

Fig. B.

Schnitt durch den Grund der Cyste.

- a. Langhans'sche Zellschicht.
- b. Zellschichthaufen im Gewebe.
- c. Lamellös geschichtete Fibrinlagen.
- d. Kanalisiertes Fibrin.
- e. Zotten im Zusammenhang mit dem (Infarct-) Gewebe, stellenweise degeneriert.
- f. Gefässe.
- g. Haemorrhagie.

V.

(Aus der gynaekologischen Universitätsklinik zu Helsingfors (Finnland).)

# Ein Fall von eigenartiger Uterusneubildung.

Von

Dr. AXEL WOLLGREN,

Assistenzarzt der Klinik.

(Mit einer Abbildung im Text.)

Im Juli 1898 wurde von Prof. G. Heinrichius eine Amputatio uteri supravaginalis nach Chrobak einer Neubildung wegen ausgeführt, deren eigenartige Structur den Fall wohl einer Mittheilung werth macht.

Der Fall ist folgender:

Anamnese. A. S. Unverheirathete Käthnerstochter, 37 Jahre alt. Wurde den 24. 6. 98 in die Klinik aufgenommen. Erste Menstruation im Alter von 16 Jahren. Die Menstruationen regelmässig, von gewöhnlicher Menge und ohne Schmerzen bis 2 Jahre vor der Aufnahme; seitdem unregelmässig nach kürzeren Intervallen, bisweilen nur 2 Wochen, wiederkehrend, reichlich von verlängerter Dauer, bis zu 2 Wochen, und von schweren Schmerzen begleitet. Während dieser Zeit war Pat. auch von Fluor albus belästigt. Bei der Aufnahme in die Klinik klagt Pat. über Schmerzen im Unterleibe, Kopfschmerzen, Schwindel, allgemeine Schwäche und Unvermögen zur Arbeit.

Status praesens: Gewöhnliche Körperconstitution. Gesichtsfarbe etwas blass. Die Brustorgane zeigen nichts Abnormes. Der Urin sauer, hell, klar, frei von Eiweiss und Zucker. Im Hypogastrium wird ein fester, abgerundeter, beweglicher Tumor palpirt, der sich bis 3 Fingerbreit oberhalb der Symphyse nach oben erstreckt. Das Hymen unverletzt, die Oeffnung für den Finger passirbar. Die Scheide eng, jungfräulich. Die Portio konisch, von gewöhnlicher Grösse, nach unten und vorne gerichtet. Der supravaginale Theil des Cervix verlängert und verdickt. Das Corpus uteri sinistrovertirt, fest, gut verschiebbar, von der Grösse einer Apfelsine. Die Ovarien von gewöhnlicher Grösse, beweglich. Sondirung wurde nicht vorgenommen, weil die Uterinhöhle eventuell bakteriologisch untersucht werden sollte.

Die Diagnose wurde auf Myoma uteri gestellt.

Den 5. 7. 98. Amputatio uteri supravaginalis nach Chrobak. Gewöhnliche Vorbereitungen. Aethernarcose. Kurzer Bauchschnitt. Der rechte Eierstock wird zurückgelassen. Der erweiterte Cervicalkanal hat ungleichmässige Wandungen und enthält reichlich glasigen Schleim. Der Stumpf wird mit einem vorderen Lappen gedeckt, der in der vorderen Wand der Fossa Douglasi mit dem Peritoneum vernäht wird. Der exstirpirte Uterus

hat die Grösse einer grösseren Faust und wiegt 400 g. Die Bauchwunde wird in Etagen vernäht. Drei tiefe Suturen.

Verlauf der Heilung normal. Am 21. 7. wird die Patientin geheilt entlassen.

Ein Jahr nach der Operation theilt Pat. mit, dass sie sich seit der Operation völlig wohl befunden habe.

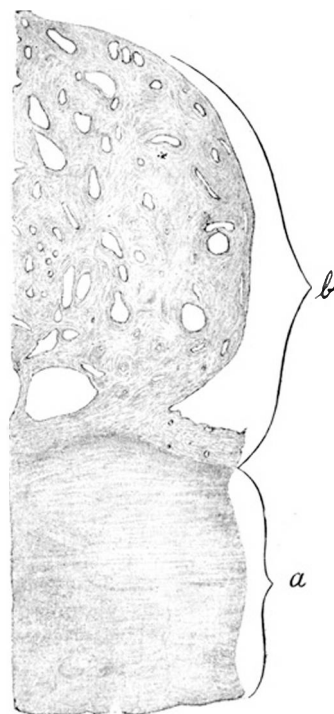
Bei näherer Untersuchung des durch die Operation gewonnenen Präparates findet man, ausser der erwähnten Vergrösserung des ganzen Organes, die vordere Uterinwand vorgewölbt und den cervicalen Theil verhältnissmässig stark verdickt. Beim Aufschneiden des Uterus erweist sich das Myometrium überall als fest, verdickt, am Fundus und der hinteren Wand 2–2,3 cm, an der vorderen Wand 3 cm. An der letzteren Stelle wird in der Muskulatur ein etwa nussgrosser, fester Knoten angetroffen, sonst kein Myom. Die Uterushöhle ist bedeutend erweitert, sie misst in der Länge, vom inneren Muttermunde bis zum Fundus, 11 cm und in der Breite im Fundus 7 cm.

Endometrium von normalem Aussehen ist nirgends anzutreffen. An der hinteren Wand, wo es die makroskopisch geringsten Veränderungen zeigt, ist es gleichwohl etwas uneben, hier und da mit kleinen, über der Oberfläche prominirenden, cystenartigen Bildungen besetzt, wobei etwa in der Mitte der hinteren Wand eine gestielte, nussgrosse, polypöse Bildung von der Schleimhaut ausgeht. Die Dicke der Schleimhaut schwankt zwischen 3–7 mm. An der vorderen Wand und im Fundus ist sie stark verdickt, stellenweise bis zu 3 cm, und bildet 3 in die Uterushöhle hineinschiessende Tumoren mit breiter Basis, theils knolliger, theils flachlappiger, aber sonst glatter Oberfläche und nirgends zerfallend. Von diesen ist der eine unmittelbar über dem inneren Muttermunde gelegen und hat einen Durchschnitt an der Basis von 4 cm, der zweite, der an der Basis 6 cm misst, gleich über diesem. Der dritte geht vom Fundus aus und hat einen Durchschnitt von 4,5 cm. An der Schnittfläche zeigt die Schleimhaut überall ein faseriges Aussehen, stellenweise compact, stellenweise mit zahlreichen, hanfkorngrossen oder ausnahmsweise erbsengrossen Cystenräumen versehen. Die Farbe der Schleimhaut ist blassröthlich mit, besonders im Fundus, zahlreichen, rothbräunlichen Flecken. Die Grenze zwischen dem Endo- und Myometrium ist überall ziemlich gut zu unterscheiden, doch gehen stellenweise zahlreiche Stränge vom einen zum anderen hinüber.

Der Cervicalcanal ist, wie schon bei der Operation erwähnt, erweitert, und in dem am Präparate befindlichen Theile desselben findet sich von der vorderen Wand des Kanals ausgehend, eine etwa kirschengrosse, warzenähnliche, harte Bildung.

Die mikroskopische Untersuchung des Organes, welche an Stücken aus der hinteren Wand, dem dort befindlichen Polypen, den drei Uterustumoren, dem Cervicaltumor und dem kleinen Knötchen der vorderen Wand vorgenommen wurde (Formolfixirung und v. Gieson'sche Färbung) zeigte Folgendes:

Die Corpusschleimhaut ist überall mit Epithel bekleidet. Das Epithel ist einschichtig, theils niedrig cylindrisch, theils kubisch, theils wie z. B. am Polypen der hinteren Wand ganz niedrig, abgeplattet.



Drüsen finden sich überall in der Schleimhaut, sowohl in den weniger verdickten Partien derselben, wie in den Tumoren bis zur Muskulatur hin, sie dringen aber nie in dieselbe hinein.

Die Vertheilung der Drüsen ist etwas wechselnd, aber nirgends scheint ihre Anzahl im Verhältniss zum interstitiellen Gewebe vermehrt, an mehreren Stellen dagegen augenscheinlich stark vermindert. Sie haben nur stellenweise ihr normales Aussehen, meist sind sie erweitert, indem sie runde, längliche oder unregelmässige Cystenräume bis zu einem Durchschnitt von 3–4 mm bilden. Das Drüsenepithel ist überall einschichtig, theils cylindrisch theils niedriger, kubisch, dieses besonders in den grösseren Cystenräumen. Nirgends findet man Anzeichen einer stärkeren Proliferation.

Das interstitielle Gewebe besteht in der oberflächlichsten Schicht zunächst dem Flächenepithel theils aus einem feinen Reticulum mit grössten-theils stern- oder spindelförmigen Zellen, theils aus einem lockeren fibrillären Gewebe mit zur Oberfläche parallel verlaufenden Fasern.

In den tieferen Schichten besteht es aus mehr oder weniger zellenreichem fibrillären Bindegewebe, welches in dicken einander kreuzenden Bündeln zwischen und um die Drüsen verläuft. In den zellreicheren Partien sind die Kerne oval, in den zellärmeren mehr langgestreckt, spindelförmig. Die Grenze zwischen der Schleimhaut und der Muskulatur ist stellenweise scharf markirt, stellenweise dadurch weniger deutlich, dass zahlreiche Bindegewebsstränge von der Schleimhaut zur Muskulatur hinüberlaufen. In der Haut findet man diffus vereinzelte Rundzellen eingestreut, aber an keiner Stelle grössere Anhäufungen derselben.

Blutgefässe finden sich in Menge. In den oberflächlichen Schichten der Schleimhaut, besonders des Tumors am Fundus und des Polyen der hinteren Wand, sind die Capillaren stark erweitert und gefüllt; neben denselben sind zahlreiche Blutaustritte zu sehen, theils jüngere mit wohl erhaltenen Blutkörperchen, theils ältere mit Detritusmasse und Pigmentklümpchen. Der Cervicaltumor ist überall mit einem einschichtigen, niedrigen Cylinderepithel von dem für die Cervixschleimhaut eigenen Aussehen bekleidet. Dasselbe bekleidet auch die zahlreichen Vertiefungen des lappigen Tumors. Der Grundbestandtheil des Tumors wird aus zellenarmen fibrillären Bindegewebe gebildet, in welchem hier und da vereinzelte Drüsen von normalem Aussehen sichtbar sind.

Die Uterusmuskulatur zeichnet sich durch Reichthum an zellenarmen fibrillären Bindegewebe aus, zeigt aber im Uebrigen nichts bemerkenswerthes. Der kleine Knoten in der vorderen Wand hat die für ein Myom gewöhnliche Structur.

Wir haben es also hier mit einer Umwandlung des interstitiellen Bindegewebes der ganzen Schleimhaut mit Ausnahme eines Theiles der oberflächlichsten Schicht, in fibrilläres mehr oder weniger zellreiches Bindegewebe zu thun, ohne Zeichen einer entzündlichen Reizung, und mit einer Vermehrung desselben, stellenweise bis zu wirklicher Tumorbildung. Zugleich findet sich eine Vermehrung des interstitiellen Gewebes im Myometrium. Die Veränderungen der Drüsen scheinen mir ganz secundärer Natur, mechanisch durch die Vermehrung des interstitiellen Gewebes hervorgerufen, denn man vermisst sowohl Anzeichen einer Proliferation des Epithels wie auch Reizungserscheinungen um die Drüsen herum.

Die Affection, welche ich am passendsten Fibromatosis uteri benennen möchte, ist, soweit ich finden konnte, früher nicht beschrieben worden, wenigstens habe ich in der mir zugängigen Litteratur keinen Fall gefunden, der sich ihm völlig gleich stellen liesse.