

Aus der Universitäts-Frauenklinik Kiel (Direktor: Prof. Dr. E. PHILIPP).

## **Zwei Fälle ungewöhnlicher Kohabitationsverletzungen der Scheide.**

Von

Dr. med. HANS-HERBERT STANGE.

Diese Arbeit will erstens die um 1900 von SCHÄFFER erstmalig und soweit uns bekannt, bisher einmalige Beobachtung einer Kohabitationsverletzung der Scheide auf Grund eines Vaginismus stützen und ergänzen. Weitaus die Mehrzahl der Autoren lehnen diese Möglichkeit strikt ab, nur BOHNSTEDT, FÜHT, OSTERMAYER, HERMES und KÖHLER weisen auf die Möglichkeit der Mitwirkung eines Scheidenkrampfes bei hochgradiger sexueller Erregung hin, sind aber nicht in der Lage, ihre Anschauungen an einem praktischen Beispiele zu beweisen. Deshalb möge es mir gestattet sein, die Kasuistik der Scheidenverletzungen sub coitu unter Zugrundelegung obiger Gesichtspunkte um einen weiteren Fall, der kürzlich an der hiesigen Klinik beobachtet wurde, zu bereichern.

Als 2. Beobachtung und als Unikum gelangt eine Kohabitationsverletzung der Scheide zur Schilderung, deren Hauptursache in einer Verbildung des männlichen Gliedes zu suchen ist. Daß Scheidenverletzungen sub coitu durch Mißverhältnisse zwischen Membrum virile und Vagina, durch Mißbildung der Scheide selbst, entstehen können, ist zu Genüge bekannt, daß aber eine erhebliche Scheidenverletzung bei besonderen Lagen während des Aktes durch eine Verbildung des Penis herbeigeführt werden kann, liegt zwar nahe, ist unseres Wissens nach jedoch noch nicht beschrieben worden.

*Beobachtung 1.* Am 15. 7. 49, 2 Uhr nachts, wurde die 57jährige Patientin R. in stark ausgeblutetem Zustande in unsere Klinik eingeliefert. Der einweisende Arzt hatte die Diagnose „Blutsturz“ gestellt und die sofortige Überführung veranlaßt. Wir fanden eine anämische, über Schwindelanfälle, Müdigkeit, Ohrensausen und Kältegefühl klagende Frau auf einer völlig durchbluteten Unterlage vor; der Puls war klein und frequent, die Extremitäten blaß und kalt. Frau R. gab an, seit 3 Std. geblutet zu haben, sie schätzte den Blutverlust auf fast einen Nachtopf voll. Bei der sofort vorgenommenen Inspektion und Palpation des Genitales fiel eine äußerst prall gefüllte Blase auf, gleichzeitig wurden stechende Schmerzen im Mastdarm angegeben. Vulva, Damm, Anusgegend und Introitus wiesen keinerlei Spuren einer Verletzung auf. Nur mit einiger Mühe gelang das Einführen der Specula, die Scheide befand sich in einem hochgradigen Krampfzustand, an welchem sich zweifellos Blase und Mastdarm beteiligten. Nach Entfernung von reichlich geronnenen Blutmassen aus der Scheide wurde für einen Moment ein spritzendes Gefäß in der Tiefe an der rechten seitlichen Vaginalwand sichtbar. Eine genauere Wundinspektion ließ sich wegen des anhaltenden Krampfes jetzt nicht durchführen. Die Frage, ob in der Nacht ein Verkehr stattgefunden habe, wurde nach einigem Zögern bejaht und mit haltlosem Weinen beantwortet. Erst in der nun folgenden

Narkose klang der Vaginismus ab, die Scheide ließ sich gut dehnen, und wir fanden am Übergang der rechten Scheidenwand in das hintere Scheidengewölbe einen 6 cm langen und 1,5 cm breiten, klaffenden Riß, der etwa 4 cm unterhalb des Introitus begann und seine tiefste Stelle, aus der es spritzte, dicht vor der rechten Seite des hinteren Scheidengewölbes hatte. Das spritzende Gefäß wurde umstochen und die Scheide fest mit Stryphnongaze tamponiert. Von einer Bluttransfusion nahm man Abstand, da der Puls sich nach einer Kochsalzinfusion von 450 cm<sup>3</sup>, nach Wärmezufuhr und Kreislaufmitteln bald erholte. Daß es sich trotzdem um eine ganz erhebliche Sanguinatio gehandelt haben mußte, bewies der am nächsten Tage bestimmte Hb.-Wert, der nach SAHLI nur 60 % betrug. Die Wunde heilte in 10 Tagen restlos ohne Komplikationen ab, so daß die Patientin am 25. 7. 49 mit einem 4wöchigen Kohabitationsverbot entlassen werden konnte.

Aus der Anamnese erfuhren wir folgendes: *Familienanamnese*: Vater litt an einem nervösen Herzleiden und starb mit 63 Jahren. Mutter und Bruder sind soweit gesund, nur beide sehr nervös. Der Mann starb mit 59 Jahren an einem Lungenabsceß. *Eigenanamnese*: Mit 2 Jahren machte Patientin einen Typhus durch, erfreute sich sonst aber stets bester Gesundheit und klagte nur über eine zeitweilige starke Nervosität. Menarche mit 16 Jahren, sehr unregelmäßig. Letzte Regel 1939. Partus: 2. 1. 1913 Mädchen, Geburt und Wochenbett glatt; 2. 1919 Junge, Geburt und Wochenbett glatt. Abortus: 2. 1. 1915 mens III, Ausräumung, keine Komplikationen; 2. 1928 mens IV, Ausräumung, keine Komplikationen. Der somatische Befund ergab bis auf die schon erwähnten Tatsachen keine pathologischen Veränderungen.

Um bei der psychisch sehr labilen Frau dem Wundchock nicht noch einen seelischen Schock hinzuzufügen, unterließen wir vorläufig alles weitere Fragen und baten sie erst nach erfolgter Genesung unter vier Augen um eine genauere Erklärung, die sie uns dann auch rückhaltlos gab.

Die Patientin hatte nur in den ersten Jahren ihrer Ehe volle Befriedigung im ehelichen Verkehr gefunden, da sich bald bei ihrem Manne aus ihr unbekannten Gründen eine sich immer steigende Impotentia coeundi bemerkbar machte, auf die sie dann mit zunehmendem Vaginismus reagierte. Der Ehemann hatte ihr aus erklärlichen Gründen stets vorgehalten, sie wäre zu eng gebaut. In dieser mißlichen Lage war sie außerordentlich nervös geworden und verweigerte zuletzt jeden Verkehr mit ihrem Manne, der dann 1939 an einem Lungenabsceß starb. Kurze Zeit später hörte bei ihr die Regel auf. Glaubwürdig berichtete Frau R., daß sie in den nächsten 10 Jahren keinen Verkehr gehabt habe und denselben in keiner Weise vermißte. Seit Anfang dieses Jahres führt die Patientin den Haushalt bei einem 59jährigen Herrn, der gleichzeitig der Vater ihres Schwiegersohnes ist. Es kam nach Angaben der Frau in den letzten Monaten häufiger zum Verkehr mit diesem Manne, nachdem sie sich einmal auf Bitten und Verlangen dazu bereit erklärt hatte. Beide Teile fanden keine Befriedigung, und auch dieser Partner äußerte wiederholt, sie wäre zu eng gebaut. Die Immissio penis war nur unvollkommen gelungen und die Frau empfand den gleichen Krampf in der Scheide wie in früheren Jahren. Auf Befragen nach der Größe des Membrum virile gab die Patientin an, daß es nicht übermäßig groß gewesen sei. Am Vor-

abend der Einlieferung fand eine Geburtstagsfeier bei der Tochter statt. Die ausdrückliche Frage nach Alkoholgenuß wurde verneint, doch glaubte die Patientin bei dem Manne und auch bei sich an diesem Abend eine vermehrte sexuelle Erregung bemerkt zu haben. Stürmischer als sonst nahm der Mann die Frau, und der Coitus wurde in normaler Rückenlage, ohne wesentliche Abduzierung der Oberschenkel, im Bett vollzogen. Auch jetzt reagierte Frau R. nach unvollkommener Immissio Penis mit einem Scheidenkrampf, der aber dieses Mal den Partner zum verstärkten Impetus anspornte, denn der Coitus konnte plötzlich nach einem kurzen Schmerz in der Tiefe der Scheide zur Befriedigung beider Teile vollzogen werden. Als sich jedoch der Mann von der Frau trennen wollte, gelang ihm die Emissio nicht sofort (*Penis captivus*), erst nach minutenlanger Anstrengung hatten seine Bemühungen Erfolg, doch setzten jetzt bei der Frau starke Blutungen ein, die den schleunigst herbeigerufenen Hausarzt veranlaßten, die Blutende sofort in die Klinik einzuweisen. Vor dem Transport wollte die Patientin noch Wasser lassen, welches ihr aber infolge eines eigenartigen Krampfes im ganzen Unterleib einfach unmöglich war.

Dieser von uns beobachtete Fall hat viel Ähnlichkeit mit der Publikation von SCHÄFFER. Auch hier handelt es sich um eine seit 2 Jahren in der Menopause stehenden Frau (49 Jahre), die der Autor als hochgradig hysteroneurasthenisch bezeichnete. Bei der verhängnisvollen Kohabitation setzte der habituelle Vaginismus, der schon durch vorausgegangene gynäkologische Behandlung festgestellt worden war, einen Widerstand, der plötzlich durch vermehrten Impetus überwunden wurde. In diesem Augenblick verspürte die Frau einen Schmerz, und unmittelbar danach setzte eine erhebliche Blutung ein. Bei der Untersuchung trat nach Einführen des hinteren Speculums ein derartiger Krampf auf, daß ein Einführen des vorderen Blattes nicht möglich war; gleichzeitig gesellte sich wie in unserem Falle ein Spasmus der Blase und des Mastdarmes hinzu, der die Frau furchtbar quälte. Nach der Lösung des Krampfes war die Patientin von einer plötzlich einsetzenden, heftig juckenden Urticaria bedeckt, welche mehrere Stunden anhielt. SCHÄFFER glaubte auf Grund dieser Beobachtung die Hauptursache des 2,5 cm tiefen und 4 cm langen Scheidenrisses auf den Vaginismus, durch den die Scheidenwände dem plötzlichen Impetus einen direkten Widerstand entgegensetzten anstatt, wie sonst auf der Höhe des Orgasmus, eine Art Receptaculum zu bilden, zurückführen zu müssen, betont aber ausdrücklich, daß in dem zu großen Phallus, in der möglicherweise schon eingetretenen senilen Involution der Scheide und in der übermäßig sexuellen Erregung Faktoren zu suchen seien, die zweifellos bei der Entstehung der Verletzung mitgespielt haben. Wir stimmen SCHÄFFER restlos bei, und halten es für zu einseitig, nur einen Faktor für das Zustandekommen

einer solchen Verletzung geltend machen zu wollen, wenn man sich die vielen Ursachen und prädisponierenden Momente vor Augen führt.

Wir gehen wohl nicht fehl, wenn wir in diesem Falle genau wie SCHÄFFER in dem habituellen Vaginismus auf neurasthenischer Grundlage das Hauptmoment für die Verletzung sehen, da auch bei genauer Inspektion der Scheide keine Involutionerscheinungen zu eruieren waren und es sich um eine Frau handelte, die zwei Kinder geboren hatte. Die Scheide ließ sich in Narkose gut dehnen und war 10 cm lang. Die Ursache konnte nicht in einem Mißverhältnis zu suchen sein, da die Patientin eindeutig erklärte, daß das Membrum virile keineswegs zu groß gewesen sei. Die vorausgegangenen Kohabitationen bestärkten uns in dieser Ansicht und eine spätere Inspektion des männlichen Gliedes überzeugte uns von den Angaben der Frau. Eine abnorme Lage hatte ebenfalls nicht stattgefunden. Übrig bliebe nur die gesteigerte sexuelle Erregung beider Partner, die den Impetus des Mannes anspornte und die durch den Krampf in ihrer Elastizität herabgeminderte Scheidenwand plötzlich sprengte.

*Beobachtung 2.* Am 13. 10. 49 wurde die 26jährige Patientin D. in stark ausblutetem Zustand (Hb. = 50 %) unter der Diagnose „Frühabort“ eingewiesen. Nach eigenen Angaben hatte die Frau bisher ungefähr 2 Liter Blut verloren und war auf dem Wege hierher mehrfach ohnmächtig geworden. Bei der Untersuchung fanden wir nach der Entfernung von Blutcoagula aus der Scheide an der hinteren Scheidenwand, gleich an der hinteren Commissur beginnend, einen 4 cm langen, etwa 1,5 cm tiefen und breit klaffenden Riß, der fast zum Rectum ging. In Evipanarkose wurde die Wunde mit einigen Katgutnähten versorgt und die Scheide fest mit Stryphnongaze tamponiert. Der postoperative Verlauf gestaltete sich vollkommen glatt, und die Patientin konnte bereits nach einer Woche mit einem 4wöchigen Kohabitationsverbot entlassen werden.

Die Lokalisation dieser Verletzung erschien äußerst ungewöhnlich und bedurfte einer näheren Klärung. Es handelt sich um eine 170 cm große, kräftige 26jährige Patientin, die 2 Kinder geboren hatte. Der letzte Partus war im März 1949 gewesen. Menses alle 4 Wochen, 4—5 Tage, normal stark. Letzte Regel 28. 8. 49. In der weiteren Anamnese keine Operationen, keine ernstlichen Erkrankungen. Der somatische Befund war durchaus normal. Die Scheide war 10,5 cm lang und sehr elastisch; die Schleimhaut glatt und reizlos, bot keinen Anhalt für narbige Veränderungen. Uterus normal groß, anteflektiert, mobil. Adnexe und Parametrien ohne pathologischen Befund. Blase und Mastdarm leer, kein Anhalt für Mißbildungen. Frau D. gab an, regelmäßig mit ihrem Manne Verkehr gehabt zu haben und dabei wiederholt heftige Schmerzen in der Blasengegend gespürt zu haben. Die Kohabitation habe bisher immer in normaler Rückenlage stattgefunden bis auf dieses Mal, wo der Coitus à la vache zur Anwendung gelangte. Kurz vor dem Orgasmus des Mannes habe sie einen heftigen Schmerz verspürt und habe darauf aus der Scheide zu bluten begonnen.

Der 28jährige, sich in gutem Allgemeinzustand befindende Ehemann berichtete, daß vor 4 Jahren in amerikanischer Gefangenschaft bei ihm wegen eines zu starken Gliedes eine teilweise Verödung der Corpora cavernosa vorgenommen worden sei. Die Inspektion ergab einen außergewöhnlichen Befund, der zunächst den Gedanken an eine Mißbildung aufkommen ließ. Wir fanden einen relativ großen Penis, der besonders in erigiertem Zustand eine erhebliche Knickung zeigte, so daß das Membrum in einem nach vorne offenen Winkel von etwa 135° getragen wurde. Der

Mann gab an, daß diese Knickung sich erst nach der vor 4 Jahren in Amerika stattgefundenen Verödung der Corpora cavernosa langsam aber immer stärker ausgebildet hätte. Wahrscheinlich sind fälschlicherweise nur die Venen der einen Seite zur Verödung gelangt, so daß gewissermaßen die erhaltene Plexusseite in erigiertem und angeschoppten Zustande einen geringen, aber immer wiederkehrenden Zug auf die verödete Seite ausübt, der mit der Zeit diese starke Knickung herbeiführte.

In dieser Knickung sehen wir zusammen mit dem erstmalig angewandten Coitus à la vache, der an sich schon bei normalem männlichen Genitale die hintere Scheidenwand mehr belastet, die Ursache dieser ungewöhnlichen Verletzung. So wurden uns auch die Schmerzen erklärlich, die die Frau bei normalem Coitus in der Blasen-egend verspürte.

#### *Zusammenfassung.*

Es wird eingehend ein Fall von einer Kohabitationsverletzung der Scheide beschrieben, als deren Ursache neben einer vermehrten Erregung beider Partner ein habitueller Vaginismus auf Grund einer neurasthenischen Veranlagung angeführt wird. Bei dieser Gelegenheit wird auf die Publikation von SCHÄFFER (1900) hingewiesen, die sehr viel Ähnlichkeit mit dieser Beobachtung aufweist. Als 2. Fall gelangt eine Scheidenverletzung sub coitu zur Schilderung, deren Hauptursache in einer erworbenen Verbildung des Membrum virile zu suchen ist.

#### *Literatur.*

ACS: Zbl. Gynäk. 16, 943 (1933). — ARNONE: Ref. Ber. Gynäk. 37, 300 (1938). — BEUMER: Mschr. Geburtsh. 20, 115 (1904). — BILENKO: Zbl. Gynäk. 42, 2551 (1932). — BOHNSTEDT: Zbl. Gynäk. 17, 444 (1902); 22, 609 (1901). — BOLAFFI: Ref. Ber. Gynäk. 29, 234 (1935). — BOSHOUVERS: Zbl. Gynäk. 4, 153 (1911). — BREDA: Zbl. Gynäk. 21, 1297 (1930). — FELLETER: Ref. Zbl. Gynäk. 39, 1906 (1933). — FIGAR: Zbl. Gynäk. 11, 443 (1922). — FINKELTRAUT: Ref. Zbl. Gynäk. 26, 702 (1898). — FISCHER: Zbl. Gynäk. 43, 2754 (1928). — FRANCESCO: Clin. Obstetr. 1940, H. 3. Ref. VOLKMANN, Zbl. Gynäk. 26, 1243 (1941). — FRANKI: Mschr. Geburtsh. 18, 874 (1903). — FRIEDMANN: Mschr. Geburtsh. 18, 379 (1903). — FÜHT: In HALBAN-SEITZ, Bd. 5, S. 1033. Wien u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1926. — GLOCKNER: Mschr. Geburtsh. 17, 704 (1903). — GOEDECKE: Zbl. Gynäk. 35, 2251 (1928). — GRÜNFELD: Zbl. Gynäk. 38, 2809 (1931). — GUSSMANN: Arch. Gynäk. 13, 440 (1878). — HERMES: Zbl. Gynäk. 32, 846 (1902). — KAYSER: Mschr. Geburtsh. 54, 13 (1921). — KOCH: Ref. Ber. Gynäk. 43, 11 (1942). — KÖHLER: Zbl. Gynäk. 34, 1206 (1913). — KUSCHEW: Zbl. Gynäk. 22, 611 (1901). — NEUGEBAUER: Mschr. Geburtsh. 59, 221, 389 (1899). — OSTERMAYER: Zbl. Gynäk. 46, 1265 (1901). — SAKS: Zbl. Gynäk. 17, 418 (1906); 38, 1138 (1904). — SCHÄFFER: Zbl. Gynäk. 8, 220 (1900). — SCHEWACHOW: Mschr. Geburtsh. 60, 562 (1922). — SCHLAPOBERSKY: Mschr. Geburtsh. 23, 629 (1906). — SEYNSKE: Zbl. Gynäk. 51, 2800 (1924). — SIGINSKY: Ref. Zbl. Gynäk. 41, 1055 (1896). — SPÄHT: Z. Geburtsh. u. Gynäk. 29, 281 (1890). — SPEISER: Zbl. Gynäk. 29, 1874 (1926). — STRAKOSCH: Zbl. Gynäk. 48, 2113 (1941). — SZTEHLO: Zbl. Gynäk. 35, 2121 (1932). — VEIT: Handbuch der Gynäkologie, Bd. 3, S. 271. Wien u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1924. — WARMANN: Zbl. Gynäk. 24, 736 (1897). — WEINZIERL: Zbl. Gynäk. 42, 1181 (1920). — WENSKOWSKY: Zbl. Gynäk. 24, 1437 (1933). — ZEISS: Zbl. Gynäk. 8, 113 (1885).

Dr. med. HANS-HERBERT STANGE, (24b) Kiel, Universitäts-Frauenklinik.