

VII. Narkosenlähmung des Nervus cruralis.¹⁾

Von Dr. Karl Gumpertz in Berlin.

Isolierte Lähmungen im Gebiete des Nervus cruralis sind ziemlich selten. Am häufigsten sieht man sie noch im Gefolge des chronischen Alkoholismus (Moeli),¹⁾ nach acuten Infektionskrankheiten, wie Typhus und Diphtherie (Fritz,²⁾ Bernhardt³⁾ und bei Zuckerharnruhr; bei letzterer ist aber meist der Nervus obturatorius an der Paralyse beteiligt (Bruns).⁴⁾

Von traumatischen Einflüssen kommen zunächst direkte Verletzungen durch Hieb, Stich oder Schuss in Betracht. Erb⁵⁾ berichtet auch über Cruralislähmungen nach Fracturen und Luxationen der Oberschenkel- und Beckenknochen, nach Entzündungen und Tumoren im Bereiche des Beckens, sowie nach Psoasabscess. Bernhardt⁶⁾ beobachtete einige Male Lähmung der Unterschenkelstrecker nach Ueberanstrengung der Beine (Emporsteigen und Tragen schwerer Lasten).

Der ungewöhnlichen Aetiologie halber will ich folgenden, von mir behandelten Fall mittheilen.

Frau Gr., 33 Jahre alt, Kellnersehefrau, litt an Retroflexio uteri und unterzog sich deshalb einer Operation, welche am 3. Mai d. J. ausgeführt wurde. Zu ihrer Lagerung kam der Säger'sche Beinhalter zur Anwendung, und Patientin meint, dass derselbe über dem rechten Knie besonders gedrückt habe.

Schon am nächsten Tage hatte sie heftige Schmerzen an der Innenseite des rechten Oberschenkels, welcher geschwollen gewesen sein soll; das ganze rechte Bein kam ihr taub vor. Etwa vierzehn Tage später sollte sie aufstehen und in den Operationssaal gehen; sie war aber nicht imstande, mit dem rechten Fuss aufzutreten.

Am 30. Mai suchte sie meine Poliklinik auf. Stehen konnte sie nur mit stark gebeugtem rechten Knie und gesenktem Becken. Ganz eigenthümlich war ihr Gang: das rechte Bein wurde im Knie gestreckt gehalten, die Beugung des Oberschenkels blieb aus; das in der Hüfte abducirte Bein wurde in ziemlich weitem Kreisbogen nach aussen und vorn rotirt.

Auf das Sopha gelegt, kann sie das gestreckte Bein so gut wie gar nicht erheben; die Streckung des Unterschenkels wird nur mit ganz geringer Kraft ausgeführt und ergiebt eine minimale Locomotion. Bei passiven Bewegungen besteht kein Widerstand, aber es tritt vermehrter Schmerz und Zittern ein. Die Abduction und Adduction der Oberschenkel, die Bewegungen der Füße und Zehen sind frei und beiderseits von gleicher Kraft. Die active und passive Beugung des rechten Unterschenkels ist in Rückenlage, bei gestrecktem Bein schlecht ausführbar, weil sich sofort heftige, bis in die Leistenbeuge ausstrahlende Schmerzen einstellen. Lässt man dagegen die Kranke sitzen, bringt die Unterschenkel in halbe Streckstellung und fordert die Patientin auf, trotz ausgeübten Gegendruckes die Knie zu beugen, so geschieht dies beiderseits mit gleicher Kraft.

Der Stamm des Nervus cruralis und der Nervus saphenus maior sind in ihrem ganzen Verlaufe enorm druckempfindlich.

Stiche fühlt Patientin überall; die Schmerzempfindung ist links etwas stärker.

Pinselberührungen werden in der Mitte des Oberschenkels, sowie an der Innenseite des ganzen Beines nicht wahrgenommen.

Die Temperaturempfindung tritt am Oberschenkel verspätet ein; an der inneren Seite des Unterschenkels und des Fussrückens wird kalt und warm blos als „angertührt“ bezeichnet.

Der Patellarreflex ist links sehr lebhaft, rechts herabgesetzt.

Die faradische und galvanische Erregbarkeit ist für den rechten Nervus cruralis bei indirekter und intramuskulärer (M. quadriceps und sartorius) Reizung gegenüber der linken Seite stark herabgesetzt; Zuckungsträgheit besteht nicht.

Patientin giebt an, dass ihr rechter Schuh zu weit geworden sei; das rechte Bein sieht allerdings magerer aus; eine deutliche Verschmälerung ist aber durch das Bandmaass nicht festzustellen.

Zwei Tage später ist keine Sensibilitätsstörung mehr nachzuweisen; nur sind die Hautreflexe links bei Stichen und Wärmereiz deutlicher. Die Schmerzhaftigkeit lässt schon nach, auch der Gang wird besser, indem der Unterschenkel ein wenig gebeugt werden kann. Wie es scheint, nimmt auch der Patellarreflex rechts zu.

Die Lähmung des M. ileopsoas und quadriceps femoris (ob der Sartorius functionirt, ist schwer zu entscheiden), die anfänglich deutliche Sensibilitätsstörung im Gebiete der Nervi cutanei femoris medius, saphenus minor und maior, die Druckempfindlichkeit des letzteren und des Cruralis-stammes, der einseitig herabgesetzte Patellarreflex und die im Gebiete des rechten Beinnerven verminderte elektrische Erregbarkeit stellen die Diagnose einer isolirten Neuritis cruralis sicher.

Ich möchte auf ein hier hervortretendes, wahrscheinlich auch der Cruralneuralgie zukommendes Phänomen hinweisen: die bei brücker Kniebeugung auftretende Schmerzhaftigkeit des Nerven, welche bei Streckung nachlässt. Gerade das Umgekehrte zeigt sich bekanntlich bei Ischias. Wahrscheinlich ist die mechanische Dehnung des Nerven hier wie dort Ursache der Schmerzempfindung.

Nach Angabe des behandelnden Gynäkologen wurde an Frau Gr. die Vaginofixation des Uterus ausgeführt. Die Narkose dauerte $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Stunde; während derselben war das in der oben beschriebenen Weise eingeschnallte Bein so an Operationstische befestigt, dass der Oberschenkel sich in extremer Hüftbeugung befand. Der Beinhalter reichte nur etwa handbreit über das Knie; von einem durch diesen ausgeübten Druck kann also nicht die den ganzen Cruralis treffende Neuritis herrühren.

¹⁾ Nach einer Demonstration in der Sitzung der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vom 10. Juni 1895.

Bekanntlich hat Braun⁷⁾ die Bezeichnung „Narkosenlähmung“ eingeführt für Paralysen des Plexus brachialis, welche infolge starker Hyperextension oder Abduction des Armes (zum Zwecke des Pulsfühlers) bei Operationen entstehen. Nach der jetzt fast allgemein anerkannten Theorie Büdinger's⁸⁾ sind solche Lähmungen auf Compression des Armgeflechts zwischen Clavicula und erster Rippe zurückzuführen.

In unserem Falle ist eine analoge Entstehung der Neuritis nicht denkbar; dagegen erleiden bei der extremen Beugung des Oberschenkels die Muskeln desselben, sowie der Iliacus internus und Psoas maior eine starke Quetschung, umsomehr, da sie sich wegen der Narkose nicht contrahiren können. Dorsal- und ventralwärts lastet der Druck der zusammengedrängten Muskelmassen auf dem Nervus cruralis, vielleicht ist dies die Ursache seiner Erkrankung. Ich habe die Affection „Narkosenlähmung“ genannt, weil sie — ebenso wie die Paralyse des Armgeflechts — sich an eine zum Zwecke der Operation in Narkose gewählte Lagerung anschloss.

Litteratur.

1) Moeli, Statistisches und Klinisches über Alkoholismus. Charité-Annalen 1884, IX, S. 524. — 2) Fritz, *ibid.* 1878, V, S. 255. — 3) Bernhardt, Virchow's Archiv 1878, Bd. XCIX, S. 404. — 4) Bruns, Berl. klin. Wochenschr. 1890, No. 30. — 5) Erb, Krankheiten der peripherischen cerebrospinalen Nerven. Ziemssen's Handbuch 1874. — 6) Bernhardt, Elektrotherapie 1884, S. 481, *idem*, Die Krankheiten der peripherischen Nerven I, 1895, S. 397. — 7) Braun, Deutsche med. Wochenschr. 1894, No. 3. — 8) Büdinger, Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie 1894, XLVII, 1.