

Die gerichtärztliche Begutachtung der männlichen Gonorrhöe und ihrer Folgen.

Von

Dr. med. Erich Brack.

Prosektor des Hafenkrankenhauses und Facharzt für Urologie in Hamburg.

Die neuen Gesetze über die Geschlechtskrankheiten, deren Anfänge und Entwürfe ja schon auf die Jahre 1924/25 zurückgehen, haben die Bedeutung der Gerichte für die Erhaltung der Volksgesundheit, sowie die Verantwortlichkeit des Einzelnen wesentlich gehoben. Doch sind auf der einen Seite die Erfahrungen der Gerichte mit diesen Gesetzen naturgemäß verhältnismäßig klein und wenig tiefgehend, da die Zahl und die Art derartiger Prozesse nur ein seltes Eingreifen erfordert; andererseits herrscht auch im Publikum keine große Kenntnis der neuen Bestimmungen, so daß Geschädigte in einschlägigen Fällen vorerst nur selten von ihren Rechten Gebrauch machen. Das gilt besonders für die Gonorrhöe.

Nun gehört es, wie ich mich durch Rücksprache mit den zuständigen Juristen und durch Aktenstudium vielfach überzeugt habe, trotz der vor dem Kriege sehr weiten, aber auch heute noch großen Verbreitung dieser Erkrankung noch zu den Seltenheiten, daß solche an sich doch häufigen Fälle ernsthafte gerichtliche Nachspiele haben; dies hat seinen Grund in der eben erwähnten, trotz aller, vielfach übermäßigen Belehrungen noch immer bestehenden Unwissenheit des Publikums, vielleicht sogar auch der Gerichte, letzten Endes muß aber hierfür die Ärzteschaft selbst verantwortlich gemacht werden, da ihre Stellungnahme zu dieser Erkrankung, sowohl zu ihrem Wesen, wie auch zu ihrer Behandlungsart und Prognose trotz aller darauf von Einzelforschern verwandten Mühen keineswegs einheitlich ist, da ärztlicherseits im Gutachtenangelegenheiten nur selten eine genügend feste und eindeutige Haltung angenommen, und damit fast jede Entscheidung lau ausfallen wird. Das muß im Laufe der kommenden Jahre anders werden, will man mit Hilfe der Gerichte Erfolge auf diesem Gebiete erreichen.

Wer heute intensiver als die Allgemeinheit sowohl als Arzt, wie auch als Jurist mit diesen Fragen in Berührung kommt und sich vor Entscheidungen gestellt sieht, wird wissen, daß Männer aus vielerlei Gründen über die Gonorrhöefrage aufgeklärter sind als Frauen, und trotzdem erscheint der frisch infizierte oder krank gewesene Mann erfahrungsgemäß seltener als Kläger vor Gericht, obschon er bei vermeintlicher Schuldlosigkeit in der ersten Entrüstung über das Unheil mit diesem Gedanken spielt. Das hat seine Gründe in folgenden Tatsachen: Der Mann kennt die wahren Zusammenhänge der Entstehung und Verbreitungsweise dieser Krankheit besser, sieht sein eigenes Verschulden aber ein, läßt sich auch früh behandeln, zumal auch die Krankheitserscheinungen bei ihm bekanntlich meist heftiger sind; er überwindet zumeist körperlich und psychisch derartige „Erlebnisse“ leichter, später pflegt er geflissentlich seine Schuld an etwaiger ehelicher Kinderlosigkeit, unter der er ja naturgemäß weniger leidet als die Frau, zu übersehen. Frauen dagegen sind bekanntlich unwissender, kennen weder die wahre Natur einer oft ohne schwere Krankheitserscheinungen verlaufenden go-

norrhöischen Genitalerkrankung noch gar ihre Folgen, durch die bekanntlich Frauen häufiger als Männer zu vielfach dauernder Sterilität verurteilt sind. Abgesehen davon, daß die für das weibliche Geschlecht charakteristische Eigenart der psychischen Einstellung zu sexuellen Fragen ein Hervorziehen dieser Dinge vor Gericht verbietet, geschieht nun die Erhebung einer derartigen gerichtlichen Klage ganz besonders selten durch unverheiratete, infizierte Frauen, was seine Gründe bei Jugendlichen in der doch oft vorhandenen Schamhaftigkeit und Unkenntnis, bei Erwachsenen in einer zuweilen begreiflichen Abneigung gegen etwaigen Kindersegen oder bei der alternden Frau in einer gewissen Gleichgültigkeit haben mag; selten auch wird eine Klage von Seiten der Ehefrau schon bald nach Eintritt einer frischen Infektion erhoben, höchstens dann, wenn sie einmal den Zusammenhang frühzeitig erfährt, frühzeitig belehrt ist und frühzeitige Abneigung gegen den in ihren Augen dauernd infektiösen Mann, Pessimismus gegen den Ablauf seiner Erkrankung und oft übertriebene persönliche Furcht vor den „Krankheits-giften“ empfindet. Viel häufiger erscheinen ältere Ehefrauen als Kläger in derlei Dingen vor Gericht, und das hat seinen Hauptgrund wohl darin, daß die ihre Kinderlosigkeit seit langem verabscheuende Ehefrau durch eine mehr oder weniger sachkundige Person in oft wenig taktvoller Weise aufgeklärt, aufgereizt und so in ihrer Abneigung gegen den vermeintlich durch seine Krankheit unfruchtbare gewordenen Mann derart bestärkt wird, daß sie, des oft jahrelangen vergeblichen Wartens müde, ihre Ehe als „zerrüttet“ bezeichnet und richterliche Entscheidung anruft; etwas seltener sind Ehefrauen darunter, die unter einer vermeintlichen oder tatsächlichen Verletzung ehelicher Pflichten durch den Ehemann leiden oder zu leiden glauben. Ein weiterer Grund für die Seltenheit derartiger Gerichtsprozesse ist übrigens auch die Tatsache, daß die Zahl infizierender Männer größer ist, als die infizierender Frauen, wenn ja auch einzelne schwerkränke Frauen zahlenmäßig mehr Männer krank machen werden. Hiermit wird es auch verständlich, warum männliche Gonorrhöekranke häufiger der Untersuchung durch einen forensischen Sachverständigen zugeführt werden als Frauen.

Solche gerichtlicherseits verlangten Untersuchungen männlicher Gonorrhœica gelten der Beantwortung der Frage, einmal nach dem Vorhandensein von Gonorrhöe oder deren Resten zum Nachweise einer ehelichen Untreue oder — weiter gefaßt — einer strafbaren Schuld des Mannes, ferner nach dem Grade etwaiger Infektiosität und überhaupt der Schädlichkeit eines Erkrankten für seine Umgebung, sowie vornehmlich nach seiner sexuellen, durch etwaige Gonorrhœekrankungen beeinflußten Fähigkeiten in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zur Beurteilung der Prognose einer Ehe. Eine praktisch zur Zeit noch geringere Rolle spielt für die Gerichte die moderne Bestrebung vornehmlich des gebildeten Publikums, sich eine gewisse Garantie vor Abschluß einzugehender Verbindungen in der Form gerichtsarztlicher, sich hauptsächlich auf Gonorrhœountersuchungen beziehender Atteste zu verschaffen, ja solche Untersuchungen — wie ich mich überzeugen konnte — durch Hinweis auf die neuen Gesetze über die Geschlechtskrankenfürsorge, ja sogar durch Androhung von Gerichtsverfahren zu erzwingen. Alle übrigen oben aufgeführten Fälle sind praktisch genommen heute viel seltener, werden es aber in Zukunft mit zunehmender Strenge der Gerichte und wachsender Kenntnis des Publikums nicht bleiben.

Ehe nun ein Gericht in den verschiedenartigsten, oft lange Zeit schwebenden Fragen zu abschließendem Urteile gelangen kann, ist es Aufgabe von Sachverständigen, nach Anstellung wirklich sachgemäßer Untersuchungen sich möglichst prägnant, eindeutig, kurz und laienverständlich schriftlich und mündlich zu äußern. Diese Aufgabe kann der berufene Amtsarzt nur in den seltensten Fällen erfüllen, genau wie das etwa in der Gynäkologie der Fall ist (vgl. Liepmann, Gerichtsarzt

und Gynäkologie, Münch. med. Wschr. **1930**, Nr 6); man wird bei der oft großen Wichtigkeit der Entscheidungen für das Wohl und Wehe oft ganzer Familien den behandelnden Facharzt, meist einen Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zu Rate ziehen müssen, und das um so eher, als er allein imstande ist, einheitlich und gleichzeitig über beide Ehepartner ein Zeugnis abzugeben; werden bei großer Kompliziertheit in veralteten Fällen noch genauere Begutachtungen erforderlich, so gibt man die zu begutachtende Frau wohl besser in die Hand eines Gynäkologen, während die männlichen Fälle die Zuziehung eines sachkundigen Urologen wünschenswert erscheinen lassen; für den Rahmen unserer vornehmlich den chronischen Gonorrhöefragen des Mannes gewidmeten Arbeit besitzt er wohl die besseren Vorkenntnisse. Für die bereits gerichtlich gewordenen Fälle ist die gleichzeitige Mitwirkung auch eines in den einschlägigen Gesetzesparagraphen erfahrenen Amtsarztes zuweilen unentbehrlich; er wird in den von den Gerichten gestellten Fragen im Gegensatz zu den Gepflogenheiten der ärztlichen Praxis objektiver sein und nicht etwa einer der Parteien das Wort reden, wie es dort aus mancherlei Gründen so verständlich ist; auch wird die überwiegende Zahl der Gerichtsmediziner zugeben müssen, daß sie die nun einmal nötigen theoretischen und praktischen Vorkenntnisse in diesem Sonderfache nicht besitzt, daß sie kaum die auch auf diesem Gebiete ständig sich mehrenden Erfahrungen verfolgt hat und verfolgen kann, geschweige denn praktisch genügende Übung in der Untersuchung und Beurteilung besitzt. Es fehlt bei der umfangreichen Physikats- bzw. Gerichtsarztätigkeit an Zeit und oft auch an Neigung dazu; und so ist dieses Kapitel leider ein Stieflkind der praktischen Gerichtsarztätigkeit geblieben.

Um so berechtigter dürfte es sein, daß einmal durch einzelne ärztliche Bearbeiter dieses Sondergebietes praktische Erfahrungen und Ideen zusammengestellt werden. Hierzu gibt mir vielleicht meine persönliche Doppeltätigkeit der letzten Jahre gewisse Berechtigung; jahrelang habe ich mich vorzugsweise pathologisch-anatomisch der Beforschung der männlichen Sexualorgane gewidmet, habe gleichzeitig eine allmählich auch ausgedehnte urologische, z. T. auch begutachtende Praxis betrieben und bin seit mehreren Jahren forensisch-medizinisch tätig; meine Darlegungen werden deshalb naturgemäß eine ausgesprochen persönliche Note enthalten. Leider ist es mir nicht gelungen, einen Juristen etwa zur statistischen Mitarbeit zu bringen, obwohl das vielleicht sachlich zu begründen wäre; doch ist der zu behandelnde Stoff schon für den Mediziner so umfangreich und in sich so abgerundet, daß dieser Mangel wenigstens dem Sachkundigen nicht sonderlich fühlbar sein wird.

Ich teile den Stoff, dem logischen Zusammenhänge entsprechend, folgendermaßen ein:

- I. Theoretische Grundlagen über das Wesen der Gonorrhöe und deren Folgen.
 - a) Normalanatomisches.
 - b) Pathologisch-anatomisches.
 - c) Normalphysiologisches.
 - d) Pathologischphysiologisches.
 - e) Psychologisches.
- II. Praktische, forensisch-medizinische Beurteilung des Einzelfalles auf Grund:
 - a) anamnestischer und
 - b) diagnostischer Feststellungen,
 - c) differentialdiagnostische Erwägungen,
 - d) therapeutischen Handelns und
 - e) der Prognose.
- III. Ärztliche Stellungnahme zur rechtlichen Gonorrhöefrage.

Es ist bei der Behandlung dieses Stoffes selbstverständlich, daß nur diejenigen Punkte eingehender besprochen werden können, die bisher nicht genügend in der Fachwelt bekannt und beachtet sind und dabei gleichzeitig gerichtlich-medizinische Bedeutung haben.

I.

Die theoretischen *Grundlagen*, von denen der Durchschnittspraktiker heute noch auszugehen pflegt, sind bei ihm selten genügend tiefgehend. Nach meinen Erfahrungen fehlt es meist schon an vielen einfachen normal-anatomischen Vorstellungen über das Urogenitalsystem, in die man sich nicht durch Bücher studium, sondern m. E. nur durch praktische anatomische Tätigkeit, einschließlich auch der Histologie, hineinfinden kann. Mehr noch gilt dieser bedauerliche Mangel bezüglich der Kenntnis der pathologischen Anatomie dieses Gebietes mit ihren vielen Einzelheiten, die nur wenigen Spezialpathologen bekannt und geläufig sind, die aber dem Praktiker ferner stehen, zumal sie oft genug in das Gebiet der allgemeinen pathologischen Anatomie hineinspielen. Noch dürftiger sind wohl die Kenntnisse der Praktiker auf physiologischem Gebiete; normalphysiologisch wird selbst in der Wissenschaft kaum gearbeitet und Neues geschafft, während pathologisch-physiologisch außer den bekannten extremen Veränderungen gegenüber der Norm, z. B. der Impotenzformen, so gut wie nichts bekannt ist, und jeder Praktiker sich seine eigenen Vorstellungen macht. Einzelne Punkte dieser Grundlagen, die in forensischer Hinsicht Bedeutung verdienen, glaube ich hier näher beleuchten zu müssen.

Die Normalanatomie der Geschlechtsorgane ist in den alten Lehrbüchern von *Kölliker*, *Merkel* und *Eberth* viel genauer beschrieben, als in den modernen; indessen hat man zuweilen in den alten Lehrbüchern den Eindruck, daß vielfach Einzelheiten von anderen Autoren übernommen sind, ohne daß der Verfasser sich auf Grund eigener Arbeiten eigene Anschauungen in diesen Einzelpunkten gebildet hat. Mir scheinen folgende, von mir früher genauer durchgestudierte Einzelheiten in diesem Zusammenhange erwähnenswert und wichtig: Die Harnröhrenschleimhaut mit ihrem sie an der Unterlage festhaltenden Bindegewebe ist im Harnröhrenverlauf sehr ungleich dick und deshalb ungleich widerstandsfähig; in der Fossa navicularis ist sie wesentlich stärker und fester als weiter hinten, etwa in der Gegend des vorderen Harnröhrensphincters oder der Prostata. Damit liegt das Corpus cavernosum urethrae, welches die vorderen 2 cm der Harnröhre überhaupt nicht erreicht, in verschiedener Tiefe von der Schleimhaut entfernt, was für die Verletzungen eine große Rolle spielt. Die Littré'schen Drüsen im vorderen Urethralteile liegen meist nur unpaarig nach dem Penisrücken zu; sie haben für die Entzündungen der Urethra anterior Bedeutung. Die paarigen Cowperschen Drüsen sind mit der Harnröhre verbunden durch einen etwa 2 cm langen Ausführungsgang, welcher den Harnröhrenschließmuskel (Fasern des Musc. transv. perinei prof.) durchbohrt, eine normalanatomische Tatsache, die für die Strukturfrage sehr einschneidend ist. Das normalanatomische Verhalten der 4 im feineren Bau so verschiedenartigen Corpora cavernosa, welches ich eingehend studiert, spielt für die Gonorrhöefrage eine nur untergeordnete Rolle. Die Prostatagänge münden isoliert und zwar seitlich des Samenhügels in die Harnröhre, also unabhängig von den Ausspritzgängen. Letztere verlaufen beiderseits von hinten seitlich nach vorn gegen die Mittellinie zu in ganz spitzem Winkel zu den seitigen Teilen des Samenhügels, sie machen auf diesem Wege in paramedianer Richtung eine liegend-S-förmige Krümmung. Die Wände aller tiefen Harn- und Samenwege, besonders der letzteren, sind durch eine dicke Elasticaeinlage verstieft, damit dehnbar und nur in kleinen, bestimmten Abschnitten leichter verletzbar. Die Anatomie der

höheren Geschlechtswege und der Keimdrüsen ist hier weniger wichtig; höchstens mag hier betont sein, daß die Samenblasen seitliche Receptacula und zugleich sezernierende Behälter sind, welche an die Samenleiter seitlich anmontiert sind in einer Anordnung, wie etwa die Gallenblase an die Gallenwege.

Viele dieser feststehenden, von mir oftmals einzeln beschriebenen und betonten, von mir z. T. auch erst erkannten normalanatomischen Tatsachen sind für die Kenntnis der pathologischen Anatomie der Gonorrhöe von grundlegender Bedeutung: So erklären sie allein die Gründe der Verschiedenheit der Reaktion des vorderen und hinteren Harnröhrenabschnittes auf frisch-entzündliche Reize, sowie die Art von Gewebsverlusten bei Verletzungen und bei tiefergreifender Ulceration natürlicher oder artefizieller Natur, damit also diejenigen etwaiger Blutungen und Sekundärinfektionen; ich darf z. B. in diesem Zusammenhange auf die von mir beschriebenen artefiziellen, multiplen Schleimhautrisse des hinteren Harnröhrenabschnittes und auf meine histologischen Befunde von Bakterien-durchwanderung unmittelbar in die Corpora cavernosa hinweisen. Es wird hiermit verständlich, warum bei chronischer Entzündung vordere Urethralstrukturen infolge oft gleichzeitig noch bestehender Urethritis antica chronica so derb, dick und hart sind, während es im hinteren Abschnitte eigentlich nur am Sphincter urethrae externus und bei gleichzeitiger Urethritis postica zur hinteren Strukturbildung kommt, selbstverständlich von artefiziell gesetzten oder spezifisch-entzündlichen, oft anderslokalisierten Narbenstrukturen abgesehen. Unbekannt sind meist die verschiedenen Stadien der Entzündung der Cowperschen Drüsen, die letzten Endes Ursache der typischen Posteriorstruktur sind (vgl. auch *Christeller*), so die abscedierende, phlegmonöse und narbige Form. Aus dem oben beschriebenen normalanatomischen Verhalten ergibt sich ferner näheres über die Form der Harnröhrenstrukturen, über die ich seinerzeit durch Ausgüsse an allerdings wohl zu kleinem Leichenmaterial Befunde erheben konnte. Auch die keineswegs allzu häufige, echte postgonorrhöische Prostatitis ist ja histologisch durchaus varierend; so pflegt anfänglich ein glandulärer, später ein interstitieller, im Endstadium ein desquamativer Katarrh vorzuherrschen, während die bindegewebige Muskelumwandlung, die bei der Prostatahypertrophie eine so große Rolle spielt, weniger auf Gonorrhöe zurückzuführen ist. Die akuten, die chronischen und oftmals akut rezidivierenden Samenblasenwandentzündungen haben die wenigsten Praktiker im Schnitt selbst gesehen; auch sind die oft genug reversiblen Samenleiterwandveränderungen mit Stenosen und Strukturen in ihren verschiedenartigen Formen meist unbekannt. Submucöse Glashautbildungen und bindegewebige Umwandlung der inneren Wandschichten als Gonorrhöefolge an Samenblasen und Samenleitern harren noch darauf, im Kreise der sonst Sachkundigen bekannt zu werden. Ähnlich geht es mit der landläufigen Vorstellung von der so häufigen Epididymitis, die oft nur infiltrierenden, also bis zu einem gewissen Grade reparationsfähigen und nur relativ selten fibrösen Charakter hat; aber selbst im letzteren Falle pflegt meiner pathologisch-anatomischen Erfahrung nach die Wegsamkeit der Samenwege viel seltener, als das meist angenommen wird, dauernd gestört zu sein; die Rekanalisationsmöglichkeit etwaiger obturierender Pfröpfe durch Vaskularisation und Resorption (ähnlich den Rekanalisationsvorgängen in Blutpfröpfen) ist nach meiner Erfahrung bei der chronischen Gonorrhöe eine unumstößliche Tatsache. Die verschiedenen Formen der Hodenveränderungen, wie die echte, übrigens auch oft konstitutionell bedingte und z. Z. bei tuberkulöser Disposition Jugendlicher leicht nachweisbare diffuse Fibrose und die durch verschiedenartigste Umstände erworbene, meist nur herdförmige und damit bezüglich der Fruchtbarkeit weniger bedeutungsvolle Spermangoitis obliterans (*Fraenkel*) sind in diesem Zusammenhange keine Nebensache, obschon sie mit der Gonorrhöe

selbst nichts zu tun haben und immer die Folge von Allgemeinleiden sind, von selteneren infiltrativen Prozessen ganz zu schweigen.

Außer diesen sich auf mehr oder weniger floride Prozesse beziehenden Veränderungen kommt es — oft noch nach langen Jahren — zu anders gearteten, praktisch leider ebenfalls zu wenig bekannten Fernerscheinungen, von denen hier 2 wesentliche erwähnt sein mögen: Wissenschaftlich kaum umstritten ist die wohl nicht allzu seltene Generalisation entzündlicher Zustände der Samenblasen, als Ursache nicht nur der frischen Tricuspidalendokarditiden, sondern vor allem — bei offenem Foramen ovale der Vorhöfe — postgonorrhoeischer Gelenkerkrankungen, die vielfach als „chronisch-rheumatische“ Affektionen angesehen und behandelt werden, ohne daß die wahren Zusammenhänge geklärt werden. Ebenso sicher ist auch die bezüglich der Häufigkeit allerdings hinter derjenigen bei Prostatahypertrophie stehende, akute, häufiger aber auch chronische Harnverhaltung durch postgonorrhoeische Urethralstrikturen; hierdurch entstehen, wie das Leichenmaterial beweist und wie man auch in der Praxis so häufig feststellen kann, sekundäre, fast niemals gonorrhoeische Infektionen der Harnblase und des übrigen uropoetischen Systemes und später Bildung von Nierenherden und -narben, die selbstverständlich, ebenso wie andere vernerbarende Pyelonephritiden zur Hypertonie und linksseitigen Herzhypertrophie führen können.

Alle diese morphologischen Tatsachen sind von einschneidender Bedeutung für jede Begutachtung von alten Gonorrhöikern. Leider werden häufig leichtsinnig und mit apodiktischer Sicherheit, selbst in der Gerichtspraxis, die doch besonders exakt sein sollte, Urteile gefällt, die gutfundierten, normal- und pathologisch-anatomischen Vorstellungen nicht im entferntesten standzuhalten vermögen. In früheren diesbezüglichen Arbeiten glaube ich allerhand neue, allerdings nur von wenigen Seiten gewürdigte (*Christeller*) Gesichtspunkte dargelegt zu haben.

Wohl noch unklarer sind sich die meisten medizinischen Gerichtssachverständigen über physiologische Einzelheiten der männlichen Geschlechtsorgane. Die praktische Ärzteschaft selbst befaßt sich mit diesem Gebiete zu wenig, zumal noch bis vor wenigen Jahrzehnten eine derartige Beschäftigung als anstößig angesehen wurde (vgl. z. B. meine Darstellung Hamburgischer Ärztegeschichte); die Kranken, besonders die männlichen, sind bezüglich ihrer Sexualverhältnisse meist recht verschlossen, womit es auch zusammenhängen mag, daß selbst die Normalphysiologen dieses praktisch so enorm wichtige Gebiet stark vernachlässigt haben. Noch mehr liegt die pathologische Physiologie dieses Gebietes stark im Argen, so daß sich jeder Spezialist hier eine eigene Vorstellung gebildet hat. Ein Fortschritt ist auch hier dadurch stark erschwert, daß der erkrankte oder gar der forensisch zu beurteilende Mann — vom Neurastheniker vielleicht abgesehen — noch weniger gern Angaben über die Eigenart, über Einzelheiten und Häufigkeit seiner sexuellen Funktionen macht als der Gesunde. Leichter ist es da schon, von Ehefrauen, die ja auch vielfach in bezug auf sich selbst freier sind, Äußerungen über die Sexualität ihrer Männer zu erfahren. Nur wer als behandelnder Arzt in diesem Punkte freier mit dem Publikum zu verhandeln versteht, ohne dabei abstößend oder überheblich zu wirken, wird bald enorme Differenzen von Fall zu Fall herausfinden, wird weder beim normalen noch nach krankhaften Organverhalten selbst nicht für die gleichen Altersstufen Normen aufzustellen wagen.

Über die Normalphysiologie der männlichen Geschlechtsorgane gibt zunächst der Inhalt und die eigenartige, z. T. von mir genauer durchforschte Anordnung der Muskulatur der Samenwege einige Hinweise, die allerdings durch vielfache, der allgemeinen Physiologie entnommene Gedankengänge ergänzt werden müssen. Die normale Spermatogenese der sektorenförmig angeordneten Hodenlappchen läßt bekanntlich von der Pubertätszeit ab bis ins hohe Alter Spermien heran-

reifen und stößt sie ab, gibt ihnen aber keine Beweglichkeit mit. Die Spermien durchwandern einzeln, also ohne normalerweise konglomeriert zu werden das Hodenhilusnetz und einen der 9—12 Ductuli efferentes des Nebenhodens, welche alle in den ja nur in der Einzahl vorhandenen Ductus epididymidis münden und an ihn ihren Inhalt unter Mitwirkung einer kontinuierlichen Peristaltik einer schwächeren und zarten Muskulatur des Nebenhodens und seines Ganges abgeben. Diese besorgt auch die Vorwärtsbeförderung innerhalb des Nebenhoden-ganges. Ähnlich und ebenfalls kontinuierlich, also ohne Mitwirkung ejaculatorischer Vorgänge geschieht auch die normale Vorwärtsbeförderung innerhalb der langen Samenleiter, deren dreischichtige Muskulatur unabhängig vom Geschlechtsakte, aber wahrscheinlich unter Auslösung frustrierter, von einigen Kranken mir deutlich geschilderter Wollustgefühle einen Sekretstrom von wahrscheinlich jeweils kleiner Menge in die Samenblasen befördert. Hier finden die immer noch unbeweglichen Spermien einen von der Samenblasenschleimhaut abgesonderten, durchsichtig-glasigen, zuweilen zu Kugeln und fadenartigen Klumpen geformtes, schwach fetthaltiges Sekret (Sympexien) vor, mit dem sie sich zu einem homogenen, mehr oder weniger zähnen bis dünnflüssigen, milchigen Brei vereinigen. Der Inhalt der Samenblasen ist schon normalerweise, je nach der Menge des jeweiligen Samenblasensekretes und der testogenen Beimengungen recht verschiedenartig zusammengesetzt; hierbei spielt auch die Häufigkeit der Abstoßung und die Reichlichkeit der Sekretproduktion beider Drüsengruppen die übergeordnete Rolle; so ist — wie man an Leichen schnell Verstorbenen unschwer beweisen kann — z. B. kurz nach dem Geschlechtsakte der Inhalt zunächst rein glasig, wie ich das vielfach an Leichen jugendlicher Selbstmörder mit entsprechenden Aktenangaben finden konnte; beigemengt waren nur wenige unbewegliche Spermien, wie überhaupt die Spermien des Samenblaseninhaltes nach meiner Erfahrung an der Leiche immer bewegungslos sind. Erst durch das Hinzutreten des nach Art einer Salzlösung chemisch einfach gebauten Prostatafastes, wie es nur in der Harnröhre bei ejaculatorischen Samenentleerungen zustande kommen kann, werden die Spermien wahrscheinlich lediglich durch eine im einzelnen noch unbekannte physikalische Wirkung auf den Spermenschwanzteil beweglich, was ja für das Zustandekommen einer Befruchtung Vorbedingung ist. Was die Haltbarkeit der Spermien übrigens anlangt, so wird sie m. E. im allgemeinen sehr unterschätzt; so konnte ich z. B. im frischen Sperma jüngerer Männer die Spermatozoen bei Zimmer-temperatur im Reagensglase 3—4 Tage lang wenigstens zum Teil beweglich halten, so ließ sich ferner aus der Harnröhre eines vor 2 Tagen verstorbenen, etwa 55-jährigen Mannes Sperma mit beweglichen Spermien aussstreichen. Der normale Austreibungsmechanismus aus der Harnröhre kann an dieser Stelle nicht besprochen werden, zumal er auch mit Gonorrhöefragen wenig zu tun hat.

Anders liegt es mit den unphysiologischen Entleerungen, wie z. B. schon bei allzu häufigem Kongressus und noch mehr bei masturbatorischen Akten, welch letztere, wenigstens für die Pubertäts- und ersten Mannbarkeitsjahre von vielen Autoren, wahrscheinlich nicht zu Unrecht, als unschädlich angesehen werden; hierbei kommt es, besonders in extremen Fällen naturgemäß nicht nur zu einer Überbeanspruchung der Prostata, sondern vor allem zu ganz unphysiologischen Mischungsverhältnissen des Samenblaseninhaltes, die Spermatogenese wird ganz besonders starken Anforderungen ausgesetzt, die Spermienreifung kann nicht in normaler Weise erfolgen und auch die Samenleitermuskulatur wird zu krankhafter, mit pathologischer Durchblutung verbundener Tätigkeit gezwungen, Vorgänge, die ihren klinischen Ausdruck in den als neurasthenisch bezeichneten Erscheinungen an den Hoden, wie etwa regionärem Frostgefühl und Parästhesien findet. Es ist endlich nicht erstaunlich, wenn im Präsenium und noch später

über ähnliche Erscheinungen neben gleichzeitiger Impotenz geklagt wird; man geht wohl auch da nicht fehl, wenn man diese Erscheinungen auf Überbeanspruchung und senile Abnutzung zurückführt und hier ein Nachlassen der Spermienproduktion und fehlhafter Reifung annimmt. Zur Beurteilung der Fertilitätsfrage des Mannes wird sicherlich auch die anamnestische Häufigkeit von Samenentleerungen von Wichtigkeit sein, und es ist m. E. durchaus möglich, daß zwischen den einzelnen Kohabitationen oft nicht die genügende Reifungszeit bleibt, daß diese Reifungszeit mit zunehmender Keimdrüsenabnutzung auch länger wird als normal.

Tritt nun an diesen physiologisch außerordentlich komplizierten Apparat eine gonorrhöische Entzündung auf, so ist neben den morphologisch oben besprochenen Schäden auch eine funktionelle Beschädigung die Folge. Diese pathologische Physiologie läßt sich allerdings morphologisch viel schlechter erfassen als diejenige des normalen Organismus. Immerhin gibt es manche objektiv nachweisbare Veränderungen, die sicherlich mit gonorrhöischen Zuständen, sowohl den akuten wie den chronischen einige Zusammenhänge erkennen lassen und gewisse bisher wenig bekannte Rückschlüsse gestatten. Hierher gehören zunächst Veränderungen des Inhaltes der Samenwege, die allerdings nur z. T. am kranken Menschen, in ausgedehnterer Weise aber am Leichenmaterial, wenigstens was die chronischen Folgezustände anlangt, nachweisbar sind: Im Samenblaseninhalt finden sich nämlich, wie bei vielen akuten Entzündungszuständen, so auch besonders bei der Gonorrhöe sehr zahlreiche leukocytäre Beimengungen, die dann dem Inhalte auch eine gelbliche Farbe geben; diese Farbe ist bei Jugendlichen fast immer als Entzündungszustand charakteristisch, während sie im höheren Alter für eine fast physiologische Nekrospermie gehalten werden muß (vgl. Simmonds). Ferner treten im Samenblaseninhalt, wie auch hinter Stenosen und Strukturen des übrigen Samenweges eigenartige, natürlich nur für mikroskopische Untersuchungen faßbare Riesenzellen verschiedenster Form auf, die ich erst jüngst wieder eingehender beschreiben konnte; hierbei handelt es sich im wesentlichen um eine Vereinigung dreier Arten krankhafter Erscheinungen, einmal liegt eine Konglomerierung von Keimzellen um oder in organisch-zellige Zentren vor, zweitens um einen eigenartigen Hodendesquamativprozeß und drittens um eine krankhaft schnelle chemische Umwandlung von Spermien oder deren Vor- oder Spätstadien; so entstehen Fettkörnchenzellen, Phosphatkörnchenzellen oder Spermienriesenzellen (*Spermophagen Wegelins*), die in der Literatur auch als Spermatozidenriesenzellen bezeichnet sind. Hierbei handelt es sich zumeist um — wenigstens bei der Gonorrhöe — vorübergehende Erscheinungen. Auch die Muskulatur der Samenwege erleidet, wenigstens bei der chronischen Gonorrhöe, Veränderungen vornehmlich im Sinne der bindegewebigen Umwandlung der inneren Wandschichten; es ist wohl selbstverständlich, daß hierdurch die Peristaltik der Samenwege eine abnorme wird; ich persönlich vermute sogar das Zustandekommen eines antiperistaltischen Effektes. Eine derartige Funktionsveränderung ist auch die nach Gonorrhöe so häufig anamnestisch und endoskopisch feststellbare Atonie der Ausspritzgänge mit den Erscheinungen der Spermatorrhöe, der Ejaculatio praecox und der leichten Ausdrückbarkeit der Samenblasen. Aus dem Gesagten ist wohl auch ohne weiteres einleuchtend, daß ein an chronischer Gonorrhöe erkrankter Mann seinem Geschlechtsapparate mit fortgesetzten, bei Jugendlichen vielfach auf abnorme Weise hervorgerufenen sexuellen Entleerungen viel mehr schadet, als etwa durch Genuss von Alkoholicis und Gewürzen, die nach landläufiger Anschauung so schädlich sein sollen und gewohnheitsgemäß verboten werden. Ich glaube, daß sich auch bei Weiterforschung auf morphologischem Gebiete auch für die pathologische Physiologie weitere sichere Anhaltspunkte herausfinden lassen werden, eine Hoffnung, die allerdings in ihrem Grundgedanken von den

klassischen Morphologen früher so energisch bekämpft wurde, deren Berechtigung ich aber — wenigstens für den Geschlechtsapparat — noch durch folgende Ausführungen beweisen kann:

Es gibt nämlich noch weitere, auch für die Beurteilung von Gonorrhöefragen bedeutungsvolle, höherstehende Gesichtspunkte als diejenigen, welche sich aus einer genauen Kenntnis möglichst vieler Einzelheiten des Genitalapparates selbst ergeben. Wie alle Organe des Körpers, haben ja auch die Geschlechtsorgane eine Reihe übergeordneter nervöser Zentren, zum mindesten zwei, die sich allerdings z. T. jeder morphologischen Forschung entziehen. Bei genügender Objektivität, die der außer mir wohl einzige Autor auf diesem Gebiete, der Russe *Schurygin*, außer acht ließ, ist jedoch einiges faßbar, was allerdings einstweilen nur für den normalen Organismus der verschiedenen Altersstufen, weniger für Erkrankungen Bedeutung hat. Ich habe damals die Meissnerschen Endkolben für die Glans penis beschrieben, habe zwischen den Corpora cavernosa penis andere Nervenendigungen von der Form der Vater-Pacinischen Körperchen gesehen, glaube auch an beiden, sowie an den anhängenden Nervenfasern Veränderungen gefunden zu haben, wie sie auch sonst im peripherischen Nervensystem vorkommen (Degenerationen, varicöse Erweiterung der Nervenscheiden, Vermehrung der Lantermannschen Einkerbungen, Blutungen in die Umgebung der Körperchen oder zwischen ihre Bestandteile). Bei schweren entzündlichen, z. B. auch bei gonorrhöischen oder ulcerösen balanitischen Prozessen kann man sich eine Einbeziehung auch der Endkolben gut vorstellen. Der erwähnte russische Autor *Schurygin* will dann aber auch bei Genitalerkrankungen Veränderungen höher geschalteter Genitalnerven, ja sogar der Medulla gesehen haben, eine Behauptung, die man wohl nirgends anerkannt und nachuntersucht hat. Nur für die Tabes erscheinen mir diese einstweilen von mir noch nicht ausgeführten Untersuchungen aussichtsvoll; mag sein, daß bei dieser Gelegenheit auch eine Abnahme der Zahl etwa sekundär degenerierter Glansnervenendigungen gefunden wird, und man eine Abnahme der Potentia coeundi hierdurch erklären kann.

Endlich mögen als Abschluß der Besprechung der theoretischen Grundlagen für die Beurteilung von Gonorrhöikern die bekannten Beziehungen zur Psychiatrie erwähnt sein: Jeder Gonorrhöekranke, besonders der chronische, ist ja psychisch mehr oder weniger alteriert, wie man es in der Praxis bei genauerem Kennenlernen des Patienten immer wieder erleben kann. Der psychiatrischen Wissenschaft liegt aus äußeren Gründen dieser Zweig ihres Faches fern, da die Kranken mit ihren diesbezüglichen Klagen und Befürchtungen ja kaum zum Psychiater kommen; letzterer kann ja auch die immer im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehenden somatischen Erscheinungen der Sexualorgane zu wenig beurteilen, als daß er sie genügend zu würdigen imstande wäre; deshalb hat die Psychiatrie hier bisher keinen festen Fuß gefaßt. Jeder beschäftigte Praktikter aber hat auf diesem Gebiete Eigenerfahrungen, die jedoch m. W. niemals wissenschaftlich zusammengestellt und verwertet sind. Die einzelnen Fälle liegen vielfach in dieser Beziehung auch so kompliziert und verschiedenartig, daß mir eine jeweils streng individuelle Beurteilung notwendig erscheint; ich gehe auf meine Anschauungen über diese Dinge bei der Besprechung der praktischen Untersuchung der Gonorrhöiker ein.

II.

Wenn ich mich nun einigen mir in diesem Zusammenhange wichtig erscheinenden Einzelheiten der praktischen forensisch-medizinischen Beurteilung von männlichen Gonorrhöefällen zuwende, so können auch hier selbstverständlich landläufige Dinge nicht besprochen, sondern höchstens kritisch beleuchtet werden. Alle hier in Frage kommenden Fälle sind natürlich ebenso zu behandeln, wie sonst

in der Praxis. Die natürliche Einteilung des Stoffes ergibt sich logischerweise von selbst.

Was zunächst die Erhebung der Vorgeschichte des Einzelfalles anlangt, so muß sie zu forensischen Begutachtungszwecken natürlich viel eingehender und objektiver sein, als in der laufenden Praxis. Dort kann man sich vielfach mit kurzen, die jeweilige Erkrankung berücksichtigenden Angaben begnügen, braucht auch nur da auf weiter ausholende Einzelfragen näher einzugehen, wo bestimmte, oft erst während der Untersuchung auftauchende Besonderheiten und Symptome geklärt werden müssen. Man wird sich dabei leicht verleiten lassen, für den Kranken Partei zu nehmen, was ja bei gerichtlich zu entscheidenden Fällen zwar auch verständlich, aber doch wohl nicht immer richtig ist. Für akute, erstmalige Erkrankungen gilt das selbstverständlich weniger als für die hier meist in Frage kommenden chronischen oder rezidivierenden; hier sind genaue Fragen nach der Häufigkeit, Dauer, Behandlungsart und Ablauf früherer Affektionen unumgänglich, insbesondere müssen alle Komplikationen in ihren Einzelheiten möglichst genau festgestellt und gebucht werden; damit wird man sich schon aus der Art der Beschreibung ein Bild über somatische, ja auch psychische Einzelheiten des Krankheitsfalles machen können, man wird erkennen, ob nur eine Urethritis anterior vorlag, ob sie eine Posterior zur Folge hatte, ob eine schädliche Polypragmasie oder gar häufige Behandlung mit Metallinstrumenten stattgefunden hat, ob Blutungen oder Schüttelfrösste vorgekommen oder ob Prostata- oder Nebenhodenkomplikationen beobachtet worden sind; nach unserer Erfahrung bleibt bei allen derartigen Erkrankungen die Erinnerung an viele Einzelheiten lange und sehr lebhaft bestehen, selbst wenn die Infektion etwa Jahrzehnte zurückliegt. Besonders wichtig erscheinen mir immer die Fragen nach instrumentell hervorgerufenen großen Blutungen, die immer ein Zeichen damaliger tiefgreifender Schleimhaut- und Albugineaverletzungen mit Eröffnung des Corpus cavernosum urethrae sind; Fälle dieser Art sind oft diejenigen, in denen es dann später zu einer Struktur kommt, deren Alter man auf die Zeit solcher Eingriffe mit gewissem Rechte beziehen darf. Zur Erhebung der Anamnese gehört es ferner, sich ein möglichst getreues Bild über die sexuelle Vergangenheit des Patienten im allgemeinen, insbesondere auch zu der Zeit seiner Erkrankung zu machen; sehr häufig findet man die fast ausnahmslos anempfohlene, völlige Enthaltsamkeitsvorschrift während der Erkrankung sehr zum Nachteil des Kranken untertreten; allerdings ist ja bei der bekannten Reizbarkeit, besonders des jugendlichen Gonorrhöikers während der schweren Anfangsscheinungen diese Übertretung menschlich vielleicht verständlich. Gerade dieser Punkt ist es, der in fast allen derartigen Gutachten fehlt, obwohl er einschneidende Bedeutung in mancherlei Hinsicht besitzt. Fast noch wichtiger ist auch zuweilen die Feststellung von Häufigkeit und Eigenart sexueller Entbehrungen zu Zeiten der Begutachtung; die anfängliche Reizbarkeit hat sich sehr häufig in eine allerdings verschiedenen schwere sexuelle Schwäche, in eigenartige sexuelle Gewohnheiten, ja in eine völlige Impotenz umgewandelt. Wenn eben möglich, wird man bei Anstellung derartiger Erhebungen auch die Gegenpartei zu Worte kommen lassen müssen, da Frauen, wenn derartige Dinge einmal zur entscheidenden Verhandlung kommen müssen, immer offener als Männer in ihren Aussagen sind; allerdings wird man hierbei wieder erwägen müssen, ob nicht Übertreibungen oder, wie das schließlich verständlich ist, bewußte Täuschungen versucht werden; das erkennt man dann sehr bald an der zuweilen vorhandenen extremen Verschiedenheit der Angaben, indem von der einen Partei die gesundheitlichen Verhältnisse zu schwarz, von der anderen möglichst leicht dargestellt werden. Der Begutachter begibt sich einer guten Hilfe, wenn er diesen Kunstgriff nicht ausnutzt. Selbstverständlich ist

hier eine weitgreifende Diskretion nötig, die m. E. sogar, wenn eben möglich, dem Gerichte selbst gegenüber gewahrt bleiben kann, ohne daß der Sache daraus ein Nachteil erwächst.

Es unterliegt natürlich keinem Zweifel, daß die körperliche Untersuchung des gonorrhöischen Mannes noch bedeutungsvoller für die Begutachtung ist. Diese sollte — vielleicht in Gemeinschaft mit dem hierzu berufenen Gerichtsarzt — durch den gewählten Spezialarzt geschehen. Leider sind die Amtsärzte nur zum kleinsten Teile dazu befähigt, da in der Tat die verfeinerte Untersuchungstechnik selbst erprobt und in täglicher Ausübung erlernt sein muß. Man darf sich hier nicht, wie das leider so häufig geschieht, mit einer einmaligen Untersuchung zufrieden geben, sondern muß ausnahmslos, besonders in chronischen Fällen eine Untersuchungsreihe, auch in größeren Abständen, unbedingt fordern, ehe man zu einem bestimmten Entscheide gelangen kann. Daß hier eine exakte Krankengeschichtsführung unerlässlich ist, bedarf wohl keiner Erwähnung.

Die in Frage kommenden Methoden sind — wie üblich — der Abstrich etwaigen Harnröhrenaussusses oder -exprimates, die Mehr-Gläser-Probe, ferner die Palpation der Urethra, der Cowperschen Drüsen, der Prostata, der Samenblasen, der Samenleiter, der Nebenhoden und der Testes, endlich die Knopfsondenbougierung der Harnröhren bis in die Harnblase hinein, die mikroskopische Untersuchung des Prostata- und Samenblasenexprimates; es müssen bisweilen Provokations- und endoskopische Methoden hinzukommen. In den seltensten Fällen nur kann auf eine allgemeine Körperuntersuchung, insbesondere auf die des Herzens und des Blutdruckes verzichtet werden. Alle diese Methoden sind m. E. sämtlich noch ausbaufähig und -bedürftig, insbesondere, wenn es sich um die Notwendigkeit einer klaren Entscheidung in gerichtlichen Fragen handelt. Ich halte es für notwendig, einzelne Punkte hier genauer zu besprechen:

Schon die heutige Art der Abstrichuntersuchung scheint mir, wie auch vielen modernen Autoren verbesserungsbedürftig: Wer kritisch jahrelang Harnröhrenabstriche untersucht hat, dem wird nicht entgangen sein, daß hier morphologisch gewaltige Unterschiede vorkommen; gerade hier besteht schon die Möglichkeit, akute, chronische und akut-rezidivierend-chronische Entzündungserscheinungen voneinander zu trennen, wobei die Anamnese natürlich eine gute Kontrolle ist. Die anscheinend unausrottbare Gewohnheit des Publikums, in Apotheken Abstrichpräparate, besonders bei chronischen Ausflüssen zur Untersuchung abzuliefern, muß selbstverständlich als unsachlich bekämpft werden; nicht zum wenigsten deshalb ist in Hamburg die Bestimmung getroffen, daß derartige Präparate nur durch Ärzte beurteilt werden dürfen; durch zeitweilige Beziehungen war ich oft vor die Notwendigkeit gestellt, Präparate ohne nähere Begleitangabe begutachten zu müssen; erst nachträglich habe ich dann von vertrauensvollen oder besonders ängstlichen Kranken nähere Auskunft bekommen und fand auf diese Weise oft eine Bestätigung meiner anfänglichen Vermutung über den Charakter des jeweiligen Leidens. Heute wage ich die Zahl der verschiedenartigen Stellen und sonstigen Elemente des Ausstriches schärfer gegeneinander ab: Gelapptkernige Leukocyten sind vielfach in der Überzahl bei reichlichem Ausfluß vorhanden, doch sind bei chronischen Erkrankungen fast immer eine große Zahl kleiner und großer Lymphocyten und auch mastzellenähnliche, grobschollige, protoplasmareiche Zellen zu finden; bei ganz chronischen Fällen ist die Zahl der Epithelien sehr groß, ja, der Ausstrich kann nur aus solchen bestehen, was ich als sicheres Zeichen des desquamativen Katarrhs bei alter Entzündung, zumeist des hinteren Harnröhrenabschnittes, und einer mehr oder weniger hochgradigen Struktur auffassen muß. Man tut übrigens gut, zellige Einzelheiten nicht allein in der üblichen Löffler-Methylenblaufärbung, sondern auch in der Giemsatinktion zu studieren. Gerade

hier hat die Wissenschaft noch Aufgaben zu erfüllen; tintorielle und besonders auch mikrochemische Methoden (vgl. *Unna*) würden für die praktische Diagnostik wohl noch einige Erleichterungen bringen, wenn sie etwa im Sinne von *Sack* und *Amersbach* weiter ausgebaut würden. Diagnostisch wohl ebenso wichtig, wie das Problem der zelligen Elemente ist das Studium des Fasermaterials im Ausstrich: Homogener, grobfaseriger und schlecht färbarer Schleim im gefärbten Präparat ist von streifigem, dünnfädigem und stark färbbarem Fibrin zu unterscheiden, ersterer als Beweis des oberflächlichen, letzterer als solcher tiefgreifenden Katarhs. Elastischen, im Nativpräparat gut (wie etwa im Auswurf der Tuberkulösen) bestimmbaren Fasern begegnet man hier selten, und zwar nur dann, wenn sehr tiefgreifende Ulcerationen, besonders bei „falschen“ Wegen, bei tuberkulösen und carcinomatösen Affektionen vorliegen. An Mikroorganismen, die übrigens ohne jede Beimengung und in verschiedener Form zuweilen, besonders bei Ehemännern in der Fossa navicularis nachweisbar sind, spielen natürlich die intracellulären Gonokokken die größte Rolle, doch kommen sie ja in chronischen Fällen mit Harnröhrenaussfluß viel seltener vor, werden dann bei gleicher Lagerung wohl auch oft genug mit dem *Micrococcus catarrhalis* verwechselt. Alle übrigen, von ihnen ja in vieler Beziehung stark verschiedenen Bakterien und Bacillen im Harnröhrenaussstrichen, sind als zumeist dem vordersten Teil der Harnröhre entstammend in diesem Zusammenhange mehr nebensächlicher Natur; so sind die an sich nicht allzu seltenen und vielen Forschern merkwürdigerweise unbekannten intracellulären Stäbchen des Ausstriches harmlos und ein Zeichen einer übrigens vielfach rezidivierenden, bzw. mehrfach neu erworbenen, oft ehelichen Infektion, die man durch zeitweilige sexuelle Abstinenz und Behandlung der Frau, etwa mit Gynächlorinausspülungen schnell beseitigen kann; gerade dieser Punkt verdient die besondere Aufmerksamkeit der Praktiker, nicht zum wenigsten auch der Begutachter.

Die Bedeutung der im Laufe der Jahrzehnte so vielfach modifizierten, von einigen Seiten viel zu stark verfeinerten Mehrläserprobe und der Harnuntersuchung überhaupt wird m. E. auch heute noch, wenigstens für die Beurteilung postgonorrhoeischer Zustände zu sehr überschätzt: Fäden in den einzeln gelassenen Portionen haben nichts anderes zu bedeuten, als daß irgendwo in den Harnwegen ein Desquamativkatarrh besteht, der sich bekanntlich jahrelang halten kann, der aber keinesfalls eine Folge ehemaliger Gonorrhöe zu sein braucht; so sind bei Steinbildungen in allen Abschnitten der Harnwege und bei allen chronisch-entzündlichen Affektionen und vielen Geschwüren gut- und bösartiger Natur diese Fäden die Regel. Dabei sprechen Fäden lediglich in der ersten Harnportion für Harnröhrenaffektionen, in beiden Portionen für keinen bestimmten Sitz der Erkrankung. Ebenso sprechen isolierte Trübungen nur der ersten Portion, wie sie nicht selten sind, für das Vorhandensein einer Harnröhrenaffektion, wenn auch nicht für den genauen Sitz derselben. Trübung des gesamten Harnes zwingt zur chemischen und mikroskopischen Untersuchung. Salzabscheidungen im noch körperwarmen Harn kommen nicht selten auch auf Grund diätischer Besonderheiten, so z. B. oft bald nach reichlichem Genusse von Vegetabilien und besonders Kaffee vor; hier fehlt es m. E. noch an genaueren Feststellungen durch die innere Medizin. Bei mikroskopischen Harnuntersuchungen des Zentrifugates besagt das Vorhandensein von wenigen Leukocyten nichts; wichtiger erscheint mir die Feststellung etwaiger, übrigens auch bei chronischer Gonorrhöe nicht seltener, insbesondere bei Harnröhrenstrikturen und Prostatahypertrophien vorkommender Häufung von Blasenepithelien, die man als Zeichen chronischen Desquamativ-katarrhes der Harnblase, weniger der höheren Harnwege auffassen muß; diese Epithelabstoßung tritt übrigens nach einigen Tagen stärkeren Durstens (Durstkur)

noch deutlicher hervor und ist damit für die forensisch-urologischen Fälle von nicht zu unterschätzender Wichtigkeit. Mag noch erwähnt sein, daß zylindrische Gebilde im Harne nicht immer und zwingend ein Zeichen von Nierenkrankungen zu sein brauchen, sondern daß sie auch in vielen Teilen der Samenwege entstehen und dem Harne gelegentlich, übrigens zuweilen mit ein elnen Spermatozoen und Phosphaten angereichert beigemengt sein können.

Die mit genauer Inspektion verbundene Palpation der Sexualorgane und -wege ist eine gute, leider von Praktikern vielfach stark unterschätzte und deshalb oft vernachlässigte Methode. Schon die Verhärtung, Schwellung und die gleichzeitig herabgesetzte Beweglichkeit des Frenulum glandis mit und ohne Veränderung des Präputiums sind pathognomonisch für Urethritis antica chronica, oft mit Stenose der Fossa navicularis oder des vorderen Harnröhrenabschnittes, ein häufig, wenn auch nicht immer postgonorrhoeischer Zustand, während eine gewisse Druckschmerhaftigkeit am Angulus penoscrotalis nach meinen Erfahrungen nicht krankhaft, sondern oft genug normal ist. Druck auf die Harnröhre ist bei chronischer Urethritis, besonders am hinteren Harnröhrenabschnitt des Mannes zuweilen ebenso schmerhaft, wie bekanntlich bei Frauen. Besonders wichtig für die chronischen Fälle ist ferner die genaue Abtastung der im Krankheitsfalle fast immer fühlbaren Cowperschen Drüsen, die sich über einem eingeführten dickeren Bougie, wenn solches überhaupt durchgeführt werden kann, besonders gut abgrenzen lassen. Es gelingt sogar, vor diesen Drüsen die typische, postgonorrhoeische, hintere Urethralstruktur, den Endeffekt der Urethritis postica chronica als derben Knoten zu fühlen (bekannt genug ist die Cowperitis chronica als Ursache chronischer Ausflüsse). Die noch am häufigsten palpatorisch untersuchte Prostata wird vielfach falsch beurteilt; einmal ist ihre Größe, ihr Härtegrad und ihre Druckempfindlichkeit individuellen Schwankungen unterworfen, so daß man nur extreme Abweichungen gegen die Norm als krankhaft buchen sollte; anatomische Befunde und die Vergleiche mit den Angaben der Kliniker lehren uns weiterhin, daß die Praktiker ihre diesbezüglichen diagnostischen Befunde meist übermäßig bewerten; zudem muß man sich bei älteren Leuten immer vor Verwechslung mit der Prostatahypertrophie hüten. Die Samenblasen kann nur der mit den anatomischen Verhältnissen wohl vertraute Arzt und auch er nur unter gewissen Voraussetzungen und auch dann noch nicht immer mit Sicherheit wirklich unter dem rectal eingeführten Finger fühlen; die hierzu gehörigen Kunstgriffe sind einmal die künstliche, extreme, im Notfalle (Struktur) auch die natürliche Füllung der Harnblase, dann die gleichzeitige Bauchlagerung des Patienten bei hängenden Beinen über die festgepolsterte, etwa 25 cm im Durchmesser haltende Rolle, die Voelker für die perineale Prostatektomie angegeben hat, und die mir für möglichst exakte Samenblasenuntersuchung unentbehrlich geworden ist (Fettleibigen ist diese Methode meist recht unbequem); die mikroskopische Untersuchung der hierbei gewonnenen Sekrete soll weiter unten besprochen werden, es sei nur an dieser Stelle schon auf die ganz besondere Wichtigkeit dieser Dinge hingewiesen. Die Palpation der Samenstränge, der Nebenhoden und Hoden darf man natürlich in keinem Falle verabsäumen; sie bringt diagnostisch oft weiter, wobei man Verwechslungen mit andersartigen Affektionen, besonders mit Spermatozelen und Hydrocœlen natürlich vermeiden muß.

Eingreifender, aber ebenfalls unerlässlich ist weiterhin die Sondierung der Harnröhre, die meiner Erfahrung nach am besten mit dem durch 90 proz. Alkohol und Äther gründlich gereinigten und etwas eingefetteten elastischen Knopfbougie von etwa 22 Char. Stärke erfolgt. Auch ohne große Übung erkennt man gerade bei sehr vorsichtiger Handhabung auch geringgradige Verengerungen und jede umschriebene Empfindlichkeit. Vor der so oft gestellten Fehldiagnose einer

Struktur, die bekanntlich von muskulärer Urethralkontraktion, besonders am äußeren Schließmuskel vorgetäuscht wird, sowie vor Blutungen schützt man sich nach erstmaligem Mißlingen der Sondierung bis in die Harnblase durch Schleimhautanästhesie mit 2proz., in der Urethra posterior mit 5proz., am besten mittels Guyonkatheter eingebrochter Novocainlösung, die sicherlich viel seltener als das heute in Mißkredit geratene Cocain zu Kollapszuständen führt; durch dieses Medikament löst sich der bei den Erstbougierten so häufige Muskelkrampf, auch retrahiert sich die Schleimhaut, ähnlich wie bei der Anästhesie der Nase; leider lehrt die Erfahrung, daß nach Abklingen der Gefühllosigkeit eventuell noch nach Stunden gelegentlich Miktionsbeschwerden und kleine Spätblutungen auftreten können, und daß eher bei Gesunden als bei chronisch Harnröhrenkranken. Von einem Zusatz von Suprarenin bin ich abgekommen, da ebenfalls nach Abklingen der Wirkung Beschwerden, verursacht durch Schleimhautschwellung, die Folge zu sein pflegen. Überhaupt verhalten sich die Patienten sehr verschieden bei allen Harnröhreneingriffen, indem gelegentlich, besonders bei Jugendlichen, Ohnmachten vorkommen, während ältere Leute oft auffallend gleichgültig sich auch gegen schwerere Eingriffe verhalten. Begeisterte Therapeuten ohne viel anatomische Sachkenntnis haben dann versucht, im Endoskop die Ausspritzgänge zu sondieren; wer die örtlichen Verhältnisse kennt, wird ohne weiteres derartige Bestrebungen richtig beurteilen. Eine gute Beurteilung der Harnröhre ist auch deshalb absolut notwendig, weil — wie den meisten Kennern dieser Dinge durchaus geläufig ist — eine Struktur die sexuelle Leistungsfähigkeit in beiderlei Sinne stark herabsetzen kann, eine Tatsache, welche zu kennen gerade dem Gutachter von grösster Wichtigkeit ist.

Vielerorts vernachlässigt werden praktisch oft die mikroskopischen Sekretuntersuchungen der Prostata und Samenblasen, die gerade bei Beurteilung forensischer Fälle zuweilen ausschlaggebend sind. Das liegt in der sprichwörtlichen Schwierigkeit der Erlangung dieser Flüssigkeiten begründet, doch trifft das gerade in den pathologischen Fällen von chronischer Gonorrhöe wegen der oben schon beschriebenen herabgesetzten Schlußfähigkeit der Ausführgänge, sowohl der Ejaculatorii, wie auch der einzelnen Prostatadrüsen gar nicht zu. Das Prostatasekret ist hierbei besonders leicht ausdrückbar, fließt oft in großer Menge aus und lässt sich leicht auf einem Objekträger auffangen: Léuco- und Lymphocyten, Epithelien und Corpora amyacea lassen sich ohne Schwierigkeit am besten im nativen, aber auch im vorsichtig fixierten und mit Löfflers Methylenblau gefärbten Präparat leicht nachweisen; Leucocyten beherrschen auch hier zuweilen das Bild, womit im Verein mit dem Palpationsbefund die entzündliche Prostataaffektion erwiesen ist. Natürlich entsprechen andersartige Befunde genau den anatomischen Vorgängen, wie sie oben beschrieben sind. Die Samenblasen lassen sich isoliert, also ohne gleichzeitige Entleerung der Prostata wohl nur in den wenigsten Fällen ausdrücken; mit Hilfe aber der obenbeschriebenen Kunstgriffe und bei gleichzeitiger krankhafter Unschlußfähigkeit der Samenblasenausführgänge sind jedoch beide Sekrete gemischt zu erhalten. So habe ich im Nativpräparat bewegliche Spermien, Sympexien, Spermophagen, Fettkörnchen- und andere Körnchenzellen, sowie Einzelphosphate gelegentlich nachweisen können, glaube auch z. B. im Giemsapräparat tote und lebende Spermien durch ihr verschiedenes tinktorielles Verhalten (erstere rot-, letztere blaufärbbar) unterscheiden zu dürfen. Auf diese Weise kann man bei entsprechenden Vorkenntnissen, die ich im ersten Abschnitt dieser Arbeit zusammengestellt habe, zahlreiche Schlüsse ziehen, die dem Unkundigen entgehen, bzw. kann die erhobenen Befunde ergänzen und bestätigen. Die besten Resultate wird man, sollte an der Echtheit des etwa vorher gelieferten oder erzielten Materials ein Zweifel bestehen, mit Hilfe des Congressus condomatus

erhalten; dagegen halte ich die vielfach übliche Gepflogenheit mancher Gerichtsärzte, ein masturbatorisch, oft sogar Praesente medico hervorgebrachtes Sekret zur Untersuchung zu benutzen, für keine glückliche Methode, da mit Hilfe dieser Manipulationen, die außerdem jedem ethischen Gefühl höchst widerwärtig erscheinen müssen, sicherlich keine normale Samenmischungsverhältnisse erzeugt werden; bald ist reines Prostata-, bald reines Hodensekret geliefert; ich habe solche Untersuchungsart nie gefordert, aber von anderer Seite gehört, daß sich die zu begutachtenden Kranken entsprechend geweigert haben; tatsächlich glaube ich auch, daß man sämtliche Entscheidungen auf Umwegen treffen kann: Es genügt m. E., wenn man den zu Untersuchenden auffordert, das durch Congressus condomatus in der Wohnung erzeugte Sperma oder die in ein bereitgehaltenes Reagenzglas gefüllte oder auch auf einem Objekträger ausgestrichene Entleerung einer nächtlichen Produktion zur mikroskopischen Untersuchung baldmöglichst abzugeben; dabei besteht m. E. auch nicht die vielfach von Gutachterseite geäußerte Gefahr betrügerischen Verhaltens, indem Sperma eines anderen Menschen abgeliefert wird; die praktisch in Frage kommenden Patienten wollen ja meist nachweisen lassen, daß sie für eine Befruchtung der Frau nicht fähig seien und es dürfte für solche Männer sehr schwierig sein, fremdes und gleichzeitig krankes Sperma zu bekommen. Der gewiegte Begutachter wird auf solche Beträgereien nicht hereinfallen.

Nur bedingten Wert haben, wenigstens in alten Fällen für unsere Fragen die Provokationsmethoden: Neben der einfachen Knopfbougiedurchführung durch den hinteren Urethralteil wende ich hierbei die Installation von steigend 2- bis sogar 10 proz. Protargollösung an und glaube nur bei chronischen Urethritiden einer Reaktion in Form von etwas mehrtagigem Ausfluß gesehen zu haben, während weder intakte, noch narbig veränderte Harnröhren eine wesentliche Reaktion gaben. Die von *E. F. Müller* als Provokationsmittel angegebene intracutane, oft übrigens recht schmerzhafte Aolaninjektion halte ich nach meinen Erfahrungen in diesen Fällen für unbrauchbar und bedeutungslos.

Ebenso sind die Endoskopien für gerichtsärztliche Zwecke im allgemeinen meist entbehrlich, zumal ihre Handhabung nicht nur erlernt, sondern vielfältig in täglicher Arbeit geübt sein muß, ehe man die Befunde einigermaßen richtig zu deuten lernt; jedenfalls kann etwaige Folgezustände von Gonorrhöe meist auch ohne sie beurteilen.

Viel wichtiger ist m. E. eine gründliche Allgemeinuntersuchung, die sich natürlich nach der Eigenart des Falles zu richten hat. Herz-, Nieren- und Blutdruckverhältnisse sind gelegentlich von ausschlaggebender Bedeutung, zumal, wenn vorher Harnwegehindernisse und Harnblasenweite nachgewiesen sind. Bei etwaiger als postgonorrhöisch aufgefaßter Impotenz wird man auf Diabetes, auf andere chronische Vergiftungen und auch auf neurologische Leiden untersuchen müssen und endlich gehört als nicht zu unterschätzender Faktor für die Entscheidung von Gerichtsanfragen über alte Gonorrhöiker eine psychische Untersuchung dieser Männer dazu.

Auch ohne große psychiatrische Vorkenntnisse kann man bei einigermaßen reichlicher Erfahrung psychologisch auch unter dem Gonorrhöikern 2 Gruppen unterscheiden, zwischen denen es natürlich Übergänge gibt. Grobe Unterschiede findet man meist gleich bei der ersten Untersuchung in der Darstellungsart der Krankheitsvorgänge, in der Eigenbeurteilung etwaiger Schuldfragen und in der Abschätzung der entstandenen und noch zu erwartenden Krankheitsfolgen. Die eine extreme Gruppe sind meist junge, nicht selten aber auch ältere Männer mit einer jedes gesunde Empfinden empörenden, optimistisch schuldverneinenden Leichtfertigkeit, die sich übrigens auch in der Behandlung und Erledigung der

ärztlichen Honorarfrage oft genug zeigt; die andere Gruppe besteht aus Leuten mit pessimistischem Minderwertigkeitsgefühl, die eigene Schuld wird offen bejaht. Die in der Minderzahl befindlichen optimistischen, vielfach unsympathischen Gonorrhöiker wiegen sich in Sicherheit, da durch ausgedehnte Aufklärung, nicht zum wenigsten durch Theater- und Film-Tendenzstücke die Heilungsaussichten der Gonorrhöiker zuweilen als glänzend hingestellt seien. Es sind meist Leute von durchweg leichtester Lebensauffassung und -föhrung, Leute im Vollbesitze ihrer sexuellen Kraft, häufig ehemalige aktive Soldaten, Offiziere, Teilnehmer am Kriege, der vielfach den Leichtsinn großgezogen hat; besonders auffällig ist diese Erscheinung, wenn gleichzeitig geldlicher Wohlstand und leichter Gelderwerb zu einer etwa vererbten Anlage hinzukommen; oft sind es Rheinländer, gewisse Arten Süddeutscher, häufig Österreicher und Ungarn; übrigens habe ich während des Krieges vielfach die gleichen Auffassungen im türkischen Offizierskorps feststellen können: Es wird als selbstverständlich angesehen, daß dem Manne die größten Freiheiten, auch trotz ehelicher Bindungen erlaubt seien; und so wird freimütig gleich von einer größeren Zahl (in einem Falle von sieben) gonorrhöischer Neuerkrankungen berichtet, ohne daß im geringsten Reue oder Schuldgefühl gezeigt wird, einzelne der Erkrankungen seien — so heißt es oft — zuweilen erst nach längerer Zeit und unter einigen Komplikationen ausgeheilt, aber körperliche Folgen seien „sicher nicht“ entstanden; etwaige Kinderlosigkeit wird nur bezogen auf Unfruchtbarkeit oder Erkrankungen der Ehefrau, die bezüglich ihres Leidens und auch sonst rücksichtslos behandelt und übergangen wird, vielfach auch einem oft genug unberechtigten Mißtrauen gegen ihre eheliche Treue ausgesetzt ist, während der Mann selbst jeden eigenen Fehltritt und etwaige Erkrankungen ihr verheimlicht, ja skrupellos auf sie überträgt. — Der Typus pessimistischer Gonorrhöiker ist nicht zum wenigsten bei der so überaus schlechten heutigen Wirtschaftslage wesentlich in der Überzahl. Junge kaufmännische Angestellte oder Junglehrer mit minimalem oder gar keinem Einkommen, dann auch ältere Männer, vielfach jenseits des 45. Lebensjahres, die ihre sexuellen Kräfte schwinden zu fühlen glauben, die es im Leben niemals zu besonderen Leistungen und damit selten zu nennenswerten Reichtümern gebracht haben, bilden das Hauptkontingent, nicht selten sind auch jungverheiratete Ehemänner sehr bedrückt, haben oft schon die Ehefrau ins Vertrauen gezogen, bevor sie den Arzt aufsuchen, und befürchten für sie eine Mitinfektion, obwohl ein Verkehr hinterher zuweilen überhaupt nicht stattgefunden hat. Meist handelt es sich in diesen Fällen um Erstinfektionen, die nicht so selten erst im 3. Lebensjahrzehnt erfolgen. Es tritt eine oft sehr erhebliche Schwarzseherei dabei zutage, die sich nicht nur auf die augenblickliche Erkrankung, sondern auch oft auf die ganze Zukunft bezieht; die schwersten moralischen Selbstvorwürfe und ein kaum beeinflußbares Minderwertigkeitsgefühl überfallen den Kranken und machen ihn zur Arbeit oft für Wochen untauglich, eine allgemeine, zuweilen auch ausgesprochen sexuelle Unlust bleibt oft monate-, ja jahrelang bestehen; mit einer gewissen Stumpfheit stehen diese Kranken den sonstigen Erlebnissen ihres Daseins gegenüber und denken zeitweise ausschließlich an die Behandlung und Zukunft ihres Leidens. Hierbei genügt ihnen ein einzelner Arzt selten, sie wechseln den Arzt „ihres Vertrauens“ oft, konsultieren auch wohl mehrere gleichzeitig, insbesondere wenn gleichzeitige Impotenz vorliegt. Trotzdem macht die Erhebung der Anamnese manchmal wegen einer bei Jugendlichen oft vorhandenen Schamhaftigkeit gewisse Schwierigkeiten, da die Neigung besteht, die in aller Stille schwer bereute Handlungsweise auch vor dem Arzte selbst unter Zuhilfenahme grober Unwahrheiten zu beschönigen; andere sind wieder von geradezu verblüffender Offenherzigkeit, erzählen bis ins Kleinste von sexuellen „Jugendunarten und -entgleisungen“ und von

sexualpsychischen Kämpfen. Über die bereits von ihren Ärzten vorgenommene Behandlung wissen sie genaueste Einzelheiten zu berichten, haben oft darüber genau Buch geführt und geben gern auf Anforderung längere schriftliche Berichte ab, damit „ja nichts Wesentliches vergessen“ und übersiehen wird. — Außer diesen Extremen gibt es natürlich nicht nur viele Übergänge gradueller Art, sondern auch Fälle, in denen optimistische und pessimistische Phasen miteinander abwechseln; am häufigsten ist der durch Selbstzucht überwundene Pessimismus, der in Optimismus übergeht; doch auch den umgekehrten Ablauf erlebt man nicht allzu selten, wenn etwa die Behandlung lange nutzlos geblieben ist. Im Laufe der Erkrankung und mit ihrem Chronischwerden gewöhnen sich schließlich die Kranken auch an einen wenig erfreulichen Zustand, wenn also z. B. monate-, ja jahrelanger Ausfluß bestanden hat, ja sogar wenn die Potenz stärker herabgesetzt oder gar verloren gegangen ist; es können also alte Gonorrhöiker gegen ihr Leiden und gegen etwaige schwerste Folgen merkwürdig gleichgültig werden. Nur so ist es wohl zu erklären, daß so viele alte Gonorrhöiker nicht einsehen können, daß andersgeartete, oft ja erst nach langen Jahren einsetzende Spätsymptome, wie Harnretention oder rezidivierende Infektionen des uropoetischen Systems oder gar Blutdruckerhöhungssymptome nach narbiger Pyelonephritis mit dem ehemaligen Leiden vom Arzte in Beziehung gebracht werden. Leider gibt es wohl auch Ärzte genug, die diese Zusammenhänge nicht genau genug kennen, gegebenenfalls auch nicht an sie denken; am unbekanntesten sind meiner Erfahrung nach die chronisch-rezidivierenden Samenblasenerkrankungen, die zuweilen zu generalisierten Gelenkerscheinungen führen, welch letztere übrigens auch durch gleichzeitiges Trauma zuweilen ausgelöst oder auf solches zurückgeführt werden (*cf. Schubert*).

Allen diesen Einzelheiten sollte der begutachtende Arzt eine ebenso große Beachtung schenken, wie der somatischen Untersuchung, nicht nur zur Stellung der Diagnose, sondern auch — wie die späteren Abschnitte dieser Arbeit zeigen werden — wegen der Therapie und vor allem der Prognose eines gonorrhöischen oder postgonorrhöischen Leidens. Damit ist aber die Untersuchung noch nicht erschöpft; vielmehr gehören hierher eine Reihe Zusatzuntersuchungen zur Klärung differentialdiagnostischer Fragen, die ich hier streifen zu müssen glaube. Wenn auch schon ärztlicherseits vielfach postgonorrhöische Zustände nicht richtig als solche erkannt werden, so ist die Zahl der Fälle doch noch größer, in denen ein solcher Zusammenhang vermutet wurde, der tatsächlich aber nicht vorhanden ist; hier kann man wohl mit noch größerem Rechte von einer Fehldiagnose sprechen. Vor solchen Fehlurteilen schützen ja eine Reihe von Untersuchungsmethoden, die der moderne Urologe und damit selbstverständlich auch der betreffende Gerichtsgutachter unbedingt kennen muß, wenn er es nicht vorzieht, einen Urologen vom Fach hinzuzuziehen. Dieses gilt zunächst für andersartige Urogenitalleiden:

Die Prostatahypertrophie mit ihrem für den Kenner recht wechselvollem Bilde wird vielfach noch als letzten Endes durch Gonorrhöe bedingt angesehen; das ist sicherlich nicht der Fall, denn ein großer Teil dieser Kranken hat nie eine Gonorrhöe durchgemacht. Und wenn auch die Ätiologie dieser so häufigen Erkrankung noch immer nicht mit Sicherheit geklärt ist, so hat doch wohl jeder Kenner der Sachlage die Vermutung, daß hier sexuelle, chronisch-fehlerhafte Inanspruchnahme sowohl in quantitativer wie qualitativer Hinsicht viel bedeutungsvoller ist, als gonorrhöische entzündliche Reizzustände, die ja — betrachtet man das ganze Leben dieser Patienten — immerhin nur kürzere Zeit bestanden haben. Die Hypertrophie gelangt bekanntlich erst in Jahren, vielfach in Jahrzehnten in ein beunruhigendes Stadium; anatomisch ist m. E. weniger die Schleimhaut- und Drüsenhypertrophie, als vor allem die allmählich erfolgte Umwandlung der Muscularis in Bindegewebe bedeutungsvoll, da hierdurch die Prostataentleerung

erschwert, ja unmöglich wird und zurückgebliebene Sekrete als ständiger Reiz wirken. Diagnostisch verwertbar ist die bei höheren der Prostatahypertrophie immer entstehende, von mir seinerzeit auch mit der Ausgußmethode anatomisch nachgewiesene, oft hochgradige Erweiterung der Pars prostatica und Knickung kurz vor dem Sphincter vesicae, Verhältnisse, die dem Kenner die Diagnose mit dem halbstarren Katheter natürlich neben der rectalen Palpation sehr erleichtern; mit dem gleichen Instrument läßt sich übrigens auch mit großer Sicherheit ein „Lobus pathologicus“ prostatae feststellen, indem man es in üblicher Rückenlage mit dem Schnabel nach oben bis in die Harnblase einführt, dann gegen den Sphincter zurückzieht und nun halbkreisförmig nach beiden Seiten den Katheter um seine eigene Achse dreht, wodurch man die Größe der basalen Aussparung ziemlich genau ermessen kann. Erst vor etwaiger, m. E. nur selten nötiger, mittels Durstkur und Röntgentherapie vielfach vermeidbarer Operation muß eine Cystoskopie erfolgen, bei welcher übrigens meiner Erfahrung nach auch das eigentlich für neurologische Blasenerkrankungen beschriebene Schrammsche Phänomen positiv sein kann; die bekannten Harnblasenveränderungen, die Weite und herabgesetzte Dehnbarkeit lassen sich auch ohne Cystoskopie mit der Auffüllungsmethode unschwer feststellen. Auch die von mir beschriebenen glasigen Veränderungen des Samenblaseninhaltes bei Prostatahypertrophie lassen sich klinisch zuweilen feststellen. Dem wirklichen Kenner kommt somit eine Verwechslung von Prostatahypertrophie und gonorrhoeischer Prostatitis mit oder ohne Struktur des hinteren Harnröhrenabschnittes wohl selten vor, noch weniger übrigens mit dem leicht wegen seiner Härte diagnostizierbaren Prostatacarcinom.

Steinleiden und tuberkulöse Urogenitalaffektionen bieten differentialdiagnostisch auch dem Kenner viel mehr Schwierigkeiten, es sei denn, daß blutige Harnbeimengungen, wie sie bei alten gonorrhoeischen Veränderungen ja selten sind, auf den richtigen Weg weisen. Koliken, zumeist zwar als Steinsymptom bekannt, kommen auch bei tuberkulösen Nierenveränderungen gelegentlich zur Beobachtung, Harnblasensteinen verlaufen meist ohne solche; die Cystoskopie hilft hier meist weiter. Besonders schwierig ist die Unterscheidung tuberkulöser und postgonorrhoeischer Urethritiden; erstere sind nicht allzu selten bei Lungen-tuberkulösen. Mit alten gonorrhoeischen Epididymitiden werden andersartige Schwellungen der männlichen Adnexe vielfach verwechselt, nicht nur mit echten Hodentumoren und -gummien, sondern auch mit tuberkulösen Nebenhoden-erkrankungen, mit Spermatozelen, Varicozelen, Hydrozelen, mit freien Körpern des Hodenscheidenraumes und mit Hernien.

Und so soll der Gonorrhöebegutachter auch etwas von den regionären Darmleiden verstehen; die eigenartigen Beziehungen zwischen Hernien und der Harnblase, d. h. die Einbeziehung des Harnblasenfundus in den Bruchsack sind nichts Seltenes; ferner wird so leicht eine gelegentlich bei Appendicitis acuta und chronica vorkommende Harnblasenerkrankung, sowie sogar ein Mastdarmcarcinom und Proctitis ulcerosa übersehen, wenn Harnröhrenercheinungen im Vordergrunde der Beschwerden stehen.

Eine kurze Erwähnung verdient noch die häufige Tatsache, daß Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten, bzw. die bei ihnen vorkommenden Harnblasen- und Genitalerscheinungen, besonders Impotenz fälschlicherweise mit Folgen alter Gonorrhöe verwechselt werden. Der Urologe stellt nicht selten als erster die Tabesdiagnose, wenn er mit den einschlägigen, feineren neurologischen Untersuchungsmethoden einigermaßen vertraut ist. Selbst etwaige Wirbelsäulen-affektionen und solche des Kreuzbeins, wie ich sie selbst z. T. beschreiben konnte, müssen gelegentlich bei Begutachtung in den Bereich der Möglichkeit gezogen werden.

Die Beziehungen der Potenzstörungen zum Diabetes und zu andersartigen chronischen Vergiftungen sind hinreichend bekannt. Ich erwähne sie nur der Vollständigkeit halber. Chronische Cystitis bei Diabetikern ist ja keine allzu große Seltenheit.

Der Begutachter muß selbstverständlich alle diese Beziehungen kennen, will er zu einem wirklich klaren Ergebnis kommen.

Trotz aller im vorigen beschriebenen, allerdings ja nur teilweise für den Einzelfall in Frage kommenden Untersuchungen kann man unmöglich zu einem abschließendem Urteil gelangen, wenn man nicht die Zukunftsaussichten der Kranken mit und ohne Therapie abzuschätzen weiß; diese Forderung muß für jeden einzelnen Fall gestellt werden, selbst dann, wenn hierdurch eine Entscheidung für Wochen hinausgezogen wird.

Für den spezialistisch vorgebildeten Begutachter ist es selbstverständlich, daß er zur Beurteilung der Sachlage auch eine gewisse Beobachtungszeit zur Verfügung hat, ja daß er auch selbst entgegen den heutigen Gepflogenheiten therapeutische Versuche mit den Patienten anstellt; wird doch die Diagnose zuweilen erst durch Einleitung einer sachgemäßen Therapie ermöglicht! Außerdem ist es eigenartig, daß auch hier — wie so oft in der Medizin (aus der Urologie erwähne ich als Beispiel die Restharnentnahme) — eine sachgemäße Untersuchungsmethode sehr oft gleichzeitig den Anfang einer rationalen Behandlung darstellt.

Zunächst seien hier einige für die forensische Beurteilung wichtige therapeutische Einzelheiten erwähnt, die vielfach auch auf Grund von Erfahrungen am Sektionstisch entstanden sind, deren Bedeutung allerdings z. T. erst durch eigene Erfahrung von mir erkannt ist: Die allgemein verbreitete Spritzmethode bei akuter Gonorrhöe mag harmlos sein, vielfach auch gewissen Nutzen haben, gelegentlich aber ist sie sicher vom Übel, wenn nämlich durch falsche Spritzenbehandlung durch den Patienten eine Urethritis anterior zu einer posterior gemacht wird, was zweifellos nicht selten ist; für akute Erkrankungen gilt sie einstweilen noch als beste, und wird bei Innehaltung der vorgeschriebenen Lösungen keinen Anlaß zur forensischen Kritik bieten. Bei chronisch-eitrigen Erkrankungen jedoch werden sehr häufig schädliche Methoden angewandt; unter ihnen ist die Einbringung stärkerer Lösung mittels halbstarrer Katheter noch die harmloseste; viel gefährlicher ist die Durchführung von harten Instrumenten, etwa gar von schraubbaren Branchendilatatoren durch die Harnröhre. Jede forcierte Behandlung kann allerschwerste Folgen haben, von denen das sogenannte Katheterfeuer glücklicherweise meist die geringste ist; immerhin kann man gelegentlich am Leichentisch Befunde erheben, bei denen die histologische Untersuchung das Eingedrungensein von Bakterien unmittelbar in die Corpora cavernosa beweist. Verhängnisvoller noch sind größere Blutungen aus der Harnröhre, die, wenn die Blutung mehrere Tage anhält, immer ein Zeichen tiefergreifender Albuginea-verletzungen sind: Ich habe multiple, durch Katheterismus entstandene Querrisse der Schleimhaut der hinteren Harnröhre am Leichentisch nachweisen können, eine Verletzung, auf deren Häufigkeit auch *Glingur* mehrfach hingewiesen hat; der forcierte Zug des ganzen Gliedes über den Katheter herüber dürfte die Ursache solcher Verletzungen sein. Ich stehe überhaupt auf dem Standpunkt, daß durch jegliche brüskie Behandlung jede hintere Harnröhrentzündung in die Länge gezogen, daß die Entstehung von postgonorrhoeischen Adnexerkrankungen beim Manne fast ausnahmslos auf das Schuldkonto ärztlicher Behandlungen zu setzen sind. Man müßte sich m. E. darüber klar sein, daß es sich auch bei dieser „Crux medicorum“ um eine chronische Erkrankung handelt, deren Heilung nirgends im Körper schnell erfolgen kann; an dieser Stelle des Körpers liegen zudem die anatomischen Verhältnisse so kompliziert, wie wohl an keiner anderen; feinste,

unsondierbare Gänge treffen hier zusammen, und so ist es kein Wunder, wenn man mit Geduld von seiten des Arztes und Patienten am weitesten kommt und sich nicht mit schnellen Scheinheilungen begnügt: Schon mit einigen vorsichtigen schwachprozentigen Guyonbougieinstallationen kann man Wunder wirken, selbst dann, wenn etwa einige Prostatadrüschen oder gar die Samenblasen gleichzeitig erkrankt sind. Die so beliebte rectale Prostatamassage muß auf ein Mindestmaß beschränkt bleiben. Schwache Röntgendosen, eventuell mit der „Dreifelder-technik“ verabfolgt, haben sich mir in hartnäckigen, chronisch-entzündlichen Fällen, wie auch bei der Prostatahypertrophie vielfach als brauchbar erwiesen. Man kommt sogar zuweilen ohne Behandlung in relativ kurzer Zeit zur Heilung des Prozesses, wenn der Arzt den ungeduldigen Kranken auf den richtigen sexual-hygienischen Weg zu bringen versteht, den er oft bislang nicht gegangen ist; gerade hier werden auf beiden Seiten die meisten Fehler begangen, und man muß m. E. den Chronischkranken eventuell mit Zuhilfenahme von Zeichnungen vor Augen führen, daß eine physiologische Füllung der Samenwege und -hohlräume die Heilung allein herbeiführen kann, daß der Kranke mit anderen Worten sich vor jeder Entleerung — welcher Art sie auch seien — nach Möglichkeit schützen soll, was meist nicht streng genug innegehalten wird. Bei den strikturierenden, nicht mehr oder erneut sezernierenden Harnröhrentzündungen, die ja eigenartigerweise den Träger im allgemeinen sehr viel weniger beunruhigen als es die eitrigen Ausflüsse tun, ist therapeutisch ebenfalls größtmögliche Vorsicht geboten, wenn auch natürlich energischere Methoden als in den akuten Fällen angewandt werden können und müssen. Ich habe meine eigenen Erfahrungen an über 60 Strikturfällen gesammelt, habe vor einiger Zeit auch über einen Teil dieser Fälle veröffentlicht, konnte fast sämtliche Fälle erfolgreich bis zu Nr. 25 und 26 Char. behandeln und stehe heute auf dem Standpunkt, daß man die durch ehemalige Urethritis antica hervorgerufene vordere Struktur nur durch Meato-tomie mit Vernähnung der Wundränder, eventuell auch in Verbindung mit einer Urethro-tomia anterior interna inferior heilen kann, daß die typischen hinteren Strikturen aber eine längere, am besten in Schüben geleistete Bougiebehandlung erfordern; diese letztere ist zuweilen allerdings reich an Gefahrklippen, besonders bei jüngeren Männern, während ältere viel widerstandsfähiger sind; deshalb gehört wohl eine derartige Behandlung nur in wirklich sachkundige Hand, die auch durch eigene Mißerfolge geschickt genug geworden ist: Jeder einzelnen derartigen Sitzung muß eine gründliche Anästhesie, wie sie oben beschrieben wurde, vorangehen; es folgt dann die Durchführung eines elastischen Filiformbougies, an das Metallsonden verschiedener Stärke angeschraubt werden; von der einfachen Bougiebehandlung mit halbelastischen oder metallenen Rohren bin ich abgekommen wegen der Gefahr der Verletzung durch die Bougiespitze; niemals habe ich mehr als zwei derartige Behandlungen in einer Woche ausgeführt; schon bei kleinen Blutungen, die mehr als den üblichen Tropfen sind, und nach Schüttelfröstern und Fieber mache ich 1—2 Wochen Pause, komme in 1—2 Monaten eigentlich ausnahmslos bis Char. 25, selbst wenn sogenannte Impermeabilität (die ich nur einmal bei gleichzeitiger Harnblasenfistel anatomisch erlebte) vorlag; feinere Kunstgriffe bei der Bougierung erlernt nur der, welcher sich in Ruhe mit diesen Dingen abgibt, was weder in Krankenhäusern, noch gar bei praktischen Ärzten oft der Fall ist; m. E. müßte es strafbar sein, eine derart komplizierte Behandlung Heildienern zu überlassen, wie das leider immer noch geschieht. Ich verbinde derartige Behandlung immer mit der Durchführung einer extremen Durstkur, wobei man durch Schonung der Muskulatur von Blase und Harnröhre viel schneller weiter kommt; die gleiche Erfahrung hat man ja auch bei der Punktionsmethode der Harnblase zur Behebung von Strikturen gemacht und erkannt, daß hierbei

wohl durch Ausschaltung einer allzu reichlichen Funktion der Blasenmuskulatur das Abflußhindernis den therapeutischen Bemühungen weniger Widerstand entgegengesetzt. Übrigens gehe ich bei sehr hochgewachsenen Männern mit großem Genitale gelegentlich bis Char. 28, unterbreche jedoch, sobald eine stärkere Blutung nach dem Eingriffe vorkommt.

Die zuweilen notwendige innere Allgemeinbehandlung darf natürlich nie vergessen werden: Neben einer größtmöglichen Strikturerweiterung und völliger Behebung der Urethralreizungen muß eine eventuelle Blutdruckerhöhung nach den heutigen Regeln bekämpft werden. Diuretische und diätetische Vorschriften, zumal bei gleichzeitiger Adipositas können nicht entbehrt werden, antituberkulöse und antidiabetische Behandlung muß gleichzeitig mit der örtlichen Behandlung von Urogenitalerkrankungen einsetzen, zumal ja deren Erfolg eventuell nicht nur die Diagnose erhärtet, sondern oft auch die Prognose klärt. — Auch eine gewisse psychische wohlwollende Behandlung muß neben der somatischen einhergehen, da durch sie der körperliche Erfolg um so leichter erreicht wird, wie überall in der Medizin; insbesondere ist ein Zureden in eminent chronischen Fällen dringend notwendig, z. B. wo Prostatitis, Spermatozystitis, Samenstrangsverschlüsse oder Nebenhodenschwellungen vorliegen. Beste Erfolge kann man bei postgonorrhoeischen Potenzstörungen auf diese kombinierte Weise haben; solche Kranken lassen sehr lange Zeit mit rührender Ausdauer die schmerhaftesten Behandlungen über sich ergehen; örtliche Behandlung, besonders Strikturerweiterungen, kann das Leiden zuweilen zwar schnell bessern, in andern Fällen aber schadet die örtliche Behandlung mehr als sie nützt, wenn nämlich kein krankhafter Befund mehr nachweisbar ist; hier setzt die rein psychische Behandlung ein. Über die Prognose glaube ich im allgemeinen sagen zu müssen, daß die chronisch-eitrigen, postgonorrhoeischen Urogenitalaffektionen einschließlich der Entzündung der höheren Harnwege viel zu schwarz nicht nur von den Patienten, sondern auch von den Ärzten angesehen, während die narbigen Späterkrankungen mit ihren bedauerlichen Spätfolgen von beiden Seiten zu sehr auf die leichte Schulter genommen werden. Die Behandlung aller postgonorrhoeischen Zustände ist aussichtsvoll, wenn sie in sachkundiger Weise durchgeführt wird, was leider keineswegs immer der Fall ist. Der Durchschnittsarzt verfügt über zu wenig spezielle Kenntnisse, ist in der Behandlung akuter Erkrankungen meist zu angriffslustig, während er sich mit den chronischen Fällen zu wenig Mühe gibt, ein Fehler, der in dem unseligen Krankenkassenbetriebe häufig genug seinen letzten Grund hat. Das bei der Behandlung der Geschlechtskrankheiten, insbesondere auch der chronischen Gonorrhöefolgen sehr empfindliche Publikum glaubt sich auch zuweilen sogar von sachkundigen Ärzten getäuscht und wechselt vielfach den Arzt, wodurch es selbst eine exakte, in gerader Richtung verlaufende Behandlung unmöglich macht. Zuweilen bleibt nur deshalb die Prognose der chronischen Gonorrhöe zweifelhaft. Im wesentlichen wird es auch darauf ankommen, welche Stellung ein Patient zu den ihm von sachkundiger Seite vorgeschlagenen Behandlungsmethoden einnimmt; ist er in vielen Punkten ablehnend, und erfüllt er nicht die an ihn gestellten therapeutischen Forderungen, so wird damit die Prognose verschlechtert; läßt er sich von der Notwendigkeit der einzelnen Maßnahmen überzeugen, so ist damit oft unendlich viel gewonnen. Somit bestimmt auch die Energie des Kranken häufig genug die Prognose, und das gilt nicht nur in somatischer, sondern auch in psychischer Beziehung; nur scheinbar machen hiervon jene seltenen postgonorrhoeischen Impotenzfälle eine Ausnahme, denn auch sie werden bei allmählicher Behebung des Selbstbewußtseins zuweilen und unversehens gebessert; in anderen Fällen liegt eben kein postgonorrhoeischer Zustand vor. Andersartige psychische Erscheinungen, besonders neurasthenische mit und ohne somatische

Komplikationen sind prognostisch natürlich ebenso zu bewerten, wie andersbedingte Neurasthenien. Eingewurzelte Psychosen sind schlechter zu beseitigen als frische; Remissionen und Umkehrungen des Typus haben, wenn sie auf gonorrhoeische Ursache zurückzuführen sind, keine schlechte Prognose.

Daß man endlich auch den sozialen Verhältnissen und dem Bildungsgrade des einzelnen Kranken bei der Beurteilung der Prognose Rechnung tragen muß, ist wohl selbstverständlich.

III.

Auf Grund aller in den bisherigen Ausführungen dargelegten Erwägungen und Feststellungen allein wird man sich in geeigneter Weise zu den von den Gerichten im Einzelfalle gestellten Fragen und auch ungefragt zum Wohl der Klientel äußern können; damit allein wird man dem Richter die ja nicht immer leichte Entscheidung auf diesem heiklen Gebiete überhaupt erst ermöglichen. Sein Urteil ist in der Mehrzahl der Fälle von einschneidender Bedeutung für beide Parteien, von ihm hängt oft die innere Zufriedenheit des einzelnen, nicht selten die eheliche Zukunft der Beteiligten ab.

Welcher Art sind nun die praktisch in dieses Gebiet reichenden Anfragen des Gerichtes? Auch heute noch drehen sich die aus gonorrhoeischer Erkrankung eines Mannes erwachsenden zivilgerichtlichen Prozesse weniger um Fragen, die das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten betreffen, sondern noch bedeutend mehr um die alten Ehescheidungsparagraphen 1565 und 1568 des BGB., und diese Tatsache erklärt sich dem Sachkundigen durch folgende Erwägungen: § 2 des neuen Gesetzes verpflichtet den Kranken, sich durch einen deutschen approbierten Arzt behandeln zu lassen; Umgehung dieser Bestimmung durch Kranke wird, wenigstens bei akuter Gonorrhöe, infolge weitgehender Aufklärung des Publikums durch die behandelnden Ärzte immer seltener; es soll durch das Gesetz wohl mehr der Kurpfuscher, als der Arzt erfaßt werden, und jene kennen das Gesetz zuweilen besser als diese. — § 5 stellt Leute unter Strafe, die, von ihrer Erkrankung wissend, andere infizieren; abgesehen davon, daß das Publikum diese Bestimmung kaum kennt, viel weniger darüber orientiert wird und deshalb auch wenig Gebrauch davon macht, scheut sich das Publikum vielfach vor Anwendung, da der Mann erfahrungsgemäß in Erkenntnis der eigenen Schuld nicht klagt, da die infizierte Ehefrau von dem wahren Charakter der bei ihr ja fast ausnahmslos leicht beginnenden Erkrankung nichts ahnt und deshalb eine Schuldfrage nicht aufwirft; erst im späteren Krankheitsverlauf kann für Eheleute dieser Paragraph von praktischer Bedeutung werden, wird aber wohl dann immer mit anderen mutmaßlichen Ehescheidungsgründen verquickt. — § 6 geht ebenfalls die ehelichen Beziehungen an, wobei also die gleichen Umstände eine Rolle spielen. Zusammenfassend kann man also sagen, daß diese neuen Paragraphen bisher nicht wesentlich die Zahl der infolge Gonorrhöe angestrengten Prozesse vermehrt haben. Tatsache ist auch, daß selbst ein sehr großes Gericht wie das Hamburger, mit der Handhabung der neuen Gesetze nur ganz geringe Erfahrungen bisher besitzt, was vielleicht im Laufe der Jahre anders werden kann.

Die heute laufenden, doch sehr zahlreichen Klagen, in denen die Gonorrhöe und ihre Folgen eine allerdings oft nebенäglichere Rolle spielt, werden also meist noch nach den alten Paragraphen des BGB. verhandelt: Hauptsächlich kommen hier in Frage die Ehescheidungsparagraphen wegen Ehebruchs (§ 1565), wegen ehelicher Pflichtverletzung und ehrlosen oder unsittlichen Verhaltens (§ 1568), wegen Irrtums über „persönliche Eigenschaften“ eines Partners (§ 1333) und wegen arglistiger Täuschung über persönliche Verhältnisse (ausschließlich Vermögensangelegenheiten), die bei Kenntnis von der Eheschließung zurückgehalten hätten.

(§ 1334). In- und außerhalb der Ehe werden dann gelegentlich Körperverletzungsparagraphen bei Gonorrhöeaffektionen herangezogen, besonders §§ 823 und 825; Beispiele sind auch in der medizinischen Literatur mehrfach festgelegt (z. B. Rosenfeld, Weinmann).

Die sich hieraus ergebenden Anfragen des Gerichtes an die Sachverständigen sind hierbei zweierlei Art: Einmal wird gefragt, ob der sichere Nachweis der gonorrhöischen Natur eines Leidens zu erbringen, und wie alt die vorliegende mutmaßliche Erkrankung ist; dann aber wünscht man eine Äußerung darüber, ob der Zustand darauf schließen läßt, daß eine Gonorrhöe vorgelegen hat und ob etwa bestehende Beschwerden oder Nachteile als Gonorrhöefolge anzusehen sind. Die Antworten ergeben sich dem Sachkenner aus obigen Ausführungen meist leicht und einwandfrei; häufig genug wird die Antwort nicht bestimmt lauten können, wie obige Ausführungen ohne weiteres erkennen lassen. Besonders häufig taucht in der Gerichtspraxis die wohl kaum ärztlich allein entscheidbare Frage auf, ob eine vorhandene frische gonorrhöische Affektion ein Aufflackern einer alten Gonorrhöe ist, oder ob eine neue Erkrankung erworben wurde. Die praktisch vor Gericht wichtigste Frage nach der Zeugungsfähigkeit wird, wie ich mich durch das Studium einer größeren Zahl von Akten überzeugen konnte, besonders in Alimentations-, sehr viel seltener in Ehescheidungsprozessen aufgeworfen; hier handelt es sich um Beurteilung des augenblicklich vorhandenen Zustandes und um Prognosestellung, dort vornehmlich um Rückschlüsse auf den Zustand zu Zeiten der Befruchtung; es ist klar, daß in beiden Fällen ein Gutachten nur bei bester Sachkenntnis und nach exakter Untersuchung abgegeben werden kann und darf, und zwar vorbehaltlos nur im Falle normalen Befundes, mit größter Reserve aber im Falle nachgewiesener pathologischer Befunde.

Merkwürdigerweise wird nur sehr selten von den Gerichten nach den Heilaussichten, welche unter den gegebenen Verhältnissen bestehen, gefragt, obschon das im wesentlichen Interesse des gerechten Urteils liegt. Auf diese Dinge von sich aus hinzuweisen, hat der Sachverständige meistens Gelegenheit, ja wohl auch die Pflicht, da hierdurch eine ganz andere, meist für beide Teile günstigere Beurteilung mit einem Schlag erreicht wird. Hier liegt oft genug die Möglichkeit einer Einigung der Parteien und einer Umgehung einer gerichtlichen Bestrafung, die ja nicht wahllos jeden Urheber von Mißgeschicken treffen soll. Der Arzt ist hier noch eher als sonst dazu berufen, Fehlurteile des Gerichtes zu verhüten oder abzuschwächen, und die Möglichkeit hierzu liegt nicht zum Wenigsten in der Darlegung und Betonung der oft günstigen Heilaussichten der Gonorrhöe.

Damit erwächst den Gerichten, die sich mit diesen gesundheitlichen Dingen heute mehr als früher abgeben müssen, die neue Pflicht, den Sachverständigen eingehender zu vernehmen und zu hören; es müssen ferner dem Zwange der Zeit entsprechend aus der großen Masse der Ärzte besonders geeignete Sachverständige mit gediegenen fachwissenschaftlichen Kenntnissen und Erfahrungen herausgefunden werden, die gleichzeitig auch menschlichen und rechtlichen Empfindungen zugänglich sind. Das Publikum aber, zu dessen Wohlfahrt ja dieser ganze Apparat tätig ist, sollte einerseits mit der Kenntnis der neuen Gesetzesparagraphen nicht allzu sehr belastet werden, zumal es sich ohnehin von den Auswirkungen gerichtlicher Tätigkeit auf diesem Gebiete ein falsches Bild machen wird; man sollte andererseits bei den an sich guten Belehrungen über Sexualhygiene nicht vergessen, besonders auf die chronischen Gonorrhöefolgen hinzuweisen, die in ihrer Bedeutung für den Erkrankten und für das Glück seiner ganzen Familie dem Laien noch immer unbekannt sind und auch wohl bleiben werden.

Literaturverzeichnis.

Amersbach, s. *Sack*. — *Brack*, Z. Urol. **15**, 399 (1921); **15**, 232 (1921); **15**, 76 (1921) — Z. urol. Chir. **8**, 67 (1921) — Virchows Arch. **239**, 68 (1922); **236**, 311 (1922); **240**, 127 (1922) — Z. urol. Chir. **12**, 403 (1923) — Virchows Arch. **241**, 372 (1923) — Z. urol. Chir. **15**, 163 (1924) — Beitr. Klin. Tbk. **60**, 579 (1925) — Z. urol. Chir. **17**, 272 (1925); **23**, 452 (1927) — Z. Urol. **21**, 805 (1927) — Z. Zellforsch. **9**, H. 3, 534 (1929) — Zbl. Path. **48**, 241 (1930) — Dtsch. Z. Chir. **233**, 294 (1931) — Dermat. Wschr. **93**, Nr 28, 1108 (1931); **93**, Nr 38, 1470 (1931). — *Engelmann*, Z. Med.beamte **1927**, Nr 15. — *Galewsky*, Dtsch. med. Wschr. **1925**, Nr 28. — *Geyer u. Moses*, Berlin: Diaz 1927. — *Glingar*, Z. Urol. **23**, H. 2, 81. — *Hellwig*, Münch. med. Wschr. **1927**, Nr 50 u. 51. — *Liepmann*, Münch. med. Wschr. **1930**, Nr 6. — *Lorch*, Dermat. Wschr. **89**, Nr 38. — *Löwenstein*, Klin. Wschr. **1927**, Nr 43. — *Moses, s. Geyer*. — *Posner*, Handbuch der Urologie. 1928. — *v. Pezold*, Arch. soz. Hyg. **1927**, H. 5. — *Roeschmann*, Z. Med.beamte **1927**, Nr 19. — *Rosenfeld*, Dtsch. med. Wschr. **1929**, Nr 76. — *Sack u. Amersbach*, Münch. med. Wschr. **1930**, 400. — *Schubert*, Dermat. Z. **44** (1925). — *Siemens*, Münch. med. Wschr. **1927**, Nr 45. — *Weinmann*, Z. Med.beamte **1925**, Nr 23.

Zahlreiche weitere Literaturangaben finden sich am Schlusse jeder meiner obenerwähnten Arbeiten.