

Badische Landesbibliothek Karlsruhe

Digitale Sammlung der Badischen Landesbibliothek Karlsruhe

Ärztliche Mitteilungen aus und für Baden. 1857-1933 1863

7 (15.4.1863)

Aerztliche Mittheilungen

aus Baden.

Herausgegeben von Dr. Robert Volz.

Karlsruhe.

Nr. 7.

15. April.

Myopathische Lähmung.

Aus der Heil- und Pflege-Anstalt in Pforzheim mitgetheilt von
Dr. Arnsperger.

Seit Cruveilhier im Jahr 1853 die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die mit Schwund der Muskeln verlaufenden Lähmungsformen lenkte, sind zahlreiche Beobachtungen veröffentlicht, viele, oft geradezu widersprechende Sektionsbefunde gegeben, eine Menge Namen der Krankheitsformen beantragt und durch alles dieß eine bedauerliche Verwirrung in diesem Theile der Nervenpathologie hervorgerufen worden. Der Hauptfehler war wohl in sehr zahlreichen Fällen in dem Mangel einer genauen mikroskopischen Untersuchung der Muskeln und peripherischen Nerven und selbst der Nervencentren im Zusammenhang mit letzteren zu suchen, sowie oft in dem Generalisiren einer einzelnen Beobachtung für eine ganze Gruppe von Erkrankungen. Erst in der neuesten Zeit ist durch das vortreffliche Werk von Friedberg: „Pathologie und Therapie der Muskellähmung“ Klarheit und Objektivität auch in diesem Gebiete zur Geltung gekommen und die hohe Bedeutung einer anatomischen Begründung jeder funktionellen Störung aufs Neue auch für die Lähmungen dargethan worden. Beim Studium dieses Werkes kam mir ein Krankheitsfall zur Beobachtung, der in mancher Beziehung interessant und der Veröffentlichung wohl werth sein dürfte.

B. L. von Ittlingen, Amt Eppingen, ist gegenwärtig 21 Jahre alt, die uneheliche Tochter einer umherziehenden Mutter und eines unbekanntem Vaters. Nach dem frühen Tode der Mutter

wurde das Kind der Heimathsgemeinde der ersteren zugewiesen und hier in einer Bauernfamilie aufgezogen. Nach der im Jahr 1856 erfolgten Schulentlassung lebte sie still und zurückgezogen im Kreis ihrer Pflegefamilie, frühzeitig zu schweren Arbeiten in Haus und Feld angehalten. Ihr Gesundheitszustand war immer gut, obschon sie als ein schwächliches Kind bezeichnet wurde. Um das 14—15. Jahr, eben mit dem Erlernen des Nähens beschäftigt, bemerkte sie erstmals eine Beeinträchtigung der Beugefähigkeit der Finger der rechten Hand. Das Leiden begann mit dem kleinen Finger, von hier schritt es zum Daumen derselben Hand fort, um so allmählig alle Finger derselben zu befallen. Schmerzen in den Vorderarmen bis zur Schulter sollen gleichzeitig aufgetreten sein. In gleicher Weise wiederholte sich das Leiden an der linken Hand im Lauf der nächsten zwei Jahre, während in der rechten allmählig augenscheinliche Verminderung der Ernährung sich einstellte, in Verbindung mit Zuckungen in den erkrankten und gesunden Muskelgruppen, theils unwillkürlich eintretend, theils bei Versuchen, die Hand zu brauchen. Da nun die Kranke unfähig war, beide Hände zu benutzen, keine kleinern Gegenstände mehr halten konnte, so war sie zur Arbeit nicht mehr zu gebrauchen und verfiel allmählig der Verwahrlosung und dem Elend. Nach mehreren erfolglosen Kurversuchen, z. B. zu Rappenaun, wurde sie wegen gänzlicher Hülflosigkeit der hiesigen Heil- und Pflege-Anstalt übergeben, in welche sie am 20. Juni 1862 eintrat.

Sie war bedeckt mit Schmutz und Ungeziefer und ihre Ernährung hatte ziemlich gelitten, was jedoch offenbar mehr Folge der vorausgegangenen Entbehrungen war, als eines etwa bestehenden Allgemeinleidens. Haltung und Gang verriethen keinerlei Leiden der Bewegungsorgane; sie ist unterseht und kräftig gebaut, der Kopf etwas klein mit auffallend entwickeltem Hinterhaupte, tiefliegenden Augen, deren Pupillen mäßig weit sind, und gleichmäßig und deutlich sich bewegen. Gesichtsmuskulatur, Sprache, Deglutition, Bewegungen der Zunge, sowie alle Organe des vegetativen Lebens zeigen in Bau und Verrichtung durchaus keine bemerkenswerthe Abnormität, ebenso sind die Geisteskräfte, Gedächtniß, Auffassungsgabe u. in einem Zustand, wie sie nur irgend von einer Person dieses Standes und Erziehung erwartet werden können; sie ist gutmüthig und nicht beschränkt.

Die beiden Vorderarme und Hände zeigen sich auf den ersten Blick schon in hohem Grade verändert und entstellt. Erstere nehmen vom Ellenbogen an rasch an Umfang ab (Umfang derselben bei der Aufnahme am Ellenbogen 21 Centim.,

in der Mitte des Vorderarmes 15 und am Handgelenke 13 Cm.), sie sind mehr breit und flach, mit deutlicher Ausprägung der Zwischentknochenrinne auf der Beugeseite. Die Hohlhand ist schüsselförmig vertieft, die Furchen zwischen den Mittelhandwurzelknochen deutlich zu unterscheiden. Die Daumenballen sind flach und well, die Knochen leicht durchzufühlen; zwischen Daumen und Zeigfinger ein tiefer Einschnitt. An der Außenseite der Metakarpalknochen der kleinen Finger eine sichtbare Vertiefung. Die Gelenkanschwellungen der Knochen treten durch die vorhandene Atrophie der Weichteile deutlich hervor, die Gelenke selbst sind jedoch überall ohne Schmerz leicht beweglich. Es ist der Kranken unmöglich, von freien Stücken eine Faust zu machen, d. h. die Finger über eine krallenartige Beugung, in der sie sich befinden, einzuschlagen, den Daumen zu adduziren oder entgegenzustellen. Auch kann sie die einzelnen Finger nicht von einander entfernen. Durch fremde Hülfe ist dies alles möglich, doch kehrt die Hand alsbald wieder in den erwähnten Zustand von Halb u ngung zurück. Die Sensibilität der Haut ist überall ungestört, die Entfernung der Zirkelspitzen wird in einer dem Bildungsstande entsprechenden Weise wahrgenommen. Die Haut beider Oberextremitäten ist bis in die Mitte des Vorderarmes hinauf dunkelroth, spröde und kühl, als sie in gesundem Zustand sein sollte, auch für Temperaturerniedrigung sehr empfänglich, bei 12° R. werden beide Hände blauvioth. Bei den Versuchen, die erkrankten Muskeln in Thätigkeit zu setzen, zeigen sich hie und da vereinzelte Zuckungen besonders in den Interossea; im Zustand vollkommener Ruhe wurden sie nie wahrgenommen, die Kranke will sie aber früher oft gespürt haben in der Reihenfolge, wie die Krankheitserscheinungen auftraten. Bei der Anwendung des Induktions-Stromes zeigte sich, daß mit Ausnahme der Pronatoren und des Flexor carpi radialis alle Muskeln der Beugeseite des Vorderarmes, sowie sämtliche Muskeln des Daumens, kleinen Fingers und der übrigen Finger gar keine oder nur eine Spur von Reaktion, selbst bei sehr starker Reizung, äußerten. Das Gefühl für den elektrischen Strom war ungestört.

Die Frage über das zweckmäßigste therapeutische Einschreiten in diesem Falle hängt zunächst von der Feststellung der diagnostischen Verhältnisse und hauptsächlich von der Natur des Leidens ab. Bei dem Mangel jeder Störung im Bereiche der Gehirnnerven, jeder Kontraktur und dem ungestörten psychischen Leben konnte wohl von vornherein von einem Gehirnleiden abgesehen werden. Die nächste Frage mußte nun selbstverständlich die sein: Geht das Leiden vom Nervensystem aus

oder ist es als ein primäres Muskelleiden zu betrachten? Die allmähliche Entstehungsweise und der Verlauf der Erkrankung, die Beschränkung auf einzelne, funktionell, aber keineswegs der Vertheilung der Nerven nach zusammengehörige Muskelgruppen, das Erhaltensein der Sensibilität, die Aehnlichkeit des Zustandes mit traumatischen oder toxischen Leiden des Muskelsystems, wie Bleilähmung u., machen es im höchsten Grade wahrscheinlich, den Zustand als rein myopathische Lähmung aufzufassen, und zwar nach der Klassifikation von Friedberg als *Myopathia simplex* (l. c. S. 301). Friedberg führt in der erwähnten Stelle auch an, daß man so häufig in solchen Fällen den vagen Begriff des Rheumatismus angelegt, anderseits eine Nervenlähmung angenommen habe, so z. B. in den mit dem Falle große Aehnlichkeit bietenden sog. essenziellen Lähmungen der Kinder. Mit Rücksicht darauf und bei dem nahe liegenden Vergleich mit der progressiven Muskelatrophie, deren eigentliche Natur noch immer in der Diskussion sich befindet, wäre die Annahme eines Rückenmarkleidens oder eines der peripherischen Nerven, in den dem gegenwärtigen Falle entsprechenden immerhin noch denkbar. Es würde dann die Atrophie aus dem Mangel oder der Schwäche der Erregbarkeit der motorischen Nerven herzuweisen sein, und es sind in der That zahlreiche Sektionsbefunde bei ähnlichen Zuständen mit Atrophie und Degeneration des Rückenmarkes, besonders der vorderen und seitlichen Stränge, in der Literatur verzeichnet (Fall v. Frommann, deutsche Klinik 1857, Schmidt's Jahrbücher 1861, Remak, Destr. Zeitschrift für prakt. Heilk. 1862). Allein außer der Möglichkeit, daß die Erkrankung des Rückenmarkes auch Folge des örtlichen Muskelleidens sein könnte, da die Nervenendigungen innerhalb der Muskeln mit erkranken, sind anderseits Fälle von Erkrankung des Rückenmarkes bekannt, die keine Muskelatrophie zur Folge hatten (Virchow's Arch. I.), und umgekehrt ausgedehnte Muskelatrophie ohne Rückenmarkserkrankung (Oppenheim's Fall). Die symmetrische Ausbildung des Leidens auf beiden Körperhälften in dem vorliegenden Falle könnte vielleicht noch für die Möglichkeit einer zentralen Erkrankung sprechen, allein schon Ch. Zell erwähnt, daß man häufig Muskelgruppen erkrankt finde, die im natürlichen Zustand funktionell assoziiert sind, wenn sie auch an verschiedenen Stellen der Extremitäten liegen, und er führt einen ganz ähnlichen Fall an, wo links die Hand und rechts der Oberarm erkrankt war. Für die myopathische Natur des Leidens wird in unserem Falle besonders noch hervorgehoben werden können, daß im Anfange der Erkrankung Schmerzen

in den ergriffenen Theilen vorhanden waren, offenbar herrührend von der entzündlichen Schwellung der Muskelbündel und dadurch hervorgerufenem Druck auf die Nervenendigungen zwischen und in denselben. Auch die fibrillären Zuckungen einzelner noch funktionsfähiger Muskelbündel in Mitte der erkrankten deuten unverkennbar auf eine örtliche Erkrankung hin. Letztere Erscheinung, sowie der Umstand, daß einzelne vom Nerv. Medianus versorgte Muskeln erkrankt, andere dagegen funktionsfähig sind, sprechen auch deutlich gegen ein Leiden der Spinalwurzeln oder der peripherischen Nerven.

Unter diesen diagnostischen Voraussetzungen mußte die einzuschlagende Therapie auch eine vorzugsweise örtlich wirkende sein. Sie bestand in geistigen Einreibungen, fleißigen Bewegungsversuchen und vor Allem in der systematischen Anwendung des Induktions-Stromes sowohl durch extra- als intramuskuläre Reizung der kranken Muskeln. Der Umstand, daß die Muskeln der rechten Hand, als der zuerst erkrankten, empfänglicher für die elektrische Reizung sich erwiesen, als die der linken, auch daß der Umfang des Armes etwas beträchtlicher rechts als links war, ließ die Hoffnung einer Beseitigung des Leidens aufrecht halten. Auch hob sich unter geregelter Pflege und Kost die gesammte Ernährung sichtlich. Im August 1862 gebrauchte die Kranke vier Wochen im dem Armenbade zu Baden die dortige Therme in ganzen Bädern und Douchen auf die Arme, jedoch ohne allen Erfolg. Im Gegentheil schien es nach ihrer Rückkehr, als ob die Atrophie zugenommen hätte, dagegen war die Haut der Hände natürlicher gefärbt, geschmeidiger und nach dem Wiederbeginn der Faraday'schen Behandlung zeigte sich deutlich eine vermehrte Empfänglichkeit für dieselbe. Die Besserung machte, besonders rechts, erfreuliche Fortschritte; der Umfang des rechten Armes hatte sich von 21 resp. 15 und 13 Centim. auf 23 resp. 18 und 14 Centim. gehoben und der Arm seine natürliche Rundung bekommen, und auch links war eine Besserung nicht zu verkennen. Leider aber erfolgte bald darauf, trotz fortgesetzter Anwendung der Elektrizität, ein stationärer Zustand, über welchen hinaus die Beweglichkeit nicht gebessert werden konnte. Im Ganzen war die Elektrizität 128 mal angewendet worden, als die Kranke am 6. März d. J. ungeheilt entlassen wurde. Bei ihrer Entlassung betrug der Umfang des rechten Vorderarmes 23 resp. 18 und 14 Centim., des linken 22 resp. 16 und 14 Centim., welche Zunahme nach dem schließlichen Ergebnisse der Behandlung wohl größtentheils der durch die Zunahme der gesammten Ernährung hervorgerufenen subkutanen und interstitiellen Fettablagerung zuzuschreiben sein wird.

Ich glaube jedoch annehmen zu können, daß wenn der Fall früher zur Behandlung gekommen wäre, eine Wiederherstellung eben so gut möglich gewesen sein würde, wie zahlreiche Fälle bekannt sind von geheilten partiellen Muskellähmungen, die durch Erkältung, Wunden und andere Gelegenheitsursachen hervorgerufen waren. Nach Ablauf der entzündlichen Erscheinung werden die ergriffenen Muskelprimitivbündel kleiner und schmaler, wozu sich früher oder später eine Verdrängung der kontraktilen Substanz durch in und zwischen die Faserzellen abgelagerte Fettkörnchen gesellt, wodurch der Muskel ein gleichmäßiges, feinkörniges Aussehen bekommt. Je nachdem nun diese Verdrängung der kontraktilen Substanz fortgeschritten und die fettige Metamorphose eingeleitet ist, wird eine funktionelle Restitution so wenig möglich sein als eine nutritive, denn die Fettmetamorphose ist ja ein wesentlich passiver Degenerations-Prozeß. Das mehr oder weniger rasche Eintreten der letzteren begründet den Unterschied, der klinisch zwischen dem eben beschriebenen Falle und der progressiven Muskelatrophie besteht.

Schon Aran, Cruveilhier und andere Beobachter unterscheiden die Lähmung einzelner Muskelgruppen und die progressive Muskelatrophie von einander, indem sie zwei Formen anatomisch und auch klinisch trennen, die *Atrophie par mallicence* und die *Atrophie par transformation graisseuse*, welche letztere sich erst der Muskel bemächtigt, wenn sie die erstere passirt haben. Cruveilhier (Archiv. gen. de Méd. 1856) fehlt zwar, wenn er den einen Zustand als myopathischen, den anderen als Folge von Leiden der Zentralorgane und Nerven auffaßt, und Friedberg (l. c. S. 133 ff.) faßt mit Recht beide Zustände vom anatomischen Gesichtspunkte aus zusammen als „Folgen eines Leidens, welches in derselben Art und Intensität die Ernährung des Muskels alterirt, wie die Entzündung es thut“, allein auch er trennt klinisch in seinem ganzen Werk die sog. progressive Muskelatrophie von den verschiedenen Formen der Myopathie, wie er sie aufstellt. So sagt er (l. c. S. 301): „Die Myopathia simplex kann als progressive Muskelatrophie verlaufen oder aber sich auf einzelne Muskeln beschränken. Vorkommen, Verlauf und Prognose charakterisiren die progressive Muskelatrophie als ein dyskrasisch konstitutionelles Leiden, wie Virchow ihr auch die Leukämie und amyloide Degeneration vergleicht, sie ist, trotz vielfacher Bemühungen, eine unheilbare Krankheit, erblich in einzelnen Familien“. Hierher gehören die Fälle von Dopenheimer, Virchow, Leubuscher, die historisch gewordenen von Cruveilhier und Romberg. Es scheint

als ob die Fettmetamorphose und die Verdrängung der kontraktiven Substanz in diesen Fällen einen ungemein raschen Verlauf nehmen, ohne deutliches Zwischenstadium, welches in dem vorliegenden Falle vorhanden gewesen sein muß, wo dann eine Heilung möglich ist, entsprechend den Fällen, wie sie Zell, Bez (Prager Vierteljahrsschrift 1854), Duchenne, Zambberger und viele andere Beobachter beschrieben. Man hat die fibrillären Zuckungen, die in geringerem Grade auch in diesem Falle vorhanden waren, als pathognomonische Kennzeichen für die progressive Muskelatrophie angeführt, allein abgesehen davon, daß der vorliegende Fall keinen progressiven Verlauf genommen hat und daß die Erscheinung nicht konstant ist, wird man eben so wenig überall, wo sie vorhanden sind, die progressive Muskelatrophie annehmen dürfen, als man bei Vorhandensein von Größtenwahn allgemeine Paralyse annehmen darf. Sie sind größtentheils auf Modifikationen der Innervation der Nerven und Muskeln durch die Erkrankung und die ungleichmäßige Ausbreitung der letzteren zurückzuführen.

Jedenfalls ist der beschriebene Fall ein kleiner Beitrag für die Behauptung, daß es eine idiopathische, nicht progressiv verlaufende, sich auf einzelne Muskelgruppen beschränkende Muskelentzündung gebe.

Bäder-Sommer 1862.

Hippoldsau.

Die Fremdenzahl betrug 1130; die Zahl der eigentlichen Kurgäste 682, die Zahl der Passanten, oder Solcher, die auch einige Tage verweilten 448.

Unter den Kurgästen waren aus Baden 260; aus andern Ländern 422, und zwar: Deutsche 188, Franzosen 120, Schweizer 73, Engländer 13, Russen 12, Holländer 7, Amerikaner 5, Italiener 2, aus der Türkei 2.

Der erste Kurgast kam an den 28. April, die letzten reisten ab den 6. Oktober.

Die Mineralwasserversendung betrug 343,131 Flaschen und Krüge, also 10,694 mehr als im Jahr 1861 (332,437).

Von dem Mineralwasser kamen nach

	Deutschland	England	Frankreich	Schweiz
Josephsquelle	322,124	100	10,886	4,068
Wenzelsquelle	134	—	22	—
Leopoldsquelle	44	—	12	—
Natroine	3,620	—	50	135
Schwefelnatroine	1,936	—	—	—
Summe	327,858	100	10,970	4,203

Was die Mineralwasserversendung anbelangt, so hat namentlich die Ausfuhr nach Frankreich eine größere Ausdehnung erlangt. Voriges Jahr wurden die Wasser von Rippoldsau von der Académie de médecine in Paris geprüft und als Heilmittel autorisirt. Die nach Frankreich bestimmten Flaschen sind sämtlich Literflaschen, aus einer französischen Glasfabrik zur Vermeidung des Eingangszolles bezogen, mit Etikette und Stanniolbedeckung versehen. Es ist das Rippoldsaueser Wasser — Josephsquelle — jetzt in ganz Frankreich und seinen Kolonien zu haben, wo Filiale von Bichywasser sind.

Die Zahl der Bäder betrug 4629, und zwar: Mineralbäder erster Klasse 2816, zweiter Klasse 848, allgemeine Douchen 209, örtliche Douchen 15, Fichtenbäder 450, Schwefelbäder 9, Stahlbäder 146, Sitzbäder 136; zusammen 4629. Zusatzbäder 82.

Pastillen wurden versandt in Schachteln zu 4 Loth 5160. Mollen wurden abgegeben 1350 Portionen. Der Verbrauch der Mollen wurde ziemlich stärker.

Den höchsten Temperaturgrad hatten wir den 8. Juni mit 27,2° R. Die niedrigste Temperatur den 19. Januar Abends mit — 14,0°.

Die mittlere Jahrestemperatur des Jahres 1862 beläuft sich auf 7,79°.

Zeitung.

Dienstverledigung. Die Stelle eines Assistenzarztes beim Oberamte und Amtsgerichte Heidelberg. Meldung binnen 3 Wochen bei Großherzoglicher Sanitätskommission.

Niederlassung und Wohnortswechsel. Arzt Heinrich Seelos von Mannheim hat sich in Sinzheim, Amt Baden, als Gemeindearzt niedergelassen.

Arzt Karl Gernandt ist von Heidelberg nach Mannheim; Arzt Friedrich Schöpflin von Gndingen, Amt Kenzingen, nach Mahlberg, Amt Ettenheim; Arzt Andreas Weber von Seelbach, Amt Fahr, nach Kippenheim, Amt Ettenheim, gezogen.

Todesfall. 7. J. Martin Wagner, Amtschirurg in Ettlingen, ist am 10. April, 79 Jahre alt, gestorben. Er wurde 1811 als Wund- und Hebarzt licenzirt, 1813 als Landchirurg in Salem angestellt, 1814 als solcher nach Baden, 1819 nach Meersburg, dann wieder nach Salem, und 1834 nach Ettlingen versetzt.

Druck von Malsch & Vogel.