IV. Ein Fall von mechanisch verursachter Peroneuslähmung.

Von Dr. H. Popper in Posen.

Wenn auch, Dank der Vorsicht der heutigen Chirurgie, Nervenverletzungen bei operativen Eingriffen immer seltener werden, so sind es doch die uncontrollirbaren, nachträglichen Gewebsveränderungen innerhalb des Operationsfeldes, durch welche oft Nerven geschädigt werden. Wir kennen Nervenlähmungen durch Druck von Callusmassen, durch Einkeilung seitens abgesprengter Knochensplitter u. s. w. Wie unbedeutend diesen gegenüber eine derartige Gewebsveränderung aber nur zu sein braucht, um den Erfolg eines chirurgischen Eingriffs durch indirekte Folge einer schweren Lähmung zu entstellen, dafür ist folgender, eben deswegen vielleicht nicht ganz uninteressanter Fall, ein Beispiel.

Martha Sch., aus Mogilno, 12 Jahre alt, stets von blassem, schwächlichem Aussehen, erkrankte ohne nachweisbare Veranlassung an einer entzündlichen Affection des rechten Kniegelenks, die unter zunehmender Anschwellung, besonders der Kniekehle, und starken Schmerzen einherging. Dieselbe wurde als acuter Gelenkrheumatismus mit den einschlägigen Mitteln behandelt, aber ohne Erfolg. Gegen Ende der zweiten Woche zeigte die in der Kniekehle nachweisbare Fluctuation, dass ein Abscess vorlag. Die sofort gemachte Incision, welche eine ziemliche Menge Eiters zu Tage förderte, verlief in der Längsmediane der Kniekehle und machte behufs Drainirung eine Gegenöffnung an der Aussenseite, ungefähr 3 cm über dem Capitulum fibulae nothwendig. Der Wundverlauf war normal, dehnte sich aber sehr lange aus und fesselte die Kranke sechs Wochen ans Bett. Schon in der ersten Woche, beim ersten Verbandwechsel war bemerkt worden, dass an der Vorder-Aussenseite des Unterschenkels, am Fussrücken und dem grössten Theil der Zehen die Berührungsempfindlichkeit herabgesetzt war. Nach definitiver Verbandabnahme wurde ausser dieser Sensibilitätsstörung eine derartige motorische Schwäche des ganzen rechten Beines constatirt, dass Gehen unmöglich war.

Um diese Zeit sah ich die Patientin zum ersten Mal und erhob folgenden Befund: Die Kranke wurde getragen. Am Ober- wie am Unterschenkel fiel eine bedeutende Muskelatrophie auf, von mehr als 3 cm Differenz gegen links. Hinsichtlich der Motilität bestand vollständige Lähmung in sämtlichen vom N. peroneus versorgten Muskeln in ganz charakteristischer Weise. Die Tibialismuskulatur war hochgradig paretisch; auch die Oberschenkelmuskulatur wies nur minimale Bewegungs- und Kraftentwicklung auf. Die Sensibilität war normal, bis, wie erwähnt, auf das Peroneusgebiet, wo eine Sensibilitätsherabsetzung für sämtliche Gefühlsqualitäten bestand, welche vom Unterschenkel nach den Zehen hin zu vollständiger Anästhesie sich steigerte. Die elektrische Untersuchung ergab im Tibialisgebiet sowie am gesammten Oberschenkel nur eine quantitative Er-

regbarkeitsverminderung für beide Ströme, entsprechend der bestehenden Atrophie; im Peroneusgebiet vollständige EAR. Wir hatten es also mit einer degenerativen Peroneusparalyse zu thun, die wohl, bei der Lage der Drainageöffnung, einem nicht näher zu präzisierenden Trauma bei der Operation ihre Entstehung verdankte; die Funktionsunfähigkeit der Oberschenkel- ebenso der Tibialismuskulatur konnte nur Folge der Inaktivität und hochgradigen Atrophie sein, da in sensibler Beziehung hier keine Spur einer Störung vorhanden war.

Die entsprechende Massage- und elektrische Behandlung brachten innerhalb einiger Wochen in der Oberschenkel- und Tibialismuskulatur auffallende Besserung; im Peroneusgebiet konnte selbst nach sechs Wochen kein Fortschritt verzeichnet werden. Während Patientin schon kurze Strecken gehen konnte, waren es die Symptome der Peroneuslähmung, die nach wie vor bestanden. Die Annahme, dass die bestehende tiefe Leitungsunterbrechung im N. peroneus vielleicht eine anatomische Continuitätstrennung zum Grunde habe, wurde immer wahrscheinlicher und liess eine erneute Incision notwendig erscheinen, um ev. durch Naht die Vereinigung wieder herzustellen. Die Incision wurde entsprechend dem Verlaufe des N. peroneus in der Kniekehle gemacht und, als dieser freigelegt, in schräger Richtung nach dem Capitulum fibulae verlängert: Der Nerv war nicht durchtrennt, aber 2 cm oberhalb des Capitulum fibulae verlief ein bindegewebiger, nur 1 mm starker, scharfer Strang schräg über den Nerven hin und quetschte denselben gegen seine feste Unterlage derart, dass unterhalb desselben der Nerv verdünnt erschien, oberhalb desselben verdickt und unmittelbar über demselben sogar ampullenartig aufgetrieben. Dass eine wirkliche Einklemmung des Nerven stattfand, wurde noch deutlicher, als der Strang durchschnitten, und seinem schrägen Verlaufe entsprechend eine deutliche Einkerbung am Nerven sichtbar wurde. Mit der Durchtrennung dieses Stranges war die Operation vollendet. Der Wundverlauf wurde durch ein idiosynkrasisches Jodoformekzem verzögert. Aber die darauf eingeleitete Behandlung mit dem constanten Strom quer durch die lädierte Peroneusstelle brachte zusehends Besserung, in motorischer, sensibler und trophischer Beziehung, und schliesslich Heilung.

Nicht als geheilte traumatische, degenerative Lähmung an sich, sondern des unbedeutenden Bindegewebssträngchens wegen, das so schwere Folgen haben konnte, ist der Fall vielleicht einiger Beachtung werth.