XII. Journal-Revue.

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Hochhaus. Ueber diphtherische Lähmungen. (Aus der med. Klinik in Kiel.) Virch. Arch. Bd. CXXIV, Heft 2.

Hinsichtlich der anatomischen Befunde bei diphtherischen Lähmungen kommt Verf. auf Grund von vier genau untersuchten Fällen zu folgenden Ergebnissen. In den gelähmten, bezw. paretischen Muskeln lässt sich bei diphtherischer Lähmung eine ausgesprochene Entzündung nachweisen, die sich vorwiegend im Zwischengewebe localisirt, aber auch an den Fasern selber deutlich nachweisbar ist; eine geringe interstitielle Entzündung der Nerven ist gleichfalls vorhanden; dagegen sind die Centralorgane normal.

Bisher hatte man nach den vorliegenden anatomischen Befunden angenommen, dass die Ursache der Lähmung entweder in einer entzündlichen Alteration des Rückenmarkes oder der peripherischen Nerven zu suchen sei; besonders in den letzten Jahren huldigte man besonders der letzteren Entstehungsweise.

Dass die Musculatur bei Diphtherie auch mit erkrankte, war allerdings, nachdem dies durch die Untersuchungen von Virchow, Waldeyer, Popoff, Zenker, Fränkel u. a. für die verschiedensten Infektionskrankheiten, besonders den Typhus, nachgewiesen worden, von vornherein sehr wahrscheinlich, anatomisch begründet haben dies zuerst Oertel und Leyden. Man hielt die Veränderungen aber entweder für zu wenig bedeutend, um sie für die Lähmung verantwortlich zu machen, oder betrachtete dieselben als abhängig von der intensiveren Nervenerkrankung (Leyden, Fritz). Nur bei einem Organ, dem Herzen, wurde zuerst von Leyden auf Grund anatomischer Untersuchungen mit Nachdruck darauf hingewiesen, dass die Lähmungserscheinungen nach der Diphtherie häufig auf Erkrankung der Musculatur zurückzuführen seien; in mehreren einschlägigen Fällen wies er als Ursache der Herzlähmung eine ausgesprochene Myocarditis interstitialis nach.

Es ist nun a priori nichts dagegen einzuwenden, warum auch bei den übrigen Lähmungserscheinungen nicht dieselbe Entstehungsursache vorhanden sein sollte. Am allerwahrscheinlichsten muss es für die Lähmung der Gaumen- und Schlundmusculatur erscheinen, die den primären Diphtherieherden direkt anliegen und mithin der Einwirkung des Giftes am intensivsten ausgesetzt sind; für die übrige Musculatur wäre dann anzunehmen, dass ihr das infectiöse Agens auf dem Wege der Lymph- bezw. Blutbahn zugeführt würde. Um aber jedem Zweifel an der vorgebrachten Auffassung zu begegnen, wäre, ausser dem erbrachten anatomischen Nachweise, noch festzustellen, ob auch der klinische Verlauf sich mit der Annahme einer musculösen Erkrankung vereinigen lässt.

In dieser Beziehung ist hervorzuheben, dass in dem ersten Falle, der genau elektrisch untersucht wurde, sich mit Sicherheit keine qualitative Veränderung nachweisen liess, weder an der Gaumen- und Rachenmusculatur, noch an den peripherischen Muskeln, sondern nur geringe quantitative Unterschiede, während man doch bei neuritischem bezw. spinalem Ursprunge höchst wahrscheinlich deutliche qualitative Veränderungen hätte erwarten müssen; ferner waren die Nervenstämme nie druckempfindlich.

Was die Sensibilitätsstörungen angeht, so waren Parästhesien nie vorhanden; die nachweisbare, allerdings ziemlich hochgradige Anästhesie der Rachenschleimhaut lässt sich genügend erklären aus einer Druckwirkung, die das massenhafte Exsudat in Muskel und Schleimhaut auf die durchziehenden, bezw. anliegenden Nerven ausgeübt hat; die leichte Herabsetzung der Sensibilität in den peri-

pherischen Theilen würde sich wohl aus den geringen interstitiellen Nervenveränderungen ableiten lassen. Im klinischen Verlaufe wäre demnach kein Grund, der eine musculäre Erkrankung ausschliesse.

Von ganz besonderer Wichtigkeit und Bedeutung für die vorstehend dargelegte Anschauung erscheint dann noch eine neuere Publication von Senator¹⁾ „Ueber acute und subacute multiple Neuritis und Myositis“, in der er zwei Fälle beschreibt, die ein ganz ähnliches Krankheitsbild darbieten, wie man es bisher nur auf Grund einer multiplen Neuritis gekannt und diagnosticirt hatte, in denen er aber bei der Autopsie nur mässige entzündliche Veränderungen in den Nerven, dagegen, ähnlich wie bei den Fällen des Verfassers, in den Muskeln starke entzündliche Alterationen nachwies und in ihnen die Hauptursache der Lähmungserscheinungen sieht.

Von besonderem Interesse ist der Umstand, dass bei dem zweiten Kranken neben der Lähmung zuerst eine Druckempfindlichkeit der betreffenden Musculatur nachweisbar war, die erst später auch auf die Nervenstämme überging, eine Thatsache, die also wahrscheinlich so zu deuten ist, dass der Krankheitsprocess sich zuerst in den Muskeln etablierte und erst dann auf die Nerven überging.

Mit Recht macht Senator, indem er die einschlägigen Verhältnisse kritisch beleuchtet, geltend, dass der für diese Krankheit supponirte Infectionstoff sich einmal im Rückenmarke, ein anderes mal in den peripherischen Nerven, oder aber auch in den Muskeln localisiren könne; eine Auffassung, die vor ihm allerdings schon mehrfach geäussert worden (Erb, Strümpell, Vierordt), durch seine Fälle aber besonders eclatant illustriert erscheint.

Die gleiche Auffassung scheint aber auch für die Diphtherie und die ihr nachfolgenden Lähmungen ebenso berechtigt; auch hier wird durch die Infectionsträger ein Gift producirt, das wir ja durch die neueren Untersuchungen von Brieger und Fränkel genauer kennen gelernt haben, welches im Blut circulirt und abwechselnd bald das Rückenmark oder die peripherischen Nerven, bald die Musculatur angreift.

Diese vorstehenden Erörterungen im Verein mit dem Resultate der Untersuchungen des Verfassers stellen es seines Erachtens ausser Zweifel, dass die Ursache der diphtherischen Lähmungen, die bisher nur in den Nerven und im Rückenmarke anatomisch nachweisbar war, auch in den Muskeln ihren Sitz haben kann; letztere werden daher wohl mehr als bisher bei diesbezüglichen Erörterungen in Betracht zu ziehen sein.

Ohrenheilkunde.

Scheibe. Ueber eine neue Modification der Borsäurebehandlung bei chronischer Mittelohreiterung. Münchener med. Wochenschrift 1891 No. 14.

Bekanntlich sind diejenigen Mittelohreiterungen, welche ihren Sitz in den rückwärts und aufwärts an die Paukenhöhle sich anschliessenden Räumen haben, und bei welchen sich in diesen Räumen mit der Zeit grosse cholesteatomartige Epidermismassen anhäufen, am langwierigsten und trotzdem hartnäckig jeder Behandlungsmethode; als solche sind empfohlen die Eröffnung des Warzenfortsatzes, die direkte Ausspritzung der Höhlen mit dem abgekrümmten Paukenröhrchen, die Entfernung von Hammer und Ambos. Diesen Methoden fügt Scheibe noch die von Betzold schon vor 4 Jahren kurz empfohlene Methode der direkten Insufflation von Borsäure in die Höhlen vermittels des Paukenröhrchens hinzu. Es wurde, wie langjährige Erfahrungen zeigen, niemals ein Nachtheil, und in vielen Fällen, welche jahrelang bestanden hatten und vergeblich behandelt worden waren, Heilung in verhältnissmässig kurzer Zeit erzielt. Vor der Insufflation sollen die in den Räumen angesammelten Cholesteatommassen ausgespritzt werden; sind dieselben sehr fest, so empfiehlt Scheibe zur Auflockerung derselben Insufflationen von Borsäure 4,0, Salicylsäure 1,0; vor der Insufflation müssen alle Räume mit einem an der gekrümmten Sonde befestigten Wattebausch sehr subtil ausgetrocknet werden.

Zaufal. Zur operativen Behandlung der Fremdkörper in der Paukenhöhle. Wichtigkeit der ophthalmoskopischen Untersuchung. Prager med. Wochenschr. 1891 No. 15.

Gelugt die Entfernung eines Fremdkörpers aus der Paukenhöhle mit den einfachen Mitteln: Ausspritzung, Curette, schaufelförmige Hebel, durch den Meatus audit. ext. nicht, so muss zur blutigen Entfernung durch Ablösung der Ohrmuschel geschritten werden. Für die Indicationsstellung hält Zaufal den ophthalmoskopischen Befund für sehr wichtig, sowohl bei der Entfernung von Fremdkörpern aus der Paukenhöhle, als bei der Aufmeisselung des Proc. mast. nach Otitis media überhaupt. Ist bei der Aufnahme des Pa-

tienten Neuroretinitis oder Stauungspapille vorhanden, so operirt Zaufal sofort, ist dagegen der Augenhintergrund anfangs normal, so operirt derselbe schon, sobald sich Hyperämie des Augenhintergrundes und die Erscheinungen einer beginnenden Neuroretinitis zeigen, besonders wenn ausserdem noch Temperatursteigerung, sei es auch nur um 1°, eingetreten ist.

Die in Betracht kommenden Operationen sind Ablösung der Ohrmuschel durch einen dreieckigen Lappen, dessen horizontaler Schenkel in der verlängerten Traguslinie 1 cm über dem Ansatz der Ohrmuschel beginnt und in dem zweiten Schnitte endigt, welcher von der Spitze des Proc. mast. nach aufwärts führt; gewährt dieser Lappen nicht genügenden Einblick, so können die beiden Schenkel über den Kreuzungspunkt verlängert werden. Nach Ablösung des Lappens wird hart am Rande des knöchernen Gehörganges die hintere halbe Peripherie der Cutis durchschnitten. Gelingt die Entfernung des Fremdkörpers jetzt noch nicht, so macht Zaufal die Exstirpation der membranösen Auskleidung der hinteren Gehörgangswand; der Lappen wird gebildet durch zwei parallele Schnitte durch die Cutis der oberen und unteren Gehörgangswand, beginnend vom Rande des Trommelfells und bis zum Rande des knöchernen Gehörganges führend; der Lappen wird vom Knochen abgehoben und mit der Scheere abgeschnitten. Ist der Raum noch nicht genügend, so wird ein keilförmiges Stück aus der hinteren knöchernen Gehörgangswand herausgemeisselt. Liegt der Fremdkörper fest im Antrum eingekeilt, so muss dieses frei eröffnet, resp. die Pars epitympan. der oberen knöchernen Gehörgangswand abgemeisselt und der Ambos mit entfernt werden.

Hugo Davidsohn (Berlin).

¹⁾ Zeitschrift für klin. Medicin Bd. 15, 1889.