I.

Beitrag zur Casuistik der multiplen Hirnnerven- erkrankungen.

Von

Dr. Victor Hammerschlag,

Assistenten an der Klinik des Prof. Politzer (Wien).

Im Nachstehenden berichte ich über einen Fall von gleich-
zeitig und acut aufgetretener Erkrankung des Facialis, Acusticus
und Trigemimus.

Der Patient ist ein 32-jähriger Perlmutterdrechsler. Er stammt aus einer
kinderreichen Familie, 11 seiner Geschwister sind im jugendlichen Alter ge-
storben. Der Patient ist verheirathet und Vater von fünf Kindern. Es selbst
litt im Jahre 1888 an Lungenkatarrh und hat bis zum Jahre 1894 ziemlich
viel gehustet, doch niemals Blut gespuckt, niemals an Nachtschweissen ge-
litten. Seither will er immer gesund gewesen sein. Seine jetzige Erkrankung
datirt vom 20. März dieses Jahres. Der Patient giebt selbst als Ursache der-
selben Folgendes an: Am 14. März machte er bei heftigem Schnee und Regen
einen vierstündigen forcirten Marsch, wobei er stark in Schweiss gerieth;
seine rechte Gesichtsseite war besonders dem Sturme ausgesetzt. Fünf Tage
später, am 19. März, abends, hatte er durch 3—4 Stunden Frösteln und
musste sich niederlegen. Er bekam Uebelkeiten und starken Schwindel, wobei
ihm die Gegenstände von rechts nach links sich zu drehen schienen. Bei
geschlossenen Augen hörte das Schwindelgefühl auf. Patient fühlte sich sehr
matt und hatte heftige Kopfschmerzen. Am Morgen des 20. März erwachte
er mit heftigem rechteitigen Ohrenstechen, zugleich fühlte er ein continuir-
liches Sausen im rechten Ohre. Das Schwindelgefühl hatte zugenommen, und
dazu gesellte sich starker Brechreiz. Auch fühlte Patient, dass die rechte
Mundseite nicht schloss, und die rechte Gesichtshälfte gespannt war. Die
Schmerzen strahlten besonders gegen die Stirne, den rechten Nasenaugen-
winkel und in die Zähne des rechten Ober- und Unterkiefers aus. Das rechte
Auge konnte nicht geschlossen werden, und auf der rechten Zungenhälfte will
der Kranke nichts gespürt haben. Auch giebt er an, dass er durch die rechte
Nasenhälfte „weniger Luft bekommen habe“. Dieser Zustand blieb unver-
ändert bis zum 22. März. An diesem Tage bemerkte der Patient zum ersten
Male ein Kratzen an der Oberfläche der Cornea des rechten Auges und fand,
dass die Thränensecretion auf diesem Auge versiegt sei. Am selben Tage
erbrach der Kranke einmal. Am 23. März sah ich den Patienten zum ersten
Male in der Ambulanz der Ohrenklinik, woselbst die später zu beschreibende
Affection an der rechten Ohrmuschel constatirt wurde. Am 29. März wurde
der Patient auf die Klinik des Prof. Nothnagel aufgenommen.

Die Untersuchung des Kranken ergab Folgendes:

Innere Organe gesund, Harnbefund negativ.

Das Gesicht ist asymmetrisch Stirnrunzeln, Nasenflügelbewegung, Mund-
winkelverziehen und Lachen erfolgt bloß links. Patient kann nicht pfeifen,
nicht die Wange aufblasen. Bei Innervation des Mundfacialis wird das linke

Platysma gespannt, das rechte nicht. Die rechte Mundhälfte setzt dem Öffnen weniger Widerstand entgegen als die linke. Das rechte Auge kann nur auf 8 mm Lidspaltenweite geschlossen werden. Beim Schliessversuche wird der Bulbus nach oben gerollt. Das rechte Unterlid steht vom Bulbus etwas ab, die rechte Nasolabialfalte ist verstrichen, der rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke.

Die Pupillen sind mittelweit, gleich und reagiren prompt. Die Beweglichkeit der Bulbi ist nach allen Seiten frei, bei extremer Seitenwendung treten leichte nystagmusähnliche Zuckungen ein. Ferner wird constatirt, dass der Patient mit dem rechten Auge nicht weint, die Thränensecretion rechts ist vollkommen versiegt. Er selbst giebt an, eine auffallende Trockenheit des rechten Auges bemerkt zu haben. Die rechte *Conjunctiva palpebrae inferioris* ist stärker geröthet als die linke, ebenso die *Conjunctiva bulbi*.

Die Untersuchung der Gehörorgane ergab folgenden Befund: Am äusseren Ohre rechts (Prof. Finzer): In der Mulde des Helix am Chrläppchen, sowie an der äusseren und an der hinteren Seite wie auch an der Basis des Tragus je eine Gruppe von stechnadelkopf- bis linsengrossen, von einem dünnen Borkchen bedeckten, von leicht entzündlicher Haut umgebenen Efflorescenzen — Diagnose: Herpes Zoster.

Der Gehörgang weit, frei von Efflorescenzen; das rechte Trommelfell bis auf eine leichte Trübung normal. (Das linke Trommelfell ebenfalls leicht getrübt.)

Die funktionelle Untersuchung der Gehörorgane ergab folgendes: Weber im Kopfe, Rinne beiderseits positiv, Kopfknochenleitung rechts leicht verkürzt, für die Taschenuhr aufgehoben, links gut. Die Perception für c per Luftleitung ist rechts um 25 Secunden verkürzt, für c₁ minimal, für c₂ um 5 Secunden verkürzt. Hörweite für Flüsttersprache links über 10 m, rechts 6 m. Hörweite für die Taschenuhr links etwas über 1 m, rechts 35 cm.

Mit geschlossenen Augen kann der Patient fast ohne Schwanken stehen. Beim geringsten Versuche, sich mit geschlossenen Augen umdrehen zu wollen, tritt grosse Unsicherheit und Schwanken des Oberkörpers ein, so dass der Patient gehalten werden muss, um nicht zu fallen. Mit offenen Augen kann der Patient gehen, ohne dass an den Beinen etwas Abnormes zu constatairen wäre, doch schwankt der Oberkörper stark von rechts nach links. Die Arme werden selbst bei ganz langsamem Gehen zum Balanciren verwendet. Wiederholt muss der Kranke anhalten, um dann den Fuss mit Vorsicht richtig aufzusetzen. Bei Wendungen wird das Schwanken und die hilfessuchenden Armbewegungen stärker. Schliesst der Patient die Augen, so kann er ohne Unterstützung höchstens zwei oder drei Schritte gehen. Er geht ganz langsam, mit ganz kleinen Schritten, schwankt nach allen Richtungen, sucht sich aufrecht zu halten und bleibt immer wieder stehen, um das Gleichgewicht wieder zu finden. Ueber die Kopfstellung im Raume ist der Patient gut orientirt.

Die galvanische Untersuchung des Acusticus ergibt bei Kathodenschliessung eine Klangempfindung bei 3 MA, bei 6 MA eine Dauerempfindung, bei Kathodenöffnung, Anodenschliessung und Anodenöffnung keine Klangempfindung. Links reagirt der Acusticus selbst auf die stärksten Ströme in gar keiner Weise.

Die weitere Untersuchung des Patienten ergab: Geruch beiderseits vorhanden. Kopf- und Gesichtssensibilität für alle Reize gleich und normal. Bei Berührung der Wangenschleimhaut giebt der Patient an, dass er links besser fühle, rechts matter. Die Gingiva des Ober- und Unterkiefers rechts etwas geschwellt und geröthet. Der Rachenreflex ist rechts deutlich schwerer auslösbar als links. Der Conjunctivalreflex rechts fehlend. Die Nervendruckpunkte sind nicht druckschmerzhaft und auch nicht spontan empfindlich. Die Geschmacksempfindung ist beiderseits am vorderen Zungendrittel nicht vorhanden (nach den subjectiven Angaben des Patienten besteht rechterseits eine deutliche Alteration der Geschmacksempfindung). Schlingen und Sprechen ungestört, Zungenbewegungen frei. Sensibilität und Motilität am übrigen Körper in jeder Hinsicht normal, Sehnen- und Hautreflexe beiderseits symmetrisch und etwas erhöht.

Aus dem Krankheitsverlaufe wäre noch Folgendes hervorzuheben.

30. März: Patient hat noch immer ein Gefühl von „Pamstigkeit“ im Kopfe, das rechte Auge kann etwas besser geschlossen werden, indem das Oberlid um etwa 2 mm gesenkt werden kann. Die Empfindung der Trockenheit und des Kratzens ist unverändert. Patient kann die rechte Wange ein wenig in die Mundhöhle einziehen. Die Hörschärfe für die Uhr beträgt links 1 m, rechts 35 cm.

31. März: Die Lähmung des Facialis ist abermals etwas zurückgegangen, die Lidspalte kann bis auf 7 mm geschlossen werden. Hörschärfe für die Uhr rechts 40 cm. Die Kopfknochenleitung für die Uhr fehlt noch, sowohl von der rechten Schläfe als vom rechten Warzenfortsatz.

1. April: Die Thränensecretion hat sich wieder eingestellt. Es besteht jetzt infolge des Herabgesunkenseins des Unterlides Thränenträufeln. Beim Stirnrunzeln wird jetzt auch die rechte Hälfte wenn auch ganz wenig innervirt. Das Aufblasen der Wange gelingt etwas besser als früher. Patient hat noch Schwindel und Ohrensausen. Hörvermögen für die Uhr rechts 26—30 cm.

3. April: Das Sausen im rechten Ohre wieder etwas stärker; Patient giebt an, dass er rechts wieder etwas Stechen im Gehörgange fühle. Die Ocularinspection ergibt eine leichte Injection der Hammergefäße und des hinteren oberen Trommelfellquadranten. Im Gehörgange keinerlei neue Eruptionen, die früher bestandenen vollkommen vertrocknet. Die Kopfknochenleitung für die Uhr hat sich rechts gebessert. Patient giebt an, jetzt auch von der rechten Schläfe aus die Uhr zu hören, wenn auch schlechter als links.

5. April: Kopfknochenleitung für die Uhr beiderseits gleich, Hörweite für die Uhr rechts circa 50 cm. Patient giebt an, jetzt rechts besser zu schmecken als früher.

6. April: Der Gang des Patienten ist besser geworden, indem der Kranke mit offenen Augen schnell und ohne Schwanken gehen kann; beim Gehen mit geschlossenen Augen tritt hochgradiges Schwanken ein. Beim Umdrehen mit geschlossenen Augen fällt Patient beinahe um.

8. April: Perception für die Uhr durch die Kopfknochenleitung rechts und links gleich. Facialislähmung nicht weiter gebessert. Der Herpes vollkommen abgeheilt. Die Sensibilitätsprüfung an der Wangenschleimhaut ergibt keine Differenz mehr. Am 9. April wird der Patient entlassen.

Am 25. April sah ich den Patienten wieder. In der Zwischenzeit, in der er nicht in Behandlung gestanden war, hatte sich sein Zustand wieder verschlimmert. Er klagt jetzt über zeitweiliges Kältegefühl im Kopfe und hat permanentes Sausen im rechten Ohre. Das Gehör soll sich wieder verschlechtert haben. Die Untersuchung an diesem Tage ergibt Folgendes:

Beim Stirnrunzeln wird auch die rechte Seite ein wenig innervirt, im übrigen ist die rechte Gesichtshälfte vollkommen unbeweglich. In der Cymba conchae sind die Reste des Herpes Zoster noch kenntlich. Das rechte Trommelfell ist leicht macerirt (Patient hat zur Linderung seines Ohrensausens wiederholt warmes Wasser eingeträufelt). Sensibilität im Gesichte beiderseits gleich und normal. Das Zahnfleisch des rechten Ober- und Unterkiefers ist leicht geröthet und aufgelockert (nach Angabe des Patienten leicht blutend). Stehen und Gehen mit geschlossenen Augen erfolgt ziemlich prompt, nur bei raschem Umdrehen geräth Patient ins Schwanken. Weber im Kopfe. Die Kopfknochenleitung für die Uhr von der rechten Schläfe und vom rechten Warzenfortsatze aus wieder vollkommen fehlend. Luftleitung für alle Töne der Stimmgabelreihe verkürzt. Die Taschenuhr wird rechts nur im Contact gehört, links auf $1\frac{1}{4}$ m, Flüstersprache rechts in $\frac{1}{2}$ m. Luftleitung rechts für tiefe Töne auffallend stark verkürzt. Patient giebt auch an, dass er seit einigen Tagen auf dem rechten Ohre doppelt höre, wobei er eine sehr unangenehme Sensation besonders von musikalischen Tönen habe. Eine Prüfung mit Harmonikatönen ergibt die Richtigkeit dieser Angabe. Infolge seiner Diplacusis ist Patient nicht im Stande, bei verschlossenem linken Ohre mehrere rasch aufeinanderfolgende Schläge mit dem Politzer'schen Acumeter ihrer Zahl nach zu unterscheiden. Auch das Gefühl der Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte ist wieder in verstärktem Maasse aufgetreten. Die Unter-

suchung der Nase ergibt eine Crista septi nach links, so dass die rechte, angeblich undurchgängige Seite objectiv weiter ist als die linke. Die Nasensecretion rechts ist normal.

Resumiren wir kurz die pathologischen Veränderungen, die sich an unserem Patienten fanden, so können wir Folgendes constatiren. Erstens vollständige Lähmung des Nervus facialis in allen Aesten (Stirn-, Augen- und Mundast); zweitens eine Reihe pathologischer Veränderungen im Gebiete des Nervus trigeminus, und zwar ausschliesslich im Gebiete der sensorischen Partie. Auf eine Mitbetheiligung des ersten Astes des Trigeminus deutet das Aufhören der Thränensecretion und das damit verbundene Gefühl der Trockenheit des Auges. Für die Betheiligung des zweiten Astes, des Ramus supramaxillaris, spricht die Anästhesie der rechten Wangenschleimhaut und der Herpes Zoster an der rechten Ohrmuschel. Was speciell das Versiegen der Thränensecretion anbelangt, so hat Uthoff dieses Symptom bei Lähmungen im Trigeminusgebiete beobachtet. Allerdings hat aber wieder Goldzieher dagegen Einspruch erhoben, indem er den Facialisästen die Funktion der Innervation der Thränen-drüse zusprach. Da dieser Punkt demnach noch nicht aus dem Gebiete der Controverse gerückt erscheint, so bleibt es dem Beobachter unbenommen, in unserem Falle das Ausbleiben der Thränensecretion auf die Affection des Trigeminus oder auf die gleichzeitig bestehende Facialislähmung zurückzuführen. Die in unserem Falle beobachtete Lockerung, Röthung und Vulnerabilität (Blutungen) des Zahnfleisches rechterseits ist auch bei Trigeminuslähmungen ein häufiger Befund und nach Bernhardt (Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Nothnagel's Handbuch 1895) auf traumatische Einwirkungen, denen die gefühllosen Theile ausgesetzt sind, zurückzuführen. Was das Symptom der Geschmacksstörung in unserem Falle anbelangt, so haben wir darauf hingewiesen, dass der objective Befund (Fehlen des Geschmacks an den vorderen zwei Dritteln der Zunge beiderseits) mit den subjectiven Angaben des Patienten (Alteration der Geschmacksempfindung in der ganzen rechten Zungenhälfte) mit einander in Widerspruch stehen. Das Fehlen der Geschmacksempfindung an den vorderen zwei Dritteln der Zunge findet sich nach v. Frankl-Hochwart (Die nervösen Erkrankungen des Geschmackes und Geruches etc. Nothnagel's Handbuch 1897) auch bei vollkommen gesunden Individuen und lässt sich daher für unseren Fall nicht verwerthen. Ob die Alteration der Ge-

schmacksempfindung, welche der Patient angab, auf einer wirklichen Lähmung gustatorischer Fasern oder nur auf einer Lähmung von, den tactilen Empfindungen dienenden Nerven beruht, lässt sich wohl nicht entscheiden. Es bliebe noch das Symptom der angeblichen Undurchgängigkeit der rechten Nasenhälfte für den Respirationsluftstrom. Dieses Symptom findet sich nun zwar bei uncomplicirten Facialislähmungen, könnte aber auch, wie wir hier mit aller Reserve bemerken wollen, bei Trigeminiislähmungen durch das Versiegen der Nasensecretion verursacht werden. Nach v. Frankl-Hochwart, der sich hierbei auf Beobachtungen von Krause stützt, kommt es nach Exstirpation des Ganglion Gasseri wohl mitunter zu Verminderung der Thränenabsonderung, niemals aber zu einer Verminderung der Feuchtigkeit an der Nasenschleimhaut, selbst Jahre nach der Operation. Dass in unserem Falle kein wirkliches mechanisches Hinderniss für das Durchstreichen des Luftstromes bestand, ergab die rhinoskopische Untersuchung, wie oben hervorgehoben wurde. Die Untersuchung des Geruches ergab in unserem Falle das überraschende Resultat, das in der rechten Nasenhälfte bei erhaltener Geruchsempfindung die Perception für reizende Substanzen wie Ammoniak und Essigsäure erhöht war. Endlich war bei unserem Patienten eine Herabsetzung des Hörvermögens rechterseits zu constatiren, die mit Sicherheit auf eine Erkrankung des nervösen Apparates bezogen werden muss, sowie Erscheinungen von Schwindel, Uebelkeiten, Erbrechen und Nystagmus. Es bedarf wohl keines weiteren Beweises, dass die Herabsetzung des Hörvermögens wirklich als die Folge einer Erkrankung des schallpercipirenden Apparates aufgefasst werden muss. Dafür spricht wohl in erster Linie die Herabsetzung der Kopfknochenleitung für die Stimmgabel und das Fehlen der Kopfknochenleitung für die Taschenuhr auf der erkrankten Seite. Diese Erscheinungen bei gleichzeitigem negativen Trommelfellbefund (nur ein einziges Mal während des Verlaufes der Krankheit fand sich eine leichte Injection der Hammergefässe wie oben erwähnt wurde) bei einem Individuum, welches früher stets ohrgesund war, in Verbindung mit den Symptomen des Schwindels gestatten wohl mit Sicherheit die Diagnose einer Affection des schallpercipirenden Apparates. Es wäre nur noch die Frage zu entscheiden, ob es sich um eine Erkrankung des häutigen Labyrinths (Hyperämie, Exsudation Entzündung) oder um eine Erkrankung des achten Hirnnerven im Verlaufe seines Stammes handelt habe. Die

gleichzeitig aufgetretene Affection im Bereiche des Facialis und Trigeminus führt ungezwungen zu der Annahme, dass wir es hier mit einer Erkrankung des Nervus acusticus im Verlaufe seines Stammes selbst zu thun haben. Die funktionelle Prüfung des Gehörorganes ergab allerdings keine besonderen Anzeichen, aus denen auf eine Erkrankung des Nervenstammes hätte geschlossen werden können. Zwar ergab sich besonders bei der letzten Untersuchung eine beträchtliche Herabsetzung der Perception der tiefen Töne, die nach Gradenigo und mir (Sitzungsbericht der otologischen Gesellschaft. II. österreichischer Otologentag 1897) auf eine Erkrankung des Nervus acusticus hinweisen soll, doch möchte ich selbst auf dieses Symptom in unserem Falle keinen allzu grossen Werth legen, besonders aber nicht aus kleinen Differenzen in der Perception der hohen und tiefen Töne ein differentialdiagnostisches Merkmal machen. Wir fassen also unsere Diagnose zusammen: Affection des Nervus facialis, acusticus und trigeminus.

Die beschriebenen Erscheinungen nun waren plötzlich und unter Fieber aufgetreten. Der Patient selbst führt seine Erkrankung, wie wir aus der Anamnese ersehen, auf eine Erkältung zurück, und der spätere Verlauf lässt dieses ätiologische Moment auch als ziemlich sicher erscheinen. Der ganze Symptomencomplex deutet auf eine Erkrankung der drei Hirnnerven an der Basis cranii. Der rasch einsetzende fieberhafte Beginn, sowie das Fehlen sonstiger allgemeiner Hirnerseheinungen spricht gegen die Annahme eines Hirntumors. Gegen die Annahme einer Hirnblutung spricht auch das Fehlen von Hirndruckerscheinungen (der normale Augenhintergrund). Acquirirte Lues lässt sich bei unserem Patienten mit ziemlicher Sicherheit ausschliessen, gegen Syphilis spricht übrigens die spontan und ohne besondere Therapie eingetretene Besserung. Endlich wäre noch Meningitis auszuschliessen. In unserem Falle käme überhaupt nur die chronisch verlaufende Meningitis in Betracht, doch auch diese lässt sich auf Grund des Verlaufes und der eingetretenen Besserung wohl ausschliessen. Wir hätten es also mit einem Falle von plötzlich unter Fieber aufgetretener Erkrankung der drei Hirnnerven zu thun, ein Symptomencomplex für den sich in der Litteratur, wie wir später anführen wollen, bereits Analogien vorfinden, sowohl was die Aetiologie (Erkältung) als die Symptomatologie und den Verlauf der Krankheit betrifft, und zwar hätten wir es hier mit einer sogenannten rheumatischen Lähmung der erwähnten drei Hirnnerven zu thun.

Sogenannte „rheumatische Taubheit“ wurde von Bing beschrieben. Das Zusammentreffen von rheumatischer Lähmung des Nervus Facialis mit gleichzeitiger Taubheit hat v. Frankl-Hochwart (Der Menière'sche Symptomencomplex. Nothnagel's Handbuch 1889) beobachtet. Für eine wirkliche Erkrankung des Acusticus sprach auch in den v. Frankl'schen Fällen die funktionelle Prüfung, indem der Weber stets auf das normale Ohr lateralisiert wurde, der Rinne an der erkrankten Seite positiv und die Kopfknochenleitung herabgesetzt war. Die Schwerhörigkeit war in den v. Frankl'schen Fällen dasjenige Symptom, welches rascher zur Heilung kam als die Facialislähmung. Auch auf die Häufigkeit von Trigemussymptomen (vasomotorische und sensible Störungen) bei rheumatischer Gesichtslähmung hat v. Frankl-Hochwart hingewiesen (Neurologisches Centralblatt. 1891). Damals glaubte v. Frankl, diese Störungen noch darauf zurückführen zu müssen, dass „der Facialis auch einzelne sensible und vasomotorische Fasern mit sich führt.“ In neuerer Zeit hat v. Frankl diese seine Ansicht modificirt und sagt darüber (Die nervösen Erkrankungen des Geschmackes und Geruches. Nothnagel's Handbuch. Wien 1897) Folgendes: „Diese Erklärung kann ich aber nach neueren Erfahrungen nicht für alle Fälle mehr gelten lassen. Ich habe namentlich zwei Kranke beobachtet, bei denen neben der Lähmung und Hypalgesie deutliche typische Trigemusschmerzen auftraten, die von den drei bekannten Punkten ausstrahlten, daneben exquisite Druckpunkte, so dass eine gleichzeitige rheumatische Quintusläsion wahrscheinlich war.“

Endlich möchte ich hier auf den von Kaufmann beobachteten Fall (Ueber einen Fall von gleichseitiger, acut aufgetretener Erkrankung des Acusticus, Facialis und Trigeminus. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. XXVIII. Jahrgang) und auf den von Hoffmann in seiner Abhandlung (Zur Lehre von der peripherischen Facialislähmung. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1894) erwähnten Fall Nr. 8 verweisen. Speciell die von Kaufmann beschriebene Beobachtung sei hier wegen ihrer fast vollkommenen Analogie mit meinem Falle kurz skizzirt.

Ein 34-jähriger, stets gesunder, niemals ohrenleidend gewesener Mann erkrankte am 20. Juli 1896 unter Unwohlfühlen, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Fieber. Am 25. Juli schmerzhaftige Spannung in der linken Gesichtshälfte, Röthung der Haut der linken Wange mit kleinen Bläschen (Herpes Zoster), inten-

siver Kopfschmerz, Schwäche, Schwindel, Erbrechen. In den nächsten Tagen wiederholt auftretendes Erbrechen und starker Schwindel, geringe Temperatursteigerung. Innere Organe gesund. Am 29. Juli linksseitige Facialisparalyse, Ohrensausen, totale Taubheit des linken Ohres, Geschmacks lähmung. Hierauf allmähliche Besserung, Rückgang des Fiebers, der Röthung und Schmerzhaftigkeit der linken Wange, dabei grosse Schwäche, Schwindel und Ohrensausen. Ohrenbefund: Rechtes Ohr vollkommen normal. Linkes Ohr: Gehörgang normal, Trommelfell etwas aufgequollen (durch Cocaineinträufelungen), Nasenrachenraum, Tuba und Warzenfortsatz normal. Flüstersprache links ad concham, Weber nach rechts. Am 17. August Besserung der Facialis lähmung, keine Geschmacks lähmung mehr, linkes Trommelfell normal, Flüstersprache links in 0,5 m. Am 20. August kein Schwindel, kein Sausen und Klingen im linken Ohre. Facialisparalyse sehr gebessert, Hörweite links auf laute Worte 3 m. Der letzte Befund war: Weber nach rechts, Hörweite ungefähr 2 m für Flüstersprache, kein Schwindel, Facialis lähmung vollkommen geheilt.

Der Fall Kaufmann's zeigte also einen vollständigen Rückgang der Affection des Nervus facialis bei gleichzeitig noch vorhandener hochgradiger Hörstörung. Unser Fall zeigte anfänglich das umgekehrte Verhalten, indem die Hörstörung, welche allerdings niemals eine totale Taubheit gewesen war, bei der Entlassung des Patienten aus dem Spitale nur noch spurweise vorhanden war, während die Facialis lähmung noch beinahe in vollem Umfange bestand. Der zuletzt am Patienten erhobene Befund vom 25. April ergab allerdings wiederum einen Rückfall in Bezug auf die Hörfunktion. Die Erscheinungen von Seiten des Nervus trigeminus verhielten sich in meinem wie in dem Falle Kaufmann's ziemlich gleich. Der Herpes Zoster trocknete bald ab, ohne dass es zu einer neuerlichen Eruption gekommen wäre. Während aber Kaufmann nur den zweiten Ast des Quintus erkrankt fand, müssen wir für unseren Fall eine Erkrankung zumindest des ersten und zweiten Astes dieses Nerven annehmen, wie dies bereits oben genauer ausgeführt wurde.

Ein Punkt wäre noch zu erörtern, ob nämlich die Eruption des Herpes Zoster an der Ohrmuschel in meinem wie in dem Kaufmann'schen Falle auf die Lähmung des Facialis oder auf die Erkrankung des Trigemini zurückzuführen ist. Facialis lähmung mit Herpeseruption an der Ohrmuschel hat Politzer

(Lehrbuch der Ohrenheilkunde. III. Auflage. 1893) zuweilen beobachtet, auch Bernhardt (Die Erkrankungen der peripherischen Nerven. Nothnagel's Handbuch. 1895) constatirt die Häufigkeit des Zusammentreffens von Facialislähmung und Herpes Zoster facialis oder occipitocollaris. Bernhardt sagt darüber Folgendes: „Es ist wohl für die Erklärung dieser Erscheinung nicht nöthig, dieselbe in jedem Falle auf rheumatische Miterkrankung trophischer, im Stamme des Nervus facialis verlaufender Fasern zu beziehen, da von der die Erkrankung des Gesichtsnerven herbeiführenden Ursache ja, wie wir anderen Ortes schon hervorgehoben haben, gleichzeitig noch eine grosse Summe von Nerven sensibler oder trophischer Natur betroffen werden können.“

Während man also früher sowohl die trophischen, als die Sensibilitätsstörungen bei Erkrankungen des Nervus facialis durch die Annahme zu erklären geneigt war, dass im Facialis trophische wie sensible Fasern enthalten seien, neigen nunmehr die meisten Autoren (Hoffmann, v. Frankl-Hochwart, l. c. u. a.) mehr der Ansicht zu, dass man in derartigen Fällen eine gleichzeitige rheumatische Erkrankung des Trigeminus annehmen müsse. Schon Hoffmann bemerkt (l. c.), dass „gerade die Thatsache, dass die sensiblen Erscheinungen gewöhnlich flüchtiger Natur sind, sogar bei schwerer Facialislähmung mit längerer Fortdauer der Geschmackssinnstörung ein Beweis dafür zu sein scheint, dass ausser oder neben dem Facialis der Trigeminus selbst erkrankt“. So viel sei hier zur Stütze unserer Diagnose angeführt.

Was nun den Verlauf des Falles selbst betrifft, so zeigte sich bei der am 25. April vorgenommenen letzten Untersuchung ein Rückfall auf dem Gebiete des Acusticus, so zwar, dass das Hörvermögen noch tiefer gesunken war, als im Beginn der Erkrankung, wobei zugleich die wiedergewonnene Perception durch die Kopfknochen wieder vollkommen verloren gegangen war.