

## VI. Aus der chirurgischen Universitätsklinik in Marburg. Zu meiner Methode der hohen Castration.

Von Dr. O. v. Büngner.

Auf der 65. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Nürnberg (11.—15. September 1893) empfahl ich eine neue Methode der Castration, die ich als Castration mit Evulsion des Vas deferens oder kurz als hohe Castration bezeichnete. In kurzer Wiederholung der Hauptpunkte des damals Gesagten (vgl. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1893, No. 46) bemerke ich an dieser Stelle Folgendes:

Ich kam zu dieser Methode der Castration im Juni 1891 durch einen Fall von Nebenhodentuberculose, bei welchem sechs Wochen nach einer typischen Castration am Stumpfe des Samenstranges ein Recidiv aufgetreten war. Da die Prostata und die Samenblase der afficirten Seite intact schienen, konnte es sich nur darum handeln, das Vas deferens in grösserer Ausdehnung zu entfernen. Ueberraschenderweise gelang es, letzteres nach Isolirung von den übrigen Gebilden des Samenstranges durch einen allmählich sich steigernden Zug fast in ganzer Länge zu entwickeln. Als es schliesslich abriess, hatte ich mehr als Vierfünftel desselben in der Hand. Bei der mikroskopischen Durchmusterung der Querschnitte des Samenstranges in verschiedener Höhe fand sich die Schleimhaut im Hodenabschnitt desselben von Tuberkeln durchsetzt, während der nach der Prostata zu gelegene Theil gesund war. Demnach konnte eine Radicalheilung des Patienten erwartet werden, was sich im weiteren Verlauf bestätigte. Patient ist (seit nunmehr  $2\frac{3}{4}$  Jahren) recidivfrei geblieben.

30 Leichenversuche zeigten, dass sich durch genannte Evulsionsmethode in jedem Falle und in jedem Lebensalter ca. Vierfünftel des Samenganges herausbefördern lassen. Es kommt für ein vollständiges Gelingen des sehr leicht auszuführenden Eingriffs, der, abgesehen von der Evulsion des Vas deferens, mit der gewöhnlichen Castration übereinstimmt (insbesondere werden auch die Gefässe unter dem äusseren Leistenringe unterbunden) lediglich darauf an, dass man 1) das Vas deferens von den übrigen Gebilden des Samenstranges exact isolirt und dass man 2) keinen plötzlichen, wie immer ruckweise gearteten, sondern stets nur einen allmählich sich steigernden Zug einwirken lässt.

Unsere klinischen Erfahrungen bezogen sich auf sieben Fälle von Genitaltuberculose. Von diesen ging ein Fall an einem intercurrenten Erysipel zugrunde. In zwei Fällen trat nur eine vorübergehende Besserung ein, weil in dem einen die Tuberculose doppelseitig und im anderen bereits die Samenblase ergriffen war. Ein vierter Fall konnte nicht weiter beobachtet werden. Die drei übrigen Fälle sind radical geheilt, und zwar ist in denselben der Heilerfolg um so höher anzuschlagen, als er nach Ausweis der mikroskopischen Untersuchung mittels der bisherigen Methode der Castration nicht hätte erreicht werden können. Es zeigte sich nämlich, dass die Tuberculose über die übliche Durchschneidungsstelle des Samenstranges bereits centralwärts hinaufreichte, während durch die hohe Castration der gesammte tuberkulöse Theil ausgeschaltet und die Continuitätstrennung im Gesunden zu stande gekommen war. In der Marburger chirurgischen Klinik wird seit  $2\frac{3}{4}$  Jahren die hohe Castration principiell in jedem Falle von Genitaltuberculose vorgenommen, weil unseren Erfahrungen zufolge die Grenzen der Erkrankung am Vas deferens sich makroskopisch nicht genau bestimmen lassen, und ein der äusseren Form und dem Palpationsbefunde nach noch intact erscheinender Samengang bereits von Tuberculose ergriffen sein kann.

Für die ungünstigeren Fälle, wo die Tuberculose, vom Neben-

hoden aufsteigend, sich bereits über das ganze Vas deferens, die Samenblase und Prostata verbreitet hat, empfahl ich: 1) die Ausführung der hohen Castration in der eben geschilderten Weise, 2) die Freilegung der Prostata und Samenblase vom Damm aus (nach Dittel oder Zuckermandl), die Entfernung der Samenblase sammt dem kurzen centralen Reste des Samenganges und die Ausräumung etwaiger tuberkulöser Herde aus der Prostata. Ueber die Erfolge dieses combinirten Eingriffs versprach ich später zu berichten.

Soweit meine damaligen Mittheilungen. Nun finde ich in dem Referat über einen von M. Schede am 9. Januar a. e. im ärztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vortrag: „Demonstration eines wegen Tuberkulose exstirpirten Hodens mit zugehörigem Samenstrang nebst Samenblase“ (Dtsch. med. Wochenschr. 1894, No. 7, p. 161) zu meinem grössten Erstaunen nachstehende Bemerkung: „Herr Schede schliesst eine Kritik des v. Büngner'schen Verfahrens an, der das Vas deferens durch langsamen Zug am centralen Ende abreisst und es immer im Gesunden abzutrennen vorgiebt. Tuberkulös erkrankte Samenstränge bieten dabei nach seinen Erfahrungen die Gefahr, an fungösen Stellen abzureissen.“

Wie in aller Welt kommt Schede zu der Behauptung, dass ich durch die hohe Castration in allen Fällen eine Heilung erzielt haben wolle? Jeder, der meine obige Darlegung verfolgt, ersieht ohne weiteres, dass mir auf diese Weise nicht in allen, sondern unter sieben Fällen nur dreimal die Heilung gelungen ist. Wäre Schede bei der Durchmusterung der Litteratur genauer vorgegangen, so hätte ihm das nicht entgehen können.

Schede's Erfahrung, dass tuberkulös erkrankte Samenstränge (es soll wohl heissen „Samengänge“) die Gefahr bieten, bei Anwendung der Evulsionsmethode an fungösen Stellen abzureissen, können wir nicht bestätigen. In dieser Beziehung sind die drei Fälle, in denen wir durch die hohe Castration eine vollständige Heilung erzielten, von grossem Interesse, weil auch nach Ausweis der mikroskopischen Untersuchung der gesammte tuberkulöse Theil ausgeschaltet und die Trennung im Gesunden zustande gekommen war. Allerdings mögen tuberkulöse Samengänge an fungösen Stellen abreissen, wenn man die beiden angegebenen Regeln für die Technik der Operation ausser acht lässt und deshalb nur einen kleineren Theil des Vas deferens herausbefördert, doch wäre niemand berechtigt, die solcher Art gewonnenen „Erfahrungen“ zu verallgemeinern, wenn es sich um die Würdigung einer bestimmten Operationsmethode handelt.

Von Wichtigkeit ist vielmehr — und darin liegt der entschiedene Vorzug der hohen Castration vor der bisherigen Castrationsmethode —, dass uns erstere in einer Reihe von Fällen die Möglichkeit der Heilung bietet, wo sie bei letzterer vollkommen ausgeschlossen ist, weil die Tuberkulose über die übliche Durchschneidungsstelle des Samenstranges bereits centralwärts hinaufreicht. Makroskopisch lassen sich dabei die Grenzen der Erkrankung am Vas deferens nicht immer genau bestimmen. So erwies sich auch in unseren erwähnten drei Fällen der Samengang der äusseren Form und dem Palpationsbefunde nach intact, während er mikroskopisch in seiner Hodenhälfte bereits von der Tuberkulose ergriffen war.

Ob Schede eine mikroskopische Untersuchung seines Materials vorgenommen hat, ist aus seinem Vortrag nicht ersichtlich. In den keineswegs seltenen Fällen, wo der Samengang makroskopisch noch nicht verändert erscheint, wird man sich aber nach dem eben Gesagten nur auf Grund einer sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung des Vas deferens in verschiedener Höhe ein Urtheil erlauben dürfen.

Schede's irrthümliche Angabe, dass ich mit der hohen Castration in allen Fällen eine Heilung erzielt haben wolle, muss ferner bei dem Unkundigen den Eindruck hervorrufen, als ob ich die Exstirpation der Samenblase in allen Fällen für unnöthig erachte. Statt dessen habe ich dieselbe bei nachgewiesener Miterkrankung der letzteren gerade ausdrücklich empfohlen. Das hätte Schede, wo er mein Operationsverfahren in die Besprechung zog und gleichfalls die Exstirpation der Samenblase vorschlug, natürlich erwähnen müssen. Selbstverständlich wird die Exstirpation der Samenblase nur dann in Frage kommen, wenn ihre Erkrankung mittels Palpation vom Rectum aus nachgewiesen werden kann, oder wenn die mikroskopische Untersuchung ergeben hat, dass bei der hohen Castration das Vas deferens thatsächlich im Erkrankten abbricht.

Dass man aber überhaupt der Exstirpation zweckmässigerweise die hohe Castration vorausschicken habe, wird wohl kein Einsichtiger bezweifeln. Einmal nämlich erleichtert man sich dadurch die Nachoperation, weil mit der Samenblase nur noch ein sehr kurzer Rest des Vas deferens zu entfernen bleibt, sodann aber ist es in allen Fällen, wo eine Erkrankung der Samenblasen palporisch nicht festgestellt werden kann, von Wichtigkeit, einen

möglichst grossen Theil des Vas deferens der mikroskopischen Untersuchung zugänglich zu machen, um entscheiden zu können, ob eine Exstirpation der Samenblase nothwendig ist. Bei dieser Untersuchung zeigt sich, dass in einem Theil der Fälle der Prostataabschnitt des Vas deferens intact ist, und dann ist die Exstirpation der Samenblase überflüssig; oder aber dieser Theil des Samenganges ist bereits erkrankt, dann wird man auch bei palporisch nicht wahrnehmbarer Veränderung die Samenblase exstirpieren müssen. Die hohe Castration ist also häufig auch in diagnostischer Beziehung von Bedeutung, weil sie uns über das weiter einzuschlagende Operationsverfahren Aufschluss zu geben vermag, wo andere Anhaltspunkte für die Indicationsstellung zur Exstirpation der Samenblase noch fehlen.

Ob man schliesslich für die Exstirpation der Samenblase den von mir vorgeschlagenen Weg der Freilegung der Prostata und Samenblase vom Damm aus (Dittel, Zuckermandl) oder den von Schede empfohlenen Weg vom Kreuzbein aus (Rydygier) vorzuziehen habe, darüber kann erst eine breitere Erfahrung entscheiden. Schede empfiehlt den Rydygier'schen sacralen Schnitt gegenüber dem Dittel'schen, weil der Eingriff leichter ausführbar sei, ein übersichtlicheres Operationsfeld schaffe, einen guten Beckenboden bilde und herniöse Vorstülpungen des Mastdarms vermeide. Wiewohl eine genauere Abwägung der beiden Operationsmethoden gegen einander zur Zeit verfrüht ist, so dürfen doch die angeblichen Vorzüge der Rydygier'schen Methode gegenüber der Dittel'schen insofern schon jetzt beanstandet werden, als 1) keineswegs bewiesen ist, dass die Dittel'sche Methode die Festigkeit des Beckenbodens beeinträchtigt und Vorstülpungen des Mastdarms begünstigt und als 2) die Exstirpation der Samenblase und des Samengangrestes vom Damm aus nach vorgängiger hoher Castration sich wenigstens an der Leiche, wo ich sie mehrmals erprobte, unschwer ausführen lässt und eine sehr gute Uebersicht gewährt. Dazu kommt, dass der Weg vom Perineum aus, den Dittel, Zuckermandl, Ultzmann, Czerny, Küster, Trendelenburg u. a. zur Erreichung der Prostata oder Samenblasen mit Erfolg eingeschlagen haben, der kürzere und anatomisch gleichsam gegebene ist.

Um der praktischen Wichtigkeit des Gegenstandes willen wäre es erwünscht, wenn bald auch andere Fachgenossen in die Lage kämen, ihre einschlägigen Erfahrungen mitzutheilen.