

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1862

20 (29.10.1862)

Aerztliche Mittheilungen aus Baden.

Herausgegeben von Dr. Robert Volz.

Karlsruhe.

Nr. 20.

29. Oktober.

Ueber das Vorkommen und die Bedeutung von elastischen Fasern im Ausfluß von Ohrenkranken.

Von Dr. Noos, Privatdozent in Heidelberg.

(Gin in der Sitzung vom 13. Juni 1862 im naturhistorisch-medizinischen Verein in Heidelberg gehaltener Vortrag.)

In folgendem Fall, dessen Krankengeschichte ich sogleich mittheilen werde, hatte ich zum ersten Male Gelegenheit, das Vorkommen von elastischen Fasern in einem Ausflusse aus dem Ohr zu konstatiren.

Vor etwa 1½ Jahren wurde ich von der damals nicht sehr kräftigen, gerade in der Entwicklungsperiode begriffenen Kranken, wegen eines beiderseitigen von frühester Jugend an dauernden Ohrenflusses, gegen welchen bisher nichts geschehen war, konsultirt. Die Untersuchung ergab eine beiderseitige Entzündung der Trommelhöhle mit eitriger Absonderung und bedeutenden Substanzverlusten beider Trommelfelle. Das Hörvermögen war gut, so zwar, daß bei der Unterhaltung Niemand die Patientin für eine Ohrenkranke gehalten hätte. Reinlichkeit und abstringirende Mittel brachten nach und nach den Ausfluß aus dem rechten Ohr zum Stillstand; das Trommelfell blieb mit Ausnahme der vordern Hälfte erhalten. Die Hörschärfe blieb gut. Links jedoch konnte kein Stillstand erzielt werden; der Ausfluß wurde stärker; es blieb nur noch der Ansatzheil des Hammerhandgriffs vom Trommelfell übrig, bei einer Hörschärfe von 4 Zoll (statt

60 Zoll), aber gutem Sprechverständnis. Bis zum Mai 1861 hatte die Untersuchung des Ausflusses aus dem linken Ohr nur Epithelial- und Eiterzellen ergeben. Um diese Zeit ging P. auf einige Monate aufs Land, kehrte jedoch von da in einem viel schlechteren Zustande im September zurück.

Fast jede Nacht trat Fieber auf; in Bälde auch bei Tage und zwar in Form fast täglich wiederkehrender Schüttelfröste, die allen Mitteln trosteten und von welchen P. auch jetzt noch (Mai 1862), zwar nicht mehr täglich, heimgesucht wird.

Im Nervensystem zeigten sich im Wesentlichen folgende Erscheinungen:

In der Empfindungssphäre: Schmerzen in der Tiefe des linken Ohrs, oft mit wochenlanger Unterbrechung, aber immer äußerst heftig; Schmerzen im Hinterhaupt, später in der Stirn, vorzüglich in der linken Stirnhälfte als ein Stechen, in der allerletzten Zeit auch in der Scheitelgegend; ferner Ameisenkriechen, anfangs in der rechten untern Extremität, später auch in der rechten obern, in der letzten Zeit immer nur, wenn auch mit Tage langen Unterbrechungen, in der rechten obern Extremität; zuweilen auch große Schmerzen im rechten Bein, „als wäre ein eisernes Band um das rechte Knie gelegt.“

In der Bewegungssphäre: Keinerlei Art von Lähmung oder lähmungsartigen Zuständen — auch des Gesichtsnerven nicht — ist bis jetzt vorhanden gewesen, dagegen große Ermattung und Muskelschwäche; ferner Amal allgemeine Konvulsionen, oft bis zu einem förmlichen in die Hörschnecken, mit vorübergehendem Verlust des Bewußtseins und vorhergehendem Sistiren des Ausflusses. Der erste Anfall kam den 31. Januar, der zweite den 1., der dritte und vierte Anfall in der Nacht vom 18/19. und vom 19/20. Februar 1862, seitdem keiner mehr. Die hervorstechendste Erscheinung in der Bewegungssphäre war jedoch ein außerordentlich hoher Grad von Schwindel von Anfang an bis jetzt, so zwar, daß P. oft noch im Bette selbst Unterstützung durch Vermehrung der Kissen oder durch Personen verlangt oder sich an die beim Bette befindliche Wand anlehnt, aus Furcht, sie möchte zum Bette herauffallen.

In der psychischen Sphäre trat ebenfalls einiges Auffallende zu Tage: Patientin, die früher heiter und lebenswürdig gewesen, war seit der Verschlimmerung ihres Zustandes traurig, düster, verfiel oft in heftiges Weinen und wegen der unbedeutendsten Ereignisse wurde sie gereizt, zankfüchtig, oft jähzornig selbst gegen diejenigen, welche ihr bis jetzt die Liebsten gewesen waren. Mehrere Male traten auch starke

$\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ Stunden dauernde ohnmachtähnliche Zustände auf und zwar den 6., 7. und 8. April 1862, immer Nachmittags zwischen 3 und 4 Uhr; der ganze Zufall hatte die größte Ähnlichkeit mit den Erscheinungen, wie sie bei starken innern Blutungen auftraten; nur dem Anfall am 7. April jedoch war eine nicht sehr starke Blutung aus der linken Nase und dem linken Ohre vorhergegangen.

Delirien waren niemals vorhanden, dagegen große Schlaflosigkeit.

Zirkulationsorgane: Außer heftigem Herzklopfen und bedeutender Frequenz des schwachen Pulses während der Fieberanfalle nichts Abnormes.

Respirationsorgane: Nichts Ungewöhnliches.

Verdauungsorgane: Patientin klagte im Verlauf der Krankheit häufig über linksseitige Schluckbeschwerden; in der letzten Zeit hatte sie auch oft das Gefühl, „als ob sie Eiter schluckte, der von der linken Seite herkomme“; ein Mal dauerte dieser Zustand mehrere Stunden, wobei dann eine merkliche Verminderung des Ausflusses aus dem Ohr bemerkt wurde. Die Appetitlosigkeit ist seit Monaten eine torpide; Stuhlverstopfung dauerte mehrere Male, trotz aller Mittel, 7—8 Tage, ein Mal sogar 13 Tage. In der letzten Zeit erfolgt etwa alle 48 Stunden Stuhlgang; wegen der großen Schwäche der Kranken muß jedoch jedesmal, wenn sich Drang zum Stuhlgang einstellt, die vollständige Defäkation durch ein Klystir erleichtert werden. Trotz des Darniederliegens der Verdauung und des hohen Grades von Blulleere traten die Meneses, welche seit der Verschlimmerung des Leidens ausgeblieben waren, im April und im Mai d. J. wieder ein, ohne einen wesentlichen Einfluß auf das Leiden zu üben.

Als etwas Besonderes wäre noch anzuführen, daß die Haare, namentlich der linken Kopfhälfte sehr stark während des ganzen Krankheitsverlaufs, oft büschelweise, ausfielen. Ferner traten während der ganzen Zeit der Krankheit häufig theils spontan, theils beim Schnutzen Blutungen aus der Nase auf, was wohl mit dem Vorgange im mittleren Ohr im Zusammenhang stand. Dieser selbst konnte aber jetzt kein anderer mehr sein, als eine Karies der Wände der Paukenhöhle mit wahrscheinlicher Fortpflanzung der Entzündung auf die Hüllen des Gehirns und das Gehirn selbst.

Die Fortpflanzung geschah wahrscheinlich durch das Dach der Paukenhöhle; denn das Hörvermögen ist bis zu diesem Augenblick in dem früher angegebenen Grade vorhanden, Lähmung der Gesichtsnerven nicht eingetreten.

Was nun das Vorkommen der elastischen Fasern betrifft, so konstatirten wir dieselben bei der ersten Untersuchung des Ausflusses, die wir nach der Rückkehr der Patientin vom Lande vornahmen; doch zweifeln wir nicht daran, daß dieselben schon früher vorhanden waren; die Beschaffenheit des Ausflusses war im Uebrigen dick, rahmartig, zuweilen mit Blut vermischt, übelriechend. Ueber die Existenz der elastischen Fasern konnte bei ihrem bekannten Verhalten gegen Essigsäure und Kalilauge kein Zweifel obwalten. Sie erschienen unter dem Mikroskop häufiger isolirt, als in Netzen. Mehr als 20mal während der Krankheit haben wir die Untersuchung vorgenommen; nie haben wir sie vermisht.

Fragen wir, woher elastische Fasern in solchen und ähnlichen Fällen von Otitis interna kommen können, so ist die Antwort darauf:

1) Könnten sie von der mittleren Haut ulzerirter Blutgefäße kommen; 2) vom Perioist der Paukenhöhle; 3) vom Perioist, welches auf dem Dach der Paukenhöhle liegt, vorausgesetzt, daß dieses perforirt oder zerstört wird.

Daß sie nicht von ulzerirten Gefäßwandungen stammen, dagegen spricht in unserm Fall einmal der Umstand, daß die Blutung nie eine profuse war, wie sie es doch wohl hätte sein müssen, sodann, daß die elastischen Fasern auch vorkamen, wenn längere Zeit keine Blutung stattgefunden hatte; auch boten sie nie jenes gleich große Zwischenräume lassende, einem anastomosirenden Gefäßnetz gleichende Haufwerk, wie es der gefensternten Haut zukommt. Die elastischen Fasern können also nur vom Perioist der in Ulzeration begriffenen Paukenhöhle oder von dem Perioist des perforirten Paukenhöhlendaches kommen; am Wahrscheinlichsten dünkt uns, daß sie vom Perioist der Paukenhöhle stammen. Wie dem aber auch sei, ihr Vorkommen in solchen Fällen wird uns immer eine tiefere Erkrankung der Paukenhöhle beweisen, sie werden immer ein zuverlässiges Diagnostikum für die latent verlaufenden Fälle von Karies des Felsenbeins bilden; man wird ferner, sobald sie konstatirt sind, die Prognose vorsichtig stellen und wo keine Gegenanzeige besteht, ein energisches Verfahren einleiten, um den Fortschritt der Erkrankung aufzuhalten. Auch da, wo der Arzt in der Lage ist, ein Gutachten wegen der Aufnahme in eine Lebensversicherungs-Gesellschaft ausstellen zu müssen, wird er sich durch ihr Vorkommen oder durch ihr wiederholt nachgewiesenes Fehlen leiten lassen können.

In folgendem Fall fanden sich bei wiederholter Untersuchung jedesmal eine Masse von elastischen Fasern:

C. St., ein 4 1/2 Jahre altes Mädchen, litt vor 2 1/2 Jahren

an den Augen, dann wurde es ohne bekannte Ursache ohrenkrank. Ohne akute Symptome, wie die Mutter angiebt, ohne bemerkbare Schmerzen, trat ein Ausfluß hinter dem linken Ohr und später aus dem linken äußern Gehörgang auf. Behandlung keine. Status bei der Untersuchung: Hinter der Anheftung des Ohrknorpels, etwa am Ende seines obern Drittels, eine trockene, strahlige, rothe, narbige Einziehung; es besteht keine Oeffnung mehr, wie früher. Die Auricula, der Tragus und die Haut vor dem Tragus sind geröthet, aus dem Gehörgang fließt mußfarbiger, übelriechender Eiter, nach dessen Entfernung ein Polyp, von der Größe einer kleinen Haselnuß, die obere Hälfte des Gehörgangs einnehmend, sichtbar wird; unterhalb dieses und mehr in der Tiefe des Gehörgangs befindet sich eine schwärzliche unebene Hervorragung, die sich bei näherer Untersuchung als ein unbewegliches nekrotisches Stück der hintern kariösen Wandung des Gehörgangs erweist. Eine Untersuchung des Trommelfells war nicht möglich, das Hörvermögen hatte bis jetzt nicht wesentlich gelitten.

In folgendem Fall hatten wir ebenfalls Gelegenheit, elastische Fasern im Ausfluß nachzuweisen:

L. G., 41 Jahre alt, Landwirth, leidet seit ihm undenklicher Zeit an beiderseitigem Ausfluß aus den Ohren, gegen welchen bis jetzt nur zeitweiliges Auspritzen mit Kamillenvasser verordnet worden war; eine nähere Untersuchung hat nie stattgefunden. Das Gehör hat schwer gelitten; um verstanden zu werden, muß man dem Patienten laut in das Ohr sprechen. Der Gehörgang ist beiderseits mit vielem Eiter angefüllt; beide Trommelfelle fehlen vollständig. Die Schleimhaut der Paukenhöhle sondert beiderseits vielen Ausfluß ab; links ist die Schleimhaut blasser als rechts, wo sie stark geröthet und gewulstet erscheint. In dem Ausfluß aus dem linken Ohr zeigen sich bei wiederholter Untersuchung elastische Fasern, in dem des rechten wurden sie wiederholt vergeblich gesucht.

Wenn auch ein einziger positiver Befund mehr beweist, als viele negative, so hat doch das oft wiederholt nachgewiesene Fehlen ebenfalls seinen Werth.

In folgenden Fällen von Entzündung mit eitriger Absonderung der Trommelhöhle haben wir bei wiederholter Untersuchung die elastischen Fasern im Ausfluß vermißt; das Trommelfell zeigte in den einzelnen Fällen die verschiedenartigsten Perforationen, die wir der Kürze wegen nicht näher beschreiben; das Sprachverständniß hatte überall, wo wir nicht das Gegentheil angeben, bedeutend gelitten.

Wir geben die Fälle, wie wir sie der Zeit nach beobachtet haben:

G. B., 26 Jahre alte Dienstmagd; beiderseitiges Leiden, links seit dem Schulbesuch nach einer Ohrfeige, rechts aus unbekannter Ursache seit 5 Jahren.

M. L., 19 Jahre alte Dame; Leiden rechts; Dauer 8 Jahre; Gehörschärfe sehr gut.

M. W., 20 Jahre alte Dame; Leiden links; Dauer 16 Jahre.

G. B., 25 Jahre alt, Schwester der vorigen; Leiden links; Dauer 4 Jahre.

v. G., Offizier, 20 Jahre; Leiden beiderseits; links abgelaufener Prozeß; rechts Fortdauer des Leidens seit 14 Jahren, nach Masern.

D. S., 16½ Jahre alt, Seiler; Dauer 8 Jahre, beiderseits, nach Scharlach.

M. D., 34 Jahre alte Dienstmagd; linksseitig nach akuter Entzündung der Trommelhöhle; Dauer 3½ Monate.

G. U., 22 Jahre alte Dienstmagd; Dauer 2 Jahre; linksseitig.

M. W., 35 Jahre alt, Küfer; Dauer ½ Jahr; Leiden linksseitig.

L. K., 11 Jahre altes Mädchen; Leiden beiderseitig, links abgelaufener Prozeß; rechts fortdauernd; seit 3 Jahren, nach Scharlach.

L. D., 30 Jahre alt, Kaufmann; Leiden beiderseitig; rechts abgelaufener Prozeß; Dauer 22 Jahre; Ursache unbekannt.

Fräulein F., 22 Jahre alt; Leiden rechtsseitig; Dauer 9 Jahre; Ursache unbekannt.

Der Fall des Landwirths L. G., bei welchem das Trommelfell vollständig fehlte, und die zuletzt in Kurzem mitgetheilten Fälle entkräftigen zugleich einen etwaigen Einwurf, als könnten die elastischen Fasern vom Trommelfell selbst stammen. Wir behalten uns übrigens vor, an einem andern Orte noch ausführlicher über diesen Gegenstand zu handeln.

Zur Behandlung der Humerus-Luxationen.

Von Markus Bloch in Emmendingen.

Bei Gelegenheit einer Konsultation im April d. J. wegen eines seltenen Falles von fractura colli humeri erklärte mir Herr Professor Schinzing er seine seitdem in der Prag. Viertelj.-Schr. 1862, II. ausführlich erörterte Methode der Reposition des ausgerenkten Humerus. Ich hatte nun seitdem Gelegenheit in zwei Fällen mich von der Vortrefflichkeit dieses Handgriffs zu überzeugen und halte bei der Wichtigkeit dieser

häufigen Erkrankung für Pflicht, die Herren Kollegen darauf aufmerksam zu machen.

Am 7. August Nachmittags wurden drei Bauern beim Umlecken um eine Haussecke aus dem offenen Wägelchen in einen sogenannten Kellerhals geworfen. Die Hautschürfungen des einen waren unerheblich; den beiden Andern wurde fast auf gleiche Weise der rechte Oberarm ausgerenkt. Etwa zwei Stunden nach dem Unglücksfall kam ich zur Stelle.

1) G. F., etliche 50 Jahre alt, untersekt, sehr muskulös und kräftig, halb sitzend im Bette, mit dem linken Arm den rechten stützend und über ungeheure Schmerzen klagend. Der im Orte befindliche Wundarzneidiener, sonst recht intelligent, hatte schon Binden und Bandagen zur Einrichtung des vermeintlichen Armbruchs parat. Ich ließ den Kranken auf einen Stuhl sitzen und fand die Zeichen einer Luxation nach unten: Verlängerung des Arms; scheinbare Knickung des Oberarms an der Insertion des Deltamuskels; Abstehen des Ellbogens vom Thorax; trotz der schon bedeutenden Geschwulst der Schulterhöhle — beim Vergleich mit der andern Schulter — verminderte Rundung; ängstliches Halten des kranken Armes durch den gesunden; heftige Schmerzen in der Hand und im Handgelenk; Caput humeri deutlich in der Achselgrube fühlbar; heftige Schmerzäußerungen des robusten Mannes bei der geringsten Bewegung, ja schon Berührung des kranken Arms.

Ich ließ durch den Gehilfen die Schulter der kranken Seite etwas fixiren, und ergriff — vor dem Kranken sitzend — das Handgelenk des kranken Arms mit meiner linken, den Humerus über dem rechtswinklig gebogenen Ellbogen mit meiner rechten Hand, rotierte den Arm, an den Thorax gedrückt, langsam möglichst weit nach Außen, allmählig den Humerus etwas nach oben drückend. Hierauf streifte ich mit meiner rechten Hand langsam am Humerus aufwärts bis zu dem jetzt deutlich sichtbaren Caput humeri und dieses etwas andrückend, führte ich in langsamer Rotation mit meiner linken Hand den Arm nach innen und plötzlich rutschte das Caput humeri mit deutlichem Geräusch unter der rechten Hand weg in die Pfanne und die Einrichtung war vollendet, rascher als dies erzählt ist.

2) Der zweite Fall betrifft den fast 70jährigen ganz mageren Chr. L., den ich unmittelbar nach obigem ohne alle Assistenz auf gleiche Weise reponierte. Die Diagnose dieses Falles bot bei der großen Magerkeit des Mannes gar keine Schwierigkeit. Hier war bei der geringen Resistenz der Weichtheile das Caput humeri mehr nach innen unter den Brustmuskel gewichen (Luxation nach unten und innen) und die Bewegungen des Armes waren auch in dieser abnormen Lage nicht sehr

schmerzhaft. Dagegen waren auch hier die ausstrahlenden Schmerzen im Handgelenk sehr heftig. Bei diesem Patienten war auch der rechtsseitige Nasenknorpel aus seiner Verbindung gelöst (lurirt) und hing als Halbring nur noch an einem Schleimhautfetzen zum Nasenloch heraus. Den in seine Lage zurückgebrachten Nasenknorpel hielt ich bis zur Anheilung durch einen Baumwollspirofen fest.

Die beiden von mir nach obigem Verfahren reponirten Luxationen gehören nun freilich nicht zu den schwierigsten und konnten so frisch — wenigstens der eine — ohne Zweifel auch nach andern bekannten Weisen erfolgreich behandelt werden. Es sind aber nicht immer frische Fälle, besonders in der Landpraxis, die zur Behandlung kommen; gewöhnlich hat schon der Wundarzneidienst und die ganze Nachbarschaft mit und ohne Wagenfeil Tractionen gemacht und gerade für diese lohnt es sich gewiß, wie auch in dem von Schinzinger ausführlich beschriebenen, nach anderer Methode nicht zu reponirenden Falle, dieses einfache Verfahren anzuwenden.

Zeitung.

Dienstnachricht. Assistenzarzt Keppner in St. Georgen wird angewiesen, seinen Wohnsitz in Hornberg zu nehmen.

Diensterledigung. Die Stelle des Amtsgerichtsarztes in Salem. Meldung bei Großherzoglicher Sanitätskommission.

Wohnortswechsel. Arzt Andreas Weber ist von Oberhausen, Amt Kenzingen, nach Seelbach, Amt Lahr; Arzt Dr. Bougine von Waldshut nach Wehr, Amt Säckingen, gezogen.

Todesfall. 9. Oberwund- und Gebarzt Friedrich Muxel in Baden, 1840 licenzirt, und bis 1850 Militärchirurg, ist am 3. October gestorben.

Die medizinische Hauptprüfung beginnt dahier am 10. November.

Die **Versammlung mittelrheinischer Aerzte** findet Samstag den 1. November in Heidelberg Statt, wozu sämtliche Aerzte eingeladen werden. Beginn der Sitzung Mittags 12 Uhr in der Aula.

Wissenschaftliche Versammlungen der Aerzte von Karlsruhe und Umgegend.

Tagesordnung Montag den 3. November, Abends 7 Uhr in „Grünen Hof“: Angelegenheiten des Instrumentenvereins. Schuberger über Pseudoplasmen der Gelenke, nach eigener Beobachtung mit Vorweisung eines Präparates.

Druck von Malsch & Vogel.