

III. Ein Fall von ischämischer Muskellähmung und Muskelcontractur in Verbindung mit Sensibilitätsstörungen.

Von

Dr. C. Sonnenkalb,

Assistenzarzt am Kreiskrankenstift in Zwickau.

Gleichzeitig mit dem Erscheinen der Abhandlung von Leser über „ischämische Muskellähmungen und Muskelcontracturen“ (249 der Sammlung klinischer Vorträge von Volkman) am Ende vorigen Jahres trat ein Mann zur Behandlung ins Kreiskrankenstift zu Zwickau, dessen Leiden in vielen Punkten dem durch eine Reihe von Krankengeschichten von Leser illustrierten Krankheitsbilde von ischämischen Muskellähmungen und Muskelcontracturen entsprach, bei dem sich aber noch eine neue Störung, eine Lähmung der Sensibilität der peripher von der eingeschnürten Stelle gelegenen Theile hinzugesellt hatte. Wenn ich nun im Einverständniss mit meinem verehrten Chef, Herrn Medicinalrath Dr. Staude, dem ich für seine freundliche Unterstützung meinen besondern Dank ausspreche, aus dem reichen Materiale der Anstalt diesen Fall veröffentliche, so geschieht dies in der Absicht, zur Casuistik jenes unbeabsichtigten und mit so überraschender Schnelligkeit eintretenden übeln Vorkommnisses ein Weniges beizutragen, das seinerseits wieder als Mahnung zur Anwendung der nöthigen Sorgfalt bei der Anlegung fester Verbände dienen mag.

F. B., ein sehr kräftiger, muskelstarker, sonst gesunder 25jähriger Arbeiter hat am 5. September vorigen Jahres bei der Arbeit eine subcutane Fractur in der Mitte des linken Oberarms erlitten. An demselben Tage wurde er noch verbunden und zwar der Oberarm bis zum Ellbogen mit Schienen, der Vorderarm bis zum Handgelenk mit blosser Bindeneinwicklung. Kurze Zeit nach Anlegung des Verbandes trat eine heftige Anschwellung der Hand ein, verbunden mit dem Gefühl von Taubsein, aber ohne erheblichen Schmerz (Patient zeigte überhaupt gegen Schmerzeindrücke eine geringe Empfindlichkeit). Die Hand hing vorn aus der Mitella heraus, ob damals bereits eine Lähmung eingetreten war, vermochte Patient nicht zu sagen, da er es absichtlich vermieden habe, Bewegungsversuche mit der Hand anzustellen. Am andern Tage wurde nach Angabe des Kranken der Verband am Vorderarm abgenommen, die Hand war dick angeschwollen, sodass die Binde am Handgelenk tief eingesunken war. In der Haut des Vorderarms hatten sich Blasen mit wässrigem Inhalt gebildet, die Muskeln des Vorderarms fühlten sich bretthart an. Nach 8 Tagen wurde auch der Verband am Oberarm abgenommen und durch einen neuen ersetzt; im Ganzen hat der Oberarm 3 Wochen in Schienen gelegen, die Mitella wurde noch weiter getragen. Die Sensibilität in der Hand hatte von Anfang an so gelitten, dass sich Patient 9 Wochen nach der Verletzung die Haut auf dem Handrücken am Ofen verbrannte, ohne es zu fühlen. Patient war bis zu seinem Eintritt ins Kreiskrankenstift elektrisch behandelt worden.

Bei seinem am 3. December vorigen Jahres erfolgten Eintritt in unsere Anstalt war der Status folgender: Gut geheilter Schrägbruch in der Mitte des linken Humerus, Verschiebung der Fragmente nur ganz gering, Stellung des Armes sehr gut, keine erhebliche Verdickung an der Bruchstelle. Beweglichkeit im Schulter- und Ellbogengelenk normal. Am Vorderarm sind die Muskeln, besonders die von Condylus internus humeri ausgehenden Beuger steinhart, sodass die Annahme einer zweiten Verletzung am Vorderarme nahe liegt und nur anamnestisch mit Sicherheit das Vorhandensein eines Callus an genannter Stelle ausgeschlossen werden kann. Der Vorderarm steht in der Mitte zwischen Pronation und Supination fest, die flectirte Hand bildet mit dem Vorderarm einen Winkel von 150°. Die ersten Phalangen der Finger sind stark hyperextendirt, die 2. und 3. flectirt. Die Hand steht in dieser Krallenstellung vollkommen fest. Bei Extensionsversuchen der Hand springen die Sehnen in der Hohlhand stark vor, und die Finger werden in ihren vorderen Gelenken entsprechend der Extension der Hand stärker flectirt, und umgekehrt wird eine versuchte Streckung der Finger durch eine stärkere Beugung im Handgelenk compensirt. Es ergibt sich daraus also nicht allein, dass die Flexoren ihre Elasticität vollkommen verloren haben, sondern auch, dass sie sich in einem verkürzten Zustand befinden. Die Sensibilität am Vorderarm, so weit die Bindeneinwicklung reichte, ist vollkommen erhalten, von da an aber vollkommen aufgehoben. Die Sensibilitätsstörung betrifft alle nach der Hand gehenden Nerven gleichmässig, doch ist die Läsion derselben jedenfalls nicht an der Bruchstelle zu suchen, da z. B. Druck auf den N. ulnaris im Ellbogen, also unterhalb derselben deutlich in den Fingern empfunden wird.

Der faradische Strom wird am Vorderarm bis zum Handgelenk geföhlt, löst aber selbst in einer an dem andern gesunden Arm fast unerträglichen Stärke keine Zuckung aus, der galvanische Strom, wenn überhaupt, nur eine minimale. Patient wird mit warmen Armbädern, Massage und passiver Bewegung der entarteten Muskeln behandelt.

Am 6. Januar 1885, also nach einmonatlicher Behandlung ist die Sensibilität an der Hand bis zu den Fingern zurückgekehrt, doch müssen noch erhebliche trophische Störungen vorhanden sein, da Patient nach einem der täglichen warmen Armbäder bei einer Temperatur, die für den gesunden Arm ganz erträglich war, Blasen an der Hand bekommen hat. Der Arm wird täglich einige Minuten lang unter Beobachtung der nöthigen Cautelen mit einer Gummibinde auf eine Schiene zur Streckung fixirt.

Am 21. Februar musste Patient aus der Behandlung entlassen werden, die Sensibilität in der Hand war vollkommen zurückgekehrt, die anfangs ziemlich steifen Gelenke an der Hand waren vollkommen mobilisirt, die steinharte Beschaffenheit der vom Condylus internus humeri entspringenden Muskeln hatte sich wohl etwas gebessert, doch war der Effect der consequent durchgeführten Therapie in Bezug auf die Streckung nur ein äusserst minimaler, ein Umstand, der sich aus der von Leser nachgewiesenen Degeneration und narbigen Schrumpfung der anfangs entzündet gewesenen Muskelgruppen erklärt.