

### III. Aus dem Diakonissenhause und Kinderkrankenhaus in Frankfurt a. O.

#### Bemerkungen zu der Operation der Retroflexio uteri nach Alexander-Adam.

Von Ludwig Pernice, dirigirendem Arzt.

Ohne näher auf den Werth oder Unwerth der Alquié-Alexander-Adam'schen Operation der Retroflexio uteri und ihre Indication einzugehen, möchte ich heute nur einige kurze Notizen bringen, welche sich auf die schnelle und doch zuverlässige Ausführung der Operation beziehen. Mir ist bei der besonders von Lanz empfohlenen Methode als schwierig und auch die Zeit der Operation verlängernd aufgefallen, dass das Band mit versenkten Seidennähten auf der Fascie des Obliquus externus fixirt wird. Es ist diese Naht nicht leicht und ausserdem die Fascie mit einer zarten kleinen Fettlage bedeckt, wodurch die Fixation nicht so sicher erscheint, wie es sein sollte. Ausserdem bleibt ein Fremdkörper in der Wunde zurück — bei der Küstner'schen Methode der Compressionsnaht besonders viel Seide, — und dadurch mag es kommen, dass manche Operateure (Olshausen, Leopold, Stocker) sich bezüglich der primären Heilung der Wunde nicht allzu günstig ausgesprochen haben. Ausserdem wird von den meisten Gynäkologen das Band nur in einem dem Uterus am nächsten gelegenen Theile fixirt und der distale Rest resecirt, ein Verfahren, welches allerdings Präparate gewinnen lässt, an denen man demonstrieren kann, wie sehr das Ligament durch die Retroflexio in die Länge gezogen ist, welches aber nicht so gründlich ist, wie ein Verfahren, bei dem man das ganze Band zur besseren Fixation verwerthet.

Ein fernerer Uebelstand ist der, dass nach der früher üblichen Methode der Leistencanal ziemlich weit gespalten werden muss, um das Ligament besser auffinden zu können; dass dadurch die Gefahr der Entstehung von Hernien und der Schwächung dieser Prädispositionsstelle entsteht, liegt auf der Hand. Also müsste auch dies vermieden werden, auch schon deshalb, weil zum Vernähen des Canals wieder eine Anzahl versenkter Seidennähte nöthig sind.

Von manchen Operateuren (Manton, Mundé etc.) wird darum gerathen, den Leistencanal nicht mehr zu spalten und das Band ausserhalb des Canals in der Oeffnung aufzusuchen; dies gelingt aber nicht immer, und häufig muss der Canal doch noch gespalten werden, um es zu finden. Um die Seide als Nahtmaterial nicht mehr zu verwenden, empfiehlt sich Catgut, wie es Küstner gebraucht; aber man wird zugeben müssen, dass dadurch die Sicherheit der Fixation des Bandes beeinträchtigt wird, sowie auch die Sicherheit des Verschlusses des Canals, wenn er hat gespalten werden müssen.

Es ist also eine Methode zu erdenken, welche das Band schnell auffinden lässt, den Canal nicht eröffnet, welche die Seide, ausser für die Hautnähte der Wunde, fernhält, das Band fest und schnell fixirt und keinen Grund zur Wundreaction bietet.

Ich habe nach einer modificirten Methode nunmehr sechs Fälle mit sehr guten Resultaten ohne Recidiv operirt, nachdem ich an etwa sechs bis acht früheren Fällen die kleinen Mängel der früheren Methode kennen gelernt habe. Meine Operationen werden in 20—30 Minuten vom Beginn der Operation bis zum Herabheben vom Operationstisch vollendet.

Ich mache, nachdem ich durch das Gefühl die Lage des Leistencanals bestimmt habe, einen ca. 8 cm langen, dem Ligamentum Poupartii parallelen Hautschnitt, der soweit vertieft wird, dass er bis auf die Fascie und das kleine (Imlach'sche) aus dem Leistencanal hervorquellende Fetttrübchen geht. Dann schabe ich mit dem Stiele des Scalpells die Fascie frei von Fett und führe nun den Stiel, ihn etwas in den Leistencanal hineindrängend, unter das Trübchen und alles Gewebe, welches aus dem Canal hervortritt, indem ich mich an die hintere Wand des Canals halte. Indem ich nun den Stiel etwas hebe, sehe ich die Fasern des Ligamentes fächerförmig sich ausbreiten, kann die stärksten Fasern mit den Fingern fassen und durch leichtes Ziehen nun das Band, während vom Assistenten der Uterus gehoben wird, herausziehen, isoliren und provisorisch in einen Schieber legen, bis auf der anderen Seite auf gleiche Weise das Band gefunden ist. Das Peritoneum wird mit Gazetupfer zurückgestreift. Dann nähe ich, unter dauerndem gleichmässigen Anziehen des Bandes noch obenein die äussere Leistenöffnung mit Catgut, welches immer durch das Band geführt ist, zu. Dadurch wird einstweilen der Uterus in seiner guten, künftigen Lage erhalten, bis die nun folgende gründliche Befestigung des Bandes vollendet ist. Ich nehme dazu nebenstehend abgebildete Nadel — während des Druckes der Arbeit etwas modificirt; das Heft ist etwas gebogen — (Schmidt, Berlin, Ziegelstrasse 3, liefert dieselbe), welche ich mit dem einen Ende eines Seidenfadens

verknöte, während das andere Ende fest mit dem Ende des Bandes verbunden ist, und steche die halbscharfe, vorn umgebogene, einer Packnadel ähnliche Nadel zwischen der Medianlinie des Körpers und dem eben vernähten Leistencanal durch eine möglichst oberflächliche Fascienschicht hindurch, ziehe unter dieser Fascienbrücke den Seidenfaden und an ihm das Band nach, derart, dass es die

Fig. 57.



Fig. 58.



Richtung des Canales behält. Nachdem damit die Lage des Bandes fixirt ist, steche ich nun — immer nur durch eine Fascienlage, um nicht der Entstehung von schwachen Stellen in der Bauchwand Vorschub zu leisten — die Nadel in der Richtung nach oben, dann nach der lateralen Seite sechs bis sieben Mal parallel dem Leistencanal unter der Fascie durch, wie es beim sogenannten Aufgabeln bei Frauennäharbeit geschieht. Bin ich dann, während ein scharfer Haken den lateralen Wundwinkel möglichst weit nach aussen gezogen hat, um die Unterführung möglichst oft machen zu können, bis an das Ende der Hautwunde gekommen, dann führe ich die Nadel und damit das Band von innen nach aussen durch die Haut, und mit einer Seidennaht fixire ich es hier. Das Band ist dann fast gerade in der Naht aufgegangen, höchstens das kurze faserige Ende kann resp. muss reseziert werden. Naht der Haut, Heftpflasterverband. Niemals irgend welche Reaction.

Auf diese Weise liegt ausser 1—2 feinen Catgutnähten kein Fremdkörper in der Wunde. Die Wunden heilen ohne Drainage völlig reactionslos, und nach acht Tagen stehen die Patientinnen auf. Dass das Band hierdurch völlig festgelegt wird, ist wohl ausser jeder Frage; dass die Gefahr eines Bruches vermieden wird, ist wohl sicher. Damit sind alle oben aufgestellten Bedingungen erfüllt.

Auf einen Punkt möchte ich noch kommen: es wird von manchen Operateuren Werth auf die Richtung des Zuges beim Anziehen des Bandes gelegt, um nicht eine allzu starke Anteflexion beim Ziehen nach unten zu erzeugen (Kummer u. a.). Ich meine, dies kann nur dann von Werth und Wichtigkeit sein, wenn die vordere Wand des Leistencanals bis zur inneren Oeffnung gespalten ist, denn dann kann die Zugrichtung variiren, weil man den im Abdomen gelegenen Theil des Bandes direkt angreift und ihm eine andere Richtung geben kann. Ist aber der Canal geschlossen und überhaupt nicht eröffnet worden, dann ist es nach meiner Ansicht völlig gleich, wie man zieht, da die Richtung des Bandes ja doch immer durch die Stelle des inneren Leistenringes bestimmt wird, um welche, wie um eine Oese, das Band sich in den Leistencanal, resp. in den Bauch umschlägt. Wollte man wirklich nach aussen, oben oder unten ziehen, wenn der Leistencanal völlig geschlossen geblieben ist, immer würde das Band doch seine durch den Leistencanal und die Umschlagstelle bedingte Zugrichtung behalten.

Zum Schlusse theile ich noch mit, dass in allen so operirten Fällen eine dauernde Haltung des Uterus in der ihm durch die Operation gegebenen Lage durch Nachuntersuchung gewährleistet ist.