Ueber die Nachbehandlung der Urethrotomia externa.

Von

H. Knoch,

Assistent an der chirurg. Klinik.

Auf kaum einem anderen Gebiete variiren die Lehren der chirurgischen Schulen so sehr, wie auf dem der Behandlung der Harnröhrenstricturen.

Im Allgemeinen lässt sich behaupten, dass derjenigen Operation, die das Leiden am gründlichsten angreift, der Urethrotomia externa, viel zu wenig umfassende Indicationen eingeräumt sind; viel zu sehr wird namentlich von Seiten der practischen Aerzte der Ansicht gehuldigt, dass alle Fälle von Stricturen, in denen dieselben eben durchgängig seien, auf dem Wege der Dilatation behandelt werden müssten.

Wohl jedem der in einem grösseren Krankenhause sich einige Erfahrung in dieser Beziehung hat verschaffen können, stehen Fälle in Erinnerung, die ihn zur Verwunderung nöthigten über die Geduld, mit der Arzt und Patient diesem so mühsamen und zeitraubenden wie relativ undankbaren Verfahren sich unterzogen hatten, um dann schliesslich doch in der Operation der Strictur ihr Heil zu suchen.

Es findet diese geringe Liebhaberei für die Urethrotomia externa in gewisser Weise ihre Erklärung in der für einen günstigen Heilverlauf höchst fatalen Lage der Wunde inter facces et urinas; sodann aber in der, durch die fast stets complicirenden mehr oder weniger schweren Blasencatarrhe gegebenen Gefahr septischer Infection derselben.

Wenn nun auch die Antiseptik uns in den Stand gesetzt

hat, den Gefahren letzterer Art wirksamer als dies früher möglich, zu begegnen, so ist gleichwohl das Verfahren der antiseptischen Nachbehandlung der Urethrotomia externa nach Stricture bislang nur ein sehr mangelhaftes gewesen.

Die Schwierigkeiten die zu überwinden waren, lagen in dem beständigen Abfluss des zersetzten Urines durch die Dammwunde.

Die Ableitung des Harns auf einem andern Wege war die *conditio sine qua non* für einen wirksamen antiseptischen Verband, und dies erreichte Löbker durch die Einlegung eines mit einem Heberapparat in Verbindung gebrachten Catheters à demeure, und hat derselbe damit unsrer Meinung nach eine sehr wesentliche Vervollkommung in der Nachbehandlung der Urethrotomia externa an die Hand gegeben.

Gleichwohl erfreut sich dies neue Verfahren noch keineswegs allgemeiner Anerkennung, insbesondere ist es König, der sich gegen die Einlegung eines Verweilcatheters ausspricht; in demselben vielmehr einen Rückschritt erblickt und der früheren Methode das Wort redet.

In der hiesigen chirurg. Klinik wird zur Nachbehandlung der Urethrotomia externa stets der Verweilcatheter in Blase und Harnröhre eingelegt, und bestimmt uns dazu erstens der Umstand, dass auf diese Weise für den späterhin nothwendig werdenden methodischen Catheterismus ein leicht gangbarer Weg offen erhalten werde, und zweitens die Rücksicht auf den dadurch besser als auf irgend eine andere Weise zu ermöglichenden antiseptischen Wundverlauf.

Wenn man nur einmal es selber erlebt hat, nach Ueberwindung welch' grosser Schwierigkeiten oftmals erst die Einführung eines Instrumentes in die Blase gelingt, so wird man begreifen, dass man den nach so viel Mühe aufgefundenen natürlichen Weg um jeden Preis fest zu halten bestrebt ist, und es geschieht dies am ehesten durch den Verweilcatheter.

Gewiss erfolgt auch ohne solchen die Heilung der Stricture, doch ist es bekannt, dass gerade in solchen Fällen später die Einführung von Instrumenten nicht selten zu den Unmöglichkeiten gehört, und somit die Verhinderung eines Recidivs durch nachträgliche Sondenbehandlung wenn nicht überhaupt unmöglich gemacht, so doch mindestens bedeutend erschwert ist.

Sodann ist es vor Allem die Rücksicht auf den dadurch zu

erreichenden aseptischen Wundverlauf, welcher uns zur Anwendung des Verweilcatheters auffordert.

In der hiesigen Klinik wird nach der Operation zunächst ein englischer Catheter eingelegt, der um das Nebenabfliessen von Urin zu verhindern, möglichst stark sein soll, und das Lumen der Harnröhre gut ausfüllen muss.

In der France méd. spricht sich Hourteloup gegen den Verweilcatheter aus, weil derselbe das Vorbeifliessen von Urin doch nicht hindere, und somit der aseptische Wundverlauf illusorisch werde.

Dieser Einwand ist unbegründet, wenn mit dem Verweilcatheter ein Heberapparat in Verbindung gebracht wird, wie ihn Dittel für die Punct. vesic. empfohlen hat. Wird mit der nöthigen Aufmerksamkeit dafür gesorgt, dass dieser Apparat gut functionirt, so wird jeder durch die Uretheren in die Blase geführte Tropfen Urin durch den Catheter angesogen, und mit grosser Sicherheit eine Berührung der Wundflächen durch den Urin vermieden.

Gleichzeitig ermöglicht der Heberapparat wie Löbker dies besonders hervorhebt, eine gründlichere Behandlung des complicirenden Blasencatarrhes, und wird somit ein weiterer Vorwand sehr abgeschwächt, der dem Verweilcatheter besonders von König gemacht wird, dass nämlich durch seine Anwendung eine stärkere Reizung der Blase erfolge.

In sämmtlichen sechs hier zur Operation gekommenen Fällen bestand bereits mehr oder minder starker Blasenkatarrh; in keinem derselben wurde nach Anwendung eines elastischen Catheters eine derartige Verschlimmerung der Cystitis beobachtet, dass dadurch die fernere Anwendung des Verweilcatheters contraindicirt worden wäre.

Bei starkem Blasencatarrh mit stinkendem eitrigem Urin legt übrigens König ebenfalls für die erste Zeit ein Rohr von der Dammwunde aus in die Blase ein.

Abgesehen von der scrupulösesten Reinhaltung der Instrumente, gebrauchten wir stets die Vorsicht, den englischen Catheter am 3. oder 4. Tage mit einem neuen zu vertauschen, und auch diesen sehr bald durch einen weichen Nélaton'schen zu ersetzen.

Hier dürften nun einige Worte über die Befestigung des Catheters in der Blase und Harnröhre am Platze sein, denn

auch wenn dies nicht immer mit dürrn Worten ausgesprochen ist, unterliegt es wohl keinem Zweifel, dass die Schwierigkeit der Befestigung des Verweilcatheters, speciell des weichen Nélaton'schen, einen weitem Grund abgiebt, von der Anwendung desselben abzusehen. In seiner Abhandlung über die „Zerreissungen der männlichen Harnröhre und deren Behandlung“ sagt Oberst, der nach der Urethrotomia externa für 2—3 Tage von der Dammwunde aus einen Catheter in die Blase einzulegen empfiehlt: „Die sofortige Einführung des Catheters von der äussern Harnröhrenmündung aus, hat den besonderen Nachtheil, dass sich hierbei das Instrument nicht sicher und unbeweglich fixiren lässt.“

Es sind so viele Methoden zur Befestigung des Catheters angegeben, soviel ist über die Erfindung neuerer, besserer geklügelt, dass es schier Wunder nimmt, dass dabei bislang nicht mehr herausgekommen ist. Die gebräuchlichste Art den Catheter zu befestigen ist die mittelst Heftpflasterstreifen; dieselbe ist ziemlich weitläufig, nicht besonders reinlich, und oft dem Patienten sehr unbequem, sobald nicht die Heftpflasterstreifen mit der nöthigen Sorgfalt, unter Vermeidung von Einschnürung angelegt wurden.

Holt construirte einen eigenen Catheter mit Fortsätzen die sich gegen den empfindlichen Blasenhal anstemmen sollten, und gab mit diesem Instrument sicherlich zu den begründetsten Einwänden gegen die Anwendung des Verweilcatheters Anlass. Löbker befestigt seinen Catheter mittelst einer maukorbartigen Gummibandage am vordern Theile des Penis.

Einfacher noch als letztere Methode, reinlicher und bequemer als die Heftpflasterbefestigung, dürfte die von uns geübte Art und Weise der Befestigung des Catheters sein:

Nach Beendigung der Operation, Ausspülung der Blase, und nochmaliger Desinfection der Wunde, wird das ganze Becken in den antiseptischen Verband aufgenommen, der nach Art desjenigen nach Operation der Hydrocele angelegt wird. Aus diesem Verbande sieht mit dem in ihm steckenden Verweilcatheter der Penis nur mit dem Orificium externum hervor. Die Befestigung des Instrumentes geschieht nun in der Weise, dass dicht über dem Orificium externum drei starke Fäden geknüpft werden, deren eines Ende am Damm, deren andre beiden Enden einige Ctm. seitwärts vom Penis mittelst Steck- oder

Sicherheitsnadeln am Verbands festgeknotet werden. Diese Fixation in der Weise eines Mastbaumes ist eine so sichere, auch bei Anwendung des Nélaton'schen Catheters, dass es, soviel mir erinnerlich, nicht ein einzigesmal sich ereignete, dass der eingelegte Catheter aus der Harnblase und Harnröhre herausgeschlüpft wäre.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zu unserem Thema zurück.

Nachdem nach Ablauf von ca. 3–4 Tagen der erst eingelegte englische Catheter durch einen neuen ersetzt, und auch an Stelle dieses möglichst bald ein weicher Nélaton'scher Catheter getreten war, wurde die weitere Nachbehandlung gewöhnlich in der Weise gehandhabt, dass nach mehrtägigen Intervallen immer stärkere Nummern des Nélaton'schen Catheters eingelegt wurden, was fast immer leicht gelang, da nach diesem Zeitraum die Harnröhre um den jeweiligen Verweilcatheter sich etwas gelockert hatte. Trotzdem fand auch jetzt nicht ein Vorbeifliessen des Urins an der Wunde zwischen Harnröhre und Catheter statt, weil der Heberapparat eine Füllung der Blase verhinderte.

Bei der allmählichen Dilatation durch den Verweilcatheter wurde das Princip der Uebererweiterung der Stricture befolgt, es wurde demnach bis zu den stärksten Nummern gestiegen; in den beiden zuletzt behandelten Fällen wurden die Nélaton'schen Catheter 27 und 30 eingelegt.

Bei der Entlassung erhielt der Patient entweder ein passendes Instrument zum Selbsteinführen, oder er bekam die Weisung sich ein solches zeitweilig von einem Arzte einführen zu lassen.

Seit Jahresfrist sind sechs Fälle, in denen wegen Stricture die Urethrotomia externa vorgenommen wurde, in dieser Weise behandelt, und möchte ich nochmals betonen, dass wir mit dem durch den Verweilcatheter ermöglichten antiseptischen Verfahren sehr zufrieden waren:

In drei Fällen erfolgte die Heilung ohne die geringste Störung, in einem vierten kam es zur Entstehung eines Urethralabscesses bei sonst ebenfalls glattem Verlauf, dagegen trat in dem einzigen Falle in welchem die Einführung eines Verweilcatheters an den Schwierigkeiten den richtigen Weg aufzufinden, scheiterte, Wunddiphtherie auf.

Der Tod erfolgte in einem Falle angeborener Enge der Harnröhre; die Obduction ergab beiderseitige hochgradige Cystenniere, eitrige Entzündung der Reste von Nierensubstanz, sowie des Nierenbeckens, und abnorme Enge der Uretheren.

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Sitzungsberichte der Physikalisch-Medizinischen Sozietät zu Erlangen](#)

Jahr/Year: 1881-1884

Band/Volume: [16](#)

Autor(en)/Author(s): Knoch H.

Artikel/Article: [Ueber die Nachbehandlung der Urethrotomia externa. 183-188](#)