

Verbildungen erkennen muss, welche oft einer Reihe von 6 Jahren und mehr zu ihrer derzeitigen Entwicklung bedurften, so würde man ohne Zweifel gerechter urtheilen.

Die physiologisch und technisch richtig angewendete schwedische Heilgymnastik enthält ohne Zweifel eine überaus schätzbare Bereicherung des zur Behandlung der Scoliosis habitualis dienenden anderweitigen Heilapparates. Dies ist auch von allen Aerzten, welche dieselbe in ihrer wahren, von allerlei ihr angehängten mystischen Beimischungen freien Gestalt kennen gelernt haben, gebührend anerkannt worden. Es werden aber nicht selten therapeutische Anforderungen an sie gestellt, deren Unausführbarkeit unmöglich ihr, sondern allein dem hohen Grade des Krankheitsprozesses zugeschrieben werden muss. Bei der Scoliosis habitualis ist dies um so betrübender, als man in der rechtzeitigen Benutzung der hier erörterten vereinigten Heilmittel ein glückliches Heilresultat mit Sicherheit erwarten darf.

XV.

Zur Casuistik der Uterustumoren.

Von Hugo Ziemssen, Privatdocent in Greifswald.

I.

Ein Fall von Cauliflower excrescence of the os uteri (Clark).

Seit etwa 5 Jahren befand sich ein ältliches Dienstmädchen hierselbst in medicinisch-poliklinischer Behandlung, welche im Jahre 1841 durch den nunmehr verstorbenen Geheimrath Berndt auf operativem Wege von einer Geschwulst am Collum uteri befreit war. Die Geschwulst wurde zum grössten Theil der hiesigen anatomischen Sammlung einverlebt und hier wegen ihrer frappanten Aehnlichkeit mit einem Blumenkohl als „Blumenkohlgewächs“ aufgeführt.

Eine mikroskopische Untersuchung derselben, welche ich bereits vor 2 Jahren vornahm, forderte mich auf, die Kranke des Genauerer auf etwaige Recidive zu untersuchen. Wie es sich schon aus der langen Reihe von Jahren, welche seit der Exstirpation verflossen waren, *a priori* schliessen liess — so fanden sich keine Spuren eines Recidivs. Die Sache kam mir aus dem Gedächtniss und erst im Sommer 1858 nahm ich sie wieder auf, als die Kranke mit vorgerückter Lungen- und Darmtuberculose in die Klinik eintrat. Der im Juni erfolgte Tod derselben gab die erwünschte Gelegenheit, meine Notizen durch den Sectionsbericht vervollständigen zu können.

Die Seltenheit dieser von Clark als „Cauliflower excrecence“ bezeichneten Geschwulst, welche in den letzten Jahren, seitdem Virchow's Untersuchungen über diesen Gegenstand (Würzburger Verhandlungen der phys.-med. Ges. Bd. I. S. 106) veröffentlicht wurden, das allgemeine Interesse für sich in Anspruch nahmen, sowie insbesondere die geringe Anzahl derjenigen Fälle, welche nach gelungener Exstirpation lange Zeit in der Beobachtung verblieben, veranlasst mich um so mehr, diesen Fall mitzutheilen, als hier einerseits die vor 17 Jahren exstirpierte und aufs Schönste conservirte Geschwulst vor diagnostische Irrthümer schützte, andererseits die Untersuchung der Kranken, sowie die Section uns über die weiteren Vorgänge aufklärte.

Die Literatur ist äusserst arm an brauchbaren Beobachtungen und Untersuchungen über den in Rede stehenden Gegenstand. Seitdem wir wissen, dass das Blumenkohlgewächs kein Wesen sui generis ist, sondern verschiedene Bildungen in sich begreift, von denen die einfache Papillargeschwulst und das Cancroid am häufigsten in diesem Gewande auftreten; seitdem hat die vom Jahre 1809, wo J. Clark zuerst mit seiner Beschreibung des Cauliflower excrecence of the os uteri auftrat, bis zum Jahre 1849 gesammelte und von Watson (Monthly Journ. 1849. Novbr.) zusammengestellte Casuistik ausserordentlich an Werth verloren. Nicht mehr die Beschreibung der äusseren Form, sondern nur die mikroskopische Durchforschung des Gebildes kann die Natur desselben, ob Papillargeschwulst, ob Cancroid, ob Carcinom, ob Combinationen

derselben unter einander, eruieren und damit die für die Praxis wichtige Frage von der Gut- oder Bösartigkeit der Geschwulst, von der Recidivfähigkeit derselben erledigen. So sehen wir uns denn für das klinische Bedürfniss auf die wenigen Beobachtungen beschränkt, welche in dem letzten Jahrzehnt durch Virchow, C. Mayer, Kiwisch, Scanzoni und Mikschik veröffentlicht sind. Leider fehlt auch in vielen dieser Fälle eine mehrjährige Beobachtung der Operirten, und bleibt somit das Resultat der Exstirpation in Betreff etwaiger localer oder metastatischer Recidive getrübt.

In Betreff des vorliegenden Falles stützen sich die Angaben über den Verlauf der Krankheit im Jahre 1841 einerseits auf die in dem betreffenden klinischen Journale vorgefundenen Notizen, andererseits auf die Mittheilungen der sehr verständigen Kranken, sowie eines Arztes, welcher seiner Zeit die Klinik des Geheimrath Berndt besuchte.

Friedrike Eberling, unverehelichte Dienstmagd, trat im Anfang des Jahres 1841, 32 Jahre alt, in die medicinische Klinik ein. Sie wollte seit einigen Jahren ihre Regel verloren und dafür einen weissen Fluss acquirirt haben, welcher sich in der letzten Zeit bis zu einem auffallend hohen Grade gesteigert habe. Dabei litt sie vielfach an Cardialgien mit häufigem wässrigen Erbrechen. — Das Hauptleiden, welches die Kranke selbst nicht ahnte, entging längere Zeit der Entdeckung. Eine intercurrente Blutung nöthigte endlich den Assistenten zu einer Untersuchung der Geschlechtstheile. Schon bei der Inspection zeigte sich eine zwischen den grossen Schamlippen nach aussen hervorragende zottige, röthliche Masse. Die weitere Untersuchung ergab, dass die ganze Scheide von dieser schwammig-weichen, leicht blutenden Geschwulst ausgefüllt war, welche an der Vaginalportion wurzelte.

Am 21. Juli 1841 führte Berndt die Exstirpation der Geschwulst mit einer aufs Blatt gehogenen Scheere aus. Die Geschwulst konnte wegen ihrer Brüchigkeit nicht in toto abgetragen werden, sondern wurde in einzelnen Stücken von der Grösse einer Wallnuss und darüber zu Tage gefördert. Das Gesamtvolumen der Geschwulst war ungefähr dem einer grossen Mannesfaust gleich. Die nachfolgende heftige Blutung wurde durch die Tamponade gestillt.

Innerhalb der nächsten Monate wurde die Operation noch zweimal wiederholt, ein Beweis, dass entweder Anfangs nicht alles Krankhafte entfernt wurde, oder dass locale Recidive eingetreten waren. Heftige entzündliche Zustände in den Beckenorganen und ihrem Peritonealüberzuge folgten jeder Operation, so zwar, dass sich die Convalescenz bis zum Ende des Jahres 1841 hinzog, wo Patientin wieder in Dienste ging.

Obgleich die cardialgischen Beschwerden bei fort dauernder Amenorrhoe die

Kranke sehr belästigten, so stand sie doch ihrem Dienste vor, bis sie im Jahre 1856 durch eine heftige Lungenblutung, gefolgt von quälendem Husten und grosser Schwäche, gezwungen wurde, sich in den Ruhestand zu begeben. Die Haemoptoë wiederholte sich alljährlich mehrmals, der Husten wurde permanent, auch machte sich allmälig ein Verfall der Kräfte bemerklich. Seit dem Sommer 1854 wurde die Kranke poliklinisch mit Milch- und Molkenkuren, mit Leberthran etc. behandelt.

Im Sommer 1856, wo wieder eine Lungenblutung eintrat, liess sich bereits eine Verdichtung von grosser Ausdehnung in der linken Lungenspitze nachweisen. Im Frühling 1857 gesellte sich zu den bestehenden Leiden Durchfall mit zeitweise heftigen Leibscherzen hinzu, welcher mit geringen Pausen bis zum Tode fortduerte.

Die Exploration der Beckenorgane, welche ich wiederholt zuletzt einige Wochen vor dem Tode vornahm, ergab Folgendes: Aeussere Genitalien normal, Schleimhaut der Scheide blass, sehr mässiger Fluor albus. Scheide auffallend kurz; keine Spur von Vaginalportion, vielmehr eine Verwachsung der vorderen und hinteren Scheidewand in Gestalt einer feinen, queren Narbe, welche auch im Speculum deutlich sichtbar war. Vom Mastdarm aus fühlt man durch die vordere Wand eine harte längliche Geschwulst, welche als Collum uteri imponirt. Als Fortsetzung derselben nach oben fühlt man den Uteruskörper in normalen Grössenverhältnissen, aber stark retrovertirt (so dass er das Rectum comprimirt) und in dieser Lage derartig fixirt, dass er durch den Druck des Fingers nur wenig nach vorne dislocirt werden kann. Durch die Bauchdecken lässt sich Nichts über die Lageverhältnisse der Beckenorgane eruiren.

Mit dem Frühjahr 1858 fing die Lungen- und Darmtuberculose an, rascher fortzuschreiten, und unter den gewöhnlichen colliquativen Erscheinungen erlag die Kranke am 29. Juni 1858, 9 Uhr Morgens.

Section am 30. Juni 9 Uhr Morgens.

Der Körper in hohem Grade abgemagert, Oedem an den Füßen und Unterschenkeln.

Dura mater fest mit dem Schädeldache verwachsen, Schädel dick. Sinus longitudinalis leer. Pia mater in hohem Grade ödematos. In den Ventrikeln befindet sich eine erhebliche Menge klarer Flüssigkeit. Die Gehirnsubstanz weich, succulent, die Gefäße derselben erscheinen erweitert.

Schilddrüse (für hiesige Gegend) namhaft vergrössert, fest und derb, auf dem Durchschnitte mattglänzend. Schleimhaut des Larynx und der Trachea blass. Herzbeutel enthält die normale Menge Serum. Ausgedehnte Sehnenflecke auf dem Pericardium. Herzhöhlen enthalten dunkle Fibrincongl. Klappen normal.

Linke Lunge im Umfange des oberen Lappens total, am unteren hie und da adhärent. Auf dem Durchschnitte des oberen Lappens erscheinen glattwandige Höhlen abwechselnd mit kreidigen und käsigem Depots, in pigmentirtes Narbenge- webe umgebettet. In den unteren Abschnitten der Lunge zahlreiche hirsekörn- grosse Miliartuberkeln, zu unregelmässigen Gruppen conglomert. An einzelnen Stellen, namentlich an der Peripherie, zeigen sich gleichmässig grauliche Verdich- tungen, in deren Mitte Zerfall eingetreten ist. Rechte Lunge ergiebt denselben

Befund, nur ist die alte Tuberkulose an der Spitze von geringerer Ausdehnung. Leber. Der vordere Theil des rechten und linken Lappens abgeschnürt durch eine tiefe Furche, deren Peritonealbekleidung getrübt ist. Leber selbst mässig blutreich. Milz von normaler Grösse und Consistenz. Nieren von normaler Grösse, blutleer. Magen enthält graugefärbten flüssigen Inhalt. Schleimhaut mit zähem Schleim bedeckt, an der grossen Curvatur erweicht. Mesenterialdrüsen bedeutend geschwelt, höckig. Auf Durchschnitten zeigen sie theils einfache röthliche Schwellung, theils käsige und kreidige Einlagerungen. Das Peritoneum zeigt an den dünnen Gedärmen vielfache kleine weisse Granula auf sehr hyperämischer, selbst blutig suffundirter Basis. Zwei Dünndarmschlingen sind unter sich und gleichzeitig mit dem zwischen ihnen liegenden Mesenterium verwachsen. Die Adhäsion ist frisch und lässt sich leicht trennen, ohne dass der Darm einreisst. Auf der Schleimhaut des Duodenum und Jejunum gelbgrüne flüssige Fäcalmassen. Auf der Schleimhaut des Ileum zerstreute rundliche tiefgreifende Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern, deren Basis allein die Serosa bildet. Im unteren Theile des Ileum häufen sich diese Geschwüre massenhaft, werden grösser, unregelmässiger, umgeben den Darm ringförmig. Die Schleimhaut des Ileum in der Nähe der Klappe, sowie des ganzen Coecum und des Processus vermiculatus stellt ein diffuses Geschwür dar, welches hier und da gesunde Inseln zeigt, im Allgemeinen aber bis auf das Peritoneum dringt und der Perforation äusserst nahe ist. Die Schleimhaut des ganzen Colon zeigt eben solche diffuse Geschwüre, nur älter, einige in der Heilung begriffen mit pigmentirter Umgebung. Die Flexura sigmoidea colossal durch Gas ausgedehnt, übrigens ohne festen Inhalt. Auf ihrer Schleimhaut rundliche Geschwüre, welche sich abwärts ins Rectum — bis 1 Zoll vom Sphincter extern. erstrecken. 4 Zoll oberhalb des Sphincter ist das Lumen des Rectum durch einen ringförmigen, in das Lumen vorspringenden Wulst erheblich verengert. Unmittelbar oberhalb des Sphincter lässt die Schleimhaut einen zierlichen Kranz sehr erweiterter Hämorrhoidalvenen durchschimmern.

Die Harnblase ist in ihren Dimensionen auffallend verändert — sie erscheint niedriger und breiter, als im normalen Zustande. Die Höhe — gemessen vom Orifice urethrae bis zum Vertex — beträgt $2\frac{1}{2}$ Zoll, die Breite 5 Zoll. Rechts und links trägt sie je ein Divertikel, in welche das erste Daumenglied hineinpasst. Die Schleimhaut und Muscularis erscheinen an den Ausbuchtungen erheblich verdünnt. Von der vorderen Wand des Uterus laufen zum Scheitel der Blase kurze straffe Bindegewebsstränge, welche eine Erhebung des Blasengrundes unmöglich machen. Ebenso ist die Excavatio recto-uterina durch kurze Adhäsionen vollständig ausgefüllt, welche eine Retroversion des Uterus bedingen.

Ein verticaler Durchschnitt der vorderen Uterus- und Scheidenwand ergiebt: Die Scheide ist $1\frac{1}{2}$ Zoll oberhalb des Introitus vaginae vollständig verwachsen. Die Verwachung lässt sich mit einiger Gewalt trennen, und zeigt eine Verwachungsfläche von 1 Zoll Länge und $\frac{3}{4}$ Zoll Breite. Ungefähr 1 Zoll unterhalb dieser Stelle ist auf der hinteren Scheidenwand eine grosse strahlige Narbe bemerkbar, welche nicht bis in das submucöse Gewebe dringt. Oberhalb der Verwachung gelangt man in eine taubeneigrosse Höhle, gebildet vom Scheidengewölbe und der hinteren

Muttermundslippe nach oben, und von einer breiten Falte der vorderen Scheidewand, welche der Verwachsung angehört, nach unten. In dieser Höhle ist die Schleimhaut verdickt, rauh. Die hintere Muttermundslippe ist glatt, voluminös. Die vordere Lippe fehlt; an ihre Stelle ist eine schwielige Narbenmasse getreten, welche unter dem Messer knirscht. Der Cervicalkanal ist durchgängig. Auf seiner Schleimhaut wurzeln eine Anzahl gestielter Polypen, von denen der umfangreichste — glatt und von der Grösse eines Sechzers — in den oben beschriebenen Hohlraum herabhängt. Die Oberfläche dieser Polypen ist fein granulirt, von himbeerartigem Aussehen.

Im Cavum des Uterus präsentieren sich auf der hinteren Wand einige flache Excrescenzen, deren Oberfläche glatt ist und kleine Cysten durchscheinen lässt.

Die aufbewahrte Geschwulst besteht aus Partikeln von der Grösse einer Erbse bis zu der eines Taubeneies; zusammen bilden sie eine Masse von der Grösse einer kleinen Faust. Nach dem äusseren Eindrucke kann man entschieden jüngere und ältere Bildungen unterscheiden. Die jüngeren Massen bilden entweder ziemlich compacte, wie aus einzelnen Säulchen zusammengesetzte Stücke, — diese bieten das Ansehen des Blumenkohls am Exquisitesten dar —; oder bestehen aus feingestielten, beinahe zolllangen Franzen. An den letzteren sieht man die Oberfläche wie mit feinen Granulis bestreut, welche dem Ganzen ein äusserst zierliches Ansehen verleihen. Die älteren Bildungen, deren 3 oder 4 zu zählen, sind compacte, fast taubeneigrosse Stücke, mit glatter Oberfläche, wie abgeplattet. Hier und da dringen tiefe Einschnitte in die Substanz ein.

Die mikroskopische Untersuchung ergab Folgendes: Das Gerüst der Geschwulst, welches sich sowohl an den älteren Bildungen als an den Stämmchen der jüngeren ziemlich derb erweist, besteht aus Zügen äusserst langgestreckter, mit scharf contourirten Kernen versehener, spindelförmiger Zellen. Dieses Gerüst lässt sich von der Basis der ältesten Stücke bis an die feinste Papille heran verfolgen, ohne dass man irgendwo fertiges Bindegewebe zu entdecken im Stande wäre. Die Oberfläche der jüngsten Bildungen zeigt bei schwacher Vergrösserung deutliche papilläre Anordnung, über das Verhalten der Gefässe lässt sich indessen nichts Genaueres mehr feststellen. Zuweilen gelingt es, an einem eine grosse Anzahl kolbiger Sprossen darzustellen.

An der Oberfläche der Papillarbäume ist der Epithelialbelag durch die Einwirkung der conservirenden Flüssigkeit zum grössten Theile verloren gegangen. Sehr mächtig dagegen erweist sich die Epithelialwucherung im Innern der compacten Stücke, in deren Einschnitten und Spalten die Epitheliallager nicht der Ablösung Seitens der umgebenden Flüssigkeit ausgesetzt waren. Hier liegt da, wo die dendritischen Ausbreitungen des einen Papillarstammes in die des anderen eingreifen, überall massenhaftes Pflasterepithel auf der Oberfläche der Papillen, sehr wohl erhalten und mit schönen, scharf contourirten Kernen versehen. Allein nicht blos auf der Oberfläche der Papillargeschwulst findet sich Epithelialwucherung, sondern auch inmitten des embryonalen Bindegewebes in der Basis der

älteren Stücke zeigt sich Neubildung von Pflasterepithel in Form concentrisch geschichteter Kugeln (Cancroid-Alveolen). Dieselben liegen einzeln oder zu mehreren gehäuft, und hier trotz des Alters der Geschwulst ausgezeichnet gut erhalten. Im Allgemeinen sind sie nur spärlich zu finden und nicht in so grosser Menge vorhanden, wie man sie gewöhnlich in jungen Cancroiden zu finden pflegt. Es ist wichtig, hervorzuheben, dass diese Epidermiszwiebeln sich nur in den ältesten, nicht jedoch in den jüngeren und jüngsten Bildungen vorhanden.

Werfen wir nun von diesem Befunde aus unseren Blick noch einmal 17 Jahre rückwärts, so sehen wir, dass die Operation zu einer Zeit vorgenommen wurde, wo in der Geschwulst am Collum uteri und zwar in ihrer Basis die Neubildung von Plattenepithel in Form zwiebelartig geschichteter Körper Platz gegriffen hatte, wo also die Geschwulst den Charakter der einfachen Papillargeschwulst verloren und den des Cancroids erworben hatte. Nehmen wir hinzu, dass die Kranke sowohl durch die Blutungen als auch durch die massenhaften und langdauernden serösen Abscheidungen aus den Capillaren der Geschwulst bereits in hohem Grade geschwächt war, als sie sich der Operation unterzog; so muss das Resultat der letzteren als ein über alles Erwarten günstiges bezeichnet werden. Die Necropsie liess uns nach 17 Jahren keine Spur eines Recidivs entdecken. Wir fanden die vordere Muttermundslippe — den wahrscheinlichsten Ausgangspunkt der Geschwulst — fehlend, und an ihrer Stelle ein schwieliges Narbengewebe.

Die Verwachsung der Scheide glauben wir als ein Nebenproduct der Operation ansehen zu müssen, während die Dislocationen des Uterus, sowie die vielfachen Adhäsionen als Folgezustände der durch die Operation bedingten entzündlichen Vorgänge am Peritoneum imponirten. In Betreff der strahligen Narbe an der hinteren Scheidenwand muss es leider bei der Lückenhaftigkeit der Anamnese zweifelhaft bleiben, ob auch hier eine gleiche Geschwulst wurzelte, oder ob es sich hier um einen Substanzverlust traumatischen Ursprungs handelt.

Somit dürfte diese Beobachtung den wenigen Fällen anzu-reihen sein, bei denen eine mehrjährige Beobachtung nach der Operation das Ausbleiben von Recidiven feststellte. Solche Fälle können allein den Beweis liefern, dass eine frühzeitige Exstirpa-

tion cancroider Geschwülste mit Hinwegnahme des Mutterbodens radicale Heilung herbeiführen kann selbst an Localitäten, wo — wie an der Portio vaginal. — die Grenze des Gesunden so schwer zu bestimmen ist.

II.

Spontane Elimination eines kindskopfgrossen Uterusfibroids mit Ausgang in Genesung.

Frau Rewel, 40 Jahre alt, eine grosse stärrknochige Frau, will bisher nie einer erheblichen Krankheit unterworfen gewesen sein. Ihre Regeln traten im 18ten Jahre ein und wiederholten sich ganz regelmässig, mit Ausnahme des 20sten Jahres, wo sie angeblich in Folge von „Erkältung“ einige Monate ausblieben. Im 26sten Jahre gebar sie ein Kind, welches sie äusserer Verhältnisse wegen nicht selbst stillen konnte. Einige Monate nach dem Wochenbett trat die Menstruation wieder ein und blieb von jetzt ab stets regelmässig. Patientin verheirathete sich in ihrem 33sten Jahre (1852), will aber nicht wieder schwanger gewesen sein.

Im Jahre 1855 bemerkte Frau R. eine Geschwulst in ihrem Unterleibe, welche Anfangs von der Grösse eines Hühnereies über der Symphyse fühlbar, allmälig an Grösse zunahm. Im Jahre 1857, besonders aber im Sommer 1858 soll die Geschwulst auffallend rasch an Umfang zugenommen haben, während das Allgemeinbefinden durchaus ungestört blieb. Im Herbst 1858 hatte ich wiederholt Gelegenheit, die Kranke sowohl allein als auch mit meinen Zuhörern zu untersuchen. Die Geschwulst war damals kindskopfgross, sehr resistent, stand wie ein gravider Uterus im 6ten Monate mit ihrem Scheitel etwa 1 Zoll über dem Nabel mehr nach der rechten Seite hin, hatte eine rundliche Form mit buckliger Oberfläche, war sehr wenig beweglich, belästigte aber weder Blase noch Mastdarm.

Bei der inneren Untersuchung fanden wir die obere Apertur des kleinen Beckens durch die Geschwulst vollständig ausgefüllt. Die Vaginalportion des Uterus stand nach hinten gerichtet und so hoch, dass sie nur mit Mühe erreicht werden konnte. Der Muttermund war geschlossen. — Weder Blutungen noch Schmerzen hatten die Kranke bisher heimgesucht. Das Allgemeinbefinden war in jeder Beziehung gut, die Menstruation regelmässig, von leichten Uterinalkoliken begleitet.

Anfangs December 1858 trat eine Uterinblutung mit wehenartigen Schmerzen ein, welche, da sie mässig war und dem gewöhnlichen Eintritte der Menstruation entsprach, von der Kranken als solche angesehen wurde. Sie währte indessen mit allmälicher Steigerung aller Erscheinungen 3 Wochen hindurch, um gegen Ende December 8 Tage lang zu pausiren. Anfangs Januar erschien die Blutung mit weit grösserer Heftigkeit. Dazu gesellten sich heftige Wehen, eine grosse Empfindlichkeit des Unterleibes gegen Druck, fiebrhafte Zustände und bald eine grosse Schwäche, dass Pat. das Bett nicht mehr verlassen konnte.