XVII.

Influenza - Otitis.

Von

Dr. Ludewig,

I. Assistenzarzt der kgl. Ohrenklinik zu Halle a. S.

(Mit 1 Abbildung.)

Die im Beginne ihrer Reise um die Erde so arg verspottete „neue Krankheit“ hat es doch sehr bald verstanden, sich Respect zu verschaffen! Während es anfangs nur hiess, dass alle Welt den Schnupfen habe und man einige Tage das Zimmer oder schlimmsten Falles das Bett hüten müsse, kamen bald Meldungen von allen Seiten über schwere Complicationen. Diese wurden zunächst vielfach angezweifelt: man hielt den Zusammenhang z. B. der Pneumonie mit der Influenza für nicht erwiesen und beruhigte sich und Andere dabei, dass die Lungenentzündung auch sonst gerade in den in Frage stehenden rauhen Wintermonaten häufiger auftrete. Und erst allmählich, als sich die Thatsachen immer mehr häuften, wurde man gezwungen, die gewaltige Bedeutung des unheimlichen Gastes anzuerkennen.

Die bacteriologische Forschung hat die Identität desselben noch nicht feststellen können.

Ribbert¹⁾ fand in Trachea, Lunge, Milz und Niere Influenzakranker Streptokokken in Menge, welche mit Strept. pyog. oder erysip. die grösste Aehnlichkeit hatten. Er glaubt, dass diese Streptokokken bei der in Frage stehenden Erkrankung eine grosse Rolle spielen, ohne sie als die eigentlichen Erreger derselben anzusehen.

Finkler²⁾ hält für letztere seinen (von ihm schon früher entdeckten) Streptococcus pneumoniae, welchen er in vielen Fällen

1) Deutsche med. Wochenschr. 1890. Nr. 4.

2) Ebenda. 1890. Nr. 5.

von Influenza gefunden hat, die mit Pneumonie verliefen, während Klebs¹⁾ ganz eigenthümliche Hämatozoën verantwortlich macht, welche er sowohl im lebenden Blute, als auch bei der Section oftmals zahlreich innerhalb der rothen Blutkörperchen antraf.

Mit Spannung muss man den Untersuchungsergebnissen Zaufal's²⁾ entgegensehen, der ersten Autorität auf dem Gebiete der bacteriologischen Forschung in der Otologie. Zaufal's bezügliche Arbeiten über die Erreger der genuinen acuten Mittelohrentzündung sind geradezu bahnbrechend gewesen, und er scheint mir deswegen besonders berufen, Licht in diese dunkle Frage zu bringen, da er im Secret des acuten Mittelohrkatarths das Virus der Influenza gleich als Reincultur wird vorgefunden haben, während die Untersucher anderer Organe, wie z. B. der Lungen, es meist mit Mischculturen zu thun hatten.

Fragen wir, auf welchem Wege der bisher nicht bekannte Erreger der Influenza das Mittelohr inficirt, so werden wir drei Möglichkeiten ins Auge zu fassen haben³⁾:

1. die Infection durch Zwangsactionen der Tuba, wobei die Mikroben des Nasenrachensecrets in die Pauke befördert werden;

2. die Infection durch Fortkriechen der im Gewebe wuchern den Mikroorganismen aus der benachbarten Rachenschleimhaut im Verlaufe der Lymph- und Blutgefäße in dem submucösen und im eigentlichen Schleimhautgewebe der Tuba bis zum Gewebe der Paukenschleimhaut, und

3. die hämatogene Infection, welche letztere bisher nur von Trautmann⁴⁾ (bei frischer Endocarditis) nachgewiesen wurde, hier aber in Betracht zu ziehen ist, wenn Klebs mit seinen Hämatozoën Recht behalten sollte.

1) Centralblatt f. Bacteriologie. 1890. Nr. 5.

2) Inzwischen hat Zaufal in Nr. 9 der Prager med. Wochenschr. 1890 eine kurze Notiz veröffentlicht: „Bacteriologisches zur Mittelohrentzündung bei Influenza“. Er theilt die Ansicht Anderer, dass die während des Anfalles auftretende Form höchst wahrscheinlich durch den Influenzaparasiten selbst hervorgerufen wird, hatte aber keine Gelegenheit, bei dieser Form bacteriologische Untersuchungen anzustellen. Dagegen fand er in 2 Fällen von Otitis media, welche nach dem Influenzaanfall auftraten, einmal den Streptococcus pyogenes, das andere Mal den Diplococcus pneumoniae A. Fränkel-Weichselbaum, beide als Reincultur.

3) Vgl. Zaufal, Prager med. Wochenschrift 1889. Nr. 6—12 (Sonderabdruck S. 39 ff.).

4) Dieses Archiv. 1880. Bd. XVI.

Der Ohrenarzt musste jedenfalls von vornherein darauf gefasst sein, dass ihm die pandemische Grippe viel zu schaffen machen werde. Greifen doch alle acuten Infectionskrankheiten, welche den Respirationstractus in Mitleidenschaft ziehen, mögen sie nun unter den Erscheinungen von Coryza, Angina, Bronchitis oder Pneumonie verlaufen, erfahrungsgemäss leicht auf das Mittelohr über.

Und in der That! Kaum hatte die „neue Krankheit“ ihren Einzug gehalten in unsere Stadt — sie grassirte in Halle während der Monate December und Januar —, als die Häufigkeit des acuten Katarrhs und der acuten Eiterung des Mittelohres in unserer Poliklinik und Klinik in eclatanter Weise auffällig wurde.

Es dürfte nicht uninteressant sein, wenn ich, um zunächst die Häufigkeit der acuten Mittelohrerkrankung zu illustriren, die diesbezüglichen Krankheitsfälle, welche während meiner Thätigkeit in der kgl. Ohrenklinik in den letzten 3 Jahren im December und Januar zur Beobachtung kamen, zusammenstelle.

Einen Ueberblick giebt folgende kleine Tabelle, zu welcher ich ausdrücklich betone, dass alle subacuten Fälle und diejenigen, bei welchen durch die Grippe eine frühere, abgelaufene Eiterung recidivirte oder exacerbirte, nicht mitgezählt, sondern nur die rein acuten Fälle in Betracht gezogen sind.

Beobachtungszeit	Summa	Acuter Katarrh		Acute Eiterung	
		einseitig	doppel-seitig	einseitig	doppel-seitig
December 1887 und Januar 1888	41	17	3	12	9
December 1888 und Januar 1889	44	15	4	19	6
December 1889 und Januar 1890	137	47	6	75	9

Diese Zahlen sprechen deutlich. Während in den beiden Vorjahren 41 resp. 44 acute Mittelohrerkrankungen bei vorher gesunden Ohren beobachtet wurden, stieg diese Zahl in diesem Winter auf das Dreifache.

Selbstverständlich giebt nicht für alle diese Fälle die Influenza allein das ätiologische Moment ab; als solches ist vielmehr notirt für die Monate December und Januar:

1887/88: 2 mal Morbili;

1888/89: 2 mal Morbili, 1 mal Keuchhusten, 2 mal Diphtherie;

1889/90: 3 mal Morbili, 1 mal Keuchhusten, 2 mal Scharlach, 1 mal Pneumonie, 1 mal Typhus.

Rechnen wir diese Fälle, welche sicher eine andere Ursache haben — bei der Pneumonie könnte das zweifelhaft bleiben — ab, so verbleiben als Summen acuter Mittelohrentzündungen für die angegebene Zeit:

1887/88: 39

1888/89: 39

1889/90: 129

Von letzteren 129 kamen 47 Patienten mit der Selbstdiagnose: Influenza-Otitis, indem sie von vornherein angaben, sie hätten die „neue Krankheit“ gehabt und „die sei ihnen auf das Ohr geschlagen“. Das Krankenexamen ergab in all diesen Fällen die Richtigkeit des Zusammenhanges der Otitis und der Influenza. Unter den nunmehr übrig bleibenden 82 Fällen ist wohl mit Sicherheit mindestens die Hälfte ebenfalls noch der Pandemie zur Last zu legen; gar oft waren Schnupfen, Husten und Gliederschmerzen vorhanden oder vorausgegangen; doch ist es unmöglich, hier noch eine genaue Grenze zu ziehen, weil die Patienten der Poliklinik zum Theil zu wenig intelligent sind, um in ihren Angaben, die man ja in solche Leute auch zu leicht hineinexaminiert, zuverlässig zu sein, andererseits mag in vielen Fällen die ursächliche Krankheit so mild verlaufen sein, dass ihr wenig oder gar keine Beachtung geschenkt wurde.

Nehmen wir an, dass von den 82 Fällen noch die Hälfte der Grippe zuzuschreiben sei, so bleiben für die genuine, gewöhnliche Mittelohrentzündung 41, eine Summe, welche trefflich passt mit derjenigen der beiden Vorjahre, 39. —

Nach obiger Rechnung hätten wir also im December und Januar ungefähr 88 Influenza-Otitiden in der Klinik gesehen. Damit ist die Liste aber noch nicht abgeschlossen. Wenn wir das Erlöschen der Epidemie auf Ultimo Januar setzen, so müssen wir, wenn wir unter „acut“ eine Krankheitsdauer bis zu 6 Wochen verstehen, alle Fälle bis Mitte März zählen, um die Totalsumme zu erhalten. Und in Wirklichkeit brachte uns der Februar noch 37 und die erste Hälfte des März noch 12 Fälle von acuter Erkrankung des Mittelohres, und zwar gerade die schwersten, zum Theil infolge von Verschleppung oder ungeeigneter Behandlung.

Somit komme ich, nachdem ich ihre Häufigkeit bewiesen zu haben glaube, zu den weiteren Fragen, die uns hier interessiren: Hat die Influenza-Otitis einen specifischen Charakter, wie ist ihr Verlauf und welches die indicirte Therapie?

Ein pathognostisches Charakteristicum hat sich aus unserer

Beobachtungsreihe nicht ergeben, und demnach unterschied sich auch unsere Therapie in nichts von der der gewöhnlichen Otitis media acuta. Weder zeigte das Trommelfell ein vom gewöhnlichen Bilde abweichendes charakteristisches Aussehen, noch war die Stelle des spontanen Durchbruches eine typische. Zuweilen war die Schmerzhaftigkeit eine überaus grosse, auch strahlten manchmal die Schmerzen neuralgieartig aus in die Stirn und die Kiefer. In einzelnen Fällen, aber bei Weitem nicht constant, fand sich Schmerzhaftigkeit der Stirn- und Keilbeinhöhlen. Die Schwerhörigkeit war oft trotz nur geringer Flüssigkeitsansammlung in der Pauke eine auffallend grosse und überdauerte den Ablauf der Entzündungserscheinungen um ein Bedeutendes.

Häufig griff die Entzündung auf den Knochen über, und gar nicht selten beobachteten wir acute Caries.

Letztere Erscheinung, die Affection des Warzenfortsatzes, ist hier erst im Januar aufgetreten. Während bei den 37 Fällen des Monats December kein einziges Mal der Knochen in Mitleidenschaft gezogen war, sahen wir allein unter den 100 Fällen des Januar 12mal und den 49 Fällen des Februar und der ersten Hälfte des März 7mal die Miterkrankung des Warzenfortsatzes, und zwar in allen Graden: Hyperämien der Schleimhaut in den lufthaltigen Zellen, welche auf Antiphlogose rückgängig wurden, Empyem und acute Caries, welche zur Operation zwangen. Ich will an dieser Stelle die operirten Fälle nicht eingehender behandeln, dieselben vielmehr im Jahresbericht seiner Zeit genauer beschreiben.

Den schwersten Fall, welcher durch Pyämie letal endete und mehrmals in der Klinik von Herrn Geh. Rath Schwartz vorge stellt und besprochen wurde, will ich hier in extenso mittheilen.

Marie Mohr, Bergmannstochter aus Höhnstedt, 17 Jahre alt, erkrankte am 3. Januar 1890 an Influenza, die sich hauptsächlich durch Frost und Hitze, Schnupfen und Husten und heftige Kopfschmerzen äusserte. Die Kranke gab an, vorher stets gesund gewesen zu sein und speciell nie an den Ohren gelitten zu haben. Am dritten Krankheitstage stellten sich heftige, stechende Schmerzen im linken Ohre ein. Tags darauf erfolgte Spontandurchbruch des Trommelfells mit spärlicher Eiterung, welche von Anfang an üblen Geruch gehabt haben soll (?). Am 1. Februar traten mehrere heftige Schüttelfröste auf und Schwellung und Schmerzhaftigkeit über dem Proc. mast., ferner Schwindelanfälle bis zum Umfallen und heftige

Kopfschmerzen. An den oberen Extremitäten zeigte sich ein roseolartiges Exanthem. Die Untersuchung der Lungen, des Herzens und des Abdomen hatte ein negatives Resultat. Gehörgang entzündlich stenosirt, in der Tiefe pulsirender Eiter. Perforationsgeräusch.

Am 5. Februar wurde die Aufmeisselung des Warzenfortsatzes vorgenommen. Dabei zeigten sich die Weichtheile mässig verdickt, ödematös, der Knochen aussen gesund. In einer Tiefe von ca. 2,5 Cm. wird das Antrum eröffnet, welches keinen Eiter enthält. Spülwasser (Sublimat 1,0 : 1000,0) in beiden Richtungen durchgängig. Rinnenförmige Aufmeisselung des Proc. mast. bis zur Spitze, aus welcher

Eiter abfließt. Der ganze Knochen sehr blutreich, spongiös; die Schleimhaut geschwellt, von granulösem Aussehen, eitrig infiltrirt. Jodoformgazetampon. Eine Nadel in den oberen Wundwinkel. Verband. Allgemeinbefinden nach der Operation gut. Das Verhalten der Körpertemperatur während des weiteren Verlaufs zeigt obenstehende Curve.

Das Exanthem, welches am Operationstage den Roseolencharakter verlor und mehr scharlachartig erschien, breitete sich jetzt über den ganzen Körper aus.

6. Februar. Der Hautausschlag hat wiederum sein Aussehen geändert, erscheint heute ganz diffus, mit einem Schimmer ins Bläuliche. Heute Morgen Schüttelfrost von 15 Minuten Dauer.

Das rechte Schultergelenk ist sehr schmerzhaft geworden, so dass der Arm nicht bewegt werden kann. Starker Jodanstrich. Eis-

beutel. Auch das rechte Kniegelenk ist etwas schmerzhaft. Ziehende Schmerzen in beiden unteren Extremitäten. Allgemeinbefinden schlecht.

7. Februar. Erster Verbandwechsel. Irrigation mit Sublimat 1,0 : 5000,0. Das rechte Kniegelenk nicht mehr schmerzhaft.

9. Februar. Zweiter Verbandwechsel. Die Wunde hat ein schwarz-graues Aussehen und üblen Geruch. Jodoformpulver. Der Ausschlag ist fast verschwunden. Die Schwellung des rechten Schultergelenks und die starke Schmerzhaftigkeit desselben haben sich so vermindert, dass die Kranke den Arm in allen Richtungen fast schmerzlos bewegen kann. Die ziehenden Schmerzen in den unteren Extremitäten sind nicht mehr vorhanden. Dagegen ist eine Gaumenmuskellähmung eingetreten, so dass beim Schlucken die Getränke durch die Nase abfließen. Allgemeinbefinden viel besser.

10. Februar. Verbandwechsel. Die Wunde sieht schwarzgrau aus, verbreitet einen penetranten Geruch und aus derselben wie aus dem Ohre fließt braune, jauchige Flüssigkeit ab. Ausspülung mit 3 proc. Carbolsäurelösung. Die Gaumenmuskellähmung ist geringer.

11. Februar. Allgemeinbefinden schlecht. Nach einem Schüttelfrost von 15 Minuten Dauer gegen 11 Uhr Mittags stieg die Temperatur auf 40°. Die Kranke hustet viel, kann aber nicht auswerfen. Ueber der ganzen Lunge auscultatorisch Rasselgeräusche. Dämpfung nirgends nachweisbar. Verbandwechsel. Das Aussehen der Wunde hat sich nicht gebessert. Secretion jauchig. Irrigation mit 1,0 : 1000,0 Sublimat von $\frac{1}{4}$ Stunde Dauer. Puls 116. Athmung 28.

12. Februar. Nach einem Schüttelfrost von 25 Minuten Dauer steigt die Temperatur wieder über 40°. Verbandwechsel. Aussehen der Wunde unverändert. $\frac{1}{2}$ Stunde lang wird die Wunde mit 1,0 : 1000,0 Sublimat irrigiert, ohne dass es gelingt, den Gestank aus der Tiefe zu beseitigen. Ordination: Inf. Ipecac. Von der Gaumenmuskellähmung ist nichts mehr zu bemerken.

13. Februar. Die Wunde sieht heute besser aus: es haben sich brandige Gewebsetsen exfoliiert. Der Gestank ist heute durch Sublimatirrigation beseitigt. Wieder Schmerz im rechten Schultergelenk. Eisblase.

14. Februar. Die Schmerzhaftigkeit und Schwellung des rechten Schultergelenks hat wieder derartig zugenommen, dass der Arm unbeweglich ist.

15. Februar. Die Schwellung der rechten Schultergegend hat sich über die Brust bis zum Sternum ausgedehnt. Hautemphysem auf der rechten Brustseite. Wieder ziehende Schmerzen in beiden unteren Extremitäten.

16. Februar. Früh $\frac{1}{27}$ Uhr Exitus letalis.

Section. Mittelgrosse weibliche Leiche. Haut von guter Elasticität, leicht bräunlichem Colorit mit einer Anzahl bläulich-rother Flecke. Todtenflecke ziemlich dunkel, mässig ausgedehnt. Rigor nicht gelöst. Panniculus adiposus gut entwickelt. In der Gegend des rechten M. pectoralis fühlt man emphysematöse Crepitation.

Schädeldach symmetrisch, stark gewölbt. Nähte deutlich. In der Gegend des linken Proc. mastoid. eine länglich-runde Perfora-

tionsöffnung. Im Sinus longitudinalis Speckhaut. Dura ziemlich stark gespannt. Venen der Pia mater stark gefüllt. Dem Verlauf des Sinus transversus sin. entsprechend zeigt die Dura eine streifenförmige grüngraue Verfärbung; nahe dem Foramen jugulare ist in etwa 2 Cm. Ausdehnung die Wand des Sinus vollständig zerstört. Das Felsenbein zeigt am Sulcus transversus graue Flecke mit schmutzig grün-grauem Belag. An der unteren Fläche der linken Kleinhirnhemisphäre findet sich eine 2½ Cm. lange, ½ Cm. breite eitrig zerfallene Partie, umgeben von einem schwarzrothen Hof. Die Zerstörung reicht etwa ½ Cm. tief. Nach hinten und oben setzen sich diese Veränderungen in geringer Ausdehnung fort. Ventrikel von normaler Weite, ohne abnormen Inhalt. Ependym ziemlich fest. Hirnsubstanz von fester Consistenz, geringem Blutgehalt. Weitere Herderkrankungen sind nicht aufzufinden.

Zwerchfellstand rechts am unteren Rande des 4., links am 5. Rippenknorpel. Die Leber überragt den Rippenrand fingerbreit. Im Hypogastrium liegen, vom fettreichen Netz bedeckt, mässig ausge-dehnte Darmschlingen vor.

Im Herzbeutel reichliches klares Serum. Linkes Herz mässig fest contrahirt; im linken Vorhof wenige Cubikcentimeter flüssiges Blut, spärliche Gerinnsel. Im rechten Herzen ausgedehnte Speckhautgerinnsel, ebenso im Anfangstheil der Pulmonalis. Klappen und Endocard intact, Myocard blass.

Linke Lunge ziemlich schwer, Oberlappen zeigt am scharfen Rande in mittlerer Höhe abnorme Lappung. Parenchym des Oberlappens mässig blutreich, ödematös; nahe dem Vorderrande im unteren Abschnitt des Lappens eine beinahe hühnereigrosse consistentere Partie, deutlich abgegrenzt, von leicht gekörnter Schnittfläche, die dunkler gefärbt ist, als die Umgebung. An der Pleura des Unterlappens wenig ausgedehnte, zarte, membranöse Auflagerungen. Unter der Pleura kleine Ekchymosen. An der Hinterfläche des Lappens in mittlerer Höhe an der Pleura eine erbsengrosse, grünlich verfärbte Stelle mit dunkelrothem Hof, welcher einem Abscess entspricht, voll ziemlich dickem grünem Eiter, gegen das Lungenparenchym durch eine wenig feste Abscessmembran abgegrenzt. Parenchym des Unterlappens sehr blutreich. Die unteren Partien dieses Lappens ebenfalls hepatisirt. In den abhängigen Theilen bestehen noch mehrere kleinere Verdichtungsherde. In den Bronchien grüngrauer Schaum in reichlicher Menge. Bronchialschleimhaut sehr stark geröthet.

Rechte Lunge sehr blutreich; auch in ihr die basalen Partien des Unterlappens, sowie kleinere unregelmässige Herde hepatisirt.

Milz 15:12:5,5 Cm. Pulpa ziemlich fest, dunkel. Follikel mässig zahlreich, gross.

Im Magen wenig flüssiger gelblicher Inhalt. Magenschleimhaut stark gefaltet, stark imbibirt, vascularisirt. Die Falten nicht leicht zu verstreichen. Fast die ganze Magenschleimhaut zeigte den „Etat mamelonné“.

Leber ziemlich gross, links scharfrandig, rechts stumpfrandig. Parenchym rothbraun, Acini deutlich, Blutgehalt normal, Kapsel ohne Abnormitäten.

In der Gallenblase wenig Galle.

Nieren. Die linke mit normal weiten Ureteren. Organ gross, reichliche Fettkapsel, Aussenfläche glatt, Färbung blauröthlich mit helleren Einsprengungen auf dem Durchschnitt, sonst die Farbe des gesunden Nierenparenchyms zeigend. Blutgehalt reichlich. Rechte Niere ebenso.

Die Geschlechtsorgane zeigen nichts Abnormes.

Im periarticulären Gewebe des rechten Schultergelenks schmutzig grüngraue Verfärbung; ausgedehnte Abscedirung bis zur Mammillarlinie. In der Stirnhöhle reichliches klares Serum. Mucosa der Keilbeinhöhle stark geröthet; die Höhle selbst mit trüber seröser Flüssigkeit angefüllt.

Am Präparat fällt ein grünschwarzes Aussehen des Gehörgangs auf. Es findet sich ein Senkungsabscess der oberen Gehörgangswand, welcher am oberen Rande des Trommelfells durchgebrochen ist. Die Operationswunde sieht brandig-schwarz aus. Der Sulcus transversus ist in solcher Ausdehnung zerfressen, wie man es nur bei der chronischen Caries sieht. Der Zerstörung des Sulcus entsprechend ist der häutige Sinus durchfressen; in ihm liegt ein jauchig zerfallener, schwarz verfärbter Thrombus.

Epikrise. Hier treten uns die Folgen der Influenza für das Ohr in erschreckendster Weise vor Augen.

Ein solcher Fall widerspricht laut der von anderer Seite behaupteten Harmlosigkeit der Influenza-Otitis; eine so tiefgreifende Zerstörung, eine so rapide acute Caries war man bisher nur gewohnt nach den bösartigsten Infectionskrankheiten, wie Scharlach, Diphtherie u. dgl. zu sehen.

Wenn man auch während einer Epidemie eine jede Anamnese, welche eine Organerkrankung mit der betreffenden Epidemie in genetischen Zusammenhang bringt, mit einer gewissen Vorsicht aufnehmen muss, so glaube ich hier doch an die Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben, welche von der Patientin mehrfach wiederholt und durch ihre Mutter bestätigt wurden.

Das im Verlaufe der Erkrankung aufgetretene Hautexanthem, welches im Anfang mit Roseola, dann mit Scarlatina die grösste Aehnlichkeit hatte, ist von anderer Seite bei schweren Influenzaformen mehrfach gesehen worden. Bemerkt sei hierzu noch, dass Antipyrin oder dergleichen nicht gereicht wurde, an ein Medicationsexanthem also nicht zu denken ist.

Für eine Influenza-Erkrankung spricht weiter noch der Sectionsbefund der pneumatischen Schädelhöhlen, der Keilbein- und Stirnhöhlen, welche bei entzündlichem Zustande ihrer Auskleidung theils klare, theils trübe seröse Flüssigkeit enthielten und intra

vitam zeitweise auffallend schmerzhaft waren. Die Miterkrankung dieser Höhlen bei Influenza ist von Schwartz bei einer Anzahl von Sectionen in ähnlicher Weise constatirt worden.

Gegen die Behauptung, dass es sich hier um eine acute Ohr affection handelt, spricht nur die anamnestische Angabe, dass die Ohreiterung von Anfang an eine fötide gewesen sein soll, ein Umstand, welcher gewöhnlich eine Eiterretention oder eine chronische Ohr affection anzeigt. Auf eine derartige Angabe ist aber bei der jetzt noch sehr verbreiteten Sucht, bei jeder Eiterung Watte in das Ohr zu stopfen, in welcher sich der eingesogene Eiter leicht zersetzt, wohl nicht zu viel Gewicht zu legen.

Den ätiologischen Zusammenhang aller Erscheinungen könnte man sich so denken:

Acute Otitis media infolge von Influenza, acute Caries, eitrige Sinusphlebitis, Pyämie (vgl. Anamnese: Schüttelfröste vor der Aufnahme in die Klinik).

Operation ohne Einfluss auf diesen Zustand.

Exitus letalis durch Pyämie.

Zeichen von Meningitis sind nicht dagewesen; die an der Unterfläche der linken Kleinhirnhemisphäre gefundene circumscripte, eitrig zerfallene Partie ist zweifellos nur entstanden durch directe Fortleitung, durch Anlagerung derselben an den zerstörten Theil des Sinus.

Die im Verlauf der Krankheit aufgetretene Gaumenmuskellähmung könnte bedingt gewesen sein durch den zeitweiligen Druck des Thrombus auf den Glossopharyngeus. Nach dem eitrigen Zerfall des Thrombus und Aufhören des Drucks schwand die Lähmung von selbst.

Die Duplicität der Fälle bewahrheitete sich auch bei dieser Gelegenheit wieder. Am 11. Februar assistirte ich meinem Chef in Budapest bei der Operation eines Falles; in welchem die acute cariöse Zerstörung des Knochens nach Influenza-Otitis Dimensionen von ähnlicher Grösse angenommen hatte. Ein ganz beträchtliches Stück des Occiput musste mit dem Meissel mit entfernt werden. Auch hier war der Schädel nach innen schon durchbrochen und wurde Eiteransammlung zwischen Knochen und Dura (epiduraler Abscess) entleert. Aber es fehlten in diesem Falle pyämische Erscheinungen, wie solche von Meningitis, so dass die Operation, welche gerade noch zur rechten Zeit kam, eine lebensrettende wurde. 2 Monate nach derselben konnte Patient seinem Berufe wieder nachgehen.

Der sehr naheliegende Umstand, auf welchen ich oben schon hinwies, dass während einer Epidemie dieser gern alles körperliche Gebreche zugeschrieben wird, welches mit derselben in durchaus keinem Zusammenhang steht, zeigte sich bei unserer Krankheit in frappirender Weise bei einem klinischen Patienten, der auf das Bestimmteste behauptete, dass sein Ohrleiden erst durch die Influenza gekommen sei.

Vor Weihnachten erkrankte Patient, ein 26-jähriger Maurergeselle aus Weissenfels, an Influenza mit den Symptomen: Stirnkopfschmerz, Schnupfen, Husten und Gliederreissen. Kurze Zeit darnach bekam er heftige stechende Schmerzen im linken Ohre, und nach einigen Tagen trat Otorrhoe ein, ohne dass die Schmerzen dadurch geringer wurden. Zugleich schwoll die Gegend hinter dem Ohr bedeutend an und wurde sehr schmerzhaft. Die Mutter machte mit einer Stecknadel einen Stich in die Geschwulst und entleerte dadurch Eiter. Fieber, Schüttelfrost, Cerebralerscheinungen sollen nie dagewesen sein.

Bei der Aufnahme des Kranken in die Klinik bestand heftige Druckschmerzhaftigkeit vor dem Tragus und am Proc. mastoid. Die Schwellung der Weichtheile hinter dem Ohr war gering und zeigte eine eitersecernirende Hautfistel. Durch Senkung der oberen Wand erschien der Gehörgang spaltförmig stenosirt. Perforationsgeräusch.

Flüsterzahlen links direct ins Ohr gesprochen gehört, hohe Töne gut, C vom Scheitel nach links. (Rechts normal.)

Schwartze, welcher den Patienten in der Klinik vorstellte und bei dieser Gelegenheit hinter dem Ohre ausser der Fistel eine kleine alte Hautnarbe und unter derselben eine Depression im Knochen entdeckte, in welche man die Fingerkuppe eindrücken konnte, sagte dem Patienten auf den Kopf zu, dass er früher schon an diesem Ohr krank gewesen sein müsse. Nach langem Widerstreben gab derselbe schliesslich zu, als Kind einmal eine kurze Zeit Ausfluss gehabt zu haben. Derselbe sei aber später nie wiedergekommen, und das Ohr dann stets gesund gewesen.

Bei der Operation fand sich der ganze Warzenfortsatz mit Cholesteatommassen erfüllt! —

Von Neuralgien im Ohre durch Influenza haben wir keinen zweifellosen Fall hier zu sehen bekommen, so dass für den praktischen Arzt bei Ohrschmerzen während der Influenza die Beziehung derselben auf entzündliche Ursache im Allgemeinen wohl immer gerechtfertigt sein wird. Bei der Mannigfaltigkeit anderer

Neuralgien bei der Influenza ist dies besonders beachtenswerth, weil sonst durch diagnostische Irrthümer Schaden erwachsen kann. So hatten z. B. auch in dem erwähnten Budapester Fall die meisten der consultirenden Aerzte für Neuralgie des Occipitalis gestimmt.

Nach der hiesigen Erfahrung ist die Influenza-Otitis eine zuweilen heimtückische und das Leben bedrohende Erkrankung (durch Meningitis oder Pyämie), welche im Verein mit den von Empyem der Stirnhöhlen ausgehenden Meningitiden ausser Pneumonie vielleicht die häufigste Todesursache darstellen wird, welche bei Influenza vorkommt.