III. Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs.

Von

Dr. M. Schüller,

Docent der Universität Greifswald und Assistent der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 2.)

A. Chronischer Blasenkatarrh in Folge von Stricturen.

Von den Stricturen hat ein Fall bei einem 52 Jahre alten Manne, kein specielleres Interesse. Nur will ich bezüglich der Behandlung des Blasenkatarrhs hervorheben, dass etwa 14 Tage lang täglich 6—10 Grm. später 12 Grm. Salicylsäure in Pulverform innerlich — ohne irgend welchen Erfolg auf die alkalische Reaction des Harnes gegeben wurden. Hierauf beschränkten wir uns auf die zweimalige Ausspülung der Blase mit 1½ procentiger Carbolsäure und liessen nebenbei noch warme Sitzbäder nehmen. Danach verlor sich bald die alkalische Reaction und konnte Pat. nach 4 Wochen geheilt entlassen werden.

Eine genauere Besprechung verdienen dagegen die beiden folgenden Fälle, bei welchen mit glücklichem Erfolg der äussere Harnröhrenschnitt gemacht wurde. Beide demonstrieren übrigens auch in instructiver Weise nicht bloss die Erscheinungen des Blasenkatarrhs bei Stricturen, sondern auch wie nothwendig es ist, denselben in gleicher Weise wie die Stricture zu berücksichtigen.

Herr L. K., 42 J., aufgenommen am 21. Nov. 1875. Pat., von kleinem, schwächlichem Körperbau, leidet seit vielen Jahren an Stricturen und Harnbeschwerden, hat schon vielfache „Bougiekuren“ durchgemacht. In der letzten Zeit waren die Harnbeschwerden heftiger geworden; häufig Urindrang, Nachträufeln, dünner Urinstrahl, mangelhafte Harnentleerung. Es fand sich ein mässiger Bronchialkatarrh, sonst gesunde Organe. Der mühsam, unter lebhaftem Drängen entleerte Urin ist schwach sauer, wird beim Stehen sehr rasch alkalisch, enthält Massen Schleimkörperchen, abgestossener Epithelien und Eiterkörperchen. Die Blase ist nach dem Urinlassen noch deutlich über der Symphyse zu palpieren. Es fand demnach niemals eine vollkommene Entleerung statt. Bei der Sondirung findet sich eine leicht passirbare Stricture vor der Pars bulbosa, und eine zweite derb callöse in der Pars membranacea. Dieselbe beginnt gleich hinter dem Bulbus urethrae und dehnt sich bis zur Prostata aus. Bei der Analuntersuchung fand sich eine tiefe Rectaltasche¹⁾, in deren Grund man die derbe schwielige Masse im Verlaufe der Pars membranacea fühlte, von welcher stark schräg nach abwärts die nicht vergrösserte Prostata lief. Ich habe versucht, die Verhältnisse, wie ich sie bei diesem Patienten fand, in der schematischen Zeichnung eines Beckendurchschnittes wiederzugeben, welche ich hier mit beifüge.

Figur 1.

¹⁾ Vergl. die Fig. 1. Die eingestrichelte Linie bezeichnet die normale Contur der Rectaltasche, die andere der normalen Harnröhre.

Dieselbe ist nach dem in Socin's Monographie („die Krankheiten der Prostata“) enthaltenen Beckendurchschnitte einer gefrorenen Leiche mit normalen Beckenorganen (Tafel 1) reproducirt; nur habe ich alle Maasse auf die Hälfte reducirt. In diese Durchschnittszeichnung sind die Verhältnisse eingetragen, wie sie mir an den Harnorganen unsres Patienten zu liegen schienen. Solche Zeichnungen, welche ich mir mehrfach auch von anderen Patienten entworfen habe, empfehlen sich ausserordentlich zur Erleichterung des Verständnisses der oft so complicirten Veränderungen. — Vergleicht man den Verlauf der Harnröhre mit dem normalen, welcher durch die punctirte Linie angedeutet ist, so springt die erhebliche Abweichung deutlich in die Augen. Die Harnröhre ist in der stricturirten Partie augenscheinlich gegen die Symphyse vorzogen und so in einen nach dem Rectum zu offenen Winkel eingeknickt, wodurch sowohl die Schwierigkeit der Harnentleerung wie des Katheterismus vollkommen begreiflich war. Nur einmal war es Herrn Prof. Hüter gelungen, die Strictur auf eine Strecke mit dem Dilator von Stearns zu passiren. — An der Hinterfläche des Scrotums mündete eine Harnfistel. — Unter solchen Umständen schien die Urethrotomie indicirt. Sie wurde mit einem äusseren medianen Schnitt gegen die hintere Strictur am 25. Nov. ausgeführt. Die narbige Destruction und Verziehung der Harnröhre an der Stricturstelle war aber so bedeutend, dass es erst am Tage nach der Operation gelang, das hintere Harnröhrende aufzufinden. Ich führte während des Urinirens des Patienten einen elastischen Katheter No. 4 durch die Schnittöffnung der Harnröhre in die Blase, liess denselben vorläufig liegen und schob täglich stärkere Nummern nach, so dass wir bald bis zu No. 9 gelangt waren. Eine heftige parenchymatöse Blutung aus dem hinteren Theile der Wunde, welche am 4. Tage nach der Operation eintrat, stillte ich, da ich kein spritzendes Gefäss finden konnte und überdies vernuthete, dass sie aus der Prostata komme, durch die Tamponade des Rectums (Gaze mit kleinen Watteballen). — Der Katheter wurde täglich mehrmals (Tag und Nacht) und zwar von der Wunde aus eingeführt und durch ihn die Blase wie im vorher geschilderten Falle ausgespült, während die Wunde mit Hüter's feuchtem Carbolwatteverband verbunden wurde. In der Folge nahmen wir 0,3procentige Salicylsäurelösung zur Ausspülung und gelang es hiermit den Katarrh sehr rasch zu beseitigen. Patient, welcher übrigens mittlerweile eine Pneumonie zu bestehen hatte, wurde im August entlassen.

Etwas günstiger lagen die Verhältnisse im folgenden Falle.

F. St., Seemann, 30 J., am 4. Juli 1876 aufgenommen, hatte vor 3 Jahren eine Gonorrhöe, in deren Verlaufe sich eine Strictur entwickelte, welche jedoch anfänglich nur wenig Beschwerden machte, bis plötzlich, vor etwa 8 Monaten, während eines Intermittensanfalles, welchen Patient in einem spanischen Hospitale abwartete, eine 6 Tage andauernde Harnretention eintrat. Es entwickelte sich dabei hinter dem Scrotum eine derbe pralle Anschwellung längs der Harnröhre, welche am 6. Tage spontan aufbrach, und eine Menge Eiter und Urin entleerte. Während der Harnverhaltung soll niemals der Katheter applicirt sein. In der Folge floss der Urin, aber nur während des Harnlassens, sowohl aus der Urethralmündung wie aus der Urethrafistel. Dem Patienten war selber aufgefallen, dass die Blase dabei niemals vollständig entleert werden konnte, und dass der Urin beständig trübe war. — Er trat am 4. Juli 1876 in unsere Behandlung ein. Pat., von sehr kräftiger Figur mit im übrigen gesunden Binnenorganen, aber von etwas blasser Gesichtsfarbe, zeigt hinter dem Scrotum eine haselnussgrosse nach rechts von der Mittellinie gelegene Anschwellung von blaurother Farbe, fluctuirend, in deren Mitte sich eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung befindet, aus welcher sich auf Druck eine geringe Quantität mit Flüssigkeit gemengten Eiters entleert. Vor dieser Anschwellung ist ein zweiter harter Wulst quer über der Harnröhre liegend zu fühlen. Die Blase ist deutlich vergrößert über der Symphyse zu palpiren. — Der Katheterismus ergiebt entsprechend dem eben beschriebenen Wulst (vor der Pars bulbosa) eine für einen Katheter No. 6 passirbare Strictur, weiter hinten, im Anfangstheil der Pars membranacea, eine zweite etwas engere Strictur, hinter welcher die Harnröhre deutlich erweitert erscheint. Die Prostata ist nicht vergrößert. Der entleerte Urin reagirt schwach sauer, wird aber beim Stehen rasch alkalisch, enthält ein vorwiegend aus Eiterkörperchen und abgestossenen Epithelien bestehendes Sediment. Am 10. Juli wurde die äussere Urethrotomie gemacht und zugleich durch denselben Schnitt die Urethrafistel gespalten. Die Operation verlief sehr rasch und glatt. In die Wunde wurde ein carbolisirter Gazestreifen gelegt, und darüber ein Ballen 4procentiger Salicyljute durch eine T-Binde befestigt. Die Blase wurde täglich (allmählig mit stärkeren Kathetern) entleert und mit 1½procentiger Carbonsäure, später mit 5procentiger Chlornatriumlösung ausgespült. Der Verlauf war vollkommen fieberfrei und so günstig, dass Patient schon vom 26. Juli an ausser Bett sein konnte. Die Wunde war Mitte August geschlossen, der Katarrh beseitigt, die Harnentleerung in bester Ordnung und die Harnröhre für die dicksten Nummern durchgängig und wurde demnach Patient, der mittlerweile sich

selber katheterisiren und ausspülen gelernt hatte, mit einem Nelaton'schen weich-elastischen Katheter entlassen. —

Nicht in allen Fällen sind Stricturen mit Blasenkatarrhen complicirt. Erst kürzlich präsentirte sich mir ein Mann wegen Harnbeschwerden, bei dem ich eine enorme callöse Strictur in der Pars bulbosa entdeckte, welche mit Mühe für No. 1 des elastischen Katheters passirbar war; und gleichwohl wurde ein vollkommen klarer, normaler Harn entleert. Solche Fälle sind jedoch sicher sehr selten. Meist treten früh genug Katarrhe zu den Stricturen. — Dieselben entwickeln sich hier unzweifelhaft meistens in durchaus ähnlicher Weise wie bei den künstlich angelegten Stricturen bei Hunden. Wenn auch in einzelnen Fällen der Blasenkatarrh als ein ursprünglich von der Urethralschleimhaut fortgeleiteter Katarrh aufzufassen ist, so ist er sicher ebenso häufig auf die mangelhafte Entleerung des Harnes zurückzuführen. Und für diese Formen ist der experimentell durch die Umschnürung der Harnröhre erzeugte Katarrh ein in allen Punkten congruentes Paradigma. —

In der Regel imponirt bei den mit Stricturen vergesellschafteten Blasenkatarrhen die Strictur mit Recht als das Wichtigere, doch darf über der Behandlung derselben der Katarrh nicht vergessen werden. Diese Bemerkung möchte ich besonders in Rücksicht auf die Behandlung durch das Dilatationsverfahren hervorheben. So berechtigt und gefordert dasselbe unzweifelhaft in vielen Fällen von Stricturen ist, so giebt es doch Fälle, in welchen die Behandlung des Blasenkatarrhs und der consecutiven Erscheinungen weit dringlicher indicirt sind. Da würde eine langsame Dilatationskur nur eine unliebsame, vielleicht eine gefährliche Verzögerung schaffen. — Ist in solchen Fällen die Strictur für einen dünnen Katheter passirbar, so erscheint es unzweifelhaft wichtiger, durch diesen, wenn auch mit einiger Mühe, die Blase auszuspülen, — kurz erst den Blasenkatarrh zu behandeln, als die Zeit mit langwierigen Dilatationsversuchen zu verbringen, welche gerade bei solchen Patienten, selbst wenn sie von geschickter Hand ausgeführt werden, leicht von bedenklichen Reactionen gefolgt sind, wie dies auch einer der bedeutendsten Kenner und Gönner der Dilatationsmethode Dittel in seiner rühmlich bekannten Darstellung „die Stricturen der Harnröhre“ gebührend hervorhebt. Die Behandlung der Strictur tritt in solchen Fällen in die zweite Linie und kann besser bis zur Beseitigung des Katarrhs, oder doch der gravirendsten Erscheinungen desselben verschoben werden, falls die Strictur nicht schon unter der Hand in Folge des täglich wiederholten Katheterismus allmählig erweitert worden ist.

(Fortsetzung folgt.)