

Über Esthiomène.

Von

Prof. Dr. **Julius Heller** (Charlottenburg—Berlin).

(Hiezu Taf. XXII u. XXIII.)

Zu den wenigen Affektionen der äußeren Genitalien, deren Pathogenese trotz aller Fortschritte gerade auf dem Gebiete der Sexualkrankheiten, noch in völliges Dunkel gehüllt ist, gehört das *Ulcus chronicum vulvae*, die Esthiomène¹⁾ der Franzosen. Die Affektion ist zweifellos selten; die neueren deutschen Werke über die venerischen Erkrankungen erwähnen die Krankheit entweder gar nicht oder nur ganz kurz. In den englischen und französischen Handbüchern ist die Krankheit etwas ausführlicher abgehandelt. Ich selbst habe weder während meiner Assistententätigkeit auf der Syphilisklinik der Charité, noch in eigener Praxis oder bei Krankenvorstellungen auf Kongressen und in wissenschaftlichen Gesellschaften²⁾ einen typischen Fall gesehen. Wenn einzelne Autoren über eine größere Zahl eigener Beobachtungen verfügen, so erklärt sich diese Tatsache nicht nur durch die Eigenart des Krankenmaterials (z. B. Schröder Charité-Frauenklinik), sondern auch durch die engere oder weitere Auffassung des Krankheitsbegriffes.

Ich gebe im folgenden die Krankengeschichte einer Kranken, die ich seit 10 Monaten beobachten konnte. Die Be-

¹⁾ Von *ἐσθίω* essen, fressen, *ἐσθιόμενος* fressend.

²⁾ Abgesehen von der Vorstellung eines Falles von Heinsius, Dezember 1911. Berliner dermatol. Gesellschaft; vergl. auch Nachschrift.

rechti gung zur Publikation entnehme ich aus der Möglichkeit, bei der Patientin eine Reihe moderner Untersuchungsmethoden anwenden zu können. Wenn auch für die Pathogenese neue positive Aufschlüsse nicht gegeben werden können, so ist doch die Zurückweisung der von vielen Autoren auf Grund mangelnder Literaturkenntnis und unzureichender Untersuchungstechnik aufgestellten Hypothesen nicht ganz wertlos.

Krankengeschichte.

Die jetzt 24 Jahre alte Patientin ist eine grazile, aber wohlgebaute Arbeiterin, die den etwas chlorotisch-anämischen Typus der industriell tätigen Großstädterin zeigte. Ihr Ernährungszustand ist — der größte Teil des verhältnismäßig hohen Lohnes der Fabrikarbeiterin wird ja für Pseudoluxus und Vergnügen ausgegeben — mäßig; keineswegs aber schlechter als bei Zehntausenden anderer Arbeiterinnen. Die Anamnese ist ohne Interesse; vor 1½ Jahren soll eine Operation¹ wegen eines periproctitischen Abszesses stattgefunden haben; eine Fistel hat nicht bestanden und besteht nicht. P. will einige Monate später zuerst beim Geschlechtsverkehr Schmerzen in den Genitalien verspürt haben. Die sexuellen Betätigungen der P. waren mäßige; sie hat in 3 Jahren mit 2 Männern verkehrt; von Symptomen einer Ansteckung ist ihr nichts bekannt. Auch objektiv ist kein Zeichen einer venerischen Affektion feststellbar.

Weihnachten 1910 klagte die Kranke über Appetitlosigkeit; wegen starken Ausflusses wurde sie vom Kassenarzt einer gynäkologischen Klinik überwiesen. Hier wurde ein Geschwür an der hinteren Kommissur der Scheide festgestellt. Man hielt die Ulzeration für syphilitisch, behandelte äußerlich mit Kalomel, gab innerlich Jodkali und machte intramuskuläre Sublimatinjektionen. Nach 13 Wochen verließ die Kranke völlig ungebessert die Klinik.

Am 15. Juni 1911 trat P. in meine Behandlung. Ich konstatierte an der hinteren Kommissur der Scheide ein nach der hinteren und den beiden Seitenwänden der Vagina sich ausdehnende misfarbene Ulzeration, die ganz ungewöhnlich stark sezernierte und teilweise schlaff erscheinende, über das Geschwürsniveau wuchernde Granulationen zeigte. Die Granulationen bluteten leicht; bei Berührung war die Schmerzhaftigkeit gering, spontane Schmerzen wurden nicht empfunden. Das Geschwür war zu flach für eine syphilitische Ulzeration (zerfallenes Gummi), hatte keine elevierten Ränder und wuchs zu langsam für ein Ulcus phagedaenicum; der Mangel des brandigen Zerfalls sprach gegen ein Ulcus gangraenosum. Da in der Umgebung sich keine isolierte Knötchen fanden, die Ränder nicht zerfressen und unterminiert waren, so konnte Tuberkulose klinisch ausgeschlossen werden. Die Inguinaldrüsen waren nicht geschwollen. Die genaue Untersuchung des Körpers ergab nirgends ein für Tuberkulose

oder Lues sprechendes Symptom. Die Pirquetsche Reaktion habe ich nicht angestellt, weil nach meinen Erfahrungen ihr Wert bei Erwachsenen sehr gering ist. Dagegen ist wichtig, daß die Ende Juni angestellte Wassermannsche Reaktion absolut negativ ausfiel. Ich betone, daß die W. R. viele Monate nach Abschluß der Hg-Behandlung vorgenommen wurde.

Das klinisch bemerkenswerteste Symptom war die ganz ungewöhnlich profuse Eiterung, die ausschließlich von der Wunde stammte. Harnröhre und Cervix produzierten wenig Sekret. Das Sekret war sehr dünnflüssig, roch fast gar nicht, hatte ein schmutzigbraunes Aussehen. Es enthielt natürlich ungemein viele Bakterien, aber gar keine Spirochaeten. Ich erwähne den Befund, weil bei manchen ulzerativen Prozessen der Genitalien (Balanitiserosion) große Massen von Spirochaeten vom Refringens-Typus vorkommen. Irgend welche charakteristische, Kulturversuche rechtfertigende Mikroorganismen fanden sich nicht.

Genauere, im Laufe der Beobachtung vorgenommene Untersuchungen ergaben, daß das Geschwür sich ca. 4—6 cm vom Scheideneingang in die Tiefe der Scheiden erstreckten. Palpation vom Mastdarm aus zeigte, daß das Gewebe mäßig tief in den Ulzerationsprozeß hineingezogen war; der Mastdarm selbst war normal; insbesondere war keine Striktur zu konstatieren.

Nachdem durch Probeexzision festgestellt war, daß keine maligne Neubildung vorlag, wurde zur Behandlung die Heißluftkauterisation Holländers verwendet. In 2 etwa 4 Wochen auseinander liegenden Sitzungen wurde das ulzerierte Gewebe nach Möglichkeit ausgiebig kanterisiert. In Höhlen, die der kontaktlosen Kauterisation nicht ordentlich zugänglich waren, wurde der Pacquelin gebraucht. Lokal wurden verschiedene Antiseptica — die P. hatte Jodoform-Idiosynkrasie — (Phenylform, Airol usw.) verwendet, sowie Spülungen ordiniert. Von einer antisypilitischen und von einer medikamentös-robrierenden Diät (Eisen-Arsen) wurde absichtlich ganz abgesehen.

Bei dieser Behandlung trat eine wesentliche Besserung ein; die Geschwüre vernarbten im Bereich der Vulva, so daß beim äußeren Anblick der Genitalien die Ulzeration nicht mehr sichtbar war. Die Narben waren völlig glatt, nicht hypertrophisch. Erst 1912, also $\frac{5}{4}$ Jahr nach dem Krankheitsbeginn, ist eine leichte Schwellung der vernarbten Partien sichtbar, die auch auf die nie erkrankt gewesenen kleinen Labien sich ausgedehnt hat. Zweifelloso stellt diese Schwellung den Beginn der Elephantiasis dar. Auffallend war die große Erweiterung der Vulva bei der Kranken, die nie geboren hatte. Der Gegensatz zur Krauroris vulvae ist evident.

Wie wenig die Ulzeration die P. stört, geht aus der Tatsache hervor, daß sie mit ihrem Bräutigam regelmäßigen Geschlechtsverkehr hat. Bemerkenswert ist ferner der Umstand, daß trotz der Lokalisation der Ulzerationen in der Vagina die Kohabitationen dem Manne nicht geschadet haben.

16. Januar 1912 wurde in Narkose noch eine dritte, sehr gründliche Heißluftkauterisation vorgenommen. Bis Ende März 1912 war die Heilung trotz unregelmäßiger Behandlung der Kranken noch erheblich weiter vorgeschritten. Die Ulzerationen hatten beiderseits nur noch die Größe von je einem 3 Markstück. Dagegen schien der Prozeß sich nach der Harnröhre zu auszudehnen, die am Beginn der Beobachtung durchaus normal gewesen war.

Im Juni 1911 und im Januar 1912 wurden Stücke zur mikroskopischen Untersuchung entnommen.

Mikroskopische Untersuchung.

I. Exstirpation vor der Heißluftbehandlung Juni 1911. Das etwa 1 cm tief exstirpierte Stück stammte von dem Anfangsteil der Scheide unmittelbar aus der hinteren Kommissur; es lag an der Grenze vom anscheinend noch Gesunden und umfaßte einen Teil der Ulzeration. Bei schwacher Vergrößerung ist die Affektion sofort als eine hochgradige Entzündung mit starker Neigung zum Zerfall zu erkennen; irgendwelche das anatomische Bild beherrschende, charakteristische Details treten nicht hervor.

An den noch epithelbesitzenden Partien ist das Rete und der Retezapfen nicht wesentlich verbreitert, beziehungsweise verlängert; eine Akanthose wie etwa bei hypertrophischer breiter Kondylome findet sich nicht. An den noch relativ gesunden Stellen besteht das Stratum corneum aus wenigen Schichten normal verhornter Zellen, das Stratum granulosum setzt sich aus ein bis zwei Lagen geringe Mengen von Keratohyalin zeigender Zellen zusammen. Die Retezellen selbst zeigen ihre normale Konfiguration und die bekannten Epithelbrücken. Je mehr man sich den erkrankten Partien nähert, desto mehr tritt das intrazelluläre und interzelluläre Ödem hervor. Die Epithelbrücken schwinden, die einzelnen Retezellen drängen sich rundlich geworden eng aneinander, Vacuolen treten auf. An einzelnen Stellen sind aus den Epithelien große blasenartige Zellen von 37 μ Durchmesser (gegen normal 13 μ) geworden. Die Bilder erinnern an die ballonierende Degeneration, die Unna bei den Pocken beschreibt. Bemerkenswert ist, daß der Kern in einer völlig farblosen Hülle liegt, während das Protoplasma schwache (Eosin) Färbung angenommen hat. Je mehr man sich der Ulzerationszone nähert, desto zahlreicher werden die Wanderzellen zwischen den Epithelien. Auffallend ist die eigentümlich längliche Form der Wanderzellen; manche langgestreckte Kerne gleichen bei Hämatoxylinfärbung geradezu abgebrochenen Teilen von Hyphen; selbstverständlich läßt sich leicht zeigen, daß es sich um Zellteile und nicht um Pilzfäden handelt. Man gewinnt den Eindruck, als seien die Zellen beim Hineindringen in die Interzellularräume stark abgeplattet worden. Diese Abplattung ist verständlich, da es sich um einen eminent chronischen Prozeß handelt, bei dem das Gewebe dem Zerfall lange Widerstand leistete. Unter der Über-

zahl der andringenden Wanderzellen verliert das Rete seine charakteristische Struktur. Die Retezellen liegen schließlich wie gelockert im entzündlichen Infiltrat.

Im Bereich der Ulzeration fehlen die Retezellen natürlich ganz; die Oberfläche wird durch dicht gelagerte und durch spärliche Fibrinmassen mit einander verklebte Rundzellen gebildet.

Die Schilderung der Korium-Veränderungen kann immer wieder nur die Abwesenheit aller charakteristischen Details hervorheben: Überall beherrscht das Bild die diffuse, zum Zerfall neigende Entzündung, deren Intensität bereits unter dem noch scheinbar ziemlich normalen Epithel sehr groß ist, nach dem Bereich der Ulzerationen zu jedoch solche Grade annimmt, daß man im mikroskopischen Bilde bereits die gelösten zur Abstoßung bereit liegenden Gewebsetsetzen erkennen kann.

Das Gewebe ist dicht erfüllt mit einkernigen Zellen, von denen ein großer Teil den Plasmazellen zugezählt werden kann, wenn auch nicht alle protoplasmareichen Zellen dem typischen Bilde der Plasmazellen entsprechen. Eine besonders starke Neubildung von Gefäßen und eine charakteristische Lagerung der Zellen an den Gefäßen ist nicht erkennbar. Die Gefäße selbst sind durchaus nicht strotzend mit roten Blutkörperchen gefüllt; viele scheinen zur Zerreißen zu tendieren; überall finden sich im Gewebe freie Blutungen; die Hämorrhagien scheinen direkt an der Dissektion und Zertrümmerung des Gewebes beteiligt zu sein.

Die Lymphbahnen sind vielfach erweitert und mit geronnener Lymphe strotzend gefüllt, eine Tatsache, die für die Frage der späteren Ausbildung der Elephantiasis nicht ohne Bedeutung ist.

Das Bindegewebe (van Gieson färbung) und die elastischen Fasern (Weigerts Tinktion) sind nur da erhalten, wo die Entzündung erst begonnen hat. Der Ulzerationsprozeß vernichtet kollagenes und elastisches Gewebe so vollständig, daß man auch keine Spuren der untergegangenen Elemente mehr erkennen kann. Ein Undeutlichwerden der Elastikafärbung, das z. B. ganz charakteristisch bei der diabetischen Gangrän vorkommt, vermochte ich nicht festzustellen. Da wo frische entzündliche Prozesse sich in das Gewebe einlagern, sieht man die bekannte Zusammendrängung der elastischen Fasern.

Irgend welche für Tuberkulose sprechende Veränderungen, Tuberkel, Verkäsung, typische Anordnung epithelioider Zellen finden sich nicht. Riesenzellen vom Typus Langhans sind nicht zu konstatieren, wohl aber sah ich gelegentlich große Gebilde, die aus mehreren kernhaltigen Zellen gewissermaßen zusammengesintert zu sein schienen. Die Kerne liegen nicht peripherisch, sondern diffus im Gebilde angeordnet. Um einen Kapillarenquerschnitt hat es sich bestimmt nicht gehandelt.

Fibrin wurde fast gar nicht im Gewebe getunden. Auch die Versuche Mikroorganismen (auch Tuberkelbazillen) nachzuweisen, hatten kein Resultat.

II. Zur Kontrolle der Befunde wurde am 18. Januar 1912 noch ein Stück aus der üppigen Granulationsmasse exzidiert. Irgend ein Einfluß

der klinisch erfolgreichen Therapie war nicht festzustellen; von der Epidermis sind nur schwache Andeutungen erhalten; die entzündlichen Infiltrationen beherrschen das Bild; vielleicht trat die Abhängigkeit der entzündlichen Herde von einzelnen zentral gelegenen Gefäßen mehr hervor. Wieder fällt die Dilatation der Lymphbahnen auf, die aber keinesfalls intensiver ist, als in den 7 Monaten früher exzidierten Stücken, obwohl die ersten Symptome der beginnenden Elephantiasis zur Zeit klinisch bereits deutlich geworden sind, während sie 7 Monate vorher noch nicht wahrnehmbar waren. Besonderer Wert wurde auf die Feststellung einiger Details verwendet.

Plasmazellen (Unnas polychromes Methylenblau) finden sich so reichlich, daß manche Infiltrate direkt als Plasmome zeichnet werden können. Mastzellen sind nur spärlich nachzuweisen; meta chromatische Mastzellengranulationen haben die verschiedensten Arten von Zellen, ohne daß man irgend etwas Charakteristisches wahrnehmen kann.

Fibrin wird (Weigertsche Färbung) nur ganz spärlich an der Oberfläche der Granulationen gefunden.

Mikroorganismen (Gramsche Färbung, Methylenblau usw.) sind in großer Menge nur in den die Granulationen bedeckenden Sekretmassen nachzuweisen. (Uncharakteristische Kokken.) In den tieferen Gewebsschichten finden sich wohl Kokken entsprechende Gebilde; es ist aber nicht möglich zu entscheiden, ob es sich nicht um Kerntrümmer, die ja auch Gramsche Tinktion annehmen, gehandelt hat. Staphylokokken-Anordnungen, Embolien von Kokken oder Stäbchenformen (Ducrey?) sind nirgends zu konstatieren.

Auch die Tuberkelbazillenfärbung ergibt keine positiven Resultate. Ebenso war der Versuch, durch das Antiforminverfahren in einem Stückchen aufgelösten Gewebes Tuberkelbazillen nachzuweisen (Prof. Dr. Dieterich), vergeblich. Von Prof. Dr. Dietrich wurden auch Tierversuche an 6 Meerschweinchen angestellt. Stückchen von exstirpierten Ulzerationsmaterial werden auf die verschiedenste Weise verimpft. Kein Tier erkrankte an Tuberkulose oder an einer anderen Affektion.

Epikritisch stellt sich der Prozeß als eine langsam verlaufende, zu Gewebszerfall führende Entzündung dar, die eigentlich nur durch den Mangel charakteristischer Merkmale charakterisiert ist. Histologisch ist die Esthiomène von der Tuberkulose durch den Mangel der Tuberkeln und Riesenzellen, von dem Ulcus molle durch den Mangel der Gefäßneubildungen, von der gummösen Syphilis durch den Mangel der Verfettung, von der Aktinomykose durch den Mangel der Pilzdrusen unterschieden. Im positiven Sinne ist nur die starke Ausbildung erweiterter Lymphbahnen bemerkenswert.

Ebenso wie in histologischer Hinsicht kann auch in klinischer Beziehung der beschriebene Fall nur einer negierenden Kritik dienen.

Es kann hier leider nicht eine Geschichte der interessanten Krankheit von Huguier bis Heinsius gegeben werden, da die Literaturangaben allein mehrere Seiten füllen würden. Die Aufzählung der Namen allein ist schon bezeichnend: Esthiomène de la vulva Huguier, Elephantiasis vulvae Louis Mayer, chronische Ulzeration der Vulva Schröder, Lupus hypertrophicus et perforans vulvae v. Winckel, Ulcus tuberculosum vulvae Winter, Tuberculose vulvaire Bender, Ulcus rodus vulvae Veit, Ulcus chronicum vulvae elephantasticum Koch, Ulcerating granuloma of the pudenda Galloway, Sclerotising granuloma of the pudenda A. Powell.

Der Name Esthiomène, der z. B. in der ausländischen Literatur viel gebraucht wird (auch in den Ländern spanischer Zunge), ist bei den deutschen Autoren mit Unrecht selten geworden. Er dürfte zweckmäßig für die Affektion beibehalten werden, die sich durch folgende Merkmale charakterisiert: Entstehung eines Geschwürs der Vulva oder Vagina ohne bekannte Ursache und Ätiologie; Widerstandsfähigkeit des Geschwürs gegen alle topischen und spezifischen Heilmittel; Beschränkung der Ulzeration auf die Genitalien und eventuell die angrenzenden Partien der Harnröhre und des Mastdarms; Freibleiben des ganzen übrigen Körpers von ähnlichen Prozessen; Ausbildung von elephantiasischen Wucherungen geringer oder sehr ausgeprägter Art auf Basis der Ulzeration.

Erkennt man diese Symptome als charakteristisch für die Esthiomène an, so hat man von dieser Krankheit zu trennen alle Fälle, in denen eine Elephantiasis der Genitalien sich ohne vorhergehende chronische Ulzeration entwickelt. Auch die zahlreichen Fälle, in denen Geschwüre auf elephantiasisch veränderten Geschlechtsteilen entstehen, gehören nicht hierher. Ferner sind die Beobachtungen, in denen syphilitische Gummien bei spezifischer Therapie halten, trotz der Heilung aber später Elephantiasis entstand, von der Esthiomène zu trennen. Ausgesprochene Tuberkulose und histologisch verifizierte

Karzinome sind gleichfalls als morbi specifici zu betrachten. Wie wir die bei der Lepra so häufig auftretenden Elephantiasis eben als Folgeerscheinung der Lepra betrachten, so müssen wir auch tuberkulöse, sekundär zur Elephantiasis führende Geschwüre der Vulva als Symptome der Tuberkulose ansehen.

Nach Ausscheidung aller dieser Fälle bleiben in der Literatur noch zahlreiche Beobachtungen zurück, die, wie mein Fall, ein wohlumschriebenes, wenn auch pathogenetisch nicht aufgeklärtes Krankheitsbild geben. Mein Fall scheint mir nun geeignet, nach einigen Richtungen hin, viel verbreitete Literaturangaben zu korrigieren.

1. Es war nachweisbar, daß Syphilis ätiologisch keine Rolle spielte: Die Anamnese sprach dagegen; Spirochaeten wurden nicht gefunden; die spezifische Behandlung war ohne Einfluß; die Wassermannsche Reaktion war negativ; ein gesunder Mann verkehrte trotz der Ulzeration viele Monate mit der Kranken, ohne infiziert zu werden.

2. Gonorrhoe spielt keine Rolle: Trotz 8monatlicher Dauer der Beobachtung ist nie ein Zeichen von Gonorrhoe gefunden worden. Der Bräutigam der Kranken ist trotz wiederholten Geschlechtsverkehrs gesund geblieben.

3. Tuberkulose ist kein ätiologischer Faktor: Die Kranke ist gesund (vielfach auch in Krankenhäusern längere Zeit beobachtet), das histologische Bild, der negative Bazillenbefund, das Tierexperiment sprechen gegen Tuberkulose.

4. Karzinom ist durch genaue histologische Untersuchung auszuschließen.

5. Die Patientin hat zwar seit Jahren in Intervallen von einigen Wochen regelmäßig Geschlechtsverkehr gehabt; eine Disposition, wie sie der häufige tägliche berufsmäßige Geschlechtsmißbrauch der Prostituierten nach Angabe mehrerer Autoren schaffen soll, ist aber bei der P. nicht anzunehmen.

6. Die Geschlechtsorgane der P. sind (auch nach Ansicht des Gynäkologen Dr. Heinsius) normal gebaut, so daß der ungünstige Bau der Genitalien, der zu Verletzungen beim Koitus disponieren soll, für die Kranke nicht in Frage kommt.

7. Eine Konstitutionsanomalie kann bei der P. auch nicht angeschuldigt werden; sie lebt in auskömmlichen Verhältnissen

und ist nicht schlechter genährt und nicht chloritischer als Hunderttausende von Industriearbeiterinnen. Besserung trat ohne besondere Beeinflussung der Konstitution, während die P. ihrer Fabrikarbeit nachging, allein bei lokaler Behandlung ein.

Mit der Hervorhebung der negativen Bedeutung aller von den Antoren für ätiologisch und pathogenetisch wichtig gehaltenen Faktoren in dem geschilderten Falle, müssen wir uns zur Zeit begnügen.

Da eine ausführliche kritische Sichtung der umfangreichen Literatur nicht beabsichtigt war, ist von einer Aufzählung der benutzten Arbeiten abgesehen worden. Gute Literatur-Zusammenstellungen geben die Arbeiten von Bamberg: Über Elephantiasis vulvae. Archiv f. Gynäkolog. Bd. LVII, Heft 3 und von Szász: Über Esthiomène. Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. XVII.

Nachschrift bei der Korrektur: Der Zufall hat es gefügt, daß ich nach Abschluß der Arbeit noch zwei Fälle von Ulcus chronicum vulvae bei zwei Prostituierten gesehen habe. In dem einen handelte es sich um ein markstückgroßes Ulkus der rechten Vaginalwand mit elevierten Rändern bei einer früher syphilitischen, jetzt Wassermann-negativen Kranken, bei der auch noch eine leichte Mastdarmstriktur festzustellen war. Im zweiten Fall hatten sich auf einem klinisch charakteristischen, seit langer Zeit bestehenden flachen Geschwür in der Gegend der Harnröhre breit auftretende Wucherungen gebildet. Das im oben geschilderten Falle so deutliche Hervortreten der Progredienz des Prozesses, das der Affektion den Namen der fressenden Geschwürsbildung (Esthiomène) gegeben hat, war in den beiden anderen Fällen nicht zu konstatieren.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. XXII u. XXIII.

Taf. XXII. Klinisches Bild Dezember 1911.

Taf. XXIII. Mikrophotographie von dem im Juni 1911 exstirpierten

Stück. *a)* Aufgequollene Epithelien.

b) Infiltrat.

c) Erweitertes Lymphgefäß.

d) Mit Blutungen durchsetzter Erweichungsherd.



