

IV. Aus der Poliklinik des Herrn Privatdocenten Dr. Leopold Casper.

Ueber acute Spermatozystitis.

Von Dr. Eugen Rehfish.

Unter den Erkrankungen der Organe des Urogenitalapparates haben die Entzündungen der Samenblasen im allgemeinen eine etwas stiefmütterliche Behandlung erfahren. Wenn auch zum Theil die tief in der Beckenhöhle gelegenen Organe durch ihre schwere Zugänglichkeit daran schuld sein mögen, so sind es andererseits hauptsächlich die vagen klinischen Symptome, die nur in den seltensten Fällen *intra vitam* eine exacte Diagnose zulassen. Daher rührt es auch, dass die meisten Publicationen, die über die Erkrankung der Samenblasen berichten, den Sectionsprotokollen entlehnt sind. Ihnen verdanken wir fast ausschliesslich unsere Kenntniss über tuberkulöse und carcinomatöse Erkrankungen, über Tumoren und Missbildungen der Samenblasen. Aber gerade die Frühdiagnose einer acuten Spermatozystitis gehört mit zu den dankbarsten Aufgaben des Arztes. Denn so spärlich auch im allgemeinen die Mittheilungen über den Verlauf einer acuten Spermatozystitis sind, so verfügen wir doch in der Litteratur über etwa acht bis elf gut beobachtete Fälle mit letalem Ausgange. Mitchell, Henry, Guyot, Pitha und Kocher, die über diese Fälle berichten, haben somit die Bedeutung einer acuten Samenblasenentzündung ins rechte Licht gesetzt, und ihrer genauer präcisirten Symptomatologie haben wir es zu verdanken, dass diesen Entzündungen jetzt grössere Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Was nun die Aetiologie der acuten Entzündung anbetrifft, so beschuldigt Gueillot, der in seiner „Anatomie et pathologie des vésicules séminales“ eine vorzügliche, alle Gebiete erschöpfende Monographie der Samenblasen veröffentlicht hat, fast ausschliesslich die Gonorrhoe. Allein andere Autoren, wie Rapin, wollen auch in einem Abusus sexualis eine Ursache für acute Spermatozystitis erblicken, und Kocher berichtet uns über einen Fall, in dem ein Trauma, ein Sturz auf das Perineum, zu einer acuten Entzündung der Samenblasen geführt hat. Soviel steht jedoch fest, dass, weil die Gonorrhoe die meisten Erkrankungen der Sexualorgane zum Gefolge hat, sie auch die häufigste Ursache einer Spermatozystitis ist. Dass diese nicht oft genug erkannt wird, liegt vor allem daran, dass zum Theil die Patienten über die verschiedensten Beschwerden klagen, die oft als Symptome einer acuten Prostatitis oder einer Entzündung des Blasenhalses aufgefasst werden können, zum Theil aber auch die Aerzte garnicht an die Möglichkeit einer Spermatozystitis denken.

Zu den hervorragendsten Symptomen gehört der Schmerz am Perineum. Derselbe kann nun ebensowohl nach dem Schoosse, wie nach den Lenden hin ausstrahlen. Hierzu treten Schmerzen beim Urinlassen. Typischer und für die Diagnose wichtiger sind die Schmerzen bei der Defécation und schmerzhaftes Ejaculationen.

Allein sicheren Aufschluss geben erst die Rectaluntersuchung und der mikroskopische Nachweis von Spermatozoën im Urethralausflusse. Was die Rectaluntersuchung anbetrifft, so empfiehlt es sich nach Gueillot's Vorschlage, stets bei gefüllter Blase zu exploriren. Man findet dann an der oberen Grenze der Prostata und etwas auswärts von derselben eine auf Druck sehr schmerzhaft Stelle. Wenn auch derselbe Autor annimmt, dass schon die Schmerzhaftigkeit allein ein untrügliches Symptom einer Spermatozystitis ist, so heisst das entschieden zu weit gegangen, da es einen grossen Theil von Personen giebt, die bei jeder rectalen Untersuchung, bei dem leisesten Druck, sei es auf die Prostata, sei es auf die Samenblasen, lebhaften Schmerz äussern. Viel wichtiger ist es für die Diagnose, dass man die Samenblasen überhaupt erst fühlt, und hierin muss man Gueillot beipflichten, wenn er behauptet, dass eine gesunde Samenblase gar nicht zu fühlen ist. Ihre Wände sind im normalen Zustande collabirt, bedeckt von Fascie und vorderer Rectalwand, so dass es in der That nicht gut möglich scheint, eine gesunde Samenblase abzutasten. Ist dieselbe jedoch entzündet, so hebt sie sich als kleiner Tumor, oberhalb und seitwärts von der Prostata, deutlich von dieser abgegrenzt, ab und erreicht in den Fällen einer Abscessbildung häufig die Grösse eines Taubeneies und darüber. Zum Beweise, dass man in der That die Samenblase gefühlt hat, muss sich bei stärkerem Druck auf dieselbe spermahaltiger Eiter aus der Urethra entleeren, wenigstens im Beginn der Entzündung. In den meisten Fällen jedoch entleert sich keine Flüssigkeit aus der Urethra, und man muss behufs Feststellung der Diagnose den Patienten uriniren lassen. Im centrifugirten Urin findet man dann die typischen Producte einer Samenblasenentzündung, d. h. Blutkörperchen, Eiterkörperchen, Spermatozoën und Epithelien. Wenn Horowitz in seinen Mittheilungen über Samenblasenerkrankungen drei verschiedene Kategorien bei der acuten Entzündung annimmt, je nachdem es sich lediglich um Spermatorrhoe, oder Hämospermie, oder in dem letzten seiner Fälle um Pyospermie handelt, so bieten diese klinischen Erscheinungen keine erheblichen Differenzen. Für gewöhnlich geht die eine Art in die andere über: anfangs werden mehr Blutkörperchen, auf der Höhe der Entzündung mehr Eiterkörperchen dem Sperma beigemischt sein; schliesslich fehlen, wie in unserem Falle, die Spermatozoën überhaupt.

Ohne Rectaluntersuchung dürfte es im allgemeinen schwer sein, die Diagnose acute Spermatozystitis zu stellen. Und wenn bisher die Autoren berichtet haben, dass schon Hämospermie oder Pyospermie die Diagnose sichern, so bedarf das doch einer gewissen Correctur. Wir wissen, dass bei einer acuten Gonorrhoe häufig Ejaculationen auftreten, die sehr schmerzhaft sind. Untersucht man solch ein Ejaculat, so findet man natürlich neben dem Sperma eine Menge Eiterkörperchen, die das pathologische Secret der Urethra bilden. Es braucht aber noch nicht immer Spermatozystitis zu bestehen. Häufig ist auch einem solchen Ejaculat etwas Blut beigemischt; allein auch dieses ist bei einer Gonorrhoe nichts seltenes.

Wichtiger jedoch für die Diagnose ist die Schilderung obiger Schmerzen bei einer beginnenden Epididymitis. Hier muss man stets an eine Samenblasenerkrankung denken. Wenn die Gonococci bei der acuten Gonorrhoe ihren Weg durch das Vas deferens nehmen, um in den Nebenhoden zu gelangen, so ist es höchst wahrscheinlich, dass sie in vielen Fällen einen Abstecher in die Ampulla des Vas deferens und in die Samenblasen machen und hier Entzündungen hervorrufen. Vielleicht ist sogar eine Spermatozystitis bei einer Epididymitis das Primäre, nur fehlen uns hierüber die Beobachtungen, um darüber urtheilen zu können. Weshalb einige Autoren annehmen, dass die Gonococci durch Lymphbahnen in den Nebenhoden gelangen und nicht per continuitatem durch die Ductus ejaculatorii zum Theil in die Samenblasen, zum Theil mit Umgehung derselben in das Vas deferens, ist nicht recht ersichtlich. Es fehlt, wie gesagt, bisher der klinische Nachweis, wie häufig neben einer Epididymitis eine Spermatozystitis besteht; die von Gueillot und anderen Autoren mitgetheilten Fälle sind zu vereinzelt, um zu Schlüssen zu berechnen.

Während die acute Spermatozystitis, so lange es sich lediglich um Schmerzempfindungen handelt, eine gute Prognose abgiebt, so wird dieselbe ernst, sobald sich ein Samenblasenabscess gebildet hat, der durch die Rectaluntersuchung deutlich nachweisbar ist. Ueberlässt man den Abscess sich selbst, so kann es zu einer Peritonitis kommen, die zu einem letalen Ausgange führen kann. Solche Fälle haben Mitchell, Henry und Guyot mitgetheilt. Andernfalls kann sich der Abscess nach dem Rectum entleeren und eine Neuinfection stattfinden. Es ist daher unter allen Umständen geboten, sobald die Diagnose einer Spermatozystitis gestellt ist, den Verlauf genau zu verfolgen. Neben absoluter Bettruhe empfehlen sich gegen die Schmerzen Morphium- und Belladonnasuppositorien. Ist es zur Abscessbildung gekommen, so hat Dittel vorgeschlagen,

die vordere Rectalwand abzulösen, den Abscess breit zu spalten und zu drainiren. In vielen Fällen ist jedoch diese eingreifende Operation nicht einmal nöthig, da der Abscess sich leicht dem touchirenden Finger darbietet. Um zu verhüten, dass er nach dem Peritoneum oder dem Rectum durchbricht, eröffnet man ihn breit, nachdem vorher das Rectum so antiseptisch als möglich behandelt worden ist. Nach gründlicher Ausräumung der Abscesshöhle wird dieselbe drainirt. So lange als möglich wird man natürlich durch Opium für Stuhlverhaltung sorgen müssen.

Wie typisch mitunter die Symptome einer acuten Spermato-cystitis auftreten können und wie sich ein Samenblasenabscess auch einmal nach der Urethra entleeren kann, möge folgender Fall, den wir in der Casper'schen Poliklinik zu beobachten Gelegenheit hatten, zeigen.

W., Maschinenbauer, 25 Jahre alt, ist verheirathet und hat zwei Kinder. Bisher niemals krank gewesen. Anfangs September acquirirte er Gonorrhoe. Am 25. September kam er in die Poliklinik und klagte über Schmerzen im linken Hoden. Beginnende Epididymitis.

28. September. Patient klagt über Schmerzen am Damme, die nach den Lenden ausstrahlen. Gleichzeitig Schmerzen beim Urinlassen und bei der Stuhlentleerung. Reichlicher eitriger Ausfluss aus der Harnröhre, in dem Gonococci nachweisbar sind. Die Rectaluntersuchung ergab an der oberen Grenze der linken Prostata einen kleinen haselnussgrossen Tumor, der auf Druck sehr schmerzhaft war. Prostata nicht schmerzhaft, ebenso wenig die Gegend der rechten Samenblase. Da Patient angab, dass er Abends fieberte, wurde seine Aufnahme in die Klinik angeordnet.

30. September. In die Klinik aufgenommen, hat Patient Mittags Temperatur 37, Abends 39. Die Geschwulst im Rectum hat zugenommen. Bei Druck auf dieselbe entleert sich eitriger Ausfluss aus der Harnröhre. Mikroskopisch sehr viel Eiterkörperchen. Spermatozoen und Blutkörperchen nachweisbar, ebenso deutlich Gonococci in dem exprimierten Eiter.

1. October. Morgens 36,5, Mittags 38, Abends 39. Die Geschwulst hat wieder zugenommen, auf Druck sehr schmerzhaft, reichliche Eiterkörperchen, wenig Spermatozoen mikroskopisch nachzuweisen. Morphium-suppositorium, Kataplasmen ad perineum.

2. October. Morgens 36,5, Abends 38,5. In der linken Samenblase deutlich fluctuirender Eiter nachweisbar.

3. October. Beim Versuch einer Probepunction stösst der untersuchende Finger etwas stärker als sonst auf den Tumor; derselbe giebt nach, und sofort entleert sich eine reichliche Menge Eiter aus der Urethra. Abends kein Fieber.

4. October. Der Tumor kaum noch nachweisbar, starker Ausfluss aus der Urethra, dem wenig Spermatozoen beigemischt sind. Wohlbefinden.

6. October. Tumor nicht mehr nachweisbar; keine Schmerzhaftigkeit, kein Fieber. Der Ausfluss dauert fort. In demselben sind keine Spermatozoen nachweisbar.

8. October. Bei Druck auf die linke Samenblase entleert sich kein Eiter mehr. Erst im centrifugirten Urin noch reichlich Eiterzellen nachweisbar.

11. October. Patient wird aus der Klinik entlassen. Epididymitis ist zurückgegangen. Geringer Ausfluss. Der erste Urin trübe, der zweite klar. Darauf Druck auf die linke Samenblase; es folgt kein Eiter aus der Urethra; in dem hierauf gelassenen und centrifugirten Urin nur noch wenige Eiterzellen.

15. October. Patient hat keine Beschwerden weiter, hat seine Thätigkeit wieder aufgenommen. Kein Ausfluss. Erster Urin trübe, zweiter klar. Druck auf linke Samenblase nicht schmerzhaft; im darauf gelassenen und centrifugirten Urin nur noch einzelne Leukocyten.

Herrn Dr. Casper für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit meinen besten Dank auszusprechen, ist mir eine angenehme Pflicht.