XVI. Transkondomoskopie

O.	Otto	Mansfeld
----	------	----------

Mitteilung aus der Univ.-Frauenklinik No. II zu Budapest. [Direktor: Hofrat Prof. Dr. W. Tauffer]

I. Assistent der Klinik.

Vor längerer Zeit (März 1911) hatten wir bei einer großen Blasenscheidenfistel eine ascendierende Pyelonephritis zu verzeichnen und empfanden den Mangel einer Methode, solche Fälle kystoskopieren resp. durch Spülung des Nierenbeckens therapeutisch beeinflussen zu können. Die Fistel war so groß, die Scheide narbig so sehr verengt, daß die Anfüllung der Blase, trotz Einlegens eines Kolpeurynter in die Scheide, mißlang.

Nun kamen wir auf den Gedanken, die fehlende Blasenwand durch eine elastische und durchsichtige Membran zu ersetzen, dann diese so gebildete Höhle zu füllen. Als geeignetes Material ergab sich das Kondom aus dünnstem Gummi.

Die ersten Versuche der Einführung des Kondom durch die Urethra mißlangen, und so stellten wir uns mit einer Instrumenten-Fabrik in Verbindung. Diese zog die Verhandlungen ins Unendliche. Um die verlorene Zeit einzuholen, haben wir unsere Versuche ganz ohne Instrument wieder aufgenommen und können nun folgende Ergebnisse mitteilen:

Ein Kondom aus Gummi oder Fischblase wird in Sublimat desinfiziert, ohne gerollt zu werden auf die Spitze eines Glas-katheters gesetzt und durch die Urethra in die Blase geführt. Durch denselben Katheter wird der in der Blase liegende Teil des Kondoms mit 100–200 ccm Kochsalzlösung angefüllt. Der Katheter wird zurückgezogen, das Kystoskop an seine Stelle in das Innere der durch das Kondom gebildeten Höhle vorgeschoben. Das Bild, das sich nun darbietet, ist überraschend: Wir nahmen wohl an, daß das Kondom transparent sein wird; daß es aber durchsichtig ist wie dünnstes Glas, das haben wir nicht erwartet!

Das Kondom legt sich ganz der Blasenwand an, und das Bild ist ideal klar.

O. Mansfeld, Transkondomoskopie. 17Ö

Weiter haben wir ein Kystoskop mit Ureterkatheter eingeführt und mit der Spitze des Ureterkatheters an der Stelle des Ureterostium das Kondom durchstoßen und so den Ureter katheterisiert.

Bezüglich der Kystoskopie beim Weibe können wir also vorläufig folgendes feststellen:

1. Fistelblasen sind durch dieses Verfahren (soweit es sich nicht um völlig geschrumpfte Blasen handelt) mit Leichtigkeit kystoskopieren. Man erhält auf diese Art die wahre Lage der Fistel, was bisher unmöglich war, da das Einlegen eines Kolpeurynters in die Scheide alles in Zerrbildern zeigte.

Tritt – bei fistulöser Blase – die Notwendigkeit der Nieren-beckenbehandlung auf, so ist das durch die Transkondomoskopie auf³führbar.

Gegenüber der normalen Kystoskopie hat dieses Verfahren folgende Vorteile:

Man erhält das wahre, durch vorhergehende Spülungen unveränderte Bild der Blasenwand.

Auflagerungen, blutende Stellen, Ulcera werden im Originalzustand fixiert.

Das langwierige, oft undurchführbare (wird nicht klar! blutet!), manchmal gefährliche (bei Tuberkulose) Spülen fällt weg.

Bezüglich der Ureterkatheterisation nimmt das neue Verfahren dem Einwand die Spitze, daß der Blaseninhalt den Ureter infizieren könnte, da ja der Ureterkatheter in der Kondomhöhle liegt und nur das Ostium ureteris berührt, wenn er das Kondom durchsticht.

Bei traumatischen Verletzungen der Blase (latente Blasen-ruptur) kann die Kystoskopie ausgeführt werden, ohne Gefahr daß Flüssigkeit in die Bauchhöhle tritt.

So viel bezüglich der Transkondomoskopie der weiblichen Blase.

Aussichtsvoll erscheint uns weiterhin das Verfahren bei der Belctoskopie sowie durch Anwendung einer mit Ventilverschluß versehenen Tube) auch bei Höhlen ohne Sphinkter; wir denken da in erster Reihe an die Bauchhöhle, wo die Transkondomoskopie die Laparoskopie zu verbessern geeignet erscheint.

Zweck dieser Mitteilung ist

die Möglichkeit dieses Vorgehens festzulegen

über weitere Erfahrungen werden wir berichten.

x) Diese wird in kürzester Zeit erhältlich sein bei Joseph Leiter

Instrumentenfabrik

Wien VIII

Mariannengasse 11.