

X. Aerztlicher Verein zu Hamburg.

Sitzung am 17. April 1888.

Vorsitzender: Herr Curschmann; Schriftführer: Herr Nonne.

1. Herr Müller demonstriert im Auftrage des Herrn Lauenstein das Präparat einer bei Gelegenheit einer Fractura femoris **zerrissenen Arteria cruralis**.

Meine Herren! Im vergangenen Jahre hielt Prof. v. Nussbaum in München einen Vortrag über Unglücksfälle in der Praxis und sprach darüber, wie es vorkommen kann, dass durch das Zusammenreffen verschiedener eigenthümlicher Momente selbst kleinere Verletzungen einen unglücklichen Ausgang nehmen und Folgen nach sich ziehen können, welche weder für den Patienten noch den Arzt besonders angenehm sind. Ist es doch schon oft vorgekommen, dass der Arzt aus einem derartigen Grunde in den Anklagezustand versetzt wurde, in Anbetracht der vorliegenden Verhältnisse wurde er wohl freigesprochen, jedoch trug ein solches Vorkommniß sicher nicht zur Förderung seines Ansehens bei. Besonders warnt v. Nussbaum vor dem zu frühzeitigen Anlegen von Gypsverbänden bei Fracturen, da einmal bei ungenügender Controle durch die Zunahme der Schwellung unter einem solchen eine Gangrän des betr. Gliedes eintreten kann, und dann auch durch die Verletzung selbst eine derartige Gefäßläsion stattgefunden haben kann, welche die Circulation unterhalb der Fracturstelle völlig aufhebt und dadurch ein Absterben des Gliedes verursacht. Wir hatten nun vor Kurzem im Seemannskrankenhaus Gelegenheit, von einem schwer Verletzten ein nach dieser Richtung hin sehr interessantes Präparat zu gewinnen, welches ich mir Ihnen zu demonstrieren erlaube.

Am 5. April dieses Jahres wurde in dem neuen Segelschiffshafen dem Schauermanu S. durch das Auffallen eines schweren Holzblockes das linke Bein mehrfach zertrümmert. Mit einem recht primitiven Nothverbande versehen wurde er zwar sofort in das Seemannskrankenhaus gebracht, jedoch war der Blutverlust während des Transportes anscheinend nicht gering, da der Patient bei der Aufnahme ziemlich collabirt war. Wir fanden auf der Innenseite des linken Oberschenkels etwa an der Grenze zwischen mittlerem und unterem Drittel zwei nur kaum blutende Wunden; soweit solches die Inspection erkennen liess, war das Femur hierselbst fracturirt. Auf der Innenseite des Kniegelenks war die Haut von dem Innenrande der Patella bis zur Mitte der Kniekehle zerquetscht und leicht nach oben und unten zurückgezogen, das Kniegelenk selbst intact. Vorn am Unterschenkel, etwa in dessen Mitte, ragte aus einer stark venös blutenden Wunde ein wohl fingergliedlanges spitzes Stück der Tibia — einem unteren Fragmente derselben gehörig — hervor. Wir legten sofort die elastische Binde oben am Oberschenkel um, narkotisirten den Patienten und erweiterten die Wunden am Oberschenkel. Das Femur war hierselbst mehrfach fracturirt, mehrere lose Splitter, darunter ein recht grosser, welcher in der Tiefe zwischen der Muskulatur lag und nur schwer zu fassen war, wurden mit der Kornzange entfernt; die Wundhöhle gründlich mit Sublimatlösung (1,0:5000,0) in allen ihren Buchten ausgespült, und nun gelang es, wenn auch mit einiger Schwierigkeit, die stark dislocirten Fragmente in eine befriedigende Stellung zu einander zu bringen und so nach der von Dr. Hansmann angegebenen Methode mit zwei schräg über einander gelegten Blechen und je zwei Schrauben gegen einander zu fixiren. Dann wurde die Wunde am Unter-

schenkel erweitert, auch hier fand sich ausgedehnte Splitterung der Tibia, die Fibula war nur einfach fracturirt. Die losen Splitter wurden entfernt, die spitze Zacke, welche die Haut perforirt hatte, abgesägt, die Wundhöhle ebenfalls gründlich mit Sublimatlösung ausgespült, und dann das obere und untere Fragment mit einem Bleche und vier Schrauben verschraubt. Nun lösten wir die elastische Binde, übten dabei jedoch digitale Compression der Gefäße in der Leistenbeuge aus, weil wir event. eine starke Blutung befürchteten. Anfangs blutete es auch ziemlich stark venös aus der Oberschenkelwunde, beim Nachlassen der Compression sahen wir die Art. crural. in der Tiefe der Wunde pulsiren. Nun fiel uns auf, dass aus der Unterschenkelwunde kein Tropfen Blut kam, dass überhaupt das ganze Bein von der Unterschenkelwunde an abwärts völlig kalt und wachsbleich war, beim Einschneiden in die Haut des Fusses floss kein Blut. Allmählich hörte auch das Pulsiren der Cruralarterien auf, und schliesslich stand auch die venöse Blutung. Wir stopften nun die Oberschenkelwunde ganz leicht aus, legten um das ganze Bein einen dicken Mooskissenverband und lagerten es auf eine v. Volkmann'sche Schiene. Von einer sofortigen Amputation des Oberschenkels sahen wir ab, da wir einestheils vor der Narkose dem Pat. von einer solchen nichts gesagt hatten und wir sie nicht ohne Einwilligung desselben vornehmen zu dürfen glaubten, und wir andererseits immer noch Hoffnung hatten, dass die Circulation sich vielleicht später wieder einstellen würde und wir dann das Bein, zumal die Verschraubung sehr gut hielt, erhalten könnten.

Am Abend jedoch war der Verband an seinem oberen Ende durchblutet, der Fuss war kalt und gefühllos wie am Mittag, auch hatte der Pat. seine Einwilligung zur Amputation gegeben, und so nahmen wir dieselbe noch Nachts vor. Sie wurde mit vorderem und hinterem Lappenschnitte rasch ausgeführt und verlief ohne grösseren Blutverlust für den Patienten. Am anderen Morgen befand er sich ziemlich wohl; plötzlich collapsirte er jedoch, und trotz Camphorinjectionen und Kochsalzinfusion trat rasch der Exitus ein, 24 Stunden nach der Verletzung und 12 Stunden nach der Amputation.

Bei der Präparation des amputirten Beines fanden wir nun bald die Ursache, weshalb die Circulation aufgehoben war. Die Art. crural. war in der Höhe der Femurfractur derartig verletzt, dass die Adventitia intact, die Media und Intima circular völlig abgerissen und auf eine Strecke von etwa 2 cm peripherwärts in das Lumen der Arterie eingestülpt waren, von hier aus durchsetzte dann ein Thrombus die Arterie, soweit solche nach dem Unterschenkel zu verfolgen war.

Diese Gefässverletzung kann durch 3 Momente stattgefunden haben, einmal durch das Auffallen des Holzblockes selbst, durch die Extraction der Splitter und die Reposition der Fragmente. Das erste und letzte Moment hätte wohl auch ebenso leicht bei einer subcutanen Fractur eintreten können; hätte nun bei gleichzeitigem Vorhandensein einer solchen Arterienverletzung ein Arzt, verleitet durch missliche Verhältnisse, einen Gypsverband angelegt, und wäre dann die Gangrän nachträglich eingetreten, so hätte ihm ohne genauere spätere anatomische Untersuchung doch leicht der Vorwurf gemacht werden können, dass nur der Gypsverband Schuld an der Gangrän sei. Es ist also auch dieser Fall ein Beweis dafür, dass man mit dem Anlegen von Gypsverbänden bei Fracturen besser einige Zeit wartet und man sich in den ersten Tagen mit gepolsterten Schienen, appretirten Gazebinden etc. behilft; auf solche Weise lassen sich die Fragmente sehr gut fixiren, ohne dass man Gefahr läuft, Gangrän des Gliedes nur allein durch Druck des Verbandes entstehen zu sehen.

Vortr. macht bei Gelegenheit der Demonstration des Präparats auf die Brauchbarkeit der Hansmann'schen Methode der Knochenfixation aufmerksam; diese Methode findet ihre Anwendung am besten bei mehr in der Längsrichtung verlaufenden Schrägfracturen; anfangs hielt Hansmann ein Blech mit 2 Schrauben für genügend zur Fixation, später modificirte er die Methode jedoch so, dass er nach Bedarf 2 Bleche nahm, aber selbst bei einem Blech stets 4 Schrauben, da es sich herausstellte, dass 2 und selbst 3 Schrauben noch eine Dislocation der Fragmente ad axin und ad longitudinem zulassen.

2. Herr Thost stellt 2 Patienten vor, bei denen wegen Larynxstenose die Tracheotomie gemacht worden war, und bei denen durch die Anwendung der Schrötter'schen Dilatationsmethode der Larynx soweit wieder wegsam gemacht worden ist, dass vor 6 Wochen die Canüle endgültig entfernt werden konnte. Behandlungsmethode und -Dauer ist bei Beiden fast die gleiche, während Aetiologie, Dauer der Krankheit und Resultat wesentlich verschieden ist.

Wilhelm Knoll, 27 Jahre, Matrose, fuhr Juni 1885 mit einem holländischen Schiff von Rotterdam nach der chinesischen Küste und befand sich bis Ende März wohl, nur war er chronisch heiser, weshalb man ihm auf dem Schiff den Beinamen „Schorre“, „der Heisere“ gab. Ende März bekam er auf der Fahrt von Swatau bis

Li-stuan Schmerzen beim Schlucken, die sich auf der Rückfahrt verschlimmerten, so dass er namentlich auch wegen auftretenden Hustens und Athemnoth am 22. April 1886 in's Hospital zu Swatau aufgenommen werden musste.

Hier wurde er zunächst local behandelt. Am 7. Mai stellte sich plötzlich starke Athemnoth ein, der herbeigerufene Missionsarzt erklärte, es sei ein Geschwür im Halse, und die Tracheotomie wurde nothwendig. Patient genas, trug aber seine Canüle weiter, es bildeten sich Granulationen, die beim Wechsel der Canüle häufig mit herausgerissen wurden. Er trat Juli 1886 die Rückreise an und kam am 25. September 1886 nach Hamburg.

Hier wurde erst von chirurgischer Seite 2 Mal der Kehlkopf gespalten, ohne dass das gewünschte Resultat erreicht wurde. Februar 1887 kam Patient in das allgemeine Krankenhaus auf die Abtheilung des Herrn Dr. Schede, der Vortragendem die weitere Behandlung auf sein Ersuchen in freundlichster Weise überliess. Die Behandlung begann im Mai und dauerte 8 Monate.

Es wurden zunächst die Schrötter'schen Zinnbougies bis zu den stärksten Nummern täglich eingeführt und über Nacht oft 12 Stunden und länger liegen gelassen. Bei Tage wurde die Störk'sche Dilatationscanüle getragen und die Canülenöffnung verstopft.

Zu gleicher Zeit wurde galvanokaustisch von der Trachealöffnung aus und per os mit der Kehlkopfpincette von den Granulationen und Wucherungen möglichst viel zerstört und extirpirt. Dann wurde damit begonnen, die Schrötter'schen Hartgummiröhren einzuführen. Patient lernte bald diese Manipulationen selbst ausführen. 3 Mal täglich Einführen bis zu den stärksten Nummern. 20 Minuten langes Liegenlassen. Vor 6 Wochen wurde die Canüle entfernt. Patient führt sich noch täglich 3 Mal die Hartgummiröhre No. 10 und 12 je 20 Minuten lang ein. (Demonstration.)

Es handelt sich in diesem Falle offenbar um eine secundär syphilitische Erkrankung. Geschwüre, die vom Rachen aus auf den Larynx übergriffen und hier Perichondritis und Glottisödem erzeugten. Von einer antisiphilitischen Behandlung wurde vor der Hand Abstand genommen, da das Dilatationsverfahren Patient ziemlich angriff, jetzt soll Jodkali gegeben werden und der Larynx mit resorbirenden Mitteln behandelt werden. Patient spricht mit etwas heiserer, aber deutlicher Stimme mit etwas Klang.

Die falschen Stimmbänder sind noch stark verdickt, von den wahren sieht man nur Rudimente. Die Trachealnarbe ist bis auf eine kleine Fistel geschlossen.

Viel günstiger ist der 2. Fall.

H. Cingelmann, 25 Jahre, Bahnarbeiter, gleichfalls von der Schede'schen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses.

Patient, früher gesund, erkrankte gelegentlich der hiesigen Typhusepidemie Ende December 1886 am Typhus und wurde Anfang Januar in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen. Der Typhus hatte einen schweren Verlauf, Patient war während der ganzen Erkrankung heiser und hörte auf beiden Ohren schwer. Eine Ohreneiterung bestand nicht, nur klagte er über Schmerzen im Ohr. Am 14. Februar Nachts beim Erwachen plötzlich Athemnoth, die die Tracheotomie nöthig machte. Da die Canüle nicht entfernt werden konnte, wurde Patient auf die chirurgische Abtheilung transportirt. Im Juni trat Patient in die Behandlung des Vortragenden.

Die Behandlung, die im Ganzen dieselbe war, wie im ersten Fall, dauerte 7 Monate. Das Resultat ist ein vollkommenes. Die Trachealwunde ist vollkommen geschlossen, Patient spricht mit klangvoller Stimme, athmet leicht und kann zu seiner Arbeit zurückkehren. Hier handelte es sich um ausgebreitete sogenannte diphtheritische Geschwüre, die bei der letzten Typhusepidemie sehr häufig beobachtet wurden und die sich, nach der Ohrenaffection zu schliessen, bis in den Nasenrachenraum erstreckt haben müssen.

Patient führt sich jetzt selbst 2 Mal täglich das Hartgummirohr No. 11 ein (20 Minuten lang). (Demonstration.) (Schluss folgt.)