

V. Ueber einen Fall von intraperitonealer Vaginofixation nach Dührssen's Methode.

Von Dr. Paul Krause in Vietz a. Ostbahn.

Zu den eigenartigsten Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane gehört unstreitig die Retroflexio uteri. Die subjectiven Erscheinungen, welche sie verursacht, sind so mannichfache, dass man sie fast als den Proteus der Genitalkrankheiten bezeichnen kann. Einmal entdeckt man eine Retroflexio als beiläufigen Befund, ohne dass die Kranke irgend welche Belästigung verspürt, ein andermal bestehen zwar die gewöhnlichen Beschwerden, dieselben weichen aber sofort nach gelungener Reposition und Einführung eines passenden Pessars, und wieder in anderen Fällen ist jede Ringbehandlung nutzlos, es stellt sich sogar nicht selten im Laufe der Zeit schwerste Hysterie ein. Der Fall, welchen ich beschreiben werde, war besonders interessant, weil sich bei ihm die drei eben beschriebenen Phasen in verhältnissmässig kurzer Zeit hinter einander abspielten.

Frau F., 38 Jahre alt, hat sechsmal geboren, zuletzt im October 1893. Anfang 1894 erkrankte sie an profusen Menstrualblutungen. Zuerst traten die Menses in regelmässigen, vierwöchentlichen Intervallen auf, später wurden die Zwischenräume kürzer, der Blutverlust steigerte sich, und es gesellten sich starke Uteruskoliken während der Periode hinzu. Als ich Patientin zum ersten male untersuchte, fiel mir ausser einer mobilen Retroflexio der sehr schlaffe Beckenboden auf. Die schon recht erschöpfte Kranke gab indessen an, keine Beschwerden weiter zu haben, als die durch die Blutungen bedingten, so dass ich nur den Uterus auszuschieben vorschlug. Der Erfolg des Curettements war der, dass die Blutungen sofort nachliessen; die Menses traten wieder in normalen Pausen und in normaler Weise ein, die Kranke fühlte sich wohl und erholte sich sichtlich. Nach einigen Wochen klagte sie über leichte Kreuzschmerzen, worauf ich den Uterus reponirte, ein Hodgepessar einlegte und glaubte, nun würde alles seinen guten Gang gehen.

Sehr bald stellten sich aber neue Beschwerden ein. Die Kreuzschmerzen wurden heftiger, ein Gefühl von Schwäche kam hinzu, es war der Patientin, als ob ihr der Leib vor die Füsse fallen wolle, sie konnte nur mit grosser Anstrengung Treppen steigen, schliesslich hatte sie auch bei Bettruhe continuirliche Leibscherzen, gleichgültig ob sie auf dem Rücken, der Seite, oder auf dem Bauche lag. Ich mühte mich emsig ab, durch Ringbehandlung Hülfe zu bringen, aber es war völlig nutzlos; ich habe die verschiedensten Formen angewandt, der heute aufgerichtete Uterus lag morgen mit absoluter Sicherheit im Ring retroflectirt. Die Schlaffheit des Beckenbodens liess die Pessare auch nicht in ihrer Lage verharren; grosse Exemplare konnten nicht genommen werden, weil sie Schmerzen verursachten, und kleinere stellten sich nach einigen Tagen quer. Infolge dessen schlug ich der Patientin schon frühzeitig eine neue Operation vor, bei der eine Fixirung des Uterus stattfinden sollte, stiess aber auf energischen Widerstand; sie wollte lieber sterben, als noch einmal operirt zu werden. Da sie glaubte, ohne Ring nicht existiren zu können, legte ich einen weichen Mayer'schen Ring ein und wartete ab.

Der Zustand blieb aber nicht so, wie er eben geschildert wurde, sondern allmählich entwickelte sich eine hochgradige Hysterie, so dass

die Kranke eigentlich überhaupt keine frohe Stunde mehr hatte. Magenschmerzen, Intercostalschmerzen, unerträgliches Brennen im Abdomen, lancinierende Schmerzen, die im ganzen Körper umherwanderten, waren die hauptsächlichsten Symptome. Eine consequente Bromcur (100 g Bromnatrium in 15 Tagen) blieb fast wirkungslos. Schliesslich sah ich von jeder Therapie ab und erklärte, etwas anderes, als die vorgeschlagene Operation, nicht mehr vornehmen zu wollen. Bis zum Februar 1895 dauerte die Tragödie, dann hielt Patientin die Qualen nicht länger aus und war zu jedem Eingriff bereit.

Am 12. Februar schritt ich zur Operation, die ich etwas genauer beschreiben werde. Nach Eintritt der Narkose wurden die Schauta'schen Beinhalter angelegt. Dann wurde sorgfältig rasirt, und die äusseren Genitalien, sowie der Damm wurden energisch mit 1%iger Lysollösung abgebrüht. Die Nachbarschaft der Vulva, also die Oberschenkel und das Abdomen bis zum Mons veneris wurden mit sterilisirten Handtüchern bedeckt. Die Tücher, sowie sämtliche Instrumente und das Nähmaterial, mit Ausnahme der Messer und des Catguts, waren in dem von Körte angegebenen Apparate ausgekocht. Die Messer hatten einige Stunden in absolutem Alkohol, das Catgut mehrere Tage in Juniperusöl gelegen, beide kamen kurz vor der Operation in eine Schale mit 1%iger Lysollösung. Die übrigen Instrumente lagen auf einem Schemel, der mit einem sterilisirten Tuche bedeckt war. Operateur und Assistent desinficirten sich in 1%iger Lysollösung; vor der Eröffnung des Peritoneums bürstete ich die Hände einige Minuten in 1%iger Sublimatlösung.

Nach Beendigung der äusseren Desinfection wurde die Scheide gründlich mit 1%iger Lysollösung ausgespült und abgerieben; von einem Curettement sah ich ab, da die früher vorhandene Endometritis offenbar beseitigt war. Nun ging ich genau in der Weise vor, wie sie Dührssen für seine Operation angegeben hat.

Die Blase wurde durch einen männlichen Katheter stark in die Höhe gedrängt. Nach Einlegung eines rinnenförmigen Speculums in die Scheide wurde die vordere Muttermundslippe mit zwei Kugelzangen gefasst und kräftig nach abwärts gezogen. Katheter und Kugelzangen hielt der rechts stehende Assistent, der überhaupt für die Operation der wichtigste ist. Dann machte ich an der Ansatzstelle des vorderen Scheidengewölbes an den Uterus einen 1 cm langen Schnitt mit dem Messer, der nach beiden Seiten mit der Scheere um je 1 cm verlängert wurde. Das Operationsfeld wurde von Beginn an bis zum Schluss mit $\frac{1}{2}$ %iger Lysollösung berieselt. Die Schnitte waren genügend tief ausgefallen und hatten das zwischen Blase und Cervix befindliche Bindegewebe durchtrennt. Ich versuchte nun sofort in der Weise, wie es Dührssen empfiehlt, die Plica vesico-uterina zu eröffnen, indem ich die Spitze des Zeigefingers gegen den Uterus in Höhe des inneren Muttermundes drückte und mir dann die Plica herabzuziehen strebte. Das gelang mir aber nicht, wie der weitere Verlauf zeigte, offenbar infolge mangelnder Übung.

Ich beschloss zunächst, einige provisorische Nähte durch den Uterus zu legen, letzteren etwas abwärts zu ziehen und dann die Plica in situ zu eröffnen. Der erste Fadenzügel riss aber aus und eröffnete bereits dicht am Uterus das Peritoneum. Der Riss wurde ein wenig erweitert, das Peritoneum mit der Scheidenwunde durch zwei Catgutfäden vernäht, und damit die Blase, die ich eigentlich kaum zu Gesicht bekommen hatte, aus dem Operationsfeld eliminiert.

Nun führte ich durch die oberste, sichtbare Stelle des Uterus eine Nadel mit Seidenfaden, die natürlich tiefer durch die Substanz gelegt wurde, als die erste, knotete die beiden Enden des Fadens und übergab letzteren dem rechts stehenden Assistenten. Katheter, Kugelzangen und Speculum wurden entfernt, und der Zug nach abwärts in kräftiger Weise an dem Seidenzügel ausgeübt.

Durch die jetzt höchste, sichtbare Stelle des Uterus wurde wieder ein Seidenfaden gelegt und so, immer unter Leitung des Auges, fort, bis sich der Fundus uteri im Laquear präsentirte. Ich ging hierauf zunächst mit dem Zeigefinger in die Bauchhöhle ein, tastete die Ovarien ab, wobei sich keine Abnormitäten erwiesen, und legte alsdann die Nähte zur Fixirung des Uterus. Die Nadel wurde durch die Scheide und das mit ihr vernähte Peritoneum hindurch in den Fundus ein- und etwa 1 $\frac{1}{2}$ cm tiefer wieder ausgestochen. Der Einstich erfolgte innerhalb einer Linie, die als die Tubenecken verbindend gedacht wurde. Es wurden zwei Nähte gelegt, auf jede Seite eine, und die Fäden sofort geknüpft; als Nähmaterial wurde Silkworm verwandt.

Es folgte Verschluss der queren Scheidenwunde. Dieselbe wurde mit fortlaufendem Catgutfaden, entsprechend dem Rathe Dührssen's, nicht quer, sondern längs vereinigt, so dass also die seitlich vorher am weitesten entfernten Punkte in der Mitte an einander zu liegen kamen.

Mit Rücksicht auf die Schlaffheit des Beckenbodens schloss ich an die Vaginofixation die Kolpoperineorrhaphie nach Hegar-Kaltenbach an. Die Naht wurde mit fortlaufendem Catgutfaden in drei Etagen gelegt. Mit der Einführung eines Jodoformgazestreifens in die Scheide fand die Operation ihren Abschluss.

In den ersten drei Tagen danach traten kleine Temperatursteigerungen auf, die aber 38,0 nicht erreichten und wohl durch Resorption der geringen Blutmenge bedingt waren, welche in der Bauchhöhle verblieb. Die Wunden heilten reactionslos. Das subjective Befinden wurde mehrere Tage durch Uebelkeit, verbunden mit häufigem Erbrechen (vernünftiger Chloroformwirkung), gestört, besserte sich aber auch bald. Am achten Tage fühlte Patientin sich ganz wohl und war besonders darüber glücklich, dass sie nun wieder ohne Schmerzen dauernd auf dem Rücken liegen konnte. Am vierzehnten Tage stand sie zum ersten male auf, war aber so schwach, dass sie bald wieder in's Bett musste. Von dieser Schwäche hat sie sich sehr langsam erholt, sonst hatte sie aber auch über nichts zu klagen. Die hysterischen Beschwerden, überhaupt der ganze oben genau erörterte Symptomencomplex, waren mit einem Schlage wie fortgepflegt. Auch jetzt, drei Monate nach der Operation, ist der Zustand

unverändert, nur nach anhaltender schwerer Arbeit, namentlich wenn sie sich lange bücken musste, spürt die Frau ein wenig Schmerzen im Leib. Sie selbst bezeichnete sich bei der letzten Untersuchung als „wie von neuem geboren“. Der Uterus liegt normal anteflectirt, der Beckenboden ist straff, in die Vagina lässt sich ein Finger eben einführen, die Vulva schliesst gut.

Es hat ja nun sein missliches, aus dem Verlaufe eines solchen Falles, wie des beschriebenen, Schlüsse zu ziehen. Ich glaube aber, zweierlei ohne Einschränkung behaupten zu dürfen, dass die Operation Gemeingut eines grossen Theiles der Aerztwelt werden kann und dass sie entschieden auf ihre Leistungsfähigkeit weiter geprüft zu werden verdient.

Wenn in der Medicin eine Neuerung auftaucht, so ist es meines Erachtens stets von hervorragender Bedeutung, ob dieselbe ihrer Natur nach einem beschränkten Kreise von Spezialisten zugewiesen bleiben muss, oder ob sie dem praktischen Arzte Nutzen bringen kann. Ohne den Werth der grossen Eingriffe herabsetzen zu wollen, welche nur die Hand des Meisters wagen darf, halte ich doch jede neue Methode, jede neue Operation, die geeignet ist, den Schaffenskreis des praktischen Arztes zu vergrössern, für bedeutungsvoller. Und ich schwanke keinen Augenblick, dem ein grösseres Verdienst zuzuerkennen, der in dieser Weise die dem praktischen Arzte gesteckten Grenzen erweitern hilft, als dem, der mit unendlichem Scharfsinn eine neue Methode ergründet, die hernach Domäne der grossen klinischen Institute bleiben muss. Dabei bin ich sicher, dass die ganze Aerztwelt, soweit sie in der Praxis steht, mir beipflichtet.

Nun, wenn irgend eine, so ist Dührssen's Methode der vaginalen Fixirung eine verdienstliche Neuerung im eben skizzirten Sinne. Meine Assistenz bestand aus zwei Aerzten und einer Hebamme; soviel Hilfe kann sich weit über die Hälfte der deutschen Aerzte verschaffen. Und die Operation fand in einer Dachgiebelstube statt, in welcher die ganze Familie — Mann, Frau und Kinder — zu hause gezwungen war. Wenn eine Methode unter solchen Umständen durchführbar ist, so hat sie nach der technischen Seite hin die Feuerprobe bestanden. Die Vaginofixatio uteri ist also für den aseptisch und antiseptisch geschulten Collegen ein Eingriff, den er genau so sicher ausüben kann, wie etwa ein Curettement, das auch nicht ungefährlicher ist und doch schon seit langer Zeit zum eisernen Bestand vieler Aerzte gehört.

Ich meine, was die technische Seite anlangt, so lässt sich hiergegen nichts sagen; wohl aber könnte man mir, und mit Recht, einwenden, dass es mit der Ausführbarkeit allein doch nicht gemacht sei. Wenn man eine neue Operation als einen Fortschritt begrüssen solle, so müsse auch bewiesen werden, dass sie wirklich Nutzen bringe. Es ist vielleicht nicht unwichtig, wenn ich erzähle, wodurch ich auf den Gedanken gebracht wurde, die Dührssen'sche Methode anzuwenden. Erstlich hatte ich bei zwei Patientinnen meiner Clientel, die von Dührssen operirt worden waren, durch Jahre lange Beobachtung feststellen können, dass der Uterus thatsächlich seine Lage behielt. (Die eine Patientin⁴⁾ machte eine normale Schwangerschaft durch, und ein Vierteljahr nach der Entbindung lag der Uterus genau so anteflectirt, wie er vor Eintritt der Conception gelegen hatte. Infolgedessen hatte ich schon etwas für die Methode übrig.

Dazu kam als zweites die Publication Dührssen's im Archiv für Gynäkologie: „Ueber die operative Heilung der mobilen und fixirten Retroflexio uteri auf vaginalem Wege mit besonderer Berücksichtigung der Dauererfolge“. Ich studirte die in dieser Arbeit veröffentlichten 194 Fälle sorgfältig und kam zu der Ueberzeugung, dass von allen dem praktischen Arzte zugänglichen Eingriffen zur Dauerheilung einer Retroflexio jedenfalls der von Dührssen angegebene die meiste Beachtung verdient. Dührssen hat schon bei dem früher geübten Verfahren, bei welchem das Peritoneum nicht eröffnet wurde, den hübschen Procentsatz von 75% Dauerheilungen erzielt. Später ist die Methode durch die Eröffnung der Plica verbessert worden. Als ich die Abhandlung aus der Hand legte, hatte ich den Eindruck gewonnen, dass sich bei Anwendung der letztgenannten Modification der Eintritt von Recidiven stets verhüten lässt, und beschloss, bei erster Gelegenheit einen Versuch zu machen. Dieser ist zu meiner höchsten Zufriedenheit ausgefallen. Es ist geradezu frappirend, wie sich die Patientin aus einem Zustand vollkommener Verzweiflung wieder zu völligem Wohlbehagen erholt hat.

Nunmehr, nachdem ich die Angaben Dührssen's durch eigene Beobachtung bestätigt gefunden habe, halte ich mich für berechtigt, der Methode eine Zukunft zu vindiciren. Und ich möchte an meinem bescheidenen Theile dazu beitragen und anregen, dass dieselbe in Aerztekreisen mehr und mehr geprüft werde. Wenn ich bedenke,

⁴⁾ Dieselbe ist am 16. Februar 1892 von Dührssen operirt und als Fall 97 in seiner unten angeführten ausführlichen Arbeit verzeichnet worden.

wie viele Retroflexionen namentlich dem Arzte der kleineren Stadt, resp. auf dem Lande zu Gesichte kommen, die schon Jahre lang nutzlos mit Ringen behandelt wurden und die Patientinnen im höchsten Maasse unglücklich machten, so meine ich, dass vielleicht mancher College durch meine Zeilen ermuntert werden kann, es einmal auf dem vorgeschlagenen Wege zu versuchen. Das scheint mir aber unbedingt nothwendig, dass die Methode von recht vielen praktischen Aerzten geprüft werde. Denn nur dann kann sie Gemeingut werden, wenn sie in weitesten Kreisen probirt und bewährt gefunden wurde. So lange sie bloss von Dührssen und einigen Berufsgynäkologen ausgeführt wird, fristet sie ein Schatten-dasein, für das sie meiner Ansicht nach viel zu werthvoll ist.

Der Streit der Gynäkologen — hie Vaginofixation! hie Ventrofixation! — ist mir dabei ganz gleichgültig. Mit der Ventrofixation ist eine Laparotomie verbunden, und dadurch allein ist sie schon für den grössten Theil der Aerzte unausführbar, so dass sie nicht weiter abgehandelt zu werden braucht.

Ich gehe auch nicht auf die verschiedenen Modificationen ein, die von anderen Autoren angegeben worden sind, nachdem Dührssen Bahn gebrochen hatte. Das würde verwirren und zu weit führen. Dührssen's Methode, wie sie sich jetzt herausgebildet hat und wie ich sie oben beschrieb, also mit Eröffnung der Plica, ist ein abgerundetes, geschlossenes Ganze, das in technischer Richtung für den praktischen Arzt vorderhand die bequemste, am leichtesten ausführbare Methode darbietet.

Auf eins möchte ich indess bei dieser Gelegenheit noch aufmerksam machen, nämlich auf die von manchen Autoren hartnäckig verschwiegene Thatsache, dass Dührssen thatsächlich der erste war, welcher eine Heilung der Retroflexio durch Annäherung des Corpus uteri an die vordere Vaginalwand erzielt und auch als erster publicirt hat. Theoretisch ist dieser Vorschlag bekanntlich im Jahre 1888 von Sänger gemacht, jedoch nach Operation eines Falles, als nicht zum Ziele führend, wieder verworfen worden. Dührssen konnte dagegen in der zweiten, 1892 erschienenen Auflage seines gynäkologischen Vademecums bereits über 40 erfolgreiche Fälle berichten, in denen er vom eröffneten vorderen Scheidengewölbe aus das Corpus uteri mit der vorderen Vaginalwand vernäht und hierdurch Heilung der Retroflexio erzielt hatte. Ferner war Dührssen der erste, welcher im Juni 1892 die jetzt allgemein anerkannte Thatsache aussprach, dass zur Erreichung von Dauererfolgen die Annäherung des Fundus nöthig sei (Centralblatt für Gynäkologie 1892, S. 924). Meiner Ansicht nach hat Dührssen ein begründetes Anrecht darauf, dass jede Methode, bei welcher der Fundus an die Scheide angenäht wird, mit seinem Namen verknüpft wird.

Endlich hat Dührssen ebenfalls als erster — im Aerztlichen Praktiker 1893 — gerathen, das Peritoneum zu eröffnen, den Uteruskörper vor die Vulva zu ziehen und bei fixirter Retroflexio die Fixationen mit dem Paquelin zu durchtrennen. Er bezeichnete die Operation als vaginale Laparotomie und dehnte sie alsbald auf alle Fälle von Retroflexio aus.

Aus diesem kurzen historischen Rückblick geht, wie schon oben bemerkt, hervor, dass alle im Laufe des Jahres 1892 und später publicirten Methoden der Vaginofixation nur als Modificationen der Dührssen'schen Methoden anzusehen sind. Und deshalb meine ich: Ehre, dem Ehre gebührt!

Wenn ich zum Schluss nochmals zusammenfassen darf, so ist der Zweck dieser Zeilen nur der, anzuregen und zur Prüfung zu ermuntern. Ich hielt mich zu vorliegender Publication für um so mehr berechtigt, als meines Wissens zur Zeit keine Abhandlungen über das Thema existiren, ausser von Dührssen selbst. Sollte die weitere Erfahrung, was ich nicht glaube, den Werth der Operation herabsetzen, so würde ich sofort meinen Irrthum unbedingt zugeben. Ich würde mich mit dem Gedanken trösten, dass schlimmsten Falles den Patientinnen kein Schaden zugefügt werden konnte, dass ich aber nach dem jetzigen Stande der Verhältnisse guten Grund hatte, der Methode das Wort zu reden. Sollte dagegen die Vaginofixation in Zukunft mehr und mehr Freunde, mehr und mehr Verbreitung finden, so würde ich mich freuen, dass ich mitgeholfen habe, uns Praktikern eine werthvolle Neuerung zu erobern.