IV. Aus der Universitäts-Ohrenklinik in Giessen.

Ein Fall von otitischem Hirnabscess.

Von Prof. Dr. H. Steinbrügge.

Da der vorliegende Fall vielleicht in diagnostischer Beziehung einiges Interesse beanspruchen dürfte, so möge es gestattet sein, denselben hier zu veröffentlichen, wenngleich die kurze Dauer des terminalen Stadiums der Erkrankung, sowie die Ablehnung der Obduction von Seiten der Angehörigen des Verstorbenen eine nach allen Richtungen erschöpfende Beobachtung nicht ermöglichte. — Ich verdanke die Gelegenheit zu der Untersuchung und Behandlung des betreffenden Kranken, desgleichen die anamnesticen Daten der Freundlichkeit des hiesigen Collegen Herrn Stabsarzt Richter.

Der Muskettier H., 23 Jahre alt, Maurer, seit October 1896 im Kaiser Wilhelm-Regiment zu Giessen dienend, meldete sich am 7. Juli d. J. krank mit der Klage über Kopfschmerzen, welche die linke Stirngegend einnahmen. Die Anamnese ergab, dass Patient von gesunden Eltern abstamme und bisher nicht erheblich krank gewesen sei. Nach Angabe des Feldwebels soll er jedoch schon seit etwa sechs Wochen ab und zu über Kopfschmerz geklagt, auch mitunter confuse Antworten gegeben und phantasirt (?) haben. Trotzdem war er imstande, seinen dienstlichen Pflichten in jeder Beziehung zu genügen und sogar die wegen der starken Hitze der letzten Wochen beschwerlichen Marschübungen mitzumachen.

Bei der ersten Untersuchung des kräftig gebauten, muskulösen Patienten gab derselbe durchaus vernünftige Antworten. Temperatur und Puls erschienen normal, eine Kopfverletzung hatte niemals stattgefunden, die Pupillen waren gleich weit und reagierten gut auf Lichteinfall, dagegen erschien die Zunge stark belegt, so dass der behandelnde Arzt die Kopfschmerzen als muthmaassliches Symptom gastrischer Störungen betrachtete und unter Anordnung von Bettruhe und Eisblase auf den Kopf ein expectatives Verhalten beobachtete.

Der 8. und 9. Juli vergingen ohne wesentliche Aenderungen im Befinden des Kranken. Am 10. Juli klagte derselbe wieder über stärkere Schmerzen in der linken Kopfhälfte. Am Abend desselben Tages fand Erbrechen statt, und es fiel ein mässiges Herabsinken des linken oberen Augenlides auf. — Der Befund eingetrockneten Secretes im linken Gehörgange sowie das Vorhandensein einer kleinen fluctuirenden Vorwölbung inmitten des linken Warzenfortsatzes lenkten dann am folgenden Tage (11. Juli) die Aufmerksamkeit auf das linke Ohr. Die Untersuchung ergab auch eine Perforation des Trommelfells dieser Seite, und Patient theilte auf Befragen jetzt erst mit, dass er seit der Kindheit ab und zu an Ausfluss aus dem linken Ohre gelitten habe.

Am Nachmittage des 11. Juli wurde ich zur Untersuchung des Kranken hinzugezogen, welche zunächst den Befund einer Perforation des linken Trommelfells bestätigte. Die Absonderung aus dem Mittelohre schien sehr gering zu sein. Patient hörte das Ticken einer Taschenuhr (Norm sechs Meter), wenn dieselbe dicht an die linke Ohrmuschel gehalten wurde, und verstand gewöhnliche, direkt an ihn gerichtete Sprache noch recht gut. Der Warzenfortsatz der kranken Seite war beim Beklopfen und beim Untersuchen der fluctuirenden Stelle sehr empfindlich, dagegen äusserte Patient beim Percutiren der linken Scheitel- und Schläfengegend keinen Schmerz.

Die Körpertemperatur betrug 37.3°, der Puls zählte 64 Schläge in der Minute; derselbe war durchaus regelmässig, kräftig und voll. Der Kürze halber möchte ich zusammenfassen, dass die höchste Temperatur des Kranken während seines Aufenthaltes im Lazareth 37.5° betragen und dass die Zahl der Pulsschläge zwischen 76 und 64 geschwankt hatte. Ein Schüttelfrost ist nicht beobachtet worden. Die Zunge war stark belegt, ward gerade und ohne Zittern herausgestreckt. Die Uvula stand gerade, die Gaumenbögen erschienen symmetrisch; beim Phoniren wurde

der weiche Gaumen gut gehoben. Der Leib war etwas eingezogen. Stuhlgang war seit vorgestern nicht erfolgt, Erbrechen hatte, wie oben bemerkt, am gestrigen Abend einmal stattgefunden. Der Urin wurde willkürlich entleert.

Patient war imstande, das Bett zu verlassen und aufrecht zu stehen, wobei er sofort eine stramme militärische Haltung einnahm. Selbst bei geschlossenen Augen war kaum ein Schwanken zu bemerken, dagegen erschien das Kniephänomen, trotz starken Beklopfens, beiderseits erloschen. Kernig'sche Flexionscontractur war nicht nachzuweisen. Das linke Auge schien mir empfindlicher gegen Licht zu sein, die linke Pupille lebhafter auf Lichteinfall zu reagieren als die rechte. Ungleichheit in Betreff der Weite beider Pupillen war nicht zu constatiren. Die Bewegungen des Augapfels waren nicht behindert. Eine ophthalmoskopische Untersuchung des Augengrundes hat leider nicht stattgefunden.

Was nun die Ptosis des linken oberen Augenlides betraf, so war dieselbe eigentlich nicht dauernd, sondern machte sich nur von Zeit zu Zeit geltend, so dass ich einigermaassen darüber im Unklaren blieb, ob statt einer Parese des Levator palpebrae superior. nicht vielmehr ein Krampf seines Antagonisten, des Musculus orbicularis palpebrarum vorliegen könne, zumal da gleichzeitig mit dem Senken des oberen Augenlides zeitweilig ein Verziehen des linken Mundwinkels nach aussen stattfand. Ich werde weiter unten auf diesen Punkt zurückkommen. — Im übrigen machte der Kranke den Eindruck der Schläfrigkeit und leichten Benommenseins. Mancho Frage beantwortete er correct, bei einigen Fragen machte sich dagegen ein falsches Verständniss, eine Art partieller Worttaubheit geltend. So beantwortete er die Frage nach seinem Alter hartnäckig mit: „7. Compagnie“, obgleich er den Tag und das Jahr seiner Geburt richtig anzugeben vermochte. Auf die Frage, wie lange er als Soldat diene, antwortete er wiederholt: vier Tage. Diese Zeit entsprach der Dauer seines Aufenthaltes im Lazareth. Motorische sowie optische Aphasie bestand dagegen nicht; Patient bezeichniete ihm vorgehaltene Gegenstände sofort richtig. Die Kopfschmerzen nahmen einen grossen Theil seines Ideenkreises ein; er betonte das Vorhandensein derselben im Anschluss an die Beantwortung fast jeder Frage.

Am 12. Juli, 8 Uhr Morgens, betrug die Körpertemperatur 36.9°. Patient hatte während der Nacht viel und ruhig geschlafen und schlief noch. Während des Schlafes zählte der Puls 50 Schläge in der Minute, nach dem Erwachen 60. Im übrigen war der Zustand unverändert.

Obgleich die Diagnose eines Abscesses im linken Schläfenlappen in Anbetracht der Temperatur- und Pulscurve sowie der übrigen Erscheinungen fast mit Sicherheit gestellt werden konnte, hielt ich es doch für geboten, zuerst die erkrankten Partien des Felsenbeinknochens aufzusuchen und zu eliminiren. Es ward deshalb die linke Ohrmuschel in bekannter Weise umschnitten und sammt dem knorpeligen und häutigen Gehörgange vom Knochen abgelöst. Letzterer war in der Tiefe auffallend verdickt und fest verwachsen, seine Trennung vom Knochen bot daher ungewöhnliche Schwierigkeit. Nach Freilegung des Warzenfortsatzes zeigte sich daselbst in der Höhe des äusseren Gehörganges eine mit Granulationen ausgefüllte Fistelöffnung im Knochen. Die Sonde drang in den Fistelgang, in der Richtung nach oben, gegen das Antrum mastoideum hin, tief ein. Dadurch war der Weg für den weiteren Eingriff vorgezeichnet. Die Knochenlage zwischen der Fistel und hinteren Gehörgangswand, welche, mit Ausnahme der nächsten Umgebung des Fistelganges, recht hart war, wurde schichtweise abgemeisselt, wobei sich dicker, grünlichgelber Eiter aus der Fistel entleerte. Letztere führte in einen grösseren, mit Granulationen erfüllten Hohlraum, welcher dem durch Caries erweiterten Antrum mastoideum anzugehören schien. Die parenchymatöse Blutung aus sämtlichen durchtrennten Geweben war auch in diesem Falle so störend, dass man sich mehr durch das Gefühl als durch das Gesicht in der beträchtlichen Tiefe der Wunde orientiren musste. Nach Ausräumung der Granulationen ergab die Untersuchung mittels der Sonde keine Communication des Hohlraums mit der Schädelhöhle, und da die Chloroformnarkose bereits zwei Stunden gedauert hatte, da ferner ein Irrthum in Betreff der Diagnose immerhin möglich war, so beschlossen wir, den etwaigen Erfolg der Eiterentleerung aus dem Felsenbeinknochen erst abzuwarten und dann eventuell die Eröffnung der Schädelhöhle vorzunehmen. Partielle Anheftung der Ohrmuschel durch einige Nähte und Ausfüllen der Wunde mit Jodoformgaze erfolgte zum Schluss.

Am Abend nach der Operation (7 Uhr) war Patient bei Bewusstsein, antwortete aber theilweise wieder confus und klagte wie sonst über Kopfschmerz. Temperatur 37.5, Puls 56 regelmässige Schläge. Auf Einlauf war reichlicher Stuhlgang erfolgt. Urin war willkürlich entleert worden.

Später ward Patient unruhig, zeigte geröthetes Gesicht, die Temperatur stieg an, der Puls ward beschleunigt, die Athmung stürmisch. Gegen Mitternacht hatte er versucht, aufzustehen. Um 2 1/2 Uhr Vormittags betrug die Temperatur 40.3°, der Puls war jagend, kaum fühlbar. Eine Stunde später trat unter den Erscheinungen des Lungenödems der Exitus letalis ein.

Die Section ward von dem Vater des Kranken verweigert. Ich durchbrach deshalb mit einigen Meisselschlägen, von der Wunde aus, das Dach des Antrum mastoideum und führte eine nach der Spitze zu etwas gebogene Hohladel in den Schläfenlappen ein. Die Spitze der Nadel liess sich in einem anscheinend grösseren Hohlraum frei bewegen, und bei Aspiration mittels einer etwa 4 ccm haltenden Spritze füllte sich dieselbe sofort mit dünnem, weissgelblichem Eiter.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch sofortige Entleerung des Hirnabscesses im Anschluss an die Warzenfortsatzoperation das Leben des Patienten vielleicht hätte erhalten werden können, jedenfalls wäre die Aufgabe des Chirurgen dadurch in befriedigender Weise zum Abschluss gebracht worden. Es soll auch nicht in Abrede gestellt werden, dass der bald nach der Operation zweifellos stattgehabte Durchbruch des Abscesses wahrscheinlich durch die Erschütterung beim Aufmeisseln des Knochens begünstigt worden ist. Der geschilderte Verlauf spricht daher wieder für das Bedenkliche des Zuwartens in derartigen Fällen und für den sofortigen Anschluss der Eröffnung der Schädelhöhle an die Freilegung der Mittelohrräume. Freilich wird derjenige leichter zum Zuwarten geneigt sein, der mehrfache Irrthümer in Betreff der Diagnose von Hirnabscessen und das vergebliche Einstechen in die Hirnsubstanz auf der Suche nach Eiter miterlebt hat.

Die Frage, ob man zuerst den Gehirnabscess eröffnen und später die erkrankten Partien des Felsenbeins hätte beseitigen sollen, ist wohl dahin zu beantworten, dass der im Knochen befindliche Eiter, in diesem Falle trotz antiseptischer und aseptischer Maassregeln, eine stete Gefahr hinsichtlich nachträglicher Infection der Schädelwunde, insbesondere der Meningen, gebildet haben würde.

Von grossem Interesse ist das Symptom der Ptosis des gleichseitigen oberen Augenlides bei Schläfenlappenabscessen, auf welches Körner namentlich hingewiesen hat. Dass im vorliegenden Falle ein Zweifel obwalten konnte, ob es sich mehr um Krampf im Musculus orbicularis palpebrarum oder um Schwäche des Musculus levator palpebrae superioris handle, ist oben bereits erwähnt worden. Die Entscheidung war hier schwieriger, weil keine anderen Zweige des Nervus oculomotorius gelähmt, und auch die linke Pupille nicht erweitert war. Es bestand im Gegentheil eine gewisse Empfindlichkeit des Auges gegen Licht, so dass beim Versuche, das linke Augenlid zum Zwecke der Pupillenbesichtigung zu heben, der Finger einen mässigen Widerstand zu überwinden hatte. Dennoch möchte ich im Hinblick auf die von Körner zusammengestellten Fälle von Schläfenlappenabscessen, welche mit gleichseitigen Störungen im Gebiete des Nervus oculomotorius verliefen, annehmen, dass es sich auch in unserem Falle um eine Schwächung der Innervation des linken Lidhebers gehandelt habe, infolge welcher der Musculus orbicularis palpebrarum das Uebergewicht erhielt.

Leider besitzen wir bis jetzt keine befriedigende Erklärung dafür, in welcher Weise entweder der gleichseitige Oculomotoriuskern, oder, wie Körner vorzieht, der gleichseitige Oculomotoriusstamm, und in diesem wieder die den Musculus levator palpebrae superioris sowie die den Sphincter der Pupille versorgenden Fasern vorzugsweise geschädigt werden. Da ich im Zweifel darüber war, ob der sehr geschützt verlaufende Stamm des Nervus oculomotorius in derartigen Fällen von Schläfenlappenabscessen durch Druck geschädigt werden könne, so erbat ich mir die Ansicht unseres Anatomen, des Herrn Collegen Strahl, über diese Frage. Derselbe war so freundlich, mir an einem Präparate zu demonstrieren, dass der Oculomotoriusstamm bei Ausdehnung oder Volumenzunahme, resp. Verlagerung des Schläfenlappens recht wohl neben der Anheftungslinie des Tentorium cerebelli, da wo der Nerv unter die harte Hirnhaut tritt, einen Druck erleiden könne. Auf alle Fälle wird die Senkung des gleichseitigen oberen Augenlides ein werthvolles Zeichen für das Vorhandensein eines Schläfenlappenabscesses darstellen.