

3.

Chemosis conjunctivae als Symptom einer eiterigen Meningitis.

Von E. Leyden.

In dem von mir veröffentlichten Bericht über die auf der Abtheilung des Herrn Professor Traube im Winter 1861—1862 vorgekommenen Puerperalerkrankungen (Charité-Annalen S. 22—108) habe ich einen Fall (No. 45) mitgetheilt, wo im Verlaufe einer Meningitis Chemose der Conjunctiva zuerst eines, Tags darauf auch des anderen Auges auftrat. Dieses selbe Symptom habe ich seitdem in zwei anderen Fällen von Meningitis beobachtet und glaube, dass es unter Umständen die häufig so schwierige Diagnose der acuten eitrigen Meningitis sicher stellen kann.

Der zweite Fall betraf einen Mann von 30 Jahren, der unter Erscheinungen in das Hospital kam, welche die Diagnose zwischen Typhus und Meningitis schwanken liessen. Am nächsten Tage trat chemotische Schwellung der Conjunctiva linkerseits auf, bei vollkommener Integrität der Gewebe des Bulbus selbst. Die Chemose blieb diesmal einseitig; sie dauerte unverändert bis zum Tode an. Die Section wies eine eitrige Meningitis nach, von der aus sich in das Zellgewebe der linken Orbita die eitrige Infiltration fortgesetzt hatte.

Interessanter war der folgende Fall. Er betraf einen Soldaten von 21 Jahren, welcher, bevor er in das Hospital kam, einige Tage wegen einer anscheinend leichten Entzündung des rechten Auges behandelt war. Das Uebel erschien ganz unbedeutend. Die spätere Nachforschung ergab jedoch, dass der Kranke während der ganzen Zeit bereits über ziemlich heftige Kopfschmerzen geklagt hatte. Plötzlich steigerten sich am 21. November vom Morgen bis Mittag die Erscheinungen dergestalt, dass der Kranke ins Hospital gebracht werden musste. Das rechte Auge bildete eine prominente, apfelgrosse Geschwulst, von dem stark ödematösen, glänzenden, erysipelatös gerötheten Augenlide bedeckt. Nur mit einiger Mühe liess sich dasselbe soweit emporheben, dass der Bulbus darunter zu Tage kam. Die Conjunctiva zeigte den höchsten Grad von Chemosis. Sie war durch eine seröse, durchscheinende Infiltration so stark geschwellt, dass sie die Cornea wallartig umgab. Die Schleimhaut war geröthet, zeigte jedoch weder Blutextravasate, noch eine körnige Schwellung, oder andere Spuren von Entzündung; keine Spur von Secretion war auf derselben sichtbar. Obgleich die seröse Infiltration ziemlich prall war, bestand doch keine erhebliche Steifigkeit der Lider. Die Cornea war vollkommen klar, auch an ihrem Rande keine Gefässinjection. Ebenso liess die Iris, der Humor aqueus nichts Abnormes erkennen. Die Sehkraft des Auges war vollkommen intact. Der Kranke klagte über die heftigsten Schmerzen in der Stirnhälfte derselben Seite; Druck auf die Austrittsstelle des Nerv. supraorbitalis war lebhaft empfindlich. — Es bestand ein mässiger Grad von Fieber. Das Sensorium war vollkommen frei.

Ich dachte zunächst an eine Eiterung innerhalb der Orbita, vielleicht vom Periost ausgehend. Doch war weder der Supraorbitalrand auffallend empfindlich, noch markierte sich in dem ödematösen Gewebe irgend eine Stelle durch Härte oder Schmerzhaftigkeit besonders, so dass man sie für einen Eiterheerd hätte halten können. Ich begnügte mich daher, die Chemose zu scarificiren und Blutegel an die Stirn, oberhalb des rechten Supraorbitalrandes zu setzen.

Am nächsten Morgen, den 22. November, war der Zustand wenig verändert. Pat. hatte in der Nacht gar nicht geschlafen, anhaltend gewimmert und über die heftigsten Kopfschmerzen geklagt. Das Auge zeigte am Morgen keine wesentliche Veränderung. Das Fieber war eher lebhafter geworden. Das Sensorium vollkommen frei.

Als ich den Kranken Nachmittags sah, gab er an, sein Zustand habe sich wesentlich gebessert, die Schmerzen hätten nachgelassen und er habe geschlafen. In der That war der Kranke ruhiger gewesen und schien geschlafen zu haben. Die Geschwulst des rechten Auges hatte abgenommen, namentlich war die Chemose wesentlich verringert. Dagegen war das Fieber sehr lebhaft (starke Temperaturerhöhung, 88 grosse, volle Pulse) und das Sensorium des Kranken schien nicht ganz frei, wie es aus seinen hastigen, nicht ganz zutreffenden Antworten und der unberechtigten Euphorie, welche er verrieth, hervorging.

Am folgenden Tage, den 23sten, bot der Kranke wieder ein anderes Bild. — Bis Mitternacht war er ruhig gewesen, fing dann aber wieder an über heftige Kopfschmerzen und über das linke Auge zu klagen, zugleich wurde er sehr unruhig, sprach irre, wollte zum Bette hinausspringen und war nur mit Mühe zu halten. Am Morgen fand ich zu meinem Erstaunen das linke Auge in derselben Weise afficirt, wie ursprünglich das rechte, an welchem jetzt (vermuthlich in Folge der wiederholten Scarificationen) die Anschwellung erheblich zusammengesunken war. Dabei war das Fieber äusserst lebhaft und das Sensorium des Kranken offenbar nicht frei. Obgleich er noch über starke Kopfschmerzen klagte, waren seine Klagen nicht mehr so lebhaft und er verfiel, sich selbst überlassen, bald in einen fast somnolenten Zustand, in dem er nur von Zeit zu Zeit Klagen aussties.

Ich erinnerte mich jetzt der mitgetheilten beiden anderen Fälle und der Beziehung, welche die Chemose der Conjunctiva zu einer acuten Meningitis haben kann.

Im Laufe des Tages ging der somnolente Zustand allmählig in stärkeren Sopor über. Pat. war kaum zu sich zu bringen und gab über seinen Zustand nur sehr unvollständige Auskunft: seine früher so lebhaften Klagen waren verstummt.

Am 24sten vollkommene Bewusstlosigkeit, tiefer Sopor, deutliche Lähmung des rechten Facialis. — Starke Temperaturerhöhung. Puls sehr frequent, klein. — Gegen Mittag tritt der Tod ein.

Obduction am 25. November. Nach der Eröffnung des Schädels erscheint die Dura sehr blutreich, die Sinus sind stark mit Blut gefüllt. Die Pia der Convexität ist stark injicirt, getrübt und ödematös: nach dem rechten Vorderlappen zu wird die Injection, Trübung und Infiltration beträchtlich stärker, nach dem Seitenrande zu findet sich hier eine etwa sechsergrosse hämorrhagische Stelle mit gelbröthlichem fibrinösen Belage. Weiter nach abwärts wird die hämorrhagische

Röthung der Pia sehr stark ausgesprochen, und zugleich beginnt sie nun eine deutliche, schmutzig-gelbliche, eitrige Infiltration zu zeigen, welche an Intensität zunehmend sich nach der Hirnbasis erstreckt. An der Basis nimmt diese eitrige Infiltration der Pia vorzüglich die beiden mittleren Hirnlappen ein, sich beiderseits in die Fossae Sylvii hinein erstreckend. Von den Vorderlappen sind nur die hinteren Partien in ähnlicher Weise ergriffen, weiter nach vorn zu verliert sich allmählig die Affection der Pia mater. Nach hinten ist die Pia der mittleren Lappen nur wenig betheiligt, stärker dagegen die mittleren Partien, das Chiasma, das Infundibulum und weiterhin der Pons. Auf diesem zeigt sich noch eine ziemlich derbe Infiltration untermischt mit kleinen Blutextravasaten. Die Hinterlappen sind frei. Auf dem Durchschnitt sieht man, wie die eitrige Beschaffenheit der Pia überall in die Sulci zwischen den Hirnwindungen eindringt, die Hirnsubstanz selbst aber frei lässt, nur die Rindensubstanz hat eine schmutzig-grünliche Färbung in Folge von Durchträngung. Im Uebrigen bietet die Hirnsubstanz in allen ihren Theilen hinsichtlich der Consistenz und Färbung nichts Abnormes.

An der Schädelbasis findet sich entsprechend der Affection der Pia, an der Innenfläche der auskleidenden Dura eine schmutzig-grünliche Färbung und ein Beschlag von einer dünnen fibrinösen, mit zahlreichen kleinen Hämorrhagien durchsetzten Pseudomembran, welche sich leicht in kleinen Fetzen abziehen lässt. Auf der Sella turcica findet sich die Glandula pituitaria fest angeheftet und in ein äusserst derbes fibrinös-eitriges Gewebe eingebettet. Auch auf dem Clivus Blumenbachii erkennt man den beschriebenen pseudomembranösen Belag.

Nach Entfernung des Orbitaldaches beiderseits zeigt sich das Zellgewebe und die Muskeln der Augenhöhle ödematös infiltrirt, mit zahlreichen kleinen Hämorrhagien durchsetzt und hie und da Züge oder Heerde von schmutzig-grünlicher, eitriger Beschaffenheit. Die Augenmuskeln, welche ebenso deutlich die hämorrhagisch-eitrige Entzündung erkennen lassen, sind etwas mürbe und im Ganzen von schmutzig-braunrother Farbe. Nach vorn zu nimmt diese Beschaffenheit ab, die kleinen Eiterheerde verschwinden. Die Gewebe der Bulbi selbst sind vollkommen intact.

Der beschriebene Krankheitsfall stellt eine eigenthümliche, spontan entstandene acute Meningitis dar, welche ihrem Wesen nach in die Reihe der (nicht selten epidemisch auftretenden) bösartigen phlegmonösen Entzündungen gehört. Der Ausgangspunkt ist vermuthlich auf der Sella turcica zu suchen, vielleicht in der Glandula pituitaria selbst. Von hier aus hat sich, wie es scheint, die eitrige Entzündung der Pia über beide mittlere Schädelgruben verbreitet, nach rechts hin mit etwas grösserer Intensität. Alsdann drang der Prozess durch die Fissura orbital. super. in das Zellgewebe der Orbitae, rechts etwas früher, und bedingte die starke Chemosis der Conjunctiva. Dieser Uebergang zeigt auf das Deutlichste, wie die eitrige Entzündung der Pia sich an die phlegmonösen Prozesse anschliesst. Der Gedanke, dass etwa eine Phlegmone innerhalb der rechten Orbita den Ausgangspunkt des Processes gebildet, von hier in die Schädelhöhle und nun erst in die linke Orbita fortgeschritten, ist mit Bestimmtheit von der Hand zu weisen. Schon

die Doppelseitigkeit der Augenaffectio spricht dagegen. Und der Befund innerhalb der Schädelhöhle lässt nichts erkennen, was auf ein Fortkriechen in solcher Weise hindeutete. Vielmehr ist die Affectio rechts wie links von derselben Beschaffenheit und voraussichtlich von etwa demselben Alter.

Wie häufig eine derartige Entwicklung der Meningitis acuta vorkommt, darüber lässt sich vor der Hand nichts Sicheres sagen. Möglich, dass ich nur zufällig Gelegenheit hatte, sie innerhalb eines Jahres dreimal zu sehen. Es ist aber nicht unwahrscheinlich, dass ein Theil der Fälle hierherzuzählen ist, wo sich anscheinend in Folge eines Gesichtserisypels durch Vermittelung einer eitrigen Infiltration des orbitalen Zellgewebes acute Meningitis entwickelt zu haben schien. Das Oedem mit der venösen Röthung kann leicht für Erysipel gehalten und die Meningitis, welche erst später erkannt wird, als Folge angesehen werden.

4.

Fall von Paralysis agitans des rechten Armes in Folge der Entwicklung eines Sarkoms im linken Thalamus.

Von E. Leyden.

Bei den geringen Kenntnissen, welche wir von den Ursachen der sogenannten Paralysis agitans haben, dürfte der folgende Fall von Interesse sein, welchen Herr Stabsarzt Teuber bei einem Soldaten zu beobachten Gelegenheit hatte.

St., 24 Jahre alt, dient seit 2 Jahren und 7 Monaten, ist Gefreiter, rept. am 21. Mai 1863. Er war früher immer gesund gewesen und will namentlich an Syphilis nie gelitten haben, ebensowenig vermag er einen Fall, Stoss oder sonstige Verletzung als Ursache seiner jetzigen Krankheit anzuklagen, auch einer nachweisbaren Erkältung hat er sich nicht ausgesetzt. An Kopfschmerzen, behauptete er bei seiner Aufnahme, nicht gelitten zu haben; einige Tage später aber gab er an, dass er seit etwa 8 Tagen öfters einen klopfenden Schmerz in der Stirngegend empfunden habe. Die ersten Symptome motorischer Störung im rechten Arm hat Patient seit Anfang April d. J. bemerkt; sie bestanden darin, dass der Arm leicht zitterte, zumal bei etwas grösseren Anstrengungen, doch konnten die unwillkürlichen Bewegungen noch vollständig beherrscht werden, so dass der Gebrauch der Hand nicht behindert war. Namentlich hatte die Kraft des Armes in keiner Weise gelitten. Mit der Zeit aber nahm die Intensität der unwillkürlichen Zuckungen immer mehr zu, so dass sie hinderlich wurden, und der Kranke das Lazareth aufsuchen musste.

St. praes. Pat. ist gut und kräftig gebant, gut genährt, von guter Färbung der Wangen und Lippen. Er klagt über unwillkürliche zitternde Bewegungen des rechten Armes, die er zwar auf kurze Zeit beherrschen kann, die aber dann wieder sogleich mit grösserer Intensität auftreten. Dabei sind die einzelnen willkürlichen