Aus der dermatol. Abtheilung des Primararztes Dr. Jadassohn
im Allerheiligen-Hospital zu Breslau.

Ueber das „Ulcus vulvae“ (chronicum, elephantiasticum etc.).

Von

Dr. Franz Koch,

früherem Assistenzarzt, jetzt Arzt für Hautkrankheiten in Berlin.

(Hierzu Taf. VIII.)

Im vergangenen Jahre lenkte eine Arbeit Riedels¹⁾ die Aufmerksamkeit der Chirurgen auf das dauernde Oedem resp. die Elephantiasis, die sich zuweilen im Anschluss an totale Lymphdrüsenexstirpationen ausbildet. Riedel glaubt die von verschiedenen Autoren behauptete Seltenheit dieser Affection leugnen zu müssen und bringt zum Beweise seiner Ansicht 3 Krankengeschichten, in welchen es nach Exstirpation von Lymphdrüsenpacketen, zum Theil unter entzündlichen, erysipelartigen Schüben, zur Entwicklung von stabilen Oedemen bez. elephantiasischen Verdickungen kam.²⁾

¹⁾ Riedel, Dauerndes Oedem und Elephantiasis nach Lymphdrüsenexstirpation. Langenbecks Archiv XLVII, p. 216.

²⁾ Ein dem Riedel'schen völlig analoger Fall kam vor 1 Jahr auf der dermatologischen Abtheilung des Herrn Dr. Jadassohn zur Beobachtung. Ein doppelseitiger strumöser Bubo bei einem 42jährigen Manne, der trotz mehrfacher Incisionen etc. nicht zur Ausheilung kommen wollte, wurde schliesslich von mir total exstirpirt. Auf dem Durchschnitte zeigten sich viele kleinere und grössere Eiterherde in einer sehr festen, fibrösen Masse diffus versprengt. Bald nach der Operation bildete sich ein festes Oedem des Skrotums aus, welches letzteres bei der Entlassung des Pat. noch um das doppelte vergrössert war.

Diese Publication gab die äussere Anregung zu der vorliegenden Arbeit. Herr Dr. Jadassohn forderte mich auf, das in unseren Krankengeschichten vorhandene Material speciell mit Rücksicht auf diese Frage durchzuarbeiten.

Dass elephantiastische Verdickungen besonders an den weiblichen Genitalien, in manchen Fällen auf den Verlust der Leisten-drüsen zurückzuführen sind, ist eine schon in Virchow's¹⁾ und Mayer's²⁾ Arbeiten niedergelegte Anschauung. Sie ist in neuerer Zeit wieder von Neisser³⁾, Jacobi⁴⁾, Lesser⁵⁾ und Fritsch⁶⁾ gewürdigt worden.

Die Gewebshyperplasie aber ist nur ein Theil in einem Krankheitsbild, dessen Aetiologie auch nur zu einem Theil durch Wegfall der Lymphdrüsen erklärt ist. Ulceration, Lymphstauung, elephantiastische Verdickung können sich an den weiblichen Genitalien in sehr mannigfaltiger Weise zu einem im Ganzen doch recht charakteristischen, allgemein pathologisch interessanten und praktisch wichtigen Leiden combiniren, das auffallender Weise besonders in der deutschen Literatur seit Schroeder's⁷⁾ Veröffentlichung wenig berücksichtigt worden, in seiner Aetiologie und Abgrenzung vielfach strittig ist und immer wieder zu Verwechslungen mit specifischen Processen, speciell mit Lupus und tertiärer Lues, Anlass gibt.

Bei der Durchsicht der Krankengeschichten und der grossen vielfach zerstreuten Literatur ergab sich mir die Nothwendigkeit, auf Grund unseres, in dieser Beziehung reichlichen Materials eine etwas eingehendere Bearbeitung dieses von Dermatologen und Gynäkologen gleich stiefmütterlich behandelten Gebietes vorzunehmen und dabei die in Deutschland wenig

¹⁾ Virchow, Geschwülste I.

²⁾ L. Mayer, Die Elephantiasis (Arabum) vulvae. Berliner Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie I., S. 363.

³⁾ Neisser, Krankenvorstellung im Physiolog. Verein zu Breslau 1888.

⁴⁾ Jacobi, Ueber sogenannte gonorrhoeische Vulvitis und über chronische Ulcerationen an den Genitalien Prostituirter. Archiv für D. u. S. Erg. 1889.

⁵⁾ Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1888.

⁶⁾ Fritsch, Die Krankheiten der Frauen 1894.

⁷⁾ Schroeder, Ueber chronische Ulcerationen der vorderen und hinteren Commissur der Vulva, Charité-Annalen, IV. Jahrgang.

gewürdigte fremdländische Literatur zu berücksichtigen, insbesondere die französische über „Esthiomène“, mit welchem Namen man seit 40 Jahren die verschiedensten an der Vulva vorkommenden ulcerösen Processe zusammengefasst hat.

Ich lasse zunächst in kurzem Auszug die Krankengeschichten der von mir selbst auf der dermatologischen Abtheilung des Allerheiligen-Hospitals untersuchten Fälle folgen.

1. Pauline P., 28 Jahre alt, seit 8 Jahren unter Controle, spec. Infection vor ? Jahren (1. Cur vor 4 Jahren). Vor 6 Jahren doppel-seitige Leistendrüsenausräumung. Seit dieser Zeit wurde Pat. zu verschiedenen Malen an Ulcerationen in der Vulva behandelt.

Stat. praes.: Etwas anämische, aber sonst gesunde Person. In jeder Inguinalbeuge findet sich eine sehr tiefe, 2 Cm. breite, ca. 8 Cm. lange, strahlige Narbe. Elephantiasis mässigen Grades beider grossen Labien; sie bilden 2 Finger breite, ziemlich derbe, dunkelbräunlichrothe Wülste. Die unteren Hälften derselben sind, wie die untere Commissur, mit sehr derben und flachen, rundlichen, keloidartigen Wucherungen besetzt. Augenblicklich keine Ulcerationen in der Vulva, ¹⁾ dagegen leicht exulcerirte Haemorrhoidalknoten.

2. Martha G., 20 Jahre alt, seit 4 Jahren unter Controle; specifische Infection vor 4 Jahren. Vor zwei Jahren doppel-seitige, fast totale Ausräumung der Leistenbeugen, später noch mehrere kleinere Incisionen.

Stat. praes.: Gesunde, kräftige Person. In beiden Inguinalbeugen sehr tiefe und breite strahlige Narben. Die früher stark verdickte grosse Labie ist nach Angabe der Pat. im Verlaufe des letzten Jahres wieder abgeschwollen. Sie ist jetzt nur wenig vergrössert und fühlt sich mässig derb infiltrirt an. In der unteren Commissur findet sich ein erbsengrosses Ulcus mit spärlich secernirendem Grunde und aufgeworfenen, sehr derben Rändern. Die Umgebung desselben ist besetzt mit rundlichen papillomatösen Wucherungen, die sich, wie die ganze untere Partie der Vulva, äusserst derb anfühlen.

3. Marie K., 24 Jahre alt, seit 2 Jahren unter Controle, specifische Infection vor 2 Jahren. Vor zwei Jahren doppel-seitige Leistendrüsenausräumung. Seit einem Jahre leidet Patientin an Ulcerationen in der Vulva. St. praes.: Gesunde, kräftige Person. In beiden Inguinalbeugen tiefe, strahlige Narben. Elephantiasis leichten Grades beider grossen Labien; in der unteren Commissur, welche, wie die gesammte Umgebung derselben, sehr derb infiltrirt und bräunlich roth verfärbt ist, findet sich ein flaches, markstückgrosses, lebhaft geröthetes

¹⁾ Sehr bald nach der Aufnahme dieses Status kam die Patientin mit ausgedehnten Ulcerationen, speciell an der vorderen und hinteren Commissur wieder zur Aufnahme.

fast trockenes Ulcus, dessen ziemlich steil abfallende Ränder derb infiltrirt sind und keinerlei Neigung zur Epidermisirung zeigen. Deswegen sehr häufiger und lang ausgedehnter Aufenthalt im Hospital.

4. Helene S. 24 Jahre alt, noch nicht unter Controle, aber polizeilich eingeliefert; spezifische Infection vor ca. 2 Jahren. Vor 2½ Jahren doppelseitige Totalexstirpation der Leistenrüsen. Bald nach der Operation bemerkte Pat., dass die grossen Schamlippen anfangen anzuschwellen; bei jeder Menstruation wiederholte sich diese Anschwellung, um danach etwas, aber nie mehr ganz, zurückzugehen, bis die Schamlippen schliesslich ihre jetzige excessive Grösse erreichten. St. praes.: Anämische, aber sonst gesunde Person, die speciell keine Zeichen von Tuberculose darbietet. In beiden Inguinalbeugen je eine sehr tiefe und sehr breite Narbe, in die man fast die ganze Hand legen kann. Beide grossen Labien sind in dunkelbraunrothe, sehr derbe und pralle, 3—4 Finger breite, unförmliche Wülste verwandelt, deren Oberfläche leicht ekzematös gereizt ist. Elephantiasis geringeren Grades des Mons Veneris, der kleinen Labien und der Clitoris. In der unteren Commissur pfennigstückgrosses, glattrandiges, derb infiltrirtes Ulcus, das keine Heilungstendenz zeigt. Die nach der von Schröder¹⁾ empfohlenen Methode von Herrn Dr. Asch ausgeführte Amputation der grossen Labien gibt ein gutes Heilresultat.²⁾

5. Emilie B. 28 Jahre alt, seit 7 Jahren unter Controle. Spezifische Infection vor 7 Jahren. Vor 5 Jahren wurden die Drüsen der rechten, vor 4 Jahren die der linken Leistenbeuge total extirpirt. Bald nach den Operationen schwellen die grossen Labien an. Zugleich kam es zur Bildung chronischer Ulcerationen, vorzüglich am Harnröhreneingang, welche allmählig die untere Partie derselben zerstörten, resp. zur Entstehung einer Urethro-Vaginalfiste Veranlassung gaben. Pat. ist dieser Fistel wegen von gynäkologischer Seite oft, aber stets erfolglos, operirt worden. St. praes.: Grosse, sehr kräftig gebaute, gesunde Person. In beiden Inguinalbeugen tiefe strahlige Narben. Die Vulva und ihre Umgebung ist durch den stets abträufelnden Harn leicht ekzematös gereizt. Die rechte grosse Labie ist in einen 3 Finger breiten, bläulich-rothen, sehr derben Wulst verwandelt, links besteht Elephantiasis geringeren Grades. Infolge der früher vorgenommenen Operationen besteht eine beträchtliche Deformation des Scheideneinganges; derselbe ist durch etwa 2 Finger breite, schräg unterhalb des Harnröhrenendes verlaufenden Narbenzüge fast völlig verlegt. Die Reste der kleinen Schamlippen und die untere Commissur weisen äusserst derbe Infiltration auf. Die hintere Vaginalwand ist mit derben, rundlichen, polypösen, ziemlich blassen Wucherungen besetzt, die den Introitus völlig ausfüllen. Augenblicklich bestehen keine Ulcerationen. — Pat. wird wegen ihres Leidens

¹⁾ Schroeder. Beiträge zur operativen Gynäkologie. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. III.

²⁾ Patientin hat sich seither der Beobachtung entzogen.

sehr häufig ins Hospital geschickt, in welchem sie einen grossen Theil des Jahres verbringt. Wenn auch die sonst sehr indolente Kranke nicht über Schmerzen klagt, so will sie sich doch, durch die mit dem fortwährenden Urinabfluss verbundenen ekzematösen Reizungen und den pestilenzialischen Gestank veranlasst, von Neuem um die Aufnahme in die chirurgische Klinik bewerben.

6. Hulda F. 26 Jahre alt, seit 10 Jahren unter Controle; spezifische Infection vor 7 Jahren. Vor 9 Jahren Ausräumung der linksseitigen Leistendrösen. St. praes.: Sehr kräftige, untersetzte, sonst völlig gesunde Person. In der linken Leistenbeuge mässig tiefe und breite Narbe. Beide grossen und kleinen Labien hochgradig elephantastisch, ebenso die Clitoris, deren Vorhaut in Gestalt eines mehrfach gelappten Wulstes über die Vulva herabhängt. Unter diesem Wulst, neben der derb verdickten Clitoris, sowie in der unteren Commissur findet sich je ein längliches, wenig speckig belegtes, etwa 2-Markstück grosses, sehr derb infiltrirtes Ulcus mit starren, leicht aufgeworfenen, zum Theil etwas unterminirten Rändern, welche keine Heilungstendenz zeigen. In der Umgebung dieser Ulcera sind scharf umschriebene erythematöse, resp. leicht erodirte, dunkelrothglänzende Plaques vorhanden. Der Scheideneingang ist besetzt mit blumenkohlartigen, rundlichen, fast knorpelhaften, papillomatösen Excrescenzen, welche zum Theil in oben beschriebener Weise umschrieben erythematös gefleckt, resp. leicht erodirt, oder auch leicht exulcerirt sind. Patientin wird Jahre hindurch von der Controlstation immer wieder ins Hospital geschickt, in welchem sie zeitweise den grössten Theil des Jahres zubringt. Der locale Zustand verändert sich dabei sehr wenig, oder verschlechtert sich doch nur sehr allmählig.

7. Martha D. 25 Jahre alt, seit 5 Jahren unter Controle; spezifische Infection vor 4—5 Jahren. Vor drei Jahren Operation in der linken Inguinalbeuge. (Incision oder Exstirpation?) Seit mehreren Jahren leidet Pat. an Ulcerationen in der Vulva, wegen deren Pat. den grössten Theil jedes Jahres im Hospital zubringen muss; vor einem Jahre wurde ein erfolgloser Excisionsversuch eines Ulcus gemacht. St. praes.: Kräftige, untersetzte, sonst gesunde Person. In der linken Leistenbeuge 2 Cm. lange Narbe. Elephantiasis mässigen Grades beider grossen Labien. Die Schleimhaut der unteren Hälfte der Vulva und der hinteren Vaginalwand ist derb infiltrirt resp. sklerosirt und mit rundlichen, polypösen, sehr derben Wucherungen bedeckt, welche den Scheideneingang stenosiren. In der unteren Hälfte der bläulich roth verfärbten grossen Labien, sowie in der Umgebung des Dammes finden sich in der Tiefe derbe strangförmige Infiltrationen, während die Hautoberfläche erbsengrosse, sehr derbe, keloidähnliche Verdickungen aufweist. In der unteren Commissur sitzt ein pfennigstück grosses, fast glattes Ulcus, mit starren Rändern und derb infiltrirtem Grunde. 2 Cm. unterhalb der unteren Commissur und dicht oberhalb des stark gewucherten, dunkelbraunroth verfärbten und sehr derb infiltrirten Analwulstes liegt

ein zweites etwa markstückgrosses, ziemlich glattrandiges und tiefes Ulcus; es bildet die Ausgangsöffnung einer Fistel, die schräg nach oben führt und zwischen den derben Wucherungen des Vestibulums in dieses mündet. Angeblich bestehen keine Beschwerden oder Schmerzen.

8. Bertha S. 40 Jahre alt, seit 4 Jahren unter Controle. Specifiche Infection geleugnet, doch wurde vor 3 Jahren Leucoderma colli beobachtet. Vor 3 Jahren Abtragung von Papillomen am Anus; angeblich entwickelt sich im Anschluss an diese Operation die jetzt bestehende Elephantiasis vulvae und die Incontinentia alvi. St. praes.: Leidlich ernährte, mässig kräftige, sonst gesunde Person. In beiden Inguinalbeugen sehr derbe, beträchtlich geschwellte, schmerzlose Drüsen; keine Narben. Mons Veneris, beide grossen und die linke kleine Labie sind stark vergrössert, sehr derb infiltrirt und blass bläulichroth verfärbt, ebenso ein etwa hühnereigrosser, dicht unterhalb der unteren Commissur vorspringender Analwulst. Beide grossen und kleinen Labien sind mit sehr derben, blassen, rundlichen, kurz gestielten Papillomen dicht besetzt; dieselben setzen sich auf zwei unförmliche, zu jeder Seite der Raphe sich vorwölbende Wülste fort, um auf diesen breitere, blumenkohlartige Beete zu bilden. Die Papillome erstrecken sich einige Cm. weit bis in den weitklaffenden, trichterförmigen Anus, diesen gänzlich ausfüllend. In dem starren, sehr derb sklerosirten Gewebe des Anus, dessen Umgebung bretthart ist, ist jede Spur vom musculösen Gewebe zugrunde gegangen, so dass eine fast völlige Incontinentia alvi besteht. — In der unteren Commissur kaum überhäutete, mit sehr dünner Epidermis überzogene Stelle. (Pat. war längere Zeit im Arbeitshaus.) Die durch Koth- und Urinabgänge beschmutzten, leicht ekzematös gereizten Genital- und Dammpartien verbreiten einen kaum ertragbaren Geruch.

9. Anna P. 34 Jahre alt, seit 14 Jahren unter Controle; vor einer längeren Reihe von Jahren Operation in der rechten Leistenbeuge. Angeblich erst seit einem Jahr besteht das jetzige Leiden. St. praes.: Anämische, ziemlich schlecht genährte Person, beginnende Phthisis pulmonum. In der rechten Leistenbeuge kleine Incisionsnarbe; die Leistendrüsen sind beiderseits leicht geschwellt. Das obere Drittel der Innenfläche der rechten kleinen Labie ist von einem markstückgrossen, dunkelroth glänzenden, wenig speckig belegten, und fast glatten Ulcus eingenommen, dessen Ränder wulstig verdickt und leicht unterminirt sind. Der Grund und die Umgebung des Ulcus sind mässig infiltrirt; einzelne Stellen fühlen sich indess knorpelhart an. Die Umgebung der Harnröhrenmündung ist derb gewuchert, so dass die letztere auf der Spitze eines stumpfen Kegels liegt; dieser besteht aus blassrothem, unregelmässig gebuckeltem Gewebe, dessen Oberfläche leicht granulirt erscheint. Rechts neben dem Harnröhreneingang derb indurirtes, narbenartiges Gewebe. Pat. hat angeblich keine Lues gehabt; jedenfalls ist sie nie antiluetisch behandelt worden. Trotzdem erhält sie drei Wochen hindurch zuerst 3, dann 5 Gr. JK täglich ohne den mindesten Erfolg. Nach einem Vierteljahr, das die Kranke im Gefängniss zugebracht hatte,

war das Ulcus ziemlich unverändert, nur der untere Rand war flacher geworden und ein schmaler Saum der Geschwürsfläche mit zarter Epidermis bedeckt.

10. Marie G., 26 Jahre alt; seit zwei Jahren unter Controle; spezifische Infection vor zwei Jahren. Keine Bubonennarben; Inguinaldrüsen beiderseits leicht geschwellt. Keine elephantastischen Veränderungen der grossen und kleinen Schamlippen. Oberhalb des Vestibulum befindet sich ein $1\frac{1}{2}$ Cm. breites, 3 Cm. langes, derb infiltrirtes, von ziemlich starren unregelmässig gezackten und steil abfallenden Rändern begrenztes Ulcus, dessen Grund dunkelroth glänzt und nur spärlichen speckigen Belag zeigt. Ein noch tieferes Ulcus, von ähnlicher Beschaffenheit, dessen stellenweise gezähnelte Ränder aber noch unregelmässiger zerklüftet sind und theilweise leicht überhängen, befindet sich auf der Innenfläche der linken kleinen Labie; ferner einige kleinere, ebenfalls dunkelroth glänzende, fast völlig glatte Ulcera auf der Innenfläche der rechten kleinen Labie. In der nächsten Umgebung aller dieser Ulcera finden sich einige stecknadelkopfbis 5pfennigstückgrosse, scharf umschriebene erythematöse Plaques, innerhalb deren die Schleimhaut leicht granulirt und dunkelroth glänzend, sammetplüschähnlich, erscheint. Die gesammte Schleimhaut der Vulva und des Einganges der Vagina ist sehr derb infiltrirt resp. sclerosirt; der Scheideneingang durch eine grosse Anzahl blassrother, sehr derber, rundlicher, polypöser Wucherungen fast völlig verlegt; bei Einführung des Speculums, die sehr erschwert ist, brechen einzelne dieser Wucherungen unter sehr geringer Blutung geradezu ab. Pat. hat angeblich gar keine Beschwerden, angeblich auch bei der Cohabitation keine Schmerzen. Sie ist sonst völlig gesund und bietet speciell von Tuberculose keine Zeichen.

Der Liebenswürdigkeit des Herrn Professor Neisser verdanke ich ausserdem noch die folgenden Krankengeschichten, die aus den 80er Jahren stammen. Da diese aber nicht mit besonderer Berücksichtigung des uns interessirenden Processes angefertigt sind und wir die Patientinnen nicht persönlich beobachtet haben, sind vorwiegend die Befunde der ersten 10 Fälle bei dem unten geschilderten Krankheitsbilde verwerthet worden. Die Anzahl von 20 Fällen, welche wir somit zu veröffentlichen in der Lage sind, beweist, dass die Affection keineswegs so extrem selten ist, wie man nach den in Deutschland wenigstens spärlichen Literaturangaben eigentlich vermuthen sollte.

11. Anna Sch., 27 J. alt, seit 4 Jahren unter Controle, spezifische Infection vor 5 Jahren, vor 3 Jahren doppelseitige, totale Ausräumung der Leistenröden.

St. pr. In beiden Leistenbeugen breite, strahlige Narben; von den Drüsen nichts mehr zu fühlen. Flaches Ulcus in der unteren Commissur.

Ein halbes Jahr später: Erbsengrosses Ulcus auf der linken kleinen Labie; die Ränder sind scharf, steil abfallend, der Grund nur wenig belegt, die Infiltration mässig.

12. Auguste K., 24 Jahre alt, seit 6 Jahren unter Controle, spezifische Infection vor 2 Jahren, vor 5 Jahren doppelseitige Inguinaldrüsenausträumung. Vor 2 Jahren nach wiederholter Infection mit Ulcus molle an der unteren Commissur zum ersten Male an derselben Stelle ein nicht spezifisches Ulcus. Die grossen Labien hochgradig geschwellt und derb infiltrirt. Das mit scharfen Rändern versehene, von indurirtem Gewebe umgebene Ulcus wird total excidirt und der Defect durch Nähte geschlossen. Die Heilung erfolgt grösstentheils per primam, so dass die Entlassung der Patientin 4 Wochen später erfolgen kann. Nach einem Jahr wird die Kranke wieder in's Hospital eingeliefert; sie bietet jetzt folgenden Status: Beiderseits tief eingezogene Narben in der Inguinalbeuge. Starke Schwellung der grossen und kleinen Labien, besonders der rechten grossen Labie. Die Labien sind unregelmässig zerklüftet und mit vielfachen Rhagaden und Fissuren bedeckt. An der unteren Commissur zahlreiche elephantiasische und polypöse Wucherungen, die zum Theil exulcerirt sind. Aehnliche Exulcerationen finden sich auf der Innenfläche der kleinen Labien und am Orificium urethrae.

13. Pauline M., 38 Jahre alt, jetzt zur Controle geschrieben, Floride Lues, Vereiterung der (linken?) Inguinaldrüsen angeblich schon vor 25 Jahren. St. praes. Narbe in der (linken?) Inguinalbeuge, Elephantiasis der linken grossen Labie, mehrere Ulcera in der oberen Commissur.

14. Pauline N., 21 Jahre alt, seit 4 Jahren unter Controle, vor 4 Jahren spezifische Infection und „Bubo“. St. praes. Inguinaldrüsen beiderseits mässig geschwellt. Vorwulstung der hinteren Scheidenwand. Zwischen hinterer Commissur und Analöffnung eine derb infiltrirte, bläulich-rothe Geschwulst von Pflaumengrösse (offenbar der gewucherte Analwulst), ein ähnlicher kirschgrosser Knoten unterhalb des Anus. Zwischen und seitlich von diesen Wülsten ist der Darm narbig verdickt, bez. mit Ulcerationen bedeckt, deren Ränder aufgeworfen und derb infiltrirt sind. Diese leicht blutenden Ulcerationen setzen sich in das Rectum hinein fort und endigen vor einer ringförmigen Stricture, in welche der Zeigefinger gerade noch eindringen kann.

15. Bertha H., 25 Jahre alt, seit ? Jahren unter Controle, vor 4 Jahren linksseitiger Bubo ingu. Leistendrüsen beiderseits geschwellt, in der linken Leistenbeuge 3 Ctm. lange Narbe. Seit 3 Wochen bemerkt Pat. ein Geschwür in der Vulva. Das Orificium der Harnröhre ist von papillomatösen Wucherungen umgeben, welche zum Theil erodirt sind und nach unten von einem flachen, wenig infiltrirten, speckig belegten Ulcus eingenommen werden, welches halbkreisförmig den Harnröhrenwulst umgibt. Die Ränder des Ulcus sind glatt, die Umgebung lebhaft geröthet, wenig infiltrirt. Phthisis pulmonum.

16. Anna R., 24 J. alt, seit ? Jahren unter Controle, spezifische Infection vor 7 Jahren; keine Angaben über Abscesse der Leistendrüsen; dagegen ist sie zwei Jahre lang wegen eines „Scheidenabscesses“ (Abscess der Bartholini'schen Drüse?) in Hospitalbehandlung gewesen. St. praes. Leistendrüsen nicht geschwellt. Vorderes Scheidengewölbe vorgewölbt und „gewuchert“. Daneben ein markstückgrosses Ulcus, welches sich nach vorn bis an die Harnröhrenmündung erstreckt. Die Ränder sind mässig derb infiltrirt, der Grund speckig belegt; an dem unteren Rande befindet sich eine Oeffnung, in welche die Sonde 1 Ctm. tief hineindringt.

17. Anna P., 36 Jahre alt, Fabrikarbeiterin. Angeblich hat Pat. nie Lues gehabt; seit 6 Jahren bestehen blutige Diarrhöen. St. praes. Die Labien sind gewuchert und stark zerklüftet, mässig indurirt, die Clitoris verlängert; auf den kleinen Labien und der Clitoris elephantastische Wucherungen. In der Umgebung der Clitoris und auf der rechten kleinen Labie ulcerirte Stellen. Sehr starker Fluor. In der Umgebung des Anus elephantastische, exulcerirte Wucherungen. 4 Ctm. oberhalb des Anus eine wallartige Erhebung, hinter welcher eine Geschwürsfläche fühlbar ist. Aus dem Rectum fliesst beständig eine aus Blut und dünnem Koth bestehende Masse.

18. Anna M., 34 Jahre alt, Anstreicherswitwe. Tertiäre Lues der Nase und Stirn. Rechterseits hochgradige Elephantiasis der grossen und kleinen Labie (resp. grosse Labie um das Fünffache vergrössert). Die untere Partie der hinteren Scheidewand ist fast völlig zerstört, so dass die vordere Rectalwand frei liegt. Diese ist schmierig belegt; eine Fistel führt von hier aus in das Rectum. Die Wände der Cloake sind theilweise exulcerirt, theilweise schon vernarbt, die Haut- und Schleimhautpartien der Umgebung stark infiltrirt. Im Rectum keine Ulcerationen. Inguinaldrüsen beiderseits geschwellt.

19. Anna J., 29 Jahre alt, seit 10 Jahren unter Controle; von Bubo ist in den früheren Krankengeschichten nichts bemerkt; spezifische Infection vor etwa 9 Jahren. Pat. ist sehr häufig wegen Ulcerationen in der Umgebung der Harnröhrenmündung und des Anus in Hospitalbehandlung gewesen. St. pr. Die Haut des Dammes fehlt vollständig, so dass an die Schleimhaut der Vulva direct die des Anus grenzt. Zahlreiche polypöse und elephantastische Wucherungen, zwischen denen sich Erosionen, Fissuren und tiefere Geschwüre befinden, nehmen die kleinen Labien, die Umgebung der Harnröhrenmündung und des Anus ein. Letztere ist trichterförmig und in Folge einer Narbenstrictur (über deren Sitz Angaben fehlen) nur für ein federkiel dickes Bougie durchgängig. Pat. gibt an, den Koth nur in Form eines dünnen Bandes entleeren zu können.

20. Marie Z., 25 Jahre alt, unter Controle seit 3 Jahren; vor etwa 3 Jahren spezifische Infection, vor 7 Jahren rechtsseitiger Bubo inguinalis. St. praes. In beiden Leistendrüsen multiple, kleine, harte Drüsen. An der hinteren Commissur findet sich ein speckig be-

legtes, derb infiltrirtes Ulcus, welches die normale Schleimhaut an der linken Seite des Introitus vaginae in der Länge von mehreren Centimetern unterminirt hat, so dass ein trichterförmiger, tiefer Gang entstanden ist. Die linke grosse Labie stark geschwellt, weich anzufühlen und mit nässenden Papeln bedeckt, deren Umgebung derber infiltrirt ist. Am Anus ein gelblich belegtes Ulcus mit stark gewucherten Rändern, neben einem Hämorrhoidalknoten. Das Ulcus erstreckt sich nach aufwärts in das Rectum, so dass man ohne Narkose mit dem Speculum die Schleimhaut überblicken kann; es ist sehr oberflächlich, sich theilweise als Erosion darstellend, welche sich auf sehr stark infiltrirtem und hartem, gewulstetem, sehr empfindlichem Grunde ausbreitet. Durch die derbe Wucherung ist das Lumen des Rectums von Anfang an verengt. Etwa 4 Ctm. oberhalb des Anus eine ringförmige Stricture, welche für den Zeigefinger nicht, für den kleinen Finger nur knapp durchgängig ist. — Pat. wird nach einem Vierteljahr entlassen, nachdem sich der oben-erwähnte Gang bedeutend verkleinert und der epitheliale Ueberzug völlig wiederhergestellt hat.

Wenn wir aus allen diesen Beobachtungen ein Krankheitsbild herausarbeiten, so würde dessen Schilderung sich etwa folgendermassen gestalten.

Es kommt an den weiblichen Genitalien, besonders häufig bei Prostituirten, eine chronische, aus elephantiastischer Verdickung und Ulceration sich zusammensetzende, ausserordentlich schwer therapeutisch zu beeinflussende, unseres Wissens nicht specifische Affection vor, die sich mit Vorliebe bei Patientinnen findet, welche eitrige Processe in den Inguinaldrüsen durchgemacht haben.

Im Einzelnen sind alle Uebergänge von hochgradiger Elephantiasis bis zu einfacher chronischer torpider Ulceration vorhanden. In Bezug auf die Localisation an einzelnen Partien der Genitalien können wir die Angaben Virchow's und Mayer's (l. c.) bestätigen.¹⁾ In erster Linie sind es die grossen Labien, welche von der Schwellung betroffen werden, und zwar trifft man sowohl auf weniger ausgebildete, mehr weiche Formen, welche nur in der Tiefe strangartige Infiltrationen zeigen, als

¹⁾ Vgl. entsprechende Angaben bei Wernher, Beiträge zur Kenntniss der Elephantiasis Arabum, Zeitschrift für Chirurgie 1876 Häberlin, Fall von Lupus vulvae hypertrophicus et perforans, Archiv für Gyn. 1890, Weniger, Ueber Rectovestibularfisteln, entstanden durch chronische Ulcerationen an der hinteren Commissur, Diss. Berlin, 1887. Fall II.

auf sehr hochgradige, bei denen die Labien in fast handbreite, wurstförmige, sehr derb infiltrirte Wülste umgewandelt sind. Sie sind in letzterem Falle meist dunkelbraunroth bis bläulichroth verfärbt und häufig leicht gereizt; nur selten sind wirkliche lymphangiectatische Bläschen vorhanden.

Nächst den grossen Labien betheiligen sich am häufigsten die Clitoris mit ihrem Präputium und die kleinen Labien an der Sclerosirung und Volumvermehrung; die Clitoris meist nur in mässigem Grade; sie wird nur selten in einen gestielten Tumor verwandelt, wie in den „wahren Formen“ von Elephantiasis, bei denen sie manchmal bekanntlich eine ganz enorme Grösse erreicht. Das Präputium clitoridis, sowie besonders die kleinen Labien sind häufig sehr derb infiltrirt und in unregelmässig gelppte und gezackte Wülste verwandelt, welche dunkelbläulichroth verfärbt und von Fissuren durchsetzt sind und mehr oder weniger secerniren.

Alle diese Wülste bilden in einzelnen Fällen ein Chaos, in dem eine Orientirung nur schwer möglich ist. Untere Commissur und Damm, seltener der Mons Veneris können sich ebenfalls an der Schwellung und Infiltration betheiligen; die Umgebung des Anus ist manchmal in grösserer Ausdehnung brettartig infiltrirt. Auch die normalerweise so häufig vorhandenen Analwülste pflegen stark gewuchert und derb infiltrirt zu sein, und gleich den Nymphen oberflächliche Epithelmaceration und braunrothe bis bläulichrothe Verfärbung zu zeigen. Alle diese von der Schwellung betroffenen Partien bleiben entweder glatt (Elephantiasis glabra), oder sie sind, was häufiger der Fall ist, mit höckrigen, derben Unebenheiten und Wülsten bedeckt (El. verrucosa s. tuberosa) oder sie sind in selteneren Fällen mit wirklichen kurzgestielten Papillomen (Fall VIII) besetzt (El. papillomatosa).

An dieser Veränderung nimmt die Schleimhaut der Harnröhrenmündung und des Scheideneingangs häufig in Form diffuser Sclerosirung Theil. Es kann hier wie an dem unteren Abschnitt der hinteren Vaginalwand zur Bildung papillomatöser Wucherungen kommen von meist blassrother, manchmal bläulichweisser Farbe und theils weicher, theils aber auch sehr derber Consistenz; sie bilden in manchen Fällen ausgedehntere Beete,

welche sich aus dem Scheideneingang hervordrängen und diesen durch die mit ihnen verbundene narbige Sclerosirung des Gewebes völlig stenosiren können, so dass sich in hochgradigen Fällen fast eine Stricture des Scheideneingangs ausbildet. Ebenso können sie die Harnröhrenmündung und die Umgebung derselben einnehmen; das Freilegen des Harnröhreneingangs, resp. das Einführen eines Katheters ist in diesen Fällen oft völlig unmöglich. Manchmal besteht dabei Incontinentia urinae.¹⁾

In diesem verdickten und starren Gewebe kommt es naturgemäss leicht zur Entstehung von Ulcerationen. Diese haben ihren Lieblingssitz an der hinteren Commissur, also an der Stelle der Vulva, welche den meisten Traumen ausgesetzt ist, nächstdem an der Mündung der Harnröhre,²⁾ in der Umgebung der Clitoris und auf der Innenfläche der kleinen Labien. Ihre Form ist unregelmässig, ihre Ausdehnung sehr wechselnd, doch erreichen sie selten über Thalergrösse; ihr Grund ist höckerig und gar nicht oder nur sehr wenig speckig belegt, vielmehr glänzend, von heller oder dunkler, in einzelnen Fällen auch von gelblichrother, fast bunt gesprenkelter Färbung. Die Ränder sind callös verdickt, ohne jede Neigung zur Epidermisirung, manchmal allmählig flacher werdend, meist aber steil abfallend. Das gesammte Ulcus ist, gleich seiner Umgebung, bald mehr, bald weniger, derb infiltrirt und meist von geringer, selten von beträchtlicherer Tiefe. In letzteren Fällen, welche der Diagnose die meisten Schwierigkeiten bieten, sind die Ränder oft unterminirt, so dass Schleimhautlappen über die Ulcera herüberhängen, manchmal auch unregelmässig gezackt, häufig wie ausgefressen³⁾; sie zeigen

¹⁾ Vgl. Fall III von Mazarakis (Contribution à l'étude du traitement et de l'étiologie de l'esthiomène de la région vulvo-anale, Paris 1894).

²⁾ Nach persönlichen, mir freundlichst zur Verfügung gestellten Mittheilungen des Hr. Prof. Veit hat er die Harnröhrenmündung in derartigen Fällen häufig ektropionirt gefunden, „etwa so, als ob man mit einer Scheere jederseits die Harnröhre von dem Orificium externum bis dicht an das Orificium internum abgeschnitten hätte, oder wie bei doppelseitigen Einrissen des Cervix. Die Schleimhaut der Urethra wird in diesen Fällen epidermisirt, besonders die der Symphyse zugekehrte Fläche gewinnt oft ein weissliches, sehnig-narbiges Aussehen.“

³⁾ Vgl. Fall X, Mayer's Fall X, Fall von Landau (Zur Casuistik der chronischen Ulcerationen an der Vulva, Archiv für Gyn. 1888).

gelegentlich Neigung an der einen Seite peripher weiter zu schreiten und auf der anderen Seite zu heilen. Sie können ferner zur Perforation der kleinen Labien, des Dammes, ja in sehr seltenen Fällen, zur Zerstörung ganzer Harnröhrenabschnitte¹⁾ und Damppartien²⁾ und so zur Entstehung von Urethro-Vaginal-³⁾ und Scheidenmastdarmfisteln Anlass geben. (Esthiomène perforant.) In ganz hochgradigen Fällen⁴⁾ kommt es schliesslich zur Entstehung einer von unregelmässig verdickten und gelappten Haut- und Schleimhauttrümmern begrenzten Cloake, in welche Harnröhre und Rectum, soweit sie erhalten sind, münden. Der Verlauf aller dieser Formen ist ein äusserst chronischer; Vorwärtsschreiten, wie Rückbildung findet nur sehr langsam statt; die letztere ist bei den schweren Formen überhaupt nicht möglich.

In der Umgebung dieser Ulcerationen kommt es in manchen Fällen zur Entstehung erythematöser Partien; diese stellen sich als ein oder mehrere, ziemlich scharf begrenzte, linsen- bis 10pfennigstückgrosse dunkelrothe bis violette Flecken dar, welche feine bis stecknadelkopfgrosse, häufig leicht erodirte Hervorragungen zeigen, so dass ihre Oberfläche ein sammt- oder plüschartiges Aussehen gewinnt. (Vgl. Fall VI u. X.) (Esthiomène érythémateux.) Bei ihrem Verschwinden hinterlassen sie glänzende, hellviolette Flecke, resp. oberflächliche, leichte Narben.

Oft ist auch die nächste Umgebung des Anus an der hyperplastischen Infiltration betheiligt. Bei den so häufig vorhandenen Hämorrhoidalknoten tritt die venöse Stauung zu Gunsten einer hyperplasirenden Infiltration zurück; es kommt zur Umbildung in polypöse, bisweilen papillomatöse Wuche-

¹⁾ Vgl. Fall V, Schroeder Fall I, Weniger Fall VI.

²⁾ Vgl. den Fall von West and Duncan, Diseases of women, ferner Fall XVIII und XIX, der Fall von Häberlin l. c. und von Cayla, Esthiomenes vulvae Progrès méd. 1881 berichtet in Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 194, S. 141.

³⁾ Vgl. Fall 5.

⁴⁾ Vgl. Fall XIX und die Fälle von Leroi des Barres (Thèse de Fiquet) und Angus Mac Donald, Lupus of the vulvo-anal regions, Edinburg med. Journal. April 1884.

rungen, welche ebenfalls wieder oberflächlicher Exulceration anheimfallen können.

Letztere können sich bis in den Mastdarm hinein fortsetzen und hier zur Proctitis ¹⁾ und zur Entstehung von Stricturen ²⁾ und Fisteln ³⁾ Anlass geben. Bei diesen handelt es sich fast immer um Rectovestibularfisteln. Es ist Schroeder's Verdienst, hierauf zuerst aufmerksam gemacht zu haben. „Man findet in den ausgesprochensten Fällen die Schleimhaut des Anus in harte rigide Wülste verwandelt, zwischen denen die Aftermündung weit klappt, das untere Ende des Mastdarms ist in ein enges, mit starren ulcerirten und granulirenden Wandungen versehenes Rohr umgewandelt, von dem aus eine meistens enge Oeffnung in das vollständig ausgehöhlte Damm-dreieck führt. Dies letztere, in dem Koth und Geschwürs-secrete dauernd stagniren, öffnet sich an der oben beschriebenen Stelle in den Scheidenvorhof.“ — In anderen Fällen setzt sich die papilläre Form der Elephantiasis in den Anus hinein fort, diesen trichterförmig auseinanderdrängend und ausfüllend ⁴⁾; in diesen Fällen kann es durch das Zugrundegehen des Sphincter zur Incontinentia alvi kommen.

Das klinische Bild wird schliesslich vervollständigt durch die oft sehr tiefen und breiten, strahligen Narben in den Leistenbeugen, die von früher vorgenommenen Totalexstirpationen der Drüsenpakete herrühren; häufig findet man auch, entweder auf beiden oder nur auf einer Seite, kleinere Incisionsnarben. In den Fällen, in welchen Narben fehlen, weisen die Drüsen entweder keine oder eine geringe oder auch eine stärkere schmerzlose Schwellung auf.

Das Allgemeinbefinden der Patientinnen pflegt in der grossen Mehrzahl der Fälle gar nicht oder wenig gestört zu sein. Die Ulcerationen sind schmerzlos, höchstens von

¹⁾ Vgl. Fall 17, ferner Häberlin l. c.

²⁾ Vgl. Fall 14, 16, 19, 20; Schroeder, Fall 3, 13; Weniger, l. c. Fall 3, 6, 7.

³⁾ Vgl. Fall 7, 18, 19; Schroeder, Fall 10, 11, 12; Weniger, Fall 1—6.

⁴⁾ Vgl. Fall 8 und Fall v. Rogers, Transactions of the obstetrical society of London. Vol. XI.

einem leichten Jucken begleitet,¹⁾ auch die elephantastischen Wucherungen pflegen wenig oder gar keine Beschwerden zu machen. Ueberhaupt handelt es sich fast immer um kräftige, sonst völlig gesunde Individuen²⁾ (unter den von uns beobachteten 10 Kranken litt eine an beginnender Phthise), denen meist jedes Krankheitsgefühl fehlt. Eine Ausnahme machen die Fälle, in denen es zur Ausbildung von Harnröhren-Scheiden- oder Scheiden-Mastdarmfisteln, oder zu Veränderungen im Rectum kommt. Die mit der Incontinentia urinae resp. alvi verbundenen Beschwerden machen natürlich mit der Zeit ihren ungünstigen Einfluss geltend. Meist aber tragen die den niederen Ständen angehörenden Kranken ihr Leiden mit stumpfer Gleichgültigkeit.

Die Affection ist am häufigsten am Ausgang der zwanziger Jahre; von unseren 20 Kranken war die jüngste 20, die älteste 40 Jahre alt; als Durchschnittsalter erhalten wir 27·9 Jahre.³⁾

Die pathologische Anatomie liefert uns über das Wesen des in Rede stehenden Processes nur insofern Aufschluss, als wir auch mit ihrer Hilfe eine spezifische Erkrankung speciell Lues und Tuberkulose, nicht nachweisen können. Hinsichtlich der Histologie der elephantastischen Hyperplasien können wir die Ergebnisse früherer Untersucher nur bestätigen. Der Process wird bei Esmarch und Kulenkampff⁴⁾ in folgender Weise geschildert: „Die eigentlichen Veränderungen sind nun, was das mikroskopische Aussehen und die feinere Structur anbetrifft, völlig die gleichen bei allen Formen von Elephantiasis, mag dieselbe die Extremitäten oder die Genitalien betreffen, mag sie auf noch so verschiedene Art zustande gekommen sein. Wechselnd ist nur der Befund gemäss

¹⁾ Nur in Mayer's Fall X wird über „heftiges Krümmern und feines Stechen“ berichtet; in Landaus' Fall war das Ulcus bei Berührung schmerzhaft.

²⁾ Die von den französischen Autoren betonte scrophulöse Veranlagung (cf. Bernutz, cit. bei Fiquet „L'esthiomène est une manifestation et une manifestation grave de la scrofule“) haben wir ebensowenig wie Taylor (s. u.) constatiren können.

³⁾ Bei Fiquet finden sich 24 Beobachtungen, davon 11 zwischen 20 und 30, 8 zwischen 30 und 40 Jahren (1 unter 20, 4 über 40).

⁴⁾ v. Esmarch u. Kulenkampff. Die elephantast. Formen. 1885.

der Beschaffenheit und Consistenz des angebildeten Gewebes. Es wird deshalb angetroffen als ein zartfasriges mit vielen Kernen und Zellen versehenes und reichlicher fibrinogener Inter cellularflüssigkeit durchtränktes, daher gallertige Consistenz darbietendes Gewebe, oder aber als derbes, trockenes, ja völlig fertig ausgebildetes Fasergerüst (diffuses Fibrom)“.

Wir möchten hier nur kurz noch einen Befund erwähnen, welchen Herr College Pinner hieselbst erhoben hat. Es fanden sich (im Fall 4) in das subcutane, zartmaschige Gewebe der stark elephantiasisch verdickten, grossen Labien theils straffe Bindegewebeszüge, theils zahlreiche Haufen von Rundzellen eingelagert, welche theils aus sogenannten Plasmazellen, theils aus einfachen Leukocyten bestanden. Diese Rundzellenhaufen wurden nach oben hin reichlicher, um unter dem Papillarkörper stellenweise dichtgedrängte Herde zu bilden; die Kerne der Zellen zeigten hier häufig epithelioiden Charakter und schlossen sich stellenweise zu typischen Riesenzellen zusammen (Siehe Taf. VIII, Fig. 3), welche von den Langhans'schen in keiner Weise zu unterscheiden waren. Tuberkelbacillen konnten trotz vielfacher dahingehender Bemühungen nicht nachgewiesen werden. Es konnte also hier der Befund Ziegler's¹⁾ bestätigt werden, der „bei jenen Formen, welche sich in Folge ekzematöser und ulceröser Processe entwickeln, das Gewebe zellreich und stellenweise ganz den Charakter von Granulationsgewebe tragend“ fand. In unserem Falle handelte es sich allerdings nicht um einen ekzematösen oder ulcerösen Process, vielmehr war die Elephantiasis in erster Linie als directe Folge der doppelseitigen totalen Leistendrüsensexstirpation anzusehen.

Auch van Gieson hat in einem von Taylor excidirten Stück, wie der Letztere mittheilt, eine chronisch-productive oder chronische „cellulare Entzündung“ constatirt mit Neubildung von Bindegewebe, Entwicklung der fixen Bindegewebszellen zu polygonalen Zellen, die in Haufen bei einander liegen, und zu Riesenzellen, welche oft die Mitte von Nestern solcher polygonaler Zellen einnehmen. Endlich berichtet Unna²⁾

¹⁾ Ziegler. Lehrbuch der speciellen pathol. Anat. 1887 p. 459.

²⁾ Unna. Histopathologie 1894 p. 495.

von Riesenzellen, die er in 2 Fällen von Elephantiasis gefunden hat.

Wir werden auf die diagnostische Bedeutung der Riesenzellen noch weiter unten zu sprechen kommen.

Ebenso kurz können wir uns über die histologischen Verhältnisse bei den ulcerativen Processen fassen. Auch hier handelte es sich um diffuse Infiltration eines derbe Verdickung der Bindegewebsbalken zeigenden Gewebes; der Grund des Ulcus wird grösstentheils von einem Granulationsgewebe gebildet, welches sich bis in die Tiefe zwischen die glatten Muskelbündel hinein erstreckt (Vgl. Fig. 1). An anderen Stellen ist diese Lage von Granulationsgewebe so dünn, dass die Muskelbündel fast zu Tage liegen. Das Epithel setzt sich mit scharfem Rande ab; man erkennt deutlich den unterminirten Rand und das Fehlen jeglicher Ueberhäutungstendenz. Das Granulationsgewebe setzt sich auch hier aus unregelmässig gelagerten Schwärmen von „Plasmazellen“ zusammen, welche reichlich mit Eiterkörperchen durchsetzt sind; an vielen (den schwächer gefärbten) Stellen sind die Kerne epithelioid, d. h. sie sind grösser und blasser geworden, während ihre Kernkörperchen an Färbbarkeit abgenommen haben; das Protoplasma dieser Zellen ist hier zugrunde gegangen und hat sich in eine diffus die Kerne umgebende, theils eine deutliche Streifung, grösstentheils aber scholligen Zerfall aufweisende Masse aufgelöst (Fig. 2). Riesenzellen habe ich nirgends nachweisen können.

Wir haben bisher den Ausdruck „Elephantiasis“ thunlichst vermieden und dafür den „elephantastische Verdickung“ gebraucht; wir sind uns wohl bewusst, dass — von der endemischen Form der Elephantiasis ganz abgesehen — nur die congenitalen Formen, welche in das Gebiet der weichen Fibrome, der wirklichen Neoplasmen gehören, einer scharfen Absonderung aus dem Gesamtgebiete der Elephantiasis fähig sind. Alle anderen Fälle von Elephantiasis sind weder durch ihre Aetiologie noch durch ihr klinisches Bild noch durch die anatomischen Veränderungen einer wirklich auf qualitativen Differenzen beruhenden Eintheilung zugänglich. Von diesem Gesichtspunkt aus können wir die Aufstellung gewisser Typen

für didaktische Zwecke wohl güttheissen, aber wir können weder einer Eintheilung, wie sie Klebs¹⁾ gibt (epidermoidale, bindegewebige und lymphangiectomatöse Form), noch dem Vorschlage Fritsch's,²⁾ die in Rede stehende Form als „Pseudoelephantiasis oder lymphatische Hypertrophie“ abzugrenzen, eine wesentliche Bedeutung beimessen — es sei denn, dass Fritsch unter diesem Namen alle die Fälle von Elephantiasis überhaupt, die nicht congenitaler oder endemischer Natur sind, begreifen will.

Immerhin werden wir uns bewusst bleiben, dass es sich bei der vorliegenden Form selten um eine sehr hochgradige Verdickung und fast nie um die Ausbildung wirklicher Tumoren handelt, sondern dass wir eine Art „Stauungselephantiasis“ vor uns haben, die sich mehr in diffuser Verdickung und Volumvermehrung der betroffenen Theile documentirt.

Wenn wir nunmehr versuchen, aus dem von uns publicirten und dem in der Literatur niedergelegten Material die Aetiologie der uns beschäftigenden Krankheit zu erforschen, so möchten wir die Factoren, welche von Bedeutung zu sein scheinen, einzeln vorführen, von vornherein aber betonen, dass es fast immer das Zusammenwirken mehrerer dieser Factoren ist, welche zu dem — bei allem Wechsel im Grade und in der Localisation der Erscheinungen — im Ganzen einheitlichen Bilde führen. Welchem dieser Factoren die grösste Bedeutung zukommt, das festzustellen, ist im einzelnen Fall meist ebenso wenig möglich, wie bei der allgemeinen Besprechung des Krankheitsbildes.

Es wird auch schwer sein, eine Scheidung dieser Factoren in „prädisponirende“ und in „eigentlich veranlassende“ durchzuführen. Zu den prädisponirenden aber gehört zweifellos der eine, auf den wir schon in den einleitenden Bemerkungen hingewiesen haben, nämlich die Bedeutung der Stauung, speciell der Lymphstauung, für das Zustandekommen der Krankheit.

Wir haben in 5 unter 10, resp. in 12 unter 20 Fällen in beiden Leistenbeugen zum Theil enorm tiefe Substanzverluste

¹⁾ Klebs. Handbuch der pathol. Anatomie.

²⁾ Fritsch l. c.

gefunden, welche auf einen völligen Verlust der Drüsen schliessen liessen, während in 7 anderen die Drüsen auf nur einer Seite exstirpirt oder doch incidirt waren.

Der Verlust der Leistendrüsen ist in der Mehrzahl der Fälle durch einen suppurirenden Bubo, noch häufiger wohl durch eine wegen eines solchen vorgenommene Totalexstirpation bedingt. Es ist aber auch möglich, dass in einzelnen Fällen die durch eine chronische Schwellung bedingte Ausschaltung ihrer physiologischen Thätigkeit gleichen Erfolg haben könnte. Inwieweit hier die Lues und die von ihr abhängige Sclerose der Drüsen in Frage kommt, müssen wir dahingestellt sein lassen. Sicher kann es indessen bei chronischen Reizzuständen der peripheren Gewebe auch ohne palpable Drüenschwellung zu nur mikroskopisch nachweisbarem Verlust der eigentlichen Drüsensubstanz kommen. Jadassohn¹⁾ fand nämlich, dass bei Personen mit chronischen Unterschenkel-ekzemen die anscheinend unveränderten femoralen Lymphdrüsen nichts mehr von eigentlicher Drüsensubstanz enthielten, sondern gänzlich durch bindegewebige Schwielen ersetzt waren. Es ist natürlich eine Hypothese, aber eine, wie uns scheint, nicht unwahrscheinliche, dass in manchen der Fälle, in denen immer wieder Infectionsherde in den Genitalien vorhanden waren, auch ohne acute Suppuration, eine tiefgreifende Zerstörung, eine Verdickung des Drüsenparenchyms, und damit die Vorbedingung zur Lymphstauung zustande gekommen sein kann.²⁾

¹⁾ Jadassohn. Ueber die Pityriasis rubra (Hebra) etc. Archiv f. Derm. u. Syph. 1892.

²⁾ Einen Fall, welcher eine derartige Erklärung nahe legte, habe ich in jüngster Zeit beobachtet. Bei einem — vermuthlich auf Grund einer Kinderlähmung verkrüppelten — Patienten bestand an dem einen Bein seit langer Zeit ein torpides Ulcus und eine mässige chronische Verdickung der gesamten Haut, welche wohl als ein „stabiles Oedem“ aufzufassen war. Er erkrankte an einer Entzündung der Drüsen in der entsprechenden Inguinalbeuge, für die ein Grund an den Genitalien nicht gefunden werden konnte. Bei der Aufnahme war die Haut der Inguinalgegend geröthet — es war nur sehr mässiges Fieber vorhanden; Scrotum und Penis aber waren kolossal geschwollen, derb elastisch, dabei nicht entzündet, auf Druck nicht empfindlich — die Anschwellung selbst war ohne Schmerzen eingetreten; Fieber gering; Urin frei. In den nächsten Tagen perforirte die phlegmonöse Entzündung der Inguinalgegend;

Nun ist allerdings Cohnheim ¹⁾ in seinen Experimenten zu dem Resultat gekommen, dass selbst „die totale Sperre der gesammten Lymphbahnen eines einzelnen Körpertheils niemals Oedem desselben zur Folge hat“ — aber er fügt selbst hinzu, „solange die Lymphabscheidung in ihm die normale ist“; und er führt weiter aus, dass, „wenn Hydrops entstehen soll“, die Transsudation aus dem Blute, d. h. also die Production der Lymphe über die Norm gesteigert sein muss. Normalerweise übernehmen bei Behinderung der Lymphabfuhr durch die Lymphbahnen die Blutgefässe diese Function; wenn aber die Transsudation aus den Blutgefässen gesteigert ist, dann muss naturgemäss die Resorption durch dieselben erschwert sein. Cohnheim spricht hier bloss von Transsudation — ganz dieselbe Behinderung der normalen Resorption durch die Blutgefässe wird aber durch exsudative, d. h. durch entzündliche Processe bedingt sein. Und gerade hierin scheint uns bei dem uns hier beschäftigenden Processe das unglückliche Resultat der gemeinsamen Wirkung von Entfernung der Lymphdrüsen und entzündlichen Processen in der Vulva, ²⁾ auf die wir noch zu sprechen kommen,

darnach stellten sich plötzlich starke Schmerzen, bläuliche Verfärbung am Scrotum und innerhalb 24 Stunden Gangrän eines grossen Theils der Scrotalhaut ein. Ausgiebige Incisionen führten zur Heilung. Die Pathogenese dieses Falles habe ich mir so erklären zu müssen geglaubt: Das stabile Oedem des Beins weist auf eine schon längst bestehende Erschwerung der Circulation in ihm hin. Plötzlich tritt — durch irgend eine Infection — eine Entzündung der Inguinaldrüsen ein und während eine solche unter normalen Verhältnissen ein Oedem der Genitalien nicht bedingt, ruft sie hier, indem sie die schon bisher nicht mehr normal functionirenden Lymphdrüsenbahnen vollständig verlegt, ein zuerst sicher nicht entzündliches Oedem der Genitalien hervor, dessen nachträgliche Umwandlung in eine Gangrän bei der kolossalen Spannung der Haut und der Nähe des infectiösen Processes nichts erstaunliches hat.

Jadassohn.

¹⁾ Cohnheim. Vorlesungen über allgemeine Pathologie. I. p. 489.

²⁾ Anmerk. nach Abschluss der Arbeit. Auf die ungünstige Wirkung der gemeinsamen Wirkung von Lymphbahn-Verlegung und peripherer Entzündung führt auch Lassar (Derm. Zeitschrift 1894. I. p. 550) die elephantiasische Verdickung des Scrotums in 2 Fällen zurück, von denen besonders der 2. die ätiologische Bedeutung acuter Entzündung ins hellste Licht setzt. Ich möchte es dahingestellt sein lassen, ob dabei wirklich, wie Lassar meint, die Zunahme des Lymphserums „an Quantität und

begründet zu sein. Auch wenn wir die Thierversuche Cohnheim's für die menschliche Pathologie voll gelten lassen, auch dann ist Oedem und Elephantiasis wohl zu verstehen, und mit dieser Erklärung harmonirt vollständig, was Esmarch und Kulenkampf¹⁾ zur Erklärung der sporadischen Elephantiasis anführen: „Umso häufiger ist sie das Resultat wiederholter entzündlicher, sowie andauernder nutritiver Reizungen, welche durch zurückbleibende Veränderungen der Gefässwände, Anhäufung zelliger und plasmatischer Exsudate, Compression der Venen und Lymphgefässe den Kreislauf oder das Saftcanalsystem in loco überladen.“²⁾

gerinnlichen Bestandtheilen“ oder ob nicht, wie oben im Anschluss an Cohnheim betont ist, die durch die Entzündung bedingte Verminderung der resorptiven Thätigkeit der Blutgefässe das wesentlichste Moment für die Lymphstauung unter diesen Verhältnissen ist. [Vgl. auch die Bemerkungen Schreiber's (Dermatol. Zeitschr. II. Bd. 5. Heft p. 476), der einen Fall von Elephantiasis vulvae nach Bubonen aus der Lassar'schen Klinik mittheilt; ferner den Fall Mermet's (Oedème élephantastique du scrotum et du membre inférieur gauche consécutif à un bubon blennorrhagique. Gazette des hôpitaux 24 Mai 1894), in welchem im unmittelbaren Anschluss an einen suppurirenden Bubo bei Gonorrhoe eine elephantastische Verdickung des Scrotums und der ganzen unteren Extremität auffallend schnell eintrat.] Jadassohn.

¹⁾ l. c.

²⁾ Erst nach Abschluss dieser Arbeit durch Herrn Collegen Koch wurde mir die sehr interessante Mittheilung Bayer's: „Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen“ (Langenbeck's Archiv XLIX 3) bekannt, in welcher der Verf. behauptet, dass das die Lymphdrüsen umgebende Gewebe als ein integrierender Bestandtheil derselben aufzufassen sei, in welchem nach Exstirpation der Drüsen reparatorische Vorgänge — Bildung von Lymph- und Blutbahnen, Follikeln und Drüsen — stattfinden. Die Lymphstauung selbst diene als Reiz zu diesen Vorgängen; bei einer dabei bestehenden Entzündung führe sie zu Narben- und Schwielenbildung. Es tritt also entweder nach Drüsen-Exstirpation eine totale Restitution ad integrum oder ein stabiles Oedem auf.

Diese Auffassung wirft ein neues Licht auf die hier erörterte Frage. Bei den Adenitiden der Leistengegend nach Ulcus molle ist meist eine starke Periadentitis vorhanden; bei den früher von uns viel angewendeten Totalexstirpationen ist das Fettgewebe der Drüsen immer mit entfernt worden; aber auch bei einfacher Incision oder spontaner Eröffnung geht gerade in dieser Region ein Theil des Fettgewebes mit verloren. Hat dieses die ihm von Bayer vindicirte Bedeutung, so ist die relative Häufig-

Mit diesen Erwägungen stimmt auch überein, dass die elephantiasische Verdickung so sehr viel häufiger bei Frauen, speciell bei Prostituirten der Bubonenexstirpation folgt, als bei Männern, weil bei den Ersteren eben die peripheren entzündlichen Reizungen so sehr viel häufiger sind. Neben dem stabilen Oedem und der Elephantiasis spielen ulceröse Vorgänge nicht bloss in dem Krankheitsbilde, sondern auch in der Aetiologie der geschilderten Erkrankung eine grosse Rolle. Was Virchow¹⁾ von der „Elephantiasis ulcerosa“ der Extremitäten sagt, gilt auch für die „Elephantiasis ulcerosa vulvae“. Es heisst bei ihm: „Andere Male entstehen an der sehr harten und steifen Oberfläche in Folge der Bewegungen, namentlich an den Füßen, Sprünge, aus welchen Flüssigkeit aussickert, welche aber allmählig in eine schlechte Suppuration gerathen. Andere Male endlich ist es eine Elephantiasis tuberosa oder tuberculosa, bei welcher inmitten ausgedehnter Erkrankung einzelne Knoten entstehen, erweichen und endlich aufbrechen. Diese Geschwüre in den verdichteten Theilen bestehen gewöhnlich sehr lange fort, erweisen sich als sehr refractär gegen alle Behandlung, sondern eine dünne, wässrige Masse ab und fressen nach und nach im Umfang und in die Tiefe fort. Es sind wahre *Ulcera rodentia* (*Esthiomenos*)“.

In der Vulva sind ausser dem Aneinanderreiben der verdickten grossen und kleinen Labien beim Gehen, den Zerrungen, die einzelne hyperplasirte Partien durch ihre Schwere ausüben, hauptsächlich Traumen für das Zustandekommen der *Ulcera*, vielleicht auch der Elephantiasis,²⁾ von der grössten Bedeutung. Und zwar handelt es sich um wiederholte Traumen, die stets an denselben Stellen einsetzen und einen chronischen Reizzustand bedingen, das heisst um Excesse in Venere. Das *Ulcus vulvae* entwickelt sich mit Vorliebe an der hinteren Commissur, resp. in der Umgebung der Clitoris,

keit elephantiasischer und ulceröser Processe gerade nach den Bubonen-Operationen, auch abgesehen von den oben erörterten Momenten wohl zu verstehen.

Jadassohn.

¹⁾ Virchow. Geschwülste. I. p. 316.

²⁾ Vgl. Mayer, l. c. Fall VI und Taylor, Cases of lesions of the genitals. Journ. of cut. and gen.-ur. dis. Vol. IX. 1891. Fall I.

also an denjenigen Stellen, welche bei dem Coitus den grössten Insulten ausgesetzt werden. Es wird uns deshalb nicht Wunder nehmen, dass fast alle hier in Frage kommenden Patienten Prostituirte ¹⁾ sind, da bei ihnen sowohl die zuletzt erwähnten Schädlichkeiten sehr ins Gewicht fallen, als auch die suppurirenden Bubonen, welche direct oder indirect zum Verlust der Leistendrüsen führen, natürlich recht häufig sind.

Auch die Lage der Vulva dürfte eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen; ein Moment, auf das Schroeder ²⁾ wohl mit Recht sehr grosses Gewicht legt. Ist die Vulva sehr weit nach vorn gelagert, so wird bei der Cohabitation die hintere Commissur am meisten gefährdet sein; liegt sie weit nach hinten, so kommen Clitoris und Harnröhrenwulst in Gefahr. Schröder meint, dass es in derartigen Fällen geradezu zur Abreissung des Harnröhrenwulstes kommen kann.

Wir kommen nun auf die ätiologische Bedeutung zu sprechen, welche specifische entzündliche Processe für das Zustandekommen der Elephantiasis und besonders der Ulcera haben. Von acuten derartigen Processen kommt vor allem das Ulcus molle in Frage. Dieser Zusammenhang mit dem Ulcus molle ist von Jacobi, ³⁾ Pescione ⁴⁾ und Taylor schon gewürdigt worden. Es bleibt nach der oberflächlichen Vernarbung resp. Epidermisirung des Ulcus noch eine Infiltration des Gewebes in der Tiefe zurück, „die eine gewisse Starrheit desselben bedingt. Durch das fortgesetzte Trauma beim Coitus reisst die Narbe ein, die Entzündung, Infiltration und Starrheit des Gewebes schreitet fort, so dass die Geschwüre immer grösser werden.“ (Jacobi.) Wir möchten hier anfügen, dass man diese Aetiologie gerade bei den leichteren Formen am häufigsten verfolgen kann. Man sieht bei Prostituirten sehr häufig, und zwar fast immer an der hinteren Commissur, nachdem sie

¹⁾ Auch Fox und Fahrquahr berichten aus Indien, dass hier die Elephantiasis vulvae vornehmlich bei Prostituirten beobachtet wird und zwar bald nachdem sie syphilitisch infectirt wurden. Vgl. Esmarch und Kulenkampff, l. c.

²⁾ Schroeder, l. c.

³⁾ Jacobi, l. c.

⁴⁾ Pescione. L'ulcera venerea cronica. Rif. med. 1889. Nr. 92.

hier einige Male typische *Ulcera mollia* gehabt haben, kleine, flache Substanzverluste, etwa von der Grösse einer Linse bis zu der eines Fünfpfennigstücks, mit absolut reinem Grund und mässig infiltrirten Rändern, welche sehr wenig Neigung zur Epidermisirung zeigen. Derartige, gewissermassen rudimentäre Fälle haben wir natürlich unter unsere obigen Krankengeschichten nicht aufgenommen; sie pflegen immer zur Heilung zu kommen, wenn die Patientin für einige Wochen der Cohabitation entzogen bleibt.

Eine ganz ähnliche Rolle, wie das *Ulcus molle*, können andere ulcerative Processe, z. B. Primäraffecte, exulcerirende Papeln oder spätluetische Processe, spielen. Durch den Import von Entzündungsproducten von den ulcerirenden Flächen aus in die — eventuell schon durch die Sclerosirung in ihrer Function beeinträchtigten — Lymphdrüsen kann es nämlich, wie schon oben ausgeführt wurde, zu einer partiellen oder totalen Ausschaltung der Drüsensubstanz kommen; es wird sich also eine gewisse Lymphstauung ausbilden, welche ihrerseits wiederum die Entwicklung einer Hyperplasie der Gewebe begünstigt, die Heilung der ulcerativen Processe aber erschwert resp. hindert, so dass eine Art von *Circulus vitiosus* zustande kommt. In gleicher ungünstiger Weise können Abscesse der Bartholinischen Drüsen (Vgl. Fall XVI), langdauernde Cervixgonorrhoeen,¹⁾ furunculöse und phlegmonöse Processe, sowie vernachlässigte Dammrisse und geplatzte Hämorrhoidalknoten wirken. An alle diese, mit Infiltration und Ulceration einhergehenden Schädigungen des Gewebes schliessen sich nach Ablauf des virulenten

¹⁾ Im Fall von Martin konnte, abgesehen von etwas vergrösserten Inguinaldrüsen, ein anderes ätiologisches Moment nicht aufgefunden werden. Vgl. Martin, Ein Fall von *Lupus hypertrophicus vulvae*, Monatshefte für Geb. XVIII. 1861. — Wir halten die Entstehung von Erosionen und weiterhin auch von Ulcerationen in der Vulva in Folge lange dauernder Cervixgonorrhoe und des häufig mit ihr verbundenen profusen Fluor durchaus für möglich, wenn wir auch die Erklärung Oberländer's, der sie aus „verschwärenden gonorrhoeischen Follikeln“ hervorgehen lässt, nicht zu acceptiren vermögen. Vgl. Oberländer, Ueber Veränderungen der Vaginalschleimhaut von an chronischer Gonorrhoe leidenden Prostituirten. Archiv für Derm. u. Syph. 1888. Heft 1.

Processes die chronischen Ulcerationen entweder unmittelbar an, oder aber es wird nur der Boden für eine spätere Entwicklung derselben vorbereitet.

Auch im Anschluss an das Erysipel, zumal wenn es in wiederholten Schüben auftritt, kann sich eine dauernde Verdickung und Volumvermehrung der betroffenen Theile ausbilden („Oedema perstans“). Wir konnten in der Literatur allerdings nur einen Fall, der von Fiquet¹⁾ ausführlich geschildert wird, auffinden, in welchem es nach wiederholten erysipelatösen Attaquen zu einer hochgradigen elephantastischen Verdickung der grossen und kleinen Schamlippen kam.

Eine besondere Bedeutung für das Zustandekommen sowohl der hyperplastischen, als der ulcerativen Veränderungen ist vielleicht der Syphilis und der von ihr abhängigen specifischen Gewebsinfiltration zuzuschreiben. Es erscheint sehr wohl möglich, die allen Luetikern innewohnende Neigung zur chronischen Bindegewebshyperplasie und Ulceration auf den veränderten Zustand der Gefässe zurückzuführen, in den die letzteren durch die Peri- und Endovasculitis luetica versetzt worden sind. So haben wir öfter beobachtet, dass im Anschluss an ein Oedema indurativum eine elephantastische Verdickung der betroffenen Labie zurückbleibt, welche trotz fernerer Darreichung von Hg und JK, und nachdem alle übrigen luetischen Symptome geschwunden sind, nicht zurückgehen will. Es würde sich dann hierbei um eine Analogie zu der „Sclérogomme“ der Franzosen handeln, deren Wesen in chronischer Bindegewebshyperplasie mit Schwielenbildung und Neigung zu Stricturirung besteht und deren typischste Form das von Fournier²⁾ beschriebene Syphilôme ano-rectal darstellt. Die in vielen unserer Fälle vorhandene Betheiligung des Rectums, die Neigung des Gewebes der Vulva zur diffusen Sclerosirung und, wenn auch nicht hochgradigen, Stricturirung legen den Gedanken an eine Analogie mit diesem Prozesse nahe.

Die Auffassung, dass es sich bei der erwähnten Rectalerkrankung um einen luetischen Process handelt, ist freilich wohl noch nicht erwiesen; ihre Abgrenzung von den bekannten

¹⁾ Fiquet. Essai sur l'ecthiomène. Thèse 1876.

²⁾ Fournier. Leçons sur la syphilis tertiaire.

und viel besprochenen, von einzelnen als sicher luetisch angesprochenen, chronischen Rectalgeschwüren ist jedenfalls sehr schwierig. Die letzteren haben aber in der That auffallende Analogien zu den uns beschäftigenden Processen an der Vulva. Nicht bloss, dass sie ineinander übergehen und combinirt mit einander vorkommen können, wie schon früher betont worden ist; sie stimmen auch, wie Jadassohn in einem noch ungedruckten Aufsatz über Rectum-Syphilis in Drasche's Bibliothek der gesamten medicinischen Wissenschaften ausführlicher dargelegt hat, überein: 1. In dem besonders häufigen Vorkommen bei Personen, die Lues gehabt haben, speciell bei Prostituirten, 2. in dem sehr chronischen Verlauf, 3. in der Unwirksamkeit von Hg und JK, 4. in der Bedeutung von Traumen (Coprostase etc.) für die Entstehung der Ulcerationen.

Die Entwicklung der elephantiasischen Verdickungen kann durch die Menses begünstigt werden. Mayer¹⁾, Koch²⁾ und wir selbst (Fall IV) haben in je einem Fall jedes Mal zur Zeit der Periode eine Anschwellung der elephantiasisch verdickten Labien constatiren können.

Dass neben den angeführten ätiologischen Momenten und ihrer wechselnden Combination auch individuelle Verhältnisse eine Rolle spielen können, ist ohne Weiteres zuzugeben. Wenn wir auch von allen dyskrasischen Momenten absehen, müssen wir doch zugeben, dass locale, unserer Beobachtung entgehende, anatomische Bedingungen (z. B. Verödung der Lymphdrüsen) das Entstehen der elephantiasischen Hyperplasien und der Ulcerationen zur Folge haben, wie anderseits günstige Circulationsverhältnisse (z. B. Ausbildung von Collateralbahnen) dasselbe verhindern können.

Bei einem Krankheitsbilde, das sich, wie ich wiederholt betont habe, in so verschiedener Weise, wenn auch wesentlich nur aus 2 Componenten — Ulceration und Gewebsverdickung — zusammensetzt, und bei dem die ätiologische Untersuchung auf sehr verschiedene Ursachen hinweist, hat man naturgemäss vielfach versucht, die hierher gehörigen Fälle nach verschiedenen Gesichtspunkten noch in einzelne Gruppen einzutheilen. Die

¹⁾ Mayer, l. c.

²⁾ Koch. Gräfe's und Walter's Journal. Bd. XXIV. Heft 2.

französischen Autoren wie Huguier und Fiquet haben das wesentlich nach quantitativen Differenzen gethan; so unterscheidet der letztere eine oberflächliche, eine tiefe und eine ulceröse Form. Am weitesten ist in dem Bestreben zu rubriciren Taylor¹⁾ gegangen, dem wir eine ausserordentlich eingehende Arbeit über dieses Thema mit Krankenphotographien und mit mikroskopischen Untersuchungen (u. Abbildungen) von van Gieson verdanken. So werthvoll auch das von Taylor beobachtete Material und seine Beschreibungen sind, so grosse Verdienste er sich auch um die Bekämpfung der wissenschaftlich ganz unbegründeten Identificirung unseres Krankheitsbildes mit dem „Esthiomène“-Lupus erworben hat und so sehr wir auch mit den von ihm gegebenen ätiologischen Erklärungen im Ganzen übereinstimmen, so wenig können wir doch zugeben, dass die von ihm versuchte Eintheilung das Verständniss oder auch nur die Verständigung wesentlich erleichtert. Die von ihm zum Schluss aufgestellten Gruppen sind folgende:

1. Small hyperplasiae, caruncles and papillary growths.
2. Large hyperplasiae and hypertrophies.
3. Hyperplasia from acute and chronic chancroids.
4. The various forms of hypertrophy induced by indurated oedema of syphilis.
5. Hyperplasia resulting from chronic ulcers, the so-called chancroids, in intermediary and old syphilis.
6. Hyperplasia in old syphilitics presenting no specific character and occurring soon or long after the period of gummy infiltration, in some cases being coexistent with specific lesions elsewhere.

Diese Gruppen sind theils nach morphologischen, theils nach ätiologischen Gesichtspunkten gebildet. Darin zeigt

¹⁾ Ausser einer kleinen Mittheilung: „A hitherto undescribed Form of New Growth of the Vulva (American Journal of the Medic. Sciences. Febr. 1890) erschien eine grössere Arbeit Taylor's „Chronic Inflammation, Infiltration and Ulceration of the External Genitals of Women, with a Consideration of the Question of Esthiomène or Lupus of these Parts. The New-York Medical Journal 4./I. 1890. Nr. 579). Cf. Referat dieses Archiv 1890 p. 668.

sich schon die Unmöglichkeit, eine wirklich wissenschaftliche Eintheilung dieses Gebietes vorzunehmen, weil das resultirende Krankheitsbild sich weder nach der ersten disponirenden, noch nach der letzten Gelegenheitsursache richtet, sondern in jedem einzelnen Fall von einer Mehrheit von Ursachen abhängig ist und darum je nach dem Ueberwiegen des einen oder des anderen ätiologischen Momentes variirt. Zwischen der unscheinbarsten und der höchstgradigen hierher gehörigen Affection gibt es alle Uebergänge — jede Abgrenzung bekommt daher etwas Gezwungenes und nur die Aufzählung der einzelnen in Betracht kommenden Ursachen und die Schilderung der einzelnen Componenten des im Ganzen einheitlichen Krankheitsbildes scheint uns für Lehr- wie für wissenschaftliche Zwecke brauchbar.

Die Differentialdiagnose gestaltet sich für Denjenigen, welcher das Krankheitsbild wiederholt gesehen hat, meist leicht; sie bereitet aber mitunter auch beträchtliche Schwierigkeiten, welche nur durch Zuhilfenahme des Mikroskops oder durch längere Beobachtung des klinischen Verlaufs beseitigt werden können.

Gegenüber dem *Ulcus molle* werden: die zackigen, ausgefressenen Ränder des letzteren, seine fehlende oder doch geringe Infiltration, der Farbengegensatz zwischen dem gerötheten Rand und dem gelben Grund des Geschwürs, ferner eventuell vorhandene schmerzhaftes Drüsenschwellungen, sowie endlich erfolgreiche Inoculationen (ev. auch der Nachweis des *Ducrey'schen Bacillus*) die Diagnose wohl immer leicht ermöglichen. Nur ein beginnendes chronisches *Ulcus* an der hinteren Commissur (s. ob.) kann gelegentlich von einem in Reinigung begriffenen *Ulcus molle* kaum unterschieden werden. Das seltene phagedänische *Ulcus* der Vulva ist durch seine rapide Entwicklung und seinen acuten, fieberhaften Verlauf hinreichend gekennzeichnet.

Was die Producte der Syphilis anlangt, so kann die Abgrenzung der uns hier beschäftigenden Ulcerationsformen von einem Primäraffect (ev. einem *Chancre mixte*) unter Umständen Schwierigkeiten bereiten, die aber wohl in jedem Falle bei der Beobachtung des ferneren Verlaufs verschwinden werden. Exulcerirte Papeln werden kaum jemals zu diagno-

stischen Zweifeln Veranlassung geben, dagegen kann es mitunter schwierig werden, eine elephantastisch verdickte von einer specifisch indurirten Labie zu unterscheiden. Indess ist bei einem Oedema indurativum meist die ganze Labie brett-hart indurirt, so dass sie bei seitlichem Druck in toto verschoben wird und das Abheben einer Falte unmöglich ist. Die Oberfläche ist meist entzündlich gereizt, die Schleimhaut häufig macerirt.

Ist das Oedema indurativum an Stelle eines Primäraffects aufgetreten, so wird die regionäre Drüsenschwellung, die auf der befallenen Seite meist stärker ist als auf der anderen, vor Verwechslung schützen; gehört es dem condylomatösen Stadium an, so werden andere Zeichen florider Erkrankung die Diagnose sichern. Bei elephantastischer Verdickung ist die Härte geringer, der entzündliche Charakter tritt mehr in den Hintergrund, die Hyperplasie erstreckt sich fast immer auf benachbarte Theile (Nymphen und Clitoris) und documentirt sich sehr häufig in der Entwicklung von papillomatösen Wucherungen auf der Schleimhaut.

Tertiäre Processe in der Vulva sind nicht gerade häufig. Ihre Diagnose wird, abgesehen von der Reaction auf Hg und JK, ermöglicht durch den meist solitären Sitz des Infiltrats, welches die klinischen Eigenthümlichkeiten eines Pseudochancere tertiaire, eines tubero-serpiginösen Syphilids oder eines Gumma darbieten wird. Nach unseren eigenen spärlichen Beobachtungen scheint die erste Form noch relativ am häufigsten vorzukommen; in der Umgebung des Anus haben wir das tubero-serpiginöse Syphilid nicht zu selten gefunden.

Wir möchten hier aber nochmals betonen, dass wahrscheinlich, das Vorhandensein von begünstigenden Circulationsstörungen irgend welcher Art vorausgesetzt, wie an Ulcera molliä, so auch an Producte der Lues, sich chronische Ulcerationen anschliessen können. Diese dürfen dann aber nicht mehr als specifische angesprochen werden; sie haben vielmehr die wohl charakterisirten, klinischen Eigenthümlichkeiten von chronischen, nicht infectiösen Ulcerationen angenommen, deren indifferenter Charakter sich unter Anderem darin zeigt, dass sie die Reactionsfähigkeit auf Hg und JK völlig eingebüsst haben.

Schwierig kann die Unterscheidung von Cancroid der Vulva, wenigstens im Anfangsstadium des letzteren werden. Doch ist die Lieblingslocalisationsstelle des Cancroids die Schleimhautgrenze der grossen Labien; der Ulceration geht gewöhnlich ein oft lange Zeit hindurch sich wenig verändernder Knoten voraus, welcher erst ganz allmählig einer Erosion und Exulceration anheimfällt. Das carcinomatöse Ulcus kann mit einem chronischen, nicht specifischen Ulcus sehr grosse Aehnlichkeit haben, doch wird, ganz abgesehen von der mikroskopischen Untersuchung, der zwar langsame, aber doch progressive Verlauf des Cancroids, die fast immer vorhandenen Schmerzen, das Fehlen elephantiasischer oder papillärer Hyperplasien in der Umgebung und der körnige Charakter der Geschwürsfläche, das Eintreten von indolenten Leistendrüsenschwellungen, die eventuell zur Ulceration gelangen, sowie der schliesslich deletäre Ausgang die Diagnose „Cancroid“ sichern.

Leichter ist die Abgrenzung von dem seltenen tuberculösen Ulcus der Vulva, von dem Fälle von Deschamps¹⁾, Chiari²⁾, Demme³⁾, Zweigbaum⁴⁾, Campana⁵⁾, Viatte⁶⁾ Müller⁷⁾ u. A. beschrieben worden sind. Bei diesem zur Tuberculosis cutis s. mucosae s. s., miliaris etc. gehörenden Krankheitsbild handelt es sich meist um unregelmässige, grauen, speckigen Belag zeigende Ulcera, deren Ränder zackig ausgefressen oder fein gezähnt und leicht infiltrirt sind. Auf dem Grunde der schmerzhaften Ulcera sieht man meist käsige, graue Pünktchen, welche Miliartuberkeln entsprechen, „so dass man sofort bei

¹⁾ Deschamps. Études sur quelques ulcérations rares et non vénériennes de la vulve et du vagin. Archiv de tocologie. 1885.

²⁾ Chiari. Ueber den Befund ausgedehnter tuberculöser Ulceration in der Vulva und Vagina. Archiv f. Derm. u. Syph. 1886.

³⁾ Demme. Tuberculose der äusseren weiblichen Genitalorgane. Wiener medic. Blätter. 1887 p. 1577.

⁴⁾ Zweigbaum. Ein Fall von tuberculöser Ulceration der Vulva, Vagina und der Portio vaginalis uteri. Berl. klin. Wochenschr. 1888. Nr. 22.

⁵⁾ Clin. dermatologica e sifilopat. Genova 1889. V. fasc. V.

⁶⁾ Viatte. Klinische und histologische Untersuchungen über Lupus vulvae. I.-D. Basel 1891. (Fall I.)

⁷⁾ Müller. Zur Casuistik der Hauttuberculose. Fall I. Monatshefte für praktische Dermatologie. Bd. XXI. Nr. 7.

makroskopischer Betrachtung die Diagnose auf einen tuberculösen Verschwärungsprocess stellen muss.“ (Chiari). Der Verlauf ist pernicios. Mikroskopisch findet man eine typische Tuberkulose mit oft reichlichen Tuberkelbacillen; differentialdiagnostisch würde also der Bacillennachweis in Frage kommen. Ausserdem finden sich aber in diesen Fällen von Vulvartuberculose stets noch anderweitige, meist hochgradige tuberculöse Processe, vor Allem der Beckenorgane, ¹⁾ des Darmes oder der Lungen, und schliesslich fehlen bei ihnen hyperplastische resp. elephantastische Veränderungen der äusseren Genitalien. ²⁾)

Eine gesonderte Besprechung erfordert der „Lupus vulvae.“ Es findet sich in der Literatur eine Anzahl von unter diesem Namen beschriebenen Fällen, und zwar hauptsächlich aus der Zeit vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus, in welcher man naturgemäss die Bezeichnung „Lupus“ nicht für tuberculöse Haut- und Schleimhauterkrankungen reservirte, sondern vielmehr alle möglichen ulcerativen Processe, tuberculöse, carcinomatöse,luetische und indifferente, unter diesem Namen, oder noch häufiger unter dem mit ihm identificirten Begriff „Esthiomène“ beschrieb. Da die aus diesen Jahren stammenden mikroskopischen Untersuchungen der in Rede stehenden

¹⁾ Von-Tuberculose der inneren Genitalien finden sich bei Zwickbaum 29 Fälle zusammengestellt.

²⁾ Eine Sonderstellung beansprucht der von Viatte (l. c.) mitgetheilte Fall (I), in dem sich zwischen 3 gestielten polypösen Wucherungen, die sich mikroskopisch als Bindegewebszotten herausstellten, 3 fünfpennigstückgrosse, unterminirte, mit unregelmässigen, gezackten Rändern und schmerzhaftem, leicht blutendem Grunde versehene Ulcera fanden, in deren Sekret reichliche Tuberkelbacillen nachgewiesen werden konnten. Viatte ist selbst im Zweifel, ob er den tuberculösen Process in dem von ihm geschilderten Fall als „Lupus“ bezeichnen darf. Denn histologisch hat er sich nicht wie ein Lupus verhalten; die positiven Resultate der Tuberkelbacillenuntersuchung sind für einen Lupus fast zu gut; sie würden eher mit der Diagnose Ulcera tuberculosa übereinstimmen; doch ist für solche der Verlauf sehr günstig. Wenn die Bacillenuntersuchung an Trockenpräparaten vorgenommen ist, wäre auch eine Verwechslung mit Smegmabacillen möglich. Jedenfalls muss man hier ein Non liquet aussprechen. Viatte selbst ist sich klar darüber, dass der Begriff des Lupus vulvae mit dem des tuberculösen Lupus nicht identisch ist.

ulcerativen Prozesse natürlich zum grossen Theil nicht recht verwerthbar sind, sind wir, um das von den früheren Autoren, zuerst von Huguier¹⁾, eingehend geschilderte Krankheitsbild gehörig zu würdigen, in erster Linie auf die klinischen Daten angewiesen. Wir haben den weitaus grössten Theil der hier hauptsächlich in Frage kommenden französischen und englischen Literatur einer genauen Durchsicht unterzogen und uns, wie Taylor, davon überzeugt, dass es sich wohl immer um genau dasselbe Krankheitsbild handelt, welches wir Eingangs dieser Arbeit skizzirt haben.²⁾

Da alle diese Autoren mit dem Namen Lupus nur die Zugehörigkeit zu dem ja noch nicht specificirten Lupus am übrigen Körper bezeichnen wollten, und — speciell die Franzosen — das gesammte Krankheitsbild des Lupus als Scrophulide (Bazin) bezeichneten, bleiben uns zur Besprechung nur die Fälle, welche nach der Entdeckung der tuberculösen Natur des Lupus publicirt worden sind. Während Häberlin³⁾ trotz seiner eingehenden anatomischen Untersuchungen, die allerdings nicht für eine tuberculöse Natur des fraglichen Processes sprechen, sich jedes Urtheils darüber enthält, ob es sich in dem von ihm beobachteten Fall um eine tuberculöse Erkrän-

¹⁾ Huguier. Mém. de l'académie de méd. 1849. 14.

²⁾ Man vergleiche die zusammenfassende Charakteristik, zu der West und Duncan (Diseases of women, London 1879) auf Grund der Huguier'schen 9 und ihrer eigenen 5 Fällen gelangen: „The affection may be briefly described as a form of ulceration attended by little pain which creeps all round the vulva, healing at one part, while it advances at another, indolent in its progress towards healing, but also extending slowly; having irregular, usually rather overhanging edges the tissue of which, and of the parts immediately around, is hard and cartilaginous. It is moreover, attended by a disposition to hypertrophy of the parts not destroyed by ulceration, as for instance, of the labia and nymphae, and by the formation of condylomatous (= papillomatösen) growths about the entrance of the vagina and the orifice of the anus, which growths also become ulcerated. It is a further characteristic of this affection, that the ulceration in healing tend to produce great contraction of the orifice of the vulva by the formation of the cicatrix-like tissue, which also usually occupies a greater extent of surface, than the ulceration had done which it succeeds.“

³⁾ Häberlin, l. c.

kung gehandelt habe, treten Winckel¹⁾ und Küstner²⁾ auf Grund ihrer Fälle mit Entschiedenheit dafür ein, dass es einen wirklichen Lupus der Vulva gibt.

Winckel unterscheidet nach dem Beispiel der französischen Autoren zwei Formen von Lupus vulvae, den Lupus hypertrophicus und den Lupus perforans; er hat im Ganzen 5 Fälle beobachtet. Von dem ersteren heisst es bei ihm: „Der Lupus hypertrophicus zeigt an grossen oder kleinen Labien oder an beiden mehr weniger grosse glatte, zuweilen hellrothe Tumoren von Erbsen- und Taubeneigrösse und darüber, einzelne ulceriren wohl oberflächlich und secerniren. Auch am Frenulum und Präputium finden sich die Geschwülste. Die Inguinaldrüsen sind bei denselben nicht geschwellt. Cutis und Papillen sind nicht hypertrophisch, die lupöse Infiltration zeigt sich, wie in der Abbildung leicht zu erkennen ist, theils circumscript, kleinzellig, concentrisch um die kleinen Gefässe, deren Wandungen verdickt sind, theils aber diffuser Natur, den Papillarkörper, die Talg- und Schweissdrüsen, die Muskeln der Haut durchsetzend. An einzelnen Stellen findet sich der primäre Hauptsitz des Lupus im Papillarkörper, in anderen in den tieferen Schichten der Cutis. Die infiltrirten Zellen sind rundlich, von der Grösse weisser Blutkörperchen und zeigen mitunter körnige Trübung oder bereits Zerfall in Detritus.“

Uns scheint es sich bei diesem „Lupus hypertrophicus“ um die von uns öfter erwähnten papillomatösen Wucherungen der Schleimhaut der Vulva zu handeln, welche auf elephantastisch verdicktem Boden sitzen und häufig oberflächlicher Exulceration anheimfallen. — Die Abbildung Winckels (S. 34) lässt einen Durchschnitt durch eine Bindegewebszotte erkennen, in der schmale Infiltrationszonen die Gefässe zu begrenzen scheinen. Aus diesem Bild einen Lupus zu diagnosticiren, ist nicht statthaft, da es nichts für Lupus beweist.³⁾

¹⁾ Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1890.

²⁾ Küstner. Grundzüge der Gynäkologie. 1893.

³⁾ Ebensowenig ist in einem jüngst aus v. Winckel's Klinik allerdings nur in einer Dissertation publicirten Fall von lupöser Erkrankung der weiblichen Urethra von O. Gehse (München 1894) mikroskopisch oder

Auf den Befund von Riesenzellen, auf den sich Winkel früher berief, werden wir jetzt — nachdem solche in verschiedenen Producten chronischer Entzündung (Lues, Actinomykose etc.) constatirt worden sind und sie damit einen grossen Theil ihrer diagnostischen Bedeutung verloren haben — ein entscheidendes Gewicht nicht mehr legen können. Ich habe schon oben darauf hingewiesen, dass weder der Befund von Gieson's noch der Pinner's einen genügenden Anlass gibt, die sonst klinisch auf Tuberculose verdächtigen Fälle als solche zu diagnosticiren.

Küstner, welcher in 14 Jahren einen Fall beobachtet hat, glaubt an die Existenz des Lupus vulvae und er ist sogar der Ansicht, dass für „den, welcher Lupus kennt, die Diagnose leicht und nicht zu verfehlen ist; die charakteristischen Knötchen, die Infiltration, die Epidermisborken und die hässlichen, defectuösen Narben, alles das sieht an der Vulva recht charakteristisch aus.“ Auch Fehling¹⁾ beschreibt — wohl auf Grund der von Viatte publicirten Fälle — das Krankheitsbild des Lupus vulvae. Er beginne stets auf der Schleimhaut speciell der kleinen Labien; es entstünden oberflächliche Knötchen, um welche herum die Schleimhaut diffus infiltrirt sei; flächenhaft wachsende Geschwüre besonders an den kleinen Labien, der Clitoris, der Vagina, hartrandige Geschwüre mit und ohne speckigen Belag zur Seite der Urethra seien vorhanden. „Charakteristisch waren mehrfache polypöse Auswüchse, welche an verschiedenen Stellen, an der Vaginalwand, den Labien und der Umgebung des Anus zipfelförmig herunterhingen.“ Man wird zugeben müssen, dass diese klinische Beschreibung nicht sehr charakteristisch ist.

Dagegen hat Schroeder, der das von uns geschilderte Krankheitsbild, wie aus seiner Arbeit hervorgeht, mit begründet hat, nie einen Fall von Lupus gesehen. Seinen Standpunkt theilen auch die erfahrensten Dermatologen. So hat Besnier²⁾ den Lupus „sehr selten“ auf den grossen Labien gefunden

bacteriologisch oder klinisch ein Beweis für die tuberculöse Natur der beschriebenen Erkrankung erbracht worden.

¹⁾ Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

²⁾ Besnier. Traductions des leçons de Kaposi. II. p. 451.

und sagt geradezu: „Le lupus disparaît sur la surface dite „muqueuse“ du gland... des petites lèvres et de l'appareil clitoridien ou, au moins, nous ne l'y avons jamais rencontré, et nous n'avons jamais reconnu de lupus vrai dans les différents cas de lésion „esthioménale“, qui ont été soumis à notre examen comme étant de nature lupique.“

Taylor¹⁾ hat einen Fall von Lupus der Vulva nicht gesehen; ebenso wenig Leloir,²⁾ der eine auf klinische, histologische und experimentelle Untersuchungen gestützte Arbeit zur Fundirung dieses Begriffes für nothwendig hält.

Das ist der Standpunkt, den auch wir in dieser Frage einnehmen. A priori ist selbstverständlich gegen das Vorkommen eines wirklichen tuberculösen Lupus an der Vulva nichts einzuwenden; ja es ist sogar auffallend, dass er in dieser Gegend kaum oder nicht vorkommen soll, da er sich z. B. an der Haut der Analgegend nicht so selten findet und seine Entstehung z. B. von tuberculösen Mastdarmfisteln aus für die Vulva ebensowohl als für die Analhaut möglich ist.³⁾

¹⁾ l. c.

²⁾ Traité pratique de la Scrofulo-Tuberculose. Paris 1892.

³⁾ Vgl. Jones. American journal of obstetrics. 1886 p. 265.

³⁾ Anmerkung nach Abschluss der Arbeit. Inzwischen ist Riehl (Beiträge zur Kenntniss der Hauttuberculose. IV. Congress der deutschen dermatol. Ges.) in zwei Fällen der Nachweis von Tuberkelbacillen in eigenthümlichen fibromatösen Tumoren der Analgegend gelungen; dieselben „erinnerten lebhaft an jene tuberöse Form der Elephantiasis, wie man sie namentlich an den weiblichen Genitalien nicht selten zu sehen bekommt.“ Man wird wohl mit Pick berechtigt sein anzunehmen, dass in diesen Fällen, wie in den, von letzterem in der Discussion erwähnten, von ihm selbst beobachteten, zugleich eine Tuberculose des Darms bestanden hat und dass von hier aus die Infection erfolgt war. Ob die Tumorenbildung als excessive Tuberculosis verrucosa cutis aufzufassen war (Paltauf), oder ob secundär eine tuberculöse Infection der schon vorher bestehenden Fibrome erfolgt war, liess sich in Riehl's Fällen mit Sicherheit nicht mehr entscheiden. Für die klinisch in manchen Fällen sicher sehr ähnlichen elephantastischen Tumoren der Vulva geben wir, wie schon oben hervorgehoben, die zweite Möglichkeit ohne Weiteres zu und künftige Untersuchungen werden vielleicht noch in einzelnen seltenen Fällen diese secundäre tuberculöse Infection der elephantastischen Wucherungen erweisen, so dass dann allerdings das klinische Bild der „fibromatösen Tuberculose“ der Vulva resultiren würde. Derartige

Trotz der Autorität von Beobachtern wie Winkel, Küstner und Fehling auf gynäkologischem Gebiet wird man aber, da die erfahrensten Dermatologen tuberculösen Lupus auf der Vulva noch nicht gesehen haben, in jedem als solchen bezeichneten Fall neben den — auf der Schleimhaut doch im Allgemeinen nicht sehr charakteristischen klinischen Symptomen — den histologischen, oder vielmehr den bakteriologischen Beweis (Bacillen, resp. Inoculation) für diese Diagnose verlangen müssen.¹⁾

Wir haben zu dem Eingangs geschilderten Krankheitsbilde, welches durch das Ulcus und die Elephantiasis vulvae geschaffen wird, nur noch wenige Worte über den klinischen Verlauf resp. die Prognose hinzuzufügen. Im Allgemeinen ist die Prognose quoad vitam günstig zu stellen; in allen unseren Fällen ist bisher eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens nicht eingetreten, wenngleich 2 Patientinnen durch die Incontinentia alvi resp. urinae grosse Beschwerden haben.

Die Angabe verschiedener Autoren (Taylor), dass das Leiden nicht länger als 15 Jahre dauert, und dass die Patien-

Nachweise stehen aber bis jetzt noch aus. Jedenfalls würde durch eine solche secundäre tuberculöse Infection nur ein rein accidentelles Moment in ein Krankheitsbild hineingetragen, das schon jetzt, trotz seiner Vielgestaltigkeit im Einzelnen und trotz seiner mannigfaltigen Aetiologie, doch als ein klinisch gut umgrenztes und in den meisten Fällen typisches gelten darf.

¹⁾ Anmerkung nach Abschluss der Arbeit. Einen neuen Ausblick nach dieser Richtung geben vielleicht die sehr interessanten Untersuchungen Sourdille's (Archives générales de Méd. 1895), welcher in Fällen von Rectumstricturen und -Ulcerationen den Nachweis ihrer tuberculösen Natur durch das Impfexperiment erbracht zu haben scheint. Das klinische Bild dieser „Retrécissements cylindriques du rectum d'origine tuberculeuse“ unterscheidet sich in einigen Punkten, aber wie der Verf. selbst hervorhebt, keineswegs sehr markant von den nicht tuberculösen, speciell den sog. syphilitischen Rectumstricturen und da der Nachweis der sehr spärlichen Tuberkel auch histologisch schwer ist, so konnte nur das Thierexperiment den Ausschlag geben. Vielleicht wird — bei der grossen Aehnlichkeit der chronischen Rectum-Ulcerationen und der „Ulcers vulvae“ ist das immerhin möglich — ein kleiner Theil der letzteren auf diese Weise als zur Tuberculose gehörig erwiesen und dann mit einigem Recht zur Tuberculosis luposa gerechnet werden. Vorerst steht dieser Nachweis noch aus; für das bisher bekannte Material bedarf es einer solchen Annahme nicht. Jadassohn.

tinnen an Emaciation, Phthise, chronischer Diarrhoe oder Pyämie zugrunde gehen, trifft wohl nur für die Formen zu, bei denen es zu tiefergreifenden Ulcerationen kommt. Der Verlauf des Leidens wäre demnach bei unseren hier in Frage kommenden Fällen 5 und 10 noch abzuwarten.

Die Prognose hinsichtlich der localen Ausheilung ist wesentlich ungünstiger. Die durch den Verlust oder die sonstige Ausschaltung der Lymphdrüsen bedingte Stauung lässt sich nicht reparieren. Ebenso kann man die Kranken wohl nie andauernd den Schädlichkeiten entziehen, die beständig auf sie einwirken und eine Heilung verhindern. Es handelt sich ja fast immer um Angehörige der niederen Stände; theils um Personen, die schwer arbeiten und sich allen Schädlichkeiten aussetzen müssen, — Mayer's Fall X — noch mehr aber um das niederste Proletariat, um alte Prostituirte, welche ihr Gewerbe nicht aufgeben können oder wollen. Dazu kommen als weitere Factoren Unsauberkeit, Fluor etc., also eine Reihe jener Momente, welche einen chronischen Reizzustand unterhalten und welche wir in ihrer Bedeutung für die Aetiologie schon oben gewürdigt haben. Immerhin glauben wir, dass das Leiden in jenen Fällen, in denen tiefer greifende Zerstörungen fehlen, nicht selten im Klimakterium spontan zur Heilung kommt. Abgesehen von der veränderten Cohabitationsmöglichkeit macht sich ja das Aufhören der mit der Menstruation verbundenen Hyperämie und die, die Genitalsphäre befallende Involution auch für die Vulva geltend. So konnten wir in Fall 1 und 5 eine deutliche Verkleinerung der früher stärker elephantistisch verdickten Labien beobachten; die früher vorhandenen Ulcerationen waren verschwunden, wenn auch im Fall 5 die irreparable Harnröhrenscheidenfistel natürlich zurückgeblieben war.

Um kurz zu recapituliren, handelt es sich also bei dieser Affection um partielle Ernährungsstörungen des Gewebes, die sich in erster Linie in Folge behinderten Lymphabflusses und fortgesetzter Traumen, oft auf einem durch die Lues vorbereiteten Boden entwickeln und sich in einer Neigung der betroffenen Partien theils zu hyperplastischer Verdickung und Wucherung, theils zu oberflächlichen, seltener tiefer greifenden

Ulcerationen äussert. Beide Processe gehen gewöhnlich nebeneinander her, so zwar, dass in den meisten Fällen ein charakteristisches, wohlumschriebenes Krankheitsbild uns entgegentritt.

Die Aetiologie dieser Krankheit ist zwar keine einheitliche; ihre Pathogenese aber ist unschwer verständlich, zumal da wir einen Process, der nach allen Richtungen hin ausserordentlich analog ist, schon seit langer Zeit genau kennen, nämlich das *Ulcus cruris*: ungünstige Circulationsbedingungen, Traumen, Unreinlichkeit, schlechte Ernährungsverhältnisse, ev. auch alte Syphilis spielen in der Aetiologie, bindegewebige Hyperplasie, Sclerosirung und torpide Ulcerationen in der Symptomatologie beider Krankheiten die Hauptrolle; ausserordentliche Schwierigkeit therapeutischer Beeinflussung, Recidive bei jeder Schädigung, schliesslich vollständige Unheilbarkeit charakterisiren ihre Prognose. Die Differenzen zwischen beiden sind in den örtlichen Verhältnissen genügend begründet.

Deswegen scheint es mir auch am richtigsten, den gar nichts präjudicirenden und an diese Analogie erinnernde Bezeichnung *Ulcus vulvae* (mit den ev. Beiworten *simplex*, *chronicum*, *non specificum*, *elephantiasiticum*) für diese nicht specifischen Processe der weiblichen Genitalien zu benutzen, den Namen *Esthiomène* aber fallen zu lassen, da er immer wieder an den *Lupus* erinnert, sich in Deutschland nie recht eingebürgert hat und auch nach dem Urtheil französischer Autoren sehr Verschiedenes umfasst.¹⁾

Ehe ich einige wenige Worte über die Therapie der in Rede stehenden Affection beifüge, möchte ich zur Prophylaxe bemerken, dass wir nach den neueren Erfabrungen vor einer totalen Exstirpation der Inguinalbubonen, wie sie auch

¹⁾ Nach Deschamps (l. c.) kann *Esthiomène* sein 1. cancroïder, 2. syphilitischer, 3. tuberculöser (lupöser), 4. elephantiasitischer Natur. Es ist daher ganz natürlich, dass er zum Aufgeben dieses Begriffes rath: „Nous irons donc plus loin que M. le professeur Cornil, qui le considère comme un syndrome et nous dirons que l'esthiomène vulvaire n'existe pas. Ce qui existe, ce sont des épithéliomas, ce sont des tuberculoses, ce sont des lupus, ce sont des syphilides tertiaires, des chancres phagédéniques, et peut-être encore une foule d'affections, que les ressources de la clinique ne permettent pas encore de diagnostiquer d'une façon certaine.“

in Breslau jahrelang und viel geübt worden ist, in demselben Sinne wie Riedel¹⁾ es gethan hat, warnen möchten.

Die Bubonentherapie ist in der letzten Zeit wohl überall mannigfach modificirt worden; es würde hier zu weit führen, auf die Vorzüge der einzelnen Methoden (Welanders, Lang etc.) einzugehen; das vorläufige Resultat dieser Bestrebungen ist für uns das gewesen, dass wir viel mehr expectativ vorgehen als früher und mit kleinen Incisionen, Einspritzungen von Sublimat oder Argentum, Compressionsverbänden etc. in einer grossen Zahl von Fällen ohne störende Narben zum Ziele kommen. Aber auch in den selteneren Fällen, in denen jeder der zahlreichen versprengten Eiterherde von derbem, fibrösem Gewebe umschlossen ist, soll man nach den Erfahrungen Riedel's, denen sich die unsrigen vollständig anschliessen, statt der wirklich radicalen Exstirpation, lieber möglichst viel von der Drüsensubstanz²⁾ zu erhalten versuchen, was man durch lange und tiefe Incisionen in das eitrig durchsetzte Gewebe erreichen kann.

Die hier in Frage kommende Form der Elephantiasis ist selten so hochgradig, dass sie, wie in unserem Fall IV, den Gedanken einer Operation nahe legt. Unsere Patientin wurde von Herrn Primärarzt Asch nach der von Schroeder³⁾ empfohlenen Methode operirt; die Heilung erfolgte prompt. Auch die papillomatösen Wucherungen würden am besten mit der Scheere abzutragen und die zurückbleibenden Wundflächen mit antiseptischen und adstringirenden Mitteln zu behandeln sein. Schwieriger gestaltet sich der Heilplan bei dem Ulcus vulvae. In erster Linie würden, was kaum möglich ist, die Patientinnen den vielen schädlichen Einflüssen, die fortdauernd auf sie einwirken, zu entziehen und zur peinlichsten Sauberkeit anzuhalten sein. Auch JK und Hg wird man stets versuchen, wenn auch meist ohne jeden Erfolg, um einen etwa zu Grunde liegendenluetischen Process zu bekämpfen. Ferner kämen operative Massregeln in Betracht, die man im Allgemeinen den

¹⁾ Und neuestens Lassar.

²⁾ Oder wenigstens von dem Fettgewebe (s. ob.).

³⁾ Schroeder. Beiträge zur operativen Gynäkologie. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. III.

Gynäkologen von Fach gern überlassen wird. (In Fall 7 war die Excision des Ulcus ohne Erfolg.) Transplantationen nach Thiersch sind wegen der Localisation nicht möglich. Am meisten lohnend erscheinen die Fälle, in welchen man Aussicht hat, durch Amputation der kleinen Labien die auf der Innenfläche derselben befindlichen Ulcera zu entfernen. Sonst kommen auch hier die vielen adstringirenden und antiseptischen Mittel ¹⁾ in Frage, deren grosse Anzahl allein schon beweist, dass nach keinem ein wirklich dauernder Erfolg einzutreten pflegt. Einen solchen hat auch Pacquelin und scharfer Löffel nicht ergeben.

In dieser Beziehung ist das Ulcus vulvae noch ungünstiger, als das Ulcus cruris, bei dem man mit den verschiedenen Transplantationsmethoden, Dauerverbänden etc. weit häufiger selbst dauernde Erfolge erzielt.

Für den Controlarzt wie für die Prostituirtenabtheilungen stellt das in der Privatpraxis kaum zur Beobachtung kommende Leiden eine schwere Crux dar. Wenn es auch an sich nicht ansteckend ist, so sind doch die damit behafteten Prostituirten Ansteckungen, speciell mit Ulcus molle besonders ausgesetzt; aber auch von Reinlichkeits- und allgemein hygienischen Rücksichten abgesehen, überlässt man diese Personen nur ungern der ausserhalb des Hospitals unaufhaltsamen Verschlimmerung ihrer Erkrankung. Auf der anderen Seite ist es nicht möglich, sie dauernd im Hospital zu halten, wozu sie selbst ebensowenig geneigt — und leider auch im Stande! — sind, als zur Aufgabe ihres Gewerbes. ²⁾ So kommen sie denn Jahre hindurch

¹⁾ Mazarakis (l. c.) empfiehlt sehr das Aufstreuen reinen Resorcinpulvers; in unseren Fällen bewährte sich noch am besten die Application von Chromsäure und von Ung. basilicum.

²⁾ In Hamburg werden, wie uns Herr Dr. Hahn freundlichst mittheilte, die Patientinnen so lange im Krankenhaus behalten, bis sie einigermaßen hergestellt sind (also bisweilen recht lange Zeit). Bei der Entlassung werden sie aber, ebenso wie die an Tuberculose, Carcinom etc., unheilbar Erkrankten als für ihr Gewerbe untauglich geworden, der Polizeibehörde zur weiteren Veranlassung überwiesen. Ausländerinnen werden dann sofort ausgewiesen, während die Einheimischen ihr Gewerbe aufgeben müssen; im Uebertretungsfalle werden die letzteren der Landespolizeibehörde übergeben, welche sie ins Arbeitshaus steckt. Da es sich wohl in den meisten Fällen um „Ausländerinnen“ handelt, ist man in Hamburg

immer wieder für Monate auf die Abtheilung, werden hier in einen Zustand leidlicher Heilung gebracht, um kurze Zeit nach der Entlassung wieder auf dem alten Status angelangt zu sein. Glücklicherweise verlieren die Meisten, oft allerdings erst nach vielen Jahren, die Geduld und verlassen dann die Stätte ihrer Wirksamkeit.

Nach Abschluss meiner Arbeit erhalte ich Kenntniss von der bei Dubreuilh angefertigten These Braus: *Nouveaux essais sur l'esthiomène*, Bordeaux 1894. Die Ansichten und Resultate Braus decken sich im Wesentlichen völlig mit den meinen, zu denen sie eine wesentliche Ergänzung durch den Nachweis liefern, dass in die Bauchhöhle von Meerschweinchen gebrachte Stückchen der ulcerirten Partien keine peritoneale Tuberkulose, überhaupt keine Krankheitserscheinungen verursachten. Der Lymphstauung, sowie vorausgegangener Syphilis legt Brau wohl zu wenig ätiologische Bedeutung bei. Auch er zieht einen Vergleich mit den Unterschenkelgeschwüren und definirt schliesslich die Affection, für die er den alten Namen „*Esthiomène*“ beizubehalten wünscht, als „*une ulcération chronique provoquée par des causes banales sur une région dont la nutrition est déjà profondément altérée et qui se complique à la longue d'un élément hypertrophique, dû à un processus éléphantiasique vulgaire*“.

Zum Schluss erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem verehrten Chef, Herrn Dr. Jadassohn, für die Anregung zu dieser Arbeit und die lebenswürdige Unterstützung bei derselben, sowie ihm und Herrn Professor Neisser für die freundliche Ueberlassung des Materials, auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

in der Behandlung dieser Frage in relativ günstiger Lage. In anderen Städten, so in Breslau, kommt man nicht so leicht aus dem geschilderten Dilemma heraus.

(Die Erklärung der Abbildungen auf Tafel VIII ist dem Texte zu entnehmen.)