Aus dem Vereinslazarett Bally in Schopheim i. W.

**Ueber bedrohlich-embolische Zustände
nach ausgedehnten Knochenschußfrakturen.**

Von Dr. W. Powiton.

Im Folgenden möchte ich eine bedrohliche Erscheinung besprechen, die mir im Lazarett bei der Behandlung von ausgedehnteren Knochenschußfrakturen mehrfach begegnet ist. Im ganzen sah ich in den drei Kriegsjahren 1914—1917 8 solcher Fälle, von denen 7 allein die Knochen des Unterschenkels, Tibia und Fibula, 1 den Oberschenkelknochen, also alles Röhrenknochen, betrafen. Es handelte sich, wie gesagt, dabei um ausgedehntere Frakturen, zum Teil totale Zertrümmerungsbrüche, die zumeist in Streckverbänden lagen. Da bei allen mit geringfügigen Abweichungen fast das gleiche Bild sich bot, genügt es, einen der Fälle hierunter genauer zu beschreiben, um an Hand dieses die von uns angewandten, relativ einfachen therapeutischen Methoden zu besprechen.

Anamnese. Wehrmann J., verwundet am 19. August, bei D. durch G. G. am linken Oberschenkel. Eingeliefert am 20. August.

Befund. Mittelgroßer Mann, anfangs der dreißiger Jahre. An der Außenseite des linken Oberschenkels handbreit oberhalb des Kniegelenkspaltes ist eine pfennigstückgroße Wunde (Einschuß) wahrnehmbar. Der fünfmarkstückgroße Ausschuß befindet sich an der Innenseite etwa 3 cm unterhalb des Kniegelenkspaltes, die Sekretion an der Ausschußwunde ist stärker und eitrig, die Umgebung entzündet. Der Femurknochen ist frakturiert, Verkürzung von 12 cm. Temperatur 38,5°.

Röntgendiagnose. Zertrümmerungsfraktur des Oberschenkelknochens mit schräger Absprengung beider Epikondylen und Einkerbung des Femurschaftes. Zahlreiche kleine und größere Splitter.

20. August. Reinigung der Wundumgebung, Drainage der Wunde an der Innenseite. Anlegen eines Streckverbandes. Heilung schreitet fort.

10. September. J. wird plötzlich dyspnoisch und bekommt heftige Stiche in der linken Rückenseite. Patient bleich. Puls klein und frequent, 120. Heftige Stichschmerzen in der Gegend der linken unteren Rippen- und linken Nierengegend. Lungenbefund negativ. Anfangs Schüttelfrost, darauf Fieber bis 41°. Es besteht großes Angstgefühl.

Morph. mur. 0,02 subkutan injiziert. Nach kurzer Zeit lassen die Schmerzen nach, aber die Atmung bleibt dyspnoisch. Puls frequent. Fieber 41,2°.

11. September. In der Nacht bessern sich die Erscheinungen. Stiche im Rücken nicht mehr so schmerzhaft. Temperatur 38,8°. Lungenbefund: ohne Besonderheit. — Abends Zustand gleich. Atmung und Herz gut. Temperatur 38,5°. Mäßige Stiche.

12. September. Am folgenden Morgen 36,8°. Alle Erscheinungen sind verschwunden. Keine Temperaturerhöhung mehr.

Noch zweitägiges ruhiges Verhalten mit Vermeidung anstrengender Bewegungen. Keine Wiederholung des Zustandes bis zur Entlassung.

Wie in der beschriebenen Krankengeschichte verliefen auch die übrigen Fälle mit nur geringfügigen Abweichungen.

Unsere Therapie bestand in nichts weiter, als in einer Höhlagerung des Oberkörpers des Kranken, zeitweiligen subkutanen Injektionen von 0,02 und 0,01 g Morph. mur. und dem strengsten Verbot, irgendwelche anstrengenden Bewegungen zu machen.

In allen unseren Fällen gingen die Erscheinungen, so gefährdend sie anfänglich aussahen und waren, in spätestens 4–8 Tagen zurück, indem die Temperatur fiel, die Atmung tiefer wurde und sich verlangsamte, die Stichschmerzen unter Aufhebung jeglichen Angstgefühles verschwanden. Trotzdem das Herz oft recht schlecht war, der Puls klein und frequent, haben wir jedwedes Herz- und Gefäßanregungsmittel vermieden und möchten dringend vor Anwendung eines solchen warnen.

Nur in einem Falle sahen wir ein Rezidiv auftreten, indem die Zustände im ganzen dreimal mit Intervallen von zwei und drei Wochen, sich stets gleichbleibend, wiederholten.