

III. Aus dem städtischen Krankenhaus zu Stettin. Ueber Callusgeschwülste der männlichen Harnröhre.

Von Dr. Karl Schuchardt,

Oberarzt des städtischen Krankenhauses zu Stettin.

Der 72jährige Kranke, ein früherer Handelsmann, jetzt Armenhändler, dessen Krankheitsgeschichte ich im nachstehenden mittheilen will, kam am 10. Mai 1889 im städtischen Krankenhaus in meine Behandlung. Ein noch ziemlich rüstiger Greis von geringer Intelligenz, ist er früher, wie er angiebt, abgesehen von einem Krampfaderleiden an beiden Beinen, stets gesund gewesen. Insbesondere stellt er auf das entschiedenste und lebhafteste in Abrede, jemals mit einer Geschlechtskrankheit behaftet gewesen zu sein. Vor etwa 10 Jahren, so erzählt er, entstand bei ihm ohne bekannte Ursache ein Geschwür am Damm, welches ihn heftig schmerzte und von einem Arzt aufgeschnitten wurde. 8—10 Tage vorher seien Störungen in der Entleerung des Urins dagewesen, indem derselbe nur tropfenweise zum Vorschein gekommen sei. Nach 6 Wochen war das Geschwür im wesentlichen verheilt, doch blieb an seiner Stelle ein kleines Loch zurück, aus welchem bisweilen etwas Harn aussickerte. Im Laufe des nächsten halben Jahres vergrösserte sich diese Oeffnung, und es floss auch mehr Urin wie zuvor aus ihr heraus. So blieb der Zustand bis zum Frühling dieses Jahres, wo der Kranke im hiesigen Armenhause Aufnahme fand. Dort stellten sich bald erheblichere Harnbeschwerden, Schmerzen beim Urinlassen ein, wegen deren er die Hülfe des Krankenhauses aufsuchte.

Die Besichtigung der Dammgegend des leicht fiebernden Kranken ergab folgenden sehr merkwürdigen Befund. Eine im ganzen übermannsfäustgrosse, in mehrere unregelmässige Knollen gesonderte, schmerzlose, unverschiebbliche harte Geschwulstmasse nimmt die mittlere Dammgegend ein und sendet nach vorn in die beiden Hälften des Hodensackes je einen zweifingerdicken wurstförmigen Fortsatz, welcher die Wurzel des Penis gabelförmig umfasst und noch eine Strecke weit nach aufwärts, gegen den Leistenring zu sich verfolgen lässt, auf der rechten Seite weiter nach oben reichend wie links. Die Leistenröhren sind beiderseits stark geschwollen. Die Haut ist gegen die Geschwulst überall verschiebbar und zeigt sich nirgends geröthet. Links von der Mittellinie findet sich innerhalb der sonst durchweg sehr harten Geschwulstmasse eine umschriebene weiche, schwappende Stelle, rechts dagegen eine enge Fistel, welche in die Geschwulst hineinführt. Die Harnblase ist stark gefüllt; der in die Harnröhre eingeführte silberne Katheter stösst an der Wurzel des Penis an den dort befindlichen harten Geschwulstmassen auf einen unüberwindlichen Widerstand.

Nach Chloroformirung des Kranken und gründlicher Reinigung der Dammgegend wurde nun, ohne zunächst die Fistel und den Abscess zu berücksichtigen, streng in der Mittellinie die Boutonniere ausgeführt, eine Operation, welche sich in Anbetracht der fehlenden Leitung durch den Katheter und der infolge der Geschwulstbildung höchst ungewöhnlich sich erweisenden topographischen Verhältnisse zu einer recht schwierigen gestaltete, jedoch glücklich zu Ende geführt werden konnte. Ich gelangte zunächst in einiger Tiefe auf stinkenden Eiter, der in einer theils längs der Harnröhre, theils in das Becken hineingehenden buchtigen Höhle enthalten war. Diese letztere war überall von einem eigenthümlichen Gewebe umgrenzt, dessen Dicke fast durchweg die Stärke zweier Finger erreichte, und welches auf dem Durchschnitte theils schwierig fibrös, theils aber geradezu markig, wie Sarcomgewebe erschien. Behufs mikroskopischer Untersuchung wurden einzelne, besonders markig aussehende Stücke herausgeschnitten. Im übrigen wurde jedoch der grösste Theil der geschilderten Gewebsmassen unberührt zurückgelassen. Die Harnröhre erwies sich auf eine grosse Strecke ihres Verlaufes am Damm völlig unkenntlich, doch gelang es nach vieler Mühe glücklich, das centrale Ende aufzufinden, einen weiblichen Katheter von hier aus in die Blase einzuführen, und aus derselben eine grosse Menge ziemlich trüben, jedoch schwach sauren Urins zu entleeren. Vermittels eines an den Katheter angesetzten Irrigatorschlauches wurde die Blase reichlich mit Borsäurelösung ausgespült, bis die Flüssigkeit klar wieder abliess. Sämmtliche Abscesshöhlen wurden mit Sublimatlösung ausgewaschen und mit Jodoformgaze tamponirt.

Der weitere Verlauf gestaltete sich zu einem sehr günstigen. Das anfangs vorhandene Fieber machte sofort normalen Temperaturen Platz, das Allgemeinbefinden war ein gutes. Am auffallendsten war es jedoch, dass die mächtigen Geschwulstknoten am Damm und am Hodensack von Tag zu Tag, ja fast unter unseren Augen sich verkleinerten und im Laufe von einigen Wochen bis auf geringe Reste verschwanden! Hierdurch wurde es ermöglicht, schon nach wenigen Tagen den silbernen Katheter, der anfangs nur bis zur Wurzel des Penis hatte eingeführt werden können, ohne besondere Schwierigkeit durch den ganzen Verlauf der Harnröhre in die Blase einzuführen, ein Verfahren, welches von da ab täglich beim Verbandwechsel vorgenommen und mit reinigenden Ausspülungen der Blase verbunden wurde.

Im Laufe der nächsten 8 Wochen verkleinerte sich die Boutonnierewunde bis auf eine 2 cm lange, $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm breite Fistel, aus welcher der grösste Theil des Harns entleert wurde, während aus der Harnröhrenmündung weniger Urin ausfloss. Am 26. Juli wurde zur Schliessung der Fistel eine Nachoperation in der Weise ausgeführt, dass ihre Ränder bis in eine Tiefe von 1,5 cm breit angefrischt und theils mit tiefgreifenden, theils mit oberflächlichen Nähten sauber verschlossen wurde. Gleichzeitig wurde, für den Zeitraum von 8 Tagen, ein silberner Katheter dauernd eingelegt. Hierauf verheilte der grösste Theil der Fistel bis auf einen sonnenstarken Gang, der sich im Laufe des nächsten Vierteljahres von selbst zeitweise völlig schloss; zeitweise erschien jedoch wieder eine haarfeine Fistel, aus der hin und wieder auch ein Tropfen Urin austrat. Seitdem der Kranke aus der Behandlung entlassen worden ist, hat sich diese Fistel wieder ein wenig vergrössert, jedoch entleert er fast allen Urin auf dem natürlichen Wege mit kräftigem Strahle. Die harten Geschwulstmassen haben sich nicht wieder gebildet. Die Harnröhre ist für eine dicke Roser'sche Sonde bequem durchgängig; der Urin vollkommen klar.

Es bleibt noch übrig, zur Vervollständigung der Krankengeschichte über den mikroskopischen Befund der der scheinbaren Geschwulst entnommenen Gewebstückchen zu berichten. Wie schon erwähnt, zeigte dieselbe zum Theil eine derbe, bindegewebige, schwielige Zusammensetzung, zum Theil aber eine so weiche, eigenthümlich grauweisse Beschaffenheit, dass man in Versuchung kommen konnte, sie als sarcomatöse Wucherung anzusehen. Dementsprechend ergab auch die mikroskopische Untersuchung zwischen rein bindegewebigen Theilen mit sparsamen runden und spindelförmigen Kernen einzelne Stellen mit so dicht aneinander gedrängten, theils runden, theils spindelförmigen grosskernigen Zellen, vielfach fast ohne Intercellularsubstanz, dass niemand imstande gewesen wäre, die ihm hiervon vorgelegten Präparate anders wie als sarcomatöse Neubildung zu deuten! Und doch bewies der klinische Verlauf mit vollster Bestimmtheit, dass hier kein geschwulstbildender Vorgang im eigentlichen Sinne vorlag, sondern dass es sich nur um hochgradig entwickelte unschuldige Schwielenbildung, um einen geschwulstartigen „monströsen Callus“ gehandelt habe!

Sehen wir uns nach diesen merkwürdigen Bildungen in der Litteratur um, so ist die Ausbeute keine sehr grosse. Zwar finden wir schon in A. G. Richter's „Anfangsgründe der Wundarzneikunst 1826, Bd. VI, p. 341“ die Bemerkung, dass „zuweilen die callöse Härte (bei den Urinfisteln) in einem so hohen Grade zu bemerken sei, dass sie sich über das ganze Mittelfleisch bis in den Hodensack erstreckt, und eine ansehnliche Geschwulst erregt; in diesem Falle kann man von dem verhärteten Zellgewebe so viel ausschneiden, als sicher und ohne Verletzung eines wichtigen Theiles geschehen kann, und das übrige scarificiren. Was auf diese Art nicht zerschmilzt, zertheilen am Ende Mercurialeinreibungen.“ In den Schriften bis zu den 80er Jahren ist indess diese Beobachtung, wie es scheint, ganz in Vergessenheit gerathen, und der Gegenstand ist nur in einer unter Dolbeau's Leitung entstandenen Pariser Dissertation von Satre¹⁾ behandelt worden. Dieser schreibt darin ausdrücklich, dass er vergebens die französische, englische und deutsche Litteratur nach entsprechenden Angaben durchforscht habe.

In einigen neueren deutschen Lehrbüchern ist freilich jenes Krankheitsbild sehr treffend geschildert worden, so besonders von Wien aus, wo derartige Fälle häufiger vorzukommen scheinen, als anderswo.

Die Entstehung dieser höchst merkwürdigen Bildungen ist stets abhängig von krankhaften Veränderungen der Harnröhre, welche zu Unregelmässigkeiten in der Urinentleerung führen, und zwar handelt es sich zumeist um die Folgezustände von Harnröhrenverengerungen, die wiederum überwiegend häufig gonorrhoeischen Ursprungs sind. Es kann sich der in der Schleimhaut beginnende entzündliche Vorgang auf die äusseren Schichten der Harnröhrenwand und auf das dieselbe umgebende Bindegewebe fortsetzen und so eine oft schon von aussen fühlbare umschriebene knotige Härte im Verlaufe der Verengung, einen „Callus“ erzeugen, der als der geringste Grad der uns beschäftigenden Bildungen betrachtet werden muss. Indess findet man gerade bei schweren und sehr engen Stricturen öfters keine Spur eines derartigen Callus, und es ist deswegen wahrscheinlich nicht der Grad der Harnröhrenverengung an sich, welcher bestimmend auf die Callusbildung ein-

¹⁾ Paul Satre, D'une tumeur périnéale dépendant de l'infiltration lente de l'urine. Paris 1874.

wirkt, sondern, wie die Franzosen wohl mit Recht annehmen¹⁾, der Austritt von Urin in das der Strictur benachbarte Gewebe, welcher den Reiz für die Entstehung der massigen Gewebswucherung bildet. Abgesehen von Verletzungen beim Katheterismus (kleinen Abschürfungen, Durchbohrungen u. s. w.), wie sie bei Harnröhrenverengungen ja oft genug vorkommen, bilden sich hierbei infolge der Stauung des fortwährend von oben her gegen das Hinderniss andrängenden Urins häufig Ausbuchtungen der Harnröhre, welche als gesonderte kleine Geschwülste am Damm erscheinen können (poche urineuse, Divertikel). Diese können, noch ehe sie eine beträchtliche Grösse erreicht haben, durchbrechen, vereitern; es entwickelt sich dann, je nach den örtlichen Verhältnissen, nach der Ausbildung und Festigkeit der in der Umgebung vorhandenen Schwielen, ein Urinabscess (aus dem dann Urinfisteln hervorgehen können) oder eine ausgedehntere Urininfiltration, welche in den schwersten Fällen mit ausgedehntem Brande der Weichtheile des Dammes und Hodensackes und schwerer septischer Eiterung einhergeht, die in das Becken und, dem Samenstrang entlang, in die Bauchdecken hineinzieht und oft genug tödtlich endigt.

Diesen acut verlaufenden Fällen stehen die mehr chronischen Formen von Harninfiltration gegenüber, welche zu den eingangs geschilderten monströsen Callusbildungen führen. Wenn man sich die Frage vorlegt, wie diese Verschiedenheiten des Verlaufes zu Stande kommen, wo doch die Bedingungen des Harnaustrittes in die Gewebe in gleichem Maasse vorhanden sind, so kann man nur vermuthen, dass dies wohl mit der verschiedenen Beschaffenheit des Urins zusammenhängen möge. Bei starken Blasenkatarrhen mit jauchiger Beschaffenheit des Blaseninhaltes wird es eher zu septischer Eiterung kommen, als bei verhältnissmässig normaler Harnbeschaffenheit. So ist auch in den bisher bekannten Beobachtungen von monströsem Harnröhrencallus der Urin immer als von ziemlich normaler Beschaffenheit geschildert (Satre). Indess treten auch bei den chronischen Fällen öfters acut entzündliche Nachschübe ein, so dass die neugebildeten Bindegewebsmassen zum Theil vereitern und brandig zerfallen. Unter allgemeinen Fiebererscheinungen bildet sich dann eine schmerzhaft, bald auch fluctuirende Stelle in dem entzündeten Callus an; die von selbst eintretende oder künstlich herbeigeführte Entleerung des Abscesses bewirkt aber im ganzen keine Verkleinerung der Geschwulst, so lange die eigentliche Ursache der Störungen, die Verengerung der Harnröhre, nicht gehoben wird.

Es kommt dann schliesslich, nach Dittel's²⁾ Beschreibung, „ein ganz monströser, entstellender Callus zum Vorschein, der Mittelfleisch, Scrotum und Glied in eine einzige harte, höckerige, mit der Symphyse fest verwachsene kindskopfgrosse Geschwulst verwandelt, aus welcher vorne nur noch die weiche, bewegliche Glans hervorragt, und die die Hoden vor- und aufwärts vordrängt. Aber auch die Glans bleibt nicht immer unbetheiligt an diesem fortgesetzten Process der Bindegewebsneubildung, und ich erinnere mich an genug Fälle, wo auch die Oberfläche der Glans ein derbes, festes, matt glänzendes Aussehen darbot, und deren Lippen am Orificium cutaneum abgerundete, schwielige Ränder bildeten. Freilich kommen solche Fälle seltener in der Privatpraxis vor, wo die Leute doch Mittel besitzen und die Gelegenheit aufsuchen, sich zeitlicher einer Cur zu unterwerfen; sie gehören vielmehr der verwahrlosten Spitalbevölkerung an.“

Was den Ausgangspunkt der Infiltration anbetrifft, so hängt derselbe offenbar zunächst von dem Sitze der Harnröhrenverengung ab. Ist die letztere im prostatistischen Theile gelegen, so entstehen die callösen Verdichtungen in der hinteren Dammgegend vor dem Mastdarme. Liegt die Strictur dagegen, wie es meistens der Fall ist, in der Pars membranacea, so bilden sich die Knoten mehr in der eigentlichen Dammgegend. In seltenen Fällen kann bei Verengungen in der Pars pendula die Infiltration nur im Penis und Scrotum sich bilden, während die Dammgegend ganz frei bleibt.³⁾

Die Diagnose des monströsen Harnröhrencallus ist für denjenigen, welcher das eigenthümliche Krankheitsbild zum ersten Male sieht, insofern keine leichte, als die Verführung sehr nahe liegt, diese chronisch sich entwickelnden, schmerzlosen, und im wahren

Sinne regellos gewucherten, „atypischen“ Gewebsmassen für eine echte Neubildung zu halten. Man mache es sich deshalb zum Grundsatz, bei allen geschwulstartigen Bildungen, die in der Dammgegend zur Beobachtung kommen, in erster Linie den etwaigen Zusammenhang derselben mit der Harnröhre festzustellen und die Harnröhre genau zu untersuchen.¹⁾ Selbstständige grössere Geschwülste der Dammgegend sind, wenn überhaupt je beobachtet, jedenfalls zu den allergrössten Seltenheiten zu zählen, und auch die männliche Harnröhre selbst zeigt eine höchst geringe Neigung zur Bildung echter Geschwülste.²⁾

Bei der Behandlung der Callusgeschwülste der Harnröhre hat man zunächst die Ursache derselben, die Harnröhrenverengung und die Harnfisteln in's Auge zu fassen. Sind diese beseitigt, so verschwindet der Callus ganz von selbst. Selbst die umfangreichsten derartigen Geschwülste bilden sich in gleichem Schritte mit der Erweiterung der Strictur vollkommen zurück, ohne eine Spur zu hinterlassen, zur grössten Ueberraschung für jeden, der diese Erscheinung zum ersten Male beobachtet. Handelt es sich um schwerere Fälle, in denen man mit dem gewöhnlichen Erweiterungsverfahren mittels Bougies nicht auskommt und zum äusseren Harnröhrenschlitze seine Zuflucht nehmen muss, so braucht man sich um die scheinbare Geschwulst dabei durchaus nicht zu kümmern. Sobald einmal für freien Abfluss des Urins gesorgt ist, hört der chronische Reizzustand in den Weichtheilen des Dammes sofort auf, und die Scheingeschwulst verschwindet in kürzester Frist. Natürlich muss im Verlaufe der Nachbehandlung dafür gesorgt werden, dass sich der frühere Zustand nicht etwa wieder herstellt, dass also entsprechend der allmählichen Verkleinerung der Boutonnièrenwunde der untere Theil der Harnröhre dauernd wegsam gehalten wird.

¹⁾ Siehe Satre a. a. O. p. 13.

²⁾ Dittel, Die Stricturen der Harnröhre. Deutsche Chirurgie, herausgegeben von Billroth u. Lücke. 1880, Lief. 49, p. 92.

³⁾ Ein diesbezüglicher, von Tillaux beobachteter, in der Satre'schen Arbeit enthaltener Fall sei hier kurz wiedergegeben (a. a. O. p. 38).

„Induration chronique du scrotum et du fourreau de la verge, dû évidemment à l'infiltration lente de l'urine, consécutive à un rétrécissement. La verge est en tire-bouchon, déformation due à l'extrême rigidité de l'enveloppe cellulo-cutanée. En introduisant une sonde cannelée sous le prépuce, pour aller à la recherche du gland, on trouve celui-ci à 3 centimètres en arrière de l'ouverture préputiale. Le jet est en pomme d'arrosoir; cette disposition provient de ce que l'urine s'écoule d'abord entre le gland et le prépuce, avant d'être rejetée au dehors.“

¹⁾ Wie wichtig dieser Grundsatz für das praktische Handeln ist, zeigt eine von Satre (a. a. O. p. 25) mitgetheilte Krankengeschichte: „Le père d'un professeur célèbre de la faculté, porteur d'un rétrécissement ancien, consulta un habile chirurgien pour une tumeur dure au périnée. Sous l'empire d'une idée préconçue, ce dernier pratiqua l'excision de la tumeur, qu'il crut indépendante de l'urèthre, et de nature fibreuse. Il en résulta la mise à nu de la portion profonde du canal dans une étendue de 3 centimètres environ. Cette perte de substance ne s'étant jamais comblée, fut dorénavant la voie d'excrétion habituelle de l'urine.“

²⁾ Hierüber Orth, Lehrbuch der spec. Patholog. Anatomie. II. p. 248 ff.