XVII.

Kleinere Mittheilungen.

Chirurgische Mittheilungen.

Von

Dr. H. Leisrink
in Hamburg.

(Hierzu Tafel XI.)

1. Tumor der Prostata. Hoher Blasenstich. Permanentes Tragen einer Canüle.

Fr. St., 75 Jahre, Rentier, wurde am 15. October 1879 auf der mir unterstellten chirurgischen Abtheilung des israelitischen Krankenhauses aufgenommen. Der für sein hohes Alter sehr wohl und kräftig aussehende Mann hat im Anfang des Jahres mehr Male an Blutungen aus der Urethra gelitten, hat auch wegen Beschwerden beim Uriniren öfter katheterisirt werden müssen. Die Einführung des Katheters ist schon damals schwierig gewesen. Nächtlicher Harnzwang seit mehreren Jahren. Zwei Tage vor der Aufnahme hat von Neuem der Katheter angewendet werden müssen, ist nur sehr schwierig in die Blase gelangt. Nachher Blutung aus der Harnröhre. Seit dem Tage vor der Aufnahme kein Urin entleert. Am letzten Morgen wiederum versucht den Harn aus der sehr gefüllten Blase zu entleeren, doch gelang die Einführung des Instrumentes nicht. Starke Blutung.

Bei der Aufnahme zeigt der gedrunken kräftig gebaute Mann einen sehr ängstlichen Gesichtsausdruck, klagt über unerträglichen Drang zum Uriniren. Aus der Urethra kommt tropfenweise hellrothes Blut. Die Blase steht nahe dem Nabel. Die Untersuchung per rectum ergibt eine starke Schwellung der Prostata, deren oberes Ende kaum zu erreichen ist. Bei der Untersuchung mit einem dicken Katheter ergeben sich drei falsche Wege, von denen zwei nach der Seite abweichen, einer dicht unter die Schleimhaut des Rectum führt. Auch mir gelang es nicht mit einem Instrument in die Blase zu gelangen, und habe ich mich in dem Verdachte die vierte fausse route fabricirt zu haben. Ordinirt: Heisses Bad und Morphinum subcutan. Am Abend des Tages war noch kein Tropfen Urin entleert, die Blase stand in der Höhe des Nabels. Der Harndrang und die Schmerzen quälten den Kranken aufs Heftigste, dazu kamen leichte Zuckungen der Muskeln. Erneuerte Versuche des Katheterismus führen zu erneuten Blutungen.

Unter diesen Umständen blieb nur der hohe Blasenstich und vollzog ich denselben mit dem gewöhnlichen Flourens'schen Troikart. Nahezu zwei Töpfe voll Urin wurden entleert. Nachdem der Troikart durch einen Gurt festgelegt, wurde die Blase mit einer Salicyllösung ausgespült. Vorher bemerken will ich hier, dass später nach jedem Urinlassen durch die Canüle eine kleine Spritze voll Salicylwasser (1:300) in die Blase gespritzt wurde. Ich glaube, dass dadurch die Gefahr eines Blasenkatarrhes wirksam vermieden ist. Der Verlauf nach der Operation war ein vollkommen fieberloser. Alle späteren Versuche auf natürlichem Wege in die Blase zu gelangen, misslangen völlig, so dass ich mich mit dem Gedanken, permanent einen Apparat tragen zu lassen, vertraut machen musste. Es fragte sich, welchen Apparat sollte man nehmen. In der mir zugängigen Literatur fand ich nur bei Dittel (Sammelwerk von Pitha u. Billroth, S. 168) einen Apparat beschrieben, der mir aber schon deshalb nicht gefiel, weil derselbe eine gerade Canüle trägt. Ich habe nun für den recht corpulenten Mann folgendes Instrument construirt, welches jetzt mit bestem Erfolg über ein halbes Jahr getragen wird (s. Taf. XI Fig. 1 und 2). An einer festen Platte von Hartgummi hängt eine Canüle, wie die des Flourens'schen Troikart in ähnlicher Weise, wie die Lampen auf den Seeschiffen aufgehängt. Zwei Ringe stellen die Verbindung zwischen Canüle und Platte her, so zwar, dass der eine Ring in horizontaler Richtung sich bewegt, der andere in verticaler Richtung. Dadurch passt sich die Canüle allen Bewegungen des Körpers an und kann niemals in unliebsame Berührung mit der Blasenwand kommen. Taf. XI Fig. 2 zeigt die Ringe in Thätigkeit. Ein einfacher Stöpsel schliesst die Canüle. Wie gesagt trägt der Patient seit einem halben Jahre diesen Apparat und ist mit demselben zufrieden.

Im Anfang scheute ich mich die Canüle länger als 8 Tage liegen zu lassen, ohne sie zu reinigen. Da aber nach solchem Zeitraum niemals die geringste Spur von Inkrustirung an dem Metall nachweisbar, habe ich mich jetzt gewöhnt nur alle 4 Wochen eine Reinigung eintreten zu lassen. Im Uebrigen fühlte der Mann sich, abgesehen von den Schmerzen, welche ihm der wachsende Tumor der Prostata macht, ganz wohl, zieht alle 2 bis 2½ Stunden den Stöpsel von dem Instrument, um seinen stets ganz klaren Urin zu entleeren und dann eine Spritze voll Salicyllösung einzuspritzen. Als ich mich von der Brauchbarkeit des neuen Apparates an meinem Kranken überzeugt, beschrieb ich denselben Herrn Prof. Dittel, der wohl die grösste Erfahrung über hohen Blasenstich besitzt. In liebenswürdiger Weise theilte mir Herr Prof. Dittel mit, dass er in letzter Zeit einen weichen Kautschuk-Katheter in den von dem Troikart gemachten Stichkanal einführt und vor der Bauchhaut an der Stichöffnung durch eine quer durchgestochene Insectennadel fixirt. Die Nadel selbst befestigt er durch Heftpflasterstreifen.

Ich meine nun, dass mein Apparat, der ja allerdings weit complicirter und theurer ist, in manchen Fällen dem Dittel'schen vorzuziehen ist und zwar aus folgenden Gründen. Während der ersten 8 Tage nach dem hohen Blasenstich rutschte einmal die Canüle des Flourens'schen Troikart aus dem Stichkanal, die Blase füllte sich, und von Neuem traten alle Beschwerden der Harnverhaltung bei meinem Patienten auf. Ungefähr 4 Stunden nach dem Ereigniss sah ich den Kranken und gelang es mir dann unter

Führung eines elastischen Bougies die Canüle wieder einzuführen. Ein Versuch der Reposition, den mein College am Krankenhause sehr bald nach dem Herausschlüpfen der Canüle gemacht hatte, war misslungen und zwar wahrscheinlich, weil damals der Stichkanal bei der leeren Blase eine andere Gestalt und Richtung angenommen. Nach und nach war die Blase mehr gefüllt, und so gelang es mir leicht ein elastisches Bougie in die Blase zu führen. Seitdem wechsele ich die Canüle nur, nachdem ich ein Mandrin in die Blase gebracht; ein einziges Mal vergass ich diese Vorichtsmaassregel und hatte grosse Schwierigkeit beim Einführen der gereinigten Canüle. Deshalb auch habe ich meiner Canüle eine nicht ganz unerhebliche Dicke gegeben.

Bei dem Dittel'schen Verfahren ist das vorherige Einführen eines Mandrin nicht gut möglich. Ein zweiter Vorzug liegt in dem Material, welches in die Blase geführt wird. Meine Canüle besteht aus bestem Silber, die Dittel'sche aus Kautschuk, einem bekanntlich sich sehr leicht zersetzenden Stoff.

Ich bin überzeugt, dass trotz des viel besseren Materials auch bei meinem Kranken die Gefahr eines Blasenkatarrhes ohne die nach jeder Entleerung ausgeführte Einspritzung von Salicylwasser nahe gelegen, wie viel mehr liegt diese Gefahr bei dem Kautschuk-Katheter Dittel's vor.

Drittens ist die Reinhaltung der Canüle bei meinem Apparat eine viel leichtere als bei dem Dittel'schen Apparat. Wie leicht wird der Theil des Kautschuk-Katheters, welcher vor der Stichöffnung liegt, auch bei häufigem Wechsel stinken, wie leicht wird die so empfindliche Haut des Bauches durch das festliegende Heftpflaster entzündet werden, während bei meinem Apparat nur Hartgummi und Metall in Rechnung kommt, festgehalten durch breite Gummibinden, welche ausserdem leicht zu wechseln sind.

So werthvoll das Verfahren Dittel's in Fällen sein mag, in denen nur kurze Zeit der Stichkanal offen gehalten werden muss, so sehr viel günstiger scheint mir mein Apparat in allen den Fällen, in denen für die ganze Zeit des übrigen Lebens auf künstlichem Wege der Urin entleert werden muss.

2. Totale Resection des Ellenbogengelenks und Entfernung der Ulna bis zur Handgelenksepiphyse. Heilung. Gutes Resultat.

Theodor L., 6 Jahr alt, fiel im Anfang des December 1876 auf seinen rechten Vorderarm. Am zweiten Tage nach dem Falle klagte der Knabe über Schmerzen und war das Ellenbogengelenk geschwollen. Ende December kam er in meine Behandlung. Das Ellenbogengelenk war stark geschwollen, um 2 Cm. mehr gegen das linke, doch war diese Schwellung nur auf das Gelenk beschränkt, am Vorderarm nicht vorhanden. Ich möchte hier gleich vorwegnehmen, dass im ganzen Verlauf der Erkrankung niemals über Schmerzen am Vorderarm geklagt ist, auch niemals eine Anschwellung eintrat, welche den Verdacht einer Erkrankung der Ulna aufkommen liess. Die Behandlung war die gewöhnliche gegen Gelenkentzündung, Fixirung des Gelenkes, Wärmeentziehung etc. Ab und an schien eine Besserung der Erkrankung einzutreten, doch war solche immer nur vorübergehend. Im April 1877 wurde Eiter im Gelenk constatirt und den Eltern die Resection

vorgeschlagen. Am 26. April wurde die Operation unter Esmarch'scher Blutleere ausgeführt. Ich machte einen Schnitt über das Olekranon, präparirte das Periost sorgfältig zurück, unter Schonung der Tricepssehne, welche ich im Zusammenhang mit dem Periost liess, entfernte dann den Ellenbogenfortsatz, welcher übrigens ganz morsch und nekrotisch war. Jetzt hatte ich klaren Ueberblick über das Gelenk, aus welchem einige Esslöffel Eiter flossen. Die Gelenkenden des Humerus waren rau, ebenso das Ende der Ulna. Es wurde jetzt das Gelenk ganz geöffnet, von dem Humerus eine dünne Scheibe entfernt, das Gelenkende der Ulna ganz fortgenommen, von dem Köpfchen des Radius nur der blasig aufgehobene Knorpel entfernt. Als jetzt die Sägefläche der Ulna genauer geprüft wurde, zeigte sich dieselbe krank, ein den Knochen weiterhin blosslegender Schnitt liess das Ende der Erkrankung nicht erkennen, und so wurde nach und nach die Haut und das stark verdickte Periost auf der Ulna bis an die untere Epiphyse gespalten. Das Periost zog sich überall zurück und zeigte den todtten Knochen frei liegend, derselbe löste sich an der unteren Epiphysenlinie und so war die ganze Diaphyse und die obere Epiphyse der Ulna entfernt. Nach sorgfältiger Ausspülung der ganzen Höhle (die Blutung nach Lösung des Schlanges war gleich Null) wurde die Ulnarwunde genäht, drainirt, ebenso die Ellenbogengelenkswunde, der Arm in gestreckter Stellung in Salicylwatte gewickelt und auf eine Hohlchiene gelagert.

Der Wundverlauf war insofern ein günstiger, als niemals das Allgemeinbefinden gestört wurde, ungünstig aber deshalb, weil die lange Ulnarwunde sowohl als die Ellenbogenwunde sich in ein scheusslich aussehendes scrophulöses Geschwür umwandelte.

Dasselbe fing erst im Juli an zu heilen, nachdem lange Zeit hindurch täglich 2 mal Armbäder in concentrirter Seesalzlösung genommen waren. Ende August war die Wunde nahezu geheilt. Passive Bewegungen wurden 6 Wochen nach der Operation zuerst vorgenommen.

Jetzt, also 3 Jahre nach der Operation, zeigt sich der operirte Arm in folgendem Zustand. Umfang und Musculatur dieselbe wie an der gesunden Seite. Die rechte Hand ist ein klein wenig kleiner, als die linke. Von dem Akromion bis zum Ende des Mittelfingers rechts 32 Cm. gegen 32 $\frac{1}{2}$ Cm. links.

Die Narbe am Ellenbogen und Vorderarm ist 19 Cm. lang, weich, eingezogen. Das Ellenbogengelenk hat sich völlig regenerirt, nur ist das Olekranon klein geblieben.

Die Diaphyse der Ulna ist ebenfalls wieder entstanden, nur wesentlich dünner als normal und zwar so, dass sie in der Mitte des Vorderarmes des neugebildeten Knochen am dünnsten ist, nach beiden Epiphysenlinien hin beinahe normal dick wird.

Händedruck rechts so kräftig, als links. Was die Function anlangt, so ist Beugung bis zum Winkel von 51°, Streckung bis zum Winkel von 120° möglich. Pro- und Supination sind activ nicht ausführbar, passiv nur in sehr beschränktem Maasse. Uebrigens ist der Knabe im Stande, mit seinem operirten Arme Lasten von der Grösse, wie ein normaler Arm sie bewältigt, zu heben und zu tragen. Eine Biegung des Radius oder Flexion der Hand ulnarwärts nicht vorhanden, die Hand steht normal.

Es ist in hohem Grade wahrscheinlich, was den Verlauf der Erkrankung anlangt, dass die Nekrose der Ulna, welche vielleicht durch eine Zerreissung der Art. nutritia beim Fallen entstand, das Primäre gewesen ist, die Arthritis das Secundäre. Dafür spricht die geringe Veränderung am Gelenkfortsatz des Humerus und am Radiusköpfchen. Dass andererseits die Totalnekrose der Ulna nicht durch einen entzündlichen Process hervorgerufen, glaube ich, abgesehen von allem Anderen, auch deshalb annehmen zu dürfen, weil niemals im Verlaufe der Erkrankung über Schmerz an der Ulna geklagt ist, noch Schwellung oder Röthe an derselben wahrgenommen ist.

Erklärung der Abbildungen.

(Tafel XI.)

- Fig. 1. }
Fig. 2. } Canüle nach dem hohen Blasenstich.
Fig. 3. Arm nach Resection des Ellenbogengelenks und Entfernung der ganzen Diaphyse der Ulna.
-

Fig. 2.

Fig. 1.

Fig. 3.