III. Weitere Erfahrungen über die vaginale Ligatur des Uterus bei Retroflexio und Prolapsus Uteri.

Von A. Schücking, Pyrmont.

Nach den bisherigen Veröffentlichungen und den ergänzenden privaten Mittheilungen haben Thiem,¹⁾ Debrunner,²⁾ Zweifel,³⁾ Rühl,⁴⁾ Baum, Boldt, Klotz und ich⁵⁾ in 217 Fällen die vaginale Fixation bei Retroflexio und Prolapsus Uteri ausgeführt. In bezug auf die erhaltenen Resultate sind vorläufig nur 88 Fälle, die mit allen Cautelen operirt und genügend lange beobachtet sind, für die Statistik zu verwerthen. Von diesen 88 Fällen ist bei 84 ein dauernder Erfolg, bei 4 ein Misserfolg zu verzeichnen gewesen.

Der Vorschlag Thiem's, in geeigneten Fällen die Nadel noch einmal durch die vordere Cervixwand zu führen, habe ich in zwei Fällen zur Ausführung gebracht. Indess gerade auf den Vorzug der Methode, nicht allein eine Anteversio-, sondern eine Anteflexionsstellung zu erzielen, wird man, wie auch Thiem selbst annimmt, in den meisten Fällen nicht verzichten wollen. Bekanntlich bringt kein anderes in Frage kommendes Operationsverfahren eine Anteflexionsstellung des Uterus zustande.

Dem Rathe Zweifel's, die vaginale Ligatur mit einem Querschnitt im vordern Vaginalgewölbe einzuleiten, habe ich in nunmehr vier Fällen Folge geleistet und kann diese Modification nur als eine werthvolle Verbesserung des Verfahrens angelegentlich empfehlen. Die beiden wichtigsten Acte der Operation, das Beiseitedrängen der Blase und das Erfassen der Ligatur werden entschieden dadurch erleichtert. War ich doch früher einmal in der Lage gewesen, bei einer Nullipara auf die Spitze des Instruments einschneiden zu müssen, um dieses weit genug nach vorn zu bringen. Allerdings würde man auch ohne diesen Querschnitt nur höchst selten in die Lage kommen, eine Operation unvollendet lassen zu müssen. — Im letzten der eben citirten vier Fälle erhielt ich unmittelbar nach dem Eingriff eine geringe röthliche Tingirung des Urins.

Debrunner hat 2 mal nach der Operation blutige Tingirung des Urins beobachtet, Zweifel keinmal, Rühl 2 mal, und Thiem glaubt, dass eine blutige Tingirung des Urins auch gelegentlich durch eine Läsion der Blasen Schleimhaut beim starken Seitwärtsdrängen mit dem Katheter entstehen könne. Der Umstand, dass der Urin blutig gefärbt ist, verschlimmert die Prognose nicht. Gefahren, die das Mitfassen der Blasenwandung im Gefolge haben könnte, sind bei richtigem Handeln ausgeschlossen. Ein Durchtritt von Urin durch die feine Stichöffnung ist wohl ausgeschlossen, ganz abgesehen davon, dass die Blase wenigstens während der Operation entleert ist. Uebrigens wissen wir, dass unzersetzter Urin als durchaus unschädlich vom Peritonealraum resorbirt wird, und dass schon nach kurzer Frist die Stichöffnung nach der Bauchhöhle hin durch peritoneale Verklebung verschlossen sein wird. Unzersetzt ist in

unserm Fall der Urin stets schon infolge der vor und nach der Operation vorgenommenen Blasausspülungen mit antimykotischen Lösungen resp. Einlagen von Jodoformstiften, die auch gegebenen Falls noch einige Zeit nach der Operation in Anwendung gezogen werden können. Es steht indess ja in unserm Belieben, die Ligatur wieder zu entfernen, wenn wir eine blutige Tingirung des Urins nach der Operation erhalten. Nach Thiem, Debrunner und meinen Erfahrungen hat indess ein solches Vorkommniss durchaus keine Bedenken, verschlimmert auch die Prognose nicht; nur wird man den Faden in solchen Fällen schon nach kürzerer Zeit entfernen. Ich erinnere noch daran, dass bei gewissen Blasenoperationen ganze Nahtreihen durch die Blasenwandung gelegt werden, ohne dass Fistelbildung hiernach beobachtet wurde — ich nenne nur die Colpocystotomie. — Wenn allerdings der Faden, wie in dem Rühlschen Fall, 14 Wochen in der Blase liegen bleibt, so wird Bildung von Harnsteinen kaum zu vermeiden sein. Aber gerade dieser Fall ist ein schlagender Beweis für die Ungefährlichkeit und die sichere Wirkung der Operation. Es handelte sich um einen drei Jahre alten totalen Uterusprolaps von einer solchen Grösse, wie ihn Rühl nur selten gesehen zu haben angiebt. Nach Entfernung des Fadens „ist der Uterusprolaps vollständig verschwunden; die Frau kann schwere Arbeit verrichten, ohne im geringsten von dem Vorfall etwas zu spüren.“

Die gemachten Erfahrungen haben also unsere frühere Annahme, dass die Gefahr einer Blasenverletzung nicht gegen die Operationsmethode geltend gemacht werden könne, vollinhaltlich bestätigt.

Es fragt sich nunmehr, ob es bei Vornahme des Eingriffs unter allen Umständen möglich ist, eine Darmverletzung auszuschliessen. Auch diese Frage hatten wir von vornherein unbedingt bejahen zu müssen geglaubt. Derartige Verletzungen hätten zunächst nur für die seltenen Fälle in Betracht kommen können, in denen der Darm an die vordere Uteruswand angelöthet sein würde. Ein solches seltenes Vorkommniss würde aber bei nur einigermaassen sorgfältig angestellter combinirter Untersuchung nicht zu übersehen sein. Die Trendelenburg'sche Lagerung, die Rühl unter Berücksichtigung der besprochenen Möglichkeit angelegentlich empfiehlt, wird die combinirte Untersuchung gewiss erleichtern, aber auch ohne solche Lagerung wird ein bez. Befund dem Gynäkologen unmöglich entgehen können. Auch diese Annahme ist durch die Erfahrung bestätigt worden. Nicht ein Fall liegt vor, in dem es zu Erscheinungen gekommen wäre, die darauf hindeuteten, dass die Nadel den Darm erfasst hätten. Uebrigens kann ich mich aus 15jähriger Praxis nicht erinnern, eine derartige Adhäsion jemals beobachtet zu haben. Eine grössere Reihe von Sectionsprotokollen auf diesen Befund hin durchzusehen, war ich bislang nicht in der Lage.

In 132 Fällen ist bei Retroflexio Uteri operirt worden. Wie oft es sich hier um adhäsive und wie oft um bewegliche Retroflexio handelte, ist aus den vorliegenden Mittheilungen zur Zeit noch nicht festzustellen. Bei meinen Fällen handelte es sich in etwa einem Viertel um adhäsive Retroflexio.

Pessare waren fast in allen meinen Fällen oft jahrelang ohne Resultat getragen worden. In einem Falle von Retroflexio mit zahlreichen Adhäsionen und parametritischen Resten, der von einem der berufensten Berliner Gynäkologen lange Zeit mit Pessaren behandelt worden war, hatte schliesslich der behandelnde Arzt Herr Dr. Pape in Herford die Amputation der Portio vornehmen müssen, um das übermässig hypertrophirte Organ zur Involution zu bringen. Ein Thomaspessar hielt jetzt den Uterus zwar nach vorn, verursachte indess andauernd Beschwerden. Da der Zustand der Patientin als ziemlich hoffnungslos angesehen werden musste, wünschte der Herr College, dass ein letzter Versuch mit der vaginalen Fixation und zwar, da Patientin nicht reisefähig war, in Herford selbst gemacht würde. So wurde denn vor circa einem halben Jahre die Operation unter freundlicher Assistenz des Herrn Collegen von mir vorgenommen. Obgleich der Faden bei der sehr empfindlichen Patientin schon sehr früh entfernt werden musste, ist der Erfolg dennoch ein vollständiger, und Patientin, die bei jahrelanger durchaus sachgemässer resp. specialistischer Behandlung arbeitsunfähig und häufig bettlägerig war, ist völlig genesen.

Es würde zu weit führen, hier auf die Indicationsstellung für die Behandlung der Retroflexio Uteri, die neuerdings von Ahlfeld, Sänger, Martin und J. Veit in dankenswerther Weise ventilirt ist, einzugehen. Nach wie vor wird sich in der gynäkologischen Praxis die Frage in den allermeisten Fällen dahin zuspitzen, dass, um die Patienten dauernder Genesung entgegenzuführen, die Beseitigung der bestehenden mobilen oder adhäsiven Retroflexio gefordert werden muss. Der Vorwurf, den Veit mit Recht anderen Operationsmethoden macht, dass nach denselben die Lage des Uterus keine normale werde, trifft auf unsere Methode nicht zu, und wenn derselbe Autor zunächst noch grössere Erfahrungen zu registriren wünscht, so wird er sich gewiss der Beweiskraft der

¹⁾ Vortrag, gehalten auf der 62. Naturforscherversammlung zu Heidelberg u. Erfahrungen über d. vag. Ligat. u. s. w. Heuser's Verlag 1890.

²⁾ Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte, Jahrgang XX. 1890.

³⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1890 No. 39.

⁴⁾ Ebenda 1890 No. 51.

⁵⁾ Vortrag, gehalten auf der 61. Naturforscherversammlung zu Köln. Deutsche med. Wochenschr. 1888 No. 40. Centralbl. f. Gynäk. 1888 No. 12 u. No. 35. Ebenda 1890 No. 8.

Resultate nicht verschliessen, die in den oben citirten Veröffentlichungen mitgetheilt werden.

Uterusprolaps war in fünf Fällen vorhanden, totaler Uterusprolaps in drei Fällen von mir und einem Fall von Rühl, incompleter Uterusprolaps in einem Fall von Rühl. In allen fünf Fällen trat Heilung ein. Besonderes Interesse beansprucht ein von Herrn Kreisphysikus Dr. Heilmann in Melle mir freundlichst überwiesener Fall¹⁾. Es handelte sich um einen totalen Uterusprolaps, der seit 18 Jahren bestanden hatte. Von Uterusstützen konnte Patientin wegen umfangreicher Vaginalgeschwüre nicht mehr Gebrauch machen. Patientin war völlig arbeitsunfähig, bei längerem Stehen trat Incontinentia urinae ein.

Am 16. Juli 1888 legte ich ohne Narkose die Ligatur an. Patientin ist völlig genesen, verrichtet ohne Pessar die schwersten Feldarbeiten und ist im vorigen Jahre rechtzeitig niedergekommen, ohne dass nach der Entbindung ein Rückfall des Leidens eingetreten ist.

In sechs Fällen, zweien von Thiem, viere von mir, ist nach der Operation der Retroflexio Conception eingetreten, und dann normaler Verlauf der Schwangerschaft beobachtet worden.

Debrunner verband in zwei Fällen die vaginale Fixation mit der Colpoperieorrhaphie.

Metrorrhagieen sind in sechs Fällen (einer von Thiem, zwei von Rühl, drei von mir) nach der Operation beobachtet worden. Einmal sah ich mich genöthigt, den Faden sogleich nach dem Eingriff wegen einer Gebärmutterblutung zu lösen, und habe ich dann im selben Falle die Operation später ohne Störung und mit bestem Erfolg wiederholt. Der betreffende Fall war mir von Herrn Kreisphysikus Dr. Tampke in Stolzenau freundlichst überwiesen worden.

Zur Operation selbst möchte ich noch bemerken, dass die Anlegung einer Balkennaht, die durch zwei kleine durchbohrte Bleiplatten hergestellt wird, nach dem Vorschlage Zweifel's der einfachen Ligatur entschieden vorzuziehen ist. Es wird dadurch vermieden, dass der Faden in Vaginalwand und vordere M. M. Lippe einschneidet.

Es kann sich für unser Verfahren nur um folgende Fragen handeln: Ist zunächst der endgültige Effect der Methode ein zufriedenstellender? Wenn in einer einwandfreien Statistik von 88 Fällen 84 Fälle als geheilt angegeben werden, so ist diese Frage wohl zweifellos zu bejahen. Die zweite Frage würde lauten: Ist die Operation mit ernstlichen Gefahren verknüpft, oder sind dauernde Nachtheile von derselben für die Patientin zu fürchten? Nach vorstehenden Mittheilungen ist diese Frage unbedingt zu verneinen.

Wird aber nicht vielleicht die vaginale Fixation durch die Erfolge anderer Behandlungsmethoden überflüssig gemacht?

Bezüglich der Ventrofixation bemerken Freund und Thiem, dass der Uterus nicht in die Bauchhöhle, sondern in die Beckenhöhle gehöre, und Zweifel führt mit Recht aus, dass diese Operation einen unverhältnissmässig grossen Eingriff darstelle, und dass es schwierig und unbequem sei, den Uterus im Bereich des kleinen Beckens zu fixiren. Wollte man aber den Uterus oberhalb des horizontalen Schambeinastes befestigen, so werde das Organ an eine Stelle gebracht, an die es nicht hingehöre, und wo dessen Bleiben daher auch nicht von langer Dauer sein wird, wie wir hinzuzufügen uns erlauben. Wenn wir weiterhin von Gusserow erfahren, dass er nicht in einem seiner Fälle von Ventrofixation dauernde Heilung erzielt habe, so werden die Bedenken gegen diese Operation noch erheblich gesteigert. Würde ich jemals gelegentlich einer Laparotomie es mit einem retroflectirten Uterus zu thun haben, so würde ich nach dem Vorgehen von Zweifel das Organ gewiss nicht nach den Bauchdecken, sondern nach der vordern Scheidenwand zu fixiren, da ich nur dann die Aussicht haben würde, einen anteflectirten, genügend beweglichen und normal gelagerten Uterus zu erhalten. Dieselben Bedenken bez. der Unsicherheit im Erfolg resp. der Gefährlichkeit des Eingriffs sind mehr oder minder gegen die Methoden von v. Rabenau, Alexander-Adam, Caneva und Freund und Frommel geltend zu machen. Die Schultze-Brandt'sche Behandlung hat sich bei Retroflexio und Prolaps leider nur in Ausnahmefällen als wirksam erwiesen. — Bei der üblichen Behandlung mit Uterusstützen und Hebeln können wir trotz der grossen Fortschritte, die diese Methode durch die grundlegenden Arbeiten von B. Schultze erfahren hat, nur in einem geringen Bruchtheil der Fälle auf dauernde Heilung rechnen.

Bei fixirter Retroflexio ist es nicht erforderlich, die Schultze-Brandt'sche Behandlung der vaginalen Ligatur vorzuschicken. Ich habe in ca. 30 Fällen von fixirter Retroflexio ausnahmslos durch die vaginale Ligatur Heilung erzielt. Allerdings ist es gerade in diesen Fällen nothwendig, den Faden bis zu sechs Wochen liegen zu lassen und unmittelbar nach der Operation ein Pessar einzulegen, das erst nach ca. 12 Wochen entfernt wird.

Nachdem vorstehendes bereits dem Druck übergeben war, hat Klotz seine Erfahrungen über 81 von ihm mit vaginaler Ligatur behandelte Fälle veröffentlicht. Klotz kommt zu dem Resumé, dass in allen seinen Fällen heute Anteflexio resp. Anteversio zu constatiren ist. Auch Klotz operirt, wie Zweifel, unter Anlegung eines Querschnitts, dessen Vorzüge ich schon oben hervorgehoben habe, der indess nicht unter allen Umständen unentbehrlich erscheinen dürfte. Bei totalem Prolaps ist die alte einfachere Methode vorzuziehen. — Ich möchte bei dieser Gelegenheit darauf hinweisen, dass eine gelegentliche theoretische Erörterung Sänger's über die Möglichkeit, den Uterus von der Scheide aus zu fixiren, mit der Entwicklung und dem Princip unserer Methode absolut nichts gemein hat.

Neuere Erfahrungen lassen es wünschenswerth erscheinen, noch auf einige besonders wichtige Punkte in der Technik der Operation aufmerksam zu machen. — Ehe man die Nadel vorstösst, muss der Uterus so stark wie möglich abwärts gezogen sein. Die den Uterus fixirende Hakenzange muss der Assistent halten, während der Operateur mit der rechten Hand die Uterusnadel hält, und der Zeigefinger der linken die Stelle ausfindig macht, an der die Nadel erscheinen soll. Ist die Nadelspitze zum Vorschein gekommen, so streife man das Gewebe über dieselbe fort, während das Instrument möglichst ruhig festgehalten wird. — Während der Nachbehandlungsperiode ist es von grosser Wichtigkeit, darauf zu achten, dass die etwa locker gewordene Ligatur rechtzeitig genug angezogen wird. — Auf Anregung Vowinkel's sind die Ligaturnadeln, die vom Instrumentenmacher Loewy, Berlin, Dorotheenstrasse, vorrätig gehalten werden, mit etwas stärkerer Krümmung, als sie das Instrument bislang zeigte, versehen, und die Bleiplatten zur Balkennaht durch Nickelplatten, die auf einer Seite durch Gummi geschützt sind, ersetzt worden. Klotz bedient sich kleiner Silberplatten zur Balkennaht. Die Platten sind mit einem kleinen Einschnitt versehen, um den Faden (behufs späteren Anziehens) auf die Platten aufrollen zu können.

¹⁾ Centralbl. f. Gynäk. 1888 No. 35.