

## II. Ueber die Erfolge der mechanischen Behandlung der häufigsten Formen von Retrodeviation des Uterus.

Von

**Dr. Ernst Fraenkel**, Privatdocent in Breslau<sup>1)</sup>.

Seitdem 1882 auf der damals in Eisenach abgehaltenen Naturforscher-Versammlung Olshausen über die Behandlung der Retroflexionen durch das von ihm in Deutschland eingeführte Thomas'sche Pessar<sup>2)</sup> gesprochen, ist dieses Thema in der gynäkologischen Section nicht wieder zur Erörterung gekommen; vielleicht deshalb, weil die überwiegende Mehrheit der damals anwesenden Gynäkologen einig war in der Anerkennung der Richtigkeit der B. S. Schultze'schen Principien betreffs der Aetiologie und der darauf basirenden rationalen Therapie der Uterusflexionen.

Zwei viel umstrittene Positionen schienen damals endgültig gesichert: Die pathologische Bedeutung, die den Retrodeviationen als solchen, ganz unabhängig von etwaigen begleitenden Texturveränderungen des Parenchyms des Uterus und seiner Adnexen, zukommt, und 2. die Anerkennung des Princip der orthopädischen Behandlung der Rückwärtslagerung durch vaginale Stützmittel im Gegensatz zu der Therapie durch Intrauterin pessarien, denen nur noch eine ausnahmsweise Berechtigung zuerkannt wurde. Nur über die Frage, welches vaginale Pessar zur dauernden Retention des reponirten Uterus in antevertirter Lage am geeignetsten sei, ob das Hodge'sche, Thomas'sche oder die Schultze'schen Achter- und Schlittenpessare, gingen die Meinungen aus einander, und auch die Entscheidung darüber, welches von ihnen hinsichtlich definitiver Heilung am Meisten

<sup>1)</sup> Nach einem in der gynäkologischen Section der 59. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Berlin gehaltenen Vortrage. (S. diese Wochenschr. No. 44, S. 781.)

<sup>2)</sup> Arch. f. Gyn. Bd. XX. p. 318.

leiste, wurde damals Mangels einer für derartige chronische Affectionen genügend langen Beobachtungszeit noch unentschieden gelassen. Löhlein<sup>1)</sup> versuchte allerdings, wie schon früher Mundé, die endgültigen Heilresultate für die gewöhnlichsten Formen der Rückwärtslagerungen und für das von ihm bevorzugte Knpferdrahtgummipessar festzustellen; aber die Zahlen der sonst vortrefflichen Arbeit sind einerseits zu klein und die Beobachtungszeit eine zu kurze, andererseits sind darin auch die Ziffern der Poliklinik verwerthet, und dies kann — wie ich später zeigen werde — zu unrichtigen Folgerungen führen. Olshausen<sup>2)</sup> erklärte selbst 1884 die Frage nach den dauernden Erfolgen des Thomaspessars für noch nicht spruchreif, und nur Sängers<sup>3)</sup> mit seinem kleinen, aber sorgfältig gesichteten Material kam zu bestimmten, übrigens wesentlich günstigeren Resultaten, als Mundé und Löhlein.

Abgesehen nun von einzelnen casuistischen Mittheilungen und von einem vergeblichen Versuche Bantock's<sup>4)</sup> die Schultze'sche Theorie von dem Entstehungsmodus der häufigsten Form der Retroflexion durch Erschlaffung der Douglas'schen Falten zu erschüttern und den Intrauterinstift wieder in die Therapie der Rückwärtsknickungen einzuführen, abgesehen ferner von den schon 1878 begonnenen<sup>5)</sup> und ganz neuerdings wiederholten<sup>6)</sup> Versuchen Vedeler's in Christiania, den Retroflexionen an sich nur eine anatomisch-physiologische, hingegen keine pathologische Bedeutung zuzugestehen, blieb auf diesem Gebiete unserer Disciplin Alles still, bis Ende 1884 von England her die sogenannte Alexander-Adams'sche Operation zur Radicalheilung des Vorfalles und der Rückwärtslagerung der Gebärmutter durch Anziehen und Verkürzung der runden Mutterbänder empfohlen wurde. Operationslustige englische und amerikanische Gynäkologen bemächtigten sich alsbald der Methode, die ja im ersten Augenblicke manches Bestechende hatte. In Deutschland fand dieselbe eine sehr kühle Aufnahme, und es sind mir nur sehr wenige deutsche Gynäkologen bekannt, die sie ausgeführt haben; in den neuesten Auflagen der Lehrbücher von Fritsch, Schröder und Winckel wird sie ablehnend behandelt, in Hegar-Kaltenbach's operativer Gynäkologie nur referierend erwähnt. Es fehlt eben — und dies ist neben vielen, schwerwiegenden anderen vielleicht auch ein Grund für die Ablehnung der Operation — eine auf ein grösseres, gleichmässig und durch längere Zeit beobachtetes, nicht poliklinisches und daher einigermaassen sichere Schlüsse gestattendes Material basirte Statistik über die definitiven und temporären Heilerfolge, die durch die jetzt übliche orthopädische, vaginale Behandlung der häufigsten Formen der Retrodeviationen zu gewinnen sind; erst, wenn wir genau wissen, wie viel oder wie wenig wir auf diesem ungefährlichen Wege erreichen, werden wir entscheiden können, mit welchem Rechte wir den operativen Weg beschreiten dürfen.

Einen Beitrag zur Lösung dieser Frage will ich an der Hand des von mir seit dem 1. October 1882 (dem Termin des Erscheinens des Olshausen'schen Vortrages über das Thomaspessar und meiner consequenten Anwendung desselben in fast allen Fällen von Retrodeviation) bis Ende 1885, also  $3\frac{1}{4}$  Jahren beobachteten Materials zu geben versuchen.

Ich notirte in dieser Zeit: In der Privatpraxis 3028 rein gynäkologische Fälle, in meiner Poliklinik 2080 ebensolche Fälle in Summa 5108 Fälle.

Unter diesen befanden sich 936 Retrodeviationen oder 18,07%, und zwar:

In der Privatpraxis unter 3028 . . . . . 417 Retrodev. = 13,8%,  
 „ „ Poliklinik „ 2080 . . . . . 519 „ = 24,9%.

Die Notizen meiner Journale wurden bei dieser Zusammenstellung nach denselben Grundsätzen verwerthet, die Winckel und Löhlein in ihren ähnlichen statistischen Arbeiten befolgten, um so einen zutreffenden Vergleich zwischen ihren und meinen Resultaten ziehen zu können; es wurden also mit Ausschluss alles Geburtshülflchen, auch der Retroflexio uteri gravid, nur diejenigen Fälle in die Listen aufgenommen, wo die Retrodeviation die primäre und wesentliche Veränderung war. Dies vorausgeschickt, stellt sich unser Gesamtergebniss, 18,07% Retrodeviationen ganz ähnlich demjenigen von Winckel, Löhlein und Vedeler, die nächst mir über die grössten Zahlen verfügen; es scheint also in der That richtig, dass jeder 5.—6. gynäkologische Fall eine Rückwärtslagerung der Gebärmutter ist.

Ich unterlasse es hier, die beobachteten Retrodeviationen nach Schultze's, Fritsch's oder Hildebrandt's Schema in bestimmte

Kategorien einzutheilen; für den Zweck dieser Arbeit genügt es, frische und chronische Fälle und ferner reponible und irreponible, zu den letzteren auch diejenigen zählend, die trotz möglicher Reposition und trotz Pessar immer wieder in die falsche Lage zurückfedern, auseinanderzuhalten.

Obwohl ich nun im Gegensatz zu der schon erwähnten Arbeit von Bantock nicht der Ansicht bin, dass eine differentielle Diagnose zwischen Retroversio und Retroflexio von grosser Wichtigkeit ist, vielmehr Schröder und Fritsch völlig darin zustimme, dass die Versio meist eine vorübergehende Lageänderung, gewissermaassen das Vorstadium der Retroflexio ist, so habe ich doch zur Controle der Bantock'schen Angabe, dass Retroversio die häufigste Lageveränderung sei, die Zahl der reinen Retroversionen, nämlich 291 (also nur 5,7 Proc. aller gynäk. Fälle) gegen 645 Retroflexionen und Mischformen von Retroversio-flexio (also 12,6 Proc.) ermittelt. Hiermit wäre, wenn dies überhaupt noch nöthig, die Bantock'sche Ansicht von der überwiegenden Häufigkeit der Retroversionen und damit auch ein grosser Theil der daran geknüpften therapeutischen Schlussfolgerungen widerlegt.

Dass die Frequenz der Retrodeviationen in der Poliklinik fast doppelt so hoch ist, als in der Privatpraxis (24,9 Proc. : 13,8 Proc.), scheint mir im Hinblick auf die Aetiologie derselben durchaus erklärlich. Frauen der ärmeren und arbeitenden Klasse können sich nach Aborten fast gar nicht, nach Geburten viel weniger schonen, als die besser situirten Sprechstundenpatientinnen; aus demselben Grunde ist bei ihnen auch der Uterusprolaps, dessen Aetiologie derjenigen der Retrodeviationen sehr nahe steht, so überwiegend häufig. Kann man also auch das poliklinische Material zur Ermittlung der Gesamtziffer der Frequenz der Rückwärtslagerungen nicht ausser Acht lassen, so ist es doch zur Entscheidung der Frage nach den dauernden Heilerfolgen, die durch mechanische Behandlung bei dieser Affection erzielt werden, nicht zu verwerthen. Gerade hier ist eine Jahre lang fortgesetzte, häufig wiederholte Controle der Kranken nöthig, die einen grösseren Aufwand von Geduld und vor Allem von Zeit erfordert, als sie armen Frauen zu Gebote steht. Wenn bei den letzteren die lästigsten Hauptbeschwerden einigermaassen verringert oder geschwunden sind, entfernen sie, in der Meinung, geheilt zu sein und einer Rückkehr zum Arzte nicht mehr zu bedürfen, selbst das Pessar, oft auch aus Rücksicht auf die Ehemänner oder aus Furcht, als poliklinisches Material zu Unterrichtszwecken benutzt zu werden. Hat nun gar der Arzt das Pessar probeweise entfernt, so sieht er die Kranken fast nur dann, wenn erhebliche Verschlimmerung eingetreten ist, wieder.

Deshalb habe ich meinen Berechnungen über die dauernden Heilerfolge nur die 3028 Fälle der Privatpraxis mit 417 Retrodeviationen zu Grunde gelegt. Es subtrahiren sich indessen von den letzteren noch:

1. Solche Fälle, in denen eine mechanische Behandlung nicht nöthig war, 26 = 6,2 Proc. Es waren dies meist uncomplicirte Rückwärtslagerungen, die keine speciellen Symptome machten und nur bei Gelegenheit von aus anderen Ursachen unternommenen Genitaluntersuchungen zufällig constatirt wurden; häufig fanden sich solche symptomlose Retrodeviationen nahe oder jenseits des Klimax. Rückwärtslagerungen, die keine Beschwerden verursachen, bedürfen, obwohl sie immerhin eine pathologische Bedeutung haben, doch zunächst keiner mechanischen Behandlung, wie ich im Gegensatz zu Löhlein<sup>1)</sup> hier hervorheben möchte. Auch Olshausen, Fritsch, Sängers u. A. behandeln bei Symptomlosigkeit nicht.

2. Gehen von der Gesamtsumme 39 Retrodeviationen = 9,3 Proc. ab, die aus irgend welchen Gründen aus der Behandlung wegblieben.

3. 58 Fälle, in denen die orthopädische Behandlung unterbleiben musste. Es waren dies zumeist irreponible Retroversionen-flexionen, die wegen pelvipertonitischer oder parametraner breiter und fester Adhäsionen sich ohne rohe Gewalt nicht reponiren liessen oder nach Aufhören des Zuges nach vorn sofort wieder in die falsche Lage zurückfederten. Kein Fall wurde als irreponibel erklärt, an dem nicht alle Repositionsmittel (bimanuelle Bauchdecken-Scheiden oder bei Virgines Bauchdecken-Mastdarmreposition, in schwierigeren Fällen combinirte Wirkung von den Bauchdecken, der Scheide und dem Mastdarm aus, eventuell in Chloroformnarkose; ferner Sonde, wenn nöthig mit Heranziehung der Knieellenbogenlage mit Sims'scher Rinne und Anhängen der Portio durch eine Muzeux'sche Zange) methodisch und consequent versucht waren. Auch hier wurde, wie dies Löhlein von sich berichtet, mit der wachsenden Zahl der beobachteten Fälle und der zunehmenden Uebung die Ziffer der wirklich als irreponibel erkannten Retrodeviationen immer kleiner, so dass ich heut ohne

<sup>1)</sup> l. c. p. 103.

<sup>1)</sup> Berl. Zeitschr. f. Gebh. u. Gyn. Bd. VIII. p. 102.

<sup>2)</sup> Klin. Beitr. z. Gyn. u. Gebh. Stuttgart 1884. p. 3—14.

<sup>3)</sup> Centralbl. f. Gyn. 1885. No. 42. p. 664—666.

<sup>4)</sup> Ueber den Gebrauch und Missbrauch der Pessarien. London, H. K. Lewis 1884.

<sup>5)</sup> Die Lage der Gebärmutter, Ref. im Centralbl. f. Gyn. 1878. No. 18.

<sup>6)</sup> Arch. f. Gyn. XXVIII. Bd. pag. 228.

grosse Schwierigkeit solche reponire, die ich vor 3 Jahren und früher als fixirt in meinen Journalen notirt habe. Grundsatz bei der Rectification der Lage war, wenn irgend möglich, bimanuell oder durch die combinirte Mastdarmscheidenbauchdecken-Reposition zum Ziele zu kommen; sehr erleichtert wurde die combinirte manuelle Action dadurch, dass ich, wo erheblichere Schwierigkeiten zu erwarten waren, z. B. bei bedeutenderem Meteorismus, die Kranken einige Tage vorher stark purgiren liess und unmittelbar vor der Reposition nach Hegar's Vorschlag die Blase stark füllte und durch einen Catheter von grossem Caliber rasch entleerte. Dies im Verein mit einer zweckmässigen Lagerung (Steinschnittlage mit wenig erhobenem Oberkörper) und Lockerung aller beengenden Kleidungsstücke erleichtert oft überraschend die Reposition. Wenn aus den bekannten Gründen jedoch die bimanuelle Action nicht ausreichte, scheute ich mich nicht, die Sonde zu gebrauchen (in 23 Fällen), deren Gefahren bei Beachtung der bei jedem Instrument nöthigen Vorsicht und Dexterität und vor Allem bei genügender Antisepsis nicht grösser sind, als die einer schweren bimanuellen Rectification der Uteruslage. Chloroformnarkose war 47 mal nöthig; sie muss tiefer sein, als zu einer Operation mit schneidenden Instrumenten, da sie eine vollkommene Erschlaffung aller willkürlichen Muskeln bezweckt; eine halbe oder unvollkommene Narkose vergrössert nur die Widerstände und ist schlimmer, als gar keine. Ich erzielte die besten Narkosen auch hier, wie bei allen meinen Operationen durch die combinirte Morphium-Atropin-Chloroformnarkose, die ich zuerst schon 1874 experimentell begründet und an der Lebenden angewendet habe (s. Verhandlungen der 47. Versammlung deutscher Naturforscher in Breslau) und nicht erst, wie auch die Deutsch. medic. Wochenschr. und die Deutsch. medic. Zeitg. seiner Zeit irrtümlich angaben, Colombel im Jahre 1884. Es blieben also nach Abzug der 3 genannten Kategorien 294 Fälle von Retrodeviation = 70,5 Proc., die mechanisch behandelt wurden.

Die Form des Pessars anlangend habe ich in diesen 294, wie in fast allen privaten poliklinischen Fällen vom 1. October 1882 bis heute fast ausschliesslich Thomas'sche Hartkautschukpessare, bis jetzt schon über 600, nach Olshausen's Angabe verbraucht und gebe ihnen wegen ihrer Sauberkeit, wegen der Sicherheit, womit sie den reponirten Uterus in Normallage halten, wegen der Möglichkeit einer definitiven Heilung nach ihrer Entfernung und wegen der (für verheirathete Frauen wichtigen) durch sie unbehinderten Cohabitation und Conception vor allen anderen Vaginalpessaren, die ich Jahre lang vorher in ausgiebiger und consequenter Anwendung versucht hatte, den Vorzug. Die grössere Sauberkeit der Thomaspessare gegenüber den Kupferdrahtgummipessaren ist unbestreitbar; letztere müssen, selbst wenn man sie nach Leop. Meyer's (Kopenhagen) Vorschlag mit einem Jodoformfirnisüberzug versieht, mindestens alle  $\frac{1}{4}$  Jahre, die ersteren ohne Decubitus zu erregen, nur alle 6—12 Monate gewechselt werden. Höchstens Celluloidpessare können ihnen in Bezug auf Reinlichkeit an die Seite gestellt werden; die Prochownik'schen hohlen Hartkautschukpessare lassen sich nach dem Muster von Gummidrahttringen in kochendem Wasser zwar leicht nachbiegen, nehmen aber in der Vagina bald wieder ihre ursprüngliche Form an. Uebrigens muss ich zugeben, dass in allerdings sehr vereinzelter Fällen jedes Pessarmaterial (Hartkautschuk, Celluloid, Gummi, Glas) gleichmässig reizt und trotz grösster Sauberkeit der Frauen und täglicher desinficirender Vaginalinjectionen zur raschen Decomposition der Vaginalsecrete führt. Es muss dies wohl an der Zusammensetzung der letzteren liegen, manchmal auch an dem Klaffen der Vulva durch ein zu gross gewähltes Pessar. Die Sicherheit einer dauernd guten Lage nach gelungener Reposition wird am ehesten durch Thomaspessare verbürgt. Fast alle Beobachter (so in Eisenach P. Müller, Laaser, Olshausen u. A.) sind darin einig, dass in einer Reihe von Fällen, besonders bei sehr mobilem, leicht aufrichtbarem Uterus mit weiter Vagina und erschlaftem Beckenboden, andererseits aber auch nach schwierigen Repositionen, wo die Gebärmutter die stete Tendenz zum Zurückfedern behält, ferner bei enger, jungfräulicher Vagina und kleinem, stark nach rückwärts abgelenktem Uterus, endlich bei kurzer Portio die Hodge'schen, aber auch nicht selten die Schultze'schen Pessare im Stich lassen. Hier konnte ich nach wiederholter vergeblicher Anwendung der erwähnten Instrumente in vielen Fällen dauernde Retention nur durch Thomaspessare erzielen; nur muss das hintere Scheidengewölbe weit genug sein, um den dicken hinteren Querbügel des Thomas aufzunehmen; im Nichtfalle kann es durch provisorisches Einlegen anderer Pessarformen, Tampons oder Trennung von Narbenmassen allmählich erweitert werden. Relapse des Uterus über dem liegenden Pessar kommen — vorausgesetzt die richtige Auswahl in Grösse und Biegung des Pessars — viel seltener als bei allen anderen Pessarformen, die Schultze'schen nicht ausgenommen, vor. Der Vor-

wurf Schultze's gegen das Thomaspessar, dass doch immer nur aus vorhandenem Vorrath eines ausgewählt und dessen Form nicht leicht für den einzelnen Fall umgeändert werden könne, trifft bei genügendem Vorrath von allen Grössen und Biegungen nicht allzuschwer; ja ich behaupte sogar, dass die Mehrzahl der practischen Aerzte es vorziehen dürfte, ein fertiges, zweckmässig geformtes Instrument in die Hand zu bekommen, als sich selbst erst ein solches formen zu müssen. Dass dies oft recht schwierig, giebt selbst Schultze's früherer Assistent Eichholz<sup>1)</sup> zu; ein unzuweckmässig geformtes Schultze'sches Pessar aber nützt quoad retentionem uteri gar nichts. Im Uebrigen hoffe ich, demnächst Thomaspessare aus Celluloid, die eine ausreichende Biegsamkeit haben, zu nicht zu hohem Preise gefertigt zu erhalten.

Die Möglichkeit der Cohabitation, die wenigstens bei Schlittenpessaren ausgeschlossen ist, während der Tragzeit des Thomaspessars ist für verheirathete Frauen, die das Hauptcontingent der Retrodeviationen stellen, nicht zu unterschätzen. In 40 von den 294 mechanisch behandelten Fällen der Privatpraxis erfolgte während des Tragens des Pessars Conception, bei verschiedenen Frauen zu 2, ja 3 Malen wiederholt. Die Retroflexion an und für sich beeinträchtigt, wie Schultze hervorhebt<sup>2)</sup>, nicht direct die Möglichkeit einer Conception, wohl aber die Folgezustände lange bestandener Retroflexion, so dass wir absolute und relative Sterilität, sowie Impotentia gestandi bei ihr beobachten. Hier konnte ich ebenso wie B. S. Schultze den günstigen Einfluss der Reposition des Uterus und seiner Retention durch Vaginalpessare constatiren; Frauen, die längere Zeit nicht mehr concipirt hatten, wurden zuweilen unmittelbar nach der Einlegung des Instruments schwanger, selbst in solchen Fällen, wo längere absolute Sterilität (2 Mal) vorausgegangen war. Diese beiden letzterwähnten betrachte ich allerdings nur als glückliche Ausnahmefälle; man geht zumeist nicht fehl, wenn man bei Frauen mit längerer als 2jähriger, absoluter Sterilität und Retroflexio uteri die Prognose quoad conceptionem ungünstig stellt. Hingegen ist sie für Impotentia gestandi, wegen und durch die Retroflexio zwischen 2 und 4 Monat habituell Abortus erfolgte, sehr günstig. Ich finde unter meinen Notizen 4 Fälle, wo die Frauen, welche vorher wiederholt wegen ihrer Retroflexion abortirt hatten, nunmehr am normalen Ende der Schwangerschaft lebende Kinder gebären. Ich liess dieselben gewöhnlich bis zum Ende des 5. Monats das Pessar tragen; bei einer Frau, die sich im Beginn der Schwangerschaft das Retroflexionspessar selbst herauszog, relabirte der Uterus, und sie abortirte zwischen dem 3. und 4. Monat unter den Erscheinungen der Retroflexio uteri gravid. Gegen die letztere Affection, auch wenn sie schon ausgebildet zu meiner Cognition kommt, schreite ich übrigens nicht sofort prophylactisch ein, sondern erst dann, wenn sich Stauungs- oder Druckerscheinungen an dem graviden Uterus selbst oder an seinen Nachbarorganen bemerkbar machen; in der Mehrzahl der Fälle kann man zwischen 3. und 4. Monat eine sich ganz allmählich und symptomlos vollziehende Spontanreposition und Uebergang in die normale Antelexionsstellung des graviden Uterus beobachten.

Dass Geburt und Wochenbett zur dauernden Heilung einer Retrodeviation, die vor der letzten Schwangerschaft bestanden, nur höchst ausnahmsweise etwas beiträgt, dürfte heute wohl kaum angezweifelt werden. Wenn Fritsch<sup>3)</sup> allerdings sagt, dass er in langer Reihe von Jahren niemals einen Fall gesehen, wo die Retroflexion nach einem Wochenbett nicht wieder eingetreten wäre, so muss ich dem doch entgegenhalten, dass sich in meinen Listen ein sicher beobachteter Fall befindet, wo in der Schwangerschaft Retroflexio uteri gravid constatiert wurde, und später bei der Betreffenden, die ihr Kind selbst säugte und schon wieder menstruirte, 5 Monate post partum matura eine Normallage des Uterus, ohne dass vorher eine Reposition gemacht oder ein Pessar eingelegt worden wäre.

Im Allgemeinen aber relabirt der einmal rückwärts geknickt gewesene Uterus fast ausnahmslos früher oder später nach der Niederkunft wieder, und um dies zu verhüten und eine neue, vielleicht schwierige Reposition zu vermeiden, lege ich in solchen Fällen ausser den übrigen bekannten Maassnahmen bei sonst normalem Wochenbett schon am 9.—10. Tage p. p. ein ziemlich grosses Hodgepessar ein und lasse, um die Involution der Scheide durch letzteres nicht zu stören, gleichzeitig kühle, desinficirende und adstringirende Injectionen von da an macheu.

(Schluss folgt.)

<sup>1)</sup> Zur Therap. d. Retroflexio uteri. Deutsch. Med. Zeitg. 1885, No. 64.

<sup>2)</sup> Die Pathologie und Therap. d. Lageveränderungen d. Gebärmutter. Berlin. Hirschwald 1881, p. 169.

<sup>3)</sup> Die Lageveränderungen und die Entzündungen der Gebärmutter, Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten. II. Aufl. 1885. pag. 768.