

Ueber
die Localbehandlung
des
chronischen Blasenkatarrhs,

ein Beitrag zur Chirurgie der Harnorgane

von

Dr. Max Schüller,

Privatdocent der Chirurgie und erster Assistent
der chirurg. Klinik zu Greifswald.

Mit sieben in den Text eingedruckten Holzschnitten.

Berlin.

Druck und Verlag von G. Reimer.

1877.

V o r r e d e.

Die vorliegenden Blätter, deren Inhalt schon in einzelnen Nummern der „Deutschen medicinischen Wochenschrift“ erschienen ist, sind wesentlich für den Praktiker bestimmt. Sie sollen ihn mit der Methodik einer Behandlung befreunden, für deren Ausführung sich ihm häufig genug Gelegenheit bietet. Ihrer Bestimmung gemäss, wie dem Gegenstande entsprechend enthalten sie daher manches Bekannte. Von den der Form oder dem Inhalte nach neuen Angaben aber, welche gelegentlich der Besprechung der untrennbar zur Localbehandlung des Blasenkatarrhs gehörigen chirurgischen Eingriffe in den folgenden Blättern niedergelegt worden sind, hoffe ich, dass sie die Kenntniss der Erscheinungen wie die diagnostische und therapeutische Technik bei den Leiden der Harnorgane fördern werden. Ebenso denke ich, dass auch durch die Methode, welche ich hier eingeschlagen habe, durch Zeichnungen die Verhältnisse anschaulich zu machen, ein Verfahren, welches

IV.

meines Wissens bei der Darstellung dieses Gegenstandes noch nicht versucht worden ist, das Verständniss desselben erheblich erleichtert werden wird. Und in diesem Sinne wünsche ich, dass man in dieser kleinen Abhandlung einen Beitrag zur Chirurgie der Harnorgane überhaupt sehen könnte.

Der Verfasser.

Der chronische Blasenkatarrh entwickelt sich entweder aus einem acuten oder er entsteht von vornherein unter den ihn charakterisirenden Erscheinungen als chronischer, in Folge mangelhafter Entleerung der Blase oder unter der Einwirkung eines Fremdkörpers. Der ursächlichen Momente werden sehr viele aufgezählt. In der Mehrzahl führen jedoch diejenigen Prozesse zum chronischen Blasenkatarrh, welche mit einer mehr weniger unvollständigen Entleerung der Harnblase verbunden sind. Das sind demnach die Verengerungen der Harnröhrenlichtung, welche durch Stricturen und Prostatahypertrophie geschaffen werden und dann die Paralyse der Blasenmusculatur, welche theils auf genuiner Atrophie, theils auf Störungen der Innervation beruhen kann. Jener begegnet man bei alten Leuten, letztere ist bekanntlich ein regelmässiges Symptom gewisser Erkrankungen der Centralorgane, besonders traumatischer Zerstörungen des Rückenmarks.

Je nach den verschiedenen aetiologischen Momenten sind nun begreiflich die Erscheinungen im Einzelfalle immer etwas verschieden; gemeinsam ist jedoch allen die Entleerung eines veränderten, durch Harnsalze, Epithelial- und Eiterzellen getrübten, meist alkalischen Harnes. Der Harn verliert theils in Folge der Einwirkung zersetzender Fermente, theils in Folge der verlangsamten Entleerung und der Stagnation in der Blase sehr bald seine saure Beschaffenheit, wird alkalisch und wirkt nun um so nachtheiliger auf die Blasenschleimhaut ein. Dieselbe stösst reichliche Epithelien ab, scheidet schliesslich Eiterkörperchen aus, tritt in den Zustand des chronischen Katarrhs. Dabei setzt sich schon in der Blase ein dickes und unter der Einwirkung des alkalischen Urines zähschleimiges, gallertiges Sediment ab, welches dem Blasengrunde anhaftet und nur schwer zu entfernen ist. Das aus abgestossenen Epithelien und Eiterkörperchen bestehende, sich leicht zersetzende katarrhalische Secret stei-

gert nun wiederum die Alkaleszenz des Urines und so findet eine dauernde Wechselwirkung zwischen dem stagnirenden Urin und dem Blasenschleimhautepithel statt. Ein ähnliches Causalverhältniss kann sich auch in denjenigen Fällen entwickeln, bei welchen der Katarrh aus einem acuten entstand, wiewohl gerade hierbei, speciell bei den sogenannten fortgeleiteten Urethrikkatarrhen der Urin oft noch lange sauer bleiben kann. Meist jedoch tritt auch bei aus acuten Katarrhen entstandenen chronischen eine alkalische Zersetzung des Urins ein.

Es ist eine den heutigen Anschauungen sehr adäquate Ansicht, dass die alkalische Zersetzung des Urines stets die Folge der Einwirkung eines von aussen eingedrungenen Fermentkörpers (der Bakterien) sei. Diese Auffassung, welche aus exacten Beobachtungen über den Zersetzungsvorgang des Urines ausserhalb der Blase abgeleitet und zuerst von Traube gegeben worden ist, trifft unzweifelhaft für viele Fälle richtig zu. Keineswegs aber wird dadurch die Alkaleszenz des Urines in den Fällen erklärt, bei welchen niemals ein solcher fermentirender Körper von aussen eingedrungen sein kann, weil niemals vorher ein Katheter bei ihnen applicirt wurde. In solchen Fällen muss man entweder annehmen, dass die Fermentkörper vom Blute aus mit dem Urin in die Blase gelangt sind, oder dass die Alkaleszenz von andern Bedingungen abhängig ist, welche wir noch nicht kennen. Man kann sich immerhin vorstellen, dass diese Verhältnisse besonders günstig sind bei den Zuständen, welche mit einer mangelhaften Entleerung des Urines verknüpft sind. Während Fermentkörper (z. B. Bakterien) unter normalen Verhältnissen theils in zu geringer Menge vorhanden sind, theils zu rasch aus der Blase entleert werden, so kann es sehr wohl plausibel erscheinen, dass sie nun sich anstauen, auf den Harn länger und intensiver einwirken und so die alkalische Zersetzung des Urines veranlassen können. Es würden die aus dem Blut auch unter normalen Verhältnissen mit dem Harn ausgeschiedenen Fermentkörper nun deshalb in der eben geschilderten Weise einwirken können, weil hierfür durch die mangelhafte Harnentleerung günstige mechanische Bedingungen geschaffen werden, von welchen ja, wie ich selber in einer Experimentaluntersuchung ¹⁾ für die Bakterien bestätigt habe, überhaupt die Entfaltung fermentirender Einwirkungen wesentlich abhängig ist. — Da diese

¹⁾ Schüller, Experimentelle Beiträge zum Studium der septischen Infection, Habilitationsschrift 1875.