

Aus dem städtischen Krankenhaus in Kowno, Rußland.

Ein Beitrag zur Operation der Blasenektomie.

Von Dr. Al. Hagentorn, dirigierender Arzt des Krankenhauses.

(Mit 2 Abbildungen.)

Es könnte als müßiges Unterfangen erscheinen, der schier unabschbaren Reihe von Operationsverfahren zur Behandlung der Blasenektomie noch eines hinzuzufügen. Trotzdem entschieße ich mich, im nachfolgenden einen weiteren Vorschlag der Fachkritik zu unterbreiten, da er mir einen neuen, möglicherweise fruchtbaren Gedanken zu enthalten scheint. Ich bin mir dabei bewußt, daß es etwas Mißliches hat, ein Verfahren zu empfehlen, das praktisch am Lebenden nicht erprobt wurde, kann aber zu meiner Rechtfertigung darauf hinweisen, daß die Blasenektomie nicht zu den Krankheiten gehört, die mit einiger Regelmäßigkeit im Material selbst größerer Krankenhäuser wiederkehren. Da ich somit keine Aussicht habe, in absehbarer Zeit Gelegenheit zur Ausführung meines Verfahrens am Lebenden zu finden, glaube ich mich berechtigt, dasselbe auf Grund theoretischer Erwägungen in Vorschlag zu bringen, in der Hoffnung, dadurch zur Ausführung desselben anzuregen.

Beistehende Skizzen sollen die Operation veranschaulichen.

Sie besteht aus folgenden Akten:

Eröffnung des Leibes in der Mittellinie.

Quere Durchtrennung des Ileum und seines Mesenterium ungefähr entsprechend der Anastomose zwischen Art. ileo-colica und dem Hauptstamme der Art. mesenterica supr. (Fig. 1).

Einpflanzung des zentralen Ileumabschnittes in das Cöcum.

Hervorziehen des peripheren Ileumabschnittes nebst Mesenterium durch einen Spalt im rechten Musc. rect.

Mobilisierung und Vereinigung der Blasenteile bzw. des Blasengrundes nebst Harnleitermündungen mit der vorgelagerten Dünndarmschlinge.

Plastik der vorderen Bauchwand und der Genitalien.

Der Grundgedanke ist die Trennung des neugebildeten Blasenlumens vom Darmlumen durch Kompression des vermittelnden Darmabschnittes in einem Schlitze des Rektus, wobei der willkürlichen Kontraktion bzw. Erschlaffung desselben Bedeutung zukommen kann. Ist der Rektus nicht genügend entwickelt, so

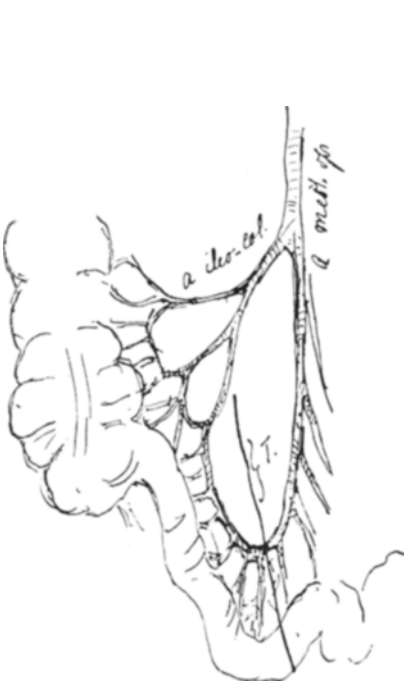


Fig. 1.

T = Trennungslinie durch Mesent. u. Darm.

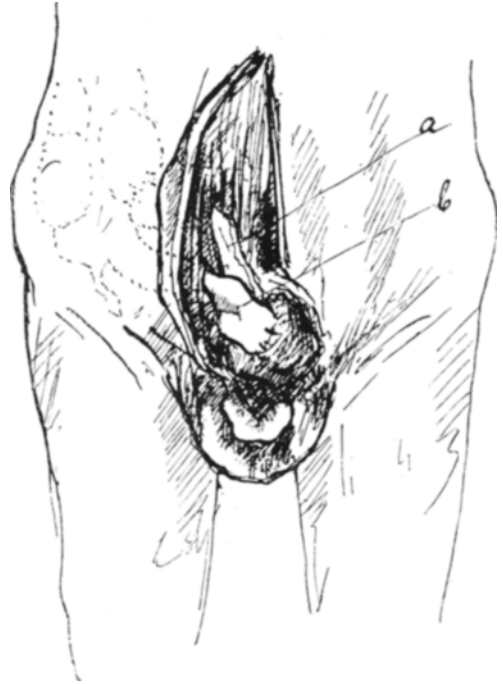


Fig. 2.

a) Mesenter. b) Darm.

könnte an seiner Stelle ein anderer Teil der Bauchmuskulatur Verwendung finden.

Der zu erstrebende Zustand wäre eine so enge Verbindung zwischen Darm und Blase, daß die Entleerung der letzteren nur durch willkürliche Erschlaffung des Muskels und Ausdrücken der Blase erfolgen kann.

Die Ausführbarkeit hängt in erster Linie von der Möglichkeit ab, einen genügend langen Darmabschnitt hervorzuziehen,

ohne daß er der Nekrose verfällt. In diesem Sinne liegen die Verhältnisse an dem von mir gewählten Darmabschnitte günstig. Der Zweig der Art. ileocolica, der die Ernährung des dem Cöcum nächstliegenden Ileumabschnittes besorgt, verläuft vom Cöcum bis zur Anastomose mit dem Hauptstamme der Art. mesent. supr. in geringer Entfernung von der Darmschlinge dieser parallel, so daß es leicht fällt, eine gut ernährte Schlinge unter Mitnahme eines verhältnismäßig schmalen Streifens des Mesenteriums zu erhalten, die sich zur Vorlagerung hervorragend eignet. An der Leiche gelang dies ohne Spannung bei Erhaltung der erwähnten Gefäße. Es ist daher anzunehmen, daß die Ernährung des erforderlichen Darmabschnittes nicht Gefahr laufen würde.

Die zweite Frage ist die, wie eine genügende Verengerung des Lumens der Schlinge zu erreichen wäre, ohne die Ernährung schädigende Kompression der Gefäße. Auch dies erscheint ausführbar, und zwar durch Raffnaht der Darmwand und Hindurchziehen eines entsprechend kräftigen Muskelbündels durch eine kleine Lücke im Mesenterium der Schlinge. Zudem können die dem Darm nächstliegenden, die Verengerung des Schlitzes im Muskel bedingenden Nähte erst in den folgenden Tagen nach der Operation unter steter Kontrolle der Lebensfähigkeit des Darmes etappenweise geknotet bzw. angelegt werden. Die Vereinigung des Darmes mit den vorhandenen Blasenteilen wird gewiß der mühseligste Abschnitt der Operation sein. Bei Zuhilfenahme sämtlicher zur Bildung der vorderen Blasenwand üblichen Eingriffe (Segond, Rovsing), wird sich, glaube ich, auch dies erreichen lassen. Als besonders wichtig muß hierbei die Vorlagerung des intraperitonealen, bauchfellbedeckten Teiles der Blase bezeichnet werden, nicht nur zum Zweck der Mobilisierung der Blase, sondern auch wegen der ungemein günstigen Verhältnisse, die dadurch für die Vereinigung des Darms mit der gleichfalls serosabedeckten Blasenwand geschaffen werden. Mir gelang die Bildung der vorderen Blasenwand in einem Falle schwerer Blasenektomie durch die erwähnte Mobilisierung der Blase gut; da jedoch Kontinenz nicht erreicht wurde, Pat. mit seinem Zustand nicht zufrieden war, wurde die Maydlsche Operation ausgeführt, die durch Peritonitis zum Tode führte.

Da ein völliger Abschluß der neugebildeten Blase gegen die

Genitalien unbedingtes Erfordernis ist, ebenso Ableitung des Harns durch Katheterisation der Harnleiter während der Heilungsdauer der Plastik unumgänglich notwendig erscheint, müssen die in den Uretern liegenden Katheter auf dem Wege durch den vorgelagerten Darmabschnitt durch eine Cöcalfistel, die einen unbedeutenden Eingriff bedeutet und leicht zu schließen ist, hinausgeleitet werden.

Die vollständige Deckung der neugebildeten Blase mit Haut und die Plastik der Genitalien muß späteren Sitzungen vorbehalten bleiben.

So der theoretisch skizzierte Operationsverlauf. Zu einer praktischen Ausführung desselben habe ich bis jetzt keine Gelegenheit gehabt, jedoch die Verhältnisse an der Leiche nach Möglichkeit geprüft.

Man könnte anstatt des Ileumabschnittes die Flex. sigm. in Vorschlag bringen. Dies war auch mein ursprünglicher Gedanke, den ich jedoch aus folgenden Gründen wieder aufgegeben habe:

1. weil die Flexur nur selten die genügende Länge haben wird und die Ernährungsverhältnisse an ihr weniger günstige sind;
 2. weil sie nebst Mesenterium zu massig ist;
 3. weil der ins Cöcum ausgeschiedene Harn weniger leicht zu Störungen in der Stuhlentleerung führen dürfte, als der in die Flex. entleerte.
-