DEUTSCHE MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.

Mit Berücksichtigung des deutschen Medicinalwesens nach amtlichen Mittheilungen, der öffentlichen Gesundheitspflege und der Interessen des ärztlichen Standes.

Begründet von Dr. Paul Börner.

Zwanzigster Jahrgang.

Redaction: Prof. Dr. A. Eulenburg und Dr. Jul. Schwalbe, Berlin. — Verlag: Georg Thieme, Leipzig-Berlin.

Lichtensteinallee 3.

Potsdamerstr. 116.

Postadresse: Leipzig, Seeburgstr. 31.

I. Aus der geburtshülflich-gynäkologischen Universitätsklinik in Giessen.

Ueber Schwangerschaften im ventrifixirten Uterus.¹⁾

Von H. Löhlein.

Die Frage, ob durch die Anheftung des Corpus uteri an die Bauchwand ein ungünstiger Einfluss auf die Conceptions- und Gestationsfähigkeit der Frau ausgeübt wird oder nicht, ist, wie ein Blick auf die Litteratur des Faches lehrt, besonders lebhaft im Laufe des Jahres 1891 discutirt worden. In den beiden darauffolgenden Jahren trat sie erheblich in den Hintergrund vor dem Interesse, mit welchem Indicationen und Technik — namentlich die letztere — der concurrirenden Operation, der vaginalen Antefixation der rückwärts gelagerten Gebärmutter, überall erörtert wurden.

Obleich nun meines Erachtens durch die zur Zeit vorliegenden Erfahrungen die meisten der gegen die Ventrifixation²⁾ und ihren Einfluss auf den Status gravidus geäußerten Bedenken bereits ihre Widerlegung gefunden haben, möchte ich doch im folgenden zwei eigene zu Gunsten der genannten Operation sprechende Beobachtungen mittheilen. Ich halte mich um so mehr hierzu verpflichtet, als ich am Schlusse einer vor etwas über Jahresfrist erschienenen Publication über 23 Fälle von Ventrifixation aus der Giessener Frauenklinik³⁾ bekennen musste, dass ich bis dahin nicht in der Lage war, den Eintritt und Ablauf von Schwangerschaften bei den von mir Operirten zu verzeichnen.

Schon damals fügte ich freilich hinzu, dass bei 15 von den 23 Operirten die Möglichkeit einer Conception überhaupt nicht in Frage kam (zehnmal Abtragung der beiderseitigen Anhänge, Status post climacterium, Virgines), und dass auch unter den übrigen 8 die Chancen bei 4 nur sehr gering waren, da 3 von ihnen, bei welchen gleichzeitig Ovariectomie oder Myomectomie ausgeführt war, sich im Alter von 41—44 Jahren befanden und die vierte später an Phthisis pulmonum schwer erkrankte. So blieben streng genommen nur vier Frauen für die Beurtheilung der vorliegenden Frage verwendbar, und von diesen waren wiederum zwei damals erst vor ganz kurzer Zeit operirt.

Von diesen beiden letztgenannten ist eine (Frau D.) inzwischen, und zwar bald nach jener früheren Veröffentlichung, schwanger geworden, und Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett konnte von uns genau verfolgt werden. Ausserdem konnte ich den Eintritt und Ablauf einer Schwangerschaft beobachten bei einer in der früheren Liste noch nicht aufgeführten Kranken, bei der sich die im September 1892 ausgeführte Ventrifixation an eine Myomectomie anschloss. Beide Beobachtungen bieten interessante Einzelheiten, so dass ihre Mittheilung auch demjenigen berechtigt erscheinen wird, der die im April 1891 von Säger⁴⁾ veröffentlichte Tabelle von 9 ausgetragenen Schwangerschaften nach 86 conservativen Ventrifixationen und die in gleicher Weise günstig verlaufenen Fälle von Leopold⁵⁾ kennt und schon durch sie die gegen die Ventrifixation geäußerten Bedenken für genügend widerlegt hält.

¹⁾ Vorgetragen in der medicinischen Gesellschaft zu Giessen am 30. Januar 1894.

²⁾ Die Autoren schreiben hartnäckig Ventrofixation, während doch ohne Zweifel Ventrifixation richtig ist.

³⁾ H. Löhlein, Gynäkologische Tagesfragen p. 228.

⁴⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1891, p. 310.

⁵⁾ ibid. p. 317.

Bevor ich meine Krankengeschichten berichte, möchte ich in dessen bezüglich meiner Stellung zur Ventrifixation die Bemerkung vorausschicken, dass sich dieselbe durch die inzwischen erreichten Fortschritte in der Technik der vaginalen Antefixation gegen früher nicht geändert hat. Die Ventrifixation hat sich als eine zuverlässige, mit keinerlei lästigen Folgezuständen verknüpfte Methode, den retrodevirten (und auch unter Umständen den prolabirten) Uterus dauernd in Vorwärtslagerung mit mässiger Elevation zu erhalten, hinlänglich bewährt. Die erwähnte Elevation, welche der Methode vielfache Vorwürfe zugezogen hat, ist nicht grösser, ja meist sogar geringer als diejenige, welche wir herstellen, wenn wir den retrodevirten Uterus mit der Sonde aufrichten oder den anteflectirten durch Einführung der Sonde strecken — wie man sich leicht bei vergleichenden Untersuchungen überzeugen kann. Der Fundus uteri steht daher für gewöhnlich nicht oder doch nur ganz unerheblich über der Ebene des Beckeneinganges. — Trotzdem wird die Ventrifixation wie jede operative Fixation wegen Retroversio-flexio uteri an sich nur selten, und immer nur dann angezeigt sein, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf die Lageabweichung zurückzuführen sind und letztere durch die orthopädische Behandlung von der Scheide aus nicht befriedigend corrigirt werden kann.

Es mag auffallen, dass ich die operative Antefixation überhaupt nur selten wegen der Retrodeviation angezeigt finde und im Gegensatz zu der Mehrzahl der Fachgenossen nur ganz ausnahmsweise ausführe, da ich auf die grosse Häufigkeit der Rückwärtslagerungen und auf die beschränkte Zahl von Dauerheilungen durch Pessarbehandlung (Löhlein 18 %, ebenso Fritsch, Centralblatt für Gynäkologie 1893, p. 299) wiederholt aufmerksam gemacht habe. Der Grund hierfür ist zunächst darin zu suchen, dass ich in den durch Bildungsanomalieen (Kürze der vorderen Scheidenwand, Hypoplasie des Uterus und anderes) bedingten, resp. mit solchen verbundenen Fällen sowie in allen denjenigen, die im climacterischen und postclimacterischen Alter constatirt werden, auf jede Orthopädie gemeinhin verzichte. Ferner, dass bei zahlreichen Frauen mit den gewöhnlichen, zumal im Puerperium erworbenen Retrodeviationen nicht diese, sondern die Inversion der Scheidenwände, der Dammdefect, die begleitende Endometritis und Colpitis die wahre Ursache der Beschwerden und der Angriffspunkt für die Therapie sind. Endlich, dass in den Fällen, wo zweifellos die Lage rectificirt werden musste und durch ein Pessar rectificirt wurde, sehr häufig eine dauernde Beseitigung der Beschwerden auch da erzielt wird, wo wir den längere Zeit aufgerichtet gewesenen Uterus später in die falsche Lage zurückgesunken finden, eine „definitive Heilung“ also nicht erreicht war. So habe ich denn die ventrale Fixation am häufigsten ausgeführt und gedenke sie zur Lageverbesserung des retroflectirt oder prolabirt gefundenen Uterus auch ferner stets gebührend zu berücksichtigen bei Gelegenheit anderweitig angezeigter Laparotomien: Ovariectomien, Castrationen, Myomotomien.

Fall 1. Der erste Fall betraf eine 30jährige Bauernfrau D., die zweimal geboren hatte, als sie im Sommer 1892 zur Operation aufgenommen wurde. Erste Entbindung 1886, dabei Dammriss, weiterhin Prolapsus uteri et vaginae utriusque, dessentwegen 1887 von Hofmeier die Colpoperineorrhaphia ausgeführt wurde. Im Anschluss an das zweite Wochenbett (1890) bildete sich der Vorfall von neuem aus: Descensus uteri retroversi, Inversion der Scheidenwände, grosse gemüthliche Depression. Am 27. Juli 1892 Ventrifixatio. Dritte Schwangerschaft: Letzte Menses in der zweiten Hälfte des März 1893; in den ersten drei Monaten häufiges Erbrechen, lästiger als in den beiden früheren Schwangerschaften. Vor-

stellung am 24. September 1893. Status gravidus VI mensium, starke Varicositäten an den Labia majora und dem Introitus vaginae. Durch die Bauchdecken fühlt man bei tiefem Eingreifen Stränge, die von der vorderen Wand des Fundus gegen den unteren Theil der Bauchschnittnarbe laufen, bei seitlicher Verschiebung des Uterus werden sie gespannt.

Bei der Entbindung, die in der Klinik am 21. December 1893 stattfand und innerhalb sieben Stunden verlief (L. K. 2900 g), wurde folgender Befund notirt: die braunpigmentirte Operationsnarbe verläuft, der Linea alba entsprechend, vier Querfinger unterm Nabel beginnend bis nahe an den oberen Symphysenrand; ihr unteres Ende erscheint verbreitert, aber nicht hernienartig vorgedrängt. Etwa 3 cm unterhalb des oberen Endes der Schnittnarbe zieht, von einer höckerigen Prominenz ausgehend, ein rundlicher Strang in der Richtung nach rechts und oben gegen den Fundus. Sein Lauf schneidet die linke Linea alba in sehr spitzem Winkel. Hinter den dünnen Bauchdecken erscheint für das Auge wie für die palpierende Hand das Corpus uteri namentlich während der Wehen in zwei „Cornua“ getheilt durch jenen an der vorderen Körperwand sich anspannenden; wie ein Ligamentum teres sich anführenden Adhäsionsstrang.

Wochenbett: 21. December 1893, Abends. Fundus daumenbreit unter Nabelhöhe, an der vorderen Wand der beschriebene Strang, wenig gespannt. 27. December 1893. Portio kurz, aber deutlich formirt, Corpus anteflectirt, kugelig; der runde Strang ist deutlich verkürzt gegen früher und erscheint eher mässig gespannt als schlaff; ähnlich am 31. December 1893. Am Anfang der dritten Woche (5. Januar 1894) wurde die Wöchnerin auf ihren dringenden Wunsch entlassen. Das Kind hatte seit der Geburt 700 g (!) zugenommen. Die Portio war gut formirt, das Corpus in etwas weniger als R. anteflectirt, etwa noch aufs doppelte verdickt, der gegen das rechte Horn ziehende Verbindungsstrang erscheint weniger gespannt und glatter als früher.

Bei der acht Wochen später (2. März 1894) vorgenommenen Untersuchung fand sich der völlig zurückgebildete Uterus in gleicher Weise anteflectirt und in normaler Höhe beweglich fixirt. Die Frau stillte ihr Kind.

Das Interesse des Falles beruht zunächst darin, dass hier ein durch die Scheiden- und Scheidendamnnahrt nur vorübergehend beseitigter Prolapsus uteri et vaginae durch die Annäherung des Fundus uteri an die Bauchwand in befriedigender Weise geheilt wurde. Sodann in der bei den wiederholten Untersuchungen constatirten, geradezu auffallenden Fähigkeit der fixirenden Adhäsion, nicht nur dem Wachsthum des schwangern Uterus nachzugeben, sondern auch der sehr prompt erfolgenden puerperalen Verkleinerung sich anzuschliessen, ja bis zu einem gewissen Grad mit ihr Schritt zu halten. Da ich nicht die Kuppe des Uterus, den Fundus im engeren Sinn, sondern die oberste Partie der vorderen Fläche des Corpus uteri rechts wie links je mit zwei Catgutnähren oder je mit einer Seiden- und einer Catgutnaht zu fixiren pflegte, konnte man durch den sich spannenden, derberen, nach rechts oben verlaufenden Adhäsionsstrang während der Wehe, in der der Längsdurchmesser des Uterus zunahm, der Fundus höher stieg, die vordere Corpuswand gleichsam in zwei Abtheilungen getrennt fühlen.

Fall 2. Der zweite Fall betraf eine 35jährige Frau L. aus S., bei welcher am 22. November 1892 die Myomektomie vorgenommen werden musste. Der mehr als mannkopfgrosse Tumor, dessen Kuppel cystisch erweicht war, war im zweiten Monat der ersten Gravidität bei der phthisischen Patientin enucleirt worden. (Das Präparat wurde mit anderen ungewöhnlichen Myomen in der Sitzung der Medicinischen Gesellschaft zu Giessen vom 14. März 1893 vorgezeigt.) Das bereits vor der Operation in der Entwicklung stehen gebliebene Ovulum wurde am Tage nach der Operation, bei welcher das Cavum uteri uneröffnet blieb, ausgestossen. Nach theilweiser Resection seiner Wände wurde das dem Fundus uteri angehörende Geschwulstbett etagenweise vernäht und der ursprünglich retroflectirte Uterus durch Fixirung des vereinigten Geschwulstbettes in der Bauchwunde mittels einer oberen und einer unteren Seidennaht aufgerichtet.

Fünf Monate nach der Entlassung wurde ich von den Kranke in ihrer Heimath behandelnden Aerzten zu ihr gerufen, da eine Reihe von bedenklichen Störungen, namentlich anhaltende Brechneigung und lästiges Erbrechen, die mit den peritonealen Verwachsungen nach der Operation in ätiologischen Zusammenhang gebracht wurden, ihre Kräfte zusehends untergruben. Es war leicht zu constatiren, dass eine Schwangerschaft im dritten Monat bestand und dass das Erbrechen durch sie bedingt war. Adhäsionen zwischen dem anteflectirten Uterus und der Bauchnarbe liessen sich wohl fühlen, doch gestatteten sie dem Corpus uteri freie Beweglichkeit. Hiervon konnte ich mich auch im sechsten Monat der Schwangerschaft nochmals überzeugen, da die Kranke um diese Zeit nochmals einen kürzeren Aufenthalt in der Klinik nahm, um gleichzeitig den Rath meines Herrn Collegen Riegel einzuholen. Denn ebenso wie nach der Operation bestanden auch jetzt unverkennbare Erscheinungen von Phthisis pulmonum bei ihr. Die Krankheit machte indessen in den letzten Monaten der Schwangerschaft und — nach einer brieflichen Mittheilung — auch in dem sich anschliessenden Wochenbett keine weiteren Fortschritte. Am 11. September 1893 wurde sie in ihrer Heimath von einem lebenden kräftigen Mädchen entbunden (Forceps), das leider bald nach der Geburt starb.

Die Art der Fixation des Uterus an der Bauchwand war in diesem zweiten Fall nicht unwesentlich verschieden von derjenigen im ersten. Sie war auch nicht lediglich zu dem Zweck vorgenommen worden wie jene, nämlich zur Rectification der Lage der Gebärmutter, sondern auch, und zwar in erster Linie, um gegen Nachblutung sowohl wie gegen Infection des Peritoneums grössere Sicherheit zu gewähren. In letzterer Hinsicht hat mir das hier

eingeschlagene Verfahren, nach welchem die Seidennähte, die das Geschwulstbett nach der Enucleation grosser Myomknoten vereinigten, durch die Bauchwunde nach aussen geleitet und das obere und untere Ende der Uteruswunde im unteren Winkel der Bauchwunde angenäht wurden, wiederholt zuverlässige Dienste geleistet. — Bei einem jungen Mädchen (A. aus N.), bei dem wegen eines ebenfalls über mannkopfgrossen Myoms im April 1892 die Enucleation ohne Eröffnung der Gebärmutterhöhle vorgenommen und das etagenweise vernähte Geschwulstbett anfangs intraperitoneal versenkt war, wurde am zweiten Tage nach der Operation wegen bedrohlichen Ansteigens von Puls und Temperatur die Einnäherung des vernähten Geschwulstbettes in die Bauchwunde noch nachträglich ausgeführt. Die Symptome besserten sich danach sofort. Nach Jahresfrist fand sich der obere Abschnitt des Corpus uteri durch einen Strang, der indessen völlig freie Beweglichkeit gestattete, mit der unteren Partie der Laparotomienarbe verbunden. Nach der oben mitgetheilten Erfahrung zweifle ich nicht daran, dass auch für die eben erwähnte jugendliche Operirte eine Beeinträchtigung der Gestationsfähigkeit durch die Art, wie die Myomenucleation nach A. Martin von mir ausgeführt wurde, nicht geschaffen worden ist. — Darum bin ich auch bei einer Myomkranke (Frau Fr.), die wesentlich ihrer Sterilität wegen im October 1893 hier Hilfe suchte und bei der wir ein reichlich kindskopfgrosses subseröses Fibroid des Fundus uteri enucleiren konnten, wiederum in der oben beschriebenen Weise vorgegangen. Auch hier war vier Monate später der jetzt normal grosse Uterus durch Adhäsionen, die nach allen Richtungen genügende Beweglichkeit gestatteten, mit dem untern Ende der Bauchnarbe verbunden.

Wenn ich gern zugebe, dass man gegen Fälle wie unser zweiter einwenden kann, dass sie nicht den Ventrifixationen im engsten Sinn zuzuzählen seien, so behaupte ich doch, dass die Analogie bezüglich der hier interessirenden Frage der Conceptions- und Gestationsfähigkeit eine vollständige ist, nur dass wegen der derberen und ausgiebigeren Anheftung an die Bauchwand a priori die Schwangerschaft in noch erhöhtem Maasse gefährdet erscheint. Unsere Beobachtungen lehren, dass weder durch diejenigen Antefixationen, die zur Lageverbesserung, noch durch die, welche gelegentlich der Myomektomie ausgeführt werden, die spätere Gestationsfähigkeit ungünstig beeinflusst wird. Durch Befürchtungen in dieser Hinsicht wird demnach die Indication der Ventrifixation nicht eingeschränkt werden.

Es fragt sich indessen, ob in unseren beiden Fällen nicht vielleicht besonders günstige Verhältnisse obgewaltet haben, mit denen nicht allgemein gerechnet werden kann. In dieser Hinsicht kommt namentlich in Betracht, dass in dem einen Fall bereits im achten, in dem andern schon im dritten Monat nach der Operation die neue Schwangerschaft eintrat. Es lässt sich annehmen, dass um diese Zeit die frischen, gefässreichen Verbindungsbrücken, zumal unter dem Einfluss der auch für sie mit dem Eintritt der Schwangerschaft neu gesteigerten Blutzufuhr eine grössere Dehnbarkeit und Nachgiebigkeit besitzen, als wenn Jahre lang bestehende sehnig-derbe Pseudoligamente die Gebärmutter antefixirt halten. Dass Verhältnisse der erstgenannten Art in dem ersten Fall vorgelegen haben, dass es sich namentlich nicht etwa um grössere Brüchigkeit und dadurch leichtere Trennung der neu gebildeten Adhäsionen handelte, war ja in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett leicht und bestimmt zu erhärten.

Von besonderem Interesse war in diesem Fall, wie ich bereits hervorgehoben habe, die nicht zu verkennende Theilnahme des Verbindungsstranges an der puerperalen Involution der Gebärmutter. Sie erfolgte, soweit man es beurtheilen konnte, in vollkommener Analogie mit derjenigen der Ligamenta lata und utero-sacralia. Dieser Umstand lässt uns hoffen, dass die Fixation durch die Dehnung, die sie in der Schwangerschaft erfahren hat, die Fähigkeit, den descendirten Uterus in Elevation zu erhalten, nicht eingebüsst hat. Ob und wie weit hierauf bei den verschiedenen Arten der Antefixatio uteri retroflexi oder prolapsi überhaupt gerechnet werden darf, wird die Zukunft lehren.

Am Schluss sei noch darauf hingewiesen, dass bei beiden Operirten, wenn auch keine Unterbrechung der Schwangerschaft eintrat und wenn auch nicht einmal Erscheinungen des drohenden Abortus bemerkt wurden, doch sehr lästige Schwangerschaftsbeschwerden, namentlich Erbrechen in den ersten drei bis vier Monaten bestanden. Wenn es sich nun auch beidemal um schwächliche, nervöse Frauen handelte und wenn auch der Nachlass der Erscheinungen mit dem Ende des vierten Monats genügend beweist, dass wir es mit Schwangerschaftserbrechen, nicht etwa mit den Erscheinungen peritonealer Reizung zu thun hatten, so bin ich doch weit entfernt, allen und jeden Einfluss der Antefixation auf die im Vergleich mit den früheren Schwangerschaften vorhandene Steigerung der molimina graviditatis in Abrede zu stellen.