



ZUR

GALVANOKAUSTISCHEN AMPUTATION DES PENIS.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON

DR. P. BRUNS,

O.Ö.PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN

DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON

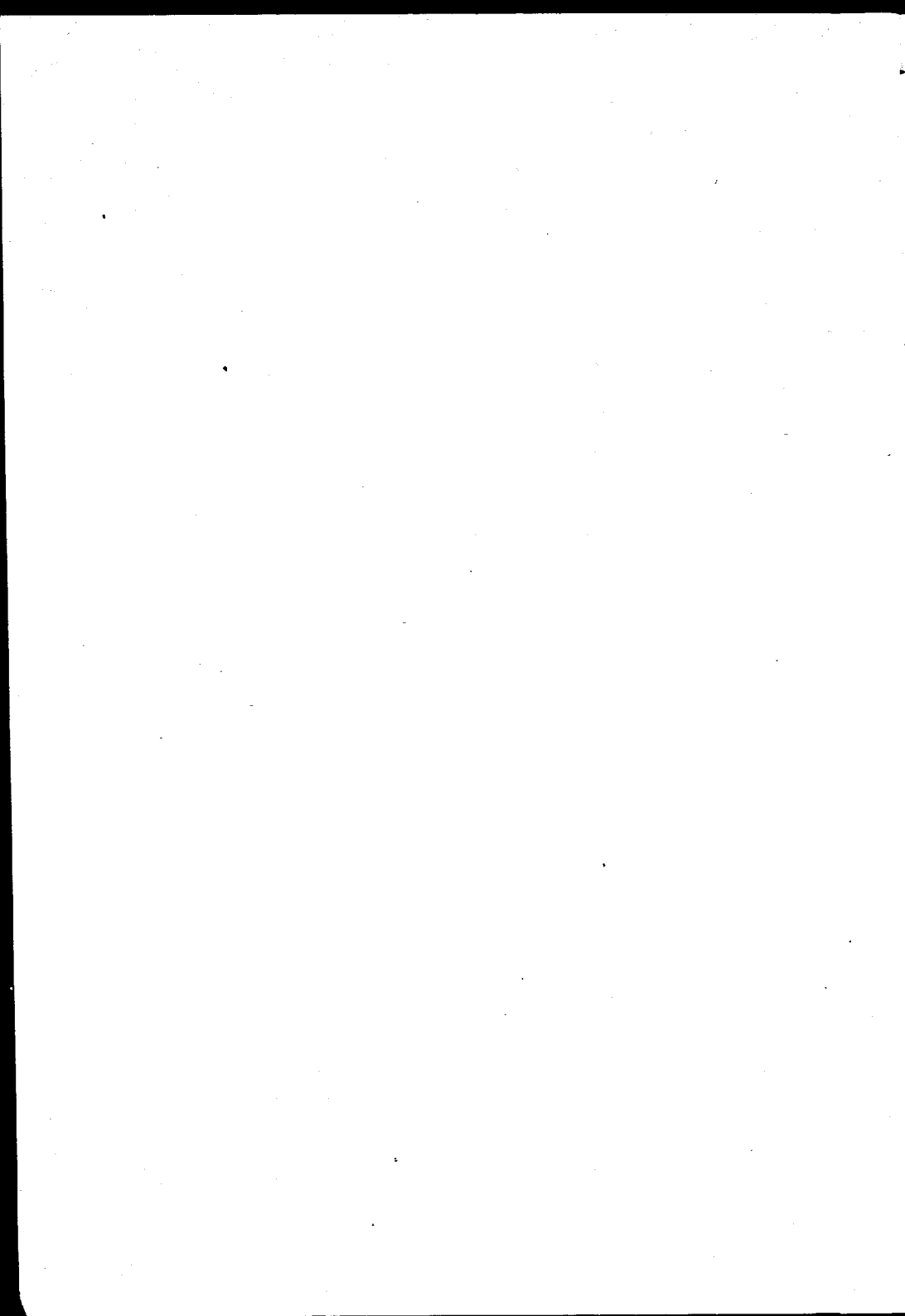
FERDINAND SCHICK,

APPROB. ARZT.



TÜBINGEN, 1892.

H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG



ZUR
GALVANOKAUSTISCHEN AMPUTATION
DES PENIS.

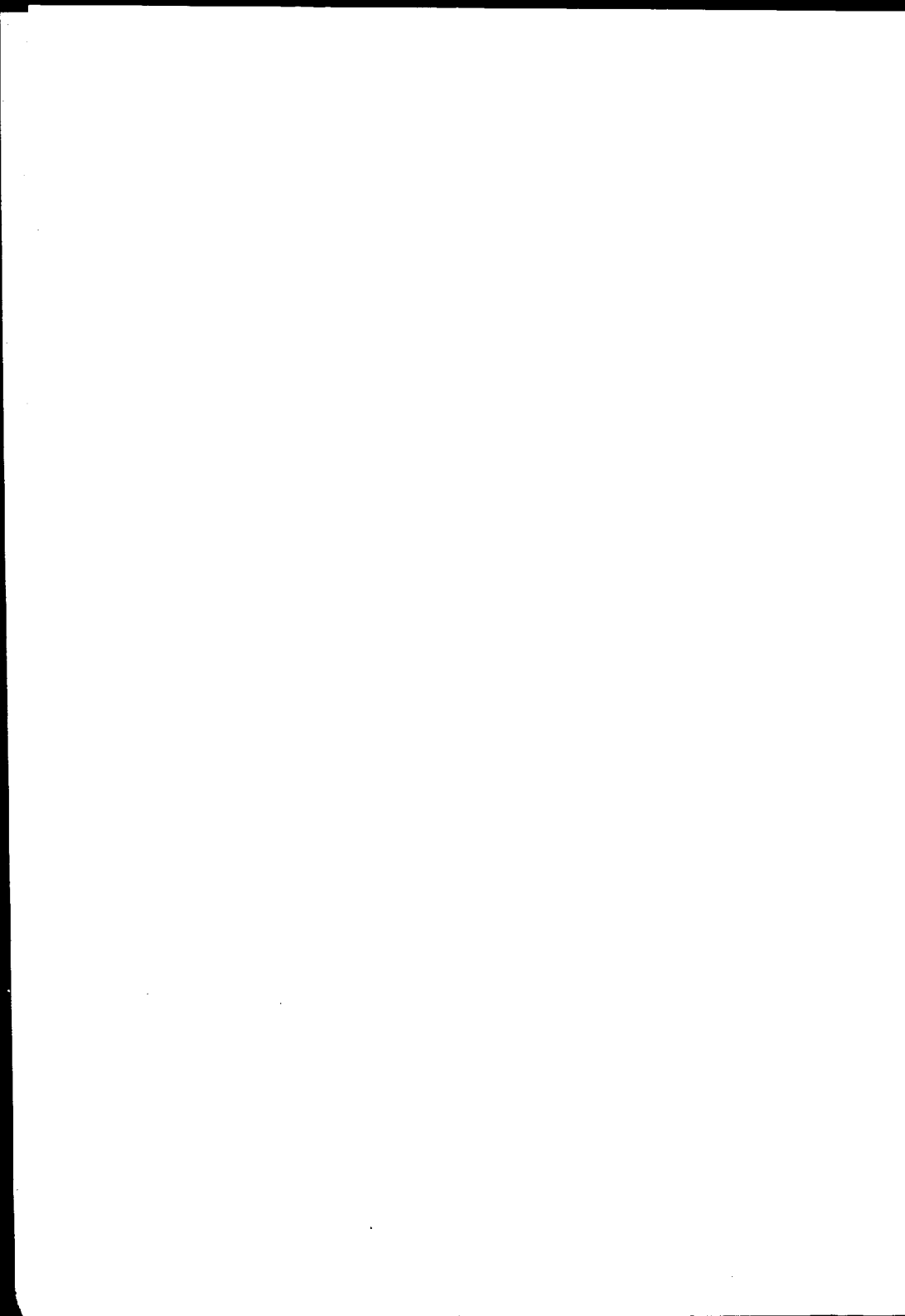
INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

UNTER DEM PRÆSIDIUM VON
Dr. P. BRUNS,
O.O. PROF. DER CHIRURGIE UND VORSTAND DER CHIRURG. KLINIK IN TÜBINGEN
DER MEDIZINISCHEN FAKULTÄT ZU TÜBINGEN

VORGELEGT VON
FERDINAND SCHICK,
APPROB. ARZT.

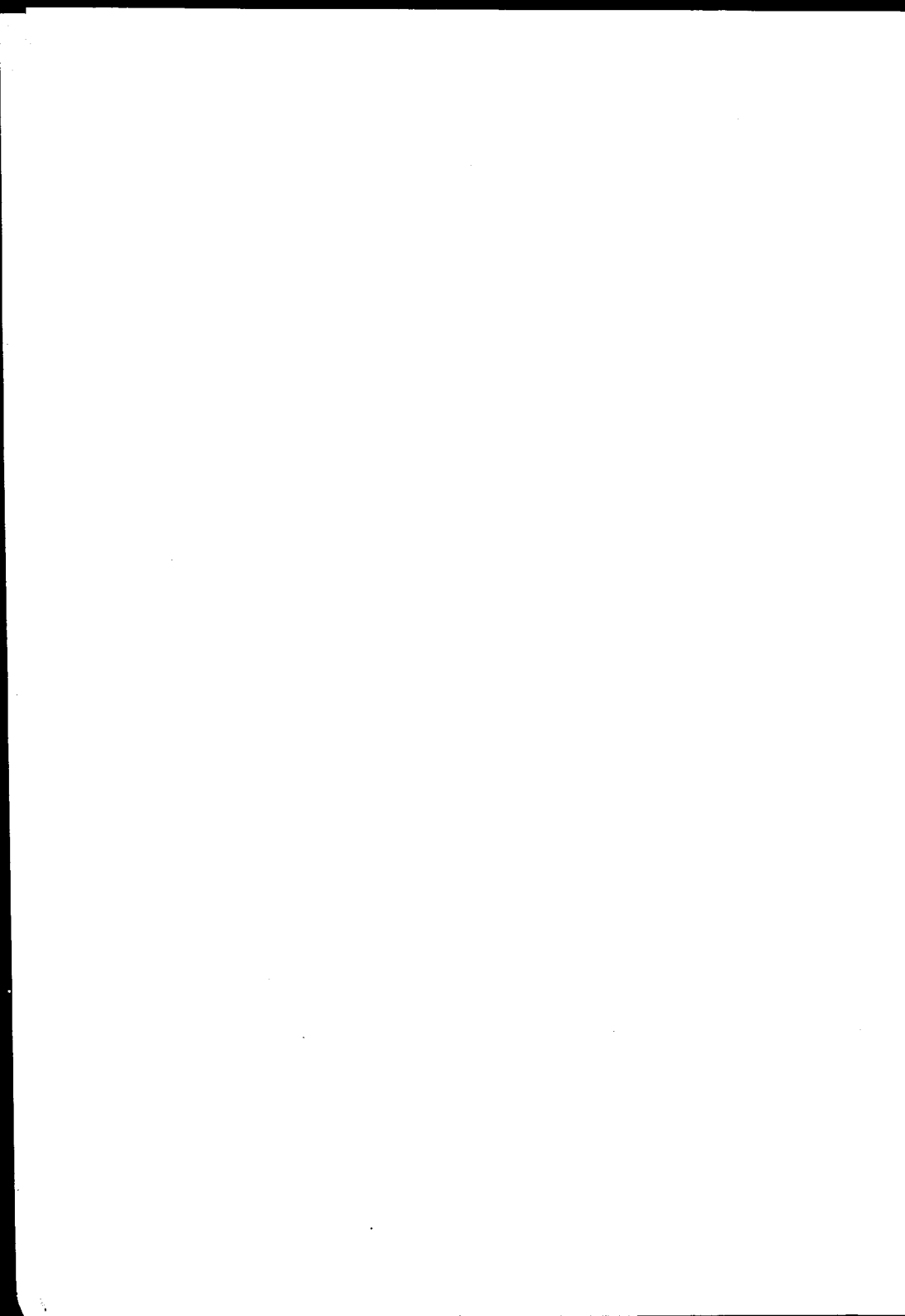


TÜBINGEN, 1892.
H. LAUPP'SCHE BUCHHANDLUNG



Meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. P. Bruns,
sage ich für die Anregung zu dieser Mitteilung und die gütige
Unterstützung bei derselben den verbindlichsten Dank.

F. Schiek.



Im Anschluss an eine in diesen Beiträgen (Band IV Heft 2) von H. Keller veröffentlichte Arbeit aus der Heidelberger chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Czerny über 18 daselbst mit dem Messer operierte Peniscarcinome sollen im Nachstehenden aus der Tübinger chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Bruns 28 Fälle dieser Erkrankung mitgeteilt werden, bei denen die Amputation des Gliedes mit der galvanokaustischen Schneideschlinge ausgeführt worden ist.

Es sind ja gegenwärtig ausschliesslich diese zwei Methoden, welche bei der Penisamputation in Frage kommen: die blutige Abtragung mit dem Messer und die von Middeldorpf empfohlene, um die Mitte dieses Jahrhunderts zuerst von Bardeleben ausgeführte Operation mit der galvanokaustischen Schneideschlinge. Der Vorteil der letzteren Operation, dass sie sich thatsächlich ohne einen Tropfen Blut ausführen lässt, liegt auf der Hand und wird auch von Niemanden in Abrede gestellt. Dagegen sind gegen dieselbe zu Gunsten der Amputation mit dem Messer einige Bedenken erhoben worden, die sich leicht widerlegen lassen.

Man hat gegen die galvanokaustische Amputation zunächst geltend gemacht, es lasse sich das gesunde vom erkrankten Gewebe weniger leicht unterscheiden als bei der Abtragung mit dem Messer. Allein gerade bei einem für die Betastung so leicht zugänglichen Organe bietet es gar keine Schwierigkeit, die Grenze des Carcinoms sicher festzustellen. Den besten Beweis hierfür liefert unsere Casuistik, welche unter 28 Fällen nur ein einziges lokales Recidiv aufweist.

Der weitere Vorwurf, dass die galvanokaustische Amputation nicht sicher gegen Blutung schütze, ist ebenfalls von der Hand zu weisen, wenn nur die Operation richtig ausgeführt wird. Es tritt beim Durchglühen keine Spur einer Blutung auf, wenn man unter Blutleere operiert und nicht zu rasch amputiert. Die Schlinge muss exakt anliegen und darf nur dunkelrot glühen, so dass sie das Gewebe ganz langsam durchtrennt und so der Schorf nicht zu dünn wird, ferner darf am Penis selbst kein Zug ausgeübt werden. In der That findet sich in unseren Krankengeschichten fast immer ausdrücklich erwähnt, dass die Durchtrennung „ganz unblutig“, „ohne einen Tropfen Blut“ vor sich gegangen ist; nur in 3 Fällen, in denen übrigens zum Teil das Carcinom bereits auf den Mons Veneris übergegriffen hatte, musste überhaupt eine Ligatur angelegt werden.

Auch der Wundheilungsverlauf nach der Operation spricht deutlich zu Gunsten der Galvanokaustik: Eine Entzündung des Zellgewebes und Eitersenkung, wie dieselbe nicht so gar selten nach der Amputation mit dem Messer zu beobachten ist, tritt hier gar nicht auf, wie aus der beigegebenen Casuistik zu ersehen: nicht ein einziges Mal ist derartiges seit Einführung der Antisepsis in unseren Fällen beobachtet worden. Denn da eine vollständige Heilung per primam auf keinem Wege zu erreichen und die strenge Anwendung der Antisepetik unmöglich ist, so kann es der Wundfläche nur zum Schutze gereichen, wenn sie so lange von einem Schorfe bedeckt ist, bis sie sich in eine Granulationsfläche umgewandelt hat.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Vorzug der Galvanokaustik ist der, dass der Verlauf der Wundheilung nicht durch Nachblutungen gestört wird, vorausgesetzt, dass die Gefäße nicht abnorm erweitert sind, oder dass der Schorf während der Vernarbung des Stumpfes nicht durch reflektorische Erektionen gelöst wird, wie in unserm 22. Falle. Abgesehen von diesem einen Falle ist in unserer Casuistik kein Fall von Störung des Wundheilungsverlaufes durch Nachblutung verzeichnet. Dagegen treten diese Nachblutungen bei der Amputation mit dem Messer entschieden häufiger auf und kann man dadurch

gezwungen werden, sämtliche Nähte lösen und die ganze Wundfläche wieder zugänglich machen zu müssen, um der Nachblutung Herr zu werden. In der Czerny'schen Klinik sah man sich deshalb veranlasst, um Nachblutungen vorzubeugen, neben der Unterbindung noch eine besondere Etagennaht zu verwenden; hiedurch wird die Dauer der Operation wesentlich verlängert, ohne natürlich sicheren Schutz bieten zu können.

Die Annahme, dass rücksichtlich der Mortalität und des schliesslichen Erfolges diese Operationsmethode zu wünschen übrig lasse, dürfte, wenigstens was unsere Kasuistik anlangt, ebenfalls unbegründet sein, denn abgesehen von den beiden Fällen 1 und 10, welche noch in die vorantiseptische Zeit fallen, ist nicht ein einziger Todesfall infolge der Operation zu verzeichnen.

Endlich können wir den vermeintlichen Vorteil der Operation mit dem Messer, nach welcher keine Verengung der Harnröhrenmündung auftritt, in demselben Masse für die Galvanokaustik beanspruchen, insofern als auch bei der Operation mit der Glüh-schlinge an die Amputation die Urethroplastik unmittelbar angeschlossen werden kann. An dem Stumpfe wird einfach mittelst eines Scherenschlages die Harnröhre 1 bis $1\frac{1}{2}$ cm weit gespalten und die Ränder der Schleimhaut durch einige Nähte mit den Wundrändern der äusseren Haut vereinigt. Die Resultate dieser Urethroplastik gestalten sich für unsere Fälle sehr günstig. Es musste nur bei einem Patienten (16) zehn Jahre nach der Amputation eine Nachoperation wegen Striktur gemacht werden. —

Bevor ich nun auf die Resultate der galvanokaustischen Amputation in unsern Fällen eingehe, mag es gestattet sein, einige statistische Angaben über das Peniscarcinom aus dem mir zu Gebote stehenden Materiale vorzuschicken.

In den Journalen der Tübinger chirurgischen Klinik finde ich aus dem Zeitraum vom Jahre 1857—90 im ganzen 38 Fälle von Peniscarcinom aufgeführt. Von diesen wurde ein Patient mit dem Ecraseur amputiert, zwei verweigerten die Operation, drei waren inoperabel, vier wurden mit dem Messer und 28 mit der Glüh-schlinge operiert.

In demselben Zeitraume sind in der Klinik insgesamt 1561 Erkrankungen an Carcinom zur Beobachtung gekommen. Unter denselben sind die häufigsten die Mammacarcinome mit 373 Fällen (23,9%) und die Lippencarcinome mit 305 Fällen (19,5%). Die Fälle von Peniscarcinom machen 2,4 Prozent der Gesamtzahl aus.

Sondert man die Erkrankungen beider Geschlechter, so fallen auf das weibliche 716 (45,9%) auf das männliche 845 Fälle (54,1%). Bei den Frauen macht das Carcinom der Brustdrüse etwas mehr als die Hälfte der Fälle aus, nämlich 373 (52,1%), bei den Männern entfällt ungefähr der dritte Teil aller Fälle auf den Lippenkrebs, nämlich 268 Fälle (31,7%). Das Carcinom des Penis macht hier 4,5 Prozent der Fälle aus.

Diese Zahlen stimmen mit den von andern Autoren berechneten Frequenzsiffern des Peniscarcinom gut überein, die gewöhnlich mit 2,5—3 Prozent aller Krebse und 5 Prozent der beim männlichen Geschlecht angegeben werden.

Mit Rücksicht auf das Lebensalter kommen von den 38 Fällen von Peniscarcinom je zwei Fälle auf das 3. und 4. Decennium, 10 auf das 5., 12 auf das 6., 9 auf das 7., 4 auf das 8. und 1 auf das 9. Jahrzehnt. Die grosse Mehrzahl fällt somit auf das Alter von 40—60 Jahren (22 Fälle).

Von unsern 28 galvanokaustisch Operierten war einer 25 Jahre alt, einer 39 Jahre, 7 im Alter von 40—50 Jahren, je acht waren 50—60 und 60—70 Jahre alt, je ein Patient war 71, 77 und 83 Jahre alt.

Bezüglich der Aetiologie des Peniskrebses wird allgemein die Phimose beschuldigt. Manche Autoren (Roux, Demarquay) berechnen ihr gleichzeitiges Vorkommen zu 70 bis 75% der Fälle; Kaufmann dagegen erhält nur 17,7%. Unter den 28 Fällen aus der hiesigen Klinik, welche an dieser Stelle Berücksichtigung finden, traf ich die Angabe einer Phimose elfmal = 39,3% (9, 10, 11, 12, 13, 18, 20, 21, 22, 26 und 28). Dieselbe war bei drei Patienten (10, 18, 21) vorher operativ beseitigt worden, jedoch ohne dass dadurch die Entwicklung eines Carcinoms verhindert worden wäre. Aetiologisch beachtenswert sind ferner vorausgegangene Verletzungen durch Stoss, Schlag oder Quetschung. Eine solche Angabe fand sich zweimal (19 und 23), einmal war eine Verletzung durch ein Rad, das andere mal ein Stoss gegen das Präputium vorausgegangen. Als vereinzelter Fall fand sich einmal (7) Heredität als ätiologisches Moment angegeben. Die Mehrzahl der Patienten wusste für die Entstehung ihres Leidens keine Ursache anzugeben. In keinem der Fälle wurde vorausgegangene Lues zugestanden; einer der Kranken (20) hatte eine chronische Gonorrhoe und war wegen spitzer Condylome in Behandlung gewesen.

Das Peniscarcinom macht im Beginne oft wenig Beschwerden, etwa Brennen beim Wasserlassen, reissende und bohrende Schmerzen

und dergl. Dies ist auch der Grund, weshalb die Patienten oft erst in vorgerückterem Stadium des Krankheitsprozesses zur Operation kamen. Sie suchten meist erst Hilfe, wenn die Neubildung durch rasches Wachstum die Urethra komprimiert und so das Wasserlassen erschwert hatte. Dies war bei etwa einem Drittel der Patienten der hauptsächlichste Grund, weshalb sie sich zur Operation entschlossen. In einem Falle (4) kam der Kranke, weil infolge der papillären Wucherung des Krebses der Urin, statt an seiner normalen Stelle, aus verschiedenen Ritzen und Spalten der Geschwulst hervorkam. Eine grössere Anzahl Kranker hatte so lange gewartet, bis das Carcinom sowohl die Eichel als die Vorhaut in tiefgreifende Geschwüre verwandelt hatte, wodurch die Betroffenen sich selbst und ihrer Umgebung wegen der abundanten übelriechenden Sekretion lästig wurden. Heftige reissende und bohrende Schmerzen, die besonders bei Nacht auftraten und den Kranken den Schlaf raubten, zwangen einige weitere Patienten Hilfe und Befreiung von ihrem Leiden zu suchen. Endlich veranlasste der plötzlich rasch wachsende Tumor einige Patienten zur Operation.

Die Dauer des Leidens betrug in unseren Fällen 12mal mindestens $1\frac{1}{2}$ Jahre als sie zur Operation kamen; 2mal (Fall 16 und 28) waren 3 Jahre, in Fall 24 4 Jahre, in Fall 1 5 Jahre, in Fall 27 gar 6 Jahre verstrichen.

Bei 25 Patienten finden wir in den Krankengeschichten die Stelle angegeben, an welcher die carcinomatöse Erkrankung begonnen, und zwar war es 16mal die Eichel, welche zuerst ergriffen wurde, 8mal das Präputium und 1mal Eichel und Vorhaut. In drei Krankengeschichten (1, 2, 6) fehlen genauere Angaben. An der Eichel präsentierte sich das Carcinom 5mal als Verhärtung, 4mal als „Wärzchen“ oder „Knötchen“, ebenso oft als Geschwür und 3mal als „Verdickung und Anschwellung“. Am Präputium trat anfänglich die Neubildung auf viermal als „Warze“ oder „Knötchen“, je einmal als „Borke“, „Geschwür“, „Verhärtung“ und „Geschwulst“.

Zur Zeit der Operation hatte das Carcinom bei 6 Patienten nur die Glans ergriffen (16, 21, 22, 24, 25, 28), bei dreien waren Glans und Präputium in Mitleidenschaft gezogen (4, 13, 26), bei 16 war der grösste Teil des Penis erkrankt, und bei zweien (2, 10) war ausser dem Penis auch das Scrotum mitergriffen. Von Fall 6 fehlt jede nähere Mitteilung.

Ueber die Prognose des Peniscarcinoms ist bekannt, dass dieselbe im Vergleich mit andern Carcinomen in Beziehung auf Me-

tastasen und hauptsächlich auf Generalisation sich günstiger gestaltet. Es können ein paar Jahre, ja unter Umständen eine ganze Reihe von Jahren verstreichen, bis der Kranke an der Kachexie zu Grunde geht. Sekundäre Leistendrüsenmetastasen lassen oft längere Zeit auf sich warten. Zur Generalisation zeigt das Peniscarcinom keine Neigung, und wenn sie in seltenen Fällen einmal eintritt (14), so geschieht dies nicht durch das Peniscarcinom an sich durch direktes Uebergreifen, sondern durch die metastatisch inficierten Leistendrüsen und zwar auf dem Blutwege, indem das Neoplasma die Wandungen der Venen durchwächst (2, 14) und so in den Blutstrom gelangt.

Wie bei der Amputation der Extremitätenkrebse gilt auch die Prognose bei der Amputation des Peniskrebses als besonders günstig. Dies gilt wenigstens für den Fall, dass der Kranke zur Operation kommt, ehe noch die Inguinaldrüsen ergriffen sind. Mit dem Ergriffensein der Leistendrüsen gestaltet sich jedoch die Prognose wesentlich ungünstiger, zumal wenn die Drüsenmetastasen bereits so weit fortgeschritten sind, dass auf eine gründliche Entfernung derselben mit Sicherheit nicht gerechnet werden kann. Wenn nun auch in einem Falle (23) — und auch in der Litteratur finden sich derartige Fälle angeführt — die mikroskopische Untersuchung einer geschwollenen excidierten Leistendrüse kein Carcinom ergab, wenn auch einige Patienten, bei welchen die geschwollenen Drüsen bei oder nach der Operation nicht excidiert wurden, trotzdem recidivfrei blieben (21, 25, 26, 27), so muss doch die Forderung aufrecht erhalten werden, dass geschwollene Lymphdrüsenpakete unter allen Umständen möglichst gründlich entfernt werden sollen. Unter unsern 28 Patienten waren die Inguinaldrüsen zur Zeit der Operation bei vieren nicht ergriffen, 12 Kranke hatten beiderseitige und drei einseitige Drüsenmetastasen. Von diesen Drüsenmetastasen ist in den Krankengeschichten nur dreimal (14, 25, 28) ausdrücklich erwähnt, dass sie während oder nach der Amputation des Penis extirpiert worden sind. Bei den andern Patienten ist hierüber nichts bemerkt.

Der Annahme Kaufmann's, als ob beiderseitige Drüsenmetastasen bei Ergriffensein des ganzen oder eines grossen Teiles der Cirkumferenz des Gliedes zu finden seien, und dass speziell einseitige Drüsenmetastasen nur bei Carcinomen vorkommen, welche auf eine Seite des Penis beschränkt seien, kann ich nach Durchsicht meiner Kasuistik nicht beipflichten; wenigstens in zweien von den 3 Fällen

einseitiger Drüsenmetastasen (9, 15) war zur Zeit der Operation die ganze oder der grösste Teil der Cirkumferenz ergriffen.

Betreffs der definitiven Resultate bei diesen 28 mit der Schneideschlinge operierten Kranken konnte ich über 24 derselben nähere Nachricht erhalten; von den vier übrigen, und zwar von den Fällen 6, 9, 20 und 28 konnte der jetzige Aufenthaltsort der Patienten nicht in Erfahrung gebracht werden.

Direkt infolge der Operation, und zwar an Pyämie, starben zwei Patienten (1 und 10), doch gehören diese beiden Todesfälle noch in die vorantiseptische Zeitperiode (1857 und 1874).

Von den andern Operierten, über deren weitere Schicksale wir unterrichtet sind, starben zwei (8 und 18) bald nach der Operation. Der eine erlag einer akuten Krankheit, während der andere einen Monat nach der Entlassung an Altersschwäche starb.

Von den übrigen Kranken sind 13 Operierte, also 54,2% vollständig recidivfrei geblieben. Hievon blieben 9 Amputierte 3 Jahre oder länger recidivfrei, resp. starben an anderweitigen Krankheiten (Fall 3, 4, 5, 7, 13, 16, 21, 22 und 23). Unter diesen sind bei Fall 5 zwanzig Jahre, bei 13 und 16 zwölf Jahre, bei 3 und 4 sieben Jahre seit der Operation verstrichen. Die Fälle 7, 21, 22 und 23 waren drei Jahre recidivfrei. Bei den letzten 4 Fällen (24, 25, 26 und 27) sind seit der Operation höchstens 2 Jahre verflossen.

Fall 3. Operiert 3. XI. 63. Gestorben 22. XII. 70 infolge eines Fussleidens. Recidivfrei.

Fall 4. Operiert 13. V. 65. Gestorben 1871 an einer Lungenentzündung. Recidivfrei.

Fall 5. Operiert 27. IV. 69. Lebt jetzt noch und ist recidivfrei.

Fall 7. Operiert 14. XI. 71. Gestorben 8. XI. 74 an Brustwassersucht. Recidivfrei.

Fall 13. Operiert 13. II. 77. Lebt jetzt noch frei von Recidiv.

Fall 16. Operiert 15. XII. 77. Lebt noch und ist ganz gesund.

Fall 21. Operiert 24. XI. 86. Lebt und ist seither stets gesund. Recidivfrei.

Fall 22. Operiert 19. IV. 87. Lebt und ist recidivfrei. (Wurde am 30. III. 89 wegen eines Lippenkarzinoms operiert.)

Fall 23. Operiert 18. X. 87. Lebt und ist vollständig frei von Recidiv.

Fall 24. Operiert 27. IX. 88. Ist völlig recidivfrei.

Fall 25. Operiert 2. III. 89. Ist ganz gesund. Kein Recidiv.

Fall 26. Operiert 26. IV. 90. Ist vollständig gesund. Kein Recidiv.

Fall 27. Operiert 10. VII. 90. Ist vollständig gesund. Kein Recidiv.

Diesen dauernd Geheilten steht ein einziger Operierter gegen-

über (Fall 5), der von einem lokalen Recidiv am Stumpfe befallen wurde und demselben nach 1 $\frac{1}{4}$ Jahren erlag.

Die übrigen 6 Operierten erlagen den Carcinommetastasen in den Inguinaldrüsen, welche zum Teil zur Zeit der Amputation des Gliedes schon weit vorgeschritten und in früherer Zeit nicht entfernt worden sind. Sie überlebten die Operation 3—22 Monate.

Fall 2. Operiert 1. X. 63. Gestorben 30. XII. 64 an einem Geschwür im Unterleib.

Fall 11. Operiert 15. I. 76. Gestorben Nov. 77. Füße und Hüfte schwellen an, es bildeten sich dort Geschwülste, welche aufrachen.

Fall 12. Operiert 21. II. 76. Gestorben III. 77. Im August 1876 bildeten sich Geschwüre am Bauch.

Fall 14. Operiert 29. X. 77. Gestorben 16. I. 68. Das Leiden ergriff die inneren Teile des Unterleibes.

Fall 17. Operiert 20. II. 78. Gestorben 15. I. 79. Bald nach der Operation entstanden fünf Geschwüre am Unterleib, welche eiterten und vom Arzt geöffnet wurden.

Fall 19. Operiert 14. XI. 82. Gestorben 13. V. 83. Die Krankheit stellte sich unter grossen Schmerzen wieder ein am Unterleib.

Die definitiven Resultate lassen sich dahin zusammenfassen, dass von 20 Operierten, die längere Zeit nach der Operation am Leben blieben, 13 (54,2%) dauernd geheilt sind, während nur einer von lokalem Recidiv befallen wurde. Diese Ergebnisse werden sicherlich durch kein anderes Amputationsverfahren verbessert. Dagegen weist die relativ grosse Zahl von 6 Operierten, die an krebssiger Entartung der Leistendrüsen zu Grunde gingen, darauf hin, dass selbst bei noch so geringer Schwellung der Leistendrüsen die Entfernung derselben zur Regel gemacht werden soll.

Anhang. Krankengeschichten ¹⁾.

1. Ch. Bürk, 53 Jahre alt, bemerkte vor 5 Jahren, dass der Urinstrahl immer dünner wurde, bis er auf die Dicke eines Stecknadelkopfes herabgesunken war. Der Penis ist in einen kurzen voluminösen Stumpf umgewandelt, der Umfang des Gliedes an der Wurzel beträgt 19 cm, am vorderen Ende 6 cm. Die harte Anschwellung, die nach hinten zu von etwas weichen Stellen unterbrochen wird, kann an der Wurzel des Gliedes bei der Betastung abgegrenzt werden. Drüsen der Leistengegend sind nicht geschwollen.

¹⁾ Die Fälle 1—17 wurden bereits im Jahre 1878 von A. Jaeger in einer Inaug.-Dissert. veröffentlicht. Die Nachfrage nach dem Gesundheitszustand der Patienten erfolgte für die Fälle 1—21 im April 1889, für die übrigen 7 Fälle im Nov. 1890.

12. XII. 57. Galvanokaustische Amputation. Die Haut des Mons veneris und des Scrotum werden mit dem Galvanokauter durchgeschnitten und dann der Penis an seiner Wurzel rasch durchtrennt. Es spritzen einige Arterien am Mons veneris, sowie eine Art. prof. pen., sie werden theils unterbunden, theils stehen sie auf Berührung mit dem Galvanokauter.

24. XII. 57 Tod an Pyämie.

2. L. Schied, 25 Jahre alt. Carcinoma Penis et scroti 1. X. 63. Galvanokaustische Amputation. Eine genaue Krankengeschichte dieses Falles ist leider nicht vorhanden. Mai 1864 Drüsenrecidiv, welchem Patient Dezember 64 erlag.

3. J. Bader, 54 Jahre alt, bemerkte im Sept. 62 eine kleine Borke an der Vorhaut von der Grösse eines Fingernagels; April 63 Circumcisio praeputii. Fünf Wochen nachher warfen sich die Ränder der Vorhaut auf, es bildeten sich wieder drei Borken, die sich rasch vergrösserten. Wasserlassen erschwert, Harnstrahl sehr dünn. Am vorderen Teile des Penis befindet sich eine unebene, höckerige, stellenweise papilläre Geschwulst, welche beinahe den ganzen Penis umgibt und nur die vorderste Spitze der Eichel frei lässt. Die Geschwulst erstreckt sich von der Harnröhrenmündung an ca. 6 cm nach rückwärts. Umfang des Gliedes 14 cm.

— 3. XI. 63. Galvanokaust. Amput. Ganz geringe Blutung. Keine Reaktion. — 22. XII. 70 gestorben an einem Fussleiden. Recidivfrei.

4. H. Maurer, 50 Jahre alt, bemerkte im Februar 64 brennende Schmerzen beim Wasserlassen an der Harnröhrenmündung. Vor einem halben Jahre zeigte sich ein stecknadelkopfgrosses höckeriges Knötchen dicht hinter der Mündung der Harnröhre. Aus der sehr engen Vorhautöffnung drängt sich eine lappige, haselnussgrosse Masse hervor. Die äussere Haut geht rechts direkt auf die Geschwulst über, links ist sie zerklüftet. Die Geschwulst fühlt sich in der Tiefe hart an, sie sitzt der Eichel pilzförmig auf. — 13. V. 65. Galvanokaust. Amputation ungefähr an der Wurzel der Eichel. Keine Spur von Blutung. Glatte Heilung.

5. J. Hauser, 44 Jahre alt, leidet seit etwa 1½ Jahren an Harnbeschwerden. Die Eichel hat die Grösse eines kleinen Hühnerreis, ist oberflächlich geschwürig. Die Harnröhrenmündung ist in der Mitte der Geschwulst ganz verdickt. Nach vorne ist das Präputium mit der Glans verwachsen. — 27. IV. 69. Galvanokaust. Amputation eines 3 Zoll langen Stückes des Penis. Eine Art. dors. pen., welche spritzt, wird unterbunden; sehr geringe parenchymatöse Blutung, die auf Andrücken von Watte steht. Glatte Heilung. — Nachtrag: Es ist kein Recidiv eingetreten. Der Operierte lebt jetzt noch.

6. J. Stork, 57 Jahre alt. Carcinoma penis. 29. III. 71 Galvanokaust. Amputation. 14. VIII. Patient kommt mit einem Recidiv wieder in die

Klinik, wird aber als nicht operierbar wieder entlassen. Eine Krankengeschichte ist nicht vorhanden. Keine weitere Nachricht.

7. G. Krämer, 65 Jahre alt. Die Mutter des Pat. starb an Brustkrebs. Pat. bemerkte vor etwa zwei Jahren seitlich von der Harnröhrenmündung einen kleinen, haselnussgrossen Knoten, welcher sich seither bis zum Umfang eines Eies vergrösserte. Der Penis ist keulenförmig angeschwollen etwa in der Länge von 10 cm. Nach der Spitze zu liegt seitlich ein schmutziges, kraterförmiges, halbguldengrosses Geschwür, in dessen Grunde man die mit einem schmutzigen Ueberzuge versehene Eichel erkennt. Ausserdem sind auf dem Rücken des Penis noch mehrere bis thalergrosse, unregelmässige, unterminierte Geschwüre. Grösste Circumferenz des Penis 17 cm. Die Geschwulst setzt sich gegen die hintersten Teile des Penis scharf ab. — 14. XI. 71. Galvanokaust. Amputation. Abtragung ohne einen Tropfen Blut. Reaktion gering. — Okt. 74 gestorben an Brustwassersucht, recidivfrei.

8. A. Schenk, 83 Jahre alt, bemerkte seit $\frac{1}{2}$ Jahr Anschwellung der Eichel und Vorhaut, dabei brennende Schmerzen, Wasserstrahl dünner, Wasserlassen erschwert. Umfang des Gliedes 13 cm. Die Eichel erscheint unregelmässig verbreitert, Vorhaut starr und hart. Der Penis ist in einer Länge von 7 cm hart und knotig anzufühlen. Gegen den Mons veneris lässt sich das Kranke genau abgrenzen. — 14. XI. 71. Galvanokaustische Amputation ohne Verlust eines Tropfen Blutes. Gar keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. bald nach seiner Entlassung gestorben.

9. G. Gauch, 52 Jahre alt, bemerkte zuerst vor $1\frac{1}{2}$ Jahren an der unteren Fläche des Gliedes in der Nähe des Orific. ext. urethrae eine verhärtete Partie von etwa halber Bohnengrösse. Das Urinieren war sehr schmerzhaft. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr trat auch auf der oberen Fläche der Eichel ein Knötchen auf, das ulcerierte und eine Perforation in die Harnröhre herbeiführte. Die vorderen zwei Drittel des Penis werden von einer Neubildung eingenommen, die teilweise in geschwürigem Zerfall begriffen ist. Beinahe die ganze Eichel ist zerstört. Umfang des Gliedes 13 cm. Inguinaldrüsen links geschwollen. — 17. X. 73. Galvanokaust. Amputation $1\frac{1}{2}$ cm hinter der fühlbaren Grenze der Neubildung. Eine geringe Blutung durch den Galvanokauter gestillt. — Weitere Nachrichten über den Kranken fehlen.

10. Ch. Beyerlen, 46 Jahre alt. Phimosis congenita, im 21. Lebensjahre operiert. Vor 10 Monaten habe er an der Vorhaut zuerst eine warzenartige Bildung gesehen, welche schliesslich die ganze Vorhaut eingenommen habe; vor $\frac{1}{2}$ Jahr sei die Härte und der geschwürige Zerfall auch auf die Eichel übergegangen. Die Pars pendula des Penis ist von der dreifachen Dicke. Die Induration erstreckt sich noch weiter auf die Wurzel des Gliedes. Vorhaut ulceriert, mitten in derselben sieht man in

der Tiefe die geschwüurig zerfallene Eichel. Leistendrüsen beiderseits angeschwollen. — 17. I. 74. Galvanokaust. Amputation. Die Scrotalhaut wird nach vorne entlang der unteren Seite des Penis durchtrennt, sodann an der Basis dieses Schnittes der Penis abgetragen. — 25. I. 74 Tod an Pyämie.

11. A. Tott, 48 Jahre alt, Phimotiker, bemerkte vor einem Jahre zuerst ein Dickerwerden der Glans und eine Verhärtung der Umgebung der Harnröhrenmündung. Dasselbst bildete sich ein Geschwür, das auf Vorhaut und Eichel übergriff. Umfang des Gliedes 16 cm; sein vorderes Ende in ein kraterförmiges Geschwür mit unregelmässigen, höckerigen, derben Rändern verwandelt. Rechts und links geschwollene Lymphdrüsen. — 15. I. 76. Galvanokaust. Amputation. Unterhalb der Wurzel des Gliedes wird das Scrotum durchstossen und dann durchgeglüht, sodann der Penis hinter der Erkrankung abgetragen. Eine Art. dors. pen. wird unterbunden. Geringe Reaktion. Heilung.

12. J. Junger, 64 Jahre alt. Phimosis congenita. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr bemerkte Pat. ein etwa erbsengrosses Knötchen rechts an der Eichel, das allmählich wuchs und die Vorhaut beträchtlich ausdehnte. Wasserlassen erschwert. Am vorderen Ende des Penis eine kleinapfelgrosse, spindelförmige, derbhöckerige Geschwulst mit scharfer Abgrenzung nach hinten. Grösster Umfang $12\frac{1}{2}$ cm. Ein etwa 3 cm langes Stück des Penis hinten ist frei. Leistendrüsen beiderseits geschwollen. — 21. II. 76. Galvanokaust. Amputation. Vollständig unblutige Abtragung hinter der Geschwulst. Keine Reaktion. Heilung. — III. 77 gestorben an Drüsenrecidiv.

13. J. Reibmann, 46 Jahre alt. Phimose. Vor einem Jahr bemerkte Patient an der rechten Seite der Eichel eine erbsengrosse Anschwellung. Seit 4 Wochen entleert sich Eiter aus der Vorhautmündung. Die Eichel ist von unregelmässiger Oberfläche, stellenweise deutlich induriert. — 13. II. 77. Galvanokaust. Amputation hinter der Corona glandis. Kein Tropfen Blut. Geringe Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. lebt jetzt noch und ist frei von jedem Recidiv.

14. S. Hartmann, 57 Jahre alt. Seit $\frac{3}{4}$ Jahren Beschwerden beim Wasserlassen. Vor $\frac{1}{2}$ Jahr zeigte sich links hinter der Eichel eine bohnen-grosse, ulcerierte, verdickte Fläche. Das Präputium ist an der oberen Umschlagsfalte verdickt und ulceriert, ebenso die obere sichtbare Partie der Eichel. Die Verhärtung zieht sich im Stamme des Penis 7 cm weit nach hinten fast bis zum Ende des Schaftes. In der linken Leistengegend eine nussgrosse Drüse. — 29. X. 77. Galvanokaust. Amputation des Penis hinter der carcinomatösen Entartung. Exstirpation der geschwollenen Leisten-drüse mit dem Messer. Keine Reaktion. Heilung. — 18. I. 78 ge-

starben an Entkräftung. Das Leiden hatte die „inneren Teile des Unterleibs ergriffen“.

15. A. Geiselhard, 51 Jahre alt. Seit $1\frac{1}{2}$ Jahren auf der inneren Lamelle der Vorhaut eine linsengrosse Verhärtung, die auf den Penis übergrieff und in ein Geschwür überging das in letzter Zeit die Harnröhre perforierte. Die linke Hälfte des Sulcus retroglandularis, resp. die bedeckende Vorhaut sind Sitz eines tiefen Geschwürs mit unregelmässigen, zerfressenen Rändern, hinter der Eichel vertieft es sich bis in die Harnröhre. In der Fläche breitet es sich auch auf die rechte Seite des Präputium aus, so dass dasselbe nur in der Mitte die normale Bedeckung hat. Im Stamme des Penis erstreckt sich die Verhärtung 6,5 cm nach hinten. Grösste Cirkumferenz 19 cm. Leistendrüsen rechts bis Bohnengrösse geschwollen. — 12. XII. 77. Galvanokaust. Amputation. Der Penis wird am Stamme mit einem kleinen Gummischlauch umbunden und peripher von diesem durchgeglüht. Eine geringe Blutung aus den Corp. cavern. wird mit Baumwolltampons gestillt. Keine Reaktion. Heilung. — II. 79. Gestorben an Recidiv, das sich bald nach der Operation wieder eingestellt hatte.

16. L. Eppele, 52 Jahre alt, bemerkte vor etwa drei Jahren an der Eichel eine linsengrosse verdickte Stelle. Vor $\frac{1}{4}$ Jahr bildeten sich Wärzchen um die Wucherung. Von dieser wurde die Harnröhre allmählich komprimiert, so dass jetzt der Urin nur tropfenweise abgeht. Die Induration hat sich über die ganze Eichel verbreitet. Leistendrüsen frei. — 15. XII. 77. Galvanokaust. Abtragung 1 cm hinter der Eichel. Eine spritzende Art. dors. pen. wird mit Catgut unterbunden. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. lebt jetzt noch und ist ganz gesund. Vor 2 Jahren musste er wegen Verengung der Harnröhrenmündung operiert werden.

17. F. Knörzer, 69 Jahre alt, bemerkte vor einem Jahr an der Vorhaut 6—8 linsen- bis erbsengrosse hervorragende, derbe Knötchen, die vor $\frac{1}{2}$ Jahr aufbrachen. Die Verdickung und Verschwärung wuchs, so dass seit 2 Monaten die Vorhaut ringsum verdickt und ulceriert ist. Etwa das vordere Viertel des Schaftes ist verdickt, auf der Oberfläche ulceriert. — 20. II. 78. Galvanokaust. Amputation. Kein Tropfen Blut. Keine Reaktion. Heilung. — 15. I. 79. Gestorben an Drüsenrecidiv.

18. C. Bürkle, 77 Jahre alt. Phimose, vor 9 Jahren operiert. Vor $\frac{1}{4}$ Jahr bemerkte Pat. eine Verdickung der Eichel an der obern äussern Seite, welche allmählich wuchs und sich auf den ganzen vorderen Teil des Penis ausbreitete. Urinieren erschwert. Der Penis stellt einen dicken Kolben von derber Konsistenz dar, der sich nach hinten zu verjüngt; grösste Cirkumferenz 15 cm. An Stelle des Orific. praeput. sitzt ein 5 Markstück grosses Geschwür, welches gleichmässig Eichel und Vorhaut einnimmt. Die Anschwellung des Penis erstreckt sich bis ein Fingerbreit

vor die Symphyse. Rechts und links mandelgrosse Leistendrüsen. — 10. V. 82. Galvanokaust. Abtragung dicht vor der Symphyse. Heilung. — Nachtrag: Pat. starb 1 Monat nachher recidivfrei an Altersschwäche.

19. Ch. Haag, 65 Jahre alt. Vor etwa 2 Jahren verletzte sich Pat. vorn am Penis durch einen Stoss. Nach einiger Zeit bemerkte er vorne am Glied eine Anschwellung, die allmählich sich vergrösserte und eitriges, stinkendes Sekret lieferte. Das vordere Ende der Pars pendula penis ist kolbig verdickt, die Anschwellung unregelmässig höckerig, derb, hart, geht bis 3 Fingerbreit vor die Symphyse. Aus der Präputialöffnung fliesst dünnes jauchiges Sekret. Inguinaldrüsen beiderseits erbsengross geschwollen. — 14. XI. 82. Galvanokaust. Abtragung zwei Fingerbreit vor der Symphyse. Kein Tropfen Blut. Heilung. — 13. V. 83. Gestorben an Leistendrüsenrecidiv.

20. J. Schüb, 49 Jahre alt. Phimose. Vor mehreren Jahren Tripper, der nie vollständig geheilt wurde, sowie spitze Condylome. Die Wucherung entwickelte sich angeblich vor ca. 2 Jahren. Blumenkohlartige, 3 cm lange, 1,5 cm breite, gut 1 cm hohe papillomatöse Wucherung am Präputium, an der Umschlagstelle auf die Corona glandis übergehend. Leistendrüsen wenig geschwollen. — 23. II. 84. Galvanokaust. Abtragung eines 4 cm langen Stückes. Kein Tropfen Blut. Ganz geringe Nachblutung. Heilung. — Nachtrag: Weitere Nachrichten fehlen.

21. R. Wallun, 39 Jahre alt. Phimosis, operiert. Vor 1½ Jahren bemerkte Pat. an der Eichel ein kleines Geschwür, das allmählich weiter griff. Etwa zwei Drittel der ganzen Peripherie der Eichel von einer diffusen, grobwarzigen Neubildung eingenommen, die sich hart anfühlt und in das Gewebe der Glans selbst eindringt. An einer Stelle überschreitet sie noch einige mm den Sulcus retroglandularis. Inguinaldrüsen beiderseits infiltriert. — 24. XI. 86. Galvanokaust. Amputation des Penis hinter der Corona glandis. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. lebt recidivfrei, ist stets gesund.

22. L. Coblenz, 68 Jahre alt. Phimose. Seit 2 Jahren warzige Auswüchse an der Eichel. Am linken Umfange derselben markstückgrosse, grobpapilläre Wucherung, die sich als Verdickung und Verhärtung noch etwa 1 cm über die Corona fortsetzt, auf der rechten Seitenhälfte 5—6 hauthornartige Prominenzen. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. — 19. IV. 87. Galvanokaust. Abtragung 2 cm hinter der Corona glandis. Infolge einer Erektion leichte Nachblutung. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. völlig recidivfrei. Am 30. III. 89 in der Klinik wegen Lippen-carcinom operiert.

23. J. Held, 49 Jahre alt. Vor einem Jahr Stoss gegen die vordersten Teile des Präputium. Aus der Wunde sei ein hartes Knöpfchen entstanden, das geschwürig wurde und in letzter Zeit rasch auf die Eichel



und von da auf den Schaft des Penis übergegriffen habe. Rechts und links in der Inguinalgegend bohngrossen Drüsen. Die Eichel hat oben das geschwürig zerfallene Präputium durchbrochen und wird nun ringförmig von dem Geschwür umfaßt. Das Geschwür reicht $1\frac{1}{2}$ Querfinger breit auf den Schaft des Penis und hat scharf abgesetzte zackige Ränder, die hart infiltriert sind. — 18. X. 87. Galvanokaust. Abtragung ungefähr in der Mitte des Penis. Keine Spur von Blutung. Exstirpation einer Drüse (mikroskopische Untersuchung ergab kein Carcinom). Geringe Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. lebt noch und ist vollständig recidivfrei.

24. M. Kick, 57 Jahre alt. Vor 4 Jahren erbsengrosse Geschwürsfläche auf der Rückenfläche der Eichel. Seit 1 Jahr sei das Geschwür stärker gewachsen. Die ganze Eichel ist um das Doppelte vergrössert, in ein blumenkohlartiges, leicht blutendes Geschwür umgewandelt. Die Urethra mündet etwa $\frac{1}{2}$ cm nach vorne von der Corona. Die Infiltration ist auf die Glans beschränkt. Keine Drüsenmetastasen. — 27. IX. 88. Galvanokaust. Abtragung 1 cm hinter der Corona glandis. Keine Blutung. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. ist völlig recidivfrei.

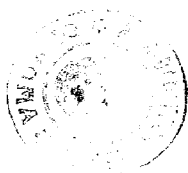
25. J. Marquart, 70 Jahre alt. Vor $\frac{3}{4}$ Jahren an der Mündung der Harnröhre ein Geschwür, das sich rasch vergrössert haben soll. An Stelle der Eichel ein über hühnereigrosser ulcerierter Tumor, der papilläre Wucherung zeigt. Etwa die vordere Hälfte des Penis ist in dem Tumor aufgegangen. Leichte Drüsenanschwellung auf beiden Inguinalseiten. — 2. III. 89. Galvanokaust. Abtragung 1 cm hinter dem Tumor. Kein Tropfen Blut. Excision zweier Drüsen. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. ist vollständig wieder hergestellt, erfreut sich des besten Wohlsins.

26. J. Schultes, 71 Jahre alt. Phimosis congenita. Pat. bemerkte seit $2\frac{1}{2}$ Monaten die Entstehung einer Geschwulst an der Mündung der Eichel, welche seither stets wachse. Keine Beschwerden. Am vorderen Teil des Penis eine wallnussgrosse, höckerige, blumenkohlartige Geschwulst, welche am vordersten oberen Teile der Vorhaut sitzt. Der Tumor samt der Vorhaut ist etwas verschieblich, aber in der Mitte mit der Eichel verwachsen. In beiden Inguinalgegenden geschwollene Drüsen. — 26. IV. 90. Galvanokaust. Amputation 1 cm über der Grenze des Carcinoms. Nach Lösung des Esmarch'schen Schlauches kein Tropfen Blut. Urethroplastik. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. ist vollständig gesund und recidivfrei.

27. F. Bauer, 61 Jahre alt. Seit 6 Jahren Verhärtung am Penis, die langsam gewachsen. Keine Beschwerden beim Urinieren. Papilläre Wucherung an der Corona glandis, welche fast bis zur Mitte der Eichel reicht und sich cirkulär um die Corona erstreckt. Hinter der Glans ist der Schaft des Penis 2 cm weit hart infiltriert, nur der untere Teil des Penis,

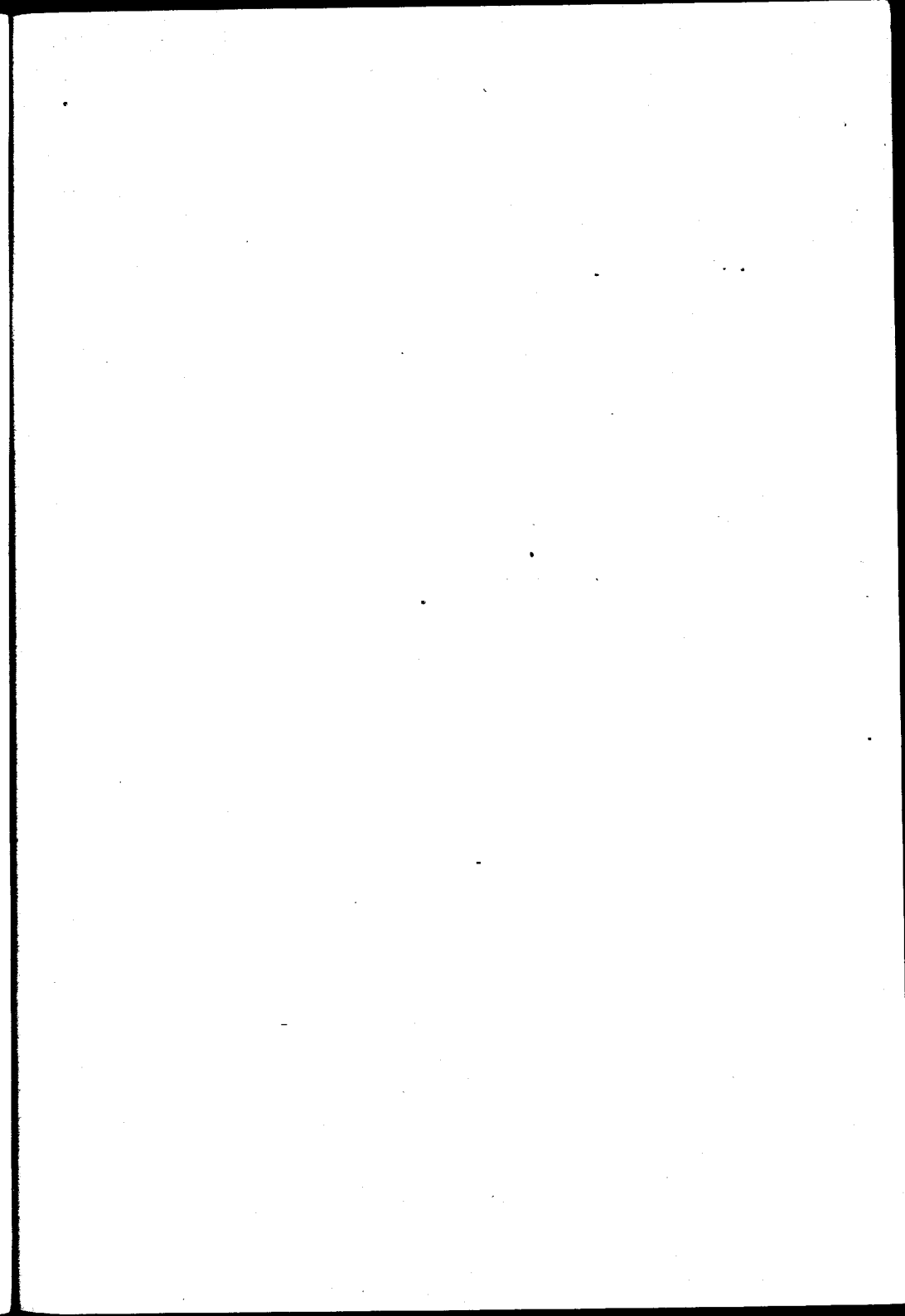
die Urethra und Umgebung sind frei. Inguinaldrüsen beiderseits infiltriert. — 10. VII. 90. Galvanokaust. Abtragung 1 cm hinter dem Tumor. Kein Tropfen Blut. Urethroplastik. Aufpudern von Jodoform. Keine Reaktion. Heilung. — Nachtrag: Pat. gesund. Kein Recidiv.

28. J. Benz, 63 Jahre alt. Vor einem Jahre vorne in der Eichel eine kleine Verhärtung, welche allmählich gewachsen sei. Hochgradige Phimose. Leichte Schwellung und Rötung des Präputium. Bei Druck entleert sich aus der engen Oeffnung des Vorhautsackes stinkende, trübe Flüssigkeit. Man fühlt unter der Haut einen deutlichen, derben Tumor an der hinteren Seite der Eichel. Die Infiltration ist auf die Eichel beschränkt. Der Tumor ist ziemlich flach, etwa fingerdick. Rechts zwei haselnussgrosse, leicht verschiebbliche, geschwollene Leistendrüsen. links nur ganz kleine Drüsen. — 26. VII. 90. Galvanokaust. Abtragung fingerbreit von der Eichel. Kein Tropfen Blut. Urethroplastik. Jodoformeinreibung. Exstirpation der Inguinaldrüsen. Keine Reaktion. Heilung.



16715





26320