Gynäkologische Ratschläge für den Praktiker.

Von Prof. W. Liepmann in Berlin.

VII.

Die Tumoren der weiblichen Geschlechtsorgane: I. Teil: Vulva-, Vagina- und Uteruspolyphen.

Wenn man bedenkt, daß nach der Statistik von Gurli Tumoren der Geschlechtsorgane 11mal so häufig bei Frauen als bei Männern vorkommen, so beweist allein diese Tatsache die eminente Bedeutung für den Praktiker, diese Tumoren zu kennen.

Ueberblicken wir die gesamten Geschwülste der weiblichen Genitalien, so kommen in allererster Linie für den Praktiker, wenn wir von den gutartigen Zervixpolypen absehen, die Uterusmyome, die Vulva-, Scheiden- und Uteruskarzinome und die benignen und malignen Geschwülste des Eierstockes in Frage.

a. Die Geschwülste der Vulva.

Wenn wir zuerst die Pseudogeschwülste der Vulva vor den echten Tumoren besprechen, so geschieht das, weil unter ihnen die spitzen Kondylome (*Condylomata acuminata*) dem Praktiker am häufigsten begegnen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich um entzündliche Wucherungen des Papillarkörpers mit zahlreichen lymphozytären und plasmazelligen Infiltrationen im Beckenbindegewebe. Sie können sich zu faustgroßen Geschwülsten entwickeln, den ganzen Scheideneingang umgeben und mit ihrem blumenkohlartigen Aussehen, besonders wenn Teile von ihnen zerfallen und verjauchen, den Eindruck eines malignen Tumors erwecken. Ganz abgesehen davon, daß die Karzinome an der Vulva in der Regel den ulzerierenden Charakter der Hautkankroide tragen, führt die mikroskopische Untersuchung eines Tumorstückchens sofort zum Ziel: der rein papilläre Charakter bei den Kondylomen einerseits und die infiltrative, die Schranken des Bindegewebes durchbrechende Tendenz des Karzinoms andererseits.

Macht so die Diagnose dieser spitzen Kondylome keine Schwierigkeiten, so muß andererseits auf einen Irrtum hingewiesen werden, der immer von neuem wieder auftaucht. Dieser Irrtum bezieht sich auf die Entstehung der spitzen Kondylome: die häufige Assoziation spitze Kondylome Gonorrhoe ist falsch, erst der Nachweis von Gonokokken führt zur Diagnose Gonorrhoe. Die spitzen Kondylome entstehen auch ohne Gonorrhoe durch Ausflüsse aller Art, besonders in der Schwangerschaft.

Therapie. Bei vereinzelt Kondylomen ist das Abtragen mittels eines kleinen elektrischen Thermokauters das Zweckmäßigste. Bei größeren Geschwülsten wird sich eine Narkose nicht vermeiden lassen. In der Praxis kann man zu Beginn noch durch Aetzung mit *Acid. nitric. fumans*, das mit Holzstäbchen aufgetragen wird, oder mit Bestreuen der Kondylome mit einem Pulver: *Pulvis Sabinae* und *Alaun ana* zum Ziel gelangen.

Für den weniger Geübten kann die Differentialdiagnose zwischen *Condylomata acuminata* und den breiten Kondylomen (*Condylomata lata*) auf Schwierigkeiten stoßen, und doch sind für den, der einmal ihren Unterschied sich eingepägt hat, Verwechslungen schwer möglich: sie sind breiter, nässend und von braunroter Farbe. Ein Griff auf die schmerzlos infiltrierten Inguinaldrüsen zeigt ihre Genese: Syphilis (Artikel 3, Nr. 3), am besten aber können wir ihren Unterschied dadurch demonstrieren, daß wir das mit der Platinöse gewonnene Reizserum im Dunkelfeld oder nach Burry untersuchen und die Spirochäten darstellen.

Ebenfalls zu den Pseudotumoren zu rechnen ist die besonders im Orient vorkommende *Elephantiasis vulvae*. Wenn auch gelegentlich Tumoren von einem Gewicht von 14 kg (Nicolas) beobachtet worden sind, so ist ihr Auftreten bei uns so selten, daß wir es an dieser Stelle mit einer kurzen Erwähnung genug sein lassen können.

Von den echten Tumoren kommen in erster Linie die von der Bartholinischen Drüse ausgehenden Retentionszysten in Frage, die ebenfalls, selbst wenn sie vereitern, nicht immer eine gonorrhoeische Genese zu haben brauchen. Ihre Diagnose ist so leicht und ihre Therapie, Ausschälung der Zyste, so selbstverständlich, daß dieser kurze Hinweis genügt, nur ist dringend eine solche Auslösung in der Sprechstunde zu widerraten. Ich besinne mich auf einen Fall, in dem hierbei durch Verletzung des Bulbus vestibuli eine lebensgefährliche Blutung bei der Patientin auftrat.

Die Angiome, Fibrome, Lipome, Enchondrome und Neurome bedürfen ihrer Seltenheit wegen keiner Besprechung.

Und jetzt kommen wir zu derjenigen Erkrankung der Vulva, die immer und bei jeder Diagnose erwogen werden muß, zu den Karzinomen. Wie jeder Arzt bei der Vergrößerung der Gebärmutter an eine Schwangerschaft zu denken hat, so ist es seine Pflicht, bei jeder Tumorbildung und Erosion zunächst an ein beginnendes Karzinom zu denken und erst nach Ausschluß der Malignität eine andere Diagnose zu suchen. Nach Frankl, Schottländer und Schwarz hat man mit einer Frequenz von etwa 2–2½% von Vulvakarzinom zu rechnen. Werden in der Mehrzahl Frauen von 55–70 Jahren hiervon befallen, so sind doch auch Fälle im frühesten Alter, ja sogar bei einem 14jährigen Mädchen (Kinoshita) beobachtet worden.

Diagnose. Pruritus und Kraurosis (Nr. 4) sind oft die Vorläufer der Erkrankung. In jedem Falle ist auch nur bei dem geringsten Verdacht die Exstirpation eines genügend großen Ge-

websstückchens vorzunehmen. Die mikroskopische Untersuchung führt sicher zum Ziel. Nur so sind Verwechslungen mit syphilitischen und tuberkulösen Geschwüren zu vermeiden, denn gerade beim Beginn, und das ist ja das Unglück aller Karzinomträgerinnen, fehlen Schmerzen und Beschwerden der Frau gänzlich. Erst später treten ausstrahlende Schmerzen, Juckgefühl, Brennen und, beim Sitz des Karzinoms in der Gegend der Harnröhre, Beschwerden beim Urinlassen auf.

Therapie. Die Behandlung ist klar gegeben. Gleich von Jaschke bin ich der Meinung, in jedem Falle, wenn es noch möglich ist, die Operation auszuführen und nach der Operation mit der Strahlenbehandlung eine Rezidivbildung möglichst hintanzuhalten.

Die noch bösartigeren, aber sehr seltenen Sarkome sind in gleicher Weise nur histologisch zu diagnostizieren, und bei schlechterer Prognose deckt sich die Therapie mit der beim Vulvakarzinom angegebenen.

b. Die Geschwülste der Vagina.

Wenngleich nicht selten Zysten der Scheide zu der falschen Diagnose Descensus vaginae führen und gelegentlich Fibrome der Vagina beobachtet sind, so wird die Geschwulstpathologie auch dieses Genitalabschnittes allein beherrscht von dem Karzinom.

So häufig die Karzinome der Gebärmutter auf die Scheide übergreifen, so selten ist der primäre Scheidenkrebs. Unter 2446 gynäkologisch kranken Frauen fanden sich nach Schottländer nur 6 Fälle von *Carcinoma vaginae*. Auch hier, wie beim Vulvakarzinom, sind zahlreiche Fälle beobachtet, in denen diese Erkrankung schon im jugendlichen Alter, beispielsweise bei einer 19jährigen Frau, (Falk) auftrat.

Diagnose. Der Lieblingssitz des primären Scheidenkarzinoms ist das hintere Scheidengewölbe. Bald ist der Tumor flach, bald stark zerklüftet oder blumenkohlartig entwickelt, nicht selten wird die ganze Scheide in ein derbes, starr infiltriertes Rohr verwandelt. Wenn man kurz hintereinander wie ich beginnende Scheidenkarzinome sich entwickeln sah auf einer Ulzeration, die durch ein oft gerühtes Riesenpessar entstanden war, so kann man nicht umhin, hierin ein ätiologisches Moment zu sehen. Für den, der pflichtgemäß überhaupt vaginal untersucht, ist die Diagnose von *Carcinoma vaginae* leicht zu stellen.

Therapie. Die Behandlung besteht bei schlechtester Prognose in radikaler Entfernung des ganzen Genitalschlauches und nachheriger Bestrahlung.

Die Sarkome der Scheide gleichen makroskopisch oft den Fibromen und sind nur durch die mikroskopische Untersuchung zu diagnostizieren. Nach Frankl sind im ganzen 50 Fälle von traubigem Sarkom im Kindesalter beobachtet worden.

c. Die Geschwülste der Gebärmutter.

Einen Hauptanteil an der Geschwulstentwicklung der weiblichen Genitalien hat neben den Ovarien der Uterus. Das vielgestaltige pathologisch-anatomische Bild löst sich für den Praktiker in fünf gut übersehbare und gut diagnostizierbare Gruppen auf: a) die Schleimhautpolypen, b) die Uterusmyome und Adenomyome, c) die Uteruskarzinome, d) die Chorionepitheliome und e) die Uterussarkome.

a) **Schleimhautpolypen.** Die Polypen, die von der Schleimhaut der Zervix oder des Korpus ihren Ausgang nehmen, zeigen vorzüglich, wie Frankl mit Recht betont, „den allmählichen Uebergang von hyperplastischen Prozessen zu den Tumoren“.

Diagnose. So leicht die Diagnose bei der digitalen Untersuchung, besonders im Spekulumbild, zu stellen ist, immer wieder kommen Fälle vor, wo diese Diagnose in der Praxis übersehen wird. Wenn eine Frau wochenlang schwer blutet und die gegebenen Sekalepräparate nicht zum Ziele führen, statt dessen eine einfache Spekulumuntersuchung einen blutenden Zervixpolypen nachweist, wenn in einem anderen Falle ein junges Mädchen jahrelang an schwersten Dysmenorrhöen leidet, die sie fast zum Selbstmord treiben, und die Entfernung eines übersehenen Zervixpolypen sie mit einem Schlage gesund macht, so sind das Unterlassungssünden, die in der Praxis nicht vorkommen dürfen. Nur aus unsern Fehlern lernen wir.

Differentialdiagnostisch kämen noch die gestielten und nach außen gebogenen submukösen Myome in Frage, die viel größer als die Schleimhautpolypen sind und, ihrer fibrösen Beschaffenheit gemäß, viel härter sich anfühlen. Wenn sie beim Heraustreten aus der Portio an der Zirkumferenz ulzerieren, können sie zu merkwürdigen diagnostischen Fehlern führen; so wurde in einem solchen Fall die Diagnose Abort gestellt. Eine sorgfältige Abtastung und Beobachtung dürfte diesen diagnostischen Fehler vermeiden lassen. Da bei allen Polypen maligne Degenerationen nicht selten sind, so ist es Pflicht, in jedem Falle nach Exstirpation des Polypen mikroskopisch zu untersuchen.

Therapie. Die Abtragung mit Messer und Schere nach vorherigem Abbinden des Stieles und Exkochleation der hypertrophischen Schleimhaut des Uterus ist die gegebene Behandlungsmethode, aber auch sie erfordert klinische Assistenz und klinischen Apparat, wenn anders man nicht sich plötzlich schwer zu bewältigenden Blutungen gegenüber sehen will.