

des Militärstrafgesetzes. Die in einem Falle von B. abgegebene günstigere Klassifizierung ist nicht geeignet, dieses Urteil zu ändern, sie lässt sich vom ärztlichen Standpunkte rechtfertigen, sie ist nicht gegen besseres Wissen und Gewissen erstattet worden. Prof. Braun hat auch in keiner Weise zu „listigen Umtrieben“ beigetragen, seine Mitschuld am Vergehen nach § 67 des Wehrgesetzes kann auch nicht aufrecht erhalten werden. Die Frage schliesslich, ob Prof. Braun wegen seines nicht ganz einwandfreien Verhaltens als Konstatierungsarzt (das Kriegsgericht bekennt sich zur Anschauung der Sachverständigen) nicht eine disziplinarische Ahndung verdient, falle ausserhalb der Kompetenzsphäre des Kriegesrichters, das sich nur mit der straffrechtlichen Seite des Falles zu befassen habe.

Es liesse sich hier viel über die Reformbedürftigkeit unseres Militärgerichtes sagen, das sich nicht scheut, auf die ungewissen Aussagen — es waren ja nur Gerüchte — zweier gedungener „Lockspitzel“ gegen einen hochangesehenen und wegen seiner Tüchtigkeit in seinem Fache bei den Ärzten und beim Publikum so beliebten Arzt erst längere Haft und Untersuchung zu verhängen, schliesslich öffentliche Anklage zu erheben; auch könnte man den schweren Eingriff in die persönliche Freiheit, die Schädigung des Rufes, die unnötige mehrmonatige Kränkung des unglücklichen Mannes besprechen und hierbei der Meinung Ausdruck geben, dass sich all dies vom Untersuchungsrichter in kurzer Zeit in aller Stille und ohne alles Aufsehen hätte in befriedigender Weise ordnen lassen: doch lassen wir all dies, freuen wir uns, dass von dem Angeklagten nunmehr jeder Schatten des Verdachtes, dass er sich eine unehrenhafte Handlung zu schulden kommen liess, genommen worden ist.

## Vereins- und Kongressberichte.

### Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereins.)

Sitzung vom 2. April 1917.

Vorsitzender und Schriftführer: Herr Hützer.

Herr Frank: Demonstrationen.

Herr Goldberg: Demonstrationen.

Herr Ebeler: Urologische Seltenheiten.

Vor ungefähr Jahresfrist hatte ich Gelegenheit, an dieser Stelle einen Fremdkörper zu demonstrieren, den wir in einer weiblichen Harnblase fanden. Es handelte sich um eine wahrscheinlich zu masturbatorischen Zwecken eingeführte Haarnadel, die mittels einer Kugelzange in Sakralanästhesie per vias naturales extrahiert wurde.

Da derartige Fremdkörper in Harnblasen nicht allzu häufig sind, so möchte ich heute einen zweiten Fall vorstellen, den ich vor kurzem operiert habe. Es ist, um dies gleich vorwegzunehmen, ein inkruzierter, in Versteinerung begriffener Hartgummikatheter, den sich die 24-jährige Trägerin, die im 5. Monate schwanger war, zum Zwecke der Abtreibung eingeführt hatte.

Bei der Aufnahme gab Pat. mit Sicherheit an, dass der vor einigen Tagen eingeführte Katheter auf dem Klosett wieder herausgefallen sei. Wegen ausgesprochener zystitischer Beschwerden liess sie sich in die Klinik aufnehmen.

Der Urin war blutig-eitrig, die Kapazität der Blase sehr gering. Beim Zystoskopieren stiess man mit dem Instrument auf rauhe, steinerne Fremdkörper, von denen mehrere vorhanden zu sein schienen. Eine exakte Untersuchung und Diagnose wurde einmal durch den geringen Füllungszustand der Blase, auf der anderen Seite durch den in maximaler Anteflexionsstellung sich befindlichen Uterus erschwert.

Das zur Sicherung der Diagnose angefertigte Röntgenbild liess einige schwache Schattenbildungen (von Bleistiftdicke) erkennen, die zum Teil parallel, zum Teil schräg zueinander verliefen und an einer Stelle den Eindruck machten, als ob sie miteinander zusammenhängen.

Da wir mit Hilfe von Zystoskopie und Röntgenographie keine sichere Diagnose zu stellen vermochten, auf der anderen Seite einen grossen, stark verästelten Fremdkörper von steinerer bzw. unachgiebiger Konsistenz erwarten mussten, entschlossen wir uns zur Sectio alta.

Dabei wurde der eingangs erwähnte stark inkruzierte Katheter herausgeholt, der mehrfach abgeknickt war, einen ausserordentlich fötiden Geruch verbreitete und auf seiner ganzen Oberfläche mehr oder weniger dicke Konkrementauflagerungen zeigte. Die Wunde wurde in dreifacher Schicht primär vereinigt und durch einen Gaze-docht drainiert. Der Wundverlauf war vollkommen reaktionslos, die Gravidität blieb erhalten, und Pat. konnte nach 21 Tagen entlassen werden.

Hinsichtlich der Frage, ob die Extraktion nicht per vias naturales möglich gewesen wäre, muss zugegeben werden, dass sie vielleicht bei richtiger Diagnose und geeignetem Instrumentarium gelungen wäre. Da wir aber einen recht grossen, stark verästelten und versteinerten Fremdkörper vermuteten, so haben wir im Interesse der Gravidität den abdominalen Weg vorgezogen, mit dem Resultat, dass der Verlauf gänzlich komplikationslos war und die Gravidität nicht unterbrochen wurde, was bei dem endovesikalen Vorgehen wahrscheinlich nicht in dem Masse hätte garantiert werden können.

Die Literatur berichtet über die verschiedenartigsten Fremd-

körper, die meistens zum Zwecke der Onanie an dem Harnröhrenwulst und der Klitoris, aber so gut wie nie zu Abtreibungszwecken gebraucht wurden. Am beliebtesten sind Haarnadeln, Nägel, Bleistifte, Strohhalme, Katheter u. a., von den kleinsten bis zu den umfangreichsten.

Der nächste Fall betrifft einen Ureterstein, dessen Trägerin mit ganz typischer Anamnese in der Poliklinik erschien: Sie sei seit längeren Jahren blasen- und nierenleidend, der Urin zeitweise blutig bzw. trüb und bilde häufig einen „Satz“; mehrfach habe sie Schmerzanfälle von etwa 9 stündiger Dauer gehabt, die durch Abgang von Steinen begleitet waren (zwei dieser Steine hat Pat. mitgebracht, sie haben länglich-ovaläre Form).

Die auf Grund der anamnestischen Angaben gestellte Diagnose wurde erhärtet durch das Röntgenbild: Es fand sich im linken Ureter, in der Tiefe des kleinen Beckens ein längliches Konkrement mit einigen Widerhaken. Die zugehörige Niere war frei von Steinen; dagegen befand sich in der linken Niere ein grösserer (walnuss-gross) und zwei kleine Steine.

Bei der Zystoskopie bot die Blase keine Abweichungen von der Norm. Während der linke Ureter für den Katheter ganz durchgängig war, bäumte dieser sich auf der rechten Seite, nachdem er etwa 4—5 cm vorgeschoben war. Der durch den Stein gebildete Verschluss war aber nur partiell, denn nach Injektion von Carminum caeruleum konnte man einen schwachen Strahl aus dem rechten Harnleiter wahrnehmen.

Da die Schmerzen in der rechten Unterleibsseite ausserordentlich stark waren, und der wiederholte Katheterismus des rechten Ureter den Stein nicht zu lockern vermocht hatte, so entschlossen wir uns auf dringenden Wunsch der Pat. zur Operation: Vom rechten Pararektalschnitt aus wurde das Abdomen eröffnet und durch das Lig. latum hindurch der Ureter an der Stelle des Hindernisses frei gelegt. Durch einen 1 cm langen Schnitt im Ureter konnte der Stein extrahiert werden. Die Wunde wurde durch 5 Katgutknopfnähte in zweifacher Schicht vereinigt. Nach reaktionslosem Wundverlauf konnte Pat. 14 Tage post operationem entlassen werden: Der rechte Ureter war für den Katheter durchgängig und spritzte in regelmässigen Intervallen.

Was die Diagnose der Uretersteine angeht, so lässt sie sich am sichersten durch den Katheterismus oder eine Röntgenübersichtsaufnahme stellen; letzteres ist natürlich die sicherste Methode, da ein „Bäumen“ des Katheters auch durch andere Ursachen bedingt werden kann.

Beim Röntgenisieren von Uretersteinen müssen natürlich alle Fehlerquellen ausgeschaltet werden: Plattenfehler, Beckenflecken, Phlebolithen, verkalkte Lymphdrüsen u. a. Durch Einführung von schattengebenden Kathetern oder durch Füllung des Nierenbeckens mit 10 Proz. Kollargollösung lassen sich Steinschatten von denen anderer Aetiologie differenzieren. Durch Silberlösung werden mitunter Konkreme sichtbar, die ohne sie keinen Schatten auf der Platte hinterlassen. Bei Teilaufnahmen werden nicht selten Steine übersehen.

Wenn die klinischen Symptome für die Diagnose auch sehr wertvoll sind, so können sie ebenso häufig zu Täuschungen Anlass geben. Dass der Urin Spuren von Eiweiss und rote Blutkörperchen enthalten soll, wie Israel sagt, mag für einen Teil der Uretersteine, aber nicht für alle zutreffen. Bei unserer Pat. wie in einigen in der Literatur beschriebenen Fällen waren Erythrozyten nur zeitweise nachweisbar.

Ebenso gibt die funktionelle Nierendiagnostik zwar wertvolle, aber keine sicheren Anhaltspunkte.

Durch bullöses Oedem der Ureterpapille, das polypenartig prominert und eine Neubildung vortäuschen kann, muss der Verdacht auf tiefsetzende Steine wacherufen werden, sobald noch andere klinische Symptome hinzukommen.

Durch den diagnostischen Katheterismus wird hin und wieder die Therapie eingeleitet: Die Steine können gelockert werden und spontan abgehen. Den gleichen Effekt können Kollargolinjektionen haben, wodurch Ureterkontraktionen ausgelöst werden. Eine einmalige oder wiederholte Injektion von Oel oder Glycerin kann ebenso von Erfolg begleitet sein. Führen diese Massnahmen nicht zum Ziele, so kann nur ein chirurgisches Vorgehen — extra- oder intraperitoneal, je nach dem Sitz des Steines — in Frage kommen.

Der dritte Fall ist eine intermittierende intravesikale Ureterzyste (Prolaps des vesikalen Ureteres in die Blase). Pat. wurde uns von der inneren Klinik wegen chronischer Zystitis überwiesen, die nach ihrer Angabe schon 3 Monate lang bestand.

Bei der Zystoskopie bot sich das typische Bild einer schweren Zystitis mit rechtsseitiger Pyelitis. Die Ureteren waren wegen hochgradiger Schleimhautveränderungen nicht zu sehen, und es bestanden septische Temperaturen mit Schüttelfrösten.

Nachdem Pat. 6 Wochen lang mit Blasenspülungen behandelt worden war, wurde bei der zystoskopischen Untersuchung zum ersten Male am rechten Ureterostium eine etwa walnussgrosse Zyste entdeckt. Einzelheiten über den Prolaps des Ureters liessen sich wegen der noch vorhandenen zystitischen Veränderungen nicht erkennen. Nach einem weiteren Monat (im ganzen nach 10 Wochen) war die Zystitis vollkommen abgeheilt, und die Zyste mit allen charakteristischen Erscheinungen deutlich nachweisbar. Aus einer stecknadelkopfgrossen Öffnung auf der Höhe der Zyste entleerte sich in regelmässigen Zwischenräumen ein kräftiger Urinstrahl. In demselben Augenblick nahm man eine starke Vorwölbung der Zyste und eine