

Neuritische Radialislähmung nach einer extravasären Neosalvarsaninjektion.

Von R. Gassul in Berlin.

Bei einer Neosalvarsaninjektion kann es auch dem geübtesten Arzte passieren, daß er mit der Kanüle entweder die Vene nicht trifft (bei fettleibigen Patienten) oder eine dünne Vene direkt durchbohrt oder aber aus der zu Anfang richtig getroffenen Vene herausrutscht (bei unruhigen Patienten). In diesen Fällen gibt die sich sofort bildende Quaddel an der Injektionsstelle eine Warnung vor weiterer Infusion ab.

Nun kann aber einem das Unglück passieren, daß die Neosalvarsanlösung anstatt in die V. mediana cubiti oder die V. cephalica in die darunterliegende Muskelnische ohne Quaddelbildung eindringt. Eine solche „Injektion“ kann sehr schwere Folgen haben.

Da derartige Fälle nicht so oft vorkommen, halte ich den folgenden für erwähnenswert.

Der 38 Jahre alte Kaufmann R. K. bekam von einem Arzte vor fünf Vierteljahren wegen Lues Neosalvarsan. Eine Injektion (0,45 Neosalvarsan) in die V. cephalica der linken Ellbeuge mißglückte; sie verlief äußerst schmerzhaft (ohne Quaddelbildung nach Angabe des Patienten). Einige Stunden danach bekam Patient einen schmerzhaft geschwollenen Arm. Vier bis fünf Tage darauf merkte er Nachlassen der Streckkraft des dritten, vierten und fünften Fingers. Schließlich wurde ihm die ganze Hand wie gelähmt, mit Ausnahme des Daumens, den er ein wenig bewegen konnte. In diesem Zustande kam er in die Sprechstunde von Herrn San.-Rat Dr. J. Hirsch, der mir den Fall zur Publikation freundlichst überlassen hat.

Die vorgenommene Untersuchung ergab einen atrophischen linken Unterarm mit der typischen „fallenden Hand“ in extremer Volarflexion im Radiokarpal- und Metakarpophalangealgelenk, sodaß die Diagnose partielle Radialisparalyse sicher war. Bei näherer Prüfung konnte ich neben der Unmöglichkeit, die Hand aktiv zu strecken, auch einen sehr abgeschwächten Händedruck mit herabgesetzter Extension und Abduktion des etwas opponierten Daumens feststellen. Die Sehnen am Handrücken waren eigentümlich verdickt. Bei passiv gestreckten Grundphalangen war die dorsale Flexion der Mittel- und Endphalangen möglich. Die Sensibilität war an der radialen Seite des Handrückens mit Ausnahme der distalen Phalangen gestört, aber nicht ganz aufgehoben. Die Nägel zeigten keine Veränderungen, auch war die Hauttemperatur und Farbe an beiden Unterarmen völlig normal. Die Extensorenreflexe des Unterarms waren erloschen. Der faradische Strom erzeugte keine Zuckungen in der radialen Unterarmmuskelgruppe mit Ausnahme des Daumens, der etwas extendiert und abduziert wurde. Ea.R. in den betroffenen Muskelgruppen habe ich nicht auftreten sehen. Die Vola manus war intakt.

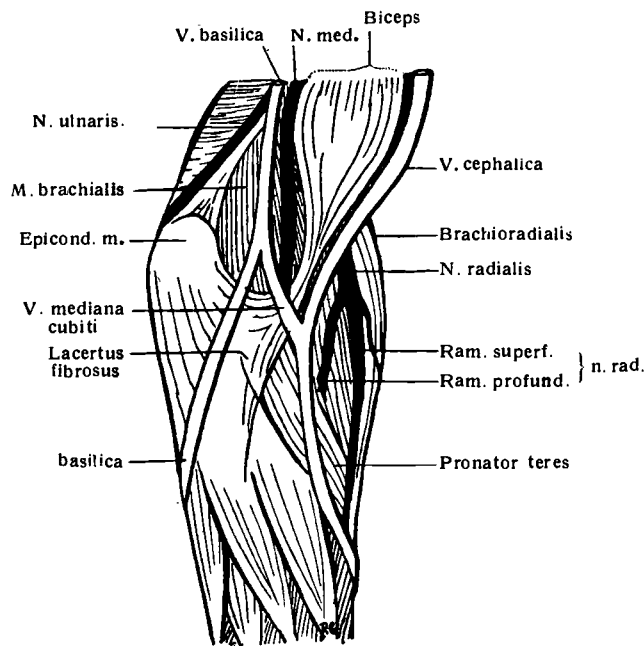
Es sei mir gestattet, an der Hand der beigelegten topographischen Skizze das Zustandekommen dieser Radialislähmung zu erläutern.

Das Neosalvarsan ist statt in die V. cephalica der Ellbeuge in das tiefer gelegene Gewebe und in die Muskelnische zwischen Bizeps und Brachioradialis injiziert worden. Gerade an dieser Stelle (s. Fig.) liegt der N. radialis, der sich in seine zwei Aeste — Ramus profundus und Ramus superficialis — teilt. Der erstere durchbohrt den Supinator und geht zu den Extensoren; der letz-

tere läuft zwischen Brachioradialis und Extensor carpi radialis zum Handgelenk.

Es ist einleuchtend, daß die Arsenmenge des Neosalvarsans in diesen Nervenästen eine lokale Arsenneuritis verursacht hat, die so heftig verlief, daß sie zur Paralyse führte. Hieraus erklärt sich auch der partielle Charakter der Lähmung. Die aktive Dorsalflexion der distalen Phalangen war deshalb möglich, weil die Interossei und Lumbricales vom N. ulnaris und N. medianus versorgt werden. Die erhaltene Sensibilität an diesen Phalangen beruht auf der Medianusinnervation. Als wahrscheinliche trophische Störung kann vielleicht die eigentümliche Sehnenverdickung am Handrücken angesehen werden.

Da die Paralyse bereits fünf Vierteljahre besteht, so ist leider keine Aussicht auf Regeneration vorhanden.



Linker Vorderarm (schem.).