

von 24 Stunden langsam entleert werden. Treten beim Ablassen Schmerzen oder Blutspuren auf, so ist die Entleerung sofort zu unterbrechen. Besser als ruckweise Entleerung ist die „Dauersonde mit verlangsamtem Ausfluß“ nach Marion. Mit einem Quetschhahn wird der Katheter soweit abgeklemmt, daß sich der Urin tropfenweise entleert. Bei starker Infektion, die eine rasche Entfernung des Urins wünschenswert erscheinen läßt, ersetzt man den Urin portionsweise durch 3 % Borsäurelösung. Eventuell muß dann in gewissen Zeitabständen immer wieder katheterisiert werden. Die Abstände müssen so bemessen sein, daß eine Rückstauung auf die Nieren nicht erfolgt. Wird regelmäßig katheterisiert, so muß die Blase prophylaktisch behandelt werden mit Spülungen oder Instillationen. Bei infizierter Blase wird gespült mit 3 % Borsäure, bis klare Flüssigkeit abfließt, und dann eine Instillation mit 3–5 %igem Targesin oder 5–10 %igem Argolaval vorgenommen. Um aufsteigende Epididymitis zu verhindern, wird vor Behandlung mit Dauerkatheter eine doppelseitige Vaso-resektion vorgenommen.

Kann der Gummikatheter nicht eingeführt werden, so versuche man nicht mit einem Metallkatheter einzugehen, sondern führe die Blasenpunktion mit dünner Kanüle aus. Oft läßt sich dann am nächsten Tag der Katheter mühelos einschieben. Bei dauernd großen Schwierigkeiten beim Einführen des Katheters, wenn der Dauerkatheter schon 4–6 Wochen liegt oder bei schwerer Prostatainfektion empfiehlt sich die Anlegung einer Troikartblasenfistel, die der Sektio-alta-Fistel vorzuziehen ist. (Genaue Anweisung für das Anlegen der Fistel ist angegeben.)

Elektrokoagulation und Elektroresektion dürfen nicht überschätzt werden. Sie kommen als Entlastungsoperationen in Frage, wenn eine Radikaloperation dem Patienten nicht mehr zugemutet werden kann.

Bei der Prostatektomie werden nur die Adenomknoten entfernt. Bei strenger Indikationsstellung sind die Ergebnisse sehr gut. Durch entsprechende Vorbereitung kann man den Zustand manches Patienten noch so bessern, daß die Operation mit Erfolg durchgeführt werden kann. Je kürzer die Vorbereitungszeit sein kann, desto günstiger ist die Prognose zu stellen. Als Mindestleistung bei den Nierenfunktionsproben hat sich als noch zur Operation geeignet erwiesen: Bei Indigocarminprobe Urin mittel-dunkelblau, Konzentrierung bis 1015, Funktionsbreite bei Verdünnungs-Konzentrationsversuch 15. Rest-N 45 mg%.

Da die Prostatahypertrophie gutartig ist, soll man nicht versuchen, den Patienten zur Operation zu überreden.

Spezielle Operationsindikationen sind:

1. Harnverstopfung mit Schädigung der „Harnbereitung oder Harnbeförderung“.
2. Chronische Infektion.
3. Akute totale Harnverhaltung, wenn sie sich oft wiederholt und keine Nierenschädigung besteht.
4. „Starke subjektive Störungen der Harnentleerung“ ohne „Systemveränderungen“.
5. Kombination mit Blasenstein und Divertikel.
6. Verdacht auf Malignität.

(Der Arbeit sind mehrere Abbildungen beigegeben.)
Boehres

Fragen aus dem Leserkreis

Wirken Mutterkorn-Präparate abortbeschleunigend?

Frage: Ist in der Literatur bis 1933 irgendeine Arbeit erschienen, die beweist, daß Mutterkornpräparate wissenschaftlich einwandfrei abortbeschleunigend oder gar aborteinleitend wirken? Die Gynergen-Sandoz-Werke haben in ihrer großen Literatursammlung nichts darüber.

Dr. M. in B.

Antwort: Gynergen wurde zuerst 1922 an der Würzburger Frauenklinik (Prof. Hofmeier) von Hugo Schimmel mit Erfolg zur Beendigung bei drohendem Abort und zur Einleitung und Beendigung bei künstlichem Abort an intakter Schwangerschaft angewandt.

In zwei von drei Fällen gelang es, einen drohenden Abort durch Gynergen zu beenden. Bei intakter Gravität im 2. Monat waren hohe Dosen Gynergen in zwei von zwei Fällen wirkungslos. In zwei Fällen im 3. und 4. Schwangerschaftsmonat konnten durch Gynergen Wehen angeregt und ein Abort beendet werden. Vor Versuchen, mit Gynergen am Ende der Schwangerschaft die Geburt einzuleiten, wird wegen der Gefährlichkeit für das Kind gewarnt.

Literatur: Schimmel, Hugo, Eignet sich Gynergen zur Unterbrechung der Schwangerschaft? Mschr. f. Geb. u. Gyn. 66, 1924: 133. Weitere Literaturangaben ebenda.

Dr. med. Theodor Spannagel,
Universitäts-Frauenklinik Heidelberg

TAGUNGSKALENDER FÜR JUNI

30. Mai bis 2. Juni: 28. Tagung d. Dtsch. Ges. f. gerichtl., soziale Medizin und Kriminalistik in Bad Ischl.
- 2.—3. Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft in Graz.
- 2.—3. Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen in Lübeck.
- 3.—6. III. Internationaler Kongreß für Hilfsgebiete der Medizin in Stuttgart.
- 5.—10. Sonderlehrgang der Ärtzl. Akademie Dresden in Oberschlema, Brambach und Elster.

- 5.—22. Lehrkurse für ausländische Ärzte des italienischen nationalen Instituts für kulturelle Beziehungen mit dem Ausland in Rom, Bologna, Pavia und Mailand.
- 8.—28. Kurse der ärztlichen Fortbildungsschule des Rudolf-Heß-Krankenhauses, Dresden.
- 9.—10. Tagung der Vereinigung Mitteldeutscher Chirurgen in Eisleben.
- 16.—18. Reichstreffen der Dtsch. Volksgesundheitsbewegung in Stuttgart.
- 26.—29. Internationaler Fachärztkurs in Breslau.