日本泌尿器科學會雜誌

第二十四卷 第九號

昭和十年九月

THE JAPANESE JOURNAL OF UROLOGY

Vol. 24, No. 9, September 1935

原 著

*Aus der Dermato-Urologischen Klinik der Tokio Medizinischen
Hochschule. (Vorstand: Prof. Dr. T. Kanbayashi)*

Die ursachlichen Betrachtungen über einen ungünstigen Verlauf nehmende Urethritis gonorrhoea und deren Therapie.

von

Dr. med. Tsunao Tabayashi.

Vorwort.

Im Allgemeinen ist bekannt, dass die Therapie der Urethritis gonorrhoea klinisch einen sehr bedeutenden Erfolg hat, und dass ihr subjektives Symptom in ein paar oder mehreren Tagen entfernt wird und sich auch der Eiterausfluss unterbricht und der Harn meist dadurch klar wird, wenn die Therapie unter bestimmten Bedingungen anpassend, sowohl den Zeitumständen der Krankheit als auch den sonstigen allgemeinen Gesetzen entsprechend, ausgeführt wird. Es wäre durchaus keine Übertreibung, wenn man sagt, dass der grösste Teil der an Urethritis gonorrhoea Erkrankten, und zwar 70% oder noch mehr in dem gesagten Zustande sind. Aber auch bei den Fällen, wo Urethritis gonorrhoea einen günstigen Verlauf genommen hat, und auch wenn sie eine gute therapeutische Tendenz gezeigt hat, rezidiert über 50% derselben in einigen Monaten oder bisweilen im Lauf einiger Jahre, falls man unterwegs ihre Therapie unterlassen hat. Darum muss man auch bei den Fällen, wo sie auch erfolgreich wäre,

eine vollkommene Therapie auszuführen, d. h. man hat nötig, die Bougie-therapie befriedigenderweise zu erteilen, und an den urethralen Seitengängen, d. h. an Ductus paraurethrales oder Morgagnischen Taschen u. Krypten, den operativen Eingriff sowie die Kaustik zu vervollkommen. Bei der normalen Verlauf nehmenden Therapie könnte der Arzt leicht sein Ziel erreichen und ohne weiteres die Erwartung dem Patienten erfüllen. Aber jeder Arzt muss darauf Rücksicht nehmen, dass bei einigen Patienten, und zwar bei einem unter 10 bis 20 Patienten dieses Verfahren keinen günstigen Erfolg haben kann. Infolge dieser lokalen Behandlung werden bald an der äusseren Harnröhrenmündung die Rötung, Anschwellung und der Eiterausfluss verschwinden, aber der Harn zeigt sich dennoch ein wenig getrübt; und noch etwa 2-6 Wochen lang keinen schlimmen Charakter, einen guten Verlauf zeigend und in einem und demselben Zustande bleibend, wird der Patient allmählich nervös und beginnt endlich über verschiedene Beschwerden zu klagen und bekommt sogar bisweilen eine Komplikation und sieht sich genötigt, sich ins Bett zu legen.

Hier könnte man verschiedene Ursachen annehmen. Urethritis gonorrhoeica, die durch die oben erwähnte Therapie einen günstigen Verlauf genommen hat, nenne ich praktisch normale Form oder „Typus A“, und diejenige, die dagegen einen malignen Charakter hat, abnormale Form oder „Typus B“. Über diese Ursachen gedenke ich noch Betrachtungen aufzustellen und über die therapeutischen Befunde zu sprechen. Im voraus muss ich aber hier die Leser darauf aufmerksam machen, dass das Folgende teilweise weniger der Literatur als Vermutung nach ergänzt ist. Wenn aber diese Frage in der Zukunft experimentell klar gemacht werden könnte, so sollen die Leser sofort darüber aufs neue in die noch richtigere Erkenntnisse gesetzt werden. Was unten geschildert wird, ist ein Umriss der Formen, die abnormal sind.

1. Die Abschwächung der individuellen Resistenzfähigkeit zu der betreffenden Krankheit.

Ogleich der Patient in seiner Krankheitsgeschichte keine andere schwere Krankheit durchgemacht hat, will Urethritis gonorrhoeica bei ihm keinen günstigen Verlauf nehmen, und zwar über einen Monat lang tritt keine Klarheit des 1. Harns ein, und sein Gesicht wird sogar immer blässer und er klagt über verschiedene nervöse Symptome. Bei einigen Fällen wird sonst auch die Komplikation hervorgerufen, aber bei den meisten ist das nicht der Fall. Dabei lässt sich urethroskopisch keine Bedingung zeigen, einen lokal und anatomisch ungünstigen Verlauf zu nehmen. Seitens des Baues der Urethralschleimhaut betrachtet, gibt es

auch Fälle, die einen gleichen Befund haben, wie den bei der günstig verlaufenden Urethritis gonorrhoeica. Angenommen, dass wegen der diätetischen Vernachlässigung eine Abschwächung der Körperresistenz veranlasst wird, kann man sagen, dass der Patient in einem anderen Zustande ist, als der, der einen normalen Verlauf hat, und es soll berücksichtigt werden, dass diese Form betreffs des Verlaufs von der folgenden zu unterscheiden ist. Ohne jede, wenn auch nicht treffend objektive Bedingung, nimmt diese Form, bei den anderen Krankheitsfällen einen normalen Verlauf nehmend, einen ungünstigen.

Daraus muss man schliessen, dass der Patient eine individuelle Empfindlichkeit gegen die GC und deren Toxin hat. Einige der oben erwähnten Fälle lassen sich nicht streng von denjenigen unterscheiden, welche nicht allein bei Tripper, sondern auch bei allgemeinen Krankheiten eine Resistenzabschwächung, eventuell eine sogenannte exsudative Diathesis, haben. Man kann keineswegs am Anfang der Untersuchung konstatieren, was für einen Verlauf diese Krankheit nehmen sollte. Man muss vorläufig abwarten, wie sie verlaufen wird. Da aber die Sekretion meistens durch mehrtägige Behandlung abnimmt oder vollkommen verschwindet, wird im Laufe einiger Tage, wenn der Patient diätetische Anweisung des Arztes befolgt, eine gute therapeutische Reaktion eintreten. Wenn man ihren Verlauf einige Tage oder eine Woche noch mehrere Tage lang betrachtet, könnte es gelingen festzustellen, ob sie zu dieser Form gehöre. Es ist aber besonders noch folgendes zu beachten: die Sekretion verschwindet schon etwa in einigen oder mehreren Tagen und der Patient und auch der Arzt sind beruhigt, so dass die Therapie versäumt wird; wenn jener sich aber irgend einer Anstrengung in Anspruch nehmenden Arbeit unterwirft, tritt dieselbe wiederum auf, und diesmal ist die Besserung schwer zu erzielen und die GC erhalten so eine Tendenz, bis in die hintere Harnröhre einzudringen. So kommt das Symptom zum Vorschein, welches zu der oben gesagten Form gehören würde.

2. Die pathologisch-anatomischen Verhältnisse des Baues der Harnröhre mit den GC.

Da diese Frage sehr kompliziert ist, lässt sie sich so einfach zusammenfassen. Man möchte hier die Darstellung über die Paraurethralgänge nach Dr. T. Sato anführen. Aber um kurz zu sein, will ich hier nur die der Hauptsache entsprechende Stelle hinweisen. Die Harnröhre enthält, wie bekannt, Paraurethralgänge, die durch verschiedene Faktoren hervorgerufen werden. Sie verbreiten sich sowohl intra- als auch extraurethral, und zwar sind sie mit verschiedenen Verzweigungen, Grössen und Tiefen versehen, die ausserordentlich komp-

liziert sind. Da die GC darin einwandern und längs der ganzen Strecke in der Submukosa der Umgebung siedeln, zeigt das Gewebe, welches mit kleinen Rundzellen und polynuclearen Leukozyten infiltriert ist, Hyperämie und Ödem. Wenn die Infiltration aber einen starken entzündlichen Vorgang nimmt, ist im Allgemeinen kein eigentliches Gebilde des Gewebes zu finden. Diese Erscheinung ist bei den inneren Seitengängen, sowie den äusseren der Fall. Was die Reaktion der betreffenden Krankheit gegen die übrige Urethralschleimhaut anbelangt, so lässt sich nichts mit Sicherheit sagen, denn es gibt nur wenige Fälle, wo das Gewebe im Anfangsstadium einige Wochen vorher ordnungsgemäss geprüft worden wäre, aber die Infiltration mit den Kokken und Eiterkörperchen ist in der Submukosa bei weitem geringer, als die des Gewebes der Seitengänge. So finden die GC allerdings in den urethralen Seitengängen ihre einzige Siedlung, d. h. sie scheinen einige Jahre oder Dezennien lang in dieser Sicherheitszone ihre Lebensfähigkeit zu besitzen. Therapeutisch hängt der Geschwindigkeitsgrad des Resultats von der Grösse, Tiefe und Verzweigung dieser Seitengänge ab, z. B., wenn die Stelle und die Tiefe derselben so bedingt sind, dass sie durch die Medikaleinspritzung oder das Bougieren nicht beeinflusst werden können, so können die GC nie durch die lang andauernde und angreifende Behandlung abgetötet werden. Da man die inneren Seitengänge in der Harnröhre, durch ihr Umgebungsgewebe bedingt, ausdehnen und drücken kann, könnte man mehr oder weniger durch die Medikaleinspritzung und auch die operative Therapie einen grösseren Erfolg haben, wenn dieselben mit Vorsicht besorgt sind. Dagegen ist die Heilung in den äusseren Seitengängen sehr schwierig, wenn sie von der Umgebung der äusseren Harnröhrenmündung aus bis der des Frenulums fast undeutlich sehr kompliziert laufen. Hier gelingt es schwer, darin irgend ein Medikament darzureichen, und dazu auch die Operation willkürlich auszuführen. Infolgedessen bleiben die GC leben und gegebenenfalls rezidivieren sie wiederum. Die Fälle wie diese sieht man sowohl bei den inneren als auch äusseren Seitengängen nicht wenig. Da man urethroskopisch oder auch klinisch der Verzweigungen, wo die GC, wie oft sie auch beseitigt werden, zerstreut erscheinen, oder auch der Seitengängen, worin keine Mittel eingeführt werden können, ansichtig werden könnte, macht es uns grosse Sorge, diese Krankheit auszuheilen. Der Autor hat die Ergebnisse, dass er ohne Rücksicht auf die Narbe, Fistel und die Zerstörung des Gewebes operativ nur die äusseren Seitengänge, insofern sie in Betracht kommen, beseitigt hat.

3. Paraurethritis purulenta.

Sie ist es, die das scheinbar infiltrierte und eingekapselte nadelspitzgrosse

oder erbsengrosse Abszessähnliche teils dicht an der Harnröhre, teils an der davon durch den schmalen Stiel entfernten Stelle bildet, und weiter auch diese umgebende Gegend befallend, das daumengrosse. Dabei hat man histopathologisch ganz einen anderen Befund als den bei der einfacheren Paraurethritis. Dieses ist öfters in der Nähe der Fossa navicularis in der Harnröhre zu treffen, aber am meisten an beiden Seiten des Frenulums, und zwar unter Sulcus coronarius. Allerdings könnte dasselbe theoretischer und praktischer Ansicht nach überall an anderen Gegenden entstehen. Nur die Gegend, die man leicht betrachten kann, scheint zwar die Lieblingsstelle der gonorrhoeischen Infektion zu sein, aber an der Gegend, welche man bald übersehen kann, wird man die Gelegenheit wegen der falschen Genesung verpassen, sie oft in Betracht zu ziehen. Kurz abgefasst, entsteht also akutes Geschwür und staut sich Eiter an einer der inneren und äusseren Seitengänge, und zwar längs der ganzen Strecke oder auch in einzelnen Stellen derselben, so dass diese Krankheitsherde zuweilen eingekapselt werden. Dieser Zustand ergreift das umgebene Gewebe, und dann wird die Cavernitis hervorgerufen, wobei oft später die Verwachsung des Umgebungsgewebes entsteht. Besonders im Bindegewebe werden die Einschliessungsvorgänge der Herde verursacht, aber dabei können meistens die unauslösbaren Infiltrationsherde übrig bleiben. Einige Leute bezeichnen diesen Zustand als „Hartinfiltration“, aber gibt es fast keine, die so hochgradig hart ist. Die Ausheilung des Trippers ist deshalb von diesen nicht leicht völlig zu resorbierenden Herden abhängig. Die Einwirkung der therapeutischen Medikamente und anderen Mittel wirken auf dieselben hemmend, schützen die Lebenskraft der GC. Es wird in der Praxis häufig das Rezidiv der GC stattfinden, wenn man die Therapie derselben aufgehoben hat. Daraus kann man schliessen, dass diese Paraurethritis purulenta hinsichtlich des therapeutischen Standpunktes eine sehr grosse Rolle spielt.

4. Prostatitis chronica.

Sie tritt viel weniger auf, als in den oben erwähnten Fällen. Da sie aber teilweise nicht völlig ausgeheilt und lokalisiert ist, infiziert sie gelegentlich wieder einen anderen Teil der Prostata und daher kann sie nicht selten selbst ein Symptom der Urethritis hervorrufen.

Wenn man dieselbe genau untersucht, muss angenommen werden, dass die wenn auch nicht schwere, aber leichte Prostatitis im Verlauf der schweren Urethritis gonorrhoeica veranlasst ist, und wenigstens wohl wenige GC darin eindringen würden. Aber die Prostata ist ein solcher Absonderungsapparat, der wegen seiner Selbstreinigung viel mehr die GC in sich schwer stauen lässt, und daher

verhältnismässig nicht häufig die Entzündung herbeiführt. Wenn diese Krankheit im akuten Stadium durch die kurze Behandlung ganz ausgeheilt wird, so ist deren Rückfall in der Form der Urethritis bei weitem grösser. Da sich diese Darstellung leider teilweise noch nicht der experimentellen Erfahrung unterzogen hat, und deshalb hauptsächlich mit der klinisch induzierten Vermutung ergänzt werden musste, sollte diese Schlussfolgerung dann bestätigt werden, wenn diese Untersuchung später experimentell genau vervollständigt werden könnte.

Es gäbe ja einige Urologen, die behaupten, dass Rezidiv des Trippers am meisten darauf beruhe, dass die sich im Drüsenkörpersorgane wie Prostata verbergenden GC an dessen Rezidiv teilnehmen. Fälle wie diese können vorhanden sein, z. B. Prostatitis chronica ist deren einer, aber sie treten sehr selten auf. Man soll manchen Urologen gehorchen, die beweisen, dass Prostatitis chronica, namentlich die das Gewölbe bildende, hartnäckig der Therapie widersteht und sich nicht leicht ausheilen lässt.

Übrigens gibt es noch Fragen, die sich um Samenblase und Samenstrang handeln, aber diese will ich hier nicht erwähnen, denn die durch das Rezidiv verursachten Beispiele sind mir fast nicht in Betracht gekommen.

5. Harnfistel.

Es gibt hier verschiedene Bedingungen, die als die Entstehungsfaktoren für die Harnfistel genannt werden können, aber die ungünstig verlaufene Paraurethritis purulenta ist eine derselben, die am häufigsten zum Vorschein kommt, und es ist selbstverständlich, dass sie für die Therapie eine ungünstige Bedingung ist. Wenn die Fistel der Pars pendula zu der Oberfläche hin etwa 90° senkrecht fällt und mit keinen Verzweigungen versehen ist, so zeigt sie mit Erfolg einen therapeutischen Einfluss und hat keinen Anlass zum Rezidiv mehr. Dagegen bei Fällen, wo die Fistel kompliziert und deren Strecke sehr lang ist, ist sie schwer auszuheilen. Gerade bei den Fällen, wo sie von der hinteren Harnröhre oder Prostata aus nach verschiedenen Richtungen läuft, hat man nur Erfahrungen, dass sie einen ungünstigen Verlauf genommen hat. Einige der Missbildungen und andere, bei denen der Verlauf sehr schlecht war, habe ich erfahren; da aber deren Beispiele zu gering waren, seien sie hier nicht erwähnt.

Das hier Geschilderte ist zwar nicht alles, was einen ungünstigen Verlauf nehmende Beispiele des Trippers oder dessen schwere Heilbarkeit betrifft, aber ich wollte nur einen klinischen Umriss geben. Indem ich noch weiter über verschiedene Methoden, wie die medikamentöse, physikalische, operative, spreche, möchte ich mich kritisieren und aufklären lassen. Da es aber keine Zeit mehr gibt, wird es bei Gelegenheit versucht werden.