

## II. Ueber die Localbehandlung des chronischen Blasenkatarrhs.

Von

Dr. M. Schüller,

Docent der Universität Greifswald und Assistent der chirurgischen Klinik.

(Fortsetzung aus No. 5.)

Sind die Retentionserscheinungen dagegen sehr beträchtlich, ist es besonders unmöglich, vorhandene falsche Wege zu umgehen, so bleibt nichts andres übrig, als den Blasenstich zu machen. Diese kleine Operation hat man von verschiedenen Seiten zu discreditiren gesucht, meines Erachtens aber sehr mit Unrecht. Man meint, dass leicht Harninfiltration oder gar Peritonitis danach entstehen könne. Gleichwohl sprechen die darüber angestellten statistischen Untersuchungen keineswegs dafür. Nebenverletzungen und speciell die Verletzung des Bauchfells wird man überdies um so sicher vermeiden, je mehr man sich an das Verfahren hält, welches hier gebräuchlich ist. Ich theile im Folgenden einen solchen Fall mit.

J. L., ein 66-jähriger Arbeiter, war früher immer gesund; seit zwei Jahren aber litt er an Harnbeschwerden. Zeitweise mangelhafte Entleerung, Gefühl von Fülle im Leib, Schmerzen in der Blasengegend. Er hatte sich bei solchen Gelegenheiten auch einige Male selber katheterisirt. Dann bestand, abgesehen von etwas langwierigem Ausflusse des Urins, wieder relativ gutes Befinden. Vier Tage vor seiner Aufnahme hatten sich plötzlich, — ohne nachweisbare Ursache, die Harnbeschwerden erheblich gesteigert. Er vermochte spontan gar keinen Urin zu entleeren. Der Versuch des Katheterismus misslang. Deshalb wurde er am 25. Oct. 1875 nach unserer Klinik dirigirt. Wir fanden bei dem ziemlich kräftig gebauten, etwas blass aussehenden Mann eine vollkommene Harnretention. Die Blase war sehr beträchtlich ausgedehnt, prall gespannt über der Symphyse zu fühlen. Da die Versuche, ihn zu katheterisiren, ebenfalls misslangen, so wurde in Anbetracht der Dringlichkeit der Erscheinungen sofort zur Punction der Blase geschritten. Herr Prof. Hüter machte, wie er es gewöhnlich zu thun pflegt, in der Mittellinie dicht über der Symphyse zunächst eine Incision durch die Haut und das subcutane Fett<sup>1)</sup> — eine Voroperation, welche sich besonders bei sehr fetten, ödematösen Bauchdecken zur Erleichterung und grösseren Sicherheit der nachfolgenden Punction empfiehlt —, stach sodann den gebogenen Dechamp'schen Troicart durch diese Incisionsöffnung in der Mittellinie in die Blase. Sofort nach der Entfernung des Stilets stürzte, während die Canüle nach dem Blasengrunde vorgeschoben wurde, ein trüber, dunkler, stark zersetzt riechender Urin in der Quantität von über 2000 Grm. hervor. Unmittelbar danach wurde die Blase mittelst einer 200 Grm. fassenden Neusilberspritze durch die Blasencanüle mit 1,5procentiger Carbolsäurelösung ausgespült. Die Canüle wurde mit Heftpflasterstreifen an den Bauchdecken befestigt, die kleine Wunde mit feuchter Carbolwatte bedeckt, die Canülenöffnung mit einem Pfropfen verschlossen. In den ersten Tagen wurde 5—6mal, dann 4mal täglich der Urin durch die Blasencanüle abgelassen und die Blase in der beschriebenen Weise ausgespült. Der Urin, welcher vorher sehr stark alkalisch reagirte, und ein dickes Sediment von Eiterkörperchen, abgestossenen Blasenepithelien, von Krystallen der phosphorsauren Ammoniak-Magnesia und des harnsauren Ammoniaks, sowie Bakterien enthielt, war schon nach 4 Tagen klarer geworden und reagirte schwach sauer. In der Folge verloren sich die Phosphatkrystalle vollständig, doch blieb immer noch relativ viel eitriges Sediment, welches regelmässig zunahm, wenn der Katheterismus versucht worden war. Derselbe war zum ersten Male am 5. Tage nach der Operation vorgenommen worden, gelang jedoch erst beim dritten Versuche. Gleichwohl blieb die Canüle noch einige Tage und wurde erst etwa am 10. Tage definitiv entfernt, da nunmehr der Katheterismus relativ leicht auszuführen war. Patient hatte eine sehr beträchtliche Hypertrophie der Prostata mit ziemlich erheblicher Verziehung der Harnröhre nach hinten und starker Krümmung im prostatatischen Theile. — Die Ausspülungen wurden nunmehr durch den Katheter 3mal, später 2mal täglich wiederholt, während der Urin etwa 4—5mal täglich abgelassen werden musste. Einmal täglich nahm Pat. ein warmes Sitzbad, wozu sich die entzündliche Schwellung der Harnröhre im häutigen und

prostatatischen Theile, welche selbst bei der leichtesten und subtilsten Führung des Katheters hin und wieder zu kleinen Blutungen Veranlassung gab, sehr rasch vollständig verlor. Dieser Effect (der Abschwellung) war besonders unmittelbar nach jedem Sitzbade auffallend. — Erst etwa 3 Wochen nach der Punction konnte Pat. hin und wieder spontan Urin lassen. Später lernte er sich selber katheterisiren. Die kleine Wunde über der Symphyse war geheilt, der Blasenkatarrh schon Ende November vollständig gehoben. Pat. wurde Anfang December entlassen. —

Man hat den Blasenstich durch die äussere Urethrotomie ersetzen wollen, wie z. B. Heinecke. Das kann jedoch hier kaum zweckentsprechend sein. Wenn dies bei durch Stricturen bedingter Harnretention berechtigt und mit Ausnahme der oben erwähnten Fälle vollkommen indicirt erscheint, so liegen doch bei der Harnverhaltung der Prostatiker die Verhältnisse ganz anders und in der Regel keineswegs derart, dass man an eine Urethrotomie denken könnte. Fordert es hier schon die grosse Dringlichkeit der Entleerung der Blase, diejenige Operation zu wählen, welche am raschesten zum Ziele führt, so liegt ja bei Prostatahypertrophie das zu beseitigende Hinderniss für die Harnentleerung in dem, dem sogenannten Blasenhalss benachbarten Theile der Prostata, meistens in der abnormen Entwicklung eines dritten Lappens. Man würde also dann nicht den Harnröhrenschnitt, sondern den Prostata-Blasenschnitt machen müssen, um den Urin freizulassen — also eine Art Steinschnittoperation —, eine Operation, welche abgesehen davon, dass sie eine exacte Assistenz und unter Umständen relativ lange Zeit zur Ausführung beansprucht, denn doch wohl, zumal in Anbetracht des Alters der Patienten, zu gefährlich ist, um sie zur Erfüllung einer so relativ einfachen Indication, wie die Entleerung der Blase, gerechtfertigt erscheinen zu lassen. Derselben genügt in bester, raschster und mildester Weise der Blasenstich, welchen ich in diesem Falle auch nicht sehr zweckentsprechend durch das Aspirationsverfahren ersetzt finde, welches Socin wieder in Vorschlag bringt. Denn letzteres macht es uns nicht möglich, auf den in der Regel zugleich vorhandenen Blasenkatarrh einzuwirken, wie wir es durch die Punctionscanüle können. Das Aspirationsverfahren müsste übrigens in manchen Fällen täglich mehrere Male, und das oft mehrere Tage hindurch wiederholt werden, was doch wohl weit misslicher und lästiger, überdies auch keineswegs etwa ungefährlicher ist. — Daher darf man meines Erachtens den Blasenstich hier als vollkommen indicirt aus guter Ueberzeugung empfehlen. Er ist leicht ohne jegliche Assistenz auszuführen, schafft rasch und dauernd Hülfe, ermöglicht eine sorgfältige Behandlung des Katarrhs und wird selbst von den ältesten Leuten gut vertragen. Hier präsentirt sich noch von Zeit zu Zeit ein neunzigjähriger Greis im besten Wohlbefinden, an dem Herr Prof. Hüter vor zwei Jahren den Blasenstich ausgeführt hat. Die Wunde heilte bei ihm ohne Zwischenfälle, sein Katarrh ist beseitigt, die Blase wird jedoch immer noch mit dem Katheter entleert und zeitweise ausgespült. —

Was man mit einer geeigneten Localbehandlung selbst unter äusserst schwierigen Verhältnissen leisten kann, beweist ein Fall von Zottenkrebs der Blase, bei welchem es gelang, durch sorgfältige Ausspülung der Blase die jauchige Zersetzung zu beseitigen und dadurch die Leiden des Patienten erheblich erträglicher zu machen. — Bei dem betreffenden Patienten, einem 73-jährigen Manne, welcher seit zwei Jahren an Harnbeschwerden, besonders an heftigem, schmerzhaftem Urindrang litt, und in den letzten Wochen häufig Blut durch den Urin verlor, fand sich eine beträchtliche Hypertrophie der Prostata. Die Prostata drängte in einer apfelgrossen Geschwulst die vordere Rectalwand nach hinten vor. Beim Einführen des Katheters in die Blase macht es den Eindruck, als setze sich die Anschwellung noch weit in das Lumen der Blase fort. Die Blase enthält nur etwa 100—120 Grm. Urin. Derselbe ist dunkelbraunroth, mit Blut vermischt, dick, trübe und verbreitet einen aashaften Geruch. Er enthält Massen Eiterkörperchen, Stücken Granulationsgewebes, Bakterien, vereinzelte Blasenepithelien, viele rothe Blutkörperchen und Sargdeckelkrystalle. Er reagirt stark alkalisch. Patient litt an fortwährendem Urindrang; gleichwohl enthielt die Blase stets nur wenige Esslöffel voll Urin. Er musste alle viertel bis halbe Stunden Urin lassen. Auch dieser spontan entleerte Urin war stets innig gemengt mit Blut. Pat. erhielt täglich zweimal Ausspülungen mit einer Lösung von übermangansaurem Kali, nahm ausserdem zweimal täglich ein warmes Sitzbad. Abends erhielt er eine Morphiuminjection gegen die Schmerzen. Später wurden eine Zeitlang täglich subcutane Ergotineinspritzungen und öfters intermediäre Injectionen von zweiprocentiger Chlorzinklösung in die Blase gemacht. Hiernach sistirten die Blutungen, verlor sich der widerliche Geruch, auch besserte sich die Beschaffenheit des Urines, und hob sich das Allgemeinbefinden. Doch nahm die am Blaseneingang gefühlte Anschwellung an Grösse zu. Es waren deutlich wulstige Massen in der Blase zu fühlen, zwischen welchen sich der Katheter durchdrängen musste. Ueber der Symphyse war eine halbkuglige Dämpfung nachweisbar und liess sich daselbst die Blase als derb elastischer Tumor palpiren, der auch nach

<sup>1)</sup> Cf. Fig. 2 P. V. = Punctio vesicae.

der Entleerung bestehen blieb. Aus abgehenden Geschwulstbröckeln liess sich die Diagnose definitiv auf Zottenkrebs stellen. Patient wurde, da an eine operative Beseitigung des Tumors sowohl aus localen wie allgemeinen Gründen nicht gedacht werden konnte, auf seinen Wunsch entlassen.

Es ist augenscheinlich, dass unter diesen und analogen Verhältnissen der Katarrh die Blutungen befördert, wie umgekehrt das in die Blase ergossene Blut die Zersetzung des Urines und den Blasenkatarrh steigert. Spült man daher die Blase aus, und lässt der Ausspülung etwa adstringirende oder desinficirende Injectionen folgen, so wird man erheblich nützen können. Ob man auch den subcutanen Ergotinjectionen einen Einfluss auf die Stillung resp. Verringerung der Blutungen beimessen darf, ist fraglich, doch immerhin gestattet. Auf die Entwicklung der Geschwulstmassen hatten sie, wie vorausszusehen, gar keinen Einfluss; aber ebensowenig auf die Verringerung der Prostatahypertrophie. — Es fragt sich, ob es nicht in solchen Fällen gerechtfertigt ist, die Drainage der Blase in der oben angegebenen Weise zu versuchen. Man würde damit die Blase jedenfalls dauernd rein erhalten können und überdies zu gleicher Zeit für einen regelmässigen freien Abfluss des Urines sorgen können, was unter den betreffenden Umständen sicher nicht gering auszu-schlagen ist. Denn augenscheinlich geht ein Theil dieser Patienten an Septicämie und chronischer Urämie zu Grunde. —

#### D. Chronischer Blasenkatarrh bei Blasenlähmung.

Der chronische Blasenkatarrh bei Blasenlähmung wird noch vielfach für unheilbar gehalten. Doch ist er auch hier ebenso wie unter anderen Umständen der Localbehandlung zugänglich; ja man kann dreist behaupten, dass er überhaupt auf keine andere Weise mit Erfolg behandelt werden kann. —

Blasenlähmung ist eine sehr häufige Erkrankung. Sie mag dem „inneren“ Mediciner noch öfter vorkommen wie dem Chirurgen. So beobachtet man sie nach schwächenden und erschöpfenden, acuten und chronischen Allgemeinerkrankungen, wie Typhus, Diabetes, Syphilis, Alkoholismus etc., bei senilem Marasmus, ferner bei Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarkes und so fort. Dem Chirurgen kommt sie besonders bei den localen Erkrankungen der Harnröhre und Blase, sowie bei den Verletzungen der nervösen Centralorgane, vorzüglich des Rückenmarkes, zur Beobachtung.

Aus örtlichen Ursachen entsteht die Blasenlähmung in Folge chronischer Harnstauung. Bei allen Krankheitsprocessen welche, wie z. B. lange dauernde Stricturen, Prostatahypertrophie mit einer andauernden unvollkommenen Entleerung, resp. mit einer constanten mehr weniger beträchtlichen Füllung der Blase verbunden sind, stellt sich, wie ich schon in der Einleitung andeutete, früher oder später eine Parese der Blasenmuskulatur ein, welche in vollständige Lähmung übergehen kann. Die Ursache derselben ist wohl wesentlich in der oft wiederholten oder dauernden Spannung und Ausdehnung der Blasenmuskulatur über ihre Elasticitätsgrenze hinaus zu suchen. Anfänglich und besonders bei jüngeren Individuen kann der Lähmung eine Hypertrophie der Muskulatur vorausgehen, welche in manchen Fällen sogar sehr erheblich ist, wie z. B. in einem, den ich weiter unten mittheilen werde. Sehr häufig beobachtet man aber auch da späterhin eine auf Lähmung beruhende Functionsinsufficienz. Man kann die Blasenlähmung bei den Stricturenpatienten und Prostatikern an der Energielosigkeit erkennen, welche die Blase den Injectionen gegenüber zeigt. In solchen Fällen entleert sich die vorher durch Spülflüssigkeiten angefüllte Blase nicht einmal durch den Katheter vollkommen, behält vielmehr oft den grössten Theil zurück, und muss man erst einen Druck auf die Bauchdecken ausüben, um die Flüssigkeit auszutreiben. — Von diesen Fällen will ich hier nicht weiter reden, da die Behandlung nichts anderes verlangt als die Beseitigung der veranlassenden Momente, welche schon im Vorstehenden besprochen wurde.

Hier interessiren uns dagegen die Fälle von Blasenlähmung, welche das Resultat einer gestörten, resp. vollständig unterbrochenen Innervation sind. Dieselben werden bekanntlich bei einer ganzen Anzahl von Erkrankungen der nervösen Centralorgane beobachtet; und sind dahin vielleicht auch die bei den oben genannten Allgemeinerkrankungen auftretenden Formen zu rechnen. Dem Chirurgen kommen sie besonders bei den Erkrankungen und Verletzungen im Bereiche der Wirbelsäule vor, unter Umständen, wo das Rückenmark comprimirt oder verletzt wird. Abgesehen vom rascheren oder langsameren Eintreten der Lähmung sind die Erscheinungen bei allen Fällen dieselben, insofern nämlich, als sich an die unvollkommene Entleerung des Harnes, welche aus der Lähmung resultirt, früher oder später ein chronischer Blasenkatarrh anschliesst. Derselbe muss nothwendigerweise die Beschwerden und Gefahren der Lähmung steigern und schon aus diesem Grunde zur Beseitigung dringend auffordern.

(Fortsetzung folgt.)