Aus der Gynäkologischen Privatklinik von Geheimrat Prof.
Dr. L. Landau und Dr. Th. Landau in Berlin.

Zur Behandlung des chronischen Gebärmutterkatarrhs.

Von Dr. Felix Turan, Kurarzt in Franzensbad.

Der hartnäckige Widerstand des chronischen Gebärmutterkatarrhs den verschiedensten Behandlungsmethoden gegenüber macht die Bestrebung erklärlich, neue Methoden und Prinzipien in Anwendung zu ziehen, nicht nur allein deshalb, um eine eventuelle dauernde Heilung dieses Leidens zu ermöglichen, sondern im Falle des Nichtgelingens dieses Bestrebens wenigstens manche unangenehme Begleiterscheinungen der bisherigen Methoden zu mildern oder auszuschalten. So ergriff ich das Biersche Prinzip der passiven Hyperämie, einerseits, weil es auf den verschiedensten Krankheitsgebieten bereits die besten Erfolge erkennen ließ und dann auch, weil meine in dieser Richtung seit zwei Jahren gemachten Erfahrungen nicht nur für die Ungefährlichkeit der intrauterin angewandten passiven Hyperämie Beweise lieferten, sondern auch nicht unbedeutende therapeutische Wirkungen zutage förderten.

Wiewohl ich das Instrumentarium und dessen Handhabung bereits beschrieben habe, (siehe Zentralblatt für Gynäkologie 1906, No. 12 u. No. 28), möchte ich die Beschreibung kurz wiederholen, und zwar hauptsächlich deshalb, weil ich an der früheren Methode einiges korrigiert habe.

Den Hauptbestandteil bildet ein gefensterter Metallkatheter (siehe Abbildung).

Der zweite Bestandteil ist eine umgekehrte A-förmige, 4 cm lange Metallkanüle, deren vertikaler Zweig ein 3 cm langes, deren zwei seitliche Zweige je ein 12–15 cm langes Rohrstück tragen. Das kürzere Rohr vermittelt die Verbindung mit dem vaginalen Teile c des Katheters; eines der längeren wird mittels einer eingeschalteten Glaskanüle mit einem Manometer verbunden, das zweite dient zur Aufnahme der Saugspritze. Ausdrücklich zu bemerken ist, daß die Röhre aus einem dem äußeren Luftdruck gegenüber widerstandsfähigen Material, also eine starrwandige, sogenannte Vakuumröhre sein muß.

Zum Ansaugen der Uterushöhle dient eine Saugspritze, deren Stange in Entfernungen von $\frac{1}{2}$ cm in ihrer ganzen Länge in alternierender Weise quer auf ihre Längsachse durchbohrt ist; die Löcher sind zur Aufnahme eines metallenen Stiftes bestimmt, wodurch der entsprechend angezogene Kolben in der erreichten Lage festgehalten werden kann, sodaß die sonst kontinuierlich auszuübende manuelle Zugkraft unnötig wird.

Die Bestimmung der Höhe des im Uterus entstehenden negativen Druckes geschieht mittels eines Manometers, der entweder am benachbarten Instrumententisch aufgestellt oder, noch praktischer, an der Wand befestigt werden kann. Der Manometer muß ebenfalls ein starrwandiges und je nach den Umständen verschieden langes Rohr tragen, welches durch die bereits erwähnte Glaskanüle mit dem Katheterrohrsystem in Verbindung gebracht wird.

Die Ausübung der Methode geschieht folgendermaßen: 1. äußere Reinigung des Genitales; 2. Einführung eines Cuscospiegels zur fixen Einstellung der Portio vaginalis, daraufhin gründliche mechanische Reinigung der Scheide, der Portio, insbesondere des äußeren Muttermundes; 3. die Portio wird rechts und oben vor der Uebergangsstelle in die Vaginalschleimhaut mit einer Kugelzange gefaßt und mäßig heruntergezogen. Nachher Einführung in den Uterus eines mit der Kornzange gefaßten, dünnen Katheters (No. 1), der bereits vorher mit den Röhren armiert worden ist. Eine vorausgehende Dilatation des Cervicalkanals ist nicht notwendig, da derselbe bei der chronischen Endometritis zur Aufnahme eines dünnen Katheters meist genügend erweitert ist; 4. den Tellerteil des Katheters, b, in sich fassende Tamponade des hinteren Scheidengewölbes mittels eines sterilen Gazestreifens, wodurch der Katheter festgehalten und der eventuelle Lufteintritt durch den äußeren Muttermund verhindert wird; 5. Ansaugung des Uterusinnern mittels Saugspritze, deren Wirkung der Manometer sofort verzeichnet. Je nach der Größe der Spritze wird die Hubhöhe verschieden groß ausfallen,

d. h. die Spritze in verschiedener Länge angezogen werden müssen, um den gewünschten Druck zu erzeugen. Hat man den erreicht, wird der Stift in das zuletzt freigewordene Loch der Stange geschoben und die Spritze in die Inguinalgegend der Patientin zurückgeschlagen oder, was noch bequemer ist, das zur Spritze führende Rohr mit einer starken Sperrpinnzette abgeklemmt. Unter den beschriebenen Umständen wird es ermöglicht, daß der Druck selbst bei langer Dauer der Aspiration konstant auf der erreichten Höhe bleibt, was am Stande der Quecksilbersäule ersichtlich ist.

Das ganze bisher beschriebene Verfahren kann dadurch bedeutend erleichtert werden, daß man, wie es mir Herr Dr. Rosenthal, Assistent der Klinik, anriet, die Saugwirkung nicht durch die Spritze, sondern gleich selbst durch den Manometer bewerkstelligt. Zu diesem Zwecke wird der Manometer in eine mäßig-schiefe, horizontale Lage gebracht, wodurch das Quecksilber in einem seiner beiden Schenkel tiefer sinkt, im anderen hingegen — je nach der Größe des Winkels, welchen der schiefegelegte Manometer mit der Ebene bildet — höher fließen wird. Wenn man nun jetzt in dieser Lage das Rohr des Manometers abklemmt und letzteren dann wieder in die ursprüngliche senkrechte Stellung bringt, entsteht im Rohre und im damit verbundenen Schenkel des Manometers ein luftverdünnter Raum, als dessen Zeichen die über dem Nullpunkt stehende Quecksilbersäule gilt. Selbstverständlich kann man auch hierbei den Grad der Luftverdünnung je nach Notwendigkeit genau bestimmbar ändern und hat zu diesem Zwecke den Manometer unter verschiedener Winkelgröße schief zu legen.

Bei dieser Vorgangsweise kann nicht nur die Saugspritze, sondern auch die A-förmige Metallkanüle mit den zugehörigen Röhren entbehrt werden. Dann benötigt man sonst nichts als den Katheter, welcher an seinem c-Ende mit einem einzigen 12–15 cm langen Rohre bereits armiert, mittels Kornzange in die Uterushöhle eingeführt wird. Nachher wird das aus der Vagina herausragende, freie Ende des Rohres mit der gläsernen Verbindungskanüle des luftverdünnten Manometerrohres verbunden, die Klemme vom letzteren abgenommen, wodurch aus der Gebärmutterhöhle Luft aspiriert wird und auch dort eine Luftverdünnung entsteht, die eben die passive Hyperämie bewirkt. (Die Quecksilbersäule sinkt dabei natürlich etwas herunter, aber nicht bedeutend.) Die Operation und die dadurch hervorgerufene Hyperämisierung kann dann auf beliebig lange Zeit ausgedehnt werden.

Die Ansaugung mittels des Manometers ist infolge ihrer Einfachheit derjenigen mittels Spritze besonders dann vorzuziehen, wenn man mehrere ähnliche Fälle gleichzeitig zu behandeln hat. Um da die Zeit noch besser auszunützen, ist folgender Vorgang empfehlenswert: nach Einführung des Katheters und nach der Tamponade wird der Spiegel entfernt und dann erst aspiriert; nachher wird das aus der Vagina herausragende Rohr abgeklemmt, zurückgeschlagen und mittels einer Sicherheitsnadel an der Leibwäsche der Patientin befestigt, die nun den Untersuchungstisch verläßt, der somit (die ganze Prozedur dauert bei einiger Übung 4–5 Minuten) für ihre Nachfolgerin frei wird. Die bereits versorgte Patientin braucht dann nicht zu liegen, sie kann sitzen während der ganzen Dauer der Aspiration (kann sogar herumgehen ohne Behinderung), und wie ich mich öfters überzeugte, bleiben dabei die intrauterinen Druckverhältnisse unverändert; 6. nach genügender Aspiration Entfernung des Katheters und des Gazestreifens in liegender Lage, Abtrocknen der Portio und Vagina und Vorlegen eines trockenen Tampons. Im entfernten Katheter und in den Röhren findet man dann mehr oder weniger Schleim, Blutstreifen oder geronnenes Blut und in der zur Ausschwemmung benützten Flüssigkeit Blutkoagula und Schleimflocken.

Das Verfahren an sich ist schmerzlos, höchstens in der ersten Sitzung, wo der Cervixkanal erst gangbar gemacht werden muß empfindet die Patientin einen mäßigen, spannenden Schmerz, aber auch nicht in jedem Falle, und es kann selbst da durch vorsichtiges Vorschieben des Katheters vermieden werden.

Die Behandlung wird womöglich jeden Tag, im ganzen je nach den Umständen 15–20 mal wiederholt; bei eventuell eingetretenen Blutungen und bei der Menstruation muß sie natürlich ausgesetzt werden. Bedingung ist aber, daß man bestimmten Momenten die entsprechende Aufmerksamkeit widmet.

Vor allem ist es die Auswahl der Fälle, die berücksichtigt werden muß. Am besten eignen sich Fälle von unkomplizierter Endometritis. Ausgeschlossen sind Katarrhe, die mit unregelmäßigen Blutungen einhergehen oder von heftigen Schmerzen, also rezenten oder rezidivierenden Entzündungen und Fieber begleitet sind, wo übrigens jedwede andere Lokalbehandlung ohnedies kontraindiziert ist. Hingegen Fälle mit subakuten Erscheinungen, leichteren perimetritischen Schmerzen, Kreuzschmerzen und sonstigen Unterleibssensationen, wo man die bisherigen Behandlungsmethoden, speziell die wirksamste von ihnen, nämlich die Aetzung, nur mit

einer gewissen Reserve anwendet, setzen der intrauterinen Saugung kein Hindernis entgegen.

Ein wichtiger Punkt ist die Dauer der Einzelbehandlung. Da ich mich in meinen bisherigen Versuchen von der Unschädlichkeit der höchstens 20 Minuten lang, also kurzdauernden Aspiration überzeugte, war es mein Hauptzweck, zu erfahren, wie sich die Gebärmutter der länger dauernden Saugung gegenüber verhält. Zumal Bier und nach ihm alle diejenigen, die sich mit der Frage der passiven Hyperämie praktisch befaßten, darin übereinstimmen, daß von ihr nur im Falle einer längeren Einzeldauer eine günstige Wirkung zu erhoffen ist. So versuchte ich, und zwar bei jeder Patientin in derselben Weise, die halbstündige Einzeldauer der Anfangsbehandlung vorsichtig tastend auf sukzessiv gesteigerte, längere Zeitdosen auszudehnen, wobei ich mich überzeugte, daß die Patientinnen selbst die „in continuo“ 1½ Stunden lang dauernde Saugung, auch wenn sie tagtäglich ausgeübt wurde, ohne jeden Schmerz und ohne irgendwelche Schädigungen mit Leichtigkeit ertrugen. Infolge der Toleranz des erkrankten Endometriums gegenüber der kontinuierlichen Saugung ist also die Möglichkeit geboten, daß die passive Hyperämie auch auf dem gynäkologischen Gebiete in einer (zur Bedingung der Wirksamkeit notwendigen) längeren Zeitdauer angewendet werden kann. Zu bemerken ist, daß ich die 1½stündige Aspiration weniger des therapeutischen Effektes, als vielmehr der prinzipiellen Entscheidung halber in Anwendung zog; denn ich gewann den Eindruck, daß im allgemeinen die einstündige Hyperämisierung des Endometriums zur Erreichung des überhaupt erreichbaren Erfolges vollauf genügt.

Eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt bei der kontinuierlichen Saugbehandlung die negative Druckhöhe im Uterusinnern. Bei meinen bisherigen Versuchen hatte ich 70–80 mm Quecksilberdruck angewendet, stieg sogar versuchsweise noch höher, ohne daß subjektiv oder objektiv eine Verschlimmerung eingetreten wäre. Es war mir aber von vornherein klar, daß es bei der kontinuierlichen Aspiration vorteilhaft ist, geringeren Druck wirken zu lassen, zumal ein 80 mm hoher Druck an und für sich schon sehr bedeutende Ansprüche an die Nachgiebigkeit des Endometriums stellt; wie erst, wenn eine derartige Einwirkung noch anhaltend ist. Bei den ersten Fällen arbeitete ich noch mit einer im Verhältnis zu früher reduzierten Höhe von 50–60 mm. Aber die Erfahrung lehrte, daß die Patientinnen, wiewohl nicht unmittelbar auf die Einzel-, aber doch im Verlaufe der Gesamtbehandlung ziemlich starke und tagelang dauernde Blutungen bekamen, die ich mangels einer andern Ursache auf die Nachwirkung des wahrscheinlich zu hohen Druckes zurückführen mußte (siehe unten Fall 1 und Fall 2). Mögen es vielleicht auch individuelle Unterschiede gewesen sein in Bezug der Vulnerabilität des Endometriums, Tatsache ist, daß mir atypisch auftretende Blutungen bei den späteren Fällen, die bei viel geringerem Drucke behandelt wurden, nicht begegnet sind. Daher ist es empfehlenswert, über 30 mm Druckhöhe nicht hinauszugehen, und es scheint, daß ein zwischen 20 und 30 mm befindlicher Druck zweckentsprechend ist.

Ich möchte noch anführen, daß sonstige therapeutische Maßnahmen überhaupt nicht angewendet, sogar Irrigationen den Patientinnen untersagt wurden.

Nachstehend die kurzgefaßten Krankengeschichten:

Fall 1. Frau V. H., 40 Jahre alt. Status praesens am 30. Oktober: Metritis-endometritis chronica, mit viel eitrig-schleimigem Ausfluß (keine Gonococcen), ringförmig sitzende Erosionen. Im Kreuz und im Vorderleibe ständige, mitunter sehr heftige Schmerzen; Schwächegefühl; Menorrhagie; Anämie. Therapie: intrauterine Saugung nach obigen Angaben bei 60 mm negativem Druck. Am sechsten Behandlungstage keine Schmerzen, wenig Ausfluß. Die am 8. November eingetretene Menstruation war regelmäßig. Am 15. November schon wässriger Ausfluß, der sich später noch verringert: am 26. November objektiv kaum merklicher Fluor aus dem Uterus, Erosionen (nach 20 Sitzungen) geheilt. Wird provisorisch entlassen, mit dem Auftrage, nach acht Tagen wiederzukommen. Am 3. Dezember erschienen, gibt an, vorher fünf Tage lang geblutet zu haben. Am 10. Dezember keine Blutung, kein Ausfluß, subjektives Befinden sehr gut. Untersuchung nach einer Woche: spürt keinen Ausfluß, aber bei Untersuchung mit Spiegel ist ein ganz minimaler Fluor aus dem Orificium bemerkbar. Patientin wird noch zweimal mittels Saugung behandelt, worauf sie nach insgesamt 22 Sitzungen in objektiv und subjektiv gutem Zustande aus der Behandlung entlassen wird. (Die atypische Blutung führe ich auf den ständig hohen negativen Druck von 60 mm zurück.)

Fall 2. Frau K. A., 28 Jahre alt. Status praesens am 1. November: Endometritis subacuta, mit viel gelbem, dickem Fluor (keine Gonococcen); Erosionen; rechts vom Uterus perimetrische Schmerzen. Seit zwei Monaten Leib- und Rückenschmerzen; Anämie;

starke Gewichtsabnahme. Therapie: wie oben bei 60 mm Druck 6. November: Subjektiv sehr wohl, minimaler Fluor, keine perimetrischen Druckschmerzen. Die nachher eingetretene Menstruation ist im Gegensatz zu früher schmerzlos verlaufen. 1. Dezember gar kein Fluor. Am 2.—11. Dezember Blutung (wahrscheinlich infolge des hohen Druckes). Am 15. Dezember nach 21 Sitzungen kein Ausfluß, Erosionen geheilt; 10 Pfund an Körpergewicht zugenommen; rote Gesichtsfarbe. Am 24. Dezember Nachprüfung: fühlt gar keinen Ausfluß, bei Lokaluntersuchung etwas Schleim. Nach zwei weiteren, insgesamt 23 intrauterinen Suctionen entlassen aus der Behandlung in objektiv und subjektiv gutem Zustande.

Fall 3. Fr. T. P., 32 Jahre alt. Status praesens am 20. November: Endometritis chronica; viel graugelblicher, schleimiger Fluor, beginnend seit dem Jahre 1899, seit drei Monaten besonders abundant, sodaß Patientin nach eigener Aussage im Ausflusse „schwimmt“. Zeitweise auftretende Schmerzen beim Urinieren, auch sonstige Beschwerden im Unterleibe; häufiges Schwindelgefühl mit Bewußtseinstörung, große Irritabilität (Hysteroepilepsie?); matt, arbeitsunfähig, stark abgemagert, anämisch. Wurde ständig, ohne Erfolg bezüglich des Ausflusses, behandelt. Therapie: wie oben, bei versuchter Einführung des Katheters in den Uterus epileptiforme Krämpfe. Aussetzen der Behandlung. Am 26. November neuerlich Versuch, welchen die Patientin schon gut trägt, Druck 40 mm. Am 30. November wenig Fluor; 1. Dezember gibt sie an, daß sie im Gegensatz zu früher beim Gehen keine Nässe mehr fühlt und auch morgens das Leintuch im Bette nicht durchfeuchtet ist. Am 11. Dezember Blutung, 12. Dezember wenig Fluor. 13.—17. Dezember klagt Patientin über nachts auftretende und in die Ovarialgegend lokalisierte Schmerzen. Dann tritt auf Tage Ruhe ein, worauf die Suction bei gutem Wohlbefinden fortgesetzt wird. Am 21. Dezember klagt sie neuerdings über Schmerzen, worauf die Behandlung der Patientin als offenbar nicht geeignet nach 13 Sitzungen, bei vermindertem Ausfluß, unterbrochen wird.

Fall 4. Frau J. A., 36 Jahre alt. Status praesens am 29. November: Metritis-endometritis chron.; starker Fluor (keine Gonococci); Erosionen. Der Ausfluß, den sie trotz entsprechender Behandlung nie verlor, besteht seit sechs Jahren. Mehrfache Klagen über das Allgemeinbefinden. Therapie: wie oben, bei 30 mm negativer Druck. Schon am dritten Behandlungstage (3. Dezember) gibt Patientin an, sich viel besser zu fühlen und nur geringen Ausfluß zu haben. Seither hält die objektive und subjektive Besserung an, und bei der sechsten Sitzung ist der Fluor minimal. Am 15. Dezember berichtet Patientin, daß ihre vier Tage dauernde Menstruation im Gegensatz zu früher schmerzlos war, auch hatte sie nicht, wie sonst immer, den stark ätzenden Ausfluß während und nach der Periode. Von da an hält die Besserung konstant an, bei der neunten Sitzung sind die Erosionen in Heilung begriffen; der Appetit nimmt zu, Patientin bekommt wieder Arbeitslust, worauf am 27. Dezember nach 12 Sitzungen die Behandlung infolge äußerer Umstände bei objektiv und subjektiv gutem Wohlbefinden der Patientin unterbrochen wird.

Wie aus den mitgeteilten Krankheitsgeschichten ersichtlich ist, ist die intrauterine Suction imstande, auf den chronischen Gebärmutterkatarrh sowohl in subjektiver als auch in objektiver Richtung eine günstige therapeutische Wirkung auszuüben, und zwar bei ein- oder eineinhalbstündiger Dauer der einzelnen Sitzung rascher und anhaltender als bei kurzdauernder Anwendung.

Am auffallendsten sind die subjektiven Wirkungen und diejenigen auf die Allgemeinsymptome. Schon nach den allerersten Sitzungen hören die Schmerzen und sonstigen Beschwerden auf, die gewöhnlich bestehende Nervosität und Erregbarkeit wird gemildert, die Gemütsstimmung bessert sich; dann kehren Appetit und Arbeitslust wieder; das Körpergewicht steigt, und die anämische Gesichtsfarbe verliert sich. Wenn die objektiven Erscheinungen gar keine Besserung aufweisen würden, könnten die spontanen Freudensäußerungen der Patienten darüber, daß ihre lästigen Beschwerden nachließen oder aufhörten, für sich allein schon dem Arzte eine Befriedigung gewähren. Waren doch unter den Kranken solche, die seit Jahren an den verschiedensten Schmerzen und Sensationen litten, gegen die sich alle Behandlungsmethoden erfolglos erwiesen. Am überraschendsten war die subjektive (auch die objektive) Besserung in den Fällen 2 und 5, bei welchen die Krankheit erst seit einem halben Jahre bestand. Es scheint daher, daß bei nicht stark vorgeschrittenem Leiden die intrauterine Suction eine bessere Wirkung entfaltet wie beim veralteten.

Ich möchte noch hervorheben, daß ausnahmslos bei allen Patientinnen die die Menstruation sonst begleitenden Beschwerden sich milderten oder ganz fehlten, und zwar nicht nur diejenigen, die sich auf die Uterusgegend bezogen, sondern auch die, die anderswo lokalisiert waren.

Was nun die objektiven Symptome betrifft, so hielt wohl deren Besserung mit der der subjektiven keinen gleichmäßigen Schritt; dennoch waren die Resultate befriedigend, denn es war möglich, in einigen Fällen den Fluor — „quoad tempus“ wenigstens — zum Schwinden zu bringen. Die Verminderung des Ausflusses begann gewöhnlich nach dem dritten, mitunter schon nach dem zweiten Behandlungstage; dann wurde er allmählich weniger; bald darauf änderte sich die Konsistenz, gewann eine serös-wässrige Beschaffenheit, worauf die Sekretion minimal wurde oder ganz aufhörte.

Erwähnenswert ist auch das Verhalten der Erosionen. Nicht etwa, weil sie irgendwelche Störungen oder Beschwerden verursachen würden, deren Behebung das vorgestreckte Ziel einer besonderen Therapie wäre, sondern eben, weil sie keine pathologische Erscheinung „sui generis“ darstellen und nur eine symptomatische Bedeutung besitzen, möchte ich betonen, daß sie, ohne direkt einzufließen zu werden, selbst wenn ihre Verbreitung noch so diffus war, im Verlaufe der intrauterinen Suction eine entschiedene Heilungstendenz zeigten, sogar in Heilung übergingen, was vielleicht die Folgerung erlaubt, daß das Verfahren bezüglich der Erosionen im ätiologischen Sinne wirkt.

Ueber den Wert des Verfahrens puncto Dauerheilung eine Meinung zu äußern, wäre verfrüht; wahrscheinlich ist es nur, daß ein einziger Behandlungszyklus geradesowenig genügen wird zur Erreichung obigen Zieles, als es mit bis jetzt gebräuchlichen Methoden möglich ist.

Weitere Erfahrungen und Versuche müssen es zeigen, ob die intrauterine passive Hyperämie überhaupt geeignet ist, in die Rüstkammer der Kumpfmittel gegen die chronische Endometritis aufgenommen zu werden.