

3013 A-9736

pat

Herrn Lorenz N

von Loey Meuteuffel

mit best. Preis

Die
Behandlung complicirter Retroflexionen und Prolapse

besonders

durch ventrale Operationen

von

Otto Küstner,

Dorpat.

L. Verf.

3013

ESTICA

A-9736



7838

Die Behandlung complicirter Retroflexionen und Prolapse besonders durch ventrale Operationen.¹⁾

Von

Otto Küstner,

Dorpat.

Meine Herren! An den fünf Frauen, welche ich Ihnen heute vorstelle, ist die Laparotomie wegen Lageveränderungen des Uterus gemacht worden; die Lapařotomie als vorbereitende Operation, an welche sich dann weiteres Verfahren, die Lageanomalie zu korrigiren, anschloss. In keinem dieser Fälle ist nach der Laparotomie die Lagekorrectur des Uterus als Gelegenheitsoperation ausgeführt worden, sondern es wurde in allen fünf Fällen operirt nur um der Lageanomalie des Uterus willen.

Ich habe aus diesem Grunde bisher in neun Fällen die Laparotomie gemacht²⁾, und es ist ein ganz besonderer Glücksumstand, dass ich in der Lage bin, Ihnen heute fünf von ihnen vorzustellen. Diese fünf Fälle bieten untereinander außerordentlich viele Verschiedenheiten, so dass es mir möglich sein wird, an ihnen meinen Standpunkt über Berechtigung und Methoden der ventralen Operationen bei Lageanomalien des Uterus zu kennzeichnen.

Ebenso wie bisher von allen Operateuren wurde auch von mir die ventrale Operation deshalb unternommen, weil die üblichen stumpfen Methoden, die Lageanomalie des Uterus zu korrigiren, im Stiche ließen.

1) Nach einem am $\frac{22. X.}{3. XI.}$ 89 in der Klinik gehaltenen Vortrage.

2) Bis Ende Mai 1890 in 14; 12 davon sind ausführlich beschrieben in der Dissertation von J. Grünberg, Dorpat 1890.

Es stehen also auch bei mir ventrale Operation und übliche orthopädische Behandlung in einem einander ausschließenden Verhältnis. Damit soll nicht gesagt sein, dass die Grenze, welche zwischen den Indikationen zu beiden Verfahren liegt, objektiv bestimmbar wäre; im Gegentheil glaube ich, liegt diese Grenze an sehr verschiedener Stelle, weniger abhängig von der Objektivität der Fälle als von der Individualität des Behandelnden.

Dasjenige was in unseren Fällen die übliche stumpfe Behandlung effektlos machte, war nicht ein und derselbe Process. In der einen Gruppe der Fälle lag es an abnormem Verhalten der Vagina, welche keinem der sonst üblichen Pessare genügenden Halt bot, so dass dasselbe dem Uterus als Stütze hätte dienen können. Das wird immer zu den Seltenheiten gehören, und so sind denn auch diese beiden Fälle, aus denen sich diese Gruppe zusammensetzt in ihrer Art etwas absonderlich. Nicht selten ist ja die Vagina in ihren unteren Partien durch partielle Dammdefekte und Dammnarben stark deformirt, eine geeignete Plastik stellt aber den status quo wieder her und setzt die für die Anpassung eines zweckmäßigen Pessars nöthigen Bedingungen.

In diesen beiden Fällen aber wäre durch eine einfache Plastik der Vagina nicht der entsprechende Erfolg zu erzielen gewesen.

Die 43 Jahre alte Frau T. K. hat fünfmal geboren, litt seit etwa 9 Jahren an einem Prolapsus uteri. Es waren ihr bereits die Vaginalportion amputirt, eine vordere und drei hintere Colporrhaphien gemacht worden und zwar schließlich immer wieder mit dem Erfolg, dass der Prolaps nach einiger Zeit wieder zu Tage getreten war. Während der Dauer der Hochfluth der Massage in der Gynäkologie wurde, es ist jetzt Jahr und Tag her, der Prolaps massirt, nach allen Regeln der Kunst. Der Prolaps blieb darauf ohne weitere Stützmittel reponirt, und wenn wir es damals mit der Publikation durch Massage geheilter Prolapse sehr eilig gehabt hätten, so würde auch dieser Fall in der Litteratur als Beleg für die unbedingte Leistungsfähigkeit von Thure Brandts Methode auf dem Gebiete der Prolapsheilung fungiren. Wir nahmen jedoch nach längerer Zeit Gelegenheit, diese Kranke wieder zu sehen und konstatarnten damals außer dem Uterus-Totalprolaps auch noch einen Rektumprolaps, welcher sich erst neuerdings dazu gesellt hatte. Da eine weitere umständliche Massagekur der Frau, die der arbeitenden und zwar der schwerarbeitenden Klasse angehört, zu zeitraubend und zu unsicher im Erfolg erschien, andererseits wie schon vielfach erprobt, die Vagina wegen der vielen Narben vor der Hand nicht eine für ein Pessar geeignete Beschaffenheit hatte, so machten wir am 20. Sept. 88. nach der Laparotomie die Fixation des Uterus durch drei Silkwormgutsuturen an die vordere Bauchwand hart oberhalb der Symphyse. Der Uterus heilte an, liegt seitdem, also jetzt seit $1\frac{1}{2}$ Jahren, im, z. Th. über dem Becken, hat sich von einer Länge von 15 cm auf 9 cm involvirt, die Kranke ist ohne jegliche Beschwerden und ist nach wie vor eine der regelmäßigen Gäste unserer gynäkologischen Untersuchungskurse.

Etwas ungewöhnlicher ist der zweite Fall.

Frau K. D., 40 Jahre alt, hat sechsmal geboren, das letztmal vor 3 Jahren, leidet seit etwa 2 Jahren an Schmerzen im Kreuz und in den Unterextremitäten, sehr trägem Stuhl, und zeitweiser Unmöglichkeit den Urin zu lassen; seit einem Jahre sind die Schmerzen und die Schwäche in den Unterextremitäten so bedeutend, dass Pat. fast unausgesetzt zu Bett liegt.

Wir finden den auf 10 cm Cavum vergrößerten, stark verdickten Uterus spitzwinklig retroflectiert; beide Parametrien sind zart, beide Eierstöcke normal groß. Uterus sehr leicht zu anteflektieren, es ist nirgends ein Strang oder ein sonstiges Repositions-Hindernis, selbst in tiefer Narkose nicht, zu fühlen. Bei dieser Leichtigkeit der Reposition frappiert die wiederholt gemachte Beobachtung, dass keines der üblichen Pessare, Hodge, Thomas, Schultze, im Stande ist, den Uterus in der richtigen Lage zu erhalten. Die Vagina ist ja allerdings auffallend weit und schlaff, auch fehlt 1 cm Damm und es würde sonach, um die Vagina für ein Pessar passend zu machen, eine verengende Plastik vorzunehmen sein; dann wären wir $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ Jahr später wohl in der Lage, ein passendes Pessar zu finden. Diese Zeit aber durften wir in diesem Falle nicht verlieren, denn die Beschwerden, um derentwillen die Kranke uns konsultiert, sind zu ernsthafter Natur. Die Hauptklagen der Kranken bestehen in Schmerzen in den Unterextremitäten, welche es ihr schwer möglich machen, zu gehen; versucht sie es doch, so muss der Gang in ganz vornübergebückter Haltung erfolgen. Diese Erscheinungen sind bedingt, wie die neurologische Diagnose des Herrn Kollegen Unverricht ergab, durch ausgedehnte Neuritis im Gebiete des Ischiadicus beiderseits mit ausgesprochener Entartungsreaktion. Da ein kausaler Zusammenhang zwischen der Neuritis und der Retroflexion sehr wohl denkbar ist, es andererseits geboten ist, die eventuelle Hilfe schnellstmöglich zu leisten, so wird am 20. X. 89 die Ventrofixation des Uterus gemacht. Intendiert war nach dem Vorgange von Kaltenbach das Peritoneum dabei nicht zu eröffnen, sondern nur bis auf das Peritoneum den Bauchschnitt zu führen, dann von der Vagina aus den Uterus entgegenzudrängen und durch Nähte oberhalb der Symphyse zu fixieren. Zufällig fiel ich mit dem Messer in einer Ausdehnung von einigen Millimetern in das Peritoneum hinein, so dass die Operation nicht ganz extraperitoneal gemacht wurde. Auch hier heilte der Uterus und zwar in Hyperanteflexion an, da eine Naht durch die hintere Wand und zwei durch den Fundus geführt waren.

Die Konvalescenz wurde dadurch, dass der Decubitus, mit welchem Patientin bereits in die Klinik eingetreten, und welcher vor der Operation zum Abheilen gekommen war, in excessiver Weise während der 8 Tage Bettruhe wieder auftrat, verzögert. Das funktionelle Resultat ist aber überraschend. Nicht nur dass Patientin jetzt gut und aufrecht gehen kann, nicht nur dass die Schmerzen in den Beinen fast gänzlich geschwunden sind, auch objektiv ist ein ganz bedeutender Rückgang des Leidens bemerkbar. Die Peronee ebenso wie die Tibiales beiderseits sind jetzt, wenn auch noch nicht normal, elektrisch erregbar.

Es ist wie vorhin schon angedeutet sehr fraglich, ob dieser Erfolg noch hätte erzielt werden können, wenn wir eine Vaginalplastik gemacht hätten und dann erst nach längerer Zeit in der Lage gewesen wären, vermittels Pessar den Uterus dauernd in guter Anteflexion zu erhalten. Das ist deshalb fraglich oder nahezu unwahrscheinlich, weil durch die andauernden Schmerzen, die schweren Verdauungs- und Urinausscheidungsstörungen und die anhaltende Bettlage die Kräfte der Kranken in so hohem Maße konsumiert waren, dass das nächste halbe Jahr bereits den lethalen Ausgang hätte herbeiführen können.

Ganz anders liegt die Indikationsstellung bei der anderen Gruppe, welche Sie heute durch diese 3 Frauen repräsentiert sehen. Hier und in zwei anderen Fällen, die ich Ihnen, da die Kranken jetzt nicht in Dorpat anwesend sind, nicht vorstellen kann, handelte es sich um Irreponibilität des Uterus und zwar in allen Fällen um Irreponibilität aus

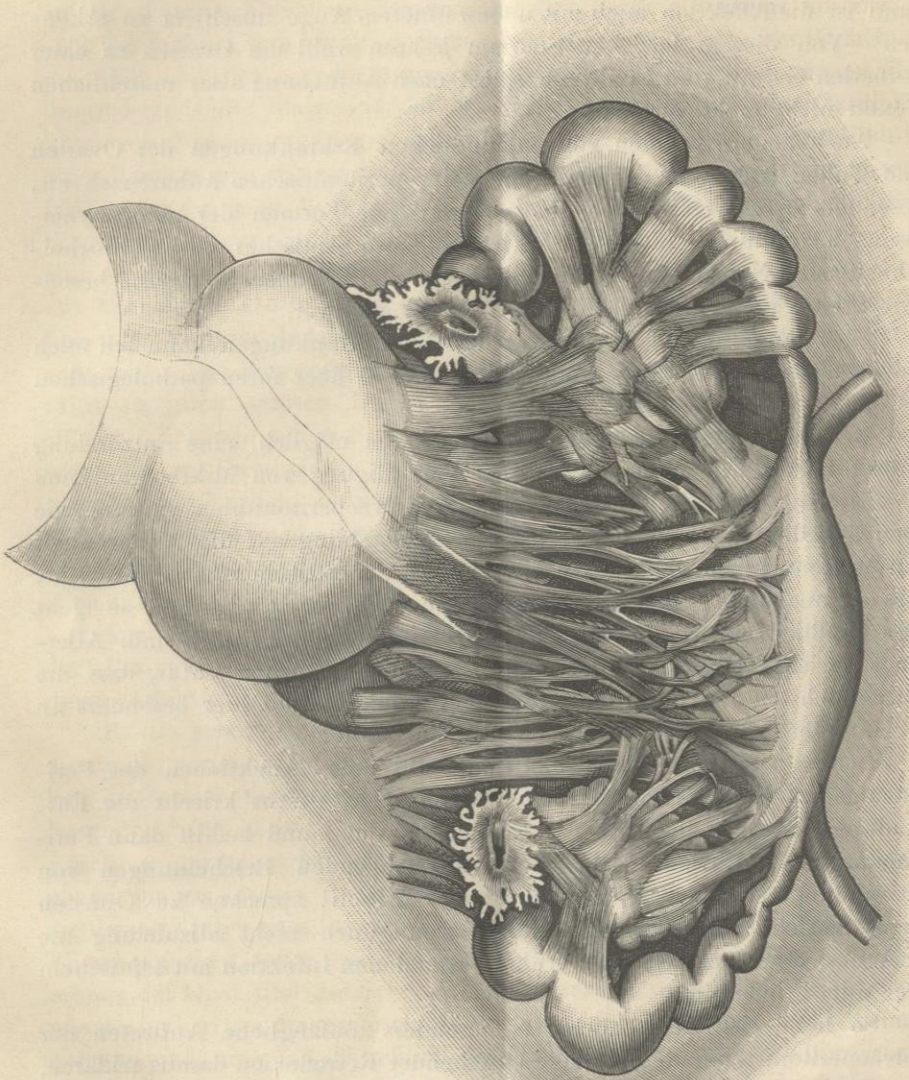
demselben Grunde, wegen Adhärenzen, resistenter peritonealer Verlöthungen zwischen hinterer Uterus- und hinterer Beckenwand. Diese Adhärenzen waren in diesen Fällen ungewöhnlich massig und ungewöhnlich fest, und das Ungewöhnliche ihrer Massigkeit und Festigkeit war es, was die Indikation für die Laparotomie abgab.

Um Ihnen eine Vorstellung von der groben Anatomie solcher Adhärenzen zu geben, lege ich Ihnen einige Skizzen, welche von mir unmittelbar nach der Operation dieser Fälle entworfen sind, vor. Recht gute Bilder, welche solche pelveoperitonitische Stränge darstellen, finden sie auch in Bandl's Bearbeitung der Pelveoperitonitis in der »Deutschen Gynäkologie«; diese letzteren nämlich Fig. 23, 24, 26, 27, 28, 29 genannten Werkes sind die Portraits von Leichenpräparaten.

Solche Stränge verbinden Uterus, Tuben, Ovarien und die hinteren Blätter der breiten Ligamente untereinander und mit der hinteren Peritonealauskleidung des Beckens sowohl, als der vorderen des Rektums; sie haben meist ein sehniges Aussehen, sind trocken und enthalten selten größere Gefäße. Durch sie wird der Uterus in Retroversio-flexio immobilisirt, und zwar, das ist wichtig, sind es nicht nur die vom Uterus selbst aus zur hinteren Beckenwand gehenden, welche das Organ in der fehlerhaften Stellung immobilisiren, auch solche, welche von den Tuben und den Ovarien ihren Ausgangspunkt nehmen sind dazu im Stande. Besonders sind es die Verbackungen der Ovarien mit der hinteren Beckenwand, welche indirekt durch das sehr kurze und straffe Ligamentum ovarii eine Reposition des Uterus vereiteln. An den herungereichten Bildern sehen Sie vorwiegend Stränge, mitunter findet man auch breitere Segel und flächenartige Brücken, welche die Organe zum Theil verhüllen und mit einander fest verlöthen.

In manchen Fällen stellen diese Stränge die einzige gewebliche Veränderung der Genitalien neben der Retroflexio dar, und man kann annehmen, dass nach ihrer Beseitigung die Organe gesund und intakt zurückbleiben. Nicht selten aber begegnen wir neben diesen peritonitischen Strängen und Bändern so schweren Veränderungen der beteiligten Organe, der Tuben und der Ovarien, dass auch die Beseitigung der Produkte der Peritonitis einen wohl irreparablen chronischen Entzündungszustand der Tuben und Ovarien zurücklässt, ein Salpingo-Oophoritis chronica. Das abdominale Ende der Tube ist dabei stark verengt, der Morsus diaboli geschrumpft, die Schleimhaut desselben hochgeröthet. Bei den höchsten Graden der Erkrankung ist das Fransenende der Tube mit dem Ovarium verbacken, unter Umständen so fest, dass das unbewaffnete Auge die einstmaligen Grenzen beider Organe aufzufinden kaum im Stande ist.

Auch an den Ovarien ist der chronisch entzündliche Process nicht selten nur mit dem Mikroskop wahrzunehmen. Mit Hilfe desselben kon-



Uterus, Tuben, Ovarien und Rectum durch polveperitonitische Pseudomembranen verwachsen; dieselben hielten den Uterus in Retroflexion fixirt; um sie deutlicher darzustellen zu können ist der Uterus etwas nach vorn und oben gezogen zu denken. Das Bild ist die Copie einer von mir unmittelbar nach der Operation der Frau Anna S. entworfenen Skizze von dem in diesem Falle nach der Laparotomie angetroffenen Befund. (Vgl. S. 11.)

statirt man eine bindegewebige Verdickung der Corticalis des Ovariums und in die Corticalis eingestreut kleine Cysten mit meist wasserhellem Inhalt. Diese »kleincystische Degeneration« kann so multipel werden, dass die ganze Oberfläche des Organs mit Cystchen dicht besät ist, und dann ist die Affektion auch mit unbewaffnetem Auge unschwer zu erkennen. Von diesem höchsten Stadium kehren wohl die Ovarien zu einer normalen Gestalt und Funktion, selbst nach Aufhebung aller ursächlichen Noxen nicht mehr zurück.

Auch andere Formen von entzündlichen Erkrankungen der Ovarien und Tuben trifft man combinirt mit pelveoperitonitischen Adhärenzen an; besonders in das chronische Stadium getretene Formen der parenchymatösen Entzündung auf schwer infectiöser, also septischer oder gonorrhöischer Basis. Neben diesen Entzündungsformen kommen wohl ganz besonders breite, umfänglich flächenhafte Adhäsionen vor.

Über die Ätiologie dieser Gruppen von Erkrankungen kann ich mich jedoch nicht mit der Sicherheit verbreiten, wie über ihren pathologischen Befund.

Bei der heutigen Strömung ist es ja kaum möglich, eine Entzündung seröser Häute sich anders, als durch Betheiligung von Mikroorganismen vorzustellen; und auch diese trockenen Pelveoperitonitiden müssen, wie eben angedeutet, in vielen Fällen ihre Entstehung auf die Anwesenheit von Mikroorganismen zurückführen lassen. Unbestritten ist die Thatsache, dass sie unabhängig von Retroversio-flexio vorkommen und dass sie nicht ausschließlich ein Attribut dieser Lageveränderung des Uterus sind. Allerdings spricht aber wohl auch andererseits die Erfahrung dafür, dass die umfänglichsten Pelveoperitonitiden bei Retroflexio und hier besonders an der hinteren Wand des Uterus angetroffen werden.

In den meisten Fällen entstehen wohl diese Affektionen des Peritoneums im Gefolge von Endometritiden, vom Uterus kriecht die Entzündung den Weg der Tubenschleimhaut entlang und befällt dann Peritoneum und Ovarien. Die häufig anzutreffenden Erscheinungen von Entzündungen in der Tube, am Morsus diaboli, sprechen zu Gunsten dieser Ansicht. Des weiteren liefert, wenn auch nicht allzuhäufig die Anamnese den Nachweis einer früher bestandenen Infektion mit septischem oder mit Trippergift.

So ließe sich denn auch das besonders umfängliche Auftreten der Pelveoperitonitis gerade bei lange bestehender Retroflexion daraus erklären, dass Uteruskatarrhe bei dieser Lageanomalie besonders häufig bestehen und, was das wichtigste ist, besonders schwer zum Ausheilen kommen. Die Retroflexion bedingt Erschwerung des venösen Abflusses aus dem Uterus; durch diese Stauung kommt es zur Succulenz der Schleimhaut, kommt es weiter zu einer serösen Durchfeuchtung der Uterusmuskulatur. Während also auf der einen Seite im Uterus katarrhalisches Sekret im

Übermaß ausgeschieden wird, sind auf der anderen Seite die Muskelkräfte, welche dieses Sekret aussondern könnten, schwer beeinträchtigt.

Man könnte sich aber auch vorstellen, dass bei Retroflexion ganz unabhängig von Infektion, ganz unabhängig von einer Entzündung, welche auf der Uterusschleimhaut beginnt und den Schleimhautweg entlang bis aufs Peritoneum wandert, es doch zu verlöthender Pelveoperitonitis kommt.

Während der normal liegende Uterus durch die verschiedenen Füllungszustände der Blase und des Mastdarms in ziemlich bedeutenden Exkursionen bewegt wird, um dieser Ereignisse willen sich eigentlich in einer beständigen Bewegung befindet, so liegt der retroflectirte Uterus fest in der hinteren Beckenhälfte, er wird durch die verschiedenen Füllungszustände der Nachbarorgane aus der Stellung, in welcher er zur Ruhe gekommen ist, nicht mehr herausbewegt. Durch dieses Festliegen des Uterus im Douglas'schen Raum kommen die einander gegenüber liegenden Peritonealwände in dieselbe Lage, wie wenn sie aneinandergelagert sind. Die dauernde intime Näherung ohne gelegentliche Bewegung führt in allen serösen Höhlen zur Verklebung der korrespondirenden Wände. Deshalb sehen Sie z. B. die übermäßig großen Ovarientumoren, wenn sie um ihrer Größe willen im Abdomen sich nicht mehr bewegen können, umfänglich festwachsen. Es bedarf nicht des Dazukommens weiterer Momente um Verklebung in serösen Höhlen zu bedingen, also etwa des Dazukommens von Mikroorganismen oder anderer etwa steriler Fremdkörper.

Aus diesen Auseinandersetzungen über die Befunde und die Ätiologie der Perimetritis adhaesiva erhellt Ihnen m. H. die klinische Dignität dieser Affektion.

Es ist zweifellos, dass bei weiterem Fortbestehen der kausalen Momente der perimetritische Process so lange progredient bleibt, bis er schließlich in totaler Verbackung aller internen Geschlechtsorgane mit veranlassender oder konsekutiver Salpingitis und Oophoritis chronica seinen Abschluss gefunden hat. Da der Process sehr chronisch verläuft, so vergehen bis zu diesem Endstadium häufig Jahrzehnte, häufig sind es erst die letzten Jahre des vierten Lebensdecenniums oder womöglich erst die klimakterischen Jahre, welche diesen Abschluss bringen. Das sind Jahrzehnte der Qual und der Schmerzen, Jahrzehnte, in welchen die Kranken, wie das Schultze drastisch schildert, unfähig für Lebensgenuß und Lebensaufgabe sind, um auch schließlich im Klimakterium noch nicht hinreichend Entschädigung für die in der Jugend durchlebten Qualen zu finden.

Suchen wir die Beschwerden, die in ständigen Kreuzschmerzen, in Schmerzen im Becken, in Blasenbeschwerden, Schmerzen im Gebiet des Plexus ischiadicus, in den Konsequenzen von excessiven Blutverlusten während der Regeln, in den Folgen dauernder Schlaflosigkeit kulminiren, zu analysiren, so ist klar, dass die chronische Entzündung des Perito-

neums und der Adnexa uteri selbst für einen Theil der Beschwerden verantwortlich gemacht werden muss. Könnten wir aber wirklich diese chronische Entzündung irgendwie heilen, so würde als Quelle weiterer permanenter Qualen und, das ist der Hauptpunkt, als Quelle für neue Nachschübe der Entzündung immer wieder die Retroflexion zurückbleiben. Beim Weiterbestehen der Retroflexion heilt der Uteruskatarrh nie ganz aus, von ihm aus würden sich immer wieder von Neuem Salpingitis, Perimetritis und Oophoritis entwickeln können. Die *Indicatio causalis* stellt also die Aufgabe die Retroflexion zu heilen. Mit der Beseitigung der Retroflexion entfernen Sie aus der Kette der verschiedenen in Rede stehenden Erkrankungen, wir mögen dieselben vom kausalen Gesichtspunkte aus aneinanderreihen, wie wir wollen, unter allen Umständen das wichtigste Glied.

Die Retroflexion aber zu heben ist um der perimetritischen Fixationen willen nicht früher möglich ehe diese nicht beseitigt sind.

Ob sogenannte resorptive Kuren auf diese alten sehnigen Gebilde einen wesentlich andern, als höchstens schmerzlindernden Einfluß haben, ist wohl recht zweifelhaft. Sehr dünne Filamente können ja vielleicht entweder während einer solchen Kur gelegentlich zerreißen, oder, wenn sie ganz gefäßlos sind, durch die verdauenden Kräfte der Peritonealflüssigkeit zum Verschwinden gebracht werden. Umfängliche dicke Stränge aber bleiben immer Stränge. Sie können Jodkali und Jod in welcher Form und von wo aus auch immer gegen dieselben appliciren, sie bleiben nach wie vor.

Ungleich erfolgreicher diesen pelveoperitonitischen Strängen gegenüber ist die mechanische Therapie und hier sind es zwei Verfahren, welche einander recht ähnlich auf diesem Gebiete die ersten reellen Triumphe feierten, welche bis dahin überhaupt gefeiert worden sind.

Diese Verfahren sind die Massage und die bimanuelle Trennung der Stränge nach Schultze.

Die Massage in der Form, wie sie Thure Brandt ausgebildet hat, leistet auch ohne das nebensächliche ihr ebenfalls von Thure Brandt mitgegebene Beiwerk, welchem von dem Erfolge doch höchstens der suggestirende Theil zufällt, gegen diese alten Pelveoperitonitiden Vortreffliches. Sitzung für Sitzung werden die Stränge zwischen die Finger genommen und gespannt und gedehnt, und Sitzung für Sitzung giebt bald dieser bald jener Strang nach, bis schließlich nach Wochen und Monaten Uterus, Ovarien und Tuben wie herausgeschält erscheinen, der Uterus freibeweglich in normale Anteversion gelegt und durch ein passendes Pessar in normaler Lage gehalten werden kann, wenn solches nach der Kur überhaupt noch benöthigt.

Etwas zielbewusster und deshalb auch leistungsfähiger in den meisten Fällen ist das konkurrirende Verfahren, die bimanuelle forcirte Trennung

nach Schultze. Hier wird in einer oder wenigen Sitzungen in tiefer Narkose geleistet, was die Massage erst in wochenlanger Arbeit fertig bringt, die retrofixirenden Stränge werden bimanuell zerrissen, und dann der normal gelegte Uterus mittelst Pessars in normaler Lage erhalten. Dieses Verfahren ist vorzüglich, ich habe Ihnen schon eine ganze Anzahl Kranker vorgestellt vor und nach der Anwendung desselben; von 29 fixirten Retroflexionen, welche im Zeitraum von etwa $1\frac{3}{4}$ Jahren auf meiner Klinik lagen, gelang es mir in 13 Fällen die perimetritischen Stränge zu sprengen und den Uterus normal zu lagern; in sechs Fällen war der Erfolg nur halb, viele Stränge konnten getrennt werden, und nur das mangelhafte Verständnis der Kranken für die Bedeutung ihres Leidens hinderte die Beendigung der Kur. In anderen fünf Fällen wurde ebenfalls ein halber Erfolg erzielt, ohne dass ich mich der Illusion hingeben konnte, auf dem betretenen Wege das Resultat bald vollständig zu machen; das sind die fünf Fälle, um welche sich die folgenden Erörterungen gruppiren werden.

Nie habe ich einen Nachtheil von diesem Verfahren gesehen, nur in einem Falle, in einem der letztoperirten, trat danach ein etwa hühnereigrößes Hämatom in der linken Seite, dem einstmaligen Sitze der festesten Adhäsionen auf, welches etwa vier Wochen zu seiner völligen Resorption brauchte, dann den Uterus in normaler Lage liegen ließ. Nie habe ich eine bedeutendere Blutung gesehen und glaube auch kaum, dass sie selbst nach sehr kouragirter Anwendung dieses Verfahren vorkommen wird.

Wie leistungsfähig dieses Verfahren ist, davon habe ich einen fast noch deutlicheren Beweis, als diejenigen Fälle liefern, in welchem es von vollem Erfolge gekrönt ist, in denjenigen gefunden, wo es mir nur gelang einen Theil der Stränge zu trennen und in denen ich, wie nachher zu erörtern, die Laparotomie machte. Ich fand stets sowohl auf der Serosa des Uterus als auf korrespondirenden Partien der hinteren Beckenwand frei hängende zerrissene kurze Fäden und Membranen, in keinem dieser Fälle Blutgerinnsel oder flüssige Blutergüsse irgend welcher Art, obwohl die Laparotomie sich meist nach kurzer Zeit dem letzten Versuche Schultze'scher Trennung angeschlossen hatte.

Nun stieß ich aber und zwar im Laufe von etwa $1\frac{3}{4}$ Jahren unter 29 fixirten Retroflexionen auf 10 Fälle, in welchen die Adhärenzen zwischen Uterus und Nachbarorganen so fest waren, dass selbst mit Aufbietung aller mir zur Verfügung stehenden Kraft es nicht möglich war den Uterus völlig loszutrennen.

Von diesen zehn Frauen lehnten eine energischere Therapie fünf ab; die meisten von diesen besuchen von Zeit zu Zeit die Klinik und bestärken uns von Neuem in unserer vorhin ausgesprochenen Ansicht, dass selbst jahrelange Anwendung sogenannter resorptiver Kuren, dass andere Palliativmaßregeln wie Ausschabungen des Uterus von äußerst problematischem

Nutzen sind. Fünf Frauen wollten, wie schon gesagt, keinen Versuch, ihre Leiden zu heilen unterlassen.

Dass man diesen Fällen gegenüber mit einer langdauernden Massagekur etwas hätte leisten können, ist mir wohl wahrscheinlich, diese Kur hätte aber nach Bruchtheilen eines Jahres bemessen werden müssen und für diese fünf Kranken, um welche es sich hier handelte, wäre deshalb schon die Durchführung solcher Kur unmöglich gewesen.

Es blieb also als letztes Mittel nur die Laparotomie und sich daran-schließendes weiteres Verfahren übrig.

Es ist ein eigen Ding m. H. eine Laparotomie zu machen, um peritonitische Adhärenzen zu beseitigen.

Diejenigen von Ihnen, welche bei Laparotomien zugegen waren, welche an derselben Person zum zweiten Male gemacht wurden, werden sich entsinnen, dass fast in allen Fällen bei der zweiten Laparotomie Adhärenzen angetroffen wurden, welche bei der ersten nicht da waren; regelmäßig war das Netz an der vorderen Bauchwand adhärent, nicht selten fanden sich parietale Adhäsionen des Darmtractus. Und das trafen wir an in Fällen, wo die Konvalescenz nach der ersten Laparotomie absolut glatt, mit einer Temperaturskala, die sich stets unter 37,5 hielt, verlaufen war.

Bei ihrem hohen praktischen Interesse ist die Frage über das Zustandekommen peritonealer Verlöthungen nach Laparotomie sowohl klinisch als experimentell vielfach berührt worden, und soweit nach mancher Richtung hin Klärung geschaffen worden ist, so bestehen heutigen Tages trotz Dembowsky's Arbeit noch wichtige Differenzpunkte; Punkte, in welchen die klinischen Beobachtungen am Menschen mit den experimentellen am Thiere nicht ohne Weiteres in Einklang zu bringen sind. Jedenfalls — darin stimmen alle Operateure und Experimentatoren überein, darüber herrschte Übereinstimmung in der dieses Thema berührenden Debatte der Berliner Gesellschaft für Gynäkologie im vorigen Jahre, — entstehen solche Adhärenzen sehr leicht, ihr Zustandekommen bei Operationen ist zur Zeit noch nicht mit absoluter Sicherheit zu vermeiden.

Ist es nun, diese Frage muss man sich vorlegen, erlaubt oder rationell, das Peritoneum zu öffnen, um bestehende Adhärenzen zu trennen, wo die Möglichkeit, dass neue entstehen können, nicht mit absoluter Sicherheit ausgeschlossen werden kann, neue, welche die Kranke eventuell später in Lebensgefahr stürzen können, welche sich zwischen Intestinum und Bauchwand bilden und welche wie in einem der vorhin gedachten Fälle von wiederholter Laparotomie zur Axendrehung des Dünndarmes mit Jleus führen? Diese Frage m. H. ist äußerst ernsthaft und im höchsten Maaße berechtigt, und diese Frage kann nur dahin beantwortet werden, dass man auf dem uns beschäftigenden Gebiete es mit der Indikationsstellung auf Laparotomie nicht ernst genug nehmen kann und

dass man als alleroberstes Princip für die Laparotomie wegen fixirter Retroflexion aufstellen muss die Gewährleistung der denkbar größten Sicherheit, dass keine neuen Adhärenzen entstehen. Das heißt wir haben mit Beobachtung peinlichster Asepsis alle mechanischen und chemischen Insulte gegen die in Frage kommenden Peritonealoberflächen zu vermeiden, damit das Endothel auf ihnen lebensfähig und erhalten bleibt, dasselbe nicht nekrotisch wird und durch sein Zugrundegehen Defekte und Wundflächen entstehen läßt, welche leicht mit gegenüberliegenden Peritonealpartien verkleben.

Vielleicht hätte die Eröffnung des Peritoneums vom hinteren Scheidengewölbe aus Vortheile, man könnte so vielleicht leichter der Verklebung von Eingeweiden vorbeugen. Wenn wir uns jedoch darüber klar geworden sind, was wir mit der Laparotomie bei fixirter Retroflexion bezwecken, werden Sie sehen, dass die Eröffnung des Peritoneums seinen Zweck fast völlig verfehlen würde, wollten wir sie von unten vornehmen.

Nicht der geringste Zweck der Laparotomie wegen fixirter Retroflexio uteri ist, dass wir uns einen klaren Einblick in die Adhäsions- und Erkrankungsverhältnisse der inneren weiblichen Genitalien verschaffen wollen, welcher unser weiteres operatives Vorgehen wieder in verschiedene Bahnen lenken kann.

Um Ihnen die Divergenz in der Indikationsstellung nach der Laparotomie zu illustriren, ersuche ich Sie die Geschichten von vier Kranken zu hören.

Frau Anna S., 38 Jahre alt, ist nicht anwesend; hat 1 Kind vor 12 Jahren geboren; seit dem Wochenbett klagt Pat. über Kreuzschmerzen, Dysmenorrhoe und Menorrhagie.

Nach wiederholten Versuchen, den Uterus bimanuell stumpf nach Schultze zu trennen, bleiben links immer noch einige sehr feste Stränge, welche jeder, auch der kraftvollsten Bemühung trotzen. Da die Beschwerden äußerst ernsthafter Natur sind, so wird am 28. II. 89 die Laparotomie gemacht; Schnitt bis zum Nabel, Zurückdrängen der Darmschlingen mit einer Serviette, Freilegen des Douglas'schen Raumes. Man erkennt noch unendlich viele sehr feste, besonders linkerseits sehr breite Adhärenzen zwischen Fundus, Ovarien, Tuben einerseits und hinterer Wand des Beckens andererseits. Diese Adhärenzen werden sämmtlich mittelst Pacquelin durchgebrannt; als so Uterus, Ovarien und Tuben völlig befreit waren, werden durch die zwei Uterushörner je eine und durch die vordere Uteruswand nahe dem Fundus ebenfalls eine Sutura aus Silkwormgut gestochen, erstere zwei als Matratzennähte durch die Bauchwand geführt, letztere zugleich zur Vereinigung des unteren Winkels der Bauchwunde benutzt. [Die übrige Bauchwunde wird ebenfalls mit Silkwormgut vernäht, prima intentio, fieberloser Verlauf; nach 27 Tagen werden die Suturen entfernt, der Uterus ist an die vordere Bauchwand festgewachsen; nach 9 Monaten sehen wir Pat. wieder mit subjektiv und objektiv tadellosem Befunde.

Sehr ähnlich waren die Verhältnisse bei dieser hier anwesenden 35 Jahre alten Frau S. Ich wollte diese Pat. nicht als Typus vorstellen, da der Verlauf nicht ganz glatt war, und sich Eiterungen in den Bauchdecken einstellten; das einzige Beispiel von Misserfolg bei Laparotomie wegen Lageveränderungen, welches ich zu verzeichnen habe.



das schließliche funktionelle Resultat ist übrigens auch bei dieser Kranken ausgezeichnet.

Die Kranke war bereits im vorigen Semester in der Klinik, hatte dieselbe wegen hochgradiger Menorrhagie und unerträglicher Rückenschmerzen aufgesucht. Der Uterus war in Retroflexionsstellung fixirt angetroffen, und zwar in drei Sitzungen die Trennung der Fixationen nach Schultze's Methode versucht worden. Jedesmal gelang es einen Theil der Stränge zu trennen, immer aber blieben noch so zahlreiche und so eminent feste Stränge zurück, dass der Pat. die Laparotomie vorgeschlagen wurde. Diesen Vorschlag ausführen zu lassen, suchte Pat. jetzt die Klinik wieder auf.

29. IX. Nach der Eröffnung des Abdomen gewahrt man am Fundus uteri noch die Reste der früher durchtrennten Stränge, das Corpus ist aber ebenso wie das rechte Ovarium und die Tube durch einen so dichten Filz von Strängen an das Rektum und die hintere Beckenwand und zwar so kurz angeheftet, dass selbst jetzt die Durchtrennung der einzelnen Stränge mit dem *ferrum candens* nicht ganz leicht war.

Schließlich aber gelingt es auch hier, den Uterus und die fixirten rechtsseitigen Adnexa völlig auszupacken, ihn dann leicht in das Niveau der Bauchwunde zu ziehen und an den unteren Winkel mit drei durch die vordere obere Fläche des Corpus gestochenen Silkwormgutsuturen zu fixiren.

Anders gestalteten sich die Verhältnisse bei der 27 Jahre alten seit 7 Jahren steril verheiratheten Frau T. Auch hier war nach wiederholten Versuchen die erkannten Adhärenzen stumpf zu trennen, schließlich wegen der Effektivlosigkeit dieser Versuche am 12. IX. 89 die Laparotomie gemacht worden. Nach Eröffnung des Abdomen erkannten wir aber, dass die vorhin skizzirten Begleitzustände der chronischen Pelveoperitonitis in Gestalt sehr umfangreicher Salpingo-Oophoritis chronica vorhanden waren. Wegen der Hochgradigkeit der Erkrankung entfernte ich in diesem Falle lieber Tuben und Ovarien, nachdem ich sämtliche Adhäsionen, wie stets, mit dem *Pacuelin* getrennt hatte und fixirte den Uterus nicht an die Bauchdecken. Der Uterus blieb zufällig in guter Antevorsio-flexio liegen, die Kranke fühlt sich besser als früher, aber noch nicht ohne Beschwerden.

Eine anderes Paradigma stelle ich Ihnen in dieser jugendlichen, unverheiratheten 27 Jahre alten J. vor. Sie hat nie geboren, und sucht schon seit 5 Jahren gelegentlich wegen sehr bedeutender Kreuzschmerzen, Dysmenorrhoe und Menorrhagie die Ambulanz auf; früher ist einmal ohne Erfolg eine Ausschabung des Uterus bei ihr vorgenommen worden.

Nach ebenfalls mehrfachen Versuchen, den adhärennten Uterus stumpf zu trennen Laparotomie am 8. XII. 88. Die primär intendirte Ventrofixation des Uterus unterblieb, und nachdem ebenfalls mittels Glüheisen der Uterus, die Ovarien und Tuben aus ihren Adhäsionen befreit waren, wurde später der Uterus bimanuell normal gelagert und mittels eines Thomaspessars in normaler Lage erhalten.

Jetzt fast nach Jahresfrist liegt der Uterus normal im Pessar; es ist vorauszusehen, dass nach Jahr und Tag Patientin das Pessar entbehren und über normal liegende und normal funktionirende Genitalien verfügen kann.

Fassen wir zunächst den dritten von diesen vier Fällen, Fall T. ins Auge. Hier bestand die schließliche Operation in der Kastration wegen hochgradiger Veränderung der Ovarien und Tuben wie man sie mitunter, wie vorhin erörtert, neben chronischer Pelveoperitonitis findet.

Schon viele Jahre früher m. H. als man zielbewusst die retroflekirten Uteri aus ihren Verlöthungen trennte, also schon früher als Olshausen die erste derartige Operation machte, war der Kastration von Hegar und

Bathey in dem chirurgischen Heilschatz gynäkologischer Leiden eine hervorragende Stelle gesichert worden. Die dieser Operation zu Grunde liegende Idee, durch eine verfrühte Herbeiführung der Klimax die Frauen von Leiden, welche erfahrungsgemäß nur eine traurige Beigabe des jugendlichen oder jedenfalls geschlechtsthätigen Alters sind, zu befreien, eröffnete dieser Operation ein ungeheuer weites Gebiet, da sie für die Nothwendigkeit der Kastration nicht wie das sonst für operative Eingriffe gilt, bestimmte pathologisch-anatomische Veränderungen der zu entfernenden Organe als indicirendes Substrat forderte, sondern als solches einen mehr weniger diffusen symptomatologischen Begriff zuließ. Hegar war es selbst als erster, welcher nur in manifester Erkrankung der Ovarien eine Indikation für die Kastration sah, und mit seinen Lehren einem planlosen Umhertasten in der Indikationsstellung für die Kastration vorzubeugen suchte; ob für die Allgemeinheit immer mit Erfolg, ist mir fraglich. Und diejenigen Erkrankungen, um deren willen die Kastration nach dem Vorgange Hegar's nothwendig sein kann, liegen wesentlich auf dem Gebiete der sogenannten chronischen Entzündungen, — denn handelt es sich um neoplastische Processe, so sprechen wir von Ovariectomie. Hegar sieht in der kleincystischen Degeneration der Ovarien, derselben Affektion, welche wir vorhin Oophoritis corticalis nannten, eine Indikation für die Kastration, seinem Beispiel folgen viele Gynäkologen, zu vielen Statistiken über Erfahrungen auf dem Gebiete der Laparotomie stellt die chronische Salpingo-Oophoritis ein ansehnliches Kontingent. So z. B. finden sich unter 100 Laparotomien, die Lebedeff neulich mittheilte, 22 behufs Entfernung der chronisch entzündeten Tuben und Ovarien. Lawson Tait hat unter seinem zweiten Tausend 263 mal auf dieselbe Indikation hin laparotomirt.

In wievielen Fällen es sich neben der Entzündung von Tuben und Ovarien um retroflectirten Uterus gehandelt hat, ist aus den zuständigen Publikationen nicht zu ersehen; sicher ist es eine ganze Anzahl.

Andererseits aber sehen andere ebenfalls sehr vielbeschäftigte und an einem großen gynäkologischen Material arbeitende Operateure nicht im entferntesten so oft in chronisch entzündlichen Zuständen der Ovarien und Tuben die Indikation für die Entfernung dieser Organe; ich selbst, der ich erst noch über bescheidenes Material verfüge, verzeichne unter 100 Laparotomien drei Entfernungen der chronisch entzündeten Adnexa.

Es fragt sich also, wie schwer muss die Salpingo-Oophoritis sein, wenn man kastriren muss; bei welchen Fällen dürfen wir uns mit Befreiung der inneren Genitalien von den Produkten chronischer Entzündung des umgebenden Peritoneums begnügen, oder endlich ist die Kastration bei fixirter Retroflexion überhaupt vielleicht zu entbehren, und genügt in allen Fällen nur die Auspackung der Genitalien und Rechtlagerung des Uterus. Dass diese Fragen vor der Hand nicht erschöpfend beantwortet

werden können, ersehen Sie aus der differenten Stellungnahme der einzelnen Operateure ihnen gegenüber; sie werden schließlich nach dem Erfolge der einzelnen Operationen entschieden werden können. Da aber den unendlich vielen Kastrationen augenblicklich nur sehr wenige zielbewusst ausgeführte Lösungen der Genitalien aus den fixirenden Pseudomembranen gegenüberstehen, so ist ein Vergleich der Resultate jetzt noch nicht möglich.

Die Thatsache, dass die durch die Kastration bewirkte verfrühte Klimax eine sonst nach der natürlichen Klimax eintretende Besserung der Symptome bei den fraglichen Fällen eintreten lässt, ist nicht zu leugnen. Sicher ist aber auch das, dass gerade bei der fixirten Retroflexion die Besserung der lästigen Beschwerden sehr spät dem Eintritt der natürlichen Klimax nachhinkt.

Wie oft kommt es nicht vor, dass Frauen, welche 5, 10 und noch mehr Jahre nach ihrem schon verspätet eingetretenen Klimakterium uns noch konsultiren mit den Rückenschmerzen und Blasenbeschwerden, die sie seit ihrer Jugend quälen; und wir finden eine fixirte Retroflexion. Die Jugend ist verblüht, die Menses sind versiegt, aber die Beschwerden bestehen noch, und noch in annähernd der früheren Stärke. Die Klimax hat nicht die Naturheilung gebracht, welche man theoretisch solchen Kranken oft mit solcher Sicherheit prophezeit. Diese in größerer Klientel häufig zu machende Beobachtung muss uns den Gedanken nahelegen, dass auch eine künstliche Klimax nicht absolut sicher die Beschwerden, welche von der fixirten Retroflexion ausgehen, heilt, es sei denn man verbinde absichtlich oder gelegentlich mit der Kastration die Beseitigung der Momente, welche der Rechtlagerung des Uterus hinderlich sind. Die Hauptbeschwerden bei der fixirten Retroflexion, — diesen Grundsatz müssen Sie im Gegensatz zu manchen neueren Publikationen, in welchen in dem Evidement und ähnlichen Palliativverfahren die Heilung von Retroflexionsbeschwerden vertreten wird, festhalten, — werden doch einmal von dem falsch liegenden Uterus und den konsequenterweise falsch liegenden Ovarien ausgelöst; lagert man Uterus und Ovarien richtig, so geht man den Beschwerden direkter zu Leibe, als wenn man mit der Kastration eine Involution der Genitalien und damit das Attribut des Greisenalters, das Befreitsein von Lust und Schmerz erstrebt. Die Affektion der Tuben und Ovarien hat bei allem entzündlichen Charakter doch meist viel harmloses; sie ist äußerst chronisch und sie giebt an anderen Organen angegriffen, wohl sehr selten die Indikation für die Entfernung derselben ab. Der Chirurg kastriert nicht wegen jeder chronischen Orchitis oder Epididymitis ohne weiteres, selbst nicht wenn dieselbe, wie ja enorm häufig und wie entschieden häufiger, als die chronische Salpingo-Oophoritis auf gonorrhöischer Basis entstanden ist.

Wenn man auf Grund einer sorgfältigen epikritischen Analyse der

klinischen Beobachtungen zu der Überzeugung kommen muss, dass die hauptsächlichsten Symptome von der falschen Lage des Uterus abhängen, so muss man sich dahin entscheiden, dass bei den geringeren Graden der fraglichen Prozesse die Kastration und Exstirpation der Tuben im Princip besser vermieden wird und dass man in der Auspackung der Genitalien und in der Rechtlagerung des Uterus alle Indikationen erfüllt, indem man Bedingungen herstellt, unter denen einmal alle subjektiven Symptome verschwinden, und unter denen die Ausheilung derjenigen entzündlichen Prozesse, welche noch übrig bleiben, zu Stande kommt. Entfernen soll man die bei fixirten Retroflexionen angetroffenen entzündeten Tuben und Ovarien nur dann, wenn die Entzündungen so hochgradig sind, dass sie auch unabhängig von Retroflexion angetroffen die Indikation für die Entfernung abgeben würden.

Seit der ersten zielbewussten Laparotomie Olshausen's wegen Retroflexio uteri nun sind bis vor Kurzem Laparotomie wegen Rückwärtslagerung und Ventrofixation, d. h. Annäherung des Uterus an die vordere Bauchwand solidarische Operationen gewesen. Lesen Sie die Operationsgeschichten anderer Operateure, so wurde in den meisten Fällen die Laparotomie nur gemacht, um den Uterus anzunähen. In manchen Fällen war eine vorherige Trennung der Adhäsionen nicht nöthig, in anderen war die Diagnose, ob solche vorhanden waren oder nicht, garnicht gestellt worden, denn der Repositionsversuch, dessen Erfolglosigkeit die Indikation auf Ventrofixation stellen ließ, war mit der Sonde, also auf ungenügende — sagen wir es gradeheraus auf illegale Weise vorgenommen worden.

Meiner Ansicht nach soll man nicht unter allen Umständen, wo man um einer Retroflexion willen die Laparotomie gemacht hat, nachher den Uterus ventrofixiren, sondern man soll mit der Ventrofixation eklektisch verfahren. Ventrofixiren Sie den Uterus einer Frau, welche noch im zeugungsfähigen Alter steht, und wird eine solche Frau nach der Ventrofixation gravid, so behindert die Fixation von einem gewissen Graviditätsmonat an das Weiterwachsen des Uterus, die Adhäsion des Uterus an der vorderen Bauchwand fängt an zu zerren, der Abort ist unvermeidbar. Dieses Unglück wird sich umso häufiger wiederholen können, je jünger die betreffende Person ist. Nun ist ja keine Frage, es müsste dieses Unglück mit in den Kauf genommen werden, denn schließlich ist Kinderlosigkeit ein kleineres Übel, als eine fixirte Retroflexion. Aber es giebt zweifellos Fälle, in denen wir die Frauen nicht vor die Alternative zu stellen brauchen, zwischen zwei Übeln zu wählen, zwischen habituellem Abort und fixirter Retroflexion, in denen wir nach vorausgeschickter Laparotomie den fixirten Uterus trennen können, nachher aber nicht an die Bauchwand zu fixiren brauchen, sondern das frei beweglich gewordene Organ der einfachen typischen orthopaedischen Behandlung, d. h. der typischen Pessarbehandlung unterwerfen können. Ein solcher Fall ist der Fall J. Ich halte es durch-

aus der Mühe werth, den Frauen, welche in der Blüthe des zeugungsfähigen Alters stehen dann, wenn sie Aussicht und Wunsch haben, noch gravid zu werden, diese Hoffnung nicht zu vereiteln, sondern nach der Trennung der Adhäsionen vermittels eines Thomas- oder Schultze- pessars den Uterus in der richtigen Lage zu erhalten.

Dasselbe würde durch ein Verfahren zu erreichen sein, welches neuerdings durch Freund und Frommel in Vorschlag gebracht ist. Freund nähte bei Prolaps, Frommel bei Retroflexion, und zwar bei fixirter, nach Trennung der Fixationen, die cervikale Partie des Uterus in der Höhe der Insertion der Douglas'schen Falten an die hintere obere Beckenwand an; sie erzielten dadurch die Heilung von der pathologischen Deviation und beließen dem Corpus uteri völlige passive Beweglichkeit. Ich selbst habe noch keine Erfahrung über dieses a priori als rationell imponirende Verfahren, würde dasselbe aber bei jugendlichen Personen unter allen Umständen der Ventrofixation vorziehen.

Anders liegt es bei *Vetulae* oder bei Frauen, welche es bald sind. Bei ihnen ist nur der einen Forderung zu genügen, den Uterus richtig zu lagern, und je sicherer man das thut umso besser ist es. Wenn Sie den Uterus mit dem Fundus hart über der Symphyse anheften, so bringen Sie ihn dadurch fast in eine ganz normale Anteversionsflexionsstellung, eine Stellung die den Frauen später bequem ist, welche bei den verschiedenen Füllungszuständen der Blase keine unangenehmen Empfindungen bereitet, welche von den Frauen durchaus als Wohlthat gegenüber dem früheren Zustande empfunden wird.

Die eclatanten Erfolge, welche die Ventrofixation bereits aufzuweisen hat, überheben uns für diejenigen Fälle, in denen mit einfacheren Mitteln die Erhaltung des Uterus in richtiger Lage nicht gelingt, über die theoretischen Bedenken, dass die neue Fixation des Uterus eine anomale, unnatürliche sei. Dieselben Bedenken überwinden wir ebenfalls um des praktischen Erfolges willen bei der Nephroraphie, der Annäherung des ren mobilis.

Sie haben ein Recht zu fragen, giebt es denn nur die erwähnten Möglichkeiten den retroflectirten Uterus in normaler Lage zu fixiren? Hat die Alexander'sche Operation bereits abgewirthschaftet?

Die Alexander'sche Operation, bei welcher der Leistenkanal eröffnet, die Ligamenta rotunda aufgesucht, in ihrer Scheide gelockert, vorgezogen und nach Resection eines Stückes verkürzt in die Hautwunde eingnäht werden, kann nicht ohne Weiteres mit der Ventrofixation konkurriren.

Nach den Angaben in der Litteratur muss man zur Ansicht kommen, dass diese Operation manchmal gemacht worden ist, wo die Erfolglosigkeit a priori auf der Hand lag, nämlich in Fällen, wo der Uterus nicht absolut frei beweglich war. Ein hinten fixirter Uterus läßt sich durch Vorziehen der runden Bänder nicht in annähernd normale Stellung brin-

gen, die hinteren Fixationen, selbst die zartesten, ziehen den Uterus mit viel größerer Kraft nach hinten, diese Kraft läßt sich durch Zug der verkürzten Ligamenta rotunda nicht überwinden.

Also bei fixirtem Uterus kommt die Alexander'sche Operation überhaupt nicht in Frage, man müsste sie denn, wie das auch vorgeschlagen ist, dahin modificiren, dass man erst nach der Laparotomie den Uterus aus seinen Fixationen löst, und dann von dem Abdomen her die entsprechende Verkürzung der Ligamenta rotunda vornimmt.

Für den frei beweglichen retroflectirten oder prolabirten Uterus aber hat die Alexander'sche Operation beredete Lobredner gefunden, und auf diesem Gebiete tritt sie eventuell in Konkurrenz mit der Ventrofixation. Sie wäre also von den von uns heute besprochenen Fällen in deren erst- und zweiterwähnten in Frage gekommen, wo wir von der Pessar-Behandlung wegen ungeeigneter Beschaffenheit der Vagina absehen mussten.

Nach meiner Erfahrung ist die Verkürzung der Ligamenta rotunda ein äußerst unsicheres Vorgehen, dem Uterus seine normale Anteversionsstellung zu sichern. Ich selbst habe, obwohl ich, wie ich mich vorher durch Untersuchung in tiefer Narkose überzeugte, nur bei ganz freiem, leichtbeweglichen Uterus operirte, mit der Alexander'schen Operation schlechte Resultate — ich meine funktionelle Misserfolge gehabt, und das hat mich nicht gewundert.

Das Ligamentum rotundum ist eines von den Bändern, die dem Uterus seine Rechtstellung garantiren, aber nicht das einzige, sondern von allen, welche in Frage kommen, das schwächste. Die Hauptmuskulatur, welche den Uterus in der richtigen Lage erhält, läuft in den Ligamenta lata. Die Ligamenta rotunda, und davon haben sich Viele überzeugen können, welche die Alexander'sche Operation gemacht haben, sind häufig degenerirt, häufig enthalten sie gar keine Muskulatur, sehr oft bestehen sie nur aus einer Reihe von Fettträubchen; die Verkürzung und Verlängerung eines solchen Ligaments kann auf die Lage des Uterus nicht den geringsten Einfluss haben, und die praktischen Erfolge mancher Operateure haben das bewiesen.

Will man noch Versuche mit der Alexander'schen Operation machen, so können dieselben nur indicirt sein, wo man einen absolut leicht, vielleicht ungewöhnlich leicht beweglichen Uterus antrifft und aus objektiven oder subjektiven Gründen von der einfachen Pessartherapie absehen muss.

Wenn ich in den beiden zuerst referirten Fällen K. und S., wo es sich um leicht bewegliche Uteri handelte, die Ventrofixation vor der Alexander'schen Operation vorzog, ist der Grund ausschließlich in der Unsicherheit der Wirkung der letzteren zu sehen. Beide Fälle eigneten sich nicht zum Probiren, in beiden Fällen bestand strenge Indikation, die Lageanomalie definitiv zu heilen; wie sollte ich dazu kommen, hier

nochmaligen Versuch mit einem Verfahren zu machen, das sich mir in einer Reihe von Fällen als äußerst unzuverlässig erwiesen hatte?

Sonach soll man sich den durch pelveoperitonitische Stränge fixirten Retroflexionen gegenüber folgendermaßen verhalten:

Gelingt in einem Falle die Reposition vermittels der üblichen Handgriffe nicht — und zwar sind es nur Handgriffe, niemals die Sonde welche als Repositionsmittel zu versuchen sind — oder stößt das Ausfindigmachen eines passenden Pessars auf besondere Schwierigkeiten, so chloroformiren Sie die Patientin tief, zunächst um eine genaue Diagnose zu stellen. Darauf tasten Sie mit einem oder zwei Fingern vom Rektum, mit dem Daumen derselben Hand von der Vagina und mit der anderen Hand von außen her das ganze Becken aus, und wiederholen so den Repositionsversuch. Bei diesem Versuch begegnen Ihnen eventuelle retrofixirende Stränge zwischen Uterus, Tuben, Ovarien und der Hinterwand des Beckens. Ist die Kranke darauf vorbereitet, eventuell einige Tage im Bett zuzubringen, so schließen Sie an diese diagnostischen ohne weiteres die geeigneten therapeutischen Manipulationen, indem Sie die Stränge nach Schultze's Methode zerreißen. Fühlen Sie, dass es gelingt, so setzen Sie diese Versuche so lange fort, bis alle pelveoperitonitischen Stränge getrennt sind. Gelingt dies nicht in einer Sitzung, so leistet oft eine spätere, was in der ersten oder zweiten noch unmöglich war. Ist die Trennung aller Stränge gelungen, so reponiren Sie den Uterus, legen ein passendes Pessar ein, und lassen bis eventuelle Reaktion vorbei ist, die Kranke im Bett liegen; das kann längere Zeit von Nöthen sein.

Gelingt die Durchtrennung der retrofixirenden Stränge nicht, so haben Sie die Wahl entweder durch eine Monate lang fortgesetzte Massagekur dieselben so lange zu dehnen und allmählig so lang zu zerren, bezugsweise allmählich zu zerreißen, bis schließlich die Reposition des Uterus möglich ist, oder sie ziehen es vor, die Laparotomie zu machen und dann die Stränge zu trennen.

Nach der Laparotomie trennt man die Stränge am besten, wie ich das empfohlen habe mit dem Ferrum candens. Man kann so die Trennung genau da vornehmen, wo man will, wogegen eine stumpfe Gewalt z. B. der Versuch die Stränge mit den Fingern zu zerkneifen leicht nicht die Stränge sondern die Insertionen derselben verletzt; dann sind erheblichere Blutungen unvermeidlich. Ebenso führt Zerschneiden mit Scheere und Messer selbst bei diesen gefäßarmen Gebilden leicht zu Blutungen, Blutungen, welche ihrerseits, selbst wenn man wie Klotz die Bauchhöhle drainirt, während der Konvalescenz zur Bildung neuer Pseudomembranen führen müssen. Wenn aber irgend etwas so müssen wir die Veranlassung zur Bildung neuer Pseudomembranen vermeiden; die alten Pseudomembranen trennen und dabei Bedingungen setzen, unter welchen

sich neue bilden, und noch dazu an derselben Stelle, folglich auch von derselben klinischen Bedeutung, ist ebenso unlogisch als die Arbeit der Danaiden. Nur bei Durchtrennung der Adhäsionen mit dem Ferrum candens haben Sie einige Sicherheit, dass es nicht nachblutet, und dass sich somit nicht neue Produkte der Entzündung hinter dem Uterus bilden.

Die einzelnen Akte dieser Operation gestalten sich folgendermaßen:

Nachdem der Bauchschnitt in der Linea alba möglichst tief nach der Symphyse zu geführt ist, drängen Sie die Dünndärme mit einer Serviette nach oben, gehen dann mit der linken Hand ins Becken, versuchen den Uterus nach oben zu ziehen und trennen mit dem Pacquelin, den Sie in der rechten Hand halten zunächst die obersten, die vom Fundus ausgehenden Stränge durch. Dann fassen Sie den Uterus mit einer weich greifenden, stumpfen Zange, wie ich mir solche zu diesem Zwecke habe machen lassen; diese Zange sieht einer kleinen geburtshilfflichen Zange ohne Beckenkrümmung sehr ähnlich; die Löffel sind gerade so groß, dass sie einen Uterus in sagittaler Richtung bequem fassen; damit Sie ihn weich fassen, ist die ganze Zange dünn, sehr leicht federnd gebaut. Mit solcher Zange ziehen Sie den Uterus so hoch Sie können und spannen auf diese Weise die übrigen noch vorhandenen Stränge zum Durchtrennen an.

Ist der Uterus völlig von seinen Adhäsionen befreit, so gabelt sich die weitere Aufgabe, je nach dem Alter der Patientin und der Beschaffenheit der Tuben und Ovarien. Sie müssen jetzt entscheiden, ob Sie den Uterus an die Bauchwand fixiren wollen oder nicht. Sind die Ovarien und Tuben gesund oder sind sie es nahezu, ist die Person noch jung, hat sie muthmaßlich Aussichten, in ihrem Leben auf Kinderfreuden Ansprüche erheben zu können, so lassen Sie am besten den Uterus frei, legen noch bei offenem Abdomen ein gut passendes Thomaspessar ein und schließen das Abdomen. Besser vielleicht noch ist es in solchem Falle ähnlich zu verfahren, wie Freund und Frommel den Uterus in der Höhe des Abganges der Douglas'schen Falten mit seiner hinteren Cervixwand an die hintere Beckenwand möglichst hoch rechts oder links neben dem Rektum, je nachdem dasselbe mehr links oder rechts liegt, anzunähen.

Ist andererseits die Frau Vetula oder wird sie es bald, so fixiren Sie den aus seinen Adhäsionen befreiten Uterus ruhig mit 2—3 Silk-wormgutnähten, die man, wie das Leopold zuerst beschrieben hat, in der Nähe des Fundus durch die vordere Uteruswand flach einstechend legt, und verwende diese drei Suturen gleich zum Schluss des unteren Winkels der Bauchwunde. Sind die Ovarien und Tuben sehr schwer chronisch entzündlich erkrankt, so mag man sie entfernen. Ich speciell sehe nicht in jeder Salpingo-Oophoritis an sich eine Indikation zur Kastration und

nehme nur in den Fällen von höherem Grade der Erkrankung die Entfernung von Tuben und Ovarien vor; geringe Grade können nach Aufhebung der Retroflexion stationär bleiben, vielleicht sogar in irgend welcher Form ausheilen.

M. H. In dem heutigen Vortrage habe ich Ihnen eine Anzahl von Methoden zur Behandlung der complicirten Lageveränderungen dargestellt. Man hat noch radikalere Verfahren eingeschlagen; den Prolapsen sowohl als den fixirten Retroflexionen gegenüber die Exstirpation des Uterus. Sie sehen also, es giebt wohl kaum ein Gebiet in der praktischen Medicin, auf welchem mit so differenten Mitteln, mit so in verschiedenem Grade eingreifenden Verfahren die leidende Frauenwelt behandelt wird, als das der complicirten Lageveränderungen ist; auf der einen Seite Harmlosigkeiten wie die Massage, auf der anderen Operationen lebensgefährlichen Charakters. Und alle Methoden finden in hervorragenden Gynäkologen Vertreter. Ob diese Divergenz nur temporär ist, ob nach Jahren auch auf diesem Gebiete der Heilbestrebungen etwas mehr Einheitlichkeit sich abklären wird, kann man nicht sagen.

Diejenigen Verfahren und Principien, welche Sie nach dem heutigen Vortrage als von mir befolgt kennen gelernt haben, tragen, wenn Sie auch auf geradem Wege die Korrektur der in Frage kommenden Leiden erstreben, einen durchaus konservirenden Charakter. Die höchsten Ziele der chirurgischen Therapie aber sind immer gewesen, Heilung zu schaffen mit möglichster Erhaltung der Organe. Das lehrt die Geschichte der Chirurgie, die neuere und neueste ganz besonders. Die konservirenden Methoden haben immer im Kampfe um die Existenz den Sieg über die verstümmelnden davon getragen. Ich halte es für nicht unwahrscheinlich, dass in derselben Richtung sich allmählich auf dem von uns heute erörterten Gebiete die noch ausstehende Klärung vollziehen wird.