

~~169616~~
Einige Bemerkungen über Myomoperationen.

Von

Dr. L. Kessler.

Aus der Sitzung der Dorpater medicinischen Gesellschaft vom
19. Mai 1893. ¹⁾

Herr Kessler bespricht, unter Vorzeigung bezüglichlicher Präparate zunächst die Operation der häufigsten Art der sog. «Uteruspolypen», i. e. submucöser Myome, die bekanntlich in der Uterusmuskulatur mehr weniger nah unter der Schleimhaut entstanden, beim weiteren Wachsthum immer mehr in die Uterushöhle sich vorwölbt, endlich aus der Wand ganz in jene hineintreten, um häufig noch weiter abwärts aus dem Uterus in die Vagina event. sogar bis vor die äusseren Genitalien «geboren» zu werden. Oft genügt dann ein einziger Scheerenschlag, um den, den Tumor noch mit seinem Mutterboden verbindenden Stiel zu durchtrennen. Diese kleine Operation ist äusserst dankbar (die durch die langen Blutungen und Ausflüsse hochgradig heruntergekommenen und oft auch psychisch-deprimierten Kranken erholen sich darnach auffallend rasch) und dabei so leicht auszuführen, dass sie auch von Nicht-Specialisten vorgenommen wird; sie kann aber auch im höchsten Grade verhängnissvoll werden, wenn eine partielle Inversion, i. e. in eine trichterförmige Einziehung der über dem Tumor verdünnten Uteruswand in die Gebärmutterhöhle hinein vorhanden, aber nicht erkannt worden ist; der Inversionstrichter kann mit seiner Spitze bis unmittelbar an den Tumor heranreichen und einen (in diesem Fall gänzlich fehlenden) Stiel vortäuschen. Wird dieser vermeintliche Stiel (in Wirklichkeit:

¹⁾ Wir bringen ein ausführlicheres Autoreferat dieses Vortrages, weil der reiche und zugleich eine orientirende Uebersicht der ganzen Frage bietende Gehalt desselben sich nicht in ein kurzes Sitzungsprotocoll hineinzwängen lässt.

Inversionstrichter) durchschnitten, so wird damit ein perforirender Substanzverlust in der Uteruswand gesetzt, welcher bei der sofort folgenden Retraction des nicht abgeschnittenen Trichtertheils mit kleinerer Oeffnung gegen das Cavum uteri, mit einer grösseren nach der Bauchhöhle hin klafft. Tod durch schnelle Verblutung in letztere oder unter anschliessender Peritonitis resp. Septicämie ist, wie die Literatur zeigt, in einer ganzen Reihe von derartigen Fällen die Folge gewesen.

Der Umstand, dass der eben besprochene Irrthum ausgezeichnetsten Gynäkologen noch in neuester Zeit widerfahren ist, dürfte es wohl rechtfertigen, an die Möglichkeit dieses Vorkommnisses hier zu erinnern und noch einige Worte darüber zu sagen.

Dass ein Myom eine partielle Inversion der Uteruswand machen kann, scheint ohne weiteres verständlich: Werth²⁾ hat darauf aufmerksam gemacht, dass in den Fällen von partieller Inversion es sich wol meist nicht um eigentliche Uteruspolypen handeln dürfte, sondern um intramurale Myome, die einen, nämlich den zwischen ihnen und Mucosa gelegenen Theil der Uteruswand als Kapsel vor sich hergetrieben haben; hinter dem Tumor, zwischen ihm und der Serosa, verbleibt eine selbstverständlich dem entsprechend verdünnte Stelle der Uteruswand, deren schon in Folge ihrer geringeren Dicke herabgesetzte Festigkeit und Widerstandsfähigkeit vielleicht durch Zerrung, Dehnung und Verschiebung ihrer Wandelemente noch weiter vermindert wird; kein Wunder also, wenn sie dem Zug des Tumors nach der Gebärmutterhöhle hin folgt! Unverständlich dagegen kann es auf den ersten Blick erscheinen, dass eine solche partielle Inversion, trotz aller darauf gerichteten Aufmerksamkeit, der Erkenntniss auch des geübtesten Fachmannes sich entziehen kann, wie dies B. S. Schultz³⁾, Werth (l. c.) und Säng⁴⁾ in den von ihnen publicirten Fällen ergangen ist. In der That giebt es eben Fälle, in denen unsre bisherigen diagnostischen Hilfsmittel im Stich lassen; und dies erklärt sich dadurch, dass 1) weder Schmerzen noch sonstige klinische Symptome den Eintritt oder das Bestehen einer partiellen Inversion zu begleiten brauchen (Werth, l. C. p. 72.); 2) der reelle solide Stiel und der durch den Inversionstrichter vorgetäuschten Pseudostiel keine charakteristischen Unterschiede bieten; dicke, weiche, «fleischige», bei der Berührung empfindliche Stiele sind verdächtig, haben sich aber in anderen Fällen als solide erwiesen, während umgekehrt an Pseudostielen jene

²⁾ Werth, über partielle Inversion des Uterus durch Geschwülste. Arch. f. Gyn. Bd. 22.

³⁾ Schultze, B. S. Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.

⁴⁾ Säng^{er}, Centralbl. f. Gyn. XV. 1891. p. 748.

Eigenschaften bisweilen nicht gefunden wurden; 3) kann die durch die Inversion gewöhnlich an der äusseren, der Bauchhöhle zugekehrten Oberfläche der Gebärmutter gebildete Vertiefung so beschaffen sein, dass sie, auch durch sorgfältigste combinirte Untersuchung sowol von der Vagina als vom Rectum aus selbst in Narkose nicht gefühlt werden kann; so in dem Fall von Schultze (l. c. p. 231): «die eingeführte Hand erreicht an der hinteren Wand der Gebärmutter nahe dem Fundus die Insertion des Tumor in Form eines kurzen etwa 1 Zoll dicken Stieles; die gleichzeitig aussen tastende andere Hand erkennt keine Abweichung in der Rundung der äusseren Fläche des Uterus, so dass bei der ebenfalls gleichmässigen Wölbung der Innenfläche Inversion auszuschliessen schien;» «mit Zeige- und Mittelfinger der eingeführten Hand wird der Tumor an seiner Basis umfasst und mit der Siebold'schen Scheere hart an der Volarfläche der Finger abgeschnitten;» an der Schnittfläche eine etwa 2 cm. lange 1¹/₂ cm. tiefe, von etwa 6 □ cm. Peritoneum ausgekleidete Spalte. (Peritonitis: Heilung nach 3 Wochen)

In dem Fall von Werth (l. c. p. 70) «wurde aus Rücksicht auf gewisse Besonderheiten des Befundes (eigenthümliche, schlauchartige und weiche Beschaffenheit des umfangreichen Geschwulststieles; geringe Länge der bis zum Fundus für den Finger durchgängigen Uterushöhle) ausdrücklich auf die Möglichkeit des Bestehens einer partiellen Inversion Bedacht genommen;» aber auch bei der Untersuchung in Narkose erschien «die hintere Fläche des retroflectirten Uterus bei Betastung sowol von den Bauchdecken als vom rectum als glatt, ohne etwa der Ansatzstelle der Geschwulst entsprechende Vertiefung.» Der Stiel der aus der Scheide hervorgezogenen Kindesfaustgrossen Geschwulst wird «in geringer Höhe über dem Niveau der umgebenden Schleimhautfläche mit kurzen Scheerenschlägen absatzweise durchtrennt; in mitten der Schnittfläche findet sich eine mit Peritoneum ausgekleidete trichterförmige 1¹/₂—2 cm. tiefe Einsenkung, deren Wände aneinander liegen» und durch zarte Adhäsionsfäden locker mit einander verlöthet sind. Bedrohliche Blutung durch die Vagina nach aussen und namentlich in die Bauchhöhle; «a alle Anstrengungen, den Defect durch die Naht zu schliessen, auch nach Spaltung der hinteren Uteruswand sammt hinteren Muttermundlippe und Scheidenansatz, erfolglos sich erwiesen und Pat. darüber bereits viel Blut verloren hat: Totalexstirpation, um das durch die andauernde Blutung schwer bedrohte Leben der Pat. zu retten.

Saenger (l. c.) legte den Drahtcraseur behufs Entfernung eines Kindskopfgrossen in die Scheide geborenen Myoms erst an, «nachdem genaue Untersuchung weder vollständige noch theilweise Inversion des Uterus nachweisen konnte,» und «das Myom wohlgestielt erschien;» «nach dem Umlegen der Schlinge

wurde noch die Vorsicht⁵⁾ beobachtet. die Geschwulst in die Höhe zu schieben, wodurch der Draht an die tiefste Stelle der Geschwulst gelangte;» «in der 5 Mark grossen Absetzungsfläche ein scharfrandiges Stück Serosa uteri von Daumennagelgrösse». Sofortige Laparotomie und exacte Naht der Uteruswunde nach Kaiserschnittart. Sänger, der bei grossen gestielten in die Vagina geborenen Myomen, wobei mit Siebold'scher Scheere nicht anzukommen ist, den Ecraseur auch fernerhin anderen Operationsmethoden gegenüber bevorzugen will, fordert, dass man sich der Gefahren in solchen Fällen voll bewusst und auf die Laparotomie gefasst sein muss.

Votr. glaubte diese höchst lehrreichen Fälle hier referiren zu sollen, da dieselben bisher noch nicht diejenige allg. Kenntnissnahme erfahren zu haben scheinen, welche sie verdienen; wenigstens fehlen sie (mit Ausnahme des Schultze'schen) in einer sonst fleissigen Arbeit, welche gerade die vaginale Myomotomie zum Gegenstande hat⁶⁾, an derjenigen Stelle, wo man sie angezogen zu finden durchaus erwarten müsste.

Was die Behandlung gerade dieser «verdächtigen» Fälle anbelangt, so möchte Votr. es doch zweifelhaft erscheinen, ob Sänger's Empfehlung des Ecraseur von allen Autoren beigepflichtet werden wird, selbst wenn dieselben in der Lage sind, eventuell sofort eine Laparotomie anzuschliessen; aber nicht immer werden die äusseren Verhältnisse namentlich in der Privatpraxis eine solche zu improvisiren gestatten. Doch auch abgesehen davon dürfte ein Verfahren, welches bei fast gleicher Leichtigkeit der Ausführung entschieden bessere Chancen für Vermeidung einer Verletzung der Uteruswand bietet, den Vorzug verdienen; als ein solches kennzeichnet Votr. die *Enucleation*. «Bei der Wahl dieses Verfahrens darf ohne Gefahr die Geschwulst bis vor die Vulva gezogen werden» (Werth, l. c.); legte man dann eine provisorische Ligatur oberhalb des Tumors an, oder einige Suturen durch die Insertionsstelle des Stiels, so ist man vollends Herr der Situation; durch einen in beliebiger Entfernung vom Stiel geführten Circulärschnitt durchtrennt man die Kapsel und löst aus dem oberhalb des Schnitts gelegenen Theil derselben die Geschwulst stumpf aus. In einem Fall Werth's (l. c.)

⁵⁾ Diese Vorsichtsmassregel würde übrigens in denjenigen Fällen nichts nützen, für welche etwa die von Schultze (l. c.) gegebene schematische Zeichnung, in der die Spitze des Inversionstrichters in die Geschwulst eingelassen erscheint und tiefer liegt als die obere Wölbung des Tumors, ihre Richtigkeit haben sollte; hier könnte im Gegentheil vielleicht starkes Abwärtsziehen am Platz sein, in der Hoffnung, dass dabei die Trichterspitze aus dem Tumor sich mehr herauszieht.

⁶⁾ Wichert, Paul von, Ueber vaginale Myomotomie. 1843. Dissertation.

erfolgte diese Lösung ohne weiteres schon bei leichtem Zug am unteren Ende der Geschwulst leicht und ohne Blutung. Den zurückgebliebenen Kapselrest kann man dann noch, falls und so viel zweckmässig erscheint, verkleinern resp. abtragen.

Bei diesem Vorgehen ist jede Verletzung eines erkannten oder nicht erkannten Inversionstrichters ausgeschlossen.

Musste somit, Angesichts der genannten möglicherweise damit verbundenen Gefahren, bezüglich der vaginalen Exstirpation namentl. unter Verhältnissen, wo man nicht auf alle Eventualitäten eingerichtet ist, zu einer gewissen Vorsicht gemahnt werden, so kann man dagegen beim Angriff von der Bauchhöhle aus, nach Laparotomie, wie die letzte derartige Operation es auch uns wieder bestätigt hat, auch in den schwierigsten Fällen auf Grund der immer weiter ausgebildeten Technik mit viel grösserer Dreistigkeit vorgehen, als es vor noch nicht lange zurück statthaft erschien.

(Der resp. Tumor wird demonstriert).

Pat. Eva L. Estin, 40 J. alt; 1 mal geboren; bis vor 1 Jahr stets gesund gewesen, vor 1 Jahr in einem Maschinenraum aus einer Höhe von c. 20 Fuss platt auf den Rücken gefallen, anfangs bewusstlos; keine äusserlich nachweisbare Verletzung; nach 9 wöchentlichem Liegen wieder arbeitsfähig. Vor c. 7 Wochen hat Pat. zum erstenmal einen Tumor im Abdomen bemerkt, angeblich von Apfelgrösse (?). Vor 3 Wochen eine ganz plötzlich mit Erbrechen, heftigsten Schmerzen im Bauch unterhalb des Nabels etc. einsetzende peritonitische Attaque; Durchfälle 1 Woche lang, darnach Verstopfung. Befund: Mannskopfgrosser Tumor aus dem Becken ins Abdomen hinaufragend, von glatter Oberfläche, stellenweise cystisch sich anfühlend, während andere Partien den Eindruck sehr derber oder sogar harter Platten machen. Beim schnellenden Anschlag an den weichen Stellen nur undeutliche Fluctuation, im ganzen Tumor ein gewisses leises Schwirren (Oedem) der Tumorwand. Beweglichkeit der Geschwulst äusserst gering, Bauchdecken über ihr nicht verschieblich. Uterus retrovertirt, nach rechts verdrängt; Ovarien nicht ertastbar. Diagnose: wahrscheinlich intraligamentäres cystisches Myom; Stieltorsion. (Dermoid weniger wahrscheinlich). 11. Mai Laparotomie (im hiesigen Bezirkshospital, unter freundlicher Mitwirkung des Herrn Collegen v. Zoega); nach Losschälung des mit seiner ganzen vorderen Fläche der Bauchwand gleichmässig adhärennten Tumors von letzterer, erweist sich dieser durchweg missfarbig und ödematös und an den Seiten ringsum mit den Nachbarorganen verwachsen; die blutreichen Adhäsionen dabei grösstentheils so zart, dass auch vorsichtigst geknüpft Ligaturen ein- oder durchschneiden und Blutung machen. Da nun dieselben Verhältnisse auch an der der Exploration noch nicht zugänglichen hinteren Wand der Geschwulst vorauszusetzen waren und hier bei der auch

jetzt noch äusserst geringen Beweglichkeit der letzteren eine ausserordentliche Steigerung der Schwierigkeiten zu erwarten stand, so musste die Frage sich geltend machen, ob die ohnehin schon sehr reducirte Kranke mit schwachem Puls die voraussichtlich sehr lang dauernde Operation und den vielleicht unvermeidlichen Blutverlust überstehen resp. nach derselben sich auch ganz wieder erholen würde, oder ob es nicht mehr in ihrem Interesse sei, von der Fortsetzung Abstand zu nehmen und die Bauchhöhle wieder zu schliessen. Diese Bedenken aber mussten verstummen gegenüber den grösseren Gefahren, die bei der angegebenen Beschaffenheit des Tumors, welche über kurz oder lang zu erneuten Peritonitiden führen würde, aus dessen Verbleiben in der Bauchhöhle schliesslich erwachsen müssten, und die einzige Chance für die Pat. in der definitiven Entfernung des Infectionsheerdes erblicken liessen. Um die Dauer der weiteren Operation möglichst abzukürzen, werden daher die strangförmigen frischen Adhäsionen ohne vorherige Ligation einfach mit dem Paquelin durchtrennt, ausgedehntere, mit breiterer Fläche inserierende Verwachsungen so viel möglich gleichfalls mit dem Paquelin aus der Tumorwand herausgeschält. Unter fortgesetztem Gebrauch des letzteren, und selbstverständlich Unterbindungen und Umstechungen wo erforderlich, gelingt es nach mühevoller Arbeit doch endlich, auch die hintere Fläche des Myoms von seinen Verwachsungen mit Darm und Mesenterium zu isoliren, so dass nach Hervorwälzung aus der Bauchhöhle endlich auch sein tief im Becken liegender, um 180° torquirter, c. 3 cm. dicker Stiel erreicht, ligirt und durchtrennt werden konnte; Verschorfung der Schnittfläche; Beuteltamponade (Gazecompressen) durch den unteren Wundwinkel nach aussen geleitet. Schluss der übrigen Bauchwunde mit Silkworm.

Der bisherige Verlauf — heute ist der 9. Tag nach der Operation — lässt einen günstigen Ausgang hoffen; höchste Temp. 37,6 am Abend des 2. Tages, seitdem bisher zwischen 36,4—37,2.

Vortragender hat die feste Ueberzeugung, dass in diesem Fall nur durch Anwendung der Glühhitze (resp. des Paquelin) es möglich war, einerseits Blutverluste während der Operation so wie Nachblutungen zu vermeiden, andererseits die Operationsdauer so weit abzukürzen, dass der Eingriff, trotz des elenden Zustandes der Kranken vor der Operation, so gut überstanden worden ist. Es kann mithin dieses schon wiederholt auch von Anderen befürwortete Mittel auch auf Grund dieser seiner abermaligen so auffallend günstigen Bewährung namentlich für schwierige Fälle abermals dringend empfohlen werden

Дозволено цензурою. Спб., 28 Сентября 1894 г.

Типографія А. Винке, Екатеринбургскій просп. № 15.