

## II.

### Encephalitis et Otitis grippalis acuta.

Von

Prof. Dr. Gerber, Königsberg.

M. H.<sup>1)</sup> Nicht würde ich mir erlauben, mit irgend einer casuistischen Mitteilung vor Sie hinzutreten, wenn ich nicht annehmen würde, daß diese ihres besonderen Interesses wert ist. Nach meinen eigenen Erfahrungen sowohl wie nach meinen litterarischen Kenntnissen aber ist dieser Fall ein Unikum, wenn ich auch gerne zugebe, daß die ersteren nicht so erschöpfend und die letzteren nicht so lückenlos sind, daß ich nicht ähnliche Beobachtungen übersehen haben könnte, zumal sie gerade in Hinsicht auf den zu schildernden Fall nicht nur die otologische und laryngologische, sondern auch die interne, speziell die neurologische Literatur umfassen müßten. Über letztere aber hat unser Neurologe, Herr Prof. Meyer, mich gütigst orientiert.

Es handelt sich um einen 45jährigen, äußerst kräftigen Mann, Beamten von Beruf, dem man es gerne glaubt, daß er früher nie ernstlich krank gewesen sein will.

Er trat am 31. Januar d. Js mit der Klage über „Ohrenschmerzen, Ohrenlaufen, Husten und etwas Schwindel“ in meine Behandlung, welche Erscheinungen er auf eine Influenza zurückführt, an der er am 12. Januar erkrankt sei.

Zunächst fiel an dem Kranken eine totale Lähmung der rechten Gesichtshälfte auf.

Der otoskopische Befund war: Das rechte Trommelfell besonders in den hinteren Quadranten stark gerötet; in der Mitte unten stecknadelkopfgroße Perforation, wenig abundante eitrige Sekretion.

Die erste Hörprüfung ergab: Hu: 0

Fl: ad concham

Konversationssprache: 6 m

Weber: unsicher

Rinne: +

Ci: F. K. A. +

Fis: Bei stärkstem Anschlag —

Kopfknochenleitung verkürzt.

Am Warzenfortsatz nichts bemerkenswertes.

---

1) Diese Mitteilung war, ihres doppelten otologischen wie laryngologischen Interesses wegen, für den Otologen- und Laryngologentag bestimmt. Ausserer Umstände halber ist sie nur auszugsweise auf der ersten Sitzung der „Deutsch. laryng. Gesellschaft“ bekannt gegeben.

Hiernach und bis soweit bot die Deutung des Falles keine Schwierigkeiten: Eine akute Mittelohrentzündung mit Beteiligung des innern Ohres und einer Neuritis des Nervus VII gehört zwar nicht zu den alltäglichen Vorkommnissen, ist aber doch, nach Influenza ebenso wie nach anderen Infektionskrankheiten nichts Unerhörtes. Während nun aber die Erscheinungen von Seiten des Mittelohres sich unter entsprechender Behandlung rasch besserten, bestand trotz der verordneten Morphiumtropfen ein eigentümliches Husteln fort, das mich einige Tage später zu einer laryngoscopischen Untersuchung veranlaßte. Dieselbe ergab eine typische Parese des rechten Recurrens: Die rechte Kehlkopfhälfte stand bei Respiration wie bei Phonation völlig still. Das rechte Stimmband leicht excaviert; keine Niveaudifferenz, keine Überkreuzung der Aryknorpel. Die gesamte Larynxschleimhaut ebenso wie die des Rachens stark injiziert.

Auch akut auftretende Recurrensparesen sehen wir nicht selten nach Influenza, oder werden wenigstens bisweilen auf Rechnung derselben gesetzt.

Immerhin mußte das Zusammentreffen einer rechtsseitigen Otitis mit Facialparese und einer gleichzeitigen Recurrensparese schon ein gesteigertes Interesse erwecken. Ich ließ es mir daher angelegen sein, einmal eine genaue Anamnese und zweitens und hauptsächlich einen allgemeinen Nervenstatus des Patienten zu erlangen.

In erster Beziehung wurde nachgetragen:

Patient stammt aus gesunder Familie, aus der nur eine Schwester vor acht Jahren an Tuberkulose gestorben sein soll. Patient ist verheiratet; seine Frau ist gesund, hat keine Kinder, wohl aber einen Abort und einen partus praematurus gehabt. Trotzdem leugnet er Lues, während er Gonorrhoe concediert.

Seine Erkrankung setzte am 12. Januar mit Ohrenschmerzen ein. Der Hals war auch belegt, er bekam keine Luft, hatte öfters Erstickungsanfälle. Zehn Tage später trat eine Gesichtslähmung ein und ferner bemerkte die Frau des Patienten, daß seine rechte Schulter herunterhing.

Die an den zuerst behandelnden Arzt gerichtete Anfrage beantwortete derselbe freundlichst in folgender Weise: „Patient trat in meine Behandlung unter Erscheinungen, die auf Influenza und phlegmonöse Angina deuteten; später trat erysipelatöse Rötung und Schwellung der Ohrmuschel ein. Irreguläre Herzstätigkeit und Schlafsucht machten dann, nachdem die örtlichen Erscheinungen an den Tonsillen ziemlich zurückgegangen waren, die Verordnung von Digitalis und Kampher erforderlich, zumal Patient Potator ist. Nachdem die Abschwellung der Ohrmuschel stattgefunden, konnte ich erst eine Perforation des Trommelfells mit starker Absonderung vom Mittelohr feststellen; der Warzenfortsatz war nie druckempfindlich. Eine periphere Lähmung des Facialis schob ich auf die Otitis media. Eine diphtheritische Erkrankung lag meiner Meinung nach nicht vor, wohl aber noch ein Erysipel.“

Behufs Aufnahme eines allgemeinen Nervenstatus überwies ich den Patienten an die Königl. Universitäts-Poliklinik für Nervenranke des Herrn Prof. Meyer, der die Güte hatte, ihn wiederholt zu untersuchen und dem ich, wie auch seinem Assistenten, Herrn Dr. Pelz, für gütige Informationen zu großem Danke verpflichtet bin.

Aus dem dort aufgenommenen Befunde wäre zur Vervollständigung des Bildes hier folgendes zu erwähnen:

Pupillen etwas enge, gleich, rund. (Reaktion auf Licht und Convergenz normal). Augenbewegungen frei.

(XI.) Deutliche Atrophie des rechten M. cucullaris.

Rechte Schulter hängt; Bewegungen des Kopfes und der Arme, soweit der Accessorius in Betracht kommt, frei.

(XII.) Zunge gerade, zittert stark fibrillär, rechts mehr wie links, keine deutliche Atrophie.

Motilität der Extremitäten frei.

Gang etwas schwankend, breit, unsicher.

Stehen breit. Kein Romberg.

Sensibilität frei.

Reflexe: Conjunctivalreflex links schwächer wie rechts.

Cornealreflex gleich.

Gaumen- und Würreflex gleichmäßig stark.

Reflexe der oberen Extremitäten desgleichen.

Kniephänomen sehr lebhaft.

Achillesphänomen vorhanden.

Hautreflexe gesteigert, auf beiden Seiten gleich.

Elektrische Erregbarkeit:

N. VII faradisch in allen drei Ästen, und im Stamm rechts bedeutend herabgesetzt.

Galvanisch desgleichen.

Muskeln des VII galvanisch rechts gesteigert, aber langsame Zuckung.

KaSz = AnSz.

N. XI: Musc. cucullaris galvanisch rechts kolossal herabgesetzt (bei 15 M.-A. ganz leise Zuckung); Zuckung langsam. KaSz = AnSz.

Das wichtigste Resultat aus dieser Untersuchung ist demnach die Tatsache, daß neben der Lähmung des N. VII und N. X auch eine partielle Lähmung des N. XI vorliegt, und ferner die Beteiligung des N. XII.

Die nun meinerseits weiter vorgenommenen Untersuchungen des Halses und der Schleimhäute ergaben:

Eine deutliche Atrophie auch des rechten Sternocleidomastoideus, besonders in seiner sternalen Partie.

Parese des weichen Gaumens rechts (X), womit dem Bilde nichts neues hinzugefügt wurde.

Sensibilität des Rachens wie auch des Kehlkopfs nirgends deutlich herabgesetzt.

N. IX. Geschmacksprüfung:

Pin selungen der linken vorderen Zungenhälfte werden als bitter, der rechten als süß empfunden. Pin selungen mit 10 proz. Arg. nitr. werden links als salzig, rechts als süß empfunden. Pfeffer und Salz werden auf der linken Zungenspitze richtig, auf der rechten gar nicht geschmeckt.

Pin selungen des Zungengrundes mit entsprechenden Lösungen werden links deutlich, rechts teils unsicher, teils gar nicht geschmeckt.

Hiernach mußte also weiter eine Mitbeteiligung des Glossopharyngeus und wohl auch des N. lingualis trigemini notiert werden.

Konnte man die Beteiligung des Trigeminus bis dahin auch noch in Frage ziehen, so wurde sie durch folgende Tatsache sehr viel wahrscheinlicher:

Nach Abklingen der Mittelohrerscheinungen nämlich klagte der Patient ganz aus freien Stücken über Unempfindlichkeit am rechten äußeren Ohr. Ich möchte hier ausdrücklich hinzufügen — was ja auch schon aus der Krankengeschichte erhellt — daß Patient selbst — ein Potator und ein sehr indolenter Mensch — vorher weder hiervon noch von seiner Schulter, von Geschmacksstörungen oder sonstigen Erscheinungen irgend etwas spontan mitgeteilt hatte, mit Ausnahme dessen, was ihm wirklich Schmerzen machte; sonst wäre ich auch sicher früher auf die Spur einer richtigen Diagnose gekommen.

Bei Prüfung nun der Sensibilität des äußeren Ohres zeigte sich in der Tat eine deutliche Herabsetzung an der Cymba conchae und dem Anfang des Gehörgangs selbst. Hier wurde schwache Berührung mit Stecknadelkopf gar nicht empfunden. Stärkere Berührungen mit Kopf und Spitze abwechselnd wurden nicht unterschieden.

Da die sensiblen Äste dieser Region vom N. auriculo-temporalis des dritten Trigeminusastes stammen, so kann, im Hinblick auch auf die wahrscheinliche Mitbeteiligung des N. lingualis an einer Beteiligung auch des V. Hirnnervs an dem Prozeß kaum gezweifelt werden.

Mit Rücksicht auf diese kombinierte Hirnnervenerkrankung glaubte ich nun auch meine spezielle otologische Diagnose in diesem Falle insofern ändern zu müssen, als ich die anfangs auf das Labyrinth bezogenen Symptome

nun auf Rechnung des Acusticus setzte. Einen Beweis für die Richtigkeit dieser Annahme zu erbringen, ist natürlich nicht möglich, die aber die Erkrankung so vieler benachbarter Hirnnerven plausibel macht. Übrigens können Labyrinth und Acusticus gleichzeitig von demselben Exsudat oder derselben Hämorrhagie betroffen sein, ja dies ist sogar das wahrscheinlichere in diesem wie in ähnlichen Fällen.

Die sehr oft wiederholte Hörprüfung hat stets nur die von vornherein konstatierte Mitbeteiligung des inneren Ohres bestätigt. Die von Gradenigo besonders für Acusticuserkrankungen als charakteristisch bezeichnete Herabsetzung der Perception der mittleren Töne gegenüber den hohen konnte hier nicht konstatiert werden.

Deutlicher wurde bei den letzten Versuchen die Lateralisation der Stimmgabel nach dem gesunden Ohr, was wohl mit dem Abklingen der Mittelohrentzündung Hand in Hand ging. Im übrigen zeigte sich nach wie vor: Positiver Rinne bei verkürzter Kopfknochenleitung. C, C<sub>1</sub>, D, Des = +, E, F, Fis<sub>4</sub> —.

Ehe wir eine Deutung des Falles versuchen, will ich erwähnen, daß sich das Befinden des Patienten im ganzen gebessert hat. Zurückgegangen sind die Erscheinungen der Gesichtslähmung, des Hustens, der Geschmacksalteration, der Unempfindlichkeit des äußeren Ohres, der Beeinträchtigung im Gebrauch des rechten Armes.

Fast gar nicht verbessert hat sich das Hörvermögen trotz Ausheilung der Otitis media und unverändert ist die Recurrensparese. —

Epikrise. Es handelt sich also in unserem Falle nicht, wie ich anfangs glaubte, um eine Panotitis mit Facialisparese, sondern zweifellos um eine multiple Hirnnervenlähmung im Verein mit einer akuten Mittelohrentzündung, die bei einem bis dahin gesunden Manne im Anschluß an eine akute Infektionskrankheit, wahrscheinlich eine komplizierte schwere Influenza, aufgetreten ist. Total oder partiell gelähmt sind:

- N. V. (Nervus lingualis und N. auriculo-temporalis).
- N. VII. Facialis.
- N. VIII. Acusticus.
- N. IX. Glossopharyngeus.
- N. X. Recurrens.
- N. XI. Accessorius (M. cucullaris u. sternocleidomast.).
- N. XII. Hypoglossus.

Eine weitere Frage ist nun: Haben wir es mit einer peripheren, neuritischen, oder einer zentralen Nervenerkrankung zu tun, und sind solche überhaupt nach akuten Erkrankungen beobachtet worden? —

Influenza-Neuritiden sind häufig beobachtet und beschrieben worden, und auch ich habe gerade in den letzten Jahren sowohl Facialis- wie Recurrensparesen nach Influenza auftreten sehen; dieselben betrafen aber meist einzelne Nerven; freilich sind auch Polyneuritiden mitgeteilt worden. Zumeist jedoch war es entweder der Facialis oder der Recurrens; in einigen wenigen Fällen Facialis und Recurrenz.

Was in diesem Falle deutlich gegen die neuritische Natur der Nervenerkrankung spricht, ist vor allem der Umstand, daß es sich ausschließlich um Nerven ein und derselben Seite handelt, und weiterhin auch, wie Herr Geheimrat Lichtheim in der Diskussion über diesen Fall betonte<sup>1)</sup>, die Abwesenheit anderer peripherer Erscheinungen, von denen er die bei peripherer Accessoriuserkrankung beschriebene sogenannte „Schaukelstellung der Scapula“ erwähnte.

Es bliebe also nur die Annahme einer Herderkrankung, einer Encephalitis.

Kommen solche Erkrankungen nun nach Influenza vor? — Leichtenstern<sup>2)</sup> erwähnt ausdrücklich:

1. Influenza-Neuritis = umschriebene, partielle Veränderungen in den motorischen Kernen des mittleren und vierten Ventrikels, sogenannte Kernlähmungen, besonders kombinierte Augenmuskel-, Gaumensegel- und Schlundmuskulaturlähmungen. Anatomische Untersuchungen liegen hierüber bisher nicht vor, doch handelt es sich hierbei wohl mehr um Kernerkrankungen, als um Neuritiden.

2. Influenza-Encephalitis = plötzliche, apoplektiform, im Anfang oder auf der Höhe der Influenza einsetzende Erkrankung, die mit schweren Gehirnsymptomen, mit Hemi- oder Monoplegien einhergeht.

Leichtenstern meint jedoch, ein sicherer Fall von akuter Encephalitis grippalis am Boden des dritten oder vierten Ventrikels, also eine Polioencephalitis superior oder inferior, sei bisher nicht bekannt.

In eine andere Kategorie aber läßt der vorliegende Fall sich kaum einreihen, und wir werden ihn daher am ehesten als eine Encephalitis et Otitis grippalis acuta bezeichnen müssen. —

---

1) Demonstration im Verein für wissenschaftl. Heilkunde in Königsberg.

2) „Influenza“, Nothnagels Handbuch 1896, laut Mitteilung des Herrn Prof. Meyer.