

IV. Aus der medicinischen Abtheilung des Herrn Primärarzt
Dr. Buchwald im Allerheiligenhospital in Breslau.
**Ueber gutartige Fälle von Dermatomyositis
acuta.**

Von Dr. H. Herz, Assistenzarzt.

Von der eigenthümlichen Erkrankung, die zuerst von E. Wagner, Hepp und Unverricht beschrieben und von letzterem 1891 als Dermatomyositis acuta bezeichnet worden ist, sind seit ihrer Entdeckung bis jetzt erst einige 20 Fälle beschrieben worden. Im Breslauer Allerheiligenhospital hatten wir in den letzten zwei Jahren zweimal Gelegenheit, das furchtbare Bild dieser von A. Fraenkel¹⁾ wohl mit Recht wenigstens zum grossen Theil auf septische Infection zurückgeführten Krankheit mit tödlichem Ausgange zu beobachten. Die geringe Zahl der bis jetzt veröffentlichten Bilder der Art rechtfertigt es wohl, wenn ich am Schluss der Arbeit einen ganz kurzen Auszug der Krankengeschichte des einen Falles hier wiedergebe; der zweite Fall, der sich an ein Ohrenleiden anschloss, wird anderweitig publicirt werden.

Ob es ein Zufall ist, dass die Berichte über solche Fälle aus anderen Theilen Deutschlands nur spärlich einlaufen, während gerade Schlesien — wie auch B. Lewy²⁾ in seiner Zusammenstellung von 21 Fällen bemerkt — verhältnissmässig reichlich vertreten ist, dürfte vorläufig nicht zu entscheiden sein.

Gewöhnlich wenn ein neuer Krankheitstypus aufgestellt wird, sind es zunächst die schwersten und charakteristischsten Bilder der betreffenden Krankheit, welche die Aufmerksamkeit zuerst auf sich ziehen; erst wenn diese Fälle genau studirt sind, überzeugt man sich, dass es neben diesen furchtbaren Formen der neuen Krankheit leichtere Erkrankungen giebt, die Uebergänge zu den

¹⁾ A. Fraenkel, Ueber eigenartig verlaufene septikopyämische Erkrankungen. Deutsche med. Wochenschrift 1894, No. 9, 10, 11.

²⁾ B. Lewy, Zur Lehre von der primären acuten Polymyositis. Berliner klin. Wochenschrift 1893, No. 18, 19, 20.

schweren bieten und erst unserem durch die gemachten Erfahrungen geschärften Blicke sichtbar werden.

Die ersten Fälle von Dermatomyositis acuta endeten meist tödtlich. Strümpell¹⁾ kannte 1891 nur zwei Fälle mit günstigem Ausgange. B. Lewy (l. c.) fand 1893 unter 21 Fällen schon 9, die in Heilung übergingen. Auch Wätzold²⁾ und Senator³⁾ haben je einen in Heilung übergehenden Fall beschrieben.

Immerhin handelte es sich in allen diesen Fällen um schwere, das Leben bedrohende Erkrankungen. Dagegen haben die leichteren, nicht lebensgefährlichen Formen der Dermatomyositis acuta, soweit mir die Litteratur zugänglich ist, keinen Bearbeiter gefunden. Gleichwohl handelt es sich um Krankheitszustände, die wenigstens hier in Breslau nicht so ganz selten sind und die jeder erfahrene Praktiker — ich habe deren mehrere interpellirt — gesehen hat.

Ganz ähnlich wie neben der schweren septischen Form der Gelenkeiterung die leichtere und häufigere „rheumatische“ Arthritis besteht, giebt es neben der septischen Dermatomyositis eine gutartige Form derselben Erkrankung, charakterisirt, dem Namen entsprechend, durch Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Muskeln, durch Röthung und Hyperästhesie der Hautdecken. Diese Erkrankungen sind bisher wohl meist zum Muskelrheumatismus gezählt oder als anämische Muskelschmerzen betrachtet worden. Es dürften aber doch diese Fälle wegen ihrer Eigenthümlichkeiten eine eigene Betrachtung verdienen, umso mehr, als sie zwar das Leben nicht bedrohen, aber zuweilen ein recht lästiges und nicht leicht zu bekämpfendes Leiden darstellen.

Was die Aetiologie dieser Haut-Muskelerkrankungen betrifft, so ist ein infectiöser Ursprung nicht ganz unwahrscheinlich. Ich sah das Leiden einmal bei zwei Mädchen nach einander mit einem ziemlich kurzen Zwischenraum auftreten, die in demselben, im Vergleich mit anderen Dienstbotenwohnungen nicht besonders unhygienischen Raume geschlafen hatten. Ein ander mal entwickelte sich das Leiden im Anschluss an eine Halsentzündung, wobei man vielleicht an eine Resorption von Toxinen (wie bei manchen der sogenannten infectiösen Erytheme nach Angina und Diphtherie) denken könnte. Wenn man annimmt, dass im Gegensatz zur septischen Arthritis, die durch virulente Coccen entsteht, der Gelenkrheumatismus sein Entstehen abgeschwächten Eitererregern verdankt — (O. Rosenbach⁴⁾, Sahli⁵⁾) —, so lag der Gedanke nicht fern, dass auch die schwere Dermatomyositis auf virulenten, die leichteren Fälle auf abgeschwächten Erregern beruhen. Meine Culturversuche, über die ich unten berichten werde, haben ein negatives Resultat ergeben, ohne dass deshalb diese Hypothese gänzlich zu verwerfen wäre.

Von anderen ätiologischen Momenten wurde von den Erkrankten zuweilen Ueberanstrengung, niemals dagegen die in der Aetiologie anderer „rheumatischer“ Erkrankungen so häufig mit Recht und Unrecht beschuldigte Erkältung als Ursache der Erkrankung angegeben.

Was Lebensalter und Beruf betrifft, so handelt es sich meist um jugendliche Personen der dienenden Classe, was aber vielleicht nur, dem Material des Hospitals entsprechend, scheinbar ist. Das weibliche Geschlecht ist weit überwiegend. Unter den sieben Fällen, über die ich genaue Notizen besitze — ich erinnere mich genau, schon früher ähnliche Fälle gesehen zu haben, habe dieselben aber vorher wenig beachtet und nicht besonders registrirt — befinden sich vier Dienstmädchen, zwei Hospitalwärterinnen und ein Bäckerlehrling.

Die Krankheit beginnt meist mit leichten oder auch schweren Fiebersteigerungen; dabei besteht Abgeschlagenheit, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, belegte Zunge. In einem (unten näher zu schildernden) Falle, der durch eine Halsentzündung complicirt war, konnte eine ganz leichte Milzschwellung constatirt werden. Nach wenigen Tagen fiel bei allen diesen Kranken das Fieber ab, der weitere Verlauf war stets fieberlos. In dieser fieberhaften Anfangsperiode treten die typischen Localisationen der Krankheit an Haut und Muskeln auf.

Den Hauptsitz der Krankheit, zuweilen den einzigen, stellen die Unterschenkel dar. In den Wadenmuskeln, etwas weniger in der vom Nervus peroneus versorgten Muskulatur, ferner in der Haut an der Vorderfläche der Tibia und zu beiden Seiten davon treten die unten zu schildernden Symptome meist zuerst und am deutlichsten in Erscheinung. In den meisten Fällen dehnt sich aber der Process weiter aus; dann sind die Unterarme, Oberschenkel,

Hüften miterkrankt, seltener, soweit mein kleines Material Schlüsse gestattet, die Oberarme und Schultern. Den eigentlichen Rumpf, sowie den Kopf habe ich nie befallen gesehen; Athem- und Schlingmuskeln, deren Mitbetheiligung den schweren Fällen oft eine so ungünstige Wendung giebt, sind stets frei geblieben. Die Erkrankung ist oft symmetrisch, doch nicht gleichmässig stark auf beiden Seiten ausgeprägt.

Die befallenen Muskeln sind deutlich geschwollen, was man besonders gut bei einseitigem Sitze der Krankheit, wenn die Haut wenig ödematös ist, nachweisen kann. Es finden sich dann Differenzen des Dickendurchmessers am Unterschenkel um mehrere Centimeter. Die Schwellung geht in den typischen Fällen nicht über die Muskelbäuche hinaus. Dem palpirenden Finger zeigen sich die Muskeln von eigenthümlich derber Consistenz. Die Muskulatur schmerzt auf Druck sehr lebhaft, ebenso bei passiver Spannung. Spontan äussern sich die Schmerzen bei schwerer Muskularbeit und werden dabei von intelligenten Kranken als ähnlich einem sehr unangenehmen Ermüdungsgefühl geschildert. Geringe Bewegung ist in den leichten Fällen schmerzlos, doch klagen die Patientinnen meist über Schmerzen, sobald sie zur Ruhe, besonders wenn sie Abends ins Bett kommen. Die rohe Kraft der Muskeln ist bei Ueberwindung der Schmerzen anscheinend nur durch die Muskelschwellung etwas gestört — eine Prüfung, die in schweren Fällen aber wegen der Schmerzen unmöglich ist; doch scheint die Ausdauer der Bewegungen herabgesetzt. In den schwersten Fällen der Art halten die Kranken wegen der Schmerzhaftigkeit die Glieder ängstlich in einer Mittelstellung fixirt. Die elektrische Untersuchung, die wegen der Schmerzhaftigkeit meist nur mit recht schwachen Strömen ausgeführt werden konnte, ergab normale Verhältnisse; nur in einem Falle fand ich für beide Stromarten herabgesetzte Erregbarkeit, sowohl vom Nerven als vom Muskel aus. Fibrilläre Zuckungen fehlten stets.

Das zweite Cardinalsymptom, die Hautaffection, tritt meist als ein livid röthliches Erythem zu Tage; selten hat die Röthung eine hellere Nuance. Das Erythem kann sich diffus in der Umgebung verlieren, ist aber oft mit scharfen zackigen Linien, fast wie ein Erysipel, begrenzt. Die Haut ist an den befallenen Stellen leicht ödematös und auf Druck sehr empfindlich; sensible Kranke empfinden schon die Bettdecke sehr lästig. Die Erytheme sind Abends manchmal bedeutend stärker ausgesprochen, als früh. Sie finden sich wesentlich in Körperregionen, wo die Muskeln erkrankt sind, finden sich aber nicht über allen befallenen Muskelgruppen, überschreiten andererseits deren Gebiet, bedecken z. B. am Unterschenkel gern die Tibiafläche. Sind neben den Unterschenkeln auch die Oberschenkel betroffen, so scheinen die Erytheme am Ober- und Unterschenkel stets getrennt zu sein: die Gelenke bieten in den reinen Fällen keinen Angriffspunkt für das Virus. Um die grossen gerötheten Hauptstellen können sich kleinere erkrankte Stellen von ähnlichem Charakter gruppiren. Diese Form bildet den Uebergang zu einem Falle, wo neben einem grossen Erythem eine grosse Zahl Roseolaflecken an beiden Beinen vertheilt waren. Andere Ausschläge, Urticaria, follikuläre Blutungen, habe ich nicht beobachtet.

Die Hauttemperatur an den erythematösen Stellen ist stark erhöht, bei einseitiger Affection maass ich ein Plus von über 30° C auf der erkrankten Seite. Verstärkung der Schweisssecretion, die in den schwersten Fällen oft sehr deutlich ist, finde ich nicht verzeichnet. Die Hautsensibilität ist vollständig intact.

Der Process ist nicht immer auf Muskel und Haut beschränkt. Sicher können die Sehnen, resp. Sehnenscheiden miterkranken. Besonders die Sehnen in der Gegend des Fussgelenks, in einem meiner Fälle die Sehnen der M. peronei, in einem anderen die des M. tibialis posticus (letztere mit isolirtem Erythem über der erkrankten Stelle), sind nicht ganz selten schmerzhaft und fühlen sich verdickt an. Bei dieser Erkrankung der Sehnenscheiden werden hauptsächlich die Bewegungen schmerzhaft, durch welche die betreffende Sehne gespannt wird.

Weniger leicht zu entscheiden, zumal ja die uns hier beschäftigenden Fälle nicht zur Obduction gelangen, ist die Miterkrankung des Knochens, im speciellen der Knochenhaut. Die Erytheme wandern, wie schon oben erwähnt, nicht selten über die Tibiafläche. Es giebt in diesen Fällen keinen Anhalt dafür, ob die auf Druck oder spontan an diesen Stellen empfundenen Schmerzen den Nerven der Haut oder des Periosts ihren Ursprung verdanken. Circumscripte periostitische Entzündungen habe ich nie gesehen, auch nie eine Druckempfindlichkeit der Tibiafläche ohne Betheiligung der Haut.

Ferner wäre hier die Betheiligung der Gelenke zu besprechen. Diese fehlt in den ganz typischen Fällen. Zuweilen treten aber doch leichte Gelenkschwellungen, z. B. am Talocruralgelenk, auf. Diese Fälle bilden dann Uebergangsformen zu Erkrankungen, bei denen es nicht mehr möglich ist zu entscheiden, ob man sie als

¹⁾ Strümpell, Zur Kenntniss der primären acuten Polymyositis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. I, S. 479.

²⁾ Wätzold, Beitrag zur Lehre von der Polymyositis acuta. Zeitschrift für klinische Medicin Bd. XXII.

³⁾ Senator, Ueber acute Polymyositis und Neuromyositis. Deutsche med. Wochenschrift 1893, No. 39.

⁴⁾ Rosenbach, Grundlagen der Therapie 1891, S. 60.

⁵⁾ Sahli, Deutsches Archiv für klin. Medicin 1893, Bd. 51.

zu der hier geschilderten Gruppe gehörig rechnen, oder ob man sie lieber als leichte Fälle von Gelenkrheumatismus auffassen will, bei denen die auch sonst bei letzterer Erkrankung recht häufige Beteiligung von Muskeln und Haut einmal recht besonders ausgeprägt ist. Dieser Zusammenhang der Dermatomyositis acuta benigna mit dem Rheumatismus articulorum acutus ist schon im ätiologischen Theile dieser Arbeit gewürdigt worden; beide Krankheiten sind möglicherweise verschiedene Lokalisationen desselben Virus.

Die regionären Lymphdrüsen, von denen bei der vorwiegenden Lokalisation an den Beinen hier besonders die Inguinaldrüsen in Frage kommen, fand ich zweimal leicht geschwellt; doch sind solche Schwellungen zu häufig, als dass ein sicherer Zusammenhang anzunehmen wäre.

Die Nervenstämme sind stets schmerzfrei; es treten auch keinerlei Symptome, die auf nervöse Störungen der Motilität oder Sensibilität hinwiesen, in Erscheinung. Die Sehnenreflexe waren, soweit die Schmerzhaftigkeit ihre Beobachtung zuließ, normal.

Von Complicationen innerer Organe kann wenig die Rede sein. Insbesondere blieb der beim Gelenkrheumatismus so häufig erkrankende Gefäßapparat frei. Einmal begann die Erkrankung mit einer Angina, die vielleicht die Eintrittspforte für das Virus darbot; derselbe Fall zeigte eine geringe Milzschwellung. Ein anderes Mal finde ich leichte transitorische febrile Albuminurie notirt. Zu erwähnen wäre vielleicht noch ein ziemlich anhaltendes, in mehreren meiner Fälle vorhandenes Seitenstechen in der Gegend der linken unteren Rippen; den Grund desselben kann ich nicht angeben.

Was den Verlauf des Leidens betrifft, so ist nach einigen Tagen, spätestens nach etwa zwei Wochen, das Allgemeinbefinden wieder ein gutes. Die lokalen Prozesse können einen ebenso schnellen Verlauf nehmen und sind nach zwei bis drei Wochen total verschwunden. Meist ist dies aber nicht der Fall. Vielmehr nimmt die Abheilung der Haut- und Muskelerkrankung gewöhnlich einen recht schleppenden Gang, Verschlimmerungen und Besserungen wechseln wochenlang mit einander (so dass man zuweilen eher von einer subacuten, als von einer acuten Krankheit sprechen müsste). Dabei können nicht selten bei Abheilung des Processes in einem Körpertheile andere befallen werden. In einem meiner Fälle trafen zuletzt die Muskelerkrankungen hinter der Hauterkrankung vollständig zurück, letztere blieb recht lange bestehen; öfter noch verschwindet der Hautausschlag, während die Muskeln befallen bleiben. Kommen letztere Fälle spät zur Beobachtung, so dürften sie kaum vom Muskelrheumatismus zu unterscheiden sein. Schliesslich kam es aber doch in allen meinen Fällen zur Ausheilung. In einem sah ich nach einem halben Jahre ein Recidiv eintreten, das mit erneutem Fieber einsetzte.

Ueber die anatomischen Grundlagen der Erkrankung lässt sich nichts Bestimmtes sagen, da die Fälle nicht zur Section kommen.

Die Therapie ist lokal, in der ersten Zeit auf Hochlagerung und Watteeinpackungen beschränkt. Feuchte Einpackungen wurden meist schlecht vertragen. Nach Ablauf der heftigsten Erscheinungen sind Einreibungen von entschiedenem, zum mindesten subjectivem Nutzen. Innerlich erzielt man mit salicylsaurem Natron in den beim Gelenkrheumatismus üblichen Dosen zuweilen gar keinen, meist einen deutlichen, aber vorübergehenden Erfolg¹⁾. Von Antipyrin habe ich keine Wirkung gesehen. Am besten bewährte sich mir die Behandlung mit öfteren lauwarmen Bädern.

Als Paradigmata der geschilderten Erkrankung möchte ich noch ganz kurz die Krankengeschichten von zwei Fällen anführen; leider sind es die beiden einzigen, bei denen der Versuch einer bacteriologischen Züchtung der etwaigen Erreger gemacht wurde, wie ich vorausschicken will, mit negativem Erfolg.

Fall 1. Gutartige Dermatomyositis acuta im Anschluss an eine Angina. Schnelle Heilung.

S. S., Dienstmädchen, 19 Jahre alt, wurde am 18. Juni 1894 ins Vollerheiligenhospital aufgenommen. In der Anamnese gab Patientin unter anderem an, im Alter von 13 Jahren seien beide Beine roth, geschwellt und sehr schmerzhaft gewesen; Heilung trat nach drei Wochen ein; näheres kann sie darüber nicht aussagen. Patientin will einen schweren Dienst haben; eine Erkältung soll nicht vorangegangen sein. Am 15. Mai erkrankte sie plötzlich mit Uebelkeit, Fieber und Halsschmerzen. Am 16. Mai bemerkte sie Schmerzen im linken Bein, am 17. Mai schwoll es an und wurde roth. Ein Medicament hatte sie bis zu ihrem Eintritt ins Hospital nicht erhalten.

Aus dem Status vom 18. Mai hebe ich hervor: Die ziemlich schwächliche Patientin fiebert hoch (bis 39,6° C) und zeigt im Halse eine Angina catarrhalis geringen Grades. Halsdrüsen nur wenig geschwellt. Lungen ohne Besonderheiten. Am Herzen mässig lautes systolisches Geräusch von anämischem Charakter. Abdominalorgane normal. Milz nicht sehr deutlich unter dem Rippenbogen fühlbar, Urin frei.

¹⁾ Ich möchte daran erinnern, dass auch beim genuinen Gelenkrheumatismus das Salicyl viel mehr auf die Gelenke, als auf die so oft mitbefallenen Muskeln wirkt und dass es gerade die letzteren sind, die nach dem Gelenkrheumatismus oft noch lange schmerzhaft bleiben.

Am auffälligsten ist die Schwellung des linken Beines an allen Stellen, wo Muskeln liegen, während die Gelenkgegenden und der Fuss nicht dicker sind, als rechts. Messungen ergeben eine Differenz von 1½ cm zu Gunsten der linken Seite, sowohl am Ober- wie am Unterschenkel. Ausserdem findet sich eine leichte circumscribte Schwellung hinter dem linken Malleolus internus im Verlaufe der Sehne des Musculus tibialis posticus. Die Kranke hält das Bein ängstlich in leicht gebeugter Ruhelage. Sämtliche Muskeln des Oberschenkels (handbreit unter dem Poupert'schen Bande beginnend) und der Wade sind auf Druck und bei activen und passiven Bewegungen stark schmerzhaft, ebenso die Sehne des Musculus tibialis posticus, während kleinste Bewegungen in den Gelenken schmerzfrei sind. Die Muskeln fühlen sich hart und geschwellen an.

Die Haut des linken Beines zeigt drei abgegrenzte livid geröthete Stellen: Eine von Handtellergrösse über der Patella an der Innenseite des Oberschenkels, mit scharfen Rändern begrenzt. Ein zweites Erythem beginnt drei Finger unterhalb des Kniegelenks, ist circa 15 cm lang und beginnt 2 cm nach aussen von der Tibiakante, überschreitet dann die Tibia und geht erst tief hinten an der Wade mit einer wenig ausgeprägten Linie in die normale Haut über. Eine dritte kleine geröthete Stelle befindet sich über der erkrankten Sehne des Musculus tibialis posticus. Die Haut an den befallenen Stellen ist leicht ödematös, auf Druck sehr schmerzhaft, um 2½° R wärmer, als rechts. Die übrige Haut ist ganz normal. Druck auf die Tibia dort, wo das Erythem nicht sitzt, verursacht keine Schmerzen.

Am rechten Beine besteht nur geringe Druckempfindlichkeit der Wadenmuskulatur.

Es wurden nun mit steriler Spritze Einstiche gemacht und sowohl von der aus den befallenen Muskeln aspirirten Feuchtigkeit als von dem aus einer kleinen Hautwunde (an erythematöser Stelle) gewonnenen Blute Culturen auf Bouillon und Agar angelegt. Die Culturen blieben steril.

Vom Verlauf ist zu bemerken, dass das Fieber schon in der folgenden Nacht kritisch abfiel und dass im Verlauf von zehn Tagen der ganze Process ohne weitere Complicationen zur vollständigen Heilung führte.

Fall 2. Gutartige Dermatomyositis acuta. Etwas protrahirter Verlauf.

M. G., Lehrlingin des Hospitals, 20 Jahre alt, wurde am 6. März 1894 als Kranke auf Station genommen. Sie ist schon früher wegen „Seitenstechen“ behandelt worden. Sie klagt seit mehreren Tagen über Schmerzen in beiden Beinen und sehr starkes Seitenstechen links.

Status: Kleines, kräftig gebautes Mädchen. Temperatur 38,7. Innere Organe ohne Besonderheiten. Für das Seitenstechen ist kein Grund auffindbar; insbesondere ist die Milz nicht vergrößert.

Beide Unterschenkel zeigen auf der Vorderfläche eigenthümliche Erytheme von hellrother Farbe. Rechts beginnt das Erythem in der Mitte des Unterschenkels, bedeckt die Vorderfläche der Tibia und den inneren Theil der Wade. Unten endet es an der Fussbeuge. Ein zweites Erythem von Thalergrösse findet sich am Fusse, auf der Sehne des Extensor hallucis. Links beginnt das Erythem handbreit unter der Patella und erstreckt sich nach abwärts bis zwei Finger über der Fussbeuge, wo es sich diffus verliert, während es sich nach den Seiten scharf absetzt.

Die Haut ist an den befallenen Stellen leicht ödematös, sehr schmerzhaft auf Druck und fühlt sich heiss an. Besonders an den Stellen, wo das Erythem über der Tibia liegt, ist der Schmerz sehr stark, oberhalb des Erythems ist die Tibia schmerzfrei.

Die Wadenmuskeln sind deutlich geschwellen, die Wade fühlt sich (ohne Hautödem!) abnorm prall und fest an. Auf Druck sind die Muskeln ziemlich schmerzhaft. Der Muskelschmerz findet sich auch bei Anstrengungen ein, dagegen wird mässige Bewegung nicht als schmerzhafter angegeben, wie die vollständige Ruhelage. Die Peronealsehnen sowie einige Sehnen des Fusses sind ebenfalls leicht druckempfindlich.

Links sind die Gelenke ganz frei. Rechts findet sich auch etwas Schwellung am Talocruralgelenk, dasselbe ist schon bei kleinen Bewegungen ein wenig schmerzhaft.

Vom Verlauf ist zu bemerken, dass das Fieber nach zwei Tagen aufhörte. Auf salicylsaures Natron (5 g pro die) stellte sich auch Besserung der lokalen Beschwerden ein. Als aber am fünften Tage das Salicyl wegen zu starker Nebenwirkungen ausgesetzt werden musste, traten die Schmerzen mit erneuter Heftigkeit auf, zu den schon etwas abgeblassten Erythemen trat ein neues am linken Fussrücken. Ferner zeigte sich auf der Streckseite des rechten Unterarmes eine geringe, ohne scharfe Grenzen in die Nachbarschaft übergehende röthliche Verfärbung, die Extensoren der Hand wurden schmerzhaft; eigentliche Schwellung war nicht zu constatiren. Antipyrin (3 g pro die) blieb ohne Erfolg. So zog sich der Process unter Wechseln der Krankheitserscheinungen circa drei Wochen hin. Lauwarme Bäder schienen am besten die Beschwerden zu lindern. Am 28. März wurde Patientin auf ihren Wunsch wieder in Dienst gestellt. Die objectiven Symptome waren verschwunden, es bestanden noch unbedeutende Wadenschmerzen und etwas Seitenstechen.

Auch in diesem Falle wurden, ganz ähnlich wie im vorigen, Culturen aus dem Inhalt einer in die Wadenmuskulatur an der Stelle eines Erythems eingestochenen Spritze gemacht; sie blieben ebenfalls steril.

Bemerken möchte ich zu diesem Culturverfahren noch, dass ich, ebenso wie Fraenkel (l. c.), den negativen Befund von Erregern nicht als genügenden Grund ansehe, ihre Abwesenheit anzunehmen. Erstens können die erregenden Bacterien — Gregarinen, wie sie L. Pfeiffer¹⁾ vermuthete, haben sich bei den nahestehenden Processen nie gefunden — an einer anderen Stelle des Körpers, z. B. im Halse sitzen und durch ihre Toxine wirken; zweitens ist die Menge der durch Punction gewonnenen Flüssigkeit so minimal, dass der

¹⁾ Zeitschrift für Hygiene Bd. IV.

Nachweis darin durch Zufall misslingen kann. Sind doch auch beim Gelenkrheumatismus, bei dem an der ursächlichen Beteiligung von Spaltpilzen die meisten Autoren nicht mehr zweifeln, die Punctionsresultate in bacteriologischer Hinsicht zum überwiegend grössten Theil negativ ausgefallen.

Endlich möchte ich noch über den in der Einleitung erwähnten tödtlichen Fall von Dermatomyositis einige kurze Notizen mittheilen.

Fall 3. Maligne Dermatomyositis mit rapidem Verlaufe. Die Arbeiterfrau J. K., 55 Jahre alt, soll schon einige Wochen vor ihrer Aufnahme ins Hospital gehustet und ein nach ihrer Angabe mässig reichliches, weissliches Sputum entleert haben. Sie erkrankte, ohne jede ersichtliche Ursache, plötzlich in der Nacht vom 26. zum 27. Mai 1893 mit Schmerzen „in allen Gliedern“ und Fieber. Da der Zustand sich immer mehr verschlimmerte, wurde Patientin am 31. Mai ins Hospital gebracht.

Aus dem Status sei hervorgehoben: Patientin sieht sehr verfallen, etwas cyanotisch aus. Temperatur 40,1. Puls klein und schnell; 60 Athemzüge in der Minute. Mässige Somnolenz. Der rechte Arm ist in der Umgebung des Ellenbogengelenks stark geschwollen, indem sowohl die Muskeln oberhalb, als die unterhalb verdickt sind; auch das Gelenk selbst scheint mit afficirt. Die Haut über dieser Gegend ist heiss und geröthet, die Röthung schneidet mit scharfem Rande ab. Aehnliche Stellen finden sich an der Beugeseite des linken Unterarms in fast $\frac{3}{4}$ der Länge desselben und an der Innenseite des rechten Fusses, der Muskulatur der grossen Zehe entsprechend. Beim Berühren sind diese Stellen enorm schmerzhaft, ebenso, nur etwas weniger, fast die ganze Körpermuskulatur. Die Kranke kann daher nur mit den allergrössten Schmerzen selbst geringe Bewegungen ausführen.

Die inneren Organe bieten nichts Besonderes. Die Milz ist nicht vergrössert. Die bacteriologische Untersuchung wurde intra vitam leider versäumt.

Am nächsten Tage trat Coma ein, die Temperatur hielt sich zwischen 39,5 und 40° C, und gegen Abend erfolgte der Exitus. Der ganze Process spielte sich also in sechs Tagen ab.

Bei der Section fanden sich einige kleine Milzinfarcte; ferner Bronchitis und Lungenödem; sonst waren die inneren Organe normal. Schnitte durch die entzündeten Bezirke, besonders den rechten Biceps brachii, die Flexoren der Hand links und die Muskeln an der Planta des rechten Fusses zeigen, dass die Muskulatur eigenthümlich verfärbt, grau mit einem Stich ins Blaue, erheblich geschwollen und ganz weich ist. Stellenweise sind die Muskeln schon in Suppuration übergegangen, es quillt missfarbiger Eiter aus der Schnittfläche hervor. Dagegen ist das subcutane Bindegewebe, sowie das die einzelnen Muskeln trennende Bindegewebe eiterfrei. — Sonst fand sich in der Leiche nichts Septisches, bis auf einige Blutungen an der Zungenbasis. — Die Culturversuche aus dem Eiter der Leiche (circa 12 Stunden post mortem) ergeben typische Colonien einer Bacterium-coli-Art. (Dr. Stolper.)

Ich glaube, dass man Uebergangsformen zwischen den malignen Erkrankungen, von denen der letztgeschilderte Fall ein Beispiel giebt, und den von mir oben beschriebenen gutartigen Formen der Dermatomyositis acuta ebenso finden wird, wie zwischen dem Gelenkrheumatismus und der pyämischen Infection. Ich erinnere z. B. an manche Formen der Gelenkentzündung im Wochenbette, wo zuweilen der Arzt schwer entscheiden kann, ob er einen genuinen Rheumatismus articulo-rum acutus, oder eine nicht letale Infection mit Eitererregern intra partum vor sich hat.

Nicht minder werden sich Uebergänge finden zwischen der gutartigen Dermatomyositis und dem gewöhnlichen Muskelrheumatismus, der typisch ohne Schwellung der Muskeln, ohne Beteiligung der Haut verläuft. Auf die Beziehungen unserer Erkrankung zum genuinen Gelenkrheumatismus habe ich ebenfalls mehrfach hingedeutet. So sehr es unser Bestreben sein muss, verschiedene Gruppen abzuscheiden und gesondert zu betrachten, darf man den Zusammenhang aller dieser „rheumatischen“ Affectionen nicht aus den Augen verlieren.