Otitis media acuta mit perisinuösem Abszeß und Abduzenslähmung.

Von Dr. Richard Lehmann, Spezialarzt für Hals-, Nasen-, Ohrenleiden in Berlin.

Seitdem im Jahre 1904 Gradenigo (1) auf einen bei akuter Otitis media vorkommenden eigenartigen Symptomenkomplex aufmerksam gemacht hat, der sich durch eine Abduzenslähmung charakterisiert, ist in der Literatur eine größere Anzahl von Fällen veröffentlicht worden, in denen bei akuter und auch bei chronischer Otitis media purulenta eine Abduzenslähmung auftrat. Einen weiteren Beitrag hierzu will ich mit dem von mir beobachteten Falle liefern. Gradenigo stellte an der Hand von sechs von ihm beobachteten Fällen einen Symptomenkomplex auf, der sich durch Otitis media acuta mit oder ohne Mastoiditis, ziemlich intensive und kontinuierliche Schmerzen in der entsprechenden Kopfhälfte, speziell in der Temporal-Parietalgegend, die zeitweise nach dem Auge ausstrahlten und durch eine isolierte Lähmung oder Parese des Abducens der kranken Seite äußerte. Die Lähmung trat in seinen Fällen 20—60 Tage nach Beginn der Mittelohrentzündung auf. Der Verlauf der Mittelohrentzündung ist beim Auftreten dieses Symptomenkomplexes in der Mehrzahl der Fälle günstig, und es tritt ohne Operation eine restitutio ad integrum ein. Jedoch berichtet Gradenigo über zwei Fälle und Brieger über einen Fall, in denen wenige Tage nach Auftreten der Lähmung die Patienten unter den Erscheinungen der Meningitis zugrunde gingen. Gradenigo sah die Ursache für das Auftreten der Lähmung in einer auf die Spitze des Felsenbeins lokalisierten Meningitis. Später an der Hand der in der Literatur verzeichneten Fälle spricht sich Gradenigo (2) in einer ausführlicheren Arbeit noch einmal über die Ursachen der Abduzenslähmung und der Begleiterscheinungen aus. Er glaubt, daß es in den betreffenden Fällen infolge Eiterretention zu einer Ausbreitung des Eiters aus der Paukenhöhle nach der Pyramidenspitze durch peripherische Zellen und den Canalis caroticus komme. Der Abducens wird dann an dieser Stelle unmittelbar nach seinem Durchtritt durch die Dura mater ergriffen. Es kommt zu einer zirkumskripten Osteitis mit sekundärer Pachymeningitis. In Ausnahmefällen kann das besprochene Krankheitsbild durch das Akutwerden einer chronischen Mittelohreiterung hervorgerufen werden. In ungefähr der Hälfte der Fälle können akzessorische Symptome vorhanden sein, die von einer Reizung des Trigeminus, Oculomotorius und der Gehirnhäute abhängen. Als Komplikationen treten zuweilen reaktive Mastoiditis und umschriebene, auf den Sinus sigmoides beschränkte extradurale Läsionen auf. In einer anatomischen Studie über die Ursachen der Abduzenslähmung bei akuter Otitis media nähert sich Baldenweck (3) der Ansicht Gradenigos. Die Pyramidenspitze senkt sich nach Baldenweck in den von Os basilare und vom Keilbein gebildeten Winkel hinein. Ihre Form wird auf der Hinterseite durch die Furche für den Abducens und den Sinus petrosus inferior bestimmt. Der Abducens ist mit der Spitze der Felsenbeinpyramide durch eine feste Bindegewebsscheide verbunden, die noch durch das Ligamentum petrosphenoidale Gruber und durch Durazüge verstärkt wird. Unmittelbar nach seinem Uebergang über den Rand der Pyramide senkt sich der Nerv in den Sinus cavernosus. Bezüglich der Struktur der Pyramidenspitze unterscheidet Baldenweck drei Formen: einen Type spongiose, einen Type petreux und einen Type pneumatique. Beim letzten Typus bestehen anatomische Verbindungen der Spitze mit den Hohlräumen des Mittelohrs, und auf diesem Wege schreitet dann die Infektion von der Paukenhöhle nach der Pyramidenspitze.

Es kommt dann nach Baldenweck zu einer an der Pyramidenspitze lokalisierten Osteitis, die zuweilen unbemerkt bleibt, zuweilen sich durch eine Abduzenslähmung offenbart und mitunter auch zu einer Thrombose

des Sinus cavernosus, zu Extraduralabszeß, zu diffuser Meningitis oder zu einem Hirnabszeß führt. Eine Beteiligung der Zellen der Pyramidenspitze an dem Paukenhöhlenprozeß ist durch mehrere Sektionsbefunde als sicher festgestellt worden. Mehrere andere Autoren, die über einschlägige Fälle berichten, vertreten den gleichen Standpunkt wie Gradenigo. So berichtet Török (4) über einen Fall von Abduzenslähmung, der vier Wochen nach Beginn der Otitis media auftrat und der spontan ausheilte. Er nahm als Ursache eine Pachymeningitis an der Pyramidenspitze, ev. ein zirkumskriptes Oedem an. Die gleiche Ursache nimmt C. A. Ricci (5) an, der zwei Monate nach Beginn der Mittelohrentzündung eine Abduzenslähmung sah, die nach vier Monaten schwand. Ueber weitere einschlägige Fälle berichtet Cistelli (6) und Mongardi (7) mit spontaner Heilung und Rimuci (8) (Triest) über drei Fälle, von denen ein Fall durch Extraduralabszeß verursacht war. Sie alle schließen sich der Ansicht Gradenigos über die Ursachen der Lähmung an.

Eine wesentlich andere Auffassung von dem Zustandekommen der Lähmung vertreten Geradzi (9) (Rom) und Alt (Wien) (10). Ersterer berichtet über eine Abduzenslähmung, die 20 Tage nach Beginn der akuten Mittelohrentzündung auftrat und durch Mastoiditis kompliziert war. Nach Operation trat Heilung ein. Geradzi nahm in diesem Falle als Ursache eine reflektorische Kernlähmung an, die ja bei den nahen Beziehungen zwischen dem Vestibularnerven und dem Deiterschen Kern naheliegender ist. Eventuell, glaubt Geradzi, sei auch manchmal eine toxische Neuritis anzunehmen. In einer größeren Uebersicht über die otogene Abduzenslähmung, in der er die einschlägigen Fälle nach den Ursachen zu gruppieren versucht, vertritt auch Alt den Standpunkt Geradzis und nimmt, während er als Ursache in einer Anzahl von Fällen die zirkumskripte Meningitis Gradenigos — oder einen durch seröse Arachnoiditis hervorgerufenen Druck — gelten läßt, in anderen Fällen eine reflektorische Lähmung oder eine infektiöse Neuritis an und führt als Beweis für diese Annahme einen Fall an, in dem er bei Abduzenslähmung bei der Operation eine Fistel im horizontalen Bogengang fand.

In dem Falle nun, den ich selbst beobachtet habe, war der Verlauf folgender: Frau A. St., 47 Jahre alt, trat am 21. März 1910 in meine Behandlung. Sie erkrankte etwa vier Wochen vorher unter Ohrenscherzen, Kopfschmerzen in der Schläfenscheitelbeingegegend der rechten Seite und Ohrenlaufen rechts. Die Kopfschmerzen ließen dann etwas nach, wurden aber in den letzten acht Tagen, bevor Patientin in meine Behandlung trat, wieder sehr heftig. Patientin war die Zeit vorher in Behandlung eines praktischen Arztes gewesen. Bei der Untersuchung erhob ich folgenden Befund: Patientin ist in gutem Ernährungszustand, macht aber einen schwer leidenden Eindruck. Der Gehörgang ist mit Eiter angefüllt. Nach Reinigung des Ohrs strömt immer wieder von hinten oben reichlich Eiter nach. Der größte Teil des Trommelfells ist verdeckt durch einen kleinerbsengroßen Polypen.

Der Polyp wird von mir mit einer Schlinge entfernt und Ausspritzung des Ohrs mit Borsäure verordnet. Am nächsten Tage haben die Kopfschmerzen erheblich nachgelassen. Die Sekretion bleibt aber stets gleich diffus, das Allgemeinbefinden schlecht. Der Puls ist stets über 100, leichte Temperatursteigerungen bis 38, Schlaf und Appetit sind schlecht. Am 28. März, also fünf Wochen nach Beginn der Otitis media, klagt Patientin über Doppelsehen, und der Augenarzt stellt eine isolierte Abduzenslähmung der kranken Seite fest ohne irgendwelche Veränderungen am Augenhintergrund. Die Kopfschmerzen, die nach der Extraduktion des Polypen noch nicht ganz geschwunden waren, sondern in mäßigem Grade andauerten, hatten sich inzwischen wieder verstärkt. Es bestand jetzt ein kontinuierlicher, ziemlich heftiger Schmerz in der Schläfenscheitelbeingegegend der rechten Seite, der nach dem Auge hin ausstrahlte, und ein gewisses retrobulbäres Druckgefühl. Da die Sekretion noch immer sehr abundant, Puls und Temperatur dauernd etwas erhöht waren, so riet ich, als auch noch die Abduzenslähmung auftrat, der Patientin zur Operation, die aber verweigert wurde, trotzdem ich täglich die Kranke immer wieder von neuem dazu zu veranlassen suchte. Da traten schließlich 14 Tage später, am 12. April, derartig rasende Schmerzen in der rechten Scheitelgegend auf, daß Patientin fast sinnlos vor Schmerzen wurde und sich zur Operation entschloß. Ich betone noch, daß spontaner oder Druckschmerz über dem Processus mastoideus bisher nie bestanden hatte. 13. April Operation in Aethersauerstoffnarkose. Nach dem üblichen Hautschnitt und Freilegung des Knochens zeigt sich das Periost etwa 2 cm hinter der Insertionslinie der Ohrmuschel an der Grenze der Linea temporalis mit dem Knochen fest verwachsen. Der Knochen ist durch eine deutliche Fissur in Ausdehnung eines Fingergliedes als krank markiert. Nach wenigen Meißelschlägen an der üblichen Stelle in der Höhe der Spina supra meatum eröfne ich eine große Höhle, die mit Eiter und Granulationen angefüllt ist. Die Paukenhöhle ist gleichfalls völlig mit Granulationen angefüllt, die mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden. Der Knochen zeigt sich nach oben bis zur Dura, nach unten bis zur Spitze des Processus, nach vorn bis in den vorderen Gehörgang hinein und nach hinten bis zu der erwähnten, schon durch eine Fissur

gezeichneten Knochenpartie und darüber hinaus als erkrankt und muß in dieser Ausdehnung reseziert werden. Als dabei der Sinus freigelegt wird, quillt etwa 1—1½ Teelöffel Eiter hervor. Der Sinus, der in der Ausdehnung eines Kleinfingergliedes freigelegt werden muß, ehe er sich als gesund erweist, ist mit schmierigen Granulationen bedeckt, aber offenbar nicht thrombosiert. Die Wundhöhle wird mit Jodoformgaze tamponiert.

In den nächsten Tagen bestehen noch leichte Temperatursteigerungen bis 38,5, am 17. April kehrt die Temperatur zur Norm zurück und bleibt dauernd unter 37°, ebenso bessert sich der Puls. Die Schmerzen sind einen Tag nach der Operation völlig geschwunden, ebenso bessert sich die Abduzenslähmung, die 14 Tage lang von Beginn ihres Auftretens bis zur Operation unverändert bestanden hatte, in den ersten drei Tagen nach der Operation ganz erheblich, sodaß nur ab und zu noch Doppeltsehen auftritt. Beim zweiten Verbandwechsel nach sieben Tagen ist das Ohr trocken, und 4½ Wochen nach der Operation ist die Wunde verheilt und die Hörschärfe, die vorher erheblich herabgesetzt gewesen, fast normal. Die Abduzenslähmung ist heute, das sind sieben Wochen nach der Operation, noch nicht völlig beseitigt. Zwar tritt nur noch ganz selten Doppeltsehen und auch das nur, wenn das Auge sehr angestrengt wird, auf, aber das rechte Auge kann noch nicht bis in den äußeren Lidwinkel abduziert werden, sondern bleibt doch noch immer um 0,5 cm in der Abduktion zurück. Außerdem besteht noch ein gewisses Druckgefühl im rechten Auge. Da sich aber die Abduzenslähmung nach der Operation stetig, wenn auch sehr langsam in den letzten Wochen gebessert hat, so nehme ich an, daß die noch vorhandene Parese allmählich unter Behandlung mit dem faradischen Strom ganz zurückgehen wird.

Ziehe ich nun von diesem Fall die **Epikrise**, so handelt es sich hier um einen typischen Gradenigoschen Symptomenkomplex. Als Ursache hat hier für die Abduzenslähmung die Operation einen perisinuösen Abszeß ergeben. Entweder hat hier der Druck des Abszesses zur Lähmung geführt, oder es bestand genau so wie eine Perisinuitis auch noch eine zirkumskripte Meningitis an der Pyramidenspitze, die zur Erkrankung des Nerven führte. Eins veranlaßt mich, auch eine zirkumskripte Meningitis anzunehmen. Die auffallend schnelle Besserung der Abduzenslähmung in den ersten Tagen nach der Operation führe ich auf die Beseitigung des Druckes zurück. Wäre jedoch der Druck die einzige Ursache der Abduzenslähmung gewesen, so wäre es unverständlich, weshalb heute, sieben Wochen nach der Operation, noch eine Parese besteht. Das kann ich mir nur so erklären, daß ein lokaler Prozeß an der Pyramidenspitze zur Erkrankung des Nerven führte, die durch den Druck des perisinuösen Abszesses noch verstärkt wurde. Der durch den Druck verursachte Teil der Lähmung ging unmittelbar nach Beseitigung des Druckes zurück, während die durch den Krankheitsprozeß an der Pyramidenspitze verursachte Lähmung nur ganz langsam sich zurückbildet.

Eins jedoch lehrt mich mein Fall, wenn ich noch die beiden Fälle von Gradenigo und den einen Fall von Brieger, in denen es unter den Zeichen einer allgemeinen Meningitis zum Exitus kam, und mehrere Fälle von Extraduralabszeß bei Abduzenslähmung aus der Literatur in Betracht ziehe, nämlich daß eine jede Abduzenslähmung, die im Anschluß an eine akute Otitis media auftritt, als ein Alarmsignal zu betrachten ist. Sie soll uns darauf aufmerksam machen, daß dem Patienten Gefahr droht, und wenn noch andere Symptome auftreten, die eine Operation ev. in Frage stellen, so soll man lieber einmal zu viel operieren als allzu lange warten. Allerdings gibt das alleinige Auftreten der Lähmung niemals die Indikation zur Operation ab, denn eine größere Anzahl von Fällen hat gezeigt, daß die Erkrankung spontan in der Mehrzahl der Fälle zurückgeht.

Nachtrag: Die Abduzenslähmung ist, wie ich angenommen, unter Behandlung mit dem faradischen Strome heute am 24. Juni, also zehn Wochen nach der Operation, bis auf einen ganz geringen Rest beseitigt. Doppeltsehen und retrobulbäres Druckgefühl sind völlig geschwunden.

Literatur: 1. Gradenigo, R. Accademia di Medicina. Turin, 19. Januar 1904. Ref. Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. 2, S. 352. — 2. Derselbe, Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 74, S. 149. — 3. Baldenweck, Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde 1909, S. 28. Ref. — 4. Török, Archiv für Ohrenheilkunde, Bd. 57, S. 188. — 5. Ricci, Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. 3, S. 106. Ref. — 6. Citeili, Archivio ital. di Otológico, Bd. 15, H. 5. — 7. Mongardi, Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. 3, S. 149. Ref. — 8. Rimini, Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. 4, S. 103. — 9. Geronzi, Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde, Bd. 3, S. 130. Ref. — 10. Alt, Monatsschrift für Ohrenheilkunde, 40. Jahrg., H. 2.