Aus der Privatanstalt für Gynäkologie und Geburtshilfe von
Prof. Dührssen in Berlin.

Zur Behandlung der die Schwangerschaft und Geburt komplizierenden Tumoren, speziell der cystischen Ovarialtumoren.

Von A. Dührssen.

(Schluß aus No. 42.)

Auch für die erst während der Geburt zur Beobachtung gelangenden eingeklemmten Tumoren, die ein

Geburtshindernis bilden, ist die vaginale Ovariectomie, wie sie Stauder zuerst ausgeführt hat, das idealste Verfahren. Er konnte die Geschwulst völlig abtragen, bevor der Kopf tiefer trat und ihn an den Verschluss der Scheidenwunde hinderte.

Ist es nicht möglich, vor der Entleerung und Verkleinerung des Uterus an den Stiel heranzukommen, so bindet man nach Entleerung der Cyste die gesetzte Oeffnung ab, entleere den Uterus und extirpiere dann die Cyste. So verfuhr mein früherer Assistent, Herr Dr. Hesselbach,¹⁾ mit Glück bei einer überfaustgroßen, im Douglas leicht verwachsenen Ovarialcyste.

Von der vaginalen Ovariectomie ist jedoch — und hierin stimme ich v. Braun-Fernwald völlig bei — zugunsten der ventralen Ovariectomie in allen Fällen abzusehen, wo eine septische Infektion des Genitalschlauchs stattgefunden hat oder der Tumor einen infektiösen Inhalt besitzt. Im ersteren Fall könnte von dem Genitalschlauch und durch die Oeffnung im hinteren Scheidengewölbe eine Infektion des Peritoneums, im zweiten Fall durch den in die Scheide fließenden Tumoringhalt eine Infektion des Genitalschlauchs erfolgen. Allerdings sehe ich den Inhalt einer Dermoidcyste an sich nicht als infektiös an, wie v. Braun das zu tun scheint, sondern nur dann, wenn der Geburt vorausgegangenes Fieber und peritonitische Erscheinungen auf ein Einwandern von Infektionskeimen in das Dermoid schließen lassen.

Macht man die ventrale Ovariectomie, so wird man in der Regel, worin ich Fehling beistimme, mit dieser allein auskommen und die Entwicklung des Kindes per vias naturales durchführen können. —

Die Nichtachtung der vaginalen Ovariectomie seitens Fehlings ist um so auffallender, als nicht nur die Operateure, welche diese Methode wählten, sondern auch neuere geschätzte Lehrbücher sich sehr sympathisch über dieselbe ausdrücken.

So sagt Pfannenstiel schon 1898 im Handbuch der Gynäkologie von Veit: „Die vaginale Ovariectomie intra partum wird von Fehling und Hohl prinzipiell verworfen. Meines Erachtens mit Unrecht. Die jüngsten Erfahrungen mit den vaginalen Operationen haben die Möglichkeit der Entfernung von Ovarialgeschwülsten auf diesem Wege, wenigstens in geeigneten Fällen, besonders bei langem Stiel mit Sicherheit erwiesen. Somit dürfte ein Versuch mit dieser Operation gerade bei dieser Komplikation durchaus erlaubt sein. Ich würde in jedem Fall nach vaginaler Inzision der Cyste die Wandung derselben herausziehen versuchen und erst dann die Einnähung derselben in die Scheide ausführen, wenn die vaginale Ovariectomie sich als unvollständig erweist.“

So bildet Bumm in seinem Grundriß der Geburtshilfe ein Kystom ab, welches er während der Geburt durch Colpocoeliotomia posterior entleert hat. Danach trat der Kopf spontan tiefer und wurde mit der Zange extrahiert, worauf die Cyste in die Scheide vorgezogen und extirpiert wurde. Bumm empfiehlt diese vaginale Ovariectomie intra partum und in der Schwangerschaft für die im Becken fixierten oder eingekeilten Tumoren, während er wegen der Gefahr des Abortus die kleineren und die nicht eingekeilten und nicht im Becken fixierten Tumoren bis nach der Geburt in Ruhe zu lassen rät. Der von Bumm abgebildete Fall ist offenbar derselbe wie der von Niebergall²⁾ beschriebene.

Wertheim tritt in dem v. Winckelschen Handbuch der Geburtshilfe (Bd. 2, 1. Teil, S. 508 ff.) warm für die vaginale Ovariectomie in der Schwangerschaft ein. Er sah in fünf Fällen, die er durch Colpocoeliotomia anterior operierte, nur einmal Abortus eintreten.

Bezüglich der Ovariectomia vaginalis sub partu und im Wochenbett formuliert er seine Ansichten folgendermaßen:

„Obwohl in diesen Fällen (von ventraler Ovariectomie) der Ausgang für die Mutter ein günstiger war, dürfte die Operation doch der vaginalen Ovariectomie nicht gewachsen sein . . .“

„Aus dem Studium der bisher mit abdominaler Ovariectomie behandelten Fälle ergibt sich übrigens, daß in all diesen mit großer Wahrscheinlichkeit die vaginale Ovariectomie leicht ausführbar gewesen wäre. Ja man kann sogar behaupten, daß in manchen Fällen, in denen die abdominale Ovariectomie undurchführbar war und der Kaiserschnitt gemacht werden mußte, die vaginale Ovariectomie leicht und mit vollem Erfolg zur Anwendung hätte gebracht werden können.“

„Für das Wochenbett kann man im allgemeinen sagen, daß sich der vaginale Weg relativ häufig als gangbar erweisen wird.“

Taylor,³⁾ ein Schüler von mir und Professor in Birmingham, welcher meine Methode der vaginalen Coeliotomie in England eingeführt hat, sagt anlässlich einer von ihm sub partu durch Colpocoeliotomia posterior gemachten Ovariectomie, welcher er die Zangenextraktion folgen ließ, folgendes:

„Die beschriebene Methode bildet eine legitime und sehr nützliche Erweiterung der operativen Praxis und genügt in vielen Fällen den

1) Deutsche medizinische Wochenschrift 1900, No. 15. — 2) Zentralblatt für Gynäkologie 1901, No. 21, S. 583. — 3) Lancet, 19. Juli 1902.

Anforderungen einer guten Chirurgie mehr denn die gewöhnlich angewandte Methode der ventralen Coeliotomie.“

Orgler sagt in seiner schon zitierten Arbeit folgendes: „Die vaginale Ovariectomie in der Schwangerschaft ist prinzipiell nicht zu verwerfen.“

Ich möchte diesen Satz anders formulieren, nämlich: Bei Ovarialtumoren in der Schwangerschaft soll die vaginale Ovariectomie vorgenommen werden, die ventrale nur für Ausnahmefälle reserviert bleiben! Die Berechtigung zu diesem Ausspruch leite ich einmal aus den sattsam bekannten Vorzügen der vaginalen gegenüber der ventralen Coeliotomie und zum anderen aus den Erfahrungen derjenigen Operateure her, welche die vaginale Ovariectomie in der Schwangerschaft und unter der Geburt ausgeführt haben.

Was die Komplikation von Schwangerschaft und Geburt mit Myomen anlangt, so bin ich bisher stets mit dem exspektativen Verhalten ausgekommen. Indessen gibt es ja Fälle, in denen auch die Geburtswehen ein im Becken eingekleites Myom aus demselben nicht herauszuziehen vermögen. In solchen Fällen hat man, wenn es sich um interstitielle oder subperitoneal entwickelte Cervixmyome handelte, schon vor mehr als 30 Jahren das Myom unter Spaltung seiner Kapsel,¹⁾ respektive der Scheide²⁾, enucleiert. Selbstverständlich steht nun garnichts im Wege, die Colpocoeliotomia posterior zwecks Entfernung von intraperitonealen Cervixmyomen der hinteren Cervixwand, respektive die C. posterior oder anterior bei Corpusmyomen anzuwenden, welche im hinteren oder vorderen Douglas fixiert sind. Entsprechende Vorschläge habe ich bereits in meiner Monographie,³⁾ die sich eingehend mit der Behandlung der von den Weichteilen ausgehenden Geburtshindernisse beschäftigt, gemacht. Bis jetzt hat aber nur Wertheim ihrer gedacht. Und doch liegen die Vorteile dieser vaginalen Coeliomyomektomie ebenso wie die der vaginalen Ovariectomie auf der Hand: der Weg zu dem eingekleiten Myom ist ein kürzerer und wird nicht durch den vorgelagerten graviden Uterus behindert. Man kann sich ferner durch Kombination der Myomenucleation, respektive des Morcellement mit dem vaginalen Kaiserschnitt das Myom noch bequemer freilegen und hat nach beendeter Exstirpation des Tumors eine weite Öffnung im Uterus, durch welche man in bequemster Weise mittels Wendung und Extraktion schnellstens den Uterus entleeren kann. Der angelegte Uterusschnitt wird weiter bei Cervixmyomen eine bequeme Versorgung des Myombettes, respektive Stieles ermöglichen — ja auch bei Corpusmyomen, die man vor der Entwicklung des Kindes abgetragen hat, wird es möglich sein, durch in die Schnitttränder eingesetzte Krallenzangen den entleerten Uterus bis zum Fundus in die Scheide hineinzuziehen, um das Myombett, respektive seinen Stiel zu versorgen.

In dem abgebildeten Fall, in welchem Kaltenbach die Porrosche Operation vornahm, hätte man mit Sicherheit auch in

Fig. 272 aus Bumm, Grundriß der Geburtshilfe.

folgender Weise operieren können: Sagittale Spaltung der durch den Tumor vorgedrückten hinteren Vaginalwand und der hinteren Cervixwand bis zu dem zweituntersten Myomknollen b, Morcellement des subserösen Myoms a und Abbindung seines Stieles, respektive seiner höchsten erreichbaren Partie durch Partienligaturen, die lang gelassen werden — Enucleation des zweituntersten Myoms b, wobei der Schnitt in der hinteren Uteruswand eventuell noch unter Halbierung des Myoms verlängert wird, Entleerung des

Uterusinhaltes. Verlängerung des hinteren Uterusschnittes bis über den obersten Myomknollen, Entfernung aller Myomknollen

der hinteren Corpuswand unter Resektion der Schnitttränder, Extraktion des Uterusfundus durch die angelegte Öffnung, Abtragung der Myome an der vorderen Funduswand. Naht der Wunde in der hinteren Uterus- und Scheidenwand (konservativer vaginaler Kaiserschnitt). Falls man den Uterus nicht konservieren will, gestaltet sich die Operation nach der Entleerung des Uterus noch einfacher: Man umschneidet die Portio, schiebt die Blase ab, spaltet auch die vordere Uteruswand, so daß schließlich der ganze Uterus halbiert ist, unterbindet die Ligamente und trägt die beiden Uterushälften ab (radikaler vaginaler Kaiserschnitt).

Meine ausgiebigen Erfahrungen mit der vaginalen Coeliomyomektomie, respektive Hysteromyomektomie berechtigen mich zu dem Schluß, daß die geschilderte Methode sich tatsächlich rasch und sicher ausführen läßt.

Uebrigens möchte ich nicht unterlassen, darauf hinzuweisen, daß ich in meiner Monographie (S. 32) bereits folgendes gesagt habe: „Die Technik des vaginalen Kaiserschnitts läßt sich je nach der Lage des Falles modifizieren und so gestalten, daß man bei schlechter Zugänglichkeit einer Wand des Uterus die Öffnung für die Extraktion des Kindes ausschließlich in die andere Wand verlegt.“ Die Autoren sind also im Unrecht, die da meinen, mein vaginaler Kaiserschnitt bestände immer in der Spaltung beider Uteruswände, und jemand, der nur die Spaltung der einen Wand empfiehlt, hätte damit eine neue Methode angegeben.

Auf die Behandlung des Uteruscarcinoms in der Schwangerschaft und während der Geburt gehe ich nicht näher ein: Bezüglich derselben hat man sich allgemein meinen in der erwähnten Monographie niedergelegten Vorschlägen angeschlossen, nach welchen der carcinomatöse gravide Uterus sofort nach gestellter Carcinomdiagnose durch vaginalen Kaiserschnitt zu entleeren und vaginal zu exstirpieren ist (radikaler vaginaler Kaiserschnitt). —

Wenn ich mich in den vorstehenden Ausführungen apodiktischer ausgedrückt habe, als es die geringe Zahl der von mir operierten Fälle zu rechtfertigen scheint, so berufe ich mich auf die reichhaltigen Erfahrungen, welche ich durch die fast völlige Ausschaltung der ventralen Coeliotomie zugunsten konservativer und radikaler vaginaler Operationsmethoden seit 1½ Dezennien erworben habe — Erfahrungen, welche ein zutreffendes Urteil über die Möglichkeit des vaginalen Vorgehens bei der besprochenen Komplikation der Schwangerschaft und Geburt gestatten.

Ich schließe daher mit folgenden Thesen:

1. Bei allen eingeklemmten Ovarial- und Parovarialtumoren in graviditate oder intra partum sind Repositionsversuche in Narkose oder forcierte Repositionsversuche ohne Narkose wegen der Gefahr von Zerreißen am Stiel mit konsekutiver innerer Blutung zu unterlassen.

2. Vielmehr hat die Therapie dieser Fälle im Prinzip in der vaginalen Ovariectomie — gewöhnlich mittels Colpocoeliotomia posterior — zu bestehen. Gelingt diese einmal nicht, so liegt in dem Uebergang zur ventralen Ovariectomie, vorausgesetzt, daß man sich schon vorher auf diese Eventualität eingerichtet hat, keine Gefahr für die Kranke.

3. Nur wenn eine Infektion des Tumoralinhalts oder des Genitalschlauches stattgefunden hat, ist unter der Geburt die ventrale Ovariectomie vorzunehmen.

4. In das vordere oder hintere Scheidengewölbe eindrückbare Tumoren sind in der Schwangerschaft ebenfalls durch vaginale Ovariectomie anzugreifen.

5. Hochsitzende Tumoren, bei denen diese Dislokation nicht gelingt, sind während der Schwangerschaft in Ruhe zu lassen, vorausgesetzt, daß sie nicht größer werden und das Allgemeinbefinden ein gutes bleibt. Dieses Abwarten gewährt die Möglichkeit, die genannten Tumoren nach vollendeter Rückbildung des Uterus doch noch durch vaginale Ovariectomie zu entfernen.

6. Bei Myomen, welche den Beckenkanal verlegen und auch durch die Geburtswehen nicht aus demselben emporgezogen werden, lassen sich die Myome durch Colpocoeliotomia anterior oder posterior in Kombination mit dem vaginalen Kaiserschnitt exstirpieren, worauf der Uterus sofort in schonender Weise entleert und vaginal exstirpiert werden kann. Ist die Erhaltung des Uterus angezeigt, so können von den angelegten Schnitten aus sämtliche Myome des Uteruskörpers enucleiert und ihre Ansatzstellen vernäht werden.

1) Braxton Hicks, Tr. London obst. soc. Bd. 12, S. 273. — 2) Wallace, British medical Journal 1871, Bd. 2, S. 379. — 3) Der vaginale Kaiserschnitt 1896, S. 27—33.