Zum Schluss fühle ich mich verpflichtet, Herrn Dr. Ali n in Stockholm meinen herzlichsten Dank auszusprechen für sein freundliches Entgegenkommen, da er mir nicht nur seine diesbezüglichen Abhandlungen, sondern auch prächtige mikroskopische Präparate übersandte, die mir ein angenehmes Andenken verbleiben werden.—

VII. 36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten.

Ein casuistischer Beitrag

im Anschluss an den Aufsatz des Herrn Dr. Zweigbaum

von

FR. L. NEUGEBAUER.

(Warschau.)

Die Frage nach der Herkunft, Bedeutung und Therapie der Vaginalcysten ist erst kürzlich, im Januarheft dieser Zeitschrift, von Herrn Kollegen Zweigbaum erörtert worden. Es sei mir gestattet, die bisherige Kasuistik durch eine Reihe eigener Beobachtungen zu ergänzen, welche direkt beweist, dass die Vaginalcysten lange nicht so seltene Vorkommnisse sind, als die Handbücher der Gynäkologie, ja selbst Spezialaufsätze bisher angaben. Meine 36 Beobachtungen erstrecken sich auf ein Material von circa 2000 in Warschau von mir im Laufe der Jahre 1884 bis Juli 1896 untersuchten und behandelten Frauen, es kommt also eine Beobachtung ungefähr auf 600 Frauen. Da aber die Erkenntnis einer Vaginalcyste meistens ein diagnostischer Nebebefund ist, da andererseits solche Cysten, namentlich kleine, oft übersehen werden, da endlich anzunehmen ist, dass Vaginalcysten ebenso oft bei Frauen sich finden, die, sich nicht krank fühlend, überhaupt nicht zur ärztlichen Untersuchung gelangen, wie bei gynäkologisch kranken Frauen, so darf man mit Recht schliessen, dass das Frequenzverhältnis der Vaginalcysten ein noch grösseres ist als 1 auf 555 Frauen.

Meine eigenen Beobachtungen sind folgende:

1. 12. VIII. 1884. Albird Gold, 22 jähr., II-para, seit 2 Jahren verheiratet. Taubeneigrosse Cyste der hinteren Scheidenwand mit fadenziehendem, schleimig-glasigem, durchsichtigem Inhalte, wahrscheinlich Retensioncyste. Resection nach Schroeder und Tamponade nach Nahtumsäumung des Wundrandes.
2. 16. XI. 1884. Josepha Lada, 47 jähr., 13½ Jahr verheiratet, I-par. Kirschgrosse gestielte Cyste der vorderen Scheidenwand 2½ cm oberhalb der Harnröhrenmündung rechterseits. Resektion nach Schroeder.
3. 12. V. 1885. Florentine Kilian, 31 jähr., seit 10 Jahren steril verheiratete Frau. Bis jetzt ist infolge der störenden Gegenwart einer Scheidencyste noch niemals eine richtige Immissio penis zustande gekommen. Die Frau suchte Hilfe gegen Dyspareunie und Sterilität. Grosse Cyste der vorderen Scheidenwand im unteren Teile der Scheide schrägverlaufend. Resektion nach Kranzeinschnitten, gelbliche colloide Flüssigkeit. Dyspareunie beseitigt, ob

auch die Sterilität? Wahrscheinlich Cyste eines Gartner'schen Ganges — (vas deferens per analogiam).

4. 23. XII. 1887. Jez. . . . A., 43 jähr., 25 Jahre verheiratet, VIII-para, hat stets glatt geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Vor 7 Wochen hat ein Kollege eine Scheidencyste punktiert, aber vergeblich, die Cyste ist wieder da in der vorderen Scheidenwand und hat sich in einen Abscess verwandelt, der in der Folge in die Harnröhre durchbrach, so dass die Cyste auch mit der Urethra kommunizierte, sich nach der Urethra zu ausdrücken lässt. Ich schnitt die Cyste ein, schabte die Wände mit scharfem Löffel ab und kanterisierte sie dann, Tamponade, Verödung ohne Harnfistelbildung. Die Cyste war pflaumengross, und sass in der Mittellinie der vorderen Scheidenwand.¹⁾

5. 3. I. 1887. Ryfka Mokrzyńska, 20 jähr., seit 1 Jahr steril, verheiratet. Gänseeigrosse Cyste der vorderen Scheidenwand aus dem Scheidenlumen hervorragend. Trotzdem und trotz des Gatten Hymen intactus. Bis jetzt ein immissio penis niemals gelungen, Dyspareunie, es giebt jedesmal Krieg zwischen den Gatten. Fluktuierende Cyste, vorn bläulich durchscheinend. Resektion nach Schroeder, Umsäumung mit 8 Seidenknopfnähten, Jodoformstreuung, Tampon. Die Basis der Cyste reichte bis dicht an den Hymen, — ich würde in Verlegenheit geraten zu entscheiden, ob die Cyste rechterseits oder linkerseits von der Mittellinie ihren Ursprung hatte, d. h. sie lag gegenwärtig in der Mittellinie.

6. 5. XI. 1888. Malka Isser, 35 jähr., vom 19.—24., dann vom 25. Jahre an verheiratet, hat nur ein Kind vor 8 Jahren geboren. Kirschkerne-grosse Cyste rechterseits dicht unterhalb des seitlichen Scheidengewölbes gelegen — wahrscheinlich einem Gartner'schen Gange angehörig.

7. 14. VI. 1888. Marianne Witczyk, 44 jähr., 19 Jahre verheiratete VIII-para, kam in die Klinik wegen vermeintlichem Prolapsus uteri, — grosse im Scheideneingange stehende Cyste der hinteren Scheidenwand. Resektion nach Schroeder.

8. 20. VIII. 1887. Perla Goldberg, 24 jähr., 2 Jahre steril verheiratet. Fluktuierende kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand bis dicht oberhalb des Scheideneinganges mit ihrer Basis reichend, rechts von der Mittellinie gelegen. Resektion nach Schroeder. Cyste wahrscheinlich aus dem Gartner'schen Gange hervorgegangen.

9. 29. III. 1888. Anna Wieczorkowska, 30 jähr., 12 Jahre verheiratet, I-para. Nicht ganz kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand 1½ cm oberhalb der Harnröhrenöffnung gelegen, mehr rechterseits. Resektion nach Schroeder mit Umsäumung. Wahrscheinlich aus einem Gartner'schen Gange entstanden.

10. 25. VIII. 1889. Kazimiera Ocos, 24 jähr., 7 Jahre steril verheiratet. Kirschgrosse Cyste in der rechten Seite der vorderen Vaginalwand belegen, dicht unterhalb des Scheidengewölbes nahe der Vaginalportion des Uterus. Schleimiger, fadenziehender grauweisslicher Inhalt bei Resektion, keine, Nahtumsäumung und Tamponade (Cystis Gartneriana).

11. 19. II. 1888. Bajla Kaplan, 22 jähr., 6 Jahre verheiratete II-para. Kirschgrosse Cyste in der vorderen Vaginalwand rechterseits im Scheidengewölbe

¹⁾ Vgl. Chéron: „Kyste du vagin, ouvert dans l'urèthre; calcul développé dans cette cavité“ (Gaz. d. hopit. 1887. 30. IV.) Es hatte sich nach Platzen der verödeten Cyste gegen die Harnröhre hin eine Art Harnröhrendiverticulum und ein Stein darin gebildet. Ch. dilatierte die Urethra, durchschnitt galvano-kautisch die hintere Divertikelwand und enttörnte dann den Stein.

Augagneur: „Observations d'abcès sous-uréthraux chez la femme.“ Province médicale, Lyon 1894, VIII, p. 155—157.

Duchamp: „Abscess sous-urétral chez une femme enceinte. Loire médicale St. Étienne. 1894. XIII, p. 151—161.

Calavassy: Des abcès du septum urétrovaginal. Thèse de Lyon 1895.

Roncaglia: „Delle cisti dell'uretra e dei canali uretrali nella donna.“ — Annali di Ost. e Gin., 1895, p. 231.

Die Genese dieser Cyste ist für mich vollständig dunkel trotz aller bekannten Hypothesen.

selbst dicht an der Cervix untergelegen. Resektion nach Schroeder. Tamponade. Cystis Gartneriana).

12. 21. IX. 1889. Marie Balejko, 46 jähr. Frau. Ueber gänseeigrosse gestielte Cyste der vorderen Scheidenwand, zur Schamspalte herabhängend, Amputation im Stiel.

13. 21. IX. 1889. Marianne Madańska, 31 jähr., 6 Jahre verheiratete I-para. 3 Cysten im hinteren Scheidengewölbe, durchschnittlich 8–10 mm im breitesten Durchschnitt, Cysten neben einander gelegen. (Klebs'sche Lymphcysten?)

14. 19. IX. 1889. Apolonja Wolska, 59 jähr., vom 37. bis 51. Jahre steril verheiratet. Bald nach der Hochzeit trat aus der Schamspalte eine Geschwulst hervor, es war dies eine Scheidencyste, welche 10 Jahre lang bis zum 49. Jahre sich allmählig vergrösserte, dann aber im Wachstum stillstand. Der Tumor war bei der Untersuchung gänseeigross und ragte aus der Vulva heraus, ähnlich einer Proctocele oder Cystocele vaginalis. Die Cyste fusste auf der Scheidenwand mit 1 Zoll dickem Stiel, der mit Koeberlé's Constrictor abgequetscht wurde, einige Seidennäthe wegen Blutung aus dem Stiel. Keine Immissio penis möglich gewesen, Dyspareunie, Sterilität. Die Cyste ging von der vorderen Scheidenwand aus und war allmählig nach aussen geboren worden. Ob die Cyste der rechten oder linken Hälfte der vorderen Scheidenwand angehörte, liess sich jetzt nicht mehr entscheiden, wahrscheinlich handelte es sich um eine Cystis Gartneriana. Auffallend war besonders die Dicke des Stieles, ohne dass etwa ein Blasen- oder Harnröhren-Divertikel entstanden war.

15. 10. III. 1891. Sophie Koństańczyk, 24 j., 2 Jahre verheiratete I-para. Pflaumengrosse Cyste in der rechten Hälfte der vorderen Scheidenwand, bis 2½ cm oberhalb des Orificium urethrae herabreichend. Resektion nach Schroeder. Trotz breiter Basis hing doch die Cyste im Scheideneingang wegen wenig praller Füllung, die Cyste war schlaff, wie es in den meisten Fällen zu sein pflegt, also nicht ad maximum prall gefüllt und trotzdem bläulich durchscheinend. Wie in den meisten Fällen, war die Cystenwand nicht gleichmässig dick, sondern nur vorn an dem tiefstgelegenen Punkte bläulich durchscheinend, weiter lateralwärts sogar von faltiger Scheidenschleimhaut bedeckt, während auf der Höhe der convexen Kuppel die Falten der Scheidenschleimhaut längst verstrichen sind und die rosarote Farbe der bläulich durchscheinenden Platz gemacht hat.

16. 21. VI. 1893. Anna Lewicka, 28 j., 4 Jahre verheiratete II-para, jetzt seit 6 Wochen schwanger. Cyste an der vorderen Scheidenwand, linkerseits im Scheidengewölbe, dicht am Collum uteri. Ich sah keinen Grund, während der Schwangerschaft hier operativ einzugreifen, umsomehr, als die Frau von einem Eingriff nichts wissen wollte. (No. 8204, 1893.)

17. 16. VII. 1894. Rzep. . . . 23 j. I-para. Pflaumengrosse Cyste der vorderen Scheidenwand ambulatorisch nach Schroeder reseziert.

18. 1. II. 1894: Schielke, 62 j., vom 23. Jahre an verheiratet, V-para. Halbgänseeigrosse Gartner'sche Cyste der vorderen Vaginalwand, von meinem Assistenten Dr. Reutt in meiner Klinik in toto exstirpiert mit linearer Vernarbung der Wunde. Weissliche colloide Flüssigkeit in der Cyste, keine Divertikel in der Cystenöhle, gleichwohl aber wies die Höhle nach oben zu eine trichterförmige Verengung auf, wie ich dies bei grösseren Vaginalcysten schon sehr oft bemerkt habe. Im Juli 1894 wurde an derselben Patientin von meinem Assistenten Kraków wegen Carcinoma cervicis der Uterus vaginal exstirpiert. Ein Recidiv ist binnen 2 Jahren nicht erfolgt, aber die Kranke hat trotz Narbe nach der Uterusexstirpation und Narbe nach der Cystenexstirpation einen Scheidenvorfall, komplette Scheideninversion wie vorher, sodass man auf den ersten Blick an einen Prolapsus uteri completus denken würde.

19. 6. VII. 1894. Gitla Szot, 30 j., 5 Jahre steril verheiratete Frau, kommt propter dyspareuniam et sterilitatem. Kirschgrosse, bläulich durchscheinende Cyste rechterseits im hinteren Scheidengewölbe, nicht prall gefüllt.

20. 19. XII. 1894. Chaja Goldsamt, 28 j., IV-para. Pflaumengrosse Cyste der vorderen Scheidenwand, rechterseits von aussen oben nach unten innen gelegen ihrem grössten Durchmesser nach, Cystenwand nicht sehr gespannt wegen nicht praller Füllung, der Inhalt chokoladenfarben und Blut. Ausserdem eine zweite kleinere Cyste im linken Scheidengewölbe, auch dem Längendurchmesser nach schräg verlaufend. Diese mit weisslicher, schleimiger Flüssigkeit

gefüllte Cyste reichte bis oberhalb der Vaginalportion in das Parametrium hinauf. Resektion beider Cysten nach Schroeder. Beide Cysten als Residuen der Gartner'schen Gänge entstanden anzusehen.

21. 15. IX. 1894. Gr. M., 27 j., seit 6 Monaten steril verheiratete Frau: 3 Scheidencysten. Die grösste 6–7 cm lang strotzt im Scheideneingange und täuscht beim Anblick eine Cystocele vor. Der Längendurchmesser dieser Cyste der vorderen Scheidenwand verläuft von aussen oben nach unten in der rechten Hälfte der Scheide. Inhalt schleimige Flüssigkeit mit Blutbeimischungen — wahrscheinlich Blutung sub cohabitatione in die Cyste hinein — Cylinder-epithelauskleidung durch Professor Przewoski erhärtet. Ausser dieser grösseren Cyste noch 2 kleinere höher oben, in einer Linie hintereinander liegend. Alle drei wahrscheinlich Gartner'sche Cysten. 2 wurden nach Schröder reseziert mit Umsäumung, die dritte nur aufgeschnittene fand ich November 1895 recidiviert und grösser geworden. Die Sterilität scheint vom Gatten abhängig zu sein.

22. 22. IX. 1894, E. Wop., 29 j. Kirschgrosse Cyste der vorderen Scheidenwand dicht hinter dem Hymenalrande belegen in der Columna rugarum anterior. Die Cyste habe ich in toto exstirpiert und die Wunde linear vernäht. Schleimiger Inhalt mit Blutbeimischung — wohl sub cohabitatione. Wahrscheinlich Retentionscyste (?)

23. 29. XII. 1894. Ita Ar. 32jähr., 15 Jahre verheiratete IV-para; 9 Jahre steril, dann Typhus und ein Jahr nach dem Typhus zum ersten Male schwanger. Jetzt wieder 21 Wochen schwanger. Halligänseeigrosse Cyste der vorderen Scheidenwand, Längendurchmesser von oben aussen nach unten innen verlaufend, die Cyste nach oben zu trichterförmig ausgezogen. Die Cyste gehört der rechten Hälfte der Scheide an. Untersucht man die Frau in Steissrückenlage, so steht die Cyste im Scheideneingange und macht den Eindruck, als ob sie der Mittellinie angehören; ganz anders ist das Bild in Knieellenbogenlage, wo sofort die laterale Lage ins Auge fällt. Behufs topographischer Bestimmung der Cysten der vorderen Scheidenwand rate ich unbedingt stets die Knieellenbogenlage an und operiere alle Cysten der vorderen Scheidenwand in dieser Einstellung mit L. Neugebauer's dreiarbigem Scheidenhalter oder Sims's Halbrinne. Die Cyste war von weinbefarbener dicker Schleimhaut bedeckt, propter graviditatem liess ich diese Cyste vorläufig unoperiert, da sie ja, wie die Erfahrung hier gezeigt hatte, sub partu keine Störung bisher veranlasst hatte. Gartner'sche Cyste.

24. 13. VII. 1895, Bronisława Gaj., 29 j., vom 16. bis 26. Jahre verheiratete V-para. 3 Scheidencysten in einer Linie hinter einander belegen in der linken Hälfte der vorderen Scheidenwand. Diese Linie verläuft von aussen oben nach unten innen gegen die Harnröhrenmündung zu. Sämtliche 3 Gartner'sche Cysten in toto enucleiert.

25. 7. IX. 1895, Wanda La., 30 j. 10 Jahre verheiratete V-para. 4 ausgetragene Schwangerschaften mit spontan beendigter Geburt, vor 2 Wochen ein 2 monatlicher Abort. Kirschgrosse bläulich durchscheinende Cyste im rechten Scheidengewölbe dicht an der Vaginalportion belegen. Nicht operiert, da die Kranke, in der Ambulanz untersucht, nicht wiederkam.

26. 11. IX. 1895. Gütla Rotszild, 34 jähr., 10 Jahre verheiratete VII-para. 3 Scheidencysten. 1 gänseeigrosse Cyste rechterseits in der vorderen Scheidenwand, nicht prall gefüllt; die Cystenwand verdünnt, durchscheinend auf der Kuppel der Cyste, und die Falten der Scheidenschleimhaut weiter von einander abstehend als lateralwärts, Ektasie der Gefässe auf der Cystenwand, Druckatrophie des Schleimhautüberzuges. Der Längsdurchmesser der Cyste verläuft schräg von aussen oben nach unten innen. Resektion nach Schroeder; schleimiger, fadenziehender, gelblich-weißer Inhalt. Cystenhöhle nach oben zu in einen trichterförmig sich verengenden Hals ausgezogen, wo die Fingerkuppe nicht funditus eindringen kann. Eine zweite kleine Cyste im rechten Scheidengewölbe dicht an der Vaginalportion, eine dritte kleine im linken Scheidengewölbe; letztere bestand, wie sich sub operatione ergab, aus zwei kleinen, innig miteinander verlötheten, aber nicht mit einander kommunizierenden Hohlräumen und hatte straffere Wände als die grössere Cyste. (Gestalt wie Rosenkranzkugeln neben einander.) Resektion sämtlicher Cysten, die ich als Gartner'sche auffasste. Auskleidung und Cylinder-epithel nach mikroskopischer Untersuchung durch Herrn Dr. Steinhaus.

27. 23. IX. 1895. Marianne Wójcicka, 32 jähr., III-para. Kirschgrosse Scheidencyste im hinteren Scheidengewölbe, seitlich rechts und dicht an

der Vaginalportion, Inhalt blutig-schleimig wie die Farbe zeigte. Patientin sollte behufs Resektion sich melden, ist aber noch nicht wieder erschienen.

28. 3. I. 1896. Sophie Jabr, 26 jähr. ledige I-para kam in die Klinik wegen Dysurie und Pollakisurie: Cystitis, ausserdem ein interessanter Befund an der Scheide. Erstens rechterseits eine halbhühnereigrosse fluktuierende Cyste in der vorderen Scheidenwand, die Basis der Cyste bis 1 cm unterhalb der Vaginalportion herauf und 2 cm oberhalb des Hymen herabreichend, der Längsdurchmesser der Cyste verläuft schräg von aussen oben nach unten innen. Auf der Kuppel der Cyste ist die Scheidenschleimhaut bedeutend verdünnt, die Schleimhautfalten sind aneinandergedrängt, hier die Cystenwand durchscheinend, weiter lateralwärts nicht. Enucleation der Cyste in toto durch meinen Assistenten Kraków mit ziemlich reichlicher Blutung aus der Tiefe, da die Cyste, wie sich bei der Exstirpation zeigte, ziemlich hoch in das Scheidengewölbe heraufreichte mit einem trichterförmig verengten Abschnitt. Die Cyste wurde von Fr. Dr. Zelínska mikroskopisch untersucht. Die Wunde wurde bis auf die Kuppel des Wundsackes linear vernäht. Interessant war Folgendes: auf der linken Seite der vorderen Scheidenwand eine fingerkuppengrosse Grube; die in diese scheinbare Crypta eingeführte Sonde gelangt weiter oben wieder in den Scheidenkanal. Spannt man die Scheidenwand an, so findet sich oberhalb eine zweite Cyste, die offenbar mit der unteren zusammen früher eine gemeinsame Höhle bildete. Man könnte hier an rudimentäre Duplicität der Scheide denken, jedoch halte ich es für wahrscheinlich, dass hier eine Gartner'sche Scheidencyste (langgestielte) vorlag, wie rechts und dass diese Cyste sub partu geplatzt sein mag an 2 Stellen, daher jetzt die beiden Cysten. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Auskleidung beider Cysten eine glatte faltenlose ist im Gegensatz zu der Scheidenschleimhaut und dass hier und da narbige Partien vorhanden sind.

Diesen 28 Beobachtungen von intakten Scheidencysten seien noch 4 weitere beigelegt, in denen es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um spontan geplatzte Scheidencysten handelt, die sich gegenwärtig als eine Art Krypten zeigen.

29. 29. X. 1885. Henriette Gladek, 30 jähr., 12 Jahre verheiratete IX-para. Auf der rechten Seite der hinteren Scheidenwand eine die Fingerkuppe in der Richtung nach oben und aussen zu einlassende Tasche, deren Auskleidung der Schleimhautfaltung entbehrt und vollständig glatt und eben ist.

30. 22. XII. 1887. Chaja Trójk, 26 jähr., 8 Jahre verheiratete II-para, gleicher Befund in der hinteren Scheidenwand und zwar in mittlerer Höhe.

31. 5. IV. 1888. Marianne Pastrzak, 19 jähr. Mädchen. Tiefe glattwandige Krypte $2\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Urethralmündung linkerseits an der vorderen Scheidenwand belegen.

32. 19. III. 1891. Emilie Sw. . . . , 36 j. IV-p. Glattwandige Krypte rechterseits in der hinteren Scheidenwand, welche von einer geplatzten Scheidencyste abzustammen scheint.

33. Lisker Buchla, 3. VII. 1889, 22 jähr., seit drei Jahren steril verheiratete Frau. Doppelt erbgrosses Cystis vaginae infraurethralis lateralis.

34. Gut Ryfka, 17. III. 1896, 33 jähr., seit dreizehn Jahren steril verheiratete Frau, Hypoplasia uteri, Cystis infraurethralis vaginae, Resection, schleimig blutiger Inhalt der kirschgrossen Cyste.

35. Leb. O., 2. VII. 1896. Linksseitige Gartner'sche Scheidencyste von der Grösse einer welschen Nuss mit durchscheinender Wand und Fluctuation im Scheidengewölbe bis in das Parametrium heraufreichend, indem sich der Hohlraum der Cyste nach oben zu trichterförmig verengt und oben blind abschliesst. Ambulatorische Resection und Nahtumsäumung. Inhalt eitrig. 9 Monate zuvor hatte ein Kollege die Cyste punktiert, seit jener Zeit wurde die Dame von ständigem eitrigem Ausfluss belästigt, weshalb sie jetzt sich bei mir gemeldet.

36. Schoengart S., 23. IV. 1896, 36 jähr. VII-para. Nicht ganz haselnuss-grosse paraurethral gelegene Scheidencyste ambulatorisch reseziert.

Im Anschluss an diese 36 eigenen Beobachtungen erwähne ich kurz noch 6 Fälle von Scheidencysten, die von meinem verstorbenen Vater in seiner Klinik operiert wurden laut Journal:

37. Kristine Stiebel, 14. XI. 1870, 25 jähr. II-para. Oberhalb des Scheideneinganges zwei Scheidencysten und zwar eine linkerseits an der vorderen Scheidenwand und eine zweite rechterseits an der hinteren (?) Scheidenwand. Resection der Cystenconvexitäten.

38. Marie Faustmann, 25. VII. 1876, 20 jähr. II-pa. Haselnuss-grosse Cyste der vorderen Scheidenwand mit blutig-serösem Inhalt aus dem Scheidenlumen ein wenig hervorragend. Resection.

39. Marianna Krajewska, 3. V. 1877, 24 jähr. II-pa. Zwei Cysten der vorderen Scheidenwand reseziert.

40. Wanda Makowska, 8. V. 1878, 30 jähr. II-pa. Resection einer grossen Cyste der vorderen Scheidenwand.

41. Agathe Baluk, 6. V. 1881, 31 jähr. V-pa. Resection einer etwas über haselnussgrossen Cyste der vorderen Scheidenwand.

42. Katharina Unruh, 5. VI. 1887, 28 jähr. II-pa. Resection einer haselnussgrossen Cyste im oberen Teile der vorderen Scheidenwand.

Die Mehrzahl der hier aufgezählten Scheidencysten gehört dem Gebiet der pseudohermaphroditischen Bildungen an, insofern es sich um cystische Ektasien der Rudimente der Malpighi-Wolff-Gartner-schen Gänge handelt, wenigstens hat diese Aetiologie das Meiste für sich für alle diejenigen Cysten, deren Lagerung den Wolff'schen Gängen entspricht. Es sind abgesackte Divertikel der Reste derjenigen Bildungen, welche beim Manne die Vasa deferentia bilden. Die übrigen Fälle lassen sich zwanglos als Retentionscysten deuten nach der Auffassung von v. Preuschen mit Ausschluss der infraurethralen Cysten, welche genetisch einen verschiedenen Ursprung haben. Einen Fall, der sich auf rudimentäre Duplicität der Vagina beziehen (Freund) liesse, habe ich bisher nicht gesehen. In diagnostischer Beziehung sehe ich mich berechtigt, grossen Wert auf die Untersuchung in Knieellenbogenlage zu legen, sobald es sich um Cysten der vorderen Scheidenwand handelt, weil diese Lagerung der Kranken sofort die Lagerung der Cyste aufklärt, während man bei Untersuchung in der Steissrückenlage sich sehr leicht in der Bestimmung der Lagerung der Cyste täuscht. Kleine Cysten beanspruchen keinerlei therapeutischen Eingriff, höchstens als prophylaktische Massnahme ist ein solcher zu rechtfertigen. Bezüglich der Methode der Operation verdient das Schroeder'sche Verfahren der Kuppelresektion mit oder ohne Nahtumsäumung (je nach Gefässreichtum) den Vorzug vor der Radikaloperation — einfach der Einfachheit wegen — namentlich wo die Cyste sehr hoch hinaufrückt, eventuell in das Parametrium hineinreicht oder gar mit einer Parovarialcyste communiciert, wo dann die eine Cyste anschwillt, wenn man die andere zusammendrückt. (Siehe die Fälle von Watt, Armand Routh (London 1894: „On cases of associated parovarian and vaginal cysts formed from a distended Gartner's duct“) u. andere). Die einfache Kuppelresektion genügt für die Verödung der Cyste vollkommen. Ich habe sämtliche bisher vorgeschlagenen Methoden angewandt mit Ausnahme derjenigen von H. M. Milton („Persistent Gartner's ducts treated in one case by diversion of opening from vagina to bladder.“ *Lancet*, London 1893, II, p. 924), finde aber die Schroeder'sche am empfehlenswertesten.

Bezüglich der Belästigung der Kranken durch eine Scheidencyste gebe ich zu, dass dieselbe meist, namentlich bei kleinen Cysten, gleich Null ist, ich habe aber auch Fälle gesehen, wo direkte Beschwerden aus der Gegenwart der Scheidencyste erwachsen: Dyspareunie, ja Unmöglichkeit der Immissio penis und infolgedessen Sterilität (siehe Fall 3 und 5). Es wird also richtig sein, grössere Cysten stets chirurgisch anzugreifen

und, will man prophylaktisch handeln, auch kleinere. Die Cysten scheinen, mit zunehmendem Füllungsgrade als Wachstum, einer gewissen Wanderung nach unten zu unterliegen; oft werden sie, sobald sie den Scheideneingang erreicht haben, plötzlich oder allmählig herausgepresst, nach aussen geboren wie ein Polyp; in solchen Fällen erscheint die Cyste zuweilen gestielt, wie in meinem Falle 14, auch 7 und 15; in anderen Fällen platzt die Cyste sub partu oder coitu und verodet bei grossem Einriss spontan, man findet dann Residua in Gestalt fingerkuppengrosser, glattwandiger Höhlen, Krypten, Taschen in der Scheidenwand, die bis 3 cm tief die Sonde einlassen und gewöhnlich nach oben zu trichterförmig verengt erscheinen: ein Blindsack nur ist von der geplatzten Cyste übrig geblieben; zuweilen sieht man mehrere bei derselben Frau: ich sah dreimal einen von einer geplatzten Cyste, wie mir scheint, herstammenden Blindsack in der Scheidenwand an der hinteren und zweimal an der vorderen Scheidenwand (siehe Fälle 28, 29, 30, 31, 32).

Scheidencysten accidentellen Ursprunges, durch Trauma, Blutung sub coitu oder partu, nach Paravaginitis dissecans, Entleerung von Abscessen, ebenso wie die sogenannten Hygromata vaginae, habe ich bisher nicht gesehen, ebensowenig Steinbildung in einer Vaginalcyste, wie Chéron eine beschrieb, ebensowenig sah ich das Zustandekommen von Scheidencysten auf dem Wege der Abkapselung durch Verwachsung benachbarter Schleimhautfalten, Cysten aus Ektasien der Lymphgefässe hervorgegangen etc.

Auf meine 36 Beobachtungen kommen 35 Frauen und 1 Mädchen. Von 3 Frauen ist nicht angegeben, ob sie geboren haben oder nicht, auf die übrigen 31 kommen 10 steril verheiratete. Weit entfernt, in jedem Falle die Sterilität auf die Gegenwart einer Scheidencyste zu beziehen, muss ich doch behaupten, dass Scheidencysten Sterilität bedingen können und führe als Beweis Fall 3, 5 und 14 an. Eine recidivierende Scheidencyste sah ich bisher nur einmal — da die Cyste sehr klein war, hatte ich mich mit Eröffnung derselben begnügt, die Oeffnung verwuchs ebenso, wie dies bei einfacher Schnitteröffnung einer Ranula oft der Fall zu sein pflegt. Obgleich mir die Litteratur der Scheidencysten nicht fremd ist, kenne ich doch keinen Fall, wo eine Scheidencyste eine Komplikation sub partu abgegeben hätte oder Sitz einer bösartigen Neubildung gewesen wäre.

Ich gehe hier, um nicht Bekanntes zu wiederholen, nicht ein auf eine Diskussion der heutigen Ansichten über die Genese und Aetiologie der Vaginalcysten, sowie auf die mikroskopischen Untersuchungen, da dieses Thema ja erst kürzlich in dieser Zeitschrift von Herrn Zweigbaum besprochen wurde, sondern teile nur meine Kasuistik im Anschluss an vorgenannte Arbeit mit, um zu beweisen, dass die Frequenz der Vaginalcysten eine ganz erhebliche sein muss; habe ich doch allein im September 1895 nicht weniger als 3 Fälle dieser hermaphroditischen Bildung bei Frauen gesehen, wenn es erlaubt ist, die auf der vorderen Scheidenwand lateral belegenen Scheidencysten als Ektasien persistenter Wolff'scher Gänge — vasa deferentia — anzusehen.

Endlich möchte ich mich 'auf Grund der Beobachtung von Fall 35 strikt gegen jede nutzlose Punktion einer Scheidencyste aussprechen. Im gegebenen Falle war vor 9 Monaten andererseits eine Punktion der Cyste ausgeführt worden, die zu einer 9 monatlichen Eiterung mit beständigem Ausfluss geführt hatte.

Berichte.

I. Ueber Nahtmaterialien und Nahtmethoden bei Coeliotomien.

Sammelbericht

Von

Dr. HUGO STETTINER.

(Berlin.)

Wenn Reichel (1) in seinem auf dem letzten Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gehaltenen Vortrage sagt, dass man über die Technik der Coeliotomie selbst, von Einzelheiten abgesehen, in allen prinzipiellen Punkten einerlei Ansicht sei, so kann man ihm nicht unbedingt zustimmen. Denn man darf den Schlussakt der Coeliotomie, die Vernähung der Bauchwunde, keineswegs als einen geringfügigen, nebensächlichen Punkt betrachten; gerade über ihn gehen die Ansichten namhafter Chirurgen und Gynäkologen noch weit auseinander.

Der Uebergang von der antiseptischen zur aseptischen Wundbehandlung hat namentlich die Catgutfrage wieder in den Mittelpunkt der Diskussion gestellt, die Frage, ob es möglich ist, das Rohcatgut, dem gelegentlich noch alle Bakterien des Schafdarmes anhaften können, auf einem nicht zu komplizierten Wege zu einem aseptischen Nahtmaterial umzuwandeln. Im Jahre 1887 schrieb J. Veit (2): „Es liegt allerdings nicht mehr am Nahtmaterial, ob die Wunde zuheilt, sondern an seiner antiseptischen Beschaffenheit und die Ueberzeugung, dass diese beim Catgut leichter zu erreichen ist, als bei der Seide und die Leichtigkeit, mit der jeder Arzt nun wieder ein antiseptisches Nahtmaterial vorrätig halten kann, sowie die Bequemlichkeit, oft lästiger Nahtentfernung überhoben zu sein, werden wesentlich für Catgut sprechen“. Heute liegen die Verhältnisse gerade umgekehrt. Die Leichtigkeit, mit welcher es gelingt, Seide und andere Nahtmaterialien mit Dampf zu sterilisieren, gegenüber den komplizierten Methoden der Catgut-Desinfektion und Sterilisation, hat eine grosse Anzahl von Operateuren bewogen, sich von jenem „Geschenke aus den Händen und aus dem Geiste Joseph Listers“ trotz seines unschätzbaren Vortheiles der Resorbierbarkeit abzuwenden. Hat doch auch