VI.

(Aus der Klinik für Nervenkrankheiten der St. Wladimir-Universität
zu Kiew. Direktor: Prof. M. N. Lapinski.)

Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica anterior (Roth).

Von

W. Lasarew,

Assistenzarzt.

(Mit 1 Abbildung.)

Die Meralgia paraesthetica ist als bestimmter im Gebiet des Nervus cutaneus femoris externus zur Beobachtung gelangender Symptomenkomplex zuerst von Roth beschrieben worden, von dem auch der oben erwähnte Name herrührt.¹⁾ Die Mer. paraesth., die in Schmerzen des Oberschenkels besteht (Meralgia kommt von *μῆρος* Oberschenkel und *ἄλγος* Schmerz her), unterscheidet sich von der gewöhnlichen Neuralgie durch folgende Besonderheiten:

1. Auftreten der Schmerzen nur beim Gehen oder Stehen.
2. Dadurch, dass im klinischen Bilde Parästhesien (Vertauben, Brennen, Ameisenlaufen u. dgl. m.) in den Vordergrund treten.
3. Herabminderung der Sensibilität in dem Verbreitungsgebiete des Nerven.

Wie oben gesagt, ist Mer. paraesth. von Roth²⁾ monographisch für den Nervus cutaneus femoris externus beschrieben worden (unter dem Namen Meralgia paraesthetica externa); bei der ausführlichen Schilderung des meralgischen Symptomenkomplexes des Nervus cutaneus femoris externus erwähnt Roth jedoch flüchtig den genannten Symptomenkomplex auch im Gebiete der vorderen Hautäste des Nervus cruralis: „Eine Ausnahme bilden vielleicht die vorderen Hautäste des Nervus cruralis; ich habe 2—3 Fälle von Mer. paraesth. anterior gesehen.“³⁾

1) Fast gleichzeitig mit Roth hat Bernhardt (Neurol. Zentralbl. 1895, Nr. 6) denselben Komplex von Erscheinungen im Bereich des N. cutaneus femoris externus beschrieben.

2) Roth, Meralgia paraesthetica. Berlin 1895.

3) Ich zitiere (weil Roths Monographie mir nicht zur Verfügung stand)

Während die Mer. paraesth. ext. die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich gezogen, und in der Literatur diese Fälle bereits nach Hunderten zählen (vgl. Brisard, Dissertation, Paris 1900; Schlesinger, Zentralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, Bd. 3 Nr. 7; Neurologisches Zentralblatt und Schmidts Jahrbücher für die Jahre 1895 ff.), ist die Mer. paraesth. anterior, d. i. der meralgische Symptomenkomplex im Gebiete des Nervus cutaneus femoris medius (vom Nervus cruralis), soweit mir bekannt, nur 3mal beschrieben worden, und zwar von Escat¹⁾, Joncherai²⁾ und Neisser u. Pollack³⁾. Wir kommen auf diese Fälle noch nach der Besprechung des unserigen zurück.

Patientin N., 28 Jahre alt, trat am 20. April des Jahres 1902 in die Klinik ein. Sie datiert ihre Krankheit vom Januar 1902. Sie fühlte im vorderen Teile des Oberschenkels „einen eigentümlichen Schmerz, gleich als wenn Tausende von Nadeln sie stächen, dazu Vertaubtsein und unangenehmes Brennen“. Anfänglich stellte sich der Schmerz nur beim Bergaufsteigen ein. Trotz heftiger Schmerzen hörte sie nicht auf zu gehen, viel zu stehen, hohe Treppen zu steigen. Nach 1½ Monaten wurde der Kranken das Gehen sehr beschwerlich, sie wandte sich an einen Arzt, der ihr anriet, sich zu erholen und das Bein zu massieren.

Nach 3wöchentlicher Erholung tritt bereits beim ersten Versuch, eine Anhöhe zu ersteigen, derselbe Schmerz auf. Patientin sieht sich genötigt, „zur weiteren Erholung“ erst ein Krankenhaus aufzusuchen um sodann Schlambäder in Saki⁴⁾ zu brauchen. Im Herbst, 2 Monate nach der Rückkehr aus Saki, erneutes Auftreten der Schmerzen „im vorderen Teile der Oberschenkelmuskeln“; der Schmerz war sehr quälend und „brachte die Kranke zur Verzweiflung, da sie genötigt war, den Besuch der Malschule ganz aufzugeben“. (Die Patientin war Malschülerin und ihre Schule befand sich auf der Höhe einer Terrainsteigung.) Anfang 1903 machte sie wieder einen Versuch, ihre Arbeit aufzunehmen, „sie war jedoch nur zu bald gezwungen, diesen Gedanken auf lange hinaus aufzugeben und ihr Bein gründlich zu kurieren“.

nach Neisser-Pollack, „Beitrag zur Kenntnis der Roth-Bernhardttschen Meralgie und ihrer operativen Behandlung“. Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. X. 1902, S. 453.

1) Escat, Un cas de meralgie parasthétique de Roth. Revue neurologique. 1895, Nr. 20.

2) Zit. nach Neisser-Pollack l. c.

3) l. c.

4) An der Südküste der Krim gelegener Kurort (Sol- und Schlambad).

Die Kranke weilte noch wiederholt in Eupatoria am Liman¹⁾, verbrachte wieder mehrere Monate im Krankenhaus. „Meine Arbeit, jede Tätigkeit hatte ich aufgeben müssen, und den Gedanken an freie Fortbewegung hatte ich endgültig aufgegeben.“ — Im Frühling des Jahres 1906 glaubte Patientin bedeutend gebessert zu sein, doch im Herbst erwies es sich, dass sie vor Schmerzen im „Muskelfleisch“ und

Fig. 1.

im vorderen Teil des Oberschenkels nicht instande war, zu gehen: „Sowohl diese als jene Erscheinung trat bei der geringsten Ermüdung auf, obschon die Kranke sehr wenig ging.“

Auf meine Bitte zeichnete die Patientin (Male-rin) noch vor der Untersuchung das Gebiet, auf das sich bei ihr die Empfindung von Vertaubtsein und Brennen erstreckte, auf. Dieser Bereich entspricht der Verbreitung des Nervus cutaneus femoris medius (vgl. Figur).

Bei der objektiven Untersuchung lässt sich weder von seiten der Reflexe (der Sehnen- und Hautreflexe, der Reflexe der Rachenschleimhaut, der Conjunctiva des Auges), noch von seiten der Muskelkraft oder der inneren Organe irgend welche Abweichung von der Norm feststellen.

Die Untersuchung der Sensibilität ergibt Herabminderung der Schmerzempfindlichkeit, der taktilen und thermischen (Kälte, Wärme), in dem fast auf ein Haar dem oben angegebenen (Nervus cutaneus femoris medius) entsprechenden Bereiche.

Bei Druck auf das Gefäßnervenbündel in der rechten Leistengegend 3 Finger breit unterhalb des Ligam. Poupartii heftige Schmerzempfindlichkeit; in der linken Inguinalfalte wird solches nicht beobachtet; im ersteren (rechten) Bereiche lässt sich im Verlaufe des Stranges eine Reihe von rosenkranzförmigen Gebilden palpieren; offenbar sind das kleine Drüsen, die bei Druck schmerzen.

Das linke Bein der Patientin ist im Kniegelenk (nach tuberkulöser Gonitis) ankylosiert; Plattfuß besteht nicht.

Die Untersuchung der Sensibilität der beiden Nn. cutanei fem. ext. ergibt vollkommenes Erhaltensein derselben.

Bezüglich der Diagnose können in unserem Falle keinerlei Zweifel bestehen. Das Vorhandensein von Schmerzen bei Bewegungen, das Fehlen derselben im Zustande der Ruhe, das Bestehen von Par- und

1) Schwarzmeerlagune bei Odessa.

Hypästhesien — bildet den typischen, für Meralgie charakteristischen Symptomenkomplex. Besonders interessant erscheint der Fall durch seine Reinheit: es besteht nämlich neben Mer. n. cutan. fem. medii keine Mer. n. cut. fem. ext., während in allen obenerwähnten Fällen beide Formen von Meralgie nebeneinander bestanden.

Escat¹⁾ und Joncherai²⁾ halten für am meisten wahrscheinlich, dass der Symptomenkomplex im Gebiet des N. cut. med. durch die Verbreitung von Ästen des N. cut. fem. ext. auch auf die Vorderfläche des Oberschenkels bedingt sei. In der Tat ist anatomisch die Tatsache genau festgestellt, dass vom N. cut. fem. ext. auch der in der Regel vom N. cut. fem. med. innervierte Bereich — falls der letztere Nerv rudimentär geblieben — kompensatorisch innerviert wird. In solchem Falle hat jedoch die Mer. ext. begleitende Mer. anterior kein Recht auf eine selbständige Existenz, da letztere nur als eine besondere Spielart der Mer. ext. bei anomal verbreiteten Ästen des N. cut. fem. ext. erscheint. Der Neisser-Pollacksche Fall ist, wie bereits erwähnt, gleichfalls ein kombinierter; wie man jedoch aus der genauen Schilderung desselben ersieht, ist die Mer. ant. völlig unabhängig von der Mer. ext. Wir geben hier eine kurze Beschreibung des Falles, der übrigens auch noch aus dem Grunde bemerkenswert erscheint, weil er durch operativen Eingriff geheilt wurde.

Ein 18jähriger Gärtner leidet seit 2 Jahren an starken Schmerzen im Oberschenkel; dieselben sind von brennendem Charakter; ausserdem besteht ein Gefühl von Vertaubtsein auf der Vorderfläche des Oberschenkels; im Ruhezustande verschwinden die Schmerzen und Parästhesien; objektiv besteht Hypästhesie im Gebiet des N. cut. fem. ext. und des N. cut. fem. medius; Druck auf die Inguinalfalte schmerzhaft; unter dem Poupartschen Bande einige vergrößerte Drüsen. Die Operation (Dr. Lichtenauer) beginnt mit der Blosslegung des Gefässnervenbündels unmittelbar am Poupartschen Bande und der Entfernung eines grösseren dem Nerven aufsitzenden Lymphgefässknötens; gleichzeitig werden die übrigen Knötchen beiseite geschoben. Indem er mit dem Finger dem Verlaufe des N. cruralis folgte und denselben gleichzeitig von dem Gefässbündel freimachte, gelangte der Chirurg unter das Poupartsche Band in den Zwischenraum zwischen dem Nerven und dem Ligam. ileo-pectineum. Dabei erwies es sich, dass das Ligam. Poupartii mit seinem scharfen unteren Rande einen starken Druck auf den Nerven ausübte. Der Rand des genannten Bandes wurde daher inzidiert; beim Hindurchschieben des Fingers zwischen Nerv und Lig. ileo-pectineum wird nun kein Druck mehr fühlbar.

1) l. c. 2) Zit. nach Neisser-Pollack.

Bei Besichtigung des Nerven lässt sich an ihm weder Verdickung, noch Abschnürung, noch auch vaskuläre Injektion beobachten. Heilung per primam. Nach der Operation verschwanden der Schmerz und die Vertaubung, die vom Kranken vorn am Oberschenkel lokalisiert wurden, während beide Erscheinungen auswärts (lateral) bestehen blieben; die Hypästhesie verschwand gleichfalls vorn, bestand aber auswärts (lateral) fort, mit anderen Worten — der meralgische Symptomenkomplex war aus dem Gebiet des N. cut. fem. med. verschwunden, bestand aber in dem des N. cut. fem. lateralis weiter fort; nach 2 Monaten schwand auch die Meralgie des letzteren Nerven.

Aus seinem Falle schloss der Autor mit gutem Recht, dass Meralgie als Folge eines mechanisch-irritativen Zustandes des Nerven auftreten kann, der durch Druck von seiten des Lig. Poupartii hervorgerufen wird. Der Erfolg der Operation, der sich zu allererst am N. cut. med. offenbarte, ist selbstverständlich, einer Erklärung bedarf nur die günstige Einwirkung der Operation auf den N. cut. fem. ext. — Es ist möglich, dass im Neisser-Pollackschen Falle auch der N. cut. ext. unter dem Poupartischen Bande lag (was mitunter beobachtet wird) und infolge des allmählichen Erschlaffens dieses letzteren (nach der Inzision) dem Drucke von oben her nicht mehr ausgesetzt war. Es liegt auch die Möglichkeit vor, dass die veränderten Spannungsverhältnisse, die in dem gesamten Bandapparate eingetreten waren, auf den N. cut. ext. nicht so unmittelbar eingewirkt haben könnten, sondern infolge der Erschlaffung des Lig. ileo-tibialis; das letzterwähnte Band spannt jenen fibrösen Kanal, der in der Fascia lata eine Art von Scheide für den in Rede stehenden Nerven bildet.¹⁾

Bekanntlich spricht Roth als Ursache der Mer. paraesth. ext. die Kompression des Nerven an, welche seinen anatomischen Untersuchungen zufolge leicht an folgenden Stellen²⁾ eintreten dürfte: 1. an seiner Austrittsstelle unter dem M. psoas hervor, 2. an seiner Umbiegungsstelle bei der Spina ant. sup., 3. im fibrösen Kanal in der Fascia lata, 4. an seiner Austrittsstelle aus dem Kanal auf der äusseren Oberfläche der Fascie. Die Häufigkeit der Meralgie bei Plattfuss — ein Faktum, dem viele Autoren³⁾ Beachtung schenkten — spricht gleichfalls zugunsten der von Roth ausgesprochenen mechanischen Anschauung. Für dieselbe spricht auch die Häufigkeit der Meralgie bei im übrigen vollkommen gesunden jungen Leuten und bei Leuten, die ihrer Berufsbeschäftigung nach viel auf den Füßen stehen (Fleischer, Musikanten),

1) Endlich lässt sich noch eine Verminderung der Venenstauung annehmen, die den anomalen Zustand des Nerven verursacht haben könnte.

2) Vgl. Neisser-Pollack S. 454.

3) Vgl. Pal, Wiener medicin. Wochenschr. 1901. Nr. 14.

sowie bei solchen, die dasselbe aus Liebhaberei tun, wie z. B. Touristen und Habitués der Bildergalerien und Museen.

In unserem Falle wird das Leiden der Patientin aller Wahrscheinlichkeit nach durch Kompression des Nerven in dem Gefäßsbündel von seiten der Drüsen hervorgerufen. Der Kranken wurde die Operation — deren Plan durch die im Neisser-Pollackschen Falle gemachten Erfahrungen vorgezeichnet erschien — vorgeschlagen. Man beabsichtigte das Bündel zu eröffnen, die Drüsen zu entfernen, unter dem Band hinauf vorzugehen und im Falle eines von diesem ausgeübten Druckes eine Inzision desselben vorzunehmen. Die Kranke konnte sich aber nicht zur Operation entschliessen und zog vor, wieder nach Eupatoria zu gehen, wo sie aller Wahrscheinlichkeit nach auch dieses Mal keine Heilung gefunden.

Wenn man die *Mer. paraesth. anterior* als selbständiges, von einer Erkrankung des *N. cut. ext.* unabhängiges Leiden gelten lässt (und dazu berechtigt uns der Neisser-Pollacksche Fall und in noch höherem Masse der unserige), so ist nicht ganz verständlich, warum denn von dem Bestande der sensiblen Nerven des *N. femoralis* nur allein der *N. cut. med.* betroffen wird, während *N. cut. internus* und *N. saphenus* verschont bleiben. Es hält schwer, eine völlig befriedigende Erklärung zu finden. Am wahrscheinlichsten erscheint die Annahme, dass die beiden letztgenannten sensiblen Nerven im Stamme des *N. cruralis* am tiefsten liegen und den Lageverhältnissen nach der Einwirkung eines bestehenden Druckes (von seiten des Poupartschen Bandes, der Drüsen u. a. m.) wenig zugänglich sind.

Die in Gemeinschaft mit *Mer. ext.* auftretende *Mer. paraesth. anterior* ist — wenn wir die Escatsche Erklärung gelten lassen — im wesentlichen, wie bereits oben gesagt, natürlich keine selbständige Krankheitsform, sondern nur eine Abart der *Mer. paraesth. ext.* — Das gleichzeitige Auftreten der in Gemeinschaft erscheinenden Meralgien kann aber auch anders erklärt werden, und zwar kommt — wie die Untersuchungen Schmidt's gezeigt haben — der *N. cut.* in fast 6% in einem gemeinsamen Stamme mit dem *N. femoralis* unter dem Poupartschen Bande hervor und geht erst später vom letztgenannten Nerven ab.¹⁾ Es ist nun ganz natürlich, dass ein Druck auf den gemeinsamen Stamm zu einer Meralgie beider Hautnerven führen kann. Ob die kombinierte Meralgie gerade solchen Ursprungs ist, wird sich aus den weiteren Forschungen ergeben, sobald sich die Aufmerksamkeit der Forscher dieser Möglichkeit zuwendet.

1) Bernhardt, Die Erkrankungen des peripheren Nervensystems. Wien 1898. S. 345.