III. Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalgonorrhoe.

Von Dr. Oskar Bodenstein, Berlin.

Einem jeden Arzte kommen im Laufe der Zeit Fälle von Gonorrhoe beim Weibe in die Hände, welche — auch ohne dass die Adnexe ergriffen sind — jeglicher Therapie spotten. Das Freisein der Tuben und Ovarien von der Gonococceninfektion kann hierbei aus der Schmerzlosigkeit und der normalen Beschaffenheit der Organe festgestellt werden. Die Patientinnen haben alle vorhandenen antiseptischen und speciell gegen Gonorrhoe empfohlenen Mittel zur Ausspülung erhalten und diese rite ausgeführt; es sind reinliche intelligente Personen, welche allen Anordnungen des Arztes genau folgen. Eine Neuinfektion ist — soweit überhaupt möglich — bei ihnen auszuschliessen. Der Mann z. B. ist behandelt worden, die Cohabitation hat monatelang nicht stattgefunden, in seinem Urethralsecret wurden trotz längerer Beobachtungszeit keine Gonococci mehr gefunden, auch wenn er alsdann mit dem Condom coitirte. Sobald aber dieses Schutzmittel nicht angewandt wurde, hatte er wieder nach einigen Tagen Gonococci — eine Reinfektion hatte stattgefunden.

Auf diese und ähnliche Weise waren uns vor drei Jahren in schneller Reihenfolge zuerst mehrere Fälle zugekommen, bei welchen — und als wir erst darauf aufmerksam wurden, später öfter — uns vornehmlich folgender Befund auffällig wurde.

Das im hintern Scheidengewölbe angesammelte Secret war von ganz anderem Aussehen und anderer Beschaffenheit, als das aus der Cervix. Dieses quoll hin und wieder dick, glasig und von weisser Farbe hervor, während hinten in der Scheide sich eine dünnflüssige, copiose und gelbe Secretionsansammlung vorfand.

Das Mikroskop zeigte im Cervixsecret wenig und gar keine Gonococci, wenn dasselbe nach vorheriger vorsichtiger Reinigung des vorderen Cervicalcanals aus den tieferen Partien, in der Nähe des internen Muttermundes hervorgeholt wurde. In dem dünnflüssigen gelblichen Scheidensecret war besonders am Tage nach einer Spülung, respective einer mechanischen Reinigung der Vagina trotz vieler Mühe und sehr zahlreicher Präparate kein Gonococcus zu finden, während bei Nichtbehandlung sich die specifischen Krankheitserreger in unverkennbarer Form wenigstens hin und wieder zeigten.

Wann sich die Gonococci in unseren Fällen besonders leicht in der Vagina nachweisen liessen, werden wir noch später kennen lernen. Es gelang dieses auch oft erst im Laufe der weiteren Therapie. Die Thatsache, dass es ja überhaupt sehr schwierig ist, aus der Scheide den mikroskopischen Nachweis von Gonococci zu führen, ist übrigens wohl auch Grund mit für die feste Annahme, dass die Ansiedelung von Gonococci in der Vagina entweder gar nicht oder nur in der grössten Ausnahme und unter besonders günstigen Bedingungen stattfindet.

Zur weiteren Bestimmung, ob als Lokalisation der gonorrhoeischen Infection hier wirklich und hauptsächlich das hintere untere Scheidendrittel anzusprechen sei, wurde dieses im weiteren Verlaufe der Beobachtungen nach gehöriger Desinfection fest ausgestopft, und zwar so, dass vor die Cervix ein besonderer und deutlich erkennbarer Tampon gelegt wurde, um das Cervix-, resp. Uterussecret gesondert aufzufangen. Die nunmehr angestellten mikroskopischen Untersuchungen ergaben keine vom vorigen abweichenden Bilder, sondern befestigten nur durch ihren Befund unsere anfängliche Annahme, dass thatsächlich bei diesen Fällen

im hintern Scheidengewölbe der Hauptsitz und die Weiterentwicklung der Gonorrhoe sich etablirt haben müsse.

Wie verhalten sich nun unsere bisherigen Erfahrungen und die Angaben der Autoren zu diesem Befunde? In der vorbacteriologischen Zeit, d. h. bevor Bumm die Reinzüchtung des Gonococcus Neisser gelehrt hatte, sah man den Vaginaltripper als das Prototyp der gonorrhoeischen Infection an. Bumm läugnerte dann überhaupt das Vorkommen einer echt gonorrhoeischen Vaginitis bei Erwachsenen. Ebenso Neisser und seine Schule. Im Gegensatz dazu hielt Säger das Bestehen einer Vaginalgonorrhoe auf Grund seiner rein klinischen Beobachtungen aufrecht, und erst allmählich wurde auch von anderen Autoren (Bröse, Veit, Schauta) wenigstens zugegeben, dass unter besonderen Umständen und Vorbedingungen, wie Kindesalter, Graviditas, zarte Schleimhaut von Blondinen eine specifische Colpitis entstände.

Allgemein aber wird ebenso wie beim Manne als Lokalisation der Initialinfection immer wieder und wieder die Urethra bezeichnet.

Diese stets primäre Lokalisation der Gonorrhoe in der weiblichen Urethra könnten wir uns im Gegensatz dazu nur dann denken, wenn der Tripper beim inficirenden Manne noch so acut ist, dass auch das Orificium urethrae virilis noch entzündet ist und der Pus fortwährend hervorquillt. Bei der Immissio penis streift dieser dann wohl das gonococcenhaltige Secret an der weiblichen Urethra direkt ab — aber doch auch nur gelegentlich. Für gewöhnlich aber vergeht in diesem Stadium dem Manne aus leicht begreiflichen Dingen meistens die Lust zum Coitus. Meistentheils wird doch gerade im chronischen Stadium von dem gonorrhoeisch infectiösen Manne die Cohabitation ausgeübt. Das Vestibulum urethrae virilis ist dann in der grössten Zahl der Fälle sogar ganz trocken. Wie soll dabei eine Infection der weiblichen Urethra einfach durch das Anstreifen vor, respective bei der Immissio penis regelmässig zustande kommen? Es wäre im Gegentheil einfach nur als Ausnahmefall zu bezeichnen.

Viel näher liegt es hier, schon aus ganz mechanischen Gründen die prima infectio im hinteren Gewölbe zu suchen und erst secundär durch den Ausfluss die gewöhnlich auftretende Infection der Urethra.

Als begünstigendes Moment für das fast stetig secundäre Befallenwerden der Urethra möchte ich an dieser Stelle einmal diejenige Bewegung erwähnend hervorheben, welche die Frauen, Mädchen und weiblichen Kinder fast ausnahmslos und unwillkürlich nach jedem Uriniren machen. Sie drücken mit einer Hand die Kleider respective das Hemd in die Gegend der Vulva und führen eine wischende Bewegung von unten nach oben aus, weil ihnen die Benetzung der äusseren Theile mit dem Urin, der darüber gelaufen, unangenehm ist.

Wie dem aber auch sei; jedenfalls war die Urethra bisher öfter der einzige Ort, wo man der Forderung Neisser's, zur Diagnose einer Gonorrhoe auch stets den Gonococcennachweis zu führen, gerecht werden kann, d. h. in einer für den Praktiker nicht zu langen Zeit. Einmal halten sich die Gonococci in den Krypten um die Urethra noch längere Zeit nachweisbar auf, und dann gelang mir in einigen zweifelhaften Fällen noch der Nachweis dadurch, dass ich aus der sonst makroskopisch trockenen Urethra mit einem nicht zu scharfen Löffelchen mir vorsichtig etwas Epithel, resp. Secret, und zwar am Morgen vor dem Uriniren abschabte.

Glücklicherweise hinterlässt aber die einmal beim Weibe stattgehabte gonorrhoeische Infection noch für lange Zeit eine Symptomenreihe zurück, aus der man häufig mit der allergrössten Sicherheit, auch ohne Gonococcennachweis, aus dem klinischen Befunde allein die Diagnose stellen kann.

Ich spreche hier, es sei nochmals betont, nur von denjenigen Fällen, wo die Krankheit als solche, wie so häufig, keine auffälligen subjectiven und objectiven Symptome mehr darbietet und so fälschlich für geheilt gehalten werden kann und auch wird, während der Process noch an einer beschränkten Stelle, hier im hinteren Scheidengewölbe, weiter besteht.

Säger hat die klinischen Kriterien für die Feststellung der chronischen Tripperinfection beim Weibe beschrieben, und es wird die Wichtigkeit dieser Beobachtungen leider noch immer nicht scharf genug hervorgehoben. Sie bleiben entweder in den Publicationen und Lehrbüchern unberücksichtigt oder sie werden, anstatt direkt darauf zu verweisen, nur so nebenbei erwähnt.

I. Wird die Anamnese bereits einige Anhaltspunkte geben a) Ophthalmogonorrhoe eines oder mehrerer Kinder, b) früher bestandenes Brennen beim Uriniren, c) Nachweis von Gonorrhoe beim Manne.

II. Erkrankung der Bartholini'schen Drüsen. „Als ganz besonders wichtiges Zeichen — abgesehen vom ausfliessenden oder ausdrückbaren Secret — der Bartholinitis ist ein flostichartiger

linsengrosser, purpurrother Hof um die oft doppelte Mündung der Drüse. Besonders auffällig ist es, wenn diese Maculae gonorrhoeicae beiderseits vorhanden sind und zugleich eine Röthung um die Urethralmündung herum besteht“.

III. „Fisteln, Abscesse und Cysten der Bartholini'schen Drüsen können gleichfalls so gut wie ausschliesslich als durch Gonorrhoe bedingt angesehen werden.“

IV. Spitze Condylome.

V. Dunkelfleckige Röthungen auf gelbweissem, streifigem Grunde an der Vulva. In manchen Fällen sieht die Vulva am Introitus vaginae wie gefleckt aus. Andernfalls kann man die fast verblassten Stellen durch Ueberfahren mit dem Finger wieder deutlicher demonstrieren.

VI. Erosionen des äusseren Muttermundes.

VII. Durch Betupfen mit 50%igem Chlorzink treten bei chronischer Gonorrhoe die Granulae in der Vaginalschleimhaut deutlich hervor.

VIII. Röthung um die Urethralmündung, Vorhandensein von Secret in der Urethra, in Krypten um die Urethralmündung herum. Verdickung der Urethralwandung.

Natürlich wird man nicht immer alle Symptome zusammen finden, aber bei welcher andern Krankheit geschieht das? Und gerade die Gonorrhoe stellt doch, um die alte Bezeichnung wieder zu gebrauchen, ein äusserst proteusartiges Bild dar. Das eine oder andere Kriterium leitet uns aber, wenn wir nur alle zusammen im Gedächtniss haben, auf die richtige Fährte. Bei einer vielleicht sonst gar nicht suspecten Person erregen sie sofort den Verdacht, während man andernfalls gar nicht an die Eventualität einer Gonococceninfektion bei den häufig sonst nicht vorhandenen sichtbaren Symptomen der chronischen Gonorrhoe im untern Genitaltractus (Vagina, Cervix) denken würde.

Wir selbst haben aber noch, wie wir sehen werden, in der Tamponade der Scheide ein Mittel in der Hand, um ebenso wie die Andrologen in der Dilatation der männlichen Harnröhre eine versteckte Gonorrhoe auch uns wieder mikroskopisch zu Gesicht zu bringen. Und ist nun auf diese oder jene Weise die Diagnose gesichert, dass noch Gonorrhoe vorhanden und ihr Sitz im hinteren Scheidengewölbe, resp. dessen Umgehung (Mucosa der Vaginalportion) sich befinde, so bleibt weiter noch die Beantwortung der Fragen, warum trotz aller angewandten Mittel die Heilung noch nicht eingetreten ist und mit welchen Mitteln diese erzielt werden kann.

Trotz der einwandfreien und unanfechtbaren Funde Wertheim's dass die Gonococci auch das Plattenepithel durchdringen können, sind die letzten Konsequenzen aus dieser Lehre noch nicht gezogen worden. Leider fehlt bis heute noch der mikroskopische Nachweis in Gewebeschnitten der Vaginalwand. Dass dieses bisher noch nicht geschehen, liegt weniger daran, dass diese Lokalisation der gonorrhoeischen Infektion noch strittig war, als vielmehr daran, dass die Eventualität einer solchen nicht genügend gewürdigt wurde. Die Pathologie der Geschlechtstheile von der Cervix aufwärts zogen infolge ihrer grösseren Bedeutung für das subjective Befinden der Patienten (Schmerzen, Lebensgefahr, Sterilität) ganz allein die Aufmerksamkeit der Forscher auf sich. Und drittens ist aus leicht begreiflichen Gründen die Erlangung eines solchen Präparates in vivo ausserordentlich schwer. Gewiss mit Recht galt und gilt es als fester Grundsatz, solange die gonorrhoeische Infektion noch besteht, in der Vagina nicht zu operiren, während die infectirten Tuben zu tausenden extirpirt ein reichhaltiges Material der Untersuchung darbieten.¹⁾

Wenn nun unsere eigenen Beobachtungen von reiner chronischer Vaginalgonorrhoe (20 Fälle) auch nur bestätigen können, was von der zarten Schleimhaut im Kindes- und Greisenalter, in der Gravidität und bei Blondinen gesagt wurde, so müssen wir uns aber strict dagegen wenden, als ob eine Infektion der Vagina nur bei den Individuen dieser Classen vorkäme. Es war ein grosser Procentsatz, mehr als die Hälfte, theils ganz brünetter und im besten Alter von 20—30 Jahren stehender Frauen darunter, deren Scheidenschleimhaut weder eine gewisse Zartheit zeigte, noch sonst eine Eigenschaft aufwies, welche das Eindringen der Gonococci uns als erleichtert hätte erklären können. In welchem Theile der Mucosa die Trippererreger sich ansiedeln, fortentwickeln oder wenigstens lebensfähig bleiben, wird ohne Mikroskop nur Vermuthung bleiben. Allem Anschein nach und wie aus dem folgenden hervorzugehen scheint, sitzen die Gonococci in dem subepithelialen Gewebe. Vielleicht spielen auch die Papillen eine gewisse Rolle dabei mit. Doch wie dem auch sei, wenn wir durch

irgend eine Manipulation, hier durch die Dilatation, Gonococci aus einem Gewebe heraus an die Oberfläche bringen können, so müssen sie vorher auch in diese eingedrungen sein. Und darauf kommt es uns ad hoc vor allem an.

Nun sind zur speciellen Prophylaxe (Sänger) Spülungen mit 10% Sublimat oder bei Schwangeren mit Carbol gleich nach dem Coitus empfohlen worden. Aber sowohl die Prophylaxe, als auch die auf die Weise eingeleiteten therapeutischen Maassnahmen scheitern in einer grossen Anzahl der Fälle an der ungenügenden und deshalb unwirksamen Art und Weise, mit welcher die Scheidenspülungen bisher vorgenommen wurden, oder der Unzugänglichkeit dieser Prophylaxe überhaupt.

Gesetzten Falls, die Irrigation geschieht sogar richtig im Liegen, so kann man sich doch überzeugen, wie wenig im allgemeinen die hinteren Partien der Scheide gereinigt werden, also gerade dort, wo mit der Ejaculation des Samens die Gonococci hingspritzt wurden.

Aus den Falten, Buchten und Rinnen der gewaltig dehnbaren Scheidenschleimhaut gelingt es schlecht, das schleimige, klebrige Secret selbst mit mehreren Litern Flüssigkeit herauszuirrigiren. Ich habe sehr häufig gleich nach der Spülung der Patientinnen das hintere Scheidengewölbe im Neugebauer'schen Speculum eingestellt, per oculos abgesucht und fand doch noch viele Schleim- und Secretstreifen, wenn durch Auseinanderspreizen der Spiegelrinnen die Falten der Schleimhaut hinten auseinandergezogen wurden. Auch nach von mir selbst nur mit dem Mutterrohr auf dem Untersuchungsstuhl vorgenommenen Spülungen zeigte sich dasselbe Bild.

An dieser ungenügenden Reinigung sind einestheils die zu kurzen im Handel befindlichen Mutterrohre schuld. Der in die Scheide eingeführte Theil muss mindestens eine Länge von 12 bis 13 cm haben, sowie vorn und unten seitlich durchlocht sein.

Anderentheils herrscht noch immer das unbegründete Vorurtheil, es dürfe niemals in die Vagina Luft mit eindringen. Die Vorschrift, wie sie bei Spülungen post partum gegeben wird, vor der Einführung den Irrigator erst laufen zu lassen, wird auch auf die Spülungen ausserhalb des Wochenbettes ausgedehnt.

Der Glaube an eine Luftinfection ist vorbei, und zur Furcht vor einer Luftembolie ist beim nicht puerperalen Uterus ebenfalls keine Veranlassung. Und gerade dadurch, dass wir mit der Spülflüssigkeit Luft in die Vagina eintreten lassen, ist uns die beste Gelegenheit zu einer besseren Scheidenreinigung geboten.

Dringt plötzlich Luft in die Scheide, wie das nach Einführung des Mutterrohres geschieht, in welchem das Wasser nicht bis zur Spitze steht, resp. wenn nur vorn eine Flüssigkeitskugel und dann eine Luftsäule sich befindet, so legen sich besonders bei spontan schliessender Vulva die Scheidenwände mehr oder weniger dicht an die Beckenwand an. Es entsteht ein Aërokolpos.

Begünstigt wird die Entstehung dieses Phänomens, wenn die in die Vagina gelangende Luftmenge ungefähr derjenigen entspricht, welche sich in einem leeren Mutterrohr befindet. Ausserdem ist es gut, in dem Augenblick, wo die Irrigation beginnt, die Patientin aufathmen zu lassen, um den abdominalen Luftdruck auf das kleinste Maass herabzusetzen.

Klafft der Introitus vaginae infolge grosser Schlaffheit der Gewebe oder weil stärkere Perinealrisse mit mehr oder weniger bedeutendem Descensus vaginae vorhanden sind, so muss, um das sofortige Entweichen der Luft zu verhindern, die Vulva rings um das eingeführte Mutterrohr herum zugedrückt werden, bevor man den Strahl laufen lässt. Jede Person kann das mit Leichtigkeit selbst ausführen.

Zur Fallhöhe der Irrigationsflüssigkeit bedarf es dazu 1 bis 1½ m. Nach der Procedur des Ausspülens kann der Aërokolpos sofort aufgehoben werden, indem mit dem Finger die hintere Scheidenwand nach unten gedrückt wird und man so den äusseren Luftdruck mit demjenigen in der Scheide auf gleiche Höhe bringt.

Für denjenigen, welcher zum ersten Male der Erscheinung des Aërokolpos gegenübersteht, ist es ein geradezu verblüffendes Gefühl, denn der neben dem Rohr eingeführte Finger fühlt anfangs absolut nichts.

Dann scheint es, als ob man sich in einer weiten Höhle mit glatten Wänden befindet, denn die Vaginalwände sind ad maximum gedehnt, ihre Falten und Buchten sind ausgeglichen. Eine Reinigung durch Irrigation ist hier eine wirklich vollständige, ganz anders, als man sonst im gewöhnlichen Zustande der Scheide nach der Ausspülung zu sehen gewohnt ist. Und ganz erklärlich. Der, resp. die Wasserstrahlen treffen beim Aërokolpos die Vaginalwände in ihrer ganzen Ausdehnung, während sie vordem in die dicht aneinander gelegten Falten gar nicht oder nur sehr schwer eindringen konnten, somit auch nur das auf ihnen liegende Secret erreichbar war und von ihnen herausgespült werden konnte.

¹⁾ Nach Fertigstellung dieser Arbeit lese ich, dass es nunmehr auch gelungen ist, in Schnittpräparaten der Vaginalmucosa Gonococci bis ins subepitheliale Gewebe hinein nachzuweisen. Mandel, Monatsschrift für Geburtskunde und Gynäkologie 1897, S. 24.

Für frische Fälle von Vaginalgonorrhoe genügt das einfache von Ruge empfohlene Auswaschen der Scheide mit dem Finger, das ich ebenfalls, wie ich in der damaligen Discussion erwähnte, seit Jahren anwende und sogar noch in häufiger Verbindung mit nachherigem vollständigen Abtupfen jedes stehengebliebenen Secretflöckchens im Spiegel ausgeführt habe. Das gilt aber, wie gesagt, nur für die frischen Fälle, wo die Coccen noch nicht in die Tiefe eingedrungen sind, wie es bei den von uns hier abgehandelten Fällen geschehen ist. Es ist uns Aerzten auch leider nicht immer vergönnt, unsere Patienten gleich auf längere Zeit im Auge zu behalten und selbst zu behandeln. Ich erinnere nur an die auswärtigen, welche ihrer privaten Verhältnisse wegen nicht bleiben können, oder solche Personen, deren sociale Stellung ihnen nur ein selteneres Erscheinen in der Sprechstunde erlaubt.

Da nun in den Fällen die bisher angewandten Spülungen der Patientinnen diesen nichts geholfen hatten und auch durch die Anwendung des Aërokolpos, resp. durch Auswaschungen und Ausreiben mit dem Finger und im Spiegel kein endlicher Erfolg aufzuweisen war, kam ich immer mehr und mehr zu der Ueberzeugung, dass gleich dem Sitze der chronischen Gonorrhoe beim Manne diese auch in der Vagina unter der Oberfläche verborgen liegen könne und demnach in diesen Fällen zu ihrer Heilung auch in der Tiefe aufgesucht werden müsste.

Bei hartnäckigen Fällen ist bereits früher von einigen Autoren, z. B. Sänger, die Jodoformgazetamponade angegeben und empfohlen worden. Der Grund zu dieser Manipulation ist aber entweder nicht ausgeführt, oder es soll ein Trocken- und Aseptischhalten der inficirten Vaginalschleimhaut (Bröse) damit erzielt werden. Und in der That erfüllt die Jodoformgazetamponade in leichteren Fällen von chronischer Vaginalgonorrhoe ihren Zweck, aber nur dann, wie wir beobachten konnten, wenn die Vagina besonders hinten ad maximum ausgestopft, eine Dilatation der Vaginalmucosa bewirkt wird. So fasste denn bald die Ueberlegung festen Fuss, dass nur eine der Behandlung der männlichen chronischen Gonorrhoe analoge Form der Therapie auch bei der chronischen Vaginalgonorrhoe zur vollständigen Heilung führen könnte. Der Erfolg bewies dann später, dass der richtige Weg eingeschlagen war.

Die feste Tamponade der oberen Scheidenhälfte — mehr ist nicht rathsam, weil sonst leicht die Urethra comprimirt wird — übt eine der instrumentellen Dilatation der Harnröhre beim Manne gleiche Wirkung aus; eine verstärkte Secretion an den mit Gonorrhoe inficirten Stellen. Dasselbe trat allerdings auch ein, wenn mit anderer Gaze — Bor- oder reiner aseptischer Gaze — gearbeitet wurde. Aber gerade das ist ja ein Beweis dafür, dass hier nur die Dilatation das wirksame Agens sei und nicht das Jodoform. Zugleich wurden, wenn einige Tamponaden in 24stündigen Intervallen einander folgten, selbst in denjenigen Fällen, wo wir trotz Präparate und sorgfältiger Durchsuchung derselben keine Gonococcen gefunden hatten, diese, wenn auch theilweise sehr spärlich, doch meistens bald unter dem Mikroskop gesehen. Die vordem also klinisch gestellte Diagnose auf chronische Vaginalgonorrhoe war mikroskopisch erwiesen.

Nun wurden wiederum, conform den Höllesteininstillationen in der Andrologie, aber gemäss der starken Widerstandsfähigkeit der Vaginalmucosa hochwerthige Scheidenbäder mit Argentum nitricum (20%) gemacht. Unter der Aetzwirkung wurde wohl der verhornte obere Theil der Schleimhaut, je nach ihrer Beschaffenheit mehr oder weniger stark abgeschält; allein der gewünschte Erfolg der Heilung blieb in den meisten Fällen aus. In dieser Weise wirkte das Mittel nicht genügend; wieder ein Beweis, dass die Gonorrhoe tiefer liege. Demnach musste also die Therapie so eingerichtet werden, dass entweder die Erreger der Infection an die Oberfläche zu bringen waren, oder die Mittel mussten bis ins Gewebe hinein ihre Wirksamkeit erfüllen.

Ersteres geschieht bereits wenigstens theilweise durch die erfolgte starke Dilatation, indem die Gonococcen einmal durch diese gewissermaassen mechanisch herausgepresst werden, dann eine Art von neuer Entzündung durch den Reiz der Dilatation hervorgerufen wird, respective dadurch, dass beide Momente zusammenwirken. Die Anwendung tief ätzender Mittel unterblieb aus leicht begreiflichen Gründen, und so blieb uns nur noch die Wahl dasjenige Präparat anzuwenden, welches die Eigenschaft hat Flüssigkeit aus dem Gewebe zu ziehen, damit den Säftestrom aus der Tiefe nach oben zu vermehren und womöglich zu gleicher Zeit die harte, schwer durchgängige Epitheldecke zu lockern oder noch besser fortzuschaffen: das Glycerin in Verbindung mit Ichthol.

Es ist uns seit langem bekannt, wie die bei chronischer Peri- und Parametritis angewandten Ichtholglycerintampons, wenn sie täglich in 10 % iger Lösung eingeführt werden, in kurzem, oft schon in wenigen Tagen, eine kräftige Epithelabschilferung in der

Vagina hervorrufen. Diese bei der Behandlung eben genannter chronischer Affectionen störende Complication beutete ich für unsere Fälle insoweit aus, als ich nun nicht einen einzelnen Tampon, sondern, um sowohl eine möglichst gleichmässige Desquamation des Epithels, als auch die wirksame Dehnung zu bewerkstelligen, kleine, mit 10 % igem Ichtholglycerin getränkte Wattebäuschchen im Speculum fest in das hintere und vordere Scheidengewölbe hineinstopfte. Dabei muss zugleich auf die seitlichen Theile geachtet werden, da sich hier leicht Hohlräume bilden und dann die Dilatation und ebenso die Veränderung am Epithel keine gleichmässige wird. Tritt aber beides ein, so werden einerseits infolge der Dilatation die Gonococcen frei, und durch den Reiz und die wasserentziehenden Eigenschaften des Glycerins werden sie mit dem starken Säftestrom an die Oberfläche geschwemmt.

Die nunmehr des harten Plattenepithels beraubte Oberfläche sieht purpurroth aus, an einzelnen Stellen auch etwas blutend. Die Papillen heben sich deutlich ab. Ist die eben erwähnte und flächenhafte Blutung so beschaffen, dass sie auf eine kurze Betupfung mit Watte nicht sofort steht, so genügt eine einmalige trockene Tamponade, eventuell mit Jodoform etc., um eine trockene Fläche herzustellen, auf der eine 2—5—20 % ige Argentumlösung ihre volle Wirksamkeit gegen den Gonococcus entfalten kann.

Abgesehen von der definitiven Heilwirkung dieser Methode hat dieselbe noch den weiteren werthvollen Vortheil, dass durch den Modus des Ausstopfens und der Aetzung eine neue Infection, während der Behandlung wenigstens, ausgeschlossen werden kann. In dieser Zeit ist die Cohabitation unmöglich, und auch der Ehegatte hat Gelegenheit, sich seine eigene Gonorrhoe behandeln zu lassen. In Fällen, die dem Gynäkologen und ebenso jedem andern Arzte gewiss nicht selten aufstossen, wo die Gattin von der Art und Infectiosität ihres Leidens nichts wissen darf, gewiss keine gering anzuschlagende Hülfe für den Arzt und die zu bewahrende Discretion.

Nachtheile habe ich bei über 50 in dieser Weise behandelten Fällen von vaginaler Gonorrhoe nicht gesehen. Davon liegen vier Fälle bereits 2½ Jahre zurück und sind noch in meiner Beobachtung. Ich kann mir auch irgendwelche schlimmen Folgen nicht vorstellen, wenn reinlich und nicht gleich zu brüske vorgegangen wird.

Wenn zu Eingang der Arbeit betont wurde, dass nur solche Fälle von prinzipieller Bedeutung für uns sind, deren Adnexe keinerlei Veränderung zeigen, so that ich das, um das Krankheitsbild, wie es sich uns im Beginne der Beobachtungsreihe vorstellte, nicht abzuschwächen. In Wirklichkeit ist der Status nicht immer so rein gewesen — d. h. nicht immer waren in den so behandelten und geheilten Fällen die Adnexe frei. Im Gegentheil oft machten noch erst die Complicationen, wie das ja der Gang bei allen anderen Krankheiten auch ist, die Hauptschwierigkeiten für die Diagnose und Therapie aus.

Einmal geringe subacute Processe an den Tuben oder Ovarien, dann bereits abgelaufene Entzündungen und deren Producte. Die Narben um die Adnexe herum oder perimetrische Veränderungen und wieder deren Folgeerscheinungen auf die Functionen des Uterus. Dann wieder waren im Uterussecret noch hin und wieder Gonococcen zu finden; aber stets war zugleich die vaginale Gonorrhoe dabei.

Für die Anwendung unserer Therapie in solchen Fällen war das Dilemma anfangs gross. Bei subacuter Adnexentzündung ist eine Dilatation der Scheide unmöglich. Daher musste erst die höhergelegene Entzündung durch Ichtholampons beeinflusst werden, wobei zugleich die Vagina so gut es anging behandelt wurde. Erst nach Ausheilung der Adnexerkrankung wurde dann auch die forcirte und exacte Ausheilung der Scheide durch die Tamponade vorgenommen. Ohne diese aber war das bei längerem Bestande der Infection, wie wir uns des öfteren überzeugten, nicht möglich.

Alle Eventualitäten in den Complicationen hier in diesem Artikel zu erschöpfen, ist nicht angängig und auch nicht der Zweck desselben.

Es sei zum Schluss nur noch auf folgendes hingewiesen: Die günstigste Zeit zur Einleitung und Ausführung der Methode ist die Zeit der stärkeren Secretion in den Genitalien, also die Zeit kurz vor, respective kurz nach der Menstruation. Ferner ist die starke Tamponade eine sichere Bestimmungsmethode, ob die vaginale Gonorrhoe auch wirklich geheilt ist.

Inwieweit sich eine Dehnung für die chronische Gonorrhoe in der Cervix und im Uterus verwerthen liesse, dafür fehlen mir noch eine genügende Anzahl dazu zu verwerthender Fälle. Ausführliche Literaturangaben cfr. Veit's Hsdbuch der Gynäkologie 1897.