Aus der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Moabit in Berlin.

Milzruptur, Milzexstirpation, Heilung.¹⁾

Von Dr. Richard Mühsam, dirigierendem Arzt.

Unter dem recht beträchtlichen Verletzungsmaterial und auch der verhältnismäßig großen Anzahl von Bauchverletzungen des Krankenhauses Moabit ist doch seit Jahren nur ein Fall von subkutaner, isolierter Milzruptur dort zur Behandlung gekommen, über welchen ich Ihnen hier berichten möchte.

Am 11. Dezember vorigen Jahres kam ein zehnjähriger Junge zu uns in das Krankenhaus mit der Anamnese, daß er soeben von einem Automobil überfahren war. Er war pulslos, extrem blaß und hatte als einziges Zeichen äußerer Verletzung eine kleine Kontusion an der untersten linken Rippe. Die Untersuchung des Leibes ergab die Anwesenheit einer großen Menge freier Flüssigkeit, welche bei Lagewechsel sich veränderte. Die Diagnose auf Blutung konnte keinem Zweifel unterliegen. Für die Lokalisation der Blutung ließ sich gerade die Kontusion links in diagnostischer Hinsicht heranziehen, sodaß wir schon vor der Operation annahmen, daß es sich wohl um eine Milzzerreißung handeln würde. Urin, den der Patient bei der Aufnahme gelassen hatte, war klar, aber Urin, der wenige Minuten vor der Operation per Katheter entleert wurde, war leicht blutig gefärbt. Eine gleichzeitige Verletzung der Harnwege war also nicht auszuschließen. Ich machte die Laparotomie, unmittelbar nachdem ich den Kranken zu Gesicht bekommen hatte, und eröffnete die Bauchhöhle in der oberen Hälfte durch einen Medianschnitt, kam auf das Hämatom und mit dem ersten Griff auf die zerrissene Milz, deren Präparat ich Ihnen hier zeige und an welchem Sie den großen queren Riß erkennen. Es fragte sich, ob sie erhalten werden konnte oder ob sie exstirpiert werden mußte. Brogsitter hat in seiner jüngst erschienenen eingehenden Arbeit über Splenektomie und subkutane Milzruptur (Charité-Annalen, Bd. 33) diese Frage besonders gründlich behandelt. Er will die Splenektomie bei ausgedehnten Zerreißen und vor allem bei Hilusrissen angewendet wissen; glatte, flache Wunden seien durch Naht zu behandeln, bei leichten Fällen sei Tamponade angezeigt. Bei dem sehr desolaten Zustande des Jungen und der Tiefe des Risses in der Milz entschloß ich mich zur Exstirpation, weil sie schneller geht als eine eventuelle Naht und für die Blutstillung ohne Zweifel sicherer ist. Eine weitere Verletzung, insbesondere der Blase, fand sich nicht. Es handelte sich also bloß um eine Nierenquetschung in der linken Seite, welche zu der Anwesenheit von Blut im Urin Anlaß gegeben hatte. Eine zweischichtige Naht der Bauchhöhle beendete die Operation, während welcher der Kranke subkutan Kochsalz erhielt. Der Verlauf war dann kein ganz ungestörter. Der Junge erholte sich nach der Operation zwar sehr rasch, er sah aber, wie das ja nach dem Blutverlust zunächst begreiflich ist, extrem blaß aus, und diese Blässe hielt die ersten Wochen hindurch an. Dann fing er an zu fiebern, und gleichzeitig mit dem Fieber stieg die Leukozytose auf eine so extreme Höhe, wie wir sie außerordentlich selten beobachtet haben. Wir haben regelmäßige Leukozytenzählungen bei ihm gemacht und fanden am 22. Dezember 80 000 Leukozyten, also eine Leukozytose, welche wirklich eine besondere Seltenheit darstellt. Die Wunde hatte eine schlechte Heilungstendenz. Ich hatte in der Eile, um die Operation schnell zu beenden, wie oben bemerkt, mit fortlaufender Naht in zwei Schichten genäht. Die Ränder verklebten nicht, und am 22. Dezember ging die Naht ganz einfach auseinander. Es entstand ein großer Darmprolaps. Ich habe dann den Bauchinhalt reponiert und mit großen, durchgreifenden Nähten, die sehr weit faßten, die Wunde noch einmal zugenäht. Diese Naht hielt dann auch. Die Temperatur war zwischen

¹⁾ Vortrag in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 10. Januar 1910.

38° und 39° und etwas über 39°. Bei der zweiten Naht der Wunde achtete ich genau darauf, ob vielleicht ein subphrenischer Abszeß oder eine andere Lokalisation einer Eiterung zu finden sei, jedoch ohne etwas wahrnehmen zu können; ich muß sagen: zum Glück; denn sie hätte doch wahrscheinlich das ganze Peritoneum infiziert. Dagegen fand ich acht Tage danach (am 29. Dezember) ein vereiteres Hämatom in der linken Seite unterhalb der Rippen. Ich resezierte eine Rippe und entleerte das Hämatom. Seitdem geht die Leukozytose herunter. Auffallend ist, daß bei dieser kolossalen Leukozytose, deren Höhe sich offenbar aus mehreren Komponenten zusammensetzt — einmal der Exstirpation der Milz, zweitens der Eiterung und drittens der Anämie —, das Arnethsche Blutbild, das wir auch immer verfolgt haben, vollständig normal war. Diese Erscheinung ist schwer zu erklären und namentlich mit der hohen Leukozytose nicht recht in Einklang zu bringen. Man könnte vielleicht annehmen, daß die Neubildung weißer Blutkörperchen spärlich war und daß eine Anhäufung mehrkerniger stattfand. Auch die Erythrozyten wurden wiederholt gezählt; sie waren anfangs sehr herabgesetzt: etwa 2 500 000; jetzt sind sie aber gestiegen auf 3 200 000. (Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Anfang Februar betrugen sie schon wieder 4 500 000. Nachtrag während der Korrektur.)

Ich hatte gehofft, Ihnen den Jungen, der jetzt nur noch eine granulierende Wunde hat, mitbringen zu können, aber ich habe mich doch geseht, ihn hierher zu bringen, weil er sich noch in einem etwas labilen Zustande befindet. ((Der Knabe hat sich inzwischen weiter erholt und ist völlig geheilt Anfang Februar entlassen worden. Nachtrag während der Korrektur.)