



AUS DER GEBURTSHÜFL.-GYNAEKOLOG. KLINIK
ZU GIESSEN.

DAS FIBROMYOM DES COLLUM UTERI.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

GROSSH. HESS. LUDEWIGS-UNIVERSITÄT GIESSEN

VORGELEGT

VON

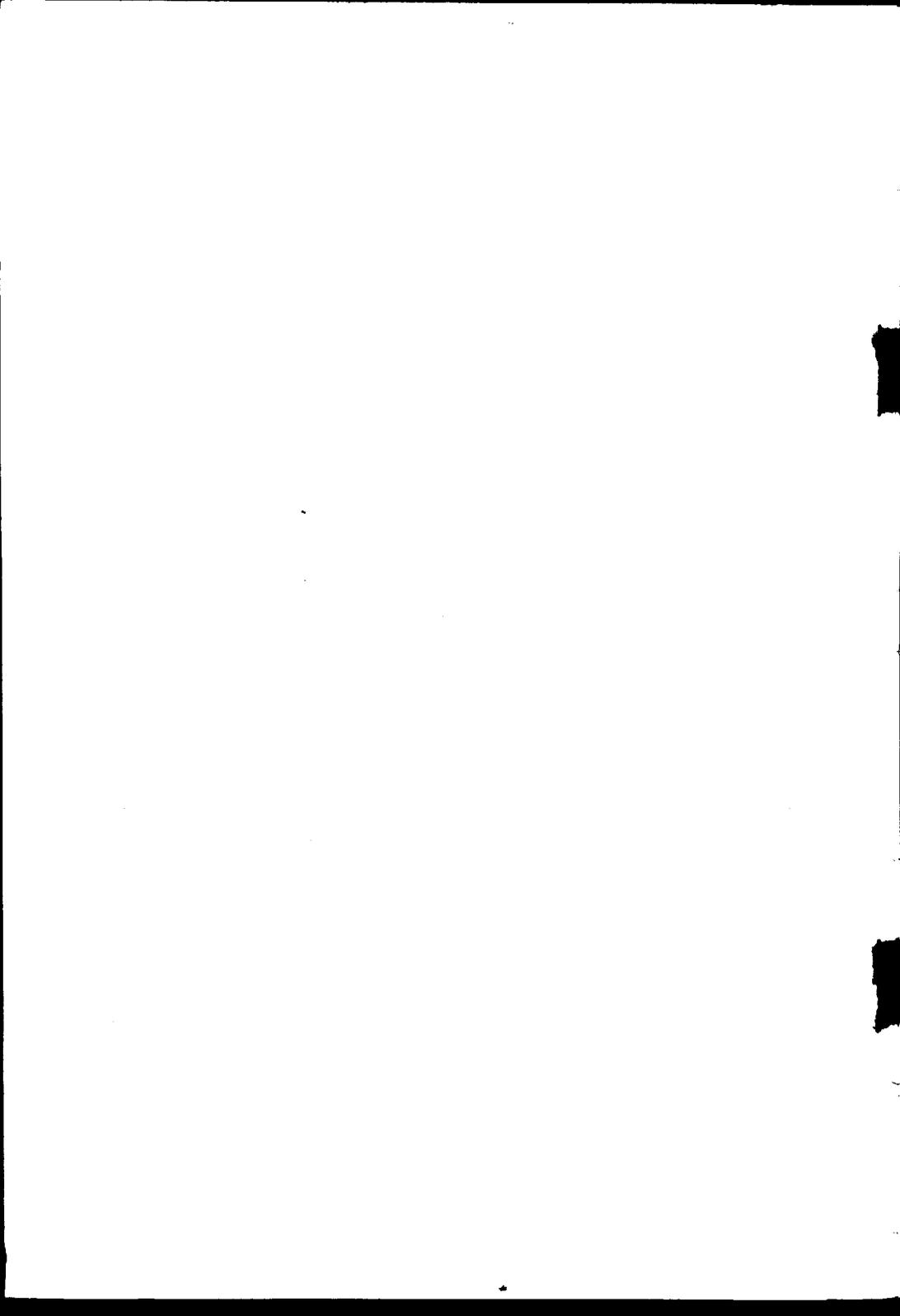
HERMANN FRANK,

APPROBIRTEN ARZT AUS GIESSEN.



GIESSEN 1889.

C. v. MÜNCHOW. UNIVERSITÄTS-DRUCKEREL.



Die folgende Abhandlung hat den Zweck, im Anschluss an eine allgemeine Betrachtung über das Fibromyom des Uterushalses nach dem Ergebniss einer Durchsicht der einschlägigen Literatur, so weit mir dieselbe zur Verfügung stand, drei in letzterer Zeit in der gynäkologischen Universitätsklinik zu Giessen beobachtete Fälle von Cervixmyom zu veröffentlichen. Für Ueberlassung der betreffenden Krankengeschichten sowie für gütige Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit bin ich Herrn Professor Dr. Löhlein zu grossem Dank verpflichtet, dem Ausdruck zu geben ich hier Gelegenheit nehmen will.

Die Frage nach der Häufigkeit der Fibromyome des cervix uteri ist von verschiedenen Autoren entweder auf Grund ihrer eigenen oder fremder Beobachtungen sehr verschieden beantwortet worden. Um zunächst mit einer extremen Angabe zu beginnen, die indessen nicht vereinzelt dasteht, möchte ich Winkel¹⁾ anführen, der sagt: „Weder in der Leiche noch in der Lebenden habe ich jemals ein primäres Myom des collum uteri gefunden, von oben herabgerückte allerdings öfter“.

Aehnlich hat sich früher schon Lee²⁾ ausgesprochen. „Die Geschwülste des coll. uteri“, heisst es bei ihm, „sind sehr selten . . . Diese Geschwülste kann man bis in die Substanz des Uterus hinein verfolgen; sie haben keinen Stiel, aber die eine der Lippen ist offenbar verlängert. Die Geschwulst selbst entsteht nämlich nicht in der Substanz des Mutterhalses, sondern höher oben und drängt

¹⁾ Lehrbuch der Frauenkrankheiten, 1886, S. 455.

²⁾ Von den Geschwülsten der Gebärmutter etc. Aus dem Englischen, 1848, S. 22.

nur das Gewebe dieses Theils im Herabsteigen vor sich her. Dieses Faktum haben Clarke und Burns festgestellt“.

Ein Gegenbeweis gegen die vorstehende Ansicht zweier hervorragender Autoren lässt sich wohl kaum durch pathologisch-anatomische Untersuchung von Gebärmüttern mit Cervixfibromen erbringen, eher dürfte dies durch Beobachtung der Myomentwicklung an der Lebenden gelingen. Dazu liesse sich vielleicht der im Centralblatt für Gynäkologie 1884 S. 335 angeführte Fall, der natürlich durch weitere ähnliche Beobachtungen gestützt werden müsste, verwerthen. Hier wurde zuerst ein kleiner Tumor der Cervixwand entdeckt, der allmählich nach oben und hinten wuchs, also entgegen der von Lee, Winckel u. A. angenommenen Richtung.

Weiter ist es nicht recht ersichtlich, warum bei der Tendenz der Uterusmyome, nach unten zu rücken, sich bei multiplen Fibromen des Uterus ein geschwulstfreier Cervix findet und umgekehrt ein fibromhaltiger Cervix bei intaktem Uteruskörper.

Die feststehende Thatsache, dass mehr Cervixmyome in der hinteren und mehr Körpermyome in der vorderen Uterushälfte vorkommen, lässt sich schwerlich mit Winckel's Theorie vereinbaren.

Während Winckel und Lee das primäre Vorkommen der Cervixmyome leugnen, sind die Mittheilungen über ihre Häufigkeit im Vergleich zu den Fibromen des Uteruskörpers sehr different. Lee¹⁾ giebt an, unter 74 Uterusmyomen 4 vom hinteren Theil des coll. uteri, keine des vorderen gesehen zu haben. Nach Sims²⁾ kommen unter 119 Uterusfibromen 2 vom Cervix vor; nach Guyon³⁾ unter 132 Uterusfibromen 21 Cervixfibrome (16 0/0) und nach Schröder⁴⁾ auf 307 Körperfibrome 27 Cervixfibrome = 8,1 0/0.

Chahbazian⁵⁾ berechnet 5 0/0 Cervixfibrome am nichtschwangeren, 20 0/0 am schwangeren Uterus, worauf später näher einzugehen sein wird.

Als Erklärung ihres seltenen Vorkommens wird der geringe

¹⁾ o. c. S. 8.

²⁾ „Uterine surgery“. N.-York 1866, p. 97.

³⁾ „Des tumeurs fibr. de l'utér.“ Paris 1868, p. 15.

⁴⁾ Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 1889.

⁵⁾ „Des fibromes du col de l'utérus etc.“, Paris, thèse 1882, p. 136; ref. in Archives de tocologie 1883, p. 62.

Muskelgehalt der Cervixwand und der (von Henle) constatirte Unterschied in den Gefässwandungen des Körpers und Cervix angeführt¹⁾, wonach die Arterien des letzteren eine viel dickere Muskularis besitzen sollen als im corp. uteri.

Vorstehende, auch von Winckel acceptirte Erklärung für die Seltenheit der Cervixmyome scheint mir mit der Annahme, dass dieselben von oben herabgerückt seien, nicht im Einklang zu stehen, da die genannten Tumoren dann doch unabhängiger von der Beschaffenheit ihres neuen Nährbodens sein müssten und von demselben nur hinsichtlich ihres Wachsthums, nicht aber ihres Vorkommens überhaupt beeinflusst werden könnten.

Aetiologie. Ueber die Aetiologie der Myome des Cervix ist ebenso wenig Sicheres bekannt, wie über die der Körpermyome. Winckel vertritt Virchow's irritative Theorie²⁾, während Schröder³⁾ aus dem Ergebniss der Winckel'schen Forschung einen negativen Schluss ziehen will. Etwas modificirt ist die obige Hypothese Virchow's durch Röhrig⁴⁾, der circumscrippte, durch locale Reize bedingte Entzündungen bei vorhandener Disposition als Ursache der Fibrombildung ansieht. Gegen die irritative Theorie wird von A. Diesterweg⁵⁾ das Vorkommen von Heteroplasien in den Myomen angeführt. Cohnheim's Annahme von der embryonalen Anlage aller Geschwülste sucht Gusserow dadurch zu stützen, dass er als Beweis für das Vorhandensein von Wachsthumskernen im Uterus die Schwangerschaft anführt, während welcher sich der Uterus vergrössert. Er glaubt, dass derartige Kerne auch gelegentlich ohne physiologische Erregung zu atypischem Wachsthum gelangen können, besonders wenn die physiologische Erregung gar nicht oder selten erfolgt. Olshausen⁶⁾ sagt die Ansicht der Anatomen nicht zu; er hält anhaltende Congestivzustände des Uterus für das primäre zur

¹⁾ Winckel: l. c., S. 455.

²⁾ Volkman: Sammlung kl. Vortr., Nr. 98.

³⁾ Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, 1889, S. 278 und C. Schorler: Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XI, 1885, S. 141.

⁴⁾ „Zur Aetiol. der Uterusfibr.“, Berl. klin. Wochenschr. 1877, Nr. 30—35.

⁵⁾ Zeitschrift für Geb. und Gyn., Bd. IX, S. 191.

⁶⁾ Centralblatt f. Gyn., 1886, S. 487.

Myomentwicklung führende Moment und giebt als Beweis dafür an, dass Kranke mit noch kleinen Myomen schon sehr lange starke Menstruation haben. Ueber die ältere (von Bayle u. A. vertretene) Ansicht, dass Enthaltbarkeit vom Geschlechtsgenuss und Sterilität zur Fibrombildung prädisponiren, fällt Schröder nach seinen Beobachtungen ein abfälliges Urtheil, hauptsächlich mit Rücksicht auf das häufige Vorkommen von Myomen bei verheirateten Frauen. Das Verhältniss zwischen verheirateten und unverheirateten Myomkranken stellt sich nämlich nach Winckel im Allgemeinen auf 3:1 und nach Engelmann¹⁾ auf 5,1:1. Ganz ähnlich der letzteren für Uterusmyome überhaupt berechneten Verhältnisszahl ist diejenige für Cervixmyome, wie sie sich nach den Fällen mit diesbezüglichen Angaben, die ich aus der Literatur zu sammeln Gelegenheit hatte, ergibt: denn auf 67 verheiratete an Cervixfibrom leidende Frauen kommen 12 unverheiratete (5,6:1).

Ueber das Auftreten von Fibromen des coll. uteri in den verschiedenen Lebensaltern findet sich bei Schorler²⁾ folgende Tabelle:

Unter 324 Fibromyomen bis zum 30. Lebensjahr kein Cervixmyom.

Vom 30.—40. Lebensjahr unter	90 Uterusfibromen	8 Collumfibrome.
„ 40.—50.	„ „ 171	„ 11 „
„ 50.—60.	„ „ 31	„ 6 „
„ 60.—70.	„ „ 3	„ 0 „

Die Fälle, die ich, so weit sie Altersangaben hatten, zusammengestellt habe, vertheilen sich folgendermaassen:

bis zum 20. Jahr	3 Cervixmyome.
vom 20.—30. „	4 „
„ 30.—40. „	27 „
(Grössere Hälfte nach dem 35. Jahre).	
„ 40.—50. Jahr	25 Cervixmyome.
„ 50.—60. „	3 „
über 60	1 Cervixmyom.

¹⁾ Siehe Röhrig, Berl. klin. Wochenschr. 1877, Nr. 30—35.

²⁾ Zeitschrift f. Geb. und Gyn., Bd. XI, S. 141.

Bei Johnston¹⁾ entfallen unter 42 Fällen mit Altersangabe auf die Zeit

vor dem 20. Jahr	1	Cervixmyom.
vom 20.—30. „	10	Cervixmyome.
„ 30.—40. „	23	„
„ 40.—50. „	8	„
später	0	„
	42	

Die Hauptmasse der Cervixmyome findet sich demnach, ebenso wie die der Körperfibrome, vom 30.—50. Lebensjahr. Die beiden letzten Tabellen weichen indessen von derjenigen Schorler's darin ab, dass beide vor dem 20. und 30. Lebensjahre Cervixmyome aufweisen und 1 nach dem 60²⁾.

Pathologische Anatomie. — Das Myom des Cervix zeigt im Allgemeinen dieselbe Zusammensetzung wie das des Uteruskörpers, auch hat es mit letzterem den geringen Gefässreichtum gemein. Stärkere Gefässentwicklung scheint noch seltener als bei den Körperfibromen vorzukommen; sie führt dann zur Entstehung des *myoma cavernosum s. teleangiectodes*, wie ein solches Cervixmyom von Grammatikati³⁾ beschrieben ist, das meist erbsengrosse, bluterfüllte, mit Endothel ausgekleidete Hohlräume neben reichlichen Blutgefässen enthielt. Durch grossen Gefässreichtum zeichnete sich auch der von M. Horn⁴⁾ aus der Schultze'schen Klinik beschriebene Tumor aus. Derselbe war ebenso wie derjenige Grammatikati's gangränös geworden.

Eine andere, hier vielleicht nicht mit vollem Recht aufzuführende Abart beschreibt Thiede⁵⁾ als *fibroma papillare cartilagineum*. Der Tumor war sehr gefässreich, recidivirte rasch nach Abtragung und zeigte secundäre Knorpelentwicklung.

Auch bei den Cervixmyomen kommen cystische Bildungen

¹⁾ A. review of some collected cases of fibromata of the cervix uteri in the Americ. Journ. of Obstetr. etc., 1835, p. 1121 und 1272.

²⁾ Frank: Ueber die Operation compl. Fibromyome des Uterus, insbesondere über Entwicklung von Hautemphysem nach d. Op. Diss. in.; Strassb. 1880; betr. 69jährige Frau.

³⁾ Archiv f. Gyn., XVII., S. 139.

⁴⁾ Diss. in., Jena 1888.

⁵⁾ Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. I, S. 460.

vor (*myoma cysticum*). Derartige Geschwülste sind beschrieben von Lee¹⁾ und Sequercé²⁾, beide mit beträchtlicher Höhle; ferner führt Johnston³⁾ einen cystisch degenerirten Polypen der hinteren Lippe S. 1296⁴⁾ an; Cousat⁵⁾ berichtet über ein vom Muttermund ausgehendes Cystofibrom.

Die Cervixfibrome finden sich entweder mit Fibromen des Uteruskörpers zusammen oder allein, einzeln oder multipel. So fanden sich mehrere Fibromknoten im Cervix beim Fall v. Rabenau's⁶⁾, oder es gehen mehrere fibröse Polypen von den Muttermundslippen aus. Die Zeit, in der sich dieselben ausbilden, kann verschieden sein, wie in einem von Larcher⁷⁾ veröffentlichten Bericht mitgetheilt wird. Auch die vom Cervix ausgehenden fibrösen Polypen können aus mehreren Knoten bestehen. Simon⁸⁾ beschreibt einen von ihm operirten und als zusammengesetztes polypenförmiges Desmoid bezeichneten Tumor, der aus einer Menge neben und über einander liegender Desmoidkugeln von Stecknadel- bis Kindskopfgrösse bestand, welche in einem Stroma der hervorgetriebenen hypertrophischen Uterussubstanz lagen und zu einer Geschwulst verbunden waren, die von der hinteren Muttermundslippe ausgehend die Scheide ausfüllte. Einen aus 4 einzelnen Fibromen bestehenden, grösstentheils im Cervicalkanal liegenden und mit dessen Wänden durch Adhäsionen verbundenen Cervicaltumor hat J. P. Boyd⁹⁾ beobachtet. Fühlbar war nur die untere Geschwulst, der oben 3 kleinere Geschwülste aufsassen.

Dem Sitze nach unterscheidet man interstitielle, submucöse und subseröse Cervixmyome. Letztere werden auch als retrocervicale, retrouterine, retrovaginale oder retroperitoneale Collumfibrome bezeichnet. Die subserösen Geschwülste, die nach Gusserow „meist von aussen und hinten, selten seitlich vom

¹⁾ o. c. S. 49.

²⁾ Monatsschr. f. Geb. und Frauenkrankheiten, Bd. IV., S. 227.

³⁾ o. c.

⁴⁾ Sydney Turner: Brit. Med. Journ., Lond. 1886, II., p. 167.

⁵⁾ cit. in. Gusserow, Neubild. d. Uter., 1886, S. 124.

⁶⁾ Centralbl. f. Gyn., 1882, S. 318.

⁷⁾ Bull. de la soc. méd. de Paris 1875, p. 207. cit. bei Johnston.

⁸⁾ Monatsschr. f. G. u. Frauenkrankheiten, Bd. XIV; 1859, S. 5—12.

⁹⁾ The Am. Journ. of Obst. 1885, S. 1024.

cervix uteri ausgehen“, wachsen entweder nach der Bauchhöhle zwischen die Platten des lig. lat. oder drängen die Peritoneal- auskleidung der Beckenhöhle in die Höhe (retroperitoneales M.), oder sie wachsen mehr nach unten (retrouterin) oder seitlich im Bindegewebe neben der Scheide herab (retrovaginal). Bei einiger Grösse füllen sie das Becken aus und können dadurch Geburts- hinderniss werden. Auch erfahren sie leicht Einklemmung¹⁾.

Die submucösen Cervixfibrome sind entweder breitbasig oder gestielt (fibröse Polypen). Durch Zug der Polypen kommt es, sobald dieselben eine bedeutende Grösse erreichen, leicht zu Des- census oder Prolapsus uteri und zu Inversio uteri. Diese Lage- veränderung der Gebärmutter bildet sich oft nach Entfernung der Geschwulst von selbst zurück²⁾.

Durch interstitielle Cervixmyome wird der Uterus seltener nach aussen und unten gezogen, als durch submucöse. Sie wachsen weniger nach aussen und werden leicht für Inversionen gehalten. Die Muttermundsöffnung rückt nach oben, wird in die Quere ver- zogen und leicht übersehen (Gusserow). Bei Entwicklung der Geschwulst in der einen Muttermundlippe wird dieselbe mehr oder weniger kuglig, wodurch die andere gedehnt wird und sich als halbmondförmiger Saum um die vergrösserte Lippe legt.

Was das Häufigkeitsverhältniss der einzelnen nach ihrem Sitz verschiedenen Formen der Cervixmyome anlangt, so finden sich nach Chahbazian unter 79 Fibromen des coll. uteri

Summe 79	}	38 submucöse gestielte,
		10 „ ungestielte,
		29 interstitielle,
		2 subperitoneale.

Unter 94 Fällen, die ich aus der Literatur zusammengestellt habe, finden sich dagegen:

Summe 94	}	23 submucöse gestielte, (24,44 ⁰ ,0),
		7 „ ungestielte, (7,44 „),
		45 interstitielle, (47,87 „),
		19 subseröse Cervixfibrome (20,21 „).

¹⁾ Spiegelberg: Arch. f. Gyn., Bd. V. p. 100.

²⁾ Beispiele dafür bei Gusserow: „Neubildung des Uterus“, 1886, S. 22 ff. und Schröder: Krankheiten der weibl. Geschl.-Org., 1889, S. 294.

In meiner Tabelle sind im Vergleich zu der *Chahbazian's* die interstitiellen und relativ auch die subserösen Myome im Uebergewicht, während dort die fibrösen Polypen das grösste Contingent stellen und die interstitiellen erst in zweiter Linie kommen. Diese Verschiebung des Prozentverhältnisses ist, soweit sie die Zunahme der interstitiellen Myome betrifft, wohl dadurch bedingt, dass gegenwärtig früher und öfter die Entfernung der Fibrome vorgenommen wird, bevor dieselben Zeit haben, sich aus der interstitiellen zur submucösen und schliesslich gestielten Form umzuwandeln. Die häufigere Diagnose der subperitonealen Myome ist durch die Ausbildung der Laparotomie veranlasst, die zur Entfernung von Körperfibromen oder anderen Tumoren der inneren Genitalien gemacht, zur Entdeckung subseröser vorher nicht bemerkter Collumfibrome führte. *Chahbazian's* Tabelle dagegen, die mit einem Fall des *Fabricius Hildanus* (1646) beginnend bis zum Jahre 1882 geht, umfasst viele Myomerkrankungen aus einer Zeit, wo man eingreifendere Operationen mit Recht fürchtete und meist gestielte Formen operirte, deren Ausbildung durch Scheu der Kranken vor der gynäkologischen Untersuchung und des Arztes vor der Operation, woraus auf beiden Seiten ein abwartendes Verhalten resultirte, begünstigt wurde.

Nach *Schorler*¹⁾ entstehen alle Myome intramural und wachsen in der Richtung des geringsten Widerstandes, was durch die Untersuchung zu verschiedenen Zeiten bewiesen ist, sowie durch die Thatsache, dass gestielte Formen vorwiegend im höheren Alter vorkommen.

Schon früher wurde gelegentlich erwähnt, dass die Cervixmyome sich häufiger hinten entwickelten: nach *Schorler*²⁾ dreimal so oft als vorn, doch scheint das Verhältniss zu hoch genommen zu sein, denn unter 143 Collumfibromen mit genauer Angabe des Sitzes habe ich

143	{	48 vorn,
		82 hinten,
		6 rechts,
		3 links,
		4 an einem grösseren Theil des Cervix inserierte

gefunden; es kommen also auf 3 vorn sitzende 5,125 hintere.

¹⁾ Zeitschrift f. Geb. u. Gyn., XI., 1885, S. 141.

²⁾ l. c.

Die Fibrome des Cervix erleiden verschiedene, durch Ernährungsstörungen bedingte pathologische Veränderungen. So erfahren sie in Folge von Oedem Erweichung, die so hochgradig werden kann, dass der Tumor den Eindruck einer Cyste macht und zur Punction, bei der nichts oder wenige Tropfen Serum entleert werden, verleitet. Derartige diagnostische Irrthümer sind oft bei Geburten, die mit erweichtem Cervixmyom complicirt waren, verzeichnet und auch in dem zweiten, in hiesiger Klinik beobachteten Fall täuschte ein erweichtes Myom der vorderen Lippe eine Cyste vor. Derselbe Tumor zeigte zugleich eine fettige Degeneration, die auch noch als Grund von Erweichung anzuführen ist. Ein myxomatös degenerirtes Cervixfibrom habe ich erwähnt gefunden in Obst. Transact., London 1886, XXVIII., p. 178, bei einem 17-jährigen Mädchen. Als Myxofibrom ist ferner bezeichnet der Tumor bei Stadtfeld¹⁾; derselbe enthielt kleine cystische Hohlräume. — Die Cystofibrome des Cervix wurden bereits erwähnt.

Bestimmte Angaben über Induration von Cervixfibromen habe ich nicht gefunden, da nach der Niederkunft eintretende Verkleinerung aus später zu erörternden Gründen kaum hierher gehört.

Was die Verkalkung anlangt, die auf Induration und Wachstumsstillstand folgt, so sagt Virchow²⁾, dass die Cervixmyome, obwohl sie geringe Neigung zum Wachstum hätten, doch selten Verkalkung zeigten. (Ein grösseres verkalktes Cervixmyom, das durch die Zange bei einer Geburt entwickelt wurde, befindet sich nach der Dissertation von M. Horn, Jena 1888, in der Sammlung von Geh. Hofrath Schultze.)

Ziemlich häufig tritt Vereiterung und Verjauchung bei Cervixmyomen auf, meist in Folge von absichtlich oder zufällig gesetzten Traumen, denen sie durch ihre Lage leicht ausgesetzt sind. Zu ersteren gehören hauptsächlich ärztliche Eingriffe, wie partielle Exstirpation des Tumors, Incisionen, Punctionen, (Verwechslung mit Cysten), Acupunktur³⁾, Ligatur gestielter Formen etc.

¹⁾ Edinb. Med. Journ. 1882, XXIX, p. 606, cit. bei Johnston.

²⁾ Die krankh. Geschw.³, III. p. 219.

³⁾ Breslau's Fall in Monatsschr. für Geb. und Frauenkr., Bd. XXV, Suppl. S. 122.

Auch kommt spontane Gangrän vor, wie in dem Fall Grammatikati's¹⁾ in Folge Tiefertretens der Geschwulst in die Scheide und Compression ihrer Gefässe. Aus ähnlichem Grund trat wohl die Gangrän in der von Schauta²⁾ mitgetheilten Krankengeschichte ein, wo ein zweimannskopfgrosses, interstitielles Collumfibrom vor die Genitalien trat. Die beiden Kranken starben an Sepsis. — Eine ebenfalls sehr tief nach unten gewachsene, theilweise nekrotisch gewordene Geschwulst beschreibt Breisky³⁾. Das kürzlich aus der Schultze'schen Klinik⁴⁾ beschriebene Myoma cervicis uteri gangränosum ähnelt demjenigen Grammatikati's. Dasselbe ging von der hinteren Lippe aus, war rasch bis zu Kindskopfgrosse gewachsen und zeigte sehr starke und zahlreiche Gefässe. Der nekrotische Theil wurde sichtbar im Scheideneingang nach Auseinanderklappen der Labien. Compression des Tumors durch die gespannte vordere Muttermundlippe und die gedehnte Scheide veranlassten die Gangrän. Nach Entfernung der Geschwulst in zwei Sitzungen erfolgte Genesung. —

Die Eiterung oder partielle Gangrän führt also entweder durch Sepsis und Pyämie zu schwerer Lebensgefahr oder selbst zum Tod, kann aber auch Verkleinerung des Tumors und Besserung der durch ihn verursachten Beschwerden veranlassen. In dem schon erwähnten Fall Breslau's verkleinerte sich nach mehreren Acupuncturen der Tumor durch Eiterung so weit, dass die früher sterile Frau concipirte.

Vöhtz⁵⁾ sah nach partieller Enucleation eines grossen Myoms der hinteren Muttermundlippe und folgender zweimaliger Ausstossung faustgrosser gangränöser Massen Wohlbefinden eintreten. Die Geschwulst wuchs aber dann wieder nach. — Berichte über vollständige Heilung durch Eiterung oder Gangrän habe ich nicht gefunden. —

¹⁾ Archiv f. Gyn., Bd. XVII, S. 139.

²⁾ Wien. med. Wochenschr. 1882, Nr. 33.

³⁾ „Klin. Erfahrungen über die grossen interstit. Myome des coll. uteri“; Zeitschr. f. Heilkunde, Bd. V., S. 109.

⁴⁾ Inaug.-Diss. von M. Horn, Jena 1888.

⁵⁾ (Aarhus) ref. in Centralbl. f. Gyn. 1886, S. 565, „Beitr. zur operat. Behandl. des Uterusfibroms“.

Bisweilen wird angegeben, dass ein Cervixfibrom nach völliger oder partieller Entfernung recidivirte. Im ersteren Fall liegt jedenfalls der Verdacht nahe, dass es sich nicht um ein gutartiges Myom, sondern um ein Sarkom gehandelt hat, das als recidivirendes Fibrom (recurrent fibroid) bezeichnet wird. Derartige, durch die mikroskopische Untersuchung als Myosarkome festgestellte Geschwülste des Cervix finden sich nach der Dissertation von J. Ritter: „Das Myosarkom des Uterus“, Berlin 1887, bei Winckel¹⁾: „der Polyp, der hinteren Lippe recidivirte trotz seiner malignen Natur nach Abtragung nicht“; ferner bei Veit²⁾: „der fibröse Polyp der vorderen Wand recidivirte jedesmal nach zwei Abtragungen“.

Auch wäre die Umwandlung eines ursprünglich gutartigen Cervixmyoms in ein Myosarkom als Erklärung für die genannten Recidive denkbar, wie dieselbe bei den gleichartigen Geschwülsten des corp. uteri beobachtet ist³⁾.

Mischgeschwülste des Cervix, wie fibrocystische Tumoren, solche mit Knorpel­einlagerung u. s. w. scheinen, selbst nach völliger Entfernung, leicht wiederzukommen.

Dass nur theilweis entfernte Tumoren leicht nachwachsen, ist nicht befremdend.

Spontane Enucleation von Cervixfibromen, Abreissen von Polypen, spontane Resorption und Rückbildung findet sich ebenso wie bei Fibromen des Uteruskörpers.

Symptome. Wenn auch die Cervixfibrome sehr mannigfaltige Symptome hervorrufen können, so ist es doch auch möglich, dass bei ihrem Vorhandensein keine Erscheinungen des Leidens auftreten, die Menstruation normal bleibt und Beschwerden völlig fehlen. Oft zeigt sich nur eine profuse oder länger dauernde menstruelle Blutung, aber in regelmässigen Zwischenräumen. Häufiger allerdings sind irreguläre oder auch continuirliche, bisweilen sehr reichliche Blutungen, besonders bei submucösen, ungestielten und polypösen Tumoren. Im Allgemeinen sind nach Schröder⁴⁾ bei

¹⁾ Arch. f. Gyn., III.

²⁾ Krankheiten d. w. Geschl.-Org., 1867, S. 413.

³⁾ Krankheiten d. w. Geschl.-Org., 1889, S. 299.

⁴⁾ Krankheiten d. w. Geschl.-Org., 1889, S. 299.



Cervicalmyomen seltener heftige Blutungen da. In der Pause zwischen 2 Menstruationen tritt oft Leukorrhoe auf, die jedoch auch nach der Menopause oft nicht allein, sondern mit Blutungen zusammen als Folge des Cervicaltumors beobachtet wird.

Die Periode ist oft von wehenartigen Schmerzen begleitet oder diese finden sich auch ausserhalb derselben und werden, wie A. Meadows¹⁾ hervorhebt, hauptsächlich in der Sacralregion empfunden. Während der Menstruation tritt bisweilen plötzlich Harnverhaltung ein, wie z. B. in dem ersten in der Giessener Klinik operirten Fall.

Manchmal ist der Tumor nur zur Zeit der Menstruation bei geöffnetem Muttermund nachweisbar (Intermittent tumor), wie bei Duplay²⁾. Auch sind nervöse Störungen beobachtet.³⁾

Am Uterus selbst findet sich stets Cervicalkartarrh⁴⁾, oft Metritis, Endometritis und bei subserösen Geschwülsten Perimetritis. Von grosser Bedeutung sind die durch Druck auf die Nachbarorgane hervorgerufenen Zustände. So entstehen Neuralgien der unteren Extremitäten durch Compression der Nerven im Becken, Oedeme und Varicen durch Compression der Venen, durch Druck auf das Rectum Stuhlverstopfung, durch Druck auf die Blase entweder Harndrang oder selbst Incontinenz oder anderseits Dysurie und Harnverhaltung, die Katheterismus erfordert oder bei aus der Scheide getretenen Tumoren durch Reposition derselben vor jeder Urinentleerung beseitigt werden muss⁵⁾.

Die Harnverhaltung ist bisweilen, wie schon erwähnt, an die Zeit der Menstruation gebunden.

Durch Compression der Ureteren entwickelt sich manchmal Hydronephrose, Urämie oder Albuminurie und selbst morb. Brightii. Ein scheinbar eclatantes Beispiel für so entstandene Albuminurie, die nach Entfernung eines fibrösen Cervix-

1) Ueber Differentialdiagnose der verschied. Uterustubroide.

2) Le Praticien, Paris 1880 t. II p. 147—149, angeführt bei Johnston (l. c).

3) Lefour (Trélat) thèse, Paris 1880, p. 80, cit. ebenfalls bei Johnston.

4) Schröder: Krankheiten d. w. Geschl.-Org., 1889, S. 299.

5) Breisky: Klin. Erfahrungen über d. gross. interstit. Myome des coll. uteri, Ztschr. f. Heilk., Bd. 5, p. 109, Fall Nr. 6.

polypen der hinteren Wand schwand, führt Jouin¹⁾ an. Zugleich mit den Uterussymptomen, wie Blutungen und Koliken, traten bei der betreffenden Patientin Albuminurie, Herzfehler, Emphysem und Asthma auf. Auch die Herz- und Lungenaffection besserte sich angeblich nach der Operation.

Dafür, dass durch den Druck von Uterusmyomen auf die Ureteren Eclampsie entstehen könnte, führt Kleinwächter²⁾ nur eine Krankengeschichte von Browne³⁾ an. Unter den Fällen Johnston's resp. Chahbazian's findet sich zweimal Eclampsie bei der Entbindung⁴⁾ unter 88 Geburten bei Cervixmyom, also mehr als 2 $\frac{1}{2}$ %, während sonst auf etwa 500 Geburten 1 Eclampsie kommt⁵⁾. Ob anhaltendes Erbrechen, zumal bei ungenügenden Angaben über Menge und Beschaffenheit des Urins, als geringgradige Urämie gedeutet werden darf, ist mir unwahrscheinlich.

Breisky⁶⁾ giebt noch an, dass er bei 3 seiner 6 Kranken starkes systolisches Blasen über der linken Seite der Cervicalgeschwulst gehört hat.

Ausgang. Kommt es nicht zu spontaner Enucleation der submucösen oder interstitiellen Cervixfibrome, wie sie gelegentlich während des Wochenbetts, doch auch ausserhalb desselben beobachtet wurde, noch zu Abreißen des Stiels bei fibrösen Polypen, noch zu spontaner Rückbildung, die sich nicht gerade am häufigsten im Wochenbett vollzieht⁷⁾, überhaupt sehr selten eintritt, so wächst das Cervixmyom, falls nicht anderweitige Ernährungsstörungen schon früher die Entwicklung beschränken, wenn auch langsam, bis zur Menopause. Diese erscheint allerdings bei derartigen Tumoren schon an und für sich später⁸⁾. Es gilt indessen von dem Einfluss der Menopause auf die Myome, dass meist keine Rückbildung, sondern nur ein Wachstumsstillstand sich zeigt. Wie durch

¹⁾ Archives de tocol. 1887 p. 189.

²⁾ „Eclampsie“ in Eulenburger's Realencyclopädie.

³⁾ Am. Journ. of Obst. 1877 p. 83.

⁴⁾ Boivin et Dugès, traité prat. de mal. de l'utérus, Paris 1833 t. I. p. 323 und 380 und Hank, Caspers Wochenschr. 1836 Nr. 46.

⁵⁾ Schröder: Lehrb. d. Geburtsh., 1888, S. 715.

⁶⁾ l. c. in Ztschr. f. Heilk., V., p. 109.

⁷⁾ Schröder: Krankh. d. w. Geschl.-Org., 1889, S. 300.

⁸⁾ Schorler, Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XI., S. 148.

Eiterung oder Gangrän theilweise, seltener vollständige Entfernung der Cervixfibrome, wenn nicht der Prozess selbst zum Tod führt, eintreten kann, wurde bereits erwähnt. — Vereinzelt Fälle von Rückbildung oder Verschwinden der Geschwülste nach Geburten und während der Schwangerschaft, sowie von Verkleinerung durch Ergotinbehandlung sollen später besprochen werden.

Diagnose. Es ist hier nur so weit auf die Diagnose der Cervixmyome einzugehen, als besondere auf dieselbe bezügliche Winke, die in der Literatur sich finden, berücksichtigt werden müssen. Im Allgemeinen ist die Erkennung der Cervixmyome leicht. Das gilt besonders von kleinen, in einer Lippe sitzenden oder gestielten, leicht palpierbaren Geschwülsten. Subseröse oder interstitielle, supravaginale Myome, besonders eingekellte, sind schwer zu diagnosticiren (Gusserow). — Breisky¹⁾ macht darauf aufmerksam, dass bei grossen, die Scheide ausfüllenden interstitiellen Cervixmyomen zur Diagnose das mit seinen Adnexen auf der vorderen Tumorwölbung aufsitzende corp. uteri zu fühlen sein müsse.

Wie A. Meadows den Sitz des Beckenschmerzes in der Sacralregion als für Cervixmyome charakteristisch hervorhebt, wurde bereits oben angegeben. Um sich gegen Verwechslung eines Tumors mit Inversion des Uterus zu sichern, ist die Sondirung der Uterushöhle auszuführen, da eine genügende Einführung der Sonde den Gegenbeweis gegen Inversion liefert (Breisky o. c.). Doch kommt es auch vor, dass ein in der Scheide liegender Colossaltumor das Sondiren ebenso unmöglich machen kann, wie die Entscheidung, ob die Geschwulst interstitiell entwickelt oder ein fibröser Polyp ist, dem der Uterus ebenfalls so aufzusitzen scheint, wie bei interstitiellen Tumoren²⁾. Ueberhaupt ist es zur Diagnose des Ursprungs nothwendig, dass die Cervixwände erreichbar sind, der Tumor also nicht absolut zu gross ist³⁾. In der Narkose wird man allerdings bei der Untersuchung meist ein klares Urtheil erlangen, doch nicht in jedem Fall.

Die Prognose erhellt grösstentheils aus den Angaben über die Symptome und die pathologisch-anatomischen Veränderungen

¹⁾ Klin. Erfahrungen etc. in Ztschr. f. Heilkunde, Bd. V., S. 109.

²⁾ Simon: Monatsschr. f. Geb. u. Frauenkrankh., 1859, Bd. XIV., p. 5—12.

³⁾ Schröder: Krankh. d. w. Geschl.-Org., 1889, S. 306.

der Cervixmyome. Eine Bemerkung darüber, dass dieselben durch ihre Grösse direkt das Leben gefährden, habe ich nicht gefunden. Sarkomatöse oder andere maligne Degeneration ist selten, dass aber die Rückwirkung des durch Blutungen und Fluor bedingten Säfteverlustes auf den Körper nicht ausbleibt und es bei längerer Dauer derselben zu Siechthum und Tod kommen kann, ist sicher. Ausserdem sind Ausfluss und Drückerscheinungen von Seiten der Blase und des Mastdarms, das Gefühl von Schwere im Becken, Kreuzschmerzen, neuralgische Schmerzen der unteren Extremitäten, nervöse Störungen etc. wohl geeignet, das subjective Befinden der Kranken in hohem Grade zu beeinträchtigen. Bei Eiterung oder Verjauchung der Geschwulst wird das Leben durch Sepsis oder Pyämie bedroht, bei Compression der Ureteren durch die Mitbetheiligung der Nieren, ganz abgesehen von der strittigen Erklärung für Eclampsie in Folge Drucks auf die Harnleiter.

Auch die Art der zur Entfernung der Geschwülste nöthigen Operation zwingt uns, die Prognose verschieden zu stellen.

Behandlung. Da über die Aetiologie der Myome nichts Sicheres bekannt ist, so kann man auch von einer prophylactischen Therapie nichts erwarten ¹⁾. Bei ausgebildeten Cervixmyomen kommt entweder eine medicamentöse oder operative Behandlung in Anwendung. Was die erste anlangt, so ist Ergotin oder ein Ersatzmittel desselben in Betracht zu ziehen. Schliesslich stehen noch einige Bäder im Ruf, gegen Myome wirksam zu sein.

Das Ergotin wurde auf die Empfehlung Hildebrandt's ²⁾ wieder angewandt. Die Resultate sind aber nach den verschiedenen Berichten geradezu entgegengesetzte gewesen.

Im Allgemeinen beschränkt meist das Ergotin nur die Blutung, aber wie aus den Veröffentlichungen Schorler's ³⁾ hervorgeht, scheint es bei Cervixmyomen unsicherer zu sein, als bei den gleichartigen Geschwülsten des Uteruskörpers.

Leopold ⁴⁾ theilt zwei Krankengeschichten mit, in denen

¹⁾ Schröder, Krankh. der weibl. Geschlechtsorgane, 1889, S. 306.

²⁾ Berl. klin. Wochenschrift 1872, Nr. 25 und Berl. Beitr. zur Geb. und Gyn., Bd. III, S. 263.

³⁾ Zeitschrift f. Geb. und Gyn. XI, 1885, S. 141 ff.

⁴⁾ Archiv f. Gyn., Bd. XIII, S. 192.

die Blutung „wohl bemerkenswerth, aber wenig“ abnahm, die intramuralen Myome des Cervix aber unverändert blieben. Schorler ¹⁾ berichtet unter Fall 24 von einer Verkleinerung des interstitiellen Cervicalmyoms durch Ergotinbehandlung. Als Grund für die geringe Wirkung des Ergotins führt Leopold die ungünstigen Verhältnisse am Cervix für eine energische Contraction und Compression der Blutgefässe an. Die Zahl der angewandten Injectionen betrug oft viel über 100. Auf die verschiedenen Mutterkornpräparate und ihre Ersatzmittel will ich hier nicht eingehen.

Von Bädern erfreuen sich mit zweifelhaftem Recht die brom- und jodhaltigen eines gewissen Rufes bei Myomen.

Ueber die Anwendung von Arsen, Phosphor (Güenio) oder des constanten Stroms zur Beseitigung von Cervixfibromen habe ich nichts gefunden und auch die neuesten Veröffentlichungen über Electrotherapie bei Uterinleiden (von Brüse, Orthmann und la Torre) enthalten keine hierher gehörigen Fälle.

Die sicherere, wenn auch gefährlichere Behandlung der Cervixfibrome ist jedenfalls die operative und hier ist dieselbe um so mehr vorzunehmen, als die medicamentöse viel weniger Erfolge aufzuweisen und zu erwarten hat, als bei Körpermyomen (Leopold).

Zur Entfernung der Cervixmyome wird in erster Linie die Enucleation per vaginam und schliesslich die Laparotomie angewandt. Durch Enucleation per vaginam können alle nach der Scheide und dem Cervixkanal zu entwickelten, vom Cervix ausgehenden Fibrome entfernt werden, doch auch mitunter solche, die sich mehr ins Beckenbindegewebe entwickelt haben ²⁾.

Es werden also von der Scheide aus gestielte oder breit aufsitzende submucöse, interstitielle und selbst vereinzelte retroperitoneale Cervixmyome entfernt (Czernys vaginale Myomotomie für subseröse Cervixmyome und Fibrome des Beckenbindegewebes). Als die Entfernung erschwerendes Verhältniss stellt bei Enucleation per vaginam Hofmeier die gleichzeitige Entwicklung der Geschwulst nach der Scheide und nach dem Beckenbindegewebe hin. Die Grösse des Tumors kann eigentlich keine Gegenanzeige gegen vaginale Entfernung liefern, da sich letztere durch

¹⁾ l. c.

²⁾ Hofmeier, Grundr. d. gyn. Oper., 1888, S. 193.

Excision von Keilen, event. in mehreren Sitzungen oder durch allongement opératoire ermöglichen lässt. Die Indicationen für Enucleation per vaginam sind nach Hofmeier:

1) Blutungen und starke Schleimabsonderung; 2) theilweise Nekrosen des Tumors; 3) Compressionserscheinungen bei Nachbarorganen. Auf die Ausführung der Operation gehe ich nicht ein, sondern erwähne nur Hofmeier's Ausspruch¹⁾, dass es bei gewissen Grössen der Geschwülste technische Schwierigkeiten giebt, die den Gefahren einer Laparotomie nicht nachstehen.

Was letztere Operationsmethode betrifft, so wird sie als letzte Zuflucht erforderlich, wenn andere Behandlungsweisen erfolglos oder unausführbar sind, ferner zur Entfernung von Peritonealpolypen des Cervix, von in die lig. lat. gewachsenen Tumoren, von grossen interstitiellen Myomen des coll. uteri (Fall 2, 3 und 5 Breisky's²⁾, und ausnahmsweise zur Entfernung der sogenannten eingekeilten Fibroide Spiegelberg's³⁾, da letztere, wenn sie vom Cervix ausgehen, von der Scheide leichter zugänglich, von der Bauchhöhle dagegen schwer erreichbar sind.

Bei mannskopfgrossen Fibromen des coll. uteri, die interstitiell entwickelt sind, will Breisky (o. c.) nur Laparotomie und als Voract der Operation Abtragung des allenfalls vorhandenen intravaginalen Geschwulsttheils. Nach der Laparotomie soll der Tumor 1) entweder enucleirt werden mit Zurücklassung des ganzen Uterus, oder 2) der untere Geschwulstabschnitt aus dem coll. uteri enucleirt und der Tumor mit dem Uteruskörper entfernt werden, oder 3) die Totalexstirpation des Uterus gemacht werden. Ob letztere Operation ausgeführt wurde, ist Breisky nicht bekannt und er erklärt sie nur für erlaubt bei inniger Verbindung zwischen Geschwulst und Uterus, die eine Enucleation verhindert und ferner, wenn die Geschwulstkapsel im unteren vom Peritoneum bedeckten Abschnitt usurirt oder so verdünnt ist, dass sie beim Enucleiren einreisst, was kaum zu befürchten ist.

Ueber Totalexstirpation des schwangeren Uterus wegen Cervix-

¹⁾ Grundr. d. gyn. Oper. 1888, S. 192.

²⁾ Centralbl. f. Gyn. 1885, S. 69.

³⁾ Fränkel: Arch. f. Gyn., XXXIII, S. 449.

fibromen mit dem Ei oder nach Entfernung desselben finden sich später Angaben.

Rokitansky¹⁾ hat 6 Fälle grösserer Collumfibrome veröffentlicht, von denen 4 durch Laparotomie und Enucleation entfernt wurden. In 3 dieser Fälle fanden sich gleichzeitig Körperfibrome.

Das Verfahren, nach Eröffnung der Bauchhöhle zur Ausschälung der Collumfibrome, richtet sich nach dem speciellen Fall.

Ausser den bereits erwähnten Laparotomien wegen Cervixmyomen wurden solche in letzterer Zeit noch ausgeführt von Kummell²⁾, McGraw³⁾ (Detroit) und Thelen⁴⁾. In den beiden letzten Fällen handelte es sich um retroperitoneale Collumyome, ebenso bei Freund's Patientin⁵⁾, die nach der Entbindung ein Wochenbett mit den mannigfaltigsten Complicationen durchmachte; aber doch nach der Laparotomie genas.

Ueber Castration bei Cervixfibromen, um Wachstumsstillstand oder Rückbildung derselben, sowie Stillung der Blutungen zu erzielen, sagt Hofmeier⁶⁾: „Sehr fraglich ist der Erfolg bei grossen Cervixfibromen und solchen, die breit im Beckenbindegewebe sitzen, während gerade hier wegen der grossen Gefahr ein Ersatz der Myomotomie wünschenswerth wäre“. Eine Behandlung von Cervixfibromen durch Castration ist mir in der Literatur nicht aufgestossen.

Die Schwangerschaft bei Myomen des Cervix. Die Conception ist bei Cervixmyomen nicht unmöglich, doch ist sie thatsächlich seltener⁷⁾. Chahbazian⁸⁾ spricht sich darüber folgendermaassen aus: „Collumfibrome sind häufig Grund von Sterilität, doch seltener als Körperfibrome, da im unbefruchteten Zustand 5 Cervixmyome auf 100 Körpermyome kommen, im schwangeren dagegen 20 auf 100.“

1) Centralbl. f. Gyn. 1888, S. 96.

2) Centralbl. f. Gyn. 1888, S. 266.

3) Centralbl. f. Gyn. 1888, S. 555.

4) Centralbl. f. Gyn. 1885, S. 33.

5) Bechler: Diss. in., Strassburg 1885.

6) Grundr. d. gyn. Oper., S. 318.

7) Guéniot: Gaz. des hôp., Nr. 43, 1864.

8) Arch. de tocol., 1883, S. 62 ff.

Nach Schorler¹⁾ sind von 18 Frauen mit Cervixmyom 3 — 16,7 % steril. C. Meyer²⁾ findet unter 19 sterilen, an Uterusmyom leidenden Frauen, 3 mit Cervixmyomen (1 interstitiell, 2 polypös).

Aus meiner Zusammenstellung ergibt sich für das Cervixmyom ein geringeres Prozentverhältniss für Sterilität. Ich habe nämlich unter 62 verheiratheten, an Cervixmyom leidenden Frauen nur 4 sterile, d. h. solche, die nie geboren oder abortirt haben, gefunden, also etwa auf 16 Frauen 1 sterile. Die Tabelle Johnston's ist zur Klärung der Frage nicht zu verwerthen, da er im Anschluss an Chahbazian³⁾ gerade Schwangerschaften und Geburten, die durch Cervixfibrome complicirt waren, aufführt.

Als Erklärung für das von Schorler's Angabe abweichende Verhältniss der Fruchtbarkeit zur Sterilität bei Cervixmyomen dürfte vielleicht anzuführen sein, dass entsprechend den früher erwähnten Statistiken die meisten Fibrome des Uterushalses zwischen dem 30. bis 50. Lebensjahr, und zwar der grössere Theil nach dem 35. Jahr, beobachtet wird. Da nun die grösste Zahl der Ehen vor dem angegebenen Alter der Frau geschlossen wird, so ist die durch Verlegung des Cervicalkanals in Folge der Fibromentwicklung bedingte Sterilität, abgesehen von conceptionswidrigen Veränderungen der Cervicalscheidhaut und Uterussubstanz, meist keine von Anfang an bestehende. Verhältnissmässig häufig sind dagegen die Fälle, in denen die Frauen ein- oder mehrmal geboren oder abortirt haben und dann nach Entwicklung der Geschwulst nicht mehr concipirten.

Nach Entfernung des Tumors hat man Jahre lang sterile Frauen wieder schwanger werden sehen (Johnston, Breslau etc.).

Als Ursache der Unfruchtbarkeit bei Cervicaltumoren ist zunächst die mechanische Verlegung des Cervicalkanals anzusehen. Das beweist das Eintreten von Schwangerschaft nach vollständiger oder theilweiser operativer Entfernung oder Verkleinerung des Tumors durch regressive Metamorphose⁴⁾. Weiter hat jedenfalls der stets vorhandene Cervicalkatarrh ebenso wie eine

¹⁾ Zeitschrift für Geb. und Gyn., Bd. XI, S. 141 ff.

²⁾ Dissertation in., Zürich 1887.

³⁾ o. c.

⁴⁾ Breslau's Fall u. a. m.

Metritis grossen Einfluss auf die Conception. Von Engländern und Amerikanern wird noch angeführt als Ursache von Unfruchtbarkeit ein „spermatic spasm“, der reflectorisch bei Reizzuständen der Geschwulst (Coitus, Menstruation) hervorgerufene Verschluss des Muttermundes, wodurch das Eindringen der Spermatozoen in den Uterus gehindert werden soll¹⁾. Zu erwähnen ist schliesslich noch, dass der Tumor an sich den Coitus und damit die Conception unmöglich machen kann. (Schmerzen, Blutungen, Verlegung der Scheide u. s. w.)

Ist es bei Cervixfibromen zur Schwangerschaft gekommen, so kann dieselbe ihr normales Ende erreichen. In sehr vielen Fällen aber kommt es zu Abort oder Frühgeburt und zwar nach Johnston's Tabelle unter 88 Schwangerschaften 25 Mal (28 %). Allerdings trat in zweien dieser Schwangerschaften Abort resp. Frühgeburt nach Entfernung des Tumors ein, war also vielleicht dadurch bedingt. Aber selbst bei Abrechnung dieser Fälle würden noch 26 % vorzeitig unterbrochene Schwangerschaften resultiren.

Johnston²⁾ giebt an, dass ein Unterschied in Bezug auf die Häufigkeit von Frühgeburten und Aborten bei Fibromen des corpus und des cervix uteri besteht und zwar soll auf 7 Schwangerschaften bei Cervixfibrom und auf 9 oder selbst 10 bei Körperfibromen je eine Frühgeburt kommen. Umgekehrt soll sich 1 Abort unter 9 Schwangerschaften bei Cervixfibrom und unter 5 Schwangerschaften bei Körperfibromen finden. Die Unterbrechung der Gravidität findet nach ihm meist im siebenten Monat statt. Ueber das Verhältniss der Frühgeburten und Aborten bei Fibromen des coll. uteri und des corp. uteri haben sich nach Gusserow³⁾ in ähnlichem Sinne Forget, Sébilleau und Tolocznow ausgesprochen, ohne indessen, ebensowenig wie Gusserow, der sie citirt, einen Grund dafür anzugeben. Johnston führt als Erklärung für die erwähnte Thatsache an, dass während der ersten Monate der Schwangerschaft sich hauptsächlich die Grössenzunahme und Entwicklung des graviden Uterus am Körper, in den letzten Monaten dagegen

¹⁾ Johnston, l. c., S. 1126.

²⁾ l. c., S. 1128.

³⁾ Die Neubildung des Uterus 1886, S. 137.

am Cervix abspiele, wovon nach ihm auch das stärkere Wachstum der Tumoren gegen das Ende der Schwangerschaft abhängt.

Bei Johnston's Angabe ist es zunächst befremdend, dass die Geschwulstentwicklung am Cervix, der doch zur Bildung der Eihöhle nicht verbraucht wird, Frühgeburt herbeiführen soll und ist es wahrscheinlicher, dass secundäre Veränderungen der Uterus-Schleimhaut und Substanz die Disposition zu Unterbrechung der Schwangerschaft erzeugen; die Gegenüberstellung von Cervix und Uteruskörper giebt keine genügende Erklärung dafür. Nur wenn man den Begriff des Cervix weiter ausdehnt und das untere Uterinsegment mit einbegreift, wofür sich indessen in Johnston's Abhandlung kein Anhaltspunkt findet, würde die obige Hypothese über die Beziehungen der Cervixmyome zur Frühgeburt Geltung haben.

Während der Abort gewöhnlich durch Blutungen eingeleitet wird, kommen bei Cervixfibromen während der Schwangerschaft sehr häufig Blutungen vor, ohne dass dadurch die Weiterentwicklung des Foetus gestört wird. Derartige Blutungen treten entweder einmal oder continuirlich oder selbst periodisch, ähnlich der Menstruation, und mehrere Tage hindurch auf, oder sie sind ganz irregulär. In mehreren Fällen fanden sich Blutungen nur während der ersten Schwangerschaftsmonate und cessirten später (Hank, Gervis u. A. bei Johnston). Derartige Hämorrhagien hörten in mehreren Fällen nach Entfernung des Tumors während der Schwangerschaft auf. Vereinzelt steht die Mittheilung von West (cit. bei Johnston), dass bei einer an Cervixmyom leidenden Frau die früher bestehenden Blutungen mit Eintritt der Schwangerschaft aufhörten, wie es auch bei Körperfibromen beobachtet ist¹⁾.

Viele mit Cervixmyomen einhergehende Schwangerschaften verlaufen ohne jedes beunruhigende Ereigniss und daher kommt es wohl, dass, wie Johnston (l. c. S. 1126) sagt, von 4 Cervixfibromen nur 1 während der Gravidität entdeckt wird, da die Erscheinungen, die derartige Geschwülste machen, auf Rechnung der Schwangerschaft gesetzt und als natürliche Folge derselben angesehen werden, so dass die Diagnose des Leidens erst kurz vor

¹⁾ C. Meyer, Diss. in., Zürich 1887.

oder bei der Niederkunft gestellt wird. Zu fehlerhafter Placentarinsertion sollten die Cervixmyome, wie man eigentlich von vornherein annehmen mag, keine Veranlassung geben. Bei 88 von Johnston zusammengestellten Geburten findet sich indessen doch viermal placenta praevia¹⁾. Johnston erklärt die fehlerhafte Insertion der Placenta für zufällige, ungünstige Complication.

In ausgesprochenster Weise macht sich der Einfluss der Cervixfibrome auf die Kindeslagen geltend. Es findet nämlich eine Verminderung der Schädellagen und Zunahme der Beckenendlagen statt und zwar kommen nach Johnston (o. c. S. 1130) auf 26 der ersteren 9 der letzteren, also 34,6%. Es erklärt sich diese Thatsache durch den besonders bei grossen Geschwülsten, die auch mehr mit Beckenendlagen einhergehen, erschwerten Eintritt des kindlichen Kopfs ins Becken. Nach den gegebenen Zahlen sind Beckenendlagen unter den angeführten Verhältnissen etwa 11mal so häufig als sonst, da sie sich nach Schröder nur in 3,11% aller Kindslagen finden. Unter den Kopflagen sind die Schädellagen ebenso wie unter normalen Verhältnissen die häufigsten, Vorderscheitelage giebt Johnston zweimal, Gesichtslage einmal an. Unter den Beckenendlagen sind Fusslagen häufiger als Steisslagen.

Das Verhalten des Tumors selbst während der Schwangerschaft ist ein verschiedenes. In den meisten Fällen vergrössert sich das sonst langsam wachsende Cervixfibrom, besonders während der letzten 3 Monate der Gravidität (Chahbazian), entsprechend der dann stattfindenden Grössenzunahme des Cervix. Infolge davon kann dasselbe vor die Vulva treten und an seiner freiliegenden Parthie eine pathologische Veränderung erfahren. Bei der Geburt können derartige vergrösserte, in der Scheide liegende Tumoren für den vorliegenden Kopf gehalten werden.

Doch ist die Volumszunahme während der Schwangerschaft

¹⁾ Boivin et Dugès: traité prat. de mal. de l'ut., Paris 1833: Die Placenta adhärirte den Tumor. ²⁾ Cadéac: thèse de Paris 1859, Nr. 43, V, p. 18 (hier nur Angabe über Geburtenzahl; es handelt sich um IV p.) ³⁾ Tarnier: Bull. de la soc. de chir., Paris 1869, II. ser., t. X, p. 77. ⁴⁾ Hayes: Trans. of the obst. soc. of London, 1877, XIX, p. 114.

überwiegend oft nicht durch Vermehrung der specifischen Elemente des Tumors bedingt, für die ja in den günstigeren Ernährungsverhältnissen des graviden Uterus eine Erklärung gegeben wäre, sondern durch seröse Durchtränkung und Auflockerung der Geschwulst. Der Grund dafür liegt in der Art, wie sich der Cervix an der Massenzunahme der ganzen Gebärmutter theiligt. Denn nach Lott¹⁾ vergrößert sich derselbe hauptsächlich durch seröse Durchtränkung und Auflockerung seines Gewebes, weniger durch Hypertrophie, gar nicht durch Hyperplasie seiner muskulösen Elemente. Infolge der serösen Durchfeuchtung und Auflockerung sind selbst sehr umfangreiche Cervixmyome bei der Geburt oft soweit compressibel, dass der Kopf des Kindes an ihnen vorbeigehen kann, ohne Schaden zu nehmen.

Vereinzelt steht, soweit ich die Literatur darüber durchgesehen habe, der von Hauks²⁾ mitgetheilte Fall, in dem ein Cervixfibrom während der 2. Schwangerschaft verschwand. Dasselbe war bei der 1. Entbindung nach oben zurückgeschoben und darauf das Kind mit der Zange entwickelt worden.

Die Geburt bei Cervixmyomen. Ueber den Einfluss der Cervixmyome auf die Geburt, der bei weitem bedeutender ist, als derjenige der Fundusmyome, ergibt sich nach Johnston's Tabelle³⁾, in der sich 88 Geburtsgeschichten kurz mitgetheilt finden, folgendes (unbestimmte Notizen sind nicht berücksichtigt):

Bei den 63 Geburten, die unter 88 Schwangerschaften am normalen Ende stattfanden (s. o. Frühgeburten und Aborte = 25), war die Entbindung nur 27 Mal möglich ohne geburtshülfliche Operation. In 6 weiteren Fällen war der Tumor während der Schwangerschaft oder während des Kreissens entfernt worden, worauf die Geburt des Kindes in normaler Weise erfolgte.

Was die 27 Entbindungen bei vorhandenem Cervicaltumor anlangt, so liess sich letzterer in 3 Fällen nach oben oder seitlich schieben oder wich von selbst dahin aus, in einigen anderen wurde eine gestielte Geschwulst vor dem kindlichen Kopf her und aus

¹⁾ s. Schröder: Lehrb. der Geburtsh., S. 93, X. Aufl., 1888.

²⁾ The Am. Journ. of Obst., 1884, S. 173.

³⁾ The Am. Journ. of Obst., 1885, S. 1280—1303.

der Vulva getrieben, so dass die Passage für das Kind frei war. Dabei fand öfters Abreissen des Stiels solcher Polypen statt.

Der kindliche Kopf wurde zweimal beim Vorbeirücken am Fibrom eingedrückt. Die beiden betreffenden Entbindungen sowie 3 andere, von denen eine 5, zwei je 6 Tage dauerten, werden als schwer bezeichnet.

Einmal trat Eclampsie auf, doch wurde ein lebendes Kind geboren, während die Mutter starb. Mit Abrechnung dieser schweren Geburten fand demnach nur in 22 Fällen von Cervixmyom (einschliesslich der Eclampsie, die als weitere gefährliche Complication hier nicht in Betracht kommt), also knapp beim 3. Theil der normal endigenden Schwangerschaften, eine leichte, spontane Geburt statt.

Kunsthülfe wurde geleistet in 26 Fällen. Acht Mal wurde die Zange angelegt. Vor Application des Forceps war der Tumor 4 Mal entfernt worden und zwar 3 Mal, um die Anwendung der Zange überhaupt zu ermöglichen, während des Kreissens. Zwei Mal wurde der Kopf des Kindes an dem Tumor vorbeigezogen und ebenfalls zwei Mal war die Geschwulst vor Anlegung der Zange nach oben, resp. seitlich getreten.

Das Resultat der Zangenentbindung war für 6 Mütter günstig, über die beiden anderen fehlt eine Angabe; von den 8 Kindern wurden 5 lebend, 1 todt entwickelt, über die beiden letzten findet sich keine Notiz.

Nächst dem Forceps kommt in der Häufigkeitsscala der Kaiserschnitt, der sechs Mal ausgeführt wurde, und zwar nur ein Mal mit günstigem Erfolg für Mutter und Kind, drei Mal starben beide; bei den beiden übrigen Entbindungen überstanden die Mütter die Operation nicht, dagegen wurde ein Kind gerettet, während die Mittheilung über das andere fehlt.

Die Wendung auf den Fuss wurde nur 4 Mal ausgeführt, ein Mal bei Gesichtslage mit günstigem Erfolg für die Mutter; das Kind starb. Bei den anderen 3 Wendungen starben ein Mal Mutter und Kind, eine Mutter überstand die Entbindung, die andere starb. Ueber die Kinder dieser beiden fehlen die Angaben. Ausser der einen Mittheilung über die Kindeslage im ersten Fall (Gesichtslage) findet sich keine mehr als Indication für die Wendung. Zwei Mal wurde im Anschluss an die Wendung die Extraction des Kindes

vorgenommen. Nach Chahbazian ist die Anwendung des Forceps der Wendung vorzuziehen¹⁾.

Bei Fusslage wurde zwei Mal das Kind extrahirt, bei Steisslage ein Mal der stumpfe Haken angewandt, wobei das Kind gleich, die Mutter nach 10 Tagen starb. Die Extraction an den Füssen verlief in dem einen der beiden obigen Fälle von Fusslage tödtlich für die Mutter.

Von anderen geburtshülflichen Operationen wurde noch einmal die Embryotomie (über den Ausgang für die Mutter ist nichts gesagt) und viermal die Perforation des kindlichen Kopfes vorgenommen, wobei zweimal die Mutter gerettet wurde, einmal bei der Entbindung und einmal nach derselben an Peritonitis bei gleichzeitiger ruptura vaginae starb.

Unvollendet infolge Todes der Mutter blieb die Entbindung in 4 Fällen: Fabricius Hildanus (Uterusruptur), Langenbeck (Tumor in agone enucleirt und Extraction des todten Kindes), Hayes (s. o. placenta praevia: Tod durch Verblutung), und Zeller (Tod nach 13tägigem Kreissen)²⁾.

Hinsichtlich der Prognose der Geburt bei Cervixmyom für Mutter und Kind am normalen Ende der Schwangerschaft geht aus der vorstehenden Uebersicht hervor, dass etwa der 3. Theil aller Mütter und der 4. der Kinder starb. Der Antheil, den operative Eingriffe zur Entbindung an der Sterblichkeitsziffer haben, ist schon auseinandergesetzt. Verhältnissmässig gut ist das Resultat der Zangenoperation für Mutter und Kind, weniger das der Entbindung durch die Wendung und Extraction. Für die Mutter ebenfalls nicht günstig ist der Ausgang der Perforation, entsprechend den Verhältnissen, unter denen sie nothwendig wurde. Noch schlechter ist der Erfolg des Kaiserschnitts, indem von 6 Müttern 5 starben und nur 2 Kinder sicher gerettet wurden (über 1 Kind fehlt die Angabe). Eine Zusammenstellung von 43 Fällen, in denen wegen retro-cervicaler Fibroide der Kaiserschnitt gemacht wurde, weist Rettung von 8 Müttern und 22 Kindern von 40 auf³⁾. Die Prognose der

¹⁾ Arch. de tocol., 1883, S. 62.

²⁾ The Am. Journ. of Obst., 1885, S. 1302.

³⁾ C. Meyer: Die Uterusfibroide in der Schwangerschaft, unter der Geburt und im Wochenbett, Diss. in., Zürich 1887.

Porro'schen Operation ist nach dem Ausgang der 5 Fälle, in denen sie wegen Fibromen des collum, die meist der Hinterfläche breit aufsassen, gemacht wurde, ebenfalls schlecht.

Ausgeführt wurde die genannte Operation von Storer, Agnew, Tarnier, Zweifel und Hofmeier, von letzterem mit glücklichem Erfolg für Mutter und Kind, von Zweifel nur für das Kind. Die übrigen Mütter und Kinder starben. Wird die künstliche Entbindung nicht versucht, wenn sich die Cervixgeschwülste nicht anderweitig aus dem Wege räumen lassen, so ist der Tod unabwendbar; derselbe tritt entweder durch Uterusruptur oder Erschöpfung der Frauen ein.

Selbst wenn die Entbindung bei Cervixmyomen eine spontane ist, so ist doch auch in diesem günstigsten Fall die Prognose etwas getrübt durch die gewöhnlich längere Geburtsdauer. Denn sehr oft ist, selbst bei kleinen Myomen in einer Lippe des Muttermundes, da dieselben eine gewisse Rigidität bedingen¹⁾, schon zur Eröffnung des Muttermundes ungewöhnlich lange und theilweise fruchtlose Wehenthätigkeit nöthig. Bei anderen Kreissenden stellt erst die Austreibungsperiode die höchsten Anforderungen an die Kräfte. Die lange Geburtsdauer, besonders bei starken Wehen, ist aber gleichzeitig oft für das Leben des Kindes verhängnissvoll.

Behandlung. Da eine spontane Beendigung der Geburt nicht ausgeschlossen ist und selbst in den scheinbar hoffnungslosesten Fällen gesehen wurde, kann man sich zunächst expectativ verhalten und nur durch Lagerung der Kreissenden und, falls dies möglich ist, durch Wegdrängen des Cervicaltumors eine normale Entbindung herbeizuführen suchen. Tritt durch die Wehen der Tumor in die Scheide, so wird man, wenn er gestielt ist, nicht mit der Abtragung zögern; bei breit aufsitzenden submucösen oder interstitiellen Cervixfibromen kann man zunächst zuwarten, wenn ein Versuch, sie nach oben zu drängen, nicht gelingt, da die durch Auflockerung bedingte Compressibilität der Geschwulst im Verein mit der Configurirbarkeit des kindlichen Schädels auch bei Kopflagen eine spontane Geburt zulässt. Glaubt man activ vorgehen zu müssen, so käme der Forceps oder die Wendung in Betracht,

¹⁾ C. Meyer, l. c.

je nach dem Stand der Geburt. Ist von den genannten Mitteln nichts zu hoffen, so muss man stets an die Möglichkeit der Enucleation der Cervicaltumoren von der Vagina aus denken¹⁾, entweder während der Geburt, wobei die Enucleation ein gutes Resultat giebt²⁾, oder am Ende der Schwangerschaft³⁾. Für Enucleation während des Kreissens und gegen den Kaiserschnitt spricht sich auch P. F. Mundé⁴⁾ aus. Nicht indicirt soll sein die Exstirpation retroperitonealer Cervixmyome während des Kreissens⁵⁾. Gegen letzteren Satz lässt sich das gute Resultat anführen, das Heck⁶⁾ erzielte, indem er einen retroperitonealen, grossen Cervixtumor nach einer Methode ähnlich der vaginalen Myomotomie Czerny's entfernte und dadurch die Geburt ermöglichte.

Ist die Enucleation nicht ausführbar, so bleibt, wenn man die Perforation oder Embryotomie nicht anwenden will oder kann noch als letztes Mittel der Kaiserschnitt übrig, und zwar ist die Porro'sche Operation bei einfachem Cervixmyom nicht indicirt, sondern nur, wenn andere Myomherde sich gleichzeitig am Uterus finden⁷⁾.

Die Entfernung der Cervixpolypen, falls sie nicht von selbst abreissen, rath Schröder⁸⁾, wenn irgend thunlich, schon mit Rücksicht auf das Wochenbett vorzunehmen; dasselbe empfiehlt Spiegelberg. Ueber die Entfernung der genannten Geschwülste unmittelbar post partum sind die Ansichten getheilt, indem sich Horwitz und Guéniot dafür aussprechen, während Demarque und St. Vel⁹⁾ die Entfernung post partum nur bei Lebensgefahr (Blutung, Zerfall) als erlaubt ansehen¹⁰⁾.

¹⁾ Lomer, Zeitschrift für Geb. und Gyn., Bd. IX, S. 277.

²⁾ Lomer, Chahbazian.

³⁾ Allein Schröder's Fall bei Lomer.

⁴⁾ The Am. Journ. of Obst. 1884, S. 1061.

⁵⁾ Chahbazian, o. c., ferner Auward, Centralbl. f. Gyn. 1887, S. 573.

⁶⁾ Neue Zeitschrift für Geb. 1841, Bd. X.

⁷⁾ C. Meyer, Diss. in., Zürich 1887.

⁸⁾ Lehrbuch der Geb. 1888, S. 513.

⁹⁾ Traité clin. des maladies de l'ut. pag. 215.

¹⁰⁾ Ref. über den Vortrag v. Urwitsch im Centralbl. f. Gyn. 1887, S. 489.

Vereinzelt steht das Verfahren von Farrant Fry da¹⁾, der ein Fibrom der vorderen Lippe nach Austreibung des Kindes enucleirte, worauf dann die Placenta folgte.

Ueber den Verlauf des Wochenbettes nach Geburten bei Cervixfibromem liegen verhältnissmässig wenig Mittheilungen vor, vielleicht deshalb, weil dasselbe trotz vorhandener Tumoren normal war. Wenn die Geschwulst während der Schwangerschaft vor oder bald nach der Entbindung entfernt worden war, so fiel ja der etwaige ungünstige Einfluss derselben auf das Puerperium fort. Obwohl nach Horwitz²⁾ submucöse Polypen in der Erzeugung von Wochenbetterscheinungen gefährlich sein sollen, habe ich doch für Cervixpolypen wenig derartige Angaben gefunden.

Wenn auch ein Mal Peritonitis nach Abort oder Zangenentbindung mit tödtlichem Ausgang, ein anderes Mal Puerperalfieber beobachtet wurde, so lässt sich daraus kein allgemeiner Schluss ziehen. Es fand sich weiter Entzündung des Tumors nach Entbindung³⁾, Eiterung mit pyämischen Erscheinungen nach Abort; hier trat Genesung ein nach Entfernung des Tumors⁴⁾. Bompiani⁵⁾ sah nach manueller Extraction eines todtfaulen Foetus Endometritis und Pelveoperitonitis mit Genesung, Keating⁶⁾ nach Zangenentbindung Phlebitis puerperalis mit Tod der Mutter.

Blutungen in der Nachgeburtsperiode vor Entfernung der Geschwulst und durch die Operation gestillt, oder erst nach derselben auftretend⁷⁾, werden ebenfalls mitgetheilt.

Blutungen in der Nachgeburtsperiode bei fehlerhafter Placentarinsertion, nach Abort mit Retention der Placenta⁸⁾, können wohl kaum auf Vorhandensein der Cervixmyome zurückgeführt werden. Prolapsus uteri folgte der Entbindung bei Smellie⁹⁾.

¹⁾ Ref. im Centrallbl. f. Geb. 1884, S. 720 aus Lancet 1884, 8. März, p. 423.

²⁾ Cit. bei Müller, Handb. der Geburtsh. 1889, II. Bd., S. 865.

³⁾ Smellie, cit. bei Johnston, S. 1281.

⁴⁾ Grimsdale, cit. bei Johnston.

⁵⁾ Annal. di Ostetr., Mai 1884, ref. im Centrallbl. für Gyn. 1884.

⁶⁾ Ref. in Schmidt's Jahrb., Bd. 100, Nr. 10, 1858.

⁷⁾ Schröder bei Lomer, Zeitschrift für Geb. und Gyn. IX, S. 302.

⁸⁾ Kidd u. a., cit. bei Johnston.

⁹⁾ Treatise on midw., Lond. 1775, vol. II. p. 92.

Länger dauernder blutiger Ausfluss und langsame Rückbildung des Uterus zeigte sich in Auward's Fall ¹⁾, in anderen bestand anhaltende Leukorrhoe.

Ueber das Verhalten des Tumors nach der Entbindung finden sich ziemlich regelmässige Anmerkungen in den betreffenden Geburtsgeschichten, zum Theil deshalb, weil derselbe später entfernt wurde, zum Theil, weil man ihn beobachtete in der Hoffnung, dass mit Involution des Uterus eine Rückbildung des Cervixfibroms eintreten möge. Allerdings hat man öfters eine Verkleinerung des Myoms bemerkt, die jedoch meist nur auf Resorption der serösen Flüssigkeit, die dasselbe während der Schwangerschaft durchtränkt hatte und grösser werden liess, beruhte. In genauer constatirten Fällen zeigte der Tumor einige Zeit nach der Entbindung dieselbe Grösse, wie vor der Gravidität.

Indessen scheint auch eine wirkliche, die Geschwulstelemente selbst betreffende Atrophie nach der Niederkunft im Anschluss an die physiologische Resorption der Uterussubstanz bei Cervixmyomen ebenso wie bei Körpermyomen vorzukommen ²⁾. Ebenso finden sich Fälle von spontaner Enucleation der Cervixmyome während des Wochenbettes ³⁾, ferner von Entzündung und Vereiterung des Tumors ⁴⁾ nach Abort oder Geburt. Von Erweichung des Tumors nach der Geburt berichtet Bechler ⁵⁾.

Indem ich hiermit den allgemeinen Theil meiner Arbeit schliesse, lasse ich noch die Krankengeschichten von drei in der Giessener Klinik beobachteten Fällen von Cervixmyom folgen. Die zugehörigen Abbildungen sind Copien der in den Journalen der Klinik nach dem Untersuchungsbefund entworfenen Zeichnungen.

Krankengeschichte Nr. 1.

Anamnese. Frau Chr. B. aus Langenbach, 42 Jahre alt, wurde

¹⁾ Centralbl. für Gyn. 1887, S. 573.

²⁾ Cadéac, Lloyd Roberts: Atrophie nach Abort; Playfair: Verkleinerung der Geschwulst; Oldham: Vollständiges Verschwinden: alle bei Johnston angegeben.

³⁾ Kieferle, Charrier, Tarnier, bei Johnston.

⁴⁾ Smellie, Grimsdale s. o.

⁵⁾ Dissertation in., Strassburg 1885: aus der Freund'schen Klinik.

am 16. November 1887 mit der Diagnose Myoma cervicis uteri in die gynäkologische Klinik der Universität Giessen aufgenommen. Die Patientin hat drei normale Geburten, die letzte vor drei Jahren, überstanden. Die Periode war immer regelmässig. Seit ca. acht Monaten treten jedoch während derselben heftige Schmerzen auf, verbunden mit Unfähigkeit, spontan zu uriniren, so dass meistens die Einführung des Katheters nöthig wird. In den Intervallen ist Patientin vollständig frei von Beschwerden.

Befund. Bei der combinirten Untersuchung fühlt man einen den oberen Theil des kleinen Beckens ausfüllenden, kindskopfgrossen Tumor mit einem der vorderen Kuppe aufsitzenden kleineren Segment, das die Mitte zwischen Symphyse und Nabel um ca. 2 cm überschreitet. Der Cervix geht direkt in den Tumor über. Die hintere Lippe ist etwas verkürzt. Etwa 2 cm über derselben beginnt der Tumor und reicht nach hinten bis hart ans Kreuzbein. Die Sonde geht an der vorderen Wand des Tumors 15 cm weit ein; ihr Knopf ist dann in dem kleinen Tumor, der also dem fundus uteri entspricht, deutlich zu fühlen. Der Tumor ist demnach aufzufassen als ein in der hinteren Wand sitzendes Cervixmyom.

Operation am 22. XI. durch Herrn Professor Hofmeier. Nach Einleitung der Narkose und Rasiren der Schamhaare wurde eine gründlichste Desinfection von Vulva und Vagina vorgenommen und die portio vag. durch Simon'sche Specula freigelegt. Darauf wurde die vordere Muttermundlippe angehakt und der Cervix bis zum Ansatz der Scheidengewölbe bilateral mit der Scheere gespalten und die hintere Muttermundlippe mit dem Messer sagittal bis auf den Tumor durchtrennt. Die dadurch entstandenen beiden Hälften der hinteren Muttermundlippe wurden angehakt und unter gleichzeitigem starkem Hervorziehen des Tumors vermittelst eingesetzter Muzeux'scher Zangen mit dem Finger stumpf zwischen dem Tumor und seiner Kapsel vorzudringen versucht. Die Loschälung des Tumors erwies sich bei den bedeutenden Dimensionen desselben als ausserordentlich schwierig und war die Blutung beträchtlich. Festere Verbindungen zwischen Tumor und Kapsel wurden mit der Scheere durchschnitten. Schliesslich setzte den Hauptwiderstand noch die Enge der Cervixöffnung, weshalb der sagittale Schnitt noch nach oben verlängert werden musste; auch

dann wurde nur durch sehr bedeutende Kraftanwendung schliesslich die Extraction des Tumors bewerkstelligt. Die sehr beträchtliche Blutung wurde durch Injection von Eiswasser möglichst beschränkt und, nachdem einige grössere Gefässe mit Péan'schen Zangen gefasst waren, unter starker Compression von oben die Geschwulsthöhle und die Vagina fest mit Jodoformgaze tamponirt. Zum Schluss erfolgte Anlegung eines festen Compressivverbandes um das Abdomen. Die Operation dauerte eine Stunde; der Puls blieb trotz des grossen Blutverlustes gut. Temperatur 36,6° C., Puls 74.

Tagsüber ging noch ziemlich viel Blut ab, so dass am Abend noch weitere Tamponade nöthig wurde. Temperatur 39,2° C., Puls 106.

Abends 6 Uhr profuser Abgang von wässerigem Stuhl, der trotz kräftiger Opiumgaben fast die ganze Nacht ununterbrochen anhielt. (Leichte Sublimatintoxication?).

23. XI. Die wässerigen Stühle halten an und bringen Patientin nach und nach sehr herunter; dreimal tägl. 20 gtt. Tinct. Opii. Starker Durst. Die Kranke erhält nur Schleimbrühen und Rothwein.

24. XI. Tagsüber noch mehrmals Durchfälle, jetzt mehr breiartig. Opium wird weiter gegeben. Die Tampons aus der Scheide werden entfernt, die im Cervix bleiben noch liegen. Zur Diät wird noch Cacoigna zugesetzt.

25. XI. Im Laufe des Tages nur ein Stuhlgang, noch ziemlich dünn.

26. XI. bis 1. XII. Keine Durchfälle mehr. Patientin erholt sich wieder etwas. Die Tampons aus dem Cervix wurden am 29. XI. entfernt; es geht kein Blut mehr ab.

2. XII. Nach 6 Tagen zum ersten Mal wieder Stuhlgang von normaler Consistenz. Patientin fühlt sich wieder vollständig wohl.

3. XII. Stuhlgang. Patientin steht zum ersten Mal auf.

5. XII. Innere Untersuchung: Uterus normal gross, anteflectirt; Portio noch dick und wulstig; man fühlt die beiden seitlichen Einschnitte und den die hintere Lippe sagittal durchsetzenden Schnitt. Der letztere klafft noch stark und wird mit dem Lapisstift geätzt.

10. XII. Die Patientin wird entlassen.

Krankengeschichte No. 2.

Anamnese. Elise B., 45 Jahre alt, verheiratet, aus Rainrod, trat am 16. Dez. 1888 in die gynäkologische Klinik zu Giessen ein.

Die Patientin hat vier Mal geboren, zum letzten Mal vor sieben Jahren. Geburten und Wochenbetten waren normal. Seit einem Jahre besteht Menopause; seitdem leidet Patientin an starkem Ausfluss, der besonders in der letzten Zeit sehr zugenommen hat, aber niemals blutig war. Vor acht Wochen konnte Patientin plötzlich den Urin nicht mehr lassen und musste katheterisirt werden. Gleichzeitig bemerkte sie einen „Vorfall“. Die Urinbeschwerden wiederholten sich in letzter Zeit häufig.

Befund. Beim Eingehen in die Scheide fühlt man einen elastischen Tumor, der, ganz in der Scheide liegend, dieselbe sehr stark ausdehnt und fast den ganzen Raum des kleinen Beckens ausfüllt. Erst in Narkose gelingt es, bis an die Ursprungsstelle des Tumors, die vordere Muttermundlippe, zu gelangen und die Sonde in den etwas vergrößerten Uteruskörper einzuführen, welcher links von der linea alba, auf dem Tumor liegend, zu fühlen ist. Die Oberfläche des Tumors erscheint bläulich-roth, glänzend, wie die einer Cyste.

Operation durch Herrn Professor Löhlein. Nachdem der Tumor mit drei Muzeux'schen Zangen gefasst war, gelang es leicht ihn so weit hervor zu ziehen, bis der zweifingerbreite kurze Stiel desselben sichtbar wurde. Der Stiel wurde durch drei Seidennähte unterbunden und darauf abgetragen. Da jetzt eine leichte Blutung aus dem Uterus erfolgte, wurde gleichzeitig ein Curettement des cavum uteri vorgenommen, dann eine Carbolirrigation des Uterus gemacht und die Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft. — In dem Tumor ist die vermuthete Flüssigkeit nicht vorhanden. Makroskopisch hat er das Aussehen eines Schleimpolypen. — Mikroskopische Diagnose vorbehalten.

20. XII. Glatte Heilung. Die Patientin verlässt das Bett.

23. XII. Mikroskopischer Befund des Tumors: Myom, erweicht.

Es geht aus von der vorderen Cervixwand, dicht hinter der vorderen Lippe.

Die Patientin wurde am 23. XII. 1888 entlassen.

Krankengeschichte Nr. 3.

Anamnese. Helene B., 50 Jahre alt, verheiratet, aus Wetzlar, hat dreimal normal geboren, ein Abort fand vor dreiviertel Jahren statt.

Die Menses traten ein mit 17 Jahren und waren immer regelmässig bis vor einem Jahre. Seitdem sind ganz irreguläre Blutungen eingetreten, derentwegen Patientin in Behandlung kommt. Ausserdem besteht noch Fluor.

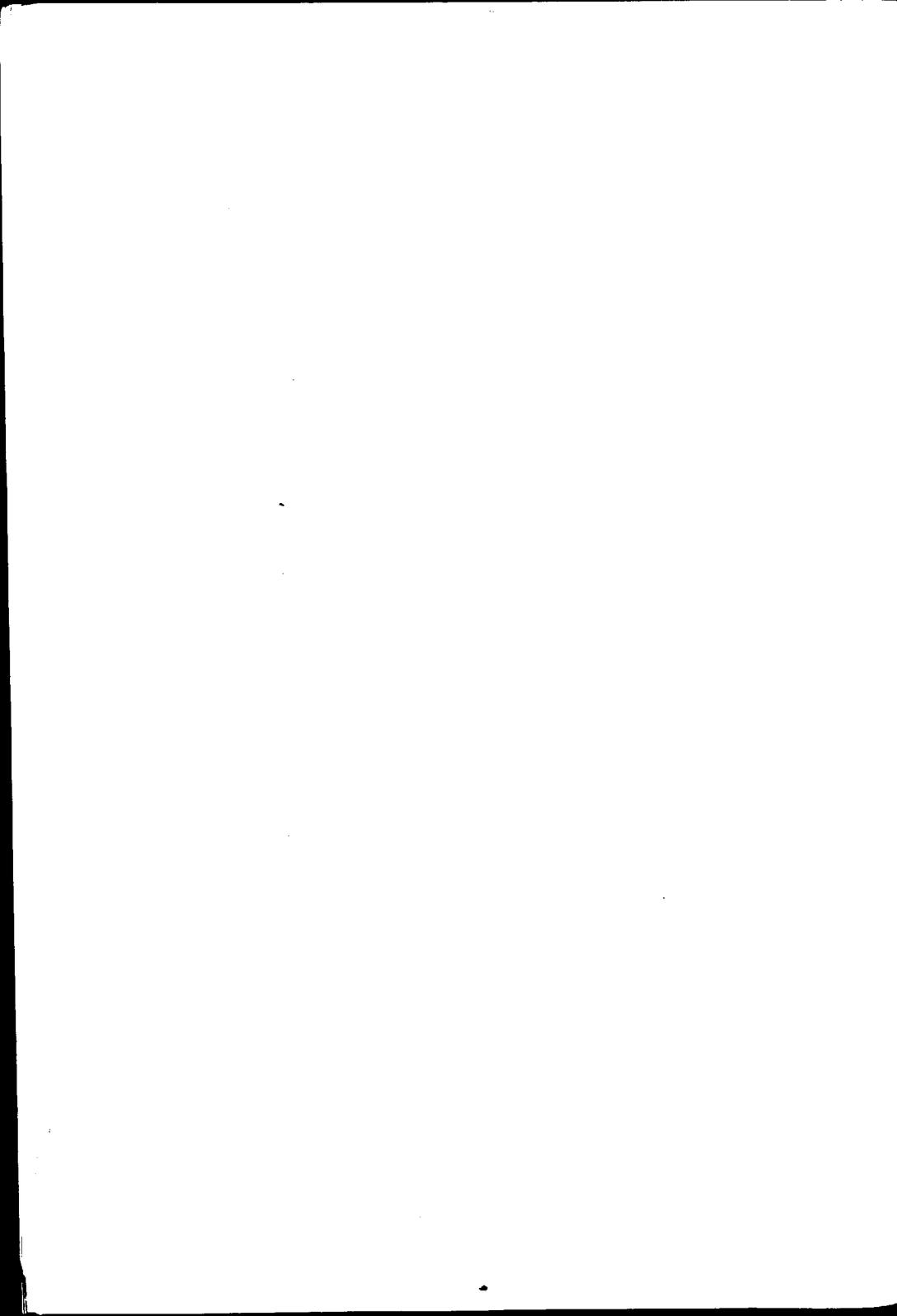
Status praesens. Introitus vaginae und Scheide sind weit. Dringt der Finger in den für ihn bequem durchgängigen Cervix ein, so fühlt man einen von der hinteren Wand des Cervix ausgehenden Tumor, der mit der vorderen Cervicalwand durch Adhäsionen verwachsen ist. Letztere lassen sich leicht trennen. Der Tumor hat etwa die Grösse einer Mannesfaust und ist ein submucöses Myom des Cervix; der Uterus selbst liegt anteflectirt, in toto dabei etwas nach hinten. Er ist verdickt und etwas vergrössert. Von seiner rechten vorderen Kante entspringt noch ein kleinapfelgrosser Tumor, der als subseröses Myom anzusehen wäre.

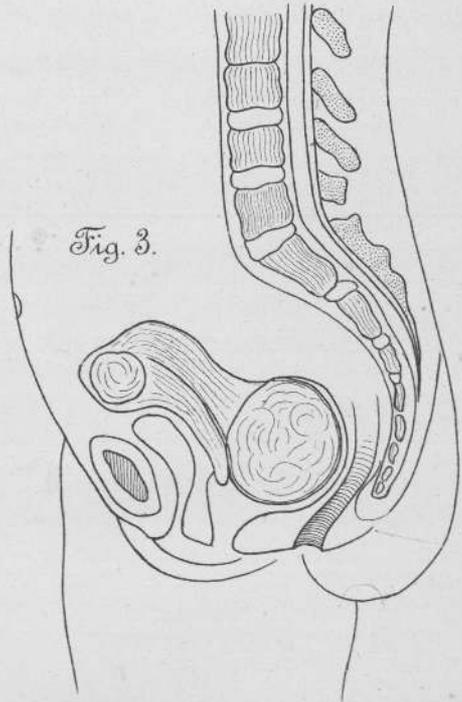
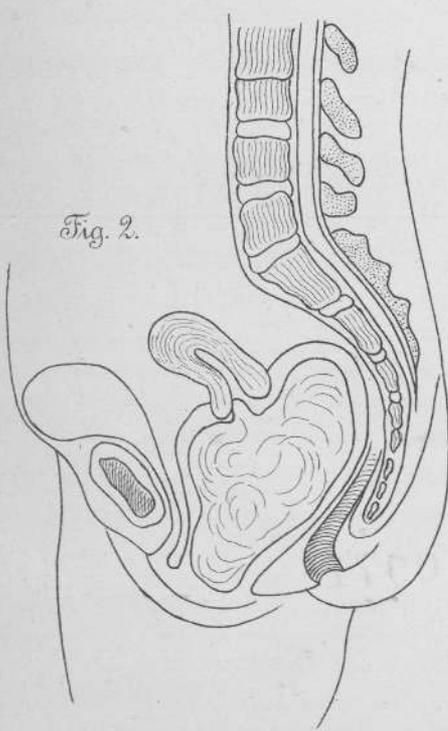
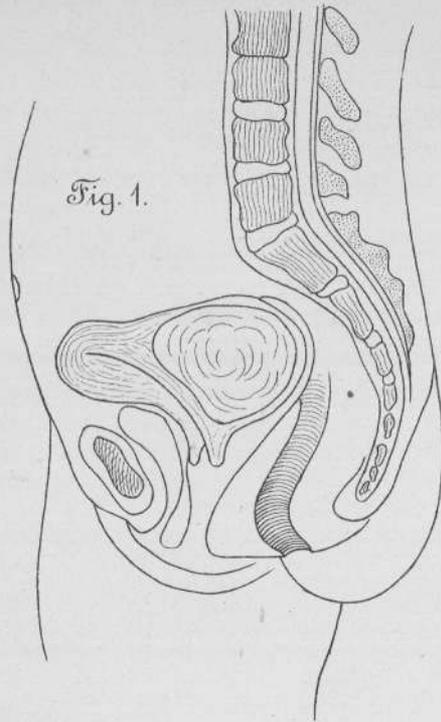
Operation am 21. V. 89 durch Herrn Prof. Löhlein. Narkose. Die auf dem Tumor aufliegende Schleimhaut des Cervix wird gespalten. Alsdann gelingt es, den Tumor, der durch einzelne festere Adhäsionen mit seinem Bett verbunden war, auszuschälen. Die letzte Verbindung des Tumors mit dem Cervix wird abgetrennt und durchtrennt. Die Blutung war ganz gering. Die klaffende Höhle, in der früher das Fibroid sass, wird durch einige Catgutsuturen etwas vernäht, darauf die Scheide mit Jodoformgaze tamponirt.

3. VI. Bis jetzt reactionsloser Verlauf. Die Höhle, worin das Myom lag, hat sich gut geschlossen. Es bildet sich allmählich wieder ein normaler Cervix aus.

4. VI. Der Uterus resp. das in ihm noch befindliche, nachträglich als interstitiell erkannte Myom hat sich verkleinert.

Während anfangs die Uteruslänge 9 cm betrug, ist dieselbe jetzt nur noch 7 cm. Patientin wird entlassen mit der Weisung, sich nach einigen Wochen wieder vorzustellen. — Als Patientin sich mehrere Wochen nach der Operation wieder untersuchen liess, zeigte sich der Cervix, abgesehen von der Schnittnarbe, normal formirt; von der Geschwulst war keine Spur mehr nachzuweisen. Blutungen und Fluor sind verschwunden.





10971