

## XIX.

### Einige Bemerkungen zur Stauungsfrage.

Von

Dr. A. Fröse, Ohrenarzt in Hannover.

Isemer<sup>1)</sup> äußert (S. 110) Zweifel an dem Vorhandensein einer Corticalisfistel, welche ich bei meinem zweiten Falle<sup>2)</sup> nachgewiesen habe. Er meint: „Wenn z. B. Fröse schreibt: „Die Sonde trifft hinter den die Wunde erfüllenden Granulationen auf rauen Knochen und dringt hinten oben in ein Loch der Corticalis“, so ist auch hier, zumal das umgebende Gewebe infiltriert war, nicht mit Sicherheit der Nachweis einer Corticalisfistel erbracht.“ Er geht dann auf Eigentümlichkeiten der äußeren Konfiguration des Warzenfortsatzes, auf Leisten- und Dellenbildungen, auf Arrosionen und oberflächliche Sequestrierungen ein und schließt mit der Forderung (S. 111), die meist infiltrierten Wundränder müßten auseinandergehalten, und das Eindringen der Sonde in die Knochenfistel verfolgt werden können, wolle man mit Sicherheit einen Knochendurchbruch annehmen können. Hierzu erlaube ich mir folgendes zu bemerken.

Das Eindringen der Sonde in den Corticalisdurchbruch wird beim einfachen Auseinanderhalten der Schnittwundränder nur dann „verfolgt“, d. h. doch wohl gesehen werden können, wenn die Schnitttrichtung zufällig gerade über oder doch dicht neben der Knochenfistel verläuft, liegt letztere mehr seitlich, so wird man, um sie beim Sondieren zu sehen, die den Knochen bedeckenden Weichteile vorher genügend weit zurückschieben müssen, wie es, irre ich nicht, Stenger neuerdings empfahl. Isemer denkt aber offenbar an Fälle mit frischen Inzisionen, die eben „meist stark infiltrierte Wundränder“ haben. Dies trifft in meinem Falle nicht zu, da der periostitische Abszeß bereits einige Tage vor der Aufnahme des Kindes in die Ohrenklinik anderweitig gespalten war, und die klaffende Schnittwunde vor der Stauung überhaupt keine nennenswerte Infiltration der Nachbarschaft zeigte. Auch später behielt die teigige Schwellung einen relativ geringen Grad bei. Die Knochenfistel befand sich etwas hinter der Verlaufslinie der Inzision; auf das Zurückschieben der Weichteile wurde indes verzichtet, weil es gelang, durch die morschen Granulationen hindurch das die Corticalis durchsetzende Loch auch ohnedies sicher als solches festzustellen, nämlich durch tastendes Ausmessen. Die Sonde wurde in den Defekt bis zu dessen Grunde vorgeschoben, dann mit Hilfe seitlicher Bewegungen ringsherum die Wandung eines knöchernen Kanals durch leise Berührung ausgemittelt, schließlich unter langsamem Herausziehen der Sonde bei steter Berührung der Fistelwand die obere Umwandung des Lochs gefunden und in ihrem Verlaufe mit der Sondenspitze bestimmt. Auf die Vermutung einer Knochenfistel hatte

1) Isemer, Weitere klin. Erfahrungen üb. d. Beh. d. ak. Mittelohreitis mit Stauungshyp. nach Bier. Archiv für Ohrenheilkunde, Band 75, S. 95—117.

2) Fröse, Ein weiterer Beitrag zu den Erfahr. bei d. klin. Behandl. von Mittelohreitis mit Stauungshyp. nach Bier. Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 71, S. 3.

nach das Hervorquellen von seröser Flüssigkeit und Eiter immer von derselben Stelle, eben dem Orte des Durchbruchs aus gebracht. Wenn Sondendicke und Durchmesser der Knochenfistel nicht im Mißverhältnis zu einander stehen, d. h. die starre Sonde dünn genug gewählt werden kann, um in der Fistel seitlichen Spielraum zu behalten, dann wird auf diese Weise wohl in vielen Fällen (ausgenommen z. B. die seltenen Fälle von Ossifikationslücken) auch ohne Mithilfe des Auges die Diagnose eines Knochendurchbruchs zu stellen sein. Da angeborene Ossifikationslücken in der Corticalis wie auch die bei jungen Kindern noch offenstehende Sutura mast.-squamosa hinsichtlich der Reiz- und Druckentlastung im Warzenfortsatz meist eine ähnliche Rolle spielen werden, wie Knochenfisteln, dürfte eine etwaige diagnostische Verwechslung für die Prognose weniger von Belang sein. Um tiefe und fistelartige enge, die Corticalis nicht völlig durchsetzende Einziehungen der Oberfläche, die prognostisch eine gewisse Bedeutung gewinnen können, auszuschließen, wird die Diagnose durch das Hervorquellen von Sekret aus der sondierten Knochenlücke gesichert werden müssen. Im Zweifelsfalle darf auf das Auseinanderhalten der Schnittwundränder und auf das Zurückschieben der den Knochen bedeckenden Weichteile natürlich nicht verzichtet werden. — Übrigens will Isemer in dem Zusammenhange, in welchem er seinem Zweifel an der Richtigkeit meiner Fisteldiagnose Ausdruck gibt, das tatsächliche Fehlen von anscheinend diagnostizierten Knochenfisteln zur Erklärung dafür heranziehen, daß „wiederum andere derartige Fälle sich trotz sachgemäßer Stauung verschlimmerten“. Mein bemängelter Fall ist aber geheilt.

Indes dürfte auch der jetzt von Isemer eingenommene Standpunkt noch nicht allen Anforderungen genügen, deren Erfüllung nach dem heutigen Stande unserer Erfahrungen notwendig ist, um die Schwierigkeiten der Stauungstherapie bei Mastoiditiden, soweit wir dazu imstande sind, systematisch zu beseitigen. Es sei daher gestattet, unter Hinweis auf die Ausführungen in meinen einschlägigen Arbeiten<sup>1)</sup> die folgenden Punkte nochmals hervorzuheben.

1) Je frischer ein Mastoiditisfall beim Beginne der Stauung noch ist, desto größer ist auch noch die relative Virulenz der im Warzenfortsatze tätigen Eitererreger, desto schwieriger wird sich daher die Stauungstechnik gestalten, und desto ungünstiger ist quoad sanationem die Prognose. Dies bestätigen wieder Isemers beide zur Operation gelangten Fälle 7 und 9.

2) Der Hauptwert der Bierschen Stauungshyperämie liegt wenigstens bei Mastoiditiden, in ihrer Wirksamkeit als *Vis a tergo*, durch welche die Bakterien und ihre Stoffwechselprodukte samt dem der Sequestrierung anheimgefallenen Gewebe auf dem natürlichen (Aditus, Pauke, Trommelfelloch) oder pathologischen Abflußwege (Corticalisfistel, erweiterte Gefäßlöcher in der Corticalis) aus dem Warzenfortsatze hinausgeschwemmt werden.

Diese Eigenschaft der künstlichen Hyperämie gilt es auszunutzen, will man im einzelnen Falle die wirklichen Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit finden. Periostische Abszesse über dem Warzenfortsatze oder solche unterhalb seiner Spitze sind natürlich zu spalten. Der Weg, den die Eitererreger durch die Corticalis genommen haben, darf aber nicht unbenutzt bleiben, sondern muß eine Handhabe werden, durch Absaugen weiteres virulentes Material aus dem Warzenfortsatzinnern zu entfernen, um die drohende Gefahr der „Überstauung“ d. h. der künstlich herbeigeführten Stase und weiter fortschreitenden Sequestration herabzumindern. Der Eiterabfluß zur Pauke wird ferner durch Lagerung des Kranken auf die Seite des gesunden Ohres erleichtert werden können.

3. Das unter Punkt 1 und 2 Gesagte fällt besonders dann ins Gewicht, wenn im Mittelohr und Warzenfortsatz keine Staphylokokkeninfektion vorliegt.

Im übrigen können über die bakteriologische Seite der Stauungsfrage erst von einer größeren Zahl einwandfreier Untersuchungen zuverlässige

1) I. c. und Fröse, Über die Behandl. d. ak. Mastoiditis mit Stauungshyp. nach Bier; Mediz. Klinik 1907. Nr. 27.

Aufschlüsse erwartet werden. Vor allem wird die Dignität des Streptococcus<sup>1)</sup> genauerer Aufmerksamkeit bedürfen.

Für das Fortschreiten der Sequestration im Innern des Warzenfortsatzes unter der Stauung ist wohl zweifellos die kumulative Reizwirkung verantwortlich zu machen, welche die Virulenz der Bakterien im Verein mit der durch die Stauung bedingten Hemmung des Blut- und Lymphabflusses auf die betroffenen Gefäßnerven ausübt, und durch welche das Auftreten einer Leukozythrombose<sup>2)</sup> in den abführenden Knochengefäßen begünstigt wird. Diese lokale Reizung vor einer schädlichen Höhe zu bewahren, ist prognostisch ausschlaggebend und muß daher das vornehmste Ziel bei der Stauungsbehandlung sein, und die exakte Forschung wird an keinem der Hilfsmittel vorübergehen dürfen, welche uns durch die bisherigen Beobachtungen hierfür bereits geliefert sind. Es wird eine sorgfältige Auswahl der Fälle zu treffen, und die Behandlung selbst von Fall zu Fall zu modifizieren sein. Bei frischen sehr virulenten Infektionen, die erst wenige Tage alt und noch in schnellem Fortschreiten begriffen sind, wirkt selbst nach Inzision eines bereits bestehenden periostitischen Abszesses die Bindenstauung oft verschlimmernd. Hier sich zunächst auf Eröffnung des Abszesses und Parazentese des Trommelfells zu beschränken, durch allgemeine ableitende Maßnahmen zu versuchen, den Reizbetrag im Warzenfortsatz noch weiter herabzumindern, und erst wenn so eine geeignetere Einstellung des Organismus und insbesondere der den Infektionsherd umgebenden Gewebe möglich geworden ist und tatsächlich erzielt zu sein scheint, mit vorsichtiger Bindenstauung zu beginnen und gegebenenfalls gleichzeitig in den Stauungspausen durch die Abszeßwunde hindurch mittelst Saugstauung auf den intramastoidealen Entzündungsherd erleichternd und bahrend einzuwirken, das dürfte hier wohl, wie die Sache heute steht, einer rationellen Anwendung der Hyperämiebehandlung bei der eigentümlichen Beschaffenheit unseres Infektionsgebietes einigermaßen Rechnung tragen. Daß eine vertrauensvolle Beschränkung auf die Bindenstauung, ohne planmäßig individuelles Vorgehen, öfter als nötig zu Fehlschlägen führen muß, kann nicht weiter wundernehmen. Wir dürfen aber wohl die Hoffnung hegen, daß es unter Benutzung der bereits bekannten und vielleicht auch weiterer, noch der Auffindung harrenden Kautelen für die Indikationsstellung und therapeutische Technik, hinreichendes Interesse in berufenen Otologenkreisen vorausgesetzt, noch gelingen wird, die Hyperämiebehandlung für bestimmte Mastoiditisfälle zu einem zuverlässigen Heilfaktor an Kliniken und Krankenhäusern auszugestalten

1) Vgl. u. a. Kümmel, Hegeners Bericht über die 16. Versammlung der deutsch. otologischen Gesellschaft in Bremen. Ztschr. f. Ohrenhkl. Bd. 54, S. 199, Abs. 9.

2) S. auch Schäffer, Der Einfluß unserer therapeut. Maßnahmen auf die Entzündung. Ref. von Krecke, München, med. Wochenschr. 1908, Nr. 15, S. 862.