

Ueber den primären Scheidenkrebs.

Von

Dr. O. Küstner,

Assistent am gynäkologischen Institut in Halle.

Es ist wohl unter den deutschen Gynäkologen immer noch die herrschende Ansicht, dass der primäre Krebs der Vagina zu den grössten Seltenheiten gehört, und es hat trotz der Behauptung West's, die Seltenheit dieser Affection sei bisher übertrieben, und trotz der ebendahin lautenden, in seiner Monographie über den Gebärmutterkrebs ausgesprochenen Vermuthung Wagner's¹⁾ bisher eine gegentheilige Meinung noch nicht Platz greifen können. So habe ich denn auch beim Durchblättern der einschlägigen Literatur nicht mehr als 22 Fälle, deren mit weniger oder mehr Ausführlichkeit von den Autoren gedacht ist zusammenstellen können; die vielbeschäftigsten Gynäkologen haben — West ausgenommen — nur ein oder einige Male diese Affection beobachtet, und ich schmeichle mir daher mit der Mittheilung von zwei neuen Fällen einen nicht unwillkommenen casuistischen Beitrag zu liefern. Der erste dieser zwei Fälle wurde vor zwei Jahren in der hiesigen gynäkologischen Klinik beobachtet, die Notizen über den anderen entstammen den Privatjournalen des Herrn Professor Olshausen. Für die Güte, mir dieselben wie die Literatur zur Verfügung zu stellen, sage ich Herrn Professor Olshausen meinen besten Dank.

I. Fall.

Frau B., 24 Jahre alt, war als Kind gesund, menstruirte vom 19. Jahre an regelmässig alle vier Wochen zwei Tage lang. Vor

1) a. a. O. S. 133.

drei Jahren abortirte sie zum ersten, ein Jahr darauf zum zweiten Male, je im 6. Monate -- macerirte Fötus -- und nach wieder einem Jahre kam sie im 7. Monate mit einem Kinde, das eine Stunde lang lebte, nieder. In den Pausen zwischen den drei Schwangerschaften war die Menstruation regelmässig wie früher, während der dritten Gravidität klagte Patientin jedoch über starken Fluor, und seit dem dritten Wochenbette über fast continuirlichen Blutverlust aus den Genitalien; selten sei der Blutfluss von einem fleischwasserfarbenen Fluor unterbrochen gewesen. Seit Mai 1872 datirt die vierte Gravidität, auch während dieser „geht sie ununterbrochen im Blute“. Schmerzen bestehen erst seit sechs Wochen, und zwar blos beim Stuhlgange und Coitus, ebenso lange etwa bestehen Urinbeschwerden.

Befund Ende October 1872:

Patientin ist gut genährt, hat gesunde Gesichtsfarbe.

Vaginalwand ist von einer grossen Menge Höcker und Wülsten besetzt, welche tiefe Furchen zwischen sich lassen; nur etwa der unterste Zoll der Vagina ist normal glatt und weich, ebenso im Laquear noch einzelne Partien; im Uebrigen ist die ganze Vaginalwand gleichmässig in obengenannter Weise verändert, ohne sonst noch normale Stellen zu zeigen. Die Portio vaginalis als solche gut zu erkennen. Rand des äusseren Muttermundes überall glatt, intact, ebenso die Cervix, soweit sie zugänglich ist. Die sonst normalglatte Aussenfläche der Portio lässt dagegen rechts hinten Rauigkeiten erkennen, welche beginnende Neubildungen sind und überall in die Neubildung der Vagina continuirlich übergehen.

Der Finger ist mit Blut bedeckt.

Am 21. October werden beträchtliche Massen mit dem halbscharfen Löffel aus der Vagina evidirt -- Carbolirrigationen -- keine febrile Reaction. Behufs Einleitung der Frühgeburt wird am 29. October ein elastischer Katheter in den Uterus gelegt. Wehen beginnen sofort und gleich sehr kräftig und häufig.

Am 31. October, Morgens 8 $\frac{1}{2}$ Uhr, wird nach langer Eröffnungs-, sehr kurzer Austreibungsperiode ein todtcs Kind in Steisslage geboren.

Schon während der Geburt hatte die Frau stark gefiebert und über äusserste Schmerzhaftigkeit des rechten Uterusrandes geklagt -- erlag einer Septicopyämie am 7. November, Morgens 3 Uhr.

Die Section ergibt:

Allgemeine fibrinopurulente Peritonitis, trübe Schwellung der und-Nieren; Milztumor; metastatische Abscesse in beiden Lungen; doppelseitige Pleuritis; Atelectase der unteren hinteren Lungenpartien.

Das Parametrium dextrum in der Höhe des Os uteri internum ödematös geschwollen. Linkerseits finden sich in dem derb infiltrirten Parametrium eine grosse Zahl mit einander anastomosirender Hohlräume, die mit trüber, gelber, eiterähnlicher Flüssigkeit gefüllt sind. Dieselben enthalten an mehreren Stellen wandständige, dunkelrothe Blutgerinnsel (sind demnach Venen) und besitzen eine Dicke von etwa 4 Mm.; einer derselben lässt sich bis an das grosse Ulcus va-

ginae heran verfolgen. Uterusinnenfläche leicht grau belegt; dasselbe gilt von der an der vorderen Wand sitzenden Placentarstelle.

In der Vagina findet sich ein 10 Cm. im Durchmesser haltendes nahezu kreisförmiges Ulcus mit gewellten Rändern, von geringer Härte; der Grund des Geschwürs ist uneben zerrissen, gelblich grau, an manchen Stellen fetzig. In der Tiefe greift dasselbe bis in die Muscularis hinein, diese ist aber nirgends durchbrochen. Das Geschwür beginnt einige Fingerbreiten über dem Introitus und reicht linkerseits etwas weiter auf die Portio herab als rechts.

Da die Genitalorgane, in Spirit aufbewahrt, sich in der Sammlung der gynäkologischen Klinik befinden, so kann ich etwas nicht Unwesentliches, dessen noch nicht Erwähnung geschehen ist, hinzufügen:

Uterus und Vagina sind median von vorn aufgeschnitten; es präsentirt sich so das Ulcus in seiner ganzen Ausdehnung und lässt sich gut erkennen, dass dasselbe nicht ringförmig die ganze Scheide eingenommen hat — wie aus den bisherigen Erscheinungen vermuthet werden kann —, sondern dass zu beiden Seiten des sagittal geführten Schnittes von dem völlig gesunden vorderen Scheidengewölbe bis zum ebenfalls intacten Introitus ein Streifen gesunder Schleimhaut von wenigstens je 1 Cm. Breite verläuft.

Mikroskopisch betrachtet ergiebt sich die Neubildung als allenthalben sehr arm an Stroma; letzteres ist meistentheils sehr stark mit Rundzellen durchsetzt.

II. Fall.

Frau R., 32 Jahre alt, hat vier Mal geboren, das letzte Mal vor $2\frac{1}{2}$ Jahren. Seit Mitte December 1863 blieben die Menses aus, die bis dahin regelmässig waren, doch hatte Patientin noch vor sechs Wochen einen anderthalbtägigen Blutverlust; seitdem besteht etwas Fluor, bisweilen blutig. — Sie klagt besonders über viel Schmerzen im Unterleibe, Drängen nach abwärts, Urinverhaltung; Stuhlgang erfolgt selten — mitunter acht Tage lang nicht — und mit Schmerzen.

Befund am 5. Mai 1864.

Patientin ist mager, hat leidenden Gesichtsausdruck, Gesichtsfarbe ist nicht kachektisch.

Im Leibe ein rundlicher Tumor aus dem kleinen Becken bis zur halben Nabelhöhle aufsteigend — der etwa im IV. Monate schwangere Uterus —, davor die gefüllte Harnblase.

Die hintere Scheidenwand nimmt eine zerklüftete Geschwulst ein, die etwa bis 2 Cm. oberhalb des Introitus herabreicht. Das hintere Scheidengewölbe ist ebenfalls von der Neubildung ergriffen, auch greift dieselbe auf die Portio vaginalis über. Doch ist sie hier nicht stark gewuchert; äusserer Muttermund und Canalis cervicalis ist vollständig frei und glatt anzufühlen. Vordere Muttermundslippe ist fast ganz verstrichen und vollständig intact, wie die ganze vordere Schei-

denwand. — Der Tumor der hinteren Scheidenwand zeigt eine Menge tiefer Spalten, in deren einzelne der Finger einen Zoll und tiefer eindringt, so dass der Verdacht, es läge eine Rectovaginalfistel vor, erst durch die Exploratio recti gehoben werden musste.

Am 29. Juni zeigt sich Frau R. wieder.

Am 5. desselben Monates war sie von einem todtten Fötus — angeblich von sieben Monaten — entbunden worden. Sie ist enorm collabirt, schleppt sich gestützt mühsam vorwärts, hat viele Schmerzen, nicht ein Moment Schlaf.

Im Leibe ist kein Tumor mehr fühlbar; der Tumor vaginae nimmt jetzt die ganze hintere Scheidenwand fast bis an den Introitus ein, das ganze Scheidengewölbe ist völlig durchwuchert, in demselben ist keine Portio vaginalis aufzufinden, ebenso kein Muttermund, erstere ist also in der Neubildung mit aufgegangen, nur an der vorderen, rechten Scheidenwand finden sich einige Quadratzoll gesunder Schleimhaut.

Weitere Beobachtung fehlt.

Nächst dieser Mittheilung schien es mir erwünscht, die Beobachtungen früherer Autoren über primären Scheidenkrebs mit den von mir mitgetheilten und unter einander zu vergleichen.

Ich stellte daher die Notizen über 22 Fälle zusammen, und suchte so bezüglich Alter, Föcundität, Sitz der Neubildung und Symptome ein Facit zu ziehen. Leider fehlten mir von manchen Fällen auch über die eine oder die andere dieser Cardinalfragen die Notizen.

Meine Quellen waren:

- 1) Morgagni, De sed. et caus. XXXIX, 33.
- 2) Kiwisch, Oester. med. Jahrb. XLVI, 338.
- 3) Dittrich, Prag. Viertelj. 1848. III, 102.
- 4) 5) Mayer, Verhandl. der Ges. f. Geb. in Berl. 1851. 142.
- 6) Nélaton, Gazette des hôp. 1850, 19. Novbr.
- 7) Spengler, Casper's Wochenschr. 1851. 34.
- 8) Wagner, Der Gebärmutterkrebs 134.
- 9) Credé, ebendasselbst. 137.
- 10) Dittrich, ebendasselbst. 137.
- 11) Ferral, ebendasselbst. 137.
- 12) Roulston, Schmidt's Jahrb. Bd. 93, S. 70.
- 13) Martin, Monatsschr. f. Geburtsk. XVII, 321.
- 14) Baldwin, Phil. med. t. 1870, Dec. 15.
- 15) 16) 17) Eppinger, Prag. Viertelj. 1872. II, 9.
- 18) Hegar, Die operat. Gynäkol. 1874. 446.

- 19) Beigel, Die Krankheiten u. s. w. II, 601.
- 20) Schröder, Handbuch u. s. w. 468.
- 21) 22) Freund, Virchow's Archiv LXIV, 1.

Ausserdem theilt West in seinem Lehrbuche über Frauenkrankheiten, 1870, ein Resumé von 19 von ihm beobachteten Fällen mit.

Von den übrigbleibenden Fällen standen mir

Philadelphia med. Journ. 1873, Febr.,
 Walshe, Nat. and. tr. 1846, 430,
 Goodell, Boston. gyn. Jour. VI, 383,
 Triänci observationes 63,

nicht zu Gebote.

Was sonst in den Handbüchern unter „Literatur“ noch genannt wird (Klob) — so ist der von Meissner (Ueber schwammige Auswüchse u. s. w. 1835.) beschriebene Tumor jedenfalls überhaupt kein Krebs — sicher keiner der von der Scheiden-schleimhaut ausgeht, da er aus derselben enucleirt wird —, und von seinem Tumor sagt Sonnié Mōret (Arch. gén. de méd. 1835, févr.), dass er im Zellgewebe der rectovaginalen Scheidewand gelegen habe, die Wände der Scheide jedoch durchaus nicht alterirt gewesen seien; die in Boivin et Dugés's Krankheiten des Uterus II, S. 619—622 beschriebenen drei Excroissances können recht wohl Krebse sein, es ist dies aber nirgends gesagt, auch keine längere Beobachtung mitgetheilt, nach der man sich — Malignität — Recidive nach Operation — ein Urtheil über die Textur der Geschwülste bilden könnte.

Ogleich Morgagni sagt, dass das Cancer ad uterum ipsum non attinet, berichtet er über den Leichenbefund weiter unten, dass die Portio vaginalis ungleichmässig geschwollen, Cervicalkanal aber und Muttermund erodirt und mit harten zerfressenen Geschwüren bedeckt gewesen sei. Auch dass die Urethra umgebende Gewebe sei krebsig infiltrirt gewesen. — Also ein reiner Vaginalkrebs ist dies nicht, der Cervix uteri ist von der Neubildung mit ergriffen, jedoch scheint derselbe unverhältnissmässig gering erkrankt gewesen zu sein gegenüber der geschwürigen Vagina, und es ist deshalb von den Autoren die Erkrankung des Uterus als secundär angenommen worden. Ebenfalls ist der Uterus mit afficirt in Fall 8, 9, 10, 11, 20, in 10 nur sehr wenig, desgleichen in 8 und 20, wogegen in dem Credé'schen Falle die Cervicalschleim-

haut mit carcinomatösen Wucherungen bedeckt ist, und in dem Ferral'schen der Verschwärungsprocess sich zum Os tincae ausgedehnt hatte. Während ich keinen Augenblick Bedenken trage, Fälle, bei denen die Portio vaginalis nur eine Erosion zeigt, oder wo vom Scheidengewölbe aus auf die Portio eine Strecke weit die Neubildung übergreift, ohne den äusseren Muttermund zu erreichen und ohne die Portio in Gestalt und Structur wesentlich zu alteriren (Nr. 10 und meine beiden Fälle), ohne Weiteres zu den primären Vaginalkrebsen zu rechnen, so wird es nicht gut einen Einwand geben, wenn man die Fälle, bei denen der Cervicalkanal an der Neubildung theilnimmt, oder die Portio carcinomatös intumescirt und mit zerfressenen Geschwüren bedeckt ist (Morgagni), unter der Reihe der primären Scheidenkrebsen mit Misstrauen betrachtet. Finden wir bei einer Kranken neben dem Scheidenkrebs, dass die Portio in der Form von der gleichen Neubildung ergriffen ist, wie wir wissen, dass dieselbe an diesem Theile auch primär auftritt (Infiltration, Wucherungen in dem Cervix), so ist der Schluss, dass der am meisten ergriffene resp. destruirte Theil — also eventuell die Vagina — auch der primär ergriffene sei, nicht richtig, weil sowohl der Wucherungs- als der Zerfallprocess des Krebses von viel zu mannigfachen Zufälligkeiten abhängt, als dass man daran allein das zeitliche Vor- und Nacheinander des Erkrankens der einzelnen Theile noch erkennen könnte.¹⁾

Ein gleiches Misstrauen muss man denjenigen Fällen entgegenbringen, bei denen der Zustand der Portio gar nicht controlirt werden konnte. Es ist meiner Ansicht eine harte Prüfung für unseren Autoritätenglauben, wenn West uns zwei solche unter seinen neunzehn primären Scheidenkrebsen vorführt. Von den übrigbleibenden sieben ist nach Angabe West's selbst in elfen der Uterus noch mit afficirt, sei es von zweifelhaften, sei es von krebsigen Erkrankungen. Ich werde daher im Folgenden die von mir zusammengestellten fünfundzwanzig Fälle gesondert betrachten von den neunzehn West's, um so mehr, als meine Statistik hier und da andere Resultate ergiebt als West's Beobachtungen.

Von 22 der aufgeführten Erkrankten befanden sich

1) Cf. Wagner, Der Gebärmutterkrebs. S. 48. Zeile 1—9.

zwischen 15 und 20 Jahren 2,	
„ 21 „ 30 „ 2,	
„ 31 „ 40 „ 9,	
„ 41 „ 50 „ 4,	
„ 51 „ 60 „ 4,	
„ 61 „ 70 „ 1.	

Es fallen also die meisten Erkrankungen zwischen das 31. und 60. Lebensjahr. West's Fälle bewegen sich zwischen dem 35. und 66. Jahre. In dieser Beziehung zeigt also unsere Affection ein ähnliches Verhalten wie der Gebärmutterkrebs, nur dass bei diesem ein Auftreten vor den 20er Jahren noch nicht bekannt ist.¹⁾

Legt nun schon das seltenere Vorkommen des Scheidenkrebses gegenüber dem Uteruskrebse die Muthmassung nahe, dass zwischen jenem und der excessiven Fruchtbarkeit ein weit geringerer ätiologischer Zusammenhang besteht, als bei diesem angenommen wird, so scheint diese Muthmassung sich in meiner Zusammenstellung zu rechtfertigen.

Von 13 Kranken hatten 6 gar nicht geboren, 1 hat nur ein Mal abortirt. Die, welche geboren haben, haben zusammen 20 ausgetragene Kinder gehabt, also die Frau 2,8 Kind, eine Anzahl, welche das Mittel gewiss nicht überschreitet. Von West's 19 Kranken war eine ledig, die anderen 18 waren zusammen 95 Mal schwanger gewesen und hatten 86 Kinder geboren, also im Durchschnitt die Frau 4,7 Kind.

Nach Gusserow's Zusammenstellung²⁾ waren von 432 uteruskrebskranken Frauen 70 steril gewesen, und von 455 hatte die Frau 5,19 Kind geboren.

Während man nun vor Jahren an den engen causalen Beziehungen zwischen excessiver Fecundität und Mutterkrebs in der Wissenschaft allgemein festhielt, erfolgt jetzt auf diese übertriebene und einseitige Ausbeutung der Irritationstheorie in der Genese des Krebses die Reaction: von vielen Seiten wird statistisch festgestellt, dass der Krebs mit der grossen Menge vorausgegangener Geburten gar nichts zu thun habe. — Damit ist jedoch die

1) Die Aechtheit der zwölf Fälle von Uteruskrebs vor dem zwanzigsten Lebensjahre, deren Mad. Boivin erwähnt, wird angezweifelt.

2) Volkmann, Klinische Vorträge, Nr. 18. S. 121.

genannte Theorie noch nicht über den Haufen geworfen, es werden noch täglich Erfahrungen gesammelt über die Thatsache, das Krebs mit Vorliebe da entstehen, wo ein ausserordentlicher Reiz gewirkt hat. Dass damit nicht gesagt ist, dass man für jeden Krebs im Stande sein müsste, seinen ihn zum Dasein verhelfenden Reiz ausfindig zu machen, versteht sich von selbst, und dass man lange Zeit für den Uterus nur einen Reiz, die Geburt mit ihren Consequenzen kannte, hielt ich für einseitig. Zweifels-ohne setzt die Geburt an der Portio vaginalis Traumen, ferner involviret die grosse Menge von Geburten an dem Cervix häufig inflammatorische Processe; und ich sehe in diesen beiden Momenten, Traumen und inflammatorischen Zuständen ebenso wie an anderen Körpertheilen, so auch am Uterus, zu malignen Neubildungen disponirende Reize, ganz abgesehen davon, dass es nicht die einzigen sind und dass sie auch nicht allein durch excessive Fruchtbarkeit hervorgerufen zu werden brauchen.

Dies vorausgesetzt braucht man sich aber auch nicht zu wundern, wenn unter 13 Kranken mit Scheidenkrebs nur 6 ausgetragene Kinder geboren haben; die Scheide wird bei der Geburt ungleich seltener verwundet als die Portio; sind bei dieser Einrisse constant, so finden sie sich in der Vagina, abgesehen vom Introitus, nur in 1—1,5 %¹⁾, und die entzündlichen Erkrankungen verdanken wohl ihren Ursprung meist anderen nachweislichen Schädlichkeiten; als dass man häufig zu ihrer Aetiologie zahlreiche vorausgegangene Geburten herbeiziehen müsste.

Wir kennen in der Vagina weit bedeutendere und nachhaltiger wirkende Insulte, als die Geburt abgiebt.

Unter den zusammengestellten Fällen ist nur einer (Nr. 18), wo der anhaltende Druck eines Pessariums eine Krebswucherung erzeugt hat. — Wenn man nur einigermassen Gelegenheit gehabt hat zu beobachten — meine Beobachtungen erstrecken sich ausschliesslich auf das Proletariat — wie häufig überhaupt Pessarien getragen werden, wie solche manchmal Jahre lang, ja Jahrzehnte lang getragen werden, ohne dass weder Pessarium noch Vagina inzwischen einmal einer Reinigung unterworfen würden, wie diese Instrumente, sie seien aus Wachs, Holz oder sonst einem Materiale, erst von dem sauren Vaginalschleime zerfressen und rauh gemacht werden, dann sich mit einer dicken Kruste von athero-

1) Dr. Voigtlin, Winckel's Berichte 1874. S. 94.

matöser Masse und Kalksalzen umgeben, und schliesslich in der Vagina buchstäblich eingemauert liegen, — ist es auffallend, dass unter 24 Fällen nur einer existirt, wo ein solcher Reiz es gewesen ist, der eine maligne Neubildung erzeugte. — In diesem Punkte verhalten sich jedoch nicht alle Pessarien gleich. Während die weichen Kautschukringe und die breiten gepolsterten oder Wachspessarien meist keine erhebliche Reaction der gedrückten Scheidenschleimhaut erzeugen, so lässt sich ein Gleiches von den aus schmalen Drahtringen construirten (Hodge-Schultze) nicht sagen. (In Fall 18 war das Pessar ein Hodge'sches.) Ich habe in noch nicht anderthalb Jahren fünf Mal gesehen, dass das 8förmige Schultze'sche Pessar an der Stelle, wo der breite untere Ring den Schambogen drückt, einseitig oder doppelseitig eine tiefe Usur resp. Druckatrophie entstanden, an deren Rändern jedoch die Schleimhaut um so mächtiger gewuchert war, so dass der Ring förmlich in die Schleimhaut eingewachsen zu sein schien. — Bei einer Patientin bestehen, nachdem bereits vor zwei Jahren das Instrument entfernt ist, jetzt noch zu beiden, wo es damals drückte, kleine hahnenkammförmige, etwa $\frac{1}{2}$ Cm. hohe weiche Excrencenzen. — Es ist mir jedoch keinen Augenblick zweifelhaft, dass solche gutartige Wucherungen auf dem geeigneten Boden recht schnell den gegentheiligen Charakter annehmen können.

Diesbezüglich wird in den Lehrbüchern (Klob) ein Fall von Morgagni, 45, 16, citirt, wo sich zu beiden Seiten eines in der Scheide befindlichen hölzernen Ringes — Prolapsus indicium — eine *Excrenentia* fand, *majoris amygdalae decorticatae forma et magnitudine, duritie cartilaginea, alba, nisi quod earum altera in medio livebat, ut proximam a scirrhusa in pejorem naturam minari mutationem videretur*. Klob erwähnt diesen Fall unter den *Clavis*.

Ebenfalls erleidet häufig die Vagina übermässige abnorme Irritationen bei vernachlässigten Prolapsen, gegen die das Proletariat oft dieselbe Indolenz an den Tag legt, wie gegen die Pessarien, so dass auch hier oft Jahre verstreichen, ehe sich die betroffene Person den Elan giebt, sich „einen Kranz setzen zu lassen“. Ich kenne keinen Fall, wo sich mit einem bestehenden Prolaps ein *Carcinoma vaginae* vergesellschaftet hätte; auch *Carcinoma portio-nis cervicalis* ist bei Prolaps enorm selten; Kiwisch¹⁾ erwähnt

1) Klinische Vorträge I, S. 453.

diese Thatsache und zieht daraus den Schluss, dass „traumatische Einflüsse wenig geeignet seien, einen Krebs hervorzurufen. Chiari¹⁾ sah zwei Mal Carcinom bei Prolaps. Es scheint, als ob bei der ectropirten Scheide trotz des fortwährend wirkenden pathologischen Reizes, wegen des jedenfalls regeren Epithelverbrauches — Vertrocknung, Verhornung, Abschilferung — die Bilanz zwischen verbrauchtem und neugebildetem eher gehalten werden können, als bei der in der Lage befindlichen, und es ist dies eine Parallele zu der alten Beobachtung, dass an der Glans penis vorzugsweise dann Carcinom auftritt, wenn die Epidermis glandis durch eine schützende Phimose weich und empfindlich (besonders für verhaltenes Präputialsecret) erhalten wird, wogegen die freigetragene abgehärtete Eichel gegen maligne Neubildungen relativ immun ist.

Nach anderen disponirenden oder Gelegenheitsursachen zu suchen: Masturbation, Excesse in venere, präextisrende gutartige Geschwülste u. s. w. fehlt es mir an jedem Anhalte. Auffallend ist, dass von unseren sechs Nulliparen zwei ein Mal und eine zwei Mal steril verheirathet waren.

Erblichkeit ist in einem Falle nachgewiesen (Nr. 14).

Was den Sitz der Neubildung betrifft, so ist nicht zu übersehen, dass in vielen Fällen dieselbe bereits so um sich gegriffen hatte, dass die primär afficirte Stelle nicht mehr zu eruiren war. — Es fanden sich die Scheide ringförmig umgebend wahrscheinlich neun Krebse (darunter Morgagni und Credé). In vier Fällen davon ist ausdrücklich erwähnt, dass die Vagina fast ihrer ganzen Längsausdehnung nach befallen gewesen sei.

An der hinteren Wand befand sich die Neubildung — es sind dazu auch die Fälle gerechnet, wo an der vorderen Wand eine, wenn auch nur schmale, immerhin aber doch vom Laquear bis zum Introitus continuirlich verlaufende gesunde Schleimhautbrücke bestand — 9 Mal, rechts hinten 1 Mal (Wagner), an der vorderen Wand 2 Mal (Nr. 14 und 15), an der rechten Wand 1 Mal (Nr. 6), an beiden seitlichen 1 Mal (Nr. 18). Ausserdem findet sich bei 1 Falle von ringförmigem Sitze die Angabe, dass die Wucherung an der hinteren Wand prädominirte (Nr. 3).

Von den 19 West'schen Fällen sass der Tumor 11 Mal ringförmig, 6 Mal an der hinteren, 1 Mal an der vorderen Wand.

1) Klinik, S. 683.

Es theilt also der Krebs die Eigenschaft der anderen Neubildungen der Vagina, eine Prädilectionsstelle an der hinteren Wand der vorderen gegenüber zu besitzen. Andererseits aber unterscheidet er sich dadurch von dem vom Uterus auf die Scheide fortgesetzten Krebse, welcher am häufigsten (Cruveilhier) und am intensivsten (Walshe, Wagner) die vordere Wand der Vagina befällt. Einen Grund für die Vorliebe der Tumoren für die hintere Wand kann ich nicht angeben.

Vielleicht reichen meine gesammelten Angaben noch hin, um bezüglich der ersten Symptome, welche der primäre Scheidenkrebs macht, etwas festzustellen.

West sagt S. 745:

„Es scheinen einfache, schmerzlose Hämorrhagien etwas seltener zu sein als bei Gebärmutterkrebs, ein Umstand, für den der Sitz der Krankheit beim Vaginalkrebs wohl eine ausreichende Erklärung liefert.“

In meiner Zusammenstellung sind 12 Mal Symptome notirt; dieselben bestanden

in blossen Schmerze	1 Mal,
in Blutungen ohne Schmerz	4 Mal,
„ mit Schmerz	4 „
in Ausfluss ohne Schmerz	2 „
„ mit Schmerz	1 „ .

Es bestanden demnach Excretionsanomalien ohne Schmerz 6 Mal, mit Schmerz 5 Mal, blosser Schmerz, und zwar durch Coitus erzeugt, 1 Mal (Nr. 21). — Diese Angaben bestätigen daher West's Aussage nicht, dass Schmerz als frühzeitiges Symptom etwas häufiger auftrete, als bei Uteruskrebs.

Bedenkt man, dass ein Carcinom nur in den allerseltensten Fällen wirklich spontan oder auf Insulte empfindlich ist, dass ferner ein Tumor in der Vagina schon eine recht bedeutende Grösse erlangen kann, ehe er abnorme Sensationen — Druck, Pressen nach unten — erregt, analog der Thatsache, dass Pessarieren bis zur riesenhaftesten Grösse meist ohne die geringste Empfindung getragen werden, so würde es mich geradezu wundern, wenn beim Scheidenkrebs nicht auch wie beim Gebärmutterkrebs die Blutung gegenüber dem Schmerze als erstes Symptom in den Vordergrund treten sollte. Das Gewebe des kleinsten Carcinomknötchens ist relativ morsch, leicht verwundbar. Während nun die Portio vaginalis in dem Beckeneingange einmal durch

ihre hohe Lage, dann durch die freie Beweglichkeit des Uterus, welche sie theilt und welche sie beim Carcinoma uteri erst verliert, wenn tiefere Infiltration und Uebergreifen des Tumors auf das Laquear stattgefunden hat, vor Läsionen geschützt ist, so sind leicht verletzliche Stellen der Vagina durch Coitus, Defäcation andere zufällige Insulte gefährdet und zu Blutungen disponirt. (Blutungen nach Coitus sind zwei Mal angegeben.) — Schmerz scheint der Vaginalkrebs auch nicht eher zu erregen, als bis die Neubildung nach der Tiefe zu die Vaginalwunde überschritten hat.

Eine weitere Ausführung dieses Themas gestattet die Dürftigkeit der gesammelten Angaben nicht.

Es ist nun ersichtlich, dass der Werth einer Statistik von vierundzwanzig Fällen ein bedeutender nicht ist, und ich halte ihn sicher am allerwenigsten dafür. Wenn ich dennoch gewagt habe, aus den wenigen Noten zu Resultaten und Schlüssen zu kommen, so möchte ich dieselben nicht als durch Erfahrung bestätigte Sätze aufstellen. Die Erfahrung über den primären Scheidenkrebs ist bis jetzt zu gering; das Gesagte kann daher nur den Werth der Thesen haben, welche erst durch weitere Erfahrung bewiesen werden sollen.

Sollte ich mich zum Schluss noch über die Häufigkeit des primären Scheidenkrebses aussprechen, so inclinire ich zu West's und Wagner's Ansicht. Ich glaube bestimmt, dass mancher primäre Vaginalkrebs mit in den grossen Topf des gemeinen Uteruskrebses geworfen wird, nur, weil er bereits auf die Portio übergekreichen war, und beide Affectionen bei der ersten Consultation oder auf dem Sectionstische nebeneinander gefunden wurden. In Fällen jedoch von Carcinoma uteri et vaginae von dem geringeren oder stärkeren Ergriffensein des einen Organes auf ein Primär oder Secundär schliessen zu wollen, ist, wie bereits gesagt, falsch. Hier ist nur durch klinische Beobachtung zu entscheiden möglich, welches das primär ergriffene Organ sei, und solche Beobachtung liegt für die Vagina bisher nur in 3 Fällen, 5, 20 und meinem zweiten vor.

Ende November 1875.
