

# Über die Osteomyelitis des Stirnbeins.

Von Helmuth Richter.

Vortrag am 7. Dezember 1937. (Kurzbericht.)

Die eitrige Entzündung der Markräume der platten Schädelknochen, vor allem der Stirnbeine, erzeugt stets ein sehr ernstes Krankheitsbild, welches von der Gefahr der Miterkrankung des Schädelinhalts beherrscht wird. Die Osteomyelitis des Stirnbeins kann selten primär, z. B. nach Unfall, häufiger sekundär im Anschluß an eine akute oder chronische Stirnhöhleenerkung auftreten. Wie Herbert Schmidt unlängst (Archiv f. ONK. Bd. 143 Heft 2) ausgeführt hat, kann die Osteomyelitis hierbei stürmisch oder langsam verlaufen. Die Voraussage ist im letzteren Falle etwas besser als im ersteren.

Wir haben vor kurzem in unserer Klinik einen Kranken behandelt, der an einer Osteomyelitis des Stirnbeins litt. Wegen der relativen Seltenheit der Erkrankung soll darüber berichtet werden.

R. Sch., 17 Jahre alt, erkrankte am 5. 6. 37 an einem fieberhaften Katarrh. Wegen starker Stirnkopfschmerzen mit Fieber wurde er am 12. 6. 37 in die Klinik aufgenommen. Die Untersuchung ergab eine akute Eiterung der linken Stirnhöhle. Auf konservative Behandlung nahmen die Beschwerden und das Fieber ab. In der Nacht vom 15. auf 16. 6. 37 stieg die Temperatur wieder an, der Kranke fror und es bildete sich eine fluktuierende Schwellung über der linken Stirnhälfte. Unter der Annahme, daß es sich um eine unter Druck stehende Eiterung der linken Stirnhöhle handelte, wurde der Kranke am 16. 6. 37 in Loc. An. operiert. Dabei sah der Knochen der Stirnhöhlenaußenwand grau verfärbt aus, in der Höhle befand sich geruchloser Eiter, ihre Schleimhaut war verdickt, ihre Hinterwand erhalten. Im Eiter wurden Staphylokokken nachgewiesen (Bakt. Inst.). Nach einigen beschwerdefreien Tagen entstanden am 22. 6. 37 erneut Stirnkopfschmerzen und hohes

Fieber. Die äußere Schwellung nahm zu und reichte bis an die Haargrenze. Deshalb entschloß ich mich am 23. 6. 37 wegen Verdacht auf Osteomyelitis zur 2. Operation in Loc. An. Ich fand einen äußeren subperiostalen Abszeß und nach Wegnahme des linken Stirnbeins einen ebenso großen Abszeß zwischen Knochen und Dura. Temperaturkurve und Wundverhältnisse werden in Bildern gezeigt. Am 5. 7. 37 war der Kranke entfiebert, am 7. 8. 37 wurde er zur Sprechstunde entlassen, wo sich später einige kleine Sequester abstießen. Jetzt ist die Wunde gut vernarbt, der Kranke stets beschwerdefrei.

Man hat mehrfach versucht, bei entsprechenden Fällen durch sogenannte Entrindung des Stirnbeins, d. h. durch Wegnahme seiner äußeren harten Schale seine Markräume freizulegen, um dem Eiter Abfluß zu verschaffen. Diese Maßnahme genügt m. E. nicht. Auch H. Schmidt hat hierauf hingewiesen. Bei der Entrindung können wir niemals wissen, wie weit die Eiterung in den Markräumen reicht; vor allem aber können wir uns hierbei nicht darüber unterrichten, ob sich im Schädelinneren Eitermengen ansammeln, also extradurale Abzesse bilden. Dies war auch bei unserem Kranken der Fall. Da solche extradurale oder auch Hirnabzesse fast immer keine besonderen Erscheinungen hervorrufen, würden sie bei der einfachen Entrindung nicht rechtzeitig erkannt. Ich habe also diese Beobachtung vor allem deshalb mitgeteilt, um zu betonen, daß die erste Voraussetzung für die Heilung des ersten Krankheitsbildes der Osteomyelitis des Stirnbeins die restlose operative Wegnahme des ganzen erkrankten Knochens ist. Wie die Bilder zeigen, kann trotzdem ein sehr gutes kosmetisches Ergebnis bei gleichzeitiger Rettung des Kranken erzielt werden.

---

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://www.zobodat.at)

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen](#)

Jahr/Year: 1937

Band/Volume: [69](#)

Autor(en)/Author(s): Richter Helmuth

Artikel/Article: [Über die Osteomyelitis des Stirnbeins. 343-344](#)