Aus der gynäkologischen Abteilung des Wiedener Krankenhauses
in Wien (Vorstand: Prof. Halban).

Ueber Tubentuberkulose mit adenomähnlicher Wucherung der Tubenschleimhaut.

Von

Dr. Joachim Frist.

(Mit 1 Abbildung im Text.)

Das pathologisch-anatomische Bild der Tuberkulose ist ein sehr mannigfaches. Die häufigste Form ist die „griessförmige“ Aussaat; oft erscheint die Tubentuberkulose unter dem bekannten Bilde der Salpingitis isthmica nodosa, mitunter aber verrät sie sich dem unbewaffneten Auge nicht im mindesten und bildet jene Form, für die Williams den treffenden Ausdruck der unsuspected genital tuberculosis geprägt hat, wobei es aber zuweilen durch Wucherung der tuberkulös entzündeten Schleimhaut sogar zur Bildung von Tumoren kommt, die nur schwer von echten Neoplasmen zu unterscheiden sind.

Die Beziehung zwischen epithelialer, atypischer und entzündlicher Wucherung ist, nachdem Tobold im Jahre 1866 als erster auf die tumorartige Form von Kehlkopftuberkulose aufmerksam gemacht hat, in verschiedenen anderen Organen, wie Lymphdrüsen, Haut (Lupus), Lunge (durch Karl Friedländer), Pleura (durch Neelsen, Askanazy u. a.), bei Magengeschwüren auf entzündlicher aber nicht tuberkulöser Basis (durch Hauser) und bei Syphilis beobachtet worden. An den weiblichen Genitalien ist die Beziehung zwischen entzündlichen und epithelialen Tumoren nur in einigen Fällen von Münster-Ortmann, Landau-Reinstein, Wolff, von Franqué, Kundrat, Stein und Neu eingehend beschrieben worden.

Im nachstehenden soll über einen derartigen Fall, den wir zu beobachten Gelegenheit hatten, berichtet werden.

9. VII. 1913. Anamnese: 27jährige verheiratete Pat. M. G. klagt über Schmerzen in der linken Unterbauchgegend, die seit sechs Jahren trotz wiederholt versuchter konservativer Therapie bestehen.

Die Schmerzen treten vorwiegend nach der Menstruation auf und hören nach Entleerung einer wässrigen Flüssigkeit, die sich angeblich im Schwall ergiesse und etwa zwei Esslöffel betrage, auf. Nebenbei bestehen auch Schmerzen beim Urinieren und Defäcieren. Menstruation dreitägig, regelmässig. Kein Partus, kein Abortus. Aus der Familienanamnese ergibt sich, dass der Vater der Pat. mit 38 Jahren an einem „Lungendefekt“ bei gleichzeitig bestehender Geisteskrankheit gestorben sei. Näheres über den Lungendefekt ist nicht zu eruieren. Vier Geschwister, davon zwei im Kindesalter, unbekannt woran, zwei im Alter von etwa 20 Jahren an Lungenleiden gestorben.

9. VII. 1913. Status praesens: Schleimiges Sekret aus der Vagina. Portio derb, geschlossen. Uterus anteflektiert, nicht vergrössert. Linke Adnexe verdickt, rechte Adnexe als hühnereigrosser Tumor palpabel.

R Riesenzellen. A Adenomähnlich gewuchertes Tubenepithel. T Tuberkel.

Ein am 15. V. 1920 erhobener Lungenbefund ergibt eine leichte Dämpfung und unreines Atmen über der rechten Lungenspitze.

Diagnose: Tumor adnexorum bilateralis.

Da die Pat. trotz sechs Jahre andauernder konservativer Behandlung keine Besserung zeigt, wird am 11. VII. 1913 die Operation in Billrothnarkose vorgenommen. Mediane Laparotomie. Die linke Tube ist in einen etwa hühnereigrossen, unregelmässig geformten Tumor (die peritoneale Oberfläche des Tumors zeigt an einzelnen Stellen papilläre Exkreszenzen) umgewandelt. Das linke Ovar normal. Abtragung der linken Tube bei Belassung des linken Ovars. Die rechte Tube ist etwa daumendick, im abdominalen Anteil kolbig verdickt, mit dem Ovar, das ebenfalls vergrössert ist, innig verwachsen. Abtragung der rechten Adnexe, Schluss der Bauchhöhle.

Glatte Heilung per primam.

18. VII. 1913. Histologischer Befund (Reg.-Rat Zemann): Papilläres Adenom der Tuben.

1. V. 1920. Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung hat sich nun unter den vielen angefertigten Schnitten, die bloss adenomatöse Veränderungen aufweisen, in einer Partie der linken Tube auch ausgesprochene Tuberkulose gezeigt.

Wir sehen im Präparat an einzelnen Stellen Nekrose (Verkäsung), Epitheloidzellen, Tuberkel mit Riesenzellen, ausserdem äusserst zahlreiche, mit einschichtigem Zylinderepithel ausgekleidete Schläuche, die den Eindruck drüsenartiger Gebilde machen, dazwischen Bindegewebe. Diese drüsenartigen Gebilde sind verschieden gross, einzelne sind quer getroffen, nirgends ist Mehrschichtung, die Kerne des Zylinderepithels sind basal und gut gefärbt, im Drüsenlumen abgestossenes Epithel.

Nach dem histologischen Bau des Tumors handelt es sich hier um einen adenomähnlichen Tumor, der aus dem tuberkulös entzündeten Tubenschleimhautepithel hervorgegangen ist, welcher also zu den seltenen, eingangs erwähnten Formen der Tubentuberkulose gehört.

Was die klinischen Symptome des Falles betrifft, so finden wir in der Anamnese die Symptome der chronischen Unterleibs-entzündung: Schmerzen, Sterilität, unregelmässige Menses und das von Rosthorn, Keitler, Roberts, Weinbrenner bei Karzinom in 25 pCt. der Fälle vorgefundene Symptom des „Hydrops tubae profluens“. Auch bei unserer Patientin erfolgt im Anschluss an heftige Schmerzen Abgang einer wässerigen Flüssigkeit, die sich, wie sie sagt, im Schwall ergiesst, worauf die Schmerzen verschwinden. (Das Symptom kommt auch bei Saktosalpinx vor.)

Die Schmerzen können als Folge von Tubenkontraktionen aufgefasst werden. Der Tumor wirkt vielleicht ähnlich wie ein Fremdkörper.

Die Sterilität wird durch die pathologisch-anatomischen Veränderungen verständlich. Prochownik hat in drei Fällen von Sterilität im Anschluss an Laminaria, Dilatation und Abrasio akute Miliartuberkulose gesehen.

In manchen Fällen besteht auch Dysmenorrhoe. Gräfenberg hat am Münchener Gynäkologenkongress über sechs Fälle berichtet, in denen nach lokaler Therapie wegen Dysmenorrhoe akut ausgedehnte Genitaltuberkulose aufgetreten ist. Für die therapeutischen Massnahmen ist die Kenntnis solcher unliebsamer Ereignisse bei Behandlung der Sterilität und Dysmenorrhoe auf tuberkulöser Basis von praktischem Wert.

Weiter haben wir aus der Familienanamnese Tuberkulose, sowie eine leichte Spitzendämpfung festgestellt.

Die Diagnose ist im allgemeinen nicht leicht.

Kröner teilt die Tuberkulosefälle in drei Gruppen:

1. Die Tuberkulose des Genitales ist nur Nebebefund (bei Myom usw.).
2. Die Diagnose ist wahrscheinlich, weil gleichzeitig Tuberculosis peritonei besteht, wobei differentialdiagnostisch Leberzirrhose und Tumor ovarii malignus in Betracht kommt.
3. Die Tuberkulose verläuft unter dem Bilde des chronischen Adnextumors (bei Kröner die Hälfte des Materials).

Unser Fall liesse sich in die Gruppe 3 einreihen.

Therapie. Da wir in der überwiegenden Zahl der Fälle das Krankheitsbild des Adnextumors vor Augen haben, so ist damit auch die therapeutische Richtlinie gegeben.

Auf die Tuberkulose der Tube bzw. des Genitales hier näher einzugehen, erscheint mit Rücksicht auf die darüber vorliegende Literatur überflüssig (Hegar, Veit, A. Martin, Menge, Pankow, Schlimpert, Simmonds, Joung, Bennecke, Bauereisen, Engelhorn, Baumgarten, Hartmann, Krönig, Amann, Franqué, Kröner, Max Müller u. a.) war ja das Thema bereits auf den Gynäkologenkongressen in Rom 1902 und München 1911 Gegenstand eingehendster Diskussion. Speziell der Frage der primären bzw. sekundären Genitaltuberkulose ist in jüngster Zeit (1920) Max Müller nähergetreten. Er kommt zum Ergebnis, dass die primäre Genitalerkrankung nur aus der frischen Erkrankung der regionären Beckenlymphdrüsen diagnostiziert werden könne; dementsprechend bedürfen alle Fälle, die bisher als primär angesehen wurden, einer Revision nach dieser Richtung. Für ihn ist „die tuberkulöse Lokalerkrankung am Genitale gleichbedeutend mit der Feststellung einer sekundären Erkrankung“.

Nach Müller ist die primäre Genitaltuberkulose eine äusserste Seltenheit und bis heute jedenfalls nicht erwiesen.

Wir werden auch für unseren Fall wegen der Familienanamnese und des Lungenspitzenbefundes die sekundäre hämatogene Tuberkuloseinfektion als höchst wahrscheinlich annehmen.

Primäre Neubildungen¹⁾ der Tuben sind im Gegensatze zu den häufigen Erkrankungen des Uterus und der Ovarien nur verhältnismässig selten.

Ein reines Adenom der Tube findet sich überhaupt nirgends

1) Einteilung derselben siehe Martin und Veit, Handb. f. Gynäkol.

in der Literatur, wenn man von dem Bland Suttonschen ab-
sieht, das jetzt allgemein zu den Papillomen gerechnet wird. Der
Name wird zwar häufig gebraucht, aber man versteht darunter
durchweg einfache Hyperplasien bei verschiedenen Arten von Sal-
pingitis.

Nach Borst ist das Adenom „eine autonome Bildung, die
nach dem Typus des Drüsengewebes gebaut ist“.

Die Diagnose der Tubengeschwulst ist schwer, weil der Begriff
der Geschwulst noch umstritten ist. Die Grenze zwischen Hyper-
plasie und Tumor ist oft nicht scharf umschrieben. Nach Borst
„ist die Geschwulst als ein ohne nachweisbare Ursache örtlich ex-
zedierendes, eigenmächtig und selbständig zweck- und zielloses
Wachstum von Zellen und Geweben, welches ein in morpholo-
gischer und biologischer Beziehung mehr oder minder atypisches
Produkt liefert“.

Birch-Hirschfeld, Borst, Klebs, Lubarsch, Ribbert,
Rindfleisch, Virchow, Ziegler trennen den Begriff Geschwulst
scharf von der Hyperplasie nach chronischer Entzündung — klinisch
ist dies oft unmöglich.

Nach Birch-Hirschfeld besteht auch ein Unterschied im
biologischen Verhalten zwischen Hyperplasie und Geschwulst: Die
Geschwulst ist nicht beteiligt an der Körperfunktion, Ziegler und
Thoma bemerken dazu: nicht beteiligt zum Wohle des Gesamt-
organismus.

Die Frage nach der Aetiologie der adenomatösen Geschwülste
kann noch nicht beantwortet werden. Es bestehen verschiedene
Theorien:

1. v. Recklinghausen (Urnierenreste), Schickele (Persi-
stieren des Wolffschen Körpers) negieren das Adenom, weil
der Uterus normalerweise keine Drüsen besitze.
2. Kossmann, Lockstedt (versprengte Teile vom Müller-
schen Gang).
3. v. Franqué, R. Meyer (postfötale Schleimhauttheorie).
4. R. Meyer (Serosaepitheltheorie).

Alle vier Theorien schliessen einander nicht aus.

R. Meyer ist Recklinghausen entgegengetreten; „wenn auch
die normale Tube keine Drüsen besitze, so kann sie pathologischer-
weise solche bilden oder sie können pathologischerweise in der Tube
vorkommen. Der Name kann umstritten werden, nicht die Tat-
sache“.

Wir sprechen bei unserem Tumor von adenomähnlicher Wucherung, weil in diesen Fällen die epithelialen Neubildungen zu wenig aus den Beziehungen zu den übrigen Körpergeweben ausgeschaltet sind, um ein selbständiges Leben führen zu können, wie wir das von echten Neubildungen kennen (Stein).

Borst erklärt den Zusammenhang zwischen Entzündung und Neubildung dahin, dass durch den einmaligen Reiz eine irreparable Störung des Teilungsmechanismus ausgelöst werden kann. Bei den Tuben ist die Entzündung etwas sehr Häufiges.

Schon Lubarsch hat darauf hingewiesen, dass bei Tuberkulose und bei chronischer gonorrhöischer Salpingitis sehr starke adenomatöse Wucherungen der Tubenschleimhaut vorkommen.

Wie einleitend bemerkt wurde, haben Münster-Orthmann-Landau, Rheinstein usw. einschlägige Fälle eingehend beschrieben, weiter v. Franqué und Neu. An dem Falle von Neu wird die in den anderen Fällen nicht beachtete Mehrschichtung und Proliferation des Epithels vom Autor als Gradmesser für die durch die Entzündung enorm ausgelöste Wucherung bezeichnet (Schottländer, Gebhard).

Neu bemerkt weiter, „die Wucherungstendenz kann also eine auf entzündlicher Basis beruhende, primäre sein und von solcher Stärke, dass sich Zellen allenthalben und nicht nur nach den Orten des geringsten Widerstandes (Lumen) begeben, sondern auch aktiv ins Nachbargewebe eindringen“. Neu konnte an Serienschnitten die „drüsigen“ Gebilde als Tubenschleimhautausläufer, die mit dem Epithelbesatz zusammenhängen — verzerrte und verlagerte — Kanalsysteme und keine typischen Drüsen verfolgen (v. Franqué, Lubarsch).

Gottschalk, Opitz, v. Franqué (postfötale Schleimhauttheorie) haben bei Adenomyomen einen direkten Zusammenhang zwischen Drüsen und Tubenschleimhaut nachgewiesen. Gottschalk hat in einem Falle an zwei Stellen die adenomatöse Entwicklung aus Ausstülpungen des Tubenepithels beobachtet.

v. Franqué hat gezeigt, dass beim Wachstum des Tumors ein Ausläufer Aeste in alle Schichten aussenden kann. Wenn dieser Verbindungsgang verlegt wird, so besteht kein Zusammenhang zwischen Schleimhaut und adenomatöser Wucherung, das ganze Gebilde erscheint unabhängig. Die Ausläufer können dilatieren (Zysten) und diese sich abschnüren (Salpingitis pseudofollicularis, R. Meyer). Auch auf die Muskularis und alle anderen Schichten kann die Wucherung übergreifen.

Während Rokitansky noch die alte Anschauung vertreten hat, dass Karzinom und Tuberkulose einander ausschliessen, haben Sänger und Borst hervorgehoben, dass in allen sicheren Fällen von primärem Tubenkarzinom sich die Neubildung auf einer durch chronische Entzündung veränderten Tubenschleimhaut entwickelt hat (Entzündungstheorie, der sich auch Orthmann, v. Franqué u. a. anschlossen). Durch den immer wiederkehrenden chemischen Reiz, den bei dieser Ausscheidungstuberkulose die Tuberkelbazillen und ihre Produkte auf die Epithelien ausüben, wird eine Prädisposition zur Karzinomentwicklung gesetzt (v. Franqué).

Unserer Ansicht nach schafft die Genitaltuberkulose keine besondere Disposition zur malignen Degeneration, da ja Entzündung der Tuba sehr häufig, maligne Tumoren dagegen sehr selten sind. Auch die Einseitigkeit des Karzinoms lässt sich damit nicht in Einklang bringen (Eckard, Kehrer, Zangemeister).

Literatur.

- Aszkanazy, Ueber tumorartiges Auftreten der Tuberkulose. Zeitschr. f. klin. Med. 1897. Bd. 32.
- Baumgarten, Verhandl. d. deutschen pathol. Gesellsch. 1904.
- Bauereisen, zit. nach Hartmann.
- Bennecke, zit. nach Hartmann.
- Borst, Die Lehre von den Geschwülsten. Wiesbaden 1913.
- Engelhorn, zit. nach Frankl.
- v. Franqué, Salpingitis nodosa isthmica. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 42.
- Derselbe, Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkol. 1901 u. 1905.
- Derselbe, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1902.
- Derselbe, Ebenda. 1911. Bd. 69.
- Derselbe, Ebenda. Bd. 37.
- Derselbe, Med. Klinik. 1911.
- Derselbe, Würzburger Abhandl. 1914.
- Gottschalk, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 42.
- Hartmann, Arch. f. Gynäkol. Bd. 106.
- Hegar, zit. nach Hartmann.
- Joung, zit. nach Hartmann.
- Kehrer, zit. nach Hartmann.
- Keitler, Zentralbl. f. Gynäkol. 1905.
- Kröner, Arch. f. Gynäkol. Bd. 105.
- Krönig-Pankow, Lehrb. d. Gynäkol. 5. Aufl.
- Kundrat, Arch. f. Gynäkol. Bd. 65.
- Landau-Rheinstein, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Tube. Arch. f. Gynäkol. 1891. Bd. 39.

- Lubarsch, Pathologie der Geschwülste. Ergebnisse d. Pathol. v. Lubarsch-Ostertag. Bd. 7.
- Derselbe, Hyperplasie der Geschwülste. Ebenda. 1895. Bd. 2.
- Derselbe, Deutsche med. Wochenschr. 1886.
- Martin, A., Zur Pathologie der Eileiter. Deutsche med. Wochenschr. 1886. Nr. 17.
- Martin, Handb. d. Gynäkol.
- Menge, Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkol. 1911. Bd. 14.
- Meyer, R., Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 42.
- Müller, M., Arch. f. Gynäkol. 1920. Bd. 112.
- Münster-Orthmann, Ein Fall von Pyosalpinx auf tuberkulöser Grundlage. Arch. f. Gynäkol. Bd. 29.
- Neu, M., Zeitschr. f. Gynäkol. Bd. 62.
- Orthmann, Primäre Eileitertuberkulose. Festschrift für A. Martin. 1895.
- v. Recklinghausen, Die Adenomyome. Berlin 1896. Hirschwald.
- v. Rosthorn, Prager Zeitschr. f. Heilkunde. Bd. 17.
- Sänger-Borst, Martins Handb. d. Krankh. d. weibl. Adnexe. 1895. Bd. 1.
- Schickele, Virchows Arch. 1902.
- Simmonds, Arch. f. Gynäkol. 1899.
- Stein, Monatsschr. f. Geburtsh. 1903.
- Wolff, B., Ueber adenomähnliche Wucherung der Tubenschleimhaut bei Tubentuberkulose. Monatsschr. f. Gynäkol. Bd. 6.
- Zweifel, Arch. f. Gynäkol. 1918. Bd. 109.
-