

- E. Frömmolt**, Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Herzklappenfehlern und Lungenschwindsucht. Archiv der Heilkunde. 1875. Hft. 3.
- Fraentzel**, Krankheiten der Respirationsorgane in Hirsch's Jahresbericht der gesammten Medicin für 1875. Ref. at über die Arbeit von **Frommolt** und M. Peter, L'antagonisme entre les maladies du coeur et la tuberculisation pulmonaire n'a rien d'absolu. Gaz. des hôp. No. 27.
- Schmidt's Jahrbücher**. Jahrgang 1876. Referat über die Arbeit von **Frommolt**.
- Lebert**, Ueber den Einfluss der Stenose des Conus arteriosus, des Ostium pulmonale und der Pulmonalarterie auf Entstehung von Tuberkulose. Berl. klin. Wochenschr. 1867. No. 22 und 24.

VIII.

Ein Fall von versteinertem Uterusmyom.

Von Dr. med. K. Yamagiwa,
Professor an der kaiserl. Japan. Universität zu Tokio.

(Hierzu Taf. VI.)

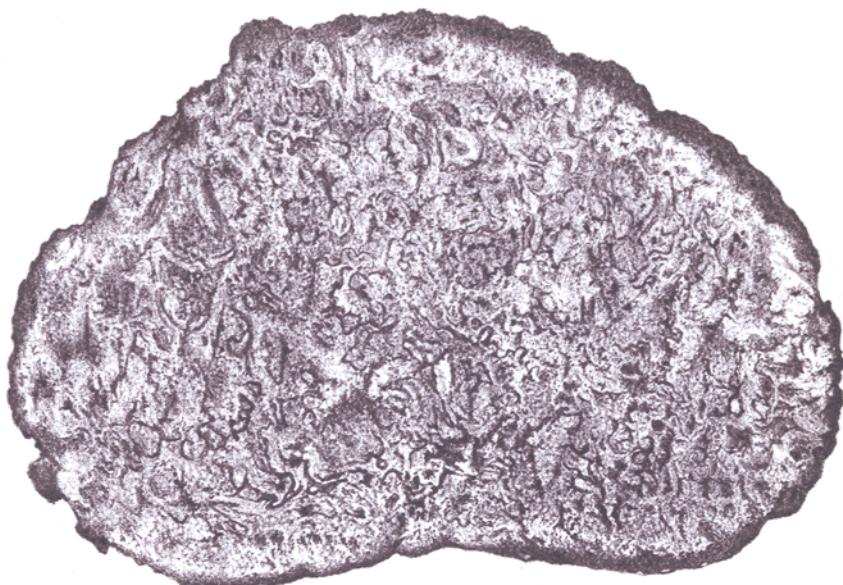
Dieser Fall ist schon wegen der Umstände nicht ohne Interesse, unter denen ich die Geschwulst in die Hand bekam.

Im Spätherbst 1894 brachte Herr Fuzine, ein Zeitungsreporter, mir einen fast mannskopfgrossen Stein und bat mich, ihn näher zu untersuchen. Nach seiner Mittheilung war ihm der Stein von einem praktischen Arzt, Namens Auzai, zugeschickt worden, welcher den Stein aus der Asche des, in der ausserhalb von Tokio befindlichen Leichenverbrennungsaustalt verbrannten Cadavers seiner Patientin herausgefunden hatte.

Aus der Krankengeschichte, welche ich von dem genannten Arzt dankend erhalten habe, notire ich kurz Folgendes:

Patientin N., 70 Jahre alt. Die Menses traten in ihrem 18. Lebensjahr ein, und hörten im Alter von 39 Jahren auf. Sie sei verheirathet im 29. Lebensjahr, habe aber nicht geboren. Im 45. Lebensjahr verlor sie ihren Mann. Um ihr 28. Lebensjahr will sie im Unterleib einen kleinen Tumor gefühlt haben, welcher allmählich sich vergrösserte, bis er in ihrem 38. Lebensjahr zu wachsen aufhörte, dagegen seitdem allmählich resistenter geworden sei. Um das 50. Lebensjahr sei die Geschwulst im Unterleib sehr schwer geworden. Als Herr Auzai am 15. des Meidi (1882) die Patientin zum ersten Mal untersuchte, bestand ihre Klage hauptsächlich darin, dass

1.



2.



Abt. Schizize Leber. Stark. Fortsch.

das Sitzen und Stehen nicht nach ihrem Willen geschehe. Durch die Palpation des Unterleibes konnte er constatiren, dass die Geschwulst steinhart und leicht beweglich war. Sonst keine weiteren nervösen Störungen oder subjectiven Klagen. Nach 3 Jahren soll sie wieder frei stehen und sitzen gekonnt haben. In diesem erfreulichen Zustand befand sie sich nur kurze Zeit. Schon ungefähr 7 Monate später soll die Lähmung der unteren Extremitäten von Neuem eingetreten sein. Unter seiner Behandlung sah der genannte Arzt die Kranke allmählich schwächer und elender werden, und am 21. October, am 27. des Meidi (1894) endete sie lethal.

Auf die Empfehlung des Herrn A. soll die Familie statt der Beerdigung zur Feuerbestattung der verstorbenen Patientin sich entschlossen haben.

Anatomische Untersuchung des Steins.

Auf den ersten Blick sieht der Stein nach seiner Form und Grösse ganz wie das Gehirn eines erwachsenen Mannes aus. Die zum Theil verkohlte, dunkel-schwarze Oberfläche ist uneben. Man sieht daran Prominenzen, wie Gebirge oder Hirngyri, nach verschiedenen Richtungen hin ziehen, und Vertiefungen, wie Thäler oder Sulci, dazwischen verlaufen. Diese Unebenheiten sind auf der rechten Seite besonders ausgeprägt. Die den Thälern entsprechenden Theile sind rauh, zerbrechlich; unter der Oberfläche nimmt man eine noch nicht verkohlte, weisslich-geblliche, organische Lage wahr. Ausser der Beschaffenheit der Oberfläche erinnert der Stein noch durch folgende Merkmale an das Grosshirn: Das vordere Drittel ist verjüngt und durch die von beiden Seiten nach dem Scheitel zu aufsteigenden seichten Furchen gegen die hintere, grössere Partie leicht abgegrenzt. Ferner findet man auf der rechten Seite eine von unten vorn nach oben hinten hinziehende tiefe Furche (wie die Sylvische Furche).

Die Grösse des Steins beträgt im Umfang:

1) in der Horizontalebene	57,0 cm
2) in der Transversalrichtung (von links nach oben rechts und unten)	45,0 -
3) in der Sagittalrichtung (von vorn nach oben, hinten und unten)	54,5 -
4) in Diagonalrichtung (von rechts vorn nach oben links hinten und unten)	52,0 -
5) in Diagonalrichtung (von links vorn nach oben rechts hinten und unten)	55,0 -

und im

Sagittaldurchmesser	20,5 -
Transversaldurchmesser	14,5 -
Verticaldurchmesser	14,0 -

Das Gewicht des Steins beträgt 3000,0 g.

Nach der Messung liess ich den Stein in der Medianlinie in zwei laterale Hälften zersägen. Die Sägefläche besteht aus einem gelblich durchscheinenden, fast strukturlosen, mit einander communicirenden oder sich durch-

kreuzenden Theil von knochenharter Consistenz (welcher den Prominenzen entspricht) und einem dazwischen liegenden, fibrösen Theil (welcher den Furchen der Oberfläche entspricht).

Von diesem letzteren habe ich mit der Scheere einige Fäserchen herausgeschnitten. Diese habe ich auf dem Objectträger mit der Nadelspitze zerzupft und, mit Hämatoxylin gefärbt, in Glycerin aufgehellt. Unter dem Mikroskop fand ich Faserbündel mit länglichen, schmalen, stäbchenförmigen Kernen, wie sie für glatte Muskelfasern charakteristisch sind. Zwischen diesen Bündeln liegen hie und da bindegewebige Fasern mit fixen Bindegewebszellen.

Weiter habe ich die Sägespähne des Steins noch zerkleinert und ebenso behandelt, wie oben. Da constatirte ich gleichfalls zahlreiche Faserbündel, in welchen eine spärliche Anzahl von spindelförmigen Kernen von Bindegewebszellen enthalten ist. In vielen Stellen der Faserbündel sind zahlreiche, verschieden grosse, dunkle Körner eingelagert, welche beim Zusatz von HCl unter der Entwicklung von Bläschen allmählich verschwinden.

Nach dem histologischen Befunde ist es klar, dass der Stein nichts Anderes ist, als ein Fibromyom, das in allen, mehr bindegewebigen Theilen verkalkt ist (Ablagerung von kohlensaurem Kalk, aber keine Ossification).

Unsere weitere Frage beschäftigt sich mit der Feststellung der Localität, wo der Tumor gesessen hat. Dank der Krankengeschichte weiss ich so viel, dass der Tumor im Unterleib sich entwickelt und allmählich sich vergrössert hat, weiter, dass er im 50. Lebensjahr der Patientin aufgehört hat zu wachsen, dafür aber seine Schwere allmählich zugenommen hat, und dass die Geschwulst in der Bauchhöhle frei beweglich war. Durch die histologische Untersuchung habe ich den Tumor als ein versteinertes Fibromyom diagnosticiren können. Also ein grosses, fast in toto versteinertes und frei in der Bauchhöhle bewegliches Fibromyom, welches nur Druckerscheinungen bedingt hat.

Nach den bisherigen Erfahrungen wissen wir, dass das Fibromyom an den Unterleibsorganen sich am häufigsten aus dem Uterus entwickelt, und dass das Uterusmyom am meisten geneigt ist, zu verkalken. Die kleinen Fibromyome an der Magen- oder Darmwand werden nicht so gross, wie in diesem Fall, und besitzen auch keine Tendenz zu petrificiren. Nur das Ovarium ist ein Unterleibsorgan, welches nächst dem Uterus auch ein Fibromyom entstehen lässt, aber viel seltener. Dazu sind die Vollgeschwülste der Ovarien meist fibröser oder sarcomatöser Natur. Von solchen Mischgeschwülsten abgesehen, ist ein reiner Fall von Ovarialmyom noch seltener. Auch die Freibeweglichkeit des Tumors und die alleinige Compressionserscheinung im Leben sprechen eher dafür, dass der Tumor dem Uterus zugehörig war.

Angenommen, dass unsere Geschwulst ein Fibromyoma uteri sei, kann ich auf die Frage, welcher Form von Uterusmyom unsere Geschwulst zugehört haben könnte, nur mit Wahrscheinlichkeit antworten, dass es eine subseröse Form gewesen sein wird; denn seine Beweglichkeit, seine colossale Verkalkung und seine relative Symptomlosigkeit ausser der Druckerscheinung

sprechen dafür. Zur Stütze dieser meiner Annahme möchte ich folgende Punkte aus den „Geschwülsten“ Virchow's (Bd. III) citiren:

„Niemals sah ich bei einem eigentlichen Polypen Verkalkung“ (S. 167). — „Die grossen Geschwülste innerhalb der Wand bleiben meist weich und frei von Verkalkung“ (S. 190). — „Der Mehrzahl nach gehören sie (die subserösen Knoten) zu den harten Formen. Diese haben wiederum eine grosse Neigung zur Verkalkung, was wahrscheinlich mit der Verödung der Gefäße und dem Aufhören der Ernährung zusammenhängt“ (S. 158).

Damit leugne ich nicht, dass unser Tumor Anfangs vielleicht intraparietal war und später sich allmählich von der Uteruswand abgeschnürt hat.

Am Schlusse bemerke ich, dass unser Fall erstens wegen der Grösse, zweitens wegen der so ausgedehnten Verkalkung bei dieser Grösse, wohl als eine Rarität gelten kann.
