II. Aus der chirurgischen Klinik des Herrn Professor C. Hueter.

4 Fälle von Steinschnitt.

Von

Dr. Hermann Hueter,
Assistenzarzt der Klinik.

(Fortsetzung aus No. 2.)

Von selbst drängt sich uns die Frage auf, waren diese Veränderungen, die im ersten Falle gewiss in ihrer ganzen Schwere, im zweiten sicher, wenn auch vielleicht leichteren Grades, vor der Operation schon vorhanden sein mussten, waren diese Veränderungen nachzuweisen, und, wenn sie nachweisbar gewesen wären, hätte dieser Nachweis vielleicht unserem therapeutischen Handeln eine andere Richtung gegeben?

Da wir uns der prognostischen Bedeutung von gleichzeitiger Nierenaffectio bei Blasensteinen vollständig bewusst waren, und der elende Zustand des Patienten noch nebenbei auf die exacteste Durchforschung der inneren Organe direct hinwies, wurde der Urin beider Patienten zu verschiedenen Malen aufs genaueste untersucht. Es liess sich nichts nachweisen ausser Eiter, der schon bei der makroskopischen Betrachtung hinlänglich erkenntlich war; er füllte bei Fall 1, wenn das Harnglas voll Urin war, dieses zum Drittel aus.

Thompson spricht sich in seinen Krankheiten der Harnorgane über diesen Punkt etwa folgendermassen aus. Wir besitzen zur Zeit kein Mittel, um diese Zustände im Leben nachzuweisen. Weder Eiweiss noch andere Bestandtheile, welche bezeichnend für eine Nierenaffectio wären, brauchen vorhanden zu sein. Dem mit dem Urin entleerten Schleim und Eiter ist es nicht anzusehen, ob er aus der Blase oder von weiter oben stammt.

Ziemlich selten finden sich physikalische Zeichen oder subjective Symptome; nichtsdestoweniger kann vorgeschrittene Pyelitis ja zuweilen sogar chronische Nephritis vorhanden sein. Und doch wäre die Erkenntniss dieser Zustände für die Prognose unserer operativen Eingriffe so unendlich wichtig, denn, so ist das Urtheil Thompson's, es ist kaum zweifelhaft, dass das Vorhandensein dieser organischen Veränderungen fast mit Sicherheit die Ursache des ungünstigen Ausganges sowohl bei Lithotomie wie bei Lithotritie ist.

Gesetzt den Fall nun, wir hätten nachweisen können, dass neben den Steinen auch noch ein tiefer greifendes Nierenleiden bei beiden Kranken vorlag, wäre dann eine andere Behandlung wohl angezeigt gewesen, hätte etwa die Operation unterbleiben sollen? Thompson rath in diesen traurigen Fällen von jeder operativen Behandlung Abstand zu nehmen und nur palliativ vorzugehen. Zuweilen sei allerdings diese palliative Behandlung nutzlos und der Patient verlangt ohne Rücksicht auf die drohenden Gefahren Erleichterung seiner unerträglichen Leiden. Ist es human, unter solchen Umständen die Operation zu verweigern? fragt er. Der Frage folgt keine Antwort. Ich erlaube mir daher, diese Fragestellung als eine rhetorische zu betrachten und dieselbe nur in direct zustimmendem Sinne zu beantworten. Hätten wir in beiden Fällen operirt, nur um unseren Patienten ihre unerträglichen Leiden

zu erleichtern, die Operation wäre meiner Ansicht nach absolut gerechtfertigt gewesen und nach dieser Richtung hat dieselbe auch bei beiden Kranken vollständig unseren Erwartungen entsprochen. Die Schmerzen waren um vieles erträglicher geworden. Aber wie gesagt, das Nierenleiden war mit unseren jetzigen Hilfsmitteln nicht nachzuweisen, konnte höchstens vermuthet werden und desshalb durften wir gewiss eine, wenn auch schwache Hoffnung auf die Erhaltung des Lebens an die Ausführung der Lithotomie knüpfen.

Der dritte Steinkranke, ein junger Arbeiter von 21 Jahren, Namens Adermann, stellt sich am 30. April in der Poliklinik vor, und fällt dort sofort durch den gewaltigen urinösen Geruch, den er verbreitet, sehr unangenehm auf. Die Hose ist vollständig von Harn durchfeuchtet und wird nach Eröffnung derselben eine Fülle von alten Lumpen sichtbar, welche der Kranke als Receptaculum urinae benutzte. Die Anamnese bietet wenig Bemerkenswerthes. Seit 3 Jahren bestehen die Steinbeschwerden, die sich stetig steigerten und nur während einer mehrwöchentlichen Cur in einem Provinzial-Krankenhaus, wo tägliche Blasenausspülungen vorgenommen wurden, eine vorübergehende Abnahme erfahren. Die, im Augenblicke so sehr unangenehm bemerkliche, Incontinentia urinae trat vor einer Reihe von Wochen ein.

Nach erfolgter Aufnahme in die Klinik ergab eine genauere Untersuchung des grossen und starkknochigen, aber blassen und abgemagerten Patienten, dass die inneren Organe, soweit sich das durch Percussion und Auscultation bestimmen lässt, vollständig normales Verhalten zeigen. Der Urin trüfelfortwährend ab, reagirt in den ersten Tagen nur neutral oder schwach alkalisch, ist trübe und zeigt eitrigen Bodensatz. Abendlich tritt eine geringe Temperatursteigerung bis zu 38,4 ein.

Täglich wird eine 2malige Ausspülung der Blase abwechselnd mit 1procentiger Carbolsäure und einer Lösung von Kali hypermanganicum vorgenommen, um zunächst den Blasenkatarrh etwas zu mildern. Es zeigte sich bei dieser Gelegenheit, dass die Harnröhre zwar weit, aber sehr empfindlich war und, dass der Stein nicht ganz klein sein konnte, denn der Catheter kam bei jedesmaliger Einführung in die Blase mit demselben in Collision.

Bis zum 5. Mai hatte sich der Zustand der Blase soweit gebessert, dass eine genauere Bestimmung der Grösse und Härte des Steins mittelst des Lithotriptors vorgenommen werden konnte, der dann eventuell eine lithotriptische Sitzung sofort folgen sollte. Der Stein ist in den zunächst gefassten Durchmesser 3 Ctm. gross. Es gelingt, denselben etwas zu zerkleinern. Dagegen sind die Contraktionen der Blase, vermöge der hochgradigen Empfindlichkeit des Patienten, so stark, dass wegen der Gefahr einer Verletzung der Blasenwand durch den Lithotriptor von weiteren Versuchen, den Stein zu zertrümmern, Abstand genommen wurde.

Der Erfolg einer nochmaligen lithotritischen Sitzung, welche einige Tage später vorgenommen wurde, scheiterte an denselben Schwierigkeiten. Jeder lithotritische Versuch war von einer Steigerung des Blasenkatarrhes gefolgt, dem sich nach der zweiten Sitzung sogar wieder abendliches Fieber zugesellte.

Es wird deshalb am 11. Mai zur Lithotomie geschritten, die ebenfalls mit dem amerikanischen Instrumente genau nach der oben beschriebenen Methode ausgeführt wird. Durch die Steinzange wird der Stein in eine ganze Zahl von kleineren Stücken zerlegt. 6—7 Fragmente von Haselnussgrösse und eine ganze Anzahl kleinerer Körnchen bestehen aus Phosphate. Der Kern des Steins zeigt exquisite Maulbeerform, besteht aus oxalsäurem Kalk und hat die Grösse einer Kirsche.

Ueber den Verlauf ist wenig zu bemerken. Am Abend des Operationstages steigt die Temperatur auf 39°. Von da an bleibt der Kranke während der ganzen Heilungsdauer fieberfrei. Am 24. Mai wird der erste Urin durch die Harnröhre entleert und am 12. Juni ist die Operationswunde vollkommen geschlossen. Mit dem Schlusse der Operationswunde tritt aber nochmals Blasenkatarrh auf, der so hartnäckig der Therapie widersteht, dass wir erst, nach mehrwöchentlicher Behandlung desselben, den Patienten am 18. Juli als vollständig geheilt entlassen konnten.

Ich komme zum letzten und wie ich glaube, interessantesten Kranken.

Herr G., ein 72jähriger Pastor aus S., liess sich am 22. Juni wegen Harnbeschwerden aufnehmen.

Schon seit etwa 10 Jahren will der alte Herr den Beginn seiner jetzigen, schweren Erkrankung gefühlt haben. Das Leiden begann mit häufigerem Drang zur Urinentleerung, wobei Anfangs noch der Urinabfluss schmerzlos und nur sehr wenig behindert gewesen sein soll. Dann aber später, den genaueren Termin weiss der Kranke selbst nicht mehr anzugeben, traten Schmerzen vor der Harnentleerung ein, das Harnlassen zeigte sich oft trotz des grössten Dranges unmöglich. Seit länger als einem Jahre fühlte jetzt der Kranke heftige Schmerzen bei Bewegungen, die sich namentlich bei Fahrten auf den schlechten neuvorpommerschen Landwegen, wie sie der Beruf des Herrn zuweilen unabweisbar machte, zu einer wahrhaft entsetzlichen Höhe gesteigert haben sollen. Die Nachtruhe wurde durch öfteren Harndrang gestört, und während früher die Schmerzen der Harnentleerung nur vorausgingen, dann aber, nachdem der Urinstrahl sich einmal Bahn gebrochen hatte, sistirten, so traten jetzt die heftigeren Beschwerden nach der Urinentleerung ein, ohne dass die früher bemerkten Schmerzen vor dem Harnlassen eine Abnahme gezeigt hätten.

Seit dieser, etwa ein Jahr schon andauernden Steigerung des Leidens war dann und wann dem trüben Harn etwas Blut beigemischt, ein Umstand, der dem Kranken namentlich besorgniserregend schien.

Nach grösseren Anstrengungen im Berufe konnte der Kranke am 12. Juni trotz aller Bemühungen seinen Harn nicht mehr lassen. Bis dahin war die Urinentleerung zwar stets mit Schmerzen verbunden, sehr schwierig und nicht bis zur vollkommenen Entleerung der Blase durchführbar gewesen, aber sie war doch noch spontan erfolgt. Der rasch herbeigeholte Arzt entleert mit dem Nélaton'schen Catheter einen stark blutigen Harn. Zweimal täglich wird in der Folge wegen der absoluten Retentio urinae der Catheterismus vorgenommen und, da der Blutgehalt des Harns in fortwährendem Steigen begriffen ist, werden mehrmals Styptica in die Blase injicirt. Nichtsdestoweniger nehmen bei dieser Behandlung die Blutungen zu, der Catheterismus wird schwieriger und der Kranke fortdauernd schwächer.

Am 22. Juni erfolgt daher die Ueberführung in unsere Klinik.

Noch einmal gelingt es hier nach schwerer Mühe den Catheter einzuführen, aber schon am Abend des Ankunftstages ist der Catheterismus, obwohl von Herrn Professor Hueter selbst versucht, unmöglich. Das Hinderniss lag, wie ich mich nach Einführung des Fingers in das Rectum aufs Genaueste überzeugen konnte, am Uebergang der Pars membranacea in die Pars prostatica. Es stellt sich ferner bei der Exploration per anum heraus, dass die Prostata ganz gewaltig vergrössert ist und dass die beiden Seitenlappen durch die Finger kaum noch zu umgrenzen sind.

(Schluss folgt.)