Aus Dr. Abel's Privat-Frauenklinik in Berlin.

Zur Casuistik der Erkrankungen an der weiblichen Harnröhre.

Von

Dr. M. Meyer,

Assistenten der Klinik.

Der Prolaps der weiblichen Urethralschleimhaut gehört zwar nicht zu den seltensten Erkrankungen des weiblichen Genitalapparates, aber er ist einerseits in ätiologischer Beziehung noch nicht genügend aufgeklärt, andererseits immerhin noch selten genug, um die Veröffentlichung der einzelnen Fälle gerechtfertigt erscheinen zu lassen.

Von den beiden Fällen, die ich in der Klinik von Herrn Dr. Abel beobachten konnte, scheint mir der eine ein besonderes Interesse zu verdienen, sowohl durch seine Anamnese, wie wegen der bei ihm mit Erfolg eingeschlagenen Therapie.

Anamnese: Fr. M., 26 Jahre alt. Patientin war stets gesund. Menses stellten sich zuerst im 15. Jahre ein, kehrten regelmässig alle 4 Wochen wieder und dauerten 3 Tage. Patientin machte 2 normale Entbindungen durch, die letzte am 9. August 97.

Am 7. September 97 merkte Patientin plötzlich, dass sie nicht so gut uriniren konnte wie bisher; sie fand dann selbst eine Geschwulst an der Harnröhrenmündung. Am nächsten Tage stellten sich heftige Schmerzen beim Urinlassen ein; da die Schmerzen nicht nachliessen, suchte die Frau am 10. September die Klinik auf.

Status praesens: Eine untersetzte, kräftig gebaute Frau; Fettpolster und Muskulatur gut entwickelt. Erster Aortenton nicht ganz rein, sonst Brust- und Bauchorgane gesund; Uterus normal anteflectirt; im Urin kein Eiweiss, auch keine Eiterkörperchen.

Die Urethralschleimhaut ist circulär-evertirt und entzündet; sie bietet das Bild eines reichlich pflaumengrossen, dunkelrothen, succulenten Tumors dar; vorn zeigt sich eine kleine, nekrotische Stelle.

In der Klinik wurde die Patientin in strenger Bettruhe gehalten. Auf die prolabirte Schleimhaut wurde ihr eine kleine Eisblase gelegt. Unter dieser Behandlung verkleinerte sich der Prolaps allmählich, und schon nach drei Tagen konnte die Patientin ganz ohne Schmerzen Urin lassen. Am 18. September, also nach 8 Tagen konnte sie bereits entlassen werden; der Prolaps war bis auf einen schmalen, saumförmigen rothen Wulst verschwunden. Zu Hause wurden der Kranken noch kalte Umschläge verordnet, und als sie sich nach kurzer Zeit wieder vorstellte, war von Prolaps nichts zu erkennen.

Auch als ich die Patientin mehrere Monate später wiedersah, war sie völlig recidivfrei.

Während also unser Fall in seinen Krankheitserscheinungen nichts Auffallendes, von den in der Literatur beschriebenen Abweichendes bietet, ist seine Entstehungsgeschichte interessant.

Sipila sagt in seiner, in den Engström'schen Mittheilungen, Bd. I. Heft 3, erschienenen Arbeit, in welcher er über 9 in der Engström'schen Klinik beobachtete Fälle berichtet, bei Besprechung der Aetiologie dieser Fälle, dass dem Geburtsact schwerlich eine grössere Bedeutung für das Zustandekommen eines Prolapses der Mucosa urethrae zugeschrieben werden könne. In demselben Sinne citirt er die Kleinwächter'sche Arbeit: Der Prolaps der weiblichen Urethra¹⁾: „Allerdings führt Sipila auch an, dass andere Autoren, so Blanc²⁾, auf wiederholte Entbindungen als prädisponirendes Moment für das Entstehen des Prolapses hingewiesen haben. In unserem Falle scheint aber doch die Entbindung offenbar die directe Veranlassung des Prolapses gewesen zu sein, denn schon 3½ Wochen nach der Entbindung bemerkte die Patientin den Vorfall der Harnröhrenschleimhaut. Da nun wohl kaum anzunehmen ist, dass ein Prolaps, der grösser ist als eine Pflaume, plötzlich entsteht, auch wenn das erste Krankheits-symptom plötzlich auftritt, vielmehr ein allmähiges Nachgeben in der Straffheit der Wandung und somit ein allmähiges Grösserwerden des Vorfalles wahrscheinlich ist, so muss man den Beginn der Erkrankung noch weiter zurückverlegen und ist wohl berechtigt, den Prolaps der Urethral Schleimhaut in diesem Falle als directe Folge der Entbindung anzusehen.

Die Therapie, die beim Prolaps der Harnröhrenschleimhaut gewöhnlich angewandt wird, ist die Operation. Engström ope-

1) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 22.

2) Annales des maladies des organes génitaux-urinaires. XIII. Jahrg. No. 6. 1895.

rirte, wie Sipila (l. c.) berichtet, alle seine 9 Fälle. Theils cauterisirte er mit dem Paquelin, theils führte er die Radicaloperation aus, d. h. er trug den Prolaps mit dem Messer ab. Unser Fall beweist, dass man auch durch conservative Behandlung, ohne die geringste Verletzung zu machen, durch die Auflegung einer einfachen kleinen Eisblase die Zurückbildung des Prolapses bewirken und so eine vorzügliche und dauernde Heilung erzielen kann.

Der zweite Fall von Prolaps der Mucosa urethrae unterscheidet sich nur wenig von den übrigen in der Literatur veröffentlichten. Es handelt sich um ein 12jähriges Mädchen, das am 28. 3. 1899 von Herrn Dr. Spicker der Klinik überwiesen wurde. Ich lasse kurz die Krankengeschichte folgen.

Anamnese: Das Kind hat englische Krankheit durchgemacht und wird einer noch bestehenden Rückgratverkrümmung wegen noch jetzt einer mechanischen Therapie — Hängen in Streckapparaten — unterworfen.

Am 21. 3. — also 8 Tage vor der Aufnahme in die Klinik — bemerkte die Mutter in der Gegend der Harnröhrenmündung eine Geschwulst, auf die das Kind durch das fortwährend belästigende Brennen aufmerksam gemacht war. Harndrang besteht nicht. Eine äussere Veranlassung vermag weder Mutter noch Kind anzugeben.

Status praesens: Ein für sein Alter schwächlich gebautes Mädchen; eine nach links konvexe Skoliose der Dorsalwirbelsäule; Brust- und Bauchorgane gesund; Zeichen von Scrophulose bestehen nicht; im Urin ist weder Eiweis noch Eiter.

Bei geschlossenen Genitalien tritt ein blaurother, ovaler Körper mit z. T. glänzender, zum grossen Theil aber nekrotisch aussehender Oberfläche zwischen den kleinen Labien hervor. Der Tumor ist, wenn man die Labien auseinanderhält, etwa hasselnussgross und nimmt die Stelle der äusseren Harnröhrenmündung ein. Auf der Höhe des Tumor sieht man eine spaltförmige Oeffnung, durch die man mit einem feinen Katheter in die Blase kommt und Urin entleeren kann.

Da ein grosser Theil der prolabirten Schleimhaut bereits nekrotisch war, wurde in diesem Falle von einer conservativen Behandlung von vornherein abgesehen, vielmehr von Herrn Dr. Abel sogleich die Radicaloperation vorgenommen. Es wurde, ganz wie von Engström, die prolabirte Schleimhaut mit dem Messer excidirt und die Wunde mit Catgut vernäht. Heilung erfolgte per primam und ohne Störung. An den ersten beiden Tagen musste das Kind katheterisirt werden; vom dritten Tage an konnte es spontan Urin lassen und wurde am 6. 4. geheilt entlassen.

Dass die Patientin zunächst nicht selbst uriniren konnte, hat nichts Auffallendes; auch die beiden von Engström am Urethralprolaps operirten Kinder konnten einige Tage nicht Urin lassen.

Sipila schrieb diese Erscheinung wohl mit Recht auf die Furcht der Kinder vor den brennenden Schmerzen beim Urinlassen.

Aetiologisch kommt in unserem Falle wohl hauptsächlich die Schwächlichkeit des Kindes und die infolge derselben vermuthlich bestehende Schloffheit aller Gewebe in Betracht, die bei den meisten am Prolaps der Urethralschleimhaut leidenden Kindern beobachtet wurde. Möglicherweise ist auch das viele und lange Hängen in den Streckapparaten, das bei dem Kinde etwas übertrieben worden zu sein scheint, für das Zustandekommen des Prolaps mit verantwortlich zu machen. Es ist zu bemerken, dass unsere Patientin ebenso wie das eine der beiden von Sipila beschriebenen Kinder mit einer erheblichen Verkrümmung der Wirbelsäule behaftet ist.

Dagegen war von Skrophulose, auf die Kleinwächter (l. c.) als prädisponirend für die Entstehung dieser Prolapse bei Kindern Werth legt, in unserem Falle nichts nachweisbar.

Ausser diesen beiden Fällen von Urethralprolaps kam in der letzten Zeit noch ein Tumor der Urethra in der Klinik von Dr. Abel zur Beobachtung, wie er in dieser Grösse wohl nur ein seltenes Vorkommniss bildet.

Zunächst folge die Krankengeschichte:

Fr. H. 35 Jahre alt, Opara.

Patientin will stets gesund gewesen sein. Menses zuerst im 19. Jahre, regelmässig vierwöchentlich wiederkehrend, nur zwei Tage dauernd und meist schwach. Seit 2 Jahren hat Patientin, die von Jugend auf angeblich schon an einer „schwachen Blase“ litt, stärkere Blasenbeschwerden, namentlich brennende Schmerzen beim Uriniren und Harndrang. Sie ging deswegen nach Wildungen, wo sie nur ganz vorübergehend Linderung fand. Seit einem Jahre leidet Patientin an Blutungen aus der Harnröhre, die allerdings zeitweise spontan ganz aufhören. Etwa vor einem Jahre glaubte sie auch zuerst eine röthliche Geschwulst an der Harnröhre gesehen zu haben. Am 23. August 1897 liess sie sich in die Klinik aufnehmen.

Status praesens: Kräftig gebaute Frau; Fettpolster stark, Musculatur mässig entwickelt, mässige Bleichsucht. Brust- und Bauchorgane gesund. Uterus klein und in normaler Anteflexionsstellung.

Aus der Urethralmündung ragt eine etwa 10 Pfennigstück grosse, rothe, flach erhabene, leicht blutende, verschiebbare Geschwulst hervor.

Urin ist spärlich, enthält Eiterkörperchen und etwas Eiweiss.

Am 24. 8. wird der Tumor von Herrn Dr. Abel excidirt; dabei stellt sich heraus, dass der Tumor erheblich grösser ist, als es ursprünglich den Anschein hatte. Er ist reichlich so gross wie eine Wallnuss und sitzt auf einem schmalen Stiel. Dieser setzte sich dicht unterhalb der hinteren Wand des Blasenhalsses an. Die Blutung wird durch Cauterisation mittels Paquelin gestillt. Nach Entfernung des Tumors ist die Urethra so weit, dass sie für einen Finger bequem

durchgängig ist. Es wird ein Dauerkatheter eingelegt, der am fünften Tage wieder entfernt wird. Verlauf normal. Patientin wird am 4. 9. geheilt — im Urin allerdings noch Spuren von Eiter und Eiweiss — entlassen.

Der excidirte Tumor bietet ein anderes Bild wie bei der Untersuchung im situ dar. Seine Oberfläche ist nämlich nicht überall glatt, sondern zeigt an vielen Stellen Einkerbungen, Ausfranzungen und sogar Zottenbildung. Der Stiel ist rund, verhältnismässig kurz und etwa bleistift dick.

Im mikroskopischen Bilde stellt sich der Tumor wesentlich als eine Wucherung des Papillarkörpers der Harnröhrenschleimhaut dar; die Papillen sind zum Theil ausserordentlich verlängert und gleichsam zur zottigen Bildung ausgezogen, zum Theil sitzen dieselben verbreitert wie Pilze dem Grundgewebe auf. Auf diese Weise entsteht eine stark zerklüftete Oberfläche, und da der Schnitt die Wucherungen in verschiedenen Richtungen treffen muss, sind die Papillen bald längs, bald quer und schräg durchschnitten. Die Oberfläche der Papillen ist mit mehrschichtigem Plattenepithel in verschiedener Dicke bekleidet. Während in der Tiefe der Buchtungen sehr zahlreiche Lagen des Epithels vorhanden sind, verdünnt sich dasselbe an den oberflächlichen Partien stellenweise bis auf eine Lage kleiner flacher Zellen. Nirgends ist jedoch die Oberfläche ganz von Epithel entblösst. An einigen Stellen sowohl an den oberflächlichen als auch in den tieferen Partien setzen sich solide Epithelwucherungen auf eine kurze Strecke in das unterliegende Gewebe fort. Denselben kommt jedoch eine ernstere, pathologische Bedeutung sicherlich nicht zu. Das Stroma der papillären Wucherungen ist allenthalben stark kleinzellig infiltrirt und enthält zahlreiche vermehrte Blutgefässe. Dieselben sind zum Theil prall mit Blut gefüllt und erweitert. An vielen Stellen, besonders unter der Oberfläche finden sich gewisse Blutergüsse in das Gewebe, welche dessen Formelemente fast ganz zerstört haben.

Erweiterte Gefässe und Blutextravasate sieht man auch in dem bindegewebigen Stiele; derselbe zeigt namentlich an seiner Basis sehr starke, kleinzellige Infiltration. Ausser dem Bindegewebe enthält der Stiel auch Züge von glatten Muskelfasern. Am Grunde des Stiels hat sich eine Lymphangioitis entwickelt, so dass hier der Eindruck eines kavernösen Gewebes hervorgerufen wird.

Eine Aetiologie für die Entstehung des Tumors war nicht zu gewinnen.