

Die Nieren, ebenfalls stark hyperplastisch, hatten ein normales Gewebe, aus den Pyramiden liess sich wenig trüber Eryt anreichern. Die Harnblase war fast leer. Die grossen Abdominalgefässe, besonders die Vena cava und Portarum, waren stark und gefüllt mit dunkeln schmierigen Blut, die Vena des Mesenterium, theilweis bis zur Dicke eines kleinen Fingers angeschwollen, ebenfalls mit schmierigen Blute gefüllt. Die nähere Beschreibung des Präparates selbst wird Hr. Prof. Köster, welchem ich dasselbe für die pathologisch-anatomische Sammlung zugesandt habe, folgen zu lassen die Güte haben.

## Eine Paracentesis vesicae urinariae.

Von

A. SENFFT, prakt. Arzt.

Am 7. Oktober 1861 früh 7 Uhr wurde ich zu Ph. V., 73 Jahre alt, gerufen wegen Urinverhaltung; Pat. hatte seit 17 Stunden trotz wiederholter Versuche in den verschiedensten Körperstellungen nicht mehr urinirt. Die Anamnese ergab weiter, dass P. seit mehreren Jahren schon genöthigt war, alle  $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden den Harn zu lassen, da ihm längeres Halten des Urins Schmerzen in der Blase verursache. Am 6. Oktober hatte P. gegen Gewohnheit einen Schoppen Wein getrunken (jedoch ist P. als starker Brantweinrinker bekannt), welchem er die Urinverhaltung zuschrieb; er hatte sich einen alten elastischen Katheter mit messingeneem Leitungsdraht verschafft, mit dem er mehrfache Kathetrisirversuche angestellt, jedoch nicht bis in die Blase gelangen konnte wegen eines plötzlich auftretenden Schmerzes und Ausflusses von hellrothem Blut aus der Kathetermündung und Urethra selbst. Ich fand Pat. auf dem Rücken liegend, über unausstehliche, reissende Schmerzen in der Unterbauchgegend klagend; der Puls, 116 in der Minute, war voll und gespannt; die Haut stark transspirirend. Die Unterbauchgegend war nach dem Nabel hinauf etwas vorgewölbt; die Percussion ergab völlig leeren Schall von der Symphyse bis zum Nabel und die von oben angedrückte flache Hand liess eine elastische Geschwulst fühlen; die angefüllte Harnblase. Zuerst wurde ein lauwarmes Sitzbad und warme Chamillenaufschläge verordnet, nach deren Nutzlosigkeit ein dicker silberner Katheter eingeführt wurde, welcher fast allein durch seine Schwere bis unter den Schambogen in die Urethra glitt, dann aber plötzlich nach links abwich mit

einer Drehung von etwa  $45^\circ$ , wobei sich hellrothes Blut aus dem Katheter entleerte. Nach mehrmaligen Versuchen gelangte ich endlich an die Prostata, worüber mir der in den Anus eingeführte Finger Gewissheit gab; hier bot sich ein weiteres Hinderniss, welches ich jedoch durch ein etwas gewaltsameres Vorschieben des Katheters überwand. Der Urin, anfangs mit Bluteoagulis von der Dicke des Katheterlumens gemischt, dann ganz klar, floss in gewaltigem Strahle aus, nahe zu  $3\frac{1}{2}$  Schoppen. Die Vorwölbung des Abdomen war verschwunden. P. fühlte sich von jedem Schmerze frei und verfiel bald in einen tiefen Schlaf. — Aus dem ganzen Symptomencomplex und der Anamnese schloss ich:

- 1) dass das erste Hinderniss, wobei der Katheter nach links abwich und Blut ausfloss (unter heftigen Schmerzen, in einem durch die ungeschickten Kathetrisirversuche gemachten falschen Wege bestand. Der alte elastische Katheter war auch wirklich durch den etwas biegsamen Leitungsdraht unten perforirt;
- 2) dass das eigentliche, die Urinretention bedingende Hinderniss eine Hypertrophie der Prostata sei, wofür die behinderte Einführung des Katheters, sowie die dem in den Anus eingeführten Finger zugängliche Anschwellung, sowie die Angabe, dass P. schon seit mehreren Jahren an Harnbeschwerden leide, deutlich sprachen. Die Entleerung von Bluteoagulis mit dem Urin konnte nur von der Urethralverletzung herrühren, da später vollständig klarer Harn ausfloss und bei einer entsprechenden Blasenaffektion der Harn dunkelgefärbt hätte sein müssen und Bluteoagula auch jedenfalls eher zuletzt wären entleert worden.

Schon um 2 Uhr Nachmittags wurde ich abermals gerufen, weil die Anfüllung der Blase Pat. heftige, reissende Schmerzen verursachte; beim Ablassen des Harns traten ganz dieselben Erscheinungen auf wie früher. Abends um 10 Uhr und am 8. Oktober um 5 Uhr Morgens geschah dasselbe, wobei jedoch das Einführen des Instrumentes von der Schambogengegend an beschwerlicher und schmerzhafter und von starkem Blutabgang begleitet war. Die beiden folgenden Male, um 1 Uhr Nachmittags und 8 Uhr Abends, hatte die Schmerzhaftigkeit und Schwierigkeit bei der Einführung des Katheters der Art zugenommen, dass ich den Katheter bald nicht mehr einführen zu können fürchtete, wozu die nöthigen häufigen Kathetrismen wohl das ihrige beigetragen haben mögen. Ich liess kalte Aufschläge in die Perinäalgegend machen, reichte eine Emuls. amygdalar. dulc. mit Gi. arabic. und Extr. Opii aquos.; schleimige Getränke. Eine Geschwulst war nirgends fühlbar im ganzen Verlaufe der Urethra ausser der erwähnten Prostatahypertrophie. Später versuchte ich einen elastischen

Katheter einzuführen, um ihn während der Nacht liegen zu lassen, was jedoch misslang, da ich über das erste Hinderniss nicht wegkommen konnte trotz Versuchen mit Kathetern vom grössten bis feinsten Kaliber. Da hier nur eine entzündliche Schwellung der verletzten Stelle hinderlich sein konnte, so liess ich 8 Blutegel an das Perinäum setzen, jedoch ohne Erfolg, denn um 12 Uhr Nachts misslangen die Kathetrisirversuche mit elastischen und metallenen Kathetern ebenfalls. Bedeutende Blutungen traten dabei auf und hatte ich mehrmals deutlich die Empfindung, als stosse ich in Gewebe ein. Da der Urin nun seit 5 Stunden nicht mehr entleert worden war und die reissenden Schmerzen einen sehr hohen Grad erreicht hatten, so liess ich, da mir das nöthige Instrument zum Blasenstich nicht zur Hand war, Herrn Medicinalrath Dr. Reuter sogleich hierher bitten. Um 2 $\frac{1}{2}$  Uhr Nachts am 9. Oktober erschien derselbe; abermals angestellte Kathetrisirversuche misslangen ebenfalls. Die Blase war mittlerweile bis ein Querfinger breit unter dem Nabel gestiegen, die Schmerzen unerträglich, Puls 126, reichlicher Schweiss über den ganzen Körper, so dass wir den Blasenstich für indicirt fanden, welcher Vorschlag vom P. sogleich angenommen wurde. Bei der schlechten Beleuchtung und Unordnung nahmen die wenigen Vorbereitungen zur Operation weitere 1 $\frac{1}{2}$  Stunden in Anspruch.

P. wurde quer im Bett gelagert, die Füsse auf 2 vor das Bett gebrachte Stühle gestützt, um den Leib eine handbreite, vorn mit 2 Schnüren versehene Binde fest über dem Nabel angelegt, theils zur Fixirung der Blase von oben, theils zur späteren Befestigung der Canüle an den 2 Schnüren. Während von beiden Seiten durch flach angelegte Hände die Blase fixirt wurde, stach man einen *Fleurent'schen* Troikar mit gegen die Symphyse gewandter Concavität, 1 Zoll über dieser 2 $\frac{1}{2}$ " tief ein. Beim Ausziehen des Stiftes entleerten sich in weitem Strahl etwa 2 $\frac{1}{4}$  Schoppen hellen Urins, wonach die Schmerzen aufhörten. Die Canüle wurde mit einem Pfropf geschlossen, an die zwei Schnüre der Leibbinde befestigt, das allzu tiefe Einsinken durch eine unter den Schnüren durchgeschobene 1 $\frac{1}{2}$ " dicke Compressse, das Heraustreten durch eine um den Leib und über die Canüle angelegte Cirkelbinde zu verhüten gesucht. Ruhige Rückenlage; eine Mixtura oleosa-gummosa mit Extract. Opii gri gereicht. Am 9. Morgens trat Kopfschmerz, Frost, Erbrechen, von Fieberhitze gefolgt ein, Puls 120 in der Minute, voll, Hauttemperatur erhöht, Zunge weiss belegt, Durst; Stuhl seit 36 Stunden angehalten; Schmerzen um die Einstichstelle. Der Urin wurde abgelassen durch die Canüle, war anfangs klar, dann durch etwas Schleim getrübt. Die Behandlung blieb dieselbe. Alle 2 Stunden hatte P. das Bedürfniss, die Blase zu entleeren,

um nicht von ziehenden Schmerzen geplagt zu werden, wobei jedesmal etwa  $\frac{1}{4}$  Schoppen ausfloss, ein Quantum von  $3\frac{1}{2}$  Schoppen auf 24 Stunden.

Am 10. Morgens war der Puls auf 108 gesunken, 2 Mal Stuhl erfolgt, die Umgebung der Einstichstelle stark geröthet, bei Berührung schmerzhaft, der Stichkanal selbst sondert eitrigseröses Sekret ab, die Canüle leicht beweglich in der Oeffnung. Einreibungen von Ungt. hydrargyr. ciner. mit Extr. Opii in der Umgebung des Stichkanales; Mixtur. oleos. gummos.

Am 12. Oktober Morgens hatte sich die Canüle nach links verschoben, so dass ihr Blasenende nach rechts stand und war etwa  $\frac{3}{4}$  Zoll tiefer in die Blase eingesunken in Folge von Verschiebung der untergelegenen Comresse, so dass nach Entfernung des Stöpsels kein Urin ausfloss, weil die Canüle auf der hintern Blasenwand aufstand. In die frühere Stellung zurückgebracht, entleerte sie klaren, dann durch schleimigeitrige Flocken getrübbten Urin. Die Umgebung des Einstichs mehr geröthet und geschwollen; neben Ungt. ciner. noch Cataplasmen von Sem. Lini. Puls 100, Appetit gut, täglich 1 Stuhl.

Am 13. wurde zum erstenmal der Katheter einzuführen versucht, weil P. unter brennenden, bis in die Glans ausstrahlenden Schmerzen einige Tropfen Urin gelassen hatte; es gelang jedoch nicht wegen des noch bestehenden Hindernisses; der Urin wurde zweistündlich durch die Canüle von den Angehörigen abgelassen. Behandlung dieselbe. Am 14. Oktober, wo die entzündliche Schwellung noch fortbestand, will P. abermals einige Tropfen Urin gelassen haben; am 15. ebenfalls. — Am 16. klagt P. über Schmerzen im Kreuz; die Canüle war 1 Zoll tiefer in die Blase gesunken durch Herausrutschen der untergeschobenen Comresse während der Nacht; bald nach der Lageverbesserung der Canüle liessen die Schmerzen nach und waren bis zum folgenden Morgen vollständig geschwunden; die eingesunkene Canüle hatte die hintere Blasenwand gereizt. Am 17. entleerte P. stossweise unter brennenden Schmerzen  $\frac{1}{8}$  Schoppen Urin durch die Urethra; beim Kathetrisirversuch entleerte sich hellrothes Blut. Wegen beginnendem Decubitus wurden Compressen mit Aqu. vulneraria Theden. aufgelegt, und gegen die eingetretene Diarrhoe ein Decoct. Salep verordnet. Die Haut um die Stichöffnung war durch den Urin gereizt und wurde mit Cerat. Saturn. bestrichen. Am 21. entleerte P. während des Stuhls in vielfach getheiltem Strahl etwa  $\frac{1}{8}$  Schoppen Urin mit Eiterflocken. An den folgenden Tagen liess P. täglich etwa  $1\frac{1}{2}$  Schoppen Urin in strohhalm dickem Strahl, auch bisweilen Tropfenweise unter starkem Drängen; Nachts wurde die Blase durch die Canüle

entleert. Wartete P. mehrere Stunden mit dem Uriniren; so gelang es nicht, und musste der Urin durch die Canüle gelassen werden, was mich annehmen liess, dass P. an einer Hypertrophie des mittleren Prostatalappens leide, der durch den reichlicher angesammelten Harn gegen die Urethralöffnung angedrückt, diese verschliesse nach Art einer Klappe. Bis zum 28. entleerte P. stündlich, zuletzt ohne Schmerzen und Eiterflocken. Am 29. entstand eine neue entzündliche Schwellung in der Umgebung der Canüle, die mich bewog, einen elastischen Katheter einzuführen, um die Canüle entfernen zu können. Es gelang, wurde aber ein längeres Liegen lassen als 1 Stunde nicht vertragen, so dass ich davon abstehen musste die Canüle ganz zu entfernen; ich ersetzte sie vorerst durch einen elastischen Kinderkatheter den ich durch die Canüle durch in die Blase schob und diese über jenen wegziehend entfernte; die entzündliche Affektion verschwand bald und der Stichkanal verengte sich rasch durch Granulationsbildung um den Katheter herum. Nach 4 Tagen, während welcher der Urin regelmässig 1-1½ stündlich entleert wurde auf natürlichem Wege, entfernte ich auch den Katheter aus dem Stichkanal, theils weil er brüchig zu werden begann, theils weil ich die Ueberzeugung gewonnen hatte durch eine beginnende Einziehung der Bauchdecken um die Stichöffnung, dass eine Verwachsung zwischen diesen und der Blase zu Stande gekommen sei, und keine Urinfiltration zu fürchten wäre. Kein Tropfen Urin entleerte sich nach Entfernung des Kinderkatheters mehr durch die künstliche Blasenöffnung, welche sich innerhalb 6 Tagen vollständig schloss. Der Urin wird in strohhalm dickem, jedoch wenig kräftigen, Strahl entleert. P. wurde unter dringendem Anrathen, stündlich, längstens Nachts zwei stündlich zu uriniren, um nicht wieder Harnverhaltung dadurch herbeizuführen, aus der Behandlung entlassen.

Dass die erste Ursache der Harnverhaltung nicht der Schoppen Wein gewesen, sondern die hypertrophirte Prostata, insbesondere wohl deren mittlerer Lappen (vide Roser, anatom. Chirurgie, pag. 464), ist wohl mehr als wahrscheinlich.