Aus der dermatologischen Abteilung des städtischen Rudolf
Virchow-Krankenhauses in Berlin.

Multiple Polypenbildung der hinteren Harnröhre.

Von

San.-Rat Dr. **Wechselmann.**

(Hiezu Taf. IX.)

Obgleich die Erkrankungen des Colliculus seminalis und ihre Beziehungen zu den verschiedenartigen nervösen Störungen sowohl der Genitalsphäre wie des Allgemeinzustandes genügend bekannt sind und auch pathologisch-anatomisch besonders von Finger(1) beschrieben sind, haben sie doch, wie dies auch Wossidlo(2) in seiner jüngsten Arbeit, in welcher er seine reichen Erfahrungen über diese Affektionen bespricht, hervorhebt, praktisch nicht die Würdigung gefunden, welche sie wegen ihrer klinischen Bedeutung und Häufigkeit verdienen. Zutreffend erklärt Wossidlo dies mit der Unbequemlichkeit und Schwierigkeit, welche die Urethroscopia posterior bisher machte und er hat daher auch durch Verbesserung des Instrumentariums versucht, die Technik der Untersuchung zu erleichtern. Mit dem Goldschmidtschen(3) Irrigations-urethroskop hat Wossidlo noch nicht genügend gearbeitet, um ein abschließendes Urteil zu fällen. Diese Untersuchungsmethode stellt jedoch einen so enormen Fortschritt dar, daß für die Diagnostik der Krankheiten der hinteren Harnröhre mit ihrer Einführung eine neue Ära beginnt, da sie durch die überraschende Plastik und Eleganz der Bilder, durch die Größe

des Gesichtsfeldes die pathologischen Veränderungen dieses Gebietes — speziell auch des bisher unserer Untersuchung fast gar nicht zugänglichen, zwischen Colliculus seminalis und Blasenmündung gelegenen Teiles der Harnröhre — in bisher ungeahnter Weise erschließt. Besonders die Dermatologen haben deshalb auch Veranlassung, sich diese Methode zu eigen zu machen, weil ihre Technik, wenn man sich genau an die Goldschmidtschen Anweisungen hält, durchaus nicht schwierig ist, so daß es mit Leichtigkeit gelingt, die Bilder, welche jeden Betrachter durch ihre Klarheit überraschen und fesseln, malen zu lassen und auch bei geeigneter Fixierung des Endoskops einer größeren Zahl von Ärzten zu demonstrieren. Außerordentlich erleichtert ist vor allem die Erkenntnis der sicherlich in ihrer Häufigkeit ganz wesentlich unterschätzten Polypen der hinteren Harnröhre, welche manchmal in großer Zahl vorhanden sein können, wie dies in dem Fall, über welchen hier berichtet wird, in außergewöhnlichem Maße beobachtet wurde.

Der jetzt 29jährige kräftige und sonst gesunde Arbeiter A. erkrankte vor 7 Jahren zum ersten Male an Gonorrhoe, an welche sich in den darauf folgenden Jahren in mehr weniger großen Zwischenräumen wiederholt Tripperinfektionen anschlossen. Die letzte derartige Ansteckung erfolgte 1905 und ergriff die hintere Harnröhre in heftiger Weise; es traten sehr starker Harndrang und lebhaftere Schmerzen bei der Miktion auf, welche Wochen lang anhielten und überhaupt nie mehr ganz wichen, so daß der Patient in ständiger ärztlicher Behandlung blieb. Die gänzlich wirkungslose Behandlung bestand bis in die letzten Monate in Einspritzungen und der Darreichung innerer Medikamente. In den letzten Monaten verlor der Patient anfangs nur am Schlusse des Harnaktes, später auch gänzlich unabhängig von der Miktion bald kleinere, bald erheblichere Mengen von Blut aus der Harnröhre unter lebhaften, vom Damm nach dem Gliede sich hinziehenden Schmerzen. Dabei bestand das Gefühl des „Nichtfertigwerdens“ beim Harnlassen. Irgendwelche Störungen bei der Ejakulation des Spermas oder in der Wollustempfindung bestanden nicht. Der Urin war getrübt. Eine von hervorragender Seite vorgenommene cystoskopische Untersuchung stellte eine leichte Balkenblase fest, ohne die eigentliche Ursache zu finden; dementsprechend war auch die Behandlung, welche in Instillationen, Blasenspülungen, Bädern, inneren Medikamenten bestand, ohne Erfolg, so daß Patient das Krankenhaus aufsuchen mußte.

Die Untersuchung ergab aus der von Strikturen freien Harnröhre keinen Ausfluß, während aus der mäßig empfindlichen, aber sonst

nicht veränderten Prostata ein gonokokkenfreies aus vereinzelt Leukocyten und zahlreichen Epithelien bestehendes Sekret exprimiert werden kann. Beide Urinportionen trübe.

Da in Rücksicht auf die Beschwerden an wesentliche Veränderungen in der hinteren Harnröhre gedacht werden mußte, wurde sofort die Goldschmidtsche Endoskopie vorgenommen. Bei nicht tiefer Einführung und Senkung des Instruments sieht man über dem Samenhügel hinweg perspektivisch im Hintergrunde eines Tunnels flottierende rote Polypen (Fig. 1). Bei genauer Einstellung sieht man zwei vereinzelt, nunmehr stark vergrößert, links dicht vor dem Colliculus seminalis (Fig. 2, in der Figur nur der innere sichtbar), während man hinter demselben in der Fossula prostatica ein ganzes dichtes, hahnenkammartig zerklüftetes Beet derartiger polypöser Bildungen bis dicht an den Blasenmund reichend erkennt. (Fig. 3.) Die Schleimhaut sowohl am Colliculus seminalis, wie an dem die Urethra begrenzenden Prostataabschnitt ist samtartig aufgelockert und kleinhöckrig granuliert.

Bei Einführung des Endoskops für die hintere Harnröhre gelingt es nur die beiden vorderen Polypen als kleine Bildungen entsprechend etwa den Abbildungen bei Burckhardt (4) zu Gesicht zu bekommen, während die Besichtigung der hinten sitzenden Gebilde durch den Eintritt von Urin in den Endoskop tubus unmöglich gemacht wird.

Die Behandlung besteht in Ätzung der Schleimhaut mit Jodtinktur und Entfernung der Polypen und zwar des vorderen mit der Dittelschen Zange, während für die hinteren ein Goldschmidtsches noch nicht veröffentlichtes kaustisches Instrument benutzt wird.

Den mikroskopischen Bau eines abgetragenen Polypen zeigt Fig. 4. Er zeigt einen adenomatösen Bau und papilläre Oberfläche neben kleinzelliger Infiltration des stark vaskularisierten Bindegewebes.

Die Literatur über Polypenbildung in der hinteren Harnröhre ist ziemlich dürftig.¹⁾ Und wenn man liest, daß so erfahrene

¹⁾ Über die in großer Massenhaftigkeit tumorartig in der ganzen Harnröhre auftretenden Polypen, welche zu Fistelbildungen führen und die Entfernung des Penis nötig machen, hat kürzlich Fluss aus der Zuckerkandlschen Abteilung berichtet. (Wiener klinische Wochenschrift 1907, Nr. 40.)

Beobachter, wie Wossidlo, nur zwei Fälle beobachtet haben und Arthur Lewin(5) und Burckhardt (l. c.) auch nur von vereinzeltten Beobachtungen berichten, so müßte man annehmen, daß sie ein seltenes Vorkommnis darstellen. Demgegenüber geht schon aus den Abbildungen bei Goldschmidt hervor, daß derartige Bildungen durchaus nicht selten sind und ich selbst habe in den letzten Monaten vier Fälle von starker Polypenbildung im Gefolge von chronischer Gonorrhoe und von Tuberkulose des Hodens und der Samenbläschen endoskopisch feststellen können, ohne die kleinen flottierenden Schleimhautwucherungen mitzurechnen, welche ich sehr oft als Ursache sexueller Neurasthenie im Gefolge von chronischer Gonorrhoe und Prostatitis gesehen habe. Mit Recht bemerkt Goldschmidt(6), daß diese auffallend häufigen polypösen Wucherungen sicherlich an vielen Reizsymptomen schuld sind. Daß sie dem Untersucher häufig entgehen, geht schon daraus hervor, daß sowohl in dem zweiten Falle von Wossidlo (l. c. p. 251), wie in dem von Lewin ausdrücklich berichtet wird, daß sie von verschiedenen Urologen erfolglos cystoskopisch untersucht worden seien, wie es ja ähnlich auch in unserem Falle war und leicht erklärlich ist, da diese Fälle der Cystoskopie natürlich nicht zugänglich sind. Aber selbst bei der gewöhnlichen Urethroskopia posterior entgeht sicherlich auch geübten Untersuchern ein Teil der Polypen, was auch Lewin andeutet, wegen der Kleinheit des Gesichtsfeldes und vor allem sind wohl nur die vor oder direkt am Samenhügel sitzenden gut einzustellen, während die Untersuchung der in dem individuell verschieden großen Abschnitt der Urethra zwischen Colliculus seminalis und Blasenmund sitzenden Polypen durch Urineintritt in den Tubus sehr schwer oder unmöglich gemacht wird. Wossidlo gibt an, daß sich bei seinem Instrument diese Störung in der Regel vermeiden läßt; für das Goldschmidtsche Instrument trifft dieser Mangel nicht zu und deswegen erlaubt es stets eine sichere Diagnosenstellung, weil die Zotten sich im Wasser aufrichten und so entfaltet, außerordentlich leicht sichtbar werden. Daß die Farbenunterschiede durch den Druck der Irrigationsflüssigkeit etwas verwischt werden, hat für die Betrachtung der Polypen keine Bedeutung. Daß diese polypösen

Bildungen auch in der pathologischen Anatomie wenig beachtet werden, erinnert, wie Goldschmidt(6) bemerkt, an die Tatsache, daß ebenso durch die Laryngoskopie und Cystoskopie die Häufigkeit von Polypen nachgewiesen wurde, welche dem pathologischen Anatomen entgangen war und daß es sich in der engen Harnröhre naturgemäß nur um Miniaturbildungen handelt.

L i t e r a t u r.

1. Handbuch der Urologie. Bd. III. p. 981.
 2. Zeitschrift für Urologie. Bd. II, Heft III. J. 1908.
 3. Berliner klin. Wochenschrift 1906. Nr. 6. Münchner medizinische Wochenschrift 1907. Nr. 14 und besonders: Die Irrigations-Urethroskopie in Folia urologica. Bd. I. Nr. 1 und 2.
 4. Handbuch der Urologie. Bd. III. p. 268. Taf. IV.
 5. Zeitschrift für Urologie. Bd. II. Heft IV. 1908. p. 320.
 6. Goldschmidt. Betrachtungen über die Endoskopie der Harnröhre. Therapie der Gegenwart. November 1907. p. 3.
-

**Die Erklärung der Abbildungen auf Taf. IX ist dem
Texte zu entnehmen.**

Wechselmann: Multiple Polypenbildung der hinteren Harnröhre.