

Aus dem k. k. Landwehrspital in Graz.
(Aerztlicher Leiter: Reg.-Arzt Dr. J. Pollak.)

Kausale und symptomatische Behandlung gonorrhöischer Prozesse des Mannes mit besonderer Berücksichtigung der Original-Gonokokkenvakzine Menzer.

Von Dr. Philipp Erlacher.

Es ist das Verdienst Brucks und seiner Schüler, die Vakzinebehandlung gonorrhöischer Komplikationen eingeführt und durch die damit erzielten zahlreichen günstigen Heilerfolge ihren therapeutischen Wert klar erwiesen zu haben; für die akute und chronische Gonorrhoe hingegen stellte Bruck jede Beeinflussung durch die Vakzine in Abrede. Da erbrachte aber Menzer den Nachweis, daß es durch die Vakzinetherapie allein gelingt, zwar vielleicht keine raschere, wohl aber eine restlose Ausheilung der Gonorrhoe zu erzielen.

Die Frage aber, inwieweit wir durch die lokale Therapie die Vakzinebehandlung wirksam unterstützen können, ist noch nicht endgültig beantwortet, jedoch liegen darüber bereits Berichte von Kutner und Schwenk vor, die durch die kombinierte Methode günstige Erfolge erzielen konnten.

Da uns nun Herr Prof. Menzer in lebenswürdigster Weise eine größere Versuchsmenge seiner Original-Gonokokkenvakzine zur Verfügung stellte, war ich in die Lage versetzt, nachstehende Versuchsreihe aufzustellen.

Ich injizierte subkutan am Oberarm durchschnittlich alle vier Tage 0,5 ccm der Aufschwemmung (= 5 Millionen Gonokokken), steigerte die Einzeldosis in einigen Fällen bis auf 28 Millionen; dabei möchte ich den niedrigen Index der Vakzine Menzer¹⁾ als ihren besonderen Vorzug hinstellen, z. B. gegenüber dem Arthigon, das 20 Millionen, und der von Kutner und Schwenk verwendeten, die 50 Millionen Gonokokken im Kubikzentimeter enthalten, da eine genauere Dosierung hierbei viel leichter möglich ist.

Eine lokale Reaktion beobachtete ich nie, die Herdreaktion hingegen regelmäßig; sie bestand bei abgeschlossenen Prozessen meist in einer deutlichen Steigerung der Beschwerden, deutlicher Vermehrung der Schmerzhaftigkeit und Schwellung. Nach Abklingen der Reaktion erfolgte auch immer eine Abnahme sowohl der Schwellung wie der Schmerzhaftigkeit. Die Urethritis reagierte regelmäßig mit stärkerem Ausflusse und reichlicherem Gonokokkenbefunde. Fiebersteigerung um mehr als einen Grad oder irgendwelche Beeinflussung des Allgemeinbefindens sah ich nie.

1. Von 9 Fällen akuter gonorrhöischer Urethritis wurde in 4 Fällen vollständige Heilung unter gleichzeitiger Vakzine- und lokaler Behandlung in relativ kurzer Zeit erzielt.

Fall 1 nach 4 Tagen (ich nehme als Tag der Heilung den Zeitpunkt des endgültigen Verschwindens an Gonokokken und des Versiegens des

Ausflusses) nach der ersten Injektion, unter insgesamt 12 Millionen Gonokokkenvakzine; Fall 2 nach 8 Tagen bei 25; Fall 3 nach 10 und Fall 4 nach 18 Tagen bei je 30 Millionen. Fall 5 war unter der später zu besprechenden Abortivbehandlung gonokokkennegativ geworden und blieb es trotz dreimaliger Injektion von je 5 Millionen Gonokokkenvakzine; erst nach Erhöhung der Einzeldosis auf 7 bzw. 10, 19, 28 Millionen fanden sich im Ausflusse wieder erst vereinzelte, später zahlreiche Gonokokken (Gram-negative intrazelluläre Diplokokken), die aber dann unter Fortsetzung der kombinierten Methode in vier Wochen unter insgesamt 64 Millionen wieder verschwanden. Fall 6 war in 14 Tagen nach der ersten Injektion bei 30 Millionen und lokaler Behandlung gonokokkenfrei geworden; dann ein suspekter Coitus und nach 3 Tagen das typische Bild einer frischen Infektion, die sich dann unter lokaler Therapie allein bedeutend besserte. Nach einer einmaligen Injektion von 15 Millionen am nächsten Tage wieder bedeutend stärkerer Ausfluß mit reichlichen Gonokokken. Nach weiteren 3 Tagen vollständiges Verschwinden der Gonokokken und des Ausflusses und Heilung. Fall 7, durch Drüsenschwellung kompliziert, steht trotz 56 Millionen nach 4 Wochen, und Fall 8, kompliziert durch einen paraurethralen Gang und eine Cavernitis, steht trotz 63 Millionen nach 7 Wochen noch in Behandlung. Fall 9, ebenfalls durch einen paraurethralen Gang kompliziert, erhielt nur anfangs zweimal 5 Millionen, die Erscheinungen nahmen aber eher zu als ab, bis dann der Gang zerstört wurde; dann erfolgte unter lokaler Therapie Heilung in 6 Wochen.

2. Chronische Gonorrhöen kamen leider nur in 3 Fällen zur Behandlung.

Fall 1, restlose Ausheilung nach 38 Tagen bei 75 Millionen; Fall 2, nach 14 Tagen bei 19 Millionen bedeutende Besserung, steht noch in Behandlung. Bei Fall 3 mußte die infolge fortgesetzter Exzesse in Baccho et Venere erfolglose Behandlung nach 6 Wochen abgebrochen werden.

3. Bei den 8 Komplikationen, die ich zu behandeln hatte, waren die Erfolge wohl am deutlichsten ausgesprochen.

Und zwar sah ich zweimal einen eklatanten Erfolg bei Lymphadenitis glandulae inguinalis. Beidemal nahmen nach einmaliger Injektion (von 5 Millionen) die Schmerzen und Schwellung über Nacht zu, um am folgenden Nachmittage völlig zu schwinden. Ebenso prompt setzte der Erfolg bei zwei Arthritiden ein. Mit dem Abklingen der Reaktion schwanden auch die Schmerzen und die Spannung in den betroffenen Gelenken vollkommen. Eine akute Epididymitis heilte in einigen Tagen nach der Injektion und unter Umschlägen bis auf eine leichte Verdickung am Vas deferens aus. Eine zweite bereits abgelaufene und eine Epididymitis non gonorrhöica wurden von der Vakzinetherapie nicht beeinflusst. Bei der schon oben erwähnten Cavernitis, ausgehend von einem paraurethralen Gange, sah ich keinerlei therapeutischen Erfolg von der Vakzination.

4. Ferner habe ich die Gonokokkenvakzine zu rein diagnostischen Zwecken in 15 Fällen verwendet, und zwar 10 mal in Fällen, die bereits vor Jahren eine Gonorrhoe gehabt, aber seither ohne jede Erscheinung gewesen waren; davon blieben 9 negativ bei durchschnittlich 10—20 Millionen; ein Fall dagegen wurde nach einer Injektion von 5 Millionen nach einigen Tagen stark positiv.

Von 4 Fällen eben erst ausgeheilte Gonorrhoe blieben 2 negativ; sie waren abortiv behandelt worden und waren erst 5 bzw. 8 Tage gonokokkenfrei.

Ein dritter Fall (1. Fall 5), ebenfalls abortiert, war 12 Tage gonokokkenfrei und blieb es trotz dreimaliger Injektion von je 5 Millionen. Da aber ein geringer Ausfluß immer noch anhielt, erhöhte ich die Einzeldosis auf 7 bzw. 10 etc. Millionen und erhielt dann einen deutlich positiven Gonokokkenbefund (Gram-negative Diplokokken). Fall 4, durch einige Monate gonokokkenfrei, reagierte auf 5 Millionen am zweiten Tage mit einem stark gonokokkenhaltigen Ausflusse.

Der letzte diagnostische Fall war die oben erwähnte Epididymitis non specifica, die auf 10 Millionen keinerlei Reaktion zeigte.

Nun möchte ich kurz noch unsere symptomatische Behandlungsmethode, wie wir sie zur Unterstützung der Vakzine-therapie angewendet haben, streifen.

Jede akute Gonorrhoe, falls sie noch innerhalb der ersten Woche in Behandlung kommt, wird abortiert, d. h. wir spritzen täglich einmal auf zehn Minuten in die Harnröhre 15 ccm einer frisch bereiteten 4 %igen Protargollösung, der als Analgeticum 5 : 100 Antipyrin zugesetzt wird; keine Vakzine, denn der Körper „reagiert“ ohnehin genug. Die Abortivinjektionen werden bis zum Verschwinden der Gonokokken fortgesetzt, aber nie länger als durch acht bis zehn Tage; dann gehen wir zur gewöhnlichen Silbertherapie über: Protargol $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %.

¹⁾ Erhältlich in der Adler-Apotheke in Halle a. S. (10 ccm = 3 M.)

Albargin 3 %, acht- bis zehnmal täglich. Jetzt ist auch die Vakzinetherapie zu beginnen falls keine Gonokokken mehr vorhanden sind (ungefähr in 20 % der Fälle), zur Kontrolle, wenn noch geringes Sekret mit positivem Befunde fortbesteht, eben als wirksames Adjuvans.

Ist die Pars posterior mit beteiligt, so machen wir tiefe Instillationen (bis zum Schließmuskel) von 3 % Albargin oder ½ % Protargol mittels des Guyonkatheters jeden zweiten Tag oder, wenn es gut vertragen wird, täglich. Inzwischen werden vom Patienten selbst Massenspülungen nach Janet von Kalium permanganicum 1 : 4000 sechs- bis achtmal täglich vorgenommen. Zur Nachbehandlung verwenden wir mit Vorliebe Oxyzyanat- und Zinkalaunlösungen. Außerdem geben wir den Kranken per os die bekannten Balsamica, Kopaiva, Kawotal, Gonosan, ferner Eumiktin, Salol, Urotropin, Natrium salicylicum und den Trippertee. Jedenfalls empfiehlt es sich, mit diesen Mitteln öfter zu wechseln; wir setzen eine Medikation nur solange fort, als ein deutlicher Heilerfolg zu beobachten ist. Ausgezeichnet hat sich uns dabei das von der Apotheke „Austria“ in Wien in den Handel gebrachte „Vesikurin“ bewährt, das von den Patienten sehr gern genommen wurde und eine glückliche Zusammenstellung von Hexamethylen-tetramin, Natrium salicylicum, Valeriana mit den Diuretica: Extr. Herniar. und Uvae ursi darstellt.

Nur bei stärkeren Reizerscheinungen sehen wir von einer lokalen Behandlung ab und beschränken uns auf die medikamentöse bzw. Vakzinetherapie.

Tabelle 1. Akute Gonorrhoe.

Fall	Menge der Vakzine	Erfolg	nach	Fall	Menge der Vakzine	Erfolg	nach
1	12	geheilt	4 Tagen	6a	30	gebessert	14 Tagen
2	25	"	8 "	b	15	geheilt	8 "
3	30	"	10 "	7kompliziert	56	noch in Beh.	4 Woch.
4	30	"	18 "	8	63	"	7 "
5	64	"	5 Wochen	9	10	ungeh.	—

Tabelle 2. Komplikationen. Tabelle 3. Diagnostische Fälle.

Art.	Zahl	Erfolg	Art.	Zahl	Erfolg
Lymphadenitis	2	Heilung	Gonorrhoe vor mehr		
Arthritis	2	"	als 1 Jahr	10	9 —; 1 +
Epididym. acuta	1	"	im letzten Jahr	4	2 —; 2 +
" peracta	1	unbeeinflusst	non specifica	1	1 —;
" non specifica	1	"			
Cavernitis	1	"			

Schlußfolgerungen. Wie aus den beigegebenen Tabellen ersichtlich ist, hat sich auch uns bei Komplikationen die Vakzinebehandlung (besonders bei abgeschlossenen Prozessen) als ein sehr wirksames Heilmittel erwiesen, wie ja auch die Berichte aller übrigen Autoren fast durchwegs günstig lauten. Besonders hervorheben möchte ich, daß ich bei der geringen Dosierung, die die Menzersche Vakzine erlaubt, trotz der ausgesprochenen Herdreaktion und des offenkundigen Heilerfolges nie Temperatursteigerungen beobachtet habe.

Was nun die akute und chronische Urethritis gonorrhoeica betrifft, so ist meiner Ansicht nach die Vakzinebehandlung eine außerordentlich wertvolle Bereicherung unserer bisherigen Behandlungsmethoden:

1. weil sie selbst heilend auf die gonorrhoeische Urethritis wirkt (vgl. 1. 6),

2. weil sie es uns in die Hand gibt, ein sicheres Urteil darüber zu gewinnen, ob wir einen Patienten auch tatsächlich gonokokkenfrei bekommen haben oder nicht — was wir doch durch unsere Therapie anstreben —; denn es reagieren Fälle, die durch Silberbehandlung scheinbar geheilt sind, auf die Vakzine noch mit Ausfluß und positivem Gonokokkenbefund (vgl. die diagnostischen Fälle). Somit ist die Vakzine als diagnostisches Hilfsmittel allen bisherigen weit überlegen, und daher ist die Forderung Menzers, die auch Kutner und Schwenk stellen, vollkommen berechtigt: einen Heiratskonsens erst nach Injektion von mindestens 20 Millionen Vakzine zu erteilen!

3. weil sie frei von jeder Nebenwirkung ist. Allerdings ist auch die Gonokokkenvakzine nicht imstande, Komplikationen zu verhüten.

4. weil es keine Kontraindikation gibt; denn Kutner und Schwenk können sogar über zwei Fälle von Heilung akuter gonorrhoeischer Sepsis berichten, wobei in einem Falle bereits eine Endocarditis bestand.

Literatur: Menzer, Münchener medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 2. u. 46; Medizinische Klinik 1912, Nr. 8. — Kutner-Schwenk, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung IX., 1912, Nr. 5. — Bruck, Diese Wochenschrift 1909, Nr. 11; Medizinische Klinik 1910, Nr. 21; Münchener medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 49. — Reiter, Berliner klinische Wochenschrift 1911, Nr. 27. — Simon, Münchener medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 10. — Dorn, Dermatologische Wochenschrift 1912, Bd. 54, H. 11. — Köhler, Wiener klinische Wochenschrift 1911, Nr. 45. — Klausner, Berliner klinische Wochenschrift 1911, Nr. 20. — Schmitt, Münchener medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 41. — Schulz, Diese Wochenschrift 1911, Nr. 50. — Wolfsohn, Berliner klinische Wochenschrift 1911, Nr. 33. — Rygiel, Diese Wochenschrift 1911, Nr. 50.