

XV.

**Spontane Losreissung und Geburt eines polypösen
Uterusmyoms.**

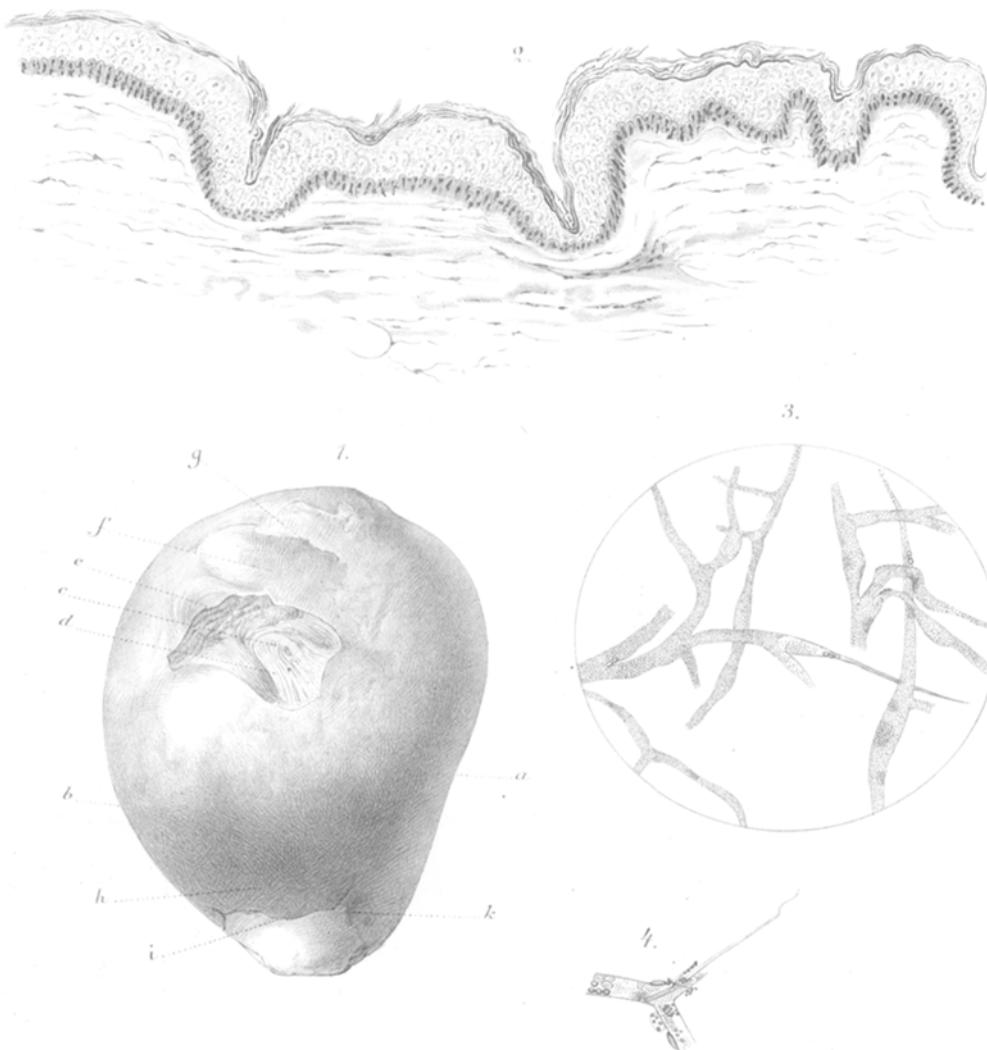
Von Dr. Felix Marchand in Berlin.

(Hierzu Taf. V. Fig. 1.)

Am 14. Februar d. J. um 8 Uhr Abends wurde ich zu der Kinderfrau M. Obermann gerufen, welche plötzlich eine starke Blutung bekommen haben sollte. Etwa 8 Minuten später fand ich die Frau in der Stube sitzend, deren Boden reichliche Blutspuren zeigte. Sie gab an, dass sie Drängen zum Stuhlgang empfunden habe und auf das Closet gegangen sei; sie habe indess keinen Stuhlgang gehabt, sondern gefühlt, wie sich etwas aus den Geschlechtstheilen herausdrängte. Darüber erschrocken, sei sie aufgestanden, habe die Unterkleider mit der Hand gegen den Schooss gedrückt, und sei in die benachbarte Stube zurückgekehrt. Während sie sich habe niedersetzen wollen, sei der von ihr gefühlte Gegenstand zugleich mit reichlichem Blut auf die Erde gefallen. Sie producire dabei einen etwa gänseegroßen fleischigen Körper mit blutiger Oberfläche, über dessen Natur ich vorläufig im Zweifel war.

Die ziemlich gesund und rüstig aussehende Patientin ist 58 Jahre alt; die Regel will sie seit 5 oder 6 Jahren verloren haben, indess ist diese Angabe nicht zuverlässig; bei näherer Erkundigung stellt sich heraus, dass sie um jene Zeit bereits eine starke Blutung gehabt habe, die etwa 14 Tage anhielt, ohne jedoch die Frau an das Bett zu fesseln. In der vorhergehenden Zeit sollen Blutungen mit unregelmässigen Pausen eingetreten sein, welche von der Patientin für die allmählich verschwindende Periode gehalten wurden. Die Frau ist verheirathet gewesen und hat viermal geboren, das letzte Mal vor ungefähr 30 Jahren; die Kinder sollen gross und die Geburten schwer gewesen sein, namentlich die letzte, nach welcher sie einige Wochen krank gelegen haben will. Seit jener Zeit habe sie auch einen etwas starken Leib gehabt, der ihr zuweilen etwas Beschwerden verursachte. Uebrigens ist sie bei gutem Appetit, leidet weder an Stuhl- und Urinbeschwerden, noch an Ausfluss aus der Scheide. Am heutigen Tage will sie sich wie gewöhnlich ganz wohl befunden, auch wehenartige Schmerzen und dergleichen nicht verspürt haben; auch jetzt stellt sie irgend welche Schmerzen ganz in Abrede, klagt nur etwas über Schwäche.

Ich suchte zunächst die immer noch andauernde sehr reichliche Blutung durch Tamponiren der Scheide mit Schnee zu stillen, doch gelang dies erst, nachdem bereits starke Zeichen von Anämie, Schwäche des Pulses, Uebelbefinden und Erbrechen eingetreten waren. Gegen 9 Uhr entfernte ich mich auf eine halbe Stunde;



bei meiner Rückkehr — ich hatte mich inzwischen von der Beschaffenheit des mir übergebenen Tumor überzeugt — fand ich die Patientin, gegen meine ausdrückliche Weisung, auf dem Nachtstuhl neben ihrem Bett sitzend. Sie hatte Stuhlgang gehabt, zugleich war aber auch die Blutung wiedergekehrt! Ich machte nun eine Einspritzung von 0,2 Extr. sec. aq. in den rechten Oberschenkel, liess eine Solution von Acid. sulf. dil. und ab und zu etwas Rothwein geben, und setzte die Schneetamponade fort. Von einer genauen Untersuchung der Vagina nahm ich Abstand, da die Diagnose ziemlich klar war, und das Blut nur immer stärker hervorquoll. Kaum schien dasselbe gestillt, als durch eine heftige Brechbewegung eine Handvoll frischen Gerinnsels aus der Scheide hervorgesleudert wurde, welchem ein neuer Strom frischen rothen Blutes folgte. Pat. klagte über Frost, Uebelkeit, Flimmern vor den Augen; Blässe, Kälte der Extremitäten nehmen zu, der Puls war sehr schwach, langsam (60—66). Ich bereitete nun eine feste Tamponade der Scheide vor, zog es indess vor, den Hausarzt der betreffenden Familie, Herrn Dr. Kirstein zuvor um seine Hülfe bitten zu lassen. Noch bevor derselbe erschien, hörte die Blutung gegen Mitternacht auf, und sie ist auch seitdem nicht wiedergekehrt. Wir kamen überein, die Ergotin-Einspritzung zu wiederholen, und auf die Tamponade vorläufig zu verzichten.

In der That begann sich der Puls wieder zu heben, die Haut wurde wärmer, und es trat ziemlich rubiger Schlaf ein; als ich die Kranke um $1\frac{1}{2}$ Uhr wiedersah, war das Befinden ziemlich gut. Die Patientin erholte sich in den nächsten Tagen so weit, dass sie schon am 18. d. M. etwas aufstehen konnte.

Am Abend dieses Tages untersuchten Herr Dr. Kirstein, welchem ich für seine freundliche Hülfe bestens danke, und ich gemeinschaftlich die Patientin. Die Muttermundlippen waren weich, der Muttermund geschlossen; in demselben fühlte man eine etwas härtere Hervorragung, offenbar den Rest des Stieles der Geschwulst. Durch das Speculum sah man hinter der etwas geschwollenen vorderen Lippe die etwas heller gefärbte Hervorragung von etwa drei Linien Breite; dicht hinter derselben sammelte sich im Speculum etwas Blut an.

Der Tumor hat eine ungefähr eiförmige, aber seitlich etwas zusammengedrückte Gestalt. Die Höhe beträgt 8 Cm., die grösste Breite 5,8, die Dicke 4 Cm., das Gewicht 100 Grm. Die eine Fläche der Geschwulst ist ziemlich eben, die andere stärker gewölbt und etwas höckerig. Das eine obere Ende ist rundlich, stumpf, das andere zugespitzt. Der ganze Tumor ist überzogen von einem glatten Schleimhaut-ähnlichen Ueberzuge, welcher nur im Bereiche einer vertieften, unregelmässig viereckigen, 2,5 resp. 1,5 Cm. breiten Stelle ungefähr in der Mitte der convexen Fläche fehlt; hier treten unregelmässige Faserzüge von hellröthlicher Farbe und fleischähnlicher Beschaffenheit zu Tage, zum Theil parallel mit der Oberfläche, zum Theil schräg oder senkrecht zu derselben durchrisen, dazwischen mehrere mit blossem Auge sichtbare klaffende Gefäßlamina. Offenbar ist dies die Ansatzstelle des Stieles der Geschwulst, welcher vollständig rein abgerissen ist, ohne Spur von Erweichung oder Ulceration; auch die Schleimhautränder sind frisch durchtrennt. Diese dünne Membran, welche die Oberfläche des Tumor bedeckt, lässt sich mit der Pincette leicht abziehen; darunter kommt die Substanz des Tumor zum Vorschein. Die Oberfläche ist blutig roth, an mehreren Stellen heller, weißlich, an anderen

dunkel, namentlich der der Spitze nähere Theil ist dunkelroth gefärbt; diese Färbung setzt sich mit scharfer Grenze gegen die Spitze ab, welche selbst, ungefähr im Umfange einer Haselnuss, ziemlich rein weiss erscheint. In der Nähe derselben schimmern einige varicöse Gefäße durch. An einer Stelle in der Nähe des stumpfen Endes findet sich eine anscheinend frische fibrinöse Pseudomembran.

Auf dem Durchschnitt zeigt die Geschwulst dieselbe hellröthliche Farbe und fleischige Beschaffenheit wie an der Rissstelle. Zahlreiche Faserbündel durchflechten sich in allen Richtungen, begleitet und durchkreuzt von reichlichen, starkwandigen Gefäßen, aus welchen Blutströpfchen hervortreten. Die mikroskopische Untersuchung ergibt die im Wesentlichen myomatöse Natur der Geschwulst; leicht kenntlich sind die muskulösen Faserzellen an der Rissstelle; nach Maceration in verdünnter Salpetersäure gelingt es leicht, dieselben Elemente aus dem Innern der Geschwulst darzustellen. Die weisse Färbung der Spitze ist bedingt durch eine erhebliche (0,32 Mm. betragende) Dicke des Pflasterepithelüberzuges, dessen tiefere Schichten grösstentheils aus langezogenen cylindrischen Zellen bestehen, zwischen welche sich hier und da eine Papille einschiebt. Das Epithel setzt sich, plötzlich dünner werdend, auf die übrige Fläche des Tumor in Form einer zarten Schicht grosser flacher Zellen fort, welche indess zum grossen Theil verloren gegangen sind. Entsprechend den rothen Stellen findet man stark gefüllte Gefäße und extravasirtes Blut dicht unter dem Epithelüberzuge, stellenweise braunes Pigment.

Aus der Untersuchung der Patientin und der Beschaffenheit der Geschwulst ergiebt sich als das Wahrscheinlichste, dass letztere von der Substanz der Vorderwand des Cervix ausgegangen, und durch den Cervicalkanal in die Scheide gewachsen ist. Anfangs vermutete ich, dass die Geschwulst in der Höhle des Uterus selbst, deren Form sie im vergrösserten Maassstabe ungefähr entspricht, ihren Sitz gehabt habe. Dagegen spricht indess, abgesehen von der übrigen Beschaffenheit der Geschwulst und des Uterus, auch das Fehlen von wehenartigen Empfindungen bei der Ausstossung. Etwas auffallend ist die unsymmetrische Gestalt des Tumor und die Lage des Stieles in der Mitte der gewölbten Fläche; letztere scheint etwas nach rechts, die ebene Fläche nach links gewendet gewesen zu sein, und es ist wahrscheinlich, dass zugleich der Uterus, oder wenigstens der Cervicaltheil eine Neigung nach links annahm (wie auch bei der Untersuchung gefunden wurde). Das stumpfe Ende der Geschwulst hatte seine Lage im hinteren Scheidengewölbe, während die mit derbem Epidermis-ähnlichem Epithel bekleidete Spitze in dem Orificium vaginae gelegen hat. Die leichte Concavität des geraden Randes verdankt ihre Entstehung wahrscheinlich dem Widerstand des Schambogens.

Es liegt eine ganze Reihe von Beobachtungen sogenannter spontaner Ausstossung von Uterustumoren vor, sowohl im Gefolge der Geburt, als unabhängig von derselben¹⁾). In diesen Fällen handelte fast es sich aber stets um ungestielte Tumoren in der Substanz der Wandung, welche sich entweder durch Eiterung, Verjauchung aus-

¹⁾ Cf. Virchow, Die krankh. Geschwülste III, S. 172, und die daselbst angegebene Literatur.

lösten, oder in Folge der Wehenthätigkeit die dünne Gewebsschicht, welche sie von der Uterushöhle trennte, sprengten. In unserem Falle wurde die Geschwulst durch die Bauchpresse aus der Vagina gedrängt und der Stiel riss — vielleicht erst beim Aufstehen — ab. Mansfield Clarke¹⁾ spricht von einem ganz ähnlichen Vorgange während des Erbrechens; R. Lee²⁾ erwähnt ebenfalls das Hervortreten von fibrösen Tumoren aus der Scheide in Folge von Erbrechen oder einer anderen Anstrengung, ohne indess das Abreissen des Stieles im Sinne zu haben, da er die Möglichkeit der Verwechselung einer solchen Geschwulst mit chronischer Inversio uteri besonders hervorhebt. Hildebrandt³⁾ erwähnt das Abreissen des dünnen Stieles des Polypen als ebenso interessanten als glücklichen Naturheilungsprozess. Als solchen müssen wir dies Ereigniss auch in unserem Falle bezeichnen, da die Patientin sich jetzt des besten Wohlseins erfreut.

Erklärung der Abbildungen.

Taf. V. Fig. 1.

Die Geschwulst, in natürlicher Grösse, von der convexen Fläche aus. a Vorderer (oberer) Rand. b Hinterer (unterer) Rand. c Rissstelle des Stieles; daselbst einige Gefäßlumina. d Faserzüge parallel der Oberfläche. e Querdurchtrennte Faserzüge. f Flache Vertiefung der Oberfläche, welche der hinteren Muttermundslippe zu entsprechen scheint. g Fibrinöser Belag, der sich vermutlich auf letztere fortsetzte. h Am stärksten ecchymotische Stelle der Oberfläche. i Grenze der ecchymotischen Schleimhaut an der weissen Spitze der Geschwulst. k Durchschimmernde Gefäße.

¹⁾ Ch. Mansfield Clarke, Beob. über die Krankh. des Weibes, welche von Ausflüssen begleitet sind. A. d. Engl. von Heineken 1818. Thl. 2. S. 166.

²⁾ Med. chirurg. Transactions. Vol. XIX. p. 125.

³⁾ H. Hildebrandt, Ueber fibröse Polypen des Uterus, Volkmann's Samml. klin. Vortr. No. 47. 1872. S. 11.