

Über scheinbar mit der Prostata nicht
zusammenhängende, aber dennoch durch
Prostatitis bedingte Schmerzen,
nebst einigen Bemerkungen über chronische Prostatitis.

Von

Dr. Albrecht Frhr. v. Notthafft,
Privatdozent an der Universität München.

Wenn man in den Lehrbüchern das Kapitel „Chronische Prostatitis“ aufschlägt, so wird man meist bitter enttäuscht. Einzelne Darstellungen sind direkt dürftig und ungenügend, in anderen werden die Symptome mit ganz vagen Ausdrücken beschrieben. Im allgemeinen begnügt man sich mit einem Hinweis auf das bei der akuten Prostatitis Gesagte, mit den Schilderungen der sexuellen, speziell der Prostata-Neurasthenie, und einiger Lokalsymptome.

Wir finden verzeichnet: Störungen der Harnentleerung (Schmerzhaftigkeit des Urinlassens, Reizungszustände der Blasenmuskulatur und zwar sowohl des Detrusors wie des Spinkters, Nachträufeln des Urins nach der Miktion, vermehrter und schmerzhafter Harndrang, vorübergehende oder bleibende Blaseninsuffizienz). Schmerzhaftigkeit der Drüse selbst. (Die Schmerzen können als dumpfe, aber auch als ziehende stechende, bohrende oder reißende Schmerzen im Mastdarm, im hinteren Harnröhrenteil, an der Eichel auftreten, sie können nach den Hoden, der Kreuzbeingegend und den Hypochondrien ausstrahlen. Sie stellen sich oft bei Erschütterungen, wie Reiten, Fahren und Radfahren ein, oft beim Aufstehen nach längerem Sitzen, in manchen Fällen bei jeder, auch der geringsten Be-

wegung, während umgekehrt auch Ruhelage und Sitzen allein schmerzhaft sein können, Bewegungen nicht. In der Ruhe sind diese Schmerzen nicht den ganzen Tag über in gleichmäßiger Weise vorhanden, sondern treten nur zeitweilig, oft in periodischer Weise zu bestimmten Stunden auf. In den Zwischenzeiten herrscht völlige oder annähernde Schmerzlosigkeit. Sie können auch das Bild richtiger Neuralgien kopieren; die Schmerzhaftigkeit ist in diesen Fällen eine außerordentliche. Aber auch Defäkation, Coitus und Pollutionen können Schmerzanfälle auslösen, welche oft erst lange nachher ganz allmählich abklingen.) — Zwischen den Neuralgien und den Neurosen der Prostata finden sich zahlreiche Übergänge. Die letzteren betreffen vor allem die Urogenitalsphäre, soweit wir sie nicht schon oben anderweitig erwähnt haben. (Es kann der Orgasmus und die Ejakulation fehlen; präzipitierte Ejakulationen, gesteigerte nächtliche und Tagespollutionen aller Arten, Schmerzen bei der Ejakulation, Erektionsschwäche und Impotenz und umgekehrt gesteigerte Erektionen mit gesteigerter Libido. Derartige Zustände wirken dann wieder zurück auf das Zentralnervensystem, und schwere Gemütsdepressionen, hypochondrische und melancholische Vorstellungen kompletieren schließlich das Bild des vollendeten Sexual-, beziehungsweise Prostataneurasthenikers. Hier fehlen denn auch Parästhesien in den unteren Extremitäten, in Hoden, Harnröhre und im After und die Zeichen der Spinalirritation so gut wie nie.) In von den Autoren verschieden angegebener Häufigkeit — wir kommen auf diese Verhältnisse später zurück — findet sich Prostatorrhö, d. h. spontaner oder gelegentlich von Miktion oder Defäkation stattfindender Abgang makroskopisch veränderten oder scheinbar normalen Prostatasaftes. Neben der Prostata können gleichzeitig Urethra posterior, Blase, Nierenbecken und Niere erkrankt sein, sei es infolge des ursprünglichen gonorrhöischen Prozesses, sei es durch Neuinfektionen von den Eiterherden in der Prostata aus; speziell Posterior- und Cystitisrezidive und Prostatitis stehen in gewisser Wechselwirkung. Es bedarf schließlich kaum der Hervorhebung, daß die Prostatitis durch ascendierende, septische Prozesse wie auch durch Phlegmonisierung und Fistelbildungen die schwersten Symptome nach sich ziehen kann. Die Tuberkulose des Urogenitalapparates ist keine ganz seltene Folge.

Wir haben oben gesagt, daß man beim Nachschlagen des Kapitels „chronische Prostatitis“ von den meisten Lehrbüchern keine befriedigende Antwort erhält. Natürlich gilt dieser Satz nicht von so ausgezeichneten Arbeiten, wie es z. B. die von A. v. Frisch, Güterbock, Fürbringer und Wossidlo u. a. sind. Aber auch in diesen Werken scheint uns ein wichtiger Punkt nicht genügend berücksichtigt, nämlich der

Umstand, daß das Symptom der prostatistischen Schmerzen und Parästhesien oft in einer Weise lokalisiert ist, daß man nicht ohne weiteres die Herkunft der Beschwerden erkennen kann. Die Folgen sind natürlich diagnostische Irrtümer und therapeutische Fehlgriffe. So sagt auch v. Frisch, daß die Prostatitis häufig nicht erkannt wird, und fährt dann fort: „Wie oft eine Summe der verschiedenartigsten und oft recht intensiven Beschwerden, deren Ursache vollkommen dunkel und unerkannt blieb, auf einen chronischen Entzündungsprozeß in der Prostata zurückzuführen ist, das lehren die Erfolge der Therapie, die in solchen Fällen erzielt werden, sobald man sie gegen die eigentliche Quelle des Übels richtet. Sie ergibt manchmal in kürzester Zeit ein erfreuliches Resultat, nachdem vorher Monate und Jahre lang in geradezu sinnloser Weise an derartigen Kranken ohne den geringsten Effekt herumkuriert wurde.“ Mit diesem Punkte haben wir uns im folgenden zu beschäftigen.

Allerdings spricht z. B. Wossidlo von Schmerzen, die sich nicht nur auf die Gegend der Prostata und hintern Harnröhre beschränken, sondern nach dem After, der Leisten-gegend, den Hoden, den Oberschenkeln, dem Kreuzbein ausstrahlen, spricht von Schmerzen bei der Miktion und schmerzhaftem Harndrang, Frisch von Schmerzen, welche nach den Hypochondrien ausstrahlen; ähnlich drücken sich Feleki und Guyon aus. Aber immer wieder wird von den Autoren das Moment des Ausstrahlens der Schmerzen betont, hiemit also der Anschein erweckt, als ob bei der chronischen Prostatitis ein Schmerzkomplex vorhanden wäre, welcher seinen Hauptsitz in und um die Prostata hätte und nur auch gelegentlich in Nachbarbezirke mittels Ausläufern irradierte.

In Wirklichkeit können aber diese Schmerzen ganz unabhängig von jeder Prostataerscheinung auftreten. Wir können eine Reihe zum Teil sehr instruktiver diesbezüglicher Fälle veröffentlichen.

1. Fall. Beamter, 62 Jahre alt, verheiratet, Vater eines 18jährigen Kindes, war bisher immer gesund mit Ausnahme einer Gonorrhoe, welche er Anfang der 30 Jahre akquirierte, und einer ihn seit 20 Jahren plagenden typischen Ischias am linken Beine. Er hat wegen der heftigen, lanzinierenden Schmerzen, des Brennens in der Glutäalgegend, der Steigerung der Schmerzen bei Bewegungen und zur Nachtzeit die meisten Autoritäten, unzählige Ärzte und nicht wenige Kurpfuscher konsultiert, hat seinen Urlaub seit Jahren in Moor- und Thermalbädern verbracht, ohne je wirklich wesentlich gebessert worden zu sein. Patient hat seit ein paar Jahren jede ärztliche Behandlung aufgegeben, und sich auf das Schimpfen über die „ärztlichen Pfuscher“ beschränkt. Er kam im Mai 1903 wegen eines Hautausschlages in meine Sprechstunde; bei dieser Gelegenheit überredete ich den Patienten, sich einmal per rectum unter-

suchen zu lassen, weil das in einer fast 20jährigen Behandlungszeit nie geschehen war (!). Und ich fand: eine in beiden Lappen vergrößerte, knollige, mit tiefen Schnürfurchen versehene, ziemlich harte und stellenweise außerordentlich empfindliche Prostata. Bei vorsichtiger Massage entleerte sich ein Strom stark eiterhaltigen Sekretes. Mikroskopisch: fast nur Eiterzellen, Staphylokokken, keine Elemente des normalen Prostata-saftes. — Unterhalb des Glutäus maximus typischer Schmerzpunkt. — Der positive Befund an der Prostata rechtfertigte jedenfalls die Vornahme einer Behandlung, welche zunächst in Massage derselben vom Rektum aus und Instillationen in die hintere Harnröhre bestand. Seit der 10. Massage haben die Schmerzen im Ischiadicus fast ganz sistiert — das ist jetzt fast $\frac{1}{2}$ Jahre her —, nur des Nachts stellen sich manchmal noch leise Mahnungen ein. Das Prostatasekret ist klarer geworden, der Leukozytengehalt hat abgenommen, die Prostata ist kleiner und weicher geworden, wozu allerdings auch die seit 2 Monaten verwendeten Wechsel-duschen vieles beigetragen haben mögen.

Rekapitulieren wir kurz das Gesagte, so können wir sagen, daß in einem Falle, welcher seit 20 Jahren von allen Ärzten für Ischias erklärt worden ist, welcher auch zur Zeit unserer Beobachtung zunächst nur als Ischias imponiert hat, die Rektaluntersuchung eine chronische Prostatitis erkennen ließ. Die Behandlung der Prostatitis hat eine bleibende, fast „Heilung“ zu nennende Besserung herbeigeführt. Wir dürfen daher die Prostatitis als Ursache der „Ischias“ annehmen. Die Entstehung der Prostatitis ist vielleicht auf die 30 Jahre zurückliegende Gonorrhoe zu beziehen. Der negative Gonokokkenbefund spricht nicht gegen diese Annahme, da die Prostatitis bekanntlich schon nach wenigen Jahren ihre spezifische Virulenz zu verlieren pflegt.

2. Fall. Offizier, 30 Jahre alt. Gonorrhoe vor einem Jahr. Siebenwöchentliche Behandlung bei einem Spezialisten, welcher ihn, nachdem eine oftmalige Untersuchung seiner noch vorhandenen Tripperfäden nie Gonokokken ergeben hatte, als „geheilt“ entließ. Ein halbes Jahr später nach einem Parforceritte plötzliches Auftreten von „Ischias“ im rechten Bein. Der Patient hat etwas von Tripperneuralgien gehört und konsultiert uns daher aus dem Grunde, weil er fürchtet, möglicherweise eine gonorrhoeische Neuritis zu haben. Die Schmerzen sind nur von Zeit zu Zeit da, am meisten des Morgens, dauern etwa eine halbe Stunde, sind reißend und strahlen vom Foramen ischiadicum über die hintere Schenkelfläche nach der Perinealfäche des Unterschenkels aus. Die Haut an der Hinterfläche des Oberschenkels ist während der Anfälle außerordentlich empfindlich. Druckpunkte fehlen. Kollmannsche 5 Gläserprobe: 5. Glas enthält drei bis vier etwa $\frac{1}{3}$ cm lange, dicke, stark leukocytenhaltige Fäden. Untersuchung der Prostata vom Rektum aus ergibt normale Größen- und Konsistenzverhältnisse, eine etwas schmerzhaft Stelle an der äußersten Peripherie des rechten Lappens. Im Sekret Beimischung einzelner Bröckel von Leukocytenherden. — Unter der Behandlung (dreimal wöchentliche Prostatamassage) ist nach 5 Wochen eine wesentliche Besserung einge-

treten. Die Schmerzanfälle treten viel milder und in größeren Intervallen auf. Die Schmerzen und Parästhesien der Haut sind ganz verschwunden. Prostatasekret jedoch noch immer unverändert.

In diesem Falle hatte der Patient selbst wenigstens eine Annäherungsdiagnose gemacht. Hätte derselbe kein schlechtes Gewissen gehabt, so wäre er wegen seiner „Ischias“ zum Hausarzt gegangen. Dieser hätte ihm die Diagnose „Ischias“ bestätigt und der Patient wäre, ohne daß den Arzt irgend ein Verschulden treffen könnte, vollkommen vergeblich wegen „Ischias“ behandelt worden. So aber konnte die Diagnose gestellt und dem Patienten geholfen werden.

Die beiden Fälle sind also, wie uns scheint, sehr lehrreiche Beispiele, daß ein mehr minder typisches Ischiassbild durch eine Prostatitis so vollkommen vorgetauscht werden kann, daß daraus der Differenzialdiagnose nicht unerhebliche Schwierigkeiten erwachsen; wir werden auf diesen Punkt weiter unten zusammenfassend noch zurückkommen. In unseres hochverehrten Lehrers v. Leube ausgezeichneten „Spezieller Diagnose“ findet sich der Satz, daß man an der Regel festzuhalten habe, die Diagnose der Ischias überhaupt nicht zu stellen, ehe eine Exploration des Rektums vorgenommen ist. Es ist dabei allerdings zunächst an Tumoren der Beckenknochen, des Rektums und der weiblichen Generationsorgane, an Uterusverlagerungen und Koprostase gedacht. Unsere Beobachtungen sind geeignet, die Wichtigkeit des Leube'schen Rates ad oculos zu demonstrieren und führen einen neuen Grund, welcher die Rektalexploration notwendig macht, ein. Wir glauben nicht zu weit zu gehen, wenn wir die Vermutung aussprechen, daß eine erhebliche Anzahl von Ischiadicusneuralgien auf chronische Prostatitis zurückzuführen ist. Hiefür spricht schon der Umstand, daß wir die Ischias viel häufiger bei Männern als bei Weibern finden. (Der stärkere Alkoholismus, die leichtere Möglichkeit zu schweren Durchnässungen und Verkältungen bei den Männern ist allerdings auch in die Wagschale zu werfen.) Es ergibt sich daher als Forderung, in jedem Falle ätiologisch unklarer Ischias auch die Prostata einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Wir wollen ferner an dieser Stelle schon aussprechen, was wir später unten noch einmal erörtern werden, daß die Form der Prostatitis chronica, welche die Ischias erzeugt hat, eine verschiedene sein kann. Während im ersteren Falle zweifellos der eigentliche Drüsenkörper erkrankt war und man nur im Zweifel darüber sein kann, ob mehr die Drüsenschläuche oder das interstitielle Gewebe affiziert ist und ob dieses mehr in der Form der Sklerose oder in derjenigen des Abszesses geschehen ist, sind im zweiten Falle wohl nur die Ausführungsgänge und höchstens noch ein ganz kleines Läppchen unbedeutend erkrankt.

Anscheinend nicht gar selten tritt die Prostatitis unter einem Bilde auf, welches demjenigen der Mastdarmhämorrhoiden gleicht. Die Hämorrhoiden haben ja bekanntlich überhaupt einige Züge mit der chronischen Prostatitis gemeinsam: das Gefühl von Druck, Hitze, Schmerz und Jucken im und am After, beziehungsweise Mastdarm, die Schmerzen bei Stuhlgang, Urinentleerung und Ejakulation, das vorwiegende Auftreten bei Männern der mittleren Lebensjahre und der Blutbeimengungen zum Urin im Falle der Entwicklung sogenannter Blasenhamorrhoiden, während allerdings die Blutungen bei Prostatitis sich im Prostatasekret finden, in den Urin daher nur bei Miktionsprostatorrhoe übergehen können. (Die Behauptung, daß Blutbeimischung im Prostatasekret für eine Beteiligung der Samenbläschen spräche, ist in dieser Allgemeinheit formuliert unrichtig, wie wir später noch hören werden.) Rechnet man nun hinzu, daß Hämorrhoidalbeschwerden vom Publikum massenhaft geklagt werden, wo es sich gar nicht um Hämorrhoiden handeln kann, daß das Publikum seinem Stuhlgang und dem, was damit zusammenhängt, die ängstlichste Aufmerksamkeit zu schenken pflegt und jede Störung auf Hämorrhoiden zu beziehen geneigt ist, daß aber auch die Ärzte viel zu häufig „innere Hämorrhoiden“ annehmen, wo „stundenweit“ kein innerer oder äußerer Hämorrhoidal-knoten zu fühlen ist, deshalb also die Hämorrhoiden in der Diagnostik der Mastdarmbeschwerden eine ähnliche Sammel-topfrolle spielen wie die Influenza bezüglich unklarer fieberhafter und katarrhalischer Erscheinungen, nehmen wir dazu die Tatsache, daß die chronische Prostatitis in Ärztekreisen noch über Gebühr unbekannt ist und daher vielfach therapeutisch und diagnostisch vernachlässigt zu werden pflegt, so ist der Schluß, daß „in der Praxis draußen“ vielleicht massenhaft „Hämorrhoiden“ angenommen werden, wo es sich in Wirklichkeit um chronische Prostatitis handelt, nicht so gewagt, als es einem Neuling vielleicht scheinen möchte. — Wir sind in der Lage, nicht weniger als 6 Fälle zum Beweise unserer Behauptung bringen zu können.

3. Fall. Oberrevisor, Anfang 40, verheiratet, vom Frauenarzt zugesendet. Ehe kinderlos. Frau leidet an Fluor und Menstruationsbeschwerden. Er hat verschiedene Male, das letzte Mal ein Jahr vor seiner vor 5 Jahren geschlossenen Ehe, Gonorrhoe gehabt, welche angeblich auf Spritzen immer in ein paar Tagen vorbeigewesen sein soll. Nun kein Ausfluß mehr. Morgenharn nicht diffus getrübt, enthält zahlreiche dick-eitrig-e Filamente. Gonokokken in spärlicher Menge und inkonstant. Fünf-gläserprobe: 1 + 2 — 3 + 4 — 5 +. Endoskopisch: weiche Infiltrate in der Bulbusgegend. Prostata: linker Lappen etwas vergrößert, verhärtet und von erheblicher Schmerzhaftigkeit. Sekret, aufgefangen durch Zentri-fugieren in die Blase injizierter Borsäurelösung, reichlich Eiterzellen ent-

haltend. Bei der Untersuchung vom Rektum aus hielt es der Patient für notwendig, auf seine Hämorrhoiden aufmerksam zu machen, welche ihn seit „vielen Jahren“ mit Schmerzen, die unabhängig oder abhängig von der Defäkation auftraten, geplagt, einmal auch zu leichter Blutung geführt hätten und von verschiedenen Ärzten vergeblich mit Analsuppositorien, Schwefelpulver und hydrotherapeutischen Maßnahmen in Angriff genommen worden waren. Die Digitaluntersuchung ergab jedoch das vollständige Fehlen von Phlebektasien. Diagnose: Gonorrhoea anterior et posterior. Prostatitis chronica. Therapie: Spülungen und Massage. Nach einer jetzt fast einjährigen Behandlung ist die Urethritis ausgeheilt, die Prostata auf Druck nicht mehr wesentlich schmerzhaft. Vergrößerung, Verhärtung und Sekretveränderung bestehen jedoch noch fort. Dagegen sind die subjektiven Beschwerden von Schmerzen im Mastdarm, welche der Patient und seine Ärzte als Hämorrhoidalbeschwerden gedeutet hatten, nach der fünften Massage schon sehr erheblich zurückgegangen, haben dann nach einiger Zeit wieder ein paar Mal rezidiert und sind schließlich seit einem halben Jahre vollständig ausgeblieben. Die Hämorrhoidalbeschwerden, an welchen der Patient nach seiner und seiner Ärzte Meinung seit vielen Jahren gelitten, sind also nur die Folgen einer chronischen Prostatitis gewesen. Die Entzündungsform war diejenige einer von den Drüsen ausgehenden Infiltration des Stützgewebes gewesen.

4. Fall. Student und Rittergutsbesitzer, 23 Jahre alt. Hatte vor 2 Jahren eine Gonorrhoe, welche nach 6 Wochen von einem Spezialarzt als geheilt erklärt worden ist. Will sich untersuchen lassen, weil er seit dieser Zeit an Hämorrhoiden leidet und den Verdacht nicht los werden kann, dieselben könnten durch die Gonorrhoe ins Leben gerufen worden sein. Objektiv: reichliche Fadenbildung (viele Leukocyten, vereinzelte Gonokokken) in Glas 1 und 3 der 5-Gläserprobe. Reichliche Drüseninfiltration in der vorderen Harnröhre. Mäßige Eitermengen im Prostatasekret bei nicht vergrößerter, normal sich anführender und nicht schmerzhafter Drüse. Diagnose: Urethritis glandularis anterior, Urethritis posterior, Prostatitis tubularis chronica. Da jeder objektive Hämorrhoidenbefund fehlte, ist es wohl erlaubt, die geklagten Hämorrhoidalbeschwerden (Beschwerden beim Stuhl und beim Reiten) lediglich auf die erkrankte Prostata zu beziehen. Dieses umsomehr, als die Behandlung (Massage der Prostata, Dehnung und Spülung beider Harnröhren) in einem halben Jahre vollständige Heilung der „Hämorrhoiden“ brachte.

5. Fall. Eisenbahnbeamter, Ende 40, wird seit einem Jahr wegen chronischer Gonorrhoe der vorderen Harnröhre von uns behandelt. Die wiederholte 5-Gläserprobe hat ebenso wie die Untersuchung des Prostata-saftes und der Drüse selbst nie eine Beteiligung der Prostata und der Pars posterior urethrae erkennen lassen. Patient klagte aber immer und immer wieder über ausstrahlende Schmerzen längs des linken Samenstranges, ferner über Schmerzen im Rektum, besonders bei der Stuhlentleerung, und Schmerzen gelegentlich Miktion oder Ejakulation. Da gleichzeitig eine starke Entwicklung innerer Hämorrhoidalknoten gegeben

und leichte katarrhalische Erscheinung der Rektalschleimhaut vorhanden waren, so glaubten wir in Anbetracht des Mangels aller objektiven Symptome von Seite der Urethra posterior, Samenblasen und Prostata die subjektiven Klagen auch wirklich nur auf die Hämorrhoiden führen zu müssen. Vor einem Vierteljahr auf Ersuchen des Patienten gelegentliche Wiedereexploration des Rektums, Hämorrhoiden und Prostata wie früher. Aus der Prostata entleert sich jetzt ein Strom fast reinen Eiters; spätere Massagen ergeben das gleiche Resultat. Es handelt sich hier offenbar um einen längst vorhandenen Prostataabszeß, der endlich durchgebrochen ist. Nach der 1. Massage schon bedeutende Linderung der Schmerzen; nach der 5. fast vollständiges Schwinden derselben. Heute, nach 30 Massagen, die subjektiven Symptome beseitigt, der Eiter der Prostata so reichlich wie früher; eine Cystitis hat sich vor kurzem entwickelt. Der vorliegende Fall beansprucht deshalb Interesse, weil die Erscheinungen der Hämorrhoidalknoten stark ausgebildet, die Prostatitis dagegen am Anfang ganz larviert war. Unter diesen Umständen ließ sich die ursprüngliche Fehldiagnose kaum vermeiden.

6. Fall. Offizier, 28 J. alt. Vor 4 Jahren Gonorrhoe der vorderen und hinteren Harnröhre. Prostatitis, Blasenkatarrh und doppelseitige Hodenentzündung. Damals angeblich geheilt. Nun Anfrage wegen Ehekonsens. 5 Gläser: 1 — 3 — 5 +. Filament: krümmelig, eiterhaltig. Keine Gonokokken. Prostata links höckerig, nicht schmerzhaft. Sekret mäßig eiterig. Diagnose: Prostatitis chronica. Therapie: Massage. Die objektiven Symptome der Prostatitis sind heute nach $\frac{1}{2}$ jähriger Behandlung noch ziemlich dieselben, geringe Eiterbeimengung zum Expressionssekret. Während der Behandlung sind aber die von dem Patienten seit $2\frac{1}{2}$ Jahren empfundenen Hämorrhoidalschmerzen, welche ihn speziell beim Reiten arg geplagt hatten, gänzlich geschwunden. Ein Hämorrhoidalknoten war nie zu finden gewesen. Die „Hämorrhoiden“ dürften demnach allein durch die Prostatitis vorgetäuscht gewesen sein.

7. Fall. Elektrotechniker, 32 J. alt, verheiratet. Frau gesund. Ehe kinderlos; kommt irrtümlich in unser Ambulatorium, weil er die Hämorrhoiden, an welchen er schon seit Jahren leidet, für ein Geschlechtsleiden ansieht. Bisherige erfolglose „Behandlung“ durch einen praktischen Arzt, dem die Klagen über Brennen und Jucken am After, sowie Schmerzen beim Stuhlgang genügt haben, um „Hämorrhoiden“ zu diagnostizieren, mittels kühlen Sitzbädern und Suppositorien. Eine Inspektion oder gar eine Rektaluntersuchung war nie vorgenommen worden. Gonorrhoe von vierwöchentlicher Dauer vor 11 Jahren. Die vorgenommene Untersuchung ergibt harte Knollen in beiden Prostatalappen, stark eiterzellenhaltiges Sekret, keine Hämorrhoidalknoten. 5 Gläser: 1 — 3 + 5 +. Diagnose: Prostatitis chronica, Urethritis posterior. Therapie: Massage und Instillationen. Nach der 3. Massage Besserung der „Hämorrhoidalsymptome“, welche nach der 15. Massage in bleibende Heilung übergeht.

8. Fall. Student. 22 J. alt. Seit 2 Jahren gonorrhöisch infiziert; damals von uns wegen Posterior in eine Heilanstalt geschickt, da wir eine ambulante

Behandlung der frischen Posterior prinzipiell ablehnen und die häuslichen Verhältnisse der Studenten denselben eine Bettbehandlung i. d. R. nicht gestatten. In der Heilanstalt Behandlung der Posterior mit protargol-beschmierten Sonden. Nach der ersten Bougierung Epididymitis rechts, nach der zweiten 3 Wochen später erfolgten Epididymitis links. Patient kam darauf zu uns, wohl der Meinung, daß er für weitere Bougies nicht genügend Hoden besitze. Wir konstatierten: eine halb ausgeheilte Anterior, eine schwere Posterior und Prostatitis und doppelseitige Epididymitis. Die Behandlung bestand bezüglich Urethra und Prostata in Spülungen, später in Dehnungen, Massage und Warmwasserbehandlung der Prostata. Die Prostatitis erwies sich als sehr hartnäckig. Sie war zunächst nur bei der Rektaluntersuchung durch Vergrößerung und Schmerzhaftigkeit des Organes aufgefallen. Dann hatten sich 14 Tage nach dieser Untersuchung allmählich ziehende Schmerzen im Mastdarm und Stechen im Mastdarm und Eichel bei der Defäkation eingestellt. Die objektiven Symptome (Druckschmerzhaftigkeit und Eiter im Sekret) gingen trotz Bestehens der subjektiven innerhalb eines Monats zurück, die subjektiven dagegen erst nach einem halben Jahr. Von Interesse ist nun, daß der Patient ganz dieselben subjektiven Beschwerden empfunden haben will, als er vor mehreren Jahren im Anschluß an Ikterus Hämorrhoidalknoten akquirierte.

Von den folgenden vier Fällen haben drei das Gemeinsame, daß die einzigen Symptome einer chronischen Prostatitis von Seite des Kniegelenkes gegeben waren. Mit der Heilung der Prostatitis heilten auch die Kniebeschwerden.

9. Fall. Arzt, 30 J. alt, akute (zweite) Gonorrhoe vor 3 Jahren. Leichte Posterior, welche auf Janetsche Spülungen zurückgegangen sein soll. Versiegen des Ausflusses erst ein Jahr nach der Infektion. Im dritten Jahre nach der Infektion ein paar Male Gefühl von Stechen in der hinteren Harnröhre bei Coitus und Urinentleerung. Patient nimmt eine Überreizung durch Übermaß in Baccho und Coitus interruptus an, enthält sich von beiden und ist nach 3 Wochen „geheilt“. Ein halbes Jahr später nach einer durchtanzten Nacht Stechen im After, welches besonders beim Gehen sich steigert, und Brennen am Schluß der Miktion. Untersuchungsergebnis 5 Gl.: 1 — 3 + 4 — 5 —. Die Filamente klein, kommaförmig, stark eiterhaltig, bröckelig. Prostata palpatorisch normal, an circumscripiter Stelle schmerzhaft. Prostatasaft mit Eiterzellen reichlich vermengt. Diagnose: Urethritis posterior, Prostatitis chronica. Die Urethritis posterior schwand auf ein paar Instillationen, die Prostatitis dagegen erheischte eine einhalbjährige Behandlung. — Der Fall bietet nun wegen einer eigenartigen Komplikation für uns Interesse. Seit der Erwerbung seiner Gonorrhoe hatte der Patient nach jeder stärkeren Tanzleistung, nach jeder anstrengenderen Berg- oder Radtour heftige Schmerzen im rechten Kniegelenk gehabt, welche besonders bei Hinabsteigen der Treppe

und vom Berge lebhaft in die Erscheinung traten. In der Ruhe des Gelenkes vollständige Schmerzlosigkeit. Die Schmerzen fehlten oft Tage und Wochen lang, um dann wieder zu kommen. Untersuchung des Gelenkes durch einen Chirurgen blieb ergebnislos, ebenso eine Röntgendurchleuchtung. Es wurde „eine rheumatische Affektion auf vielleicht arthritischer Basis“ diagnostiziert. Der Patient ging nach Wiesbaden und kehrte ungebessert zurück. Unter der Behandlung der Prostata sind nun nach einem Vierteljahr die Knieschmerzen ausgeblieben und nie mehr wieder gekehrt. Wir haben also wohl das Recht, als Ursache des „Rheumatismus“ eine gonorrhoeische Prostatitis anzunehmen. Es sei hier gleich bemerkt, worauf wir später noch zurückkommen werden, daß es sich nicht um eine gonorrhoeische Gelenkserkrankung s. str. gehandelt hat. Denn das Gelenk war ja gar nicht erkrankt; ebensowenig die Umgebung desselben. Außerdem ist das Bild einer gonorrhoeischen Arthritis ein ganz anderes.

10. Fall: Medizinstudent, 25 Jahre alt. Vor 7 Jahren Gonorrhoe. Seit ungefähr derselben Zeit jeden Morgen beim Aufstehen heftigste Schmerzen in beiden Knien. Die Gonorrhoe, welche von dem jungen Kollegen selbst behandelt wurde, ist heute noch nicht ganz ausgeheilt. 4 Jahre lang sollen Gonokokken zuerst im Ausfluß, später in den Filamenten nachzuweisen gewesen sein. Von Seite der Prostata nie Beschwerden. Die morgendlichen Kniegelenksschmerzen sind im Laufe der Jahre allmählich bedeutend zurückgegangen, existierten aber noch bei der Übernahme des Patienten in unsere Behandlung in unangenehmen Grade. Dieselben traten gelegentlich auch am Tage auf und konnten z. B. nach dem Abspringen von Rad oder elektrischer Straßenbahn so heftig werden, daß Patient zusammenbrach. Die objektive Untersuchung ergab: Fünfgläser: 1 + 2 — 3 + 4 — 5 —. Die Filamentbeimengungen in 1 und 3 waren ganz klein, kommaförmig, bröckelig, eiterhaltig. Gonokokken konnten in denselben nie gefunden werden. Endoskopisch: in vorderer Harnröhre 2 infiltrierte Drüsenmündungen; Prostata: für den tastenden Finger normal, Sekret sehr reichlich Eiterzellen, Drüsenepithelschläuche und Staphylokokken enthaltend. Diagnose: Urethritis anterior, Prostatitis chronica. Unter der Behandlung, welche ein Vierteljahr dauerte und in Massage und Spätdehnung der vorderen und hinteren Harnröhre bestand, heilte die Gonorrhoea anterior vollständig. Die Prostatitis ist, was Sekretbefund betrifft, nicht wesentlich gebessert. Die Fünfgläserprobe ergibt heute 1 — 2 — 3 — 4 — 5 meist auch —, doch mitunter noch +. Dagegen haben die Kniegelenksschmerzen schon nach der 3. Massage vollständig nachgelassen und sind ausgeblieben, so daß sich der Patient gegen unseren Rat der Behandlung entzog. — Es dürfte sich in unserem Falle um eine stärkere Eiterung in einem exkavierten Drüsenraum gehandelt haben. Gonokokken fehlten wie ganz gewöhnlich in so alten Fällen. Die schwere Prostatitis ist scheinbar ganz symptomlos verlaufen. Und doch hatte auch sie ein Symptom erzeugt, das sind die Kniegelenkschmerzen gewesen.

Die Anamnese eines 11. Falles, welcher einen Ende der 30. Jahre stehenden Kollegen betrifft, der heute nach einer sieben- oder achtjährigen Gonorrhoe noch belanglose Eiterfilamente aus seiner pars posterior produziert, entnehme ich — ich habe den Kollegen selbst früher nicht behandelt — daß auch er Jahre lang an diesen scheußlichen Morgenschmerzen in den Kniegelenken gelitten hat, die dann spontan allmählich zurückgingen. Auch er hat nie von seiner Prostatitis, die allerdings wohl nur eine leichte follikuläre Entzündung gewesen sein dürfte, etwas gespürt.

Ein 12. Fall, den uns Kollege Letzel mündlich mitteilte, betrifft einen Offizier in den 20er Jahren, welcher eine subakute Gonorrhoe mit deutlichen Erscheinungen von Prostatitis hatte. Auch dieser litt unter Schmerzen im Kniegelenke und plötzlichen Schwächeanwandlungen hieselbst; er brach jedesmal beim Aussteigen aus der Trambahn zusammen und wurde erst geheilt, als seine Prostata ordentlich ausmassiert war.

Offenbar gehören auch die beiden letzten Fälle hieher, wenn auch der erstere nicht genügend beobachtet ist und der letztere auch andere deutliche Prostatitissymptome geboten haben soll. Bezüglich der ersten drei Fälle ist sicher, daß die Prostatitis hier außerordentlich schwer oder eigentlich kaum zu diagnostizieren war. Der Kollege von Fall 11 hat deshalb auch alles Erdenkliche diagnostiziert, wie gonorrhoeische Neuritis und paraartikuläre gonorrhoeische Entzündung, nur nicht dasjenige, was er offenbar hatte, eine Prostatitis. Es dürfte aber auch wohl der 12., der Letzel'sche Fall von einem weniger ausgezeichneten Arzt als Letzel nicht als Prostatitis angesprochen worden sein. — Gelenkschmerzen, für welche sich keine rechte Ursache finden läßt, und welche keine objektiven Veränderungen in und um das Gelenk zeigen, sind etwas ganz gewöhnliches. Da muß dann zur Erklärung alles mögliche herhalten: Verkältungen, Pes planus, genu vulgum und varum, Rheumatismus, harnsaure Diathese, Lues usw. Selbstverständlich glauben wir nun nicht, daß alle unklaren Fälle von Gelenkschmerzen auf Prostatitis zurückzuführen sind — bei den Weibern würden wir uns auch anatomisch schwer tun — wohl aber gehen wir in Anbetracht unseres verhältnismäßig nicht kleinen Materials kaum irre, wenn wir die Vermutung aussprechen, daß gar mancher alte „Gelenkrheumatis“ nur auf eine Prostatitis zu beziehen ist. Derartige Patienten bevölkern dann die Thermen und chirurgische Spezialkliniken und gehen ungeheilt davon, wo ihnen eine Prostatamassage, wenn nicht Heilung, so doch Linderung verschaffen würde.

Die Symptome des chronischen Blasenkatarrhes, wenigstens des chronischen Blasenhalskatarrhes haben vieles mit den Symptomen der Prostatitis gemeinsam. Der gehäufte Urindrang, die eventuellen Schmerzen bei der Miktion, Eiter und Blutbeimengungen zum Harne sind beiden Affektionen gemeinsam. Es ist dieses auch gar nicht zu verwundern, da die betreffenden Symptome bei der Prostatitis meist gar nicht auf diese, sondern auf die begleitende Urethritis posterior zurückzuführen sind. Der Miktionsschmerz ist bekanntlich bei einer richtigen Cystitis allerdings meist mehr am Anfang der Miktion da, bei der chronischen Prostatitis und bei Blasenhalssaffektionen mehr am Schlusse; in den Urinierpausen ist der Schmerz, wenn er vorhanden, dort als dumpfer Schmerz über der Symphyse fühlbar, hier an den oben genannten Stellen, bei Exacerbationen speziell auch am Damm und im After. Die Eiterbeimengung ist bei Cystitis i. d. R. eine diffuse, doch kommt es auch gelegentlich bei einfachen Blasenkatarrhen nur zu Absonderung von Fetzchen, welche als Fäden imponieren. Bei Prostatitis kommen beide Arten der Trübung vor, häufiger die einfachen Fadenbeimengungen; übrigens kann bei beiden Prozessen der Harn ganz oder fast ganz rein sein. Trotz dieser vorhandenen Ähnlichkeiten wird man im allgemeinen eine chronische Blasenaffektion und eine chronische Prostatitis unschwer auseinanderhalten. Daß dieses nicht immer so leicht ist, möge der folgende

13. Fall lehren. A. W. Wirth, 2. Hälfte der vierziger Jahre, verheiratet. Ehe kinderlos. Er versichert glaubwürdig, nie Gonorrhoe gehabt zu haben. Seit einem halben Jahre spürt er heftige Schmerzen in der Blasengegend, über der Symphyse, dann aber auch Schmerzen in der Harnröhre, die Schmerzen sind am ärgsten während der Miktion. Urin vollkommen rein. Prostata nicht vergrößert, nicht verändert, Sekret spärlich, normal. Cystoskopie ergab negatives Resultat. Unter solchen Umständen mußte die Diagnose in suspenso gelassen werden. Als der Patient 8 Tage später wieder kam, erzählte er mit vielem Dank, daß es ihm auf die Massage hin etwas besser gehe. *Ut aliquid fieri videatur*, nicht weil wir an den Erfolg einer Massage glaubten, wurde er wieder massiert. Und wieder besserten sich die subjektiven Symptome. Der objektive Prostatabefund blieb derselbe. Nach 14 Tagen jedoch ergab die (vierte) Massage auf einmal reichliches Sekret von dünnflüssiger Beschaffenheit mit reichlichen gelblich grünen feinen Eiterbröckeln vermengt. Mikroskopisch: Leukocyten, Erythrocyten, Staphylokokken, Stäbchen, keine Lezithinkörperchen. — Unter der jetzt 2 Monate dauernden Behandlung ward das Sekret klarer, doch ist es noch stark verun-

reinigt, die Schmerzen sind sehr erheblich gesunken, und wenn auch nicht geschwunden, so doch auf einen ganz erträglichen Grad zurückgegangen. — Ist auch im vorliegenden Fall die Ätiologie der chronischen Prostatitis ganz unklar, an ihrem Vorhandensein kann nicht gezweifelt werden. Interessant ist die auch sonst von uns beobachtete Tatsache, daß die ersten Massagen normales Sekret lieferten, und daß es einer wiederholten Massage bedurfte, bis eitriger Prostatainhalt ausströmte, obwohl der letztere in reichlicher Menge vorhanden war. Diese Beobachtung wird nicht weniger interessant infolge einer anderen, daß nämlich in diesem Falle (wie auch in anderen) gelegentlich zwischen dickeiterhaltigen Expressionssekreten ganz normale eingeschaltet sind. Es hängt dieses offenbar damit zusammen, daß es sich hier um Abszesse oder Eiterungen eines erweiterten Drüsensackes mit engem, gelegentlichem verlegtem Ausgang handelt. — Wenn auch im vorliegenden Falle noch keine Heilung eingetreten ist und vielleicht auch nicht eintreten wird, so folgte doch die Besserung so prompt auf die Massage der Prostata und läßt sich so wenig einsehen, inwiefern eine Prostatamassage andere Schmerzen sollte bessern können, daß wir diesen Fall ruhig als Paradigma für die Möglichkeit hinstellen können, daß ein Fall, welcher eigentlich die Symptome einer schmerzhaften Blase macht, durch eine chronische Prostatitis vorgetäuscht werden kann. — In dem uns zu Gebote stehenden Material chronischer Prostatitis finden wir übrigens noch weitere Fälle, in welchen die Prostatitis Schmerzen über der Symphyse bewirkt hat; doch fehlten hier andere prostatitische Symptome nicht.

Wie oben bei der Erörterung der Symptome der chronischen Prostatitis schon ausgeführt worden ist, sind Hoden und Samenstrangschmerzen nichts Ungewöhnliches bei chronischer Prostatitis. Hier interessiert nur, daß diese Schmerzen auch eine Epididymitis und Deferentitis vortäuschen können.

14. Fall. R., Künstler, 32 Jahre alt. Vor 8 Jahren Gonorrhoe. Seitdem beständig „Rezidive“. Im vergangenen Jahre gelegentlich eines Posteriorrezidivs Bougiebehandlung der Posterior mit protargolbesmiederten Salbensonden. Erfolg: Doppelseitige Deferentitis und Epididymitis bei Fortbestehen der glücklich chronisch gewordenen Urethritis posterior. Vor $\frac{1}{2}$ Jahre sahen wir den Patienten zum ersten Male wegen einer heftigen Posteriorexacerbation. Wir diagnostizierten: Urethritis posterior, Strikur im Bulbus von 26 Ch., schmerzhaftes Schwellen beider Prostatalappen. Nachdem die Posterior zurückgegangen, wurde Patient nach Wildungen gesendet, von wo der Patient filamentfrei und ohne

Striktur wiederkehrte. Bei der ersten Konsultation teilte uns derselbe mit, daß ihm schon seit einem halben Jahre, ein Vierteljahr nach der Erwerbung der Epididymitis der linke „Hode“ sehr wehe tue; er habe oft wochenlang Ruhe, dann würden sehr heftige Schmerzen auftreten. Obwohl sich am linken Nebenhoden und Vas deferens narbige Verhärtungen nachweisen ließen — der rechte nur auf Druck empfindliche Nebenhode war übrigens viel stärker knollig und verhärtet — so waren wir doch gegen diese wochenlange Schmerzlosigkeit mißtrauisch geworden und massierten einmal die Prostata, was man in Wildungen zu tun nie Gelegenheit genommen hatte. Resultat: Im ziemlichen normalen Sekret einige Leukocytenhäufchen, keine Gonokokken. Prostata links leicht vergrößert. Bei der Massage äußerte Patient: So jetzt spüre ich wieder den argen Hodenschmerz.“ Die Diagnose lautete daher: Alte Epididymitis- und Deferentitisnarben, chronische Prostatitis mit Ausstrahlungen der Schmerzen in Hode und Nebenhode. Bei den folgenden Massagen trat dasselbe Ereignis der Schmerzempfindung im Hoden immer wieder auf. Die Therapie hat bis heute kein Ergebnis gehabt. — Natürlich könnten wir eine stattliche Anzahl von Fällen von chronischer Prostatitis — im ganzen 18 — berichten, in welchen Schmerzen in den Nebenhoden auftraten. Hier sprach aber der Symptomenkomplex überall deutlich für Prostatitis und es kommt uns nur darauf an, zu zeigen, daß eine chronische Prostatitis eine chronische Nebenhodenentzündung vortäuschen kann.

Ein weiterer 15. Fall betrifft einen Arbeiter von 22 Jahren, welcher rechts einen Leistenkanal besaß, welcher den Finger bequem eindringen ließ. Beim Husten prallte der „Bruch“ deutlich an. Da der Bruch dem Arbeiter ziehende Schmerzen in der Leistengegend verursachte, verstand er sich zur Operation. Obwohl der Patient gut und mit Erfolg operiert wurde und die Hernie in 1½ Jahren nicht wieder gekommen ist, blieben doch die Schmerzen bestehen. Gelegentlich eines Gonorrhoezidivs kam der Patient zu uns. 5 Gläserprobe und Endoskopie ergeben eine Urethritis ant. und posterior. Die Prostata war linkerseits höckerig, das Sekret eitrig getrübt, ohne Gonokokken, Lecithinkörper erhalten. Da die Massage und Instillation die Beschwerden im Leistenkanal fast vollständig hob, so gehen wir wohl nicht zu weit, wenn wir dieselben auf die Prostatitis beziehen, welche in Verbindung mit der tatsächlich vorhandenen Hernienanlage Bruchschmerzen vortäuscht hat.

Als nicht so seltene Lokalisation des prostatitischen Schmerzes fanden wir diejenige auf der Darmbeinschaukel (achtmal, darunter einmal doppelseitig), in den Hypochondrien (zwölfmal, darunter einmal doppelseitig), ferner an einem Punkte, welcher etwa dem Schnidepunkte einer vom Nabel aus gezogenen Hypothenuse mit der einen Kathete eines gleichschenkligen, recht-

winkligen Dreieckes entspricht, dessen andere Kathete in der linea alba vom Nabel nach abwärts verläuft und 3 cm Länge besitzt. (Drei Fälle.)

Die einschlägigen Krankengeschichten glauben wir als uninteressant übergehen zu dürfen. Wir wollen nur eigens bemerken, daß in keinem dieser Fälle „ausstrahlende“ Schmerzen bestanden haben, sondern daß sich die Schmerzen jedes Mal nur an der einen Stelle zeigten. Die Diagnose war in jedem Falle schon gestellt, als uns die Schmerzen geklagt wurden. Dennoch waren die Verhältnisse so gelagert, daß wir nicht zu viel zu sagen glauben, wenn wir auf das Naheliegen einer Fehldiagnose für jeden hinweisen, welcher vielleicht nur der Schmerzen wegen gefragt worden wäre und von der Gonorrhoe nichts gewußt hätte.

Mehr Interesse dürfte noch der folgenden Beobachtung zukommen, da sie über folgenschwere ärztliche Mißgriffe Aufschlüsse gibt. Es handelt sich hier um eine Verwechslung von Prostatitis apostematosa mit Nephropyelitis calculosa. Die Nierensteinkrankheit gehört im allgemeinen zu den am leichtesten zu diagnostizierenden Krankheiten und eine Verwechslung mit chronischer Prostatitis ist, wenn man nur halbwegs vorsichtig verfährt, eigentlich ausgeschlossen. Denn zu verschiedene Symptome geben beide Leiden. Sie haben jedoch auch einige Züge gemeinsam. Dahin gehört zunächst der Schmerz. Gewiß, einen typischen Nierensteinanfall kann man nicht verwechseln. Aber in den chronischen Fällen prädominieren andere Dinge, welche auch der Prostatitis eigen sein können: dumpfer Schmerz in der Nierengegend, Schmerzen im Hoden und Samenstrang der befallenen Seite, Schmerzen in der Harnröhre und speziell der Eichel. Dazu gesellen sich Beschwerden, welche auf die chronische Pyelitis zurückzuführen sind, wie gelegentlicher Harndrang, Beimengung von Eiter, Epithelien, Blut zum Harne, Dinge, welche auch eine prostata-gene oder die Prostatitis begleitende (gonorrhoeische) Cystitis erzeugen kann. Die Möglichkeit einer Verwechslung lehrt die folgende, höchst ergötzliche Krankengeschichte.

13. Fall. Kaufmann, Ende der dreißiger, vor 10 Jahren gonorrhoeisch infiziert und „geheilt“. Patient hat seit vielleicht derselben Zeit verschiedene Gallensteinkoliken durchgemacht, die letzte vor 2 Jahren. Er will nicht jedesmal dabei Ikterus gehabt haben. Seit dieser Zeit bestehen Schmerzen in der rechten Nierengegend. Druck vom Rücken her vergrößert den Schmerz. Die Schmerzen fehlen oft Tage lang, um dann mit ziemlicher Heftigkeit dumpfbohend wieder einzusetzen. Der konsultierte Hausarzt diagnostizierte Gallensteine und kurierte eine Zeitlang erfolglos herum, um dann eine Karlsbader Kur anzuraten. Ein vierwöchentlicher Aufenthalt in Karlsbad brachte hier zwar keine Besserung, wohl aber die tröstliche Versicherung des Badearztes, daß er nach vier Wochen zu der Überzeugung gekommen sei, daß es dem Pat. jetzt wenig-

stens nicht mehr in Leber und Gallenblase fehle, vielleicht aber in den Nieren. Eine Harnuntersuchung soll nicht vorgenommen worden sein. Patient wechselte darauf hin seinen Hausarzt, weil er kein Vertrauen mehr zu ihm haben zu dürfen glaubte, und vertraute sich dafür einem anderen an, der neben Frauen Nerven-, Stoffwechsel- und Hautleiden auch „Harnkrankheiten“ als Spezialfach betrieb. Der vielseitige Mann machte auch die in ihn gesetzten Hoffnungen nicht zu Schanden; er bestätigte vollinhaltlich die Diagnose des Badearztes auf Nierenleiden und nahm speziell eine Steinansammlung im rechten Nierenbecken und eine Entzündung hierselbst an. Der Patient trank infolgedessen $\frac{1}{4}$ Jahr lang alle möglichen Mineralwässer, aß vegetarisch und machte ausgedehnte Fußmärsche; nach jedem solchen Marsche waren die Schmerzen stärker. Er wechselte daher wieder den Arzt und ging zu einem ordentlichen Urologen. Dieser untersuchte ihn genau und erklärte ihm darauf, daß er überhaupt kein Nierenleiden, sondern nur einen chronischen Tripper habe. Woher die Schmerzen kämen, wisse er nicht. Der Patient gewann jedoch rasch die Meinung, daß der Doktor die Sache nicht so recht verstände und ging daher zu einem dritten „Spezialarzt für Harnleiden“, in Wirklichkeit ein Tripperonkel, der wöchentlich 2mal in den Zeitungen annonzierte. Dieser bestätigte nun wieder die Nierensteindiagnose, erklärte aber, daß auch eine Striktur dabei sei und ließ den Patienten sich bouchieren. Da sich auch hier keine Besserung zeigte, im Gegenteil sich auch Harndrang einstellte und der Harn „einen Geruch annahm“, so kehrte der Patient reumütig zu seinem alten Hausarzt zurück. Dieser untersuchte ihn von Neuem und diagnostizierte schließlich einen Katarrh des Nierenbeckens und der Blase und gab die Möglichkeit der Anwesenheit von Nierensteinen zu, riet aber dem Patienten noch einen anderen Arzt, welcher sich vor allem mit Harnweg-erkrankungen beschäftigte, zu konsultieren. Dieser erklärte denn, daß der Patient nie Gallensteine gehabt habe, der Ikterus sei wohl vom Blut ausgegangen; dagegen seien zweifellos Steine in der rechten Niere vorhanden und zwar seien es, wie die mikroskopische Untersuchung des Harnes lehre, zweifellos harte Kalkoxalate, woraus sich der beständige Schmerz erkläre; es sei weiterhin zu Pyelitis und Cystitis gekommen. Der Patient wurde daraufhin mit Blasenspülungen behandelt und vor allem in das von dem Spezialisten speziell angepriesene Bad geschickt. Infolge der Badekur und der Blasenspülungen verging auch tatsächlich Tenesmus und Harngeruch; die Schmerzen blieben jedoch. Der Patient ging darauf wieder zu seinem Hausarzte zurück, um sich einen neuen Spezialisten vorschreiben zu lassen. Dieses Mal fiel die Wahl auf uns. Wir fanden: Leber deutlich vergrößert, etwa um Fingerbreite. Beide Nieren bei kombinierter Untersuchung gegen den vom Abdomen herkommenden Druck absolut unempfindlich, dagegen die rechte Niere leicht empfindlich gegen den vom Rücken herkommenden Druck. Bei genauerer Untersuchung ergibt sich jedoch, daß dieser Schmerz genau einem Punkte entspricht, und daß dieser Punkt nicht der Nierengegend

angehört, sondern 3 cm weit unterhalb des perkuttorisch feststellbaren unteren Nierenpoles und 5 cm nach außen von den Dornfortsätzen liegt. Urin nicht diffus getrübt enthält zahlreiche Eiterfilamente, kein Eiweiß, kein Blut. Mikroskopisch: Spärliche Leukocyten, Epithelien, keine Kristalle. (Später tauchten gelegentlich sowohl Urate wie Oxalate auf.) Fünf Gläserprobe: 1 + 3 + 5 +. Endoskopisch: Periglanduläre Infiltrate. Prostata unregelmäßig, knollig, rechts bedeutend größer als links, nicht druckempfindlich. Die Massage beförderte einen Strom reinen Eiters zu Tage. Gonokokken wurden im Prostatasekret nie gefunden, wohl aber massenhaft Staphylococcus und dicke Stäbchen. Bei der Massage der Prostata, die sonst nicht schmerzlich empfunden wurde, klagte der Patient über besonders heftiges Auftreten seiner „Nierenschmerzen“. Wir diagnostizieren daher Urethritis (gonorrhoea) anterior und posterior, Prostatitis apostematosa. Dieses glaubte uns der Patient natürlich nicht; denn sein Tripper sei ja schon vor 10 Jahren geheilt worden und außerdem fehle es ihm doch an der Niere. Nur um den Armen nicht wieder einem spezialistischen Autodidakten in die Hände fallen zu lassen, entschlossen wir uns daher zu einer Demonstratio ad oculos. Wir führten den doppelseitigen Ureterenkatheterismus aus und fingen das ungetrübte und filamentfreie Nierensekret gesondert auf. Der Effekt war allerdings ein schlagender, aber nicht wegen des Unterschiedes zwischen Nieren und Gesamtharn, sondern weil der Ureterenkatheterismus, welchen der Spezialist für Badversendung nicht zusammengebracht hatte, dem Patienten imponierte. Nicht zu seinem Unheil! Nach etwa 8 Massagen blieben die Schmerzen zum ersten Male 14 Tage aus. Heute, nach einem halben Jahre der Behandlung, ist die Urethritis geheilt, die Prostatitis quoad Sekretion objektiv gebessert; die Schmerzen kehren gelegentlich leise mahnend zurück, auch wenn massiert wird. Vierzehn Tage nach Aussetzen der Massage treten sie dagegen wieder stärker auf, wenn auch nicht in der früheren Intensität. Die Massage hilft jedesmal sofort wieder. Vor 14 Tagen hatte Patient wieder einen typischen Gallensteinanfall mit Ikterus und Steinabgang im Stuhl. Epikrise: Im vorliegenden Fall liegen zwei Krankheiten vor: Ein altes Gallensteinleiden, das gelegentlich Koliken machte, und eine gonorrhoeische Prostatitis, welche die „Nierenschmerzen“ erzeugte. Dafür, daß je Nierensteine eine Pyelitis oder eine Striktur bestanden hätten, fand sich kein Anhaltspunkt. Wohl mag aber dank der Prostatitis oder — was wahrscheinlicher — dank der Selbstbougieurung vorübergehend einmal eine Cystitis da gewesen sei. Der mikroskopische Nachweis von Oxalaten im Harn beweist natürlich gar nichts. Wir glauben zur Stellung unserer Diagnose berechtigt zu sein: 1. wegen des objektiven Befundes, 2. des Erfolges der Behandlung, welcher allerdings kein vollständiger und dauernder ist.

Wir haben also in dem bisherigen Teil des Aufsatzes den Beweis erbracht, daß eine Verwechslung der chronischen Prostatitis gelegentlich vorkommen kann mit: Ischias, Hämorrhoiden, Kniegelenksschmerzen, chronischem Blasenhalskatarrh, Epididymitis und Deferentitis, Herniensmerz, Neuralgien an verschiedenen Stellen des Unterleibes und Nierensteinen. Es würde sich erübrigen, kurz auf die Differentialdiagnose einzugehen.

Bei sämtlichen dieser Krankheitsbilder wird sich in denjenigen Fällen, wo die Diagnose nicht durch eine vollkommen klare Ätiologie oder unzweifelhafte Symptome, welche eine Prostatitis ausschließen lassen, eine Prostatauntersuchung nicht umgehen lassen. (Solche Ausnahmen sind z. B. eine traumatisch bedingte Ischias, ein typischer Anfall von Nierensteinkolik.) Das Vorhandensein anderweitiger Krankheitssymptome genügt durchaus ja sogar, um eine chronische Prostatitis auszuschließen. Dieses gilt z. B. für Hämorrhoidalknoten, Blasenhalskatarrh, epididymitische oder Vas-deferens-Knoten, Hernien, ja sogar für Nierensteine. Denn es können, wie ein Teil der obigen Fälle lehrt, die beiden Affektionen neben einander bestehen und die subjektiven Symptome dennoch lediglich von der Prostata aus bedingt sein. Unerläßlich dürfte jedenfalls künftig die Prostatauntersuchung bei jeder ätiologisch nicht klar liegenden Ischias, bei Hämorrhoidalbeschwerden ohne deutliche äußere Hämorrhoidalknoten, bei Erscheinungen des chronischen Blasenhalskatarrhes, sowie Hoden- und Samenstrangschmerzen sein. In manchen Fällen wird man die Diagnose überhaupt erst auf Grund des therapeutischen Erfolges oder Mißerfolges der Prostatamassage stellen können. Zur Kontrolle der Prostata drängt auch das Vorkommen von Eiter oder Eiterfilamenten im Harne als den Anzeichen einer Cystitis oder Urethritis, welche sowohl Ursache wie Folge der Prostatitis sein können. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, überhaupt bei allen Fällen, welche an die Möglichkeit des Vorliegens von Prostatitis denken lassen, den Urin zu kontrollieren. Dieses gilt auch für das Folgende. Die einmalige Prostatauntersuchung ist — wir kommen unten noch einmal darauf zurück — kein absolut sicheres diagnostisches Hilfsmittel. In nicht seltenen Fällen ergibt erst eine zweite, dritte, ja noch viel später gelegene Expression ein deutliches Resultat.

Eine Trennung der prostatagenen Ischias von der nicht prostatagenen halten wir, die seltenen Fälle mit klarer Ätiologie ausgenommen, wenn keine Prostatamassage vorgenommen wird, für fast unmöglich. Der Neuritis ischiadica, gleichviel ob gonorrhoeischen oder nicht gonorrhoeischen Ursprungs, fehlen im Gegensatz zur Ischias i. d. R. die Muskellähmungen und

-Atrophien nicht. Es ergibt sich also die notwendige Forderung, bei jeder Ischias nach dem Vorschlage v. Leubes das Rektum zu explorieren und — wie wir jetzt hinzufügen können — speziell dabei auch die Prostata.

Um Hämorrhoiden und Prostatitis trennen zu können, wird man, ganz abzusehen von dem Falle gleichzeitiger Anwesenheit beider Dinge, vor allem einmal Hämorrhoidalknoten dort nachweisen, hier negieren müssen. Dieses kann mit Sicherheit i. A. nur auf Grund einer Rektalexploration geschehen, welche auch die Prostata mit einzubeziehen hat. Die Konstatierung von Hämorrhoidalknoten sichert aber für sich allein die Diagnose noch nicht absolut, wie der Fall V beweist und wie die Häufigkeit dieses Leidens schon a priori annehmen läßt. Die subjektiven Beschwerden sind mit Sicherheit weder nach der einen noch nach der anderen Seite zu verwerthen. Analfissuren und -Ekzeme, Proktitis, Schleim-, Eiter- und Blutabgang im Stuhl, Einklemmungserscheinungen sprechen natürlich für Hämorrhoiden, entsprechende Harnveränderungen und andere Prostatitissymptome für Prostatitis.

Bezüglich der Kniegelenkschmerzen ist daran festzuhalten, daß Veränderungen im und um das Gelenk bei den prostatagenen Arthralgien fehlen und, wie es scheint, auch Empfindlichkeit gegen Druck und bei passiven Bewegungen. Hiedurch ist gegenüber allen arthritischen und paraarthritischen Prozessen eine scharfe Grenze gezogen. Jedenfalls sollte man in den unklaren Fällen mit vagen Gelenkschmerzen ohne positiven Befund auch einmal Urin. und Prostata kontrollieren, bevor man auf Rheumatismus kuriert und die Patienten in Bäder schickt.

Eine Verwechslung zwischen Blasenhalserkrankung und Prostatitis kann bei deutlich ausgeprägten Symptomen nicht leicht vorkommen. Fehlen aber spezifische Prostataerscheinungen und besteht nur Tenesmus, Schmerz bei Miktion und Defäkation und Fadentrübung des Urins, dann kann es sich um beide Dinge handeln. Die Diagnose wird dann noch dadurch erschwert, daß häufig beide Affektionen neben einander bestehen. Sie wird sich daher unter Umständen erst ex juvantibus stellen lassen.

Hoden- und Samenstrangschmerzen kommen natürlich vor allem bei Entzündung dieser Teile vor. Vor einer Verwechslung mit prostatagenen Schmerzen schützt zunächst der positive oder negative Ausfall der Untersuchung auf entzündliche Knoten in Nebenhoden oder Samensträngen; doch können alte indurierte Stellen, welchen eine gewisse Druckempfindlichkeit ja lange bleibt, wie Fall XIV lehrt, vorhanden und dennoch die „Hodenschmerzen“ durch eine Prostatitis erzeugt sein.

Beide Komplikationen der Urethritis posterior kommen ja sehr gewöhnlich zusammen vor und es dürfte wenigstens nicht sehr häufig eine Epididymitis beobachtet werden, bei welcher nicht gleichzeitig auch eine Prostatitis vorhanden ist. Die Prostatauntersuchung ergibt daher auch kein unzweifelhaftes Resultat, wohl aber die Massagetherapie. Einen gewissen Anhaltspunkt erhält man dadurch, daß bei prostatagenen Schmerzen sehr häufig die Massage diese Schmerzen momentan weckt oder steigert.

Treten bei einer vorhandenen oder sich bildenden Leistenhernie prostatagene Schmerzen im Leistenkanal auf, so dürfte die Diagnose wohl nur ex juvantibus (Bruchband oder Operation, beziehungsweise Prostatamassage) zu stellen sein.

Die Schmerzen in den Hypochondrien, in der Bauchhaut, um den Nabel herum, auf der Darmbeinschaukel, in der Nieren-, Kreuz- und Gesäßgegend, bei welchen sämtlich lokale objektive Befunde fehlen, lassen dem diagnostischen Frag- und Antwortspiel den weitesten Spielraum. Neuralgien, Rheumatismen, Muskelschmerzen, vor allem aber Hysterie und Neurasthenie werden hier meist diagnostiziert. Auch für diese so unklaren Dinge müssen wir künftig die Untersuchung von Harn und Prostata fordern. Sie sind jedenfalls, wie man aus dem Auftreten dieser Symptome in Verbindung mit anderen Prostatitis-symptomen schließen kann, viel häufiger, als man glaubt, und manche neurasthenisch-hysterischen Schmerzen könnten wohl behoben werden, wenn häufiger die ursächliche Prostatitis — beim Weibe vielleicht die Metritis — erkannt würde.

Nierensteine können, wenn der Fall nicht so kompliziert liegt wie der oben geschilderte, wohl kaum mit Prostatitis verwechselt werden. Ein typischer Nierensteinanfall ist schon gar nicht zu verkennen. Wo aber ein solcher auch in der Anamnese fehlt, da darf man jedenfalls aus dem Harnbefund, der bei beiden Affektionen gleich sein kann, und aus dem Vorhandensein von spontanem und Druckschmerz in einer Nierengegend nicht den Schluß auf im Nierenbecken liegende Steine machen. Der mikroskopische Nachweis von Uraten oder Oxalaten im Harn beweist entgegen der landläufigen Ansicht gar nichts für Steine. Der Wert der Massage ist unter Umständen gegeben, besonders in Anbetracht, daß, wie uns auch unser übriges Prostatamaterial lehrt, „Nierenschmerzen“ gar nicht so selten bei Prostatitis auftreten. Allerdings scheint dieser Schmerz nur spontan und bei leichtem Druck aufzutreten, bei tiefem Drucke aber zu verschwinden und nur vom Rücken her, nicht vom Abdomen her ausgelöst werden zu können. Hiemit wäre also ein differentialdiagnostisches Motiv gegenüber den Nierensteinen gegeben.

Fragen wir nun nach der Ätiologie und Pathogenese dieser Schmerzen, so sind zwei Möglichkeiten zu diskutieren: 1. Es handelt sich um die Resorption toxischer Bakterien-Produkte, welche in der entzündeten Prostata entstehen, 2. um Irradiationen auf andere Nervengebiete. Daß es sich nicht um Resorptionswirkungen des Gonokokkengiftes handeln kann, geht klar aus der Tatsache hervor, daß die prostatagenen Beschwerden i. d. R. erst nach längerem Bestehen der mehr oder minder chronisch gewordenen Gonorrhoe einsetzen, also nicht zu einer Zeit, wo noch die meisten Gonokokken anwesend, die Toxinproduktion also am reichlichsten ist. Der weitaus größte Teil dieser Prostatitiden ist sogar völlig gonokokkenlos. Außerdem treten dieselben Beschwerden bei gonorrhöischer wie bei nicht gonorrhöischer Prostatitis auf (Fall XIII. Siehe auch weiter unten!). Es bliebe nur die Möglichkeit, daß es sich um die Wirkung der Resorption anderer Bakteriengifte handelte, was in Anbetracht der in älteren Fällen so vielfach vorhandenen Mischinfektionen zunächst nicht unmöglich erscheint. Dem steht aber gegenüber, daß es vielfach prostatagene Beschwerden mit fast oder ganz bakterienfreiem Prostatasekret gibt. Für die Heranziehung einer weiteren Erklärungsmöglichkeit, einer giftigen Veränderung von Prostatastoffen selbst, fehlt uns jede pathologisch-chemische Basis. Wir müssen daher an eine Irridierung der Schmerzen von den prostatistischen Nerven auf andere Nervenbahnen denken. Es ist fast sicher, daß vom Plexus prostaticus aus eine Ausstrahlung auf sämtliche sensible Fasern des Plexus sacralis, ja — es scheint sogar — auch auf die meisten des Plexus lumbalis stattfinden kann. Auch die unteren Interkostalnerven scheinen gelegentlich und nicht zu selten als Schmerzleiter zu dienen. Wir haben es also mit einer Verlegung der Empfindung in Bahnen zu tun, welche nicht mehr dem der Prostata eigenen Nervensystem und Rückenmarksquerschnitt entsprechen. Wir können solche Vorkommnisse auch bei anderen Organen beobachten. Es liegt nahe, zu Erklärungsversuchen an die Theorie, welche sich an den Namen Head und die fötale Metamerenbildung knüpft, zu erinnern.

Es ist nach dem bisher Vorgetragenen klar, daß die Symptomatologie der chronischen Prostatitis einer erschöpfenderen Darstellung bedarf, als dieses heute in den Lehrbüchern der Fall ist. Aber auch manche andere Frage, welche die Prostatitis betrifft, ist noch der Diskussion bedürftig. Wir wollen diese Dinge zusammen an der Hand des uns zur Verfügung stehenden Materials prüfen:

Von 1876 Gonorrhöefällen der letzten 4 Jahre sind 346 nicht genügend beobachtet oder sonst nicht verwertbar; es bleiben somit

1530 einwandfreie Fälle. Von diesen 1530 Gonorrhoeen waren 645 zwischen $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ Jahr alt, 473 zwischen $\frac{1}{2}$ Jahr und 1 Jahr, 412 älter als 1 Jahr. Die Prostata war erkrankt oder erkrankte im Laufe der Behandlung bei Gruppe I in 287, bei II in 323, bei III in 299 Fällen. Mit anderen Worten: $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Jahr alte Gonorrhoeen weisen in 46%, $\frac{1}{2}$ —1 Jahre alte in 68%, über 1 Jahr alte in 72% der Fälle eine Mitbeteiligung der Prostata auf. Das sind Zahlen, wie sie ungefähr den Angaben von Pezzoli, Posner, Rosenberg, Finger, Frank, Goldberg und Wossidlo entsprechen. So nehmen die letzteren beiden eine Erkrankung in $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ aller Gonorrhoeefälle an. Wir haben 909 Fälle in 1530 Gonorrhoeen, das wäre also mehr als die Hälfte, also eine noch höhere Zahl. Rechnet man aber dazu, daß unter den von uns ausgeschalteten 346 nicht genügend lang beobachteten Fällen sich gerade die akuten Fälle der vorderen Harnröhre größtenteils befunden haben, bei welchen natürlicherweise die Prostata am wenigsten beteiligt ist, so dürften unsere Zahlen mit den Goldberg-Wossidloschen ziemlich übereinstimmen. Es geht ferner aus unseren Zahlen hervor, daß, je älter eine Gonorrhoe ist, sie desto häufiger auch die Prostata ergreift. Schon aus diesem Grunde sind die Zahlen von Colombini (36% der akuten, 28% der subakuten und 40% der chronischen Gonorrhoe) sicher falsch; ebenso diejenigen von Petersen (klinisches Material 20%, Privatpraxis 16%). Die Ursache des Irrtums liegt, wie Wälsch wohl mit Recht vermutet, darin, daß sich diese Autoren auf die rektale Palpation beschränkt haben und nur aus der Druckempfindlichkeit und Formveränderung des Organes, nicht aber aus der Veränderung des Sekretes Schlüsse gezogen haben. Die Sekretveränderungen sind aber viel häufiger als die palpatorisch wahrnehmbaren Veränderungen. Wenn Pezzoli 80%, Casper 85%, Wälsch 81% (bei Urethritis posterior sogar 94%) angeben, Montagnon und Erand behaupten, daß die Urethritis posterior in 70% eine Prostatitis im Gefolge habe, Frank und Wälsch dieses sogar für fast alle Fälle von hinterer Harnröhrenentzündung behaupten, wenn andererseits Letzel in 92.5%, Philippson in 86.6%, Rona in 90% und Jadasohn in 87.7% der Gonorrhoeen eine Mitbeteiligung der Urethra posterior gesehen haben, so dürfte hierin eine ungefähre Bestätigung unserer für die Beteiligung der Prostata an der chronischen Gonorrhoe gefundenen Prozentzahl 72 zu erblicken sein. Die Prostata ist also, speziell bei der chronischen Gonorrhoe ungemein häufig erkrankt, was — abgesehen von den oben genannten Autoren — auch Sigmund, Feleki, Neisser, Putzler, Groszlick und v. Frisch behaupten.

Bei der chronischen Gonorrhoe zählt ein negativer Prostatitisbefund sogar geradezu zu den Ausnahmen. (Ähnlich sagt auch M. v. Zeissl in Bestätigung eines Wortes von H. v. Zeissl, daß „es keine länger dauernde Gonorrhoe ohne Mitheteiligung der Prostata gibt“.) Angaben von Fürbringer und Guyon, welche sie für selten erklären, Ballou, der nur einen Prozentsatz von 3% findet, u. A. wären daher direkt als falsch zu bezeichnen, müßte man nicht in Erwägung ziehen, daß der Begriff Prostatitis für die einzelnen Autoren nicht der gleiche ist. Offenbar hatten die einen Autoren nur die abszedierenden Prostatitiden, die anderen auch sonstige Formen im Auge; außerdem hat man teilweise die Diagnose zu sehr von dem Vorhandensein der Prostatorrhoe abhängig gemacht. Wir haben eine Prostatitis dann diagnostiziert, wenn entweder Abszesse nachweisbar waren (sei es dem Gefühl, sei es durch Analyse des Sekretes), oder die Prostata knollig verändert war, oder endlich mikroskopisch in zahlreicherer Menge Leukocyten, speziell häufchenförmig angeordnete, zu finden waren. Leukocyten dürfen im normalen Prostatasekret nur ganz vereinzelt vorkommen. Wir müssen mit Finger, Pezzoli, Goldberg, Wossidlo und Waelsch den Wert der mikroskopischen Sekretuntersuchung ausdrücklich betonen. Die makroskopische Betrachtung gibt allerdings auch bereits für das geübte Auge genügend Anhaltspunkt. Das Prostatasekret ist normalerweise eine bläulich-weiße, opaleszierende, homogene Flüssigkeit von charakteristischem Geruch, also, wie schon Fürbringer betont hat, keine farblose Flüssigkeit. Mikroskopisch löst sich diese Milch in ein Gemengsel kleinster runder Scheiben — Lecithinkörperchen — auf, welchem in spärlichster Weise Leukocyten und Epithelien, seltener corpora amylacea beigemischt sind. In Bestätigung der Angaben Goldbergs heben wir hervor, daß das einzige bei allen Prostatitiden vorkommende, makroskopisch wahrnehmbare Zeichen von Sekretveränderung die Aufhebung der Homogenität des Sekretes ist: Man sieht in der Glasschale nicht mehr eine fein verteilte Emulsion, sondern eine Aufschwemmung verschieden großer Stäubchen und Bröckel. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte jedesmal die makroskopisch gestellte Diagnose. Umgekehrt gilt der Satz nicht: es ist uns, wenn auch nur in 2 Fällen, begegnet, daß anscheinend homogenes Sekret mikroskopisch sich als äußerst leukocyten- und bakterienhaltig erwies. Pathologisches Sekret kann, wie Goldberg ganz richtig angibt, gelblich, rötlich, milchweiß und wasserhell aussehen (wir wollen hinzufügen auch grünlich), es kann dünnflüssig und (selten) dickflüssig sein. Absolut ungenügend ist jedenfalls die ausschließliche

Rektalpalpation. Wenn sie ein positives Ergebnis hat, beweist sie nicht, daß eine Entzündung noch vorhanden ist; eine solche kann auch abgelaufen sein. Wenn sie ein negatives Ergebnis liefert, ist damit das Vorhandensein einer floriden Prostatitis nicht ausgeschlossen. Von den 909 Prostatitisfällen waren 214, mithin 2·7% mit palpatorisch vollkommen normalem Befund ausgezeichnet und dennoch ergab die Sekretuntersuchung Eiterzellen, mitunter so reichlich, daß das exprimierte Sekret schon makroskopisch als Eiter imponierte. (Waelisch verzeichnet nur 13%.) Zur Erklärung dieses Widerspruches kann vielleicht die Beobachtung herangezogen werden, daß wir in 5 Fällen erst bei der zweiten Massage, in 8 Fällen bei der dritten, in 4 bei der vierten und in einem bei der fünften pathologische Sekret erhielten, während das erstmals erhaltene Sekret sich makroskopisch und mikroskopisch als rein erwiesen hatte. In 18 Fällen unter 909, mithin in fast 2%, konnte also der pathologische Charakter des Sekretes erst nach wiederholter Massage erkannt werden. Daraus ergibt sich: Auf Grund einer einmaligen Untersuchung des Prostatasekretes kann nur bei positivem Ergebnis eine Diagnose mit Sicherheit gestellt werden, bei negativem kann eine mehrmalige Wiederholung notwendig werden. In 669 Fällen (= 73%) waren palpatorische und sekretorische Veränderungen nachweisbar. In 26 Fällen (= 2%) waren nur palpatorisch Veränderungen nachweisbar (Knollen und Stränge). In Bestätigung der Angaben Goldbergs berichten wir, daß in allen Fällen, welche eine stärkere Eiterbeimengung zeigten, die Prostatakörperchen verschwunden oder wenigstens sehr stark reduziert waren. Diese Untersuchungen wurden auf die sorgfältigste Weise gemacht: Die Massage folgte nur dem Pißakt nach; das in die Blase exprimierte Sekret wurde nie aus dem Expressionsharn, sondern aus der Borsäurefüllung der Blase gewonnen, profuseitrig Erkrankungen von Urethra und Blase überhaupt nicht in Untersuchung genommen.

Unter den 909 Fällen von Prostatitis waren nach dem Ergebnis der Kollmannschen Fünfgläserprobe 45 = 4%, in welchen die Prostata allein erkrankt war, 442 = 48%, in welchen Prostata und vordere Harnröhre, 195 = 21%, in welchen Prostata und hintere Harnröhre, und 227 = fast 25%, in welchen vordere und hintere Harnröhre und Prostata gemeinsam ergriffen waren. Die hintere Harnröhre ist also bei Prostatitis in 4 + 48 = 52%, also in der Mehrzahl der Fälle nicht ergriffen, d. h. nicht chronisch ergriffen. Dieses statistische Ergebnis steht in einem scheinbaren Gegensatz zu den Angaben fast aller Autoren, welche betonen, daß eine Prostatitis i. A. ohne Beteiligung der hinteren Harnröhre nicht vorkommt und daß i. d. R. gleichzeitig beide Krankheitsformen vorhanden sind. Aus diesem Grunde verwirft

z. B. Waelsch sogar die Einteilung Goldbergs der Prostatitiden in solche mit und solche ohne Urethritis. Ich kann den Bedenken des ersteren Autors insoferne beipflichten, als die Einteilung Goldbergs tatsächlich praktisch nicht aufrecht zu halten ist. Eine Prostatitis kann heute ohne Urethritis sein, morgen mit einer solchen und umgekehrt. Ohne die Autorität Neissers angreifen zu wollen, wird man dennoch sagen dürfen, daß wohl fast jeder Prostatitis eine Urethritis posterior vorhergeht. Außerdem kann es von der kranken Prostata aus jeden Augenblick wieder zum Aufflackern des abgeheilten urethralen Prozesses kommen. Dagegen können wir Wälsch nicht beipflichten, wenn er Fälle von gesunder Harnröhre bei restierender Prostatitis für sehr selten erklärt. (Waelsch rechnet 1·8% heraus.) Die Ursache dieser Differenz der Angaben dürfte darin liegen, daß Waelsch nur die 3 Gläserprobe und höchst selten die Irrigation der Harnröhre vornahm, während wir prinzipiell und ausschließlich in jedem Fall die Fünfgläserprobe Kollmanns auszuführen pflegen. Wir möchten diese Modifikation der Jadassohnschen Irrigationsmethode als die zuverlässigste Methode, die Sekrete der verschiedenen Harnröhrenabschnitte und Adnexe zu trennen, bezeichnen. Glas I enthält dann sicher das Sekret der vorderen Harnröhre; Glas III i. A. das in der Pars posterior liegende Sekret; Glas V bei reinem Glas III und IV die Entzündungsprodukte der Prostata und Samenblasen. Bei den anderen Methoden werden Trübungen, welche auf diese Organe bezogen werden müssen, viel leichter irrtümlich auf eine Affektion der Urethra posterior geschoben. Andererseits ist aber zu betonen, daß die Methode mit Vorsicht und Kritik angewendet werden muß und daß man gerade durch eine so feine Methode, wenn man zu rigoros oder schablonenhaft verfährt, zu übertriebenen Resultaten kommen kann. Nicht jeder Bröckel in Glas III, also der ersten Portion Urin, welche nach der Ausspritzung der vorderen Harnröhre gelassen wird, stammt aus der Urethra posterior, sondern kann natürlich auch aus den Adnexen abgeschobenes Sekret bedeuten. Es muß, um eine chronische Posterior zu diagnostizieren, Glas III am meisten von III, IV und V verunreinigt sein. Mangel aller subjektiven Posteriorerscheinungen macht die Annahme einer Posterior immer zweifelhaft. Und wenn man bedenkt, daß etwa 30% aller Kranken überhaupt keine subjektiven Symptome spüren und gar nur 21% mit Symptomen behaftet waren, welche man auf Posterior beziehen konnte, so läßt sich auch keine höhere Zahl von Posteriorerkrankungen erwarten. Vorübergehende Reizungen der Posterior, wie sie im Verlaufe fast jeder Prostatitis und Prostatitisbehandlung vorkommen, glaubten wir ignorieren zu dürfen. Wir können uns die Differenz zwischen unseren und der meisten anderen Autoren Ergebnissen in der Frage nach der Häufigkeit, mit welcher eine Prostatitis von Urethritis posterior begleitet wird, nur dadurch erklären, daß wir annehmen, daß die Autoren Harnverunreinigungen, welche der Pars anterior oder der Prostata angehören, auf die Pars posterior bezogen und jede Urethritis posterior bei chronischer Gonorrhoe auch als chronische

Tabelle I. Gefundene Bakterien.

Zeit, welche seit der letzten Infektion verflossen ist	Zahl der untersuchten Fälle	I. Gonokokken						II—VI zusammen											
		Allein	Mit anderen Bakter.		Also zu- sammen	2. Nach Gram sich färbende Diplokokk.	3. Strepto- kokken	4. Staphylo- kokken verschie- dener Art	5. Stäbchen	6. Andere Bakterien	Fälle	%							
			Fälle %	Fälle %									Fälle %	Fälle %	Fälle %	Fälle %			
1/2—1 Jahr	42	4	9	27	64	31	73	8	19	3	9	33	78	5	11	4	9	53	126
1—1 1/2 Jahre	24	1	4	11	45	12	50	6	25	—	—	15	60	6	25	2	8	29	120
1 1/2—2 Jahre	16	—	—	3	18	3	18	5	31	2	12	12	75	1	6	3	18	23	145
2—3 Jahre	15	—	—	1	6	1	6	6	40	2	13	9	60	1	6	2	13	20	133
3—5 Jahre	7	—	—	—	—	—	—	3	42	—	—	2	28	—	—	1	14	6	85
Über 5 Jahre	16	—	—	—	—	—	—	3	18	—	—	12	75	2	12	2	12	19	118
Total	120	5	4	42	35	47	39	31	25	7	5	83	69	15	12	14	11	150	120

Urethritis posterior angesehen haben. Wenn aber eine Posterior bloß ein paar Tage dauert, darf sie doch nicht in Rechnung gezogen werden!

Unsere Resultate entsprechen auch den Anschauungen von Oberländer und Kollmann, welche an verschiedenen Stellen es ausgesprochen haben, daß die chronische Gonorrhoe viel häufiger in der vorderen als hinteren Harnröhre sitzt, und daß eine Urethritis posterior chronica ohne Beteiligung der Adnexe nicht denkbar ist. Mit anderen Worten: Eine Urethritis posterior pflegt rasch auszuheilen, wenn keine Adnexerkrankung da ist; bei Vorhandensein der letzteren drohen immer die Posteriorrezidive. Je geringer die Infektiosität der Prostatitis wird, desto geringer wird diese Gefahr.

Dieses bringt uns auf die Frage der Infektiosität der Prostatitis chronica. Neisser, Putzler, Finger, Frank, Wäelsch u. a. nehmen ein jahrelanges Persistieren der Gonokokken in der Prostata an. Grosz, Feleki, Cohn, Goldberg, Porosz und Wossidlo-Schramm (noch nicht publiziert) haben mehr minder negative Erfolge bei ihren Untersuchungen des Sekretes chronisch kranker Vorsteherdrüsen auf Gonokokken gehabt. Cohn hat dafür in seinen 12 $\frac{3}{4}$ — 5 Jahre alten Fällen die verschiedensten anderen Bakterien gefunden. Ebenso nehmen Wossidlo-Schramm, Jadassohn, Ruggles und Goldberg an, daß der Gonococcus bei der Prostatitis wohl bisweilen eine Rolle spiele, daß dieses Leiden jedoch viel häufiger durch Misch- oder Sekundärinfektion entstehe. Goldberg speziell hat in einer sehr gediegenen Arbeit sich dahin ausgesprochen, daß die Gonokokken wohl oft die Prostata erreichen, nach einiger Zeit aber in derselben zu Grunde gehen. Von 32 seiner Untersuchungen vom 2. Monate der Gonorrhoe an fielen 12 positiv, 20 negativ aus. Bis zum 100. Tage post infectionem waren 7 Befunde positiv, 7 negativ, nach dem 100. Tage der Gonorrhoe von 18 Befunden 5 positiv, 13 negativ. Die Häufigkeit des Gonokokkenbefundes könne daher nur für die ersten Monate, vielleicht das erste halbe oder erste ganze Jahr zugegeben werden.

Unser eigenes Material umfaßt 120 Fälle — 789 Fälle konnten aus äußeren Gründen nicht genügend auf Gonokokken untersucht werden — bei welchen die Infektion zum mindesten $\frac{1}{2}$, im höchsten Falle 30 Jahre zurücklag. In sämtlichen Fällen war zum Zwecke der Untersuchung nach der Miktion Harnröhre und Blase zuerst mit Borsäure, dann mit physiologischer Kochsalzlösung durchgespült worden, die Glans penis war desinfiziert, die Auffangschale sterilisiert. Dann wurden aus dem Sekret Bouillon- und verschiedene Plattenkulturen (Glyzerinagar, Blutagar und Gelatine), sowie mikroskopische Deckglaspräparate angefertigt. Sämtliche Strichpräparate wurden auch nach Gram gefärbt. Es ergab sich dabei zunächst, daß die Kulturversuche sehr häufig keine Gonokokken wachsen ließen, wo die Strichpräparate solche gezeigt hatten. Dieses kann nicht wundernehmen, wenn wir die Schwierigkeiten bei Gonokokkenkulturen überhaupt und die Tatsache, daß — worüber die Strichpräparate Aufklärung verschaffen — schon im zweiten Jahre die Gonokokken gerne in der Prostata „Dege-

nerationsformen“ annehmen (s. auch Goldberg!) berücksichtigen. Die Gonokokkentabelle enthält daher die Resultate von Strichpräparaten und Kultur, die übrigen Bakterientabellen nur diejenigen der Kultur. Da wir die Fälle ein- und mehrmaliger Infektion nicht trennen können — denn den Angaben der Patienten ist nach entgegengesetzter Richtung hin nicht zu trauen — so sind möglicherweise eine Reihe der Misch- und Sekundärinfektionen, welche die Tabelle I verzeichnet, älter als die angegebene letzte Gonorrhoeinfektion. Es können also sowohl die Zahl der Gonokokken etwas zu nieder, als auch die der übrigen Bakterien zu hoch sein. Die Zahl der letzteren kann auch durch nicht ausschaltbare Beimengungen aus anderen Abschnitten der Harnwege p. p. erhöht sein, da die Ausschaltung profuser Eiterungen und obiger Vorsichtsmaßregeln natürlich doch nur relative Sicherheit geben. Das Gesamtbild, wie es Tabelle I lehrt, kann allerdings durch dieses Zugeständnis nicht wesentlich verändert werden.

Wir sehen aus derselben das Folgende:

1. Schon im zweiten Halbjahre nach der Infektion ist nur mehr in 73% der Fälle im Prostatasekret der Gonococcus nachweisbar. Diese Zahl sinkt im 3. Halbjahr auf 50%, im 4. auf 18%, im 3. Jahre auf 6%; vom Ende des 3. Jahres an finden sich keine Gonokokken mehr im Prostatasekret.

2. Schon im zweiten Halbjahre treten im Prostatasekret andere Bakterien als Gonokokken auf. Im vierten Halbjahre sind reine Gonokokkenaffektionen überhaupt nicht mehr nachweisbar.

3. Der Gesamtzahl von Fällen (120) steht die hohe Zahl (150) von Mischinfektionen = 120% gegenüber, d. h. mit anderen Worten: Der vierte Teil aller Fälle infiziert sich sekundär mit mehreren Bakterienarten. Schon im zweiten Halbjahre sind 53 Mal in 42 Fällen (= 126%) andere Bakterien vorhanden gewesen; d. h. der vierte Teil aller Fälle ist schon im ersten Jahre mehrfach sekundär infiziert.

4. Während die Gonokokken im Laufe der Jahre aus dem prostatatischen Sekret zu schwinden pflegen, erhalten sich die anderen Bakterienarten, wobei es häufig im zweiten Jahre nach der Infektion zu einer vorübergehenden Steigerung des Prozentsatzes der Sekundärinfektionen kommt. Der Häufigkeit nach finden sich an Sekundärinfektionen von unten nach oben gezählt: 1. Staphylokokken, 2. nach Gram färbbare Diplokokken, 3. Stäbchen, 4. Streptokokken, 5. dann eine Reihe anderer nicht näher bestimmter Bakterien.

Die vier Fälle von reiner Gonokokkeninfektion im 1. Jahre haben wir dann durch monatliche Kontrollen genauer verfolgt, worüber Tabelle II Aufschluß gibt.

Tabelle II.

Monat seit der Infekt.	I	II	III	IV
7	G+	—	—	—
8	G+	—	—	G+
9	G+	G+	G+	G+
10	G+	G+	G+ B+	G+
11	G+ D+	G+ Staph.+	G+ B+	G—
12	G— D+	G— Staph.+	G— B+	G—
13	G— D+	G+ Staph.+	G— B+	G+
14	G—D+Staph.+	G+ Staph.+	G— B+	G+
15	G—D+Staph.+	G+ Staph.+	G—B+D+	G+ Staph.+

G = Gonokken, D = nach Gram färbbare Diplokokken,
Staph. = Staphylokokken, B = Stäbchen.

Sie zeigt nicht nur, wie zu einer Gonokokkeninfektion die Sekundärinfektion schon bald tritt, sondern wie auch die Sekundärinfektion durch Tertiärinfektion nochmals kompliziert wird (I. u. III). Sie zeigt auch das Verschwinden der Gonokokken (I u. III). Goldberg, welcher diese Verhältnisse genau beobachtet hat, ist der Meinung, daß die Prostata Stoffe absondere, welche einen schlechten Nährboden für die Gonokokken geben, beziehungsweise diese töten. Wir möchten den Sekundärinfektionen vielleicht auch eine Rolle zuschreiben. Über die Frage, inwieweit Prostatitiden durch andere Bakterien erzeugt werden, welchen der gonorrhoeische Prozeß nur einen Weg in die hintere Harnröhre bahnt, geben unsere Zahlen, welche sämtlich ältere Prostatitiden betreffen, keinen Aufschluß. Nachdem, was man über den Bakterienbefund in frischen gonorrhoeischen Prostatitiden, in cystitischen und Strikturfällen weiß, kann sowohl dem Gonococcus wie anderen Bakterien eine entscheidende Rolle zugestanden werden. Wir selbst haben 3 Fälle gesehen, in welchen nie eine Gonorrhoe vorhanden gewesen ist, aber auch keine andere Harnwegerkrankung, und dennoch bestand starke Prostatitis. Die Bestätigung der Anschauungen Goldbergs hat ihre großen Konsequenzen bezüglich Therapie und Ehekonsens. Die chronische Prostatitis ist, wie oben gezeigt, eine die meisten Gonorrhoeen begleitende und eine schwer heilbare, wie manche meinen, fast unheilbare Krankheit. Wenn unsere Beobachtungen uns auch nicht gestatten, so pessimistisch zu denken wie Goldberg, zu groß ist auch unser Glaube an eine häufigere Heilung

der chronischen Prostatitis nicht. Da wir demnach für die Mehrzahl der Fälle eine Restitutio ad integrum so gut wie ausgeschlossen erachten, so fragt es sich, 1. ob wir gegenüber der chronischen Prostatitis dann die Hände einfach in den Schooß legen, 2. ob und wann wir solche Prostatiker heiraten lassen dürfen. Während wir die erstere Frage später mit „nein“ beantworten wollen, haben wir bezüglich der zweiten Frage Goldberg beizupflichten, daß wir, wenn eine Urethritis gonorrhoeica ausgeheilt ist, und nur prostatistische Prozesse bestehen, welche (wie wir hinzufügen wollen, mit Sicherheit zum mindesten 3 Jahre nach der Infektion liegen) und bei häufig wiederholter Gonokokkenuntersuchung nie solche gezeigt haben, kein Recht haben, „wegen einer Abnormität, deren Unschädlichkeit oft beobachtet wurde, deren Heilung aber uns meistens nicht gelingt, den Patienten zu einem kranken und heiratsunfähigen Mann zu dekretieren“.¹⁾ Wir glauben nur diejenigen Formen vielleicht als bedenklicher erachten zu dürfen, in welchen eine abszedierende Prostata eine wahre Brutstätte aller möglichen Bakterien ist. Es ist für die Frau vielleicht doch nicht so gleichgültig, wenn ihre Scheide mit allen möglichen Bakterien überschwemmt wird, selbst wenn dieses keine Gonokokken sind und die Frage, ob eine solche Prostatitis ohne Einfluß auf das Erzeugte bleibt, ist jedenfalls diskutierbar. Außerdem muß die Prostatitis jedenfalls soweit behandelt sein, als sie sich besserungsfähig erweist, und darf keine Gefahr sekundärer sexueller Funktionsstörungen oder drohender Prostataneurasthenie mehr bestehen.

Dieser durch Goldberg, Cohn, Wossidlo und uns betonten Auffassung gegenüber, daß die Infektiosität der chronischen Prostatitis nach einigen Jahren erlischt, stehen die Behauptungen jener Autoren welche wie Neisser, Finger u. a. in der chronisch erkrankten Prostata

¹⁾ Anm. Einen in dieser Richtung sehr lehrreichen Fall haben wir während des Druckes dieser Arbeit gesehen: Prostatitis chronica follicularis sinistra seit einem Jahre. Symptome: gelegentlich Fädchen, Schmerzen im After; nie Gonokokken. Infektion vor 3 Jahren. Urethritis nach $\frac{1}{2}$ Jahr geheilt. Seit $\frac{3}{4}$ Jahr Massagebehandlung. Vor 4 Wochen akute Posterior und Cystitis. Heilung derselben nach 3wöchentlichem Helmitolgebrauch. Ursache: Entleerung eines großen, abgekapselten Detritusherd des im linken Lappen. Mikroskopisch Stäbchen, Diplokokken, auch solche, welche nach Gram entfärbbar sind. Dagegen zeigen die Kulturen nur nicht spezifische Diplokokken. Warnt schon dieser Widerspruch davor, den mikroskopischen Präparaten zu sehr zu trauen, so spricht noch deutlicher für die erloschene Infektiosität des alten Abszesses, daß Teile der Detritushäufchen, welche immer erst mit den letzten Urintropfen ausgepreßt wurden, innerhalb 14 Tagen oft stundenlang von einem Pißakt bis zum nächsten in der Urethra anterior liegen blieben, ohne daß es zu einem Gonorrhoe-rezidiv kam.

eine beständige Infektionsquelle für die abgeheilte Urethra sehen, stehen die Beobachtungen an Kranken, welche nach jedem Coitus, nach jeder Malträtierung der Prostata durch Reiten oder Radfahren, speziell auch nach Prostatamassagen akute gonorrhöische Harnröhrenkatarrhe akquirieren. Man möge aber bedenken, daß diese Reinfektionen viel mehr von außen zu kommen pflegen als die Patienten zugeben, und daß das Alter der Prostatitis, welche ja vielfach ohne Symptome verläuft, oft ein ganz junges bei einem ganz alten urethralen Prozeß ist! Sollte es wirklich so alte Gonokokkennester in der Prostata geben, wie Finger berichtet, so können das nur Ausnahmen sein. Damit ist natürlich weder die Autoreinfektion gelegendet, noch die Forderung bei lange dauernden Gonorrhöen nach der Prostata zu sehen, ihres praktischen Wertes entkleidet.

Der Symptomatologie der chronischen Prostatitis haben wir noch einige Worte zu widmen. Was zunächst die Häufigkeit der einzelnen subjektiven Symptome betrifft, so konnten wir verzeichnen:

Schmerzen am Kreuzbein und Steißbein	12 Mal
" im Hüftgelenk	3 "
" im Ischiadicus	18 "
" in der Glutäalgegend	27 "
" an anderen Teilen des Oberschenkels	15 "
" auf der Darmbeinschaukel	14 "
" in den Hypochondrien	32 "
" in der hinteren Harnröhre	23 "
" im After	48 "
" in der Leistengegend	47 "
" in Samensträngen und Hoden	66 "
(hievon in Hoden und Nebenhoden allein)	18 "
" in der Eichel	31 "
" in den Kniegelenken	14 "
" in der Unterbauchgegend	35 "
(hievon direkt über der Symphyse)	7 "
" speziell bei Bewegungen	49 "
" beim Abwärtssteigen	5 "
" beim Aufstehen	16 "
" im Liegen	2 "
" beim Reiten, Fahren und Radfahren	51 "
" bei der Defäkation	29 "
" beim Coitus (Ejaculation)	11 "
" bei Pollutionen	3 "
" bei der Miktion	37 "
Präzipitierte Ejaculationen	18 "
Erektionsschwäche	15 "
Vollständige Impotenz	1 "
(Gesteigerte Potenz und Libido	—)
Gesteigerte Pollutionen	9 "
Allgemeine Neurasthenie	54 "
(Hievon schwere melancholische Depressionen mit Beziehung auf das Sexualsystem	7 ")
Druck am Damm oder im After	32 "
Jucken in der Harnröhre	210 "
Jucken im Mastdarm	41 "
Die Schmerzen waren kontinuierlich da	6 "

Die Schmerzen waren nur zeitweilig da	387 Mal
Die Schmerzen fehlten vollständig	510 „
Prostatorrhoe wurde eruiert	63 „
Tatsächliches Harnnachträufeln	17 „

Doppelseitigkeit der Schmerzen haben wir in 393 Fällen nur 26 Mal verzeichnet. Sie dürfte öfters noch vorhanden gewesen sein. Immerhin ist recht auffallend, daß auch bei doppelseitiger Prostataaffektion der Schmerz i. d. R. einseitiger ist. Nach einer Massage kann, wie auch Letzel nach mündlicher Mitteilung gefunden hat, der Schmerz plötzlich auf die andere, bisher schmerzfreie Seite überspringen. Ganz gewöhnlich ist es, daß der Schmerz, wenn in einer anfallfreien Zeit massiert wird, geweckt, beziehungsweise vergrößert wird. Besonders gilt dieses von dem Schmerz in Hoden und Samensträngen. Letzel berichtete uns mündlich von einem Trompeter, welcher jedesmal beim Blasen Schmerzen im After bekam; das Gleiche sahen wir 2 Mal bei Hustenstößen. Mit dem gleichen Autor konstatieren wir das Vorkommen von Reitweh, d. h. Schmerzen in den Adduktoren, welche bei einem Reiter natürlich leicht über die Quelle der Schmerzen täuschen können. — Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, alle Prostatitis-symptome und Komplikationen hier durchzusprechen.

Überblickt man obige Zahlen, so findet man zunächst, daß die Prostataneurasthenie eine sehr unwesentliche Rolle gegenüber der Masse von zwar subjektiven aber dennoch durchaus nicht aus Neurasthenie geborenen Schmerzen spielt. Dieses Ergebnis mag manchen überraschen welcher gewohnt ist, jeden chronischen Prostatiker als Kandidaten der Prostataneurasthenie zu betrachten. So spricht z. B. Finger davon, „daß die Diagnose der chronischen Prostatitis durch Untersuchung des prostatorrhoeischen (?) Sekretes, durch Untersuchung mit Endoskop (?) und Sonde, Prüfung des Urins und Konstatierung der typischen Form sexueller Neurasthenie sofort (?) zu stellen sei“, und nennt an anderer Stelle als Kardinalsymptome Prostatorrhoe und sexuelle Neurasthenie. Ebenso sind auch sexuelle Störungen viel seltener Folge der chronischen Prostatitis als allgemein angenommen wird. (Wir geben aber zu, daß unsere Notizen in diesem Punkte vielleicht zu dürftig ausgefallen sind, weil wir nur uns vorgebrachte Klagen verzeichnet, aber keine Anamnesen nach dieser Richtung hin aufgenommen haben.) Wir machen eigens auf den diskontinuierlichen Charakter der Schmerzen aufmerksam. 387 Fällen diskontinuierlichen Schmerzes stehen nur 6 kontinuierlichen Schmerzes gegenüber. In einem dieser letzteren Fälle beobachteten wir nächtliche Exacerbationen (Toben). Es ist sicher von Interesse, daß in fast der Hälfte der Fälle jeder Schmerz fehlte; für den Patienten symptomlos verliefen 269 Fälle, d. i. fast ein Drittel aller beobachteten Fälle. Ähnliche Befunde erhoben Güterbock, Fürbringer und Guyon. (Letzterer in 6 von 10 Fällen, in welchen Induration und Empfindlichkeit nachgewiesen worden war.) v. Frisch betont daher ausdrücklich, daß die Prostatitis sicher oft nicht erkannt wird. — Klagen, welche ihren Grund

in einer Erkrankung der hinteren Harnröhre haben konnten (Schmerzen beim Urinlassen, Coitus, Pollutionen, Brennen in der hinteren Harnröhre, sexuelle Störungen verschiedener Art, nervöse Störungen bezüglich des Pißaktes u. s. w.) wurden 198 Mal geäußert, d. i. in 21% der Fälle. Wir hatten uns diese Zahl höher erwartet; sie stimmt aber mit der Tatsache der von uns eruierten geringfügigen Beteiligung der Pars posterior.

Prostatorrhoe haben wir 63 Mal gefunden, d. i. in 6% der Fälle. Mit diesem Ergebnis stimmt nicht zusammen die Angabe von Guyon, Socin, Fürbringer und Güterbock, daß die Prostatorrhoe das „Hauptsymptom“ oder gar „Kardinalsymptom“ der chronischen Gonorrhoe sei. Das gerade Gegenteil ist der Fall. Die Prostatorrhoe ist nur in $\frac{1}{15}$ der Fälle da, ist also eine der selteneren Begleiterscheinungen der chronischen Prostatitis. Ähnlich drückten sich Feleki, Großglik, Goldberg, v. Frisch und Wossidlo aus und auch Rosenberg fand nur 9%, Goldberg 16%. Sie ist uns viel öfter geklagt als von uns konstatiert worden. Meist handelte es sich um Harnnachträufeln; doch auch gelegentlich um Sperma.) Die Prostatorrhoe bezeichnet auch keinen Grad von Prostatitis, also etwa einen schwereren. Wir haben sie bei mit ganz leichten subjektiven Symptomen ausgestatteten Fällen so gut gesehen wie bei ganz schweren Formen. In 12 Fällen ist sie überhaupt das einzige Prostatitissymptom gewesen, welches dem Patienten auffallen konnte. Sie scheint mehr den follikulärem Prozessen, weniger den abszedierenden Formen zu eigen sein; wenigstens haben wir sie bei richtigen Abszeßformen nicht gesehen; doch kann das Zufall sein; denn wir haben überhaupt nicht viele richtig abszedierende Formen gesehen. — Die Bestimmung der Prostatorrhoe ist übrigens nicht so leicht, wie aus den Angaben von Güterbock, Hospitel und Finger hervorgehen könnte. Denn nachdem im prostatistischen Sekret die Prostatakörperchen größtenteils zu Grunde gehen, bietet das Sekret selbst oft keine Aufschlüsse über seine Herkunft. Der in den meisten Lehrbüchern sich findende Hinweis auf die mikroskopische Untersuchung bezüglich Stellung der Differentialdiagnose ist also viel leichter gegeben als ausgeführt. Die Unterscheidung gegenüber Spermatorrhoe ist natürlich leicht, gegenüber anderen Harnröhrenausflüssen dagegen manchmal nur unter Berücksichtigung des zeitlichen Auftretens und mittels der bei Harnanwesenheit übrigens auch gerne ausbleibenden Fürbringerschen Reaktionen möglich. Jedenfalls geht Fürbringer zu weit, wenn er schreibt: „Klarer und durchsichtiger Harnröhrenausfluß kann nicht aus der Prostata kommen;“ denn das pathologische Prostatasekret ist ja vielfach nicht mehr milchig und imponiert trotz der Aufhebung seiner Homogenität bei nicht sehr genauer Betrachtung oft direkt als „klar und durchsichtig“.

Ebensowenig können wir der anderen Angabe dieses Autors beipflichten, daß die Untersuchung per rectum sich zumeist als empfindlich erweisen solle. Gewiß! Ein Vergnügen ist die Einführung des Fingers, auch bei größter Schonung und von kundiger Hand ausgeführt, niemals.

Aber die Prostata selbst ist nur etwa in der Hälfte der Fälle empfindlich. Wenn wir hierüber auch keine Zahlenaufschlüsse bringen können, so können wir diese Erfahrungstatsache dennoch proklamieren, da wir auf viele Tausende von Prostatamassagen zurückblicken können.

Nicht weniger übertrieben hat man die Bedeutung und das Vorkommen des „Harnnachträufels“. Wir haben dasselbe tatsächlich nur 17 Mal konstatiert. Wir geben ohne weiteres zu, daß die Zahl zu nieder sein kann, weil wir in dieser Richtung von einem Teil unseres Materials vielleicht nicht genügend aufgeklärt worden sind. Hoch wird aber auch bei Annahme eines Rechnungsfehlers die Zahl nicht werden. Die Erklärungsversuche gehen alle von der Annahme eines erschwerten Abflusses aus der hinteren Harnröhre aus. Nun wurde uns aber dieses Phänomen so sehr oft von gesunden Männern wie solchen mit erkrankter Prostata geklagt und wenn wir nachsahen, so fanden wir den Urin nicht in der pars posterior, sondern im hintern Teil der vorderen Harnröhre. Wenn sich der Compressor urethrae schließt, die Vis a tergo nachläßt, müssen ja die letzten Tropfen des Urins in dem zuerst aufsteigenden hinteren Teil der vorderen Harnröhre, welcher hinter dem arcus pubis liegt und im Bulbus eine Erweiterung besitzt, liegen bleiben. Erst die Intätigkeitsetzung der muskulösen Apparate dieser Teile oder Bewegungen des Mannes werden diese letzten Urintropfen herausbefördern. Vielleicht ist das „Harnnachträufeln“ der Kranken physiologischer als man für gewöhnlich annimmt, und hat mit Erkrankungszuständen in der Urethra posterior vielleicht herzlich wenig zu tun.

Im Prostatasekrete haben wir makroskopisch 25 Mal Blut beobachtet. Es war meist nur eine rötliche Trübung des exprimierten Sekretes vorhanden. Wir haben es fast ausschließlich bei der ersten Massage zum ersten Male erblickt und dann nach einigen Massagen verschwinden sehen. Immerhin macht das Vorkommen von Blut im Prostatasekret zur Pflicht, in der Verwertung blutiger Ejakulate für die Diagnose der Spermatocystitis, wie heute noch sehr beliebt, vorsichtig zu sein.

Endlich hätten wir noch kurz zu bemerken, daß die Schwere der subjektiven Symptome in gar keinem Verhältnisse zu dem durch Palpation oder Sekretuntersuchung vermittelten objektiven Prostataveränderung steht. Leichteste Prostatitiden können die schwersten Erscheinungen hervorrufen und schwerste Organerkrankungen symptomlos verlaufen.

Die Frage der Heilbarkeit der Prostatitis können wir leider nicht mit stringenden Zahlen beantworten. Denn abgesehen davon, daß ein großer Teil unseres Materials uns wieder verließ, um sein Heil an anderer Stelle zu versuchen, gibt auch der größte Teil aller Prostatitiker die Behandlung auf, wenn keine subjektiven Symptome mehr vorhanden sind und diejenigen, welche überhaupt nichts Schmerzhaftes gespürt haben, sind nur zu einem kleinen Teil zu einer ordentlichen Behandlung zu bewegen. Immerhin können wir soviel sagen, daß

man fast bei jeder chronischen Prostatitis die subjektiven Symptome des Schmerzes beseitigen kann. Diese pflegen oft nach ein paar Massagen verschwunden zu sein, können allerdings auch wiederkommen. Sie verschwinden längst, bevor man objektiv eine Veränderung an der Prostatitis gewahrt. Diese objektive Besserung tritt sehr langsam ein, doch können sowohl harte Knoten wieder vollkommen weich werden, wie auch die (sehr hartnäckigen) Druckschmerzpunkte verschwinden, wie endlich auch das Sekret Bakterien, Blut und Eiter verlieren und dafür die verlorenen Lecithinkörperchen wieder gewinnen. I. d. R. ist jedoch der Prozeß der Heilung ein ungenügender: Dem Sekret bleiben dauernd etwas mehr Leukocyten beigemischt, ein leise empfindlicher Druckschmerzpunkt an der Peripherie eines Lappens bleibt bestehen, größere Form- und Konsistenzveränderungen gleichen sich nicht mehr vollständig aus. Diese Tatsache unserer ungenügenden therapeutischen Kunst können wir ohne Tränen verzeichnen. Denn es genügt für praktische Zwecke, wenn wir den Patienten soweit herstellen, daß er nicht mehr infektiös ist und daß die subjektiven Erscheinungen ganz, die objektiven soviel als möglich zurückgebracht worden sind. Es kommt ein Punkt, über welchen die therapeutischen Fortschritte nicht mehr hinausgehen. Dieser kann in $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ —1 Jahr erreicht sein. Dann hat es aber allerdings keinen Sinn, in der harmlos gewordenen Prostatitis etwas anderes zu erblicken, als wie sich Goldberg ausdrückt, eine ziemlich häufige Abnormität. Von 17 solchen Männern, welchen wir den Ehekonsens gegeben haben, hat keiner seine Frau infiziert. Allerdings tut man gut, die Behandlung erst, nachdem eine halbjährige Pause keinen Rückschlag hat entstehen lassen, definitiv abzubrechen und dann erst einen Ehekonsens zu geben. Die Fälle von Prostataneurasthenie und prostatagenen sexuellen Störungen haben dagegen eine viel ungünstigere Prognose.

Auf die Behandlung können wir nicht näher eingehen. Im Vordergrund steht die Massage. Sie ist das Wichtigste und ist unumgänglich notwendig. Die verschiedenen hydrotherapeutischen und thermischen Rektumbehandlungen können unterstützend wirken, ersetzen können sie die Massage nicht. Wir wollen nur ausführen, daß stundenlange Durchrieselungen des Rektums im Arzberger mit Wasser von 40° C. wenigstens die subjektiven Beschwerden auf Stunden und Tage hin fast immer prompt beseitigt haben. Wir haben eigentlich zuletzt gar nichts anderes als Massage und Arzberger mehr getan und sind damit zufrieden. Den Ichthyolklysmen und Ichthyolsuppositorien, welche wir 3 Jahre hindurch verordnet haben, können wir nicht den

geringsten therapeutischen Wert zuschreiben. Jedem Prostatiker ist aber möglichst Ruhe zu empfehlen und besonders Reiten, Eisenbahn- und Radfahren zu verbieten. Dieses ist *conditio sine qua non*. Wir haben gerade bei denjenigen Leuten, welche der Beruf zum Radfahren zwingt (Ärzte, Postboten, Ausgeher), die hartnäckigsten und mit den unangenehmsten subjektiven Symptomen ausgestatteten Prostatitiden gesehen. Sowohl die Massage, wie auch die etwa nötigen endourethralen Eingriffe sind mit großer Vorsicht auszuüben. Jeder Massage muß eine desinfizierende Instillation, Irrigation oder Durchspülung folgen. Denn nicht zu selten sieht man im Anschlusse an die Massage von verhältnismäßig alten Prostatitiden akut gonorrhöische Urethritis anterior und posterior auftreten, nicht selten eine meist durch andere Bakterien bedingte Cystitis oder Bakteriurie. Man massiere nicht zu intensiv, da sonst bei jüngeren Fällen die Gefahr der Pyämie droht, man führe die einzelnen Striche oder Stöße sehr schonend aus! Jedes unvorsichtige Malträtieren von Rektum, Harnröhre oder Prostata bedingt die Gefahren der sexuellen und Prostata-neurasthenie. Wir haben mehrere solche Fälle gesehen, welche durch das jugendliche Ungestüm sogenannter Spezialärzte zu geradezu grauenhaften Bildern sexueller Neurasthenie geworden waren und welche sich erst besserten, nachdem wir $\frac{1}{4}$ Jahr lang außer hydrotherapeutischen und thermischen Maßnahmen nichts an ihnen getan hatten. Ähnliches berichtet auch W a e l s c h.
