

XX.

Kurzer Ueberblick über den heutigen Stand der Retroflexionstherapie.

Von

Dr. Flaischlen in Berlin.

(Nach einem am 4. December 1900 in der Berliner Gesellschaft für Natur und Heilkunde gehaltenen Vortrage.)

Meine Herren! Als vor noch nicht einem Decennium von den Erfindern der Vaginofixation, der Annäherung des Uterus an die vordere Scheidenwand zur Heilung der Retroflexio uteri in einem relativ kurzen Zeitabschnitt mehrere Hundert Frauen operirt worden waren, fand diese auffallende Indicationsstellung die heftigste Opposition bei einer grossen Anzahl deutscher Gynäkologen. Die gute Folge dieses Gegensatzes war, dass die klinische Bedeutung der Retroflexio mehr in den Vordergrund des Interesses gerückt wurde, und dass die Frage nach der Therapie derselben auch heute noch nicht von der Tagesordnung verschwunden ist. Die Ansichten über dieses Thema sind immer noch sehr getheilt, und es wird voraussichtlich noch manches Jahr vergehen, bis in den wesentlichsten Punkten der Retroflexionstherapie eine volle Uebereinstimmung erzielt ist.

In jüngster Zeit hat Theilhaber Aufsehen unter den Gynäkologen erregt durch die extreme Ansicht, welche er vertritt, und welche von einzelnen Fachgenossen adoptirt wurde, dass die Retroflexio an sich keine Symptome macht und auch nicht orthopädisch behandelt zu werden braucht. Nach Theilhaber ist die Lageanomalie etwas Nebensächliches, und die Retroflexionssymptome werden gewöhnlich hervorgerufen durch andere von der Retroflexio unabhängige Erkrankungen, durch Gebärmutterkatarrh, Hysterie und Neurasthenie und durch Atonie des Darmes.

Man kann den Gegensatz der Meinungen wohl nicht besser illustriren, als wenn man dieser Anschauung Theilhabsers den Standpunkt entgegenhält, den Dührssen auf dem Congr. der deutsch. Gesellsch. f. Gynäk. in Leipzig vertreten hat. Olshausen äusserte, dass Dührssen wohl ziemlich 100 Proc. seiner Fälle von Retroflexio operirt habe,

worauf D. ihm erwiderte, er habe höchstens 50 Proc. operirt, damit also zugiebt, dass er jeden zweiten Fall von Retroflexio operativ behandelt hat.

Von der Mehrzahl der Gynäkologen wird heute der Satz wohl anerkannt, dass die Retroflexio als solche unbedingt heftige Beschwerden hervorrufen kann, dass sie aber in einer Reihe von Fällen ganz symptomlos besteht und keine Beschwerden zu machen braucht. Die natürliche Folge dieser Thatsache ist die, dass die Behandlung der Retroflexio im Wesentlichen sich nach der Schwere der Symptome richten muss, welche sie verursacht. Ist die Therapie aber von Symptomen abhängig, so ist es auch klar, dass die Indicationsstellung im einzelnen Falle von der Auffassung und Erfahrung des betreffenden Arztes abhängt, so dass allgemein gültige Regeln für die Therapie schwer gegeben werden können. Es leuchtet dies noch mehr ein, wenn man bedenkt, dass ausgezeichnete Beobachter über die Symptome, die mit der Retroflexio zusammenhängen, weit auseinandergehende Anschauungen geäußert haben. — Man unterscheidet bei der Retroflexio bekanntlich locale und consensuelle oder reflectorische Symptome; die localen Symptome bestehen hauptsächlich in Rückenschmerzen, Leibschmerzen, Drängen nach unten, Druck auf den Mastdarm, Gefühl des Vorfalls, Harndrang — durch Druck der Vaginalportion auf das Trigonum Lieutaudi — und Stuhlbeschwerden. Unter den reflectorischen Symptomen sind die häufigsten: Magendruck, Dyspepsie, Kopfschmerz, Schwere und lähmungsartige Schwäche in den Extremitäten, melancholische Gemüthsdepression. — Theilhaber, Krönig u. A. bestreiten, dass diese reflectorischen Symptome auf eine bestehende Retroflexio bezogen werden können. Sie schreiben diese Erscheinungen einer gleichzeitig unabhängig von der Retroflexio bestehenden Hysterie zu. Ein vermittelnder Standpunkt, dem Fritsch huldigt, erkennt eine directe Reflexneurose der Retroflexio nicht an, sondern nimmt an, dass die Lageanomalie durch ihre Beschwerden deprimirend auf die Psyche wirkt und auf diesem Wege die Entstehung hysterischer Beschwerden begünstigt.

Gestatten Sie mir nun, bei der Besprechung der einzelnen Formen der Retroflexio Ihnen einen kurzen Ueberblick über die Therapie derselben zu geben, wie sie von einer grösseren Reihe von Gynäkologen wohl als richtig aufgefasst wird. Der Uebersicht wegen möchte ich die Eintheilung in mobile und fixirte Retroflexio beibehalten.

Die Therapie der mobilen Retroflexio spielt eine Rolle bei Virgines, bei Frauen, die geboren haben und im Klimakterium. Neuere Untersuchungen haben festgestellt, dass die virginale Retroflexio weit häufiger ist, als man früher annahm. — Der kleine

virginale Uterus macht durch seine Lageveränderung verhältnissmässig nur selten Beschwerden. Dieselben können jedoch mit der Zeit zunehmen, wenn der retroflectirte Uterus und besonders das Corpus uteri infolge von Endometritis und metritischer Verdickung erheblich an Grösse zunimmt. Die meisten vaginalen Retroflexionen brauchen nicht local behandelt zu werden. Man wird in erster Linie die etwa vorhandene Chlorose und Atonie des Darmes behandeln, und durch passende klimatische und hydrotherapeutische Curen das Nervensystem möglichst kräftigen. Treten stärkere Retroflexionsbeschwerden auf, so wird man am besten in Narkose den Uterus aufrichten, und wenn die Scheide geräumig genug ist ein passendes Pessar einlegen, um den Uterus in Antelexion zu erhalten. Oft wird die zu enge Scheide jedoch das Einlegen eines Pessars verbieten. Man wird überhaupt die Pessartherapie bei jungen Mädchen möglichst zu vermeiden suchen, denn sie wirkt hier ausserordentlich deprimirend auf die Psyche, und die Aussicht zur Heilung der Retroflexio durch ein Pessar ist gerade bei Virgines eine zweifelhafte. Ist hier eine locale Behandlung durchaus erforderlich, so wird man am besten zum operativen Eingriff sich entschliessen, um das Leiden in einer Sitzung zu heben. Als passendstes operatives Verfahren dürfte hier die Alexander-Adams'sche Operation, die Verkürzung der Ligamenta rotunda vom Leisten canal aus in Frage kommen. Wenn auch verschiedene Operateure hier die Ventrofixation, die Annäherung des Uterus an die vordere Bauchwand, oder die Vaginofixatio anwenden, so hat sich doch eine grössere Anzahl deutscher Gynäkologen für die Alexander-Adams'sche Operation entschieden. Dieselbe vermeidet die Gefahren, die auch der einfachen Laparotomie anhaften, und ist ein im Erfolge sicheres und ungefährliches Verfahren. Ich selbst habe bei Virgines mit demselben Dauererfolge erzielt, welche ich seit 4–5 Jahren zu kontrolliren Gelegenheit hatte.

Die Alex. Adams'sche Operation führe ich im Wesentlichen in der Weise aus, wie sie von Rumpf beschrieben worden ist. Ein bogenförmiger Schnitt, welcher 1 cm über der Symphyse und dem Poupert'schen Bande jeder Seite geführt wird, durchtrennt die Haut, den Panniculus des Mons Veneris und die Fascia superficialis. Exacte Blutstillung ist dringend nothwendig. An einem der lateralen Wundwinkel legt man die Aponeurose des Obliquus externus frei. Dann schiebt man mit einem Gazetupfer das Fettgewebe in medianer Richtung gegen das Tuberculum pubis zu zurück. Auf diese Art legt man mit vollkommener Sicherheit den Annulus inguinalis externus frei. Nun schneidet man den Leistenring nach aussen zu 3–4 cm ein. Das im

geöffneten Leistencanal liegende Ligam. rotundum wird vorsichtig stumpf isolirt, worauf es dem Zuge auffallend leicht folgt. Bald erscheint der weissglänzende Peritonealtrichter, welcher mit den Fingern stumpf von dem Ligament zurückgeschoben wird. — Hat man beide Ligam. rotunda in dieser Weise isolirt, so zieht man an beiden Bändern den Uterus wie an Zügeln an und wird so den Widerstand des Fundus an den Bauchdecken fühlen.

Beide Ligam. werden nach einander durch eine Silkwormsuture in den lateralen Wundwinkel der Aponeurose fixirt und dann durch eine Reihe von Suturen (Silkworm oder Catgut) an die Innenseite der Aponeurose fixirt. Der laterale Theil des runden Mutterbandes wird etwa 8—10 cm abgetragen. Dann wird die Wunde in üblicher Weise geschlossen. Die Narbe wird später durch die Pubes fast völlig gedeckt, so dass sie öfters nur schwer wieder aufzufinden ist. Anstatt die Ligam. rotunda an die Innenseite der Aponeurose anzunähen hat Rumpff ein Verfahren angegeben, welches der Bassini'schen Operation nachgebildet ist, und welches darin besteht, dass der Muscul. obliq. int. an das Poupert'sche Band angenäht wird. Einige dieser Nähte durchstechen das Ligam. rotundum und fixiren es. Die Aponeurose des Musculus Obliq. externus wird isolirt vernäht. —

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird die Retroflexio mobilis beobachtet bei Frauen, die geboren haben. Es ist bekannt, dass eine grosse Zahl von Retroflexionen in Folge des Wochenbettes entsteht; aber zweifellos ist es auch, dass eine Reihe von Reflexionen, welche anscheinend aus dem Wochenbett stammen, Recidive bereits im virginalen Zustand bestandener Lageanomalien sind.

Für die Prognose und Therapie der Retroflexio mobilis ist es von Bedeutung, ob man sie bald nach dem Puerperium oder erst längere Zeit nachher zur Behandlung bekommt. Am schnellsten führt die Therapie zum Ziele bei der frischen Retroflexio, welche thatsächlich als Folge des Puerperiums entstanden ist. Die einmalige Aufrichtung des Uterus mit längerem Gebrauch von Ergotin genügt bisweilen allein, um den Uterus dauernd in Antelexion zu erhalten. Zeigt sich der Uterus jedoch bei wiederholter Untersuchung retroflectirt, so wird man ein Pessar mindestens $\frac{1}{2}$ Jahr tragen lassen. Die Pessarbehandlung wird man am besten circa 5—6 Wochen post partum einleiten, wenn die physiologische Rückbildung der Genitalien vollzogen ist.

Weniger schnell zum Ziel führt die Therapie der puerperalen Retroflexio, welche aus der virginalen Zeit stammt, oder in solchen Fällen, bei denen es sich um ein Recidiv einer aus einem früheren Wochenbett

stammenden, Lageanomalie handelt. Man wird aber bei länger dauernder Pessarbehandlung in vielen Fällen auch hier zum Ziel kommen. Es ist anzurathen, eine frische puerperale Retroflexio immer zu corrigiren resp. orthopädisch zu behandeln, auch wenn sie keine Beschwerden macht; denn die Erfahrung lehrt, dass dieselbe sich erst nach langer Zeit bemerkbar zu machen braucht. So ist erklärlich, dass die Zahl der mobilen Retroflexionen, welche erst Monate oder Jahre nach überstandener Entbindung zur Kenntniss des Arztes gelangen, eine ausserordentlich grosse sein muss. Diese Kategorie bildet das Hauptcontingent aller mobilen Reflexionen. Die Pessartherapie ist hier von der grössten Bedeutung. In einer nicht unerheblichen Anzahl von Fällen kann sie dauernde Heilung bringen. Wenn Elischer (Budapest) auf dem Congress in Leipzig sagte: geheilt wird die Retroflexio durch das Pessar nicht, so ist dieser Ausspruch sicherlich unrichtig. Jeder erfahrene Gynäkologe verfügt über eine Serie von Fällen, in denen er durch das Pessar die Retroflexio dauernd geheilt hat. Aber 2 Dinge gehören dazu: Geduld und Uebung. Um ein Pessar gut zu wählen und richtig einzulegen, gehört eine Erfahrung von einer Reihe von Jahren. Ich glaube, es kann schwerer sein ein passendes Pessar einzulegen, als eine Portio zu amputiren. Küstner hat sehr Recht, wenn er sagt: eine correcte Pessartherapie wird von vielen Aerzten zu wenig gekannt und gekonnt. Wie oft wird ein Ring eingelegt, ohne dass der Uterus vorher reponirt wird oder selbst bei fixirter Retroflexio! Aufgabe der klinischen Lehrer ist es, die Pessartherapie gründlich zu lehren und vor dem vorschnellen Operiren zu warnen. Die heranwachsende Generation von Aerzten muss nicht in dem Glauben erzogen werden, dass die Retroflexio uteri ein Leiden ist, dem nur mit dem Messer beizukommen ist.

Je länger eine Retroflexio anscheinend schon bestanden hat, um so länger muss das Tragen eines Pessars in Aussicht gestellt werden. Ein Jahr ist das mindeste. Oefter werden zwei und mehr Jahre nothwendig sein. Die Pessare, die sich am besten meiner Erfahrung nach bewährt haben, sind die biegsamen Zinnpessare und die Thomaspessare aus Hartgummi mit hohem hinterem Bügel. Ein gutsitzendes Pessar braucht nur etwa alle Vierteljahr herausgenommen und gereinigt zu werden. Hat der Uterus längere Zeit richtig im Pessar gelegen, so versucht man allmählig mit kleineren Pessaren auszukommen.

Die Regelung des Stuhlgangs ist ein Haupterforderniss bei allen an Retroflexio Leidenden. Die die Retroflexio begleitende Stuhlverstopfung ist meist Folge einer Darmatonie, welche aus dem Puerperium stammt. Nach Ols hausen ist es möglich, dass der puerperale ver-

grösserte Uterus zunächst mechanisch obstruierend wirkt, und dass diese Obstruction nach längerer Dauer eine Atonie des Darmes verursacht.

Die Ansicht, dass die Beseitigung der Retroflexio durch Aufrichtung, also eine locale Behandlung nur durch Suggestion heilend wirke, hält von Rosthorn für falsch, und ich schliesse mich demselben unbedingt an und zwar aus 2 Gründen. — Mehrfach sind Patientinnen zu mir in die Sprechstunde gekommen mit typischen Retroflexionsbeschwerden, so dass ich schon bei der Anamnese im Stillen die Diagnose Retroflexio machte. Ich reponirte den Uterus und legte den Patientinnen ein passendes Pessar ein, ohne ihnen davon etwas zu sagen. Mehr wie einmal erklärten die Kranken sofort, dass ihre Beschwerden nun gehoben seien, dass sie sich jetzt gesund fühlten. Von diesem Zeitpunkt ab blieben die Beschwerden auch dauernd fort, die Patienten bestätigten wiederholt, dass sie von ihren Schmerzen geheilt und ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangt hatten. Hier ist eine Suggestion meiner Ansicht nach vollkommen auszuschliessen. Eine derartige Heilung, wenn sie durch Suggestion erfolgt wäre, könnte nicht Monate und Jahre andauern. Der 2. Grund ist folgender: Ich habe oft beobachtet, dass die Patientinnen ganz genau wussten, mir mit unfehlbarer Sicherheit sagten, wenn der Uterus retroflectirt lag, sie bemerkten es augenblicklich an bestimmten Beschwerden, die sich dann einstellen. Mit der Reposition verschwanden diese Beschwerden sofort.

Eine Spontanheilung kann die Retroflexio mobilis nicht zu selten dadurch erfahren, dass die Ligamenta rectouterina sich narbig verkürzen und die Cervix dadurch hinten dauernd fixirt wird. Nur wenn eine längere Pessarbehandlung nicht zum gewünschten Ziele führt, ist die Indication zur operativen Behandlung der Retroflexio mob. gegeben. Im Wesentlichen wird dieser Satz von den meisten Gynäkologen anerkannt. Man wird sich zur operativen Heilung der Retroflexio mob. entschliessen, wenn ein Pessar auf die Dauer nicht den Uterus in Anteflexion erhält oder nicht getragen wird; ferner, wenn eine regelmässige Controle der Patientin wegen der grossen Entfernung des Heimathortes nicht möglich ist. Zweifellos spielt die sociale Lage der Kranken bei der Indication zur Operation eine grosse Rolle. Man wird sich bei einer Pat., welche darauf angewiesen ist, ihren Unterhalt zu verdienen, und die unbedingt arbeitsfähig sein muss, leichter zur Operation entschliessen, als bei einer gut situirten Dame, die sich jede Schonung auferlegen kann. Besonders angezeigt ist die operative Behandlung der Retroflexio uteri mobilis, wenn sie mit Descensus, Prolaps und Dammdefecten complicirt ist. Muss man eine Frau eines veralteten Dammrisses wegen operiren, so wäre es nicht

richtig, ihr dann ein Pessar nach glücklich überstandener Operation einzulegen. Man wird besser in einer Sitzung den Dammriss und die Retroflexio zur Heilung bringen.

Die Operationen, welche zur Heilung der Retroflexio uteri mobilis zur Anwendung kommen, sind bekanntlich zahlreiche. Man fixirt den Uterus an die vordere Bauchwand (Ventrofixatio), an die vordere Scheidenwand (Vagino fixatio), das Peritoneum der Blase (Vesico fixatio). Der Uterus wird ferner in dauernde Anteflexion gebracht, durch Verkürzung der Ligam. rotunda vom Leisten canal (Alexander-Adam'sche Operation) oder vom vorderen Scheidengewölbe aus. Man hat endlich versucht, durch Verkürzung der Ligam. sacro-uterina, Retrofixatio colli, den Cervix hinten oben zu fixiren und so den Uterus in dauernde Anteflexion zu zwingen. — Nach Mackenrodt ist die Vesicofixation eine sichere Operation, welche eine völlig normale Lage des Uterus zur Folge hat.

Die Retrofixatio colli ist auf verschiedene Weise ausgeführt worden. Die Zahl ihrer Anhänger ist jedoch bisher keine grosse geworden.

Von diesen operativen Eingriffen werden am häufigsten wohl ausgeführt die Ventrofixation, Vaginofixation und die Verkürzung der Ligam. rotunda. Die Ventrofixation, deren Bedeutung wesentlich in der sicheren Heilung der Retr. ut. fix. liegt, kommt bei der mobilen Retroflexion zur Anwendung, wenn es sich einmal um primären, hochgradigen Uterusprolaps handelt, oder als secundäre Operation, wenn die Laparotomie so wie so durch z. B. Tumoren indicirt war, und die Lageanomalie gleichzeitig corrigirt werden soll. Die Vaginofixation ist bekanntlich ausserordentlich häufig ausgeführt worden. In den letzten Jahren wurde sie hauptsächlich in den Augen vieler Gynäkologen dadurch discreditirt, dass schwere Geburtstörungen als Folge dieser Operation auftraten, welche zu wiederholten Malen den Kaiserschnitt nothwendig machten. Besonders heftig traten diese Geburtstörungen auf, wenn der Fundus uteri an die vordere Vaginalwand fixirt worden war.

Es kommt hier, wie Wertheim treffend ausgeführt hat, zu einer ausserordentlichen Dehnung der hinteren Uteruswand. Wenn der Uterus wächst und aus dem Becken hinausstrebt, so wird an der mit dem Fundus uteri verwachsenen Scheidenwand ein Zug ausgeübt und es kommt zur trichterförmigen Ausziehung derselben. Die Scheide hält ihrerseits den Fundus fest und verhindert ihn am Emporsteigen. Die vordere Wand kann sich an der Bildung des Fruchthalters nicht theiligen, und so wird die hintere Wand hauptsächlich dazu verwandt, abnorm gedehnt und nach oben gedrängt, so dass die Portio immer

höher steigt und schliesslich über der Beckeneingangsebene steht. Infolge der Zerrung verschwinden hintere Lippe und hinteres Scheidengewölbe vollkommen. Die Ausdehnung des Uterus in die Breite disponirt zur Querlage der Frucht. Die Wehen können keinen Erfolg haben, da die hintere Wand überdehnt ist und die vordere durch die Fixation an der Ausdehnung verhindert ist.

Bei der ausserordentlichen Ueberdehnung der hinteren Wand ist die Gefahr einer spontanen Uterusruptur eine grosse. Die Gefahr wird noch gesteigert, wenn unter diesen Umständen die Wendung zur Entwicklung der in Querlage liegenden Frucht nothwendig wird.

Abgesehen davon, dass die Vaginofixation zahlreiche Misserfolge durch Recidive zu verzeichnen hatte, so waren die Beschwerden der Patientinnen nach überstandener Operation oft weit schlimmer als das Leiden, wegen dessen sie sich der Vaginofixation unterworfen hatten. Um diese bösen Folgen zu vermeiden, führen jetzt mehrere Operateure, unter ihnen auch Olshausen und Martin, die Operation so aus, dass sie den Uterus nur 1—2 cm breit über dem Orificium internum fixiren. Die Gefahr des Recidivs ist dadurch aber sicher noch eine grössere. Die Acten über die Vaginofixatio sind noch nicht geschlossen, und es wird die Zukunft erst lehren, was von ihr dauernd übrig bleiben wird.

Die Operation, welche besonders geeignet ist, die Retroflexio uteri mobilis zur dauernden Heilung zu bringen, ist die Alexander-Adams'sche Operation. Eine Reihe deutscher Gynäkologen haben auf dem Leipziger Congress ihre Bedeutung hervorgehoben, und ich kann auf Grund eigener Erfahrungen, die ich im Laufe der letzten Jahre erworben habe, das Verfahren nur auf das Wärmste empfehlen. Die Operation ist in der Ausführung so gut wie gefahrlos, im Erfolg sicher, und schafft eine Lage des Uterus, welche der physiologischen am nächsten kommt. Da der Fundus vollkommen frei bleibt, so sind auch keine Geburtsstörungen zu erwarten, und in der That sind eine grosse Reihe von Entbindungen nach Alexander-Adams publicirt worden, ohne Störung der Gravidität und Geburt.

Während die Retroflexio des senilen Uterus wohl nie Reschwerden verursacht, kann dieselbe gerade in der Zeit des klimakterischen Alters nicht selten noch Gegenstand der Behandlung werden. Bei der Complication der Retroflexio mit Cystocele, wie sie im Klimakterium und später öfter beobachtet wird, ist die Vaginofixation von ausgezeichnetem Erfolge. Hier, wo eine Geburt nicht mehr in Betracht kommen kann, kann man unbekümmert dafür sorgen, möglichst feste Adhäsionen zu schaffen. Man wird die Blase vom Cervix loslösen, dieselbe durch

zahlreiche Catgutnähte zusammenraffen, die so geraffte Blase nach oben zurückschieben, und dann den Uterus mit der Scheide so fest wie möglich zusammennähen. Die Erfolge, die man durch diese Art erzielt, sind ausserordentlich schöne und dauernde.

Wenn wir nun zur Therapie der Ret. fixata übergehen, so möchte ich in erster Linie betonen, dass wir heute in der erfreulichen Lage sind, dieses Leiden, welches noch vor 20 Jahren die Crux aller Gynäkologen war, fast stets vollkommen heilen zu können. Auch hier gilt der Satz, wie bei der Ret. u. m., dass eine Therapie, und besonders eine operative, nur dann indicirt ist, wenn die Ret. fix. Beschwerden verursacht, denn es giebt sicher eine ganze Anzahl Frauen, welche jahrelang mit einer Ret. fix. herumgehen, ohne dadurch in ihrem Wohlbefinden gestört zu sein. Man unterscheidet, wie Steffek erst kürzlich ausführte, directe und indirecte Fixation des retroflectirten Uterus. Entweder ist der Uterus selbst im Douglas verlöthet, oder die fixirten Anhänge halten den an und für sich freien Uterus in Retroflexion. Es ist oft sehr schwer, im einzelnen Falle zu bestimmen, ob die Beschwerden von der Lageveränderung an sich, oder, von der complicirenden Perimetritis abhängen. Oft wird die letztere als die Hauptursache der Leiden anzusehen sein, aber umgekehrt wird der retroflectirte Uterus dadurch, dass er an den Adhäsionen zerrt, die Beschwerden noch steigern. So lange noch frische, entzündliche Erscheinungen vorhanden sind, Exsudatreste, febrile Temperaturen, ist von jeder localen Behandlung abzusehen. Besonders, wenn es sich um Pyosalpinx handelt, kann nicht streng genug vor Aufrichtungsversuchen gewarnt werden, Bettruhe, Hydrotherapie, etc. sind hier bis zum Ablauf der entzündlichen Erscheinungen zu empfehlen.

Bekommt man eine Pat. in Behandlung, mit einer länger bestehenden Retroflexio fixata, welche grosse Beschwerden macht, und bei der die entzündlichen Erscheinungen abgelaufen sind, so wird man stets das Schultze'sche Verfahren in Anwendung bringen. In Narkose versucht man den Uterus von der Vagina und dem Rectum aus von seinen Adhäsionen zu lösen, und die eventuell den Uterus fixirenden Ovarien ebenfalls zu befreien. Die Narkose hat den grossen Vortheil, dass man sich über den Sitz und die Ausdehnung der Fixationen, die Beschaffenheit der Anhänge genau unterrichten und die einzuschlagende Therapie danach richten kann. Man kommt in einer ganzen Reihe von Fällen mit der Schultze'schen Methode zum Ziel, besonders, wenn es sich um directe Fixationen des Uterus handelt. Der Uterus wird gelöst, in Anteflexion gebracht und durch ein passendes Pessar in normaler Lage gehalten. Das Pessar wird längere Zeit getragen,

bis der Uterus von selbst in Anteflexion sich hält. Mehrere Fälle habe ich auf diese Art definitiv geheilt.

Die Reposition des Uterus gelingt manchmal nur theilweise bis zu einer gewissen Höhe. Sowie man den Uterus loslässt, schnellert er sofort in die retroflectirte Lage zurück. „Der Uterus federt.“ Meist handelt es sich hier um indirecte Fixation des Uterus durch die Anhänge, oder es bestehen alte parametrane Narben. Das Bestehen parametraner schmerzhafter Narben kann heute wohl noch als die einzige berechnete Indication für die gynäkologische Massage angesehen werden. Es ist noch nicht lange her, dass der Massage die unglaublichsten Erfolge für alle ärztlichen gyn. Leiden nachgerühmt wurden. Ist man doch so weit gegangen, frische Exsudate wegmassiren zu wollen. Dem Enthusiasmus ist bald genug auch hier die gesunde Ernüchterung gefolgt, und es ist zum Segen für die leidende Frauenwelt die gynäkologische Massage erheblich eingeschränkt worden.

Die Schultzes'sche Methode führt natürlich in einer Reihe von Fällen nicht zum Ziele, da die Adhäsionen zu fest sind, um sich von der Vagina oder dem Rectum aus mit den Fingern zerreißen zu lassen. Das sind besonders solche Fälle, in denen der ganze Douglas verlöthet ist, so dass der Uterus mit der vorderen Rectumwand innig verwachsen scheint. Oder ein Ovarium ist im Douglas oder an der Beckenwand adhaerent, und spottet jedes Lösungsversuches. Hier haben wir in der Ventrofixation eine Operation, die ausserordentlich segensreich wirken kann. Die Ventrofixation ist das passendste und sicherste Verfahren, um eine Retr. uteri fixata zu heilen. Noch strenger, als bei der Ret. u. m., muss hier die Indication zur Operation gestellt werden, da es sich um die Vornahme einer Laparotomie handelt, die, wenn sie auch ausserordentlich an Lebenssicherheit gewonnen hat, doch nie als ein ungefährliches Verfahren bezeichnet werden sollte. Selbstverständlich spielen auch hier die socialen Verhältnisse eine bedeutende Rolle. — Bei Ausführung einer Ventrofixation haben wir uns oft überzeugen können, wie fest die Adhäsionen sind, welche den Uterus fixiren, welche den Douglas wie ein festes Gitter überbrücken und nur mit der Scheere und dem Messer getrennt werden können. Der Erfolg der Ventrofixation ist, wie ich aus den in unserer Klinik seit Jahren ausgeführten Operationen bestätigen kann, in der Mehrzahl der Fälle ein vorzüglicher. Dieser gute Erfolg liegt nicht allein in der Lösung des retroflectirten Uterus aus seinen Adhäsionen und der Befreiung der fixirten Ovarien, sondern auch in der dauernden Elevation, durch welche die Zerrung an den Ligamenten und dem Pelveo-peritoneum aufgehoben wird. Wir haben in unserer Klinik

stets die Czerny-Leopold'sche Methode der Ventrofixation bevorzugt, d. h. die directe Vernähung des Corpus uteri an die Bauchdecken. Eine Geburtsstörung haben wir nie darnach beobachtet, obwohl eine stattliche Reihe von unseren Operirten später concipirten und ihre Schwangerschaft austrugen. Es kommt wesentlich darauf an, dass die Operation richtig ausgeführt wird, wie Leopold mit Recht betont. Nicht der Fundus selbst, sondern die vordere Wand des Corpus muss unterhalb der Tuben fixirt werden. Im Laufe der Zeit bildet sich die Adhäsion zwischen Uterus und Peritoneum parietale zu einem richtigen Strange aus, der dann wie ein Aufhängeband des Uterus erscheint. Am deutlichsten kann man dies am puerperalen Uterus bald nach der Geburt beobachten.

Neben der Czerny-Leopold'schen Methode wird besonders die von Olshausen angegebene Art der Ventrofixation von vielen Gynäkologen geübt, welche darin besteht, dass die Cornua uteri an die Bauchwand mit Freilassung des Fundus durch versenkte Nähte angehängt werden. Auch hier dehnen sich die Adhäsionen mit der Zeit zu strangartigen Gebilden aus. Dass auch hier unangenehme Folgen entstehen können, zeigt der Fall von Fritsch. Fritsch warnt vor der seitlichen Anheftung des Uterus. Er sah einen Fall, wo die Operirte nach der Operation absolut nicht gehen konnte. Er machte die Laparotomie und fand das Netz, welches vor dem Uterus zwischen die Anheftungen gesunken war, fixirt. Er resecirte es handbreit und die Pat. wurde geheilt.

Die Erfahrung lehrt, dass die Ventrofixation, fern davon, die Conceptionsfähigkeit der Frau zu schädigen, sogar im Stande ist, eine jahrelang bestehende Sterilität zur Heilung zu bringen. Unter den Ventrofixationen, die ich selbst ausgeführt habe, handelte es sich 3mal um Frauen, die seit 4—6 Jahren steril verheirathet waren. In 2 Fällen wurde neben der Auslösung des retroflectirten Uterus aus seinen Adhäsionen auch die Entfernung der erkrankten Anhänge einer Seite vorgenommen. Im dritten Falle wurden neben dem fixirten Uterus auch beide verlöthete Ovarien aus ihren Adhäsionen gelöst, und da sie normal erschienen, nicht entfernt. Wenige Monate nach der Operation concipirten die Patientinnen. Sie wurden am Ende der Gravidität von lebenden Kindern entbunden.

Ich hatte vorhin erwähnt, dass für die Heilung der Retroflexio fixata die Ventrofixation die passendste Operation ist. Diese Ansicht wird von vielen Gynäkologen getheilt. Mehrere namhafte Operateure, unter ihnen auch A. Martin, bevorzugen jedoch die Vaginofixation auch für die Ret. u. fixata. Es ist wohl zweifellos, dass hier die Ventro-

fixation viel sicherer in der Ausführung und im Erfolg ist, wie die Vaginofixatio. Selbst wenn man die Erfahrung berücksichtigt, dass ein vaginaler Eingriff meist leichter vertragen wird, als ein abdominaler.

Bei ersterem Eingriff überblicken wir das ganze Operationsfeld; wir können mit Hilfe des Auges die Verwachsungen lösen, und das ist ausserordentlich wichtig — wir können auf alle Fälle die Blutung beherrschen. Die Colpotomie bei der Ret. fix. kann ungewöhnliche Schwierigkeiten bieten, wie ich aus eigener Erfahrung sagen kann. Bei der Colpotomie arbeitet man im Blinden. Als Folge davon sind Darmläsionen, Blasenverletzungen beobachtet, und was das Schlimmste ist, unstillbare Blutungen, welche die schnelle Laparotomie erforderten und mehr als einen Exitus herbeigeführt haben. Wie oft hat ferner schon der ganze Uterus wegen unstillbarer Blutungen, die der Operateur nicht beherrschen konnte, bei der Colpotomie entfernt werden müssen, bei Frauen, die wegen einfacher Retroflexionsbeschwerden oder gar nur wegen Sterilität sich operiren lassen wollten. Solche Fälle erfährt man allerdings leichter gesprächsweise, in der Litteratur werden sie mit Vorliebe todtgeschwiegen. Den Vorwurf, den man der Ventrofixation, d. h. der Laparotomie macht, dass sie Bauchbrüche im Gefolge hat, ist heute ziemlich hinfällig, wo man durch die exacte Fasciennaht so gute Erfolge erzielt, dass die Bauchhernien immer seltener werden.

Schon Eingangs hatte ich erwähnt, dass bei bestehender Tubenerkrankung, besonders Pyosalpinx, eine Aufrichtung des retroflectirten Uterus auf das Strengste contraindicirt ist, dass man Bettruhe und Hydrotherapie empfehlen und abwarten soll, bis der Pyosalpinx sich zurück gebildet hat. Die Indication zur Entfernung erkrankter Tuben ist zum Glück für die leidenden Frauen in den letzten Jahren wesentlich eingeschränkt worden, und wir wissen, dass auch ein grosser Pyosalpinx sich zurückbilden kann, wenn man nur Geduld hat, zu warten. Handelt es sich, wie so häufig, bei der Combination der Ret. fix. mit Pyosalpinx um gonorrhoeische Infection, so wird bei immer wiederkehrenden Beschwerden und Arbeitsunfähigkeit der Pat. nicht die Ventrofixation sondern die vaginale Radicaloperation, d. h. die Entfernung des Uterus mit seinen Anhängen in Frage kommen, da nur so die chronische Gonorrhoe wirklich beseitigt werden kann.

Zum Schluss noch einige Worte über die Ret. uteri gravid. Die Complication verläuft bekanntlich oft symptomlos, und wird zufällig entdeckt, wenn die Pat. zum Arzt kommen, um sich untersuchen zu lassen auf Gravidität. Zweifellos ist es aber, dass der Abort eine Folge der Lageveränderung sein kann, und zur Genüge

bekannt sind die verhängnisvollen Erscheinungen der incarcerirten Ret. uteri gravid. Findet man bei der Untersuchung eine R. uteri grav., so wird man die Aufrichtung, wenn sie leicht möglich ist, vornehmen, und ein Pessar bis zum fünften Monat tragen lassen, wo der Uterus bereits zu gross ist, um in das Becken zurückzusinken. Erscheint die Aufrichtung irgend wie schwieriger, so wird man ruhig warten, in der Hoffnung, dass der gravide retrofl. Uterus von selbst, wie so oft, aus dem kleinen in das grosse Becken sich aufrichtet. Treten jedoch besorgniserregende Symptome auf, wie Blutungen bei geschlossener Cervix und Einklemmungserscheinungen, so ist die Reposition, eventuell in Narkose, unbedingt geboten. Man wird so in der Lage sein, auch wenn es schon merklich geblutet hat, einen drohenden Abort endgültig aufzuhalten. Von ausserordentlicher Bedeutung ist eine exacte Differentialdiagnose zwischen der Ret. uteri grav. und einem, hinter dem anteponirten Uterus liegenden, retro-uterinem Tumor. Mehr wie einmal ist es vorgekommen, dass bei bestehender Tubargravidität die vermeintliche Ret. uteri grav. aufgerichtet wurde, und es zum Platzen des Sackes mit tödtlicher innerer Blutung gekommen ist.

Viel seltener als bei Retr. ut. mob. tritt Conception ein bei Frauen, welche an Retr. ut. fix. leiden. Bei Nulliparen, deren Uterus in Retroflexion fixirt ist, ist Sterilität fast ausnahmslos die Folge dieser Affection. Die Schwangerschaft kann ja zweifellos die stärksten Adhäsionen dehnen und zur Resorption bringen. So braucht es deshalb bei einer fast fixirten Retr. uteri grav. nicht zu Incarcerationsercheinungen kommen, sondern der Uterus richtet sich spontan auf und steigt aus dem kleinen Becken hervor. Weit häufiger allerdings wird es hier zu frühzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft kommen. Treten Blutungen und Einklemmungserscheinungen auf, so wird man auch hier danach trachten, den Uterus in Narkose zu lösen und nach der Aufrichtung eine Zeit lang durch ein Pessar in Anteflexion zu erhalten.

Meine Herren! Ich bin mir wohl bewusst das grosse Capitel der Retroflexionstherapie nicht annähernd erschöpft zu haben, ich wollte jedoch versuchen, Ihnen die wesentlichsten Punkte hier vorzuführen.
