Der augenblickliche Stand der Lehre vom Muskelrheumatismus (Myalgie).

Von G. Voß in Düsseldorf.

Der Krieg hat mit seinen zahlreichen und verschiedenartigen Schädigungen, besonders auf dem Gebiete körperlicher Anstrengungen und ungünstiger klimatischer Einflüsse, eine Zunahme des Muskelrheumatismus oder besser der Myalgie herbeigeführt. Diesem Umstande, aber auch dem Bestreben, der leichtfertigen, so viel verbreiteten und unbegründeten Annahme des Muskelrheumatismus entgegenzutreten, mag es zuzuschreiben sein, daß in den letzten Jahren des Krieges das Interesse auch der wissenschaftlich arbeitenden Aerzte sich mehr und mehr dem Gebiet der Myalgie zuwandte.

Wir müssen recht weit zurückgreifen, um ein Verständnis für den heutigen Stand der Frage zu gewinnen. In seiner Darstellung der Muskelerkrankungen im Nothnagelschen Handbuch hat Lorenz sich recht eingehend mit dem Muskelrheumatismus beschäftigt, bezeichnenderweise ohne zu einer eigenen Auffassung zu gelangen. Auch Wertheim-Salomonson, der 1911 das Thema behandelt hat, ist nicht über die Aufzählung der Anschauungen früherer Forscher hinausgekommen. Unter den Ursachen der Myalgie nennt er drei als die hauptsächlichsten, und zwar Erkältung, Trauma, Syphilis. Mit dem Hinweis auf die Syphilis, die nach seiner Angabe namentlich im Anfangsstadium häufig zu Myalgien führen soll, scheint mir Wertheim-Salomonson etwas vereinzelt dazustehen.

Vom chirurgisch-orthopädischen Standpunkt aus ist A. Müller (München-Gladbach) an die Frage herangetreten. Während die übrigen Forscher, insbesondere Wertheim-Salomonson, bis dahin die Auffassung vertraten, daß anatomische Veränderungen nicht zu dem Bilde des Muskelrheumatismus gehören, glaubte Müller beim Betasten und Massieren der schmerzhaften Muskeln stets außerordentlich empfindliche, besonders an den Ansatzpunkten der Muskeln und Sehnen sowie an den Knochen festsitzende Knötchen gefunden zu haben. Diese „Faserverhärtungen“ und „Insertionsknötchen“, zusammengenommen mit einem vermehrten Spannungszustand der Muskeln mit Schwellungen und lokaler Temperatursteigerung, seien die Hauptkomponenten des Gesamtbildes des rheumatisch erkrankten Muskels. Das wesentliche der Erkrankung sei hierbei nicht der „Knötchen“, die „Schwiele“, sondern der Hypertonus. Zu dem Eintritt der Myalgie sei eine besondere Veranlagung notwendig, und zwar bestehe sie in der Unfähigkeit des Muskels, nach Auflösen eines Reizes sofort und vollständig zu erschlaffen. Die letztere Eigenschaft bezeichnet Müller als die „rheumatische Reaktionsform des Muskels“.

Sehr eingehend hat sich A. Schmidt mit dem Wesen der Myalgie beschäftigt und die Ergebnisse seiner Untersuchungen in einer kleinen Einzelschrift im Jahre 1918 zusammengefaßt. Schmidt trennt die Myalgien nach ihrer Verlaufsart in akute, rezidivierende und chronische Fälle. Das Hauptsymptom in allen Fällen ist der Schmerz, der durch Ruhe und Wärme gelindert, durch Bewegung und Kälte verstärkt wird. Sehr lehrreich und anschaulich sind die Abbildungen, die Schmidt gibt, um die Verteilung des Schmerzes auf die verschiedenen Körperteile zu zeigen und die Häufigkeit, mit der die einzelnen Muskelgruppen befallen werden, zu schildern. Es ergibt sich, daß es zumeist Muskelgruppen sind, die am Stamm und den Wurzeln der Gliedmaßen sitzen. Da hier zahlreiche Schichten der Muskulatur übereinanderliegen, ist es schwierig, ja unmöglich, den einzelnen vom Schmerz befallenen Muskel herauszufinden. Nach Schmidt sind es nun insbesondere die Sehnenansätze, aber nicht nur diese, sondern auch die Knochen sind Träger des Schmerzes. Erwähnenswert ist noch eine Eigentümlichkeit der Myalgie, daß sie wandert: heute ist es eine Schulter, morgen sitzen die Schmerzen im Rücken, um übermorgen den Nacken zu befallen.

Der myalgisch erkrankte Muskel hat die Neigung, sich krampfhaft zusammenzuziehen; dieser Spasmus ist nach Schmidt eine reflektorische Abwehrmaßregel, die der Organismus ergreift, um den erkrankten Teil vor schmerzsteigernden Bewegungen zu schützen. Diese Auffassung steht in volstem Widerspruch zu der Annahme A. Müllers, daß der Hypertonus die Haupterscheinung und gleichzeitig auch die Ursache des Leidens sei.

Mit Recht hat Schmidt sehr eingehend begründet, wie häufig die Myalgie nur ein scheinbar selbständiges Leiden sei, dem in Wirklichkeit die verschiedenartigsten Erkrankungen, sowohl der inneren Organe, als auch der Knochen und Gelenke zugrundeliegen; in solchen Fällen sei der Schmerz nur reflektorisch auf dem Wege des viszeralen Nervensystems ausgelöst und bevorzuge gewisse, für jedes Organ charakteristische Hautzonen, deren Abgrenzung wir Head verdanken.

Einen ganz neuen Weg hat Schmidt bei der Erklärung des Wesens und der Ursache der Myalgie betreten. Zunächst ist er davon ausgegangen, daß alle bisher beschriebenen anatomischen Veränderungen im myalgischen Muskel noch fraglicher Natur seien. Seine eigenen Untersuchungen, auch in Zusammenarbeit mit Masseuren und Pathologen, haben ihn nicht davon überzeugen können, daß tatsächlich anatomische Veränderungen nachzuweisen sind. Weder die Faserverhärtung von Müller, noch die Knötchen und Schwielen von Auerbach hat Schmidt finden können. Immerhin gibt er zu, daß rasch vorübergehende Störungen anatomischer Natur dem Prozeß zugrundeliegen können; das wird wahrscheinlich, besonders, wenn

man sich der von ihm selbst vertretenen Anschauung von der neuritischen Grundlage des Muskelschmerzes anschließt: Die Myalgie wäre nichts anderes als eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven. Die Entstehung dieser Neuralgie verlegt Schmidt für die meisten Fälle in die hinteren Wurzeln des Rückenmarks, betont aber, daß die den Schmerz erzeugenden Schädlichkeiten wahrscheinlich an allen Abschnitten der peripherischen Bahn angreifen können.

Unter den Ursachen der Myalgie nennt Schmidt in erster Linie die Bakteriengifte, aber auch andere toxische Substanzen, so namentlich das Blei, das Arsen und den Alkohol. Besonders eng sind die Beziehungen zwischen den sogenannten Erkältungskrankheiten, auch der Grippe und den Myalgien. Wir brauchen nur an die häufigen Schmerzen im Rumpf und den Gliedmaßen zu denken, die den Beginn der Influenza einleiten. Unter den endogenen Faktoren sind es wiederum die im Körper gebildeten Gifte, welche eine gewisse Rolle spielen. So bei Nierenkrankheiten und bei der Gicht. Allerdings will Schmidt zwischen gichtischen und rheumatischen Schmerzen eine strenge Scheidung durchführen, worin ihm nicht alle Forscher beipflichten.

Besonders nachdrücklich hat sich Goldscheider mit der Frage des Muskelrheumatismus beschäftigt. Er stimmt mit Schmidt darin überein, daß die Schmerzhaftigkeit das wesentlichste Zeichen der Myalgie sei, doch verlegt er den Sitz des Reizzustandes nicht in die Leitungsbahn, auch nicht in die hinteren Wurzeln, sondern in die peripherischen Gebilde selbst. Goldscheider leugnet nicht, daß enge Beziehungen zwischen Hautschmerz und Tiefenschmerz bestehen, jedoch will er sie fast im entgegengesetzten Sinne deuten wie Schmidt. Seine Versuche mit der „Hautklemme“ haben ihm gezeigt, daß die Tiefensensibilität mittels der grauen Substanz von der Haut aus beeinflußt werden kann. Diese Hautreize können verschiedenster Art sein, vor allem auch durch Kälteeinwirkung ausgelöst werden. Die Bedeutung der lokalen Kälteeinwirkung hatte Schmidt sehr gering eingeschätzt, ihr gewissermaßen nur eine verschlimmernde Rolle für den rheumatischen Schmerz zugeschrieben. Auch soll nach Schmidt im ruhenden Muskel der myalgische Schmerz nicht schwinden. Dieser Auffassung tritt Goldscheider entgegen und betont, daß im allgemeinen der spontane Schmerz bei der Myalgie fehlt. Wohl kann im akuten Verschlimmerungszustande ein Dauerschmerz vorhanden sein, der jedoch stets bei längerer Dauer zu schwinden pflegt.

Um die Wirkung der Kältereize zu prüfen, hat Goldscheider Versuche mit lang dauernder Berührung eines sehr kalten Metallblocks oder auch mit Eintauchen der Hand in kaltes Wasser gemacht. Es zeigte sich, daß bei Einwirkung dieser Reize eine Abkühlung am Handrücken einen tiefen, von den Fingern nach dem Handgelenk, ja bis zum Ellenbogen ziehenden Schmerz erzeugen kann. Noch deutlicher sind die Erscheinungen des Kälteschmerzes nach Einwirkung eines auf eine umschriebene Stelle der Haut gerichteten Kaltwasserstrahles. Es entsteht nach einiger Zeit ein Hautschmerz, der sich vorwiegend in proximaler Richtung ausbreitet. Auch findet man, daß die in der Nähe gelegenen Knochen druckschmerzhaft werden. Dieser Schmerz hat die größte Ähnlichkeit mit dem rheumatischen: er ist ziehend und lähmend. Sehr interessant sind die Versuche mit gleichzeitiger Einwirkung eines kalten Wasserstrahles und der Hautklemme. Es entsteht dabei zuweilen der Eindruck, daß das Hinzufügen der Hautklemme den Tiefenschmerz verdrängt, wie auch der Klemmschmerz durch den Wasserstrahl gemildert und schneller zum Abklingen gebracht wird. Hierin zeigt sich gegenseitig hemmende Wirkung zweier Reize.

Durch diese Versuche hat Goldscheider gewichtige Beweise für die Bedeutung der Kälte bei der Myalgie herbeigetragen, ohne jedoch diese Schädlichkeit als die einzige Ursache des Rheumatismus hinzustellen; so betont er beispielsweise auch die traumatische Entstehung und nimmt an, daß der „Hexenschuß“ sehr wohl durch Zerrung bestimmter Muskeln hervorgerufen werden könne, während Schmidt die Ansicht vertritt, daß die örtliche Verletzung nur die Angriffspunkte für das kreisende toxische Agens vorbereite.

Auf Grund reicher klinischer Erfahrung und sorgfältiger Eigenbeobachtung hat Friedrich Schultze die Frage der rheumatischen Muskelerkrankung beleuchtet; er spricht sich durchaus gegen die Annahme aus, daß die Myalgie an das Vorhandensein einer Neuralgie oder auch einer Neuritis gebunden wäre. Für die Erklärung der Lumbago käme beispielsweise der Ileopsoas, insbesondere aber auch seine Ansatzstellen und seine Faszie in Betracht. Im Anschluß an Erben könne man auch an eine Erkrankung der Wirbelgelenke denken, ebenso wie auch rheumatische Schmerzen in der Gegend des Kniegelenks sich nach ungewohnten Anstrengungen und den damit verbundenen Zerrungen des Band- und Bindegewebsapparates einstellen können. F. Schultze weist darauf hin, daß bei der Myalgie im Gegensatz zur Neuralgie die Bewegungsschmerzen entschieden überwiegen. Auch könne man niemals bei den bekannten Erkrankungen der hinteren Wurzeln (Tabes) derartige, bei jeder Bewegung eintretende Schmerzen von der Beschaffenheit und Lokalisation der Lumbago beobachten. Schultze betont ferner die Beziehungen zum akuten Gelenkrheumatismus, wie auch Goldscheider das nicht seltene gleichzeitige Vorkommen von Gelenkschmerzen mit der Myalgie hervorgehoben hat.

Die anatomische Grundlage der Lumbago ist nach F. Schultze noch nicht geklärt. Immerhin hält er es nicht für ausgeschlossen, daß die Annahme von Quincke, der leichte seröse Exsudation in die Umgebung der sensiblen Nervenendigungen vermutet, den Tat-

sachen entspricht. Den Einfluß von Erkältungen hält Schultze für durchaus festgestellt, er sei nicht durch irgendwelche Versuche an Hunden oder Kaninchen zu widerlegen. Allerdings sei die Kälteeinwirkung nur eine von den Ursachen, die vielleicht erst durch Vermittlung irgendwelcher schlummernder Infektionserreger sich geltend machen können.

Ueberblicken wir die verschiedenartigen, oben wiedergegebenen Anschauungen, so ergibt sich, daß A. Schmidt mit seiner Annahme von der rein nervösen oder neuritischen Grundlage der Myalgie alleinsteht. Auch die Verlegung des Entstehungsortes des rheumatischen Schmerzes in der Mehrzahl der Fälle in die hinteren Wurzeln läßt sich weder mit den früheren, noch mit den heutigen Ansichten der meisten Forscher in Einklang bringen. Vielmehr dürfte die „Laienmeinung“ von der peripherischen Entstehung des myalgischen Schmerzes zu Recht bestehen: Zu ihren Gunsten sprechen auch die Erfahrungen der besten wissenschaftlichen Beobachter auf diesem Gebiet.

Das Fehlen feststellbarer anatomischer Veränderungen in dem myalgisch erkrankten Muskel darf uns nicht wundernehmen, denn die Flüchtigkeit und Sprunghaftigkeit des rheumatischen Schmerzes gehört ja mit zu seinen hervorstechendsten Eigenschaften. Für festgestellt dürften wir ferner die Beziehungen halten zwischen dem rheumatischen Muskelschmerz und den Gelenkschmerzen: Ich habe seit Jahren das abwechselnde Auftreten dieser Erkrankungen bei mehreren meiner Patienten beobachten können, ebenso aber auch kenne ich das gleichzeitige Befallensein der Gelenke und der Muskeln, beispielsweise an der Schulter. Allgemeine Uebereinstimmung herrscht in der Feststellung, daß Lähmungen nicht zum Bilde der Myalgie gehören, dagegen finden sich nicht selten örtliche Hyperalgesien bestimmter Hautbezirke.

Es ist zur Genüge erwiesen, daß die Myalgie kein einheitliches Krankheitsbild darstellt, daß sie vielmehr auf den verschiedensten Wegen, und zwar toxisch, infektiös und traumatisch, entstehen kann. Gerade auf die traumatische Entstehung ist bei den akuten Anfällen von Myalgie Nachdruck zu legen: Genau wie eine Neuralgie durch Zerrung und Quetschung eines Nerven entstehen kann, so dürfte auch die Myalgie durch traumatische Einwirkung auf den Muskel, die Sehnen oder den Bandapparat ausgelöst werden.

Wenn auch das Bestehen gewisser Beziehungen zwischen den infektiösen Gelenkerkrankungen, der Neuritis bzw. der Polyneuritis und der Myalgie zweifellos vorhanden sind, so darf diese Abhängigkeit nicht verallgemeinert werden. Es ist leicht erklärlich, daß bei infektiösen Erkrankungen der Gelenke auch die Sehnenansätze und die Muskeln der Nachbarschaft, aber auch die Nerven mit ergriffen werden. So findet man nicht selten bei rezidivierenden Gelenkerkrankungen arthritischer Art im Schultergelenk eine Druckschmerzhaftigkeit der Nervenstämme am Arm, aber auch des Schultergelenks.

Wir sehen, daß Wesen und Ursache der Myalgie noch mancherlei Widersprüchen unterliegen. Viel mehr Uebereinstimmung findet man in der Frage ihrer Behandlung. Hier sind Ruhe und Wärme die Hauptstützen. Allerdings muß, wie Goldscheider mit Recht betont, diese Schonungsbehandlung nicht allzu lange fortgesetzt werden, sondern es ist rechtzeitig mit Uebungsbehandlung zu beginnen. Dazu eignen sich Massage, Elektrizität und Wasserbehandlung. Die letztere Therapie leistet auch zur Abhärtung und damit auch zur Vorbeugung in rezidivierenden Fällen gute Dienste. Doch soll einer wahllosen Kaltwasserbehandlung damit nicht das Wort geredet werden: Nur der kräftige, von gesundem Blut durchströmte, auf Reize normal reagierende, vasomotorisch ausgeglichene Körper kann oft wiederholte und länger dauernde Kälteeinwirkung vertragen. Im übrigen gilt es auch bei der Behandlung der Myalgie, streng zu individualisieren und sich stets vor Augen zu halten, daß wir mit der Bekämpfung des Schmerzes nur ein äußeres Zeichen einer oft tiefer gelegenen Erkrankung zu mildern bestrebt sind.

Zum Schluß sei noch besonders betont, daß bei der Myalgie so gut wie bei der Neuralgie die Bedeutung psychischer und psychogener Einflüsse berücksichtigt werden muß: Ein Anfall der rezidivierenden Myalgie kann bei psychopathisch veranlagten Menschen einen „Erinnerungsschmerz“ darstellen.