Ueber Poliomyelitis im Heere.

Von Dr. Artur Stern in Charlottenburg,

z. Z. Nervenarzt an einem Kriegslazarett im Osten.

Ueber Poliomyelitis im Heere sind mir in der hier allerdings nur spärlich zugängigen Kriegsliteratur Mitteilungen nicht begegnet. Die akute Poliomyelitis der Erwachsenen ist ja auch, sofern es sich nicht um ein epidemisches Auftreten (von einem solchen ist wohl während des Krieges nichts beobachtet) des Leidens handelt, eine recht seltene Erkrankung. Um so auffallender war, als auf meiner Nervenabteilung eines Kriegslazarets im Osten, dessen Kranke vorwiegend aus der Ukraine stammten, in kurzen Zwischenräumen fünf Fälle von Poliomyelitis anterior acuta bei Kriegsteilnehmern zur Beobachtung kamen.

Die fünf Krankengeschichten folgen im Auszug.

Fall 1. William F., 24 Jahre alt. Familienanamnese und Vorgeschichte belanglos. Juni 1918 „dreitägige Grippe“. Beginn jetziger Erkrankung am 1. August 1918 mit Fieber (39,8°). Am 3. August Lähmung der Beine, zugleich Harnverhaltung und Stuhlverstopfung. Am 4. August Feldlazarett, dort Fieber bis zum 7. August (Katheterismus, Klysm). Anfangs Rückenschmerzen und „kalte Füße“. Truppe lag im Dongebiet. Aufnahmebefund (Nervenstation) vom 26. August: Innere Organe. Hirnnerven ohne Befund. Leib weich, nicht aufgetrieben, Lähmung der Bauchmuskulatur. Bauchreflexe fehlen. Kremasterreflex 0, Kniereflex 0, Achillesreflex 0, Zehenreflex plantar. Rechts Babinskistellung und Dorsalflexion der großen Zehe bei Prüfung des Babinski und Oppenheim (s. u.). Schlanke Lähmung beider Beine mit Hypotonie. Das rechte Bein kann etwas gerollt werden. Im Fuß besteht geringe Plantar- und stärkere Dorsalflexion, letztere erheblich überwiegend. Im linken Bein geringe Roll- und Zehenbewegungen. Sensibilität überall intakt. Elektrisch: In der Bauchmuskulatur, im Quadrizeps beiderseits komplette Ea.R., im Triceps surae und Peronealgebiet beiderseits partielle Ea.R. Verlauf: Langsame Zunahme der Motilität in den Beinen. Blase und Mastdarm völlig in Ordnung. 1. September 1918 Abtransport in die Heimat.

Diagnose: Poliomyelitis acuta anterior dorsolumbalis.

Fall 2. Franz A., 43 Jahre alt. Familienanamnese und Vorgeschichte ohne Befund. Mai und Juni 1918 litt er an „rheumatischen Schmerzen“ im rechten Bein. Juli 1918 Urlaub nach Niederbayern. Auf der Rückfahrt am 27. Juli Fieber bis 39° (das bis zum 31. August anhielt) mit Rheuma im rechten Bein und linker Schulter, dabei allgemeine Abgeschlagenheit; wurde als „spanische Krankheit“ behandelt. Am 28. Juli Schwäche im linken Arm, am nächsten Tage Verschlimmerung. 30. Juli bis 16. August Innere Station des Kriegslazarets, dort u. a. Schwerfälligkeit des Ganges, besonders im rechten Bein, vasomotorische Störungen an der linken oberen Extremität festgestellt. 16. August Aufnahme auf Nervenabteilung: Innere Organe, Hirnnerven ohne Befund. Atrophische Lähmung im Gebiete der linken Schulter. Funktionsausfall im linken Kulkularis (Sternokleidomastoideus intakt), Levator scapulae, auch Rhomboidei, Supra-Infraspinatus, im Deltoideus, Bizeps, Trizeps, Supinator longus, partiell im Pectoralis major. Außenrotation des Armes fehlt völlig. Innenrotation mit schwacher Kraft. Handbeugung und -streckung ebenso Fingerbewegungen völlig intakt, wenn auch etwas kraftloser als rechts. Beide Hände, links mehr als rechts, kühl und zyanotisch. Elektrisch: Komplette Ea.R. im Bizeps, Deltoideus, Trizeps, Infraspinatus, partielle Ea.R. im Kulkularis, starke quantitative Störung im Pectoralis major. Sensibilität für P. und N. und Temperatur im Bezirk der oberen Extremität und Schultern völlig intakt und beiderseits gleich, ebenso am übrigen Rumpf. An den unteren Extremitäten kein krankhafter Befund. Verlauf: Bis zum 7. September keine wesentliche Besserung. 31. August. Lumbalpunktion. Befund: Mikroskopisch sehr zell- und keimarm, kulturell neben zahlreichen Verunreinigungen Diplokokken.

Diagnose: Poliomyelitis anterior acuta cervicalis sinistra.

Fall 3. Gustav W., 23 Jahre alt. Vom 24. August bis 4. September 1918 grippeähnliche Erkrankung. Am 11. September

¹⁾ Nach einem Referat der D. m. W. 1917 S. 1604 ist von P. Löwy in der W. m. W. Nr. 46 eine akute Poliomyelitis ant. beim Erwachsenen beschrieben, die mit mehrfachen Fieberschüben einherging, schwere Lähmungen und Atrophien (symmetrisch) hervorrief, kombiniert mit Exanthem und Parotitis, im Anschluß an eine Verwundung eingetreten. (Offenbar eine septische Form des Leidens und nicht hierher gehörig.)

Trauma (Fußtritt) gegen den linken Oberschenkel, danach Schmerzen. Acht Tage darauf Krankmeldung mit Fieber bis 38°, das zwei bis drei Tage dauerte. Vom 18. bis 22. September Auftreten von Schwäche in beiden Beinen. 22. September völlige Lähmung des linken Beines, seitdem unverändert. Lazarett-aufnahme am 14. Oktober. Befund: Kniereflex rechts +, links 0; Achillesreflex rechts +, links 0; Zehenreflex rechts stumpf, links 0; totale schlanke Lähmung des ganzen linken Beines inklusive Hüftmuskulatur mit Hypotonie (geringe Zehenbewegungen ausgenommen); leichte Atrophie, Druckempfindlichkeit der Muskulatur und Nervenstämmen. Im Gebiete des linken Oberschenkels Hypästhesie und Hypalgesie, die sich aber auf die ganze linke Rumpfseite erstreckt. Leichte Kälte und Zyanose im linken Fuß. Elektrisch: Komplette Ea.R. im ganzen linken Bein inklusive Glutäalmuskulatur, partielle Ea.R. im Peronealgebiet. Im Verlaufe der Behandlung geringfügige Besserung der Motilität im linken Bein.

Diagnose: Poliomyelitis acuta anterior lumbosacralis sinistra mit hysterischer Ueberlagerung (Trauma!).

Fall 4. Paul U., 38 Jahre alt. Fieberhafter Beginn am 18. September 1918. Nach vier Tagen Schwäche im Genick, beiden Armen, links mehr als rechts, und beiden Beinen, mit Schmerzen in den unteren Extremitäten. Anfangs Urinverhaltung und Stuhlverstopfung, angeblich auch Erschwerung des Sprechens. Nach acht Tagen Besserung. Laut Angabe befanden sich im gleichen Feldlazarett noch andere Kranke mit ähnlichem Leiden. In der dortigen Gegend sei das Hühnersterben auffallend gewesen. — Lazarettaufnahme am 19. Oktober. Befund: Geringe Deviation der Zunge nach rechts. Linker Mundwinkel hängt Spur. Hochgradige schlanke Parese beider Beine mit Hypotonie, speziell im Gebiete der Hüft- und Kniebewegungen. Fuß- und Zehenbeugung beiderseits kräftig. Quadrizeps versagt rechts völlig, links besser. Kniereflex links schwach +, rechts 0; Achillesreflex beiderseits +; Zehenreflex plantar; Kremaster- und Bauchreflex +; Sensibilität ohne Befund. Geringe Parese in linker Schultermuskulatur (Deltoideus, Serratus). Armreflexe beiderseits +. Elektrisch: Komplette bzw. partielle Ea.R. in beiden unteren Extremitäten. Blase und Mastdarm in Ordnung. Verlauf der Beobachtung: Allmählich geringe Besserung.

Diagnose: Poliomyelitis acuta lumbalis et cervicalis (mit Beteiligung des Gehirns).

Fall 5. Vizefeldwebel T., 30 Jahre alt. (Laut Krankenblatt, von mir selbst nicht beobachtet.) Beginn Anfang August mit fünftägigem Fieber. Seit dem zweiten Fiebertage allmählich zunehmende Schwäche der Beine. Anfangs Harnverhaltung. Laut Mitteilung des behandelnden Militärarztes aus dem Dongebiet „hatte die Grippe damals bei uns ihren Höhepunkt überschritten, dagegen ist, wie schon anderwärts beobachtet, auch hier ein großes Hühnersterben gewesen“. Befund: Schlanke Lähmung beider Beine mit Ausnahme geringer Dorsalflexion des linken Fußes. Knie- und Achillesreflex beiderseits 0, Bauch- und Kremasterreflex 0, Sensibilität intakt. Elektrisch: Ea.R. in beiden Beinen. Geringe Besserung im Verlaufe der Behandlung.

Diagnose: Poliomyelitis acuta anterior lumbalis.

Ueber die Diagnose kann in den angeführten Fällen kein Zweifel sein. Die Erkrankung verlief in allen Fällen in der typischen Weise mit mehrtägigem Fieber, in dessen Verlaufe sich die atrophische Lähmung bis zu ihrem Höhestadium entwickelte, um sich dann mehr oder weniger zu bessern. Auch darin ist, nach den in den Epidemien der letzten Jahre gesammelten Erfahrungen, nichts Auffälliges zu sehen, daß die Erkrankung sich nicht immer auf das graue Vorderhorn des Rückenmarks beschränkte, sondern auch auf das Gehirn (Fall 4), auf die Sensibilität in Form von Schmerzen (besonders Fall 3), auf die Blasen- und Mastdarmfunktion im Anfang übergriff. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen war das Bild stets das typische einer reinen Vorderhornkrankung. Die Sensibilitätsstörung in Fall 3 war unschwer als aufgepöppelte Hysterie zu erkennen, zumal sie nicht nur den erkrankten Körperteil, sondern die ganze linke Seite erfaßte, wobei ein Trauma (Fußtritt) im Bewußtsein des Kranken als auslösendes Moment eine Rolle spielte. Die Babinskistellung sowie Andeutung Babinskischen und Oppenheimschen Phänomens bei Fehlen aller anderen spastischen Erscheinungen (Hypotonie, Areflexie) (Fall 1) erkläre ich mit einem starken Ueberwiegen der Dorsal- über die Plantarflexion in der erhaltenen Motilität.¹⁾ Für Lues ferner fehlte in allen Fällen jeder Anhalt. Ich muß es dahingestellt sein lassen, ob einige andere Erkrankungen ungeklärter Myelitis und Polyneuritis, die zu gleicher Zeit auf der Nervenabteilung beobachtet wurden, ätiologisch in die gleiche Krankheitsgruppe etwa hineingehören. Mir ist auch von einer endemischen oder häufiger auftretenden Kinder-Poliomyelitis in der Ukraine nichts bekannt geworden. Nur die zweimalige Angabe (Fall 4 u. 5), daß im Zusammenhang mit dem Auftreten der Rückenmarkserkrankung ein großes Hühnersterben beobachtet wurde, ist von Interesse.

Obwohl die Erkrankungen in zeitlichem Zusammenhange mit der großen Grippeepidemie, die auch hier im Osten stark

¹⁾ Vgl. Oppenheim, Lehrbuch 6. Aufl. S. 255.

wütete, zusammenfiel, wird es schwer sein, hier einen ursächlichen Zusammenhang zu konstruieren (vgl. Fall 2). Ein Zusammenhang der epidemisch poliomyelitischen Form mit der Influenza (Broström) wird bei Oppenheim¹⁾ kurz erwähnt.

Vielleicht regt diese Mitteilung zur Bekanntgabe ähnlicher Beobachtungen aus Feld oder Heimat an.