

III. Aus der chirurgischen Abtheilung des Krankenhauses der Barmherzigen Schwestern in Posen.

Ein sechs Pfund schweres Cystofibroid des Labium majus mit Schwangerschaft complicirt.

Von

Dr. J. Zielewicz.

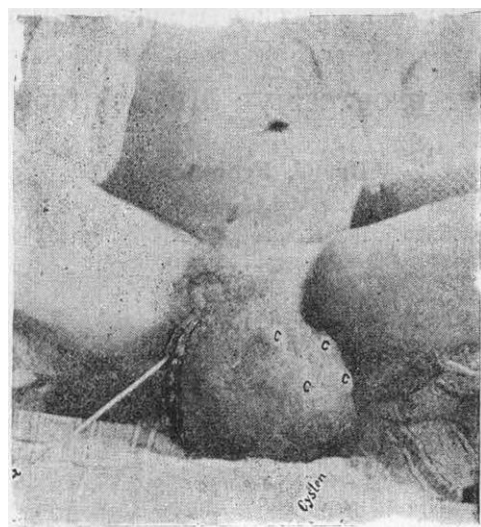
Vom klinischen Standpunkte ist es wichtig, unter den Fibromen der grossen Schamlippen zwei Arten zu unterscheiden — je nach ihrem anatomischen Substrat. Die eine Kategorie bilden nämlich diejenigen fibrösen Geschwülste, welche ihren Ursprung und ihre Entwicklung blos dem Bindegewebe der Schamlippe selbst verdanken, sich aber auch in ihrem Wachsthum auf diesen Theil beschränken. Die meisten von diesen Fibromen wachsen in der Richtung nach Aussen, heben sich stark von der Oberfläche ab und werden gestielt. Ihre Exstirpation ist leicht entweder als einfache Uebertragung mit der galvanokaustischen Schneideschlinge oder als eine fast blutlose Enucleation aus ihrer bindegewebigen Umhüllung.

Die zweite — klinisch bedeutend wichtigere Kategorie — bilden diejenigen Fibroide, welche allerdings auf den ersten Blick als den grossen Labien angehörend imponiren, jedoch bei genauerer Betrachtung und noch mehr bei der Operation selbst ihren eigentlichen tieferen Ursprung zu erkennen geben. Es sind dies Fibroide, welche entweder mit der Fascia pelvis, mit dem Periost der Beckenknochen oder auch mit diesen beiden zugleich verwachsen sind und von diesen Gebilden ihren Ursprung zu haben scheinen. Im Gegensatz zu der vorigen Kategorie sitzen sie auf breiterer Basis, nehmen eine mehr kugelige Gestalt an und — wiewohl sie in der Gegend der Schamlippen zur Erscheinung gelangen, zerren sie dieselben nicht aus und werden in der Regel nicht gestielt.

Der Ursprung und die Wachstumsverhältnisse dieser Tumoren bringen es natürlich mit sich, dass sie nicht nur die Vulva in Mitleidenschaft ziehen, sondern auch die Harnröhre und den Mastdarm angreifen, indem sie an der ersteren zerren und mit dem Rectum unliebsame Verlöthungen eingehen. Die Exstirpation ist daher schwieriger als bei den reinen Fibromen der Labien und Nebenverletzungen mitunter nicht zu vermeiden.

Am 7. December 1885 kam die 31jährige Arbeiterfrau Katharina D. zur Aufnahme, Mutter mehrerer Kinder, bis vor ungefähr zwei Jahren gesund. Längere Zeit nach der letzten Entbindung wurde Patientin einen kleinen Knoten in der Gegend der linken grossen Schamlippe gewahr. Das Wachsthum dieser Geschwulst liess die Frau anfangs unbeachtet, bis sie ihr nicht blos Schmerzen zu verursachen begann, sondern auch schliesslich den Gebrauch der unteren Extremitäten vollständig zur Unmöglichkeit machte. Bereits seit ungefähr einem Jahre, nachdem die Geschwulst den jetzigen Umfang erreicht, kann Patientin nicht einmal stehen und nicht sitzen und ist gezwungen, ihre geringen Bewegungen auf dem Gesäss zu verrichten, indem sie sich dabei mit den Armen auf die Erde stützt. Die Sorglosigkeit dieses Zustandes hat sich noch dadurch gesteigert, dass die Frau vor ungefähr 8 Monaten schwanger wurde — ein Ereigniss, welches allerdings eine besondere Kunstfertigkeit seitens ihres in der Blüthe der Jahre stehenden Mannes voraussetzen lässt, was aus dem Folgenden zu ersehen ist.

Vor dem Eingang der äusseren Genitalien (siehe Figur) hängt eine fast runde, mit Schamhaaren theilweise bedeckte, höckerige Geschwulst von 59 cm Umfang in ihrem grössten Durchmesser. Der Tumor ist solide, elastisch-weich, auf seiner linken Peripherie mit einigen fluctuirenden Cysten und mit spärlichen Schamhaaren versehen, welche auch an der vorderen Oberfläche die Geschwulst hie und da



bedecken. Ein Hautüberzug fehlt an einer kleinen Stelle des rechten Umfanges der Geschwulst, während das linke Labium majus und minus in die Hautbedeckung des Tumors aufgegangen sind, ist rechterseits sowohl die grosse als die kleine Schamlippe unversehrt vorhanden.

Der Introitus vaginae ist durch die Geschwulst soweit verlagert, dass man kaum zwei Finger neben der Geschwulst in die Vagina hineinschieben kann. Die Harnröhrenmündung nach links verschoben und wund, die Harnröhre im Ganzen nach dieser Richtung gezerzt. Das Rectum ist nach Unten stark herabgedrängt.

Der Tumor ist auf seiner Unterlage sehr wenig beweglich. Die Probepunction ergiebt, dass die Geschwulst solide und stark vascularisirt ist, dagegen die oberflächlichen Cysten klaren serösen Inhalt enthalten. — Schwangerschaft im ungefähr 8. Monat.

Da nach meiner eigenen und anderer Collegen Ansicht die Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes unter diesen Umständen nicht möglich schien, so beschloss ich, mit der Exstirpation nicht zu zögern. Inzwischen bekam die Kranke einen Schüttelfrost, wonach die fötalen Herztöne sistirten, und in der Nacht vor dem zur Operation festgesetzten Morgen (13. December 1885) erfolgte der Abortus eines todtten fast ausgetragenen Kindes. — Schweres Wochenbett.

Am 29. December 1885, nachdem sich die Kranke inzwischen gut erholt hatte, schritt ich zur Exstirpation unter gütiger Assistenz unserer hiesigen Gynäkologen, der Herren v. Swicicki und Toporski. Nachdem aus der die Geschwulst bedeckenden Haut linkerseits ein Lappen abpräparirt war, drang ich in die Tiefe zunächst an der der linken Schamlippe entsprechenden Partie. Der Tumor wurde von der Beckenfascie und von der Symphyse ziemlich leicht, theils mit der Scheere, theils stumpf abgelöst, und die einzige unliebsame Störung ereignete sich erst bei der Abtrennung des Tumors vom Rectum, indem dasselbe auf einer Strecke von ca. 2 cm angeschlitzt wurde. Die grosse und tiefe Wundfläche wurde nun, soweit es ging — namentlich in der Gegend der Symphyse — genäht, die Vagina im Grossen und Ganzen plastisch ersetzt und die Rectumwunde durch einige Catgutnähte geschlossen. Ein Jodoformgaze- und Sublimatkrüllgazeverband, darüber eine grosse, das ganze Becken einhüllende Schürze aus Sublimatgaze mit einer Oeffnung zum Durchstecken eines Verweilkatheters zwecks Schutz des Verbandes vor Verunreinigung mit Urin.

Die Operation dauerte ungefähr eine Stunde. Patientin erholte sich ziemlich schnell aus der langen Narkose (Chloroform 4, Aether und Spiritus aa1), machte in den ersten 4 Tagen der Nachbehandlung ein aseptisches Fieber von 38,5—39,5 C. durch, der weitere Verlauf war durchaus afebril, bis in der dritten Woche eine exsudative Pleuritis hinzutrat, welche auch glücklich überstanden wurde, so dass Frau D., nachdem sie das verlernte Gehen wiedergelernt hatte, Ende Februar als geheilt entlassen wurde.

Die Geschwulst wog 2965 g, dem anatomischen Baue nach ein reines Fibroid ohne Muskelfasern, ziemlich reichlich mit Gefässen versehen. Neben den äusserlich sichtbaren, enthielt die Geschwulst im Innern noch einige wallnuss- bis taubeneigrosse Cysten mit wasserhellem Inhalte.

Die mit der Beckenfascie in Verbindung stehenden Fibrome der Labia majora scheinen äusserst selten zu sein. Zweifel („Die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien“ in der „Deutschen Chirurgie“ 1885) führt nur (S. 82) die Ansicht von Kiwisch an, dass es solche Geschwülste überhaupt gebe, und in der mir zugänglichen Literatur konnte ich sonst nichts darüber finden.