II. Zur Resection des hypertrophischen Scheidentheils unter künstlicher Blutleere.

Von

Dr. med. L. Fürst,

Docent an der Univ. Leipzig.

In der von Schroeder (Handb. d. Krankh. d. weibl. Geschl.-Organe, 6. Aufl. Leipzig 1884, S. 71) zunächst für die Stenose, aber auch weiterhin (S. 80) für die Hypertrophie der Vaginalportion angegebenen Methode der keilförmigen Excision besitzen wir ein Verfahren, welches als typisch, als naturgemäss und als für den Erfolg der plastischen Operation zuverlässig allgemein geschätzt ist. Gelegentlich einiger Fälle, die ich nach dieser Methode zu operiren Veranlassung hatte, konnte ich mich überzeugen, wie vollkommen sie nicht nur eine Verkleinerung des Scheidentheils, sondern auch eine Wiederherstellung seiner Gestalt ermöglicht. Wenn ich mir erlaube, einige Bemerkungen und Vorschläge, sowie eine kleine Neuerung zu der bewährten Methode hier zu publiciren, so thue ich es nur in der Hoffnung, dadurch ihre Anwendung noch mehr zu verallgemeinern.

Zunächst möchte ich auf die Vorbehandlung der fast in jedem Falle von Cervixhypertrophie kranken Gebärmutter hinweisen, eine Maassregel, die, wenn sie nicht vernachlässigt wird, den günstigen Erfolg sehr fördert. A. Martin lässt, wie er in seiner „Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“ (Wien und Leipzig 1885, S. 286) sich äussert, „in der Regel eine Abrasio mucosae vorangehen“. In der That empfiehlt es sich sehr, der Resection der Vaginalportion eine thunlichste Beseitigung des primären Leidens vorzuschicken. Speciell sollte man z. B. bei hyperämischer Schwellung eine ergiebige Scarification, bei Wucherung der Schleimhaut ein Curettement des Endometriums bzw. eine Auskratzung des Gebärmutterhalses, jedenfalls aber eine mehrtägige gründliche Desinfection der Gebärmutterhöhle vornehmen. Die Heilung der Operationswunde wird um so ungestörter erfolgen, wenn das Operationsgebiet von einem abnormen Blutreichthum entlastet, und wenn die zu Blutungen neigende, von virulenten Absonderungen bedeckte Schleimhaut unschädlich gemacht ist.

Gerade die letzteren können, zumal wenn sie ausgesprochen gonorrhöisch sind, trotz Anwendung von Jodoform nach der Operation, die Vereinigung beträchtlich stören und den Erfolg, wenigstens was die plastische Seite anbelangt, sehr in Frage stellen. Ueber die frische Wunde fliessend, in die Stichkanäle dringend, halten solche Secrete die Heilung auf. Sie führen zu leicht blutenden Granulationen, welche die Wiederbedeckung mit Epithel und die Normalvernarbung verzögern.

Was die Schnittführung anbetrifft, so empfiehlt Schroeder, sie „je nach Bedürfniss“ höher oder tiefer auszuführen, und Martin „nimmt die erkrankten Theile so weit als thunlich auch an der Schleimhaut weg“. Während bekanntlich Hegar's Verfahren der kegelförmigen Excision sich besonders für Fälle von Hypertrophie der Vaginalportion mit noch normaler Schleimhaut eignet, wird die keilförmige Excision Schroeder's mehr bei gleichzeitigen pathologischen Zuständen der Cervicalschleimhaut am Platze sein. Es wird aber sicher den Intentionen des Erfinders dieser Methode entsprechen, wenn man sich bei der Schnittführung bemüht, alle kranken Partien der Schleimhaut, ganz besonders Erosionen, mit zu entfernen, soweit dies die später nothwendige Adaptirung der Schnittflächen gestattet. So typisch auch die Operation ist, so muss doch nicht nur die Höhe, sondern auch die Richtung und Form des Schnittes in jedem Einzelfalle individuell ausgeführt werden, natürlich stets mit dem Hinblick auf die angestrebte Plastik.

Die von A. Martin s. Z. (Berl. klin. Wochenschr. 1876 No. 4) vorgeschlagene künstliche Blutleere durch Constriction mit Gummischlauch ist von ihm neuerdings selbst wieder verlassen und bei genügender Schnelligkeit und Uebung als unnöthig bezeichnet worden, so dass er die Anlegung des elastischen Schlauchs nur noch für Anfänger und zu Demonstrationszwecken beobachtet. Das Stillen der Blutung macht ihm bei der höchstens 10 Minuten dauernden Operation keine Schwierigkeiten. Ich schliesse mich seiner Ansicht an, dass die Blutung sehr wohl zu beherrschen ist und keine Besorgnisse einzufliessen braucht, so dass man zum Zwecke der Blutstillung der Constriction entbehren könnte. Allein bei dem grossen Blutreichthum, der sich gerade in Fällen von Hypertrophie des Scheidentheils wegen der gleichzeitig erkrankten Gebärmutter häufig findet, und auf den auch Schroeder hinweist, ist es, wenn auch nicht nöthig, so doch sehr angenehm und trägt sehr zur Genauigkeit sowie zum glatten Verlaufe des Eingriffs bei, wenn man sich das Operationsfeld blutfrei hält. Zumal bei plastischen Operationen ist es nicht nur für den Anfänger, sondern auch für den Geübteren im Interesse einer guten Vereinigung sehr erwünscht und vortheilhaft, operiren zu können, ohne durch überrieselndes Blut gestört zu werden. Der elastische Schlauch ist zwar entbehrlich aber eine Erleichterung und spart Blut. Da er theils in Folge der konischen Form, theils in Folge des Zusammenfallens der plötzlich blutfreieren Portio vaginalis im Laufe der Operation leicht abgelenkt, hat man ihn über eine oder zwei lange Karlsbader Nadeln, die man durch die Portio stiess, geknotet und fixirt. Ich bin hiervon seit einiger Zeit zurückgekommen. Zuweilen brechen die Nadeln, zuweilen verbiegen sie sich. Manchmal wiederum verletzen die scharfen Spitzen die Seitenwände der Vulva und Vagina, sowie die Finger des Operateurs. Um diesen Uebelständen vorzubeugen, wende ich in letzter Zeit zwei gedeckte Nadeln an (Fig. 1 u. 2),

Fig. 1
(offen).

Fig. 2
(geschlossen).

Ligatur-Fixations-Nadel. (Natürliche Grösse.)

über die ich bereits im VII. Jahrg. No. 1360 der Illustr. Monatsschr. d. ärztl. Polytechnik eine vorläufige Mittheilung gegeben und die ich der Kürze wegen als „Ligatur-Fixations-Nadeln“ bezeichnet habe. Diese Nadel ist rund, aus Stahl gearbeitet und mit dreikantiger Troicartspitze versehen, so dass sie leicht und sicher selbst durch festes Gewebe dringt, ohne sich zu verbiegen. An einem flachgedrückten Griff mit abgerundeten Kanten ist sie leicht zu fassen und sicher zu halten. Der Griff ist nach dem Mittelstück zu leicht concav, um das Abgleiten des Schlauchs noch besser zu verhüten. Auf einen Schraubengang wird die Deckungskappe leicht festgeschraubt. Zwei Nadeln werden am Besten von hinten nach vorn diagonal gekreuzt, thunlichst hoch durch die Vaginalportion gestochen und dienen so dem darüber angelegten, durch Knoten oder Bleiring geschlossenen Schlauch zum sichern Halt. Sie brechen nie, zerreißen weder das Gewebe noch die umliegenden Theile. Die Hände des Arztes sind keiner Verletzung ausgesetzt. Man kann an ihnen die Gebärmutter festhalten und herabziehen. Nach Vollendung der Naht werden die Deckungskappen abgeschraubt, die Nadeln vorsichtig herausgezogen und die elastische Ligatur entfernt. Die Stichkanäle heilen, wenn die Nadeln gut desinficirt waren, ohne Zwischenfall. — Nach sofortiger Desinfection können diese Nadeln (im Gegensatz zu den üblichen Lanzennadeln) immer wieder benutzt werden. Ich reinige Nadel und Deckungskappe sofort nach der Operation zunächst durch Abwaschen,

wobei ich mit einer kurz geschnittenen Feder etwaige Blutreste aus der Höhlung der Kappe entferne. Hierauf werden beide Theile mit Aether abgebürstet, ausgekocht und in 5procentigem Carbolöl aufbewahrt. — Der Instrumentenmacher C. Franck, Leipzig, Kurprinzstrasse 18, hat diese Nadeln vorrätzig.

Als Nähmaterial habe ich mit einem gewissen Vortheil vierfach gezwirntes Catgut von Paul Hartmann's Verbandstoff-Fabrik in Heidenheim verwendet. Lässt man an dieser Stelle Seidennähte nur kurze Zeit liegen, so reisst man bei Blosslegung der Vaginalportion mittelst des Speculum behufs Entfernung der Fäden die lose verklebte Wunde durch die Spannung leicht wieder auseinander. Ueberlässt man die Fäden der spontanen Losstossung, so wird bisweilen durch Eiterung der Stichcanäle und Durchschneiden der Fäden der ausgesprochen plastische Zweck verfehlt. Das übliche Catgut resorbirt sich zu schnell, das vierfach gezwirnte genügend langsam. Es hält hinreichend lange fest, ohne nachzugeben und gestattet ein festes Knüpfen ohne zu reißen. So kann man die Operationswunde, ohne sie durch Specula zu zerren, unter Bedeckung mit Jodoform, der sich später antiseptische Ausspülungen anschliessen, ruhig bis zur völligen Heilung sich selbst überlassen.

Einige in meiner Privatklinik nach der vorstehenden Methode unter künstlicher Blutleere operirte Fälle hatten ein durchaus befriedigendes Resultat:

1) Frau Anna M., 38 J. alt, aus Zittau. Hypertrophie der Portio vaginalis, bes. der vorderen Lippe. Chron. Endometritis, linksseitiger starker Einriss. Operation den 25. September 1884. Geheilt entlassen nach 11 Tagen.

2) Frau Marie Sch., 33 J. alt, aus Schöneck. Starke rüsselförmige Hypertrophie der Portio vaginalis. Zwei mittelgrosse Einrisse, Endometr. chron. cat. Erosion der z. Th. ectropionirten Schleimhaut. Operation den 12. October 1884. Geheilt entlassen nach 12 Tagen, bis auf eine kaffeebohngrosse leicht erodirte Stelle, die sich erst nach 3 Wochen mit Epithel bedeckt.

3) Frau Agnes W., 34 J. alt, aus Kieritzsch. Bedeutende Hypertrophie der Portio vag., besonders der vorderen Lippe. Chronische eitrige Endometritis. Wucherung der Cervical-Schleimhaut. Operation den 11. December 1884. Geheilt entlassen nach 25 Tagen.

4) Frau Minna K., 35 J. alt, aus Plagwitz. Starke Hypertrophie der Portio, mit Elongation. Keine Einrisse, aber mehrere Erosionen. Cervical-Schleimhaut verdickt, blutend, ectropionirt. Keine Endometritis. Operation den 8. März 1885. Völlig geheilt nach 14 Tagen bis auf eine kleine, erst nach wiederholten Aetzungen verschwundene Erosion.

In diesen Fällen hat sich die Vorbereitung durch Heilung, resp. Beseitigung der kranken Uterus- und Cervix-Schleimhaut, besonders die Desinfection mit übermangansaurem Kali und das Curettement als vortheilhaft erwiesen. Ferner hat sich die Einbeziehung von Erosionen in den Schnitt, die Anwendung der geschilderten Nadel und des erwähnten Nähmaterials recht gut bewährt. Fall 2, 3 und 4 boten ausserdem verschiedene Formen hochgradiger Hysterie, die in einem Falle ganz verschwand, in einem monatelang wegblieb und dann abgeschwächt wiederkehrte, im letzten aber leider nicht gemindert wurde. Hingegen sind in allen 4 Fällen die örtlichen Symptome (Druck und Völle im Becken, Ziehen nach unten, Hypersecretion, Neigung zu Blutungen) nach der Operation beseitigt worden.