



Ueber
Resection von Harnröhrenstrikturen
mit Veröffentlichung
zweier Fälle aus der hiesigen chirurgischen Klinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königl. Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 29. Februar 1888

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Hans Witting

prakt. Arzt
aus Posen.

Opponenten:

Herr F. Holtmeier, cand. med.

Herr H. Kracht, cand. med.

Herr G. Schemmel, cand. med.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.
1888.



1875

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Im Sommer 1886 und im Herbst 1887 kamen auf der hiesigen chirurgischen Abteilung unter einer grösseren Anzahl zwei Fälle von Harnröhrenstriktur zur Operation, die beide ein besonderes Interesse darbieten. Es wurde bei beiden die Resektion der Striktur gemacht. Durch die Güte des Herrn Professor Helferich wurden mir die beiden Krankengeschichten für meine Dissertation überwiesen. Sie mögen hier folgen.

Krankengeschichten.

Der Arbeiter Theodor Brandenburg aus Filzow auf Rügen ist 58 Jahre alt. Er stammt von gesunden Eltern ab und will selbst im wesentlichen stets gesund gewesen sein. Anfang Mai war er in einer Scheune beschäftigt; er wollte von einem oberen Boden Strohbindel herunterholen. Zu diesem Zwecke stieg er eine angelegte Leiter hinauf und stellte sich nun so, dass er mit dem einen Fuss auf der Leiter stand, während er mit dem andern Knie auf einem runden, beweglichen Querbalken, welcher als Unterlage der Strohbindel diente, kniete. Wäh-

rend nun Patient stark an einem solchen zertr, wich der Querbalken von seiner Stelle, so dass Patient das Gleichgewicht verlor und auf einen Querbalken des darunter gelegenen Bodens fiel, und zwar aus einer Höhe von 8 Fuss. Er schlug nun beim Falle gerade rittlings auf einen knorrigen Vorsprung auf, wodurch er auf etwa 10 Minuten die Besinnung verlor. Wieder aufgewacht bemerkte er äusserlich keine Wunde; dagegen floss etwas Blut aus der Urethra, und das Scrotum und die Hoden schwellen stark an, und ersteres färbte sich dunkelblau und grün. Der erst konsultierte Arzt verschrieb eine Arznei und Carbolumschläge. Der nachher noch zu Rate gezogene Arzt verordnete Injektionen und ferner versuchte er den Patienten zu bougieren, was jedoch nicht gelang. Da die Striktur immer stärker wurde, und Patient immer heftigere Schmerzen bei dem nur tropfenweise möglichen Urinieren empfand, liess er sich am 3. Juli 1886 in die hiesige chirurgische Klinik aufnehmen.

Status 3. 7. 86.

Der Urin ist von trüb graugelber Farbe, untermischt mit einzelnen Flocken. Sein spezifisches Gewicht beträgt 1017. Eiweiss ist vorhanden. Im Sediment finden sich neben zahlreichen weissen und roten Blutkörperchen amorphe harnsaure Salze, sowie Tripelphosphate in grosser Anzahl und Ammoniumnitrat in Stechapfelform. Das Vorhandensein

von kohlensauren Salzen kann aus der Gasentwicklung bei Essigsäurezusatz geschlossen werden. Cylinder werden nicht nachgewiesen.

Operation 9. 7. 86.

Die Operation wird in Narkose unternommen. Es wird die Urethrotomia externa durch die pars bulbosa gemacht. Es zeigt sich eine ringförmige, narbige Striktur. Die Durchführung der feinen Knopfhohlsonde nach der Blase gelingt leicht; es entleert sich mindestens ein Liter trüben Urins.

Die Striktur zeigt sich nach der Spaltung als enge und mit sehr callösen Rändern versehene Hohlrinne. Dieselbe ist nach beiden Richtungen hin gegen die gesunde Urethra scharf abgegrenzt, so dass der Gedanke einer totalen Exstirpation der ganzen Striktur resp. Narbe erwogen wird. Die Excision wird ohne Mühe vorgenommen durch glatte Schnitte in den gesunden Urethralrändern und sodann durch Abpräparieren des ganzen Narbengewebes von der Umgebung. Es entsteht so schliesslich ein ca. 2 cm langer und reichlich ebenso breiter Defekt, welcher nun durch versenkte Catgutnähte (Etagen-
nähte) des periurethralen Gewebes und durch direkte Schleimhautnähte der auf einander passenden urethralen Schnittflächen (ebenfalls mit Catgut) geschlossen wird. So entsteht nun nach vollendeter Naht ein Zustand, welcher dem vor der Excision ungefähr entspricht, nur mit dem Unterschiede, dass

jetzt die urethrale Rinne nicht mehr aus Narbenge-
webe besteht und nicht mehr verengt ist, sondern
dass die normal weite und gesunde Urethra infolge
der Längsspaltung als Hohlrinne vorliegt. Die Hohl-
rinne wird nur unterbrochen durch eine querlaufende
Nahtstelle entsprechend der Excision. Auf eine Ver-
einigung dieser Längswunde durch die Naht wird
verzichtet. Die Wunde der Urethra, speciell die
Nahtstelle wird mit Jodoformgaze locker tamponiert,
nachdem ein Katheter durch das centrale Harn-
röhrende in die Blase geschoben war. Ausspülung
der Blase mit Salicyl-borlösung. Jodoformgaze-Ver-
band der äusseren Wunde. Rückenlage.

Status 9. 7. 86.

Nachmittags entsteht eine Nachblutung aus dem
Bulbus, wodurch mit der Jodoformgaze das Drain
herausgehoben wird. Ligaturen und Umstechungen
mit Catgut stillen die Blutung. Jodoform-Tamponade.

Status 13. 7. 86.

Nachdem tägliche Blasenausspülungen bei dem
Verbandwechsel gemacht sind, sieht die Wunde gut
ohne irgend welche Entzündung aus, die queren
Wundflächen sind gut mit einander verklebt.

Status 17. 7. 86.

Das Drain wird entfernt. Einer Cystitis wurde

bisher durch tägliche zweimalige Ausspülung der Harnblase mit Salicylborlösung vorgebeugt.

Gestern erfolgte Stuhlgang, nachdem derselbe bisher durch Opium und flüssige Diät angehalten war. Der Urin reagirt sauer, eine geringe Trübung ist noch vorhanden.

Status 18. 7. 86.

Täglich Erneuerung der Jodoformgaze, mit welcher fest tamponiert wird.

Status 29. 7. 86.

Katheterismus gelingt leicht, es wird nochmals eine Irrigation der Blase vorgenommen.

Status 31. 7. 86.

Urin geht zum ersten Male aus dem Orificium externum heraus.

Status 7. 8. 86.

Es wird mit Lapis behufs Zurückhalten des Epithels, welches die Tendenz hat, in den Wundkanal hineinzuwuchern, geätzt.

Status 14. 8. 86.

Der Urin kommt in dickem Strahle aus dem Orificium externum. Nur wenige Tropfen nässen die Watte vor der tamponierten Operationsstelle.

Status 15. 8. 86.

Ein Katheter dickster Sorte ist leicht durchzuführen.

Am 21. 8. 86 wird Patient auf seinen Wunsch entlassen. Die Urethra ist gut permeabel. Der Urin mit minimalem Sediment von wenigen weissen Blutkörperchen wird fast ausschliesslich vorn entleert. Patient hat sich hier sehr erholt.

Der zweite Fall betrifft einen fünfjährigen Knaben, Albert Nitz aus Bublitz. Patient ist vor ungefähr 1½ Jahren vom Hausboden, ca. 10 Fuss, herabgefallen und hat sich infolge dessen eine Verletzung der Harnröhre zugezogen. Er ist seit dieser Zeit andauernd in ärztlicher Behandlung gewesen; da aber noch immer ohne Einführen von einem Bougie das Harnlassen seit jener Zeit sehr erschwert ist, liess er sich am 18. November 1887 hier aufnehmen.

Status 18. 9. 87.

Bei dem für sein Alter kräftigen Knaben findet man eine narbige Striktur im hintern Teile der pars membranacea, ungefähr 14 cm vom Harnröhreingang an gerechnet. Die Striktur selbst ist für Bougie Nr. 6 gerade noch durchlässig und scheint 1 cm lang zu sein. Der Urin ist klar. Patient ist gewöhnt, sich immer vor dem Harnlassen selbst zu bougieren. Unterlässt er dies, so ist es ihm nur möglich, einzelne Tropfen unter grossen Schmerzen zu entleeren.

Operation 22. 9. 87.

Die Operation wird in Narkose unternommen. Es wird ein Schnitt von ungefähr 5 cm Länge in der Raphe des Dammes gemacht, die Urethra freigelegt und entsprechend der Spitze eines eingeführten dicken Katheters gespalten. Die Auffindung des centralen Endes gelingt leicht. Es zeigt sich eine fast 2 cm lange, schwielige Narbe in der pars membranacea. Die ganze Narbe wird mit dem Messer excidirt und die Wundränder der beiden Urethralenden werden oben und seitlich mit einander vernäht. Von der Wunde aus wird ein Verweilkatheter in die Blase geschoben und mit einer Silbersutur befestigt. Darauf wird die Nahtstelle und ebenso die ganze Operationswunde sorgfältig mit Jodoformgaze tamponiert, und der Verband durch Salicylwatte und eine \dagger -Binde vervollständigt.

Status 24. 11. 87.

Der Dauerkatheter wird entfernt. Die Wunde beginnt zu granulieren. Von jetzt ab erfolgt täglicher Katheterismus und jeden zweiten Tag Verbandwechsel.

Status 11. 12. 87.

Die Urethralwunde ist geschlossen, der Urin wird auf normalem Wege entleert.

Status 26. 12. 87.

Die äussere Wunde ist auch vernarbt. Der

Urin wird im Strahl entleert. Die Urethra ist für dicken Katheter (Nr. 10 der englischen Skala) leicht durchgängig. Von Seiten der Blase ist keine Erkrankung vorhanden. Patient wird entlassen.

Der Verlauf beider Fälle war ein fieberfreier.

Historisches.

Schon zu Anfang dieses Jahrhunderts, im Jahre 1828, sind von einem Aachener Arzte, Dr. Krimer, Mitteilungen über von ihm ausgeführte Excisionen grosser Callusmassen gemacht; leider steht mir diese Brochüre aber nicht zur Verfügung. Später versuchte Roser durch keilförmige Excisionen, Dittel durch Herausschälen der periurethralen callösen Massen eine Heilung der Striktur herbeizuführen. Letzterer durchtrennte in der Raphe das Peritoneum bis auf die mattweisse, harte, unter dem Messer knirschende Masse des Callus und zwar überragte der Schnitt denselben auf beiden Seiten. Dann präparierte er den Callus frei, durchschnitt ihn entsprechend des ersten Schnittes und schälte ihn mit flachen Messerzügen von der Lamina anterior fasciae perinei ab, indem er dabei sorgfältig die Urethra schonte. Die Sondendilatation der Harnröhre, selbst bei vorher impermeablen Strikturen, soll nach dieser Operation ohne Schwierigkeiten auszuführen gewesen sein.

Diese Art der Behandlung empfiehlt auch Hueter bei veralteten Fällen callöser Striktur.



Die Operationsmethode, die der in der hiesigen Klinik angewandten am nächsten kommt, ist die von Dr. Heusner, Oberarzt des Barmer Krankenhauses, angewandte. Es sei mir hier, bevor ich kurz zwei von Heusner in der „Deutschen Medizinischen“ und „Berl. Klinischen Wochenschrift“ veröffentlichte Fälle anführe, gestattet zu erwähnen, dass die Heusner'sche Methode das Prioritätsrecht hat, dass aber die erste in der hiesigen Klinik derart ausgeführte Operation unternommen wurde, ohne dass der Operateur Kenntnis von dem Heusner'schen Falle hatte.

Der erste von Heusner erwähnte Fall findet sich in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift IX. 27. Er betrifft einen 61jährigen Mann, der vor 30 Jahren eine Gonorrhoe durchzumachen gehabt hat. Die Untersuchung ergab, dass in der pars spongiosa, also vor dem Bulbus, eine Striktur vorhanden war, die keine Sonde passieren liess. Am 6. November 1882 wurde die Operation unternommen. Die Harnröhre wurde unter Spaltung des Hodensacks zunächst vor der strikturierten Stelle eröffnet. Da der Eingang zur Striktur nicht aufzufinden war, wurde auch hinter der Striktur eine Oeffnung angelegt, von welcher aus das Einschieben einer Sonde nach der Peripherie hin möglich war. Auf ihr wurde die Striktur gespalten, dann das strikturierte Stück in einer Länge von $1\frac{1}{2}$ cm im Gesunden quer ausgeschnitten und die beiden Enden der Harnröhre folgendermassen mit einander

vernäht. Zunächst vereinigte er die beiden Wundränder der hinteren Harnröhrenwand durch eine Catgutnaht. Sodann legte er von der Eichel aus einen Silberkatheter ein, auf dem er durch zwei weitere seitliche Catgutnähte die Wundränder vollständig vereinigte; nur die vordere Längsrinne blieb offen. Einen Verband legte er nicht an, nur ein Klumpen Watte wurde vor die Wunde in das Bett gelegt. Am dritten Tage wurde der Katheter aus der Blase entfernt; darauf floss der Urin zum grössten Teile aus der Operationswunde ab. In den ersten fünf Tagen waren abendliche Temperatursteigerungen bis zu 38,7 vorhanden. Nach drei Wochen entleerte sich der Urin auf normalem Wege. Die Katheterisation ging nach vollendeter Heilung der Wunde mit starken Kathetern leicht von statten.

Der zweite von Heusner in der Berliner Klinischen Wochenschrift XXIV. 22. veröffentlichte Fall bringt in der Operationsmethode einige Abweichungen, bedingt durch die örtlichen Verhältnisse. Es handelt sich um einen 38jährigen Mann, der sich durch Trauma eine Striktur zugezogen hatte. Schon ein Jahr, bevor er in die Behandlung Heusners kam, war an ihm die Urethrotomia externa aber ohne Erfolg ausgeführt worden. Infolge dieser Operation fand sich am Damme ausgedehnte Narbenbildung; hinter dem Schambogen war die Urethra als höckeriger, unverschiebbarer Wulst fühlbar. Bei der Operation, die am 1. Juni 1883 zunächst in der-

selben Weise wie bei dem vorigen Falle ausgeführt wurde, musste die Striktur vom Schambogen, mit dem sie durch Narbenmassen verlöthet war, abpräpariert werden. Nach vollendeter Excision klafften die Abschnitte der Urethra circa 3 cm auseinander. Da das hintere Ende sich nur wenig nach vorne verschieben liess, wurde das vordere fixierte urethrale Stück $1\frac{1}{2}$ cm weit mit Hilfe der Scheere vom Schambogen und den Corpora cavernosa losgelöst, worauf es sich zu dem andern Ende heranziehen liess. Es folgte die vollständige Vereinigung der beiden Abschnitte durch fünf Catgutnähte, Schliessung und Drainirung der Dammwunde, Einlegung des Dauerkatheters, der bis zum 13. Juni liegen blieb. Die vernähten Harnröhrenenden hielten nicht ganz dicht zusammen, denn vom fünften Tage nach der Operation floss ein Theil des Urins neben dem Katheter durch die Drainstelle ab. Trotzdem ging die Heilung binnen fünf Wochen soweit vor sich, dass Patient am 5. Juli mit einer nadeldünnen Fistel entlassen werden konnte. Die Erweiterung des Harnröhrenlumens war die erwünschte.

Nachdem ich bisher mit Ausnahme der in der hiesigen Klinik operierten Fälle die mir zu Gebote stehende Litteratur erörtert habe, möchte ich zunächst noch auf einige Unterschiede zwischen dem hier geübten Verfahren und dem Heusner'schen aufmerksam machen.

Was zunächst das Einlegen eines Dauerkatheters von der Eichel aus betrifft, so ist das wohl im allgemeinen zu verwerfen. Durch sein längeres Verweilen in der Urethra wirkt er genau ebenso wie jeder andere Fremdkörper und erzeugt eine Urethritis. Diese wiederum kann verursachen, dass entweder die queren Wundränder sich nicht vereinigen oder nach ihrer ersten Verklebung durch die entzündlichen Prozesse sich von einander loslösen, wie es ja in der That auch in dem letzten Heusner'schen Falle geschehen ist.

Da nun aber besonders bei Komplikationen von Seiten der Nieren oder Blase ein Verweilkatheter nötig ist, so ist es indiciert, wenn man nicht eine Oeffnung am Blasenhalse vorzieht, ihn von der Wunde aus in die Blase zu schieben. Und dazu möchte ich ein Offenlassen der Längsrinne nicht missen. Wenn der Katheter möglichst nahe dem oberen Wundwinkel der Längsrinne eingeschoben wird, so kommt er mit der Quernaht gar nicht in Berührung.

Ein anderer Grund für das Offenlassen der Längsrinne ist der, dass die stete Ueberwachung der an einander genähten Urethralenden nur in dem Falle möglich ist, und diese ist sicher, trotz der vorzüglichsten antiseptischen und aseptischen Cautelen während der Operation, dringend erwünscht. Ausserdem sind es nicht nur Infectionserreger, die eine Lösung der Nähte herbeiführen können, sondern ganz besonders auch die Erektionen des Penis.

Ein weiterer Unterschied liegt in der bei Heusner fehlenden Tamponade mit Jodoformgaze. In dem Jodoform haben wir ein so vortreffliches aseptisches und dabei die Gewebe so wenig irritierendes Mittel, dass es gerade für die zarte Urethra wie geschaffen erscheint. So lange der Verweilkatheter liegt, schützt die Gaze die Naht vor mechanischen Insulten, die ihr durch den Katheter drohen. Ist derselbe entfernt, und entleert sich der Harn teils durch die Wunde, teils durch das Orificium externum, so verhindert der Jodoformtampon die Zersetzung desselben und die daraus resultierenden entzündlichen Prozesse.

Im folgenden möchte ich nun noch kurz die Vorzüge und Nachteile, die die Resektion der Harnröhrenstriktur den andern Strikturbehandlungen gegenüber hat, erwähnen.

Es kann sich hierbei natürlich nur um die eingreifenderen Behandlungen der Striktur, die wirklichen blutigen Operationen, handeln, da eine dem Bougieren weichende Striktur wohl kaum jemals die Indication zur Resektion geben könnte. Den übrigen Methoden, dem cathétérisme forcé, der Urethrotomia interna und externa ist die Resektion aber in jedem Falle, wenn nicht Contraindicationen, die ich nachher besprechen werde, vorliegen, vorzuziehen.

Bei jeder anderen Operation wird darauf gesehen, das Kranke möglichst zu entfernen. Es liegt doch gewiss kein Grund vor, dies bei der Harnröhre zu

unterlassen. Andererseits ist aber auch das narbige, schwielige Gewebe als etwas krankhaftes zu bezeichnen. Auch den Anforderungen, die Neubildung von Narbengewebe zu verhindern, wird bei der Resektion durch die nachfolgende Naht entsprochen. Wundfläche wird an Wundfläche geheftet. Für Granulationen ist kein Raum da. Dagegen begünstigen die andern genannten Operationen die Bildung von neuen Granulationen, welche, auch wenn sie nicht entzündlicher Natur sind, doch immer das Bestreben haben, sich in schrumpfendes Narbengewebe umzuwandeln. Eine Folge davon ist, dass eine Monate, ja Jahre lange Bougiebehandlung diesen Operationen nachfolgen muss, will man sich nicht gleich von vornherein des Erfolges, den man durch die Operation errungen, verlustig erklären. Dass durch eine derartig lange fortgesetzte Bougiebehandlung die Geduld des Arztes wie die des Patienten auf eine harte Probe gestellt wird, ist selbstverständlich. Andererseits bietet die lange fortgesetzte Bougiebehandlung auch gewisse Gefahren, wenn sie vom Patienten selbst ausgeführt werden muss; Blutungen, sogenannte Urethralfieber mit Schüttelfrost, Cystitis etc. können eintreten und fatale Folgen hervorrufen. Eine solche Nachbehandlung ist bei der Resektion absolut unnötig, wie sowohl die Überlegung als auch die Erfahrung lehrt. Heusner hatte Gelegenheit, seinen zuerst operierten Patienten, nach $2\frac{1}{2}$ Jahren noch einmal zu sehen und zu untersuchen;

es zeigte sich, dass das Lumen der Urethra an der reseisirten Stelle nur um eine Katheternummer seit der Operation sich verkleinert hatte.

Was nun die Nachteile betrifft, so kann ich nur einen nennen, den die andern genannten Operationen nicht haben, es ist die Verkürzung des Penis. Ich glaube aber kaum, dass dieselbe in Betracht zu ziehen ist, da sie doch höchstens 3 cm betragen kann. Eine sexuelle Störung tritt sicher durch diese relativ geringe Verkürzung nicht ein.

Aus dem Gesagten sehen wir, dass die Vorteile der Resektion gegenüber den übrigen Operationsmethoden der Harnröhrenstriktur den einen geringen Nachteil, den sie mit sich bringen um ein Bedeutendes überwiegen. Damit sind dann auch die Indikationen gegeben. Wir werden die Resektion überall da anwenden, wo bisher das Cathétérisme forcé oder die Urethrotomie allein gemacht ist, also besonders bei allen impermeabeln Strikturen.

Als Kontraindikation muss eine zu lange Striktur, die also länger als ungefähr 2 cm ist, gelten. Die Behauptung, die Wölfler im vorigen Jahr auf dem Chirurgencongress aufgestellt hat, dass die Resektion bei einer permeabeln Striktur contraindiciert sei, kann ich nur dann als richtig anerkennen, wenn eine der drei andern blutigen Operationen ebenfalls contraindiciert ist.



Am Schlusse dieser meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Helferich, für die Ueberweisung dieser Arbeit, sowie für die bereitwillige Unterstützung durch Rat und That meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Deutsche Medicinische Wochenschrift.

Berliner klinische Wochenschrift.

Hueter, Grundriss der Chirurgie.

Dittel, Strikturen der Harnröhre.

Aus den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie



Lebenslauf.

Hans Erich Theodor Witting, Sohn des Rechnungsrates Wittjüng und seiner Ehefrau Minna geb. Knövenagel, geboren am 25. April 1861 zu Wirsitz, Provinz Posen, evangelischer Confession, erhielt seine erste Vorbildung durch Privatunterricht in seiner Vaterstadt. Von Michaelis 1870 ab besuchte er die Gymnasien zu Bromberg, Züllichau, Colberg und Nakel. Auf letzterem erhielt er Ostern 1883 das Zeugnis der Reife und bezog die Universität Tübingen, um sich der Theologie zu widmen. Michaelis 1883 ging er nach Greifswald und studierte Medicin. Im Juli 1885 bestand er das Tentamen physicum, am 29. Oktober 1887 das Tentamen rigorosum. Am 17. November 1887 begann er das Staatsexamen, das er am 22. Februar 1888 beendete.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

Prof. Arndt, Geh. Rat Prof. J. Budge, Prof. A. Budge, Prof. Frh. v. Feilitzsch, Prof. Gerstäcker, Prof. Grawitz, Geh. Rat Prof. Grohé, Geh. Rat Prof. Häckermann, Prof. Helferich, Prof. Krabler, Geh. Rat Prof. Landois, Dr. Löbker, Geh. Rat Prof. Limpricht, Geh. Rat Prof. Mosler, Geh. Rat Prof. Münter, Dr. Peiper, Geh. Rat Prof. Pernice, Prof. v. Preuschen, Prof. Rinne, Prof. Schirmer, Prof. Schulz, Prof. Sommer, Dr. Strübing.

Diesen, seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen besten Dank aus.

Thesen.

I.

Die Resektion der Harnröhrenstriktur ist jeder anderen blutigen Operation vorzuziehen, wenn die Striktur nicht zu lang ist.

II.

Bei Chlorotischen, die Eisen nicht vertragen, ist zunächst Schwefel indicirt.

III.

Der Veit-Smellie'sche Handgriff ist dem Smellie'schen und dem Prager Handgriff vorzuziehen.





14678

15948