Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Universitätsklinik des
Herrn Prof. Wyder in Zürich.

Fall von Lupus vulvae hypertrophicus et perforans.

Von

Dr. med. H. Häberlin,

I. Assistenzarzt.

(Mit Abbildung Taf. IV.)

Die Seltenheit des Lupus vulvae und die geringe Anzahl der veröffentlichten Fälle (Winckel¹⁾ zählte 1886 nur 25 Fälle) veranlasst die genaue Beschreibung eines in der Züricher Klinik beobachteten Falles, welcher ein Aussehen der von der Krankheit befallenen Theile geschaffen hat, wie es bisher meines Wissens noch nirgends veröffentlicht worden ist.

Krankengeschichte: Es handelt sich um eine 27jährige Schneiderin aus Zürich, deren Vater an der Lungenschwindsucht gestorben ist. Drei Geschwister starben jung; die Todesursache ist unserer Kranken nicht bekannt. Die Mutter lebt und ist gesund. Als Kind war die Kranke stets gesund. Die Menses traten mit 16 Jahren ein, waren regelmässig, schmerzlos. 1882 gebar Kranke zum ersten Male. Der Geburts- und Wochenbettsverlauf war normal. 1883 litt die Kranke während 15 Wochen am Typhus. 1884 zweite, ebenfalls normale Geburt. 1885 wurde die Kranke auf der „inneren Klinik“ an Gonorrhoe und Ulcus molle behandelt. Im Anschlusse daran entwickelte sich ein Drüsenabscess in der linken Leiste. Ein Hautausschlag sowohl als secundäre Rachen-erkrankung sollen nicht bestanden haben; dagegen leidet die Kranke seither beständig an Fluor albus. Seit April 1888 wurden die Menses unregelmässig, blieben acht Wochen aus, dauerten dann nur einen Tag und sind seither überhaupt ausgeblieben. Daneben

1) Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886.

Diarrhoe. Der Stuhl war zuerst schleimig, dann blutig und im Juli eitrig. Dabei litt die Kranke an umherziehenden Schmerzen im ganzen Leibe, hatte krampfhaft, ziehende und brennende Schmerzen in der Aftergegend. Den ganzen Sommer hindurch soll Fieber bestanden haben, ferner starke Nachtschweisse und vermehrtes Durstgefühl. Beim Uriniren hatte die Kranke öfters Brennen an den äusseren Geschlechtstheilen. Das Allgemeinbefinden verschlimmerte sich rasch; die Kräfte schwanden. Husten war nie vorhanden. Die Kranke ging so gut wie möglich ihrem Berufe nach. Den ganzen Herbst hindurch waren die Beschwerden geringer. Stuhl stets unregelmässig; meistens Schmerzen im ganzen Unterleibe. Immer starker Fluor. Von Zeit zu Zeit geringes Frösteln. Ein im August 1888 consultirter Arzt bekämpfte die Diarrhoe, ohne eine Untersuchung vorzunehmen. Die Kranke selbst hat keine Veränderungen an ihren Geschlechtstheilen bemerkt. Eine im Anfange Januar 1889 ausgeführte Reise verschlimmerte alle Erscheinungen. Die Kranke musste zu Bett.

Befund bei der Aufnahme am 24. Januar: Kleine, zart gebaute Frau mit blasser, fahler Haut. Fettpolster fast vollständig, Muskulatur auf das Aeusserste geschwunden. Knochen zeigen nirgends Auftreibungen, sind weder auf Druck, noch von selbst schmerzhaft. Schädelknochen gesund. Haut nirgends verfärbt, Narben nur in der linken Schenkelbeuge. Gesicht zeigt fliegende Röthung. Augen umrändert; Wangen eingefallen. Conjunctiven sehr blass. Pupillen gleich weit, reagiren pünktlich. Gebiss gut erhalten. Lippen nicht auffällig blass. Zahnfleisch etwas geschwollen, nicht empfindlich. Zunge mit Ausnahme der Spitze leicht belegt. Uebler Geruch aus dem Munde. Rachen, Gaumen und Gaumenbogen ohne Besonderheiten. Kranke redet mit leiser, nicht deutlich heiserer Stimme. Am äusserst abgemagerten Halse keine geschwellten Lymphdrüsen. Thorax kurz, gut gewölbt, ohne Anzeichen von Rhachitis. Wirbelsäule gerade. Lungen und Herz gesund. Herztöne leise. Bauch flach gewölbt. Bauchdecken äusserst dünn. Gegend des Coecum und S romanum bei der Tastung leicht empfindlich. Ueberall tympanitischer Schall. Leber nicht vergrössert, schliesst mit dem Rippenbogen ab. Magendämpfung klein; Milz nicht tastbar.

Die Veränderungen der Geschlechtstheile sind so mannigfaltig und unregelmässig, dass die sorgfältigste Beschreibung kaum im Stande ist, ein getreues Bild zu geben. Die mit

grösster Sorgfalt ausgeführte Zeichnung wird hoffentlich diese Schwierigkeit zu überwinden helfen.

In der linken Leistengegend eine etwa $3\frac{1}{2}$ cm lange, linienförmige Hautnarbe. Rechts von der grossen Schamlippe, fingerbreit von ihrem Ansätze entfernt, befindet sich auf gerötheter Grundlage eine linsengrosse Pustel mit serös-eitrigem Inhalte; Umgebung mässig infiltrirt. Schamtheile im ganzen Umfange vergrössert und anscheinend ödematös. Die rechte grosse Schamlippe im oberen Theile (etwa 5 cm weit) wenig verändert, ebensowenig weiter unten die äussere Gegend derselben; dagegen zeigt sich dem inneren Rande mit breiter Grundlage aufsitzend eine 2,5 cm lange, 1,5 cm hohe und 1,5 cm dicke Hervorragung von länglich ovaler Form und leicht höckeriger Oberfläche. Die Consistenz vermehrt. Neben dieser Vorrangung setzt sich ein schmaler Streifen der unveränderten Schamlippe nach unten fort. Vom unteren Ende der Vorrangung gehen zwei Fortsätze aus, ein kleinerer lappenförmiger viereckiger und ein grösserer wurmförmiger, die Fortsetzung des inneren Randes bildend. Von der Vorrangung scheint er nur durch eine leichte Furche getrennt. Er verläuft 1,5 cm nach unten links und berührt in seinem unteren Theile die verdickte linke grosse Lippe, ohne mit derselben verwachsen zu sein. Dasselbst schlägt er sich um und geht nach links oben, wo er sich an der Innenfläche der linken grossen Lippe in der Höhe der Vorrangung in der rechten grossen Lippe ansetzt. Die Ansatzstelle ist von aussen nicht sichtbar. $1\frac{1}{2}$ cm unterhalb dieses Höckers entspringt vom inneren Rande der rechten grossen Lippe ein brückenförmiger Fortsatz, der zuerst $1\frac{1}{2}$ cm nach unten läuft, sich dann umschlägt und an der Umschlagstelle des oben beschriebenen Balkens ansetzt.

Die rechte kleine Schamlippe vergrössert, im oberen Theile nicht wesentlich verändert, reicht nach unten bis zum Anfange der Vorrangung der grossen Lippe. Die untere Begrenzungslinie ist nach oben leicht convex und leicht gekerbt. Die Oberfläche ist leicht höckerig und härter als gewöhnlich. In der Falte zwischen der grossen und kleinen rechten Lippe findet sich gerade nach innen vom Ansätze der Vorrangung eine trichterförmige, ziemlich enge Oeffnung, die in eine Tasche auf der Innenfläche der kleinen Lippe mündet. Mit derselben steht eine zweite schlitzförmige Oeffnung auf der Innenseite der kleinen Lippe in Verbindung. Somit ist die rechte kleine Lippe mit der angrenzenden Scheidenschleimhaut nur durch eine schmale Brücke verbunden, in der

grösseren Ausdehnung durch jenen senkrecht gestellten Schlitz getrennt. Dieselbe ist zum grossen Theile unterwühlt. Mit der Sonde gelangt man in eine etwa 2 cm tiefe, unregelmässig buchtige Tasche. Die Sondirung ist sehr schmerzhaft. Vom oberen Theile der rechten kleinen Schamlippe etwa 3 mm unter der Glans clitoridis geht eine kurze schmale Brücke nach der linken kleinen Lippe. Praeputium clitoridis bedeutend vergrössert, schürzenförmig; rechts stärker als links. Linke grosse Lippe im oberen Theile nicht verändert; ungefähr in der Mitte eine kleine, mit gelben Borken bedeckte Geschwürsfläche auf geröthetem Grunde. Der untere Theil der grossen Lippe in einer Ausdehnung von 4 cm verdickt, undeutlich wulstig, höckerig und ziemlich hart (nicht ganz Knorpelhärte). Nach unten verschmälert sie sich ziemlich rasch und geht als schmaler Kamm in den Damm über.

Linke kleine Lippe erreicht ungefähr Zwetschengrösse, ist länglich wurstförmig, hat höckerige Oberfläche mit vereinzelt Querfalten. Nach unten durch eine nach unten convexe gekerbte Linie begrenzt. Auf dem oberen Theile der Innenfläche setzt sich die von der rechten kleinen Lippe ausgehende kurze Brücke an. Hinter dieser Brücke besteht eine zweite, welche eine kleine Tasche überspannt. Der weitere Befund der Innenfläche ähnlich wie rechts; nur fehlt hier eine directe Verbindung mit der Scheidenschleimhaut. Die Tasche, etwa 3 cm lang, beginnt an der ursprünglichen Ansatzstelle der kleinen Lippe. Begrenzung regelmässiger als rechts. Sondirung ebenfalls schmerzhaft.

Vollständig unterhöhlt ist der Damm. Er wird gebildet durch eine dünne Hautbrücke, welche selbst noch doppelt durchlöchert ist. Die Fenster sind regelmässig begrenzt, sehen aus, als ob sie mit dem Locheisen herausgestanzt worden wären. Man erkennt daran deutlich, dass sie durch einen Verschwärungsvorgang gebildet wurden, welcher stellenweise zur Ausheilung kam und in der Tiefe, im subcutanen Zellgewebe, grössere Ausdehnung angenommen hat. Somit erklären sich auch die von der rechten grossen Schamlippe ausgehenden wurmförmigen Brücken als schmale, der Zerstörung glücklich entronnene Dammtheile.

Das Scheidenrohr geht nirgends direct in die Vulva über. Besonders rechts und hinten ist es durch eine, an der tiefsten Stelle bis 2 cm tiefe Furche von ihr getrennt. Der Grund dieser

Furchen ist geschwürig, gelblich-eitrig belegt. Die Ränder der Geschwüre an einzelnen Stellen sehr scharf, an anderen undeutlich.

Die Harnröhrenmündung ist durch einen verdickten verhärteten Wulst verborgen. Zwischen ihr und der linken kleinen Lippe ein flaches Geschwür; der Rand zum Theile scharf begrenzt durch eine stärker injicirte Linie. Die gelbliche Verfärbung des Geschwürsgrundes ist nicht ganz regelmässig, doch lassen sich nirgends Knötchen erkennen. Berührung leicht schmerzhaft.

Vordere Scheidenwand ganz wenig vorgefallen, knorpelhart; ebenso der unterste Theil der hinteren Scheidenwand. Schleimhaut der Scheide gesund. Scheidentheil glatt, nicht vergrössert. Muttermund unregelmässig, rundlich. Aus demselben fliesst etwas Schleim. Gebärmutter nicht vergrössert, anteflectirt, beweglich, nirgends empfindlich. Parametrien frei.

Am linken Rande der Afteröffnung ein erbsgrosser, harter, höckeriger Wulst, ähnlich einem Hämorrhoidalknoten. Man kann leicht mit dem Finger in den Mastdarm eindringen, indem der Schliessmuskel nach vorn gänzlich mangelhaft ist. Man gelangt daselbst in das beschriebene überbrückte Geschwür. Incontinentia alvi. Schleimhaut des Mastdarmes uneben; stellenweise verdickt, verhärtet. An anderen Orten, besonders in der vorderen Wand, unregelmässige, vertiefte Geschwürsflächen. Die Untersuchung mit dem Finger ist empfindlich. Oft gehen mit dem Stuhle grössere Schleim- und Eitermassen ab.

Weiter nach hinten, links von der Mittellinie, eine mandelförmige harte Geschwulst. Die Haut darüber eher verdünnt. Inguinaldrüsen beiderseitig unbedeutend geschwellt, hart, nicht empfindlich. Urinentleerung frei. Urin klar, ohne Niederschlag. Allgemeinbefinden beträchtlich gestört. Kranke klagt über Schmerzen im Bauche, wodurch der Schlaf sehr gestört wird. Appetit gut. Puls frequent, klein. Temperatur zur Zeit normal. Kranke muss wegen grosser Schwäche das Bett hüten.

30. Januar. Gegen die Schmerzen Morphinum in Form von Suppositorien, dann Opium durch den Mund. Scheide täglich mit Carbollösung (3 Proc.) ausgespült. 8. Februar. Um den Verdacht auf Syphilis vollständig zu beseitigen, Jodkalium in 5proc. Lösung täglich drei Mal ein Esslöffel, aber nicht vertragen und am 18. Februar durch Solutio Fowleri ersetzt. Abends stets Temperaturerhöhungen, anfänglich bis 39,0, in letzter Zeit

38,0 selten erreichend. 4. März. Seit mehreren Tagen Abends Temperatur bis 39,7. Zu gleicher Zeit täglich mehrmals dünne Stühle (Resorption durch die Mastdarmgeschwüre?). Allgemeinbefinden bedeutend besser. Esslust und Kräfte heben sich. 1. April. Um die mikroskopische Untersuchung vorzunehmen, wird in Narkose ein Theil der Geschwulst, und zwar die Brücke am Damme ausgeschnitten. Nach genauer Anfrischung der Wundflächen mit Seidennähten ein über Zoll langer Damm gebildet. 10. April. Nähte entfernt. Damm fast in der ganzen Ausdehnung durch erste Verklebung geheilt. Die Kranke kann nun dünnen Stuhl und Gase halten. 15. April. Gegen die Mastdarmgeschwüre täglich ein Jodoformsuppositorium. 24. April. Wegen Verstopfung von Zeit zu Zeit *Oleum ricini*. Stets treten mit dem Stuhlgange Temperatursteigerungen auf. Stuhl enthält keinen Eiter mehr. Kranke erholt sich zusehends, hat gesunde Gesichtsfarbe, dicke Wangen bekommen, steht auf. 1. Mai. Damm 1 Zoll lang, ziemlich fest, aber dünn. Aus der engen Afteröffnung hängt ein kleiner Lappen Schleimhaut. 17. Mai. Immer Temperatursteigerung bei der künstlich erzeugten Stuhlentleerung. 1. Juni. Geschwüre am inneren Rande der kleinen rechten Schamlippe tiefer, mit gelblichem Eiter belegt, schmerzhaft.

Befund bei der am 6. Juni durch äussere Umstände bedingten Entlassung: Die Hypertrophie hat keine Fortschritte gemacht; örtlich alles ziemlich gleich geblieben (die operirte Stelle ausgenommen). Der Sphincter ani ziemlich eng; lässt mit Mühe einen Finger in den engen Mastdarm ein. Etwa 3 cm über dem Schliessmuskel verengt sich der Darm kreisförmig noch mehr, so dass man höchstens einen kleinen Finger durchführen kann. Der unter der engen Stelle gelegene Theil zeigt unebene, unregelmässige Wandungen und deutlich etwas vertiefte Geschwüre. Aus dem After fliesst eitrige Flüssigkeit. Die Untersuchung ist wenig schmerzhaft. Allgemeinzustand bedeutend verbessert. Kranke fühlt sich wohl und glaubt wieder leichtere Arbeit verrichten zu können. Lungen gesund. Kranke hat nie gehustet.

Mikroskopischer Befund. Das ausgeschnittene Stück wird in Alkohol gehärtet; die Schnitte mit Hämatoxylin und Eosin gefärbt, in Bergamottöl und Toluol gebracht und in Canadabalsam aufbewahrt. Es wird ein Querschnitt durch eine dieser strangartigen Wucherungen so gelegt, dass der Uebergang

zur normalen Haut getroffen wird. Letztere zeigt normales Corium und Epithel. Ueber der pathologisch veränderten Stelle zeigt die Cutis ziemlich hohe Papillen mit dicker Malpighi'scher Schicht und regelmässig entwickelter, mit Hämatoxylin sich stärker und verschwommener färbender Hornschicht. Nur an einer Stelle (da, wo das Corium am stärksten verändert) ist die Epithelschicht sehr dünn; es finden sich daselbst fast keine Papillen. Dagegen ist die Hornschicht sehr mächtig, bestehend aus einer tiefer gelegenen, mit länglichen dunklen Kernen versehenen und einer oberflächlichen, fast kernlosen Schicht. Das Corium zeigt an der am stärksten veränderten Stelle unter dem dünnen Epithel eine überaus reichliche Gefässentwicklung. Die Gefässe haben zum grössten Theile äusserst dünne Wandungen mit wenig Muskelkernen und enthalten neben deutlich rothen Blutkörperchen meist eine feinkörnige Masse. Namentlich dicht unter dem Epithel sind sehr reichliche Gefässverzweigungen; in den tieferen Stellen dagegen grössere Gefässstämme. In der Umgebung von diesen Gefässstämmen finden sich gruppenweise Anhäufungen von rundlichen Zellen, die einen dunkel gefärbten, runden Kern und meist kein Protoplasma zeigen. In diesen Anhäufungen sind zahlreiche Gefässe. Auch in der oberflächlichen Schicht des Corium trifft man solche Anhäufungen, welche indess lange nicht so umfangreich sind und die durch feine, von ähnlichen Zellen gebildete Stränge mit einander vereinigt sind. Im Corium des durchschnittenen Stranges (Brücke) sieht man ähnliche Anhäufungen, die aber viel weniger Gefässe enthalten, dagegen da und dort grössere homogene Massen, die sich färben wie die Zellkerne. In den Knötchen nirgends nekrotische Massen, noch Riesenzellen. Zwischen den Knötchen liegt eine mehr oder weniger zellreiche, aus zahlreichen Bindegewebsfasern zusammengesetzte Schicht.

In dem centralen Theile des hypertrophischen Gewebes sind die Anhäufungen von Rundzellen viel reichlicher, die einzelnen Herde kleiner, mit sehr zahlreichen kleinen Gefässen. Dazwischen ein dichtes Bindegewebe. An einer Stelle hört die Epithelbedeckung plötzlich auf. Das mit zahlreichen kleinen Knötchen durchsetzte Gewebe ist bis auf die Höhe des Epithels gewuchert und hört hier in einer leicht welligen Linie auf. Ueber der Oberfläche liegt eine verschieden dicke, blasse Schicht, in der einige Kerne sich färben und in der Umrisse von kleinen blassen Kügelchen und feinen Körnern sichtbar sind. Die Knötchen, dieser

Stelle entsprechend, enthalten ebenfalls reichliche Gefässe. Die Färbung auf Mikroorganismen, im besonderen auf Tuberkelbacillen, hatte ein negatives Ergebniss. —

Es fragt sich zunächst, ob es sich in unserem Falle wirklich um Lupus handelt. Duncan¹⁾ giebt an, dass die ulceröse Form des Lupus am häufigsten vorkommt an den Labien, der Clitoris, dem Hymen, Introitus, Perineum und hauptsächlich am Anus. Der hypertrophische Vorgang befällt hauptsächlich die Labia majora, die Clitoris, das Praeputium, wogegen das Orificium urethrae und der Hymen weniger oft erkranken. Nie sind die tiefen Stellen ergriffen, die Knochen stets verschont. In diesen Rahmen passt unser Fall vollständig. Als charakteristisch wird überall die Möglichkeit des Nebeneinandergehens von Hypertrophie und Ulceration angegeben, welche letztere nach Duncan zur Perforation der hypertrophischen Schamlippen, der Rectovaginal-Wand (nie der Vesicovaginal-Wand) führen kann. Die gleichzeitige örtliche Ausheilung und anderwärtige fortschreitende Zerstörung ist überall beobachtet und bedingt die wunderbarsten Bilder. Cajla²⁾ beschrieb einen Fall, wo sich zwischen den Glutäen ein Band spannte, darunter waren After und Scheide zu einer Cloake vereinigt. In dieser Beziehung scheint unser Fall der interessanteste und verwickeltste zu sein. Der zerstörte Damm ist durch eine mehrmals durchbrochene Brücke überdeckt und vor allem überraschend erscheint die sich in zwei Theile gabelnde Schleife zwischen beiden grossen Schamlippen. Auch besteht keine Neigung zur weiteren Ausdehnung, keine zur Bildung von Metastasen, denn die leichte Schwellung der Inguinaldrüsen wird bei den Geschwürsbildungen nicht auffallen. Von den meisten Forschern wird das gänzliche Fehlen von Drüsenschwellung (gerade im Gegensatze zu Syphilis und Carcinom) betont, wogegen Martineau³⁾ ebenfalls kleine geschwellte Inguinaldrüsen beobachtete. Auch Duncan⁴⁾ giebt zu, dass die Inguinaldrüsen ergriffen sein können, wenn auch selten ohne begleitende Entzündung. Die Aehnlichkeit der

1) „On the ulceration of Lupus of the female generative organs, including perforations, pits and excavations“, *Obstetric Transactions* 1885, Vol. XXVII, p. 139, and „On the hypertrophy of Lupus of the female generative organs“, *ibid.* p. 230.

2) *Esthiomenes vulvae*. Berichtet in *Schmidt's Jahrb.*, Bd. 194, S. 141.

3) *Esthiomenes ano-vulvaris*. Berichtet in *Schmidt's Jahrb.*, Bd. 187, S. 251.

4) *The medical Times* 1884, Vol. II, p. 672.

von Duncan¹⁾ veröffentlichten colorirten Tafeln mit unserem Bilde springt sogleich in die Augen.

Auch der mikroskopische Befund stimmt mit früheren Untersuchungen überein. Winckel²⁾ hebt die kleinzellige Infiltration um die Gefässe herum hervor. S. 271 giebt er den mikroskopischen Befund von Birch-Hirschfeld, der eine mässige Wucherung der Epithelschicht feststellte. Jarisch³⁾ bezeichnet den Lupus als eine Neubildung von Blutgefässen. Von ihnen geht der Anstoss aus, es folgt die Anschwellung des Bindegewebszellennetzes mit nachträglicher Zertheilung, wobei sich vielleicht ebenfalls ausgewanderte Zellen betheiligen. Thin⁴⁾ macht ebenfalls besonders aufmerksam auf die Anhäufung von Lymphkörperchen um die Blutgefässe herum. Es fehlt ein Neoplasma; die Hypertrophie ist bedingt durch das übermässige Wachsthum des Bindegewebes, durch die Verdickung des ausgetretenen Plasma in Fibrillen und Bündeln. Das Epithel fand er entweder normal oder entzündet. Nirgends, im Gegensatze zu Birch-Hirschfeld und in Uebereinstimmung mit unserem Befunde, konnte er Riesenzellen noch regressive Vorgänge nachweisen.

Die Uebereinstimmung unseres Falles mit anderen geht aus dem Obigen klar hervor. Ebenso ist es eine leichte Aufgabe, die anderen in Frage kommenden Erkrankungen der Genitalgegend auszuschliessen. Nach Martineau⁵⁾ kann eine Verwechslung vorkommen:

1) Mit Elephantiasis Arabum. Abgesehen, dass das makroskopische Bild ein völlig anderes ist, so vermisst man bei der mikroskopischen Untersuchung bei der Elephantiasis Arabum die Knötchenbildung; andererseits geht die Erkrankung beim Lupus nicht von dem Lymphgefässsysteme aus, sondern es sind die Gefässstämme, welche von zelliger Infiltration umgeben sind.

2) Mit Krebs, bei dem aber nie eine Vernarbung und Ausheilung einzelner Geschwüre, dagegen rasche Metastasenbildung beobachtet wird. Die reine ulceröse Form des Lupus könnte allenfalls mit dem phagadenischen Schanker, der aber einen viel

1) a. a. O.

2) Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane, S. 269.

3) Berichtet in Virchow-Hirsch 1880, Bd. I, S. 310.

4) Histological observations and remarks on Lupus. Obstetrical Transactions 1885, p. 315.

5) a. a. O.

rascheren Verlauf zeigt, verwechselt werden. Dies kommt für uns nicht in Betracht. — Das geschwürige Syphilid zeigt charakteristische rundliche, polymorphe Geschwüre ohne hypertrophische Vorgänge in der Umgebung. Auch mit dem syphilitischen sklerosirenden Oedem der Vulva ist hier keine Verwechselung möglich. Zudem spricht bei unserer Kranken kein Zeichen für Syphilis. Die frühere Erkrankung war sicher weicher Schanker und Gonorrhoe.

Man könnte einwenden, dass der bedenkliche Zustand der Kranken bei der Aufnahme die Diagnose zweifelhaft mache, da sonst meist das Allgemeinbefinden ziemlich wenig leide. Es darf aber nicht vergessen werden, dass eine geschwürige Proktitis bestand, wodurch starke Verdauungsstörungen bedingt wurden. Oft wechselte Verstopfung mit zahlreichen mit Eiter und Blut vermischten diarrhoischen Stühlen ab. Diese Ueberlegung ist um so mehr gerechtfertigt, als die Kranke im Spitale bei stärkender Diät (mit Arsenik), ohne eingreifende örtliche Behandlung, sich vollständig erholte. So kann denn kein Zweifel bestehen, dass wir es hier mit einem *Lupus vulvae* zu thun haben.

Die Aetiologie dieser Krankheit ist dunkel. Von den meisten Forschern wird die Verwandtschaft mit Tuberkulose betont, doch sagt Cornil und Leloir¹⁾, dass, wenn der *Lupus* wirklich eine örtliche Tuberkulose sei, er jedenfalls eine sehr abgeschwächte Form darstelle. Auch in unserem Falle kann sie mit Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Kranke ist allerdings phthisisch belastet, zeigt aber sonst keine tuberkulösen Erscheinungen. Der Fluor albus, der anamnestisch festgestellt ist, kann auch nicht verantwortlich gemacht werden, denn sonst wäre der *Lupus* eine häufige Erkrankung.

Seitdem Koch und Doutrelepont im *Lupus* Tuberkelbacillen nachgewiesen, hoffte man zu sicheren Thatsachen zu kommen. In unserem Falle waren wir, wie schon bemerkt, nicht im Stande, den Bacillus zu finden. Der mikroskopische Befund zeigt mehr Aehnlichkeit mit der syphilitischen Granulationsgeschwulst. Dass auch das makroskopische Bild verschiedene Deutung in vielen Fällen zulässt, dafür spricht der Umstand, dass Hutchinson²⁾ die Duncan'schen Fälle für Syphilis hielt. Dabei hatte er allerdings einige anamnestische Thatsachen in einzelnen Fällen für sich.

1) Berichtet in Virchow-Hirsch, Bd. I, S. 286.

2) Obstetrical Transactions, Vol. XXVII, p. 243.

Es ist bezeichnend, dass die Erscheinungen im Ganzen unerhebliche sind. Brennen beim Uriniren wird auch anderswo bei Duncan erwähnt. Daneben ziehende Schmerzen in der Geschlechtsgegend und umherziehende Schmerzen im Bauche. Nur der blutige, eitrige Stuhl führte unsere Kranke zum Arzte, welcher die Genitalerkrankung selbst übersah. Dazu kommen in unserem Falle die allgemeinen Zeichen der Schwäche und Erschöpfung. Der Verlauf ist sehr langsam. Wann die Krankheit begonnen, ist nicht sicher zu ergründen. Jedenfalls blieb der Vorgang während der mehr als fünfmonatlichen Spitalbehandlung so ziemlich stationär. Winckel¹⁾ hat einen Fall mehr als drei Jahre lang behandelt und musste ihn zuletzt ungeheilt und unheilbar entlassen. Auch hier ist die Prognose in Bezug auf Genesung entschieden ungünstig. Die Exstirpation oder die Zerstörung kann bei dem Ergriffensein des Mastdarmes keine vollständige sein und daher besteht keine Hoffnung auf Genesung. Dagegen kann das Leben noch lange Zeit und das Allgemeinbefinden bei günstigen äusseren Verhältnissen ordentlich erhalten bleiben.

Die Behandlung sollte anerkanntermaassen eine radikale sein (Exstirpation oder Verschorfung). Aus den oben angeführten Gründen haben wir uns darauf beschränkt, den Allgemeinzustand der Frau zu heben; daneben örtlich uns auf genügende Reinlichkeit und Antisepsis (Scheidenausspülungen mit $\frac{1}{2}$ ‰ Sublimat, Jodoform-Suppositorien) beschränkt. Sollte in der Folgezeit die Verengerung des Mastdarmes ernste Störungen verursachen, so müsste dieses Ereigniss für sich behandelt werden. Die Hauptsache ist und bleibt die stärkende Diät.

1) a. a. O., S. 271.