Zoster femoralis im Anschluss an eine intramuskuläre Salicylquecksilber-Injection.

(Nach einer auf der Heidelberger Naturforscherversammlung gemachten Mittheilung.)

Von

Dr. Karl Touton in Wiesbaden.

Meine Herren! In der letzten Zeit mehren sich die Mittheilungen über leichtere und schwerere Complicationen bei subcutanen und intramuskulären Quecksilberinjectionen, besonders derer mit unlöslichen Salzen.

Neben den giftigen Allgemeinwirkungen — Quecksilbererythemen, Stomatitis, Salivation, Ulcerationen der Mundhöhle, Dysenteria mercurialis mit gutem und schlechtem Ausgange — sind in einzelnen Fällen mehr die localen, mechanisch-chemischen Wirkungen — schmerzhaftes Infiltrat und Abscesse — sowie die mechanischen Effecte in entfernten Körpertheilen — Lungenarterienembolien mit Infarctbildung — in den Vordergrund getreten.

Eine, wie ich glaube, bis jetzt noch nicht erwähnte Folgeerscheinung beobachtete ich im Anschluss an eine intramuskuläre Salicylquecksilberinjection.

Ein 29jähriger, sehr gesund aussehender, wohlgenährter, im Herbst 1887 mit Lues infecta Kaufmann machte in Wiesbaden unter meiner Leitung eine Sicherheitscur ohne momentan vorhandene Erscheinungen durch. Aus gewissen Gründen entschloss ich mich entgegen meiner sonstigen Gepflogenheit zu Injectionen und zwar mit Salicylquecksilber, von denen je eine am 10., 15., 20., 25. und 29. Juli d. J. in die Musculatur des Gesäßes ge-

macht wurde. Mischung, Stärke und Technik schlossen sich genau an Neisser's Vorschrift an. Von der 1., 2., 4. und 5. Injection ist nichts zu berichten, als dass sie Infiltrate von wechselnder Grösse mit verschieden starkem Schmerz, welcher 2—3 Tage anhielt, verursachten.

Die dritte Injection wurde am Vormittag des 20. Juli links gemacht. Die Einstichstelle lag — mit dem Bandmass über die Rundung des Gesässes gemessen — 15 Ctm. nach rückwärts und 8 Ctm. tiefer als die Spitze des Trochanter major. Am Nachmittag bemerkte Patient eine lähmungsartige Schwäche in der linken Gesässmuskulatur, ferner einen drückenden und stechenden Schmerz in der Gegend. Derselbe zog sich schräg nach oben gegen das Kreuzbein und die unteren Lendenwirbel und schnitt genau in der Mittellinie ab, wovon sich Patient wiederholt durch Druck überzeugte, ein Umstand, der ihm selbst sehr auffallend war. Am 22. Juli war dieser Schmerz geschwunden.

Am 21. Juli Abends trat vorne und aussen am linken Oberschenkel ein leicht juckender Ausschlag auf, der bis zum 25. Juli, wo ich ihn zuerst sah, bereits etwas zurückgegangen sein soll. An diesem Tage war in der Tiefe der linksseitigen Glutäalmuskulatur ein schwaches, nicht scharf begrenztes, schmerzloses Infiltrat fühlbar. Vorne und aussen am linken Oberschenkel, 17 Ctm. unterhalb der Spina ant. sup. beginnend, präsentirte sich eine im Ganzen 6 Ctm. lange, 4 Ctm. breite, mit dem grössten Längsdurchmesser etwas schräg von aussen oben hinten nach innen unten vorne gerichtete Gruppe lebhaft rother, derber Knötchen, von denen einzelne sich wieder zu kleineren, dichteren Gruppen vereinigten. Solche Gruppen liessen sich, wie Sie auf dieser Skizze sehen, etwa drei unterscheiden. Unter gleichgrosse, ungefähr halbhanfkörnig-grosse Efflorescenzen waren kleinere, nur stecknadelkopfgrosse gemischt. Bläschen waren keine vorhanden. Am 27. Juli dasselbe Bild, am 29. Juli waren einzelne Knötchen etwas flacher. Ueber der ganzen Gruppe finden sich jetzt zwei kleine, blassblaue Sugillationen. An demselben Tage reiste Patient nach Beendigung seiner Cur ab, ohne bis jetzt seinem Versprechen, über die vollständige Abheilung zu berichten, nachgekommen zu sein.

Die Diagnose eines Zoster femoralis abortivus war hier

unzweifelhaft, der Zusammenhang mit der, ganz eigenthümliche, aufsteigende, in der Mittellinie scharf abscheidende Schmerzen verursachenden Injection nicht wohl von der Hand zu weisen.

Es wird sich nur die Frage erheben, ob wir es mit einem durch directes Trauma eines kleineren peripheren Nerven entstandenen Zoster oder mit einem reflectorischen Zoster traumaticus zu thun hatten.

Die Stelle, wo der Zoster sass, fällt deutlich in das Gebiet des dem Plexus lumbalis entstammenden Nervus cutaneus femoris lateralis. Die Injectionsstelle lag wohl kaum mehr im Gebiete des ebenfalls dem Plexus lumb. angehörenden Nervus ileo-hypogastricus, dessen Ramus iliacus sich allerdings in der Haut der äusseren Gesässpartien verliert, sondern vielmehr in dem des dem Plexus sacralis angehörenden Nerv. cut. fem. posterior respective in dem der Gesässmuskelnerven. Vollständig ausschliessen lässt sich ein directes Trauma des das Zostergebiet versorgenden Nerven nicht, da sich ja durch die mühsamen Präparationen von Voigt gezeigt hat, wie häufig die peripheren Verästelungsgebiete benachbarter Hautnerven ineinander greifen. Andererseits findet aber die Annahme eines reflectorischen Zoster eine Stütze in den von der Injectionsstelle bis zur Mitte des Kreuzbeines aufsteigenden Schmerzen, welche dem Ausbruch des Zoster vorausgingen. Ich erinnere hier an den von Jewel beobachteten Zoster cruralis bei einer schweren Uteruserkrankung, welcher sich sammt den intensiven Neuralgien mit Nachlass der Genitalaffection zurückbildete und vom Autor als Reflexzoster aufgefasst wurde. Diese Annahme ist in unserem Falle um so berechtigter, als die primäre Läsion und der Zoster zwei Nervengebieten angehören, deren Plexus durch die weitgehendsten Communicationen zusammenhängen.