Stumpfe Behandlung der Phimose im Kindesalter.

Von Dr. Carl Stuhl in Gießen.

Eine ganze Reihe von Affektionen geben dem Arzte Veranlassung, im Knaben- und Säuglingsalter die Beschaffenheit des Präputium zu prüfen. Zunächst ist es die Phimose als Ursache oder Folge der Balanitis mit ihren bekannten Beschwerden, den Störungen bei der Harnentleerung und ihren Folgeerscheinungen, den entzündlichen Erkrankungen des Harnapparates einerseits und dem durch eine forcierte Bauchpresse andererseits erklärten Komplex von Nabelbruch, Leistenbruch und Hydrocele. Die mitunter sehr quälenden Erektionen im Kindesalter werden nach Niemann durch Beseitigung auch geringer Verklebungen der Eichel mit dem inneren Vorhautblatte behoben. Jenseits des Säuglingsalters sind es Enure is nocturna et diurna, Pavor nocturnus, Onanie, epileptiforme Anfälle und eine Reihe anderer nervöser Zustände, welche von der Phimose und ihren Begleiterscheinungen ausgehen können.

Wenn auch nur ein kleiner Prozentsatz der letztgenannten Leiden eine Ursache hierin findet und es viel häufiger Erziehungsdefekte und mitunter minderwertiges Nervensystem sind, der Arzt muß immerhin Hemmungserscheinungen beseitigen und kann hier in Erwägung all dessen, was dem Kinde mit einer Phimose möglicherweise bevorsteht, prophylaktisch Gutes wirken durch frühzeitige Mobilisierung des Präputium.

Beim Säuglinge finden wir eine mehr oder weniger starke Phimose mit Verklebung von innerem Vorhautblatt und Glans. In der proximalen Hälfte der Glansoberfläche lagern unter dem Präputium bereits die sogenannten Präputialsteine, welche mitunter im Sulcus coronarius glandis eine verhältnismäßig beträchtliche Menge bilden und durch Druck hier auch empfindliche Störungen verursachen können.

Vom zweiten Jahre ab sind die präputialen Verklebungen nicht mehr in dem Maße vorhanden, und die Phimose ist gleichfalls nicht mehr so ausgeprägt, mit Ausnahme der Fälle, in welchen sie „rüsselförmig“ bis zur Pubertät bestehen bleibt; es handelt sich dann nicht mehr um eine sogenannte physiologische Phimose, sondern um einen angeborenen oder — in

der Mehrzahl der Fälle durch Balanitis — erworbenen Zustand.

Das Gros der Aerzte vertritt in der Phimosenbehandlung heute noch den operativen Standpunkt; der Chirurg selbstverständlich und die Mehrzahl der Kinderärzte sicher nicht ausgeschlossen. Immerhin machte ich die Erfahrung, daß praktische Aerzte die eigenhändige stumpfe Dehnung vorzuziehen, wahrscheinlich aber auch nur in dem Sinne der Lehrbücher, die — soweit sie mir vorliegen — lediglich für leichtere Fälle stumpfe Behandlung empfehlen. So lesen wir z. B. bei Langstein: Nur für die Epithelverklebung befürwortet Karewski die stumpfe Lösung (mit Myrtenblattsonde), während er zur Beseitigung der Phimose die bei aseptischer Ausführung absolut ungefährliche und in wenigen Minuten beendete Operation vorschlägt.

Die üblichen Phimosenoperationen kenne ich nur von meiner Assistentenzeit her. Ich selbst habe in der Praxis bei Knaben unter zehn Jahren nie mehr Gebrauch davon gemacht, da ich die unblutige allmähliche Dehnung viel vorteilhafter fand. Bleibt doch dem Kinde 1. eine größere Wunde, 2. die häßliche, auch störende Präputialschürze und 3. eine ev. notwendige Narkose erspart.

Der einfache Hergang der stumpfen Behandlung ist folgender: Nach Händedesinfektion und gründlicher Reinigung des Genitale — am besten läßt man die Kinder unmittelbar vorher baden — versuche man, das Praeputium mit Hilfe der drei ersten Finger beider Hände über die Glans zurückzudrängen. Meist gelingt dies sofort, mitunter habe ich auch erst nach zwei oder drei Tagen Erfolg gehabt. Stets entstehen dabei leicht blutende Einrisse in der am intensivsten gespannten äußeren Haut. Die Risse verlaufen in der Richtung des Penis und sind $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ cm lang. Sobald die Urethra frei liegt und sich präputiale Verklebungen mit der Glans zeigen, nehme man eine stumpfe Sonde zum Lösen des Präputium, was stets ohne Schwierigkeit und häufig ohne einen Tropfen Blutes erreicht wird. Wegen der Gefahr der Paraphimose empfiehlt es sich bei hochgradiger Enge erst nach mehrtägigem Dehnen, das Präputium über die Corona glandis zu streifen. Entsteht doch einmal eine Paraphimose dabei mit starkem Schnürringe, so suche man diese umgehend wieder auszugleichen, ohne mit den Fingern die frisch zutage getretene Glans und die abgelösten Präputialflächen zu berühren. Es läßt sich dies leicht bewerkstelligen, wenn man seine Finger bei den Vorschiebeversuchen an der Wurzel des Penis ansetzt und reichlich Haut dabei mitfaßt. Präputialsteine sind stumpf mit der Sonde zu entfernen. Die kleinen Hautrisse pudere ich mit Xeroform ein und lege einen oberflächlichen Mullverband an. Zu Hause lasse ich feuchte Verbände mit Blei- oder Borwasser zwei- bis dreistündlich erneuern.

Diese gleiche Behandlung ist vier bis acht Tage je nach Bedarf zu wiederholen. Spätestens nach acht Tagen sah ich die stärkste Phimose auf diese Weise gedehnt.

Die blutigen Einrisse wiederholen sich bei der täglichen Reponierung wohl in den ersten Tagen noch mehr oder weniger, heilen aber in 24 Stunden wieder aus. Urinverhaltung beobachtete ich höchstens für die Dauer eines halben Tages. Die häufig eintretende Schwellung der Vorhaut, auf welche man die Mutter aufmerksam machen muß, schwindet unter dem Bleiwasserumschlag rasch.

Nach Verlauf von je acht Tagen kontrolliere ich drei bis viermal das Resultat und veranlasse alsdann die Eltern, während eines halben Jahres einmal in der Woche mit gut gereinigten Händen den Erfolg der Behandlung zu prüfen. Sobald diese Nachbehandlung durch die Angehörigen unterblieb, fand ich nach $\frac{1}{2}$ —1 Jahr das Präputium ebenso rigide wie nach dem Ueberstehen einer Balanitis. In Anbetracht dieser offensichtlichen Herabsetzung der Dehnungsfähigkeit — infolge der kleinen Hautrisse resp. der Entzündung — bedurfte es alsdann noch besonderer Mühe zur Reponierung. Und ich glaube, daß solche Fälle jenseits der Pubertät operativer Behandlung bedürfen.

Auch auf das Frenulum zwischen Präputium und Glans soll man achten. Es ist mitunter so stark entwickelt und so kurz, daß eine Perzision von Vorteil ist.

Sicher ist dem Frenulum eine physiologische Bedeutung zuzuschreiben. Es tritt in Tätigkeit bei der Erektion, indem es der Spitze der Glans eine leichte Abweichung von der Sagittalachse nach unten gibt und so bei einer Kohabitation die Ejakulation in das hintere Scheidengewölbe, das Receptaculum seminis, geleitet.

Das Frenulum ist ein beliebter Sitz für Ulcera. Bei Kohabitationen entstehen bisweilen Zerreißen, welche ärztliche Hilfe wegen starker Blutung erfordern.

Ich sah vor einigen Jahren einen jungen Mann mit so stark und abnorm kurz entwickeltem Frenulum, daß ihm jeder Kohabitationsversuch mißlang, weil bei der Erektion der Penis hochgradig gebogen wurde (nach oben konvex). Der Patient kam infolgedessen in einen melancholisch-depressiven Zustand, bis ich ihn durch eine gründliche Perzision des Frenulum von seiner Abnormität befreite.

Im Kindesalter sind auch bisweilen nervöse Zustände die Folge der Zerrungen eines zu kurzen Frenulum.

Bei der Durchtrennung des Frenulum entsteht immer eine arterielle Blutung. Für den Säugling genügt meist das Auflegen minimaler Wattemengen und Darüberziehen des Präputium, um hinreichende Blutgerinnung hervorzurufen, während bei älteren Knaben und Erwachsenen stets eine recht gründliche Unterbindung am Platze ist, da man bei Erektionen eine starke Blutung erleben kann.

Meine Betrachtungen möchte ich mit diesem Satze schließen: Es ist zweckmäßig, daß der Arzt bei Knaben jeden Alters gelegentlich auf Phimose und präputiale Verklebungen untersucht und sie gegebenenfalls in der angeführten Methode der allmählichen Dehnung und stumpfen Lösung behandelt.

Säuglinge unter einem halben Jahre behandle man nur bei vorliegender Indikation.

Den Einwand, daß auch oft ohne Grund behandelt werde, lasse man nicht gelten, zumal bei geeignetem Vorgehen kein Nachteil entstehen kann. Führen doch manche Völkerschaften die Beschneidung in frühesten Jugend aus. Und daß dabei verhältnismäßig wenig Unfälle vorkommen, sehen wir bei den jüdischen Beschneidungen trotz der mitunter mangelhaften Hygiene.

Ich hatte bereits diese Abhandlung beendet, als mir der Aufsatz Franz Hamburgers: Ueber Phimosenbehandlung zu Gesicht kam. Meine Erfahrungen fand ich hier vollkommen bestätigt. Hamburger plädiert für Lösung der Konglutinationen ohne jedes Instrument, lediglich mit den Fingern. Ich habe stets die einfache geknöpfte Sonde dazu verwandt, weil sie vorher ausgekocht werden kann und es mir zudem unsympathisch ist, das zarte, frisch gelöste Präputialblatt mit den Fingern zu berühren. Auch gibt es meines Erachtens kein einfacheres und schnelleres Verfahren, als mit der Sonde flink zwischen Glans und Präputium ringsherum zu fahren; es ist eine Augenblickssache!

Niemann löst die Verklebungen manuell mit Hilfe von Mull oder Watte. Karewski dagegen wendet die Myrtenblattsonde an, welche auch bei Lange und Brückner empfohlen wird.

Die prophylaktische Behandlung der Phimose empfiehlt Hamburger gleich mir im Gegensatz zu Langstein, welcher sich dahin ausspricht, daß die Beseitigung der Phimose viel zu häufig und ohne direkte Indikation ausgeführt werde.

Literatur: 1. Langstein, Erkrankungen des Urogenitalsystems aus Pfander und Schlossmann, Handbuch der Kinderkrankheiten 1910. — 2. Lange und Brückner, Krankheiten des Kindesalters 1896. — 3. Niemann, Therapeutische Monatshefte 1910, No. 8. — 4. Hamburger, Münchener medizinische Wochenschrift 1910, No. 40.