

## XVIII.

### Ein Fall geheilter Epispadie.<sup>1)</sup>

Von

**Dr. Hermann Lossen,**

a. o. Prof. der Chirurgie.

(Hierzu Tafel XII u. XIII.)

Im Herbst vergangenen Jahres wurde mir ein 15jähriger Knabe, David Uhl aus Mainz gebracht, welcher an totaler Epispadie litt. Der Penis, in seiner gewöhnlichen etwas nach oben gerichteten Lage circa 3 Cm. lang, war ziemlich gut entwickelt; die Schwellkörper liessen sich zu beiden Seiten und etwas nach hinten durchfühlen und schienen zuweilen erektil zu werden. Die Vorhaut hing wie eine dicke Schürze am unteren Abschnitte der Eichel. Zog man das Glied nach abwärts, so war es circa 6 Cm. lang und zeigte auf dem Rücken einen 3—4 Mm. breiten, mit Schleimhaut ausgekleideten Halbkanal, der sich von der Spitze der Eichel bis zur Wurzel des Gliedes erstreckte und hier unter der geschlossenen Symphyse in einen Trichter endete. Der kleine Finger drang ohne Mühe durch diesen Trichter in die Blase. Der Harn träufelte im Stehen fortwährend ab. Im Liegen vermochte der Junge zwar etwas Urin zu halten, so viel eben, als in dem nach dem Rectum zu ausgebucheten Theile der Harnblase sich ansammeln konnte; stieg aber die Harnmenge bis zu dem Niveau des Trichters, oder erhob sich der Knabe, so floss der Harn ab, wie aus einem überlaufenden Gefässe und benetzte Scrotum und Schenkel.

Der Junge war im Uebrigen gut entwickelt; beide Hoden lagen im Hodensacke. Doch hatte er für sein Alter noch etwas ausserordentlich Kindliches. Es mag dies wohl hauptsächlich durch seine

---

1) Nach einem Vortrage, gehalten in der Versammlung mittelrheinischer Aerzte zu Mainz, 11. Juni 1878.

Abgeschiedenheit von den Altersgenossen bedingt gewesen sein, denn wegen der fortwährenden Durchnässung war er von jeder Schule fern geblieben. Er konnte in Folge dessen weder lesen noch schreiben, noch rechnen und war überhaupt für sein Alter zurück in geistiger Entwicklung.

Ich beschloss, die Operation der Epispadie im Wesentlichen nach der bewährten Methode von Thiersch auszuführen, ohne deshalb mir Abweichungen zu versagen, welche durch die gegebenen Verhältnisse geboten oder gestattet sein mochten.

Am 8. November 1877 nahm ich zunächst die Eichelrinne in Angriff. Da die Glans gut entwickelt war, so wählte ich die einfache Dieffenbach'sche seitliche Anfrischung in der Breite von  $\frac{1}{2}$  Cm. jederseits und schloss die Rinne über einem Katheter N. 16 (Charrière) mit fünf Knopfnähten. Die letzte derselben kam schon in den Bereich der Corona glandis zu liegen und hatte nur den Zweck, die nächst vorhergehende zu stützen. Der Katheter blieb ungefähr 12 Stunden liegen. Es trat allseitig prima intentio ein. Nur die letzte Entspannungsnaht riss aus, zugleich den Wink gebend, dass an eine Vereinigung der Penisrinne durch einfache Anfrischung Dieffenbach's hier nicht zu denken war (siehe Taf. XII u. XIII Fig. 1 u. 2) <sup>1)</sup>.

Am 3. December 1877 schritt ich zur Bildung der Penisröhre. Der Methode von Thiersch folgend, löste ich an der linken Seite der Rinne einen von der Corona glandis bis zum Trichter reichenden, ungefähr 3 Cm. langen, 1 Cm. breiten, Penislappen ab, dessen Basis an der Rinne lag, schlug ihn um, so dass seine Epidermisfläche auf die Harnröhrenschleimbaut zu liegen kam und befestigte ihn an der in schmaler Linie angefrischten anderen Seite des Halbkanales. Den Decklappen in derselben Weise aus der Haut des Penis zu nehmen, wie dies Thiersch vorschreibt, schien mir im vorliegenden Falle etwas bedenklich. Ich hätte die Ruthe zu stark entblößen müssen und eine nachträgliche Narbencontraction hätte Penis und Harnröhre verkrümmt. Es wurde daher der Decklappen aus der rechten Scrotalhälfte genommen, so zwar, dass sein Stiel dicht neben den Trichter zu liegen kam (s. Taf. XII u. XIII Fig. 2 u. 3). Bei seiner Verschiebung nach links bedeckte dieser Lappen auch zugleich den Trichter und verlegte seine Oeffnung nach links, in-

---

1) In den beigelegten Figuren ist die jeweilige Schnittführung durch punktirte Linien angegeben; in den vier letzten in der Weise, dass neben dem Resultat der einen die Schnittführung der nächstfolgenden Operation zu sehen ist.

dem er den Kanal nicht unwesentlich verlängerte, ein Vortheil, der erst nach der definitiven Vernarbung so recht in die Augen sprang. Der Effect der zweiten Operation zeigte sich sofort. Der Harn konnte länger gehalten werden und wurde dann im Strahle entleert, selbstverständlich nicht, ohne dass an der Trichteröffnung und an dem Uebergange der neugebildeten Peniströhre in die Eichelröhre etwas nebenher abfloss.

Nachdem auch dieses Mal Alles geheilt war, konnte nach dem Thiersch'schen Programm zur Bildung der Vorhaut geschritten werden. Dies geschah am 2. Januar 1878. Ein im flachen Bogen geführter Querschnitt durchtrennte knopflochähnlich die Vorhaut, die Eichel wurde durch die Oeffnung hindurchgeschoben und das neue Präputium einerseits mit dem vorderen Stück des Scrotallappens, andererseits mit dem oberen Abschnitt der Corona glandis vereinigt. Ein starkes Oedem der Vorhaut liess diese dritte Operation nicht ganz gelingen. Es blieb sowohl vor als hinter dem Präputialwulste ein Fistelehen zurück (s. Taf. XII u. XIII Fig. 3 u. 4).

Acht Tage später, am 10. Januar 1878, suchte ich durch Anfrischen der beiden Fistelehen und Naht den Verschluss zu erreichen. Zugleich wollte ich unter Benutzung des linken Randes des Scrotallappens die Trichteröffnung durch seitliche Anfrischung schliessen. Die Vereinigung kam nur zwischen Vorhaut und Corona glandis zu Stande. An den beiden anderen Punkten trennten sich die Nähte. Die Spannung war eben hier zu gross. Der durch die Vernarbung etwas eingerollte und verkürzte Scrotallappen vertrug den Zug nach zwei entgegengesetzten Richtungen nicht mehr. Es musste offenbar neue Substanz zur Deckung geschafft werden.

Am 31. Jan. 1878 wurde zum Verschluss der seitlichen Trichteröffnung und der vorderen Fistel ein  $4\frac{1}{2}$  Cm. langer, 2 Cm. breiter Lappen aus der linken Hälfte des Scrotums genommen. Sein Stiel lag neben und etwas oberhalb der narbigen Umrandung des Trichters. Nach sorgfältiger, breiter Anfrischung aller Fistelränder und theilweiser Wundmachung des rechten Scrotallappens wurde der neue Lappen über die schräg verlaufende Trichterfistel gelegt und mit dem Rande des Präputiums breit vereinigt (s. Taf. XII u. XIII Fig. 4 u. 5).

Die Heilung kam überall, mit Ausnahme einer kleinen linksseitigen Stelle in 5 Tagen zu Stande und das nachträgliche zweitägige Einlegen eines elastischen Katheters brachte auch diese Stelle noch zum Verschluss.

Nach vollständiger Heilung der letzten Operationswunden war der Zustand des Knaben der folgende:

Katheter Nr. 16 (Charr.) gleitet durch die neugebildete Harnröhre bequem in die Blase, eine stärkere Nummer findet Widerstände; die Harnröhre hat also die normale Weite. Der Knabe kann im Liegen den Urin während der ganzen Nacht halten. Er urinirt Abends 9 Uhr und spürt dann erst um 7 Uhr Morgens ein Bedürfniss. Er lässt dann durchschnittlich  $\frac{1}{2}$  Liter Harn. In der Zwischenzeit fliesst Nichts ab, die Unterlagen bleiben trocken. Im Gehen und Stehen kann er den Harn 2 Stunden halten, ohne sich zu benetzen; freilich darf dann die Blase nicht durch heftige Bewegungen des Körpers, Husten, Niessen, Springen, erschüttert werden. Der Harn wird im Strahle von der Dicke eines dünnen Gänsefederkiesels gelassen und im regelrechten Bogen ungefähr 1 Meter weit geworfen. Dabei sieht man an der Corona glandis in langsam anschwellenden Tropfen geringe Mengen Urins noch nebenher abfliessen. Sie stammen aus einem stecknadelspitzgrossen Fistelchen, wahrscheinlich einem Fadenlöchelchen, welches erst nach Retraction des zuletzt eingefügten Lappens sich gedehnt hat. Es wird, sobald der ungeduldige Patient sich wieder einstellt, durch Kauterisation geheilt werden.

Wie in allen seither veröffentlichten Fällen von Heilung der Epispadie ist es auch mir nicht gelungen, einen dem normalen Sphincter vesicae gleichwerthigen Verschluss der Blase zu erreichen. Ich sah mich daher nach einem künstlichen Schlussmittel um, welches auch bei heftigen Körperbewegungen und anstrengender Arbeit den Harn zurückzuhalten vermochte. Ich fand es in der Bunsenschen Klemmschraube zum Abklemmen von Kautschukröhren. Etwas leichter, in Messing ausgeführt, die gebogenen Klemmbalken mit Hirschleder überzogen, ist sie Taf. XIII Fig. 6 *a* u. *b* abgebildet. Vor einer Pelotte, wie Thiersch sie empfiehlt, hat sie den Vortheil eines sichereren Verschlusses voraus, vor einer federnden Zwingen, dass mit den beiden Schrauben jeder Grad von Druck ausgeübt werden kann, ganz wie ihn der Kranke für nöthig und erträglich findet. Der Knabe benutzt die Klemmschraube nunmehr schon über 4 Monate, ohne über lästigen Druck zu klagen. Der Harn wird sicher zurückgehalten und nur alle 3—4 Stunden im Tage entleert. Ob bei der weiteren geschlechtlichen Entwicklung des Knaben die Klemmschraube nicht zu sehr reizt, bleibt abzuwarten. In diesem Falle müsste sie allerdings der Pelotte Platz machen.

Es erübrigt, auf den Gang der Operation noch einmal zurück-

zukommen. In zwei Punkten hauptsächlich bin ich von der Methode Thiersch's abgewichen. Einmal, indem ich den Decklappen zur Bildung der Penisröhre aus der rechten Seite des Scrotums nahm, zweitens, als ich den Trichter nicht durch einen doppelten Bauchlappen, sondern einen einfachen linksseitigen Scrotallappen verschloss. Es bestimmten mich hierzu lediglich locale Gründe, wie ich sie oben bereits erwähnt habe. Wer bei plastischen Operationen nach der Schablone arbeitet und nicht individualisirt, wird manchmal in Verlegenheit kommen. Indessen scheinen mir die beiden gestielten Scrotallappen doch auch einen allgemeinen Werth zu besitzen. Wenn das Ziel, den gespaltenen oder schlecht entwickelten Sphincter vesicae wiederherzustellen, vor der Hand für uns unerreichbar ist, so müssen wir doch danach streben, die Blasenöffnung thunlichst enge zu machen. Der doppelte Bauchlappen von Thiersch lässt ebenso wie der einfache Nélaton's das Lumen des Trichters unverändert, er legt sich nur als Deckel darauf. Die beiden seitlichen Scrotallappen, deren Stiele jederseits neben der Trichteröffnung liegen, verengern das Lumen und sind hierzu umsomehr geschickt, als sie die muskulöse Tunica dartos in sich tragen. In manchen Fällen wird man auch wohl mit einem einzigen, etwas breiteren Scrotallappen ausreichen, der in seinem unteren Abschnitte den umgeschlagenen Penislappen deckt, oben den Trichter schliesst. Das Operationsverfahren wäre hierdurch um einen Act abgekürzt.

Heidelberg, 9. Juli 1878.

---

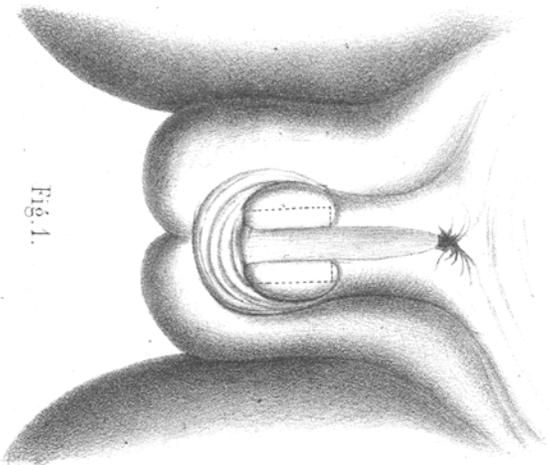


Fig. 1.

I. Operation: Bildung d. Eichelröhre  
8. 11. 77.

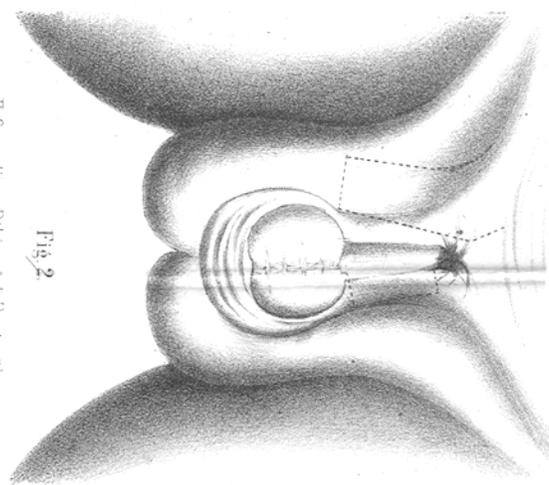


Fig. 2.

II. Operation: Bildung f. Penisröhre.  
3. 12. 77.

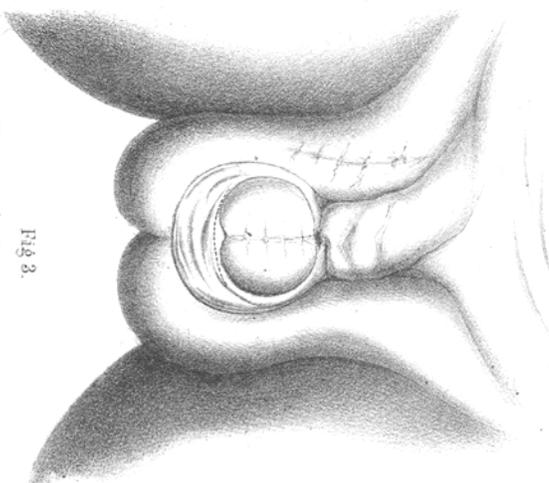


Fig. 3.

III. Operation: Bildung d. Vorhaut  
2. 1. 78.

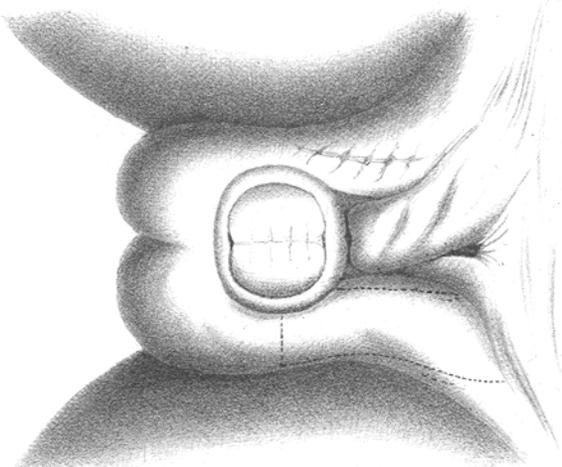


Fig. 4.

IV. Operation: Schließung d. Trichters  
31. 1. 78.

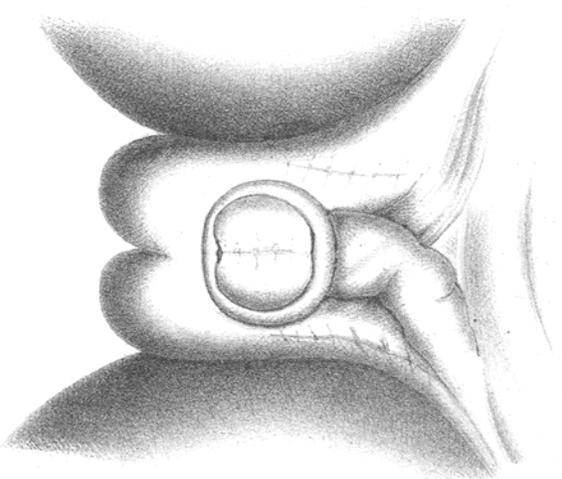


Fig. 5.

Endresultat.