Aus der Chirurgischen Universitätsklinik in Königsberg i. Pr.
(Direktor: Prof. Kirschner.)

Isolierte Axillarislähmung bei Spondylitis cervicalis tuberculosa mit kaltem Abszeß.

Von Dr. Erwin Baumann, Assistent der Klinik.

Eine isolierte Axillarislähmung, bedingt durch einen kalten Abszeß bei Spondylitis cervicalis, dürfte ein seltenes Ereignis sein. Wir möchten deshalb den interessanten Fall hier kurz mitteilen:

Fritz B., 17 Jahre, aus W. Eintritt am 15. Mai 1917. Aus der Anamnese ergibt sich folgendes: Die Eltern sind gesund. Patient war bisher nie krank. Vor etwa sechs Wochen stellte sich in kurzer Zeit eine mäßige Steifigkeit im Nacken ein, ohne daß dabei Schmerzen empfunden wurden. „Seit vier Wochen ist der linke Arm im Schultergelenk lahm.“ Vor 14 Tagen trat an der linken Halsseite eine harte Schwellung auf.

Befund: Mittelgroßer Junge in mittlerem Ernährungszustand. Ueber der rechten unteren Lungenhälfte ist verkürzter Klopfschlag nachweisbar. Dasselbst besteht verschärftes, fast bronchitisches Atemgeräusch, ohne Rasselgeräusche. Kein Sputum. Die übrigen inneren Organe zeigen keinen krankhaften Befund. Temperatur zwischen 36,5° und 37,4°.

Lokalbefund: Der Kopf wird leicht nach vorne gehalten. Bei der seitlichen Inspektion fällt eine mäßige Verbreiterung des Halses auf. An der Wirbelsäule ist kein abnormer Vorsprung zu sehen. Dagegen besteht an der linken Halsseite, zwischen der Querfortsatzlinie der Wirbel und dem hinteren Rande des M. sternocleidomastoideus, vom 3. bis 6. Halswirbel reichend, eine mäßige Vorwölbung. Sie ist ziemlich derb anzufühlen, läßt keine Fluktuation nachweisen und setzt sich infiltrierend in die Tiefe fort. Auf Druck ist sie leicht schmerzhaft. Die Dornfortsätze stehen ohne Abweichung und mit normalen Zwischenräumen in einer geraden Linie. Bei Druck auf die einzelnen Wirbeldorne treten keine Schmerzen auf. Achsenzug- und Stauchungsschmerz sind nicht vorhanden. Die Exploration von der Mundhöhle aus ergibt nichts Abnormes. Die Brustwirbelsäule ist vollständig frei. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule ist dagegen teilweise eingeschränkt. Die Beugung des Kopfes nach vorne ist etwa um ein Drittel, das Rückwärtsbeugen mehr als zur Hälfte gehemmt. Die Rotation nach links und rechts ist sehr wenig, das Neigen des Kopfes nach links und rechts dagegen zur Hälfte eingeschränkt. Der linke M. deltoideus ist stark atrophisch. Der Armmumfang in der Achselhöhle beträgt bei passiv horizontal erhobenen

Armen links 20 cm, rechts 23 cm. Die passiven Bewegungen im Schultergelenk sind frei. Die Funktion des Deltamuskels ist erheblich gestört (s. Fig. 1). Der Arm kann trotz größter Anstrengung seitwärts nur um

Fig. 1. F. B.

Atrophie und Lähmung des l. Musc. deltoideus. Vorwölbung an der l. Halsseite sichtbar..

38° abduziert werden. Die Hebung des Armes nach vorne ist nur um 40° möglich, nach hinten ist sie fast vollständig aufgehoben. Wieviel von diesen Bewegungen der eigentlichen Deltoideuswirkung zuzuschreiben ist, und wieviel dem kompensatorischen Eintreten anderer Muskeln (Serratus anterior, Trapezius, Pectoralis major, Supra- und Infraspinatus usw.) zukommt, ist nicht vollkommen zu entscheiden. Die elektrische Untersuchung (die ich Herrn Kollegen Tancrè, Medizinische Poliklinik, verdanke) hat folgendes ergeben: Sämtliche Muskeln des Ober- und Unterarmes sowie der Schulter zeigen mit Ausnahme des Deltoideus galvanisch und faradisch normale Erregbarkeit. Der M. deltoideus zeigt bei Reizung vom Nerven und vom Muskel aus eine träge, wurmartige Zuckung (galvanisch). Die Reizschwelle ist erhöht (6—7 M. A.). Eine komplette Entartungsreaktion besteht jedoch nicht. Die Lähmungserscheinungen sind rein motorischer Natur; Anästhesie im Gebiete des N. Axillaris besteht nicht. Neuralgische Schmerzen und Zeichen einer Rückenmarkskompression sind nicht vorhanden. Die Röntgenuntersuchung der Halswirbelsäule ergibt in verschiedenen Aufnahmen keine pathologischen Veränderungen. Trotzdem die Probepunktion ein negatives Resultat liefert, wird bei der Differentialdiagnose Tumor malignus (Sarkom? wegen des raschen Entstehens und der Axillarislähmung) oder Spondylitis eine tuberkulöse Wirbelerkrankung als das Wahrscheinlichere angenommen.

Die am 30. Mai 1917 in Morphin-Atropin-Aethernarkose vorgenommene Operation (Prof. Kirschner) hat folgendes ergeben: Durch Schnitt am hinteren Rande des linken Sternocleidoids, oberhalb des Austrittes des N. accessorius, wird stumpf auf die Halswirbelsäule eingegangen. Man gelangt lateral derselben auf einen stark walnußgroßen kalten Abszeß, der vom 4. bis zum 6. Halswirbel reicht. Er enthält für einen tuberkulösen Abszeß typischen Eiter mit Gewebsbröckeln, Knochensand und kleinen Knochensequestern. Am linken Querfortsatz des 4. Halswirbels sind rauhe Stellen palpabel. Die Abszeßhöhle wird sorgfältig gereinigt, und von der rauhen Wirbelpartie werden mit dem scharfen Löffel mehrere kleine, halbgelöste Sequester ausgekratzt (Schonung der A. vertebralis!). In die Abszeßhöhle wird 4 ccm Jodoformglyzerin gebracht. Einige Muskelnähte und eine fortlaufende Hautnaht mit Katgut verschließen die Wunde.

Fig. 2. F. B.

Seltliches Röntgenbild der Halswirbelsäule nach der Operation. Herd am 4. Wirbel.

Der Junge wird in die Glissonsche Schewebe mit hochgestelltem Kopfteil gelagert.

Die Wunde heilte primär. Vom sechsten Tage ab blieb die Temperatur, die vor der Operation oft leicht subfebril war, andauernd unter 37°. Am 8. Juni, also am neunten Tage nach der Operation, vermochte der Junge, allerdings noch unter Anstrengungen, seinen linken Arm im Stehen wieder zur Senkrechten zu erheben. Der kalte Abszeß ist nicht wieder aufgetreten. Eine nochmals vorgenommene Röntgenuntersuchung ließ im seitlichen Bilde nunmehr eine deutliche Aufhellung

des 4. Halswirbelbogens, des linken Querfortsatzes und der dorsalen Begrenzung des 4. Wirbelkörpers erkennen (s. Fig. 2). Die am 20. Juni (21 Tage nach der Operation) erneut vorgenommene elektrische Untersuchung (Dr. Tancrè) ergab: Die Reaktion des Deltoideus geschieht prompt und blitzschnell auf die normalen Reizdosen. Das Verhalten ist

in jeder Beziehung absolut normal. Sämtliche anderen Muskeln der Schulter, des Ober- und Unterarmes reagieren normal. Fig. 3 zeigt die zurückgekehrte normale Funktion.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle um eine Spondylitis cervicalis tuberculosa des 4. Wirbels mit kaltem Abszeß und isolierter

Fig. 3. F. B.

Funktion des l. Musc. deltoideus
14 Tage nach der Operation
wiederhergestellt.

Axillarislähmung. Die ersten subjektiven Erscheinungen liegen nur sechs Wochen vor dem Eintritt in die Klinik zurück. Ein Trauma hat nicht stattgefunden. Vier Wochen vor dem Eintritt stellt sich in kürzester Zeit eine linke Deltoideuslähmung ein, und 14 Tage darauf tritt an der linken Halsseite eine Schwellung auf. Die Untersuchung beim Eintritt ergibt zwar einige auf Spondylitis hinweisende Symptome, nicht jedoch einen so ausgeprägten Befund, daß eine absolut sichere Diagnose gestellt und die isolierte Deltoideuslähmung erklärt werden kann. Neben einer tuberkulösen Affektion wurde auch an die Möglichkeit einer malignen Neubildung (Sarkom?) gedacht, umso mehr, als sich ein rasch zunehmender, ziemlich derber Tumor auf der linken Halsseite einstellte und die Axillarislähmung ziemlich plötzlich aufgetreten war.

Als Ursache der Axillarissschädigung erscheint eine mechanische Druckwirkung von seiten des kalten Abszesses (auf die vordere Wurzel?) als das Wahrscheinlichste. Eine direkte Anspießung des N. axillaris durch Sequester erschien nach der anatomischen Lage des Abszesses unmöglich. Die genaue Untersuchung bei der Operation ergab eine

scharfe Abgrenzung des kalten Abszesses ohne Beteiligung des N. axillaris. Auch der rasche Rückgang der Lähmungserscheinungen nach der operativen Entleerung des Abszesses spricht sehr für eine Kompressions-

schädigung des Nerven.