II. Aus dem städtischen Allgemeinen Krankenhause Friedrichshain, Abtheilung des Herrn Prof. Fürbringer. Ein neuer Fall von Polymyositis acuta mit Ausgang in Heilung.

Von Dr. A. Plehn, Assistenzarzt.

Den interessanten Krankengeschichten, welche zuerst Hepp¹⁾ mit Hinweis auf zwei ähnliche Beobachtungen von Potain²⁾, und Marchand³⁾ als „Pseudotrichinose“, dann Unverricht⁴⁾ und Wagner⁵⁾ unter dem Namen „Polymyositis acuta progressiva“ veröffentlichten, glaube ich einen weiteren einschlägigen Fall hinzufügen zu können, welcher von den bisher beschriebenen wesentlich abweicht.

Die Publication desselben wurde mir von meinem Chef, Herrn Professor Fürbringer übertragen.

Carl L., 22 Jahre alt, Färber, wurde der inneren Abtheilung des Krankenhauses am 2. November vorigen Jahres in fieberhaftem, leicht beminnlichem Zustande überliefert.

Vor Jahren war Patient an einer Knieverletzung mit folgender phlegmonöser Eiterung am linken Bein in chirurgischer Behandlung. Sonst will Patient, von einigen Kinderkrankheiten abgesehen, stets gesund gewesen sein.

Am 1. November v. J. befand sich Patient noch völlig wohl und verzehrte mit Appetit sein Abendbrot.

Am 2. November fühlte sich Patient matt und unwohl, als er zur Arbeit ging. Während derselben trat vorübergehend Schwindelgefühl und Kopfschmerz auf. Patient beachtete seine Beschwerden zunächst nicht, denn, wie er angibt, litten er und seine Berufsgenossen öfters an ähnlichen Störungen, wenn sie neben den Kesseln bei einer Temperatur von 36° bis 38° R thätig waren. Nach zwei Stunden aber brach Patient am Kessel zusammen, indem er gleichzeitig heftige Schmerzen in den Beinen empfand. Er schleppte sich darauf in's Bett und wurde am Nachmittag in's Krankenhaus geschafft, da sein Zustand sich noch verschlechterte.

Hier wurde kurz nach der Einlieferung des Kranken folgender Status aufgenommen:

Der kräftige Mann jammert laut über Schmerzen im Kopf und allen Gliedern, welche er in's „dicke Fleisch“ verlegt. Arme und Beine seien ihm „wie eingeschlafen“, „wie abgestorben“, „als ob das Blut darin stünde“. — Jeder Bewegungsversuch steigere die Schmerzen bis zur Unerträglichkeit.

Im übrigen klagt Patient über Durst und Hitzegefühl.

Der ganze Körper des Kranken zuckt und zittert, wie im Fieberfrost. Dabei sind die Muskeln starr, tonisch contrahirt. Das Gesicht ist geröthet; die Hände und Unterarme etwas cyanotisch. Pat. stöhnt laut und athmet flach und sehr frequent.

Die Pupillen reagiren gut auf Lichteinfall.

Die physikalische Untersuchung der Brustorgane ergiebt normale Verhältnisse.

Der Leib ist weich, nicht aufgetrieben, in der Ileocecalgegend etwas druckempfindlich. Die Leberdämpfung zeigt normalen Umfang. Die Milzdämpfung ist wesentlich verbreitert; die Milz ist deutlich palpabel.

Die gesammte Körpermuskulatur ist, allenfalls von den Gesichtsmuskeln

abgesehen, auch auf den leisesten Druck äusserst empfindlich. Durch einfaches Erfassen der Muskeln der Glieder, besonders der Beine, werden lebhaft klonische Zuckungen des ganzen Körpers hervorgerufen. Pat. schreit dabei laut auf vor Schmerzen. — Ebenso werden alle passiven Bewegungsversuche von den heftigsten Schmerzensausbrüchen begleitet.

Auch die Hautsensibilität erscheint etwas erhöht.

Besondere Empfindlichkeit der Nervenstämmen auf Druck tritt nirgends hervor.

Die Zunge ist stark belegt, zeigt jedoch keine Entzündungserscheinungen.

Die Sprache ist nicht beeinträchtigt. Urin und Stuhl fehlen zur Zeit. Temperatur 39,5° C in der Achsel. Die Pulsfrequenz beträgt 108 Schläge in der Minute; der Puls ist regelmässig.

Die Diagnose schwankte zwischen Typhus abdominalis und Trichinosis. Doch wurde von Prof. Fürbringer sofort auf die Möglichkeit hingewiesen, dass es sich um eine acute infectiöse Polymyositis handeln könne.

Ordnatio: 0,01 g Morphin. mur. subcutan. Oleum Ricini.

Zwei Stunden später 0,25 g Calomel. Da auch hierauf kein Stuhlgang erfolgte, eine weitere Stunde später 0,5 Calomel.

Schon vor der letzten Gabe trat Erbrechen auf, das sich in der Folge noch mehrfach wiederholte.

Eisblase auf den Kopf.

Laues Bad von 28° R und 10 Min. Dauer.

Später Einschlagen in nasse Tücher. 0,01 g Morphin. mur. subcutan.

Das Morphin schaffte nicht die geringste nachweisbare Erleichterung.

3. November. Während der Nacht schlief Patient nicht. Die heftigen Schmerzen dauerten fort. Gegen Morgen erfolgte zweimal reichlicher, dunkelgrüner, z. Th. fester, z. Th. dünnbreiiger Stuhl.

Der Urin ist spärlich, klar, eiweissfrei.

Hände und Unterarme sind geröthet und scheinen leicht ödematös geschwellt.

Gesteigerte Empfindlichkeit der Nervenstämmen auf Druck lässt sich durchaus nicht nachweisen.

Die elektrische Erregbarkeit erscheint bei flüchtiger Prüfung für den faradischen Strom nicht alterirt, doch musste von jeder genaueren Untersuchung, der hochgradigen Empfindlichkeit des Kranken wegen, sofort Abstand genommen werden.

Die Temperatur, Morgens noch 38,9° C i. d. A., sinkt im Laufe des Tages auf 37,2° (Antifebrin.)

Ordnatio: Nasse Einwickelungen. 4 Mal 0,25 g Antifebrin (der Schmerzen wegen).

Morphin. mur. 0,015 g; Chloral. 1,0 g 2 Mal im Laufe des Tages.

Unter Einwirkung der Narcotica tritt in der Nacht zum

4. November etwas Schlaf ein. Am Morgen sind die spontanen Schmerzen etwas geringer; die Kopfschmerzen schwinden ganz im Verlauf des Tages, Dyspnoe besteht nicht mehr. Die Verfärbung der Unterarme verschwindet. An Brust und Bauch treten einzelne roseola-artige Flecken auf. Um die Lippen erscheint dichter, kleinblasiger Herpes.

Die Milzschwellung hat noch zugenommen. Die Milz zeigt bei der Palpation sehr harte Consistenz. Die Länge des deutlich hervortretenden Dämpfungsgebiets beträgt 16 cm, die Breite 10 cm.

Patient entleert einmal spontan dickbreiigen Stuhl. Urin eiweissfrei.

Bei Darreichung von 4 Mal 0,25 g Antifebrin (der Schmerzen wegen) kehrt die Temperatur, welche Morgens 38,4° C i. d. A. betrug, im Laufe des Nachmittags zur Norm zurück.

Pulsfrequenz circa 90 Schläge in der Minute. Puls regelmässig, etwas klein.

Abends: 0,01 g Morphini subcutan.

5. November. Patient schlief die ganze Nacht und fühlt sich wesentlich gebessert. Die spontanen Schmerzen sind fast ganz verschwunden, und auch auf Druck ist nur noch das Gebiet des Ischiadicus hochgradig empfindlich.

Die Milz ist von unveränderter Grösse. Der Appetit wird rege.

Es erfolgt einmal breiiger Stuhl spontan.

6. November. Ueber Tag hält die Besserung an. Das roseolöse Exanthem verschwindet.

Statt dessen treten zahlreiche, blassschieferblaue Flecken von ungefähr Zwanzigpfennigstückgrösse an Rumpf und Oberschenkeln hervor, als Ausdruck von Blutungen in's Unterhautzellgewebe.

Der Herpes labialis trocknet ein.

Am Nachmittage treten wieder heftige Schmerzen, auch Kopfschmerzen auf, ohne dass die Temperatur sich über 37,6° C i. d. A. erhebt. Druck auf die Gliedermuskulatur ruft wieder tonische Contractur und klonische Zuckungen fast des ganzen Körpers hervor.

Pulsfrequenz beträgt circa 100 Schläge in der Minute. Puls mässig gross, regelmässig. Ordnatio: Kalte Einpackungen. Morphin.

Noch während der Nacht erfolgt Nachlass der Beschwerden, und Pat. schläft während der zweiten Hälfte der Nacht fest.

7. November. Pat. befindet sich wesentlich besser. Der Kopf ist wieder frei, und obgleich die Zunge noch stark belegt ist, so nimmt der Appetit doch zu.

Die Dimensionen der Milzdämpfung betragen nur noch 13 cm:8 cm.

Temperatur: 36,9 i. d. A. Pulsfrequenz etwa 80 Schläge in der Minute.

8. November. Weitere Besserung. Pat. macht Gehversuche; doch treten dabei Schmerzen in der Wadenmuskulatur auf.

Milzdämpfung: 12 cm:9 cm.

Temperatur: Um 37,0; Pulsfrequenz: 54 Schläge in der Minute.

9. November. Es besteht nur noch in den Waden auf Druck mässige Empfindlichkeit. Das Gehen geschieht ziemlich unbehindert. Die Zunge reinigt sich.

¹⁾ Berl. klin. Wochenschrift 1887, No. 17 und 18.

²⁾ Bulletins de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1875, p. 314.

³⁾ Breslauer ärztliche Zeitschrift, 1880, p. 246.

⁴⁾ Zeitschr. für klin. Medicin, 1887, No. XXVIII.

⁵⁾ Deutsches Archiv für klin. Medicin, 1887, No. XL.

Die Grösse der Milzdämpfung blieb seit gestern unverändert. Die Milz ist noch deutlich palpabel, aber viel weicher anzufühlen, als an den Tagen vorher.

10. November. Die Empfindlichkeit ist in den Waden auch auf Druck kaum noch gesteigert.

Die Zunge hat sich gereinigt. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig.

Die Grösse der Milzdämpfung beträgt 10 cm: 6½ cm.

Die Temperatur und der Puls verhalten sich normal.

11. November. Pat. hat keine Beschwerden mehr, ausser leichtem Schwächegefühl in den Beinen, und verlangt seine Entlassung.

Die Dimensionen der Milzdämpfung verhalten sich wie 9 cm: 6 cm. Die Milz ist noch eben fühlbar.

12. November. Pat. wird als geheilt entlassen.

Fassen wir noch einmal kurz die Hauptzüge des Krankheitsbildes zusammen, so haben wir es mit einer ganz acuten, ja plötzlich einsetzenden fieberhaften Krankheit zu thun, welche mit bedeutender Milzschwellung einhergeht, und deren Besonderheit in heftigen, beiden geringsten Insulten bis zur Unerträglichkeit gesteigerten Schmerzen in fast dem gesammten willkürlichen Muskelapparat besteht, während neben den Schmerzen leichte Schwellung und hochgradige Erregbarkeit auf entzündliche Vorgänge in den Muskeln selbst hinweisen.

Eine weitere Besonderheit unseres Falles ist, dass die entzündlichen Vorgänge im Muskel das dreitägige Fieber nur um wenige Tage überdauern und in dieser kurzen Zeit zu glatter, vollständiger Heilung gelangen, ohne Atrophie, Contracturen, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen zu hinterlassen.

Zur Sicherung der Diagnose einer selbstständigen infectiösen Myositis gilt es vor allem, Ileotypus und Trichinose auszuschliessen.

Schon der ganz plötzliche Ausbruch der Krankheit, das Fehlen jeder Darmerscheinung, die ausserordentlich rasche, an die Pneumoniekrise erinnernde Entfieberung, trotz der stürmischen Allgemeinerscheinungen am ersten Tage, lassen im Verein mit dem typischen Herpes labialis einen Ileotypus wenig wahrscheinlich erscheinen. Das roseolöse Exanthem erschien allerdings etwas verdächtig, doch waren die einzelnen Fleckchen nicht so unzweifelhafter, typischer Natur, dass sie allein die Diagnose eines Ileotypus begründen konnten. Auch sprach ihr völliges Verschwinden am zweiten Tage gegen ihre spezifische Natur. Zu dem berichtet Hepp,¹⁾ dass bei dem von ihm mitgetheilten Fall von Polymyositis ein kleinleckiges Exanthem beobachtet wurde. Auch Unverricht²⁾ sah ein urticaria-ähnliches Exanthem bei Polymyositis auftreten, das allerdings auf das Gesicht beschränkt blieb, und Wagner erwähnt eine erythematöse Hautaffection von unklarem Charakter bei derselben Krankheit³⁾.

Vor allem aber verbietet es die ausserordentliche Heftigkeit der Muskelschmerzen, dieselben auf einen Typhus zurückzuführen.

Wir sind uns wohl bewusst, dass bei Typhus, wie bei allen acuten Infectiouskrankheiten, recht stattliche Formen von Muskelschmerz auftreten können; aber so hochgradige Qualen, wie sie unser Patient ertragen musste — Schmerzen, welche die bei den schwersten Formen von Alkoholneuritis beobachteten weit übertrafen, — finden wir weder in der Litteratur als bei Typhus vorkommend geschildert, noch auch erinnert sich Fürbringer, jemals Aehnliches bei Ileotypus gesehen zu haben.

Noch weniger wie Typhus kann für unseren Fall Trichinose in Frage kommen.

Ganz abgesehen davon, dass ein vereinzelter Fall dieser Krankheit in einer grossen Stadt, wie Berlin, höchst unwahrscheinlich ist — jede Trichinenerkrankung würde schon durch die Tageslitteratur zur Kenntniss des ärztlichen Publikums Berlins gelangen, — so fehlten von Beginn an eine Reihe wichtigster Symptome. Pat. zeigte keine Darmerscheinungen, keine Oedeme der Augenlider, keine Heiserkeit, keine anhaltende Beugstellung der Extremitäten, während die Allgemeinheit und Heftigkeit der Muskelstörungen und die Höhe des Fiebers am ersten Tage doch bei Annahme von Trichinose auf eine ganz massenhafte Einwanderung der Parasiten hätte schliessen lassen.

Auch die beträchtliche Milzvergrösserung ist der Trichinose fremd.

So konnte der Gedanke an Trichinose bereits am dritten Tage der Erkrankung aufgegeben werden, und die folgende rasche Wiederherstellung ohne Andeutung einer zurückgebliebenen Muskelsteifigkeit oder Schmerzhaftigkeit musste Trichinose definitiv ausschliessen lassen.

Es konnte sich also allein um eine Affection handeln, deren eigentliches Wesen in einer Erkrankung der Muskeln besteht, und

welche im vorliegenden Falle wohl ganz unzweifelhaft auf Infection mit einem unbekannten Virus zurückgeführt werden muss.

Dieselbe Vermuthung sprachen auch Hepp und Unverricht bezüglich der Aetiologie der von ihnen beschriebenen Fälle von Polymyositis aus, und Wagner erwähnt ebenso, dass möglicherweise Infection der Krankheit zu Grunde gelegen habe, welche er schildert.

Diese Krankengeschichten der drei Autoren zeigen mit der unseres Patienten überhaupt manches Gemeinsame.

So berichten alle drei von mehr oder weniger hohem Fieber bei ihren Patienten, und Hepp und Unverricht geben auch Milzschwellung an. Alle beschreiben Exantheme, welche freilich von sehr verschiedenem Charakter waren. Unverricht fand bei der Autopsie überall in der Muskulatur Sugillationen, wie sie sich in unserem Falle während des Lebens im Unterhautzellgewebe zeigten, und Wagner erwähnt vereinzelte Hämorrhagieen in den degenerierten Muskeln. — Die Steifigkeit des motorischen Apparates, welche bei unserem Patienten als eine Art tonische Starre hervortrat, wird besonders von Hepp betont, während entsprechende Functionsstörungen von allen Beobachtern festgestellt werden konnten. Von einer Beeinträchtigung der Stimme, welche Hepp schon bei der Aufnahme seiner Patientin auffiel, erwähnen Unverricht und Wagner nichts, und auch bei unserem Patienten erschien die Sprache nicht geschädigt. Die Zungenmuskeln blieben in allen Fällen bis zuletzt frei. Dagegen war das Schlingen bei unserem Patienten stets unbehindert, während von Hepp sowohl, wie von Unverricht und Wagner eine Betheiligung der Schlundmuskeln in der letzten Zeit der Krankheit gemeldet wird, die sich in erheblichen Schlingbeschwerden äusserte. — Vielleicht wären auch in unserem Falle diese Gebiete zuletzt noch ergriffen worden, wenn die Krankheit nicht so schnell und günstig verlaufen wäre.

Sehr bemerkenswerth ist, dass in allen drei angeführten Fällen eine Erkrankung der Respirationsmuskeln hervortrat, welche schliesslich durch Suffocation zum tödtlichen Ende führte.

Auch bei unserem Patienten dürfte die Dyspnoe auf der Höhe der Krankheit durch leichte Insufficienz des muskulären Respirationsapparates bedingt gewesen sein, die mit Rückgang der Muskelentzündung verschwand.

Neben so viel Uebereinstimmendem zeigt die Krankengeschichte unseres Patienten aber auch so Manches, das von den Schilderungen von Hepp, Unverricht und Wagner abweicht.

Keiner der genannten Autoren berichtet von einem so acuten Beginn der Erkrankung; bei keinem ihrer Patienten traten die Symptome einer Infection: — Kopfschmerz und Milzschwellung — so prägnant hervor, und die Schmerzen, welche unseren Kranken der Verzweiflung nahe brachten und selbst grösseren Gaben von Narcoticis erfolgreich widerstanden, spielen bei jenen nur eine untergeordnete Rolle.

Dagegen finden sich in unserem Falle Schwellung der Muskeln und Oedem der bedeckenden Haut nur angedeutet, während sie bei Hepp, Unverricht und Wagner ein besonders augenfälliges Symptom gebildet zu haben scheinen.

Vielleicht findet diese letztere Thatsache in der geringeren Schwere des von uns beobachteten Falles ihre Erklärung: Die Ernährungsstörungen in den Muskeln waren eben nicht so hochgradig, dass sie weitgehende, bleibende Veränderungen zur Folge hatten. Dem entsprechend war der Ausgang unseres Falles Restitutio ad integrum, während in allen bisher beschriebenen Fällen von Myositis acuta früher oder später Exitus letalis eintrat.

So fehlt uns leider auch die objective Bestätigung der Diagnose durch die Obduction. Intra vitam eine Excision von Muskelstückchen behufs mikroskopischer Untersuchung zu machen, versprach zu einer Zeit, als das eigenthümliche, wohl charakterisirte Krankheitsbild bestimmtere Anhaltspunkte für die Annahme einer Myositis acuta gab, ganz unsicheren Erfolg und schien in den ersten Tagen der Erkrankung nicht gerechtfertigt. Zumal musste es in einer Anstalt unterbleiben, deren Organe in allererster Linie mit der Aufgabe der Krankenheilung zu rechnen haben.

Ausser den besprochenen dürfte noch ein weiterer, früher von Wagner¹⁾ weniger genau beobachteter Fall mit dem unseren in dieselbe Gruppe gehören, wie Wagner selber annimmt.²⁾

Weiter zeigt die Skizze, welche Wätzold im „Verein für innere Medicin“³⁾ anlässlich der Discussion eines Vortrages von Senator⁴⁾ von zwei Puerperalerkrankungen giebt, in der Darstellung der Muskelstörungen eine auffallende Uebereinstimmung mit unserem Fall; doch dürfte es sich wenigstens bei einer von Wätzold's Kranken um Pyämie gehandelt haben.

¹⁾ Archiv der Heilkunde IV. p. 282. 1863.

²⁾ Archiv für klin. Medicin 40 p. 244.

³⁾ Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 27.

⁴⁾ Senator, „Ueber multiple Neuritis und Myositis.“ Deutsche med. Wochenschrift 1888. No. 23.

¹⁾ Berliner klin. Wochenschrift 1887, p. 297.

²⁾ Zeitschrift für klin. Medicin 1887, No. XXVIII.

³⁾ Deutsches Archiv für klin. Medicin, XI.

Die von Scriba¹⁾ beschriebene „infectiöse Myositis“ ist, wie Unverricht hervorhebt, nach dem klinischen Bilde, welches sie zeigt, und der Art der durch sie bedingten Veränderung in den isolirt befallenen Muskeln, von der hier gesehenen entschieden zu trennen, obwohl Infection auch für unseren Fall als ätiologisches Moment in erster Linie in Frage kommt.

Es erübrigt noch, mit ein paar Worten auf die Beziehungen unseres Falles zu gewissen Formen von Polyneuritis acuta einzugehen, welchen sich neuerdings die Aufmerksamkeit wieder zuwendet, nachdem seit den grundlegenden Arbeiten von Leyden²⁾ Neues inzwischen kaum gebracht werden konnte. Wir meinen hier die Fälle, wo Muskeln und periphere Nerven beiderseits sich so verändert finden, dass es, wie besonders Senator³⁾ betont, ganz unmöglich sein kann, mit Sicherheit zu entscheiden, ob der Entzündungsprocess von den Muskeln oder von den Nerven ausgegangen ist, oder ob beide Gebilde gleichzeitig erkrankten. Aber wenn Senator dementsprechend auch davor warnt, den anatomischen Befund einer Eintheilung dieser Krankheiten zu Grunde zu legen, so hebt derselbe Forscher doch ausdrücklich hervor, dass klinisch die primäre Muskelerkrankung von der Nervenaffection sich sehr wohl sondern lasse. Denn obgleich manchen von den Krankheitsbildern acuter und subacuter Polyneuritis, wie sie Debove,⁴⁾ Eisenlohr,⁵⁾ Eichhorst,⁶⁾ Leyden,⁷⁾ Rosenheim⁸⁾ und endlich Senator³⁾ selbst entwerfen, einzelne hervorragende Züge mit den Darstellungen von Polymyositis bei Hepp, Unverricht, und Wagner, sowie bei uns selbst, gemeinsam sind, so steht doch hier die Schwellung und selbst Contractur der Muskeln der schlaffen Atrophie und Lähmung schroff gegenüber, welche die erstgenannten Autoren schildern, und die nach Senator vor allem für Neuritis charakteristische Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, welche bei seinen Patienten hervortrat, fehlte bei unserem Kranken, wie bei denjenigen von Hepp, Unverricht und Wagner bis zuletzt.

So weist denn Senator³⁾ selbst darauf hin, dass die durch ihn untersuchten beiden Fälle streng von der Gruppe derjenigen von Hepp, Unverricht und Wagner zu scheiden sind.

Diese Gruppe wohlcharakterisirter Krankheitsbilder, welcher wir ein neues Glied glauben zugefügt zu haben, hat einen bestimmten Platz in der Nosologie noch nicht zugewiesen erhalten.

Wir möchten die Krankheit im Hinblick auf unseren Fall geradezu als „infectiöse acute Polymyositis“ bezeichnen.

Wenn Unverricht zum Schluss seiner Veröffentlichung über „Polymyositis acuta progressiva“ schreibt: „Ob aber in allen Fällen der Verlauf ein progressiver ist, oder ob nicht gerade leichtere Formen derselben Krankheit, die vielleicht bislang unter anderer Flagge gesehelt sind, viel häufiger vorkommen, das zu entscheiden ist nach der Beobachtung eines einzelnen Falles natürlich unmöglich,“ so meinen wir, eine von ihm vermuthete leichtere Form seiner Polymyositis bei unserem Kranken beobachtet zu haben.

Als abortiv möchten wir unseren Fall aber trotz des raschen, glatten Verlaufs nicht bezeichnen, der Schwere wegen, welche die Krankheitserscheinungen in den ersten Tagen zeigten.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Professor Dr. Fürbringer, danke ich verbindlichst für die mir bezüglich dieser Arbeit freundlichst ertheilten Rathschläge.