Ueber Garrulitas vulvae.¹⁾

Von Dr. Wilhelm Schülein, Frauenarzt in Berlin.

M. H.! Ich möchte mir erlauben, heut vor Ihnen über eine Krankheit zu sprechen, von der ich wohl annehmen darf, daß sie einigen von Ihnen dem Namen nach garnicht bekannt ist. Ja, ich glaube nicht zu viel zu sagen, wenn ich behaupte, daß nur wenige von den hier Versammelten — wenn ich meine Spezialkollegen ausnehme — Gelegenheit gehabt haben, einen derartigen Fall zu beobachten und zu behandeln. Ich hatte auch erst im dritten Jahre meiner Assistentenzeit unter Schroeder in der hiesigen Universitäts-Frauenklinik eine Patientin mit dem Leiden, über welches ich jetzt zu sprechen gedenke, gesehen. Die Krankheit ist unter dem Namen Garrulitas vulvae — die Geschwätzigkeit des Scheidenmundes — bekannt, und man versteht darunter im allgemeinen das Entweichen von eingedrungener atmosphärischer Luft aus der Vagina mit einem mehr oder weniger wahrnehmbaren Geräusch.

Was nun zunächst den Namen anbetrifft, welcher den meisten wohl seit dem im Jahre 1872 von Schatz²⁾ in Leipzig gehaltenen Vortrag bekannt ist, so hat sich zuerst Löhlein³⁾ im Jahre 1879 gegen denselben ausgesprochen, da die Geräusche, welche der Scheide entweichen, keine plappernde, sondern mehr „blasende, gluckernde oder zischende“ wären, und er schlägt vor, bei dem ebenfalls geläufigen Ausdruck „Flatus vaginalis“ zu bleiben. Wenn ich auch zugeben muß, daß die Art der Geräusche sicherlich besser durch den letzt genannten Namen gekennzeichnet wird, so möchte ich doch, um jeden Verdacht, daß die Luft etwa aus einer Mastdarmscheidenfistel herrühren könnte, zu verschrecken, mich für den ersten Namen — Garrulitas vulvae — entscheiden. Der Name tut, meiner Meinung nach, jedoch wenig zur Sache.

Wir wenden uns nun zunächst zur Beantwortung der Frage, ob es sich bei dieser Krankheit um das Austreten eines Gases oder atmosphärischer Luft handelt, und ferner, wie kommt das Gas, resp. die Luft in die Vagina? Es stehen sich hier zwei Ansichten schroff gegenüber: die eine von Veit⁴⁾, welcher in seinem Handbuch für Gynäkologie behauptet, daß das hörbare Geräusch aus der Scheide durch Austritt eines Gases aus ihr entstehe, welches sich durch Einwirkung gasbildender Mikroorganismen in der Scheide bildet, während die anderen — Schatz, Löhlein, Kleinwächter, Kosminski, Taussig und Olshausen — der Meinung sind, daß atmosphärische Luft von außen in die Vagina hineingelangt und dann entweder sofort oder später aus ihr entweicht. Veit glaubt, daß der gasbildende Mikroorganismus ein dem Bacterium coli ähnlicher ist, behält sich jedoch nach seiner neuesten, im Zentralblatt für Gynäkologie⁵⁾ gegebenen Erwiderung auf Olshausens Vortrag⁶⁾ in der Gynäkologischen Gesellschaft eine genauere Untersuchung desselben noch vor und glaubt, daß, falls die anderen Beobachter recht haben, es dann zwei Formen dieser wunderbaren Krankheit — eine mechanische und eine saprische — gibt.

Er führt als Analogon die Tympania uteri und die Colpitis emphysematosa an, von welchen Krankheiten man nicht mehr annimmt, daß sie durch Eintritt von atmosphärischer Luft, sondern durch einen gasbildenden Keim im Uterus und in der Vagina entstehen. Gewiß wissen wir das für die Vaginitis emphysematosa aus der Beschreibung dieser Krankheit von Zweifel⁷⁾ im Archiv für Gynäkologie schon seit dem Jahre 1877, und niemand wird auch Veit bestreiten, daß sich in der Scheide häufig das Bacterium coli vorfindet, doch wie Taussig hervorhebt, ist das Bacterium coli an sich kein Gasbildner, sondern wird es erst auf zuckerhaltigem Nährboden. Ferner kann auch nicht so viel Gas erzeugt werden, um derartige Geräusche zu erzeugen, wie man sie bei der Garrulitas vulvae zu hören Gelegenheit hat. Jedenfalls wird die Gasbildung auch nicht beliebig erzeugt werden können, und doch kann man, wie später gezeigt werden wird, bei den betreffenden Patienten

1) Nach einem Vortrag, gehalten in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde.

2) Archiv für Gynäkologie Bd. 5, S. 159. — 3) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 5, S. 141. — 4) Veit, Handbuch der Gynäkologie Bd. 1, S. 277 u. 278. — 5) Veit, Zentralblatt für Gynäkologie 1906, No. 7, S. 201 u. 202. — 6) Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. 16, H. 3, S. 619. — 7) Archiv für Gynäkologie Bd. 12, S. 39.

das hier in Frage kommende Phänomen nach Belieben hervorbringen.

Auch das schaumige Scheidensekret, welches sich gelegentlich bei dieser Erkrankung vorfindet, spricht nicht für die Veitsche Ansicht, denn man kann, wie ich dies festgestellt habe, das Sekret durch häufige Lageveränderungen der Patientinnen, das heißt durch Eintretenlassen von Luft schaumig machen. Wenn auch der größte Teil der in der Vagina aufgenommenen Luft bald nach ihrem Eintritt wieder aus der Scheide entweicht, so wird doch ein Teil, besonders wenn der intraabdominale Druck kein sehr großer ist, in den kleineren Falten der Vagina zurückgehalten werden und sich mit dem Scheidensekret vermischen und letzteres hierdurch schaumig werden. — Auffallend ist, daß Veit in dem von ihm untersuchten Fall keine besonders starke Veränderung der Schleimhaut der Scheide gefunden hat. Er sagt: Nur eine mäßige Schwellung und Auflockerung weist darauf hin, daß es sich hier um besonders günstige, uns im einzelnen unbekannte Ernährungsbedingungen für Mikroorganismen handelt. — Ich glaube, man tut gut, den von Veit beobachteten Fall — es handelt sich bei ihm nur um einen Fall — nicht zur Garrulitas vulvae, sondern zu den Erkrankungen der Scheide zu rechnen und die Fälle, in denen atmosphärische Luft in die Scheide ein- und später wieder austritt, mit dem oben genannten Namen Garrulitas vulvae oder Flatus vaginalis zu bezeichnen.

Daß es sich um Eintritt atmosphärischer Luft in die Vagina und um Austritt aus derselben mit mehr oder weniger Geräusch handelt, möchte ich ihnen an der Hand einiger beobachteter Fälle genauer beschreiben. Ich hatte Gelegenheit, in den letzten Jahren, in denen ich mein Augenmerk mehr auf diese Erkrankung richtete, mehrere Fälle dieser eigenartigen Krankheit zu sehen, und ich möchte mir erlauben, Ihnen hier nur zwei besonders anzuführen.

Im ersten Fall handelte es sich um eine 27 Jahre alte Primipara, welche seit ihrem 12. Lebensjahre zwar unregelmäßig, doch ohne Schmerzen menstruiert war. Sie hatte einmal vor drei Jahren spontan geboren, war im Wochenbett gesund gewesen und hatte neun Monate lang gestillt. Dabei war sie etwas heruntergekommen und will später infolge eines Magen- und Darmleidens noch erheblich magerer geworden sein. Am 16. Mai 1904 holte sie zum ersten Male meinen Rat ein wegen unregelmäßig auftretender Blutungen, weißen Flusses und nervöser Unruhe. Sie klagte ferner über ein sie quälendes Gefühl, welches durch Abgang von Luft oder, wie sie sich ausdrückte, von Blähungen aus der Scheide hervorgerufen wurde. Diese letztere Erscheinung soll schon ab und an nach der ersten Entbindung aufgetreten sein, sich jetzt aber bedeutend gesteigert haben. Die vorgenommene Untersuchung ergab, daß es sich um eine blasse Dame mit schlaffer Muskulatur, besonders der Bauchdecken, handelte. Der Introitus vaginae klappte. Es besteht ein mäßiger Descensus der vorderen und hinteren Scheidenwand. Der Damm ist gut erhalten. Von Narbensträngen aus Längsrissen der Vagina ist nichts zu merken. Uterus liegt retroponiert. Ferner war Endometritis cum erosionibus orificii uteri externi festzustellen. Nach Beseitigung der unregelmäßigen Blutungen mit den üblichen Mitteln und Kräftigung des ganzen Organismus durch Bäder, entsprechende Diät und adstringierende Ausspülungen war das Befinden ein so gutes, daß sie nach zweimonatiger Behandlung eine Reise nach Amerika — ihrem Heimatlande — antreten konnte; nur der Abgang von Luft aus der Scheide quälte sie immer noch. Im Herbst 1905 stellte sie sich mir wieder vor, hauptsächlich der lästigen Erscheinung der Scheidenwinde wegen. Es bestand eine geringe Rötung des Scheideneingangs. Die letzte Regel war am 22. April aufgetreten. Patientin war im fünften Monat gravida. Sie sowie ihr Gatte waren aufs höchste beunruhigt durch die Äußerung eines nahe verwandten Kollegen, der infolge der gegebenen Schilderung der Patientin beiden Ehegatten gegenüber die Wahrscheinlichkeit des Bestehens einer Mastdarmscheidenfistel seit der ersten Entbindung ausgesprochen hatte. Nur mit großer Mühe konnte ich die Patientin von der Unrichtigkeit der gehegten Vermutung überzeugen. Es gelang dies durch das Versprechen, welches ich ihr, gestützt auf meine früheren Erfahrungen bei der Garrulitas in der Gravidität, geben konnte, daß die lästigen blasenden Scheidenwinde bald aufhören würden. Bei einem Besuch im Dezember vorigen Jahres teilte sie mir auch erfreut die Richtigkeit meiner Voraussage mit. Infolge der starken Succulenz der äußeren Genitalien und der Vagina durch die Gravidität kam es nicht mehr zu einem Luftaustritt aus der Scheide. Doch die Freude währte nicht lange.

Schon wenige Tage nach der Ende Januar ganz spontan erfolgten Entbindung ohne jeden Dammriß stellte sich das alte Leiden wieder ein, obwohl ich durch längeres Liegen, gute Ernährung, adstringierende Ausspülungen eine Besserung angestrebt hatte. Der Abgang von Scheidenwinden trat besonders ein, wenn Patientin sich schnell im Bett aufrichtete oder nach der Seitenlage wieder die Rückenlage einnahm. Zum Glück faßt die Patientin das Leiden jetzt nicht mehr als ein ernstes auf. Etwa vier Wochen post partum stellte ich nun folgende Versuche an. Ich ließ zunächst die Patientin in Rückenlage mit über den Kopf geschlagenen Armen und hochgestellten Knien tiefe Inspirationen machen und konnte schon hierbei mit dem in die Scheide eingeführten Finger ein mäßiges Aufgeblähtsein derselben feststellen. Veranlaßte ich dann die Patientin, nach mehrmaligen tiefen Inspirationen die Arme zu senken, tief zu expirieren und nach unten zu pressen, so entwich die Luft mit leicht blasendem Geräusch aus der Scheide. Noch lauter und deutlicher hörbar wurde dasselbe, wenn die Patientin von der Seiten- oder Knieellbogenlage schnell die Rückenlage einnahm. Wenn auch die Scheide — wie ich dies bei weiteren Versuchen durch den vorsichtig eingeführten Finger feststellte — nicht so stark aufgebläht war, wie man dies bei Scheidenirrigationen gelegentlich beobachten kann, bei denen die Wände derselben bisweilen bis dicht an die Beckenwand herangedrängt werden und das Wasser erst später aus derselben entleert wird, so wurde ich doch bei diesem Experiment an den eben erwähnten Vorgang erinnert. Diese Versuche konnten nun nach Belieben hintereinander mit gleichen Resultaten wiederholt werden; und es spricht dies mit Sicherheit für die Haltlosigkeit der Veitschen Theorie, daß es sich bei dieser Erkrankung um ein ausströmendes Gas handelt.

Jetzt geht es der Patientin, wenn auch noch nicht gut, so doch bedeutend besser. Sie hat leider nach vier Wochen das Kind absetzen müssen, hat aber doch trotz von neuem auftretender Magenstörungen entschieden etwas zugenommen. Sie macht noch zweimal täglich Alaunirrigationen, bemerkt jedoch immer noch ein bis zweimal am Tage das Abgehen von Luft aus der Scheide; dasselbe erfolgt jedoch ohne hörbares Geräusch.

Bei der zweiten Patientin, welche drei normale Entbindungen gehabt hatte, machten sich stärkere Beschwerden der Garrulitas erst einige Jahre nach dem letzten Partus bemerkbar. Der Damm, welcher nach der ersten Entbindung leicht eingerissen und genäht war, zeigt nicht ganz normale Höhe. Der Introitus klappte. Es bestand ein Descensus der hinteren Scheidenwand. Patientin befand sich im 41. Lebensjahre und war durch starke Blutverluste infolge interstitieller Endometritis schnell abgemagert. Sowohl die Blutungen als auch die lästige Empfindung des Luftaustritts aus der Scheide beunruhigten die Patientin im höchsten Grade, besonders, da sie in dem Wahne war, sich durch ein zu tief in die Vagina eingeführtes Metallrohr eine Verletzung zugezogen zu haben. Sie glaubte, daß die Luft aus einer Kommunikation zwischen Scheide und Darm oder Bauchhöhle herstamme. Diese Dame war viel beklagenswerter als die erste. Nur wenn sie ganz ruhig auf dem Rücken lag, war sie frei von dem lästigen Luftabgang. Erhob sie den Oberkörper, was bei ihrer Lebhaftigkeit stets schnell geschah, so konnte man schon, obwohl der Körper zugedeckt war, die raselnden Geräusche wahrnehmen. Als nach mehrmaligem Kurettelement die Blutungen standen, der Luftaustritt aus der Scheide aber noch immer fortbestand und mit deutlich gluckerndem, in der ganzen Stube hörbarem Geräusch erfolgte, war sie derartig aufgeregt, daß sie behauptete, nicht mehr unter Menschen weilen zu können, und verschiedene Male die Absicht aussprach, sich das Leben nehmen zu wollen, falls keine Besserung einträte. Die Colpoperineorrhaphie brachte im Verein mit Hebung der Kräfte durch Roborantien sowie adstringierenden Ausspülungen endlich die ersehnte Besserung. Nach der Operation ist der Damm so hoch, daß kaum zwei Finger durch den Introitus geführt werden können. Jetzt bemerkt Patientin, welche nach der Operation etwa 5 kg an Gewicht zugenommen hat, kaum noch Luftaustritt aus der Scheide und dann nur morgens beim Aufstehen. Ich lasse morgens Vaginalirrigationen mit Alaun machen und habe der Patientin aufgegeben, das Scheidenrohr nach Entleerung des Irrigators noch kurze Zeit liegen zu lassen und es in der Weise aus der Vagina zu entfernen, daß sie es gegen den Damm drückt, wodurch der Introitus erweitert wird und sowohl Wasser als Luft entweichen kann.

Auch bei dieser Patientin hatte ich vor der Dammplastik dieselben Versuche wie bei der ersten gemacht; hier noch mit viel größerem Erfolg, da man schon, wie vorher bemerkt wurde, bei Erheben des Oberkörpers aus der Rückenlage, besonders jedoch nach Wechsel von Knieellbogenlage in Rückenlage, laut hörbare gluckernde Geräusche wahrnahm.

Wir sehen also, daß der Lufteintritt in die Vagina bei vermindertem abdominalen Druck — bei tiefen Inspirationen, Knieellbogen- und Seitenlage, kauender Haltung etc. — er-

folgt und daß es bei verstärktem Druck zum Austritt der eingesogenen Luft kommt. Die Geräusche entstehen dadurch, daß die Luft aus der erweiterten Vagina durch den etwas engeren Scheideneingang entweicht.

Bei der Beantwortung der Frage, welche Umstände das Ein- und Austreten der Luft begünstigen, werden wir zunächst auf die nach Geburten entstandenen Verletzungen des Dammes hinweisen müssen. Doch es kommt meiner Meinung nach nicht so sehr auf die Größe der Verletzung als vielmehr auf die Schlaffheit des Scheideneingangs an. Handelte es sich doch in meinem zuerst erwähnten Fall um keine und im zweiten nur um eine unbedeutende Verletzung des Dammes. Ja in dem von Taussig erwähnten Fall hatte die Patientin nach der Perineorrhaphie einen übernormal hohen Damm, doch innerhalb der Vagina war die Vereinigung der tieferen Schichten des Scheidendamms nicht geheilt, sodaß der Damm nur eine segelartige, dünne Haut darstellte, hinter welcher sich die Vagina infolge der Atrophie des Levator ani zu einer weiten Tasche erweiterte. — Ferner möchte ich auch auf die von Löhlein hervorgehobenen seitlichen Einrisse des unteren Teils der hinteren Scheidenwand und ebenso auf mangelhaft entwickelte oder infolge von Atrophie geschrumpfte Labien aufmerksam machen, wodurch ein weiteres Klaffen der Vagina herbeigeführt wird.

Von besonderer Wichtigkeit ist jedoch die Schlaffheit der Bauchdecken; deshalb wird sicherlich die Garrulitas seltener bei Nulliparen gefunden werden und häufiger bei Mehrgebärenden mit Enteroptose der Baucheingeweide. Hennig hebt in der Diskussion des anfangs erwähnten Schatzschen Vortrags hervor, daß das Entweichen von Luft aus der Vagina sehr häufig bei den Vierfüßlern vorkommt und erklärt dies häufigere Vorkommen durch die Lagerung der Organe und die Schlaffheit des Scheideneingangs bei denselben.

In einem Falle war auch infolge von Anusfissuren in Begleitung von chronischer Verstopfung die hintere Vaginalwand derartig durch andauernde Kotmassen ausgedehnt und schlaff geworden, daß ich auch dieses ursächliche Moment nicht unerwähnt lassen möchte. Eine Kolporrhaphia posterior brachte in diesem Fall die erwünschte Heilung.

Es wäre nun noch die Frage zu erörtern, warum es nicht bei allen Frauen, bei welchen die Vorbedingungen zum Entstehen dieser Krankheit gegeben sind, zu derselben kommt. Sicherlich ist die Krankheit häufiger, als man wohl annimmt, wenn ich mich auch nicht der Löhleinschen Ansicht anschließen möchte, der dieselbe in 1 % seines gynäkologischen Materials von 750 Fällen gefunden hat. Weshalb sie so selten zur Kognition des Arztes kommt, hat seinen Grund wohl darin, daß die weniger Gebildeten dieser Erscheinung nicht viel Gewicht beilegen und bei den Gebildeten eine gewisse Scheu besteht, eine derartige Klage dem Arzt vorzutragen. Ich glaube auch, daß diese Krankheit bei ärmeren Frauen häufiger als bei begüterten vorkommt, weil die ersteren bei den Geburten selten ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und infolgedessen die entstandenen Dammsrisse nicht genäht werden; sie können auch nicht genügend lange im Wochenbett ruhen, und ihre Ernährung ist eine mangelhaftere. Ferner wird bei den Bemittelten durch das Tragen einer Binde oder eines Umstandskorsetts in der Schwangerschaft verhütet, daß die Bauchdecken zu sehr gedehnt werden. Vielleicht zeitigt die moderne Reformtracht das häufigere Auftreten dieses Leidens. Der Grund für das Ausbleiben dieses Phänomens bei sonst günstigen Vorbedingungen ist wohl in der Wirkung des Constrictor cunni zu suchen.

Was nun die Verhütung dieses Leidens anbetrifft, so muß in der Schwangerschaft auf das Tragen einer Leibbinde zur Vermeidung einer Diastase der Recti Gewicht gelegt und nach den Geburten unser Augenmerk auf ein sorgfältiges Vernähen der etwaigen Verletzungen des Dammes gerichtet werden; doch es darf nicht, wie dies so häufig geschieht, nur der äußere Damm vereinigt werden, sondern man muß auch, besonders nach Entwicklung des Kindes mittels Forceps, genau auf die Längsrisse der Vagina achten und diese vernähen. Ebenso ist durch kräftige Kost im Wochenbett sowie Stärkung der Bauchmuskulatur durch leichte Massage oder Schreber'sche Uebungen und das Tragen einer Binde post partum einer Schlaffheit der Bauchmuskulatur möglichst vorzubeugen.

Bei schon aufgetretenem Leiden kann man zunächst durch adstringierende Ausspülungen oder Sitzbäder bei gleichzeitiger Kräftigung der ganzen Körpermuskulatur dasselbe zu heben versuchen. Gelingt dies nicht, so wird die Kolpoperineorrhaphie in den meisten Fällen zur Heilung führen.

Die Hauptsache bleibt jedoch immer, die Patientinnen auf die Ungefährlichkeit ihres Leidens aufmerksam zu machen. Es lag mir auch bei der heutigen Mitteilung vollkommen fern, diese Beschwerden zu einer besonderen Krankheit aufzubauchen; meine Fälle beweisen jedoch, wie sehr manche Kranke psychisch unter dieser Erscheinung zu leiden haben.