

# BERLINER KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

32953

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinal-Verwaltung und Medicinal-Gesetzgebung  
nach amtlichen Mittheilungen.

Redigirt

von

**Dr. C. A. Ewald,**

Professor e. o. an der Königl. Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin.

---

VIERUNDZWANZIGSTER JAHRGANG.

⋮

BERLIN 1887.

Verlag von August Hirschwald.

N.W. Unter den Linden 68.

# KLINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Organ für practische Aerzte.

Mit Berücksichtigung der preussischen Medicinalverwaltung und Medicinalgesetzgebung  
nach amtlichen Mittheilungen.

Redacteur: Professor Dr. C. A. Ewald.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Montag, den 30. Mai 1887.

No. 22.

Vierundzwanzigster Jahrgang.

Inhalt: I. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Geheimrath Kussmaul in Strassburg i. E.: Hepp: Ueber einen Fall von acuter parenchymatöser Myositis, welche Geschwülste bildete und Fluctuation vortäuschte. — II. Riess: Therapeutische Krankenhauserfahrungen: 3. Ueber die Behandlung von Chorea und anderen hyperkinetischen Krankheiten mit Physostigmin — 4. Ueber den Einfluss des Fuchsins auf Albuminurie. — III. Hueppe: Ueber Thierversuche bei Cholera asiatica. — IV. Mittheilungen aus dem Barmer Krankenhaus: Heusner: Ueber Resection der Urethra bei Stricturen — Ein Apparat zur Nachbehandlung bei Hüftresection. — V. Schüssler: Ueber Hüftresection wegen angeborener Luxation. — VI. Zielewicz: Ein Fall von Myxoedem mit starker Stomatitis und Hepatitis interstitialis. — VII. Referate (Ewald: Handbuch der allgemeinen und speciellen Arzneiverordnungslehre — Dimmer: Der Augenspiegel und die ophthalmoskopische Diagnostik). — VIII. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften (Berliner medicinische Gesellschaft). — IX. Feuilleton (XVI. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie — Tagesgeschichtliche Notizen). — X. Amtliche Mittheilungen. — Inserate.

## I. Aus der medicinischen Klinik des Herrn Geheimrath Kussmaul in Strassburg i. E.

Ueber einen Fall von acuter parenchymatöser Myositis, welche Geschwülste bildete und Fluctuation vortäuschte.

Von

Dr. Paul Hepp,

ehemaligem Assistenzarzt der medicinischen Klinik.

Es sind in dieser Zeitschrift kürzlich in rascher Folge aus der hiesigen medicinischen Klinik zwei lehrreiche Fälle wenig bekannter myositischer Krankheitsbilder mitgetheilt worden. Zuerst beschrieb Herr Dr. Kreiss<sup>1)</sup> einen durch längere Zeit genau verfolgten Fall von rheumatischer schwieriger Myositis der Wadenmuskeln. Dann habe ich selbst<sup>2)</sup> unter dem Namen der Pseudotrichinose einen Fall veröffentlicht von acuter parenchymatöser Polymyositis, die unter dem Bilde der Trichinose verlief und wahrscheinlich infectiöser Natur war. Es sei mir jetzt abermals gestattet, über ein seltenes myositisches Krankheitsbild zu berichten, welches in unserer Klinik beobachtet wurde, über einen Fall nämlich von acuter parenchymatöser Myositis, die zur wachsigten Degeneration in umschriebenen Muskelmassen am Hinterbacken und Oberarm geführt und anscheinend fluctuirende Geschwülste gebildet hat, ohne dass es zur Eiterung gekommen wäre. Die entzündliche Muskelgeschwulst am Hinterbacken hat dann im weiteren Verlauf durch Druck auf den Ischiadicus Lähmung mit schlaffer Muskelatrophie des betroffenen Beins und heftige Ischias zur Folge gehabt. Die Ursache der Myositis ist wahrscheinlich gemischter, traumatisch infectiöser Natur gewesen.

Bei unserer geringen Kenntniss dieser Myositisformen kann man sich nicht verwundern, dass sie leicht zu diagnostischen Irrthümern Anlass geben. Was speciell die Myositis betrifft, um die es sich diesmal handelt, und die sich dadurch auszeichnet, dass sie starke Schwellung der betroffenen Theile verursacht und Fluctuation vortäuscht, so kann sie, so weit die Erfahrungen bis heute reichen, in zwiefacher Weise Irrthümer veranlassen. Bei umschriebener Geschwulst kann das täuschende

Fluctuationsgefühl zur Diagnose eines Abscesses, sei es in den Muskeln, sei es im Bindegewebe der Tiefe oder unter dem Periost verführen, bei diffuser Anschwellung der Gliedmassen zur irrigen Annahme einer eitrigen Periostitis.

In unserem Falle, wo es sich um umschriebene, scheinbar fluctuirende Geschwülste handelte, wurde vergeblich versucht durch Einstechen feiner Troicars Eiter herauszuholen.

Um eine diffuse Anschwellung muss es sich in einem Falle gehandelt haben, welchen Herr Prof. E. Wagner<sup>1)</sup> unter dem Titel: „Fall einer seltenen Muskelkrankheit“ veröffentlicht hat. Es fand sich eine parenchymatöse Myositis der oberen Extremitäten und des Rumpfes, die klinische Diagnose aber hatte auf Periostitis beider Arme gelaute. Genaueres freilich ist über das klinische Bild nicht mitgetheilt, sondern nur kurz angegeben:

„Die 43jährige, bisher gesunde Frau kam einige Tage nach Beginn der Krankheit in das Spital, wo alsbald die Diagnose auf Periostitis beider Oberextremitäten gestellt wurde. Ungefähr am 10. Krankheitstage erfolgte der Tod.“

Ausserordentliche Schwierigkeiten in der Diagnose machte auch ein Fall, den Herr Dr. Giess<sup>2)</sup> in Rostock mittheilt. Ein Kaufmann von 48 Jahren, der im Winter 1877/78 einen Karbunkel völlig überstanden hatte, bekam Ende Februar rheumatische Schmerzen im Oberschenkel. Ende März entwickelte sich im Bereich des Quadriceps eine schmerzhaft Geschwulst, die das Femur cylindrisch umgab. Der Hausarzt diagnosticirte Periostitis, Herr Prof. Trendelenburg schwankte in der Diagnose zwischen Knochenabscess und Osteomyelitis mit Periostitis oder einem Tumor. Die Geschwulst war brethart, die Haut dick wie Leder, ödematös infiltrirt, das Kniegelenk steif, etwas Erguss drin. Eine Probeincision am 21. Juni ergab nichts Besonderes am Knochen, aber derbe unter dem Messer knirschende Infiltration der Haut und des Unterhautzellgewebes und eine Verfärbung der Muskeln wie bei fettiger oder wachsartiger Degeneration. Herr Dr. Giess ist der Ansicht dass es sich um eine schwierige Myositis (Froriep's rheumatische Schwielen) gehandelt habe. Beim Gebrauch der Massage vom Monat August an erfolgte Genesung binnen 7 $\frac{1}{2}$  Wochen.

1) Jahrgang 1886. No. 51.

2) No. 17 dieses Jahrgangs.

1) Archiv der Heilkunde. 1863, Bd. 4. S. 282.

2) Deutsche Zeitschr. f. Chir., 1879, Bd. XI, S. 161.

Endlich hat im ersten Stadium der ossificirenden Myositis die acute Schwellung der Muskeln wiederholt Fluctuation und Abscesses vorgetäuscht<sup>1)</sup>.

Hieraus erhellt zur Genüge die praktische Bedeutung des von uns beobachteten Falles, den wir nunmehr ausführlich mittheilen wollen.

K. Friedrich, 21-jähriger Gärtner, erkrankte am 27. Januar und wurde am 28. Januar 1885 im Laufe des Nachmittags in die Klinik gebracht. Er vermochte jetzt und in den nächsten Tagen wegen seiner stark entzündeten und geschwellenen Zunge noch keine ausführlichen Mittheilungen über den Beginn seines Leidens zu machen. Erst später brachte er dieselben zu Papier und wir entnehmen daraus Folgendes.

Patient war bisher stets gesund gewesen und hatte noch am Tag zuvor den ganzen Morgen wie gewöhnlich gearbeitet. Gegen Mittag fühlte er sich etwas unwohl und schwer im Kopf, ging ins Treibhaus, setzte sich auf einen Stuhl, zog die Stiefel aus und schlief etwa eine Viertelstunde lang. Als er aufwachte, schlug es zwölf. Er wollte nun zum Essen gehen und war eben im Begriff den rechten Stiefel wieder anzuziehen, als er plötzlich die Besinnung verlor und wie es scheint auf die rechte Seite hinstürzte. Erst nach 24 Stunden kam er wieder zu sich, lag an derselben Stelle auf der rechten Seite und hatte den rechten Stiefel noch halb an. Er versuchte sich zu erheben, war aber zu schwach; er schrie um Hülfe, allein es hörte ihn niemand. Mit aller Anstrengung kroch er denn auf Händen und Füßen über den Hof und zwölf Stufen hinauf nach seinem Zimmer, kleidete sich aus, was nur mit grosser Mühe gelang, weil er den rechten Arm wegen der Schmerzhaftigkeit jeder Bewegung nicht gebrauchen konnte; auch fiel er mehrmals bei Versuchen, sich auf die Füße zu stellen, immer wieder auf die höchst empfindliche rechte Hinterbacke: endlich brachte er sich zu Bett. Jetzt überfiel ihn heftiger Frost. Er fühlte starke Schmerzen in der rechten Hinterbacke und am rechten Oberarm; ebenso schmerzte ihn die stark geschwellene Zunge sehr. In diesem Zustand fand man ihn, als man, über sein Ausbleiben seit 24 Stunden überrascht, sich nach ihm umsah, und liess ihn sofort ins Hospital transportieren.

Eine andere Ursache seiner „Ohnmacht“ weiss Patient nicht anzugeben, als dass er am Morgen des 27. Januar eine, wie er meint, unverdiente Zurechtweisung erhalten und sich darüber sehr geärgert hatte. Er stellte bestimmt in Abrede, je mit Pferden oder Rindvieh etwas zu thun gehabt zu haben.

Status präsens bei der Aufnahme.

Patient, ein kräftig gebauter, muskulöser Mann, sieht etwas benommen aus, giebt aber klare Antworten. Es besteht Fieber (39,1°). Der Puls ist frequent (102), regelmässig, von geringer Spannung, nicht dicrot. Patient fühlt sich sehr abgeschlagen und klagt über heftige Schmerzen in der Zunge, im rechten Oberarm und in der rechten Hinterbacke. Wegen dieser Schmerzen nimmt er mit Vorliebe die linke Seitenlage ein. Er hat keine Kopfschmerzen.

Die Zunge wird nur mit Mühe zwischen die Lippen vorgeschoben; sie ist sehr stark geschwellen, zeigt tiefe Zahneindrücke und am Rücken einen dicken Belag. In der Gegend des Frenulums erscheint eine diphtheritisch belegte, geschwürige Stelle. (Die tiefe, daumensbreite hinter der Spitze quer über die Zunge laufende Bisswunde, welche der Glossitis zu Grunde lag, konnte noch nicht gesehen werden.) Der Rachen bietet nichts Besonderes. Die Lymphdrüsen am Kiefer sind nicht geschwellen. An der rechten Wange eine zehnpfennigstückgrosse Eruption dichtgedrängter herpesartiger Bläschen.

An der Streckseite des rechten Oberarms, unterhalb des Ansatzes des Deltoideus, eine starke Infiltration der Haut und Anschwellung der Musculatur des Triceps; die Haut an 3 Stellen scharlachroth, mit Quaddeln besetzt. Die grössten Quaddeln sind von ovaler Gestalt, liegen, die eine im Centrum der Infiltration, die andere am hinteren Theile derselben und messen 5½ resp. 6½ cm. in der Länge. Eine dritte kleinere ist kreisrund und befindet sich an der Innenseite des Oberarms.

Noch erheblicher ist die derbe, gleichmässige Infiltration der stark gerötheten Haut und der tiefen Gebilde an der ganzen rechten Hinterbacke. Hier reicht die Schwellung nach oben bis zum Hüftbeinkamm, nach aussen bis zum Trochanter; nach unten setzt sie sich noch auf den Unterschenkel fort und bringt die Glutaealfalte zum Verstreichen. Die Infiltration ist am derbsten in der Mitte zwischen Afterfalte und Trochanter. Die Haut fühlt sich am Trochanter nicht besonders heiss an, wohl aber an der Hinterbacke.

Der Thorax ist gut gebaut; der Leib, mit Ausnahme der unteren Partien, eher eingezogen. Die gefüllte Blase reicht bis fast zum Nabel. Durch Katheterisieren wird über ein Liter dunklen Urins gewonnen; derselbe lässt Uratsedimente ausfallen, enthält etwas Eiweiss und Zucker; ausserdem hyaline und Epithelcylinder und einige rothe und weisse Blutkörperchen.

Die Milz ist deutlich geschwellen; sonst ergiebt die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane nichts Wesentliches. Im Blut konnten Bacillen, speciell Milzbrandbacillen, nicht aufgefunden werden.

29. Januar. Morgens T. 37,2, P. 84, Abends T. 36,3, P. 96. Bewusstsein klar, sonst Status idem. Die Grenzen der Milz sind dieselben wie gestern. Patient hat 1000 Cc. Urin entleert, der noch etwas Eiweiss und Zucker enthält. Gew. 1021.

1) Vergl. Kümmele, Archiv f. klin. Chir., 1883, Bd. XXIX, S. 615.

30. Januar. Morgens T. 37, P. 66, Abends T. 36,9, P. 66. Die Zunge ist erheblich abgeschwellen und sieht an der Spitze schon ziemlich rein aus. Die Infiltration am Oberarm ist bedeutend geringer geworden; auch diejenige an der Hinterbacke ist etwas zurückgegangen. An der abhängigen Stelle fühlt man hier in der Tiefe eine undeutliche Fluctuation. Der heutige Urin (1600 Cc. in 24 Stunden von 1022 spec. Gew.) enthält weder Eiweiss noch Zucker.

31. Januar. T. Morgens 37,3, Abends 38,1. 24stündige Urinmenge 2200 Cc., spec. Gew. 1017. Indem die diffuse Infiltration am Oberarm und an der Hinterbacke immer mehr abnimmt, wird die Fluctuation an den umschriebenen Partien der Musculatur des unteren Glutaeusgebietes, wie auch im Triceps brachii, immer deutlicher. An der Zunge sieht man jetzt unten, rechts vom Frenulum, eine schwärzliche nekrotische Stelle durch den weissen Belag durchschimmern.

1. Februar. T. Morgens 37,3, Abends 37,7. Die „Muskelabscess“ sind immer deutlicher abzugrenzen. Der im Glutaeus scheint über faustgross und bildet eine einzige Geschwulst. Im Triceps dagegen glaubt man drei, etwa taubeneigrosse Geschwülste sondern zu können. Die Zunge ist fast gänzlich abgeschwellen, die weissen Beläge zum grössten Theil verschwunden und man sieht jetzt auf dem Zungenrücken einen querverlaufenden, der oberen Zahnreihe entsprechenden Streifen, der mit nekrotischeitigen Massen belegt und stark injicirten Rändern versehen ist. Unten rechts demarkirt sich die Nekrose noch deutlicher und sieht man auch hier, obwohl weniger sicher, einen der unteren Zahnreihe entsprechenden Streif mit gerötheten Rändern. — Urinmenge 2000, spec. Gew. 1011, Eiweiss und Zucker verschwunden.

5. Februar. Fieber ist nicht mehr aufgetreten. Die Urinmenge schwankt zwischen 2000 und 3000 Cc. Der Urin enthält keine abnormen Bestandtheile mehr. Die Zunge hat sich vollends gereinigt. Die Schmerzen in den Gliedern sind im Ganzen nur noch gering. Das Fluctuieren der Muskelgeschwülste ist ganz ausgesprochen. Patient klagt heute über mässige Schmerzen im rechten Beine.

8. Februar. Eine Punction in die Hinterbacke und drei Punctionen in den Triceps lassen nur einige Tropfen Blut gewinnen. Von Herrn Dr. Stilling mit denselben ausgeführte Impfungen blieben im Thermostaten völlig steril.

14. Februar. Am rechten Triceps sind jetzt nur noch einige kleine harte Stellen in der Musculatur zu fühlen. An der Hinterbacke ist das Infiltrat viel kleiner geworden und lässt keine deutliche Fluctuation mehr erkennen. Patient hat Beschwerden wie bei einer ausgesprochenen Ischias: heftige, zeitweise exacerbirende Schmerzen reissender und ziehender Natur im Bereich des Ischiadicus, ein Gefühl von Taubheit im Unterschenkel und im Fuss. Die Sensibilität ist an der Wade und Sohle etwas herabgesetzt. Es fällt auf, dass seit einiger Zeit das Bein abmagert und das Fleisch schlaff wird.

Im Laufe der nächsten Tage werden die neuralgischen Schmerzen im rechten Bein immer stärker, während dasselbe mehr und mehr abmagert. Trotz der Behandlung mit dem galvanischen und faradischen Strom nimmt die Atrophie und Lähmung, besonders der den Fuss dorso-flectirenden Muskeln, beständig zu. Das Fussgelenk bleibt schlaff.

Bei dieser Sachlage nahm man an, dass die Muskelentzündung zur Narben- oder Schwielenbildung in der Tiefe geführt habe mit Compression des Ischiadicus an seiner Austrittsstelle unter der Incisura ischiadica superior, da wo er vom unteren Rande des Musc. glutaeus maximus bedeckt wird. Die vorausgegangene mächtige entzündliche Anschwellung des unteren Theils dieses Muskels und die Infiltration des ihn umgebenden Bindegewebes einerseits, die noch jetzt tastbare Härte in der Tiefe der genannten Gegend legten diese Annahme nahe. Da ferner die Schmerzen unerträglich geworden waren und trotz Morphins und Paraldehyds die Nachtruhe raubten, die Atrophie und Lähmung anhaltend fortschritten, Priesnitz'sche Einwicklungen, galvanische und faradische Behandlung sich nutzlos erwiesen, so schien es Herrn Prof. Kussmaul im Einvernehmen mit Herrn Prof. Lücke, der den Kranken auch früher schon gesehen hatte, als die Geschwulst noch gross war und Fluctuation vortäuschte, angezeigt, einzuschneiden, den Nerven blosszulegen und vom seiner Umschnürung zu befreien.

Patient wurde deshalb am 23. Februar auf die chirurgische Klinik verlegt.

Am 25. Februar, 3 Tage vor der Operation, wurde festgestellt, dass der Umfang des Oberschenkels 10 cm über der Patella links 88, rechts nur 29 cm betrug, der des Unterschenkels 10 cm unter der Patella links 30, rechts 26 cm. Der Fuss war in Plantarflexion, die Zehen in Beugung. Die Bewegungen fehlten im Fussgelenk und in den Zehen vollständig, diejenigen im Kniegelenk waren nach allen Richtungen möglich, aber mit vermindelter Kraft. In der Glutaealgegend war nur noch eine ganz geringe Härte zu fühlen, die Glutaealmusculatur atrophisch, die Glutaealfalte stand tiefer. Ein an der Austrittsstelle des Ischiadicus ausgeübter Druck verursachte sehr heftigen Schmerz. Ebenso war der Druck auf den Ischiadicus oberhalb der Kniekehle und auf den Peroneus am Caputulum fibulae schmerzhaft. Nadelstiche wurden gut localisirt; am Fussrücken leichte Hyperästhesie.

Eine von Herrn Prof. Jolly angestellte elektrische Prüfung ergab Folgendes: faradische Reaction im Quadriceps rechts wie links bei mittlerer Stromstärke, nur sind die Contractionen links ausgiebiger. Im Biceps und Semimembranosus, sowie im Glutaeus maximus, nur bei den stärksten Strömen schwache Contractionen. Im Unterschenkel auch hiermit, weder vom Nerven noch vom Muskel aus, irgend eine Contraction zu erzielen.

Mit dem galvanischen Strom: Anfangserregbarkeit rechts wie links bei 5—6 M. A. — Links überall kurze Zuckung, rechts träge Reaction im Glutaeus maximus und in den Muskeln des Unterschenkels, was besonders bei höherer Stromstärke deutlich hervortritt. Am rechten Oberschenkel ist die Trägheit der Zuckung nicht evident. Rechts überwiegt die Anodenschliessung etwas häufiger als links.

Die Operation wurde am 28. Februar von Herrn Prof. Lücke ausgeführt. Der Nervus ischiadicus wurde bei seinem Austritt aus dem Becken in einer Länge von etwa 8 cm freigelegt. Er sah ganz normal aus. Auch fanden sich keine den Nerven umschnürende Schwielen oder Narben weder am Glutaeus noch im Bindegewebe. Dagegen erschien der Muskel auf der Schnittfläche auffallend hell und weiss gefleckt. Ein ausgeschnittenes Stückchen solchen weiss aussehenden Muskelfleisches zeigte unter dem Mikroskop das Bild vorgeschrittener wachsartiger Entartung.

Der Nerv wurde nun kräftig nach oben und unten gedehnt, dann in der Schnittwunde ein Drainrohr eingelegt und zugenäht.

Die Heilung erfolgte unter Zuckerverband ohne Zwischenfall. Die so heftigen neuralgischen Schmerzen waren schon nach einigen Tagen gänzlich verschwunden.

Versuche, die Lähmung und Atrophie der Beine durch Faradisation der Muskeln zu heben, wurden am 19. März begonnen, mussten aber bald aufgegeben werden, da jedesmal danach Schmerzen auftraten, die so heftig wurden, dass sie Morphium nöthig machten.

Am 20. April kam Patient wieder in die medicinische Klinik.

Er sah viel besser aus als früher und war im Ganzen besser genährt. Die Schmerzen waren verschwunden, Schlaf und Appetit gut, Stuhlgang geregelt. Leider aber hatten Lähmung und Atrophie des rechten Beins eher noch zugenommen. Auch war der rechte Arm schwächer und am Oberarm magerer geworden, als der linke. Obwohl Patient rechtshändig war, hatte doch die rechte Hand, die längere Zeit wenig gebraucht worden war, an roher Kraft eingebüsst; der Dynamometer wies rechts auf 45, links auf 55. Der rechte Oberarm hatte in der Mitte 23 cm., der linke 24 cm. Umfang. Der rechte Triceps war dünn und schlaff, sein Sehnenreflex kaum vorhanden, während er links lebhaft war, die voluntäre, faradische und mechanische Erregbarkeit waren übrigens erhalten.

Patient konnte die Bewegungen im rechten Hüftgelenk alle ausführen, am kräftigsten die Adduction und Flexion, schwächer die Abduction, Streckung und Rotation. Wurde das rechte Bein im Knie gestreckt, so leistete es bei passiver Beugung erheblichen Widerstand, wenn auch weniger als das linke, wurde es gebeugt, so war der Widerstand gegen passive Streckung ein minimaler. Active Bewegungen im Fussgelenk und in den Zehen des linken Fusses waren ganz unmöglich. Das Gelenk war schlaff. Brachte man den Fuss in Dorsalflexion, so fiel er losgelassen sofort wieder in eine leichte Equinovarusstellung zurück.

Der Umfang des Oberschenkels 25 cm. oberhalb des unteren Patellarandes mass rechts 27, links 31 cm. Ernährung und Tonus des Quadriceps und der Adductorengruppe des rechten Oberschenkels hatten wenig gelitten, dagegen waren die Waden- und Peronealmusculatur, die Muskeln an der Hinterseite des Oberschenkels und dem Hinterbacken atrophisch und schlaff. Nirgends bestanden Contracturen. Die passiven Bewegungen waren nicht schmerzhaft, aber der Druck auf die atrophischen Muskeln, besonders des Unterschenkels machte Schmerz.

Alle vom N. ischiadicus dexter versorgten und atrophirten Muskeln reagierten auch auf die stärksten und schmerzhaftesten faradischen Ströme nicht mehr, während die vom N. cruralis versorgten Muskeln gut erregbar waren. Auf starke galvanische Ströme (2 Störher'sche Batterien) reagierten die faradisch unerregbaren Muskeln mit sehr trägen Zuckungen und man bekam KSZ und ASZ bei gleichen Stromstärken, keine OZ. Am schwächsten war die Reaction ausgesprochen an der Peroneusgruppe, am leichtesten reagierte der Biceps femoris. Beklopfen des rechten Glutaeus erzeugte schwache langsame Contractionen, des linken keine. Der rechte Biceps war mechanisch erregbar, Semimembranosus und Semitendinosus, sowie die Muskeln am rechten Unterschenkel mechanisch unerregbar.

Der Patellarreflex war beiderseits lebhaft, der Achillessehnenreflex und Kitzelreflex fehlte beiderseits.

Druck auf den Ischiadicus und die bekannten Schmerzpunkte seiner Zweige war sehr empfindlich, ja schon das feste Anfassen des Fusses. Beim Druck auf die Austrittsstelle des Ischiadicus strahlte der Schmerz in das ganze Bein aus.

Trotz seiner Lähmung lernte Patient ganz leidlich in gewöhnlichen Schafstiefeln gehen und wurde auf sein Verlangen am 3. Mai entlassen.

Wir glauben uns nicht zu irren, wenn wir die Reihe der krankhaften Vorgänge, welche sich bei unserem Kranken abspielten, in folgender Weise auffassen.

Den Anfall, welcher sich bei dem jungen kräftigen Manne ohne andere nachweisbare Ursache als vielleicht einen Gemüths-affect unvermuthet einstellte, halten wir für einen ungewöhnlich schweren epileptischen. Demselben ging eine Aura, in Form von Schwere im Kopf und von Schlaftsucht voraus; den Beweis, dass Krämpfe mit Bewusstlosigkeit auftraten, liefert die schwere Bisswunde an der Zunge; auch die bekannten Nacherscheinungen:

vortübergehendes Auftreten von Eiweiss und Zucker, sowie von hyalinen Cylindern im Urin und darauf folgender Polyurie, fehlten nicht.

Während des epileptischen Comas entwickelte sich aus der Bisswunde die Glossitis und nahm die Myositis ihren Anfang. Letztere möchten wir, da sie als rein parenchymatöse verlief und ungeachtet ihrer Heftigkeit ohne Eiterbildung zur wachsigem Entartung führte, nicht einzig und allein aus der Quetschung, welche die Muskeln beim wiederholten Fallen erlitten hatten, herleiten, sondern zum Theil wenigstens auch mit der Zungenaffection in Zusammenhang bringen. Die verletzte Zunge hatte sich rasch mit dicken diphtheritischen, schnell nekrosirenden Massen bedeckt und ein mässiger Milztumor sich eingestellt. So mögen von der Zunge aus Infectionsstoffe in das Blut eingedrungen sein und statt einer leichten, einfachen, bald sich vertheilenden oder einer zur Eiterung führenden Muskelentzündung kam es an den gequetschten Muskeln zu dieser schweren parenchymatösen Form mit derbem umschriebenem Oedem, Quaddelbildung auf der Haut, und starker Geschwulst mit anscheinender Fluctuation. Freilich ist es uns nicht gelungen, in dem Blute aus den entzündeten Muskeln organische Keime irgendwelcher Art nachzuweisen und deshalb hat diese Auffassung nur den Werth einer unbewiesenen Hypothese.

Die Ischias mit der atrophischen Lähmung der vom N. ischiadicus versorgten Beinmusculation dürfte nicht aus einer Quetschung des Nerven mit nachfolgender Neuritis hervorgegangen sein, denn dann begriffe man nicht, dass die Symptome der Ischias erst am 8. Tage nach dem Anfall sich einstellten. Es ist uns wahrscheinlicher, dass sie aus dem sachte sich steigernden Druck hervorging, den die mächtig wachsende Muskelgeschwulst auf den Nerven an seiner Austrittsstelle aus dem Becken ausübte und dass es sich somit nicht um eine Neuritis durch Quetschung, sondern um eine Compressionsneuritis handelte. Bei der Blosslegung des Nerven erschien die Scheide unverändert, was sich auch besser mit der Annahme einer Compressions-, als einer Quetschungsneuritis vertragen dürfte.

#### Nachschrift.

Nach Beendigung dieses Aufsatzes erschien im Deutschen Archiv für klinische Medicin, Band XL, Seite 241, eine Abhandlung von R. Wagner: „Ein Fall von acuter Polymyositis“, worin das genauere Protokoll über den Sectionsbefund des oben citirten Falles aus dem Archiv der Heilkunde, 1863, Bd. 4, mitgetheilt wird (S. 255), auch eine kurze Krankengeschichte, die sich über denselben noch vorfand. Er war vom verstorbenen Professor Günther oder dessen Assistenten als eine Periostitis beider Oberarme angesehen worden. Beide Oberarme waren stark angeschwollen, ödematös, gegen Druck und bei Bewegung in den Ellenbogengelenken sehr empfindlich. Die Kranke litt an chronischer Lungentuberculose. In der blassgrauen Musculatur der Brust, des Bauches, Halses, der Ober- und Vorderarme Hämorrhagien. Die Muskelfasern theils fettig, theils wachsig entartet. Daneben zahlreiche diffuse, sehr kleine Herde von Eiterkörperchen und sehr reichliche Sarkolemmakerne.

In diesem Aufsatz findet sich ferner die ausführliche Mittheilung der neueren Beobachtung Wagner's von acuter Polymyositis, deren wir in der Nachschrift zu unserer Abhandlung über Pseudotrichinose gedacht haben. Wagner fasst diesen Fall als ein Beispiel acutester progressiver Muskelatrophie auf.