Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Köln-Lindenburg.
(Direktor: Geh.-Rat Tilmann.)

Isolierte Myositis acuta des Ileopectas bei Wolhynischem Fieber.

Von Priv.-Doz. Dr. J. Bungart, Oberarzt der Klinik.

Bei dem Wolhynischen Fieber handelt es sich um einen sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch und bakteriologisch noch wenig geklärten Symptomenkomplex, der bei Soldaten, die meist längere Zeit in der vorderen Front gelegen haben (Schützengrabenfieber!) durchweg plötzlich, ohne bemerkenswerte Prodromalerscheinungen mit hohem Fieber einsetzt. Dieses hält in der Regel ein oder mehrere Tage an. Dann schwindet es plötzlich, wie es gekommen ist, und kann völlig fortbleiben. Meistens tritt es jedoch nach bestimmten Intervallen von wenigen Tagen (Fünftagefieber!) wieder auf. Der Prozeß kann sich so mehrere Male wiederholen, um schließlich bei günstigem Ausgang, der die Regel ist, ohne Spuren zu hinterlassen, zu verschwinden.

Im übrigen kann das Krankheitsbild sehr wechseln. Arneth, der selbst eine große Zahl von Fällen im Felde eingehender zu beobachten und genauer zu studieren Gelegenheit hatte und daneben die in der Literatur niedergelegten Erfahrungen sorgfältig gesammelt und zusammengestellt hat, betont, daß neben dem charakteristischen, oben des näheren gezeichneten Verhalten der Körpertemperatur, diesem analog und parallel laufend, fast immer schwere Allgemeinstörungen vorhanden sind, bestehend in allgemeiner Mattigkeit, Gefühl von Abgeschlagenheit und Hinfälligkeit, Appetitlosigkeit, Kopf- und Kreuzschmerzen. Gleichzeitig wird in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle über einen typischen Gliederschmerz geklagt, der vornehmlich in den Unterschenkeln, und zwar sowohl in der Muskulatur wie in den Knochen, und hier vornehmlich vorn in der Tibia lokalisiert ist und der bei Belastung der Beine eine wesentliche Steigerung erfährt. Die Befallenen machen auf diese Weise häufig einen recht schwerkranken Eindruck und sind meist unfähig zu jeder körperlichen und geistigen Betätigung. Arneth weist ferner darauf hin, und diesem Punkte mißt er eine große Bedeutung bei, daß vielfach der Herzmuskel in mehr oder weniger hohem Grade in Mitleidenschaft gezogen wird, und zwar im Endstadium der Krankheit. Der Puls ist in diesem Zustande frequent und labil. Während der einzelnen Attacken findet sich die Milz häufig vergrößert, die Leukozytenzahl kann erhebliche Steigerungen aufweisen.

In der ersten Zeit, wo man den ganzen Symptomenkomplex noch nicht sicher kannte und deuten konnte, war man geneigt, das ganze Krankheitsbild als eine atypische Form von Malaria anzusehen. Da indessen die für dieses Leiden spezifischen Erreger im Blute nie gefunden wurden und andererseits auch das sonst bei Malaria im allgemeinen spezifisch wirkende Chinin in der Therapie völlig versagte, mußte man die beschuldigten Plasmodien als ätiologisches Moment für diese Krankheit fallen lassen. Als man dann nach anderweitigen Urhebern des rätselhaften Krankheitsbildes suchte, kam man zu den verschiedensten Resultaten. I. Müller fand eine Spirochäte, Brasch eine bestimmte Diplokokkenart, Jungmann ein kleines, hantelförmiges, lebhaft bewegliches Gebilde und Deycke wieder eine Protozoenart. Einheit besteht also, wie wir sehen, in diesem Punkte nicht, und auch keiner der genannten Forscher konnte durch einen stereotypen Nachweis bei seinen Kranken, durch Kulturverfahren und Tierversuche einwandfrei nachweisen, daß das von ihm beschuldigte Virus der sichere Erreger des uns beschäftigenden Krankheitsbildes sei.

Uneinig wie in diesem Punkte sind sich auch die verschiedenen Forscher über die Art und die Entstehung der vorher bei der Erörterung der Symptomatologie beschriebenen, für die Krankheit charakteristischen Gliederschmerzen. Die einen glauben pathologische Veränderungen der befallenen Knochen und speziell des Periostes derselben und des weiteren der Muskeln, und namentlich ihrer Ansatzpunkte, als wesentlichstes Moment beschuldigen zu müssen. Dem gegenüber tritt Goldscheider speziell sehr energisch für eine Theorie ein, die in einer allgemeinen Hyperästhesie und Hyperalgesie, hauptsächlich im Bereich der Tiefensensibilität, den letzten und eigentlichen Grund jener lästigen Beschwerden sehen zu müssen glaubt. Es stehen sich also im wesentlichen zwei Meinungen gegenüber. Die eine glaubt an einen myogenen bzw. periostalen, die andere an einen neurogenen Ursprung als Ursache für die Gliederschmerzen, und beide Ansichten werden von ihren Anhängern mit großer Hartnäckigkeit energisch vertreten.

Ich hatte nun auf unserer Klinik Gelegenheit, einen eigentümlichen Fall zu beobachten, der in dieses Dunkel einiges Licht zu bringen geeignet ist. Diese Tatsache, und weiter der Erfolg der von uns angewandten operativen Therapie, veranlaßt mich, das Material der Öffentlichkeit zu übergeben.

Der in Frage kommende Kranke ist ein Kollege, der sich selbst während des Verlaufs seines Leidens scharf beobachtet hat und der das Krankheitsbild des Wolhynischen Fiebers aus eigener großer Felderfahrung sehr gut kennt. Dadurch erhält der ganze Fall ein besonderes Relief und eine erhöhte klinische Bedeutung. Ich bringe hier zunächst die Krankengeschichte.

I. Beobachtung der Medizinischen Klinik, wo der Patient zuerst beobachtet und behandelt wurde.

Vorgeschichte: 30 Jahre alter Mann, keine hereditäre Belastung. Als Kind Masern und Keuchhusten überstanden, später nie schwer krank gewesen. In den ersten Wochen des Krieges eingezogen und ausgerückt. Während des Feldzuges nie ernstlich erkrankt gewesen. Am 23. IV. 1918 morgens plötzlich ohne bekannte Ursache erkrankt mit starkem Frostgefühl, Mattigkeit, Abgeschlagenheit. Abends 39° Fieber in der Achselhöhle gemessen. Am folgenden Tage wesentliche Besserung, sodaß der Dienst nicht unterbrochen zu werden brauchte. 1. V. 1918 Rückfall, Fieber und Störung des Allgemeinbefindens wie vorher, dabei heftige reißende Schmerzen in beiden Unterschenkeln. Der Zustand dauerte drei Tage an, während dieser Zeit Bettruhe, dann wieder Besserung. Dasselbe Spiel wiederholte sich nun am 7. V. 1918 und am 13. V. 1918. Die Beschwerden steigerten sich an Intensität und Dauer. Als zwölf Tage später ein Rückfall wiederum eintrat, Aufnahme in die Medizinische Klinik am 25. V. 1918 während eines Urlaubs, der zwecks Beobachtung und Erholung erteilt war.

Befund bei der Aufnahme: Zunächst objektiv nichts Krankhaftes nachweisbar. Temperatur und Puls normal.

28. V. Abends Temperatur 38,5°. Dabei Klagen über Druckgefühl unterhalb des linken Leistenbandes, intensiver Schmerz beim Gehen, besonders beim Strecken des Beines im Hüftgelenk. Der Zustand ist am erträglichsten, wenn das Hüftgelenk in leichter Beugestellung steht.

8. VI. Es besteht dauernd Fieber mit wechselnden Remissionen. Die linke Leistengegend zeigt eine leichte ödematöse Schwellung, man fühlt in der linken Beckenschaukel dicht oberhalb des Poupart'schen Bandes eine tumorartige, äußerst druckempfindliche Schwellung, die auch unterhalb des Ligaments noch nachweisbar ist. Lirusschwellung ist nicht nachweisbar. Es besteht ausgesprochene Beugekontraktur im Hüftgelenk, Drehbewegungen im Gelenk sind ohne nennenswerte Schmerzen ausführbar. Die Wirbelsäule erscheint frei. Leukozytenzahl 14500.

Verlegung auf die Chirurgische Klinik am 11. VI. Diagnose: Psoasabszeß?

II. Aufnahmebefund der Chirurgischen Klinik: Das linke Hüftgelenk ist in fast rechtwinkliger Beugestellung total fixiert, bei Streckversuchen starke Lordosenbildung der Wirbelsäule. Auch bei Abduktions- und Rotationsversuchen in der Hüfte geht das ganze Becken mit. Alle diese Bewegungen sind stark schmerzhaft. Das Hüftgelenk selbst ist frei, weder Druck in der Leistenbeuge noch Stoß gegen den Trochanter und gegen die Ferse wird als schmerzhaft bezeichnet. In der Darmbeinschaukel oberhalb des Leistenbandes fühlt man einen dicken, walzenförmigen, stark druckempfindlichen Tumor, der unter dem Band zum Oberschenkel fortzieht. Fluktuation ist mit Sicherheit nicht nachweisbar. An der Wirbelsäule sind krankhafte Veränderungen nicht nachzuweisen.

Die Temperatur schwankt zwischen 38 und 39,5°, der Puls läßt sich dauernd zwischen 70 und 80. Die Leukozytenzahl beträgt zwischen 14- und 15000.

12. VI. 1918 Operation in ungestörter Chloroformnarkose. Schnitt parallel dem Poupart'schen Bande einige Querfinger breit über die Spina ant. sup. hinausreichend. Scharfe Durchtrennung der Bauchmuskeln und Abschieben derselben nach innen und oben, Abschieben des Peritoneums in derselben Richtung. Man gelangt nunmehr un schwer in die Beckenschaukel und fühlt hier einen harten, walzenförmigen Tumor von der Dicke eines mittelkräftigen Oberarmes, der sich als der energisch kontrahierte und verdickte Ileopectas herausstellt. Das ganze Gewebe um den Muskel herum zeigt eine entzündliche Infiltration. Punktion an verschiedenen Stellen der Geschwulst fördert serös-hämorrhagische Flüssigkeit in geringen Mengen zutage. Die Kapsel des Muskels wird nunmehr in ihrer ganzen Länge gespalten. Aus dem Schnitt quillt die Muskelsubstanz wie von einer festen Umschnürung befreit hervor. Sie zeigt eine dunkle Verfärbung. Daneben entleert sich reichlich serös-hämorrhagisches Exsudat. Breite Tamponade auf den Spalt der Muskelfaszie, Naht der Bauchdecken bis zur Ausführungsstelle des Tampons.

Die mikroskopische Untersuchung des entleerten Exsudats ergibt: rote und weiße Blutkörperchen im Verhältnis von 1:1, also eine erhebliche Vermehrung der weißen Formbestandteile des Blutes. Bakteriologisch wurden Krankheitserreger nicht gefunden.

13. VI. Wohlbefinden, starke seröse Exsudation aus der Wunde, die Psoaskontraktur und die Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen im Hüftgelenk erheblich vermindert. Temperatur fällt ab.

15. VI. Psoaskontraktur völlig geschwunden. Hüftgelenk frei. Aktive Bewegungen ohne Beschwerden möglich. Temperatur unter die Norm abgefallen. Wiederholte Rektalmessungen ergeben 35,2°.

Im weiteren Verlauf keine Störungen. Die Temperatur kehrt zur Norm zurück, der Puls sinkt auf 50-60, die anfangs starke Sekretion aus der Operationswunde läßt bald nach. Am zehnten Tage nach der Operation hat sich die Wunde in der Tiefe geschlossen, nach weiteren sechs Tagen ist die Haut fest vernarbt. Patient versucht jetzt aufzustehen. Dabei stellen sich ernste Herzerkrankungen ein, der Puls steigt auf 120-130, er zeigt leichte Irregularität und Schwankung in Füllung und Spannung. Die Temperatur bleibt normal. Sonstige Störungen treten nicht auf. Noch weitere acht Tage Bettruhe zur Schonung des Herzens, dann langsame Rückkehr zum normalen Leben. Die weitere Rekonvaleszenz verläuft glatt, Patient erholt sich schließlich schnell. Der Gewichtsverlust während der Krankheit von etwa 5½ Kilo ist bald eingeholt.

Epikrise. Ein kräftiger Mann erkrankt plötzlich unter Erscheinungen, die wir als charakteristisch für den Symptomenkomplex des

Wolhynischen Fiebers kennen lernten. Die aufeinanderfolgenden Attacken nahmen an Heftigkeit und Störung des Allgemeinbefindens zu. Zuletzt kam es unter Fortfall aller anderen Symptome zur Ausbildung einer schweren akuten Myositis des linken Ileopectas. Eine Operation, die in Spaltung der Muskelfaszie bestand, führte sofort zur Heilung.

Einen genau analogen Fall habe ich in der Literatur nicht gefunden. Nur Sittmann weist in einer Arbeit darauf hin, daß er schwere myositische Veränderungen bei seinen Beobachtungen habe feststellen können. Er sagt darüber: „Zuweilen, besonders zu Beginn der Erkrankung, ist die Wadenmuskulatur angeschwollen, hart, — sie ist dann auch sehr druckempfindlich —, bei Bewegungen, vor allen Dingen bei Bewegungen gegen Widerstand, die die spontanen Schmerzen steigern, springen die Muskelbäuche stark hervor, die Anspannung der Muskeln überdauert die beabsichtigte Kontraktion (wie bei der Thomsenschen Krankheit).“ Hier finden wir also auch eine echte Muskelkrankheit beschrieben. Dabei läßt sich in manchen Punkten eine Parallele zu unserem Falle finden, nur der ausdrückliche Hinweis auf das Auftreten der Myositis als Frühsymptom trifft bei unserem Patienten nicht zu. In dieser Beziehung haben wir eher einen Anklang an die Beobachtungen von Arneth bezüglich des Herzmuskels. Dieser Autor weist in seinen Arbeiten ausdrücklich darauf hin, daß die Herzerkrankungen mehr im Spätstadium vorherrschen.

Die ganzen zuletzt geschilderten Verhältnisse sind meines Erachtens in hohem Grade geeignet, die Theorie Goldscheiders zu entkräften, nach der die „Gliederschmerzen“ bei Wolhynischem Fieber immer und ausschließlich als rein neurogenen Ursprungs anzusehen sind. Sowohl Sittmann wie Arneth betonen ausdrücklich das Auftreten von schweren Störungen in muskulösen Organen, und unser Fall liefert ein klassisches Beispiel ähnlicher Veränderungen bei autopsischem Befund in vivo. Echte Muskelerkrankungen sind demnach bei Wolhynischem Fieber nicht als eine Seltenheit aufzufassen, wenn sie auch nicht so markant in die Erscheinung treten müssen, wie sie Sittmann und wir beobachten konnten. Die „Gliederschmerzen“ lassen sich aber bei Vorhandensein von entzündlichen Prozessen im Bereich der Muskulatur unschwer erklären. Weshalb sollen wir aber bei dieser Sachlage nach anderen, nicht mit Sicherheit nachweisbaren Ursachen für die Schmerzen suchen, wenn wir eine genügende Erklärung in der Myositis haben? Ich würde es jedenfalls für etwas Gezwungenes halten, wenn wir in unserem Falle und auch in den Fällen Sittmanns nach einem Grunde für die Schmerzen auf neuraler Basis suchen sollten, wo doch die Muskelerkrankung eine hinreichende Erklärung für die vorhandenen Beschwerden geben kann und muß.

Auffallend ist in unserem Falle der schnelle und restlose Erfolg unseres operativen Eingriffs. Schon am Tage der Operation fiel die Temperatur ab. Am folgenden Tage war die Körperwärme normal, die Psoaskontraktur geschwunden und das Hüftgelenk frei beweglich. Der weitere Verlauf führte dann zu einer schnellen Rekonvaleszenz. Dieses ganze Verhalten nach der Operation stellt einen so prompten Erfolg des Eingriffs dar, daß man ein ähnliches Vorgehen in gleichgearteten Fällen — es braucht sich dabei nicht nur um Muskelveränderungen bei Wolhynischem Fieber zu handeln — unbedingt empfehlen muß. Die Operation ist einfach, der Eingriff selbst kein schwerer für den Kranken.