Azoospermie und Syphilis.

Von Dr. Oskar Scheuer, Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wien.

Wenn wir die Literatur über die Azoospermie überblicken, so sehen wir, daß die Frage, ob ohne vorausgegangene Hoden- oder Nebenhodensyphilis eine Azoospermie infolge syphilitischer Allgemeinerkrankung bedingt sein kann, noch immer unbeantwortet ist. Denn auch Hanč, der 1892 in einer Reihe von Fällen darüber Untersuchungen anstellte, kommt zu keinem definitiven Urteil. Er zieht aus seinen Krankengeschichten den Schluß, „daß Azoospermie infolge von konstitutioneller Syphilis überhaupt nicht auftritt oder daß dies nur ausnahmsweise der Fall ist.“

Der Fall, der Hanč diese Ausnahme machen ließ, ist folgender:

J. R., 36 Jahre alt, auffallend abgemagert, blaß, wegen Spitzenkatarrh der Lungen in ärztlicher Behandlung eines Internisten. Vor sechs Jahren Syphilis, angeblich eine schwere Form. Patient hat viermal eine Inunktionskur durchgemacht und in Lipik und Bad Hall eine Jodkur gebraucht. Hoden intakt, Erektionen vorhanden; Patient kam wegen Ejaculatio praecox in die Ordination. Von Lues sind objektiv keine Erscheinungen nachweisbar. Patient klagt jedoch über häufig auftretende Kopfschmerzen, namentlich des Nachts. Es wurde deshalb Jodkali in Milch (1,0 pro die) verordnet und gegen die Impotenz die entsprechende lokale Behandlung eingeleitet. Eine vor Beginn der Jodbehandlung angestellte Untersuchung des Spermas ergibt zweifellos Azoospermie. Patient nimmt 14 Tage lang Jodkali fort ohne wesentliche Besserung seiner Kopfschmerzen. Der mikroskopische Befund seines Spermas deckt sich vollkommen mit dem vor Gebrauch des Medikamentes. Inunktionskur. 30 Einreibungen à 2 g. Eine neuerlich nach etwa zwei Monaten und eine dritte nach sechs Monaten angestellte Untersuchung ergibt nach wie vor Epithelien, Rundzellen, molekularen Detritus, aber nicht ein einziges Spermatozoon.

Diesem Befunde fügt Hanč folgende Bemerkung an:

„Ob in diesem Falle angeborener Aspermatismus vorliegt, oder ob die Azoospermie doch durch den schwerenluetischen Prozeß bedingt war, läßt sich nicht entscheiden; die Tatsache steht jedoch fest, daß die antisiphilitische Behandlung ein negatives Resultat ergeben hat.“

Und gerade diese Tatsache scheint mir gegen eineluetische Azoospermie zu sprechen. Denn gesetzt den Fall, es gäbe eine konstitutionell-syphilitische Azoospermie — wenn ich so sagen darf —, dann hätten die antiluetischen Kuren diese zum Schwinden bringen müssen. Außerdem litt aber der Patient an einem Lungenspitzenkatarrh, war „auffallend abgemagert“, „blaß“, also kachektisch. Nun wissen wir, daß Kachexie wohl imstande ist, Azoospermie herbeizuführen (Neumann, Fürbringer). Da wir nun leider über das weitere Aussehen des Patienten aus der Krankengeschichte Hančs nichts erfahren, wohl aber gewiß darüber erfahren hätten, wenn sich das Aussehen des Patienten auffallend gebessert hätte, so wird der Schluß kein falscher sein, wenn wir hier die Azoospermie als durch Kachexie uns entstanden denken. Hanč selbst weist am Schlusse seiner Arbeit darauf hin, daß es sich in diesem Falle vielleicht um eine hochgradige Neurasthenie e lue gehandelt habe, bei der ja auch ohne sonstige Ursache Azoospermie aufzutreten pflegt.

Hanč war zu seinen Untersuchungen durch eine Mitteilung Caspers veranlaßt worden, der über einen Fall von Azoospermie bei einem mit Lues behafteten Manne und deren Heilung durch eine antisiphilitische Behandlung berichtete. Es handelte sich in diesem Falle, wie Casper ausdrücklich betont, um konstitutionelle Syphilis ohne nachweisbare Erkrankung der Hoden.

Abgesehen davon, daß der Patient Caspers einige Jahre vorher Gonorrhoe mit Komplikationen durchgemacht hatte, daß eine linkseitige Epididymitis, ferner Cystitis und Strikturen als Folgezustände des Trippers resultiert haben, können wir nach dem heutigen Stande unseres Wissens über die Syphilis uns wohl nicht gut vorstellen, daß das syphilitische Gift in einem sonst kräftig konstituierten Körper gerade die spezifische Tätigkeit der intakten Hoden vernichtet haben soll, ein Bedenken, das auch schon Fürbringer äußert.

Fürbringer beobachtete einen ähnlichen Fall mit hochgradiger Olizoospermie, konnte jedoch bei diesem im Bereiche beider Hoden leichte, verschwommene Infiltrationen nachweisen.

Er meint mit Recht, daß frische gummöse, der Palpation nicht zugängliche Zellproliferationen wohl imstande sein dürften, den Spermatozoen im Bereich der Hodenkanälchen, bzw. in den Samenleitungswegen der Epididymis, den Ausweg zu versperren. Diese theoretische Annahme wurde in neuester Zeit von Guizetti durch einen Sektionsbefund bestätigt.

Guizetti untersuchte an vier verstorbenen Luetikern, die er genau beschreibt, die Epithelien der Samenkanälchen und die Veränderungen an den Spermatozoen. Im zweiten seiner vier Fälle fand er eine Orchitis syphilitica vor, die trotz ihres Bestehens in vivo dem untersuchenden Ärzte entgangen war. Der Fall ist also ein typisches Beispiel dafür, daß eine spezifische Affektion des Hodens in einem solchen Grade vorkommen kann, daß sie dem Arzte entgeht.

Dies wird wohl auch im Falle Caspers der Fall gewesen sein. Auch hier werden gewiß Veränderungen, wenn auch nicht „palpable“, bestanden haben, die eben so geringfügig waren, daß sie auf eine luetische Kur zurückgingen, dennoch aber ausgereicht hatten, den Samenfäden den Ausweg aus den Hoden zu versperren.

Zu diesem Schlusse fühle ich mich um so berechtigter, als es mir in einem Falle von Azoospermie bei Syphilis ohne „palpable“ Veränderungen in den Hoden oder Nebenhoden gelang, genau den Beweis zu liefern, daß es sich nicht um eine atrophische, sondern um eine Obliterationsazoospermie handelte.

Die Unterscheidung der Obliterations- von der atrophischen Azoospermie gelang mir durch die von C. Posner und J. Cohn eingeführte diagnostische Hodenpunktion. Deren Technik ist außerordentlich leicht.

Nach Reinigung und Desinfektion der Skrotalhaut spannt man diese zwischen Daumen und Zeigefinger der linken Hand über dem Testis stark an, sodaß man den Hoden unter seinen Häuten als einen prallen, etwas fluktuierenden Tumor fühlt, und sticht mit der Spritze tief ein. Ich bediene mich dabei einer besonders exakt gearbeiteten und stark ziehenden sogenannten Bierschen Spritze, wie sie bei der Rückenmarksanästhesie Verwendung findet. Durch vorsichtiges Herausziehen des Kolbens bei gleichzeitiger geringer Lageveränderung der Kanüle gelingt es fast stets, eine, wenn auch geringe Flüssigkeitsmenge in die Spritze hineinzubekommen. Das Punktat wird auf mehrere Objektträger verteilt, mit Deckglas versehen und sofort frisch in Dunkelfeldbeleuchtung untersucht.

Wenn man die oberflächlichen, deutlich zu Tage liegenden Skrotalvenen vermeidet, bekommt man niemals eine Blutung. Nach vollendeter Punktion ist es nur nötig, die Einstichstelle etwas mit Alkohol abzuwischen; irgendwelcher Verband ist überflüssig. Oft gelingt es beim ersten Versuch nicht, Flüssigkeit zu erhalten; man kann dann ruhig einen zweiten oder dritten anschließen. Auch dann ist der Eingriff noch so gering, daß der Patient sogleich ohne Störung seinem Berufe weiter nachgehen kann. Außer einem Gefühle, „daß sich etwas zusammenziehe“, spürt der Patient keinerlei Beschwerden bei der Punktion. Sie ist ganz schmerzlos.

Nach dieser kurzen Abschweifung wollen wir nun auf die Beschreibung meines Falles näher eingehen.

Im Winter des Jahres 1910 kam der mir von früher her bekannte Patient, W. P., ein 36-jähriger Privatbeamter, in meine Ordination, lediglich zu dem Zwecke, seinen Samen untersuchen zu lassen. Ich hatte ihn im Jahre 1908 im Rudolfspital an Lues behandelt; er erhielt damals 25 Einreibungen. Seither hatte er weitere drei Kuren (sowohl Injektions- als auch Injektionskuren) durchgemacht. Im Sommer 1910 Beginn einer Jodkur in Bad Hall. Dort trat plötzlich Taubheit und Schwindel beim Gehen ein. Patient kam nach Wien zurück, wo ich ihn an Herin Professor Alt wies, der eine beiderseitige luetische Labyrinthaffektion konstatierte. Abermalige Quecksilber- und Jodkur. Allmähliche Besserung der Ohraffektion. Seither bekam ich den Patienten nicht zu Gesicht, bis er wegen der Samenuntersuchung in meine Ordination kam: er sei verlobt und wolle seinen Samen untersuchen lassen, ob er gesunde Kinder bekäme.

Vor allem riet ich zu einer Wassermannschen Blutprobe, die schwach positiv ausfiel (Dr. Epsteins Laboratorium). Ich riet selbstredend von einer Heirat ab, untersuchte jedoch den Samen des Patienten. Die Spermauntersuchung (Patient brachte mir sein Sperma in einem Präservativ), die eine halbe Stunde nach Entleerung des Samens vorgenommen wurde, ergab zweifellos Azoospermie. Die Untersuchung geschah in Dunkelfeldbeleuchtung.

Eine daraufhin vorgenommene genaue Untersuchung der Geschlechtswerkzeuge des Patienten ergab nichts Pathologisches. Ich konnte keinerlei Veränderungen tasten. Auch Prostata und Samenblasen normal.

Ich bestellte nun den Patienten nach einigen Tagen wieder, riet zu geschlechtlicher Abstinenz und nahm nun nach sechs Tagen die Probe-

punktion an beiden Hoden vor. Und siehe da die Punktion ergab das Vorhandensein normaler, wenn auch unbeweglicher¹⁾ Spermatozoen.

Das Resultat sprach also deutlich für eine Obliterationsazoospermie, hervorgerufen durch eine nicht palpable Zellproliferation im Bereich der Hodenkanälchen oder in den Samenleitungswegen der Epididymis.

Ich verordnete nun abermals eine Quecksilberkur, und die Hoden wurden lokal mit Jodumschlägen behandelt. An die Quecksilberkur schloß sich eine zweimonatliche Arsojodinkur.

Nach Beendigung dieser Kuren war die Wa.R. des Blutes negativ, und eine neuerliche Untersuchung des Ejakulats ergab im Gesichtsfeld des Dunkelfeldapparate: zehn gut bewegliche, normal entwickelte Spermatozoen. Nach zwei Monaten abermals Quecksilber- und Jodkur. Eine nach vier Monaten vorgenommene Wassermannsche Blutprobe negativ.

Vor drei Wochen suchte mich Patient abermals wegen der Samenuntersuchung auf. Ich konnte nunmehr einen normalen Befund konstatieren. Im Gesichtsfelde massenhaft gut bewegliche, normal geformte Spermatozoen. Der Weg für die Samenfäden war also wieder gänzlich frei geworden.

Seit Dezember 1910 konnte ich nun von weiteren 20 luetischen Patienten das Sperma untersuchen. Davon befanden sich vier im Primärstadium (also vor Ausbruch des Exanthes), 14 im Sekundärstadium (ein bis acht Jahre alte Lues), zwei im Tertiärstadium (Gumma des Kehlkopfs und Gumma am Unterschenkel). Bei keinem dieser Patienten konnte ich Azoospermie konstatieren. In 17 Fällen untersuchte ich das Ejakulat allein, in drei Fällen auch die Punktionsflüssigkeit. Auch hier fand ich ebenso wie im ersten Falle bewegungslose Spermatozoen, trotzdem im Ejakulat solche gut bewegliche vorhanden waren. Auch achtete ich bei all diesen Fällen auf etwaige Veränderungen der Spermatozoen, hauptsächlich ihres Verbindungsstückes, „des Plasmamantels“, den Posner nicht, wie es bisher geschah, als belanglosen Zellrest ansieht, sondern dem er gleich Ries eine gewisse vitale Bedeutung zumißt.

Posner fand nämlich bei der Hodenpunktion eines sterilen Azoospermisten nackte Spermien ohne diesen Plasmamantel. Ich habe ihn in den von mir untersuchten Fällen nie vermißt.

Schließlich möchte ich noch bemerken, daß es mir in keinem der untersuchten Fälle gelang, Spirochäten in der Samenflüssigkeit zu finden.

Zusammenfassung. In dem beschriebenen Falle handelte es sich um einen luetischen Azoospermisten im Latenzstadium. Die Hodenpunktion ergab aber das Vorhandensein normaler Spermatozoen, bewies also das Vorhandensein einer Obliterationsazoospermie, die auf Quecksilber und Jod ganz zurückging.

Die Untersuchung weiterer 20 Fälle von Luetikern aller drei Stadien auf Azoospermie, die überall negativ ausfiel, läßt schließen, daß die Azoospermie bei Syphilis äußerst selten und eben nur dann vorkommt, wenn lokale Veränderungen im Hoden oder Nebenhoden sich finden. Die Samenfäden als solche werden durch Syphilis nicht verändert. In der Samenflüssigkeit konnten Spirochäten nicht nachgewiesen werden.

Literatur: L. Casper, Deutsche medizinische Wochenschrift 1890, V. B. — Impotentia et Sterilitas virilis. München 1890, S. 160. — Fürbringer, Die Störungen der Geschlechtsfunktionen des Mannes. Wien 1895, S. 154. — P. Guizetti, Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 75, H. 2 u. 3. — A. Hanč, Wiener klinische Wochenschrift 1892, No. 49. — J. Neumann, Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis. Wien 1888. — C. Posner, Berliner klinische Wochenschrift 1907, No. 50. — Posner und J. Cohn, Deutsche medizinische Wochenschrift 1904, No. 29. — Ries, Zentralblatt für Physiologie, Bd. 21, H. 10.

¹⁾ Dieser Befund der Bewegungslosigkeit der Samenfäden stimmt mit den Fürbringerschen Untersuchungen überein, die es als erwiesen betrachten, daß die Samenfäden erst unter dem Einflusse des Prostata- und Samenblasensekretes ihre Beweglichkeit erhalten und bis dahin durch vis a tergo weiterbefördert werden. Die gleichen Befunde erhob ich auch bei Patienten, die im Ejakulat gut bewegliche Spermatozoen hatten.