

# Ueber chronische, hyperplasirende Endometritis des Corpus uteri

(Endometritis fungosa).

Von

**R. Olshausen.**

(Mit Abbildungen Tafel IV.)

---

Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass, trotz unserer jetzt so vervollkommeneten gynäkologischen Untersuchungsmethoden, nicht so ganz selten selbst für chronische Uterinblutungen die genaueste Untersuchung und Beobachtung der Kranken eine deutliche Ursache nicht ergiebt. Hat man örtliche, durch die Palpation erkennbare Krankheiten des Uterus und der Ovarien nicht entdecken können, auch Herzkrankheiten, Lungenaffectionen und Zustände von sogenannter Blutdissolution, welche als Ursache angesehen werden könnten, ausgeschlossen, so wird man zwar heute bei länger dauernden, erheblichen Uterinblutungen die Eröffnung der Uterushöhle nicht mehr unterlassen, um hier die verborgenen Ursachen womöglich zu entdecken; aber oft genug, ja meistens, kann man wohl behaupten, wird auch hierdurch kein Licht in die Sache gebracht, wenn nicht eine ganz evidente Vergrösserung des Uterus, zumal auch Zunahme im Dickendurchmesser und andere Erscheinungen einen abnormen Inhalt schon vorher mit ziemlicher Sicherheit hatten vermuthen lassen. Meistens wird der gehoffte Polyp nicht gefunden, und man begnügt sich dann schliesslich mit der Diagnose einer functionellen Blutung, womit freilich das vorhandene Dunkel nicht aufgeklärt wird.

Am häufigsten sind es wohl Frauen aus dem Alter der erlöschenden Geschlechtsfunctionen, bei denen derartige Blutungen ohne erkennbare Ursache zur Beobachtung kommen und, mag man über die Häufigkeit streiten, so wird doch der Erfahrene die Thatsache nicht leugnen können.

Ich glaube nun in einer eigenthümlichen Erkrankung der Schleimhaut eine Ursache für chronische, oft sehr erhebliche Blutungen erkannt zu haben, welche mir, wenn auch nicht alle, so doch sehr viele dieser sonst unerklärten Blutungen klar zu machen scheint. Wenn gleich ich nicht behaupten kann, etwas vollständig Neues zu bringen, so darf ich doch sagen, dass in Deutschland die Krankheit bisher so gut wie unbekannt ist, da weder die Lehrbücher irgend etwas darüber enthalten, noch sonst die Literatur Anderes als höchstens Andeutungen über die Affection bringt. Und doch handelt es sich um eine klinisch wie anatomisch wohl charakterisirte Krankheitsform, welche mit anderen Zuständen nicht zu verwechseln ist, und an und für sich, ohne jede Complication, ein wichtiges, ja mitunter schweres Leiden darstellt, welches seine ganz bestimmte, energische Therapie verlangt und in jedem Lehrbuche seine Erwähnung nicht nur, sondern seine gründliche Besprechung verdiente.

Neu ist indessen die Sache deshalb nicht, weil in der That die Franzosen in den 40er und 50er Jahren dieses Jahrhunderts die Krankheit sehr wohl gekannt und klinisch gut beschrieben haben, ja auch anatomisch ihren Charakter in der Hauptsache richtig festgestellt hatten. Gab es aber schon damals in Frankreich Leute, welche das Bestehen der Affection leugneten und vor Allem die von Récamier dagegen vorgeschlagene Behandlung perhorrescirten, so scheint gar in neuerer Zeit auch in Frankreich die Sache wieder mehr in Vergessenheit zu gerathen und die Krankheit dort zur Zeit wenig bekannt zu sein. In England aber und Deutschland sind die Angaben der französischen Autoren niemals genügend beachtet worden.

Es soll nun zunächst geschildert werden, wie die Krankheit in den mir vorgekommenen Fällen sich präsentirte, wie und mit welchen Erfolgen sie behandelt wurde, und in welcher anatomischen Veränderung der Schleimhaut sie bestand:

Die Erkrankten gehören dem zeugungsfähigen Alter an oder können über dasselbe auch schon hinaus sein. Sie suchen ärztliche Hilfe wegen Uterinblutungen, an welchen sie seit Monaten oder

Jahren leiden. Die Blutungen sind in einigen Fällen allmählig eingetreten, zunächst als verstärkte Menstruation, so dass der genauere Termin des Beginnes der Affection nicht angegeben werden kann; in anderen Fällen hat eine profuse Blutung, menstruale oder nicht menstruale, bei bisher völliger Gesundheit, die ganze Erkrankung eingeleitet. Die erste Blutung fällt bisweilen in das erste Viertel- oder Halbjahr nach überstandenen Wochenbett. Die Blutungen sind in den meisten Fällen anfangs discontinuirlich, wobei dann die noch einigermassen typischen, menstrualen Blutverluste durch Intensität und Dauer vor den dazwischen liegenden, schwächeren Blutungen sich auszeichnen. Später werden die Blutungen sehr gewöhnlich continuirlich, Monate lang ununterbrochen fortdauernd. Dabei kommt es aber bisweilen vor, selbst in den späteren Stadien der unaufhörlichen, blutigen Absonderungen, dass plötzlich die Blutung gänzlich und selbst für einige Monate still steht. Vielleicht hat diese zeitweise Amenorrhoe dann aber nur ihren Grund in dem hohen Grade der eingetretenen Anaemie, wie man dies ja auch nach erschöpfenden Uterinblutungen aus anderen Ursachen nicht selten beobachtet.

Bei den Monate hindurch perpetuirlichen Ausscheidungen handelt es sich übrigens öfter um stark blutige, seröse Flüssigkeiten, als gerade immer um eigentliche Blutungen. Hat die Absonderung aber aufgehört blutig zu sein, so existirt auch keinerlei andere Secretion bis zur Wiederkehr blutiger Ausscheidungen; oder es besteht doch nur eine geringe seröse Ausscheidung, welche die Kranken nicht belästigt, ihnen kaum bemerklich wird.

Von Schmerzen sind die Blutungen gewöhnlich nicht begleitet oder es sind geringe Schmerzen vorhanden, welche sich als Uterincontractionen charakterisiren, die durch die Ansammlung des Blutes im Uterus hervorgerufen werden.

Auch sonst sind die Kranken von Schmerzen in der Regel verschont (anders freilich lauten die Angaben der französischen Autoren). Von meinen Kranken klagten nur die wenigsten über Schmerzen im Kreuze und Leibe; nur eine klagte in erheblicher Weise über unaufhörliche Kreuzschmerzen und einseitigen, sehr lästigen Leibscherz.

Die übrigen Klagen beziehen sich nur noch auf die durch die Blutverluste hervorgerufene Anaemie. Dieselbe war in allen Fällen sehr sichtlich und von der Art, dass man den Kranken ansah, sie seien durch Blutverluste anämisch geworden. In eini-

gen Fällen erreichte die Anaemie nahezu den höchsten Grad, wie man ihn durch chronische Blutungen nur hervorgebracht sehen kann. Dann war auch der Appetit in hohem Grade vermindert oder fehlend, der Schlaf schlecht, und selbst Oedeme an den unteren Extremitäten fehlten nicht.

Kam es nun zur Untersuchung, so konnte die Palpation in der Mehrzahl der Fälle nichts Auffälliges an den Genitalorganen entdecken. Einige Male erschien allerdings die Portio vaginalis ungemein weich, mehrmals auch das Orificium externum uteri und der untere Theil des Cervix klaffend. Doch konnte dieser Befund keine Aufklärung geben. Die Lage des Uterus war in allen Fällen eine normale. Das Volumen des Organes war nicht deutlich vermehrt zu nennen; in anderen Fällen bestand eine deutliche, in noch anderen eine nicht unerhebliche Vergrösserung, ohne Anomalie der Form. Nur in einem Falle erreichte der Uterus, wenigstens in der Längenausdehnung, ungefähr die Grösse eines drei Monate schwangeren. Natürlich ergab sich die Verlängerung der Höhle dann auch aus der Sondirung, welche in dem eben erwähnten Falle eine Länge des Uterus von 12 Cm. zeigte. Die Sonde, obgleich sie sich immer leicht und ohne Anstoss einführen liess, zeigte sich fast in allen Fällen nach der Herausnahme deutlich mit Blut bedeckt, oder rief selbst eine Blutung von einiger Dauer sofort hervor — ein Umstand, der als positives Zeichen einen diagnostischen Werth hat, so wenig derselbe natürlich auch eine Sicherheit giebt. Die Einführung der Sonde war fast immer völlig schmerzlos. In Einem Falle war jedoch der obere Theil der Corpushöhle und besonders das Anstossen des Sondenknopfes an den Fundus schmerzhaft.

Ging man nun zur Eröffnung der Uterushöhle mittels Laminaria über, so zeigte sich diese in der Mehrzahl der Fälle leicht, d. h. schnell und mit wenig oder gar keinen Schmerzen bewerkstelligt. Beides hatte seinen Grund gewiss in der öfter constatirten Weichheit des Cervix uteri. War die Eröffnung vollendet, so fühlte der eingeführte Zeigefinger regelmässig die Cervicalwand normal, die Falten durch den Druck der Laminaria verstrichen. Nur in einem Falle (s. unten Nr. 7) bestand eine wohl zufällige Complication. Auch am Orificium internum und in dessen nächster Nähe fühlte man bisweilen nichts Abnormes, in anderen Fällen aber sofort weiche, schwammige Massen, welche von oben herkommend an der Wand des Uterus bis zum Orificium internum

hinabreichen oder der Oeffnung desselben auflagen. Wären derartige Massen hier nicht zu fühlen, so konnte der Finger auch bei weiterem Vordringen zunächst meist keine deutliche Anomalie und vor Allem keinen abnormen Inhalt der Uterushöhle, keine an der Wandung etwa adhärirenden, polypenartigen Gebilde constatiren. Gelang es aber, die Spitze des Zeigefingers bis zum Fundus uteri zu bringen, so konnte man hier gewöhnlich aufs Deutlichste erkennen, wie die Schleimhaut in hohem Grade verdickt, ungemein weich, dabei aber uneben war. Bei genauem Tasten, besonders wo dasselbe durch grosse Weite der Höhle erleichtert war, konnte man aber auch an Stellen der seitlichen Wand in mehr oder minder grosser Ausdehnung, ja selbst überall wahrnehmen, wie die Schleimhaut in einem enormen Grade von Auflockerung und Wulstung sich befand, wie sie förmlich ein weiches Kissen darstellte, in welches die Spitze des Fingers sich eindrücken konnte. Erhebliche Unebenheiten dagegen fühlte der Finger an den seitlichen Wandungen nicht, weil dieselben unter dem Drucke des Laminariastiftes temporär ausgeglichen waren. Hierin liegt auch jedenfalls der Grund, warum selbst jetzt, wo Laminaria und Pressschwamm seit Jahren in der gynäkologischen Praxis allgemein angewendet werden, die geschilderte Krankheit in der Regel verkannt worden sein mag und darum unbekannt geblieben ist. Der eingeführte Finger bekommt in der Mehrzahl der Fälle nicht sogleich etwas Auffälliges zu fühlen, am wenigsten den meistens gesuchten Polypen.

Die Art und Weise, wie die Behandlung dieses Zustandes der Schleimhaut einzuleiten ist, ist die, dass man mit der Curette die enorm verdickte Schleimhaut entfernt. Als ich das erste Mal dies Verfahren anwandte, that ich es, wie ich nicht leugnen will, mit einiger Furcht und dem entsprechend zaghaft. Es war mir genugsam bekannt, dass die deutschen Schriftsteller, wo sie Récamier's Curette erwähnen, nur mit Spott oder scharfem Tadel dieser anscheinend rohen Verfahrensweise gedenken; und roh und gewagt kam auch mir das Verfahren vor. Jetzt bin ich von der absoluten Nothwendigkeit, in den in Rede stehenden Fällen die Curette zu gebrauchen, ebenso sehr überzeugt, als von der Geringfügigkeit des Eingriffes, und bin dazu durch die Erfahrungen berechtigt.

Wenn man durch den genügend erweiterten inneren Muttermund die Curette (und zwar die von Sims angegebene) hindurch-

geführt und mit ihr nur ein- oder zweimal, selbst ohne absichtlich zu schaben, in der Uterushöhle auf- und abgefahren ist, so bringt man damit oft schon ein Stück der abnormen Schleimhaut hervor. Schabt man damit unter einigem Drucke, so gelingt es jedesmal, sofort grosse und vor Allem dicke Stücke der abnormen Schleimhaut zu Tage zu fördern. Hatte der Finger nicht constataren können, wo oder in welcher Ausdehnung die Schleimhaut in abnormer Wucherung sich befand, so ist man nun auf das Gefühl mittels der Curette angewiesen. Dies ist freilich ein unvollkommenes Hilfsmittel und läuft nicht selten auf ein Probiren hinaus; denn Unebenheiten der Innenfläche fühlt man in den wenigsten Fällen deutlich, sondern mehr nur die Weichheit des Gewebes, zumal beim Anstoss des Instrumentes gegen den Fundus. In einigen Fällen indess fühlte man deutlich, dass nach dem vollständigen Abkratzen der Schleimhaut eine mit zahlreichen, sehr festen, aber kleinen Prominenzen besetzte Uterinwand zurückblieb.

Der Act des Abschabens geht ohne nennenswerthen Blutverlust von Statten; und ebenso wenig folgt ein solcher hinterher. Es besteht vielmehr vom Momente, wo das Evidement beendet ist, nur ein schwachblutiger Ausfluss, und auch dieser ist in wenigen Tagen serös ohne blutige Beimischung geworden. Der Act des Abschabens ist für die Kranken stets von unangenehmen Empfindungen begleitet, doch nur in der Minderzahl der Fälle wirklich schmerzhaft, wenn gleich er es zwei Mal in recht erheblichem Grade war. Narkose kam jedoch niemals dabei in Anwendung. Die Herausführung der Curette zum Behuf der Entleerung der abgeschabten Massen und die Wiedereinführung, um in der Manipulation des Evidement fortzufahren, geschah oft ein Dutzend Male und mehr. Später habe ich das häufige Passiren des Cervix mehr beschränkt und lieber gleich anfangs soviel wie möglich losgeschält. Zum Herausbefördern der losgelösten Massen ist freilich ein mehrmaliges Aus- und Einführen immer nöthig, und muss man schliesslich immer wieder so lange mit dem Schaben fortfahren, bis die Versuche kein Resultat mehr haben und die Curette leer aus dem Uterus zurückkehrt.

Die Sims'sche Curette, welche einen biegsamen, neusilbernen Griff hat, dürfte kaum der Verbesserung fähig sein. Sie ist zum Abschaben der kranken Schleimhaut so gut geeignet, wie zum Herausführen der Massen. Das Récamier'sche Instrument, in Form eines Ohrlöffels mit langer Rinne, ist jedenfalls ungleich

unvollkommener, und verdient wohl nicht mehr angewandt zu werden; und das Kristeller'sche Instrument kann ich nur für eine verunglückte Nachmung des Sims'schen ansehen. Abgesehen davon, dass es wegen fehlender Schärfe des Randes zum Schaben nicht bestimmt ist, dient es auch mit seiner weiten Oeffnung und seinen durchweg runden Rändern zur Herausbeförderung ungleich schlechter als die Sims'sche Curette.

Um auch durch einen engen inneren Muttermund das letztere hindurchführen zu können, kann man sich das Schabeisen auf 5 Mm. in der Breite verschmälert herstellen lassen.

Kommen wir nun zu dem Anatomischen, so ist zunächst das makroskopische Aussehen der entleerten Schleimhautstücke zu erwähnen. Dasselbe ist durchaus eigenthümlich und giebt beim ersten Stücke, welches man aus der Uterushöhle herausbringt, sogleich die Gewissheit, dass man keine normale Schleimhaut vor sich hat. Die entfernten Theile der letzteren zeigen vor Allem eine ganz ungewöhnliche Dicke von 2—5 Mm. Dabei eine verschiedene Grösse, welche jedoch bei dem Verfahren der Entfernung mittels der Curette die Grösse eines Fingernagels selten erreicht. Die Schleimhautstücke sind in der Mehrzahl der Fälle intensiv hyperämisch und zeigen zum Theil deutlich eine glatte Oberfläche und eine rauhe untere Fläche, mit welcher sie dem Mutterboden aufgesessen haben und welche sich deutlich als Wundfläche darstellt. Die einzelnen Stücke der herausbeförderten Massen sehen nicht nur in jedem einzelnen Falle, sondern überhaupt in allen Fällen makroskopisch einander vollkommen ähnlich oder vielmehr gleich. Sie zeigen nie das körnige Gefüge, welches die von einem Carcinom des Uterus mit dem scharfen Löffel oder dem Fingernagel abgetrennten Stücke zu haben pflegen. Auch sehen sie weniger gelblich aus, sondern mehr transparent, ohne jedoch darum der Oberfläche der Schleimhautpolypen ähnlich zu sehen. Sie zeigen vor Allem keine cystischen Bildungen, wie man sie auf grösseren Schleimhautpolypen zu sehen gewohnt ist. Nur ein Mal sah ich an einem Stücke der erkrankten Schleimhaut eine mit blossen Auge erkennbare, doch sehr kleine, cystische Bildung. Uebrigens war auch die Form der entleerten Stücke niemals eine derartige, dass man etwa hätte annehmen können, es wären gestielt aufsitzende, massenhafte Wucherungen gewesen. Weder wurden Formen jemals beobachtet, in denen man einen ganzen Schleimhautpolypen hätte erkennen können, noch konnten die

Stücke ihrer Form nach von der Zertrümmerung eines solchen herrühren.

Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass es sich um eine stark hypertrophirte Uterusschleimhaut mit Vermehrung aller ihrer Elemente handelt, mit einer mässigen Dilatation der Drüsenlumina, Erweiterung der Blutgefässe und starker, zelliger Infiltration des Bindegewebes.

An glücklichen Schnitten lässt sich zunächst das Epithel an der freien, der Höhle zugekehrt gewesenen Fläche der abgekratzten Stücke in der ganzen Ausdehnung verfolgen und zeigt keine Differenzen vom normalen. Bis dicht unter das Epithel reichen an mancher Stelle ectatische Gefässe, zum Theil mit Blutcoagulis gefüllt. Um die Gefässe herum oder doch mehr in ihrer Nähe sieht man häufig eine Menge weisser Blutkörperchen, noch ganz rund und anscheinend frisch, während an anderen Orten, zumal um die grösseren Drüsenlumina herum schon mehr spindelförmige, zu regelmässigen Zügen geordnete Zellen verlaufen. Diese Züge sind als Ausdruck der Ausdehnung der Drüsenlumina anzusprechen und beweisen das Chronische des Vorganges. Die Querschnitte der Drüsen selbst zeigten meist eine normale runde Form. Doch fanden sich auch stark verzogene Drüsenlumina, die vielleicht zum Theil auf die Alkoholerhärtung zu beziehen sind. Die Fälle zeigten übrigens in Bezug auf die Dilatation der Drüsenlumina einige Verschiedenheit; das eine Mal war die Erweiterung deutlicher als das andere Mal. Niemals aber kam es zu einer solchen Erweiterung, dass dadurch eine Anzahl cystischer Bildungen hervorgebracht worden wäre, welche das blosse Auge hätte wahrnehmen können. Auch zeigte sich dem Auge niemals etwas, was man dem siebförmigen Anblicke einer Decidua hätte vergleichen können.

Man vergleiche zu dem über das mikroskopische Verhalten Gesagtem die Abbildungen, welche ich, wie die Resultate der mikroskopischen Untersuchung überhaupt, dem Privatdocenten Herrn Dr. Fritsch hieselbst verdanke.

Bevor ich weiter gehe, will ich die neun Fälle, welche mir innerhalb dreier Jahre vorgekommen sind, in Kürze anführen:

1) Frau Goelecke, 47 Jahre, kräftige Bauersfrau, hat 5 Kinder gehabt; keine Aborte. Letzte Geburt vor 5 Jahren. Seit Weihnachten 1870 vielfach Uterinblutungen; seit 6 Wochen continuirlich; seit 3 Wochen intensiv. Sie kommt Anfang April 1871 in Behandlung. Keine Schmerzen. Keine Hypersecretion aus den Genitalien. Die Untersuchung zeigt den Cervix uteri ziemlich stark klaffend, viel-



fach mit harten, rauhen Knötchen besetzt (*Acne hyperplastica colli uteri* — Virchow). Dieselben zeigen keine Neigung bei der Berührung zu bluten. Anders die Innenfläche der Gebärmutterhöhle, welche bei leisester Einführung der Sonde sofort eine Quantität Blutes ergiesst. Nach Eröffnung der Höhle mittels *Laminaria* fühlte man über dem inneren Muttermunde weiche Massen, welche jedoch nicht lose darauf lagen. Die eingeführte Curette entleerte nach und nach etwa 2 Esslöffel voll der oben beschriebenen Massen, wozu sie wohl 20 Mal in einer Sitzung in den Uterus eingeführt werden musste. Die Höhle war deutlich dilatirt; der Uterus auch von aussen nicht wenig vergrössert zu fühlen.

Es folgte keinerlei Reaction. Die Kranke verliess das Hospital nach 4 Tagen. Nach  $\frac{1}{2}$  Jahre waren die Blutungen noch nicht wiedergekehrt.

Erst jetzt, nach  $3\frac{3}{4}$  Jahren, ist es mir gelungen, die Patientin wieder zu sehen. Eine reichliche Menstruation hat sie behalten; doch hat sie niemals atypische Blutungen wieder bekommen, niemals ärztliche Hilfe wieder in Anspruch genommen, und sie verrichtet ohne Anstand ihre schwere Arbeit. Die Untersuchung ergab mir einen nicht deutlich vergrösserten Uterus. Die eingeführte Sonde erregte weder Schmerz noch Blutung. Hiernach ist es möglich, aber nicht erwiesen, dass wirklich eine radicale Heilung durch das einmalige Evidement erfolgt ist.

2) Fr. Z., Gutsbesitzersfrau, 49 Jahre, hat 10 Mal geboren, das letzte Kind vor 15 Jahren. Als sie Mitte September 1871 zuerst in meine Beobachtung kam, hatte sie seit etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahren die menstrualen Blutungen zu oft und zu profus; vom October 1870 an blutete sie 6 Monate fast unaufhörlich. Dann kam sie in Behandlung des Dr. Bosch in Aalen (Württemberg), welcher die Kranke mittels der Curette und intrauteriner Cauterisation behandelte. Hiernach im Juni 1871 nur 3tägige, aber profuse Menstruation. Bis Ende September kamen dann nur selten und geringe Blutausscheidungen. Dann 14tägige Blutung und nach kurzer Pause wieder eine vielwöchentliche. In dieser fand ich die Kranke Mitte December 1871. Die sonst kräftige Frau war nicht unerheblich anämisch und klagte in Folge dessen über Ohrensausen und Kurzathmigkeit. Keine Schmerzen. Uterus bedeutend und zwar gleichmässig nach allen Richtungen hin vergrössert. Rund um die Portio vaginalis fühlte man die gleichmässige Verbreiterung des Corpus uteri. Die Sondirung ergab eine Höhle von 11 Cm. Länge. Durch den künstlich dilatirten Cervix erreicht der Finger in der Nähe des Orificium internum nichts Abnormes. Weiter mit dem Finger vorzudringen war nicht möglich. Die Curette holte jedoch sofort eine Masse heraus, die in ihrem Ansehen einigermaßen einem Plexus chorioideus glich. Das Evidement zeigte sich ziemlich schmerzhaft. Keine Reaction. Nach vier Wochen reichliche Menses. Dann folgte 6wöchentliche Amenorrhoe. Im Januar 1872 fand ich den unteren Theil des Cervix noch geöffnet, die Uterushöhle noch 10 Cm lang. Die eingeführte Sonde war nicht blutig.

Im Juni desselben Jahres kam Pat. wieder in Behandlung des Dr. Bosch, welcher nach seiner eigenen gütigen Mittheilung die Kranke wiederum hochgradig anämisch fand, die Uterinhöhle erweitert, die hintere Wand des Corpus und Cervix rigide. Er nahm ein ulcerirtes Papillom an und machte jetzt Abspinselungen mit fast reinem Liq. ferri sesquichl., sodann mit unverdünnter Jodtinctur. Nach 8 Tagen stand die Blutung, kehrte jedoch 9 Tage später in heftiger Weise wieder, und wurde durch dieselben Mittel, sowie Eisbeutel und Ergotin abermals zum Stehen gebracht. Die Kranke erholte sich dann unerwartet rasch. Die Besserung dauerte bis November desselben Jahres. Dann begannen die Blutungen von Neuem, ohne jedoch, wie es scheint, die alte Heftigkeit zu erreichen. Im März 1873 wurde Fr. Z. bei völligem Wohlbefinden, auf dem Sopha sitzend, plötzlich von einem blitzartigen Schmerze im Unterleibe befallen. Es traten einige durchfällige Stühle ein; anhaltendes Würgen und Erbrechen. Dieses und der Schmerz dauern fort, bis sie 27 Stunden nach dem Beginne des Zustandes bei vollem Bewusstsein stirbt. Die behandelnden Aerzte nahmen eine innere Ruptur an, konnten aber die Section nicht erlangen.

Auf die Möglichkeit des Zusammenhanges dieses plötzlichen Todes mit der uterinen Erkrankung komme ich hernach zu sprechen.

3) Eberstein, 21jährige Nullipara, ledig, leidet seit 2 Jahren an discontinuirlichen Blutungen, die oft viele Wochen anhalten. Keine Schmerzen. Keine auffällige Anämie. Sie hatte in letzter Zeit eine 6wöchentliche Pause in den Blutungen gehabt. Fluor albus fehlt. Der Uterus zeigte sich nach jeder Richtung hin etwas vergrößert. Die Portio vaginalis ist auffällig weich. Die mit der Curette entfernten Massen zeigen die charakteristischen Eigenschaften, und sind nicht sehr voluminös.

4) Frau Rechtsanwält R. . . , 28 Jahre, hat vier Kinder gehabt, keine Aborte. Die letzte Geburt war normal, das Wochenbett ohne Erkrankung und speciell ohne abnormen Blutverlust verlaufen. Frau R. stillte ihr Kind nicht. Neun Wochen nach der Entbindung erste, nicht profuse Menstruation; von nun an wurden die Menstruationen ungemein reichlich, verliefen jedoch ohne Schmerzen. Pat. hatte aber anhaltend sehr heftige Kreuzschmerzen. Sie wurde appetitlos und fühlte sich sehr matt und angegriffen. Die Untersuchung ergab einen etwas antevierten, deutlich verlängerten, aber sonst nicht vergrößerten Uterus. Der Muttermund klappte etwas. Die verordneten inneren Mittel — Eisenpräparat und Ergotin — schienen anfangs auf die Blutungen günstig einzuwirken. Doch trat bald wieder Verschlechterung ein. Die Blutungen wurden ungemein profus, kamen bis neun Tage zu früh. Es ging ausserhalb der Menses häufig ein dicker, gelber Schleim unter wehenartigen Schmerzen ab, und dann pfliegte anderen Tages eine dünne, blutige Absonderung zu folgen. Die Blutabgänge, besonders die menstrualen, sollten einen höchst unangenehmen Geruch zeigen. Zu diesen Beschwerden kam endlich ein continuirlicher, linksseitiger Schmerz im Unterleibe.

Als ich die Kranke unter solchen Umständen 14 Monate nach der ersten Consultation wieder sah, waren seit der Geburt 19 Monate verflossen. Die Kranke war hochgradig anämisch und entsetzlich abgemagert. Als Sitz der continuirlichen Schmerzen gab sie eine Stelle an, welche dem mittleren Theile der linken Fossa iliaca entsprach. Die genaueste Untersuchung liess hier weder das Ovarium, noch sonst einen Körper entdecken, welcher der Sitz der Schmerzen hätte sein können. Doch war der Uterus in der Gegend der linken Tubeninsertion ziemlich druckempfindlich, und schien der in der Fossa iliaca empfundene Schmerz vom Uterus her irradiirt zu sein, denn jede Bewegung, welche der untersuchende Finger dem Uterus ertheilte, erregte an dieser Stelle Schmerzen. Ausser einer geringen eitrigen Secretion, welche dem Muttermunde entquoll, und einem etwas auffälligen Klaffen des Muttermundes konnte die Untersuchung nichts Pathologisches entdecken. Nachdem die Eröffnung des Cervix so weit gebracht war, dass die Fingerkuppe das Orificium internum passiren konnte, fühlte man demselben weiche Massen aufliegen. Nach der nunmehr vollständig bewerkstelligten Eröffnung gelang es, wenngleich nur mit grosser Mühe, die Uterushöhle vollständig abzutasten. Die Höhle des Cervix war vollkommen normal. Unmittelbar über dem Orificium internum aber fühlte man die Innenfläche mit einer ungemein dicken, weichen, glatten Schleimheit ausgepolstert; nur oben im Fundus konnte man drei oder vier weiche, flache Wulste erkennen, welche übrigens ohne deutliche Grenze in einander übergingen. Die Curette entleerte  $1\frac{1}{2}$  Theelöffel voll der beschriebenen, weichen Massen (27. April 1874). Die zwei ersten Tage keinerlei Reaction. Schwach röthlicher Ausfluss. 48 Stunden nach dem Evidement heftiger Schüttelfrost, dem Hitze, Durst und eine zur Hälfte schlaflose Nacht folgten. Der Leib war selbst bei tiefem Drucke unempfindlich. Anderen Abends war Pat. fieberlos und reiste einige Tage später nach Hause.

Es trat sofort Besserung ein. Die Menses erschienen zwar noch reichlich, waren jedoch von kurzer Dauer, regelmässig und das Blut geruchlos. Die anderweitigen Absonderungen verloren sich. Die Kreuzschmerzen und der seitliche Schmerz der Fossa iliaca hörten ganz auf. Als ich nach sechs Monaten (28. October 1874) Patientin wieder sah, war das Aussehen besser, doch noch blass; das Allgemeinbefinden und der Schlaf gut; die Kräfte gut. Der gut abtastbare Uterus war nicht vergrössert und überhaupt normal. Die leicht eingeführte Sonde kam sehr blutig wieder zum Vorschein (zwei Tage nach beendigter Menstrualblutung).

Anfang Februar 1875, also zehn Monate nach dem Evidement, meldete sich Pat. wieder. Seit drei Malen waren die übrigens normalen Menses in immer mehr gesteigertem Maasse aufgetreten, und ein Theil der früheren Beschwerden hatte sich wieder eingestellt; besonders die Kreuzschmerzen und der linksseitige Schmerz. Auch das Allgemeinbefinden und die Stimmung hatten bereits gelitten. Doch war die Anämie viel weniger hochgradig als früher. Nach der her-

gestellten Dilatation der Uterushöhle fand sich, dass deutliche Wulstung der Schleimhaut nur in der linken oberen Ecke des Uterus zu fühlen war. Hier war auch der gut abtastbare, wieder deutlich vergrösserte Uterus allein druckempfindlich. Um sicher zu gehen, schabte ich nichtsdestoweniger die ganze Uterushöhle aus, entfernte jedoch nicht mehr als einen kleinen  $\frac{1}{2}$  Theelöffel voll der bekannten Massen. Keine Reaction. Kaum irgend welche blutige Aussonderung. Schon am Abend desselben Tages, an welchem das Evidement gemacht war, gab mir Pat. spontan an, der linksseitige Schmerz sei verschwunden.

Ich begnügte mich dieses Mal nicht mit der Auskratzung, sondern pinselte zwei Tage darauf die ganze Uterushöhle mit unverdünnter Jodtinctur aus, was die Weite des Cervix sehr vollkommen gelingen liess.

Epicrise: In diesem Falle waren die Beschwerden ungewöhnlich zahlreiche und intensive. Der von den französischen Autoren häufig erwähnte putride Geruch der Ausscheidungen war hier ein der Kranken sehr fatales Symptom gewesen und verschwand sofort mit Beseitigung der Wucherungen. Auch fand sich hier der von Rouyer, Nélaton (s. unten) u. A. betonte einseitige Schmerz — der einzige Fall, in welchem ich denselben als hervorragendes Symptom beobachtet habe. Das Recidiv und der jedesmalige sofortige Erfolg der Auskratzung zeigten deutlich, wie der Schmerz lediglich durch die vorhandenen Schleimhautwucherungen bedingt war. Das Recidiv war jedenfalls ein örtlich noch sehr beschränktes geblieben, wie die Austastung der Uterushöhle und die geringe Quantität der entfernten Massen bewies. Der Ausgangspunkt des ganzen Leidens war unzweifelhaft die Gegend der linken Tubeninsertion.

5) Fr. Rappold, 37 Jahre, 13 Jahre steril verheirathet, leidet seit einem Jahre an irregulären Blutungen, welche zuerst in Folge des Beischlafs auftraten. Sie wurden dann mehr continuirlich, mit nur kurzen Pausen, übrigens niemals besonders profus. In den freien Zeiten bestand keinerlei andere Absonderung. Keine Schmerzen. Das Allgemeinbefinden der sonst gesunden, kräftigen Frau hat in keiner Weise gelitten. Die Untersuchung gab keinerlei Aufschluss. Nachdem noch einige Monate mit zeitweiliger Besserung verfloren waren, folgte der am 3. März 1874 rechtzeitig eingetretenen Menstruation am 17. desselben Monats schon wieder eine neue, nicht unerhebliche Blutung von sechstägiger Dauer. Am 26. März 1874 wurden nach vorgängiger Dilatation grosse Massen dicker Wucherungen mit der Curette entleert. Sie schienen an der ganzen Innenfläche des Uterus zu sitzen. Das Abschaben war sehr empfindlich. Keinerlei Reaction.

Es soll jedoch hier, ausnahmsweise, dem operativen Eingriffe ein lange dauernder, schwach blutig tingirter Ausfluss gefolgt sein.

Als ich die Pat. nach sieben Monaten (November 1874) wieder sah, waren die Menses regulär, von nur dreitägiger Dauer und viel schwächer als früher. Die letzten anderthalb Wochen vor jeder Men-

struation findet eine unblutige Absonderung statt. Die in den Uterus eingeführte Sonde zeigt sich über und über mit Blut bedeckt.

Ein Recidiv wird auch hier vermuthlich schon eingetreten sein und eine zweite Behandlung bald nöthig machen.

6) Fr. Kuhn, 52 Jahre, den wohlhabenden Ständen angehörig, hat 10 Kinder geboren und ein Mal abortirt. Vor 12 Jahren letzte Geburt. Als sie 1871 in meine Behandlung kam, bestanden schon seit 6—8 Jahren reichliche Menstrualblutungen, die sich immer mehr gesteigert hatten, und schliesslich zehn Tage in starkem Maasse andauerten, bei einer Zwischenpause von 16—18 Tagen. Der Uterus ist merklich vergrössert, ohne jegliche Höcker; die Portio vaginalis sehr voluminös; der Cervix stark faltig, wie so oft in dem klimakterischen Alter. Dem inneren Muttermunde aufliegend fand man eine weiche Masse, welche ich mich damals (Mai 1871) wegzunehmen begnügte. Sie hatte die Grösse eines Daumennagels und war mehrere Linien dick. Im Jahre 1873 bekam ich die Kranke wegen Recidivs wieder in Behandlung und entfernte jetzt grössere Massen. Die Menstruationsblutungen verloren an Heftigkeit, wurden jedoch im December 1873 schon wieder stärker. Dann folgte von Januar bis März 1874 fast anhaltender Blutabgang. Am 23. März 1874 meldete sich die Kranke wieder. Die Uterushöhle hatte jetzt 9 Cm. Länge. Hochstand des Uterus, sehr dicke Bauckdecken und ein langer Beckenkanal verhinderten es, dass der Finger weiter als bis dicht über das Orificium internum vordringen konnte. Die Curette entfernte jedoch einen Theelöffel voll der bekannten Massen. Dieselben hatten vorzugsweise der vorderen Wand des Uterus aufgesessen. Es folgte keine Reaction. Es folgten noch zwei reichliche Blutungen (April und Juli 1874). Von August bis November haben die Menses vollständig cessirt und werden bei der nunmehr 55jährigen Patientin wohl nicht wieder erscheinen.

Aehnlich in Bezug auf die Vergangenheit der Patientin ist der folgende Fall.

7) Fr. v. T., 40 Jahre, grosse Statur; 10 Geburten reifer Kinder, deren jüngstes 10 Jahre alt ist. Seit jeher reichliche Menstrualblutungen, welche seit zwei Jahren profus geworden sind. Keine Dysmenorrhoe. Keine intercurrenten Blutungen. Keine unblutigen Absonderungen. Schliesslich werden die Blutungen perpetuirlich und bringen die Frau körperlich ungemein herunter. Mit der Kreideblässe acuter Anämie auf den Wangen, sah ich die grosse und gut genährte Frau im März 1874. Der dickwandige Uterus war gleichmässig und sehr erheblich vergrössert, so dass er einem Uterus im 3. Monate der Schwangerschaft an Grösse gleich kam. Er war ein wenig nach links vertirt, sonst normal gelagert. Der Fundus zeigte eine bei Druck von aussen recht empfindliche Stelle. Nirgends waren Prominenzen an der Aussenfläche des Uterus fühlbar. Die Portio vaginalis ist ziemlich voluminös und sehr weich. Der geöffnete Muttermund lässt den Finger einige Centimeter in den Cervix eindringen. Der letztere ist sehr rauh, körnig, mit zahlreichen harten

Knötchen besetzt. Dieselben zeigen keine Neigung zur Blutung bei der Berührung. Auch hier war nach der vollständigen Dilatation des Cervix die Austastung der Corpushöhle mit dem Finger aus gleichen Gründen wie in dem vorigen Falle unmöglich. Die Curette liess jedoch über das Bestehen einer Endometritis fungosa keinen Zweifel; es wurden nicht unerhebliche Mengen von Wucherungen entleert (Anfang Juni 1874). Die Auskratzung war sehr schmerzhaft. Keine Reaction.

Der Erfolg war zunächst ein evidenter. Die menstrualen Blutungen setzten sechs Wochen ganz aus, und kamen dann so viel mässiger wieder, dass die Patientin sich in bedeutender Weise erholen konnte. Im September desselben Jahres jedoch trat wieder eine mehrwöchentliche Blutung ein, nach deren Beendigung das therapeutische Verfahren wiederholt wurde, und zwar mit dem augenblicklichen Effect, dass jetzt noch mehr Massen als das erste Mal herausgefördert wurden. Der Hauptsitz war hier wohl die hintere Wand des Uterus. Der Uterus war auch jetzt noch von derselben Grösse; seine Höhle 11 Cm. lang und erheblich weit. Der Fundus war, wie das erste Mal, an einem Theile recht druckempfindlich. Beide Male hatte Tags nach dem Curettement die Empfindlichkeit fast völlig aufgehört. Schon Tags nachher war auch die Absonderung kaum noch blutig. Es folgte dann eine mehrmonatliche Amenorrhoe, welche im December 1874 noch fort dauerte. Uebrigens war der zweiten Ausschabung der Höhle nach zwei Tagen eine Auspinselung der Höhle mit Jodtinctur gefolgt.

Epicrise: Der Fall ist ausgezeichnet durch die Intensität der Blutungen, welche die hochgradigste Anämie hervorgebracht und das Leben der Kranken wohl zeitweise wirklich gefährdet hatten. Andere subjective Beschwerden hatten gefehlt. Doch war die Druckempfindlichkeit des Uterus an einer beschränkten Stelle des Fundus auch hier vorhanden, und verschwand hier, wie in Fall Nr. 4, sogleich mit der Entfernung der Wucherungen. Die Vergrösserung des Organes war in diesem Falle noch erheblicher als in Fall Nr. 2, 4 und 6. Freilich hatten alle diese Frauen wiederholt geboren, und zwar drei unter ihnen jede 10 Mal. Doch wird auf die vorangegangenen Wochenbetten allein die Vergrösserung des Uterus schwerlich zu beziehen sein. Diese Annahme wäre um so weniger gerechtfertigt, als wiederholt die Verkleinerung des Organes nach Entfernung der hyperplastischen Schleimhaut wahrgenommen wurde und mit der Bildung neuer Wucherungen, wie in Fall 4, auch eine neue Vergrösserung. Man muss die Vergrösserung des Uterus in den bezeichneten Fällen wohl theils als mechanische Dilatation auffassen, wozu die Masse der Wucherungen wohl berechnete, theils als Hyperplasie der Wandungen in Folge des Reizzustandes der Schleimhaut. Die Dickwandigkeit, welche der Uterus in allen Fällen zeigte, sprach gegen eine lediglich mechanische Dilatation der Höhle.

8) Frau Lüder, 23jährige kräftige Bauersfrau, seit 1½ Jahren steril verheirathet, leidet bereits seit drei Jahren an Blutungen, die

schon vor ihrer Heirath gewöhnlich dreiwöchentliche Dauer zu haben pflegten mit nachfolgender achttägiger Pause. Im Sommer 1873 ist ein Vierteljahr lang die Menstruation nach jeder Richtung hin normal gewesen. Nur selten bestehen geringe, kneifende Schmerzen. Keine Hypersecretion der Genitalschleimhaut. Hochgradigste Anämie.

Die Untersuchung zeigt den Uterus nur ganz unerheblich vergrößert. Portio vaginalis normal bis auf ein halbhaselnussgrosses Fibrom, welches in der hinteren Lippe sitzt und durch Vorspringen in den Cervicalkanal den Muttermund zum Klaffen bringt. Nach der Eröffnung des Cervix durch Laminaria fühlt man die Schleimhaut des Corpus aufs Deutlichste geschwellt und stellenweise uneben. Die Curette entfernt etwa  $1\frac{1}{2}$  Esslöffel dicker Massen (23. Mai 1874). Keine Reaction. Nach sechswöchentlicher Pause kam die menstruale Blutung, drei Tage lang, nicht stark. In der Zwischenzeit kein Ausfluss; völliges Wohlbefinden. Ende August trat nach dreiwöchentlicher Pause Blutung ein, welche nun jedoch drei Wochen ohne Aufhören dauerte. Am 24. September wurde nach nochmaliger Eröffnung mit der Curette eine Masse in einem Stücke von halber Wallnussgrösse entfernt, welche der hinteren Wand aufgesessen hatte. Während der Erweiterung durch Laminaria hatte diese Kranke etwas erhöhte Temperatur ( $38,6^{\circ}$ ) gezeigt; doch folgte keinerlei Reaction. Von dem weiteren Verlaufe bin ich bis jetzt ohne Nachricht.

9) Frau Wetzestein, 39 Jahre, etwas mager und anämisch, hat sieben Kinder gehabt und zwei Aborte durchgemacht; letzte Geburt vor drei Jahren. Menses immer regulär gewesen, von dreitägiger Dauer. Seit Mai 1873 vielfache irreguläre Blutungen, welche jedoch niemals sehr erheblich gewesen zu sein scheinen. Dabei öfter kneifende Schmerzen im Leibe. Allgemeinbefinden nicht wesentlich alterirt. Der ungemein bewegliche, sonst nicht abnorme Uterus war von dem Assistenzarzte der Poliklinik mit Laminaria dilatirt, und eine Injection mit Liquor ferri sesquichlorati in die Höhle gemacht worden nach vorheriger Ausspülung derselben mit Wasser. Diese im Juli 1873 eingeleitete Behandlung war ohne wesentlichen Erfolg. Schon im August desselben Jahres kehrten die Blutungen wieder und dauerten, wenn auch nicht continuirlich, bis zum Februar 1874 fort. Am 24. Februar 1874 wurde nun nach vorheriger Dilatation das Evidement gemacht, welches einen kleinen Esslöffel voll Massen zu Tage förderte. Bis jetzt, also 11 Monate lang, hat dies genügt, um den Blutungen Einhalt zu thun. Denn sind auch anfangs noch einige reichliche menstruale Blutungen erfolgt, so ist in den letzten fünf Monaten die Menstruation doch nur sparsam und mit 6—10 wöchentlichen Pausen erschienen. Die früh alternde Patientin geht wohl schon dem Climacterium entgegen. Eine kürzlich vorgenommene Sondirung des Uterus zeigte die Sonde nicht blutig.

Der Fall gewinnt dadurch an Interesse, dass die nach allen Regeln vorgenommene Injection von unverdünntem Liquor ferri in die Uterushöhle sich nur von vorübergehendem Erfolge zeigte, während das Anskratzen, wie es scheint, dauernd geholfen hat.

Soweit die Beobachtungen an Kranken. — Bevor ich weiter gehe, hebe ich noch ein Mal hervor, dass es sich bei allen diesen Beobachtungen um eine über einen grossen Theil der Uterus-Innenfläche verbreitete Schleimhauterkrankung handelt, wie sie in dieser Weise sehr wenig bekannt ist. Anatomisch besteht allerdings eine nicht zu verkennende Aehnlichkeit mit allerlei anderen, allgemein bekannten Erkrankungsformen, unter anderm mit den polypösen Schleimhautwucherungen, wie sie so alltöglich am Uterus zur Beobachtung kommen. Wie diese Hyperplasieen der Schleimhaut darstellen, welche auf einen kleinen Theil des Mutterbodens beschränkt bleiben, so handelt es sich bei der Endometritis fungosa um eine über grössere Strecken, öfter wohl über die ganze Innenfläche des Corpus und Fundus uteri ausgedehnte Erkrankung, und zwar ohne dass die hyperplastischen Theile eine polypöse Form gewinnen. Ganz bestimmt muss betont werden, dass in keinem der obigen Fälle eine ausgedehnte Bildung von Schleimhautpolypen vorgelegen haben kann, etwa so wie Beigel (Krankheiten des weibl. Geschl. Bd. I, S. 349) dies schematisch abbildet. Es würden bei etwa einem Dutzend Auskratzen denn doch auch oft genug Stücke zum Vorschein haben kommen müssen, welche polypöse Form gezeigt hätten oder als Stücke eines solchen Polypen ihrer Form wegen hätten aufgefasst werden müssen, und doch war dies niemals der Fall. Auch zeigte in keinem Falle die Austastung der Uterushöhle mit dem Finger polypöse Bildungen. Uebrigens bestehen zwischen der in Rede stehenden Affection und den polypösen Schleimhauthyperplasieen auch noch andere Unterschiede. Es ist bekannt genug, wie an jedem Schleimhautpolypen, welcher auch nur Bohnengrösse erlangt hat, viel auffälliger aber noch an grösseren Exemplaren, die cystische Dilatation der Drüsen in den Vordergrund tritt, welche den Polypen das tonsillenartige Aussehen giebt und ihnen den Namen der Blasenpolypen eingetragen hat. Von einer ähnlichen Dilatation der Drüsen war in keinem unserer Fälle die Rede, denn wenngleich das Mikroskop eine gewisse Dilatation nachweisen konnte, so blieb es doch eben bei diesen geringen Graden.

Endlich ist es höchst auffällig, dass, während der Sitz der Schleimhautpolypen vorzugsweise der Cervix uteri ist, die in Rede stehende Schleimhauterkrankung allemal mit dem Orificium internum abschnitt — wie die Deciduabildung.

Nur in zweien unserer Fälle (Nr. 1 und 7) bestand auch eine Erkrankung des Cervix, jene so oft gesehene Entwicklung von



harten, papillenartigen Gebilden, wie sie besonders an Frauen, die oft geboren haben, beobachtet wird. Die Schleimhaut des Cervix zeigte aber nichts von einem weichen Schleimhautpolster, wie es in der Corpushöhle vorhanden war, und keine Neigung zur Blutung bei der Berührung. Die Erkrankung war also anderartig und offenbar ohne Beziehung zu der Affection der Corpushöhle. Auch die französischen Autoren nehmen übereinstimmend die Corpushöhle als den Sitz des Leidens an, und wenn auch von Rouyer angegeben wird, dass der Cervix an der Krankheit Theil nehmen könne, so lassen doch die Krankengeschichten sämmtlich eine unzweifelhafte Angabe darüber vermissen.

Am meisten Aehnlichkeit hat unsere Affection noch mit den breitbasig aufsitzenden Mollusken des Corpus uteri, wie sie Virchow in seiner Onkologie (Bd. I, S. 241) beschreibt und abbildet. Doch besteht auch hier der Unterschied zweifelsohne hauptsächlich darin, dass in diesen breiten Mollusken vorzugsweise wieder cystisch dilatirte Drüsen in grösseren Conglomeraten sich finden. Auch kommen diese breiten Mollusken ganz gewöhnlich neben gestielten Polypen des Cervix und auch der Corpushöhle vor, während in keinem meiner und anderer Fälle je eine polypöse Bildung des Cervix gleichzeitig beobachtet zu sein scheint. Ueberdies sieht eine solche „Endometritis cystica polyposa“ auch an der Leiche ganz anders aus, als die Endometritis fungosa, worüber sogleich das Nähere.

Gedenken muss ich auch der differentiellen Diagnose unserer Affection von dem Sarkom der Uterusschleimhaut. Dass auch das letztere dem Corpus uteri zu entspringen pflegt, dass es daselbst in diffuser Weise sich ausbreitet, dass es vorzugsweise Blutungen macht, Schmerzen oft gar nicht oder erst spät bedingt — das Alles sind Umstände, welche eine Verwechselung beider Zustände herbeizuführen wohl geeignet sind. Und eine solche hat auch gewiss oft stattgefunden. Virchow (Onkologie, Band II, S. 350) hat schon die Ansicht ausgesprochen, dass manche gutartige Hyperplasie der Schleimhaut für Sarkom angesprochen ist; und bei der nicht unerheblichen Zahl auch von Schleimhautsarkomen des Uterus, die in den letzten Jahren beschrieben ist, kann ich mich nach meinen Erfahrungen des gleichen Verdachtes nicht erwehren.

Die klinischen Symptome können freilich sehr different sein: Eine benigne Wucherung der Schleimhaut wird weder, wie das an

Sarkomen beobachtet ist, eine grosse Geschwulst in die Scheide hinein entwickeln, noch die Wand des Uterus perforiren (ein Fall von Gusserow). Ueberhaupt kommt es bei Hyperplasie der Schleimhaut wohl nie zur Ulceration, wenn auch die Neigung zum örtlichen Recidiv eine ungemein grosse sein kann, wie wir dies ja auch von anderen Geschwülsten wissen, z. B. den Urethralcarunkeln. Beachtenswerth ist jedenfalls die klinische Aehnlichkeit beider Zustände in hohem Grade. Wenn in unserer Casuistik der günstige Verlauf bisher nur in den beiden Fällen 1 und 6 gegen ein Sarcom spricht, weil nur diese beiden Fälle schon lange genug beobachtet sind und dabei die deutlichste Neigung zur Heilung zeigen, so glaube ich mich doch in allen Fällen durch die mikroskopische Untersuchung (deren Resultate auch Prof. Ackermann zu bestätigen die Güte hatte) der Diagnose auf einfach hyperplastische Zustände versichert halten zu dürfen.

Ein Skeptiker könnte aber vielleicht denken, das mit der Curette Entfernte sei normale Schleimhaut und Nichts als blos diese gewesen. Wirklich hat schon vor vielen Jahren P. Dubois dies behauptet und seinen französischen Collegen vorgeworfen, sie beraubten den Uterus blos seiner gesunden Schleimhaut. Aus einem Uterus mit gesunder Schleimhaut kann man allerdings Stücke derselben mit der Curette abschaben, die jedoch makroskopisch mit den bei der Endometritis fungosa entleerten Massen niemals zu verwechseln sind. Ich habe einige Male kleine Stücke normaler Schleimhaut aus dem Uterus mit der Curette entfernt, in Fällen, wo ich Verdacht auf pathologische Wucherungen hatte. Es gehört dazu aber immer schon ein wirkliches Schaben mit dem Instrumente an der Uteruswand, während bei einigermaßen exquisiter Endometritis fungosa das blosse Ein- und Herausführen des Instrumentes, oder doch ein leichter, kaum beabsichtigter Druck mit demselben genügt, um Theile der dicken Wucherungen zu Tage zu fördern.

In einem Falle zumal hatte ich stark den Verdacht auf das Bestehen der Affection:

Eine Dame von 28 Jahren, sechs Jahre steril verheirathet, litt seit mehreren Jahren an Blutungen. Da sich ein Grund durch die gewöhnlichen Methoden der Untersuchung nicht erkennen liess, so eröffnete ich den Cervix uteri. Doch wagte ich dies bei dem mir noch unbekannten Falle und der vorhandenen erheblichen allgemeinen Hyperästhesie nicht mit aller Energie auszuführen, zumal die Patientin sagte, dass sie vor Jahresfrist an einer „Haematocele“ längere

Zeit erkrankt gewesen sei. Der Finger konnte in dem unteren Theile der Höhle nichts Abnormes tasten, und die Curette brachte trotz wiederholten Einführens und Schabens nichts zu Tage, als ein kleines Stückchen dünner, normaler Schleimhaut. Es gab mir dies die Gewissheit, dass ein anderer Grund, als der vermuthete, für die Blutungen existiren müsse und dass ein eigentliches Schleimhautleiden nicht vorhanden sei. Nach vier Monaten schritt ich zu einer vollständigen Eröffnung der Höhle, und fand nun hoch oben, der Mitte des Fundus inserirend, einen halbwallnussgrossen, fibrösen Polypen, welchen ich mit einiger Mühe entfernte.

Dieser Fall ist wohl geeignet, den diagnostischen Werth der Curette für gewisse, wenngleich seltene Fälle, zu perlustriren. Nicht minder ist es der folgende, in welchem die versuchsweise Anwendung des Instrumentes ein positives, wenngleich unerwartetes Ergebniss lieferte:

Frau Bose, 50 Jahre, seit 25 Jahren steril verheirathet, leidet seit 12 Jahren an immer reichlicher werdenden menstrualen Blutungen, welche in letzter Zeit sogar Ohnmachten herbeigeführt haben sollen. Nach der Blutung stellt sich allemal ein reichlicher Ausfluss ein. Die Pat. zeigte sich, als sie im Sommer 1872 zuerst Hülfe suchte, hochgradig anämisch, aber bei noch guter Ernährung. Das Corpus uteri fühlte man bei der bimanuellen Untersuchung deutlich vergrössert; die Portio vaginalis war normal. Die in den Uterus leicht einzuführende Sonde fand eine weite Höhle und erregte eine profuse Blutung, wie dieselbe in keinem der obigen Fälle durch die Sondirung entstanden war. Nach der Dilatation des Cervix fühlte man schon reichliche, weiche Massen aus der Höhle in den Cervix hinabhängen, welche bei der Berührung sogleich wieder heftig bluteten. Das nun angestellte Evidement mit der Curette lieferte eine erhebliche Quantität weicher, bröcklicher Massen, die schon makroskopisch den bei Carcinoma cervicis uteri mit dem Löffel entfernten Massen glichen und sich auch bei der mikroskopischen Untersuchung als Carcinom herausstellten. Das Evidement bewährte sich übrigens auch hier als bestes Mittel der Blutstillung. Für  $\frac{1}{4}$  Jahr hörten die Blutungen fast völlig auf und begannen dann allmählig wieder. Im April 1873 war die Kranke abgemagert und anämisch; der Uterus war in der Grösse eines drei Monate schwangeren Organes über der Symphysis oss. pubis fühlbar, am Fundus empfindlich. Durch den für den Zeigefinger völlig durchgängigen Cervix fühlte man über dem inneren Muttermunde reichlich gewucherte Massen, welche sogleich derartig zu bluten anfangen, dass man den Cervix zunächst tamponiren musste. Nach der Dilatation durch Laminaria, welche in 12 Stunden gelungen war, verbreitete sich ein pestilentialischer Gestank. Nach dem Evidement, welches auch dieses Mal reichliche Massen entleerte, trat eine fieberhafte Reaction und eine über den Uterus und seine nächste Umgebung verbreitete, mässige Empfindlichkeit auf. Sechs Tage nach dem Eingriffe war alle Reaction vorüber. Die

Blutung sistirte dieses Mal nur drei Wochen. — Drei Monate später (Juli 1873) war das Carcinom auf den Cervix übergegangen und hatte eine hühnereigrosse Geschwulst in die Vagina hinein entwickelt. Im December 1873 starb die auswärts wohnende Patientin nach un-  
ausgesetzten, heftigen Schmerzen der letzten Wochen. Ich hatte sie zuletzt nicht mehr beobachtet. — Keine Section.

Dies ist der einzige Fall gewesen, in welchem unter etwa 20 Malen, wo ich die Curette angewandt habe, irgend welche entzündliche Reaction danach eintrat. Doch kann ein solcher Fall, in welchem übrigens der Uterus schon vorher empfindlich war, auch mit den Fällen von Endometritis fungosa nicht in eine Reihe gestellt werden.

Man wird nun vielleicht fragen, und auch ich habe mir natürlich die Frage vorgelegt, wie ist es möglich, dass eine Affection, wie die Endometritis fungosa, welche nach den älteren Beobachtungen der Franzosen, sowie nach den oben mitgetheilten, durchaus nicht zu den ganz seltenen gehören kann — dass diese in Deutschland und England bisher so gut wie unbekannt geblieben ist, und trotzdem, dass die Aufmerksamkeit schon vor 25 Jahren auf dieselbe gelenkt wurde, doch weder an der Lebenden, noch an Leichen zur Beobachtung kam. Ich glaube für Beides die Ursachen, wenigstens zum Theil, richtig zu vermuthen: An der Lebenden ist die Diagnose in einigermaßen exacter Weise und ohne allzu grosse Schwierigkeiten erst möglich geworden, seit der Einführung der Quellinstrumente in die gynäkologische Praxis. Wenn trotz dessen gerade klinisch die Krankheit am allerwenigsten bekannt zu sein scheint, so liegt dies vielleicht daran, dass nach der künstlichen Erweiterung die unebene und mächtig gewucherte Schleimhaut momentan comprimirt und geglättet ist, dem Finger deshalb zunächst nicht wesentlich abnorm zu erscheinen braucht. Der Fall Nr. 4 zeigte recht deutlich, in welcher Weise durch die Compression die Unebenheiten ausgeglichen werden. Nur im Fundus uteri, wo die Laminaria keine Compression geübt hatte, war die unebene Beschaffenheit der Schleimheit deutlich zu fühlen, während sich bei der Abschabung zeigte, dass die mächtige, hyperplastische Verdickung bis zum inneren Muttermunde herabging und überall dieselbe war.

Wie es aber kommen kann, dass nicht bei Sectionen der Befund solcher mächtigen Wucherungen häufiger gemacht worden ist und die Aufmerksamkeit erregt hat, das liegt vielleicht an der Aehnlichkeit, welche eine derartige über die gesammte Schleim-

haut der Corpushöhle ausgedehnte Erkrankung mit der Decidua eines Uterus post abortum hat. Ein derartiger bei einer Section zufällig gefundener Uterus zeigte mir dies ganz besonders deutlich; und ich würde die ganz gleichmässig zu einem dicken, weichen Polster von mehreren Linien Dicke angeschwollene Schleimhaut, an welcher die Schwellung mit dem Orificium internum plötzlich aufhörte, bei einer mir damals fehlenden anderen Deutung gewiss für eine richtige Decidua graviditatis genommen haben, hätte nicht das Präparat der Leiche einer Greisin angehört. Was nicht zu dem Aussehen einer zurückgebliebenen Decidua (vera) stimmte, war einmal das Fehlen jeder Spur von siebförmiger Durchlöcherung, dann die gleichmässig unebene Oberfläche der Schleimhaut, welche, ohne cystische Bildungen zu zeigen, aussah wie zusammengesetzt aus ganz kleinen, dicht an einander gereihten, spitzen Condylomen mit einer gemeinschaftlichen Basis.

Das schon vor einer Reihe von Jahren acquirirte Präparat, welches mir damals seiner Bedeutung nach unklar blieb, ist leider verloren gegangen und mikroskopisch nicht untersucht worden.

Das was am meisten dazu beigetragen hat, die von Récamier, Nélaton u. A. uns gelieferten guten Beschreibungen der Krankheit nicht zum Allgemeingut werden zu lassen, die allgemeine Kenntniss von dem Zustande zu verhindern, ist unzweifelhaft die schon von den ersten Autoren empfohlene Behandlungsweise mittels Abschaben der Schleimhaut. Sie ist von fast allen Seiten als barbarisch, gefährlich, roh u. s. w. verschrien worden, von den Wenigsten aber offenbar auch nur versucht worden. So nennt Aran (*Leçons cliniques s. l. mal. de l'utérus*, p. 472) die Anwendung der Curette „cette pratique hasardeuse“. Becquerel (*Traité clinique des mal. de l'utérus. I. p. 432. 1859*) sagt: Ce moyen (raclement) m'a toujours semblé barbare, und gleich darauf: je n'ai jamais moi même pratiqué cette opération. Auch Hildebrandt (*Ueber den Katarrh der weiblichen Geschlechtsorgane. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 32, S. 296*) verwirft jede derartige Behandlung unter folgender Motivirung: „Es kann vorkommen, dass mit diesen scharfrandigen Werkzeugen arge Defecte in den gesunden Parteen des Uterus hervorgerufen werden, während die kranken Parteen stehen bleiben; sie erfüllen mithin bei aller Rohheit ihrer Wirksamkeit nicht einmal sicher ihren eigentlichen Zweck.“ Dieser Ansicht stimmt Scanzoni (Lehr-

buch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. 51. Aufl. 1875. S. 238) vollständig bei. Diese abfälligen Kritiken durch Citate zu vermehren, würde unschwer, aber nutzlos sein. Es ist richtig, dass Perforationen des Uterus mit der Récamier'schen Curette vorgekommen sind. Récamier selbst ist dies drei Mal passiert (Trousseau, Gaz. des hôp. 1856, Nr. 21), ohne dass übrigens davon ein irgend schlimmer Effect zu beobachten gewesen wäre. Seine Landsleute (z. B. Nélaton, Rouyer) geben Récamier das Zeugniß, dass er sehr unart operirt habe. Wir begreifen aber auch ohne diese Benachrichtigung heute eine solche Perforation sehr wohl, wo wir wissen, dass bei aller Vorsicht und Uebung eine Perforation des Uterus mit der Sonde ja zuweilen vorkommt, ohne übrigens in einem einzigen der bekannt gewordenen Fälle einen Nachtheil erzeugt zu haben. Leichter als mit der Sonde muss dies unbedingt mit Récamier's Curette geschehen können, und es ist schon aus diesem Grunde rathsam, sich des Sims'schen Instrumentes zu bedienen, welches ausserdem für den Zweck ungleich tauglicher ist. Mit dieser 1 Cm. breiten Curette, welche ausser ihrem halbscharfen, zum Kratzen dienenden Rande nur breite, abgerundete Flächen hat, wird es gewiss selbst einem Ungeübten nicht passiren können, dass er die Uteruswand durchbohrt, wenigstens nicht bei der in Rede stehenden Affection. Man würde zum Abkratzen der erkrankten Schleimhaut sogar, wenn es sonst nöthig wäre, sich recht scharfer Löffel ohne Gefahr bedienen können, solcher, wie die Chirurgen sie zum Wegschaben von Granulationswucherungen u. s. w. und viele Gynäkologen, nach Simon's Vorgange, bei Behandlung mancher Uteruscarcinome gebrauchen. Man läuft hiermit nicht Gefahr, wie Hildebrandt fürchtet, wofern man einen geradezu gewaltsamen Druck vermeidet, irgend etwas Anderes als Krankhaftes wegzunehmen, wie ich nach eigener, reichlicher Erfahrung in diesem Punkte behaupten kann. Es ist vielmehr ein Hauptvorzug dieses Verfahrens gegenüber allen übrigen Mitteln, durch welche man die carcinomatösen Wucherungen zerstören will (Messer, Ecraseur, Cauterien aller Art), dass der scharfe Löffel gewiss nicht tiefer greift, als bis an das gesunde Gewebe.<sup>1)</sup> Dieser Vortheil wird

1) Um mich keinen Missverständnissen auszusetzen, will ich bemerken, dass ich hiermit nicht etwa den scharfen Löffel für alle ulcerirten Uteruscarcinome empfehle. Ich wende ihn nur da an, wo ich dem hart infiltrirten Gewebe weiche, leicht blutende Massen aufsitzen fühle. Diese Klasse der Uteruscarcinome ist aber allerdings auch diejenige, welche den Kranken durch

der Anwendung einer guten Curette bei den benignen Schleimhautwucherungen die Gefährlichkeit ganz nehmen. Dass bei Carcinomen des Uteruskörpers, wenn sie die ganze Wandung des Organes schon durchsetzt haben, eine Perforation möglich ist, wie sie Spiegelberg (dieses Archiv VI, S. 123) dabei erlebte, soll darum nicht geleugnet werden; und bei Carcinom der Uterushöhle wird besondere Vorsicht immer zu empfehlen sein. Es wird aber in solchem Falle jeder Eingriff, eine Sondirung, Anwendung des Pressschwammes u. s. w. dasselbe Unglück herbeiführen können, und brauchen wir darum die Anwendung der Curette zu diagnostischen Zwecken und zur Behandlung benigner Wucherungen nicht zu verbannen.

Ausser den erwähnten Fällen von Perforation der Uteruswand durch die Curette, welche keine schlimme Folgen hatte, wurden nun auch Fälle bekannt, wo dem operativen Eingriffe der lethale Ausgang so schnell gefolgt war, dass ein Zusammenhang höchst wahrscheinlich war. Nach Nélaton's Angabe (Gaz. des hôp. 1853, Nr. 17) ist dies Récamier unter etwa 100 operirten Fällen ein Mal passirt (Fall 26 in Rouyer's Thèse); die Kranke starb 24 Stunden nach dem Evidement. Dasselbe passirte Nélaton selbst einmal (Rouyer, Thèse. obs. 27). In beiden Fällen ergab die Section, dass beide Ovarien in Abscesse umgewandelt waren, von welchen in dem ersten Falle einer geborsten war, in dem zweiten Falle beide; und bald sah Nélaton den gleichen Fall eines plötzlichen Todes durch Peritonitis bei einer Kranken, bei welcher er das Evidement beabsichtigt, aber noch nicht ausgeführt hatte. Es ist nicht unmöglich, dass in Nr. 2 unserer Fälle die plötzlich eintretende, nach Ansicht der Aerzte auf einer inneren Ruptur beruhende Peritonitis von einer solchen Erkrankung des Ovarium abhing.

So zaghaft ich nun bei dem Urtheile, welches die Schriftsteller über den Gebrauch der Curette fällen, zuerst an die Anwendung derselben ging, so sorglos wende ich sie jetzt an, nachdem ich nach etwa 20maligem, zum Theil sehr energischem Gebrauche niemals, ausser in dem Falle von Carcinoma uteri, eine entzündliche Reaction danach habe auftreten sehen. Auch bin ich von der Nothwendigkeit ihrer Anwendung absolut überzeugt. Wer diese Massen dicker Wucherungen gesehen hat, wie sie in den

---

profuse Blutungen am meisten zu schaffen und Hülfe am nothwendigsten wie am wirksamsten macht.

exquisiteren Fällen die Curette zu Tage fördert, wird mit mir der Ueberzeugung sein, dass dieses Leiden durch die blosse Application adstringirender oder oberflächlich cauterisirender Mittel nicht beseitigt werden kann, und tief wirkende Caustica, wie die kaustischen Alkalien oder das Ferrum candens lassen sich ohne erhebliche Gefahr in der Gebärmutterhöhle nicht energisch genug appliciren, um so ausgedehnte und mächtige Wucherungen zu zerstören. Die zerstörende Kraft des Pressschwammes aber, welche Sims so sehr rühmt, reicht hier auch nicht aus. Der Druck des Pressschwammes ist überhaupt in der Corpushöhle ein weit weniger energischer, als in der wenig umfangreichen Höhle des Cervix, und es können wohl polypöse, lediglich durch einen dünnen Stiel ernährte Gebilde unter günstigen Umständen durch den Druck des Schwammes zum Absterben gebracht werden; aber schwerlich würde dies bei ganz breitbasigen oder allgemeinen Hyperplasieen der Schleimhaut gelingen, und keinesfalls ohne grosse Gefahren, wie ich sie anderen Orts<sup>1)</sup> geschildert habe.

Kommen wir nun, bevor wir einen Ueberblick gewinnen über das, was die Literatur früherer Zeit und unserer Tage über den Gegenstand bringt, auf die Aetiologie und den Verlauf der Affection, so lässt sich darüber nach dem gesammten vorliegenden Materiale Folgendes sagen:

An ätiologischen Momenten lässt sich aus den Krankengeschichten wenig eruiren: In 25 Fällen mit Altersangabe (die eigenen 9 Fälle eingeschlossen) stellt sich das Alter

auf 21—29 Jahre in 8 Fällen,

32—39 „ „ 8 „

40—49 „ „ 6 „

50—56 „ „ 3 „

Anderes ergibt sich, wenn man das Alter in denjenigen Fällen zusammenstellt, in welchen das Leiden am Cadaver constatirt wurde:

Hier zählte 27 Jahre 1 Kranke,

32—38 „ 2 „

40—48 „ 4 „

52 „ 1 „

62—65 „ 4 „

76 „ 1 „

13 Fälle.

1) Sammlung klinischer Vorträge Nr. 67, S. 503.



Nach diesen 13 Fällen, deren 2 der Thèse von Rouyer, 11 derjenigen von Goldschmidt entnommen sind, scheint das Alter des Climacteriums und das Greisenalter disponirt.

Wenn hiermit das von Lebenden gewonnene Resultat nicht übereinstimmt, so liegt dies unzweifelhaft daran, dass eben die Kranken an dem Leiden in der Regel nicht sterben, während die von der Affection befallenen älteren Frauen wohl wegen fehlender Blutungen gewöhnlich nicht zur Beobachtung kommen. Immerhin scheint das Alter nach dem 40. Jahre eine Disposition zu geben, wenn gleich von der Pubertät an kein Alter verschont bleibt.

Ebenso wenig deutlich ist trotz der Behauptung von Goldschmidt der Einfluss vorangegangener Geburten und Aborte.

Von 45 Kranken hatten geboren:

kein Mal . . . . .	6 Kranke,
ein Mal . . . . .	16 „
zwei Mal . . . . .	8 „
drei bis sechs Mal . .	9 „
sieben bis elf Mal . .	6 „

Hieraus lässt sich nichts Anderes schliessen, als dass vorangegangene Geburten vielleicht etwas disponiren. Nothwendig sind sie jedenfalls nicht, und die von Einigen aufgestellte Hypothese einer Entstehung der Fungositäten von der Placentarstelle aus kann für einen Theil der Fälle also keinesfalls Giltigkeit haben, hat aber auch überhaupt keine positive Stütze.

Die von Rouyer gemachte Angabe, dass besonders Aborte eine Disposition geben, zerfällt in Nichts, wenn man findet, dass von elf der in seiner Thèse aufgeführten Kranken nur vier je einen Abort gehabt hatten.

Was den Verlauf des Uebels betrifft, so ist er allemal ein sehr chronischer. Die meisten Kranken litten, als sie in Behandlung kamen, seit vielen Monaten oder seit Jahren an immer mehr sich steigernden Blutungen. Es kann fraglich sein, ob Verblutungen bei dem Leiden vorkommen. In der Literatur habe ich keinen Fall der Art gefunden, muss jedoch nach einzelnen meiner Fälle der Ansicht Rouyer's beipflichten, dass Verblutungen nicht zu den Unmöglichkeiten gehören. Die einige Male beobachtete Complication des Leidens mit Abscedirungen im Ovarium, welche die Gefahr der Ruptur bedingen können, bedarf noch der besseren Constatirung und eventuell der Aufklärung. Gewiss ist die

grosse Recidivfähigkeit des Leidens bei jeder der bisher geübten Behandlungsweisen, mag man kauterisirt haben oder die Curette oder beides angewandt haben. Zwar berichten die französischen Autoren fast sämmtlich von einer Anzahl von Fällen, die durch ein einziges Raclement geheilt seien. Doch erkennt man aus den Krankengeschichten fast nirgend, dass die Heilung durch mehr als einige Monate controlirt wurde. Alle Beobachter geben aber auch zu, dass Recidive häufig seien, und man findet solche nach zwei- und selbst dreimaligem Evidement, mit oder ohne Kauterisationen, nach kurzer Zeit und nach Zwischenräumen bis zu vier Jahren. Auch meine Erfahrungen lassen das Recidiv als das Gewöhnliche erscheinen, und ich werde künftighin mehr als bisher dem Evidement eine andere örtliche Behandlung folgen lassen; vor Allem werde ich künftig die von Routh empfohlene Behandlung mit Jodtinctur nicht unterlassen. Das Bedürfniss dazu habe ich längst empfunden, weil ich mir sagte, dass die Tendenz zu neuer Hyperplasie mit der Entfernung der Wucherungen auf rein mechanischem Wege nicht beseitigt sein werde. Doch scheute ich mich bisher immer ebenso sehr, die ihrer Schleimhaut zum grossen Theile beraubte Innenfläche der Gebärmutter mit Mitteln, wie Jodtinctur oder dergleichen, sofort zu tractiren, als andererseits nach einer Anzahl Tagen eine neue Dilatation der Höhle zum Zwecke der Injection vorzunehmen. Doch wird eben das letztere nicht zu umgehen sein. — Zu einer allgemeinen Behandlung, ausser der durch die Anämie gebotenen, fand ich in keinem Falle eine Handhabe, denn constitutionelle Erkrankungen liessen sich bei keiner Kranken nachweisen.

---

Werfen wir jetzt einen Blick auf das, was über die fungöse Endometritis bisher beobachtet und veröffentlicht ist, und beginnen wir mit der französischen Literatur, so zeigt sich, dass die von Récamier gewonnenen Ansichten und seine Behandlungsweise zuerst von einem seiner Schüler Robert 1846 im Groben mitgetheilt wurden; von demselben wurden dann 1848 die ersten Fälle veröffentlicht, während Récamier selbst erst 1850 die ersten Beobachtungen publicirte. Nélaton, Trousseau, Maisonneuve, Gosselin, Robin, und von Strassburgern: Stoltz, Bach, Hirtz, Meyer und Koeberle brachten dann weiter entsprechende Mittheilungen, während Einzelne theils die Behandlung verwarfen, theils, wie Dubois, sogar an der Richtigkeit

der anatomischen Angaben zweifelten. Manche Beobachtung wurde von Récamier'schen Schülern in Dissertationen (s. unten die Literatur) veröffentlicht, unter welchen diejenigen von Rouyer und Goldschmidt die wichtigsten zu sein scheinen.

Robin resumirt seine Ansicht über die „Granulationen“ in folgenden Worten: „Ce sont, au point de vue anatomique, de simples végétations du tissu de la muqueuse utérine, ayant par conséquent la même composition anatomique, et renfermant du tissu fibro-plastique normalement, si on peut parler ainsi, au même titre que certains polypes fibreux, plus ou moins oedématiés des fosses nasales renfermant exclusivement du tissu fibreux et des vaisseaux.“

Nélaton sagt von den an der Lebenden entfernten Stücken: „Sie haben zwei Seiten, die eine freie, rosenfarbig, von ähnlichem Aussehen wie die Membrana villosa des Darmes, die andere tiefroth, wie ein frisch getrenntes Gewebe aussehend.“

Beobachtungen an Leichen sind von verschiedenen Autoren gemacht. So fand Richet die Affection 7 oder 8 Mal an der Leiche; Robert sah sie ebenfalls am Cadaver; Nélaton einige Male während einer Choleraepidemie. Ferrier theilt vier Beobachtungen mit von nach dem Tode constatirter Affection. Die Wucherungen zeigten sich „in der Form kleiner, schwammiger, pulpöser Massen, röthlich oder rosenfarben, weich, leicht mit dem Nagel abkratzenbar, mit oder ohne gestielte Insertion. Ihr Sitz war variabel. Koeberle hat nicht weniger als 15 Mal die Affection an der Leiche gesehen und von 11 seiner Präparate giebt uns Goldschmidt die Beschreibung.

Dieselben zeigten in Bezug auf Form und äusseres Aussehen, sowie auf den Sitz im Uterus folgendes Verhalten:

1) 62jährige Frau. Breitbasige Fungosität, in der ganzen Ausdehnung des Fundus und auf einem Theile der Hinterwand inserirend, in zwei ungleiche Lappen getheilt, welche an ihrer freien Fläche wieder Lappchen zeigen, die gegen einander abgeplattet sind. Im Cervix drei erbsengrosse, ähnliche Bildungen.

2) 32jährige Frau. Runde, platte Wucherung von 2 1/2 Cm. Durchmesser. Die Basis von gleicher Ausdehnung. Gelblich, wenig gefässreich, an der Oberfläche von wenig tiefen Furchen durchzogen. Sitz: die hintere Wand des Uterus.

3) 65jährige Frau. Längliche, abgeplattete, bräunliche, sehr weiche Masse, mit wenig breiter Basis im Fundus aufsitzend, Multiple Fibrome am Corpus uteri

4) 48jährige Frau. In der Nähe der rechten Tubeneinmündung kleine röhliche, gelappte Fungosität. Multiple Fibrome.

5) 52jährige Jungfrau. Polypöse Fungosität, weich, platt, mit glatter Oberfläche von 12 Mm. Durchmesser, an der Hinterwand inserirend.

6) 45jährige Frau. Zahlreiche, kleine Wucherungen, die grösste, weich und blutend, inserirt in der Nähe der rechten Tubeneinmündung.

7) 40jährige Frau. Rothbrauner, weicher, blutender Tumor, von der Grösse einer grossen Nuss, breitbasig an der ganzen hinteren Wand inserirend und bis in das Collum hineinreichend. Die übrige Schleimhaut des Uterus glatt.

8) 76jährige Frau. Dicke, tief gefurchte Schleimhaut. Weiche Fungositäten, 8—12 Mm. dick.

9) 38jährige Frau. Kleine rothe, weiche Wucherung am Oricium der rechten Tube. Carcinoma colli.

10) 62jährige Jungfrau. Zwei kleine, weiche Fungositäten im Fundus des rechten Uterushornes; das linke fehlt.

11) 65jährige Frau. Obliteration im unteren Theile der Vagina. Oberer Theil und Collum ausgedehnt. Ganze Uterusmucosa fungös; von der hinteren Wand, nahe dem linksseitigen Rande, springt eine sehr gefässreiche Fungosität besonders weit vor.

Die Untersuchung dieser Präparate ergab keinerlei Strukturelemente, welche nicht auch in der normalen Schleimhaut vorkommen. Von den Zellen sind die kleinen runden hauptsächlich zahlreich nach der freien Oberfläche der Fungositäten hin. In der Umgebung der Zellen finden an manchen Stellen sich Fettkörnchen, besonders entlang dem Laufe der Gefässe. Die Uterindrüsen stellen in den Fungositäten sehr verlängerte, tubulöse Kanäle dar, mit einem annähernd cylindrischen Epithelium ausgekleidet. Die meisten Wucherungen zeigen ein reiches Netz ausgedehnter Capillaren.

Rouyer giebt folgende Beschreibung der Wucherungen: Die mit der Curette entfernten Stücke sind meistens 3—5 Cm. lang und 5—6 Mm. breit; die Dicke beträgt 1—2,5 Mm. Die freie Fläche ist glatt und mit Epithel bedeckt. Das Gewebe ist sehr gefässreich. In dieser hypertrophischen Schleimhaut kommen granulöse Gebilde von dreierlei Art vor; theils Körner, welche kleinen Stachelbeerkernen ähnlich sehen, trübe oder durchscheinend sind, die Schleimhaut leicht emporheben und mit ihr sphärische, wenig gestielte Vorsprünge bilden; theils andere Massen mit spongiöser Oberfläche, ähnlich dem Placentargewebe und mit einer

härtlichen, wenig umschriebenen Kernmasse. Endlich kommen stecknadelkopfgrosse Körner unter der Schleimhaut vor, die derselben ein narbiges Aussehen geben. Sie können bis erbsengross werden und ähneln dann jenen zuerst beschriebenen Formen; nur sind sie stets viel zahlreicher und regelmässiger über die Oberfläche vertheilt.

Eine anatomische Erklärung dieser körnigen Bildungen giebt Rouyer nicht.

Als die Hauptsymptome der Fungositäten werden stets Blutungen und Schmerzen angeführt. Rouyer sagt von dem Schmerze, dass er selten vermisst werde und die meisten der Kranken veranlasste, ärztliche Hülfe zu suchen. Diesem kann ich so wenig beistimmen, wie Goldschmidt es thut, welcher sagt, dass bei den in Strassburg beobachteten Fällen, mit einer einzigen Ausnahme, erhebliche Schmerzen gefehlt hätten. Nach Rouyer ist der Schmerz meistens einseitig, von einer Regio iliaca nach dem Kreuze und dem Schenkel derselben Seite ausstrahlend; so war es in unserem Falle Nr. 4. Von den Blutungen giebt derselbe Autor an, dass sie nach Monate lang continuirlichem Fliessen auch mitunter Pausen von 3—4 Monaten machen können, was ich bestätigen kann. Der übele Geruch der blutigen Absonderungen wird von verschiedenen Autoren erwähnt; ebenso das schnelle Verschwinden dieses Geruches nach dem Ausschaben der Höhle; so von Nélaton. Von erheblicher Hypersecretion der Uterinschleimhaut in der Zeit der Intervalle zwischen den Blutungen wissen auch die französischen Autoren nicht zu berichten, wenn auch ein kurz vor oder bald nach den Blutungen eintretender mässiger Ausfluss öfter erwähnt wird. Es ist dies bei einer chronischen Schleimhauterkrankung immerhin auffällig, und scheint auch hierin ein Unterschied zu bestehen von den Processen, welche zur Bildung polypöser Wucherungen führen.

---

Von neueren französischen Autoren zeigt Becquerel (*Malad. de l'utérus*. 1859. I) gar keine Kenntnisse der in Rede stehenden Zustände. Er erwähnt in den betreffenden Kapiteln kaum das Vorkommen solcher Zustände der Schleimhaut..

Was Courty (*Mal. de l'utérus*. 1866) als Gränulationen und Fungositäten beschreibt, kommt nach ihm fast immer im Cervix, sehr selten im Corpus uteri vor. Ohne zu sagen, was diese

Gebilde eigentlich sind, identificirt er jedenfalls ausdrücklich die Abnormitäten der Schleimhaut des Corpus und des Cervix, was in diesem Falle nicht richtig ist; er beschreibt weder anatomisch noch klinisch die in Rede stehende Affection der Corpusschleimhaut und kennt sie offenbar nicht. Die Curette will er nur in seltenen Fällen angewandt wissen, wo es sich um Entfernung eines einzelnen, bestimmt erkannten, kleinen Polypen oder einer beschränkten Wucherung handelt (S. 269).

Ausführlicher handelt Aran (Mal. de l'utérus 1858—1860) über die Zustände der Corpusschleimhaut. Nach Beschreibung der auf blosser cystischer Dilatation der Utriculardrüsen beruhenden Prominenzen in der Höhle des Corpus, von welchen er sagt, dass sie häufig seien, aber selten erwähnt wurden, sagt er, dass dieselben oft combinirt seien mit den sogenannten Fungositäten (Granulationen und Vegetationen), von welchen es zwei Arten gäbe. Die eine stelle sessile Tumoren dar, welche mit breiter Basis nach allen Seiten die Mucosa um 2 bis 6 Mm. überragen. Sie können die Grösse einer Himbeere erreichen und dann sich stielen. Meistens sind mehrere Tumoren (1—3) gleichzeitig vorhanden. Sie sind tief roth, sehr gefässreich und leicht mit dem Nagel wegzukratzen. Aran begreift die Angabe Récamier's nicht, dass er einen ganzen Esslöffel voll dieser Vegetationen aus einem Uterus habe entfernen können. Die zweite, seltenere Form sind gestielte Vegetationen, ähnlich den im Cervix so oft vorkommenden Follikulärpolypen, weisslich oder graulich, fest in der Consistenz. Diese seien einfache Hyperplasien der Schleimhaut, die ersteren enthielten viel fibro-plastische Elemente und reichlich epitheliale Zellen.

Es kann wohl keine Frage sein, dass mit der ersten Art Aran die von uns geschilderten Schleimhauthyperplasieen beschreibt, welche er jedoch niemals in sehr ausgedehnter Weise gesehen hat. Seine zweite Art entspricht wohl mehr der sogenannten Endometritis cystica polyposa oder den solitären Schleimhautpolypen. Den Gebrauch der Curette verwirft Aran, wie schon erwähnt, unbedingt.

Die englische Literatur zeigt, dass die Affection dort zu Lande fast gänzlich unbekannt ist. Simpson<sup>1)</sup> empfiehlt zwar den Ge-

1) Clinical lectures on the diseases of women, edited by Al. Simpson. Edinb. 1872. p. 702.

brauch der Curette, jedoch zum Abschaben der Schleimhaut über submucösen Fibromen, behufs Stillung der Blutung. Mehr noch befürwortet Tilt (Lancet, 1853 und später in seinem Werke: Uterine and ovarian inflammation. Third edit. 1862, p. 277 und 288) den Gebrauch des Instrumentes in den von Récamier angegebenen Fällen, und hat das Instrument auch in drei Fällen selbst angewandt. Auffälligerweise geschieht aber in seiner „Gebärmuttertherapie“ (deutsche Ausgabe 1864) dieser Behandlungsweise gar keine Erwähnung wieder.

Am ausführlichsten und erheblichsten ist jedenfalls die Auslassung von Routh über unseren Gegenstand in den Lond. obstetr. transact. Vol. II. 1861. p. 117. Es leidet nach seinen Mittheilungen keinen Zweifel, dass ihm Fälle eigentlicher fungöser Endometritis vorgekommen sind. Der zweite seiner Fälle, in welchem es sich um eine 34jährige Frau handelt, welche 15 Kinder geboren hatte, gehört gewiss hierher. Routh wandte hier, wie in anderen Fällen, vor dem Gebrauche der Curette schon die künstliche Dilatation an. Es zeigten sich keine polypösen Wucherungen, sondern bloß hochgradige Auflockerung (softening) der Schleimhaut. Statt Récamier's Instrument empfiehlt er das von Locock und Simpson's „Uterine scraper“, welche beide vollkommener construirt zu sein scheinen, mir jedoch in ihrer Form nicht bekannt sind. Er empfiehlt den Gebrauch dieser Behandlungsweise rückhaltlos und ist von ihrer Nothwendigkeit überzeugt. Zwar hat er von zwei Fällen gehört, in welchen danach Peritonitis eingetreten sein soll. In seiner eigenen und Savage's Praxis jedoch ereignete sich niemals ein Unfall dabei.

Sehen wir uns in der deutschen Literatur um, so hat Virchow, wie bekannt, in seiner Onkologie (I, 241) die partiellen Hyperplasieen der Uterusschleimhaut geschildert und betreffs der Veränderungen der Drüsen eine Parallele mit den gleichen Veränderungen an der Haut gezogen. Er beschreibt die breite Moluskenform des Corpus uteri, welche sich zum Polypen stielen kann. Ueberall spricht er von den cystisch erweiterten Drüsen als wesentlichem Bestandtheile der polypösen oder breitbasigen Hyperplasieen, und diese letzteren schildert er lediglich als partielle. Rindfleisch erörtert in seiner pathologischen Histologie die betreffenden Erkrankungen nur kurz und in gleicher Weise. Ebenso wenig findet sich in Klob's pathol. Anat. d. weibl. Sexualorgane eine Beschreibung, welche annehmen liesse, dass er die

diffusen Hyperplasieen gesehen. Anders dagegen Klebs (Handb. der pathol. Anat. 4. Lief. 1873. S. 859): Nachdem er hervor- gehoben hat, dass die hyperplastischen Zustände der Uterusschleim- haut ihr physiologisches Analogon in der Deciduabildung und den menstrualen Veränderungen der Schleimhaut haben, so dass eine anatomische Grenze zwischen physiologischem und pathologischem Zustande nicht zu ziehen ist, fährt er fort: „Im Uteruskörper bilden die hochgradigen derartigen Veränderungen die Endome- tritis polyposa, bei welcher die Schleimhaut ungleichmässig ver- dickt wird, meist querverlaufende Wulste bildet. Die Substanz derselben ist sehr weich und feucht, die Oberfläche glänzend und glatt, das Stroma enthält dichtgelagerte, grosse Sternzellen, zwis- chen denen weite Lymphräume vorhanden sind. Die Uterindrüsen sind unverändert. In den seltenen Fällen, in denen man diese Veränderung am Leichentische antrifft, findet sich die Schleim- haut sehr blass, so dass sie den Eindruck ödematöser Schwellung darbietet. Ich habe ein solches Präparat in Bern aufgestellt, sonst ist keine derartige Beobachtung publicirt worden, und mögen daher in anderen Fällen andere Eigenschaften, namentlich ein grösserer Blutgehalt, vorhanden sein.“

Diese Beschreibung stimmt mit der von mir gegebenen im wesentlichen überein. Es fehlten die cystischen Dilatationen der Drüsen vollständig, weshalb Klebs auch nur von einer Endome- tritis polyposa (nicht cystica polyposa) spricht, und selbst der Aus- druck „Polyposa“ passt nach der Beschreibung offenbar nicht recht, da nur von Wülsten die Rede ist. Die blasse wie ödematöse Be- schaffenheit der Schleimhaut ist an der Leiche öfter constatirt worden, und beruht in solchen Fällen vielleicht nur auf vorüber- gehender Anämie nach vorherigen, starken Blutungen.

Von den deutschen gynäkologischen Lehrbüchern enthalten die meisten nichts als die üblichen Beschreibungen der Endometritis cystica polyposa.

In Scanzoni's Lehrbuch (5. Aufl. 1875, S. 233) sind „Gra- nulationen und Fungositäten“ erwähnt und wegen ihrer grossen Neigung zur Blutung klinisch gewürdigt. Sie werden als hirse- korn- bis erbsengrosse Wucherungen beschrieben, welche aus Bindegewebe mit verödeten Drüsenschläuchen bestehen. Ausser- dem wird eine Endometritis polyposa angenommen und ungefähr in der Weise, wie oben von Klebs angeführt wurde, geschildert. Doch scheint Scanzoni hier nicht auf eigenen Beobachtungen zu fussen.



Aehnliches gilt wohl von Schröder, welcher in seinem Lehrbuche (Ziemssen's specielle Pathologie. Bd. X. S. 121) der zottigen Massen, welche durch unregelmässige Wucherung der Schleimhaut entstehen, wenigstens Erwähnung thut, wenn auch ohne nähere Beschreibung. Wenn Schröder hinzufügt, dass hier wohl Manches zusammengeworfen sei, was nicht zusammengehöre, wirkliche Wucherungen des Bindegewebes der Schleimhaut, Placentarpolypen, Sarcome — so kann man dieser Vermuthung nur beistimmen. Eine völlige Sichtung ist selbst anatomisch wohl noch nicht möglich. Dass aber in der Mehrzahl der von den französischen Autoren publicirten Fälle wirklich ein und derselbe Zustand vom Schleimhauthyperplasie vorgelegen habe, davon wird derjenige, welcher solche Fälle erst selbst gesehen und die Gleichartigkeit derselben in Allem und Jedem beobachtet hat, überzeugt sein. Dafür aber, dass nicht dieser oder jener Fall ein Sarcom gewesen ist, oder eine gewöhnliche Endometritis polyposa, kann natürlich Niemand stehen.

Die Lehrbücher von Kiwisch und Veit enthalten nichts, was zu der Annahme berechtigte, diese Autoren kannten die Zustände von Schleimhauthyperplasie anatomisch oder klinisch. Dagegen spricht Nöggerath<sup>1)</sup> von Wucherungen in der Corpushöhle, welche er entschieden aus eigener Erfahrung kennt. Er sagt darüber: „Eine zweite Art der Hämorrhagie, welche meist erst auftritt, nachdem das Leiden (Gonorrhoe des Uterus) schon längere Zeit etablirt ist, hat seinen Grund in einer Schleimhautaffection des Uterus, welche mit Hyperplasie einzelner Theile derselben einhergeht. Es bilden sich dabei umschriebene Zellgewebswucherungen im Inneren der Uterinhöhle, welche meist von dem Umfange einer Linse, bisweilen die doppelte Grösse erreichen. Es ist nicht immer möglich, diese kleinen Protuberanzen mittels der Sonde zu touchiren und zu erkennen u. s. w.“

Noeggerath will diese Wucherungen mit der Curette entfernen wissen und sagt betreffs dieser Behandlung: „Der Gebrauch des Instrumentes ist unter geübter Hand von besserem Erfolge und von geringerer Reaction gefolgt, als die Anwendung irgend eines Causticum zum Zwecke Schleimhautwucherungen zu zerstören.

Es kann zweifelhaft sein nach der obigen Beschreibung der

---

1) Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlechte. S. 111.  
Archiv f. Gynäkologie. Bd. VIII. Hft. 1.

Wucherungen, ob Noeggerath dasselbe gesehen hat wie ich; jedenfalls dann nur Fälle von geringer Ausdehnung des Leidens. Ueber den grossen Nutzen der Curette denkt er jedenfalls in gleicher Weise. Sims (Gebärmutterchirurgie) thut der fungoiden Granulationen des Uterus Erwähnung. Sie sitzen nach ihm häufiger im Cervix als im Corpus. Er gebraucht die Curette und spricht nicht von irgend welchen Gefahren der Anwendung. Fälle von ausgedehnter Hyperplasie der Schleimhaut des Corpus uteri beschreibt er jedoch nicht und scheint die fungöse Endometritis in unserem Sinne nicht zu kennen.

Einer Unterlassungssünde würde ich mich schuldig machen, wollte ich nun nicht der Arbeiten Slavjansky's Erwähnung thun. Zunächst hat dieser Autor (Archiv, Bd. IV) acute Erkrankungen der Uterusschleimhaut bei Cholera-kranken geschildert, welche anatomisch eine gewisse Aehnlichkeit mit den von mir geschilderten Wucherungen haben. Die Schleimhaut ist bei dieser sogenannten Endometritis decidualis haemorrhagica stets „verdickt, weich, succulent“; und das makroskopisch ähnliche Aussehen mit der Endometritis fungosa scheint schon öfter zu Identificirungen beider Zustände geführt zu haben. Hierauf lassen wenigstens die Angaben Nélaton's und Richet's schliessen, deren ersterer zwei Mal, der letztere noch öfter an Choleraleichen die Fungositäten gefunden haben will. Nach Slavjansky's Angaben handelt es sich aber bei der Cholera um einen ganz acuten Entzündungsprocess, mit kleinzelliger Infiltration des Gewebes, Trübung und Zerfall der Epithelien, und vor Allem auch reichlichen Blutextravasationen in und unter die Schleimhaut, durch welche letztere zum Theil abgehoben und in Fetzen abgelöst wird. Die Acuität des Processes und die letztgenannten Erscheinungen lassen keinen Zweifel, dass es sich doch klinisch und anatomisch um etwas anderes handelt, als um die Wucherungen Récamier's, wie sie oben beschrieben sind.

Grössere Aehnlichkeit hat vielleicht eine andere von demselben Autor<sup>1)</sup> neuerdings beschriebene Erkrankung der Uterusinnenfläche mit der fungösen Endometritis. Bei einer 25jährigen, vor drei Monaten entbundenen Person fand Slavjansky die Schleimhaut des Corpus uteri etwas verdickt und mit vielen

1) Slavjansky, Archives de physiologie normale et pathologique. 1874. Janvier. Nr. 1.

papillenartigen Vegetationen besetzt. Dieselben waren sehr zahlreich, zumal auf der hinteren Wand; bis zu Hanfkorngrösse, zum Theil braun von Aussehen und von verschiedener Form. Die kleinen zeigten die Form von Polypen und flottirten im Wasser; die grösseren waren ungestielt. Da, wo an den Seitenrändern des Uterus die vordere und hintere Wand sich berührten, war die Schleimhaut glatt, ohne papilläre Bildungen. Die Wandungen des Corpus uteri zeigten sich in geringem Grade erweicht. In der Schleimhaut und unter ihr, auch in der Muskelsubstanz, waren mit blossem Auge insuläre Stellen zu entdecken, welche, bis zu 0,3 Cm. im Durchmesser, durch ihre Weichheit und dunklere Färbung gegen die Umgebung abstachen und gegen das Peritoneum hin immer sparsamer wurden.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Schleimhaut ihres Epithels beraubt und aus zwei in einander übergehenden Lagen zusammengesetzt war, deren innere lediglich aus embryonalem Bindegewebe bestand. In diesem waren die Utriculardrüsen nur unvollkommen erhalten, ihres Epithels beraubt und mit den Trümmern desselben und kleinen Zellen in ihrem Lumen angefüllt. Das embryonale Bindegewebe bildete nach der freien Fläche zu die erwähnten papillenartigen Prominenzen ohne Epithelialüberzug. Die äussere Schicht der Schleimhaut war relativ normal; nur kleinzellig infiltrirt; die Drüsen in ihr bis auf stellenweise geringe Dilatation und etwas Trübung des Epithels normal. Endlich fand sich in der Muskelschicht, und zwar hauptsächlich um die Gefässe herum, ein aus spindelförmigen Zellen und einer transparenten Intercellularsubstanz zusammengesetztes Gewebe.

Wesentliche Unterschiede zwischen dieser Schilderung und dem oben von mir gegebenen Befund über die Beschaffenheit der veränderten Schleimhaut sind nicht zu verkennen; vor Allem scheint in Slavjansky's Falle eine ganz auffällige, allgemeine Verwandlung der Schleimhaut in ein ganz weiches Polster nicht stattgefunden zu haben. Dagegen bestand eine allgemeine Abstossung des Epithels, und war das auf der wunden Fläche gewucherte Schleimgewebe zu zahlreichen, papillenartigen Bildungen, welche makroskopisch erkennbar waren, ausgewachsen.

Dieses Letztere erinnert an das von verschiedenen französischen Autoren beschriebene Verhalten der Schleimhautoberfläche, was auch der Autor betont; und wenn in den von mir beobachteten Fällen derartige körnige Bildungen nicht in ganz deutlicher Weise

hervortraten, so mag dies zum Theil dem Umstande zuzuschreiben sein, dass meine Untersuchungen sich lediglich auf Massen beziehen, welche mit der Curette aus dem Uterus entfernt sind, während zur Untersuchung der Gewebe in situ an der Leiche bisher die Gelegenheit fehlte.

Nach Allem glaube ich, darf man Folgendes behaupten: Es giebt eine chronische Affection der Uterinschleimhaut, welche zu ganz erheblicher Verdickung derselben (um das 3—4fache) bei Erhaltung ihrer normalen Elemente führt. Speciell bleibt das Epithel der Schleimhaut und der Drüsen erhalten, sowie diese letzteren bis auf einige Dilatation dabei ihre Form sich bewahren. Die erheblichen, langwierigen Blutungen sind das wichtigste und fast einzige Symptom dieser Krankheit. Hypersecretion von Bedeutung ist dabei nicht vorhanden.

Die genannte Schleimhauterkrankung hat unzweifelhaft Verwandtschaft mit einigen anderen an der Uterinschleimhaut beobachteten Erkrankungsformen. Sie darf aber nicht identificirt werden mit den acuten, hämorrhagisch-desquamativen Entzündungsprocessen (*Endometritis decidualis*), wie sie bei der Cholera und vielleicht den acuten Exanthemen vorkommen. Mit dem als *Decidua menstrualis*-Bildung bezeichneten Vorgang bestehen zwar in histologischer Beziehung Aehnlichkeiten, doch ist der Verlauf der beiden Krankheiten ein ganz ungleichartiger und von spontaner Ausstossung in unserer Erkrankung niemals etwas beobachtet worden. Noch weniger ist die Affection natürlich mit dem Sarcom der Schleimhaut zusammenzuwerfen. Am meisten Aehnlichkeit besteht wohl mit der sogenannten *Endometritis cystica polyposa*. Doch ist für unsere Affection gegenüber der letztgenannten charakteristisch der ausschliessliche Sitz im Corpus uteri, die oft erhebliche oder allgemeine Ausbreitung über die Innenfläche der Corpushöhle, das Fehlen cystisch dilatirter Drüsen, die leichte Recidivirbarkeit.

Betreffs der Behandlung fordere ich meine Collegen auf, die Wirkung der Curette nicht nach hergebrachter Weise als absolut verwerflich und gefährlich zu verdammen, sondern vorurtheilsfrei zu prüfen. Der Gebrauch dieses Werkzeuges hat den doppelten Vortheil, zunächst dem Arzte zu zeigen, was er vor sich hat, während man, ohne etwas von der Schleimhaut zu sehen, ihren Zustand kaum ahnt — sodann den Nutzen, dass man auf die sicherste und ungefährlichste Weise die Blutungsquelle beseitigt, wenngleich

hinterher andere Behandlungsweisen nicht fehlen dürfen, um der Wiederkehr des Uebels vorzubeugen.

Halle, Februar 1875.

---

### L i t e r a t u r.

Robert, Bulletin thérapeutique 1846. Tome XXI. p. 344.

Robin, Arch. générales de méd. 1848. XVII. p. 412.

Récamier, Union méd. de Paris 1850. 1.—8. Juin.

Rabu, Thèse de Paris 1850.

Juteau, Thèse de Paris 1850.

Nélaton, Gaz. des hôp. 1853. Nr. 17.

Nonat, ibid. 1853. Nr. 93.

Trousseau, ibid. 1856. Nr. 21.

Robinet, Thèse de Paris 1853.

Ferrier, Thèse de Paris 1854.

Rouyer, Thèse de Paris 1858.

Goldschmidt, Thèse de Strassbourg 1859.

---

### F i g u r e n.

Fig. 1. Querschnitt einer Drüse; Stück einer anderen, stark dilatirten. Um letztere Bindegewebskörperchen. Zwei Gefässe.

Fig. 2. Ein Stück gewucherter Schleimhaut mit zahlreichen Drüsenlumina.

Fig. 3. Stück mit Oberflächenepithel und Drüsenlumina.

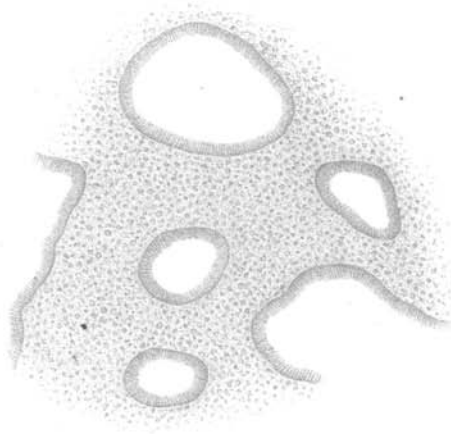
---

Fig. 1.



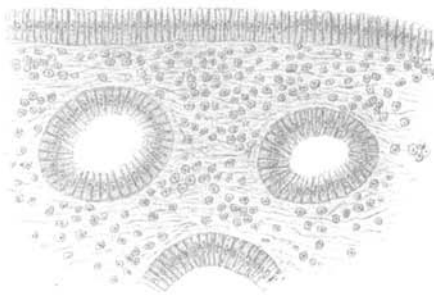
350  
1

Fig. 2.



120  
1

Fig. 3.



350  
1