



Aus dem städtischen Krankenhause zu Kiel.

Ueber Urethralstricturen nach Cholera.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Carl Kohn

approb. Arzt

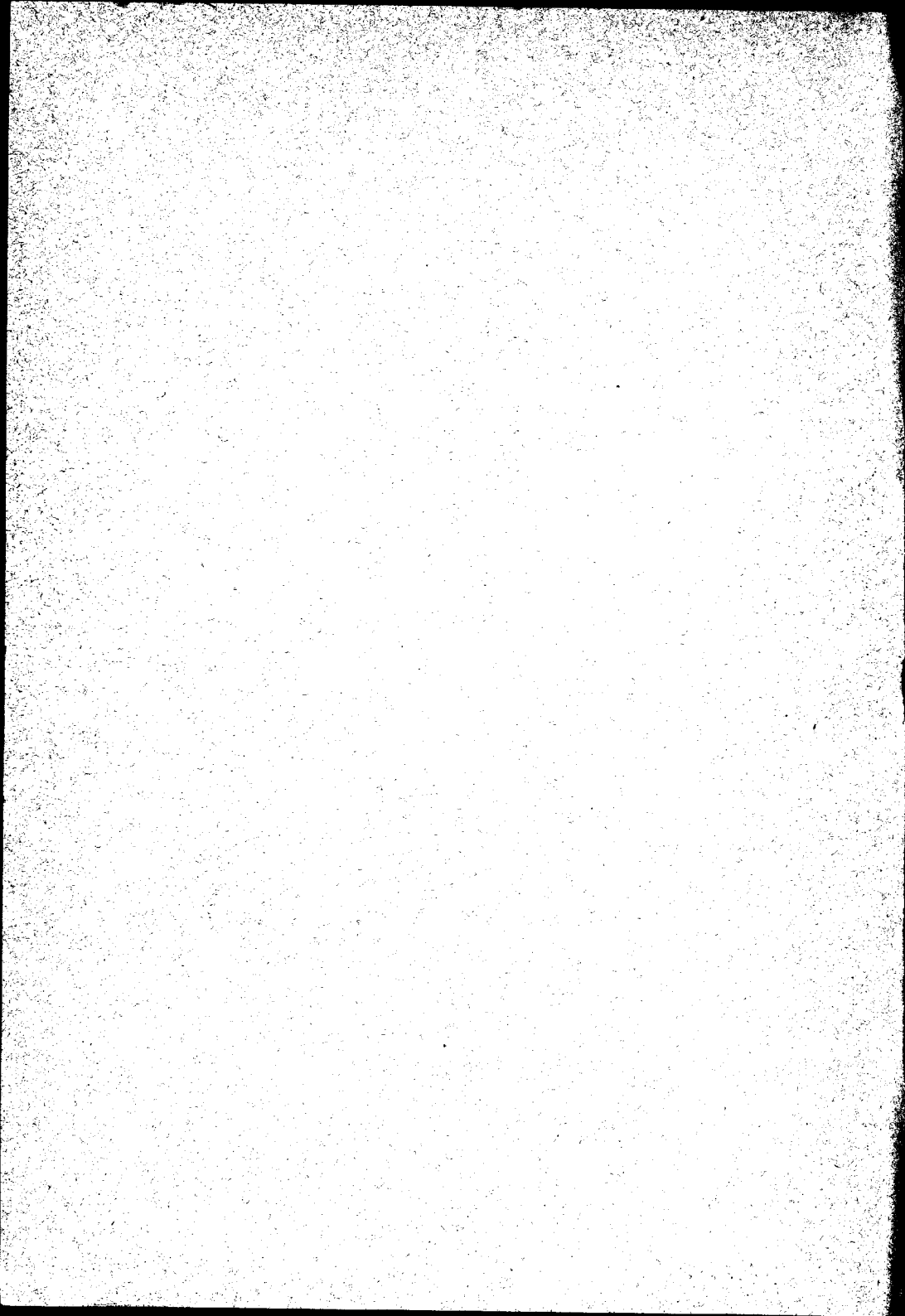
aus Crien, Vor-Pommern.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1895.



Aus dem städtischen Krankenhause zu Kiel.

Ueber Urethralstricturen nach Cholera.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Facultät zu Kiel

vorgelegt von

Carl Kohn

approb. Arzt

aus Crien, Vor-Pommern.



KIEL.

Druck von P. Peters.

1895.

Nr. 23.

Rectoratsjahr 1895/96.

Referent: Quincke.

Zum Druck genehmigt: Quincke,
z. Zt. Decan.

Seinen lieben Eltern
in Dankbarkeit

gewidmet

vom Verfasser.

Über Urethralstricturen nach Cholera.

Trotz der grossen Nähe Hamburgs und des lebhaften Verkehrs mit dieser Stadt, hat in Kiel die Cholera nie eine grössere Ausdehnung angenommen: zur Zeit der grossen Hamburger Epidemie im Sommer und Herbst 1892 sind in Kiel nur ganz vereinzelte Fälle von Cholera vorgekommen, von denen feststeht, dass sie in der Stadt selbst entstanden sind und auch bei diesen liess sich nachweisen, dass sie mit Hamburger Cholerakranken in Berührung gekommen waren. Alle übrigen Erkrankten während dieser Zeit waren aus Hamburg entweder bereits cholerakrank hier angekommen oder hatten doch kurz nach der Ankunft in Kiel bereits verdächtige Symptome gezeigt. Im Herbst 1893 wurden kurz hintereinander 2 Männer in die Cholerabaracke des Kieler städtischen Krankenhauses eingeliefert, welche beide von Hamburg zugereist kamen.

Der Verlauf war bei beiden ein schwerer. Besonders aber erregte der eine Fall wegen einer wohl öfter vorkommenden, aber bisher nicht beschriebenen Komplikation unser Interesse; ich lasse die Krankengeschichte darum etwas ausführlicher folgen:

Richard St., Sattler, 18 Jahre alt, aus Dessau gebürtig, zur Zeit ohne festen Wohnsitz, auf der Wanderschaft begriffen, ging am Freitag den 15. September von Harburg nach Hamburg, logierte die ersten Nächte im städtischen Asyl zu Hamburg, die dritte Nacht in der Herberge 2. Zimmerstrasse; er hat ziemlich viel Leitungswasser getrunken. Gleich am ersten Tage stellte sich Durchfall und Erbrechen ein; Patient hatte wegen Geldmangels wenig Nahrung zu sich genommen an diesem Tage, am zweiten Tage jedoch ziemlich viel. Am Montag Mittag 1 Uhr wanderte St. weiter und kam bis hinter Altona, am Donnerstag Abend erreichte er Neumünster. Am Tage zuvor traf Patient in Itzehoe

einen Freund, der sehr krank war an Erbrechen und Durchfall. Derselbe soll nachher im Itzhoer Krankenhause untergebracht worden sein. Er hat längere Zeit neben ihm gegessen und sich mit ihm unterhalten. Am Freitag Abend kam Patient von Neumünster in Kiel an und logierte die Nacht in der Centralherberge, Alte Reihe, hier; daselbst starker Durchfall, wie Wasser. Am Sonnabend, den 23. früh nach dem Kaffee trat wiederum heftiges Erbrechen auf, die Kräfte des Patienten liessen sehr nach. Er wurde durch die Polizei in die Cholerabaracke des städtischen Krankenhauses gebracht. Urin ist am letzten Morgen in geringer Menge entleert.

Status: Cyanose der Lippen und des Gesichts; Puls kaum fühlbar; Schmerzen an der Aussenseite der Oberschenkel und in der Gegend des Sternums; krampfartige Schmerzen in den Waden; starker Durst; Leib sehr eingesunken; in der linken Seite des Leibes Dämpfung; Gefühl von Schwappen daselbst; Milz nicht vergrössert; Zunge etwas belegt, feucht; Augen eingesunken; Temperatur 36° C.

Abends. Da Patient in der ersten Zeit keine Entleerungen hatte, wurde mittelst Darinrohr etwas Stuhl entleert. Derselbe war reiswasserähnlich, zeigte jedoch noch fäculenten Geruch. In demselben wurden zahlreiche Kommabacillen gefunden. Es sind dann nachher noch einige ähnliche Stühle entleert von etwas mehr fäculenter Beschaffenheit: — es waren mehrere Tanninklystiere gegeben. — Patient wirft sich unruhig im Bette umher, erbricht alles, was er zu sich nimmt und verlangt eigentlich immer nur nach Wasser. Urin ist nicht gelassen. Puls ist nicht fühlbar; Extremitäten sind kalt. Auch nach der Infusion von Kochsalzlösung keine wesentliche Besserung.

24. IX. Patient hat in der Nacht noch viel erbrochen, er war sehr unruhig. Extremitäten sind immer noch sehr kalt; Puls kaum zu fühlen. Nach Kochsalzinfusion und Kampfer deutliche Besserung des Pulses. Stuhl dünn, mit Schleim und dunkelbraunen Flocken vermischt, sehr übelriechend. Cyanose nicht mehr so stark. Kein Erbrechen, aber häufige Würgbewegungen. Urinentleerung ist bis jetzt noch nicht erfolgt

25. IX. Zustand hat sich wesentlich gebessert. Puls dauernd

gut. Cyanose nicht mehr deutlich. Extremitäten nur noch wenig kühl anzufühlen. Augen weniger eingesunken. Urin soll Patient die Nacht unter sich gelassen haben. Stühle sind noch dünn, mit braunen Flocken und Schleim vermischt und von üblem Geruch; sie werden noch ziemlich häufig entleert; denselben scheint etwas Blut beigemischt. Patient fühlt sich sehr matt, hält die Klystiere und Stühle nur schlecht. In der linken Bauchseite Dämpfung. Kein Erbrechen. Keine Urinentleerung.

26. IX. Puls andauernd gut; Extremitäten ziemlich warm; Lippen rot. Es sind 400 ccm. Urin entleert, spezifisches Gewicht desselben 1014 $\frac{1}{2}$, mit ziemlich viel Indoxyl- und Eiweissgehalt. Leib noch stark eingesunken, in der linken Bauchseite Dämpfung. Milz scheint wenig vergrößert, ist aber nicht palpabel. Es werden noch ziemlich zahlreiche Stühle entleert, dünn, mit wenig Schleim; kein Blut darin. Die Induration und Druckempfindlichkeit der Oberschenkel, die nach den Infusionen auftritt, ist verschwunden. In der linken Seite des Abdomens und Rückens einzelne etwas erhabene quaddelähnliche Efflorescenzen, die zum Teil zusammen stehen und an der Oberfläche Neigung zur Bläschenbildung zeigen. Ueber den Lungen nichts abnormes. Zunge sehr stark belegt, trocken. Erbrechen ist nicht mehr erfolgt. An den beiden Trochanteren und auf dem Kreuzbein beginnender Dekubitus.

27. IX. Die Efflorescenzen sind wieder verschwunden. Patient ist ziemlich stark soporös. Zunge stark belegt, trockene Entleerungen erfolgen noch ziemlich häufig. Dieselben sind sehr dünn und mit dunkelgelben Flocken vermischt; sie haben galliges Aussehen; etwas Blut ist ihnen beigemischt. Klystiere können nicht mehr gehalten werden.

28. IX. Puls kräftig; Atmung langsam und vertieft. Zunge noch stark belegt, trocken. Patient ist soporös; kein Erbrechen; Stühle unverändert; ziemlich viele, mit dunkelroten Blutflocken untermischt. Im Urin Eiweiss und viel Indoxyl.

29. IX. Patient ist noch soporös; Augen noch etwas eingesunken. Atmung langsam, sehr tief. Keine Kyanose, kein Erbrechen. Puls kräftig. Ueber den Lungen nichts abnormes. Ziemlich häufige Entleerungen, sie sind schleimig, fäculent und

ohne Blutbeimengung. Starke Diurese, mässige Mengen Eiweiss und Indoxyl im Urin.

30. IX. Patient hat in der Nacht deliriert, jetzt ist er nur wenig benommen. Puls ist kräftig, nicht beschleunigt. Im Stuhl wieder ganz geringe Spuren Blutes; nicht sehr viele Entleerungen. Die Blase ist stark gefüllt und reicht bis 2 Finger breit unter dem Nabel. Urin kann spontan entleert werden, jedoch nur langsam: ziemlich viel Eiweiss. Zunge etwas geschwollen.

1. X. Puls kräftig, etwas frequent. Patient ist ziemlich stark soporös. Beide Konjunktiven stark gerötet, etwas eitriges Sekret, besonders rechts: hier auch unten geringe perikorneale Injektion. Die Blase reicht bis fingerbreit unter dem Nabel; da Urin nicht spontan gelassen wird, wird Patient katheterisiert. Nélaton-Katheter Nr. 18 geht ohne besonderen Widerstand durch: es werden 1100 ccm. blassen Urins entleert. Die Blase kontrahiert sich nur langsam, sie ist nur durch Druck völlig zu entleeren. Im Urin ziemliche Mengen Eiweiss und Indoxyl. Temperatur normal; abends steigt die Temperatur auf 38,4° C.

2. X. Patient immer noch soporös. Ueber den Lungen hinten unten beiderseits Atmungsgeräusch etwas verschärft, einzelne trockene Rasselgeräusche. Urinverhaltung besteht fort. Patient lässt Faeces unter sich, dieselben sind dünn, mit Schleim und einzelnen kleinen Blutflecken untermischt. An den Händen und Füßen ziemlich zahlreiche, hellrote Flecke, wenig erhaben, auf Druck erlassend, zum teil konfluierend. Temp. 38,6° C.

3. X. Benommenheit etwas geringer; Atmung nicht mehr so tief und mühsam. Urinverhaltung besteht fort. In dem durch den Katheter erhaltenen Urin immer noch etwas Eiweiss und Indoxyl. Zunge mit braunen Borken belegt, sehr trocken und etwas geschwollen. Die Effloreszenzen auch an den Unterschenkeln und Unterarmen ausgebildet. Temperatur 38,8° C.

5. X. Patient nur noch wenig benommen, das Exanthem erblasst. Es wird nach warmen, feuchten Umschlägen auf das Abdomen meistens Urin spontan entleert. Nur einige Male muss der Katheter eingeführt werden; es wird stets derselbe weiche Nélaton-Katheter benutzt; kurz vor dem Eintreten des Katheters

in die Blase trifft man auf einen Widerstand, der nach mehreren Versuchen überwunden wird. Im Urin immer noch geringe Mengen Eiweiss und Indoxyl, sowie vereinzelte Cylinder. Die Stühle beginnen fester zu werden; sie sind dunkel gefärbt und enthalten keine Blutbeimengungen. Hinten unten beiderseits über den Lungen vereinzeltes trockenes Rasseln, keine Dämpfung. Temp. 38,8° C.

6. X. Abends. Die Benommenheit ist verschwunden, ebenso das Exanthem. Urin wird spontan entleert, ist trübe und von neutraler Reaktion. Im Urin ziemlich zahlreiche Eiterkörperchen. Der Leib ist etwas aufgetrieben, überall tympanitischer Schall. Deutliches Gurren rechts und links. Milz nicht palpabel. Die Lippen sind etwas geschwollen. An den Mundwinkeln einzelne Rhagaden. Auf der Wangenschleimhaut sieht man mehrere eitrig belegte Erosionen. Auf dem weichen Gaumen befindet sich beiderseits eine ziemlich ausgedehnte Erosion, welche in der Mitte mit brauner Borke belegt ist und am Rande einen weissen Belag aufweist. Auch auf den Tonsillen sind ziemlich ausgedehnte, weiss belegte erodierte Stellen. Temp. 37,8° C.

9. X. Dekubitus beinahe ganz geheilt, keine Benommenheit. Die Erosionen auf der Wangenschleimhaut sind zwar etwas kleiner geworden, zeigen jedoch noch eitrigen Belag. Der Urin ist noch etwas getrübt, zeigt deutliche alkalische Reaktion. Eiweiss und Indoxylgehalt ist nicht mehr deutlich nachweisbar. Es besteht ziemlich starke Diurese. Der Leib hat tympanitischen Perkussionsschall, links ist der Schall etwas gedämpft. Kein Gurren. Ueber den Lungen hinten unten noch trockenes Rasseln, keine Dämpfung. Das subjektive Befinden ist gut. In den Dekubitionen von gestern sind noch im hygienischen Institut Cholera-bacillen gefunden. Temp. 37,60°.

14. X. Die Ulcerationen auf der Wangenschleimhaut und den Tonsillen sind fast ganz geheilt. An den Lippen besonders im Mundwinkel sind noch einzelne kleine wenig belegte Erosionen. Allgemeinbefinden gut. Stühle normal. Ueber den Lungen nichts abnormes.

17. X. Auch die Ulcerationen an den Lippen sind geheilt. Die Rachenschleimhaut ist noch etwas gerötet, aber nicht erodiert. Zunge rein, Haut und Schleimhäute ziemlich blass.

Appetit sehr gut. Stuhlgang normal, Urin noch etwas trübe, ohne Eiweiss und Indoxyl. In den Dejektionen vom 15. sind keine Kommabacillen mehr gefunden; Patient ist daher gestern von der Cholerabaracke auf die Krankenstation verlegt.

18. X. Urin klar, kein Eiweiss, kein Indoxyl, keine Eiterkörperchen mehr.

19. X. Rachenschleimhaut immer noch ziemlich gerötet. Zunge etwas belegt. Decubitus völlig verheilt.

25. X. Entzündung im Rachen verschwunden, Zunge rein. Appetit gut; keine Klagen; sonstiger Befund normal.

30. X. Seit zwei Tagen besteht Schmerzhaftigkeit der vorderen Urethra, sowohl spontan, als besonders beim Urinieren. Urethralmündung wenig gerötet, etwas verklebt. Vorderer Teil der Urethra druckempfindlich. Es entleert sich kein Eiter, Urin klar. Patient ist ziemlich anämisch, sonstiger Befund normal.

30. XI. Der Kranke hat bis heute immer dieselben Klagen gehabt: Ausfluss aus der Harnröhre ist nicht dagewesen; die Urethralmündung ist immer noch gerötet. Der Urin wird in feinem Strahle entleert, ist völlig klar und reagiert sauer. Beim Einführen eines Bougie's stösst man etwa 2 cm. hinter der Urethralöffnung auf einen Widerstand, es ist unmöglich, ein Bougie durch die enge Stelle hindurchzubringen; nur mit einer ganz feinen Sonde dringt man durch. Etwa 8 cm. von der Harnröhrenmündung entfernt ist die Urethra wieder verengt, die Stelle ist ebenfalls nur mit einem sehr feinen Bougie zu passieren. Die hintere Stricture ist etwa einen cm. lang und an beiden Enden etwas stärker verengt, wie in der Mitte. Der Kranke wird nun regelmässig bougiert.

8. II. 94. Vordere Stricture für Bougie Nr. 20 durchgängig.

13. III. 94. Die hintere Stricture ist erst ganz allmählich besser geworden, zuletzt für Bougie Nr. 22 durchgängig. Die vordere Stricture ist sehr viel schneller erweitert. Geheilt entlassen.

Fassen wir noch einmal kurz alles Wichtige zusammen: Wir sehen am 1. X., also am 9. Krankheitstage die Cholera unter Temperatursteigerung in das Typhoidstadium eintreten; die Blase ist seit dem 30. X. stark gefüllt, an genanntem Tage wird jedoch, wenn auch langsam, noch spontan Urin entleert, am 1. X. muss

derselbe mit dem Katheter geholt werden. Der weiche Nélaton-Katheter No. 18 geht ohne Hinderniss in die Blase, bis zum 5. X. ist noch mehrmaliges Einführen des Katheters (es wird stets dieselbe Nummer genommen) notwendig, kurz vor dem Eintreten in die Blase stösst man auf einen Widerstand, der nach mehreren Versuchen überwunden wird; der Urin ist noch eiweiss-haltig am 6. X. sieht man auf der Wangenschleimhaut mehrere eitrig belegte Erosionen, auf dem weichen Gaumen befindet sich beiderseits eine ziemlich ausgedehnte Erosion, welche in der Mitte mit brauner Borke belegt ist und am Rande einen weissen Belag aufweist; derselbe Befund auf den Tonsillen. Der spontan entleerte Urin ist trübe und von neutraler Reaktion; es sind ziemlich zahlreiche Eiterkörperchen darin enthalten. Am 9. X. ist der Urin noch etwas getrübt und zeigt deutliche alkalische Reaktion; Eiweissgehalt nicht mehr nachweisbar. Am 18. X. ist der Urin klar, ohne Eiweiss und Eiterkörperchen. Die Ulceration auf der Wangenschleimhaut und den Tonsillen sind seit dem 14. X. fast ganz geheilt und am 25. X. ist auch die Entzündung der Knochenschleimhaut verschwunden.

Am 30. XI. also etwa 4 Wochen nachher wird die Untersuchung der Harnröhre vorgenommen, weil der Kranke seit Wochen über Schmerzen in der vorderen Urethra besonders beim Uriniren geklagt hat und der Urin jetzt in feinem Strahle entleert wird. Ausfluss aus der Harnröhre ist nie beobachtet worden. Den Untersuchungsbefund siehe oben.

Unter gewöhnlichen Umständen nun wäre es nichts absonderliches, Harnröhrenstricturen bei einem Manne zu konstatieren. Bei unserem Kranken war dieser Befund auffallend; es fehlte jeder Anhaltspunkt für die so schnelle Entstehung der Stricturen. Am nächsten lag die Annahme einer Gonorrhoe, die ja bekanntlich die häufigste Ursache der Harnröhrenverengungen bildet; jedoch pflegen die sogenannten Tripperstricturen mehrere Jahre zu ihrer vollkommenen Entwicklung zu gebrauchen. (Thompson nimmt im Mittel 4,83; Drittel 4,66 Jahre an) Nur bei ganz jungen Individuen entsteht ausnahmsweise rapid eine Tripperstricture; Robert Abbé¹⁾ erwähnt einen solchen Fall. Ein Trauma der

¹⁾ Rétrécissement de l'urèthre six mois après une blennorrhagie chez un petit garçon de trois ans. New-York, Méd.-Journ. Dec. 13. 1890.

Harnröhre, welches zur Zerreiſſung der Wandung geführt hat, kann ſchon binnen wenigen Wochen zur excessiven Verengerung führen, während ohne Zerreiſſung die Entwicklung der Striktur um vieles langsamer vor ſich geht; ein Trauma war jedoch in unſerem Falle nicht vorausgegangen. Andere Ursaſchen, wie heteroplastiſche Neubildungen der Urethralwandungen, kamen garnicht in Betracht, denn dieſelben würden einmal nicht in ſo kurzer Zeit zur Verengerung geführt haben. ausserdem aber auch andere Symptome machen.

Es muſſte an einen tiefgreifenden Proceſſ, an Ulcerationen auf der Harnröhrenſchleimhaut gedacht werden, welche nach Abſtoſſung der nekrotiſirten Partien zur ſchnellen Vernarbung kamen und dadurch eine Verengerung des Harnröhrenlumens herbeiführten. Die Erkrankung der Harnröhrenſchleimhaut brachten wir in Verbindung mit dem ſeit dem 6. X. auf der Wangenſchleimhaut, den Tonsillen und der Schleimhaut des weichen Gaumens unſeres Kranken beſtehenden Proceſſen, welche dem Choleraſtyphoid eigenthümlich ſind. Schon in den älteſten Angaben der Choleralitteratur, Anfang dieſes Jahrhunderts, finden wir Schleimhauterkrankungen im Verlauf des Choleraſtyphoids erwähnt ſowohl beim Lebenden als bei der Leiche. Phöbus²⁾ fand, daſſ die Schleimhäute der Nierenbecken, Uteren und Harnblase und die der Speiseröhre gewöhnlich ein eigenthümlich röthlichweiſſes Anſehen darboten. Auf der Schleimhaut des Dickdarms fand ſich beginnende Geſchwürsbildung, die zuſolge der kurz mitgetheilten Krankengeſchichten, nicht zufällig oder älterer Abkunft ſein konnte.

Mackenzie³⁾ erwähnt das häufige Vorkommen entzündlich eitriger Affektionen der Schleimhäute (Conjunctiva, Mundſchleimhaut, Bronchialschleimhaut und bei Frauen Vaginalſchleimhaut. Victor Bally⁴⁾ fand in den Nierenbecken und Harnleitern einen weiſſen, eiterähnlichen Schleim und die Harnblase mit einem ähnlichen

²⁾ „Ueber den Leichenbefund bei der orientaliſchen Cholera“ von Dr. P. Phoebeus. Berlin; Hirschwald 1833.

³⁾ Mackenzie. 1866. II. S. 200, Virchow-Hirsch Jahrbuch.

⁴⁾ Viktor Bally „Anatomie der Cholera lymphatica“. Schmidts Jahrbücher Bd. 61. S. 361.

Schleim überzogen. Virchow⁵⁾ fand bei der Autopsie ausgedehnte Diphtheritis der mucosa ilei et Vaginae, gelbe Infiltration der Mesenterialdrüsen; in einem andern Fall ausgedehnten Katarrh der Harnwege. In der Zeitschrift für Erfahrungsheilkunde (1850. II. 2) werden folgende kadaverische Zeichen der Schleimhäute hervorgehoben: „Im Darmkanale finden sich diphtheritische Ablagerungen und Verschwärungen; die Harnorgane sind immer verändert, in den Harnkanälchen dunkles, anfangs körniges, später bröckliges Exsudat, in den Nierenkelchen, Harnleitern und der Harnblase stets Katarrh mit sehr vermehrter Epithelabsonderung. In den weiblichen Genitalien, Hyperämie der Mucosa uteri et vaginae oft mit Schwellung und Extravasat in der Schleimhaut.

Rud. Virchow⁶⁾ fand zum ersten Male die Vaginitis diphtherica in ihrer ganzen Ausbildung, deren Anwesenheit bis dahin noch niemals in der Cholera konstatiert war und die sich gerade in dem Falle in einer staunenswerten Mächtigkeit zeigte. Er war der Meinung, dass hier etwas Specificisches vorliege, etwas wenigstens ebenso Specificisches, als die Diphtheritis des Magens und der Gallenblase, die Pirogoff⁷⁾ abbilden liess.

In dem Bericht über Prof. Hamerwijk's Abteilung von Dr. Duchek⁸⁾ im allgemeinen Krankenhause zu Prag vom 1. X. 1850—30. IV. 1851 heisst es: „Es wurde in der Reaktionsperiode Diphtheritis verschiedener Schleimhäute beobachtet (der Zunge, der Bronchien, des Dickdarms, der Vagina und der Blase). Willigk⁹⁾ fand an Choleraleichen Croup des Darms, der Vagina, des Larynx, des Magens und der Harnblase. Diese Entzündungsprocesse waren sehr häufig besonders im Reaktionsstadium.

Joseph¹⁰⁾ veröffentlicht seine Beobachtungen über Cholera

⁵⁾ Virchow. Med. Ref. I. 18. 1848.

⁶⁾ Med. Ref. 1848 No. 12—13.

⁷⁾ Anatomie pathologique du Cholera-Morbus par Pirogoff. Atlas. St. Pétersbourg. Imprimerie du Journal de St. Pétersbourg 1849.

⁸⁾ Dr. Duchek. Prager Vierteljahrsschrift X. 1. 1853.

⁹⁾ Sektionsergebnisse der Prager pathol. anatom. Anstalt vom 1. Febr. 1850 bis 1. Febr. 1852 von Dr. Arthur Willigk. Prager Vierteljahrsschrift X. 2. 18. 53.

¹⁰⁾ Joseph. Günsb. Ztschr. V. 2. 1853.



im Cholera-Hospitale in Breslau aus dem Jahre 1853, er bezeichnet als einen sehr häufig im Reaktionsstadium der Cholera auftretenden Prozess den Diphtheritischen. Bei ihm allein fand ich in der gesamten Choleralitteratur die diphtheritische Erkrankung der Harnröhrenschleimhaut erwähnt, er schreibt: „Bei einem jungen Manne entstand Blennorrhoe infolge diphtherischer Geschwürsbildung auf der Schleimhaut der Harnröhre.“

Diphtherie der weiblichen Genitalien ist oft beobachtet von ihm und zwar sowohl der Vaginal- als der Uterinschleimhaut.

Buhl und Reinhardt¹¹⁾ sahen einmal auf der Gallenblasenschleimhaut diphtheritische Infiltration, des öfteren kam ihnen Diphtherie im Scheidengewölbe, am äusseren Muttermund und auf der äusseren Fläche des Uterus vor.

Meyer¹²⁾ erwähnt als ungünstige Zufälle des Typhoids diphtheritische Exsudate und Verschwärungen in der Scheide.

Im 2. Kapitel des ärztlichen Berichtes aus dem K. K. allgemeinen Krankenhause zu Wien vom Jahre 1856/57 heisst es: „Die Reaktion des Harns war meist alkalisch und fand ihre Begründung teils im ausgebreiteten Katarrh des uropoetischen Systems und in der Zersetzung durch dessen Sekret, teils in der längeren Retention des Harns in der Blase wegen des Sopors der Kranken oder des Krampfs des Sphincters. Speciell die Diphtheritis der Blase sieht auch Duchek¹³⁾ als die Ursache der Harnretentionen.

Im Band III., Abteilung II. der Jahrbücher der Hamburger Staatskrankenanstalten 91/92 sind die Beobachtungen über die letzte grosse Choleraepidemie in Hamburg, Sommer und Herbst 1892 veröffentlicht. Es wurden diphtheritische Erkrankungen beobachtet an der Schleimheit des Gaumens, Kehlkopfes, Darms, der weiblichen Genitalien, der Gallenblase und der Harnblase.

¹¹⁾ H. und Pf.'s Ztschr. N. F. Bd. VII. Heft I. S. 184.

¹²⁾ Bericht über die Cholera-Epidemie d. J. 1855 aus der Abteilung für Cholera-kranken in der Charité zu Berlin. Annalen der Charité zu Berlin I. 1886.

¹³⁾ Duchek, Prager Vierteljahresschrift X, 1. 1853. Bericht über Prof. Hamern's Abteilung im allgemeinen Krankenhause zu Prag vom IX. 50—30 IX. 51.

Von einer Erkrankung der Harnröhren-Schleimhaut ist nirgends erwähnt in der gesamten Cholera-Litteratur, ausser bei Joseph ¹⁴⁾, der wie oben gesagt, eine Blennorrhoe bei einem jungen Manne auf eine diphtheritische Geschwürsbildung auf der Schleimhaut der Harnröhre zurückführte. Wie ist dies zu erklären? Sollte die Schleimhaut der Harnröhre allein, wo doch die Schleimhäute des ganzen übrigen Genitalapparats so oft von diphtheritischen Processen während des Cholera-typhoids befallen gefunden wurden, verschont bleiben? Dies ist nicht gut anzunehmen; vielmehr wird ihre Erkrankung wohl darum verborgen geblieben sein, weil die weitaus grösste Zahl der so schwer darniederliegenden ad exitum kommt, und weil, soviel ich weiss, die Section der Harnröhre für gewöhnlich nicht vorgenommen wird. Wäre unser Patient im Typhoidstadium gestorben, würden die beiden Stricturen eben auch nicht entdeckt worden sein.

Am 6. X. traten zugleich mit dem Erscheinen von Eiter im Urin auch die Erosionen im Rachen usw. auf, die auf eine Epithelnekrose wohl zurückzuführen sind. Es spricht daher alles dafür, dass auch damals die Blase resp. Harnröhre in dieser Weise afficiert war und sich auch dort geschwürige Processe entwickelten.

Dass die Stricturen aber infolge tiefgreifender geschwüriger Processe entsanden sein müssen, liegt auf der Hand; es ist möglich, dass die Ulcerationen bereits beim ersten Katheterismus am 1. X. da waren, und dass durch das mehrmalige Einführen des Katheters die betreffenden Schleimhautparticeen gereizt wurden und dass so die Bildung der Stricturen begünstigt ist; jedoch allzugrosses Gewicht kann man diesem Umstand nicht beilegen, weil stets ein weiches Nélaton-Katheter benutzt wurde; sicher wären diese excessiven Verengerungen der Harnröhre auch ohne die Katheterisation entstanden; die Ulcerationen müssen besonders im Gebiete der hinteren Stricture sehr bedeutend gewesen sein, da die verengte Stelle eine Länge von 1 cm. hat.

Um ähnlichen Zufällen nach überstandener Cholera zu begegnen, müsste man künftig auch der Urethra Cholerakranker einige Aufmerksamkeit schenken.

¹⁴⁾ Joseph. Günsb. Ztschr. V 2. 1893.

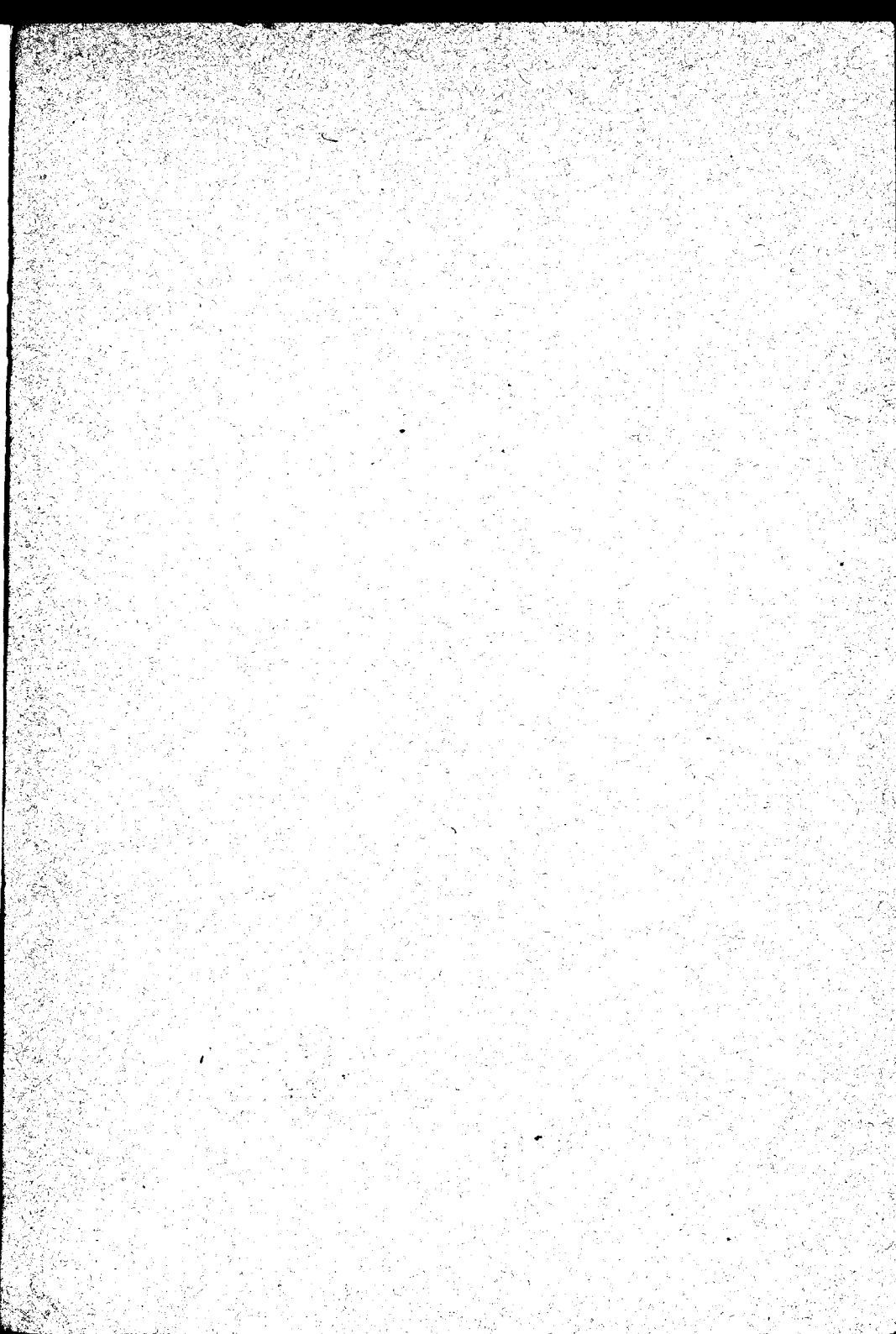
Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Hoppe-Seyler für die Anregung zu dieser interessanten Arbeit und für die mir dabei zu teil gewordene gütige Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Geboren bin ich, Carl Heinrich Martin Kohn, evangel. Konfession, am 19. Oktober 1868 in Crien, Kreis Anklam, Provinz Pommern, als Sohn des Kaufmanns Carl Heinrich Johann Kohn und dessen Ehefrau Auguste, geb. Zanker. Durch Privatunterricht und in der Criener Gemeindeschule vorbereitet, besuchte ich das Gymnasium zu Anklam, welches ich Ostern 1889 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studierte 4 Semester in Leipzig und bestand daselbst auch im März 1891 die ärztliche Vorprüfung. Dann war ich 1 Semester in Kiel, 2 in Berlin, hier diente ich mein erstes halbes Jahr mit der Waffe bei der 4. Comp. Garde-Füsilier-Regmts., und endlich wieder 2 Semester in Kiel. Die Staatsprüfung beendete ich am 6. März 1894, das Examen rigorosum bestand ich am 10. März 1894. Am 1. August 1894 trat ich als einjähr. freiw. Arzt bei der I. Matrosen-Division in Kiel ein.



16816



28104