

Aus der K. K. deutsch. oto-rhinologischen Klinik in Prag (Prof. Piffil).

Zur Digitalistherapie Radikaloperierter sowie chronischer Otorrhoeen.

Von Dr. Ernst Wodak, Assistent der Klinik, dz. Chefarzt der Ohrenabteilung des Res. Spitäles Zenica in Bosnien.

In seiner Publikation: „Ohrenärztliche Studie zur Klinik des Gesamtkreislaufes“ gibt Müller (A. f. O., Bd. 98, H. 4) die Anregung, in gewissen Fällen nach Radikaloperation Digitalis zu versuchen. Er geht dabei von der Erfahrungstatsache aus, daß eine ganze Reihe radikal Operierter eine auffallend langsame Heilungsdauer zeigen, einerseits wegen allzureichlicher Granulationsbildung und der dadurch behinderten Überhäutung, andererseits deswegen, weil die Epithelisierung von Anfang an eine mangelhafte ist. Geht man nun den Gründen dieser schlechten Heilung nach, so findet man sehr oft Störungen des Kreislaufsystemes. Es braucht sich dabei keineswegs gleich um ausgesprochene Vitien zu handeln, sondern Müller meint, daß bereits geringfügige Erkrankungen des Kreislaufapparates, die diagnostisch nur schwer nachweisbar sind, lokale Zirkulationsstörungen verursachen können. Hier will er nun den Hebel ansetzen und geht dabei folgendermaßen vor: „Gegen Ende der zweiten Woche nach der Operation gebe ich eine vorsichtige, doch nicht zu kleine Menge Digitalis, die ich, wenn nötig, in der 6. Woche wiederhole.“ Dabei tamponiert Müller lose fast täglich mit steriler Gaze. Er beobachtet nun, daß in solchem gut durchbluteten Gewebe der Fötör seltener auftritt, die Granulationsbildung gering sei oder ganz fehle und die Überhäutung viel rascher erfolge. Durch die Digitalistherapie werde also die Heilungsdauer nicht nur wesentlich abgekürzt, sondern man könne auch das sonstige „Inventar“ der Nachbehandlung wie Ag usw. weglassen. Soweit Müller, der übrigens vor kritikloser Anwendung der Digitalis wegen ihrer Schäden warnt.

Ich versuchte nun die Digitalistherapie bei 22 nach Zufall Radikaloperierten und zwar bei 15 an der Klinik, bei 7 im Reservespital Zenica

(Bosnien), wobei ich vor allem solche Fälle vornahm, die einen langsamen Heilungsverlauf zeigten. Bei einem Teile ließen sich leichte Kreislaufstörungen nachweisen, bei andern dagegen konnten wir keinen Grund für die verzögerte Heilung finden. Erwähnen möchte ich bei dieser Gelegenheit, daß Prof. Piffel mir mitteilte, es sei ihm schon lange aufgefallen, wie sehr die Nachbehandlung der klinischen Fälle gegenüber seinen Privatpatienten länger dauere. Er führt dies bei einer Anzahl von Fällen auf die schlechtere Ernährung der sozial tiefer stehenden klinischen Patienten zurück, was ja im Wesen auch auf eine schlechtere Durchblutung der einzelnen Gewebsteile herauskommt.

Abweichend von Müller ging ich in der Weise vor, daß ich die Patienten einer Digitaliskur unterzog, wie sie auf den internen Kliniken üblich ist: inf. fol. dig. 0,5—180,0 durch 7 Tage. Wenn nötig, wiederholte ich die Kur nach kurzer Zeit. Selbstverständlich ist dabei die Kontrolle von Puls und Herz! Daß dies sehr nötig ist, konnten wir an einigen Fällen sehen, wo Beschwerden auftraten, wie Kopfschmerzen, Beklemmungsgefühle in der Herzgegend, Pulsarrhythmien usw., die wohl als Digitaliswirkung aufzufassen waren und ein sofortiges Aussetzen der Therapie nötig machten. Eine weitere Abweichung von den Angaben Müllers bestand darin, daß ich die Digitalis in vielen Fällen erst später, wenn die Überhäutung schlecht vonstatten ging, frühestens jedoch Ende der dritten Woche gab. Ich ging in diesen zwei Punkten deswegen anders wie Müller vor, weil ich von einer einmaligen Digitalisgabe überhaupt keinen Erfolg sah, andererseits uns zur Förderung der Epithelisierung der spätere Zeitpunkt wirkungsvoller erschien.

Was nun unsere Erfolge mit der Digitalistherapie anlangt, so muß ich da zwei Stadien unterscheiden. Im Anfang unserer Versuche waren wir von der guten Wirkung der Digitalis geradezu überrascht. In den meisten Fällen nahm die Sekretion in den ersten 2 Tagen sichtlich zu, um dann entweder ganz zu versiegen oder beträchtlich abzunehmen. Ebenso schien auch die lästige Granulationsbildung günstig beeinflußt zu werden. In einer Reihe von Fällen konnten wir das Ohr gänzlich trocken legen, so daß wir optimistisch über die Therapie dachten. Aber gar bald änderte sich das Bild: gerade diejenigen Fälle, auf die wir wegen des auffallend raschen Erfolges stolz waren, zeigten plötzlich Rezidive in der Narbe, indem die Stellen, die sich unter Digitalistherapie so schnell überhäutet hatten, neuerlich aufbrachen und eiterten. Bei abermaliger Digitalisverabreichung überhäutete sich diese Partie wieder, um beim Aussetzen der Therapie das alte Spiel zu wiederholen. Dabei konnten wir gerade bei diesen Fällen mit Sicherheit leichte Kreislaufstörungen nachweisen. Es ist dieses Verhalten umso bedenklicher, als wir die Patienten geheilt wähten und von dem Rezidiv daher unangenehm überrascht waren. Wir müssen also diese auf-

fallend rasche Besserung bei Digitalistherapie nur als eine scheinbare bezeichnen und sehr davor warnen, solche Patienten für geheilt zu halten! Auch in den übrigen Fällen konnten wir den Erfolg der Digitalistherapie nicht bestätigen und es sei mir gestattet, zum Belege dafür die dazugehörigen Krankengeschichten kurz anzuführen:

Fall 1.

I. M., 32 Jahre, männl. Operation 8. Juni 1916. Am Herzen objektiv nihil, nur zeitweise Arrhythmieen. Beginn der Therapie 21. Sept. 16. Die Sekretion nahm in den ersten 2 Tagen zu, um am 5. Tage vollständig zu versiegen. Von diesem Tage bis 5. Oktober blieb das Ohr trocken, am 6. Okt. Zerfall der Narbe in der Gegend des Antrums, wo sich die Narbe unter Digitalis zuletzt gebildet hatte. Zweite Digitaliskur am 9. Okt. Am 13. Okt. ist die Wunde wieder trocken, nach einigen Tagen neuerlicher Zerfall und starke Eiterung. Schließlich gelingt es, durch Ätzung mit Ag und trockene Tamponade sie endgültig zu schließen.

Fall 2.

G. J., 20 Jahre, männl. Operation 8. Juli 1916. Auch hier schlechte Heilung, insbesondere am Fazialissporn. Beginn der Therapie 22. Sept. Nach 3 Tagen ist das Ohr vollständig trocken, blieb es 2 Tage, bis eine neuerliche Eiterung eintrat, die am 30. Okt. versiegte. Doch trat einige Wochen später wieder Eiterung ein. Endgültige Heilung erst durch Ag.

Fall 3.

L. A., 60 Jahre, weibl. Operation 1. Juli 1916. Sichere Arrhythmieen und Kreislaufstörungen. Bei dieser Patientin war der Wundverlauf sehr protrahiert, die Sekretion andauernd fötid und reichlich, die Granulationsbildung sehr üppig. Beginn der Therapie 23. Sept. Am 2. Tage der Behandlung deutliche Zunahme der Sekretion; diese wurde in den nächsten Tagen schwächer, gleichzeitig auch die Granulationen etwas flacher. Nach dem Aussetzen der Therapie nahm beides wieder zu, so daß wir am 12. Okt. zu einer zweiten Digitaliskur schritten. Wieder zeigte sich eine leichte Besserung, die aber nur vorübergehend war. Die Digitalistherapie hatte also hier nach dreiwöchentlicher Dauer keinen Erfolg aufzuweisen, höchstens subjektive Besserung durch kardiale Digitaliswirkung, obwohl man gerade hier wegen der sicheren Kreislaufstörungen einen günstigen Einfluß der Digitalis auf den Heilungsverlauf hätte sehen müssen.

Fall 4.

B. E., 21 Jahre, weibl. Operation 24. August 1916. Hier war der Wundverlauf normal und keine Kreislaufstörungen nachweisbar. Wir versuchten die Digitalistherapie, um zu sehen, ob durch sie eine wesentliche Verkürzung der Heilungsdauer erzielt werden könne. Beginn der Therapie 23. Sept. Nach 2 Tagen nahm die Sekretion, die reichlich und fötid war, noch zu, am 5. Tage wurde sie geringer und blieb es auch. Ein endgültiges Urteil, ob die Besserung bestehen blieb oder nicht, kann ich in diesem Falle nicht abgeben, da wir die Patientin nach 12tägiger Behandlung aus Familienrücksichten plötzlich entlassen mußten.

Fall 5.

G. M., 22 Jahre, weibl. Operation 6. September 1916. Bisheriger Wund-

verlauf normal, mäßige Sekretion. Beginn der Therapie 24. Sept. Hier nahm die Eiterung nach 4 Tagen ab, die Granulationen wurden flacher, am 4. Okt. von neuem mäßige Sekretion, am 13. Okt. zweite Digitaliskur, die die Eiterung nicht zum Versiegen bringen konnte. Heilung erst am 28. Okt., also eigentlich normale Heilungsdauer.

Fall 6.

M. B., 25 Jahre, weibl. Operation August 1915; im Sept. 1916 Zerfall der Narbe, seitdem starke, äußerst fétide Eiterung. Beginn der Therapie 26. Sept. Hier war die Digitalistherapie ganz ohne Erfolg, die starke Eiterung hielt unvermindert an. Gerade hier hätte Digitalis ihre Wirksamkeit entfalten müssen, denn das Aufbrechen der Narbe ist sicher auf schlechte Zirkulationsverhältnisse zurückzuführen. Ein ähnlicher Fall ist auch Patient 16, bei dem ebenfalls Digitalis ohne Erfolg gegeben wurde.

Fall 7.

H. L., 28 Jahre, männl. Operation 16. Sept. 1916. Beginn der Therapie 28. Sept. Reichliche Eiterung und Granulationsbildung. Hier gaben wir Digitalis genau nach Müllers Vorschrift, Ende der zweiten Woche. Der Erfolg war kein ermutigender, denn die Sekretion und die Granulationsbildung wurden kaum wesentlich beeinflusst. Erst die zweite Digitaliskur am 10. Okt., also nach etwa 3 Wochen, hatte mehr Erfolg, die Sekretion nahm bedeutend ab. Doch auch hier trat nach Aussetzen der Therapie ein Rezidiv ein. Dieser Patient hatte schon vor der Operation über Herzbeschwerden geklagt, die interne Untersuchung hatte damals ein Mitralvitium ergeben. Er vertrug jedoch Operation und Digitaliskur ohne Beschwerden.

Fall 8.

Th. W., 4 Jahre, männl. Operation 20. September 1916. Beginn der Therapie 10. Okt. Sekretion und Befund nach der Digitaliskur unverändert. 31. Okt. zweite Kur, ebenfalls ohne sichtliche Besserung.

Fall 9.

P. J., 20 Jahre, männl. Operation 17. Oktober 1916. Beginn der Therapie 27. Okt. Bisher auffallend günstiger Wundverlauf. Unter Digitalistherapie nahmen Sekretion und Granulationsbildung ab. 10. Dez. geheilt entlassen. Also Heilungsverlauf durch Digitalis nicht wesentlich verkürzt.

Fall 10.

P. R., 25 Jahre, männl. Operation 13. Okt. Beginn der Therapie 27. Okt. Digitalis ohne wesentlichen Erfolg.

Fall 11.

St. J., 17 Jahre, männl. Operation 18. Oktober 1916. Beginn der Therapie 9. Nov. Digitalis ohne jeden Erfolg. Eiterung und Granulationsbildung hält in gleicher Stärke an.

Fall 12.

N. J., 20 Jahre, männl. Operation 25. Oktober 1916. Beginn der Therapie 20. Nov. 16. Hier war eine geringe Besserung zu konstatieren, die später wieder schwand.

Fall 13.

G. J., 67 Jahre, männl. Operation 22. Nov. 1916. Beginn der Therapie

12. Dez. 16. Die Digitaliskur war hier objektiv ganz ohne Erfolg. Die Eiterung blieb stark, ebenso die Granulationsbildung. Subjektiv dagegen trat eine sichtliche Besserung ein, der Puls wurde voller und langsamer. Hier war wohl die Digitaliswirkung allgemeiner Natur und rief dadurch eine Besserung des Gesamtbefindens hervor, das Ohr blieb aber davon unberührt. Gerade hier hätte man, wenn der Gedankengang Müllers richtig ist, einen Einfluß der Digitalis durch Besserung des lokalen Befundes sehen müssen.

Fall 14.

K. L., 23 Jahre, weibl. Operation 25. November 1916. Sinusthrombose. Beginn der Therapie 17. Dez. 16. Wundverlauf nach Entfernung des Thrombus ein sehr guter, da Patientin sonst sehr kräftig ist. Im Verlauf der Digitaliskur wird Sekretion und Granulationsbildung geringer. Fraglich, ob post hoc oder propter hoc?

Fall 15.

H. P., 9 Jahre, männl. Operation 9. November 1916. Beginn der Therapie 13. Dez. 16. Die Eiterung läßt nach 3 Tagen wohl auffallend nach, nimmt aber in den letzten Tagen der Digitaliskur wieder zu, so daß der Erfolg schließlich gleich null ist.

Nun folgen die Fälle aus dem Reservespital:

Fall 16.

A. J., 20 Jahre, männl. Operation vor 2 Jahren. Seit einigen Wochen Narbenrezidiv mit starker Eiterung. Beginn der Therapie 14. Juni 17. Die Kur blieb ohne Erfolg, die fötide Eiterung hielt an, außerdem traten Kopfschmerzen auf, sowie leichte Temperatursteigerungen. Siehe Fall 6!

Fall 17.

J. B., 17 Jahre, männl. Operation 3. Mai 1917, T. B. C.! Starke fötide Eiterung, unterer Wundwinkel noch nicht geschlossen. Beginn der Therapie 18. Mai 17. Granulationsbildung, Fötor, Sekretion bleiben unverändert. Heilung erfolgt erst durch Sonnenbehandlung.

Fall 18.

D. R., 32 Jahre, männl. Operation 5. März 1917. Langsamer Wundverlauf infolge Unterernährung (?). Beginn der Therapie 16. Mai 17. Wunde bis auf die Gegend des Fazialisspornes überhäutet, mäßige Sekretion. Nach anfänglicher geringer Besserung tritt am 1. Juni neuerlich Eiterung ein und die Wunde bricht wieder auf. Starke Granulationsbildung. Siehe Fall 1! Heilung erfolgte im Juli durch Sonnenbehandlung.

Fall 19.

M. J., 33 Jahre, männl. Operation am 4. Juni 1917. Beginn der Therapie 25. Juni 17. Reichliche fötide Eiterung, starke Granulationsbildung. Digitaliskur ohne Erfolg.

Fall 20.

M. P., 21 Jahre, männl. Operation 18. Mai 1917. Beginn der Therapie 24. Juni 17. Sehr günstiger Heilungsverlauf, mäßige, etwas fötide Eiterung. 5. Juli: Noch immer mäßige und fötide Eiterung, Überhäutung nicht wesentlich gefördert. August geheilt.

Fall 21.

M. B., 25 Jahre, männl. Operation 26. Mai 1917. Beginn der Therapie 24. Juni. Starke, fötide Eiterung, Wunde hinter dem Ohre nicht geschlossen, daraus reichliche Eiterung. 25. Juni: Aus der Wunde tritt eine Ligatur aus, Eiterung gleich stark. 28. Juni: Operationswunde beginnt sich zu schließen. 5. Juli: Wunde geschlossen. Aus dem Ohre reichliche, fötide Eiterung und Granulationsbildung. Kein Erfolg!

Fall 22.

B. N., 27 Jahre, männl. Operation 24. Mai. Beginn der Therapie 26. Juni 1917. Günstiger Wundverlauf. Patient machte nach der Operation eine Pneumonie durch. Im Ohre geringe Eiterung, reichliche Granulationsbildung. 5. Juli: Keine Besserung. Eiterung und Granulationsbildung wie früher.

Hier möchte ich kurz die Frage streifen, welchen Einfluß die Digitalistherapie auf chronische Eiterungen überhaupt besitzt. Davon ist bei Müller nicht die Rede. Ich behandelte zu diesem Zwecke eine Reihe chronischer Otorrhöen mit Digitalis und zwar hauptsächlich solche Eiterungen, bei denen die Perforation zentral oder im vorderen unteren bez. hinteren unteren Quadranten war. In keinem Falle konnte ich eine nennenswerte Besserung erzielen. Dies ist eigentlich verwunderlich. Denn wenn die Digitalis überhaupt einen Einfluß ausübt, so war doch anzunehmen, daß sie ihn hier im günstigen Sinne ausüben müßte, nämlich vor allem eine bessere Durchblutung erzeugen sollte. Aber nichts von all dem war der Fall. Die chronischen Otorrhöen blieben durch Digitalis unbeeinflußt!

Wenn wir also das Gesamtergebnis zusammenfassen, so können wir folgendes sagen: Der Optimismus Müllers bezüglich der Digitalistherapie Radikaloperierter ist nach meinen Erfahrungen nicht gerechtfertigt. Denn wir finden, daß von 22 Patienten 12 (etwa 55%) ungeheilt blieben, also überhaupt keinen Erfolg der Digitalistherapie zeigten. 6 (etwa 27%) wiesen auffallende Besserungen auf, die jedoch, wie oben genauer auseinandergesetzt, nur als scheinbare Heilungen oder Besserungen aufzufassen sind und daher im Wesen ebenfalls einem „ungeheilt“ gleichkommen. Diese Fälle sind deswegen von Wichtigkeit, weil sie bei ungenügend langer Beobachtung den Anschein von Heilung erwecken und dadurch zu groben Irrtümern führen können. Nur bei 4 Patienten (etwa 18%) traten Besserungen auf, die jedoch einer eingehenden Kritik nicht standzuhalten vermögen. Denn auch hier ist, wie die Krankengeschichten zeigen, in keinem Falle sicher nachzuweisen, daß diese Besserungen auf Digitalis allein zurückzuführen sind: Fall 4 wurde zu kurz behandelt, um als endgültig gebessert zu gelten. Fall 5, 9, 14 zeigten normalen, ja auffallend günstigen Heilungsverlauf, so daß die Frage offen bleibt, ob wirklich die Digitalistherapie hier günstig wirkte oder ob es sich

nur um ein post hoc handelt. In keinem dieser drei Fälle konnte durch Digitalis die Heilungsdauer deutlich verkürzt werden.

Wenn wir also auch in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle bei der Digitalistherapie einen Mißerfolg zu verzeichnen haben, so brauchen wir durchaus nicht so weit zu gehen, die Digitalis aus unserem therapeutischen Schatze auszuschließen. Es wird vielmehr doch angezeigt sein, in schlecht heilenden Fällen einen Versuch mit der Digitalis zu machen, schon deswegen, weil man, wie Fall 3 und 13 zeigen, auch ohne objektive Besserung dem Patienten subjektive Erleichterung durch Besserung der allgemeinen Kreislaufverhältnisse schaffen kann.
