Aus der Kgl. Frauenklinik in Dresden.

Beitrag zu den Fibromen der Tube.

Von

Dr. Rudolph,

2. Assistenten.

(Mit 1 Abbildung im Text.)

Fibrome der Tube sind ausserordentlich selten beschrieben worden. Martin, der in seinem Lehrbuch über die Krankheiten der Eileiter das hierhergehörige Material gesammelt hat, konnte nur 5 Fälle ausfindig machen und nur 2 von diesen fand er beschrieben. Der eine dieser beiden: „Spaeth, Ein Fibroid des Eileiters (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., XXI, S. 363)“ ist ihm nicht ganz einwandfrei, weil hier die Tube concentrisch verdickt und der Tumor gegen das gesunde Gewebe nicht abgegrenzt ist. Nach seiner Ansicht handelt es sich hier vielleicht um ein rudimentäres Uterushorn. Es bleibt demnach die von Fabricius (Beiträge zur klin. Medicin und Chirurgie, herausgegeben vom Redactionscomité der Wiener klin. Wochenschrift, Heft 11, 1895) beschriebene Tubengeschwulst als ein echtes Tubenfibrom übrig. Die drei anderen von Martin erwähnten Fälle sind folgende: zwei nur demonstrierte, der von Schwartz (Annales de Gyn., XXXIII., 1890, p. 380) und der von Pilliet (Centralbl. f. Gyn., 1895, No. 1) und drittens die von Sir J. Simpson in seinem Lehrbuch über die Frauenkrankheiten (Edinburgh 1878) abgebildete Geschwulst, welche dieser als ein kindskopfgrosses, gestieltes Myom der Pars uterina tubae bezeichnet, aber nicht beschrieben hat. In allerjüngster Zeit hat Jakobs (Annales de l'institute St. Anne, Tome II, No. 1, 1898) noch eine Arbeit über ein ächtes, apfelsinengrosses Fibromyom der linken Tube veröffentlicht. In seiner Literaturzusammenstellung erwähnt er ausser den oben angeführten Fällen von Spaeth, Fabricius und Schwartz noch den von Sullivan (J. gynaecol.

Soc. Boston, 1879, III): Large fibroid Fallopian tumor und zwei von Thomas: Fibrocyst of the Fallopian tube (New-York Med. Journ. 1881. XXXIV) und Cystic fibroid of the Fallopian tube (Americ. journ. obstetr. New-York. 1882. XV. Suppl.).

Das im Folgenden zu beschreibende Präparat stammt von einer Patientin, bei welcher wegen Uterus myomat. und linksseitiger Tubengeschwulst der erstere und die erkrankten linksseitigen Adnexe per vaginam exstirpirt wurden. Die Herauslösung der letzteren geschah sehr vorsichtig, weil an dem medialen Theile der Tube eine Auftreibung sichtbar wurde, die möglicherweise eine Tubenschwangerschaft im ersten Monate oder eine Pyosalpinx war, und weil ein Platzen des Sackes nach Möglichkeit vermieden werden sollte. Am gewonnenen Präparat sieht man 2 cm vom uterinen Ende entfernt eine taubeneiförmige Anschwellung beginnen, die bis 3 cm vor das abdominale Ende der Tube reicht und die Tube scheinbar concentrisch aufgetrieben hat. Die Consistenz ist eine ziemlich derbe; Fluctuation nicht fühlbar. An den von der Geschwulst freien Stellen ist die Tube von normaler Beschaffenheit, der Fimbrienkranz erhalten. Eine breite, kurze, nicht allzu derbe Mesosalpinx verbindet Tube und Ovarium, welches äusserlich keine pathologischen Veränderungen aufweist. Die Serosa ist blassrosa, nicht besonders stark venös injicirt und frei von Pseudomembranen.

Gegen eine Tubenschwangerschaft, an die man nach der beschriebenen Gestalt des Eileiters denken konnte, sprach das Fehlen der Decidua im Uterus. Obgleich demnach die Auftreibung wahrscheinlich in einem Tumor bestand, wurde doch das Präparat vor dem Zerschneiden erst gehärtet, um bei etwaiger Anwesenheit einer Schwangerschaft das Ei möglichst in situ zu erhalten. Bei der Entnahme eines keilförmigen Stückes vom distalen Ende und einer durch die ganze Geschwulst reichenden Scheibe am medialen Theile sieht man, dass es sich nicht um eine concentrische Auftreibung des Eileiters, sondern um eine von dessen Boden ausgehende, zwischen die Blätter des Ligamentum latum hineingewachsene Geschwulst handelt. Der Eileiter läuft auf ihrer oberen Fläche, etwas nach vorn ziehend, als wenig erhabener Wulst hin. Der Tumor selbst besteht aus einem weissen, sehnig glänzenden, derben Gewebe, dessen Bündel nach allen Richtungen durcheinanderlaufen. Die äussersten Bündel grenzen den kugelförmigen Tumor scharf gegen das gesunde Gewebe ab.

Fibrom der linken Tube.

Ov. Ovarium. — f. Fimbrienende. — l. t. Lumen tubae. — f. Fibrom. — u. Uterines Ende. Operationsstumpf. — t. Tubenverlauf. (Wenig erhabener Wulst).

War schon makroskopisch durch die glänzendweisse, sehnige Beschaffenheit der Charakter des Gewebes als Fibrom erkannt, so wurde dies durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt. Der Tumor erwies sich als ein reines Fibrom aus vorwiegend faserigen, wenig zelligen Elementen bestehend, ohne Beimengung von Muskelfasern. Zwischen Tubenboden und Tumor (überhaupt zwischen Schale und Tumor) besteht eine durch den Härtingsprocess gelockerte Verbindung aus Bindegewebsfasern. Diese scheinbare Lücke ist dieselbe, die stets in Folge der Schrumpfung beim Härtingsprocess zwischen Kapsel und Myom wegen der verschiedenen Dichtigkeit der Gewebe entsteht. Der Tubenboden ist also hier Geschwulstkapsel. Es soll diese Feststllung nur dem Einwand begegnen, als handle es sich hier nicht um eine vom Tubenboden, sondern um eine vom Bindegewebe des Ligamentum latum ausgehende Geschwulst. Wäre das letztere der Fall, so würde die Tube wohl kaum die vorhandene Gestalt besitzen, sie würde nicht

gewissermaassen mit ihrem Boden die Geschwulst zu umgreifen suchen, sondern sie würde beim Emporwachsen des Tumors gegen sie demselben ausgewichen sein und vielleicht als scharf begrenzter Wulst über ihn hinweglaufen. In unserem Falle dagegen bilden ja Tubenwand und Geschwulstkapsel so sehr ein Ganzes, dass bei der ersten Besichtigung die Tube concentrisch aufgetrieben schien.

Es wurde bei der mikroskopischen Untersuchung auch nach den in manchen Myomen vorkommenden, mit Cylinderepithel ausgekleideten Hohlräumen gesucht. Jedoch weder ein solcher, noch ein vielleicht durch das Wachsthum der Geschwulst comprimierter Rest eines solchen wurde gefunden. In den Kugelmymomen hat ja auch Recklinghausen, der bei seinen Myomuntersuchungen auf diesen Befund das Hauptgewicht legt, keine oder doch nur zweifelhafte Stellen gefunden. Dieser negative Befund, der auch nach den Untersuchungen von Lockstädt in Königsberg bei den Kugelmymomen die Regel ist, würde dafür sprechen, dass der Reiz, der sie zur Entstehung und zum Wachsthum bringt, unabhängig ist von den mit Cylinderepithel ausgekleideten, drüsenartigen Hohlräumen, die vielfach als die Reste der Wolff'schen Körper angesehen werden.

Im Gegensatz zu diesem Befunde steht der am Uterus selbst. In dessen Wand sind keine eigentlichen Kugelmymome nachgewiesen, sondern nur eine diffuse Myomatosis und zwar hauptsächlich der hinteren Wand. Einzelne Stellen, in der Nähe der Tubenecken zur mikroskopischen Untersuchung entfernt, zeigen deutlich jene von Recklinghausen wohl am genauesten erforschte und beschriebene Geschwulstform, das Adenomyom. Mitten in der ca. 2 cm dicken Wand, also 1 cm unter der Schleimhautgrenze, liegen im Myomgewebe, umgeben von Bindegewebe, welches stark an das der Schleimhaut erinnert — nur sind die Kerne etwas länger und die Zellen überhaupt etwas grösser als die Stromazellen der Schleimhaut —, einzelne drüsenartige Röhren mit Cylinderepithelbezug. Ob das aber nicht doch durch den Reiz des Myoms in die Tiefe gewucherte Drüsen, oder ob es die Wolff'schen Körper sind, ist kaum zu entscheiden. Für das letztere spricht die grosse Tiefe, in der sie nachgewiesen sind.

Der Fall charakterisirt sich also im Ganzen dahin, dass ein ziemlich ausgedehntes Adenomyom des Uterus begleitet ist von einem reinen Fibrom der linken Tube.