

Aus der Kgl. dermatologischen Universitätsklinik in Breslau.
(Dir. Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Neisser.)

Über antiperistaltische Bewegung des Vas deferens und die Behandlung der akuten gonorrhoischen Urethritis posterior.

Von

Dr. C. Schindler,

Spezialarzt für Haut- und Harnkrankheiten in Berlin (ehemaligen Assistenten der Klinik).

In den letzten zehn Jahren wurde durch zahlreiche sichere Befunde von Gonokokken teils in dem Eiter abszedierender Infiltrate der Epididymis, teils in dem durch die Punktion einfacher frischer oder alter Epididymitiden erhaltenem seropurulenten oder sanguinolenten Sekret bewiesen, daß der in den Nebenhoden eingewanderte Gonococcus direkt durch Vermehrung an Ort und Stelle die Ursache der gonorrhoischen Epididymitis ist.

Es fehlte aber noch immer eine einwandsfreie Erklärung, wie der unbewegliche Gonococcus den weiten Weg von dem Orificium urethrae bis in die Cauda der Epididymis zurücklegte, zumal die Nebenhodenentzündung oft blitzartig, unmittelbar nach einem Stoß gegen den Hodensack, nach einer Janet-spülung, nach einer Prostatamassage oder nach einer Guyon-schen Instillation auftrat. Man nahm gezwungener Weise an, daß, wie in der Kultur, auch in der Schleimhaut der Harnröhre der Gonococcus sich rasenförmig fortpflanze und Rasen an Rasen bildend durch die Duct. ejaculatorii hindurch in die Schleimhaut des vas deferens und in den Nebenhoden gelange. Diese Vorstellung von der Wanderung des Gonococcus könnte

vielleicht für die traumatische Entstehung der Epididymitis gelten, wenn bei schon lange bestehender Gonorrhoe zur Zeit des einwirkenden Traumas eine erhebliche Urethritis posterior bestand; man müßte dann annehmen, daß während der langen Krankheitsdauer der Gonococcus bereits in den Nebenhoden gelangt sein konnte und daß durch das Trauma erst eine klinisch nachzuweisende Entzündung ausgelöst wurde. Es fehlte aber eine Erklärung für die Schnelligkeit, mit der nach einem Trauma das Infiltrat im Nebenhoden entstand, für alle diejenigen Fälle, in welchen weder die Gonorrhoe überhaupt schon längere Zeit bestand, noch eine Urethritis posterior vor dem Trauma klinisch nachweisbar war.

Durch „klinische und experimentelle“ Studien zur Pathogenese der gonorrhoeischen Epididymitis von Oppenheim und Löw (Virchows Archiv, Band CLXXXII, 1905) ist nunmehr auch die schnelle Entstehung der Epididymitis gonorrhoeica im Anschluß an ein Trauma verständlich geworden.

Die genannten Autoren, auf deren Arbeit verwiesen sei, fanden, daß das Vas deferens antiperistaltische Bewegungen zeige, sofern es selbst oder das Caput galinaginis mechanisch oder elektrisch gereizt werde. Sie erzeugten eine Streptokokken-Epididymitis, wenn sie eine Streptokokkenaufschwemmung auf den Colliculus seminalis brachten und dann durch elektrische Reizung des Nervus hypogastricus Antiperistaltik im Vas deferens hervorriefen.

Auf Grund ihrer Versuche kommen die Experimentatoren zu folgenden Schlußsätzen für die Praxis:

1. Es ist kontraindiziert, bei akuter Urethritis posterior instrumentelle Eingriffe irgendwelcher Art zu machen. Eine eventuelle notwendige Prostataexploration ist nur mit Vorsicht vorzunehmen.

2. Der Fingersche Standpunkt, bei eingetretener einseitiger Epididymitis jede lokale Behandlung der hinteren Harnröhre zu sistieren, ist aufrecht zu erhalten, denn es kann sonst der andere Nebenhoden erkranken.

3. Bei Urethritis posterior subacuta und chronica sind bei gonokokkenführenden Urethritiden reizende Injektionen zu unterlassen.

Diesen Schlußsätzen, die den Ansichten Neissers und seiner Schüler widersprechen, kann ich in keiner Weise beistimmen. So interessant und verdienstvoll die Versuche der genannten Autoren sind, so falsch sind die Schlußfolgerungen.

Die Nachprüfung dieser Versuche, die ich teils allein, teils in Gemeinschaft mit Herrn Oberarzt Dr. Zieler ausführte, ergab, daß tatsächlich durch mechanische Irritationen, die allein für die Praxis eine Bedeutung haben, antiperistaltische Bewegungen des Vas deferens ausgelöst werden. Weder mir, noch Herrn Dr. Zieler gelang es, eine antiperistaltische Welle des Vas deferens auszulösen, wenn wir den normalen, nicht entzündeten Colliculus seminalis, mit dem Knopf eines Guyon rieben oder mit einer Pinzette quetschen, trotzdem stets das Vas deferens, wenn man es selbst mit der Pinzette faßte, Antiperistaltik zeigte. Wenn wir aber durch vorherige Einspritzung einer 2—3%igen Argent. nitr.-Lösung den Colliculus seminalis in hyperämisch entzündlichen Zustand versetzt hatten und wir zwei Tage später mit dem Knopf des Guyon nun den entzündeten Colliculus bestrichen oder rieben, so erfolgte jetzt eine antiperistaltische Welle im Vas deferens. Durch Quetschen, Erschüttern, Punktieren der Nebenhoden gelang es mir niemals eine antiperistaltische Welle experimentell zu erzeugen. Da die uns zur Verfügung stehenden Streptokokken für Kaninchen trotz vorgenommener Umzüchtung schwach virulent blieben und wir andere Streptokokkenstämme nicht bekommen konnten, so mußten wir darauf verzichten, durch Reizung des Colliculus seminalis eine Streptokokkenepididymitis erzeugen zu wollen. Es genügte uns auch die Beobachtung der antiperistaltischen Bewegung des Vas deferens, sobald das frei gelegte, hyperämisch entzündliche Caput gallinagis mechanisch irritiert wurde.

Keineswegs gestatten diese Experimente die Schlußfolgerung, daß man überhaupt nicht eine akute Urethritis poster. gonorrh. oder eine akute Epididymitis instrumentell oder mit Spülungen behandeln dürfe. Denn 1. muß der entzündliche Prozeß das Caput gallinaginis selbst ergriffen haben, 2. sind die experimentellen mechanischen Reize sehr viel roher und gröber als diejenigen, welche in der Praxis durch vorsichtiges und leichtes Einführen des „Guyon“ entstehen und

3. ist es niemals gelungen eine Antiperistaltik des Vas deferens zu erzeugen, wenn irgend eine vor dem Colliculus seminalis gelegene Stelle der Harnröhrenschleimhaut mechanisch oder elektrisch gereizt wurde. Auch chemische Reize des Colliculus seminalis selbst erzeugten niemals Antiperistaltik im Vas deferens. Man hat also in der Praxis nur dann die Entstehung einer Epididymitis infolge der Antiperistaltik des Vas deferens zu befürchten, wenn das Caput gallinaginis bereits selbst von dem entzündlichen Prozeß ergriffen ist und nun der „Guyon“ so tief eingeführt wird, daß man mit dem Knopf desselben das Caput gallinaginis berührt oder über dasselbe hinwegstreicht.

Nur unter dieser Voraussetzung ist es auf Grund der experimentellen Erfahrung überhaupt möglich, eine instrumentelle Epididymitis zu erzeugen. Es kann eine Epididymitis unter diesen Bedingungen eintreten, aber sie muß es nicht. Es wird nämlich insbesondere bei Janet-Spülungen auch darauf ankommen, in welchem flüssigen Medium die Gonokokken aspiriert werden und man wird, wie es unserer klinischen Erfahrung entspricht, annehmen dürfen, daß die Entwicklung der Gonokokken durch genügend starke Konzentration einer antiseptischen Flüssigkeit im Nebenhoden gehemmt wird.

Nun haben wir in Breslau seit Jahren aber stets die Guyonschen Instillationen so gegeben und es auch stets so gelehrt, daß wir nur eben durch den Schließmuskel hindurchgehen und gewissermaßen noch in demselben stehen bleiben und so die ganze Posterior berieseln. Wir haben also nie das Caput gallinaginis berührt und es stets als fehlerhaft erklärt, den Guyonschen Katheter so tief einzuführen, daß das Caput gallinaginis gestreift wird. Das Caput gallinaginis liegt in der Mitte der unteren Wand der Pars prostatica, die eine variable Länge von 2—2.5 cm hat. Die Pars membranacea hat eine variable Länge von 1—2.5 cm. Im ungünstigsten Falle hat man also einen Spielraum von 2 cm, bevor man an das Caput herankommt. Ich vermeide außerdem die stärkeren Nummern des Guyon und nehme Nr. 8, höchstens Nr. 10.

Im Gegensatz zu uns scheint die Wiener Schule aber den Guyon sehr tief einzuführen, bis an das Caput gallinaginis. Denn die Experimentatoren schreiben: Dem Versuchstier wurde

mittels Katheters eine Methylenblaulösung in die hintere Harnröhre injiziert, indem der Katheter ähnlich wie bei den tiefen therapeutischen Injektionen bis zum Caput gallinaginis vorgeschoben wurde. An anderer Stelle sprechen die Autoren davon, daß bei urethralen Eingriffen der Colliculus seminalis der allermeist beleidigte Punkt ist.

Bei den Janetspülungen sind verschiedene Umstände genau zu beachten. Wir machen die Janetspülung stets mit dem Irrigator ohne Einführung irgend eines Instrumentes und lassen die Flüssigkeit allein durch die entsprechende Druckhöhe in die Blase fließen. Man muß natürlich mit ganz niederer Druckhöhe beginnen, weil bei manchen Patienten der Kompressor sofort nachgibt, bevor noch die Anterior von Eiter und Flecken rein gespült ist. Zu kalte, zu heiße Spülungen, zu große Druckhöhe können das Caput gallinaginis reizen und dann Antiperistaltik auslösen. Am wichtigsten ist die Wahl der Spülflüssigkeit und ihre Konzentration. Außer Hydrarg. oxycyanat. und Argent. nitr. eventuell Argentamin, benütze ich keine Desinfiziantien und ihre Konzentration richtet sich nach der entzündlichen Reizung der Harnröhre. Bei sehr heftigen Reizerscheinungen beginne ich mit Sol. Argent. nitr. 1:6000 bis 1:5000, oder mit Hg. oxycyanat. 1:5000. Für ungeeignet halte ich Spülungen mit Kal. hypermang., weil durch dieses Mittel die Gonokokken in ihrer Entwicklung sehr wenig gehemmt werden und wir solcher Mittel nur in solchen Konzentrationen bedürfen, daß etwa aspirierte und mit der Flüssigkeit verschleppte Gonokokken abgetötet resp. in ihrer Entwicklung gehemmt werden. Stets soll man — selbst bei klinischen Patienten — ein gutes Suspensorium tragen lassen (z. B. das Neissersche Suspensorium), und dasselbe auch während der Janetspülung nicht ablegen lassen. Sehr oft kann man aber die Beobachtung machen, daß die Patienten ganz unzumutbare Suspensorien verwenden, z. B. gar nicht anliegende, ohne Seitenzug. In solchen Suspensorien ist der Nebenhoden natürlich vor Traumen nicht geschützt.

Auch die Gefahren der Prostatamassage lassen sich sehr einschränken. Man massiere nur, wenn Gonokokken in der Prostata vorhanden sind und exprimiere sonst nur alle

3 Tage aus diagnostischen Gründen. Aber vorher spüle ich immer nach Janet sehr sorgfältig und lasse zum Schluß die Blase mit dem Desinficiens gefüllt; dann erst halte ich es für ratsam, die Massage vorzunehmen. So sehr ich alle meine Fälle auf eine artefizielle Epididymitis weiter beobachtete, so habe ich bei sorgsamster Beobachtung aller Kautelen trotz des reichen Materials, das mir zur Verfügung stand, noch niemals, auch nicht in der ambulanten und in der Privatpraxis, weder durch Janetspülung, noch durch Guyonsche Instillationen, noch durch Prostatamassage eine Epididymitis erzeugt. Dergleichen sind in der Privatpraxis von Herrn Geh. Rat Neisser seit undenklichen Jahren während der Behandlung Epididymitiden nicht aufgetreten.

In der Klinik spüle ich früh am Morgen, tagsüber lasse ich die Kranken spritzen und Abends mache ich die Guyonschen Instillationen im Bett. Auch im Bett tragen die Kranken ihr gut gepolstertes Suspensorium.

Die Autoren haben also durch ihre Experimente nur bewiesen, wie überhaupt eine Epididymitis entstehen kann und daß es falsch ist, den Guyon so tief einzuführen, daß das Caput gallinaginis gestreift wird. Ich meine aber, unsere Erfahrungen in Breslau haben durch fast 25 Jahre hindurch klinisch empirisch bewiesen, daß bei richtiger Einführung des Guyonschen Katheters auch bei aller akutester Urethritis posterior und schon bestehender Epididymitis keine üblen Folgen eintreten oder gar eintreten müssen. Daß aber gerade durch die exspektative Methode, welche durch Finger vertreten wird, Epididymitiden entstehen, geht aus unseren Krankengeschichten hervor, aus der Anamnese derjenigen Kranken, welche sich gar nicht, oder schlecht und zwar oft selbst behandelt haben und die erst infolge ihrer Epididymitis die Klinik aufsuchten. Ich ließ mir 200 Krankengeschichten aus den letzten 2 Jahren ad libitum heraussuchen. Unter diesen 200 Kranken kamen 110 ohne Epididymitis in die Klinik, 90 wurden mit Epididymitis aufgenommen. Von den 90 Kranken konnten 57 genaue Angaben machen über ihre Vorbehandlung.

F.	Doppels.	Epididym.	mit Kal. hyp. gespritzt.
M.	Epididym.	ohne ärztliche	Behandlung.
H.	"	Injekt.	mit Kamillentee.
R.	"	unbehandelt.	
W.	"	Gonosan.	
W.	"	Behandlung	durch den Apotheker.
G.	"	Selbstbehandlung.	
M.	"	Kal. hyp.	
—	"	Selbstbehandlung.	
M.	"	Injekt.	mit Zinc. sulf.
G.	"	ohne Behandlung.	
B.	"	unbehandelt.	
J.	"	Argonin.	
D.	"	Zinc. sulf.	
K.	"	unbehandelt.	
R.	"	Zinc. sulf.	
H.	"	unbehandelt.	
G.	"	Zinc. sulf.	
L.	"	unbehandelt.	
F.	"	unbehandelt.	
G.	"	unbehandelt.	
S.	"	unbehandelt.	
L.	"	unbehandelt.	
H.	"	Fol. uv. ur.	
G.	"	unbehandelt.	
K.	"	Salbe auf der Glans.	
St.	"	unbehandelt.	
S.	"	Bleiwasserumschläge.	
R.	"	unbehandelt.	
K.	"	unbehandelt.	
M.	"	unbehandelt.	
F.	"	Behandlung	durch den Apotheker.
F.	"	Zinc. permangan.	
K.	"	Copaivakapseln.	
K.	Doppels.	Epididym.	ohne Behandlung.
B.	einfache	Epididym.	Behandlung d. Apotheker.
D.	"	"	Zinc. sulf.
B.	"	"	Kal. hyp.

Z.	einfache	Epididym.	Pillen durch Apotheker.
B.	"	"	unbehandelt.
Sch.	"	"	Zinc. sulf.
W.	"	"	Alaun.
P.	"	"	Pillen durch Apotheker.
B.	"	"	unbehandelt.
S.	"	"	Ol. santal. Kaps.
M.	"	"	unbehandelt.
Sp.	"	"	unbehandelt.
K.	"	"	unbehandelt.
F.	"	"	Gonosan.
P.	"	"	Zinc. sulf.
F.	"	"	Kapseln.
P.	"	"	Zinc. sulf.
L.	"	"	ohne Behandl.
J.	"	"	Zinc. sulf.
A.	"	"	Pillen durch Apotheker.
R.	"	"	Kal. hyp.
D.	"	"	unbehandelt.

Die übrigen 33 konnten keine Angaben über die angewandten Mittel machen, aber dieselben werden sich wohl von den aufgezählten nicht viel unterscheiden haben.

Wir sehen also, daß einerseits nicht baktericid wirkende Injektionsflüssigkeiten, andererseits der Mangel jeglicher Behandlung Epididymitiden hervorrufen. Alle 90 Kranke wurden sofort gespült, bekamen Guyonsche Instillationen, spritzten außerdem selbst, ohne daß eine Epididymitis der anderen Seite eintrat.

Von den 110 Gonorrhöikern, die ohne Epididymitis die Klinik aufsuchten, bekamen 6 Epididymitis während der Behandlung. Aber es bestätigte sich wieder unsere alte klinische Beobachtung, daß eine nicht ganz sachgemäße Handhabung der Methode die Epididymitis verschuldet, nicht die Methode selbst. Unter diesen wahllos herausgesuchten 200 Krankengeschichten, an denen verschiedene Stationsärzte beteiligt sind, verteilen sich die 6 Epididymitiden genau auf 2 Kollegen, die als Neulinge in unserer Klinik alle diejenige Kautelen noch zu

wenig berücksichtigten, deren ich bereits gedachte. Aus diesen Krankengeschichten geht nämlich hervor, daß 1. wegen heftiger Reizerscheinungen entgegen unserer Methode mit der Behandlung erst angefangen wurde als die Reizerscheinungen verringert waren, daß 2. die Konzentration der Spülflüssigkeit eine zu schwache war. Daß 3. die Posterior in den ersten Tagen überhaupt nicht, dann aber mit nur $\frac{1}{8}$ % Argent. nitr.-Lösung behandelt wurde. Bei einer zu tiefen Einführung des Guyon'schen Instrumentes, wie sie bei einem Anfänger gewiß leicht vorkommen kann, waren alle Bedingungen für eine Aspiration von Gonokokken in den Nebenhoden gegeben, ohne daß sie durch entsprechend konzentrierte Antiseptica unschädlich gemacht waren.

Der hochverdiente Forscher Finger hat uns in der neuesten Auflage seines Buches bezüglich der Behandlung der akuten Urethritis gonorrhoe. anterior. einige Konzessionen gemacht, zwar nicht viele, aber doch einige.

Wir aber müssen nachdrücklichst an unserer Ansicht festhalten, daß zu keiner Zeit auch bei frischem Übergreifen auf die Urethra posterior die antiseptische Behandlung der Gonorrhoe und ihrer Komplikationen ausgesetzt werde.

Daß die Methode schwierig ist, daß sie sicheres und geschicktes Arbeiten erfordert, daß sie auch ein gewisses Gefühl voraussetzt für diejenige stärkste Konzentration, die man im gegebenen Augenblick verwenden kann, ja daß sie für den Ungeübten Gefahren in sich birgt und der Ungeübte Lehrgeld zahlen wird, bestreite ich keinen Augenblick. Aber ist eine Methode, nur weil sie schwierig ist, zu verwerfen, wenn sie, richtig ausgeübt, ausgezeichnete Erfolge zeitigt? Sicherlich doch nicht! Die Forderung Neissers, so früh und so energisch wie möglich, unter Wahrung aller Kautelen und größter Vorsicht die Gonorrhoe zu behandeln, zu jeder Zeit an Gonokokken, wo sie vorhanden sind, heranzugehen, erscheint mir so logisch, so klar und richtig, daß ich es für notwendig halte, diese Forderung immer zu verteidigen, wenn ihre Berechtigung bestritten wird. Wir werden nicht müde werden, diese Forderung immer zu wiederholen, wir haben keine Veranlassung auf Grund unserer klinischen Erfahrung hiervon auch nur fingerbreit

zurückzuweichen. Vielleicht wird es uns doch noch gelingen auch unsere Gegner, die ja uns manche Konzession schon machten, ganz von der Richtigkeit unseres Vorgehens zu überzeugen.¹⁾

¹⁾ Auch Bierhoff kommt in seiner jüngsten Publikation („Beitrag zum Studium der Prostatitis gonorrhoeica“, Zentralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 1906, Bd. VII, Heft 5) gleichfalls zu der Ansicht, daß bei antiseptischer Behandlung der Urethralgonorrhoe die Komplikationen einer Prostatitis und Epididymitis seltener (nur in etwa 6·1%) hinzutreten.