

III. Aus dem Hôtel-Dieu in Bourges (Frankreich). **Abdominelle Exstirpation der Fibrome mit theilweiser oder totaler Erhaltung des Uterus.**

Von Dr. **Daniel Témoïn**, Chirurgischem Direktor des Hospitals.

Trotz aller Veröffentlichungen über die Methoden der Operation der Uterusfibrome, trotz aller diesen Gegenstand behandelnden Discussionen und trotz der allmählich günstiger sich gestaltenden Statistiken steht diese Frage immer noch auf der Tagesordnung.

Nach den letzten Publicationen scheint allerdings die totale Entfernung des Uterus die einzige zu sein, auf die man immer wieder recurriren muss, sei es, dass man sie auf abdominellem oder auf vaginalem Wege vornimmt, sei es, dass man beide Methoden combinirt.

Die abdominelle partielle Hysterektomie mit Zurücklassung eines Uterusstumpfes in der Bauchhöhle ist von vielen Operateuren verworfen worden, insbesondere von fast allen Franzosen, weil sie oft erfolglos geblieben ist. Segond in erster Linie zieht ihr selbst bei grossen Fibromen die vaginale Hysterektomie vor.

Ich glaube aber, dass die partielle Entfernung gute Erfolge erzielen kann, dass sie auch nicht so gefährlich ist, wie man meint, und dass sie selbst gegenüber den anderen Methoden die beträchtlichen Vortheile der Leichtigkeit und Schnelligkeit bieten kann; vielleicht wird sie wieder in sehr vielen Fällen die beliebteste Methode werden.

Ohne sie anderen gegenüberstellen zu wollen, oder ohne unsere Statistik mit anderen zu vergleichen, will ich hier nur die allgemeinen Resultate der abdominellen Operation von 97 grossen Fibromen bringen; der Uterus blieb dabei zum Theil oder ganz erhalten; es wurden 91 Fälle davon geheilt, 6 starben.

Was man der partiellen Hysterektomie vorwirft, das ist der Stiel; in der That hat er alle unangenehmen Zufälle verursacht.

Ein Stiel ist ein in eine Schlinge gefasster Organtheil, dessen eine durch einen Seiden- oder Catgutknoten zusammengeschnürte Partie eiteren kann. Lässt man aber einen nach dem Peritoneum abgeschlossenen uterinen Stumpf zurück, so vermeidet man die Infektionsgefahr.

I. Partielle Hysterektomie.

Die Operation wird vorbereitet, wie bei allen anderen Kranken: Abends vorher Reinigung, Vollbad, Desinfection des Bauches mit Sublimat und Alkohol. Die Kranke nimmt die Trendelenburg'sche Lage ein und wird chloroformirt; ein Operationsdiener oder eine Wärterin genügen allenfalls, um die Pincetten zu halten oder zu grossen Bewegungen des Tumors vorzubeugen.

1. Tempo. Schnitt in die Bauchwand, immer so gross, dass der fibromatöse Uterus leicht herausgehoben werden kann.

2. Tempo. Die Geschwulst wird mit den Pincetten gefasst und aus der Bauchhöhle gezogen.

3. Tempo. Ich führe meinen Finger quer vor jedes Ligamentum latum; mit der anderen Hand lege ich eine langgezähnte Pincette an und durchschneide die Bänder. Ich mache mich von dieser Ligatur so schnell wie möglich frei, die ich mit Catgut oder Seide anlege.

4. Tempo. Dann mache ich über die ganze Länge des Tumors mit einem Bistouri eine so tiefe Incision, dass ich das Fibrom herausheben kann. Man findet mit dem Finger leicht die die Geschwulst begrenzende Zone, und die Enucleation geht leicht vor sich. Dieses Tempo geschieht schnell, und ich habe selbst bei 18 kg schweren Fibromen keine Schwierigkeiten gehabt; so kann man auch bis an das Collum uteri hinausgehende Geschwülste herausheben. Stielbildung. Wenn der Tumor so entfernt ist, bleibt eine grosse Höhle uterinen Gewebes zurück, das nur eine mehr capilläre Blutung zeigt. Mit einer grossen Scheere reducire ich die Uterusmasse bis zur gewünschten Grösse und schliesse dann die kleine Höhle mit fortlaufender Naht.

5. Tempo. Naht des Stumpfes. Diese Naht ist höchst einfach. Mit einem langen Catgutfaden lege ich eine fortlaufende Naht an, indem ich nach dem Verfahren Schröder's mit dem Faden die ganze Dicke der Wand fasse. In einer zweiten eben solchen Naht, vereinige ich die Ränder der blutenden Flächen. Endlich in einer dritten Naht schliesse ich das Peritoneum, das ich so viel wie möglich falte. Diese dritte Naht erstreckt sich auf die Ligamenta lata, so dass das Peritoneum selbst die Ligatur dieser Ligamente deckt. Es bleibt im eigentlichen Sinne des Wortes kein Stiel, sondern ein kleiner Uterus, eine kleine abgeschlossene Höhle. Man hat dabei kein constringirendes Band, wie bei der Schröder'schen Methode; man hat dabei auch im Leibe keine Oberfläche, die nassen oder secerniren könnte, sondern nur einen einfachen Catgutfaden.

Blutstillung. Während dieser ganzen Zeit ist nicht viel von Blutstillung die Rede; es treten keine Blutungen auf, und abgesehen von der Anlegung von Pincetten an die Ligamente und einer oder zwei Unterbindungen grosser Gefässe hat man sich um die Blutung nicht zu kümmern; man braucht nicht, wie Leopold und Zweifel es thun, praeventive Unterbindungen zu machen.

Toilette. Nach dieser Suture wird der Uterus in die Bauchhöhle zurückgelegt, und diese wird mit abgekochtem warmen Wasser gewaschen. Diese Waschungen beleben die Kranken wieder, welche zuweilen sehr geschwächt sind, und wenn man genug Wasser darin lässt, verhindert man den lebhaften Durst der ersten Stunden. Der Leib wird wie gewöhnlich durch drei Nahtreihen geschlossen.

Die Kranken stehen am 12. oder 13. Tage auf und verlassen am 15. oder 20. Tage das Krankenhaus. Zuweilen stellt sich an den der Operation folgenden Tagen ein leichter vaginaler Ausfluss ein; ich mache niemals einen vaginalen Verband.

II. Erhaltung des Uterus.

Wenn man es mit einem sehr voluminösen Fibrom zu thun hat, muss natürlich der Uterus geopfert werden; ist es aber unerlässlich, eine Hysterektomie zu machen, wenn das Fibrom weniger gross ist? Warum ein Organ entfernen, wenn es von einem Fibrom befallen ist? Wenn das Fibrom von der Scheide zugänglich ist, oder wenn es in diese Höhle vorgedrungen ist, wenn es sich mit dem Finger enucleiren lässt, denkt man nicht daran, den Uterus fortzunehmen, und wenn man den Tumor entfernt, giebt es nie oder fast nie ein Recidiv. Und schliesslich, ist denn der Uterus ein so schwer zugängliches Organ, dass man eine fibröse interstitielle Geschwulst nicht ohne ihn selbst fortnehmen kann?

Diese Tumoren, sage ich, sind enucleabel. Warum sollte man nicht nach Entfernung der Geschwulst, wenn sie nicht zu gross ist, den Uterus wiederherstellen können, wie nach einem Kaiserschnitt (Methode Martin)?

Wenn es sich um eine junge Frau, welche noch keine Kinder gehabt hat, oder um ein junges Mädchen handelt, ist es von

grossem Interesse, ein Organ und seine Function zu erhalten, deren Unterdrückung oft nervöse, schwer zu bekämpfende Zustände verursacht. Ich habe viermal versucht den Uterus zu erhalten, nach der Enucleation weniger voluminöser, regulärer interstitieller Fibrome, deren Entfernung einen ziemlich normalen Uterus hinterliess, und viermal war das Resultat sehr befriedigend. In drei Fällen wurden die Adnexe vollständig erhalten; einmal musste ich das linke Uterushorn opfern.

Operation. Dasselbe Vorgehen wie bei grossen Fibromen. Der Uterus wird nach aussen gezogen, ich mache einen Schnitt in die mittlere Partie des Fibroms, das ich mit den Fingern enucleire.

Nach der Enucleation resceire ich ein wenig von der Uterushöhle, die es enthielt, und nähe ebenso wie vorher Oberfläche, Ränder, Peritoneum. So bleibt der Uterus mit einer longitudinalen Suture.

Blutstillung. In diesem Falle muss man bei der Blutstillung einige Modificationen vornehmen, oder sie gar nicht machen (aber man kann durch das Blut genirt werden), oder — und ich glaube, dass ist besser — sie provisorisch vornehmen. Ich führe unter die Ligamenta lata lange Pincetten ein, deren Branchen mit Drains umwickelt sind; nach der Operation werden die Pincetten entfernt und der Leib mit warmem Wasser gewaschen. Sind mehrere Fibrome vorhanden, so wird jedes von ihnen incidirt und enucleirt; jede Höhle wird mit starkem Carbolwasser gewaschen, genäht und wieder mit Peritoneum bedeckt.

Der Uterus bleibt in den ersten Tagen voluminös, aber bald geht er auf sein normales Volumen zurück. Allen meinen Operirten geht es sehr gut, sie sind regelmässig menstruiert, und nichts steht einer Gravidität im Wege.

Dieses Verfahren ist höchst einfach; es ist das Schröder'sche ohne elastische Ligatur, ohne getrennte Nähte, ohne spezielle Behandlung des Cervicalcanals; es nähert sich dem Leopold's und Zweifel's, ist aber noch einfacher. Zweifel cauterisirt den Canal und resceirt den cauterisirten Theil; er unterbindet die isolirten uterinen Arterien; endlich legt er eine Massenligatur um den Stiel.

Wenn man das Resultat meiner 97 Fälle betrachtet, so ergeben sich 6 Todesfälle; die Fibrome wiegen 2 bis 18 kg; in der Mehrzahl der Fälle 5 kg; das Alter der Kranken liegt zwischen 26 bis 67 Jahren.

Einige Fälle waren mit Salpingitis complicirt; endlich waren mehrere Kranke in einem ausgesprochen kachektischen Zustande; die Operationsdauer betrug durchschnittlich 40 Minuten, und vergleiche ich diese Zeit mit der der abdominellen Hysterektomie, so finde ich einen Vortheil bei der partiellen Methode.

Was die Segond'sche vaginale Hysterektomie betrifft, so kann ich selbst bei grossen Fibromen, trotz der Argumente dieses geschickten Operateurs, keinen Vortheil in ihr erblicken. Es ist eine blinde Chirurgie, die oft peinlich ist, und ich glaube nicht, dass viele Chirurgen kräftig genug sind, um zwei und drei Stunden hindurch immer stückweise zu operiren. Seine Statistik scheint keine besseren Resultate zu verzeichnen, als die der anderen Methoden.

Mein Freund Dr. Delagénière (aus Le Mans) hat ausgezeichnete Erfolge mit der abdominellen totalen Hysterektomie gehabt, Leopold, Zweifel mit der Uterusstielmethode. Lowers (aus Courtrai)¹⁾ hat ebenfalls eine Reihe von 26 Fällen mit einem einzigen Todesfalle veröffentlicht, die nach einer der meinigen analogen Methode operirt worden sind.

In summa: 1. Wenn die abdominelle totale Hysterektomie ausgezeichnete Resultate liefert, glaube ich, dass die leichtere partielle ebenso gute geben kann.

2. Schliesslich muss man vielleicht an den abdominellen Weg denken bei Fibromen von geringerer Wichtigkeit und mit dieser Methode kann man oft die Entfernung eines so wichtigen Organs, wie es der Uterus ist, vermeiden.

Ich habe, wie gesagt, nach der oben angegebenen Methode 97 Fälle operirt. Alle diese Operationen wurden gemacht, wenn die Kranken litten oder beständigen Blutverlust hatten oder wenn der Umfang des Fibroms das Leben bedrohte, ohne irgendwelche Auswahl, ob der Allgemeinzustand gut oder schlecht war, gleichgiltig, ob Complicationen seitens der Adnexe vorhanden waren oder nicht. Trotz alledem habe ich, wie gesagt, nur sechs Todesfälle zu verzeichnen; die Todesursachen waren: einmal Septikämie; einmal Shok; zweimal plötzlicher Tod nach dem 12. Tage (eine von diesen beiden Patientinnen stand am 14. Tage auf und starb am 16. Tage), ohne dass sich eine Erklärung für dies unerwartete Ende fand; einmal Pleuritis bei einer Tuberkulösen im ersten Stadium

¹⁾ Annales de Gynécologie, Septembre 1895.

(Tod am 17. Tage); einmal Tetanus (es war ein Fall von Contagion: eine Trismuskranke war auf demselben Saal gelassen worden).

Wie man sieht, sind alle diese Todesfälle nicht durch den Stiel verursacht worden. Alle diese operirten Kranken, die ich zumeist habe weiter beobachten können, befinden sich sehr gut und hatten niemals von ihrem uterinen Stumpf zu leiden und leben wie jede andere.

Endlich, und das ist der Punkt, den ich besonders betonen möchte, sechs meiner Operirten, denen ich die Adnexe erhalten konnte, sind regelmässig menstruirt ohne irgend eine Complication, und eine von ihnen, der ich nur die rechtsseitigen Adnexe gelassen habe, ist schwanger geworden und hat ein gut entwickeltes Kind gehabt.

Es hat also doch ein praktisches Interesse, nach der Entfernung eines voluminösen Fibroms den Uterus und die Adnexe, wo möglich, zu erhalten.