

I.

Casuistische Mitteilungen.

Von

Dr. Sigismund Szenes in Budapest.

In dem bekannten Werke Bezold's¹⁾, welches über ein Krankenmaterial von 24 Jahren mit besonderer Genauigkeit Bericht erstattet, ist die Häufigkeit der Neugebilde mit 0,03 Proz. beziffert; es kommt somit nach dieser Statistik auf 3000 Ohrenkranke ein Fall von Neoplasma. Verfolgt man mit Aufmerksamkeit die aus anderen Kliniken oder Abteilungen für Ohrenkranke stammenden Berichte, so stellt sich wohl der Prozentsatz der Neugebilde um etwas höher, doch im ganzen immer noch sehr gering, was wohl dem Umstande zuzuschreiben ist, daß die zum meist im äußeren Ohre und größtenteils an der Ohrmuschel sich etablierenden Tumoren oft den Dermatologen oder Chirurgen zu Gesichte kommen und hierdurch uns Ohrenärzten ganz ent-rinnen können. — Mithin schon die Seltenheit der Fälle selbst nebstdem aber auch noch der klinische Verlauf aller drei fol-genden Fälle, die manches Interessante boten, verdienen, an- knüpfend an eine Demonstration, erwähnt zu werden.

1. Melanosarcoma alveolare gigantocellulare der rechtsseitigen Ohrmuschel²⁾.

Das Präparat stammt von einem 40 Jahre alten Theater-souffleur aus dem Jahre 1898. Bloß die untere Hälfte vom Helix, ferner die Fossa scaphoidea und der Lobulus sind normal, sonst ist die ganze Ohrmuschel verdickt und stellenweise befinden sich an derselben mehrere selbständige Geschwülste von ver-

1) Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Ohrenheilkunde. 1895. S. 196.

2) Mitgeteilt nebst Demonstration des pathologisch-anatomischen Präparates in der 5. Sitzung des VII. internationalen Otologencongresses in Bor-deaux am 3. August 1904.

schiedener Größe (himbeer- bis nußgroß). Der größte Tumor sitzt an der oberen Fläche der Helix und ist durch eine seichte Furche geteilt, an seiner Oberfläche mehrfach exulceriert; weiter unten ist ein haselnußgroßer Knoten zu sehen; an der hinteren Fläche der Ohrmuschel befinden sich mehrere kleine Blumenkohl (Carfiol) ähnliche Wucherungen. Im oberen Dritteile der Concha finden sich kleine braune, drüsige Knötchen. Vor und über dem Tragus sind mehrere körnige Pigmentflecken in der Gesichtshaut, bis zum Backenbart reichend, ausgestreut; ähnliche bläuliche Pigmentflecken, in der Größe von Hirsekörnern, waren auch an der unteren Gehörgangswand zu sehen. Unter dem Angulus mandibulae war bereits eine nußgroße und weiter unten eine etwa kleinere, hart infiltrierte Drüse zu fühlen.

Die Entwicklung der Geschwulst bis zu den demonstrierten Dimensionen dauerte angeblich 3 Jahre und verursachte bloß in der letzten Zeit intensive Schmerzen. Zu Beginn zeigte sich nur ein kleines Knötchen, welches trotz Ätzung mit Essigsäure fortwährend an Umfang zunahm; später wurden durch einen Chirurgen die erkrankten Stellen abgetragen, doch die Geschwulst war bald wieder nachgewachsen. Noch wurden verschiedene Salben und andere Mittel ohne den geringsten Erfolg versucht, bis sich Patient endlich entschloß, die Ohrmuschel abtragen zu lassen, und zu diesem Behufe meine Spitalsordination aufsuchte.

Behufs Operation wurde nun Patient in das israelitische Spital aufgenommen, wo ich am 26. September in Chloroformnarkose (mit Assistenz der DDr. M. Rosenak, D. Farkas, A. Bányai, M. Sugár und S. Fried) nicht nur die „Ablatio auriculae“ vornahm, sondern auch die melanotischen Flecken des Gesichtes und des äußeren Gehörganges ausschnitt und endlich wurden auch die infiltrierte Drüsen entfernt. Ich selbst leitete auch die Nachbehandlung, und die große Wundfläche war schon nach 6 Wochen gänzlich verheilt, da die granulierenden Stellen sich bald mit Epidermis überhäutet hatten. — Die mikroskopische Untersuchung zeigte den alveolaren Bau mit Riesenzellen auf und bestätigte vollkommen die makroskopische Diagnose: Melanosarkom.

Leider konnte Patient nicht lange die zurückerhaltene Genesung genießen. — Zunehmende Appetitlosigkeit, profuse Nachtschweiß und auffallende Abmagerung veranlaßten ihn mehreren Ortes Hilfe zu suchen, schließlich auf der ersten internen Uni-

versitätsklinik, wo er im Monate Januar (1899) unter den Erscheinungen einer floriden Phthise zugrunde ging. Bei der im pathologisch-anatomischen Institute vorgenommenen Autopsie und der hierauf erfolgten histologischen Untersuchung war man bezüglich eventueller innerer Metastasen des Sarkoms bedacht, doch konnten solche nicht gefunden werden. Trotz alledem bleibt für mich die Frage ungelöst, ob der Kranke nach operativer Entfernung seines malignen Tumors dauernd geheilt geblieben wäre, wenn die Miliartuberkulose seinem Leben ein nicht so rapides Ende gemacht hätte, oder aber ob die Zeit, zwischen Genesung nach der Operation und Exitus, zur Entwicklung eventueller innerer Metastasen nicht viel zu kurz war, und letztere sich bloß deshalb noch nicht vorfanden.)

2. Epithelioma auriculae¹⁾.

Das Präparat stammt von einem 71 Jahre alten Manne, welcher am 5. November 1903 meine Spitalsordination aufsuchte.

Auch hier handelte es sich um die rechtsseitige Ohrmuschel, deren innere zwei Dritteile die Geschwulst einnimmt, welche sich aus bald kleineren, bald größeren, stellenweise von einander ganz isolierten Partien zusammensetzt; die einzelnen Teile lassen sich mittelst Sonde von ihrer Basis aufheben. All diese Teilchen zeigen sich wie glänzende carpholöse Wärzchen und sind bald mit eingetrockneten Borken bedeckt, unter denen sich fötider Eiter aufhält, bald aber bluten diese Gebilde, wenn auch nur mäßig, schon bei der geringsten Berührung.)

Die erwähnten Veränderungen erstrecken sich an der Vorderfläche der Ohrmuschel nach vorn bis zur Öffnung des äußeren Gehörganges; nach oben ist ein großer Teil der Helix, nach unten der ganze Lobulus und nach vorn auch der Tragus makroskopisch normal, d. h. nicht im geringsten infiltriert. — An der hinteren Fläche der Ohrmuschel, in seiner oberen Hälfte, saß ein cystenförmiger nußgroßer Tumor, welcher sich hart und fest anfühlte.

Anamnestisch erwähnt Patient vor 6 Jahren an der Ohrmuschel einzelne, kaum stecknadelkopfgroße Stellen bemerkt zu haben, ähnlich jenen Veränderungen, die in einer linsen-

1) Mitgeteilt nebst Demonstration des pathologisch-anatomischen und mikroskopischen Präparates in der 5. Sitzung des VII. internationalen Otologencongresses in Bordeaux am 3. August 1904.)

großen Ausdehnung im oberen Winkel des linksseitigen Sulcus nasolabialis auch jetzt noch bestehen. Patient glaubt sogar, einen gewissen Zusammenhang dieser zweierlei Stellen erwähnen zu können, indem an der Ohrmuschel die Veränderungen sich immer zurück zu bilden schienen, wenn im Gesicht dieselben ausgeprägter aufgetreten waren.

Durch 6 Jahre hindurch verursachte das Ohr, abgesehen von dem kosmetischen Fehler, keine nennenswerten Unannehmlichkeiten, so daß Patient auch gar keinen ärztlichen Rat in Anspruch nahm, doch seit 3 Monaten entwickelten sich die warzenförmigen Knötchen im raschen Nacheinander, wurden bald größer und secernierten reichlich fötiden Eiter, was besonders für die Umgebung recht unangenehm wurde; außerdem traten intensive Schmerzen in der Ohrmuschel auf und halten auch dauernd an, nebstdem stellte sich eine Appetitlosigkeit ein, der alsbald ein fortwährend zunehmender Verfall der Kräfte folgte. Erst jetzt suchte Patient zum ersten Male ärztliche Hilfe auf, und auf Anraten des Collegen Dr. M. Oszmann kam er in meine Spitalsordination.

Die Geschwulst gleich makroskopisch als Epitheliom bezeichnet, betonte ich die so rasch wie möglich vorzunehmende operative Entfernung der Ohrmuschel, doch willigte Patient, aus Angst vor der Operation, erst nach 2 Monaten hierzu ein, als bereits ausgeprägte Erscheinungen der Kachexie bestanden und der Kranke überhaupt einen jammervollen Eindruck machte.

Die Operation führte ich in Chloroformnarkose (Assistenten DDr. Bányai, Hahn und Dobosi am 6. Januar 1904 aus. —

Mit Rücksicht darauf, daß ich durch die Exstirpation der Geschwulst nur ganz geringe Teile der Muschel hätte erhalten können, und wenn auch in der Umgebung des Ohres, trotz der langen Dauer der Erkrankung, selbst nach eingehendster Untersuchung nirgends die geringste Spur einer infolge Infektion verursachten Infiltration nachgewiesen werden konnte, löste ich trotzdem, — oder vielleicht besser gesagt, nur der proportionell sehr günstigen Verhältnisse wegen — die ganze rechtsseitige Ohrmuschel ab und entfernte auch noch zugleich ein großes Stück des knorpeligen Gehörganges, wiewohl dasselbe makroskopisch vollkommen normal schien. Die hierdurch angelegte Wundfläche verkleinerte ich hierauf, sowohl oben als unten, vermittelt je dreier Nähte und ließ nun den restlichen Teil durch nach Granulierung entstandene Vernarbung heilen. —

Der allgemeine Zustand besserte sich schon am nächstfolgenden Tage wesentlich. Die vor der Operation bestandenen qualvollen Schmerzen in der Muschel sind vollkommen verschwunden, so daß Patient des Nachts ruhig schlafen konnte; auch der Appetit war alsbald zurückgekehrt, und zusehends fing er an, täglich besser und besser auszusehen.

Mit der auffallenden Besserung des Allgemeinbefindens hielt jedoch nicht ganz Schritt der Heilungsprozeß der angelegten Wundfläche, denn nahezu 2 Monate lang dauerte es, bis an Stelle derselben das glänzende Narbengewebe zu sehen war. Die Heilung erfolgte in Begleitung einer reichlichen Eiterbildung, weloß letztere sich selbstverständlich bloß auf die Wundfläche erstreckte; die erhaltene Wandung des äußeren Gehörganges und das Trommelfell fand ich von einem Verbandwechsel bis zum anderen immer reichlich mit dem während dieser Zeit gebildeten Eiter benetzt; die Paukenhöhle war und blieb auch immer intakt. Einigermaßen war es mir gelungen eine Verringerung der reichlichen Eiterung dadurch zu erzielen, daß ich bei dem Wechsel der Verbände die abgetrocknete Wundfläche mit Xeroform bestreute und erst dann Jodoformgaze auflegte; die Lichtung des äußeren Gehörganges habe ich durch stete Einlage eines Gazetampons in normaler Ausdehnung erhalten¹⁾.

Da sich die Erkrankung bloß auf das äußere Ohr erstreckt hatte, bestand bei dem 71 Jahre alten Manne auch keine Funktionsstörung im Bereiche des Hörvermögens.

Wiewohl die oben erwähnten Veränderungen der entfernten Ohrmuschel zweifellos für Krebs sprachen, bat ich Herrn Dr. L. Fleischmann um die mikroskopische Überprüfung, und im pathologisch-anatomischen Universitätsinstitute wurde auch die makroskopische Diagnose infolge der histologischen Untersuchung vollkommen bekräftigt.

An den mikroskopischen Schnitten sind nämlich vom Epithel der Haut ausgehende und tief in das subkutane Bindegewebe hineinragende, letzteres stark infiltrierende, aus Epithelzellen bestehende Nester und dichte Zäpfchen zu sehen, zwischen welchen sich schmale bindegewebige, netzförmige Stellen vorfinden. In den Epithelnestern finden sich reichlich Gruppen ver-

1) Patient wurde in der otologischen Sektion der Gesellschaft der Ärzte in Budapest am 22. Januar und 18. März 1904 vorgestellt. Bei der zweiten Demonstration waren nicht die geringsten Spuren der vor 2 Monaten bestandenen Kachexie mehr zu finden.

hornter (keratöser) Epithelzellen (Canceroidperlen) vor. Mithin die pathologische Diagnose: Carcinoma keratodes.

Trotz des vorgeschrittenen Alters bestand Patient den operativen Eingriff recht gut. Bloß 2 Wochen lang behielt ich ihn behufs stationärer Behandlung im Spitale, während welcher Zeit sich sein Kräftezustand in der Weise gebessert hatte, daß er zu den ferneren Verbandwechselungen ambulant kommen konnte. Der Heilungsprozeß verlief glatt, doch zur endgültigen Beurteilung des Heilwertes meines operativen Eingriffes verbleibt Patient auch fernerhin unter Beobachtung, da er sich von Zeit zu Zeit vorstellt.

Die ersten günstigen Erfolge des operativen Eingriffes äußerten sich in zwei Umständen; einerseits sistierten die Schmerzen, andererseits stellte sich eine auffallend rasche Zunahme des Kräftezustandes ein; beide trugen wesentlich zur Besserung des allgemeinen Wohlbefindens bei.

Die von Seiten des Patienten beobachtete Indolenz, wonach er sein Übel sich 6 Jahre hindurch entwickeln gesehen, ohne ärztlichen Rat in Anspruch zu nehmen, kann nur dem geringen Grade seiner Intelligenz zugeschrieben werden, wie dies übrigens bei ähnlichen Fällen eines Spitalkrankenmaterials nahezu an der Tagesordnung zu sein pflegt, wo man Patienten hat, die das erste Mal die ärztliche Hilfe erst dann in Anspruch nehmen, wie dies übrigens auch in diesem Falle geschehen war, wenn das Allgemeingefühl durch intensive Schmerzen verstimmt wird, oder wenn bei Eintritt einer Exulceration der carcinomatös degenerierten Gewebe infolge der fötiden Eiterung, der Umgebung der Foetor unangenehm zu werden beginnt.

Besonders zu erwähnen wäre noch die relative Benignität des Tumors. Trotz der 6 Jahre lang angehaltenen Indolenz erfolgte selbst die Infiltration der nachbarlichen Drüsen nicht, und trotz des vorgerückten Alters waren auch keine Nährungsstörungen im Bereiche der Zirkulation der nachbarlichen Gewebe aufgetreten, somit auch keine größeren Destruktionen erfolgten und das Neoplasma hierdurch jahrelang seinen umschriebenen Charakter behalten hatte. Dies könnte man in erster Reihe jenem Umstande zuschreiben, daß die carcinomatöse Degeneration bloß einzelne Teile der Ohrmuschel betroffen hatte, die Paukenhöhle jedoch immer intakt geblieben

war. Allerdings will dies meinerseits bloß als Supposition gelten und wird diese Ansicht erst dann bestätigt sein, wenn uns Gelegenheit geboten wird, den 71 Jahre alten Patienten lange noch unter Kontrolle halten zu können. Es wäre zugleich erwünscht, als Beleg für den vorgenommenen radikalen — und nicht partiellen — Eingriff, noch nach Jahren berichten zu können, daß kein Recidiv erfolgte.

Andererseits möchte ich auch noch die günstigere Natur der carcinomatösen Degeneration betonen, im Verhältnisse zur sarkomatösen Erkrankung, welche letztere wohlbekanntlich bedeutend bösartigerer Natur ist, wie das Carcinom. Hat doch das Sarkom in dem oben erwähnten ersten Falle bei dem 40 Jahre alten und höchst intelligenten Manne, schon in 3 Jahren das geschilderte Krankheitsbild hervorgerufen, trotzdem Patient vom Beginn der Erkrankung fortwährend unter Beobachtung und in Behandlung von Fachmännern — Dermatologen und Chirurgen — gestanden war, deren Bemühungen sich nutzlos zeigten und endlich doch das Abtragen der ganzen Ohrmuschel notwendig wurde.

Unter anderem spricht aber in diesen zwei Fällen für die Malignität des Sarkoms auch jener Umstand, daß bei dem 40 Jahre alten Manne, nach dreijährigem Bestande der Krankheit, mit der Ohrmuschel auch die infiltrierte Drüse entfernt werden mußten, bei dem 71 Jahre alten Manne hingegen das Epitheliom, selbst nach sechsjährigem Bestande, die nachbarlichen Drüsen nicht affiziert hatte.

3. Osteoma liberum meatus auditorii externi dextri.¹⁾

Osteome können bei größerem otiatrischen Krankenmaterial in Form von Exostosen oder Hyperostosen häufig genug beobachtet werden.

Einen ähnlichen Fall jedoch, wie der zu erwähnende, fand ich in unserer Literatur nicht aufgezeichnet, weshalb ich auch das „Epitheton“ hierzu selbst wählte.

Der Fall betrifft eine 50 Jahre alte Frau, die am 3. April 1898 meine Spitalsordination mit folgenden Klagen aufsuchte:

Seit 14 Jahren besteht Otorrhoe rechterseits; seit einem Jahre ist der Ausfluß geringer und seit dieser Zeit begann sich der äußere Gehör-

1) Mitgeteilt nebst Demonstration des pathologisch-anatomischen Präparates in der 5. Sitzung des VII. internationalen Otologencongresses in Bordeaux am 3. August 1904.

gang durch eine Geschwulst auszufüllen. Seit einigen Tagen kann Patientin ihr rechtes Auge nicht gut schließen, und endlich ist die Fläche unterhalb der rechten Ohrmuschel zwischen Warzenfortsatz und Kiefergelenk geschwellt und schmerzhaft und auf Druck empfindlich.

Status praesens: Aus dem rechtsseitigen äußeren Gehörgange, kaum 4 mm vom äußeren Rand, ragt ein Gebilde hervor, welches beim ersten Anblicke wie ein bis nach außen gewachsener Polyp schien. Mittelst einer dünnen Sonde wollte ich den Sitz und die Konturen des Gebildes erforschen, welches sich nun knochenhart erwies und sowohl hinten oben als hinten unten den betreffenden Wandungen des äußeren Gehörganges sich anschmiegte, so daß ich hier selbst mit der dünnsten Sonde nicht hinter kommen konnte. Vorn konnte ich das Gebilde mittelst einer Pince haemostatique fest fassen, fühlte auch zugleich, daß es frei beweglich ist, doch konnte ich es nicht herausziehen, denn schon die sanftesten Extraktionsversuche schienen für Patientin der intensiven Schmerzhaftigkeit wegen unerträglich zu sein. — Die Weichgebilde unterhalb des Warzenfortsatzes waren in der Größe eines Silberguldens hart infiltriert und konnte Patientin auch nicht gut den Mund öffnen, wobei sie nämlich durch die Infiltration verhindert wurde. Die zugleich bestandene Facialisparese erstreckte sich bloß auf das Gebiet der oberen Zweige.

Ich ließ nun Patientin behufs stationärer Behandlung ins Spital aufnehmen und ließ zunächst Eisumschläge auf die unterhalb und hinter die Ohrmuschel sich erstreckende Infiltrationsfläche fleißig auflegen. Da sich jedoch der Zustand, trotz dieser genau befolgten Behandlung nicht bessern wollte und ich nach 4 Tagen sogar eine ausgesprochene Fluktuation in der Tiefe konstatieren konnte, incidierte ich diese Stelle, wobei sich fötider Eiter in der Menge eines Kaffeelöffels entleerte. In erster Reihe supponierte ich nun, daß dieser Eiter, unterhalb des Warzenfortsatzes, sicherlich Beziehungen hätte zu der Otorrhoe, und damit nicht etwa auch anderen Ortes eine ähnliche Eiter-senkung entstehe, wollte ich nun das als Sequester betrachtete Knochengebilde durch den äußeren Gehörgang hindurch aus demselben auch entfernen. Da jedoch dies trotz der Fixation mittelst der Pince — in der Narkose — nicht gelingen wollte, — das Gebilde schien mir umfangreicher als die Dimensionen der Gehörgangslichtung, — entschloß ich mich zu jenem Verfahren, welches bei eingekeilten Fremdkörpern als letzte Zuflucht üblich ist; ich löste die Ohrmuschel lege artis ab, spaltete den knorpeligen Teil des Gehörganges, klappte schließlich die Ohrmuschel nach vorn und konnte jetzt mit Hilfe der Pince das ganze Knochengebilde leicht herausheben.

Nach dem Entfernen sah ich erst, daß das walnußgroße Knochengebilde eigentlich in einer Ausbuchtung des knöchernen Teiles der hinteren oberen Gehörgangswandung gelegen war, und konnte ich auch noch aus dieser Knochenhöhlung einge-

trocknete Eiterreste und Epidermisschollen entfernen; den Knochen selbst fand ich jedoch bei der Sondierung ganz glatt, weshalb sich auch eine Auslöfflung desselben oder eine partielle Abmeißelung für unnötig erwiesen und der operative Eingriff mithin als beendet betrachtet werden konnte. — Die Ohrmuschel habe ich nun mittelst 6 Nähten an ihre ursprüngliche Insertionsstelle hingenäht, die ausgehöhlte Partie der hinteren oberen Gehörgangswand und die unterhalb des Warzenfortsatzes eröffnete Höhle mit Jodoformgaze tamponiert; in die letztere Höhle ließ sich die Sonde auf 5 cm einführen. Als interessantes Moment möchte ich noch anführen, daß sich in der unteren Hälfte des Trommelfells, nahezu zentral gelegen, eine halblinsengroße Narbe vorfand, welche mit der inneren Paukenhöhlenwand verwachsen war, wovon ich mich mehrere Male mittelst pneumatischen Trichters (Siegle) überzeugen konnte.

Ausgehend vom letzteren Standpunkte möchte ich nun den ganzen Krankheitsprozeß folgendermaßen klären:

1. Anfangs hat eine Paukenhöhleneiterung bestanden — nach eigener Aussage laborierte Patientin 14 Jahre lang an einer Otorrhoe —, nach Versiegung derselben erfolgte die erwähnte Vernarbung des Trommelfells in Begleitung von Synechien.

2. Als Komplikation der Paukenhöhleneiterung kann die Entwicklung des Osteoms aus einer Exostose betrachtet werden. Gelegentlich der Paukenhöhleneiterungen können doch wohlbekanntlich anfangs nur hanfkorngroß gewesene Exostosen, infolge einfacher äußerer Ursachen — häufiges Herumstochern im Ohre, oder andere mechanische Reize — mit der Zeit heranwachsen und manchenmal die ganze Gehörgangslichtung einnehmen, weshalb doch bei eventuell erfolgten Eiterretentionen die Beseitigung solcher Gebilde auch notwendig wird.

Eine solche äußere Ursache möchte ich auch für diesen Fall annehmen, infolgedessen die anfangs nur auf eine kleine Fläche sich erstreckende Exostose mit der Zeit herangewachsen war und als dieselbe endlich die jetzige Größe erreicht hatte, später sich von der Gehörgangswandung, von der sie eigentlich ausgegangen war, vollkommen ablöste. Deshalb wählte ich auch die Bezeichnung, „freistehendes Osteom (Osteoma liberum).“

3. Endlich die unterhalb des Warzenfortsatzes entstandene Eiteransammlung konnte aller Wahrscheinlichkeit

nach die Folge einer Eitersenkung gewesen sein, wenn ich nur nicht annehmen wollte, daß das den Gehörgang ausfüllende und somit dessen Wandungen drückende Knochengebilde, infolge aufgetretener Zirkulationsstörungen, in dieser hierzu geeigneten nachbarlichen Gegend zu einer Abszeßbildung geführt hatte.

Nach erfolgtem operativen Eingriffe besserte sich alsogleich der Zustand der Patientin. Die Eiterhöhle unterhalb des Warzenfortsatzes war nach 12 Tagen schon verheilt; die ausgebuchtete Partie des äußeren Gehörganges secernierte wohl durch 4 Wochen hindurch, jedoch nur mit Absonderung ganz wenig serösen Sekrets und überhäutete sich schließlich vollkommen mit gesunder Epidermis, so daß nach 4 Wochen der den äußeren Gehörgang ganz ausfüllende Gazetampon auch durch mehrere Tage hindurch vollkommen trocken geblieben war. — Was endlich die bestandene Facialisparese betrifft, welche rein peripheren Ursprunges war und nur auf den Druck zurückgeführt werden kann, welcher von Seiten des Osteoms auf die hintere Gehörgangswandung ausgeübt wurde, war dieselbe nach wenigen Tagen der Beseitigung des Knochengebildes schon gänzlich geschwunden.

Patientin stellte sich noch nach Monaten des erfolgten operativen Eingriffes von Zeit zu Zeit vor, und ich konnte keine andere Abnormität finden, als daß infolge der muldenförmigen Ausbuchtung an der hinteren Wandung des äußeren Gehörganges, welche jedoch mit gesunder Epidermis versehen blieb, die Gehörgangslichtung ausgebreiteter war, d. h. die Kapazität des Gehörganges war hier größer als auf dem gesund gebliebenen linken Ohre. Das Gehörvermögen war rechterseits herabgesetzt als auf dem gesunden linken Ohr, doch muß dies auf Rechnung der Paukenhöhleneiterung, gefolgten Vernarbung und der innerhalb der Paukenhöhle entstandenen Synechien geschrieben werden.

4. Über einen durch Otitis media suppurativa acuta ausgelösten Fall von Hysterie.¹⁾

In erster Reihe möge die Veröffentlichung der folgenden Krankengeschichte zur Illustration dessen beitragen, daß selbst

¹⁾ Mitgeteilt in der 6. Sitzung des VII. internationalen Otologencongresses in Bordeaux am 4. August 1904.

in anscheinend einfachen Fällen sowohl diagnostische als auch eigentlich nur hieraus folgende therapeutische Schwierigkeiten erstehen können; mithin erscheint es zugleich ratsam, um Irrtümern möglichst vorzubeugen, auf ähnliche Eventualitäten bedacht zu sein.

Am 12. Oktober 1901 wurde ich (zur 23 Jahre alten Beamtensgattin Elisabeth T. gerufen, wegen der im Anschluß an einen akuten Schnupfen seit 2 Tagen zeitweise immer heftiger sich fühlbar machenden stechenden Schmerzen im linksseitigen Ohr. Die von Seiten ihres Arztes behufs Instillationen verordneten Morphium- später Kokainlösungen blieben erfolglos, ebenso wenig konnten die aufs Ohr gebrauchten warmen Umschläge ihre Schmerzen wesentlich lindern.

Die Aussprache der Patientin hatte den charakteristischen nasalen Timbre, und das Trommelfellbild zeigte eigentlich nur das Weiterstreiten des Prozesses vom Nasenrachenraum aufs linke Mittelohr. Lebhaftige Hyperämie des ganzen Trommelfells, stellenweise ein wenig geschwellt; geringe Druckempfindlichkeit an der untersten Stelle des diesseitigen Warzenfortsatzes. — In diesem ganz anfänglichen Stadium der Otitis media acuta verordnete ich zunächst $\frac{1}{2}$ — 1stündliche Instillationen mit 10-prozentigem Karbolglyzerin, nebstdem fleißiges Wechseln kalter Umschläge auf das mit Watte gut verstopfte linke Ohr, endlich bei heftiger Schmerzhaftigkeit 1—2 Stück Phenacetinpulver (0.50 g). Das subjektive Gefühl war schon am nächsten Tage, trotz der vollkommenen Unveränderlichkeit des objektiven Befundes, am linken Ohre wesentlich besser geworden, weshalb die Behandlung auch fernerhin dieselbe blieb.

Am 14. Oktober: Schmerzhaftigkeit intensiv; auf Paracentese entleert sich reichlich seröses Sekret, worauf wesentliche Besserung des Allgemeinzustandes erfolgt. Der profusen Otorrhoe wegen werden nun Ausspritzungen mit 3 proz. Borsäurelösung gemacht und die kalten Umschläge fortgesetzt.

17. Oktober: Wegen neuerlich aufgetretener Schmerzhaftigkeit Dilatation der Perforation; nach erfolgter Aspiration und Luftdouche abermals wesentliche Besserung. Wiederholung letztgenannter Eingriffe nach Notwendigkeit, worauf der ganze Prozeß seinen regelrechten Verlauf nimmt, und Patientin konnte am 24. Oktober bereits in meine Sprechstunde ambulant kommen.

26. Oktober: Sekretabsonderung minimal; die Perforation beginnt sich zu schließen, Schwellung und Röte des Trommelfells nur gering. Diesem günstigen objektiven Befunde gegenüber quälen jedoch Patientin überaus intensive Schmerzen, welche aus der Tiefe des Ohres nach dem Kopfscheitel zu ausstrahlen. Die sofort effektuierte abermalige Dilatation und hierauf erfolgte Aspiration und Luftdouche fördern, nach vorherigem Ausspritzen des Ohres, kaum etwas noch zu Tage. Auch das subjektive Gefühl war nach diesem Eingriffe kaum verringert, und Patientin fühlte sich nach diesem Besuche ebenso schlecht als vor demselben.

27. Oktober: Patientin blieb nun zuhause; zufolge der andauernden Schmerzen wird das Allgemeingefühl stark verstimmt. — Abends wurde ich wieder gerufen und abermals eine eventuelle Retention supponierend, dilatierte ich die gestern angelegte Perforation, doch weder dieser Eingriff noch die hierauf erfolgte Aspiration oder Luftdouche konnten eine Erleichterung des Zustandes herbeiführen.

28. Oktober: Nach der schlaflos verbrachten Nacht hatten sich auch noch heftige Kopfschmerzen den oft sich wiederholenden stechenden Ohrenschermerzen beigesellt, nebstdem stellten sich zeitweise Brechreize ein, alsbald waren auch intensive Schmerzen in der linksseitigen Augenhöhle aufgetreten, mithin solche Erscheinungen, welche trotz der scheinbaren Zurückbildung des Pankenhöhlenprozesses immer mehr den Verdacht erwecken konnten, daß sich eine ernsthafte Komplikation zu entwickeln im Begriffe wäre. Bei alledem bestand jedoch eine vollkommene Fieberlosigkeit; am Trommelfell kaum ein objektiver Be-

fund; gelegentlich der Untersuchung bei geschlossenen Augen sind Gang und Umdrehungen vollkommen normal und auch die Empfindlichkeit des Warzenfortsatzes scheint sich bloß auf ganz oberflächliche Stellen zu erstrecken. Das Ohr wurde nun in Ruhe gelassen, und behufs Linderung der Schmerzen verordnete ich innerlich Aspirin in Dosen von 0.50 g.

Ausdruck verliehen meinem Verdachte, daß der ganze Fall auf mich den Eindruck einer Hysterie macht, wurde dasselbe auch durch den Kollegen Krepuska bekräftigt, nachdem er Patientin an diesem Tage sah; und als sich nun die Angehörigen hierzu auch noch die Ansicht des Prof. (Neurologiae) K. Schaffer einholten, der betreffs der Diagnose ähnlicher Meinung war, hatte er nun Patientin in seine weitere Behandlung genommen.

Am 30. Oktober sah ich noch Patientin, als bereits die Paukenhöhlensekretion versiegt war und auch das Trommelfellbild sich zu klären begonnen hatte, doch betreffs der peinlichen Schmerzen waren die Klagen unverändert geblieben.

Am 1. Dezember, mithin einen Monat später war Patientin in meiner Sprechstunde, nach vollendeter Behandlung des Neurologen genesen, erschienen. Vollkommen normales Trommelfellbild, da an demselben weder die erfolgte Paracentese noch die geringsten Spuren der mehrmals vorgenommenen Dilatationen zu sehen waren und auch das Gehörvermögen, welches während des Bestandes der Otitis media suppurativa herabgesetzt war, restituierte sich gänzlich, mithin im strengsten Sinne des Wortes eine *restitutio ad integrum* erfolgt war.

Epikrise: Summieren wir das Geschehene, so können wir nun aus dem Falle Folgendes ersehen: Infolge eines nach Erkältung aufgetretenen Schnupfens eine reguläre Otitis media; Sekretion nach der Paracentese; dreimalige Dilatation der paracentesierten Stelle und zufolge dieser mehrmaligen Dilatationen, oder aber vielleicht gar trotz dieser Eingriffe, war der Paukenhöhlenprozeß nach kaum dritthalb wöchentlicher Dauer vollkommen abgeklungen.

Doch gleich zu Beginn des Prozesses fällt eine anfangs weniger ausgeprägte und auch nicht immer intensiv bestandene, in den letzten Wochen des Ohrprozesses jedoch stets mehr hervortretende Neuralgie auf, die sich aber dennoch durch das ganze Krankheitsbild konstant durchzieht, beginnend in der Tiefe des erkrankten linken Ohres, bald ausstrahlend nach oben bis zum Kopfscheitel, um sich endlich, nach vorn in Form überaus intensiver Schmerzen in der diesseitigen Augenhöhle kund zu geben und das Allgemeinbefinden der Patientin hierdurch in der Weise verstimmt, daß das ganze Krankheitsbild den Eindruck eines wahrlich schweren Falles macht, bei dem man *prima vista* auf alles, nur auf keine Simulation denken möchte, und trotz alledem konnte ich mich nicht des Verdachtes einer Hysterie enthalten. — In erster Reihe schöpfte ich diesen Verdacht daher, daß manifeste Erscheinungen einer Antrum- oder einer endocraniellen Komplikation nicht vorhanden waren. Die anfangs bestandene Empfindlichkeit an der unter-

sten Stelle des Warzenfortsatzes äußerte sich bloß bei oberflächlichem Drucke und Perkussion, blieb aber auch bei stärkerem Drucke gänzlich unverändert. Ferner suchte ich vergebens im äußeren Gehörgange die auf eine Antrumaffektion hindeutenden charakteristischen Lichtungsveränderungen, besonders fehlte die gewisse Verengerung, welche durch die Vorwölbung der hinteren oberen Wandungen verursacht zu sein pflegt. Auch das Paukenhöhlensekret war nur ein solches, wie wir dies in einfachen, ohne Komplikation bestandenen Fällen einer Otitis media gewöhnlich zu sehen bekommen. Endlich fehlte auch das Fieber. — All dies sind jedoch Umstände, welche sich selbst gelegentlich der schwersten Komplikationen einfinden können, und vielleicht schon deshalb war es nicht ganz gleichgültig, sich auf einen behutsamen Standpunkt zu stellen, und diesem Umstande konnte es Patientin einzig und allein verdanken, daß sie vom operativen Eingriffe verschont geblieben war. Ich möchte aber dies, auch schon deshalb besonders hervorheben, weil wir doch einerseits gelegentlich eines eventuell erfolgten operativen Eingriffes vergebens nach einer endocraniellen Komplikation gesucht hätten und wir sicherlich nur auf negative Befunde gestoßen wären, andererseits aber auch in Erwägung bringen müssen, daß unsere Patientin, in Folge des dann doch bedeutenderen operativen Eingriffes nach 4 Wochen aus ihrer Hysterie vielleicht dennoch nicht zu heilen gewesen wäre, wie dies ohne Operation zweifellos erfolgt war. — Meinerseits veröffentliche ich aber den Fall auch schon deshalb, um Gelegenheit zu haben, auf die heutzutage nicht selten nur oberflächlich aufgestellte Indikation für Antrum- und auch endocranielle Operationen hinzuweisen, und ich brauche doch nicht besonders zu betonen, daß es hierbei den Kranken natürlich nur dann gut ergehen wird, wenn sie in solchen Fällen zu der von Seiten ihres Arztes ihnen eventuell vorgeschlagenen Operation die Einwilligung versagen. Denn wenn wir auch wohl wissen, auf welche Schwierigkeiten manchmal eine Diagnose stoßen kann, so müssen wir trotzdem bei der Indikationsstellung einer Operation dennoch überaus vorsichtig sein, damit der nur zu oft schon lebensrettend gewesene Eingriff nicht auch ohne Grund diskreditiert werde. Und wenn auch Lannois und Chavanne¹⁾ sagen: „sans doute il vaut mieux trépaner inutilement dix

1) Annales des maladies de l'oreille etc. 1901. No. 7.

mastoides, que de laisser une seule fois du pas dans l'apophyse sans aller l'y chercher“, so läßt sich dies doch nicht im Allgemeinen beherzigen und ich möchte mich meinerseits immer nur zu der alten aber stets bewährten chirurgischen Regel bekennen: „ubi pus, ibi evacua“ und wir somit nur dort operativ eingreifen mögen, wo wir nicht bloß glauben, auf krankhafte Veränderungen zu stoßen, sondern dieselben auch tatsächlich vorfinden werden, durch wie jämmerlich immer verkündete subjektive Klagen allein aber uns zu einem operativen Eingriffe nie verleiten lassen.

Zum Entstehen der Hysterie hatte in diesem Falle die Otitis media allerdings den Anstoß gegeben, da Pat. unmittelbar vor dem Auftritte der auf Grund organischer Veränderungen sich einstellenden Ohrenkrankheit vollkommen gesund war. Um so leichter konnte dies erfolgen, da unsere Pat. auch schon früher einmal in Behandlung eines Nervenarztes gestanden hatte, wiewohl sie seit jener Zeit bis zum Auftritte der jetzigen Ohrenkrankheit vollkommen gesund gewesen. Der meinerseits erstlich geschöpfte Verdacht — betreffs einer Erklärung der oben erwähnten überaus intensiven Schmerzen — hat sich auf Grund des nur später erfahrenen Tatbestandes allmählich als berechtigter erwiesen.
