

Aus der königl. dermatol. Universitätsklinik zu Breslau.

Ueber Analgonorrhoe.

Nach in Gemeinschaft mit Dr. **Eugen von Borzecki** unternommenen
Untersuchungen.

Von

Dr. J. Neuberger,

früherem Assistenten der Klinik, jetzt Arzt für Hautkrankheiten in Nürnberg.

Auf dem II. internationalen Dermatologen-Congresse zu Wien hat Neisser¹⁾ in seinem Referate über die Principien der Gonorrhoebehandlung vorzugsweise unter Anderen auch die Rectalgonorrhoe hervorgehoben^{*)}, und in der dem Vortrage Neisser's folgenden Discussion machte Lang²⁾ auf die durch Analgonorrhoe bedingten Ulcerationen und Stricturen des Rectums aufmerksam, während Staub³⁾ das häufige Vorkommen dieser Erkrankung betonte und in therapeutischer Hinsicht Ausspülungen mit Liq. Alumin. acetic. empfahl.

In einem in der medicinischen Section der Schles. Gesellschaft für vaterl. Cultur gehaltenen Vortrage habe ich am 17. Juli 1891, zu einer Zeit, als mir die im gleichen Jahre erschienene Publication von Frisch⁴⁾ noch unbekannt war, über

*) Neisser stellte folgende These auf: These XI. Dem häufigen Vorkommen und der Behandlung der Rectal-Gonorrhoe ist mehr Aufmerksamkeit zu schenken als bisher, da die gonorrhoeische Rectal-Infektion den Ausgangspunkt für viele der chronischen Rectal-Ulcera zu bilden scheint.

meine im Vereine mit Herrn Dr. Eugen von Borzecki an der kgl. dermatol. Universitätsklinik zu Breslau veranstaltete Untersuchung über die Gonorrhoe des Mastdarms berichtet.

Da nun aber dieser Vortrag nur in einem sehr kurzen, weiteren Kreisen unbekannt gebliebenen Auszuge der Verhandlungen der Schles. Gesellschaft erschienen, da derselbe ferner nicht nur einzelne Streifzüge auf das noch sehr im Dunkeln liegende Gebiet der Rectalgonorrhoe wirft, sondern auch die Frisch'schen Mittheilungen speciell nach der klinischen Seite hin wesentlich erweitert, so scheint es mir geboten, den Inhalt desselben hier in extenso wiederzugeben.

In der Abhandlung von Frisch findet sich zum grössten Theile die einschlägige Literatur zusammengestellt, auf die ich daher, um Wiederholungen zu vermeiden, verweise.

Nachtragen möchte ich den von Frisch angegebenen literarischen Zusammenstellungen, dass ausser Bumm,⁵⁾ welcher in dem eiterigen Afterausflusse einer Frau Gonococcen nachgewiesen, auch Neisser⁶⁾ in zwei Fällen von Rectalgonorrhoe bei Frauen, deren Männer an chronischem Tripper litten, gleichen Befund erhoben hat.

Diese Thatsachen scheinen aber in Vergessenheit gerathen zu sein, sonst wäre es wohl nicht erklärlich, dass sich in den meisten gebräuchlichsten neueren Lehrbüchern (Lesser,⁷⁾ Neumann,⁸⁾ Zeissl,⁹⁾ Grünfeld¹⁰⁾ [Realencyklopädie] etc.) keine Angaben über den Gonococcenbefund bei der Analgonorrhoe vorfinden.

Nur einzelne Autoren, unter Anderen Ball,¹¹⁾ Kopp¹²⁾ etc. halten die Gonococcenuntersuchung zur Diagnose der Rectalgonorrhoe für erforderlich; letzterer glaubt aber — allerdings, wie soeben nachgewiesen, irrthümlicherweise — dass bisher bei der Rectalgonorrhoe der Gonococcenbefund in der Literatur noch nicht verzeichnet sei.

Ausser der bacteriologischen Seite ist aber auch das klinische Bild in den eben erwähnten Schriften sehr einseitig behandelt, was wohl vorzugsweise darin seinen Grund haben mag, dass den meisten Autoren eigene Erfahrungen nicht zu Gebote standen, ja Finger¹³⁾ erwähnt in seiner bekannten Monographie überhaupt nicht den Mastdarmtripper.

Diese stiefmütterliche Behandlung der Rectalgonorrhoe dürfte auf die bis in die jüngste Zeit allgemein angenommene Seltenheit dieser Affection zurückzuführen sein.

So hat, um nur einige Angaben nach dieser Richtung hin anzuführen, Diday¹⁴⁾ niemals einen Fall von Analgonorrhoe beobachtet, ebenso Simonet,¹⁵⁾ obwohl nach der Ansicht des Letzteren „gewiss 60% der im Hôpital de Lourcine detinirten Prostituirten täglich den Coitus analis gestatteten“. Auch Martineau¹⁶⁾ erachtet die Rectalblennorrhoe für selten, ein Ausspruch, der um so mehr Beachtung verdient, als Martineau unter Anderem in 2 Jahren mehr als 100 Fälle von Coitus analis an Frauen gesehen, und zwar häufig an verheirateten Frauen, die aus Furcht, „dass der Mann anderweitig solchen Passionen nachgehe“, derartige Manipulationen duldeten. Profeta¹⁷⁾ berichtet von einem Falle von weiblicher Gonorrhoe, Tarnowsky¹⁸⁾ hat nur zweimal Gonorrhoe des Rectums beobachtet und hält sie daher für sehr selten, und Juliusburger,¹⁹⁾ welcher vor geraumer Zeit ebenfalls an der kgl. dermatol. Universitätsklinik zu Breslau Forschungen nach Rectalgonorrhoe unternommen hatte, sah „trotz des hiesigen sehr grossen Materials nicht einen einzigen Fall von Mastdarmtripper“.

Wir haben nun mit Zuhilfenahme der mikroskopischen Gonococcen-Untersuchung — die eben auch hier unerlässlich ist — untersucht und konnten so in kurzer Zeit 5 Fälle von Analgonorrhoe bei Frauen beobachten.

Der erste Fall von Analgonorrhoe, den wir zu Gesichte bekamen, war ein so acuter und so ausgesprochener, dass die Diagnose sehr nahe lag und sehr leicht durch den Gonococcennachweis im Analsecrete festgestellt wurde. Dieser positive Befund bildete für uns den Anstoss, dass der grösste Theil der zur Zeit und später auf der Krankenabtheilung befindlichen Puellae publicae und auch eine grössere Anzahl von Frauen auf diese Erkrankung hin untersucht wurden und auf diese Weise 4 weitere Fälle zur Beobachtung gelangten.

Ehe wir nun auf die Resultate unserer Untersuchungen eingehen, wollen wir zunächst kurz die Krankengeschichten der

5 Fälle und zwar in der Reihenfolge, wie sie der Zeit nach diagnosticirt wurden, anführen.

Die Fälle sind die folgenden:

I. M. A., 24jährige Fleischersfrau, seit zwei Jahren verheiratet, zur Zeit im fünften Monat gravid. Diagnose: Gonorrhoea urethrae et cervicis.

Patientin hat vor zwei Jahren zum ersten Male geboren. Die damalige Geburt soll schnell und leicht von statten gegangen sein. Sie weiss nichts von einem Dammriss. In starkem Contrast zu diesen Angaben steht der Genital-Befund. Die hintere Commissur fehlt vollständig. Sie ist anscheinend früher durchrissen, die Rupturstellen sind vernarbt.

Aus der Analöffnung fliesst reichlich eitriges, mit Blut vermengtes Secret, es lässt sich beobachten, dass das Vaginalsecret direct zur Analöffnung herabfliesst. An den seitlichen Analwänden wölben sich intensiv braunroth gefärbte Schleimhautwülste hervor.

Das Eingehen mit dem Finger in den Anus verursacht keine Schmerzen. Auch will Patientin zur Zeit beim Stuhlgange keine besonderen Beschwerden haben, gibt aber zu, dass dieses vor einigen Wochen noch der Fall war. Das Analsecret (vorher gründliche Desinfection der Umgebung des Anus) wimmelt von typischen Gonococcen-Haufen, die in Eiterkörperchen eingeschlossen und auf Epithelien liegen. Coitus per anum sowohl von der Patientin als deren Mann, welcher wegen Gonorrhoe in unserer poliklinischen Behandlung sich befindet, in Abrede gestellt.

Untersuchungen des Rectums in Narkose ergibt: Anus schlaff und weit, etwa 2 Cm. hinter der äusseren Analöffnung ein oberflächliches, scharf umschriebenes, eitrig belegtes, leicht blutendes Geschwür.

Der Belag desselben ist leicht zu entfernen. Rectal-Schleimhaut stark geröthet, leicht blutend. An der unteren Wand einzelne sehr oberflächliche Rhagaden.

Nach 16tägiger Behandlung, die in Ausspülungen mit Borsäure, Einlegen von Jodoformgazetampons, später in Auswischen des Rectums mit $\frac{1}{2}\%$ Argent. nitric.-Lösung bestand, verschwanden die Gonococcen und die Secretion, so dass Patientin auf Wunsch entlassen wurde. Zehn Tage später stellte sie sich wieder vor, es wurde wiederum reichlich eitrig Gonococcen enthaltender Ausfluss aus dem Rectum beobachtet. Leider entzog sich Patientin der weiteren Behandlung.

II. H. Cz., 19jährige puella publica. Vor zwei Jahren wegen Ulcera mollia und Gonorrhoe im Hospitale. Vor 4 Monaten wurde sie wegen Ulcera im Anus ins Krankenhaus eingeliefert, und da Fisteln im Anus constatirt wurden, auf die chirurgische Abtheilung zur Operation verlegt. Näheres hierüber liess sich nachträglich nicht eruiren. Z. Z. auf der Station wegen Gonorrhoea urethrae et cervicis, sowie Mollusca contagiosa.

Analöffnung sehr weit. Die Falten vollständig verstrichen, Anus trichterförmig eingezogen, es entleert sich kein Secret; das mit dem

Löffel aus dem Anus gewonnene Secret enthält zahlreiche grosse typische Gonococcen-Haufen. Keine Schmerzhaftigkeit beim Einführen des Fingers, auch keine Beschwerden oder Unregelmässigkeiten beim Stuhlgange. Coitus per anum mit Entschiedenheit in Abrede gestellt. Rectal-Befund in Narkose: Keine Schwellung und Röthung der Rectal-Schleimhaut. Dieselbe vielmehr in der Umgebung der Analöffnung weisslich verfärbt und stellenweise narbig eingezogen, ferner an der hinteren Wand einzelne, mit gelblichem Belage versehene oberflächliche Rhagaden. Keine Geschwüre.

Sublimat-Ausspülungen und Rotter'sche Lösung verursachen starke profuse Diarrhoen. Durch Ausspülen des Rectums mit Arg. nitric.-Lösung 1: 3000 verschwinden Secretion und Gonococcen.

III. B. K., 19jähr. puella publica. October 1889 Sclerosis initial. Papulae ad genitalia. Vom 13. Februar bis 18. Novbr. 1890 wegen Gonorrhoea urethrae et cervicis, Bartholinitis duplex, Lues (Papulae ad genit., Leucoderm. colli, Angina tonsill. circumscripta, Exanth. maculos.) im Hospital. 9 Tage nach ihrer Entlassung wird Patientin von Neuem eingeliefert. In der rechten Inguinal-Gegend oberhalb des Ligamentum Poupartii befindet sich eine geschwollene, deutlich fluctuirende, nicht ganz wallnuss-grosse Geschwulst. Die Haut über derselben ist stark geröthet und gespannt. Incision. Es entleert sich sehr viel Eiter, die Abscesswunde heilt unter Jodoform-Behandlung ziemlich schnell.

Im Urethral-Secret finden sich wieder Gonococcen vor.

Am 8. Januar 1891 tritt in der Raphe zwischen der hinteren Analöffnung und dem Os coccygis ein beiderseits die Mittellinie überschreitendes gelblich belegtes, tief unterminirtes und in der Umgebung stark eczematös geröthetes Geschwür auf. Inoculation fällt negativ aus.

22./I. In der Umgebung der Genitalien und des Afters sind theils eczematös geröthete, theils nässende oder mit Krusten bedeckte Stellen. Diese letzteren Erscheinungen sind mit Sicherheit auf die bereits seit langem bestehende Rectal-Gonorrhoe zurückzuführen, die erst am 17. Februar constatirt wurde. Eigenthümlicher Weise war an der äusseren Analöffnung ausser dem bereits oben erwähnten Eczem nichts Auffallendes, namentlich floss aus der Analöffnung kein Secret hervor. Ganz auffällig im Gegensatz hierzu waren die Veränderungen im Rectum. Direct hinter dem äusseren Analring fand sich eine grosse Anzahl tiefer, stark eitrig belegter und von einander gewöhnlich nur durch eine dünne oft unterminirte Hautbrücke getrennter Geschwüre. Schmerzhaftigkeit war nicht vorhanden. Die Geschwüre nahmen zum grössten Theil die hinteren und die seitlichen Wandungen des Rectums ein, während die vordere Rectalwand fast ganz intact war. Jedoch war der äussere Analring selbst mit ergriffen, an einer Stelle war er durch eine Fistel unterminirt, ein Befund, der aber erst nach starkem Auseinanderziehen der Analfalten sichtbar wurde. Etwa 5 Cm. hinter der Analöffnung befand sich ein derber, ziemlich hoher, die Mastdarmwand einnehmender bindegewebiger Strang, welcher unterminirt

war und von dem aus, wie sich in der Narkose zeigte, ein fistulöser, blind endigender Gang in die Tiefe sich erstreckte.

Therapie: Auskratzung der Geschwürsfläche. Spaltung des fistulösen Ganges. Jodoformgazetampons ins Rectum. Ausspülungen des Rectums mit 3% Borsäurelösung und Sublimat 1:1000.

Dadurch Abnahme der Secretion und der Gonococcen. 23./V. Patientin geheilt entlassen. 9./X. Patientin wegen Gonorrhoe urethrae von Neuem im Hospital. Keine Gonococcen im Rectum.

IV. B. H., 27 Jahre alt, puella publica. 1887 wegen Fluor vaginal. im Hospital, 1889 Erysipel. faciei. Papelähnliche Efflorescenzen am Anus, Bartholinitis sinist.

Patientin musste am 20. December 1889 ungeheilt entlassen werden. April 1890 kommt sie von Neuem ins Hospital, die linke grosse Schamlippe ist beträchtlich angeschwollen und geröthet, Fluctuation nicht vorhanden, an der Innenfläche zwischen grosser und kleiner Labie befindet sich ein rundgeschnittenes scharfes Loch, durch welches man in eine Höhle kommt, die reichlich Eiter secernirt. Durch Ausspülungen mit Antiseptics und durch Jodoformbepulverungen heilt die Höhle bis auf eine kleine Fistel, aus der sich spärliches wässriges Secret entleert, so dass Patientin Ende Juni 1890 entlassen wird. Die damalige Diagnose lautete: Oedema et abscessus labii maj. dextri.

Im December 1890 wird Patientin dem Hospital von Neuem eingeliefert. Stat. praesens: Labium majus sin. beträchtlich geschwollen. An der unteren inneren Fläche befindet sich eine sichelförmige, etwa 2½ C. lange Oeffnung, von der aus ein fistulöser Gang in die Tiefe in die Gegend der hinteren Commissur führt, aus der sich reichlichst eitriges Secret entleert. Auf der Innenfläche der gleichseitigen Schamlippe befindet sich eine kleine höher gelegene Oeffnung, die mit der zuerst erwähnten nicht in Communication steht. Aus der Analöffnung ragen zahlreiche nicht exulcerirte hypertrophische Falten hervor.

Patientin gibt an, dass sie oft starke mit Leibschmerzen verbundene Stuhlbeschwerden hätte, häufig Tag und Nachts an Durchfall und Brechanfall litt, oft soll der Stuhl blutig sein. Manchmal bestände Stuhl-drang. Es zeigt sich, dass man bei der Sondirung der Fistelgänge leicht in die Tiefe kommt und ohne Schwierigkeit die Sonde ins Rectum gelangt, wo sie bequem durch einen eingeführten Finger gefühlt werden kann.

Es besteht somit eine Paravaginal-Rectalfistel. Die Untersuchung des Rectums ergibt folgenden Befund:

Im Rectum hoch oben, etwa 3 Cm. oberhalb der Ausmündung des ins Rectum führenden fistulösen Ganges fühlt man eine ringförmige Stricture.

Nachdem eine antiluetische Cur (Jodkali, Hg thymol. Einspritzungen) ohne Erfolg geblieben, auch die etwaige tuberculöse Natur des Leidens durch das absolute Nichtreagiren bei Koch'schen Injectionen ausser Frage gestellt war, bewies die Untersuchung des Analsecrets und der Fistel den gonorrhoeischen Charakter der Affection. Im Secret fanden

sich zahlreiche typische Gonococcen-Haufen. Dadurch wurde es klar, dass hier wohl ein Durchbruch des Bartholini'schen Drüsen-Abscesses ins Rectum stattgefunden, und sowohl die hochgradigen klinischen Symptome, (blutige Diarrhoe, Tenesmus) als auch die schweren Veränderungen der Rectalschleimhaut bedingt hatte.

Die in Narkose vorgenommene Untersuchung ergab nämlich folgenden Befund:

Rectalschleimhaut hochgradig succulent und geröthet. An einigen Stellen eitrig belegte Ulcerationen, an anderen deutliche Narben, die sich bei der Digital-Untersuchung eigenthümlich knollig anfühlen. Weit oben eine derbe ringförmige Stricture. Durch antiseptische Ausspülungen des Rectums und der Fistel und durch Jodoformgazetampons-Applicationen liess die Secretion nach, die Gonococcen verschwanden, so dass Patientin, zumal da sie versprach, sich fernerhin wöchentlich einmal zur weiteren Behandlung und Besichtigung einfinden zu wollen, entlassen wurde.

Patientin hielt aber ihr Versprechen nicht, einige Monate später befand sich jedoch Patientin auf der chirurgischen städtischen Hospital-Abtheilung wegen Ulcera ad introitum vaginae; die damals angefertigten Präparate wiesen von Neuem im Secret der Fistel und des Anus reichliche Gonococcen-Haufen nach. Zu einer Operation liess sie sich nicht bewegen.

V. C. J., puella publica, 23 Jahre alt. Wegen Gonorrhoe und Erosiones früher mehrfach im Hospitale. 18. März 1891: Lues ulcerosa-serpiginosa, Papulae ad genitalia (bei der Patientin wurde bei ihrer erstmaligen Einlieferung ins Hospital [Mai 1889] ein Leucoderma colli constatirt).

Im Analsecrete, welches einen eitrigen Charakter zeigte, fanden sich zahlreiche typische Gonococcen-Haufen. Die Untersuchung des Rectums (Pat. verweigerte eine Besichtigung in Narkose) ergab einen negativen Befund. Pat. will zur Zeit und früher niemals Beschwerden gehabt haben.

Ehe wir nun an der Hand dieser Fälle auf weitere Details eingehen, mögen zunächst einige Worte über die Rectal-untersuchung hier Raum finden.

Da es uns immer in erster Linie darauf ankam, durch den bacteriologischen Befund die Diagnose auf Analgonorrhoe zu fixiren, so wurde zunächst mit dem auch zur Gewinnung des Urethral- und Cervicalsecrets an unserer Klinik gebräuchlichen stumpfen Löffel in den Anus eingegangen und das gewonnene Secret auf Gonococcen untersucht. Fanden sich dann bei Löffler'scher Methylenblaufärbung typische intracelluläre oder den Epithelien aufliegende Gonococcen, so wurden die Präparate, um jedem Einwurf zu begegnen, nach der von ²⁰⁾Steinschneider-Galewsky modificirten Roux'schen Methode der späteren Doppelfärbung unterworfen.

Uebrigens war es nicht schwer, schon bei gewöhnlicher Methylenblaufärbung immer eine sichere Entscheidung zu treffen, da wir trotz der zahlreichen von uns unternommenen Secretuntersuchungen niemals im normalen und eitrigen nicht gonorrhoeischen — wir hatten auch reichlich Gelegenheit eine grosse Anzahl von mit den verschiedenartigsten (mit profuser eitriger Secretion einhergehenden) Rectalprocessen behafteten Frauen zu untersuchen — Analsecrete Diplococcen vorfinden, die zu einer Verwechselung mit Gonococcen hätten Anlass geben können.

Gehen wir nun zunächst auf die Schilderung der Aetiologie der Analgonorrhoe ein, so ergab sich auch in unseren Fällen, dass gewiss vorzugsweise durch den Coitus analis das gonorrhoeische Virus auf die Analschleimhaut übertragen wird. Sicherlich ist diese geschlechtliche Verirrung bei den Prostituirten sehr gebräuchlich oder wenigstens gebräuchlicher, als allgemein selbst in medicinischen Kreisen angenommen wird. In unseren Fällen hat allerdings nur eine einzige Patientin diesen Act zugestanden, alle anderen haben mit mehr oder weniger grosser Entschiedenheit einen derartigen Vorgang in Abrede gestellt, worauf jedoch naturgemäss kein grosses Gewicht zu legen ist.

Wenn nun auch der Coitus praeternaturalis das hauptsächlichste ätiologische Moment zur Entstehung der Rectalgonorrhoe vorstellt, so gibt es aber auch noch andere Entstehungsursachen, wie sehr klar aus unseren Beobachtungen hervorgeht.

Nach dieser Richtung hin ist zunächst die Infection von Seiten des aus Urethra und Vagina gegen die Analöffnung hin fliessenden gonorrhoeischen Secrets hervorzuheben, eine Uebertragungsart, die in der Literatur als ziemlich häufig hingestellt wird, aber gewiss mit Unrecht, weil sonst Rectalgonorrhoeen noch viel häufiger zur Beobachtung gelangen müssten.

In unserem Falle I dürfte nun aber mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit dieser Infectionsmodus vorliegen, weil hier durch den früher stattgefundenen Dammriss das Vaginalsecret

geradezu die Analöffnung berühren musste. Insofern ist also dieser Fall von ganz besonderem Interesse.

Eine weitere Entstehungsquelle der Analgonorrhoe liegt in dem Durchbruch Bartholini'scher Drüsenabscesse ins Rectum, wie unser Fall IV documentirt, ein, nach den Beobachtungen von Poelchen²¹⁾ und Nickel²²⁾ nicht gerade seltenes Vorkommniss.

Auch hinsichtlich der Charakteristik des klinischen Bildes sind unsere Beobachtungen von Werth. Bewiesen sie doch zur Genüge, dass gerade die Symptome und klinischen Merkmale so sehr verschieden und unbestimmt sind, dass sie kaum zu einer sicheren Diagnose Anlass geben können. Subjective Beschwerden wie Hitze, Brennen, Jucken im After waren nicht vorhanden, selbst das Einführen eines Fingers ins Rectum machte bei den mit Rhagadenbildungen und oberflächlichen Ulcerationen der Schleimhaut behafteten Personen keine merklichen Beschwerden. Zwar handelte es sich ja bei uns zumeist um mehr chronische Fälle, doch gaben die Patienten an, niemals früher irgend welche Beschwerden gehabt zu haben, sie wussten gar nicht, dass sie krank waren. Nur im Falle IV waren schon seit längerer Zeit speciell bei der Defäcation schmerzhaftere Erscheinungen aufgetreten.

Ebenso unzuverlässig und inconstant waren die objectiven Merkmale.

In allen Fällen — ausgenommen Fall I, welcher eine zweifelsohne ganz frische Gonorrhoe darbot — fehlte Analaustritt, selbst in den Fällen III und IV, in denen bei der Ocularinspection zahlreiche zum Theil stark eiternde Geschwüre sich präsentirten, war keine Secretion vorhanden.

Ebenso vermissten wir in sämmtlichen Fällen in der Umgebung des Anus „spitze Condylome“, die ja nach den Angaben von Zeissl (l. c.), der sich auch Kopp (l. c.) unter Anderen anschliesst, „hier gewöhnlich eine so mächtige Entwicklung erlangen, dass durch sie die Defäcation bedeutend erschwert wird“. Das Fehlen dieser Gebilde in allen unseren Fällen beweist zur Genüge die heutzutage seit den Bumm'schen²³⁾ auf diesen Punkt gerichteten Untersuchungen mit geringen Ausnahmen allgemein vertretene Ansicht, dass die

Condylomata acuminata absolut kein Characteristicum für Gonorrhoe darstellen, sondern sehr oft bei den verschiedenartigsten anderen Processen sich vorfinden.

So haben auch wir öfters starke Papillomentwickelungen in der Peripherie der Analöffnung bei Patienten beobachtet, die weder an Anal- noch Urethral- und Cervical-Gonorrhoe litten und gelitten hatten.

Auch die übrigen von einzelnen Autoren zur Diagnose der Analgonorrhoe verwertheten Erscheinungen fanden sich nur sehr selten vor.

So war eine Erweiterung der Analöffnung mit Erschlaffung des Sphincter ani nur im Falle I leicht ausgesprochen, so zeigte sich ein Verstrichensein der radiär die Afteröffnung umgebenden Hautfalten und eine hierdurch erzielte Glätte **des Analsaumes** nur im Falle II, so trafen wir ekzematöse Reizung der Analgegend nur im Falle III an, während wir die sogenannten hahnenkammförmigen Wucherungen der Mastdarmschleimhaut (Mariscae der Alten) (cfr. Neumann p. 540) niemals zur Sicht bekamen.

Diese zuletzt erwähnten Vorwölbungen stellen übrigens nach den Untersuchungen Hofmann's²⁴⁾ nur hämorrhoidale Knoten vor.

Viel wichtiger als eben diese Erscheinungen erscheinen uns in symptomatischer Beziehung die Ulcerationsprocesse bei der Analgonorrhoe zu sein, die ja, wie bereits in den Krankengeschichten näher ausgeführt wurde, in zweien unserer Fälle als die gravirendsten Merkmale zu Tage traten.

Ueber Geschwürsbildung bei Mastdarmtripper finden sich schon bei älteren Autoren Angaben.

So schreibt u. A. Förster²⁵⁾: „Zuweilen ist der Mastdarmkatarrh eine Folge von Ansteckung durch Tripperschleim und hat, über die ganze Schleimhaut verbreitet, allmäligen Schwund derselben und ein Schrumpfen des Mastdarmrohres, auf umschriebene Stellen beschränkt, ringförmige, callöse Verdickung der Mastdarmhäute und Geschwürsbildung zur Folge. Das Geschwür ist gürtelförmig, buchtig umrandet und sitzt auf der callösen, constringirenden Basis.“

In den neueren Lehrbüchern der patholog. Anatomie, z. B. Birch-Hirschfeld,²⁶⁾ Rindfleisch,²⁷⁾ Ziegler²⁸⁾ u. s. w. findet sich keine Bestätigung dieser Anschauung, zumeist wird überhaupt der Analgonorrhoe gar nicht Erwähnung gethan.

Auch sonstige literarische Belege nach dieser Richtung hin ergaben negative Resultate, im Allgemeinen neigte man mehr der Ansicht zu, dass die Analgeschwüre syphilitische Processe darstellen. So meinte noch Kopp u. A., dass ihm „eine luetische Aetiologie für die erwähnten Vorgänge (chronische ausgedehnte Ulcerationen mit consecutiver Bildung von Narbenstricturen) plausibler erscheine“. Andererseits hat es aber auch nicht an Bestrebungen gefehlt, die luetische Natur der Mastdarmgeschwüre etwas einzuschränken. So hat Ponfick²⁹⁾ den Coitus praeternaturalis für die Entstehung mancher Anal-Ulcerationen haftbar gemacht, der wegen der gefäßreichen und in Folge der lockeren Befestigung an ihrer Unterlage stark gefalteten Rectalschleimhaut leicht zu Rhagaden, Fissuren u. s. w. führen könne. Vorzugsweise war es aber Poelchen (l. c.), welcher in diesem Sinne wirkte und den Nachweis erbrachte, dass „Rectumverschwärung auch ohne Syphilis vorkomme“, und dass Mastdarmulcerationen durch Rectovaginalfisteln und Bartholin'sche Drüsenabscesse vermittelt virulenten Scheidensecrets entstehen können.

Einen Schritt noch weiter gelangte Frisch, dem es gelang, in dem von ihm beobachteten Falle von Analgonorrhoe nicht nur ulceröse Processe aufzufinden, sondern auch in dem Geschwürssecret und in Schnitten des ulcerösen Gewebes Gonococcen nachzuweisen.

Auch unsere Beobachtungen sind entschieden dazu angethan, das Vorkommen von Geschwürsprocessen bei Analgonorrhoe zu bestätigen.

Wir gehen allerdings nicht so weit, das gonorrhoeische Virus einzig und allein für die Production der Geschwüre verantwortlich zu machen, glauben vielmehr, dass, ebenso wie auf anderen Schleimhäuten, die Gonococcen zunächst einen entzündlichen Process hervorrufen, der dann secundär durch Coitus praeternaturalis oder durch andere Irritationen (Noth-

stauungen etc.) zur Ulcerationsbildung gesteigert wird. Die Rhagaden- und Fissuren-Bildung dürfte — auch in unseren relativ frischesten Fällen I und II waren sie vorhanden — das erste Stadium der Geschwüre darstellen.

Wir stehen daher auch nicht auf dem Förster'schen Boden, der die Ulcerationen gewissermassen von dem Zerfall der stricturirten Gewebsbestandtheile ableitet, sondern erachten umgekehrt die Verengerungen für die Acme des Processes.

Eine weitere Frage, ob die Beschaffenheit der Analgeschwüre d. h. der durch Gonorrhoe bedingten im Vergleich zu den durch andere Processe wie Dysenterie, Carcinom, Tuberculose, Decubitus oder traumatische Momente (Klystierspritze) verursachten irgend ein Characteristicum darstellen, suchten wir ebenfalls an der Hand unserer Fälle der Lösung näher zu bringen. Doch ohne Erfolg!

Der Belag, die Tiefe, die Gestalt, der Sitz war in unseren Fällen ein so wechselnder und vielgestaltiger, dass sich daraus durchaus keine Schlüsse ziehen liessen.

So fand sich im Falle I ein durchaus oberflächliches, scharf umschriebenes Geschwür, im Falle III tiefe unterminirte Ulcera mit unregelmässigen Rändern; die letzteren sassen direct hinter der Analöffnung und hatten diese zum Theil selbst destruirt, während im Falle IV die ulcerösen Veränderungen höher oben Platz griffen und den Analring intact gelassen hatten.

Dabei ist naturgemäss nicht zu vergessen, dass das Alter der Geschwürsbildungen in unseren Fällen jedenfalls ein sehr abweichendes ist und daher schon die Verschiedenheiten ihre Erklärung finden. Nichtsdestoweniger lässt sich doch daraus folgern, dass die Ocularinspection allein ohne Berücksichtigung der anamnestischen Daten und klinischen Symptome, die ja in differentialdiagnostischer Hinsicht für carcinomatöse, tuberculöse, dysenterische Processe u. s. w. werthvolle Anhaltspunkte geben, nicht zum Ziele führen kann.

Auch die histologische Untersuchung von Gewebepartikeln der ulcerirten und stricturirten Flächen — sie stammt vom Falle III — ergab wenig Bemerkbares.

Zunächst waren wir nicht so glücklich wie Frisch, in den zahlreichen, nach den verschiedensten Methoden tingirten

und sehr oft und gewissenhaft untersuchten Schnitten Gonococcen aufzufinden, sodann ergab der übrige histologische Befund nur eine Bestätigung der Frisch'schen Angaben, Fehlen des Epithels und der Drüsenschicht, hochgradige Rundzelleninfiltration des das Geschwür umgebenden Gewebes, excessiven Gefässreichthum, Plasmazellennähufungen um die Gefässe u. s. w. u. s. w. *)

Wir legen dem negativen Gonococcenbefunde in unserem Falle nur wenig Bedeutung bei, da leicht anzunehmen ist, dass das exstirpierte Stück bei der langen Dauer des gonorrhoeischen Processes in dem betreffenden Falle und bei der grossen Ausdehnung der gonorrhoeischen Geschwürs-Veränderungen leicht von einem zufällig gonococcenfreien Orte herstammte.

Die soeben des weiteren ausgeführte Inconstanz der subjectiven und objectiven Symptome legt letzteren bei der Diagnostik der Rectalgonorrhoe nur eine sehr geringe Bedeutung bei.

Zur Diagnose der Rectalgonorrhoe bedarf es daher in erster Linie des Gonococcennachweises, der einzig und allein entscheidend ist.

Vielleicht nimmt mit der Zeit, zumal bei dem wachsenden Interesse, das man neuerdings der Rectalgonorrhoe entgegenbringt, der klinische Symptomencomplex des Analtrippers eine festere Form an, vielleicht ergeben sich nach und nach neue differentiell-diagnostische Anhaltspunkte hinsichtlich der Form, Lage, Ausdehnung der ulcerösen Processe, zur Zeit besteht jedenfalls obiger Satz in weitester Ausdehnung.

Zum Schlusse drängt es uns noch, eine Bemerkung in therapeutischer Hinsicht anzureihen, zumal da wir hierin im Gegensatze zu anderen Autoren, die den Heilerfolg der Rectalgonorrhoe für leicht und einfach erklären, ganz und gar mit Frisch übereinstimmen.

Ganz abgesehen von den mit geschwürigen Veränderungen complicirten Formen erachten wir die therapeutischen Leistun-

*) In einigen Schnitten zeigte sich in der Submucosa je ein typischer Tuberkel mit Riesenzellen (ohne Tuberkelbacillen-Nachweis). Die Patientin wies keinerlei Symptome einer tuberculösen Affection auf, doch war sie hereditär phtisisch belastet.

gen sogar bei den einfachsten und frischesten Fällen für unsicher und schwierig, da der Process sich leicht weiter ausdehnen oder recidiviren kann (cfr. Fall I).

Jedenfalls bedarf die Analgonorrhoe der strengsten und sehr lange Zeit fortgesetzten therapeutischen Thätigkeit und Beobachtung.

Die Frage, ob es sich empfehlen dürfte, fernerhin in sanitärer und prophylactischer Hinsicht die Secretuntersuchungen Prostituirter auch auf den Mastdarm auszudehnen, lassen wir umso mehr unentschieden, als überhaupt den so sehr berechtigten Neisser'schen Forderungen bisher nur an sehr vereinzelt Orten entsprochen worden ist.

Literatur.

1. Neisser. II. internat. Congress, Wien 1892 p. 303.
2. Lang. II. intern. Congr. Wien 1892 p. 308.
3. Staub. II. internationaler Congress, Wien 1892 p. 317.
4. Frisch. Ueber Gonorrhoea rectalis. Sep.-Abdr. aus Verhandl. der Würzburger physikal.-medicin. Gesellsch. N. F. Bd. XXV.
5. Bumm. Archiv für Gynaekologie. Bd. XXIII.
6. Neisser. Verhandlungen des Prager Congresses. 1890.
7. Lesser. Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 5. Aufl. 1890.
8. Neumann. Lehrb. der vener. Krankh. u. Syph. Wien 1888.
9. Zeissl. Lehrb. der Syph. etc. Stuttgart 1888.
10. Grünfeld. Artikel Tripper. Realencyklopädie 1890. p. 161.
11. Ball. Diseases of the rectum.
12. Kopp. Lehrbuch der vener. Krankheiten. Berlin 1889.
13. Finger. Die Blennorrhoe der Sexualorgane etc. 1893.
14. Diday. La pratique des maladies vénériennes. Paris 1886.
15. Simonet. Cf. Neumann p. 537.
16. Martineau. Ref. in Virchow-Hirsch Jahresber. 1884. I. p. 441.
17. Profeta. Trattato pratico delle malattie veneree. Palermo 1888.
18. Tarnowsky. Cf. Hofmann 221.
19. Juliusburger. Inaug.-Diss. Breslau 1884. Beiträge zur Kenntniss von den Geschwüren und Stricturen des Mastdarms.
20. Steinschneider-Galewsky. Verh. des Prager Congr. 1890.
21. Poelchen. Ueber die Aetiologie der stricturirenden Mastdarmgeschwüre. Virchow's Archiv. Bd. 127 p. 189.
22. Nickel. Ueber die sogenannten syphilit. Mastdarmgeschwüre. Virchow's Archiv. Bd. 127 p. 279.
23. Bumm. Zur Aetiologie und diagnostischen Bedeutung der Papillome der weiblichen Genitalien. Münch. med. Wochenschr. 1886. Nr. 27.
24. Hofmann. Cf. Artikel Päderastie. Realencyklopädie. Bd. XV. 1888.
25. Förster. Lehrbuch der pathol. Anatomie. 5. Aufl. 1860 p. 207.
26. Birch-Hirschfeld. Lehrb. d. path. Anat. 1885.
27. Rindfleisch. Lehrb. der path. Gewebelehre. 1886.
28. Ziegler. Lehrb. d. path. Anat. 1890.
29. Ponfick. Breslauer ärztliche Zeitschrift. 1884.
30. Neisser. I. Congr. der dermatol. Gesellschaft (Prag).