Feuilleton.

Ein Bericht über 500 Blasensteinoperationen an Erwachsenen männlichen Geschlechts.

Alle Fälle dieser Art bis zum Jannar 1877 umfassend; nebst Bemerkungen über die wichtigsten Zufälle, die sich dabei ereigneten.

Von

Sir Henry Thompson,

aussordentl. Leibarzt Sr. Maj. des Königs der Belgier, consult. Chirurgen
am University College Hospital und Prof. emer. der klinischen Chirurgie am
University College zu London.

Aus dem 61. Bande der „Medico - Chirurgical Transactions“, veröffentlicht durch die „Royal Medic. and Chirurg. Society“ in London.

In Folge gütiger Uebermittlung von Seiten des Verfassers.

Deutsch bearbeitet von

Dr. Dupuis.

pract. Arzt in Bad Kreuznach.

(Fortsetzung aus No 17.)

Zusammengenommen kommen also auf die 500 Fälle, die nur Erwachsene betreffen und nach beiden Operationsmethoden behandelt wurden, 61 Todesfälle, entsprechend einer Gesamtmortalität von 12 Proc., oder 1 Todesfall auf $8\frac{1}{2}$ Fälle.

Wir wollen in Kürze dies Resultat mit der Mortalität vergleichen, die von den bereits genannten Operateuren als Resultat ihrer Lithotomien und Lithotritien verzeichnet worden ist.

Deutsche Medicinische Wochenschrift. 1879.

Cheselden's Fälle von Erwachsenen über 20 Jahre	=	46	mit 13 Todesf.
Martineau's „ „ „ „ „ „	=	42	„ 2 „
Brodie's ¹⁾ „ „ „ „ „ „	=	115	„ 9 „
Fergusson's „ „ „ „ „ „	=	219	„ 45 „

Summa der Erwachsenen	422 mit 69 Todesf.
-----------------------	--------------------

Die Mortalität dieser beigegebenen Fälle beträgt etwa $16\frac{1}{2}$ Proc., entsprechend 1 Todesfall auf etwas wenig mehr als 6 Fälle.

Ich möchte nun auf eine Tabelle, lediglich Lithotomien aus allen Altersklassen umfassend, hinweisen (ich erhielt sie vor einigen Jahren mit grosser Mühe für ein Werk über „Lithotomie und Lithotritie“) die von den dirigirenden Chirurgen des Great Britain Hospitals herrührt, von denen ich die Journale eines jeden der sich auf die Zahl von 1827 belaufenden Fälle bekam. Von diesen 1827 Fällen 736 im Alter von „zwanzig und mehr Jahren, mit 149 Todesfällen, oder ein bisschen mehr als 1 Todesfall auf 5 Fälle. Dieses Resultat zeigt eine bemerkenswerthe Aehnlichkeit mit der obigen Tabelle von Cheselden's, Martineau's, Brodie's und Fergusson's Operationen.

Ich darf wohl sagen, dass die Mortalität von 12 Proc., oder 1 Todesfall auf 8 1/2 Fälle, wie es die vorliegende Serie ergibt, das beste Resultat ist, das irgend ein authentischer Rapport über irgend eines Operateurs sämtliche und nicht ausgewählte Fälle aufweist, und wie ich glaube, verdanke ich dies Resultat unter anderem hauptsächlich dem Umstande, dass ich sorgfältig abwog, welche Operationsmethode der Individualität eines jeden Falles am besten entsprach.

Schon vor langer Zeit sprach ich mich dahin aus, dass nur die

²⁾ Es ist zu berücksichtigen, dass Brodie's Fälle gerade für die Lithotritie ausersessene waren, und dass wir nichts wissen über seine Resultate bei Lithotomie oder über die Fälle, die er als zu ungünstig für Lithotritie zurückwies. Dies bringt der obigen Tabelle einen offenkundigen Vortheil, ebenso wie die Aufnahme von Martineau's ausgewählten Fällen in dieselbe.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Genauigkeit der Diagnose und die darauf fussende richtige Wahl der Operationsmethode den Schlüssel für erfolgreiche Resultate an die Hand giebt, so wie ich mich ferner zu zeigen bemühte, dass es ohne richtige Diagnose in Bezug auf die Grösse des Steins und des Zustandes des Patienten (der erste Punkt ist von der äussersten Wichtigkeit) gefährlicher ist, beide Operationsmethoden in Anwendung zu ziehen, als die Lithotomie gleichmässig in allen Fällen zu verrichten. Denn ohne Frage ist die Lithotritie eine unvergleichlich sichere Operation bei Steinen von mässiger Grösse, jedoch eine unpassende und gefährliche bei grossen Steinen; bei letzteren ist eine gut ausgeführte Lithotomie ein weniger ernster Eingriff, wohl aber ein zu erheblicher und gefährlicher bei kleinen. Ich möchte nur ganz kurz auf einige specielle Punkte, die das Ergebniss meiner Erfahrung und für Andere vielleicht von Interesse sind, aufmerksam machen. Es ist klar, dass der Raum nicht gestattet, die gewöhnlicheren Dinge zu berühren, weshalb ich nur auf die ausserordentlichen Vorkommnisse Bezug nehmen werde. —

Der erste Abschnitt wird sich mit den Zufällen, die sich bei der Ausführung der beiden Operationen ereigneten und mit den Todesursachen beschäftigen, der zweite mit der späteren Geschichte der Patienten, welche der Lithotritie unterzogen wurden.

Erstens die Zufälle während der Operation.

Bei Ausführung der Lithotritie ist nur einmal ein Lithotriptor in der Blase gebrochen. In diesem Falle, einem Patienten von 64 Jahren, war der Stein von solcher Beschaffenheit, dass er, was ich nicht erwog, die Kraft des Instrumentes übermässig auf die Probe stellen musste. Es passirte Folgendes: Während des Aktes der Zertrümmerung brach das Ende der männlichen Branche nahe an der Verbindungsstelle mit dem Schaft ab, so dass ein Stück Stahl von $\frac{3}{4}$ Zoll Länge frei in der Blase lag. Ich zog das Instrument heraus und machte am nächsten Tage die Lithotomie, wobei ich den Stein sammt dem abgebrochenen Stücke entfernte; der Patient genas glücklich. Ich hätte das Stück Stahl leicht

mit einem Lithotriptor entfernen können, die Textur des Steins — wiewohl er nicht aus oxalsaurem Kalk bestand — bestimmte mich jedoch, den Patienten zu lithotomiren. Der Fall ist No. 224 der Liste. Ich bemerke, dass der Lithotriptor genau an der Stelle brach, wo das Instrument, wenn ein Bruch stattfindet, allein brechen darf. Es war ein alter und bevorzugter Lithotriptor und hatte in ungefähr 150 Fällen seine Dienste gethan: das ist gerade so viel Arbeit, wie sie irgend ein Lithotriptor ohne Schaden für seine Sicherheit und Zuverlässigkeit zu leisten fähig ist. Lange vorher habe ich bei der Beschreibung der Construction des Instrumentes das angeführt, was ich von Charrière in Paris lernte; dass nämlich der beschriebene specielle Punkt der schwächste des ganzen Instrumentes sein müsse, weil hier ein Bruch in Wirklichkeit von geringer Bedeutung ist und durch ihn eine Biegung oder ein Bruch an einer anderen Stelle verhindert wird, wenn zufällig eine übermässige Kraft angewendet werden sollte.

In einem 2. Falle keilte sich ein eben nicht grosses Stück eines Harnsäuresteines zwischen die flachen Branchen des Lithotriptors so fest ein, dass ich es weder loslassen noch das Instrument herausziehen konnte. In dieser Lage schlug ich ein bis jetzt wohl noch nicht genau so ausgeführtes Verfahren ein: ich zog ganz langsam das Instrument mit seinem Inhalte durch den Blasenhal und den prostatishen Theil der Harnröhre, die ganz erheblich dehnbar sind, wenn man sich bei dem Verfahren nur Zeit gönnt und stetige Traktionen in Ruhe und ohne Eile ausführt. So ging das Instrument noch weiter vorwärts, und als die Harnröhre nicht mehr nachgab, schob ich die Hoden nach hinten und machte eine kleine Incision in der Mittellinie des Penis abwärts nach seiner Wurzel zu bis auf den Lithotriptor, worauf dessen Ende mit Leichtigkeit durch die Oeffnung hervorgeschoben, die eingekeilten Trümmer entfernt, die Branchen geschlossen, das Instrument durch die Wunde in die Harnröhre zurückgezogen und dann wie gewöhnlich durch die äussere Mündung entfernt wurde. Am nächsten Tage fand sich ein unbedeutendes Extravasat, das

eine kleine Incision in das Scrotum erforderlich machte; alles war indessen bald verheilt, der Patient genas und ist bis auf den heutigen Tag völlig wohl geblieben. Dieser Unfall passirte mir 1874; Herr Clover, der den Patienten chloroformirte, war Zeuge des ganzen Vorgangs, es ist der Fall No. 204. Kein anderer Zwischenfall ereignete sich bei den 422 Fällen von Lithotritie während der Operation. Ein Todesfall ist verzeichnet bei einem 84 jährigen Patienten, der eine beträchtliche Quantität von harten Steinen in seiner Blase hatte. Dies war einer der frühesten Fälle No. 13, und einer, bei dem es mir jetzt nicht mehr in den Sinn käme, die Lithotritie zu unternehmen.

Ich komme nun zu den Zufällen bei der Lithotomie.

Bei dieser Operation sind mir zwei Todesfälle in Folge von Perforation der Blase durch die Leitungssonde vorgekommen. Ich gestehe, dieser Unfall war mir ganz neu, und er ist, wie ich meine, der sorgfältigsten Beachtung werth. Beide Fälle ereigneten sich vor einiger Zeit im Spital und wurden im Leichenhause desselben öffentlich untersucht. Ich hatte schon vor diesen Unglücksfällen oft die Beobachtung gemacht, dass die Blasenwände im erkrankten Zustande äusserst dünn und zuweilen äusserst weich sind. Ich habe Harnblasen in einer so frühen Periode nach dem Tode, dass unmöglich schon grosse Veränderungen in der Leiche vor sich gegangen sein konnten, so weich gefunden, dass man sie fast wie nasses Papier hätte zerreißen können. Nun wird zuweilen nichts wahrscheinlicher sein, als dass bei Nichtachtung dieser Quelle von Gefahr die Spitze der Leitungssonde durch die obere Wand des Fundus einer zusammengezogenen Blase gestossen wird, wenn das Instrument so lang ist, wie es oft zu sein pflegt. Ich habe seitdem häufig solche unnötig langen Krümmungen, wie man sie zuweilen an den Führungs sonden sieht, angetroffen, und wenn ich sie anwenden sah, lebhaft gefühlt, wie gefährlich ihre Spitze einer in der beschriebenen Weise erkrankten Blase werden können, und ich neige mich sehr der Ansicht zu, dass in den Fällen von rapider tödtlicher Peritonitis, die zuweilen

nach Lithotomie auftritt, bei sorgfältiger Untersuchung hie und da ein winziger Einriss in der obern hintern Blasenwand gefunden wird. Er kann sehr klein sein, zwischen den Runzeln der Blasenwand liegen und leicht der Beobachtung entgehen, aber nichts desto weniger eine kleine Portion Urin in den Peritonealsack gelangen lassen, denn auf andere Weise lassen sich die Unfälle sehr schwer erklären, welche den Patienten in etwa sechsunddreissig Stunden nach der Operation wegraffen. Man hat wohl eine Ausbreitung der Entzündung der Blase auf ihren peritonealen Ueberzug als Ursache angegeben, aber ich halte die mechanische Ursache für wahrscheinlicher. Uebrigens kann eine solche Harnblase ebenso wohl durch die Steinzange als durch die Führungs sonde verletzt werden, aber das Messer kann bei diesen Verletzungen gar nicht in Frage kommen. Offenbar waren die kleinen Oeffnungen in den beiden fraglichen Fällen damit nicht gemacht, da sowohl die Beschaffenheit und Lage derselben eine solche Erklärung ausschliessen. Ausserdem bin ich ganz sicher, dass die Gefahr einer Perforation der Blase mittelst der Spitze des Messers äusserst entfernt liegt und unmöglich ist in den Händen eines gehörig competenten Operateurs.

Zweitens: Nachblutung verursachte in drei Fällen den tödtlichen Ausgang, da die Blutung, die vielleicht bei der Operation reichlich war, aber damals gestillt wurde und dann im Ganzen eine Woche oder länger anhielt, am neunten oder zehnten Tag nachher plötzlich wieder antrat und den Tod des Patienten zur Folge hatte. Eine Nachblutung, welche das Leben des Patienten in grosse Gefahr brachte, habe ich nentlich nach fünfzehn Tagen beobachtet, doch gelang es, sie durch Einführung und festes Ausstopfen des „Unterrock-Tampons“¹⁾ zu stillen, bei welcher Procedur die halb verheilte Wunde wieder gänzlich aufgerissen wurde. Der Patient genas zwar langsam aber glücklich und ist jetzt ganz wohl. Es ist mir nicht zweifelhaft, dass die Heilung durchtrennter

¹⁾ Vergl. „Thompson's Krankheiten der Harnorgane“, Berlin bei G. Reimer, pag. 185. Anm. d. Uebers.

Arterien bei älteren Leuten weniger schnell und vollständig vor sich geht, als bei andern, und dass Incisionen bei Männern zwischen sechzig und achtzig Jahren, in welchem Alter die meisten standen, gefährlich sind, hinsichtlich primärer und secundärer Blutungen, mit denen man bei jungen und in mittlerem Alter stehenden Leuten nichts zu thun hat. Doch diese primären oder secundären Blutungen sind glücklicherweise nicht mehr zu fürchten. Dank einer einfachen Erfindung meines Assistenten, des Herrn Buckston Browne, die in einem aufzublasenden Kautschuk-Tampon besteht, wird eine Blutung fürder keine Ungelegenheit mehr verursachen, da sie mittelst dieses kleinen Apparates völlig zu beherrschen ist. Niemand sollte von jetzt an eine Lithotomie mehr unternehmen, ohne mit ihm ausgerüstet zu sein.

Ein anderer zu erwähnender Unfall, der zwar keine tödtlichen Folgen hat, ist die Verletzung des Rectums bei der Operation. Ich gestehe, dass die gelegentliche Verletzung desselben mich nicht überrascht bei älteren Leuten, bei denen das Rectum zuweilen eine recht geräumige Höhle bildet und sich bei der Exploration mit dem Finger so anfühlt, als wenn es zum Theil die Prostata und den Blasenhal umhüllte. Nach meiner Meinung muss Jedem, der häufig Männer von 60 Jahren und darüber operirt, der erwähnte Unfall in einer gewissen Zahl von Fällen zustossen. Ohne Zweifel ist die Gefahr, den Mastdarm zu verletzen, grösser, wenn man „unten schneidet“, wie man es nennt, d. h. wenn man die Spitze des Steinmessers erst etwas weiter (tiefer) unten oder weiter hinten in die Rinne der Leitungssonde hält¹⁾ Andererseits wird ein Anschneiden des Mastdarms völlig ausser Frage bleiben, wenn man „oben schneidet“, oder die Spitze des Messers schon da in die Rinne der Leitungssonde hält, wo sie noch nahe an der Oberfläche liegt, aber hier kann man den Bulbus oder selbst dessen Arterie verletzen und eine ernstliche Blutung riskiren. Diese beiden Gefahren sind

¹⁾ Vergl. Thompson's „Krankheiten der Harnorgane“, pag. 181 u. ff. Anm. d. Uebers.

die Scylla und Charybdis des Operators, wenn er mit alten Leuten zu thun hat. In der Jugend und im mittleren Alter ist die Gefahr einer Verletzung des Mastdarms geringer, und hier kann „weiter unten“ geschnitten werden. Ich habe viermal den Mastdarm verletzt und in dem letzten Falle fand ich die Verletzung desselben erst einen Monat nach der Operation, denn ich wurde sie unmittelbar nachher nicht gewahr, da sich in der That erst nach einer Woche Symptome derselben zeigten, doch ist es möglich (ohne meine Vermuthung zu meinem Vortheile ausbeuten zu wollen), dass ein ganz dünnes Stückchen zwischen der Wunde und dem Lumen des Darms ungetrennt blieb, das dann später durchschwärzte. Der Patient zählte 64 Jahre, und der rauhe und spitzige Stein war ein rechtes Exemplar eines oxalsauren Kalksteins. Es ist der einzige Fall, in dem ich das Septum zwischen Wunde und Darm durchschnitt, und der einzige, der mir nachher ernstliche Ungelegenheiten bereitete, da der Zustand beim Patienten noch derselbe ist und grosses Ungemach verursacht. In dem ersten der früheren Fälle starb der Kranke an Pyämie, und was den zweiten und dritten betrifft, so verheilte in einem die Fistel ganz und im anderen fast ganz nach der Anwendung des Galvanokauter, welches Verfahren beiläufig wenig nützte bei dem frühern, vorher erwähnten Falle³⁾.

Vor Beendigung der Bemerkungen über Lithotomie will ich noch erwähnen, dass ich in der ersten Zeit meiner Thätigkeit etwas besorgt war, die verschiedenen sogenannten Medianoperationen zu versuchen, die damals eifrig discutirt wurden, und dass 20 von 27 ersten Operationen sogenannte Median- und Mediobilateralschnitte, und Bilateralschnitte nach Düpuytren waren. Darnach kehrte ich zum Lateralschnitt zurück, und die Mortalität hat sich seither stetig vermindert.

³⁾ Seit ich obige Zeilen schrieb, erhielt ich einen Brief von dem betreffenden Herrn, datirt vom 2. Januar 1878, worin er mir von der stetigen Besserung seines Zustandes während der letzten Zeit Mittheilung machte. (Schluss folgt.)