Aus der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung des Marienhospitals Hamm i. W.

Über die Behandlung der Myome und Metropathien des Uterus in Fällen schwerster Anämie.

Von Dr. Senge, leitender Arzt.

Seit Einführung einer systematischen Behandlung der Myome und Metropathien mit Röntgenbestrahlung durch Albers-Schönberg hat sowohl die Technik der Bestrahlung, noch mehr aber die Indikationsbreite große Wandlungen erfahren. Durch die Vervollkommnung der Apparate und Röhren sind wir heute in die Lage versetzt, die früher sich auf mehrere Monate erstreckende Behandlung der Myome und Metropathien in einigen Stunden zu erledigen. Die Röntgenbehandlung dieser Leiden hat einen wahren und unblutigen Siegeszug gehalten, der zudem frei ist von einer nennenswerten Mortalität.

Die Indikation zur Röntgenbestrahlung wurde, durch die Erfolge ermutigt, immer weiter gesteckt, die Indikation zur operativen Behandlung immer mehr eingeengt. Schon 1912 stellten König und Gauß den Satz auf: „Die operative Therapie hat aufgehört das Verfahren der Wahl bei der Behandlung der Myome und Metrorrhagien zu sein. Die operative Behandlung bleibt heute nur noch für wenige Ausnahmefälle reserviert, in denen besondere Gründe die Radiotherapie als ungeeignet erscheinen lassen.“ Diese Ansicht wurde damals noch keineswegs allgemein geteilt. Die folgenden Jahre aber haben den beiden Autoren recht gegeben. Ausführlich haben über diese Frage Gauß und Friedrich auf dem Gynäkologenkongreß 1920 referiert, wobei sie auch die Bestrahlung mit Radium in den Kreis ihrer Betrachtungen gezogen haben. Sie haben am Schlusse ihres eingehenden Referats unter anderen auch die These aufgestellt: „Schwere Anämie ist keine Kontraindikation, sondern

eine Indikation zur Bestrahlung. Zur Vermeidung von Reizblutungen muß eine genügend große Dosis gegeben werden.“ Widerspruch haben diese Worte auf dem Kongreß wenig gefunden, nur Mackenrodt hat sich dagegen gewandt und Anämie als dringende Indikation zur Operation berechnet. Vor wenigen Jahren noch galten auch anderen Autoren, unter ihnen Döderlein, schwere Anämie als Kontraindikation zur Bestrahlung. Er hielt Fälle mit einem Hämoglobingehalt von unter 40 Proz. als ungeeignet für die Bestrahlung. Dieser Standpunkt hatte seine volle Berechtigung, da wir zu dieser Zeit noch nicht in der Lage waren, Reizblutungen sicher auszuschließen. Es kommen nach meiner Ansicht aber nicht nur Reizblutungen nach erfolgter Bestrahlung in Frage, sondern auch die Frage des Fortbestehens der vorhandenen Blutung, wenn wir diese nicht sofort stillen können, und solche Fälle kommen ebenfalls vor. Das Fortbestehen auch leichter, anhaltender Blutungen für ein paar Wochen bis zum Eintritt der Wirkung der Röntgenstrahlen kann der schwer anämischen Frau den Rest geben und zum Exitus führen. Es kann somit die von Gauß und Friedrich aufgestellte These ohne jede Einschränkung nicht gelten, auch dann nicht, wenn wir in der Lage sind, unter der Verwendung der Methode der einzeitigen Bestrahlung in ca. 3 Stunden die volle Kastrationsdosis zu geben.

Seit einiger Zeit sind wir im Besitze des Symmetrie-Instrumentariums der Firma Reiniger, Gebbert & Schall und verwenden ausschließlich die selbsthärtende Siederöhre mit dem Regenerierautomaten von Wintz. Wir haben in allen bestrahlten Fällen von Myomen und Metropathien bis auf einen, auf den ich noch zurückkommen werde, einen vollen Erfolg gehabt. Bezüglich der Indikationen und Kontraindikationen bin ich im großen und ganzen den Richtlinien gefolgt, wie sie auf dem Gynäkologenkongreß aufgestellt wurden. Auch einen Fall mit kleinem Myom und Entzündung beider Adnexe unter Temperatursteigerungen bis 38,5 habe ich bestrahlt mit dem Resultat, daß die wochenlang bestehende Blutung 10 Tage später völlig sistierte und bisher nicht wiederkehrte. Dabei trat sehr bald Temperaturabfall ein, und weitgehende Rückbildung der vergrößerten und entzündeten Adnexe war nach 4 Wochen festzustellen. Ein wei-

terer Fall mit schon fast 2 Monate anhaltender Blutung auf rein entzündlicher Basis wurde ebenfalls sehr günstig beeinflusst. Die vorher bestehende Schmerzhaftigkeit schwand sehr bald. Der entzündlich vergrößerte, weiche Uterus und die Adnexe gingen ebenfalls in kurzer Zeit auf ihre normale Konsistenz und Größe zurück. Die Blutung stand nach 8 Tagen. Bin ich somit in der Anwendung der Röntgenbestrahlung bei gutartigen gynäkologischen Blutungen ziemlich weit gegangen, so halte ich doch die operative Behandlung nicht für erledigt. Ich bin der Ansicht, daß auch heute noch trotz unserer vollkommenen Apparate und Röhren und der Möglichkeit die Kastrationsdosis in ein paar Stunden und in einer Sitzung zu applizieren, gewisse Fälle schwerster Anämie bei Anwendung einer bestimmten Operationstechnik besser operiert als bestrahlt werden. Die Frage der Krebsgefahr will ich hier ganz außer acht lassen, da man in den allermeisten Fällen vor der Röntgenbestrahlung in irgendwie zweifelhaften Fällen durch Abrasio und mikroskopische Untersuchung sich vorher darüber vergewissern kann.

Die einzeitige Bestrahlung, nur diese kommt in Fällen schwerer Anämie in Frage, bringt doch in vielen Fällen erhebliche Beschwerden mit sich und stört das Allgemeinbefinden viel mehr als die schnelle Ausführung einer Operation. Die meisten Patienten mit einzeitiger Röntgenkastration klagten für mehrere Tage über starke Übelkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Appetitlosigkeit und Schlaflosigkeit. Ich habe der Operation sowohl Myome als auch Metropathien unterworfen, die einen Hämoglobingehalt noch weit unter 40 Proz. hatten und bei denen Komplikationen durch Verwachsungen usw., die die Operationsdauer hätten verlängern können, nicht vorhanden waren. Die interne Medikation bzw. Abrasio waren bereits außerhalb des Hospitals erfolglos angewandt. Gewählt wurde bei den Metropathien stets der vaginale Weg, beim Myom nur dann der abdominale, wenn wegen der Größe der Tumoren Schwierigkeiten entstanden wären. Von wesentlicher, fast ausschlaggebender Bedeutung halte ich es, daß die allgemeine Narkose vermieden wird. Sie bedeutet bei diesen schwersten Fällen von Anämie mit einem Hämoglobingehalt von 20 Proz. und etwas mehr eine große Gefahr.

Die Operation wurde nach vorheriger Verabreichung von

0,02 Morphinum in hoher Sakralanästhesie mit Novokain in der Zusammensetzung nach E. Kehr er ausgeführt. Bei der vaginalen Exstirpation gestaltete sich das Verfahren folgendermaßen. Nach Anhaken und Herunterziehen der Gebärmutter wurde die vordere Scheidenwand eröffnet, die Blase angehoben, und nach Eröffnung der Bauchhöhle der Uterus mit Faßzangen vor die Vagina gebracht. Sodann wurden rechts und links mit je 2—3 großen, etwas gebogenen Klemmen die Uterinengefäße und ein großer Teil der Scheidenwand abgeklemmt, durchtrennt und mit einem Gazestreifen die Bauchhöhle abgeschlossen. Damit war die Operation beendet und in der aller kürzesten Zeit ohne jeden Blutverlust ausgeführt. Es ist dies zwar ein altes, vorwiegend nur noch bei Sepsis vom Uterus ausgehend und solange sie noch auf diesen beschränkt ist, geübtes Verfahren zur Uterusexstirpation, leistet aber auch in diesen schwer anämischen Fällen vortreffliche Dienste. Die Klemmen blieben im allgemeinen 2 Tage liegen. Bei abdominellern Vorgehen wegen großer Myome war die supravaginale Absetzung die Methode der Wahl, da hierbei die Operationsdauer kürzer ist als bei der Totalexstirpation. Die nicht erkrankten Eierstöcke wurden grundsätzlich zurückgelassen. Als Beispiele seien angeführt:

Fall 1. A. L., 44 J. 3 Partus, 0 Abortus. Seit 2 Jahren Blutverlust bei der Periode verschieden stark, alle 4 Wochen, von 5 bis 8 tägiger Dauer. Seit 7 Wochen andauernde Genitalblutung, in den letzten 3 Wochen Bettruhe und ärztliche Behandlung. Einlieferung in das Hospital mit Tamponade der Scheide. Pat. sieht sehr stark anämisch aus, bekommt beim Stehen und Sitzen Ohnmachts- und Schwindelanfälle. Die Tamponade ist durchblutet. Genitalbefund: Portio glatt, Uterus anteflektiert, wenig vergrößert, glatt und gut beweglich, Adnexe frei. Aus der Scheide dauernd Abgang von dünnflüssigem Blut und Blutgerinnseln. Hämoglobingehalt 20 Proz.

Operation: Hohe Sakralanästhesie. Vaginale Totalexstirpation in der oben geschilderten Weise. Dauer der Operation 12 Minuten ohne jeglichen Blutverlust. Es wird nur ein einziger Tupfer zum Zurückschieben der Blase gebraucht. Reaktionsloser Verlauf. Uterus ist sehr morsch, mit den Fingern zerreißbar. Karzinom nicht vorhanden. Entlassung nach 8 Wochen mit einem Hämoglobingehalt von 55 Proz.

Fall 2. M. Sch., 45 J. 8 Partus, 2 Abortus. Seit 1½ Jahren starke Blutungen bei der Regel. Die Zwischenpausen wurden zuletzt immer kleiner. Seit 8 Wochen mit Ausnahme weniger Tage dauernd

Blutungen aus der Scheide. Bisher anderweitig im Abstand von 4 Wochen 2 mal mit Röntgenstrahlen behandelt. Kein Aufhören der Blutung. Letzte Bestrahlung vor 10 Tagen, seither stärkerer Blutverlust und Ohnmachtsanfälle. Vom Hausarzt tamponiert überwiesen.

Äußerst stark ausgeblutete Frau. Nach Entfernung der durchbluteten Tamponade findet sich ein über faustgroßer Uterus, auf dessen hinterer Oberfläche 2 kugelige, harte Vorwölbungen festzustellen sind. Uterus gut beweglich. Adnexe frei. Hämoglobingehalt 30 Proz. Zunächst Injektion von 2,0 cm Secale und erneute Tamponade für die Nacht und 1,0 cm Pantopon. Die Blutung steht nicht, auch nicht auf Wechseldusche von heißem und abgekochtem kaltem Wasser.

Operation: Hohe Sakralanästhesie. Laparotomie und supravaginale Absetzung mit je 3 Umstechungsnadeln rechts und links. Peritonisierung mit fortlaufender Naht. Bauchdeckennaht in Etagen, ebenfalls fortlaufend. Dauer der Operation einschließlich Bauchdeckennaht 25 Minuten.

In der hinteren Wand des Uterus finden sich 2 kleinapfelgroße breitbasig aufsitzende submucöse Myome, die in ihrer histologischen Struktur nichts Besonderes ergeben.

Postoperativer Verlauf gestört durch Bronchitis und lästigen Hustenreiz. Am 9. Tage teilweises Platzen der Bauchnaht und Dünndarmprolaps. Reposition in Chloräthylrausch und Drahtnaht. Heilung. Nachuntersuchung nach einem halben Jahre ergibt blühend aussehende Frau ohne jegliche Beschwerden.

Ein Fall schwerster Anämie wurde nur deshalb der Röntgenbestrahlung unterworfen, weil die Operation verweigert wurde.

Um jegliche Reizblutung auszuschließen, wurde mehr als gewöhnlich gegeben.

Fall 3. Ch. W., 38 J. 3 Partus, 0 Abortus. Seit 2 Jahren war die Regel zeitweise sehr stark und hielt über 8 Tage an. Vor 1 Jahre blutete sie mehrere Wochen hintereinander. Jetzt besteht wiederum seit 8 Wochen dauernd Blutung. Die gleiche Behandlung wie vor 1 Jahre durch den Hausarzt ist ohne jeden Erfolg geblieben. Einer Überweisung in das Krankenhaus wurde lange widerstanden.

Sehr anämische Frau. Erbrechen und Ohnmachtsanfälle. Blutabgang aus der Scheide, Uterus klein, anteflektiert, gut beweglich, Adnexe frei. Hämoglobingehalt 25 Proz.

Einzeitige Röntgenkastration nach der Erlanger Methode. Die Blutung steht nicht, ist aber auch nicht stärker als vorher. 10 Tage nach der Bestrahlung verschlechtert sich der Zustand, 14 Tage nach der Röntgenkastration Exitus.

Der Röntgenbestrahlung ist der Exitus nicht zur Last zu legen. Der Fall war eben für diese Behandlung nicht mehr geeignet, da wir mit dieser Methode nicht in der Lage sind, die Blutung sofort zum

Stillstand zu bringen. In solch schweren Fällen von Anämie ist dies aber meiner Ansicht nach ein unbedingtes Erfordernis. Steht die Blutung nicht sogleich nach der einzeitigen Röntgenkastration, dann ist es uns in den nächsten Tagen infolge des mehr oder weniger stark in Mitleidenschaft gezogenen Allgemeinzustandes wohl nicht mehr möglich die Uterusexstirpation zu machen, auch nicht, wenn sie sich in kürzester Zeit unter Ausschaltung einer Allgemeinnarkose ausführen läßt. W e r n e r hat in 2—3 Fällen von Metropathien versucht mit der Röntgenbestrahlung -- ältere Methode -- die Abrasio zu kombinieren, um in der zu erwartenden blutungsfreien Zeit der Patientin Erholung zu geben und die Röntgenstrahlen zur Wirkung kommen zu lassen. Einen gewissen Erfolg hat er damit erzielt. Ich halte die Verfahren für durchaus berechtigt und man wird bei der einzeitigen Röntgenkastration sich noch mehr Nutzen davon versprechen dürfen wie bei der mehrzeitigen älteren Methode.

Über die Bestrahlung der Myome und Metropathien mit Radium fehlt mir die eigene Erfahrung. Manche Autoren, K r ö n i g - G a u s s , S c h ä f e r , v. d. V e l d e u. a. sprechen dem Radium eine viel schnellere Wirkung zu und rühmen seine spezifisch hämostatische Eigenschaft, weshalb sie es bei besonders stark ausgebluteten Frauen der Röntgenbestrahlung vorziehen. Wer nicht im Besitze von Radium ist, und das dürfte wohl die Mehrzahl der mittelgroßen Krankenhäuser sein, hat meiner Ansicht nach einer schnell auszuführenden Operation mit regionärer Betäubung vor der Röntgenbestrahlung den Vorzug zu geben.