IV. Ueber einige Fälle von doppelseitiger Accommodationslähmung infolge der Influenza, in dem einen dieser Fälle complicirt mit Ophthalmoplegia externa.

Von Dr. W. Uhthoff,

Privatdocent für Augenheilkunde in Berlin.

Das lebhaft allgemeine Interesse, welches man von ärztlicher Seite der eben im Erlöschen begriffenen Influenzaepidemie und ihren Complicationen entgegenbringt, ist auch für mich der Anlass zur Mittheilung einiger, wie ich glaube, bemerkenswerther Beobachtungen. Die Krankheitsfälle kamen im Verlauf des Monats Januar d. J. in der Prof. Schoeler'schen Augenklinik zur Beobachtung. Der eigenartige Verlauf des Leidens und die besonderen sonstigen Beobachtungsbedingungen lassen es mir sicher erscheinen, dass bei unseren Krankheitsfällen ein direktes Abhängigkeitsverhältniss der Augenveränderungen von der Influenzaerkrankung besteht. Weitere Mittheilungen über ähnliche Beobachtungen von anderer Seite würden natürlich eine wesentliche Stütze dieser meiner Annahme bilden.

1. Fall. Der erste Fall betrifft einen 21jährigen Büchsenmacher H. aus Sp. Patient will früher immer gesund gewesen sein, nur im 14. Lebensjahre einmal an Diphtheritis faucium gelitten haben. Eltern und Geschwister gesund, spezifische Infection nicht vorausgegangen, auch sonst nichts in ätiologischer Beziehung zu ermitteln. Patient arbeitet in einer Werkstatt mit 150 anderen Arbeitern zusammen. Von diesen 150 erkrankten im Laufe des December 1889 ca. 40 an der Influenza, wie ärztlicherseits constatirt wurde.

Am 27. December 1889 wurde Pat. bei seiner Arbeit von einer Sehstörung befallen, die sich sehr schnell entwickelte. „Am Vormittag konnte ich meine Arbeit (Büchsenmacher) noch verrichten, am Nachmittag jedoch wurde das Sehen für die Nähe so schlecht, dass ich ganz ausser Stande war, meine Arbeit zu machen und dieselbe niederlegen musste.“ Gleichzeitig mit dieser Sehstörung stellten sich starke Schluckbeschwerden ein, so dass Pat. schon am 28. nur flüssige Nahrung mit grosser Mühe herunterbringen konnte, er verschluckte sich leicht, die Sprache wurde etwas heiser und näselnd, und ausserdem trat eine hochgradige Trockenheit der Mundschleimhaut und des Gaumens ein, welche Pat. sehr quälte, so dass er in der Nacht mehrmals aufstehen musste, um den Mund mit Wasser zu befeuchten. Patient fühlte sich sehr matt und abgeschlagen, zumal er ausser etwas Flüssigkeit nichts herunterbringen konnte. Ob er zu dieser Zeit gefiebert, weiss er nicht sicher anzugeben. Pat. stellt bestimmt den Genuss irgend welcher schädlicher oder medicamentöser Substanzen in Abrede, er hat in der letzten Zeit vor seiner Erkrankung mässig gelebt und weiss gar kein Moment für seine Erkrankung anzuschuldigen.

Am 30. December 1889 stellte er sich wegen seiner Sehstörung in der Schoeler'schen Augenklinik vor, und wurde folgender Befund erhoben:

Rechtes Auge: Sn. CC in 15' ohn. Gl. für die Nähe liest Pat. nicht den grössten Druck Sn. XVI (5,2), mit + 5 D Sn. IV (1,3).

Alte Trübung der Cornea.

Linkes Auge: Mit + 1 D. sph. comb. + 1,5 D. cyl. A. v. S = $\frac{1}{2}$, für die Nähe ohne Gl. Sn. XIII (4,2) p. pr. 30 cm. mit + 6 D. Sn. I $\frac{1}{11}$ (0,5).

Es bestand also links eine hochgradige Parese der Accommodation, rechts gleichfalls, jedoch der Grad nicht genau festzustellen wegen der geringen Sehschärfe infolge der alten Hornhauttrübung.

Dabei war der ophthalmoskopische Befund sonst normal, und ebenso die Pupillenreaction auf Licht gut, desgleichen auf Convergenz.

Ferner findet sich eine ausgesprochene Behinderung der Augenbewegungen nach rechts und links, jedoch so, dass beide Recti interni relativ stärker betroffen sind als beide Recti externi, nach oben und unten ist die Beweglichkeit der Bulbi im wesentlichen noch frei. Es sind vorhanden in der Horizontalen gleichnamige Doppelbilder, deren Abstand nach rechts und links (entsprechend dem relativ stärkeren Ergriffensein der beiden Recti interni) etwas wächst.

Es besteht weiter eine hochgradige Trockenheit der Lippen, Mund- und Pharynxschleimhaut, so dass dieselben ganz trocken für den Finger anzu fühlen sind. Die Schleimhaut in allen diesen Partien stark geröthet, ebenso die Tonsillen etwas gedrunken und geröthet. Foetor ex ore.

Das Schlucken ist bei dem Patienten hochgradig behindert, aber nicht schmerzhaft, und zwar offenbar wegen einer ausgesprochenen Parese der Schlundmuskulatur. Nur mit grosser Mühe und mit langem Würgen werden kleine Quantitäten Flüssigkeit heruntergeschluckt, festes kann nicht genossen werden. Dieser Zustand besteht schon seit einigen Tagen. Die Trockenheit der Mund- und Gaumenschleimhaut, sowie die mässige Anschwellung der Tonsillen kann offenbar nicht als hinreichender Grund dieser hochgradigen Schluckbeschwerden angesehen werden. — Urin sehr saturirt, enthält jedoch kein Eiweiss und keinen Zucker.

Mit diesen Erscheinungen wurde Patient am 31. December 1889 in die Klinik aufgenommen. Hier wurden zeitweise leichte Temperatursteigerungen bis 38° festgestellt, die sonstigen Erscheinungen blieben zunächst im wesentlichen unverändert, jedoch besserten sich die Schluckbeschwerden allmählich, und ebenso liess die hochgradige Trockenheit im Munde und im Pharynx etwas nach. Die Lähmungserscheinungen im Bereich der äusseren Augenmuskeln nahmen zu, so dass am 5. Januar 1890 eine deutliche Ophthalmoplegia externa im Bereich aller äusseren Augenmuskeln besteht (mässige Ptosis, Beweglichkeit der Bulbus nach allen Richtungen, auch nach oben und unten fast völlig aufgehoben). Dabei hat die Accommodationsparese sich etwas vermindert, die Pupillen reagiren auch jetzt normal.

Ein zu dieser Zeit von Dr. Oppenheim freundlichst aufgenommener Befund besagt, abgesehen von den Augenerscheinungen, folgendes: „Im Gebiete der Nervi faciales sichere Lähmungserscheinungen nicht nachweisbar. Mässige Angina tonsillaris. Hypoglossus ist frei, Austrittsstelle des Quintus nicht schmerzhaft. Gaumensegel hebt sich beim Phoniren mangelhaft, Sprache näselnd, klingt auch deutlich guttural, während die Lippen- und Zungenlaute deutlich gesprochen werden. Schlucken gegenwärtig besser, ohne dass etwas durch die Nase kommt. Husten klanglos, Kiefermuskulatur wirkt in normaler Weise. Nadelstiche werden im Gesicht deutlich empfunden, Puls ziemlich frequent. Cucullares, Sternocleidomastoidei etc. wirken in normaler Weise. Herztöne rein. Sehnenphänomene an den oberen Extremitäten in normaler Weise, Händedruck entschieden, beiderseits matt, Kniephänomen in gewöhnlicher Stärke, in den Beinen ein leichter Grad von Schwäche. Diagnose: Poliencephalitis superior et inferior acuta (wohl infectiöser Natur). — Die Kehlkopfuntersuchung ergiebt starke Röthung der Stimmbänder, es bleibt beim Phoniren ein Spalt offen, der sich aber doch durch die Schwellung der Stimmbänder erklären lässt. Schleimansammlung im Kehlkopf.“

Bis zum 15. Januar bleiben die Augenerscheinungen (Ophthalmoplegia externa und Accommodationslähmung) noch ziemlich unverändert bestehen, bessern sich dann aber allmählich und stetig. Die übrigen Erscheinungen werden schon vom 5. Januar 1890 ab stetig besser. Am 23. Januar 1890 jedoch tritt von neuem Temperatursteigerung bis 39° ein, und es entwickelt sich jetzt eine rechtsseitige Pleuritis. Da die Augenerscheinungen sich inzwischen stetig weiter gebessert haben, so wird Patient jetzt auf die Nervenstation der Charité verlegt. Zur Zeit (d. i. am 14. Februar), wo ich Patient zuletzt gesehen, sind die Augen-, sowie die Bulbärscheinungen völlig rückgängig geworden, Patientin leidet jetzt nur noch an den Folgen der Pleuritis, die auch z. Z. noch besteht.

2. Fall. Der Schlosser A. Pl. aus Sp., 20 Jahre alt, stellt sich am 18. Januar 1890 mit folgendem Befunde in der Klinik vor:

Rechtes Auge: } Mit + 1 D.S = 1. Für die Nähe nur Sn II $\frac{1}{11}$ (0,8)
Linkes Auge: }

p. pr. 30 cm.

Es besteht also bei ihm eine deutliche Parese der Accommodation auf beiden Augen, bei sonst ganz normalem Verhalten der Pupillen auf Licht und Convergenz. Ophthalmoskopisch nichts Abnormes. Augenbewegungen sonst frei.

Am 16. Januar 1890, also 2 Tage zuvor, trat bei dem Patienten plötzlich eine Sehstörung für die Nähe ein. Er konnte „auf einmal“ nicht lesen und seine feinen Arbeiten nicht machen. Bald darauf wurde es wieder etwas besser, dann wieder schlechter, und seit den letzten 2 Tagen nun wechselte der Zustand wiederholt, so dass Patient zuweilen „wieder für die Nähe ganz gut sieht und zuweilen wieder ganz schlecht.“ Solche periodischen Verschlechterungen des Sehens für die Nähe dauern stundenlang an, „oft sehe ich stundenlang die Arbeit ganz scharf, oft wieder aber auch gar nicht.“ „Heute Morgen z. B. konnte ich bis 9 Uhr nichts deutlich für die Nähe erkennen, von da ab ging es wieder bis jetzt“ (3 Uhr Nachmittags). Patient glaubt auch jetzt im Moment gut für die Nähe zu sehen, aber doch ist eine ausgesprochene mässige Parese der Accommodation nachweisbar.

Patient stellt sich zu wiederholten Malen wieder vor, zunächst am 21. Januar 1890 Abends. Es besteht heute complete Lähmung der Accommodation, so dass er auch Sn grösste Schrift (No. XVI [5,2]) für die Nähe nicht erkennt. Im übrigen normale ophthalmoskopische und Pupillenverhältnisse. — Analoger Befund am 27. Januar 1890, an diesem Tage die doppelseitige Accommodationslähmung ebenfalls ausgesprochen vorhanden, jedoch nicht so hochgradig (Sn VII $\frac{1}{11}$ [2,5] p. pr. 30 cm). Auch heute macht er wieder die Angaben, dass, so lange jetzt die Sehstörung bestehe, das Sehen für die Nähe „täglich schwanke.“ „Ein Paar Stunden geht es ganz gut,“ „dann wieder ein Paar Stunden gar nicht.“ „Es besteht keine Regelmässigkeit in dem Wechsel, bald Morgens gut, bald Abends gut.“ Patient glaubt, dass die Erscheinungen recht schnell wechseln, und dass der Uebergang vom besseren zum schlechteren Sehen recht rasch erfolge. Patient macht einen durchaus glaubwürdigen Eindruck, er will gern arbeiten und thut es auch trotz ärztlichen Verbotes, Simulation erscheint sicher ausgeschlossen. — Allgemeinbefinden sonst zur Zeit gut. Urin frei von Saccharum und Albumen. Spezifische Infection nicht vorausgegangen.

Die Anamnese ergibt nun folgendes: Patient kommt aus derselben Fabrik, wie unser erster Kranker und arbeitet in einer Werkstatt mit 11 anderen zusammen. Von diesen erkrankten im Laufe des December 8 an der Influenza, wie ärztlicherseits constatirt wurde. Am 11. December erkrankte auch unser Patient unter Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Stichen in der Seite, Gliederschmerzen, Mattigkeit u. s. w. an der Influenza und musste einige Tage das Bett hüten, erholte sich dann bald wieder, so dass er sich zu der Zeit, als er von der Sehstörung befallen wurde (also ca. 3 1/2 Woche nach Beginn der Influenza), im übrigen wieder wohl fühlte. Er will auch früher immer gesund gewesen sein, an Halsdiphtheritis auch in letzter Zeit sicher nicht gelitten haben. Kniephänomen erhalten. Auch die Geschwister des Patienten sollen gesund sein. Die Mutter ist angeblich „irrsinnig“, und der Vater an „Herzschlag“ schon gestorben. — Von nervösen Erscheinungen oder Krämpfen ist beim Patienten nichts nachweisbar, auch sonst ätiologisch für die Sehstörung, abgesehen von der vorausgegangenen Influenza, nichts zu ermitteln.

Eine Untersuchung am 20. Februar 1890 ergibt fast völlige Heilung, der Nahepunkt für feinste Schrift nur noch ein wenig abgerückt, seit 8 Tagen schon kann er seine feinen Arbeiten wieder ohne Convexbrille machen.

Der 3. Fall präsentierte sich folgendermaassen: Fräul. O., 26 Jahre alt, giebt an, früher nie ernstlich krank gewesen zu sein, war jedoch im 20. Lebensjahr sehr bleichsüchtig und hat auch früher oft an migräneartigen Kopfschmerzen gelitten. Eine Schwester der Patientin hat in der Jugend „Krämpfe“ gehabt und war „sehr nervös“. Sonst in hereditärer Hinsicht nichts zu ermitteln. „Etwas nervös“ will auch Patientin sein, jedoch haben sich nie schwere nervöse Zufälle, wie Krampfanfälle u. s. w. bei ihr gezeigt.

In den ersten Tagen des December 1889 nun pflegte Patientin ein ziemlich schwer an der Influenza erkranktes Kind, die Pflege war sehr anstrengend und mit Nachtwachen verbunden. Patientin fühlte sich in Folge dessen sehr angegriffen und erkrankte dann selbst an der Influenza am 7. December unter Frösteln, Kopfschmerz, Gliederschmerzen, grosser Mattigkeit u. s. w. In den ersten Tagen waren die Beschwerden von relativ geringer Heftigkeit, dann aber nahmen sie bedeutend zu, so dass Patientin mehrere Tage ganz das Bett hüten musste. Ca. 5 Tage nun, nachdem die Influenza begonnen, entwickelte sich auf dem linken Auge ziemlich plötzlich eine erhebliche Sehstörung für die Nähe, so dass sie Schrift mit diesem Auge nicht lesen konnte. Nach 8 Tagen hatte die Sehstörung links sich schon wieder erheblich gebessert, als jetzt auch das rechte Auge „plötzlich“ in analoger Weise, wie das linke, erkrankte. Diese Sehstörung rechts hielt dann zunächst in derselben Weise an, während das linke Auge im Verlauf der nächsten 14 Tage wieder „ganz gut“ wurde, dann aber wiederum erkrankte, so dass Patientin nun auf beiden Augen für die Nähe ganz schlecht sah und in Folge dessen augenärztliche Hilfe in Anspruch nahm. — Sie stellte sich am 6. Januar 1890 zum ersten Mal vor:

Rechtes Auge: { Hypr. 1,5 D S = 1. Völlige Lähmung der Accommodation, so dass Patientin auch Sn grösste Schrift (N. XVI) für die Nähe nicht erkennt, dagegen mit starken Convexgläsern auch feinste Schrift fließend liest. Im Augenhintergrund nichts Abnormes. Pupille links mittelweit, die rechte etwas enger, beide reagieren weder auf Licht noch auf Convergence. An der rechten Pupille ist noch besonders auffällig, dass, unabhängig von der Beleuchtung, fortwährende kleine springende, hippusartige, lebhaft Contraktionen des Sphincter iridis stattfinden.

Im Verlauf der weiteren Beobachtung bessert sich auf dem rechten Auge die Accommodationsparese allmählich, so dass Patientin am 4. Februar 1890 mit diesem Auge schon Sn 1 1/11 (0,5) in 30 cm ppr. erkennt. Die rechte Pupille reagiert wieder auf Licht und Convergence ganz gut, wenn auch auf Licht noch etwas träger als normal.

Die vorhin beschriebenen hippusartigen Contraktionen des Sphincter iridis sind noch angedeutet, aber viel geringer als vormals.

Auf dem linken Auge besteht auch an diesem Tage noch complete Lähmung der Accommodation, Pupille mittelweit, jedoch heute auf Lichteinfall minimale Reaction nachweisbar.

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist z. Z. gut. Kniephänomen erhalten, spec. Infection scheint sicher ausgeschlossen, Urin frei von Eiweiss und Zucker. Auch sonst objectiv keine krankhaften Erscheinungen nachweisbar.

Wenn ich das Resultat dieser Beobachtungen kurz zusammenfasse, so ergibt sich, dass zunächst die doppelseitige Parese der Accommodation ein gemeinsamer Factor für alle drei ist. Die Sehstörung setzte jedesmal ziemlich plötzlich ein, und bei den beiden ersten Patienten auch auf beiden Augen gleichzeitig, bei der dritten Patientin begann die Sehstörung links und dann nach Ablauf von circa 14 Tagen auch auf dem rechten; auf diesem Auge besserte sich auch die Sehstörung bald wieder, während sie auf dem linken noch fortbestand. In Fall II zeigte die Sehstörung ein eigenthümliches Schwanken auf und ab, so dass Patient stundenweise wieder relativ gut, darauf aber wieder garnichts für die Nähe erkannte. Im Fall I blieb die Accommodationsparese circa 3 Wochen ziemlich constant, besserte sich dann allmählich und war nach Ablauf von circa 5 Wochen völlig geschwunden. Ebenso in Fall II, Heilung nach circa 4 Wochen. Auch in Fall III trat in der ersten Zeit vorübergehend auf dem ersterkrankten linken Auge eine fast völlige Wiederherstellung der Sehstörung ein, dann aber recidivirte dieselbe, und nun wurde auch das zweite Auge mitergriffen. — In Fall I und III trat die Sehstörung mit dem Einsetzen der Influenza ein, ja in Fall I war sie in Verbindung mit katarrhalischen Erscheinungen des Pharynx und des Larynx anfangs das Hauptsymptom. In Fall II

folgte die Accommodationsparese erst circa 3 Wochen nach Ablauf der Influenza.

Im Pupillarverhalten zeigen sich Fall I und II normal, die Pupillen reagieren sowohl auf Licht als Convergence ganz gut, und so bleibt es auch während des weiteren Verlaufes der Sehstörungen. In Fall III dagegen tritt mit der Accommodationslähmung auch gleichzeitig eine Lähmung des Sphincter pupillae auf, seltsam war hier ferner auf dem rechten Auge das längere Zeit hindurch beobachtete Vorhandensein von kleinen fortwährenden hippusartigen Contraktionen des Sphincter iridis, unabhängig von der Beleuchtung, die erst im weiteren Verlauf der Beobachtung fast ganz verschwanden und auf dem linken Auge nicht mehr vorhanden waren.

Durch seine spätere Complication mit Ophthalmoplegia externa und bulbärer Parese der Schluckmuskulatur ist Fall I besonders bemerkenswerth, der Process wurde hier ein progressiver, indem nach dem Auftreten der Accommodationslähmung eine Parese der Schlundmuskulatur und des Gaumensegels hinzutrat, und eine Lähmung der äusseren Augenmuskeln sich progressiv im Verlauf von circa 8 Tagen entwickelte. Zuerst wurden die associirten Seitwärtsbewegungen nach rechts und links erheblich gestört, dann auch die Beweglichkeit nach oben und unten mit dem gleichzeitigen Hinzutreten von massiger Ptosis auf beiden Augen. Das Verhalten der Pupillen blieb dabei normal. Der Fall kam zur Heilung, nur laborirt Patient noch an einer Pleuritis, die auch wohl als Folgeerscheinung der Influenza aufzufassen ist.

Die Patienten befinden sich alle drei in den zwanziger Lebensjahren. Das Kniephänomen blieb gut erhalten, der Urin zeigt kein Eiweiss und Zucker, und auch im übrigen konnte kein sonstiges organisches Leiden nachgewiesen werden. Specifische Infection hatte in keinem Falle früher stattgefunden, ebenso war vorausgegangene Diphtheritis faucium ausgeschlossen. Ferner konnte vom Genuss irgendwelcher schädlichen verdorbenen Nahrungsmittel oder medicamentöser Substanzen, welche ätiologisch in Betracht gezogen werden könnten, trotz genauesten Examens nichts eruiert werden. Die Diagnose der vorausgegangenen Influenza erscheint mir in den einzelnen Fällen sicher im Hinblick auf die Angaben der Patienten, die Umstände der Erkrankungen und die Meinungsäusserungen der behandelnden Aerzte. Und so möchte ich denn glauben, dass die beschriebenen Augenercheinungen in unseren Fällen thatsächlich mit der Influenza in Zusammenhang stehen.

Es liegt wohl am nächsten, zwischen den beobachteten Krankheitsfällen und den postdiphtheritischen Accommodationslähmungen eine Parallele zu ziehen, und in der That ergibt hier der Vergleich manche Analogieen. Bei zwei von unseren Kranken blieb auch das Verhalten des Sphincter pupillae auf Lichteinfall und bei Convergence ein normales, wie es nach Diphtheritis faucium stets der Fall ist. Bei Fall II betrug ferner, wie bei Diphtheritis, der Zeitraum zwischen Allgemeinerkrankung und Accommodationslähmung 3—4 Wochen, so dass hier das Krankheitsbild fast ganz dem der postdiphtheritischen Accommodationslähmung gleich, freilich bleibt das eigenthümliche Schwanken der Sehstörung bei unserem Fall II etwas, was ich bei der diphtheritischen Accommodationslähmung bisher zu beobachten nicht Gelegenheit hatte. Ebenso bietet Fall I manche Aehnlichkeit mit den postdiphtheritischen Augenercheinungen. Auch hier kann es gelegentlich einmal, aber sehr selten, mit der Accommodationslähmung zur völligen Ophthalmoplegia externa kommen, während das Ergriffenwerden einzelner äusserer Augenmuskeln, namentlich der Rect. externi (ein- und doppelseitig), nach Diphtheritis ja schon häufiger vorkommt. Ich hatte vor Jahren einmal Gelegenheit, einen derartigen Fall von postdiphtheritischer completer Ophthalmoplegie in der Schoeler'schen Klinik zu beobachten, und habe ihn damals auch beschrieben (Neurolog. Centralbl. No. 6, 1885). Es ist dies aber der einzige Fall von postdiphtheritischer completer Ophthalmoplegia externa geblieben von ca. 200 postdiphtheritischen Accommodations- und äusseren Augenmuskellähmungen, die ich im Laufe der Jahre zu sehen Gelegenheit hatte. Auch ist ja hervorzuheben, dass bei unserem Fall I die Influenzaerkrankung gleich mit den Lähmungserscheinungen im Bereich der inneren und äusseren Augenmuskulatur (abgesehen vom Sphincter pupillae) einsetzte, und nicht erst denselben voranging. Restitution der Lähmungen erfolgte aber auch in unserem Fall I, ebenso wie in Fall II. Fall III unterscheidet sich vollkommen von der postdiphtheritischen Accommodationslähmung, erstens dadurch, dass das eine Auge früher als das andere ergriffen wurde, und zweitens dadurch, dass der Sphincter pupillae beiderseits mitgelähmt wurde, Erscheinungen, die bisher nicht in der Weise nach Diphtheritis beobachtet worden sind.

Wenn somit unsere Beobachtungen auch manche Aehnlichkeiten mit den postdiphtheritischen Lähmungserscheinungen im Bereich der Augensphäre bieten, so zeigen sie doch auch wieder auf der anderen Seite manche bedeutenden Abweichungen. Namentlich Fall III nähert sich in seiner Erscheinungsweise mehr der Ophthalmoplegia interna, wie sie auf syphilitischer und auch auf tabischer

oder paralytischer Basis beobachtet wird, Erscheinungen, von denen bei unserer Kranken nichts nachgewiesen werden konnte. — Manche Berührungspunkte bieten unsere Fälle auch mit denen von Ophthalmoplegia interna, wie sie nach Genuss von verdorbenen Nahrungsmitteln (Wurst, Fisch u. s. w.) wiederholt in der Litteratur beschrieben worden sind. Anzuführen wäre hier ferner vielleicht noch jener von Knapp beschriebene Fall von Ophthalmoplegia externa beiderseits nach Kohlendunstvergiftung (Arch. f. Augenheilk. 1880, Bd. 9), wo auch Restitution erfolgte.

Ich kann es mir natürlich nicht beikommen lassen, auf Grund dieser drei Beobachtungen etwa allgemeine Regeln über das Vorkommen vom Ophthalmoplegia interna und externa nach der Influenza aufstellen zu wollen, es handelt sich eben nur um einzelne Beobachtungen, die mit einander, wie ich glaube, das Gemeinsame haben, dass sie mit der Influenza in Zusammenhang zu bringen sind, im übrigen aber unter sich neben vielen Analogieen, auch manche Verschiedenheiten bieten. Jedenfalls kommen sie unverkennbar den Augenerscheinungen sehr nahe, wie sie nach manchen Intoxicationen und Infektionskrankheiten beobachtet werden.

Ich möchte nicht daran zweifeln, dass im Anschluss an die gegenwärtig im Erlöschen begriffene Influenzaepidemie von anderer Seite ähnliche Beobachtungen gemacht worden sind. Es war mir interessant in der neulichen Discussion über Influenza in der Berliner Charitégesellschaft (Januar 1890), wo auch ich diese Fälle kurz erwähnt hatte, eine analoge Beobachtung über Accommodationslähmung nach Influenza von Herrn Neumann kurz erwähnen zu hören. Vielleicht bilden vorliegende Mittheilungen den Anstoss zur Publication ähnlicher Fälle auch von anderer Seite, und wird es hoffentlich auf diese Weise bald möglich, unter Zugrundelegung einer grösseren Casuistik den Symptomcomplex genauer abzugrenzen.