III. Heilung einer Mastdarmharnblasenverletzung.

Von Kreiswundarzt Dr. H. Hensgen in Berg-Neustadt.

Die glücklich verlaufenen Fälle von Verletzungen der Harnblase, namentlich von solchen, welche die hintere, grösstentheils vom Bauchfell überzogene Wand derselben getroffen, sind so selten, dass es nicht überflüssig erscheinen dürfte, nachstehenden, in mancher Beziehung interessanten Fall zu veröffentlichen.

In der Nacht vom 29. auf den 30. April v. J. wurde ich zu dem 17jährigen Schlosserlehrling Fritz W. gerufen, welcher angeblich in total betrunkenem Zustande aus einer Oeffnung des Speichers, auf dem er seine Schlafstätte hatte, hinausgefallen war. Nachdem man den Besinnungslosen vom Erdboden aufgehoben und ihn in sein Bett gebracht

¹⁾ Arch. de médecine expérimentale tome II, 1890 u. t. III, 1891. In der letztgenannten Arbeit ist noch ein Fall von Prouff, Morvan'sche Krankheit mit Höhlenbildung im Rückenmark, erwähnt.

hatte, fand ich ihn noch unzurechnungsfähig. Bei Untersuchung der oberflächlichen Weichtheilwunden des Schädeldaches wehrte er sich, schimpfend und um sich schlagend, und wünschte, man solle ihn in Ruhe lassen. Oberhalb des rechten Handgelenkes bestand eine Radiusfractur. Es liess sich nicht feststellen, ob der Zustand der Unzurechnungsfähigkeit zum Theil auf eine Hirnerschütterung oder nur auf den vorhandenen Alkoholismus, welcher letzterer den Fall aus der Speicheröffnung veranlasst hatte, zurückzuführen war. Nachdem ich kalte Umschläge auf den Kopf verordnet und mich entfernt hatte, citirte man mich morgens um 6 Uhr nochmals zu dem Betreffenden mit der Angabe, es stecke ihm ein Stück Eisen im Rücken. Als ich hinkam, hatte der Meister, bei welchem er wohnte, das Eisen mittels einer Zange extrahirt. Derselbe gab mir an, der Fritz W. sei gegen Morgen erwacht, habe über heftige Schmerzen im Rücken geklagt und ihn aufgefordert, doch einmal nachzusehen, was er dort habe. Er habe darauf bei dem Betreffenden ein nur wenig über die Haut herausragendes Stück Eisen bemerkt, welches so fest gesessen, dass er es mit den Fingern nicht habe herausziehen können; er habe dann aus seiner Schmiede eine Zange geholt und mit derselben unter Anwendung einer ziemlich grossen Gewalt eine scharfe Feile herausgezogen, welche er mir vorzeigte. Der Meister versicherte mir, dass er die Feile in gerader, resp. zur Rückenfläche senkrecht stehender Richtung herausgezogen habe. Die vorgezeigte Feile, welche dreieckig war, mit scharfen Kanten, und nach vorn spitz zulief, war gegen 15 cm lang und hatte einen Durchmesser von etwa 1 1/3 cm. Am unteren Ende zeigte sie eine abgerundete Heftspitze von circa 3 cm Länge, welche offenbar in einem Holzstiele gesteckt hatte. Dies untere Ende hatte zum Theil aus dem Rücken hervorgeragt. Die Feile zeigte auffallenderweise keine Blutspuren. Als ich darüber mein Befremden bekundete, sagte mir der betreffende Meister, es sei beim Herausziehen kein Blut, nur etwas Wasser ausgeflossen. Auf der Mittellinie des Kreuzbeins, 5 cm oberhalb der Steissheispitze und circa 10 cm oberhalb der Afteröffnung befand sich eine dreieckige, blutig verklebte Wunde.

Der Verletzte hatte kurz vorher Urin und dünnflüssige Kothmassen entleert, die mit einer geringen Menge Blut vermischt waren. Ich nahm an, dass der Betreffende, welcher ja als Schlosser mit Feilen zu hantiren hatte, in seiner Rocktasche eine Feile gehabt und bei dem Sturze aus der Speicheröffnung in dieselbe hineingefallen wäre. Dieser Annahme stand indess einmal die bestimmte Versicherung des Verletzten entgegen, dass er keine Feile in der Tasche getragen habe, sowie ferner ein anderer körperlicher Befund. Er hatte nämlich an der inneren Seite des linken Oberschenkels eine ebenfalls dreieckige Stichwunde der Weichtheile, welche von demselben Instrument erzeugt sein musste, wie die auf der Rückenfläche befindliche.

Der Verletzte gab nun an, er sei auswärts gegen 10 1/2 Uhr Tags vorher in total betrunkenem Zustande in Streit mit anderen Burschen gerathen, und müsse wohl bei dieser Gelegenheit die Feile ihm in den Leib gestossen worden sein. Er hat dann noch einen Weg von 15 Minuten bis zu einem Bahnhofe zurückgelegt, darauf eine Eisenbahnfahrt von 35 Minuten gemacht und endlich noch einen Fussweg von circa 50 Minuten bis in sein Quartier zurückgelegt, alles dies mit der Feile im Körper, doch in einem solchen Zustande von Betrunkenheit, dass er anscheinend von ihr nichts gemerkt hat. Gelegentlich der Eisenbahnfahrt soll er im Wagenabtheil sogar auf dem Rücken gelegen und dabei laut gesungen haben, der spätere Fussweg soll ihm indess sauer geworden sein, wie sein Begleiter nachträglich angab.

Ich liess nun den Betreffenden in's Krankenhaus schaffen und katheterisirte morgens gegen 8 Uhr zuerst, nachdem ich mich bei Untersuchung der Wunde im Rücken überzeugt hatte, dass der Wundcanal durch das Kreuzbein hindurchführte. Die Blase enthielt etwa 100 g mässig klaren, nicht blutigen Urin. Patient klagte im Laufe des Tages über Schmerzen im Unterleib und erhielt Opium. Gegen Abend, nachdem infolge des letzteren die Leibscherzen nachgelassen, fühlte Patient sich wohl. Er war dreimal katheterisirt worden und hatte ausserdem noch spontan unblutigen Urin entleert. Ich glaubte schon eine Verletzung der Blase ausschliessen zu können, wurde indess am nächsten Morgen eines anderen belehrt.

In der folgenden Nacht hatten sich Diarrhöen eingestellt, und war aus der Stichwunde eine grosse Menge Wasser geflossen, so dass nicht nur das Bett nass geworden, sondern die Flüssigkeit durch das letztere hindurch auf den Boden des Krankensaales abgelaufen war. Der Patient machte mich darauf aufmerksam, dass bei jedem Hustenstoss sich Urin aus der Stichöffnung entleerte. Dem abfliessenden Wasser waren deutliche Kothmassen beigemischt, und stellte sich bald ein scheusslicher Gestank ein. Die Umgebung der Wunde zeigte sich bald entzündet und roth. Es wurde noch am Tage mehrfach katheterisirt, der Wundcanal ausgespritzt und mittels eines eingelegten Gummischlauches drainirt. Es stellten sich Schmerzen in der rechten Seite des Beckens ein, gegen welche kalte Umschläge angewendet wurden. Die Temperatur ging im Laufe des Tages von 38,9° C auf 38,4° C herunter.

Am folgenden Morgen (2. Mai) zeigte sich, nachdem der Verletzte an sich beobachtet hatte, dass, wenn er bei etwas höherer Lage des Oberkörpers häufig den Urin ablasse, kein Wasser am Rücken abflüsse, und nachdem er infolge dessen die Nacht hindurch öfters Urin gelassen, der Verband trocken. Es entleerte sich auch bei Husten kein Urin mehr aus der Wunde. Da der Gummischlauch über Nacht aus dem Canal hinausgeglitten, wurde Jodoformgaze in denselben eingeführt. Im Laufe des Tages stellte sich Erbrechen gelblicher Massen ein, doch betrug abends die Temperatur nur 37,6° C. Das Katheterisiren erschien nicht weiter nöthig, da durch häufiges Uriniren der Abfluss aus dem Stichcanal verhindert werden konnte.

Am 3. Mai, also am vierten Tage nach der Verletzung, zeigte sich morgens der Verband wieder trocken und die Umgebung der äusseren

Wunde weniger geröthet. Der Wundcanal, welcher etwas Eiter enthält, wird von jetzt ab täglich zweimal mit einer 2%igen Lysollösung ausgespritzt und mit Jodoformgaze ausgefüllt. Patient fühlt sich besser, ist fieberfrei, nur besteht noch Diarrhoe.

Am 4. Mai ist der Verband morgens etwas mehr durchtränkt. Aus dem Wundcanal entleert sich gelblich dünnflüssiger, übelriechender Koth. Am Abend war der Verband weniger durchtränkt als am Morgen. Gegen die noch fortbestehende Diarrhoe werden Höllensteinpillen mit Opium gereicht. Patient vollkommen fieberlos.

Am 5. Mai entleerte sich nach Abnahme des wenig durchtränkten Verbandes eine geringe Menge dünnen Koths aus der Wunde. Die Diarrhoe noch nicht beseitigt. Kein Fieber vorhanden.

Am 6. und 7. Mai war Eiter, dagegen kein Koth im Verband zu constatiren. An den beiden folgenden Tagen dagegen fand sich noch brauner, flüssiger Koth vor; dann schwand die Diarrhoe, und es schloss sich die Darmöffnung. Der Canal war in der Folge mit gelblichem Eiter gefüllt, wurde allmählich immer kürzer und enger, so dass bereits am 22. Mai die äussere Hautwunde verklebt war. Die Kräfte des Patienten hatten sich soweit wieder erholt, dass er am 28. Mai, also nach vierwöchigem Kranksein, aus dem Krankenhaus als völlig gesund wieder entlassen werden konnte. An die lebensgefährliche Verletzung erinnert jetzt nur noch eine kleine dreieckige Hautnarbe der Kreuzbeingegend von 1 cm Länge und 1/2 cm Breite.

Wir haben es also in dem oben beschriebenen Falle mit einer Stichverletzung des Mastdarms und der Blase zu thun, die mittels eines ungewöhnlichen Instrumentes, nämlich mittels einer scharfen dreikantigen Feile zustande gekommen war. Letztere war jedenfalls mit einer furchtbaren Gewalt genau durch die Mittellinie des Kreuzbeins hindurchgestossen worden. Der Thäter hatte erst dem ihn begleitenden und bei dem Streite ebenfalls anwesenden Bruder unseres Verletzten, wie ich mich am 7. Mai augenscheinlich überzeugen konnte, mit derselben Feile einen Stich in den rechten Oberschenkel von hinten her beigelegt, dann unseren Patienten (ebenfalls von hinten her) in den linken Oberschenkel gestochen und ihm darauf den gefährlichen wuchtigen Stich in das Kreuzbein versetzt. Beim Herausziehen der Feile hat er nur den Stiel in der Hand gehabt, die Feile selbst war durch den Knochen gedrungen und in demselben stecken geblieben.

Bei diesem Stiche ist ausser dem Mastdarm der obere Theil der hinteren Blasenwand angestochen worden. Dies ist wohl daraus zu schliessen, dass bei etwas erhöhter Lage des Oberkörpers kein Wasser aus dem Canal herausfloss, wenn die Blase nicht zu sehr gefüllt war. Am dritten Tage erfolgte nun schon eine Verklebung der Blasenwunde. Es ist anzunehmen, dass nur während der ersten und zweiten Nacht eine geringe Menge nicht septischen Urins in die Peritonealhöhle gelangt ist. Die Reizerscheinungen von Seiten des Abdomens (Leibschmerzen, Erbrechen und erhöhte Temperatur) waren nur am zweiten resp. dritten Tage in geringem Grade vorhanden, um dann völlig zu schwinden.

Ueber die Verletzungen der Harnblase sagt Bardeleben in seinem Lehrbuch der Chirurgie Folgendes: „Bei Verwundung der hinteren Wand fliesst der Harn, selbst wenn durch gleichzeitige Eröffnung einer anderen Stelle der Blase ein direkter Weg nach aussen gegeben ist, doch wenigstens zum Theil in die Peritonealhöhle, worauf mit seltenen Ausnahmen sehr schnell der Tod folgt (wie beim Kotherguss).“

Höchst selten kommt der Kranke nach einer schweren und langwierigen Peritonitis mit dem Leben davon. In solchen Fällen muss vorausgesetzt werden, dass eine Darmschlinge sich genau vor die Blasenwunde gelegt hat, daselbst durch Exsudat angeklebt worden ist und somit zum Verschluss der gefährlichen Oeffnung geführt hat. Dabei besteht jedoch längere Zeit die Gefahr, dass durch unvorsichtige Bewegungen die Anlöthung wieder gelöst, und dann zu einem neuen, in der Regel wohl tödtlichen Ergüsse Veranlassung gegeben werde.“

König ist in seinem Lehrbuch der speciellen Chirurgie (Band II, 9) der Ansicht, dass die Heilung nur zustande kommt und nur denkbar ist: „falls nach kurzer Zeit der Ausfluss aus der Blase aufhört, und ein solches Aufhören,“ so sagt er weiter, „lässt sich wohl am besten denken bei contrahirter Blase, indem das vorläufig durch die Contraction der Blase geschlossene Loch durch peritoneale Verklebung weiter verschlossen gehalten wird. Im anderen Falle kommt es zu diffuser, tödtlicher Peritonitis. Auch die Fälle von extraperitonealer Ruptur haben meist schlechte Prognose, indem Verjauchung innerhalb des Harnextravasats eintritt. Von 28 Fällen, welche Steph. Smith sammelte, sollen fünf geheilt sein, und von diesen waren drei subperitoneale Rupturen.“

Also nur zwei Fälle von Heilungen bei Verletzung des Peritoneums! In unserem Falle ist aber mit Sicherheit die Mitverletzung des Peritoneums anzunehmen, der Fall gehört somit zu den äusserst seltenen.