

Aus dem Kreiskrankenhaus in Bernburg a/S.  
(Chefarzt: Dr. Ernst Müller.)

### Muskelrheumatismus und Eosinophilie.

Von Dr. Curt Staectert, Assistenzarzt.

Die Diagnose „Muskelrheumatismus“ ist sehr oft nur eine Verlegenheitsdiagnose. Die manchmal recht erheblichen Klagen der Kranken stimmen häufig durchaus nicht mit dem äußerst mangelhaften, wenn nicht gar negativen Befund überein. Der Arzt findet nur einen mehr oder weniger ausgesprochenen Druckschmerz der betroffenen Muskelgruppen, gelegentlich wohl auch Fieber und Störungen des Allgemeinbefindens. Wenn ihm der Patient noch sagt, daß seine Schmerzen nach einer Erkältung oder Durchnässung aufgetreten sind, dann wird eine weitere Untersuchung in der Regel für unnötig gehalten, und die Diagnose Myalgie ist fertig. Der Patient, der mit der fertigen Diagnose zum Arzt kommt, ist zufrieden, wenn sie ihm bestätigt wird, und der vielbeschäftigte Arzt ist froh, auf diese bequeme Weise den Patienten abgefertigt zu haben. Den Forscher aber hat diese Diagnose nie befriedigt, und daß der Versuch, dieses Problem zu lösen, der Mühe wert ist, zeigt die ausgezeichnete Arbeit von A. Schmidt über den Muskelrheumatismus.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst, welche Erkrankungen differentialdiagnostisch in Frage kommen. Die Gürtelschmerzen bei Tabes, die Schmerzen bei Koronarsklerose, Aortenaneurysmen und ähnlichen Erkrankungen können in ihren Anfängen zu Verwechslungen Anlaß geben, dürften aber bei genauer Untersuchung auszuschließen sein. Auch die Schmerzen beim intermittierenden Hinken Arteriosklerotischer, Nierenschmerzen und die Schmerzen Anämischer zu diagnostizieren, wird keine allzu großen Schwierigkeiten bereiten. Bei manchen Erkrankungen sind dagegen, namentlich im ersten Beginn, Verwechslungen möglich; ich denke vor allem an die Interkostalneuralgie. Es gibt ferner Muskelschmerzen bei konstitutionellen Erkrankungen, wie Gicht oder Fettleibigkeit, es gibt Muskelschmerzen bei Alkoholikern und Hysterischen, die mit Rheumatismus nichts zu tun haben, oft aber dafür gehalten werden.

Eine besondere Bedeutung hatte der Muskelrheumatismus für den Militärarzt. Wer lange Zeit Truppenarzt war, weiß, wie viele — mit

oder ohne Grund — daran litten. Da war es besonders schwer, wirklich objektive Veränderungen nachzuweisen. Es fehlte eben an greifbaren Veränderungen, die eine sichere Diagnosenstellung gestatteten. Feinheiten, wie Muskelschwielen und kleine Infiltrate in den erkrankten Muskeln, wird der Praktiker nur selten feststellen können. Abgesehen davon, daß das Vorkommen dieser beiden Symptome von manchen Autoren, besonders von A. Schmidt, bestritten wird.

Einen großen Fortschritt in der Suche nach objektiven Symptomen bedeuten die Untersuchungen von Bittorf (Breslau), der im Blute von Patienten, die an Muskelrheumatismus litten, eine sehr erhebliche Eosinophilie fand<sup>1)</sup>. Diese Eosinophilie fand sich regelmäßig und war „am höchsten in schweren akuten Fällen oder bei akuten Nachschüben“. Bittorf beobachtete Zunahme der eosinophilen Zellen zwischen 5—12 %. Nach Heilung oder Besserung ließ auch die Eosinophilie nach. Er beobachtete ferner eine Lymphozytose und Mononukleose, die jedoch nicht mit der gleichen Regelmäßigkeit vorkamen.

Ich habe nun die Untersuchungen Bittorfs an dem Material des hiesigen Kreiskrankenhauses nachgeprüft und sie voll bestätigt, zum Teil sogar übertroffen gefunden. Im allgemeinen sind die Ergebnisse meiner Untersuchungen folgende:

Alle untersuchten Kranken, die an rheumatischen Beschwerden litten, hatten eine Vermehrung der eosinophilen Zellen im Blute auf 6,5—16 %, im Durchschnitt auf 9 %. Diese Vermehrung war besonders stark in frischen, akuten Fällen. Mit fortschreitender Besserung verminderte sich die Eosinophilie, um beim Aufhören der Beschwerden ganz zu verschwinden. Gleichzeitig mit der Vermehrung der Eosinophilen waren auch die Lymphozyten auf 30—40 % vermehrt; der höchste Befund waren 47 %. Auch die großen einkernigen Zellen waren in der Regel in erhöhter Zahl vorhanden; im Durchschnitt betrug ihre Zahl 6 %. Die Vermehrung dieser beiden letzteren Zellarten war jedoch nicht so regelmäßig wie die der Eosinophilen. Ich brauche nicht besonders zu erwähnen, daß andere Erkrankungen, die mit Eosinophilie einhergehen, besonders also Asthma, Trichinose und Wurmkrankheiten, durch sorgfältige Untersuchung ausgeschlossen waren.

Einige besonders interessante Blutbefunde führe ich im Folgenden an:

1. Marie H., 50 J., aus Bernburg. (Akuter, mit Fieber einhergehender Rheumatismus der Lendenmuskulatur.)

39,25 % polynukleäre Leukozyten  
47,75 % Lymphozyten  
8,75 % eosinophile Leukozyten  
4,25 % gr. Mononukleäre und Uebergangsformen.

2. Anna L., 34 J., aus Bernburg. (Subakuter Fall mit Reißen in beiden Beinen.)

55 % polynukleäre Leukozyten  
25 % Lymphozyten  
9 % eosinophile Leukozyten  
11 % Mononukleäre und Uebergangsformen.

Nach teilweiser Besserung hatte dieselbe Kranke

47 % polynukleäre Leukozyten  
36 % Lymphozyten  
6 % eosinophile Leukozyten  
11 % Mononukleäre.

3. Berta L., 57 J., aus Bernburg. (Sehr heftige Schmerzen der Nackenmuskulatur mit Unmöglichkeit, den Kopf zu bewegen.)

42 % polynukleäre Leukozyten  
34 % Lymphozyten  
16 % eosinophile Leukozyten  
8 % Mononukleäre.

4. Martha B., 19 J., aus Bernburg. (Heftige Schmerzen in Rücken und Nacken, Fieber.)

56,2 % polynukleäre Leukozyten  
28,2 % Lymphozyten  
10,2 % eosinophile Leukozyten  
5,4 % Mononukleäre.

5. Paul L., 23 J., aus Osmarsleben. (Schmerzen in der Lendengegend und beiden Beinen, anfangs für Ischias gehalten.)

50,5 % polynukleäre Leukozyten  
38,5 % Lymphozyten  
8,5 % eosinophile Leukozyten  
2,5 % Mononukleäre.

6. Albertine N., 66 J., aus Bernburg. (Schmerzen in Schultern und Armen.)

75 % polynukleäre Leukozyten  
11 % Lymphozyten  
7 % eosinophile Leukozyten  
7 % Mononukleäre.

7. Alfred H., 36 J., aus Chemnitz. (Schmerzen im Rücken, namentlich in der Lendengegend.)

57 % polynukleäre Leukozyten  
25 % Lymphozyten  
9 % eosinophile Leukozyten  
9 % Mononukleäre.

8. Fedor D., 25 J., aus Oberpeissen. (Schmerzen in der Lendengegend und beiden Beinen.)

55 % polynukleäre Leukozyten  
30 % Lymphozyten  
8 % eosinophile Leukozyten  
7 % Mononukleäre.

<sup>1)</sup> D. m. W. 1919 Nr. 13.

6 Wochen später hatte derselbe Kranke

55 % polynukleäre Leukozyten  
31,5 % Lymphozyten  
6,5 % eosinophile Leukozyten  
7 % Mononukleäre.

Nach weiteren 6 Wochen hatte er folgendes Blutbild:

62 % polynukleäre Leukozyten  
32 % Lymphozyten  
2 % eosinophile Leukozyten  
4 % Mononukleäre.

Dieser Kranke war auch dadurch interessant, daß er, nachdem sein Blutbild bereits wieder normale Zahlen für Eosinophile zeigte, immer noch über Schmerzen klagte. Er wurde jedoch als Rentenjäger erkannt, ohne daß dem behandelnden Arzt der wieder normale Blutbefund von mir mitgeteilt war.

Diese wenigen Beispiele mögen genügen; alle übrigen untersuchten Personen boten ein gleiches oder ähnliches Blutbild. Daß die hierbei gefundene Eosinophilie bei allen an Muskelrheumatismus leidenden Personen vorhanden ist, daran habe ich nunmehr keinen Zweifel. Ihr Vorkommen ist so konstant und regelmäßig, daß ich die Ueberzeugung gewonnen habe, diese Eosinophilie ist ein für den Muskelrheumatismus charakteristisches Symptom. Ich habe demgemäß bei allen in Frage kommenden und bei differentialdiagnostisch zweifelhaften Fällen eine Auszählung des Blutbildes vorgenommen. Eine Eosinophilie verwertete ich zur Festigung der Diagnose „Muskelrheumatismus“, bei fehlender Eosinophilie konnte ich mit Sicherheit eine andere Erkrankung annehmen. Es wäre interessant, festzustellen, wie sich das Blutbild bei anderen Krankheiten rheumatischen Ursprungs verhält, beispielsweise bei der rheumatischen Pleuritis oder der Iritis.

Daß ein solches anscheinend einwandfreies Zeichen, wie es diese Eosinophilie m. E. ist, von Wert sein kann, habe ich bei verschiedenen Fällen von Interkostalneuralgie gesehen, die von anderer Seite für Muskelrheumatismus gehalten wurden. Wie bei anderen Neuralgien, so kommt auch bei der Interkostalneuralgie niemals eine Vermehrung der Eosinophilen vor. Nur durch deren Fehlen konnte in den vorliegenden Fällen die Diagnose gesichert werden.

Aber noch in anderer Beziehung ist die Feststellung einer Eosinophilie beim Muskelrheumatismus von großer Bedeutung. Durch sie wird die Frage der Ätiologie dieser Erkrankung in ein neues Licht gerückt. In seinem schon erwähnten Werk hält A. Schmidt den Muskelrheumatismus für eine Neuralgie der sensiblen Muskelnerven. Bittorf widerspricht dem, er hält die rheumatisch-entzündliche Entstehung für wahrscheinlicher. Profanter (Wien)<sup>1)</sup> erklärt den Muskelrheumatismus als Reizung der Spinalzentren. Dieser und der Schmidtschen Ansicht stehen die Blutbefunde entgegen. Bittorf begründet eingehend seine Auffassung über den Zusammenhang der Eosinophilie mit den rheumatischen Muskelschmerzen. Die Blutbefunde bei meinen Vergleichspersonen, die an Neuralgien litten, bestätigen seine Auffassung, daß nämlich die Eosinophilie uns den Weg zeigt, auf dem wir zur Aufklärung der Genese des Muskelrheumatismus gelangen. Jedenfalls scheinen die Theorien von Schmidt und Profanter nicht zuzutreffen, denn eine Vermehrung der Eosinophilen auf neuralgischer Basis ist bisher nicht bekannt.