Die Behandlung bei Incarceration des retroflectirten graviden Uterus.

Von

Dr. Cohnstein.

Dass Incarcerationen des retroflectirten Uterus gravidus durch Reposition der Gebärmutter, auch durch Lageänderungen der Kranken beseitigt werden können, unterliegt keiner Frage. Die Schwierigkeit der Beseitigung wächst mit der Dauer des Leidens. Nun kommen die Frauen der arbeitenden Klasse, welche vorwiegend auch von dieser Krankheit heimgesucht werden, erst dann in ärztliche Behandlung, wenn die Incarceration schon tagelang angedauert hat. Der Uterus ist schmerzhaft, entzündet und die Reposition schwierig, wenn nicht unmöglich.

Die Vorschriften, welche für die Behandlung bei Incarceration des retroflectirten graviden Uterus bestehen, sind nicht bestimmt genug. Sie entstammen einer Zeit, in welcher ohne Anwendung des Gesichtes katheterisirt wurde, in welcher die Anschauungen der Geburtshelfer noch hin und her schwankten, ob die angefüllte Harnblase oder die Retroflexion das ursächliche Leiden sei, das in Angriff genommen werden müsse.

So finden wir auch in allen unseren Lehrbüchern die Rathschläge zwischen Entleerung der Harnblase und Reposition der Gebärmutter hin und her schwanken: Gelingt die Entleerung der Blase nicht, so versuche man zu reponiren; kommt man mit dem Reponiren nicht zu Rande, so wende man sich wieder zum Katheterismus u. s. w. Derartige auf verschiedene Ziele gerichtete Versuche trüben das Urtheil, erfordern recht viel Zeit, Geduld und Kraft.

Eine Reposition des incarcerirten Uterus sollte ohne vorherige Blasenentleerung überhaupt nicht geplant werden. Wo sie gelingt, leidet die Harnblase. Sie missglückt aber schon deshalb so häufig, weil wir bei angefüllter Blase die unterstützenden Ma-

nipulationen von den Bauchdecken aus, welche zur Ausführung der Reposition erforderlich sind, nicht in Anwendung bringen können.

Die Anempfehlung des künstlichen Abortus für diejenigen Fälle, in welchen die Reposition nicht möglich ist, können wir nicht gutheissen. Wo es nämlich noch ausführbar ist, eine Sonde in den Muttermund einzubringen, da ist sicher sowohl die Entleerung der Blase, als auch die Reposition des Uterus möglich. Auch die Paracentese der Gebärmutter durch ihre hintere Wand dürfte in der Praxis keinen Anklang finden: die Empfehlung dieses Eingriffes geht von der irrigen Voraussetzung aus, dass in den ersten Monaten sehr reichliches Fruchtwasser im Uterus enthalten ist, durch dessen Abfluss Wehen hervorgerufen werden, welche die Umdrehung der Gebärmutter zur Folge haben. Die Wehen wirken doch nur in der Richtung des dislocirten Uterus. Wäre wirklich in den ersten Monaten so reichliches Fruchtwasser im Uterus, so würde durch die Entleerung die Gebärmutter allerdings kleiner und die Reposition leichter.

Die Behandlungsmethode, welche wir in fünf schwierigen Fällen von Incarceration des retroflectirten graviden Uterus mit günstigem Erfolge angewendet haben und deshalb weiter empfehlen können, ist folgende:

Die erste Indication ist die vollständige Entleerung der Harnblase. Das ist die *conditio, sine qua non* reponirt werden soll. Nach vollständiger Entleerung der Blase folgt die Reposition des Uterus von der Portio vaginalis aus. Dasselbe Verfahren, das wir in schwierigen Fällen zur Entleerung der Blase empfehlen, hat schon die Reposition des Uterus eingeleitet.

Die Kranke wird auf den Untersuchungstisch und in Steinschnittlage gebracht. Der Darm wird mittels eines hoch hinaufgeführten elastischen Rohres entleert. Wir suchen die Mündung der Harnröhre auf und führen in sie einen wohlbeölten männlichen silbernen Katheter, welcher längs seines Schnabels mehrere Oeffnungen hat. Letztere sind für die vollständige Entleerung der Blase, welche bei hochgradiger Retroflexio nicht allein nach oben, sondern auch nach den Seiten zu gewaltig ausgedehnt ist, von Nutzen. Manchen Fall von misslungener Reposition nach entleerter Blase kann ich mir nur so erklären, dass nicht aller Urin ausgeschieden worden ist. Die vollständige Entleerung der

Blase ergibt sich auch dadurch, dass der Leib nicht mehr schmerzhaft ist und sich so vollständig eindrücken lässt, dass man hinter der Schamfuge die Cervix und am Promontorium den oberen Gebärmutterabschnitt nicht nur deutlich tasten, sondern auch umfassen kann. Bei der Vorführung des Katheters ist natürlich daran zu denken, dass die Harnröhre plattgedrückt und verlagert ist. Ihre Richtung verläuft wohl am häufigsten von unten und hinten nach oben und vorn. Der Katheter darf nur mit der grössten Vorsicht weiter vordringen. Erfahrung lehrt, ob der Widerstand, den der Katheter erfährt, von der zusammengedrückten oder von der verlagerten Harnröhre herrührt. Im letzteren Falle wird man den Katheter zurückziehen, im ersteren ihn kräftiger vorführen. Jeder unterstützende Druck von den Bauchdecken aus ist zwecklos und schädlich.

Nehmen wir nun den Fall an, dass es dem Katheter nicht gelingt, durch die verlagerte Harnröhre in die Blase zu kommen, so suchen wir den Mutterhals von der Symphyse zu entfernen. Erreichen wir den Muttermund, oder nur die hintere Lippe, oder auch nur einen Abschnitt derselben, so befestigen wir hier eine Kugelzange und ziehen den Mutterhals nach hinten und unten. Auf diese einfache Weise ist es uns in vier Fällen möglich geworden, den Mutterhals von der Schamfuge zu entfernen. Weit schwieriger ist die Entfernung, wenn keine Spur von der hinteren Lippe zu erreichen ist. Wir setzen dann in die der Schamfuge nächstgelegene Partie der Vaginalschleimhaut ein Häkchen und ziehen sie nach hinten und unten; dann setzen wir ein zweites Häkchen in den jetzt der Symphyse am nächsten gelegenen Abschnitt der Scheidenschleimhaut, bis die Muttermundslippe für die Kugelzange zu erreichen ist. Je mehr von der Portio vaginalis zu Tage tritt, um so höher werden die Zangen angesetzt. Wir haben noch keinen Fall beobachtet, in welchem das Herabziehen des Mutterhalses nicht zum Ziele geführt hätte. Nehmen wir aber an, dass die Portio diesem Zuge allein nicht folgt, so würden wir mit demselben eine Reposition des Fundus von der Scheide aus verbinden. Für die Art und Stärke des Zuges gelten die gleichen Vorschriften, wie beim künstlichen Prolaps.

Mit der Entfernung der Portio von der Schamfuge gelingt die Entleerung der Harnblase ohne Weiteres. Nach der vollständigen Entleerung sind die Bauchdecken so schlaff und leicht eindrückbar, dass die Reposition von hier aus keine Schwierigkeiten macht.

Ist die Harnblase vollständig entleert, ohne dass die instrumentelle Entfernung der Portio von der Schamfuge nothwendig war, so geht man mit der einen Hand von den Bauchdecken aus zwischen Symphyse und den gegen sie andrängenden Mutterhals, mit der anderen Hand in die Scheide gegen den Fundus und drängt diesen zur Seite nach oben, jenen nach abwärts.

Ist die Harnblase mit Hülfe der instrumentellen Dislocation der Portio nach hinten und unten entleert, so ist die Reposition des Uterus auch schon im Gange. Wir belassen die Kugelzange am Scheidentheile und üben, während wir von den Bauchdecken aus den Körper des Uterus emporrichten, an der Portio einen mässigen weiteren Zug nach hinten und unten aus.

Das Herabziehen der Portio vaginalis mittels der Kugelzangen erfüllt also den doppelten Zweck, es ermöglicht die Entleerung der Harnblase und erleichtert die Reposition.

Nachtheile hat die Methode nicht. Wir haben weder Verletzungen der Harnröhre, noch Gebärmutterentzündung, noch Abort beobachtet.

Ein passendes Hebelpessar verhindert die Dislocation der Portio nach vorn und die Wiederauffüllung der Blase.