

DER ÄUSSERE HARNRÖHRENSCHNITT AN DER CHIRURGISCHEN  
KLINIK DES PROF. BRANDT IN KOLOZSVÁR.\*)

Von *Dr. Gabriel Papp*. Operateur.

Nach kurzer historischer Einleitung, werden die Indicationen aufgezählt, die in der einschlägigen Litteratur vorkommen. Eine gänzliche Undurchgängigkeit der Harnröhre ist leicht erklärlich bei traumatischen Ursprung; eine solche bei Verengerungen blenorrhoischen Ursprung, wird nur im Falle einer Verletzung des Epithels zugegeben. An der Klausenburger Klinik wird bei absoluter Stricture nur der äussere Harnröhrenschnitt gemacht; bei temporären Verschluss in Folge einer Entzündung ist die Punction oberhalb der Symphyse angezeigt. Bei einer durchgängigen Stricture entscheiden die Complicationen, das Verhalten der Blase, der Nierenentzündung der Fisteln, der Abscesse und der falschen Gänge; sind keine Complicationen so wird eine Dehnung, im geeigneten Falle der innere Harnröhrenschnitt gemacht, ist derselbe ohne Erfolg so folgt der äussere Schnitt.

Bei der Schilderung der Operation wird 1) die übliche Vorbereitung, 2) die Eröffnung der Harnröhre, 3) das Aufsuchen der Stricture, beziehungsweise des centralen Theils der Harnröhre, 4) die Einführung des Katheters beschrieben.

In der Klinik wird gewöhnlich ein Itinerarium mit einfacher Katheter Krümmung, bei dem äusseren Schnitt angewandt, doch war in einigen Fällen der Verlauf der Harnröhre durch Einführung einer Wachsbougie gekennzeichnet. Ist das Itinerarium durch die Stricture gelangt, so wird das Messer hinter der Stricture eingestochen; war das Itinerarium nur bis zur Stricture vorgeschoben, so wird das Messer vor der Stricture eingestochen wenn dies ohne

\*) Vorgetragen am 12. Mai 1893.

Verletzung des Bulbus möglich ist. War das Itinerarium nicht oberhalb des Bulbus angelangt, oder war gar keines zu gebrauchen, so wird die Harnröhre gewöhnlich oberhalb der Stricture eingeschnitten.

In mehreren Fällen, in denen die Stricture oder die Fortsetzung der Harnröhre nicht zu finden war, durchschnitt Prof. Brandt die Narben, die mit den Finger gewöhnlich gut zu fühlen sind, worauf der Weg zur gesunden Harnröhre geöffnet wurde.

Gewöhnlich wird nach dem äusseren Schnitt, ein Katheter (englischer No 12—16) von der äusseren Harnröhrenmündung bis zur Wunde in die Harnröhre geführt, dann mit den Fingern in der Wunde weiterschoben. Der Vortragende schildert die Schwierigkeiten der Einführung des Katheters.

Weiters schildert der Vortragende die Behandlung der Wunde, die Naht, sowie die unvollkommene Heilung und die Rückfälle; giebt dann eine Statistik von 1719 Fällen mit 162 Todesfällen (9.4%), aus der dem Vortragenden zugänglichen Litteratur.

Es folgen nun 27 Krankengeschichten der in den Jahren 1887—1892 in der Klinik ausgeführten äusseren Harnröhrenschnitte.

Die Indication zur Operation gaben in 10 Fällen, Stricturen in der Pars membranacea, die für Instrumente unwegsam waren; im Falle No I war eine Infiltration, im Falle No XIII waren Fisteln und Incontinentia Alvi, in einigen Fällen war Cystitis als Complication vorhanden. Im Falle No XI wurde die Unwegsamkeit durch ein Diverticulum verursacht.

Eine für Instrumente wegsame Stricture der Pars membranacea bestand in 15 Fällen. Eine oder mehrere Fisteln waren neben anderen Complicationen in 9 Fällen vorhanden; im Falle No V bestand Cystitis und Entzündung der Prostata, in drei Fällen nur Cystitis; im Falle No XII musste das abgebrochene Ende eines Katheters entfernt werden. Der Fall No XXI bot keine Complication. Im Falle No XXV war die Stricture sammt einer Fistel in der Mitte der Pars pendula. In Falle No II gab ein Concrement in dem Bulbus und die daselbst befindliche Fistel die Indication zur Operation. Die Stricturen waren meistens gonorrhöischen Ursprungs, nur im Falle No XX kann an einen traumatischen Ursprung gedacht werden. In dem Falle No XXVII war ein Rückfall, nach einer vor 12 Jahren ausgeführten Urethrotomia externa, vorhanden.

Ein Itinerarium wurde gewöhnlich gebraucht, nur in dem Falle No VII unterblieb es, weil dasselbe nicht einmal bis zur Strictur gelangte. Im Falle No XIV wurde zum Durchschneiden einer Nebenstrictur das Urethrotom von Ivánchich verwendet. Das proximale Ende der Harnröhre war in einigen Fällen durch das Harnfliessen, in dem Falle No IX durch Auspressen des Urins mittelst Druck auf die Bauchwand erkannt. War die Fortsetzung der Harnröhre selbst nach langen Suchen nicht zu finden, so gelang dies in einigen Fällen leicht, nach Durchschneiden des mit dem Finger gut fühlbaren Narbenringes.

Der Callus wurde meist entfernt u. zw. gewöhnlich noch vor Einführung des Katheters, nur im Falle No XXVI zum grössten Theil nachher.

Der englische elastische Katheter war meistens von Seite der äusseren Harnröhrenmündung eingeführt, das Vorrücken hinterhalb der Wundfläche unterstützte der Finger in der Wundfläche mit Druck. In den Fällen No VII, IX und XII war der Katheter von der Wunde aus in die Blase geschoben, dann gekrümmt an eine durch die äussere Harnröhrenmündung eingeführte Knopfsonde gebunden, und durch zurückziehen derselben, in den vorderen Theil der Harnröhre geleitet. Zur Befestigung des Katheters wurde der angebundene Faden, an der Glans durch Häftpflasterstreifen befestigt. Die äussere Öffnung des Katheters wurde mit einem Stück Wachs bougie verschlossen, das von Zeit zu Zeit zum Herauslassen des Urins entfernt wurde.

Die Wunde wurde in 7 Fällen, mit tiefen Nähten über einen Katheter vereinigt, wobei der untere Wundwinkel für die Einführung von Jodoformgaze oder Drainröhre offen gelassen wurde; eine Vereinigung kam beiläufig nur im Falle No VII zu Stande.

Während der Operation kam es im Falle No XIV zu einer langwierigen parenchymatösen Blutung, doch stillte, die Einführung des Katheters dieselbe.

Von den Complicationen der Nachbehandlung waren die Urethritis und Cystitis gewöhnlich auch vor der Operation schon vorhanden, doch wurden dieselben öfters verschlimmert durch den Verweil-Katheter. In je einem Falle waren beobachtet: Entzündung der Hoden, Eczem des Hodensackes, daselbst und an der Glans eine Infiltration, eine Eiterung in dem perirectalem Bindegewebe. Das Preputium war

zweimal angeschwollen, wegen Druck durch den zur Befestigung des Katheters dienenden Heftpflaster-Streifens; die Beseitigung der Ursache führte rasch zum Abschwellen.

Eine Nachblutung bestand in den Fällen No. I und XVII, und erforderte das Aufsuchen und die Unterbindung von kleinerem Gefässen. Ein Entfernen des Katheters wegen Schmerzen in der Harnröhre und in der Blase war in einigen Fällen nothwendig. Das ziemlich oft beobachtete Fieber war meistens durch entzündliche Vorgänge, einigemal durch den Katheter verschuldet. Im Falle No. III war Uraemie beobachtet mit Erbrechen und unregelmässigen Fieber, doch verschwanden diese Erscheinungen bald. Im Falle No. XVII quälten sehr schmerzhalte Erectionen den Kranken; Lupulin hatte zweifelhaften Erfolg. Der Katheter fiel wegen Unachtsamkeit oder schlechter Befestigung öfter heraus, auch war der Katheter in den Fällen No. XIV und XXI in der Gegend der Wunde geknickt.

Die Wundränder wurden in mehreren Fällen genäht und zwar theilweise secundär, theilweise angefrischt, im Falle No. XV sogar zweimal; in zwei Fällen (No. XIV, XV) war auch eine Vereinigung beobachtet.

Auch beim Wechseln des Katheters wurde derselbe so eingeführt, das der Katheter zuerst von der Wunde aus in die Blase und dann nach vorne gezogen wurde (Fall No. XI); manchmal wurde der Katheter im Vorwärtsgleiten mit dem Finger in der Wundfläche unterstützt (Fall No. IX). Im Falle No. XVI war die Blase, durch ein Drainrohr, das von der Wunde aus in die Blase geführt wurde ausgespült; auch wurde ein Theil der Spülflüssigkeit öfters in der Blase zurückgelassen, dass der Katheter die Blasenwandung nicht berühre (Fall No. V.)

Die Dauer der Behandlung war je nach den Complicationen, eine verschiedene, so im Falle No. II nur 17 Tage, obgleich auch ein Steinschnitt gemacht wurde, dagegen im Falle No. VIII mehr als 4 Monate; die Behandlung dauerte im Durchschnitte 1—2 Monate.

Was das Endresultat anbelangt: so wurden gänzlich geheilt 13 Fälle; geheilt, doch mit Zurücklassen einer Fistel 8 Fälle; während der Behandlung entfernten sich 3, und starben 3 Kranke. Die Section erwies im Falle No. XIII Cystitis chronica cum hypertrophia

vesicae; Pyelonephritis, Marasmus senilis; im Falle No. XXVI Periproctitis purulenta, Thrombosis venae cruralis dext., Cystitis. Im Falle No. XV war während des Leben eine Lungenentzündung beobachtet, die Section wurde verweigert. Die Veränderungen im Falle No. XIII sind älteren Datums und die Operation, der in einigen Tagen der Tod folgte, kann nicht als Todes-Ursache angeschuldnet werden. In dem Falle No. XV, bestand schon vor der Operation eine Cystitis, der Tod erfolgte einige Tage nach einer aufgetretenen Lungenentzündung, die vielleicht keine septische sondern eher eine genuine war. Im Falle No. XXVI fand sich ein periproctitischer Abscess, der in denselben führende Irrgang soll laut Section schon längere Zeit bestanden haben, doch müssen wir die Abscessbildung als Folge der Operation auffassen. Es fallen also auf 27 äussere Harnröhrenschnitte 3, beziehungsweise 1 Todesfall.

---