II. Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs.

Von

Dr. M. Schüller,

Docent der Universität Greifswald und Assistent der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 4.)

C. Chronischer Blasenkatarrh bei Prostatahypertrophie.

Der chronische Blasenkatarrh bei Prostatahypertrophie beansprucht in mehrfacher Beziehung ein besonderes Interesse und erfordert auch speciell die Behandlung verschiedene individuelle Modificationen, deren wichtigste Punkte in Folgendem kurz hervorgehoben werden sollen.

Wenn es auch durch die statistischen Untersuchungen von Thompson, Messer¹⁾, Dittel²⁾ festgestellt worden ist, dass die Prostatahypertrophie in einer ganzen Anzahl von Fällen ohne complicirende Erscheinungen von Seiten der Harnorgane bestehen kann, so ist es doch eine seit Morgagni bekannte und heute noch im vollsten Maasse gewürdigte Thatsache, dass eine der wichtigsten Complicationen der Prostatahypertrophie der chronische Blasenkatarrh ist. Genauer muss man ihn in solchen Fällen als eine nothwendige Folgeerscheinung der Prostatahypertrophie bezeichnen. Es ist begreiflich, dass solange die Anschwellung der Prostata in einer solchen Richtung und Form sich entwickelt, dass dadurch der Urinabfluss im Wesentlichen unbeschränkt bleibt, Urinbeschwerden durch dieselbe nicht veranlasst werden. Von dem Momente an aber, wo die freie Passage des Urines durch die Wucherung der Prostata irgendwie beeinträchtigt wird, müssen nothwendigerweise Stauungserscheinungen in der Harnblase entstehen, welche nach einer Reihe consecutiver Veränderungen (cf. oben die Einleitung) früher oder später zum chronischen Blasenkatarrh führen. Derselbe gesellt sich auch häufig zu jenen Fällen von Prostatahypertrophie, welche mit einer relativen Incontinenz des Urines beginnen, welche ihrerseits nach den Untersuchungen Socin's meist durch eine mechanische Ausdehnung und Verzerrung des Sphincter durch die denselben verdrängende oder auseinander drängende Wucherung der Prostata bedingt ist. Denn auch in diesen Fällen pflegt immer nur eine mangelhafte Entleerung und in Folge der Urinstagnation eine günstige Bedingung für die Entwicklung eines chronischen Blasenkatarrhs geschaffen zu werden. Im Uebrigen sind es gewöhnlich zwei Momente, welche bei Prostatahypertrophie zur Entwicklung des Katarrhs disponiren; nämlich einmal die Verlegung des prostatistischen Theiles der Harnröhre, welche derart zustande kommt, dass entweder Partien der Prostata in die Lichtung der Harnröhre hereinwuchern, oder dass die Harnröhre durch die hypertrophirende Prostata entweder gerade nach hinten oder auch seitlich verzogen wird (wie z. B. bei ungleichmässigen Wucherungen, ferner in manchen Fällen von vorwiegender Hypertrophie eines der seitlichen Lappen). Unter den genannten Verhältnissen braucht das Lumen der Harnröhre an Breite nichts verloren zu haben; im Gegentheil erscheint dasselbe häufig genug vergrößert: aber gleichwohl ist der Urinabfluss durch dasselbe behindert, weil die Wandungen der Harnröhre dicht aneinander liegen und sich weniger leicht ausdehnen lassen, sowie auch weil die Harnröhre Deviationen erleidet, welche das Eintreten des Urines aus der Blase in dieselbe erschweren. Daher findet man bei Prostatikern sehr regelmässig besonders die hinter der Prostata gelegenen Partien der Blase, den Blasengrund, in abnormer Weise vertieft³⁾ und gegen das Rectum zu vorgebuchtet, weil in Folge der veränderten Verlaufsrichtung der Harnröhre, der Druck des Blaseninhalts nicht mehr wie normal in die Richtung der Harnröhre fällt, (welche man als „Führungslinie“ für die Richtung der austreibenden Kräfte der Blase ansehen kann), sondern hinter dieselbe gegen den Blasengrund gerichtet ist. Diese Ausbuchtung des Blasengrundes, welcher neuerdings Busch, wie schon oben erwähnt, eine eingehende Untersuchung gewidmet hat, ist das zweite Hauptmoment, welches die Prostatiker so leicht zu Blasenkatarrhen disponirt.

Es kann hier nicht meine Aufgabe sein, noch näher auf diese interessanten Beziehungen einzugehen, so wichtig sie auch für das Verständniss der verschiedenen Harnbeschwerden und -Leiden der Prostatiker sind. Hier mag das Vorbemerkte genügen, uns daran zu erinnern, dass auch bei Prostataleiden die mangelhafte Urinentleerung, die chronische Harnstauung vorwiegend, wenn nicht ausschliesslich zur Entstehung des Blasenkatarrhs Veranlassung giebt. Nicht die Prostatahypertrophie an sich ruft denselben hervor, sondern vielmehr die durch jene eingeleitete unvollkommene Harnentleerung. Gewöhnlich entwickelt sich dieselbe im Verlaufe der Prostatahypertrophie ganz gradatim. Beim jedesmaligen Uriniren bleiben kleine, allmähig grössere Reste von Harn in der Blase,

¹⁾ Socin l. c. pag. 52.

²⁾ Dittel, Beiträge zur Lehre der Hypertrophie der Vorsteherdrüse. Med. Jahrb. XIV. 1867.

³⁾ Vergleiche auch die Figuren 5 u. 6.

stagniren im Blasengrunde, zersetzen sich daselbst und erzeugen so von hier aus den hartnäckigen chronischen Blasenkatarrh, der eben wesentlich desshalb so hartnäckig erscheint, weil, wie aus der eben gegebenen Skizze ersichtlich ist, die mechanischen Bedingungen der freien Harnentleerung nicht so leicht rehabilitirt werden können.

Leider wird die Behandlung der mit der Prostatahypertrophie verknüpften Leiden noch oft genug viel zu leicht genommen. Man begnügt sich mit der resignirten Auffassung, dass es nothwendige Uebel des Alters seien. Gleichwohl wird man, wenn man sich den Causalnexus der Erscheinungen vergegenwärtigt, eingestehen müssen, dass wir mit relativ einfachen Mitteln die Beschwerden um ein Erhebliches erleichtern, ja sogar oft dauernd beseitigen können. Wir dürfen uns nicht damit begnügen, bloss in den bedrohlichen Momenten, wo wir es, wie z. B. bei der Harnretention, unbedingt müssen, thatkräftig einzugreifen, sondern wir müssen auch schon den initialen, vielleicht noch sehr mässigen Harnbeschwerden alter Leute ein eingehendes und thatkräftiges Interesse widmen, um zu rechter Zeit der Entwicklung gravirender Erscheinungen vorzubeugen.

Macht man es sich zum Princip, in allen solchen Fällen, wo uns ein Patient seine zur Zeit vielleicht noch sehr geringen Beschwerden klagt, sich über die Harnorgane womöglich durch combinirte Urethral-Rectaluntersuchung genau und sorgfältig zu orientiren, und den geringsten Blasenkatarrh mit zweckentsprechender Energie zu behandeln, so wird man nicht so leicht von den gefährlichen Konsequenzen einer Prostatahypertrophie überrascht werden. Man muss nur daran denken, dass gerade ein bestehender Blasenkatarrh die Beschwerden und Gefahren des Leidens steigert. Besonders leicht disponirt derselbe zum Eintreten plötzlicher acuter Harnverhaltung. Es entwickeln sich eben bei einem bestehenden Blasenkatarrh sehr leicht acute Schwellungen der Harnröhrenschleimhaut in der Pars prostatica, sowie solche der hypertrophischen Prostata selber, welche um so eher die Passage für den Urin ganz verschliessen, je mehr die Harnröhre ohnehin Abänderungen in Form und Verlaufsrichtung durch die chronische Hypertrophie der Prostata erfahren hat.

Diese Thatsache fanden wir auch bei unseren Patienten mehrfach bestätigt. Beispielsweise recht charakteristisch in folgendem Falle: Ein 64-jähriger Schumacher, der am 14. August 1875 aufgenommen wurde, litt seit langer Zeit an Uregelmässigkeiten der Harnentleerung. Bei dem etwas decrepiden Mann findet sich eine gleichmässige Prostatavergrösserung mit Verziehung der Harnröhre nach hinten. Es wird ein gelber, trüber, alkalisch reagirender Harn entleert, aus welchem beim Stehen ein mörtelartiges Sediment aus phosphorsaurer Ammoniak-Magnesia, Blasenepithelien, wenigen Eiterkörperchen und Massen Bakterien niederfällt. Demnach bestand ein chronischer Blasenkatarrh ersten Grades (Dittel). Beiläufig bemerkt sei, dass auch dieser Patient anfänglich 8—10 Gramm Salicylsäure in Pulverform, ohne merkbare Aenderung der Erscheinungen nahm. Nebenbei wurden und nach etwa 8 Tagen ausschliesslich zweimal täglich Ausspülungen der Blase mit 1 procentiger Carbolsäurelösung gemacht, wonach sich die Erscheinungen besserten. Intermediär trat plötzlich eine acute entzündliche Schwellung der Prostata mit Urinretention ein, welche jedoch unter vorsichtigem, täglich viermal wiederholtem Katheterismus und unter dem Gebrauch von warmen Sitzbädern rasch beseitigt wurde. Der Katarrh verlor sich hierauf in auffallend rascher Weise, so dass Pat. am 24. Sept. geheilt entlassen werden konnte. Auch er hatte sich selber katheterisiren gelernt. —

Aber auch die unvollkommene Harnentleerung ebenso wie deren consecutive Folgeerscheinungen in den Nieren erfahren durch einen bestehenden chronischen Blasenkatarrh eine dauernde Steigerung. Sind hiermit noch keineswegs alle üblen Folgeerscheinungen erschöpft, so geht doch meines Erachtens schon daraus zur Genüge hervor, wie dringlich gerade bei Prostatahypertrophie die Behandlung des chronischen Blasenkatarrhs ist. —

Dass in dieser Beziehung die Localbehandlung Vortreffliches leistet, ergibt sich auch aus unseren Fällen. Schon der einfache Katheterismus nützt, noch mehr die Ausspülung der Blase mit desinficirenden Mitteln, eben weil damit den schon in der Einleitung hervorgehobenen cardinalen Indicationen genügt wird. Kann man hier freilich nicht erwarten, dass der Patient mit der einmaligen Beseitigung des Blasenkatarrhs vor jeder Wiederkehr desselben geschützt ist, so ist es schon immerhin ein erheblicher Gewinn, den Patienten für längere Zeit von seinen Beschwerden zu befreien. Lehrt man ihn überdies sich selber katheterisiren, und event. bei jeder etwa wieder auftretenden Trübung des Urines sich die Blase ausspülen, so kann man solche Patienten Jahre lang in relativ gutem Wohlbefinden erhalten. Die Patienten wissen es in der Regel gar nicht genug zu rühmen, wie behaglich sie sich trotz dieser dauernden, anscheinend sehr lästigen Nachbehandlung befinden, welche wir einem jeden von ihnen anempfehlen.

Eine besondere Berücksichtigung verdient sowohl wegen ihres häufigen Eintretens bei Prostatahypertrophie, wie wegen ihrer vitalen Bedeutung die Harnretention, über deren Entstehung ich schon oben nicht ausgelassen habe. Wenn uns eine solche zur Behandlung kommt, so werden wir natürlich in jedem Fall zuerst den Katheterismus versuchen. Sehr oft wird derselbe anstandslos gelingen. Zum Katheterismus kann man nach Socin's Empfehlung die weichen Nelaton'schen Katheter aus vulcanisirtem Kautschuk nehmen, mit welchen allerdings kaum Schaden angerichtet werden kann. Diese flexiblen Katheter suchen sich den Weg selber auch in schwierigen Fällen, und ist es daher besonders dem weniger geübten Arzte, — aber auch bei etwa vorhandenen falschen Wegen —, zu empfehlen, mit ihnen den Anfang zu machen. Will man sich aber gleichzeitig über die localen Verhältnisse genau unterrichten, so sind die starren Katheter zu wählen, entweder metallene von verschiedener Krümmung, oder elastische mit dicken Drahtmandrins, denen man die zweckentsprechende Krümmung giebt. Nur bei den starren Kathetern ist man, wie Dittel sehr richtig bemerkt, in der That „Herr seines Instrumentes“. Dabei ist vorzüglich darauf Rücksicht zu nehmen, dass durch die Prostatahypertrophie, wie schon bemerkt und auch aus den schematischen Figuren 5 und 6 ersichtlich ist, die

Figur 5¹⁾. Figur 6¹⁾.

Harnröhre ebenfalls oft sehr erhebliche Deviationen, besonders häufig eine starke Krümmung convex nach rückwärts und zugleich eine Verlängerung im prostatiscchen Theile erleidet, welche wesentlich durch die Entwicklung des mittleren Lappens bedingt ist. In solchen Fällen eignen sich sehr gut Katheter mit kurzer jährr Krümmung, wie der Mercier'sche. Mit demselben lässt sich der durch den mittleren Lappen gebildete klappenartige Vorsprung leicht zurückdrängen und so der Verschluss der Blasenmündung der Urethra lüften. — In manchen Fällen erweisen sich dagegen starke Katheter mit längerer und zugleich flacher Krümmung sehr zweckmässig, eine Form, welche auch von den besten englischen Autoren bevorzugt wird. Einen ähnlichen bildet Dittel ab (l. c. Fig. 18). Ueberhaupt wird man, wenn man mehrere Fälle von Prostatahypertrophie vor sich hat, finden, dass keineswegs derselbe Katheter, wie man es früher — und zum Theil auch jetzt noch — vom Mercier'schen annahm, für alle Fälle passt. Man muss vielmehr jeden einzelnen Fall einer Voruntersuchung unterziehen. Vortheilhaft und in manchen Fällen geradezu unerlässlich ist auch hier die vorgängige combinirte Urethro-Rectaluntersuchung. Durch dieselbe vermögen wir uns oft genug derart über die localen Verhältnisse zu orientiren, dass es auch in anscheinend schweren Fällen glückt, in die Blase zu gelangen. Man kann durch dieselbe erkennen, nach welcher Richtung die Prostata vorzugsweise hypertrophirt erscheint, ob vorwiegend ein Lappen oder beide vergrössert sind. Wir gewinnen so am besten sowohl über den Grad, wie über die Richtung der Harnröhrenverziehung im prostatiscchen Theile klare Vorstellungen und sind dann verhältnissmässig leicht im Stande, dem Katheter die rechte Führung oder eine solche Krümmung zu geben, so dass er ohne Widerstand in die Blase dringt. Besonders empfehlenswerth erscheint mir diese Untersuchungsmethode endlich noch beim Bestehen von falschen Wegen, indem sie uns nicht nur die Entdeckung derselben erleichtert, sondern weil sie auch ermöglicht, dieselben beim Vordringen nach der Blase zu vermeiden. —

Gelingt der Katheterismus bei den ersten Versuchen noch nicht und hat vielleicht die Retention noch nicht zu lange angedauert, so kann man erst noch ein Darmrohr geben oder ein warmes Sitzbad neh-

¹⁾ Schematische Darstellung der Deviationen der Harnröhre durch verschiedene Formen von Prostatahypertrophie. Die ausgezogene Linie deutet das normale Verhalten an, die punctirten die Abweichungen.

men lassen. Dadurch kann augenscheinlich in manchen Fällen auf etwaige acute Anschwellungen der Harnröhrenschleimhaut und der Prostata eingewirkt werden, so dass ein zweiter Versuch des Katheterismus nun das vorliegende Hinderniss ohne Schwierigkeit oder doch leichter überwindet. — So reüssirten wir in mehreren Fällen mit dem Katheterismus, trotzdem die Schwierigkeiten oft recht erheblich waren, wie z. B. im folgenden Falle:

Ein 76-jähriger, für sein Alter noch relativ kräftiger Mann J. K. wurde am 2. December 1875 aufgenommen. Er hatte schon vor 6 Jahren einmal an Harnretention gelitten, welche damals rasch durch den Katheterismus beseitigt worden war. Danach blieb er frei von Harnbeschwerden bis vor drei Tagen. Da trat wieder plötzlich Harnverhaltung ein, deren Beschwerden rasch bis zu einer kaum erträglichen Höhe anstiegen. Pat. hatte zunächst selber versucht, sich mittelst eines Katheters den Urin abzulassen und sich dabei einen falschen Weg geholt. Der nun erst herbeigerufene Arzt war ebenfalls ausser Stande, einen Katheter in die Blase zu führen, da er sich immer wieder in den vom Patienten gebohrten falschen Weg verirrte. Deshalb wurde Patient am 2. December Abends in unsere Klinik gebracht. Patient war sehr aufgeregt, klagte über starke Schmerzen in der Harnröhre und Blase. Die Blase ragte stark handbreit, prall gefüllt über der Symphyse in die Höhe. Bei combinirter Urethral- und Rectaluntersuchung fand ich die Prostata in ihrem linken Lappen stark vergrössert, wodurch die Harnröhre etwas seitlich und nach hinten verzogen wurde. Die Harnröhre war an zwei Stellen von falschen Wegen durchbohrt; einer lief von der vorderen (!) Wand der Harnröhre schräg hinter der Symphyse nach aufwärts, der zweite hatte die hintere Wand in der Pars bulbosa durchdrungen. Nachdem ich hierüber orientirt war, gelang es mir beim vierten oder fünften Ansätze, einen „platten“, etwas flach gebogenen starken Katheter (No. 12), ohne dass ein Tropfen Blut floss, in die Harnröhre zu führen. Es entleerten sich zwei unserer grossen Urin-gläser (etwa 2000 Gramm) voll dunklen, zersetzt riechenden, stark sedimentirenden Urines. (Eiterkörperchen, Schleimhautepithelien, Sargdeckel-crystalle, Bacterien.) Die Behandlung bestand in viermal täglich wiederholtem Katheterismus und zweimaliger Ausspülung mit 1 procentiger Carbollösung. Daneben warme Sitzbäder. Der Katheterismus bot übrigens anfänglich immer wieder dieselben Schwierigkeiten, welche die falschen Wege beim ersten Male veranlasst hatten. Der Katarrh wurde rasch beseitigt. Pat. vermochte schon nach einer Woche wieder spontan Urin zu lassen und wurde am 28. December vom Katarrh befreit und mit der Anleitung zur Selbstausspülung der Blase entlassen. —

(Fortsetzung folgt.)