

# Ueber Sarcome des Uterus.

Von

**Gusserow.**

(Mit einem Holzschnitt.)

---

Hauptsächlich durch die Untersuchungen Virchow's ist schon lange von den Neubildungen des Uterus, die man schlechthin als krebssige (Carcinom und Cancroid) bezeichnet, eine Gruppe bestimmt abgegrenzt worden, nämlich die Sarcome. Trotz mancher vereinzelter Beobachtungen derart fehlt es jedoch immer noch an einem genaueren klinischen Bilde vom Verlaufe dieser Erkrankung. Man wirft sie immer noch mit den Carcinomen und Cancroiden des Uterus zusammen und begnügt sich eigentlich mit der Annahme, die im Fundus und Körper des Uterus vorkommenden bösartigen Neubildungen seien Sarcome, ohne dass man bemüht ist, in jedem Falle durch mikroskopische Untersuchung die Diagnose sicher zu stellen. In Folge dieses Mangels sind wir noch nicht einmal zu dem Satze berechtigt, dass diese Neubildungen so sehr selten vorkommen, wie man meist annimmt, — erst wenn eine grössere Beobachtungsreihe vorliegt, wird man diesen Satz aufstellen oder umstossen dürfen.

Es kann unmöglich meine Aufgabe sein, ein klinisches Bild des Verlaufes dieser Uterinerkrankung zu geben, dazu hat man eine grössere Beobachtungszahl nöthig, als mir zu Gebote steht. Bei der geringen Anzahl jedoch der vorliegenden Berichte über derartige Fälle will ich in Folgendem einige von mir in letzter

Zeit beobachtete Krankheitsfälle kurz schildern, und die dieser Erkrankung mir eigenthümlich erscheinenden Symptome hervorheben.

Zunächst hat man in dieser Gruppe zwei Formen von einander gesondert, die sowohl durch den pathologisch-anatomischen Befund als durch den klinischen Verlauf oft sehr bestimmt sich von einander unterscheiden. Es sind die Formen, die man wohl als feste Sarcome oder Fibrosarcome, Sarcoma nodosum, und diejenigen, die man als weiche oder diffuse Sarcome bezeichnet. Bekanntlich unterscheiden sich diese beiden Gruppen in Bezug auf ihre histologische Zusammensetzung nicht so bestimmt von einander, wenigstens nicht so, dass in dem einen Falle das Sarcom ein Spindelzellen-, in dem anderen ein Rundzellen-Sarcom wäre. Bei den festen Sarcomen überwiegt besonders anfänglich das Bindegewebe, so dass die meist kugeligen oder knolligen Geschwülste anfänglich ganz den Fibromen gleichen, ja es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wirkliche Fibrome durch Wucherung ihrer zelligen Elemente in Sarcome übergehen. Die sich entwickelnden Zellen können nach Virchow sowohl Spindel- als Rundzellen sein, oder aus vielgestaltigen und vielkörnigen grossen mächtigen Zellen bestehen. Beispiele dieser Geschwulstart sind im Uterus äusserst selten. Es sind einige wenige derartige Fälle beschrieben von C. Mayer, Virchow, L. Mayer, Veit, und kommen in der englischen Literatur (besonders von West beschrieben) unter dem Namen der recidivirenden Fibroide einige Male vor. Sie stellen, wie gesagt, mehr weniger knollige Geschwülste dar, die für Fibrome gehalten werden und je nach ihrem Sitz leicht oder schwer exstirpirt werden, dann aber bald schnell, bald langsam recidiviren oder auch in anderen Organen Knoten erzeugen. Die Wiederentwicklung scheint jedoch im Vergleich mit den Krebsen eine langsame zu sein, wenigstens dauerte die Erkrankung bei West in einem Falle zwei Jahre zehn Monate, in einem anderen  $6\frac{1}{4}$  Jahre, so erstreckte sich der Fall von Gläser (Virchow, Archiv XXV. 422) der auch hierher zu gehören scheint, über viele Jahre (4—5), doch sind andere Fälle (von L. Mayer und Anderen) relativ schnell tödtlich verlaufen.

Mir ist bisher nur ein Fall zur Beobachtung gekommen, der auf den ersten Anblick hierher zu gehören scheint, der aber bei genauerer Untersuchung zeigt, dass auch die verschiedenen Formen der Sarcome in einander übergehen können.

Der betreffende Fall mag in aller Kürze, ohne die ermüdende Breite der sogenannten „exacten“ Krankengeschichten hier folgen.

I. Frau F., 42 Jahre alt, war bis zu ihrer ersten und einzigen Entbindung in ihrem 29. Jahre gesund gewesen. Von dieser Zeit an (1850) wurde die Menstruation unregelmässig, schmerzhaft, die Blutung dabei soll selten profus, gewöhnlich sehr „wässerig“ gewesen sein. Die Patientin wurde verschiedentlich behandelt, bis Herr Dr. Billeter, dessen Güte ich die betreffenden Daten verdanke, dieselbe im März 1867 zuerst sah, und einen Tumor rechts am Uterus aufsitzend fand.

Die Patientin litt sehr oft an heftigen Schmerzen, und schien wesentlich hierdurch sehr herunterzukommen. Blutungen bedeutender Art traten nie auf, es bestand meist nur ein unregelmässiger Abgang einer fleischwasserähnlichen Flüssigkeit und in der Zwischenzeit geringer Fluor albus. Als ich die Kranke im October zuerst sah, konnte ich nur mit der Diagnose des Herrn Dr. Billeter übereinstimmen: dass es sich um subperitonäales Fibroid handelte, welches rechts auf dem Uterus sässe. Die Vaginalportion war vollkommen intakt, nicht verkürzt, der quergespaltene Muttermund geschlossen, durch die combinirte Untersuchung konnte ich bestimmt den vergrösserten Uterus in normaler Lage durchpalpiren, und in Verbindung mit ihm eine etwa apfelgrosse Geschwulst. Die Sonde drang sehr schwierig, aber in der Beckenachse ein, und zeigte eine Verlängerung des Uterus um einen Zoll etwa. Von Ende December ab trat erst allmählig, dann vom Ende Februar an sehr rasch ein schnelles Wachstum der Geschwulst ein, die sich bald in der Grösse eines kleinen Kindskopfes über dem Becken erhoben haben soll. Die Kranke litt dabei die heftigsten Schmerzen, und verfiel mehr und mehr. Eigentliche peritonitische Erscheinungen traten dann erst in der zweiten Hälfte März auf. Als ich Mitte April die Kranke, wenige Tage vor ihrem Tode, wiederum sah, fand ich sie bis zur Unkenntlichkeit abgemagert, verfallen und von den heftigsten Schmerzen gefoltert. Der Leib war aufgetrieben, aufs äusserste empfindlich, so dass die Untersuchung nur sehr unvollkommen ausfallen konnte. Es war in der Mittellinie und besonders nach rechts eine Geschwulst nachweisbar, deren Grenzen sich nicht genau bestimmen liessen, da gleichzeitig Exsudation in der Bauchhöhle sich nachweisen liess. Ein wenig nach rechts und etwas unterhalb des Nabels hatte sich die Geschwulst bedeutend zugespitzt, die Bauchdecken waren auf der Spitze papierdünn, lebhaft geröthet, so dass hier eine Perforation nahe bevorstehend war. Man fühlte auch deutlich circumscripte Fluctuation an dieser Stelle. Von dem Gedanken ausgehend, dass es sich um ein verjauchendes Fibroid handele und die Entleerung der angesammelten Jauchmassen wenigstens eine Möglichkeit der Lebensrettung für die Kranke darbieten könnte, schlug ich die Punction jener Stelle vor — als wir jedoch am folgenden Tage dazu schreiten wollten, war bereits spontane Perforation eingetreten. Aus der Perforationsöffnung entleerten sich jedoch ausser jauchiger Flüssigkeit grosse Mengen von

flüssigem Koth. Mit Leichtigkeit konnte man durch eine Sonde ausserdem nachweisen, dass der Darm perforirt und mit den Bauchdecken verwachsen war. Am folgenden Tage starb die Kranke. Bei der Section, die unter sehr ungünstigen äusseren Umständen gemacht werden musste, zeigte sich bei der Eröffnung des Abdomen eine mit Jauche und Koth gefüllte Höhle, deren Wandungen nach oben von verklebten Darmschlingen, nach vorn von den Bauchdecken und nach unten von einer im Zerfall begriffenen Geschwulst des Uterus gebildet war. Durch diese Höhle ging eine Dünndarmschlinge, die an der vorderen Bauchwand adhärent von den zerfallenden Geschwulstmassen so zerstört war, dass die Continuität des Rohres ganz aufgehoben war. Der Uterus war vergrössert, seine Höhle war 11 Cm.



lang, der Cervicalkanal hatte eine Länge von 4 Cm. Die ganze Länge des Uterus betrug 15 Cm., die grösste Breite 10 Cm. Die Dicke der Wandungen betrug  $4\frac{1}{2}$  Cm.; bei D (siehe die Abbildung), wo der Stiel durch die Uterinsubstanz dringt, 3 Cm. Die Geschwulst selbst hatte 12—14 Cm. in den grössten Durchmessern, die Länge der polypösen Wucherung (E) war 5 Cm. Die übrigen Verhältnisse ergeben sich aus der vortrefflichen Abbildung, die Prof. Eberth gütigst gefertigt. AB ist der Fundus uteri, C das linke breite Mutterband nebst Tube und Ovarium, während rechterseits diese Theile durch die Geschwulst nach hinten gedrängt sind. Ueber die histologische Zusammensetzung theilte mir Prof. Eberth folgendes mit: „Der

Haupttumor von sehr gleichmässigem Gefüge und leichtfaserigem Bruch ist ein Sarcom mit Spindel- und Rundzellen, meist aber vorwiegend Spindelzellensarcom. Die einzelnen Spindelzellen kurz, feinkörnig, mit ovalen, nicht stäbchenförmigen Kernen. Nirgends die verschmätzigten hellen Spindelzellen mit stabförmigen Kernen, wie sie der glatten Muskulatur zukommen.“ Bei D ist normale Muskulatur.

Abgesehen von dem eigenthümlichen Verlaufe des Falles dürfte derselbe wohl als ein Unicum bezeichnet werden (ich habe wenigstens in der Literatur nichts Gleiches aufgefunden) durch die merkwürdige Geschwulstwucherung aus der Uterinhöhle durch die Uteruswand hindurch in die Bauchhöhle hinein. Es ist dieser Vorgang nur so zu erklären, dass die ursprüngliche sarcomatöse Neubildung von der Uterinschleimhaut ausgehend, die Wandungen der Gebärmutter auf dem Wege der Infection durchwachsen hat. Hierfür spricht die Thatsache, die Prof. Eberth auffand, dass nämlich in dem, den Stiel umgebenden, gesunden Uterusgewebe einzelne disseminirte Heerde von Sarcomzellen mikroskopisch nachweisbar waren. Dass die während des Lebens lange Zeit stabile, als Fibrom gedeutete Geschwulst wirklich ein solches gewesen sei, dass sie dann erst später sarcomatös degenerirt sei, dafür spricht nichts in dem mikroskopischen Befunde. In der Geschwulstmasse lassen sich nicht mehr Elemente eines einfachen Fibroms oder Myoms nachweisen. Die sichere Diagnose war wohl um so schwerer zu stellen, als ähnliche Fälle in der Literatur kaum vorliegen — da wo es sich um Zusammenhang zwischen Fibrom und Sarcom des Uterus bis jetzt gehandelt hat, betraf es immer Fälle von sogenanntem recidivirendem Fibrom. Nach Anleitung des geschilderten Falles würde auf das anfängliche schnelle Wachstum der Geschwulst, noch ehe es zu Allgemeinerscheinungen kommt, das Hauptgewicht zu legen sein, um diese Fälle von verjauchenden Fibroiden unterscheiden zu können.

Leichter und schliesslich auch wichtiger für die Therapie ist die Diagnose in der zweiten Gruppe der Uterussarcome. Die primäre Sarcombildung auf der Uterinschleimhaut schildert Virchow (Geschwülste, Band II. S. 350) als äusserst selten und häufig mit einfachen hyperplastischen Vorgängen verwechselt. Er beschreibt diese Bildungen als meist weiche, rundzellige Medullarsarcome, die jedoch selten in Polypenform auftreten, sondern meist als ausgedehnte Infiltration, wobei das Orificium uteri frei bleibt, und nur durch dasselbe manchmal die Geschwulstmassen herauswuchern.

Folgender in diese Kategorie gehörige Fall wurde von mir beobachtet:

II. Frau B., 59 Jahre alt, war immer gesund gewesen, hatte fünf Kinder leicht geboren. Im 54. Jahre cessirten die Menses. Seit etwa zwei Jahren fing Pat. an häufig Blut aus der Vagina zu verlieren. Es war nie viel mit einem Male, immer flüssig, meist mehr fleischwasserähnlich. Bei der Untersuchung im Juli 1867 fand ich einen höckrigen Tumor, der scheinbar von der Vaginalportion ausging, etwa von der Grösse einer Wallnuss in die Scheide hineinragen. Bei der Untersuchung liessen sich leicht kleine Stückchen von der Geschwulst abbröckeln und dieselbe blutete leicht. Die Masse schien die ganze Vaginalportion einzunehmen, da aber doch ein feiner Saum derselben noch zu fühlen war, entschloss ich mich, das vermeintliche Cancroid sofort mit der Scheere zu amputiren. Als jedoch zu diesem Zwecke der Uterus herabgezogen wurde, entdeckte ich, dass die Geschwulst aus dem geöffneten Muttermunde herauswucherte und die Vaginalportion vollkommen verstrichen war. Jener gefühlte Saum war nichts anderes als der Rand des Muttermundes. Mit Scheere und Finger entfernte ich nun von den in der Uterushöhle gewucherten Massen so viel wie möglich, und applicirte noch das Ferrum candens leicht auf die blutende Fläche. Der Muttermund fing an sich etwas zu verkleinern, und die Patientin blieb fast ein Jahr frei von Blutungen und sonstigen Beschwerden. Prof. Eberth erklärte die Geschwulstmassen mit Bestimmtheit für Rundzellensarcom. Als die Blutungen sich wieder einstellten, konnte ich mit dem Finger ohne Weiteres durch den geöffneten Muttermund in das Cavum uteri, das nur wenig (etwa um 3 Cm.) vergrössert ist, dringen, und fand dasselbe mit denselben weichen bröckligen Massen ausgekleidet, wie das erste Mal; dieselben wurden soviel als möglich entfernt und die Wand mit unverdünntem Liquor ferri sesquichlorati geätzt. Seitdem wird die Kranke in derselben Weise poliklinisch behandelt, sobald sich ein wenig Blut oder Vermehrung des Fluor zeigt (gewöhnlich von vier zu vier Wochen), wird die Aetzung der Uterinhöhle vorgenommen und dadurch die Neuwucherung der Geschwulstmassen so in Schranken gehalten, dass die jetzt 61jährige Kranke, seit fast 2 $\frac{1}{2}$  Jahren in Behandlung, ganz rüstig und frisch allen ihren Geschäften vorsteht. So oft grössere Stückchen der Geschwulst sich entfernen liessen, zeigten dieselben neben einzelnen vielgestaltigen Zellen bei wiederholter Untersuchung durch College Eberth immer wieder die Eigenschaften des Rundzellensarkoms. Auf diesen Umstand muss natürlich besonderes Gewicht gelegt werden, da man den Fall sonst einfach für eine Hyperplasie der Uterinschleimhaut halten könnte, wogegen allerdings das eigenthümliche Herauswuchern der Massen aus dem Uterus auch schon sprechen dürfte.

Bevor ich auf diesen Fall noch etwas genauer eingehe, möge es mir gestattet sein, hier noch zwei Fälle anzureihen, die allerdings pathologisch-anatomisch sich von den Sarcomen unterschei-

den, doch aber denselben so nahe stehen, dass sie bis jetzt, wenigstens vom klinischen Standpunkte, sich kaum von demselben trennen lassen. In dem einen wurde die pathologisch-anatomische Diagnose von Prof. Eberth auf Adenoma uteri gestellt, in dem zweiten musste diese Diagnose zwischen Sarcom und einfacher Hyperplasie der Uterinschleimhaut unentschieden bleiben.

III. Frau L., Anfang der vierziger Jahre, ist immer gesund gewesen, hat leicht geboren und die Menstruation bis vor mehreren Monaten stets regelmässig gehabt. Als ich die Pat. im November 1868 zum ersten Male sah, klagte sie, dass sie seit Anfang des Jahres ungefähr die Menstruation immer profuser bekommen hätte, und dass diese Blutungen auch stets länger als gewöhnlich dauerten, dazu gesellten sich immer heftiger werdende Schmerzen, die in der letzten Zeit auch ausserhalb der Periode auftraten, und als den heftigsten Wehen gleich geschildert werden. Patientin war trotz der angegebenen Leiden gut genährt, und hatte eine fast blühende Gesichtsfarbe, bei der inneren Untersuchung konnte man die Vaginalportion um ein geringes verkürzt fühlen, den Muttermund geschlossen, glattrandig bis auf einige leichte Einkerbungen, von den früheren Entbindungen herstammend. Schon bei der doppelten Untersuchung liess sich leicht eine Vergrösserung des Uterus, der in normaler Lage sich befand, nachweisen. Die Sonde drang in gerader Richtung um 3 Cm. zu weit in die Uterushöhle ein und man fühlte dieselbe gleichsam in einen weichen Körper eindringen, oder wenigstens an einem solchen entlang gleiten. Beim Zurückziehen des Instrumentes hing an der Spitze desselben ein etwa erbsengrosses Stückchen einer weichen Gewebsmasse, das bei mikroskopischer Untersuchung neben vielgestaltigen und kleinen runden Zellen zahlreiche Drüsenelemente enthielt. Nach der Sondirung des Uterus folgte eine mässige Blutung. Die eingeleitete Behandlung bestand in Erweiterung des Muttermundes mittels Laminaria und Pressschwamm, wiederholtes Entfernen der deutlich zu fühlenden gewucherten Massen aus der Uterinhöhle und Aetzungen mit unverdünntem Liq. ferri sesquichlorati oder Kali causticum. Nachdem die äusserst schmerzhafteste Behandlung einige Wochen fortgesetzt, wurde Patientin entlassen. Die wehenartigen Schmerzen dauerten noch etwa 14 Tage an, während welcher Zeit noch stinkende jauchige Massen aus dem Uterus ausgestossen wurden. Dann hörten die Schmerzen vollkommen auf, die Periode trat regelmässig schmerzlos und nicht profus ein. Das Allgemeinbefinden war vorzüglich. Dieser Zustand dauerte einige Monate, im August 1869 waren die früheren Symptome in kaum geringerem Grade wieder eingetreten, es liess sich auch leicht ein Recidiv nachweisen. Patientin ging jedoch auf die vorgeschlagene Wiederholung der Kur nicht ein.

Die andere Beobachtung, die ich hier anreihen will, dürfte mehr zu den hyperplastischen Wucherungen der Uterinschleimhaut

zu zählen sein, wenn nicht ein Recidiv und das sinkende Allgemeinbefinden die Diagnose etwas zweifelhaft erscheinen lassen.

IV. Die Patientin, Frau R., ist 47 Jahre alt, früher immer regelmässig menstruiert, hat drei Mal leicht geboren, das letzte Mal vor sechs Jahren. Im Herbste 1866 fingen die Menses an sehr profus zu werden, dauerten manchmal eine ganze Woche, traten häufig zu ungewohnter Zeit auf, so dass Patientin hierdurch sehr herunter kam und 1867 in das Spital sich aufnehmen liess. Es liess sich hier eine geringe Vergrösserung des Uterus constatiren, und nach Eröffnung des Muttermundes schien eine Schwellung und Wucherung der Uterinschleimhaut zu bestehen. Nach einigen intrauterinen Aetzungen verliess die ungeduldige Kranke das Spital, trotzdem besserte sich ihr Zustand insofern, als längere Zeit hindurch die Blutungen ganz aufhörten und erst sehr allmählig wieder auftraten. Später wurden sie wieder reichlicher und traten häufiger auf; dazu gesellten sich Schmerzen und ein Gefühl von Ziehen und Drängen im Unterleibe, auch häufiger Drang zum Uriniren. Die Kranke liess sich im Januar 1869 daher wieder in die Anstalt aufnehmen. Hier fiel gleich die Veränderung im Allgemeinzustande in die Augen. Die Anämie war nicht besonders stark ausgeprägt, um so mehr jedoch eine bedeutende Abmagerung und ein nahezu kachektischer Zustand des ganzen Körpers. Die letzte starke Blutung hatte vor etwa sechs Wochen stattgefunden, seitdem ging fortwährend eine geringe Menge blutiger Flüssigkeit ab. Die innere Untersuchung ergiebt eine Vergrösserung des Uterus, besonders durch das hintere Scheidengewölbe fühlte man den Uterus wie eine rundliche Geschwulst. Die Sonde geht in gerader Richtung doppelt so weit als gewöhnlich ein. Der Muttermund hat Einrisse und ist für die Spitze des Fingers zugänglich, nach Erweiterung desselben mit Laminaria kann man aus dem Cavum uteri mit Leichtigkeit eine gewisse Quantität fetziger Gewebsmassen entfernen, ausserdem härtere knollige Unebenheiten der inneren Uterinwand betasten, von denen man mit der Kornzange kleinere Bröckel entfernen konnte. Die Untersuchung der Gewebsstücke, von Herrn Prof. Eberth gütigst vorgenommen, ergab eigene schlingenförmige Bildungen, die für Gefässe der etwa hyperplastischen oder polypös gewucherten Uterinschleimhaut gelten konnten, daneben fanden sich jedoch ganze Nester kleiner runder Zellen. — Die Behandlung bestand in wiederholten Aetzungen der Uterinschleimhaut mit Liquor ferri sesquichlorati, wobei sich auffallender Weise auch der Uterus verkleinerte, so dass man ihn durch das hintere Scheidengewölbe nicht mehr fühlen konnte. Nachdem diese Behandlung einige Wochen fortgesetzt, entstand eine geringe Reaction in der Umgebung des Uterus, unter leichten Fiebererscheinungen entwickelte sich eine geringfügige Parametritis, von der die Patientin unter geeigneter Therapie bald vollständig genass. Blutungen oder irgend welcher Ausfluss waren gar nicht mehr aufgetreten, nachdem die Kranke vom 15. Jan. bis 25. März 1869 in Behandlung gewesen war. Auffallend

blieb bei der Entlassung der Kranken der kachektische Zustand derselben, der eher zu- als abgenommen zu haben schien.

Versuchen wir aus diesen wenigen Beobachtungen, die mit den spärlichen Schilderungen von Uterussarcomen in der Literatur fast ganz übereinstimmen, ein allgemeines Resultat zu ziehen, so müssen wir den ersten Fall ausserhalb der Betrachtung lassen, da derselbe so sehr als eine Seltenheit, ein Unicum vielleicht, dasteht, dass er keine weiteren Schlüsse erlaubt. Nur ein Punkt dürfte hierbei hervorgehoben werden, nämlich der langsame Verlauf gegenüber den Carcinomen oder Cancroiden des Uterus. Wenn ich die drei anderen Fälle zusammen als sarcomatöse Neubildungen des Uterus behandle, so bin ich mir wohl bewusst, dass eigentlich nur Fall II. dahingehört, während Fall III. mehr den Cancroiden sich nähert, Fall IV. mehr den einfachen Hyperplasien anzureihen wäre. Da aber selbst pathologisch-anatomisch diese Formen bis jetzt schwer von einander zu trennen sind, da doch unzweifelhaft Uebergänge zwischen diesen Bildungen vorkommen, so dürfte es vom klinischen Standpunkte aus gewiss zu rechtfertigen sein, diese einzelnen Erkrankungsformen zusammenzufassen. Dazu kommt noch, dass die mikroskopische Untersuchung nicht nur in unseren Fällen, sondern überhaupt immer sehr mangelhaft für die klinische Diagnose ausfallen muss, da es sich ja nur um kleine Geschwulstpartikelchen handelt, die dem Lebenden entnommen sind.

Was nun die Symptome anlangt, so sind dieselben auf den ersten Anblick ziemlich identisch mit denen des Cancroid's, Blutungen und Schmerzen, während der Ausfluss nicht immer die fötide fleischwasserähnliche Beschaffenheit annimmt, wie beim Krebs des Uterus. In diesen Symptomen jedoch schon kann man nicht unschwer Unterschiede auffinden gegenüber den eigentlichen krebsigen Affectionen. Beide Symptome zeigen sich nämlich, wie es scheint, viel früher beim Sarcom und den verwandten Erkrankungen als beim Carcinom. Die Blutungen bei Gebärmutterkrebs treten so gut wie der fötide Ausfluss meist erst durch den Zerfall, durch die Gangränescirung der Krebsmassen auf, wenigstens nur so vermag ich die Thatsache zu erklären, dass die Fälle von Carcinom resp. Cancroid des Uterus fast ausnahmslos erst in diesem Stadium zur Cognition der Aerzte kommen — sie machen eben nicht eher beunruhigende Symptome. Das nämliche gilt von den Schmerzen bei Carcinoma uteri, die heftigsten treten eben-

falls erfahrungsgemäss erst dann ein, wenn die Nachbartheile des Uterus in Mitleidenschaft gezogen sind. Beim Sarcom gehören die Schmerzen zu den allerersten Symptomen, weil diese Neubildung ausnahmslos, wie es scheint, innerhalb der Gebärmutter sitzt, und hier sehr früh durch Zerrung der Uterinwandungen, oder in den Fällen, wo es sich mehr um eine Infiltration der Schleimhaut und der Muskulatur handelt, durch Laesion der feinsten Nervenendigungen die Schmerzen hervorruft. Die Blutungen dürften wohl so früh auftreten, weil entweder die Schleimhaut der Uterinhöhle in toto Sitz der Erkrankung ist, und dadurch anfänglich profuse Blutungen bei jeder menstrualen Congestion sich einstellen, oder später durch denselben Vorgang die Geschwulst theilweise zerfällt und so Blutungen veranlasst. (Wenigstens werden öfter mit der Menstruation kleine Fetzen der Geschwulst ausgestossen.) In den Fällen, wo die Geschwulst mehr eine distinct vom Uterusparenchym abgegrenzte ist, treten die Blutungen wesentlich aus dem nämlichen Grunde wie bei Uterusfibroiden ein: durch Circulationsstörungen in der Uterinschleimhaut. Für die Prognose ergibt sich nun ein wichtiger Umstand gegenüber den Krebsen, nämlich der langsamere Verlauf der Sarcome des Uterus. Es müssen allerdings hierüber noch ausführlichere Untersuchungen und Mittheilungen vorliegen — bis jetzt kann man nur sagen, die Sarcome scheinen viel langsamer zu verlaufen als die Carcinome, wohlverstanden bei beiden von dem Augenblicke an gerechnet, wo sie durchschnittlich erkannt worden. Es kann dieser Unterschied vielleicht nur daran liegen, dass wir aus den oben angegebenen Gründen das Carcinom erst in weit vorgerücktem Zustande zur Beobachtung bekommen, aber sicher dürfte wohl sein: es gehört zu den Seltenheiten, dass ein Fall von Carcinom, wo einmal Blutungen u. s. w. eingetreten sind, viel länger als ein Jahr am Leben erhalten wird, geschweige denn sich unter jahrelanger Beobachtung stets gleichmässig wohl und relativ kräftig verhält, wie dies bei der unter Nr. 2 geschilderten Kranken mit Sarcom der Fall ist. Unter zwölf mit Tode abgegangenen Fällen von Carcinoma uteri, von denen ich augenblicklich eine Krankengeschichte zur Hand habe<sup>1)</sup>, hat das Leiden von den

---

1) Dass ich bei der grossen Anzahl mir zur Beobachtung gekommener Carcinome des Uterus hierüber nicht zahlreichere Daten besitze, erklärt sich aus dem Umstande, dass auf der gynäkologischen Abtheilung meines Spitals die Carcinösen als „unheilbar“ vorschriftsmässig nur so lange Aufnahme fin-

ersten Symptomen an nur zwei Mal erst in zwei Jahren zum Tode geführt (ein Mal davon war die Dauer  $2\frac{1}{2}$  Jahre); acht Mal verfloßen vom Beginn bis zum Tode  $\frac{3}{4}$  Jahre—11 Monate; zwei Mal verlief die Krankheit sogar in vier Monaten.

Wenn demnach die Uterussarcome auch gewiss keine günstige Prognose im Allgemeinen zulassen, so erscheint es mir prognostisch doch nicht unwichtig, dass ihr Verlauf meist ein langsamerer zu sein scheint, als bei Carcinoma uteri. Dieser gewiss nicht unwesentliche Umstand macht es nun auch sehr wünschenswerth, eine möglichst genaue differentielle Diagnose zwischen beiden in Rede stehenden Affectionen zu haben. Soweit eine solche Dignose aus den Symptomen möglich ist, so habe ich schon im Obigen auf die nicht unwesentlichen Unterschiede in denselben aufmerksam gemacht, wichtiger wird jedoch immer die Untersuchung bleiben, die dann meist eine ganz intacte Vaginalportion mit glatten und gesunden Muttermundsrändern zeigen wird. Dabei wird durch die gewöhnlichen Untersuchungsmethoden leicht festzustellen sein, dass ein Tumor im Uterus sich befindet, dessen verdächtige Natur, gegenüber von Fibromen, sich dadurch manifestiren wird, das leicht Theile sich davon abbröckeln und entfernen lassen, die dann durch mikroskopische Untersuchung den Fall weiter aufklären werden. Ist diese Entfernung von Geschwulstpartikelchen, wie im Falle I., unmöglich, dann kann allerdings die Diagnose lange zweifelhaft sein und nur das schnelle Wachsthum der Geschwulst sowie der weitere Verlauf Aufschluss geben.

Wenn nun diese diagnostische Unterscheidung zwischen Sarcom und Carcinoma resp. Cancroid des Uterus prognostisch nicht unwichtig ist, so dürfte für die Therapie auch das wenigstens hervorgehen, dass man bei den sarcomatösen Formen so oft als möglich und so viel als möglich von der Neubildung entfernt, ein Verfahren, von dem man bei den Carcinomen nur zu oft wegen der scheinbaren vollkommenen Nutzlosigkeit absteht. Wenn nun nach allem Angeführten der Sitz der Neubildung das wesentlich unterscheidende sein dürfte, und zwar so, dass jede maligne Neubildung, die im Uterus oder am Fundus desselben sitzt, wahrscheinlich ein Sarcom ist, so darf doch nicht vergessen werden,

---

den, als bis eine Palliativoperation od. dergl. vorgenommen ist; in der Privatpraxis entziehen sich andererseits die Fälle von Carcinom gewöhnlich bald wieder der Cognition des Specialisten.

dass auch wirkliche Carcinome im Uterus beobachtet worden sind; andererseits glaube ich jedoch, dass je mehr Werth auf die Unterscheidung dieser beiden Neubildungen am Uterus gelegt wird, um so häufiger das Vorkommen der Sarcome constatirt werden dürfte. Dann werden sich allerdings durch die vermehrten Beobachtungen manche der oben ausgesprochenen Anschauungen in Bezug auf Symptome, Verlauf und Diagnose vielleicht ändern müssen. Meine Absicht bei dieser gewiss sehr mangelhaften und unvollkommenen Darlegung meiner Erfahrungen über Sarcoma uteri war nur die, zu genaueren und besseren Beobachtungen des praktisch nicht unwichtigen Gegenstandes in weiteren Kreisen anzuregen.

---