III. Eine neue Operationsmethode der Retroflexio uteri (Ventrofixation des Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle).

Von Dr. A. Czempin in Berlin.³⁾

Die operativen Heilbestrebungen der modernen Gynäkologie haben in dem letzten Jahrzehnt auch die Retroflexio uteri in ihren Kreis hineingezogen. Für die Indicationsstellung der operativen Behandlung dieser Lageveränderungen gelten auch heute noch die strengen Einschränkungen, welche vor vier Jahren in dieser Gesellschaft von Herrn Veit⁴⁾ aufgestellt und in der sich daran anschliessenden Discussion allgemein gebilligt wurden. Auch bei sorgsamer Prüfung und Beobachtung der einschlägigen Krankheitsfälle bleibt eine Anzahl übrig, für welche die Operation die ein-

³⁾ Vortrag, gehalten in der Arbeitssitzung zum 50jährigen Stiftungsfest der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie.

⁴⁾ Die Indicationsstellung für die Behandlung der Retroflexio uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1890, XX, Discussion, Bd. XVIII.

zige Gewähr der Wiederherstellung der Normallage des Organs und damit die Möglichkeit der Heilung und Befreiung von den mit der Lageveränderung verknüpften Beschwerden giebt.

Wenngleich gelegentlich der Eröffnung der Bauchhöhle zum Zwecke von Operationen an Ovarien und Tuben auch bereits früher der retroflectirt gefundene Uterus selbst oder durch Fixirung der Ligaturstümpfe der Adnexa an die vordere Bauchwand befestigt worden war (Koeberlé 1869 u. a.), so war doch Olshausen¹⁾ der erste, der im Jahre 1886 in zielbewusster Weise den Bauchschnitt lediglich der Retroflexion wegen ausführte. Er empfahl die Eröffnung der Bauchhöhle, die Loslösung des fixirten Uterus aus seinen Adhäsionen und die Annäherung des in Antelexion gebrachten Organs an die Bauchdecken durch je eine seitlich von der Einschnittsstelle durch die Bauchdecken und die Abgangsstelle der Ligamenta rotunda uteri durchgeführte Naht (Ventrofixatio uteri). — Diese Operationsmethode fand sehr bald eifrige Nachahmung, so dass sie unter den bekannten Modificationen der Naht des Uterus (Czerny, Leopold, Sänger, Kelly u. a.) bald Allgemeingut aller Operateure geworden ist. Von letzteren Modificationen hat sich den veröffentlichten Fällen nach zu urtheilen die von Leopold empfohlene Naht vorwiegend Anerkennung verschafft.

Während die ventralen Operationen der Retroflexio uteri ein operatives Verfahren darstellten, welches bei fixirter Retroflexio beim Versagen aller anderen Hilfsmittel und Heilmittel seine Anwendung finden sollte, traten sehr bald operative Encheiressen auf, welche es sich zum Ziele setzten, auch den mobilen retroflectirten Uterus resp. den durch eine Vorbehandlung mobil gewordenen retroflectirten Uterus auf blutigem Wege in einer der Normallage entsprechenden Stellung zu fixiren. Naturgemäss scheuten diese operativen Maassnahmen zunächst vor dem zwar sicheren Wege der Ventrofixation des Uterus zurück, da die Eröffnung der Bauchhöhle eine Gefahr in sich barg, welche nicht im Verhältniss zu der Intensität des ursprünglichen Leidens stand. Demgemäss sehen wir eine Reihe von Operationsmethoden entstehen, welche genial ausgedacht, sehr bald eine Hochfluth von Operationsfällen mobiler Retroflexionen schufen, ohne indessen auf die Dauer die Operateure zu befriedigen.

Zu dieser Operationsmethode gehört die Alexander-Adam-Alquié'sche Operation der Verkürzung der runden Mutterbänder, welche eine Zeit lang mit grossem Eifer aufgenommen wurde und allmählich den gewonnenen Boden wieder verlor, wenn nicht etwa die neuesten von Kocher und Gelpke (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.) angegebenen Modificationen ihr ein neues Leben geben sollten. Hierzu gehören alle Operationsmethoden, welche in mehr oder weniger complicirter Weise die Retroflexio uteri zu beseitigen suchen durch Straffung des hinteren Scheidengewölbes und Verlöthung des Douglas'schen Raumes (Freund, Sänger, Frommel u. a.).

Hierher gehört die Schücking'sche Operation, der Vorläufer der modernen vaginalen Operation der Herren Dührssen und Mackenrodt. Die Vaginaefixationen der genannten letzteren Autoren stellen eine Methode der Fixation dar, welche zweifellos in der Mehrzahl der Fälle die Rückwärtsknickung beseitigen kann. Wenn ich trotzdem nach einer Zahl geglückter Versuche diese Methode der Retroflexionstherapie verlassen habe, so geschah dies deshalb, weil die Anheftung des Uterus an die vordere Scheidenwand eine völlige Ablösung der Blase von der vorderen Collumwand des Uterus bedingt, welche für das spätere Befinden der Frauen nicht immer gleichgültig ist. Durch die narbige Verziehung der abgelösten Blasenwand sah ich bei mehreren der von mir nach dieser Methode operirten Fällen unangenehme Beschwerden in der Blase auftreten, welche zwar im Laufe der Zeit geringer wurden, aber bis heute nicht vollständig geschwunden sind.

Im Gegensatz hierzu haben von allen den Fällen, welche ich wegen Retroflexio nach all den verschiedenen im Laufe der Jahre angegebenen Methoden zu operiren Veranlassung genommen habe, diejenigen Frauen den grössten und von keinen unangenehmen Folgeerscheinungen gestörten Nutzen der Operation gehabt, bei welchen ich die Ventrofixation gemacht. Der Uterus stand dauernd in einer guten, etwas nach vorn über geneigten Antelexionsstellung fest in die Bauchdecken eingefügt, die Blase in keiner Weise in ihrer Ausdehnungsfähigkeit behindert, die Möglichkeit einer Bauchhernie so gut wie völlig ausgeschlossen, da die Eröffnung der Bauchhöhle durch einen möglichst kleinen Schnitt gemacht worden war, dessen Narbe der anteffectirte fixirte Uterus wie eine gute Pelotte von innen her ausfüllte. Die Beschwerden, welche die Operation veranlasst hatten, waren geschwunden, die Frauen, welche jahre-

lang in einer ihrem Leiden gegenüber fast ohnmächtigen Behandlung gestanden hatten, geheilt und wieder arbeitsfähig.

In dieser Werthschätzung der ventralen Operation sehe ich mich mit einer grossen Anzahl der in der Litteratur bekannt gegebenen Veröffentlichungen in voller Uebereinstimmung, und nur die Einfachheit der Technik dieser Operation, verbunden mit der Sicherheit und der Dauer des Erfolges, erklärt es, dass eine nicht geringe Zahl von Operateuren es gewagt haben, auch bei nicht fixirten, incomplicirten, mobilen Retroflexionen die Bauchhöhle zu eröffnen und das verlagerte Organ zu reponiren und zu fixiren.

Auch ich habe viermal bei mobiler Retroflexio uteri in Fällen, in welchen die Retroflexio uteri jahrelang Gegenstand einer erfolglosen Behandlung gewesen war und die Beschwerden der Frauen zweifellos Abhülfe verlangten, die Ventrofixatio uteri mit bestem Erfolge sowohl in Bezug auf das Dauerresultat der Lage des Uterus, wie auch in Bezug auf die Heilung der Beschwerden ausgeführt.

Immerhin bin ich mir klar, dass solche Fälle nur Ausnahmen waren, welche durch ihre individuellen Erscheinungen die Regel zu durchbrechen erlaubten und Ausnahmen bleiben mussten. Nichtsdestoweniger regte die den anderen Operationsverfahren gegenüber zu rühmende Einfachheit der Technik und die Sicherheit des Erfolges dazu an, das Verfahren von den Gefahren zu befreien, welche es begleiten und so denjenigen mobilen Retroflexionen, welche durch eine Pessarbehandlung nicht zu heilen waren, das Verfahren in gleicher Sicherheit und mit allen Vortheilen, aber ohne seine Nachteile zu gewähren.

Beides zu erreichen, ist wie ich glaube, mir durch ein überaus einfaches Verfahren gelungen. Die Gefahr der Ventrofixation besteht zweifellos in einer Hauptgefahr: in der Eröffnung der Bauchhöhle und der Möglichkeit einer tödtlichen Infection, und ferner in einer an die Operation sich möglicherweise anschliessenden unbequemen Folgeerscheinung, der Bauchhernie. Letztere wäre selbst bei guter Lage des Uterus imstande, der Operation ihren Heilwerth abzusprechen. Auf diesen letzteren Punkt werde ich später zurückkommen. Die Gefahr der Eröffnung der Bauchhöhle lässt sich einfach vermeiden, wenn man die Ventrofixation des retroflectirten Uterus ohne Eröffnung des Peritoneum vornimmt; die Gefahr der Hernie dagegen durch Anlegen eines minimalen Hautschnittes. Nachdem ich vier Monate lang mein gleich zu beschreibendes Verfahren geübt und erprobt habe, ersehe ich aus der zum Zwecke dieser Mittheilung noch einmal durchgelesenen Litteratur, dass die Idee selbst keine neue ist, dass bereits Sims einen ähnlichen Gedanken gehabt hat, ohne ihn jedoch in irgend einer Weise praktisch zu verwerthen, ebenso später Howard Kelly. Beider Methoden sind indessen über die ursprünglichen Erfinder nicht hinausgekommen. Kelly hat seine ausserordentlich primitive Methode sogar selbst widerrufen. Dagegen hat Assaky (Bukarest) auf dem X. internationalen Congress zu Berlin nach dem Vorgang eines spanischen Arztes Candela zu Valencia eine ähnliche Methode beschrieben, welche, wie dies auf derartigen Congressen wohl zuweilen geschieht, ganz überhört worden zu sein scheint. Weitere Schule hat die Methode nicht gemacht, da, wie ich aus der vom Verfasser selbst gegebenen exacten Schilderung ersehe, er dieser Methode ganz unnöthige Schwierigkeiten mit auf den Weg gegeben hat, die ihrer Empfehlung hinderlich sein mussten. Das Verfahren, das ich einschlug, war folgendes:

Nachdem die Patientin auf dem üblichen gynäkologischen Operationsstuhl in Steiss-Rückenlage gebracht und die Blase entleert worden, wird der Uterus eventuell bei bestehender Schleimhauterkrankung curetirt, dann wird eine mässig stark gebogene, möglichst dicke, unbiegsame Uterussonde mit starkem Knopf in den Uterus eingeführt und seine Beweglichkeit geprüft. Stellen sich derselben, was bereits vor der Operation geprüft worden, zu überwindende Schwierigkeiten entgegen, so wird der Uterus manuell oder mit Hilfe dieser Sonde eventuell nach Lösung der Adhäsionen anteffectirt. Während ein Assistent die Sonde bis zum Fundus eingeführt in dem anteffectirten Uterus hält, führt der Operateur eine Seidensutur durch die Portio und knotet den Faden. Die Fadenenden werden an einen kleinen Ring befestigt, welchen die Sonde auf ihrer, der vorderen Uteruswand entsprechenden Seite, ca. 12 cm vom Knopf entfernt trägt (siehe Fig. 1). Sind diese Fadenenden in dem Ringe geknotet, so liegt die Sonde unverrückbar im Uterus, sie kann weder vor, da sie direkt

Fig. 1.

an der Funduswand oder in einer Tubenecke liegt, noch kann sie zurück, da der Portiofaden sie festhält. Nun wird die Patientin in Beckenhochlagerung gebracht. Ich benutze dazu meinen Laparatomietisch mit Beckenhochlagerung, der vor kurzem im Centralblatt für Gynäkologie (1894, No. 13) beschrieben worden ist und welcher der Lagerung auf dem Fritsch'schen Beckenbock entspricht, mit dem Unterschiede, dass mein Tisch einen Wechsel in der Höhe der Patientin durch Anbringung einer Zahnradstange mit Kurbel gestattet. Dieser Tisch (siehe Fig. 2) resp. der Fritsch'sche Beckenbock hat für die nun folgende Operation den

¹⁾ Centralbl. f. Gynäkol. 1886, p. 698.

Vorteil, dass der Operateur oder der Assistent infolge des Tieferliegens der Beine mit Bequemlichkeit, während er an dem Leib operiert, die in den Genitalien steckende Sonde fassen resp. ihren Griff heben und senken kann. Ferner sinkt durch die Tieferlagerung der unteren Extremitäten

Fig. 2.

und die Abknickung des Beckens die Blase hinter die Symphyse zurück. Die Patientin wird in die Beckenhochlagerung gebracht, ohne dass zunächst auf die Lage des Uterus und der Sonde im Uterus irgend ein Werth gelegt wird. Nach Desinfection der Bauchdecken wird in der Längsrichtung, in der Linea alba 1 cm von dem oberen Symphysenrand entfernt ein ca. 4—4½ cm langer Hautschnitt je nach der Dicke der Bauchdecken angelegt. Die geringe Blutung wird sorgsam durch provisorische Anlegung von Klemmen gestillt. Dann wird die Fascie durchschnitten, dass die Musculi recti freiliegen, und die beiden Recti werden stumpf von einander gedrängt. Sofort erscheint unter den beiden Recti in etwas mehr als fünfmarkstückgrosser Ausdehnung das hier fast stets völlig fettfreie Peritoneum, bedeckt mit der an dieser Stelle nur dünnen Fascia profunda abdominis. Nachdem die Wundränder — Musculi recti und Haut — beiderseits durch je einen eingelegten Seidenzügel stark auseinander gedrängt sind, wird von dem Operateur oder dem Assistenten der Uterus mittels der im Uterus liegenden Sonde anteflectirt und ganz dicht unter das Peritoneum in die Wunde hineingedrängt. Die Blase kommt hierbei überhaupt nicht in Betracht, da sie leer völlig hinter die Symphyse zurückgesunken ist, die Därme werden durch den in die Wunde hinein gedrückten Uterus verhindert, sich der Bauchwand zu nähern. Mit vollster Sicherheit ohne jede Gefahr einer Nebenverletzung kann nunmehr operiert werden. Der Operateur sticht 1½ cm seitlich vom unteren Wundwinkel eine gebogene starke, mit einem Seidenfaden armirte Nadel durch die Haut und den Musculus rectus der rechten Seite. Nachdem die Nadel durchgezogen, wird durch entsprechende Senkung und Drehung der im Uterus ruhenden Sonde die rechte Tubenecke des Uterus in die Wunde gebracht; die Nadel wird vor der Tubeninsertion in den Uterus eingeführt und circa 3—4 mm vor dem Scheitelpunkt des Fundus wieder ausgestochen. Die Nadel durchdringt demnach das den Uterus wie ein dünner Schleier bedeckende Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand und einen etwa ½ cm dicken und ca. 2 cm langen Theil des Fundus. Der Faden liegt also schräg von der Stelle vor der Tubenmündung bis zum Scheitelpunkt des Fundus. Ebenso schräg wird die Naht weiter vollführt: Der Uterus wird mit Hilfe der Sonde entgegengesetzt gedreht, so dass die linke Tubenkante in der Wunde — vom Peritoneum bedeckt — erscheint, die Nadel dicht hinter der Ausstichstelle auf dem Scheitelpunkt des Fundus wieder eingestochen, in gleicher Weise wie vorhin durch den Uterus geführt und hinter der Tubeninsertion der linken Seite ausgestochen. Ist dies geschehen, so lässt man durch Heben des Sondengriffes den Uterus aus der Wunde verschwinden und sticht die Nadel auf der linken Seite durch den Musculus rectus und die Haut nach aussen. Die Ausstichöffnung dieser Nadel liegt etwa 2½ cm höher als die Einstichöffnung auf der Gegenseite.

Die zweite Suture geht in völlig gleicher Weise schräg von der linken Seite unten nach der rechten Seite oben. Auch sie wird unter entsprechender Drehung des Uterus mit Hilfe der Sonde ausgeführt. Der Faden kreuzt den ersten Faden in dem Scheitelpunkt des Fundus. Damit ist die eigentliche Fixation des Uterus beendet. (Siehe Figur 3.) Die Fadenenden werden

Fig. 3.

In der geöffneten Bauchwunde erscheint vom Peritoneum bedeckt der Fundus uteri. Schema der ihn fixierenden Fäden.

lose mit Klemmen gefasst, die Sonde losgelassen, so dass der Uterus zugleich mit dem Peritoneum zurücksinkt. Darauf wird die Bauchwunde in der Längsrichtung mit vier Seidenfäden geschlossen. Dieselben fassen Haut, Fascie und Muskulatur. In den unteren Wundwinkel kommt ein kleines bis zum Peritoneum herunterreichendes Stückchen Jodoformgaze zur Ableitung der Wundsecrete während der ersten beiden Tage. Ist die Wunde geschlossen, so werden die vier Fixationsfäden des Uterus straff und gleichmässig angezogen und nun die beiden auf dem gleichen Wundrand befindlichen Fäden (a mit b, und a' mit b') fest aneinander geknotet. Zur Verhinderung von Hautdecubitus werden diese Fäden über je ein kleines untergeschobenes Jodoformgazeröllchen geknüpft. Die Verknüpfung a und b resp. a' und b' ist praktischer als das Knüpfen der Fäden über der Hautwunde (a mit b' und b mit a'), da die prima reunio der Wunde leicht dadurch gestört wird.

Auf die Wunde kommt etwas Jodoformgaze, darüber ein viereckiges Stück Mull, das an seinen beiden Seiten je mit einem Heftpflasterstreifen auf die Haut geklebt wird. Durch Durchschneiden des sie befestigenden Fadens wird die Uterussonde gelöst und entfernt; ein Einlegen eines Pessars oder Tamponade der Scheide findet nicht statt. Die Operation dauert 25—30 Minuten und verläuft ohne jede Blutung. Am ersten Tage wird die bedeckende Verbandsschicht erneuert, am zweiten Tage die Jodoformgazeröllchen und die Gazedrainage entfernt.

Am zehnten Tage werden sämtliche Fäden, auch die Fixationsfäden des Uterus entfernt, etwas Jodoformcollodium auf die Wunde gepinselt; die Patientin darf sich aufsetzen, am elften Tage darf sie aufstehen und am zwölften Tage die Klinik verlassen.

Die erste derartige Operation habe ich am 25. Januar dieses Jahres ausgeführt. Im ganzen habe ich bis jetzt elf mal stets mit Glück operiert. Unter diesen elf Fällen handelte es sich einmal um Retroflexio uteri bei einer Virgo mit starken Beschwerden, viermal um Retroflexio puerperalis nach häufigen vorangegangenen Aborten mit Erschlaffung des Uterus und der Scheide, so dass durch Pessare keine Geradlage des Uterus erzielt werden konnte, viermal um Retroflexio uteri mit mehr oder weniger hochgradigen Prolapsformen (darunter bei einer Nullipara), einmal um eine fixirte Retroflexio, die erst bimanuell forcirt gelöst wurde, im letzten (von meinem Assistenten Herrn Dr. Grossmann operierten) Falle um Retroflexio uteri einer jungen Frau, bei der trotz jahrelangem Tragen eines Pessars jedesmal nach dem Entfernen die Rückwärtsknickung wieder eintrat. Mit Ausnahme von drei Fällen unter den ersten fünf, in welchen durch Knoten der Fixationsfäden über der Wunde keine primäre Verklebung der Hautwunde eintrat, sind alle Fälle glatt geheilt, die Wunde schnell verklebt. In allen elf Fällen liegt der Uterus bis heute in einer breiten und trotzdem beweglichen Anteflexion unter der Bauchwunde. Letzteres ist zwar kaum auffallend, da es sich ja um völlig reine peritoneale Verbindungen handelt, indessen erwähnenswerth den Einwänden derer gegenüber, welche der Ventrofixation vorwerfen, sie fixire den Uterus an Stelle der früheren in einer neuen abnormen Stellung. Zwar war ich, um die Ehre zu haben, Ihnen heute dieses Verfahren zu schildern, gezwungen, von längerer Beobachtung dieser Fälle abzusehen, indessen zweifle ich nicht, dass ganz analog der eigentlichen Ventrofixation die erzielte Lage des Uterus eine dauernde sein wird, dass ferner die Gravidität analog den bisherigen Beobachtungen bei Ventrofixation keine Behinderung durch die Fixation des Organs erfahren, noch die Anheftung nach vorn nach Beendigung der Geburt aufheben wird.

Nach meinen an elf verschieden alten und verschieden fettleibigen Patientinnen ausgeführten Operationen darf ich mit Sicherheit sagen, dass diese Ventrofixation des Uterus ohne Eröffnung der Bauchhöhle eine einfache und gefahrlose Operation ist. Ich hoffe, dass die weiteren Beobachtungen über dieselbe, an welcher ich Sie sich zu betheiligen bitte, auch zeigen werden, dass ihr Dauereffect ein sicherer ist.