Aus der Klinik und Poliklinik für Syphilis und Hautkrankheiten.

Zur Kenntnis der syphilitischen Veränderungen der Vagina und der Vaginalportion.

Von Prof. Dr. J. H. Rille.

I. Syphilis der Vagina.

Die Vagina wird unverhältnismäßig seltener syphilitisch erkrankt befunden, als das übrige äußere Genitale, seltener selbst, als die Vaginalportion.

Relativ am häufigsten ist die primäre Syphilis. Die erfahrensten Syphilidologen verzeichnen geradezu die ganz exzeptionelle Seltenheit des syphilitischen Primäraffektes. Fournier will ihn an der Vagina höchstens zwei- oder dreimal beobachtet haben und erklärt sich daher außer stande, eine erschöpfende Symptomatologie zu liefern. Ich konnte nachweisen,¹⁾ daß es doch etwas häufiger gelinge, Vaginalsklerosen aufzufinden. In 21 Fällen habe ich bis jetzt diese Beobachtung gemacht, und zwar 18mal innerhalb zwei Jahren an dem großen Materiale der Wiener Klinik für Syphilis, zweimal an der Innsbrucker Klinik und einmal hier in Leipzig.

Die Seltenheit des syphilitischen Primäraffektes in der Vagina könnte bedingt sein: 1. durch die größere Festigkeit des vaginalen Plattenepithels, 2. durch den schützenden Ueberzug, welchen die an den Vaginalkolumnen und im Fornix lagernden Sekretmassen bilden und welche gleich dem Sperma das Virus vielleicht verdünnen oder chemisch unwirksam machen, ferner 3. durch die Verschiebbarkeit der Vaginalwände.

Auf Grund meiner Beobachtungen läßt sich das klinische Bild des harten Vaginalschankers wie folgt skizzieren.

Der syphilitische Primäraffekt der Vagina kommt entweder auf dieselbe beschränkt oder kontemporär mit solchen des äußeren Genitale und der Vaginalportion vor. In der Mehrzahl der Fälle hat er das Aussehen des Primäraffektes an leicht verschiebbaren Haut- oder Schleimhautpartien, der sogenannten Pergamentsklerose. Höhere Grade von Induration gehören zu den Ausnahmen. Bereits Wolff hat ihn wegen der meist sehr kleinen Dimensionen dem „chancre nain“ der Franzosen subsumiert. Besonders die in Furchen oder Vertiefungen der Columna

rugarum gelegenen Sklerosen sind wegen ihrer Kleinheit schwer wahrnehmbar. Gewöhnlich sind sie etwa linsengroß; doch habe ich auch bohnen- und zweimal sogar mehr als markstückgroße Primärsklerosen beobachtet (vergleiche Fig. 1). Im übrigen unterscheidet sich der an der Vagina lokalisierte Primäraffekt in keinem wesentlichen Punkte von andersartigen Sklerosen. Er ist glatt und eben oder höchstens seicht vertieft, stets scharf umschrieben, rotbraun glänzend und sondert seröse Flüssigkeit in geringer Menge ab oder er erscheint mit einer dünnen weißlichgelben, faserstoffähnlichen, schwer abstreifbaren Exsudatschicht bedeckt. In manchen Fällen findet man bloß ein einziges primäres Geschwür an der Vagina, mitunter aber auch mehrere — selbst fünf und sechs Geschwüre, wie ich dies zweimal, darunter

Fig. 1.

Syphilitische Primäraffekte an der Vagina bei Prolapsus uteri. Eigene Beobachtung, Innsbrucker Klinik.

¹⁾ Rille, Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. 1896; Referat, Monatshefte für praktische Dermatologie 1897, Bd. XXV.

einmal bei einer Schwangeren, gesehen habe. Am häufigsten ist der Primäraffekt an der hinteren Vaginalkolumne lokalisiert, doch kann er auch an der vorderen und an der seitlichen Wand sitzen, ferner auch im Fornix. Die Lokalisation am Scheideneingange zählt, wie ohnedies bekannt ist, keineswegs zu den Seltenheiten; in unserer Darstellung ist jedoch bloß von den rein vaginalen Primäraffekten die Rede.

Von besonderer Wichtigkeit ist die Beschaffenheit der Lymphdrüsen in inguine. Die Leistendrüsen sind nur dann intumesziert, wenn sich der Schanker im vorderen Vaginaldrittel befindet, unverändert, beziehungsweise überhaupt nicht tastbar dagegen, wenn er im mittleren oder hinteren Drittel situiert ist — im letzteren Falle besteht das gleiche Verhältnis wie bei Lokalisation des Primäraffektes an der Vaginalportion, weil ja die zugehörigen Lymphdrüsen nicht in der Leiste, sondern im kleinen Becken liegen. Ein Nachweis derselben ist mir bisher auch per rectum nicht gelungen.

Die Kleinheit und die geringfügige Derbheit der vaginalen Primäraffekte bedingt ihre meist recht ephemere Dauer, sodaß ein mehr als drei- bis vierwöchentlicher Bestand zu den Ausnahmen zählt. Ohne spezifische Lokalbehandlung überhäuten sie relativ rasch. Gerade diese Kurzlebigkeit ist wohl der Hauptgrund, wenn noch bis auf den heutigen Tag die extreme Seltenheit der primären Vaginalsyphilis behauptet wird. Wahrscheinlich dürfte so mancher unaufgeklärte Fall von rezenter Syphilis beim Weibe, in welchem zwar ein eben zur Eruption gelangtes, den Spaltrichtungen der Haut gemäß angeordnetes Exanthem (d. i. eine Krankheitsdauer von mindestens neun Wochen seit der Infektion), aber kein Primäraffekt und keine Drüenschwellung nachgewiesen werden kann, als vaginale Syphilisinfektion zu deuten sein. Dieses Faktum ist überdies ein weiteres Argument gegen die namentlich für das weibliche Geschlecht hin und wieder behauptete Möglichkeit einer Syphilis ohne Primäraffekt (sogenannte Syphilis d'emblée).

Der weiche Schanker kommt an der Vagina sicherlich nicht häufiger vor als der harte. Dabei ist zu betonen, daß er wegen seines meist dichten, gelben Eiterbelages und wegen der peripheren Entzündungsröte — Charaktere, die dem syphilitischen Primäraffekt fehlen — unschwer zu konstatieren ist. Ulcera molliä des Introitus vaginae können, von den Faltenbildungen der Hymenalreste gedeckt, sehr leicht übersehen werden, machen sich jedoch beim Einführen des Vaginalspekulum im Gegensatze zum syphilitischen Schanker durch ihre heftige Schmerzempfindung sofort bemerkbar. Relativ häufig beobachtet man in der Scheide das sogenannte Ulcus molle elevatum, d. i. ein Schankergeschwür, dem die charakteristische Unterminierung des Randes fehlt und dessen Basis nicht vertieft und zerklüftet, sondern knopfförmig eleviert und glatt erscheint. Im allgemeinen sind auch die Ulcera molliä vaginae von kürzerem Bestande als die des äußeren Genitale.

Sekundär-syphilitische Exantheme der Vagina gehören zweifellos zu den Seltenheiten. Man kann allerdings nicht in Abrede stellen, daß ein Analogon der kutanen Roseola besonders bei virginaler, zarter Beschaffenheit der Vagina möglich wäre. Nachgewiesen ist ein derartiges Exanthem an der Vagina ebensowenig wie an den tieferen Rachenpartien. Trotz jahrelanger diesen Verhältnissen zugewendeter Aufmerksamkeit vermochte ich makulöse Syphilide der Vagina in einwandfreier Weise bisher nicht zu konstatieren.

Gleichwohl beobachtete ich bisweilen, insbesondere bei älteren Individuen mit blasser und atrophischer Vaginaltextur, zirkumskripte, stecknadelkopfgroße Fleckbildungen, die ich aber, weil sie oft genug bei nicht mit Syphilis behafteten Frauen sich finden, durchaus nicht für spezifisch ansehen kann. Auch die mikroskopische Untersuchung lieferte keinen Anhaltspunkt für die Existenz einer spezifischen Entzündung, vielmehr handelte es sich meist um umschriebene Hämorrhagien.

Eine ähnliche Ansicht möchte ich vertreten bezüglich der von französischen Autoren beschriebenen und genauer rubrizierten papulösen Syphiliden der Vagina. Das Vorkommen derselben leugne ich um so weniger, als ich selbst in einigen Fällen (einmal bei einer Schwangeren) derartiges gesehen habe. Namentlich bei der die Gravidität begleitenden Turgeszenz des Genitalschlauches können papulöse Effloreszenzen mit bläulich-weißen, speckig glänzendem Belage sich entwickeln, die vollständig den Papelbildungen der Mundschleimhaut oder des Zun-

genrückens gleichen. Auch hier bilden der Fornix vaginae und das mittlere Drittel der hinteren Vaginalkolumne die Prädislokationsstellen. Jenen Autoren, welche die Häufigkeit von Papeln in der Vagina beschreiben, dürften wohl andere Affektionen, insbesondere Vaginitis granulosa, Herpes genitalis oder Colpitis aphthosa vorgelegen haben.

Auch die tertiäre Syphilis der Vagina zählt keineswegs zu den häufigen Befunden. Man begegnet ihr entweder in Form von submukös entwickelten Gummien, Knoten, die gegen das Scheideninnere durchbrechen und von diesem oder vom Rektum aus getastet werden können, oder in Form von Geschwüren an den Vaginalwänden oder im Fornix vaginae. Die Gummiknoten sind scharf umschrieben, ziemlich derb, dabei schmerzlos und können narbige Strikturen hinterlassen. Tertiär-syphilitische Geschwüre sind von den an der hinteren Kommissur und Fossa navicularis — ihrer Prädislokationsstelle — situierten abgesehen, meist relativ klein und wenig charakteristisch, sodaß die Diagnose oftmals nur per exclusionem oder ex juvantibus gestellt werden kann. Gewöhnlich zeigen sie unregelmäßige Begrenzung, einen etwas unterminierten Rand und eine nur wenig adsondernde Basis. Das Sekret ist honig- oder gummiartig, seltener eitrig. Im Laquear vaginae sind derartige Geschwüre meist sichelförmig gestaltet. Bloß multiple gummöse Ulzerationen bedingen schwerere Veränderungen in Form von Fistel- und Narbenbildungen nebst Abhebung der Vaginalkolumnen. In einem solchen Falle ist die Diagnose ohne Schwierigkeit, weil das Krankheitsbild infolge der Veränderungen am äußeren Genitale, welches eine Art von stabilem Oedem und elephantiasische Verdickung zeigt, ungemein charakteristisch ist. Die vaginalen Veränderungen sind teilweise auf gummöse Ulzerationen des Rektums zurückzuführen. Von einer eingehenderen Schilderung dieses in älterer und neuerer Zeit von gynäkologischen wie dermatologischen Fachschriftstellern (zum Teil unter Negation seiner syphilitischen Provenienz) beschriebenen Krankheitsbildes kann hier Abstand genommen werden.¹⁾

II. Syphilis der Vaginalportion.

Das Vorkommen des syphilitischen Primäraffektes an der Vaginalportion gehört, obschon auch diese Tatsache nicht hinreichend bekannt ist, keineswegs zu den Seltenheiten. Man darf vielmehr behaupten, daß diese Lokalisation der syphilitischen Initialmanifestation zu den relativ häufigen am weiblichen Genitale zählt. Bereits Ricord hat mit Hilfe des von ihm in die Praxis der venerischen Krankheiten eingeführten Récamierschen Scheidenspiegels die Existenz von Schankergeschwüren am Collum uteri nachgewiesen. Es ist aber das Verdienst von Fournier, auf die Häufigkeit und die praktische Bedeutung dieser Lokalisation nachdrücklichst aufmerksam gemacht zu haben.

Die Sklerose der Vaginalportion sitzt entweder mehr zentral oder seitlich an den Zervikallippen, bevorzugt wird namentlich das vordere Labium. Bisweilen, bei weitklaffen dem Zervikalkanal, erstreckt sich der Primäraffekt bis weit hinein in den letzteren. Ob es auch einen Primäraffekt innerhalb des Uteruskavum selbst gibt, ist vorläufig unbewiesen und nicht gerade wahrscheinlich. Er kommt in der überwiegenden Majorität der Fälle in der Einzahl vor. Nur selten beobachtet man zwei oder gar noch mehr primäre Geschwüre. Hierbei mag es für zirkuläre oder halbzirkuläre Ulzerationen zweifelhaft sein, ob sie nicht durch Konfluenz entstanden sind. Je weiter vom Orifizium entfernt, desto regelmäßiger kreisförmig erscheint der Primäraffekt, wogegen größere, etwa über die ganze Muttermundslippe verbreitete oder das Ostium cervicale konzentrisch umgebende Sklerosen als diffuse Substanzverluste erscheinen. Einzeln stehende Primäraffekte haben die Größe einer Linse, häufiger die einer kleinen Münze. Das Aussehen ist in typischen Fällen durchaus charakteristisch. Es besteht ein planer, nicht in die Tiefe gehender Substanzverlust von braunrot glänzender oder teilweise grauweiß bis grau gelb belegter Oberfläche. Der Belag ist membranartig, an der Unterlage festhaftend und schwer abstreifbar. Der Rand befindet sich meist im Niveau der Geschwürbasis

¹⁾ Vergleiche Rille, Die syphilitischen Erkrankungen des Mastdarmes. Die Heilkunde, Oktober 1899. — Artikel „Elephantiasis“ in Lesser's Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1900. — Wissenschaftliche Aertzeversammlung in Innsbruck, 2. Juni 1899 (Wiener klinische Wochenschrift 1899, No. 25. — Für die syphilitische Aetiologie möchte ich um so nachdrücklicher eintreten als ich einen analogen Zustand auch am männlichen Genitale gesehen habe. In meiner bislang wohl als Unikum dastehenden Beobachtung fand sich Elephantiasis penis et scroti neben einem weit verbreiteten tubero-serpiginösen Syphilid.

gleichwie in dem der gesunden Umgebung; bisweilen ist er leicht eleviert und durch eine scharf abgesetzte, braunrot glänzende Linie begrenzt.

Von der Oberfläche der Wunde sickert seröse Flüssigkeit ab, die sich, weil sie sich mit den Absonderungen des Uterus und der Vagina vermischt, nicht weiter bemerkbar macht. Manchmal findet man auch stärker vorspringende, knotenförmig elevierte Primäraffekte.

Selbstredend minder charakteristisch ist der gemischte Schanker, das Resultat der Infektion mit dem Virus der Syphilis und dem des weichen Schankers; dabei ist der Geschwürsgrund etwas stärker vertieft. Der Belag eines solchen Ulcus mixtum ist eitrig und deshalb zum größten Teile abstreifbar. Phagedänischer Zerfall an nicht mit Ulcus molle komplizierten Portio-sklerosen entwickelt sich am ehesten bei Schwangeren.

Die Konsistenz des Geschwürsgrundes läßt sich gewöhnlich nicht prüfen, einerseits deshalb weil die Vaginalportion, an sich von ziemlich derber Beschaffenheit ist, andererseits müßte man hier mit Daumen und Zeigefinger eingehen, was nur bei abnormer Weite der Scheide tunlich ist. Beim Vorschieben eines Simonschen Spekulum in die Scheide beobachtet man bisweilen ein förmliches Einschnellen der primär-syphilitisch affizierten Portio infolge der durch die spezifische Erkrankung gesetzten Gewebsverdichtung und Gewichtszunahme dieses Organs. Nicht selten erscheint die Portio hochgradig vergrößert. Fournier und Schwartz (1873) haben nicht mit Unrecht diesen Zustand dem Oedema indurativum des äußeren Genitale an die Seite gestellt. Ricord vermochte in einem Falle von Descensus uteri die knorpel- bis holzharte Derbheit einer solchen Kollumsklerose nachzuweisen. Diesem viel zitierten Befunde durchaus analog ist eine

Fig. 2.

Syphilitischer Primäraffekt an der Vaginalportion. (Derselbe Fall wie Fig. 1.)

begleitet. Letztere findet man indes zuweilen auch bei alleiniger Primärerkrankung der Portio; dann ist sie natürlich durch

an der Innsbrucker Klinik von mir gemachte Beobachtung (vergleiche die beiden Abbildungen).

Subjektive Erscheinungen fehlen; weder spontan noch bei Berührung besteht die geringste Empfindlichkeit. Sklerosen an der Vaginalportion bleiben meist unbemerkt, umso mehr als sie sich nicht oft durch die sonst den Primäraffekt am Genitale begleitende charakteristische Anschwellung der Leisten-drüsen zu erkennen geben. Die hier in Frage kommenden Lymphdrüsen, deren spezifische Erkrankung (Scleradenitis) man postulieren muß, liegen im kleinen Becken; meines Wissens sind bisher weder bei Sektionen noch bei der kombinierten Untersuchung Intumescenzen der abdominalen Drüsen nachgewiesen worden. Eitrige Bubonen der retroperitonealen Lymphdrüsen kommen im Gefolge von Schankern der Vaginalportion glücklicherweise überhaupt nicht zur Entwicklung.¹⁾ An der Portio und am äußeren Genitale gleichzeitig vorhandene Primäraffekte sind aber selbstverständlich von Schwellung der Inguinaldrüsen

Anastomosen der Lymphgefäße begründet. Vereinzelt beobachtete ich übrigens suppurierende Leistenbubonen, welche durch ausschließlich an der Portio situierte, weiche Schanker veranlaßt waren.

Die Dauer des Primäraffekts an der Portio ist für gewöhnlich keine lange; derselbe heilt ob behandelt oder nicht behandelt, innerhalb kurzer Zeit, bisweilen schon innerhalb zwei bis drei Wochen. Es gibt aber auch Fälle von sehr protrahiertem Verlaufe, in welchen das primäre Ulcus das konsekutive Exanthem überdauert und selbst noch zur Zeit eines rezidivierenden Ausschlages vorhanden sein kann. Bei abnorm großen Primäraffekten nebst gleichzeitiger Hypertrophie des Collum uteri macht die Ueberhäutung im Zentrum trotz bereits vollzogener breiter peripherer Uebernarbung oftmals durch Wochen hindurch keine Fortschritte. Ich habe auch wiederholt beobachtet, daß nach kürzerer oder längerer Zeit die Narbe wiederum aufbrach und neuerdings ein schwer heilender Substanzverlust sich ausbildete (Rezidiv in situ s. Sclerosis redux). Ein solches Ereignis ist, was die Gefahr der Infektion betrifft, natürlich von ernstester Bedeutung, insbesondere in der polizeiärztlichen Praxis. Die Narbe nach einem Primäraffekt an der Portio ist zart, unscheinbar und in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nach kurzer Zeit überhaupt nicht mehr nachweisbar. Gleichwohl verfüge ich über Beobachtungen, in welchen die Narbe scharf abgesetzt war und nach Jahresfrist und selbst noch später deutlich erkennbar blieb.

Die Diagnose ist bei vaginaler Beschaffenheit der Portio leicht, gestaltet sich aber um so schwieriger je beträchtlichere Veränderungen vorausgegangene Partus gesetzt haben. In erster Linie kommen Erosionen am Muttermunde, sei es nach Schwangerschaften, sei es nach Endometritis cervicis, in Frage. Gewöhnlich setzen sich dieselben jedoch bis in den Zervikalkanal hinein fort und sind vorzugsweise an der rückwärtigen Zervikal-lippe lokalisiert. Meist sind sie oberflächlich granuliert und nur selten mit dem gerade für primäre Syphilis charakteristischen, grauweißen, pseudomembranösen Belage versehen; aus diesem Grunde ist auch die Farbe der Erosionsfläche eine mehr gleichmäßige, bald dunkelrot, bald gelblich oder blaßrot. Für katarrhalische Erosion diagnostisch verwertbar, wenngleich nicht absolut beweiskräftig, sind schleimig-eitriger Zervikalfluor, Anomalien der Menstruation und Schmerzhaftigkeit in der Uterus- und Kreuz-beingegend. Dazu kommt noch der weitere Verlauf, der bei primärer Syphilis ein rascher, bei Erosionen ein äußerst träger ist. Ein anderer, häufig an der Portio vaginalis, meist unmittelbar vor oder nach der Menstruation zu beobachtender Zustand ist der Herpes genitalis (s. menstrualis). An den Zervikallippen bemerkt man dunkelrote oder grauweiß belegte, zunächst stecknadelkopfgroße Erosionen, die alsbald zu linsengroßen und noch umfänglicheren, polyzyklisch konturierten Substanzverlusten zusammenfließen. Sie überragen aber nirgends das normale Niveau und ermangeln jedweder Infiltration. Unbedingt beweisend ist der als Rest der Bläschenbedecke allerdings nur selten zu beobachtende, fetzige, weißliche Epidermissaum an der Peripherie der Erosionen. Zu erwähnen ist noch, daß nicht selten präeruptio oder synchron mit der Portiosklerose, wie auch sonst bei diversen Perturbationen in der sexuellen Sphäre,¹⁾ Herpes an der Vulva zur Entwicklung gelangt.

Der weiche Schanker ist leicht zu differenzieren und kommt an der Portio entschieden seltener vor als die primäre Lues. Auch die als Ulcus molle elevatum bekannte Varietät kommt hier zur Beobachtung. Beachtenswert ist, daß in solchen Fällen außer an den Zervikallippen auch im Fornix sowie am äußeren Genitale, namentlich in der Fossa navicularis, charakteristische weiche Schankergeschwüre vorhanden zu sein pflegen.

Auch die Differentialdiagnose gegenüber Karzinom kommt in Frage. Hin und wieder wurde, wie auch mir ein solcher Fall bekannt ist, infolge Verwechslung mit Krebs die Amputation der schankerkösen Vaginalportion von namhaften Gynäkologen ausgeführt.

Die Kenntnis aller dieser Verhältnisse ist von großer Wichtigkeit, zunächst in diagnostischer Beziehung. Insbesondere für die polizeiärztliche Untersuchung der Prostituierten sind dieselben von schwerwiegender Bedeutung.

Wie zahlreiche Infektionen könnten verhindert werden, wenn

¹⁾ Die von Bernutz (Clin. méd. sur les mal. des femmes, 1860—62) bei Uteral-schanker beobachtete Pelvipéritonitis ist, obschon er sie mit jenem in genetischen Zusammenhang bringt, einer anderen Deutung fähig.

¹⁾ Vergleiche mein Lehrbuch (Jena 1902), S. 45.

die Diagnose rechtzeitig gemacht und die betreffenden Kranken der Behandlung zugeführt und unschädlich gemacht würden! Wenn dies zur Zeit nicht in dem wünschenswerten Umfange geschieht, so liegt der Grund darin, daß einerseits die diagnostische Kenntnis der in Rede stehenden Affektionen kaum noch Gemeingut der Spezialärzte, geschweige der Allgemeinpraktiker, ist und weil andererseits die Hilfsmittel bei der gegenwärtig üblichen Prostituiertenuntersuchung in bezug auf Lagerung und Beleuchtung zumeist recht ungenügende sind. Es unterliegt ja doch keinem Zweifel, daß ein Primäraffekt an der Vaginalportion eine unverhältnismäßig ergiebigere Infektionsquelle abgibt als die an anderen Stellen des weiblichen Genitale lokalisierten Sklerosen. Dabei ist als erwiesen zu betrachten, daß Prostituierte, welche doch nahezu ausnahmslos mit Blennorrhoe der Cervix behaftet sind, für diese Art von Syphilisinfektion ganz besonders disponiert sind (Naumann).

Weiter ist der harte Schanker der Vaginalportion noch in einer anderen Beziehung bedeutungsvoll, nämlich als Geburtshindernis. Allerdings sind derlei Vorkommnisse sehr selten. Unter mindestens 160 Fällen von Primäraffekt des Collum uteri, welche ich im Laufe von fünf Jahren beobachtet habe, war diese fatale Komplikation bloß ein einziges Mal zu verzeichnen. Die Portiosklerose scheint besonders dann von Bedeutung für den Geburtsakt, wenn sie sich am Ende einer Schwangerschaft entwickelt.

Infolge der durch den Primäraffekt geschaffenen Starrheit und Rigidität kann die zur Austreibung der Frucht nötige Erweiterung des Muttermundes gar nicht oder in nur ungenügender Weise erfolgen, so daß operative Eingriffe nötig werden.

In therapeutischer Beziehung ist nicht viel zu sagen. Wie erwähnt, sind harte Geschwüre an der Portio nur selten von längerer Dauer. Scheidenspülungen, Jodoformtampons und Bepinselung mit Lapislösung genügen, um die Uebernabung der Primärsklerose zu beschleunigen. Ab und zu hat man es allerdings mit äußerst torpiden, jedweder Lokal- und Allgemeinbehandlung trotztenden Affekten zu tun.

Sekundär-syphilitische Erscheinungen an der Vaginalportion zählen unter die großen Seltenheiten. Trotz jahrelanger eingehender Beobachtung eines gerade in bezug auf die hier erörterten Fragen hervorragend ergiebigen Krankenmaterials habe ich bisher erst viermal Gelegenheit gehabt, unzweifelhafte breite Kondylome an den Muttermundslippen zu beobachten. Im Aussehen glichen sie ziemlich genau den Plaques muqueuses der Mund- oder Rachenschleimhaut: linsengroße, scharf umschriebene, bläulichweiße, kreisrunde, leicht über das Niveau der Schleimhaut elevierte Effloreszenzen, die von keinerlei subjektiven Erscheinungen begleitet waren.

Daß in der Frühperiode der Syphilis an der Schleimhaut und vielleicht auch in den Wandungen des Uterus mehr minder tiefgreifende Veränderungen sich finden, ist angesichts der Analogie mit anderen Schleimhäuten und Organen des Körpers nur wahrscheinlich, ja sicher, wenn wir uns des verhängnisvollen Einflusses des Syphilisvirus auf die Frucht erinnern; namhafte pathologisch-anatomische und gar klinische Befunde dürften nach dieser Richtung kaum vorliegen. Die Möglichkeit der Existenz einer spezifischen Endometritis wollen wir daher nicht nur nicht in Abrede stellen, sondern als sehr wahrscheinlich zugeben — exakte Beweise sind aber bis jetzt auch hierfür nicht vorhanden.

Anders verhält es sich mit den tertiär-syphilitischen Erkrankungen. Gummata der Vaginalportion gehören keineswegs zu den häufigen Befunden, doch habe ich solche ab und zu beobachtet. Man kann nicht sagen, daß das Aussehen derselben ein besonders charakteristisches wäre; vielmehr ist auch hier die Diagnose meist per exclusionem und mit Berücksichtigung sicher nachgewiesener syphilitischer Antezedentien zu machen. Wie es scheint, hat das Gumma der Vaginalportion tiefere Zerstörungen nicht im Gefolge. In den Fällen, die ich zu sehen Gelegenheit hatte und welche Frauen mit einer etwa sechs bis sieben Jahre alten Lues nebst anderweitigen manifesten Tertiärererscheinungen betrafen, handelte es sich durchwegs um seichte, länglichovale Geschwüre mit blaßrotem Grunde und viscidem, nichteitrigem Belage.