Operative Behandlung der Anteversio uteri.

Von

Dr. Alphons Mermann

in Mannheim.

So viele Vorschläge zeitweise zur operativen Behandlung der Lageveränderungen des Uterus aufgetaucht sind, so sind sie doch immer wieder entweder als zu gefährlich oder als nicht zweckdienlich verlassen worden. Koeberlé's heroische Operation der Retroflexion, ebenso Freund's Vorschlag, wie der von Aran und P. Müller stehen in Bezug auf Gefahr ausser jedem Verhältniss mit dem Leiden, das sie heilen sollen. Ebenso sind mit vollständigem Rechte alle Vorschläge, die darauf hinausgehen, die Rückwärtslagerung der Gebärmutter von der Scheide aus operativ zu corrigiren, dadurch dass die hintere Wand der Vaginalportion an die hintere Scheidewand angelöthet wird, schon um deshalb von vornherein als aussichtslos anzusehen, weil das Septum recto-vaginale selbst ein bewegliches und nirgends recht fixirtes ist.

Dagegen glaube ich, dass mit Unrecht die Operationsmethoden, nach denen Sims¹⁾ und Simon die Vorwärtslagerungen der Gebärmutter behandelten, — ich will nicht sagen in Vergessenheit gerathen sind, denn man findet eine mehr weniger kühle Kritik dieser Methoden bei jedem Schriftsteller dieses Gebietes²⁾, — sondern mit Unrecht nicht einer neuerlichen Prüfung unterzogen und nachgeahmt werden. Und ein solches Wiederaufnehmen dieser Operationspläne wäre um so mehr angezeigt, als die vorgeschlagenen Methoden absolut ungefährlich, technisch nicht sehr schwierig sind, und als andererseits alle anderen, nicht operativen Behandlungsmethoden der Vorwärtsbeugung der Gebärmutter fast ganz erfolglos sind. Namentlich die Anteversion bietet einer

1) Sims, Gebärmutterchirurgie, übersetzt von Beigel, S. 197 ff.

2) Schultze, Lageveränderungen der Gebärmutter, S. 103; Hegar, Operative Gynäkologie, S. 281; Martin, Neigungen und Beugungen der Gebärmutter, S. 116 ff.

anderen als operativen Behandlung fast gar keine Aussicht, weil wir durch kein Pessar — auch nicht durch das dagegen empfohlene Graily Hewitt'sche Wiegenpessar — oder intrauterines Stäbchen (falls dies nicht in gefährlicher Weise nach aussen fixirt wird) im Stande sind, die in der Kreuzbeinaushöhlung stehende Vaginalportion in die Mittellinie der Scheide zu bringen und zu erhalten.

Die Beschwerden, die eine richtige Anteversion, die ja fast immer mit chronisch-hyperplastischen Zuständen des Uterus combinirt gefunden wird, macht, sind in exquisiten Fällen ganz enorme. Der Druck auf die Blase, die drängenden Schmerzen im Becken, das ganze Symptombild schwerer Hysterie findet sich häufig gerade bei dieser Lageveränderung. Und sehr mit Unrecht findet man in vielen Lehrbüchern diese Beschwerden bei der Anteversion mehr den chronisch-entzündlichen Processen des Uterus als seiner Lageveränderung zugeschrieben. Denn gerade bei der Anteversion besteht ein reciprokes Verhältniss zwischen Hypertrophie des Organes und abnormer Stellung; und gewiss trägt die Lageveränderung durch Circulationsstörungen u. s. w. ebenso viel zur Gewebsalteration des dislocirten Uterus bei, wie umgekehrt die erstere oft die Lageveränderung bewirkt. Um einzusehen, wie gerade bei der Anteversion die Lageveränderung die Beschwerden macht, braucht man nur mit der Musseux'schen Zange oder einer durch die Cervix gelegten Fadenschlinge die Vaginalportion nach vorn und dadurch den schweren Uteruskörper von der Blase weg mehr nach hinten zu führen, um sofort von der Patientin zu hören, sie würde sich erleichtert fühlen, sie wäre ganz schmerzfrei.

In zwei Fällen, in denen ich in der jüngsten Zeit die Anteversion operativ corrigirte, hatte ich zur Probe, ob die grossen Beschwerden auch wirklich durch eine Geradstellung verschwinden würden, den Patientinnen ein paar Tage vor der Operation eine Fadenschlinge durch die Vaginalportion gelegt und mit Heftpflaster so gespannt auf dem Leibe befestigt, dass die Vaginalportion nach vorn hinter der Symphyse stand. Ich liess dann die Patientin während dieser Tage herumlaufen, sich bücken und kleine Arbeiten verrichten, und bei beiden blieben die Beschwerden, die sie vorher keine Stunde verlassen hatten, weg; namentlich war das Urinlassen, zu dem vorher sehr häufiger Drang bestand und das bei der einen Patientin nur unter grossen Schmerzen meistens nur in nach vorn gekauerter Stellung vor sich ging, normal und schmerzlos.

Der erste Fall, den ich operirte, betraf eine 26jährige sterile Dame, die seit Jahren an enormen Beschwerden und hysterischen Zufällen litt, und die von verschiedenen Seiten schon mit Pessarien, Stiften und wiederholter Sondenaufrichtung behandelt worden war. Patientin war sehr heruntergekommen, hatte, wie sie angab, schon öfter fieberhaften, acuten Blasenkatarrh, die regelmässige und sehr sarkte Menstruation äusserst schmerzhaft und immer mit allgemeinen Krämpfen verbunden. Auch hatte sie sich infolge der fortwährenden Schmerzen eine ganz charakteristische Haltung angewöhnt, indem sie den Oberkörper beim Gehen und Sitzen weit vornüber beugte, um so etwas geringere Druckempfindung im Becken zu haben. Die Anteversionsstellung war eine sehr bedeutende, so dass die Vaginalportion hoch oben in der Kreuzbeinaushöhlung stand und mit dem Finger überhaupt nur sehr schwer zu erreichen war. Der Uterus war in der Totalität auf Faustgrösse angeschwollen, sehr rigide und namentlich die vordere Wand des Körpers sehr indurirt. Adhäsionen oder chronisch-entzündliche Processe in den Uterusligamenten waren nicht vorhanden. — Der, wie mir scheint, durchaus rationelle Operationsplan von Sims, nach welchem er in drei Fällen mit Erfolg operirte, und den er durch eine sehr verständliche Abbildung erläutert (reproducirt in Schultze, Lageveränderung der Gebärmutter, S. 108), beruht auf einer Anfrischung und Vernähung einer durch den Zug der Vaginalportion nach vorn gebildeten Falte, die aus der Scheidenschleimhaut der Vaginalinsertion über der vorderen Muttermundslippe und der correspondirenden Schleimhaut an der vorderen Scheidewand besteht. Simon, der in allerdings unverständlicher Weise bei einer Anteflexion ähnlich operirte, frischte bloss die Schleimhaut der vorderen Muttermundslippe und ein correspondirendes, etwas weiter nach vorn gelegenes Stück der vorderen Scheidenschleimhaut an. In meinem Falle combinirte ich beide Methoden, frischte also sowohl die Schleimhaut von der Vaginalinsertion über der Portio, als auch die vordere Lippe der Vaginalportion selbst und ein entsprechend grösseres Stück der vorderen Scheidenschleimhaut bis etwa 4 cm nach oben von der Harnröhrenmündung an und vernähte diese ziemlich grosse correspondirende wundgemachte Fläche der Quere nach mit zehn Seidenfäden. Ich machte diese Anfrischung deshalb grösser, als sie Sims angiebt, weil ich fürchtete, die schmale Sims'sche Falte möchte dem starken Zuge der Vaginalportion nach hinten nicht genug widerstehen können. Die Patientin hatte

die ersten paar Tage nach der Operation sehr starke Schmerzen in der Harnröhre, fortwährenden Harndrang und dabei einen Spasmus der Blasenmuskulatur — die ganzen Erscheinungen jedenfalls bedingt durch den doch immerhin beträchtlichen Zug an der unteren Wand der Harnröhre und dem Scheidenüberzuge der Blase. Nach einigen Tagen verschwanden diese Erscheinungen und die Patientin war vollständig schmerzfrei. Aber es trat keine vollständige Heilung per primam ein, wahrscheinlich weil die angefrischten und in die Suturen gefassten Wundflächen etwas zu breite und der Substanz nach nicht ganz homogene waren, so dass die Quetschung unter der Naht eine zu grosse war. Patientin verliess am zwölften Tage nach der Operation meine Privatklinik, ehe noch die Vernarbung ganz erfolgt war, und reiste sofort nach Cöln. Als sie nach drei Wochen sich mir wieder vorstellte, hatte sie ihre alten Beschwerden wieder, die junge Granulationsnarbe war zerrissen, die alte Anteversionsstellung wieder da. Auf vielfaches Bitten operirte ich sie nochmals, und zwar dies Mal, indem ich ausschliesslich die vordere Muttermundslippe und ein entsprechendes Stück der vorderen Vaginalwand ungefähr in der Höhe von 1 cm, in der Breite von 2 cm circa 4 cm nach oben von der Harnröhrenmündung anfrischte und wieder der Quere nach vernähte. Diesmal trat Heilung per primam ein, nur war wieder in den ersten Tagen der ungewohnte Zug auf die Harnröhre ein sehr schmerzhafter und verschwand erst ganz nach drei Wochen. Von da ab war Patientin vollständig schmerzfrei und fühlte sich, wie sie sagte, wie neu geboren.

Der zweite Fall betraf eine 24jährige, seit vier Jahren verheirathete Frau, die im Anfange ihrer Ehe einen viermonatlichen Abort durchgemacht hat. Der objective Befund war fast genau derselbe wie im ersten Falle, subjectiv prävalirten hier die Druck- und Entzündungserscheinungen des abnorm gelagerten Uterus. Die Beschwerden waren so gross, dass die Patientin im letzten Jahre die Hälfte der Zeit im Bette zubringen musste, auch war hier profuse und vorzeitige Menstruation. Nach Einlegen und Anziehen der Probeschlinge war auch hier der ganze lästige Symptomencomplex verschwunden. Nach den Erfahrungen meines ersten Falles fürchtete ich, wenn ich die Muttermundslippe und entsprechend weiter nach vorn gelegene Theile der Vaginalwand zur Anfrischung wählte, wieder den zu starken Zug auf die Harnröhre. Ich operirte deshalb ganz genau nach Sims und erzielte damit ein durchaus befriedigendes Resultat. Die Heilung erfolgte

vollständig per primam; die Narbe war eine sehr feste; es traten gar keine Erscheinungen von Seiten der Harnröhre oder Blase auf. Am 13. Tage verliess die Patientin, die vor der Operation ein jammervolles Bild fortwährenden Schmerzes bot, viel besser aussehend und beschwerdefrei meine Anstalt. Leider bin ich nicht in der Lage, etwas darüber sagen zu können, ob diese operativen Heilungen der Anteversion definitive sind, da der zweite Fall erst vor vier Wochen operiert wurde und ich die erste Patientin vier Wochen nach der Operation aus den Augen verlor. Sims giebt von zweien seiner Patientinnen dauernde Heilung und guten Verlauf späterer Geburten und Wochenbetten an. Auch ist a priori irgend ein Nachtheil, wenn man genau nach Sims operiert, für spätere Zeiten kaum zu fürchten. Ich glaube, dass diese Sims'sche Operationsmethode, die eigentlich mehr in einer Verkürzung des vorher vergrösserten vorderen Scheidengewölbes als in einer directen Verlöthung der Vaginalportion an die vordere Scheidenwand besteht, viel rationeller ist, als der Vorschlag von Simon, der die letztere bezweckt, wie schon der von ihm gewählte Name dieser Operation, „Transplantation der vorderen Muttermundslippe“, bezeichnet.

Eine weitere Frage wäre, ob die operative Aufrichtung des vorher antevertirten Uterus später zu einer vollständigen restitutio in integrum führt, d. h. ob die Rigidität und die Hypertrophie des Organes sich, wenn es wieder normal steht, zurückbildet. Ich glaube, dass mittelbar dazu die Lageverbesserung beitragen wird, und schon dadurch, dass eher Gravidität eintritt und der im Wochenbette erfolgende Involutionsprocess des Uterus dann vielleicht eine Radicalheilung des Organes bewirken wird.

Die Technik der Operation ist eine keineswegs schwierige, höchstens dadurch etwas erschwert, dass man es ja meistens mit enger Vagina einer Nullipara zu thun hat. Das Anfrischen bietet bei gehörig herabgezogenem Uterus und bei gehöriger Erweiterung der Vagina mit den Simon'schen Specula gar keine Schwierigkeit, und die Fäden lassen sich auch leicht anlegen, nur wird man darauf achten müssen, mit der Nadel nicht durch die ganze Substanz der Harnröhren- oder Blasenschleimhaut zu gehen, um nicht eine Reizung dieser Organe oder, falls keine prima intentio eintreten sollte, eine kleine Fistelbildung, die übrigens auch spontan heilen würde, zu veranlassen. Am besten legt man während der Operation einen Katheter in die Harn-

röhre; diesen Katheter aber, wie Sims will, 14 Tage liegen zu lassen, dafür sehe ich gar keinen Grund ein. Weiter wird man darauf achten müssen, dass das anzufrischende Stück der vorderen Vaginalwand nicht zu weit nach vorn kommt, weil sonst der Zug der Harnröhre nach hinten Beschwerde macht, und weil auch sonst ein zu tiefer Stand des Uterus nach der Vernarbung erzielt würde. Die Fäden muss man natürlich erst alle legen und dann knoten, weil nur so eine genaue Adaption der Wundflächen sich ermöglichen lässt. Wenn die Spannung muthmaasslich eine zu starke würde, dürfte es sich vielleicht auch empfehlen, als bestes Entspannungsmittel die schon öfter erwähnte Fadenschlinge durch die Vaginalportion nach der Operation mit Heftpflaster wieder stramm auf dem Leibe zu befestigen und bis zum Herausnehmen der Fäden liegen zu lassen. Nachtheil kann eine solche Schlinge, die durch die ganze Substanz der Vaginalportion geht, ja keinen anderen bringen, als dass der Stichkanal eitern wird.

Was Simon's Vorschlag dieser Behandlungsmethode bei Anteflexion betrifft, so glaube ich, dass sich für diese Lageveränderung derselbe in modificirter Weise auch anwenden liesse. Eine Fixirung der Vaginalportion würde zur Ausgleichung der Knickung natürlich nicht ausreichen, aber theoretisch sollte man annehmen, dass nach einer solchen operativen Fixirung ein Intrauterinstift dann vollständig im Stande wäre, eine normale Lage des Uterus zu erzielen, während der Intrauterinstift ohne diese Fixirung der Vaginalportion an die vordere Scheidenwand in vielen Fällen aus der Anteflexion eben eine Anteversion machte; aber auch in einem solchen Falle halte ich dafür, dass die plastische Vernähung der Sims'schen Falte zweckentsprechender und der natürlichen Lage der Vaginalportion ähnlicher sein dürfte.

Dass ich die Sims'sche Operation natürlich nur für die hochgradigsten Fälle der Anteversion, die mit grossen Beschwerden der Patientin einhergehen, empfehle, versteht sich von selbst. Und gewiss ist diese Operationsmethode werth, dass sie öfter versuchsweise nachgeahmt wird; namentlich für die Fälle möchte ich sie empfehlen, in denen der von mir proponirte Versuch mit der Fadenschlinge ergiebt, dass die Verbesserung der Lage schon allein im Stande ist, die Beschwerden der Patientin vollständig aufzuheben.