

KNY-20-00791



Auszug
aus der
Inaugural-Dissertation
Über Cystitis dissecans gangraenescens

von
Ernst Troll,
approb. Arzt aus Bad Wildungen.

Angenommen u. genehmigt von der medicin. Fakultät Marburg
am 28. April 1920.

Zusammenstellung von 41 Fällen von Cystitis dissecans gangraenescens, die in der in- und ausländischen Literatur veröffentlicht worden sind. Es werden nur solche Fälle angeführt, die nicht durch einen graviden, retroflektierten, incarcerierten Uterus bedingt worden sind. In 24 Fällen entstand die Cystitis dissecans gangraenescens durch Urinretention, in 6 Fällen war sie durch einen operativen Eingriff an den weiblichen Genitalien oder durch ein Trauma bedingt, in 7 Fällen war sie die Folge chemischer Schädigungen der Blasenwand und schließlich in 3 Fällen trat die Erkrankung im Verlaufe einer chronischen Cystitis auf.



613/1921.



KNY-20-

00791

— 2 —

Bei der Aetiologie spielt die Urinretention die Hauptrolle. Es ist weder die reine mechanische Überdehnung der Blase durch den retinierten Harn, noch die Kompression der Arterien, noch die Wirkung des Ammoniaks oder gar die Urininfiltration, die eine Cystitis dissecans gangraenescens verursachen, sondern die Hauptrolle spielen die Ernährungsstörungen in der Blaseschleimhaut, die durch Kompression der abführenden Blasenvenen bedingt werden. Die Infektion wird als Nebenursache angesehen. — Als Beispiele dafür, daß auch Traumen und chemische Schädigungen der Blaseninnenfläche eine Cystitis dissecans gangraenescens verursachen können, werden aus der Literatur Fälle angeführt, in denen die gangränöse Cystitis nach der Werthheim'schen Radikaloperation oder infolge einer Injektion entstanden ist, die zu Abtreibungszwecken irrtümlicherweise in die Blase, anstatt in die Vagina gemacht worden ist. — Drei angeführte Fälle beweisen, daß die gangränöse Cystitis lediglich im Verlaufe einer chronischen Cystitis auftreten kann. Derartige Fälle sind überaus selten. An der Marburger Frauenklinik wurde ein solcher Fall beobachtet. Bei der Erklärung über die Ursache dieser Fälle bleibt nur übrig, auf eine besondere Disposition zurückzugreifen; wahrscheinlich spielt auch eine besondere Virulenz der Bakterien dabei eine Rolle.

Pathologisch-anatomisch kann der gangränöse Prozeß tief in die Blasenwand hineinreichen. In seltenen Fällen kann auch das Blasenperitoneum der Gangrän anheimfallen. Bei Blasenperforationen kann es durch Verklebung von Darmschlingen zur Verlötung der Perforationsstelle kommen. Im allgemeinen kommt es zur Regeneration der zerstörten Blasenwandschichten. Trabekel- und Schrumpfbilase bleiben nur in schweren Fällen zurück.

Für die Symptomatologie sind die ausgestoßenen Membranen das Wichtigste. Dieselben können fetzenweise oder als zusammenhängender Sack ausgestoßen werden. Verstopfen die Fetzen die Urethra, so werden sie unter wehenartigen, krampfhaften Kontraktionen der Blase in die Harnröhre gepreßt.

Die Diagnose ergibt sich aus den ausgestoßenen Membranen. Aus den subjektiven Symptomen ist die Diagnose meistens nicht zu stellen. Die sicherste diagnostische Methode ist die Cystoskopie. Differentialdiagnostisch kommen die Cystitis diphtherica und -crouposa inbetracht.

Die Prognose ist im allgemeinen günstig; stark beeinflußt wird sie durch ascendierende Infektion in den Ureteren. Man findet als Komplikation Ureteritis, Pyelitis, Pyelonephritis und Nephritis. Der letale Ausgang wird meistens durch eine Peritonitis bedingt, in seltenen Fällen durch Urämie, Toxämie, Urosepsis oder allgemeine Sepsis. Die schlechteste Prognose besteht beim Mann.

Therapeutisch muß vor allem die Harnverhaltung behoben werden. Bleiben in der Blase sequestrierte Membranen liegen, so muß man die Fetzen entweder durch forcierte Dilatation der Harnröhre, durch die Kolpocystotomie oder schließlich durch die Sectio alta aus der Blase befördern. Ist die Retention behoben, so macht man Ausspülungen der Blase mit milden Antiseptics, daneben gibt man Harn-desinfektionsmittel.

Eigener Fall: Die Pat., eine sonst gesunde und kräftige Frau, macht wegen einer Cystitis dissecans gangraenescens, die im Verlaufe einer chronischen Cystitis aufgetreten ist, ein zweimaliges langes Krankenlager hier in der Frauenklinik

durch. Das erste Mal wird sie 73 Tage behandelt; danach als wesentlich gebessert entlassen. Hierauf folgt ein Intervall von 16 Mon., in dem die Pat. vollkommen beschwerdefrei ist. Dann treten plötzlich wieder dieselben Beschwerden auf. Die Pat. wird wiederum 87 Tage hier in der Klinik behandelt. Danach wird sie als geheilt entlassen. Nach $4\frac{1}{4}$ Jahren findet eine Nachuntersuchung statt; dabei ergibt sich, daß die Blasenschleimhaut blaß und wie eine — „Steppdecke runzlig“ gefaltet — aussieht; im Blasenfundus sind einige Querfalten sichtbar. Beide Ureterostien functionieren normal. Nach weiteren $2\frac{1}{2}$ Jahren teilt die Pat. mit, daß sie bei Witterungswechsel Schmerzen in der Blase verspürt, und daß sie dann häufiger Urin lassen muß; im Übrigen ist sie vollkommen beschwerdefrei.

