. Lehrbuch der Ohrenheilk. 1884. S. 265. — 6. Prescott Hewett, cit. nach v. Tröltsch. Lehrb. d. Ohrenheilk. 1868. S. 373. — 7. Heydenreich, Embolie der Pulmonalarterie nach Caries oss. temp. sinist. Inaug.-Dissert. Jena 1867. S. 12 ff. — 8. Wreden, Analyse eines bemerkenswerthen Falles von Phlebitis sinuum durae matris ex otitide. Archiv f. Augen- u. Ohrenheilk. Bd. III, 2. S. 97 ff. — 9. Stacke, Statistischer Bericht der Universitäts-Ohrenklinik zu Halle pro 1882/83. Arch. f. Ohrenheilkde. Bd. XX, 4. S. 282 ff. — 10. Urbantschitsch, Lehrbuch der Ohrenheilk. 1884. S. 265. — 11. Jansen, Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen. Archiv f. Ohrenheilk. Bd. XXXVI, 1. S. 6. — 12. Poulsen, Ueber cerebrale Erkrankungen bei der Otitis media. Arch. f. klin. Chir. urg. Bd. LII. S. 483 ff. — 13. Körner, l. c.
-