

3019 ESTIOA

A - ~~9732~~

(Separatabdruck a. d. Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gynäkologie. 1889.)



Zur Indikationsstellung und Methode der Laparotomie wegen Retroflexio uteri.

Von

Prof. Küstner (Dorpat).

Meine Herren! Über die Laparotomie, welche als Endziel hat, den freibeweglichen retroflectirten Uterus in seiner Lage zu corrigiren, habe ich keine Erfahrung; ich bin dieser Affektion gegenüber bisher mit der üblichen orthopädischen Behandlung ausgekommen und habe diese, weil sie mehr leistet, als die Ventrofixation, stets vorgezogen.

Für mich handelt es sich ebenso wie für Olshausen, Czerny, Bode, Klotz um die Laparotomie wegen Retroflexion nur um fixirte Retroflexionen, und von diesen auch nur wieder um diejenigen, bei welchen ich mit dem Schultze'schen Verfahren der forcirten, bimannellen, stumpfen Trennung der Adhäsionen nicht reussirt habe, also wie bei mir wohl zu erwarten ist, bei einer relativ geringen Zahl. Mein Verfahren weicht aber von dem der bisherigen Operateure ab.

Ich möchte an das Klotz'sche Verfahren anknüpfen. Klotz arbeitet seiner drastischen Schilderung zufolge mit großer Kraft und mit einigem Blutvergießen den fixirten Uterus aus seinen Be-

festigungen los, näht ihn dann an die vordere Bauchwand an und drainirt noch 2—4 Wochen lang den hinteren Douglas mit einem Glasdrain, welcher noch dazu öfter um seine Axe gedreht wird.

Was wird das Resultat?

Der Drain schließt sich naturgemäß bereits in den ersten Tagen nach der Operation durch neugebildete Membranen von der übrigen Bauchhöhle ab, diese Membranen bilden sich also um den Uterus, die parametrischen Gebilde und das Rectum herum und müssen später dieselbe Beschaffenheit annehmen, als die hatten, um derenwillen die Laparotomie gemacht worden war, und im Zustande vollständiger Heilung hat die Kranke an Stelle der retrofixirenden Membranen an der vorderen und hinteren Wand solche um Ovarien, Tuben und Parametrien herum.

Czerny trennte die Adhäsionen stumpf, drainirte aber nicht, Olshausen, weil er Zerreißen des Rectum bei stumpfer Trennung fürchtete, mit der Schere. Auch danach werden selbstverständlich Blutungen, wenn auch vielleicht nur geringen, Umfangs auftreten, und entweder, falls sie bedeutender, Drainage zweckmäßig erscheinen lassen, oder, wenn das Blut der allmählichen Resorption überlassen wird, ihrerseits zur Bildung perimetritischer Membranen den Anstoß geben.

Also das Resultat ist auch Perimetritis hinten; außerdem noch Adhäsion des Uterus vorn, wo er ventrofixirt ist. In allen Fällen besteht also als Unterschied gegenüber dem früheren Zustand nur, dass früher der Uterus in Retroflexion, nach der Operation wenigstens in einer annähernden Anteflexion sich befindet.

Inwieweit diese künstliche Perimetritis später Beschwerden macht, darüber sind die Akten noch nicht geschlossen, da die Fälle alle noch viel zu jung sind; jedenfalls aber bestätigen alle Gynäkologen die Thatsache, dass gerade diejenigen Perimetritiden die allerschwersten Erscheinungen machen, welche unabhängig von Retroflexion angetroffen werden.

Wenn man also kann, so ist es unter allen Umständen besser, man trennt die alten retrofixirenden Adhäsionen so, dass danach keine neuen Adhäsionen entstehen, und das kann man nur, wenn man sie gänzlich unblutig trennt.

Viele von den strangförmigen Adhäsionen enthalten keine oder nur sehr kleine Gefäße. Die kann man also einfach zerreißen oder zerschneiden. Andere aber, und das sind gerade die festesten, sind gefäßreicher. Unterbinden und Zerschneiden wird bei der Tiefe, in der das Operationsgebiet liegt, und bei der Massenhaftigkeit der Adhäsionen nicht immer thunlich sein. Ich habe außerordentlich zweckmäßig das Glüheisen gefunden und habe mit demselben in 3 Fällen die umfänglichsten Adhärenzen zwischen Uterus, Tuben, Ovarien und den Nachbartheilen getrennt, Adhäsionen von einer Festigkeit, dass es mir selbst nach der Laparotomie nicht gelang, sie stumpf mit dem Finger zu zerreißen. Nach dem Trennen solcher festesten und ausgedehntesten Adhäsionen, nachdem ich die völlig eingepackten Ovarien und Tuben freigemacht hatte, sah ich es nirgends bluten, ich konnte also sicher auch ohne Drain einen absolut glatten Verlauf gewärtigen, wie es denn auch der Fall war.

Als ganz besonderen Vortheil dieses Verfahrens habe ich empfunden, dass der Paquelin leuchtet. Selbst bei guter Tagesbeleuchtung, selbst nach Eventration des Dünndarms, ist es bei mäßig großem Bauchschnitt, also bis etwas über den Nabel, in den tiefsten Tiefen des Beckens recht dunkel und zum Aufsuchen so difficiler Gebilde, wie die fraglichen peritonealen Adhäsionen sind, eine künstliche Beleuchtung außerordentlich erwünscht.

Bis jetzt habe ich bei den Laparotomien nur immer strangförmige Adhärenzen angetroffen, selbst die eine von mir als flächenhaft diagnostizirte Adhäsion bestand aus lauter allerdings ungemein dicht nebeneinander liegenden, zum Theil recht breiten Filamenten, welche Rectum und Uterus miteinander verlötheten. Ich glaube, dass man diese Erfahrung öfter machen und dass man nicht immer auf breite flächenhafte Adhäsionen stoßen wird, wo man sie nach dem Palpationsbefund, selbst nach recht genau vorgenommener Palpation anzunehmen berechtigt zu sein glaubt. Wenn ich bei dieser Gelegenheit noch mich äußern soll über die Beziehungen der verschiedenen Adhärenzen zu ihren ätiologischen Momenten, so glaube ich, dass die flächenhaften breiten

Adhäsionen meist nur bei intensiv eiterigen Prozessen, speziell in den Tuben zu finden sind, dass dagegen diejenigen Adhäsionen, welche nur als Folge der langdauernden Immobilität des retroflektirten Uterus anzusehen sind, meist aus einzelnen Strängen, wenn auch noch so dichten, bestehen werden. Darüber muss erst weitere Erfahrung Aufschluss geben.

Bis jetzt waren Laparotomie wegen Retroflexion und Fixation des Uterus an die Bauchwand solidarisch. Meiner Ansicht sehr mit Unrecht.

Hat man die hinteren Adhäsionen glücklich beseitigt und macht man künstlich eine vordere, so befreit man die Operirte nur von ihrer Retroflexion, verurtheilt sie aber unter allen Umständen zu den Konsequenzen der peritonitischen Adhäsionen, und diese sind nicht gleichgültig, wenigstens nicht für Frauen in dem geschlechtsthätigen Alter. Die literarischen Aufzeichnungen über den Einfluss von den Produkten perimetritischer Entzündung auf das Geschlechtsleben sind, wie kürzlich Krukenberg's Arbeit zeigte, gering. Zweifellos aber ist, und dafür hat jeder Gynäkologe Erfahrungen aufzuweisen, dass, wenn ein irgendwo adhärenter Uterus gravid wird, derselbe von einem gewissen Stadium der Gravidität an durch die Adhäsionen an seinem weiteren Wachsen gehindert wird; das ist der Fall, ob die Adhäsionen vorn, an der Seite oder hinten sind. Fangen die Adhärenzen an, den Uterus zu zerren, so wird die Frucht ausgestoßen, es erfolgt Abort. Eine ganze Anzahl von Aborten bei Retroflexio uteri in späteren Monaten, in denjenigen Monaten, wo der Uterus bereits die Incarceration des Beckens überwunden hat, erfolgen aus diesem Grunde. Dass vordere Adhäsion in derselben störenden Weise ihren Einfluss auf den Fortgang der Gravidität äußern kann, ist a priori schon zweifellos; eine Bestätigung dieser Vermuthung erlebte ich vor kurzem. Frau F. konsultirt mit einem großen Myom bei Gravidität im 3. Monat. Der Rath, den Fötus erst auszutragen, wird abgelehnt. Laparotomie am 29. XI. 88. Da es sich wesentlich nur um ein großes Myom handelte, enukleire ich dasselbe in der Absicht, die Gravidität zu erhalten; muss aber, da das Myom bereits in Erweichung begriffen war, das Peritoneum gegen die suspekten

Myomwunde sichern und nahe letztere, nachdem sie durch Etagennähte versorgt ist, wie bei Ventrofixation in die Bauchwunde ein. Das Myom war mannskopfgroß und saß etwa am Fundus. Reaktionsloser Verlauf. Am 21. XII. Schmerzen, Blutabgang und Abort eines viermonatlichen frischen Fötus. Der weiter wachsende Uterus hatte die Zerrung der Ventrofixation nicht mehr ertragen und mit Wehen reagirt, welche die Elimination der Frucht zur Folge hatten. Es ist wohl ganz zweifellos, dass es gleichgiltig ist, ob der Uterus wegen Retroflexion oder wegen einer suspekten Myomwunde ventrofixirt ist, die Schwangerschaft wird doch von einem bestimmten Termin an unterbrochen werden.

Deshalb meine ich, soll man bei Frauen im geschlechtsthätigen Alter die Ventrofixation vermeiden, man soll, wenn es nicht anders geht, die fixirenden peritonitischen Stränge nach vorangegangener Laparotomie trennen, wie ich angab mit Paquelin, soll aber dann den Uterus einer typischen orthopädischen Behandlung unterwerfen. Kann die betreffende Kranke dann nach Jahr und Tag ihr Pessar entbehren, so hat sie gesunde Genitalien, welche jeder Funktion voll genügen können.

Die Richtigkeit dieses Prinzips möchte ich an noch einem Beispiel erläutern. Vor einiger Zeit konsultirt eine junge Frau, sie habe im 6. Monat abortirt und sehne sich nach Nachkommenschaft. Ich finde den retroflektirten Uterus besonders links durch sehr feste Stränge mit Ovarium und hinterer Beckenwand fest verlöthet. Bleiben bei dieser Kranken die Verlöthungen, so abortirt sie wieder. Trenne ich die Adhärenzen und mache Ventrofixation, so abortirt sie um der Ventrofixation willen. Folglich muss der Heilplan anders lauten. Ich versuchte die Schultze'sche Trennung; obschon ich in tiefer Narkose zwei Sitzungen darauf verwendete, so gelang es nicht, alle Stränge zu trennen, sondern es blieben gerade am Fundus von der linken Ecke nach hinten ziehende, sehr feste Verlöthungen bestehen. Ich habe die Dame entlassen. Abortirt sie trotz der Lösung des Gros der Adhäsionen wieder, so wird die Laparotomie mit Trennung der Stränge gemacht, nicht aber die Ventrofixation angeschlossen, denn sonst befände sich die Kranke in der Möglichkeit der Erfüllung ihrer

Wünsche auf dem Status quo. Ja ich denke sogar daran, dass, wenn die Kranke jetzt wieder gravid wird, und durch Wehen, eventuell Blutabgang der drohende Abort signalisirt werden sollte, diese bestehende Gravidität durch das besprochene Verfahren zu erhalten.

Die Bedenken Schultze's, nach der Laparotomie deshalb nicht mittels Pessars den Uterus in der richtigen Lage fixiren zu können, weil wegen der Laparotomiewunde die Kontrolle der Lage des Uterus und der Leistungsfähigkeit des Pessars unmöglich sei, kann ich nicht theilen. Ein vollständig aus seinen Adhärenzen befreiter Uterus wird meist sehr leicht in der richtigen Lage mittels Pessars zu fixiren sein, und ein geübter Gynäkologe wird leicht bei der ersten Wahl das richtige Pessar, besonders wenn er eine Form wählt, wie sie Thomas angegeben hat, finden, wie das mir auch gelang. Übrigens kann man diese Pessare daraufhin, dass sie in der Vagina nicht drücken, schon vor der Laparotomie ausprobiren. Andernfalls wähle man zuerst lieber ein zu großes, aber sicher sufficientes als zu kleines Pessar.

Haben wir es andererseits mit einer Vetula zu thun, oder musste um anderweitiger Erkrankung der Tuben und Ovarien willen durch Entfernung dieser Organe die Frau vorzeitig zur Vetula gemacht oder so schwer verstümmelt werden, dass weiterhin eine normale Genitalfunktion absolut ausgeschlossen ist, so mag man ruhig den Uterus ventrofixiren; bei diesen Frauen ist wohl von der fehlerhaften Fixation des Uterus vorn ein Nachtheil nicht zu erwarten.

Ich habe mehrfach das Schultze'sche Verfahren erwähnt und möchte über die Beziehungen dieses Verfahrens zu der beschriebenen Operation noch einiges hinzufügen.

Von 46 Retroflexionen, welche in Jahresfrist auf meiner Klinik zur Behandlung Aufnahme fanden, waren 19 adhären. Bei 9 wurde das Schultze'sche Verfahren mit vollständigem Erfolge angewendet, bei 4 führte es nur zur theilweisen Trennung der Adhäsionen, bei 3 so gut wie zu keiner. Bei 3 wurde die Laparotomie und die Trennung auf beschriebene Weise gemacht.

Meiner Ansicht ist das Verfahren so vorzüglich, dass es meiner

Bestätigung nicht bedarf. Hat sich dasselbe bisher noch nicht allgemein eingebürgert, so muss doch jeder, der es versucht hat, die Ansicht gewonnen haben, dass es überhaupt erst der Anfang einer genauen Diagnose ist. Während man sich bemüht, genau vom Rectum aus zu tasten, trennt man meist schon bestehende Adhärenzen, und wer nicht das Bestreben hat, eventuelle Adhäsionen zu trennen, der tastet sie auch nicht genau. Dazu ist sehr tiefe Narkose nöthig. Wenn wir aber dazu die Kranken so tief narkotisiren, als wir das sonst für Laparotomieen gewöhnt sind, respektive nöthig haben, dann wird auch das Verfahren häufiger von Erfolg gekrönt sein, und dann wird man nicht mehr von so viel negativen Resultaten zu lesen bekommen, wie das jetzt der Fall ist.

Deshalb soll man in keinem Falle die Laparotomie wegen fixirter Retroflexion eher machen, ehe man nicht das Schultze'sche Verfahren in ernsthaftester Weise versucht hat. Stellen wir andererseits diese Forderung nicht, dann fehlt in der Indikationsstellung zur Laparotomie ein wichtiges Glied; ja sogar die Diagnose ist defekt. Dieser Defekt kann so bedeutend sein, dass man einen Uterus für fixirt hält, der es thatsächlich nicht ist, so dass die Laparotomie auf einen nicht adhärennten Uterus trifft. Dann werden sich die Laparotomieen bei frei beweglichem Uterus noch mehr häufen, als schon jetzt der Fall ist, und damit hat sich dann einer weniger kritischen Operationslust ein neues und um der Häufigkeit der Affektion willen enorm großes Feld eröffnet, nach meinem Dafürhalten nicht zum Heile der Frauen.

Exhib. univ. Gatt.