



Sieben vaginale
Totalexstirpationen
des Uterus.

—♦♦♦—
Inaugural-Dissertation,
der
Medicinischen Facultät der Universität Jena

zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Heinrich Schmidt
aus Assel.



—♦♦♦—
Jena,
Frommannsche Buchdruckerei
(Hermann Pohle.)
1883.

Genehmigt von der medicinischen Facultät auf Antrag des Herrn Geh. Hofrath Schultze.

Jena, 10. August 1885.

Ried,

d. Z. Prodecan.

Obgleich in den wenigen Jahren, welche seit der Wiedereinführung der vaginalen Totalexstirpation des Uterus durch Czerny, Billroth und Schröder verflossen sind, die Literatur über diese Operationsmethode bereits einen ganz ausserordentlichen Umfang gewonnen hat, so herrschen doch über die Einzelheiten der Indication, der Operationstechnik sowie der Nachbehandlungsmethode noch so mannichfache Meinungsverschiedenheiten, dass es Pflicht jedes Operateurs ist, zur Klarstellung der fraglichen Punkte alle diesbezüglichen von ihm ausgeführten Operationen sowie deren Resultate zur allgemeineren Kenntniss zu bringen.

Herr Geh. Hofrath Schultze hatte die Güte, mir die Veröffentlichung der ersten von ihm (in dem Zeitraume vom 1. Juli 1884 bis zum 18. Juni 1885) ausgeführten sieben vaginalen Totalexstirpationen zu überlassen.

Die Fälle sind kurz folgende:

I.

Frau Caroline S. aus L.; 40 J. alt.

Pat., als Kind bis auf Masern gesund, wurde seit dem 17. J. regelmässig 4-wöchentlich 4—5-tägig unter

geringen Schmerzen menstruirt, hat dreimal ziemlich leicht geboren, zuletzt vor 12 J.; Wochenbetten normal.

Seit etwa 2 J. bemerkte Pat. einen anfangs geruchlosen, seit December 1883 aber stark fötiden weisslichen Ausfluss aus den Genitalien, dem sich bei der geringsten Anstrengung zum Theil recht heftige Blutungen zugesellten; infolge dieser Beschwerden suchte Pat. am 3. Jan. 1884 die hiesige Klinik auf. Die am 7. Jan. in Narkose vorgenommene Untersuchung ergab einen weichen, an der Oberfläche leicht zerbröckelnden Tumor der Portio vag., dessen Basis etwa 4—5 cm. im Durchmesser betrug; das Corpus uteri war noch völlig frei beweglich und liess sich leicht anteflectiren; ebenso besaßen beide Ovarien neben normaler Grösse freie Beweglichkeit; von den beiderseits zarten Parametrien war das rechte etwas kürzer als das linke, ebenso zeigte sich die rechte Douglas'sche Falte etwas straffer als die linke.

Pat. wurde nun in der Folgezeit mit desinficirenden Ausspülungen behandelt und wiederholt untersucht; mehrfach auftretende Temperatursteigerungen konnten, da die Untersuchung der übrigen Organe nichts abnormes ergab, nur auf Resorptionsprocesse an den Genitalien bezogen werden. Nachdem die Temperatur dauernd zur Norm zurückgekehrt war, wurde am 12. Febr. nach Spaltung des gesammten Perineum die Amputation der Portio vag. ausgeführt; Operation wie Wundheilung verliefen ohne weitere Störung, und Pat. konnte am 8. März entlassen werden; doch wurde ihr die Weisung gegeben, sich nach Verlauf von 4 Wochen wieder vorzustellen, da sich rechterseits

prominirende Granulationen gezeigt hatten, welche wegen ihres Wachsthums den Verdacht auf Recidiv erwecken mussten.

Am 29. April stellte Pat. sich wieder vor; ihr Befinden hatte sich in der Zwischenzeit wesentlich gebessert, zumal ihr Körpergewicht war um 12 Pfd. gestiegen und nahm auch in der Folgezeit noch zu. Eine in Narkose vorgenommene Untersuchung ergab folgenden Befund: Die rechterseits gelegenen prominirenden Granulationen, welche den Verdacht auf Recidiv erregt hatten, sind vernarbt; dagegen fühlt man vom linken Scheidengewölbe aus im Parametrium deutlich einen glatten nach der Vagina hin von Schleimhaut überkleideten Tumor, dessen Natur zunächst noch unklar bleibt; bei einer später wiederholten Exploration zeigt sich, dass dieser Tumor entschieden gewachsen ist, und es erscheint deshalb die Diagnose eines Recidivs wohlbegründet; die Douglas'schen Falten erweisen sich als frei, dagegen ist das bisher bewegliche linke Ovarium jetzt adhärent am Becken, ohne dass man indessen anzunehmen braucht, dass es auch vom Recidiv ergriffen sei, da die Adhäsion ebensowohl das Resultat des auf die erste Operation gefolgten entzündlichen Reizes sein kann. Da wegen des hohen Sitzes der Neubildung eine Ausschälung nicht thunlich erscheint, so wird die Indication auf vaginale Totalexstirpation gestellt, welche nach gehöriger Vorbereitung (Bäder, Scheidenausspülungen Abführmittel) am 1. Juli ausgeführt wird.

Operation. (Steissrückenlage; Narkose.)

Nach nochmaliger energischer Desinfection wird der Uterus unter grossen Schwierigkeiten mit Muzeux'schen Zangen herabgezogen, eine Incision in das vordere Scheidengewölbe gemacht und die vordere Uterusfläche von der Blase stumpf getrennt; darauf wird das hintere Scheidengewölbe umschnitten und die vordere und hintere Peritonealtasche eröffnet; nachdem dann das Corpus uteri retrovertirt und aus dem Cavum Douglasii hervorgeleitet ist, werden die Ligg. lata nach einander, und zwar zunächst das rechte, mit der Billroth'schen Zange gefasst und in einzelnen Partien unterbunden und darauf der Uterus mit einiger Schwierigkeit extirpirt; eine rechterseits aus dem Stumpfe eintretende Blutung wird theils durch neue Ligaturen, theils durch den Paquélin'schen Thermocauter mühsam gestillt. Darauf wird das Peritoneum mit der Scheidenschleimhaut vernäht, durch seitlich angelegte Suturen die Oeffnung verkleinert und in der Mitte ein starkes Drainrohr eingeführt. Mit einer lockeren Tamponade der Vagina durch Jodoformgaze, Application eines Compressivverbandes auf das Abdomen und Einlegung eines permanenten Gummidrains in die Blase wird die Operation geschlossen (Dauer $2\frac{3}{4}$ St.).

Nachbehandlung.

Das Befinden der Pat. unmittelbar nach der Operation ist ein durchaus zufriedenstellendes; T. 37,6; P. 92; R. 21. Gegen 6 Uhr Abends Verbandwechsel, da die Vorlage stark mit serös-blutigem Secrete durchtränkt ist: die Ränder des Scheidengewölbes liegen glatt an einander; aus dem Drain und zum Theil neben ihm sickert Blut hervor;

Injection von Eiswasser in die Scheide. Pat. klagt über Durst und Schmerzen im Leibe; sie genießt etwas Selters mit Rothwein, wonach sich indessen Ructus einstellen, und bekommt zweimal Op. 0,06. Während der Nacht, in der Pat. leidlich gut schläft, wird die Vorlage wiederholt gewechselt.

2. VII. Pat. befindet sich wohl, klagt nur über ein Gefühl von Uebelkeit, sobald sie getrunken hat; die Leibschmerzen sind verschwunden. T. 37,5; P. 84.

3. VII. Die ersten Flatus gehen ab; Pat. genießt mit Appetit die erste feste Nahrung; da der Urin spontan neben dem Drain abgeflossen ist, so wird ein neuer dickerer Drain eingeführt. Der Verband wird je nach Bedürfniss gewechselt, später nur noch einmal täglich; die Temperatur steigt nur am 5. VII. Abends ohne nachweisbare Ursache einmal auf 38,8, um dann 38,0 nicht mehr zu erreichen. Der Urin zeigt vorübergehend ein ziemlich reichliches schleimig-citriges Sediment.

8. VII. Der Gummidrain wird entfernt und der Urin fortan dreistündlich mit dem Glasrohre entleert.

11. VII. Die mit Faecis angefüllte Ampulle wird mittelst einer schleifenförmigen Curette entleert; darauf profuse Diarrhöen mit Tenesmus; Stärkemehlklystier mit 15 Tr. Op.

Vom 20. VII. bis zum 17. IX. werden successive in Pausen von einigen Tagen die Ligaturfäden herausgenommen.

Bei der Inspection der Vagina zeigen sich in der Narbe kräftige rothe bei Berührung leicht blutende weiche

Granulationen, welche nur im rechten Wundwinkel etwas härter zu sein scheinen. Pat. wird dann bei vorzüglichem Allgemeinbefinden am 30. IX. mit der Weisung entlassen, sich im Laufe des Winters wieder vorzustellen.

II.

Frau Amalie V. aus S.; 40 J. alt.

Pat., als Kind gesund, wurde seit ihrem 17. J. regelmässig 4-wöchentlich 3—4-tägig ohne Schmerzen menstruiert, hat fünfmal leicht geboren, zuletzt vor 10 J.; bei der ersten Geburt acquirirte sie einen Vorfall, welcher in den folgenden Schwangerschaften zwar zurückging, aber nach den Geburten wieder stärker hervortrat. Seit dem letzten Wochenbette, in dem Pat. ein vierwöchentliches Puerperalfieber durchmachte, hatte sich der Vorfall bedeutend verkleinert und wurde seitdem durch ein Hysterophor zurückgehalten; dasselbe konnte vor drei Jahren entfernt werden, ohne dass der Vorfall wieder hervortrat.

Vor etwa einem Jahre trat infolge körperlicher Anstrengung zum ersten Male ausserhalb der gewöhnlichen Zeit eine geringe Blutung ein; ihr folgte nach längerer Pause am 1. März nach einer Eisenbahnfahrt ein heftigerer vier Tage andauernder Blutverlust; darauf hatte Pat. bis zum 1. Juni ohne weiteren Zwischenfall wieder regelmässig die Periode; an diesem Tage aber stellte sich infolge heftigen Niesens eine starke neuntägige Blutung ein, welcher bis jetzt in unregelmässigen Intervallen weitere Blutverluste gefolgt sind, so dass Pat. die Regeln nicht mehr unterscheiden konnte. Aus Anlass dieser Blutungen

suchte sie am 18. Aug. 1884 die hiesige Klinik auf. Als weitere Beschwerden sind noch zu erwähnen: Mattigkeit, ziehende Schmerzen in der Leisten- und Beinengegend, häufiger Drang zum Urinlassen, Druckempfindlichkeit des Epigastrium.

Die am 19. VIII. vorgenommene Untersuchung in Narkose ergibt folgenden Genitalbefund: In die von blasser Schleimhaut ausgekleidete ziemlich weite Vagina ragt ein Tumor von harter Consistenz und unebener Oberfläche herab, welcher der Portio vag. angehört; die Infiltration reicht rechts bis an das Scheidengewölbe und aufwärts bis zur Knickungsstelle der Cervix; das Corpus uteri ist retroponirt; die Parametrien sind zwar beiderseits narbig verändert, aber doch nicht von der Neubildung ergriffen. Bei Berührung blutet die Oberfläche der Geschwulst leicht. Es wird die Diagnose auf Carcinoma cervicis gestellt und die operative Entfernung desselben von der Vagina aus beschlossen.

Operation. 1. IX. (Steissrückenlage; Narkose; Desinfection.)

Nach Einführung der Specula wird entsprechend der verhältnissmässig geringen Ausdehnung der Neubildung nach oben zunächst die Cervixamputation in Angriff genommen; da sich indessen dabei ergibt, dass die Erkrankung sowohl vorn als hinten schon weiter um sich gegriffen hat, als es ursprünglich den Anschein hatte, so wird sofort zur Totalexstirpation geschritten. Dieselbe wird ausserordentlich erschwert durch die morsche brüchige Beschaffenheit der Neubildung, welche jedes stärkere Herab-

ziehen des Uterus mit Hakenzangen unmöglich macht. Ein Versuch, zuerst die vordere Uterusfläche von der Blase zu trennen, gelingt nicht, und es wird deshalb zunächst die Eröffnung des Douglas'schen Raumes vorgenommen; von diesem aus wird dann ein Finger über das Corpus uteri nach vorn in die Excavatio vesico-uterina geführt und gegen den andrängenden Nagel desselben vom vorderen Scheidengewölbe her incidirt. Nach vollendeter hinterer und vorderer Ablösung lässt sich der retrovertirte Uteruskörper mit Leichtigkeit durch das Cavum Douglasii herabziehen; das gleichzeitig vorfallende linke Ovarium wird mit vier Ligaturen abgebunden und isolirt entfernt. Darauf wird zunächst das linke, dann das rechte Lig. lat. arcadenweise unterbunden und der Uterus, ohne dass eine nennenswerthe Blutung eintritt, vollständig extirpirt. Eine demnächst angestellte Exploration macht es wahrscheinlich, dass die carcinomatöse Infiltration sich noch weiter nach der Blase hin erstreckt, und die nachträglich vorgenommene mikroskopische Untersuchung eines der Hinterfläche der Blasenwand entnommenen Gewebstückchens bestätigt diese Vermuthung vollkommen. Zum Schlusse wird das Peritoneum mit der Scheidenschleimhaut vernäht; Drain, Jodoform, Jodoformgazetampon, Druckverband. Dauer der Operation: $2\frac{3}{4}$ St.

Nachbehandlung.

Unmittelbar nach dem Erwachen aus der Narkose klagt Pat. über starkes Frostgefühl, Leibschmerzen und Durst, T. 36,2; P. 136; der Frost lässt zwar im Laufe des Tages nach, doch stellen sich Schmerzen an der Vulva

und im Kreuze ein; einer zweimaligen Dosis Op. 0,06 weichen auch diese, so dass Pat. sich am Abend zwar schwach, aber doch wohler fühlt als am Tage; Temperaturmaximum 38,6.

2. IX. Pat. hat fast gar nicht geschlafen und wiederholt erbrochen; sie klagt über Schmerzen im druckempfindlichen Abdomen; die ersten Blähungen gehen ab; höchste Temperatur 38,2.

3. IX. Pat. hat leidlich gut geschlafen, die Schmerzen sind verschwunden, das Abdomen ist weniger druckempfindlich; da sich in der Vorlage eine geringe Menge gelblichen Secretes zeigt, so wird um 12 Uhr der erste Verbandwechsel vorgenommen; derselbe ergiebt nur wenig nicht putrid riechendes Secret an der Jodoformgaze. Am Abend ist trotz der Temperatursteigerung auf 38,7 das subjective Befinden ein gutes, nur klagt Pat. gegen 10 Uhr über Schmerzen im Leibe (Op. 0,03). — In der Folgezeit erreicht die Temperatur nur noch zweimal (am 4. und 7. IX.) die Höhe von 39,0 ohne nachweisbare Ursache (Chin. 0,5), um sich dann im allgemeinen nicht mehr über 38,0 zu erheben. Schlaf und subjectives Befinden sind andauernd durchaus zufriedenstellend, nur trat am Morgen des 6. IX. verbunden mit Schmerzen in der Blasengegend Unfähigkeit den Urin spontan zu lassen ein; gleichzeitig wurde Pat. von einem Schüttelfrost ergriffen; bei einer deshalb vorgenommenen Revision des Verbandes konnte indessen nichts abnormes wahrgenommen werden; auch waren diese Beschwerden am Nachmittage bereits wieder geschwunden.

10. IX. Der Drain wird entfernt.

12. IX. Nach Application eines Klysters tritt reichlicher schmerzloser Stuhlgang ein.

22. IX. Es beginnt die successive Entfernung der Ligaturen.

27. XI. Entlassung der Pat. mit der Weisung, sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen.

III.

Frau Pauline G. aus N.; 48 J. alt.

Pat., die früher stets gesund war, wurde seit ihrem 19. J. regelmässig 4-wöchentlich 2-tägig schmerzlos menstruiert; sie hat neunmal ohne Kunsthülfe geboren, zuletzt vor 6 J.; die Wochenbetten waren stets normal. Die Menses hörten im Frühjahr 1883 auf.

Gegen Pfingsten (1. VI.) 1884 bekam Pat. Schmerzen im Leibe und in den Seiten sowie in der Kreuzbeingegend; von letzterer strahlten sie in die Beine aus; auch klagte sie über ein sehr starkes subjectives Kältegefühl in der Gegend des Kreuzbeins. Acht Tage nach Beginn der Schmerzen stellte sich plötzlich eine drei Tage andauernde Coagula enthaltende Genitalblutung ein, dieselbe wiederholte sich anfangs in achttägigen Pausen, später noch häufiger; seit jener Zeit ist Pat. abgemagert und bedeutend schwächer geworden. Am 27. VIII. suchte sie auf ärztlichen Rath die hiesige Klinik auf.

Untersuchung in Narkose (2. IX.): In der Vagina findet sich schmutzige putride Jauche; von der Portio vag. ist die hintere Lippe total zerstört, die vordere nur

noch zum Theil erhalten; statt dessen findet man eine harte ulcerirte Fläche an der hinteren Wand der Vagina; links liegt ein ausgehöhlter Krebsknoten, welcher fast bis an das Becken reicht. Da die Betastung es zweifelhaft lässt, ob die Peritonealtasche des Douglas'schen Raumes sich noch zwischen Carcinom und Rectum heraberstreckt, so soll bei dem indicirten Versuche der operativen Entfernung zunächst in angemessenem Abstände von der hinteren unteren Grenze des Carcinoms incidirt werden; stösst das Messer dabei auf freies Peritoneum, so soll die Totalexstirpation des Uterus folgen; kommt man dagegen in das Rectum, so soll die Wunde wieder geschlossen und die Pat. als inoperabel entlassen werden.

Operation (19. IX.).

Durch eine vor Beginn der Operation nochmals vorgenommene Untersuchung wird constatirt, dass die carcinomatöse Infiltration sich beiderseits etwa ein Daumenglied weit in's Lig. lat. erstreckt, doch bleibt zwischen ihr und der Beckenwand noch eine freie Zone. Entsprechend dem angegebenen Operationsplane wird zunächst gegen den muthmasslichen Douglas'schen Raum incidirt und derselbe ohne Schwierigkeit eröffnet. Darauf wird das Peritoneum des Douglas'schen Raumes nach Entfernung suspecter Theile mit der Scheidenschleimhaut vernäht; da ein Versuch, jetzt das Corpus uteri von der hinteren Blasenfläche abzulösen, noch nicht gelingt, so wird zunächst der Fundus aus dem Cavum Douglasii hervorgeleitet und nun begonnen, vom Fundus an die Ligg. lat. abzubinden und zwar zunächst das linke mit darauf



folgender Abtrennung des Corpus uteri linkerseits, während Ovarium und Tube zurückbleiben. Bei der alsdann vorgenommenen Abbindung des rechten Lig. lat. und der Ablösung des Uterus von demselben werden gleichzeitig Tube und Ovarium rechts mit unterbunden und mit der Scheere entfernt. Nun wird das Peritoneum an der vorderen Fläche des Uterus eingeschnitten und letzterer von der Blase abgetrennt; eine dabei auftretende diffuse Blutung wird ohne Mühe mit dem Paquélin gestillt. Nach vollständiger Exstirpation des Uterus ergibt sich, dass rechts oben noch ein Theil des Carcinoms zurückgeblieben ist; derselbe wird mit dem Drahtecraseur umschnürt, abgeschnitten und die Schnittfläche, weniger um die Blutung zu stillen als um die Reste des Carcinoms zu zerstören, mit dem Paquélin gebrannt. Drain, Verband. Dauer der Operation $3\frac{1}{2}$ St.

Nachbehandlung.

Unmittelbar nach der Operation ist P. 108, mittelkräftig, T. 37,4; R. 32. Pat. klagt über Schmerzen im Leibe und Kreuze und über Frostgefühl; das Abdomen ist in der Nabelgegend druckempfindlich; am Abend tritt Erbrechen ein; viermal Op. 0,06.

22. IX. Der Allgemeinzustand ist bisher derselbe geblieben; der Urin fließt unwillkürlich ab; der Ecraseur wird angezogen.

24. IX. Stat. id.; Pat. ist nicht mehr bei klarem Bewusstsein; T. 37,6; P. 132.

25. IX. Aus dem Drain fließt reichliches Secret; mit dem Katheter wird trübes Secret aus der Blase entleert.

26. IX. Nachts dünner Stuhl; Urin blutig, trübe.

27. IX. Ecraseur wird entfernt, Drähte kurz abgeschnitten; dreimal Natr. salicylic. 0,5.

28. IX. Sehr unruhig; Stuhlgang; das abgeschnürte Stück wird entfernt, ihm folgen 3 Ligaturen; dreimal Natr. salicylic. 0,5.

29. IX. Schläft am Tage viel; reichlicher Ausfluss.

30. IX. Urin und Stuhl gehen unwillkürlich ab; am Abend ist Pat. theilnahmlos, reagirt aber noch auf Ansprache; Aetherinjection.

1. X. Abdomen ist eingefallen, druckempfindlich; Pat. reagirt nicht mehr auf Fragen; Athmung ist kurz, Zunge belegt. Nach einem vergeblichen Versuche, in eine oberflächliche Armvene eine Kochsalzinfusion zu machen, gelingt es gegen 6 Uhr, in eine freipräparirte tiefere Vene 600 g einer solchen Lösung zu infundiren (Aq. dest. 1000,0; Natr. chlorat. 6,0; Natr. caustic. gtt. III.) Nach der Infusion röthen sich die Wangen der Pat.; der Puls wird wieder fühlbar, kräftig, 120; T. 35,2! $\frac{1}{2}$ 18 Uhr: 4 successive Aetherinjectionen zu je 1,0. $\frac{1}{4}$ 19 Uhr: Die Athemzüge werden immer schwächer. Exitus.

Sectionsbefund, 2. X.: Umfänglicher graurother Thrombus in einem Lungenarterienaste; Thrombose beider Venae fem. prof.; eitrige Cystitis; eitriger Belag der Wundfläche; mehrfache Geschwüre im Magen, Duodenum und Rectum.

IV.

Frau Charlotte S. aus T.; 53 J. alt.

Pat., als Kind bis auf Masern gesund, wurde seit

ihrem 17. J. menstruiert, anfangs unregelmässig, später regelmässig 4-wöchentlich 3—8-tägig mit vorhergehenden Schmerzen; sie hat neunmal geboren, zweimal abortirt; Geburten und Wochenbetten waren normal; die letzte Geburt fand vor 10 J. statt; die Regeln hörten auf seit 4 J.

Seit Ende Nov. 1884 bemerkte Pat. einen theils rein blutigen theils fleischwasserfarbenen Ausfluss aus den Genitalien; nachdem ihr im Febr. 1885 Ausspülungen mit Kal. hyp. verordnet waren, suchte sie am 4. März 1885 auf den Rath ihres Arztes die hiesige Klinik auf.

Untersuchung in Narkose (10. III.): Die stark vergrösserte Port. vag. ist in einen harten höckerigen ulcerirten Tumor verwandelt, welcher vorn bis an das Scheidengewölbe herangeht, während die hintere Lippe noch zum Theil intact erscheint; das normal grosse Corpus liegt stark nach links und ist zwar retrovertirt, lässt sich aber leicht reponiren und ist vollkommen beweglich. Die Neubildung geht hart an die Blase heran und breitet sich auch auf der Rückseite ziemlich weit nach dem Cavum Douglasii aus. Die mikroskopische Untersuchung einiger Gewebsfetzen ergiebt ein Pflasterzellencarcinom. Diesem Befunde entsprechend wird die Indication auf vaginale Totalexstirpation gestellt.

Operation (5. IV.).

Nachdem die Portio vag. herabgezogen und das Scheidengewölbe rings umschnitten ist, wird das abgelöste Scheidengewölbe über der Neubildung durch Naht geschlossen, um eine Infection der Peritonealhöhle und der Wunde möglichst zu verhüten. Da ein Versuch, unter

fortwährender Controle eines in die Blase eingeführten Katheters letztere mittelst der Scheere abzulösen, nicht gelingt, so wird zunächst der Douglas'sche Raum völlig eröffnet und der Fundus aus demselben hervorgeleitet; nun lässt sich ohne Schwierigkeit das Peritoneum an der vorderen Uteruswand durchtrennen und die Ablösung von der Blase vollenden. Wegen mehrerer sehr kleiner Knoten auf der rechten Ala vespertil. und eines ebensolchen im rechten Lig. lat. werden ausserhalb des betr. Ovarium sowie jenseit des parametrischen Knotens seidene Ligaturen angelegt und beide suspecte Theile im Zusammenhange mit dem Uterus entfernt. (Die nachträgliche mikroskopische Untersuchung bestätigt den Verdacht auf Carcinom.) Die eintretende Blutung macht mehrere Unterbindungen nöthig. Bei der Reinigung des Operationsfeldes entgleitet ein kleiner ca. 1 cm. im Durchmesser haltender Schwamm der Zange und schlüpft in die Bauchhöhle, ohne wieder aufgefunden werden zu können. Schliesslich wird das Peritoneum mit der Scheidenschleimhaut vernäht und durch seitlich angelegte Suturen die Oeffnung im Scheidengewölbe verkleinert, zumal da Netz und Darm vorfallen. Drain, Verband, Gummidrain in die Blase.

Nachbehandlung.

Nach dem Erwachen aus der Narkose klagt Pat. über Kältegefühl und Schmerzen im Leibe, doch schwinden diese Beschwerden nach Application von Wärmflaschen und wiederholter Darreichung von Opium; auch die anfänglich starke Cyanose lässt im Verlaufe weniger Stunden nach; Temperaturmaximum 37,8.

6. IV. Pat. hat zwar nur wenig geschlafen und wiederholt erbrochen, doch ist das Allgemeinbefinden zufriedenstellend. Ueberhaupt ist der fernere Verlauf im ganzen normal; die Temperatur erreicht niemals 39,0, und auch der Puls hält sich immer auf entsprechender Höhe.

9. IV. Entfernung des Drains.

11. IV. Erster Stuhlgang.

13. IV. Einige nekrotische Gewebsfetzen sowie eine Anzahl Ligaturen werden entfernt.

14. IV. Entleerung reichlicher Mengen dicken Eiters.

21. IV. Pat. steht auf.

3. V. Entfernung der letzten Suturen.

11. V. Entlassung: Die Oeffnung im Scheidengewölbe hat sich überall geschlossen; man fühlt nirgends ausgedehnte Tumorenbildung, obgleich doch wohl entsprechend den auf dem Peritoneum gefundenen Knoten anzunehmen ist, dass die Carcinose sich weiter ausbreitet; nur links fühlt sich die Narbe etwas härter an. Der zurückgebliebene Schwamm hat die Heilung nicht gestört.

V.

Frau Marie K. aus G.; 54 J. alt.

Pat., als Kind bis auf Scharlach und skrophulöse Augenentzündung gesund, wurde seit ihrem 14. J. regelmässig 4-wöchentlich 3—4-tägig schmerzlos menstruiert; sie hat einmal abortirt und dann drei normale Geburten und Wochenbetten durchgemacht, das letzte vor 25 J. Nachdem vor 4 J. die Menopause eingetreten war, stellten

sich im Oct. v. J. schwache Blutungen von dem Typus der früheren Menstruation ein, so dass sie die Pat. nicht beunruhigten, bis im Jan. a. c. angeblich nach Verbrührung eines Fusses eine heftige Blutung eintrat, die mit 14-tägiger Unterbrechung im Febr. bis jetzt angedauert hat. Aufnahme am 22. IV. 1885.

Da die bimanuelle Untersuchung ausser einer mässigen Vergrösserung des Uterus sowie einer geringen Druckempfindlichkeit dieses und der rechten Plica Dougl. nichts ergibt, so wird nach vorgängiger Erweiterung des Cervicalcanales mit Laminariastiften am 1. V. die Abtastung des Cavum uteri in Narkose vorgenommen. Es findet sich eine der hinteren Wand des Uterus ansitzende prominirende ziemlich harte Geschwulst von unebener Oberfläche, ebenso an der vorderen Wand eine kleine diffuse Verdickung. Die mikroskopische Untersuchung einiger behufs Feststellung der Diagnose mittelst Löffelzange entfernter Geschwulstpartikel bestätigt den Verdacht auf Carcinom. Es wird deshalb die vaginale Totalexstirpation für indicirt erachtet und am 21. V. ausgeführt.

Operation.

Zunächst wird zur Verhütung der Infection das Orificium uteri mit Watte fest tamponirt. Nachdem dann das Scheidengewölbe ringsherum mit Messer und Scheere umschnitten und das Cavum Dougl. vollständig eröffnet ist, wird sofort das Peritoneum des letzteren mit der Scheidenschleimhaut vernäht. Die Ablösung des Uterus von der Blase erweist sich als recht schwierig und muss zum Theil innerhalb des Gewebes der Cervix bewirkt

fleischwasserfarbenem Ausflusse in den Intervallen zwischen den Regeln sowie mit Kreuz- und Rückenschmerzen, welche gegen den Magen ausstrahlten. Aufnahme am 6. Juni 1885.

Untersuchung in Narkose (9. VI.); Die verbreiterte Portio vag. ist in einen harten Tumor mit unebener leicht blutender Oberfläche verwandelt, der indessen im wesentlichen der hinteren Lippe angehört, während die vordere intact ist; das Corpus uteri ist normal gross und allseitig frei beweglich, doch prominiren auf seiner Rückfläche einzelne Knoten in den Douglas'schen Raum; die Ligg. lata und Douglasii sind nicht afficirt. Es wird die Diagnose auf Carcinoma port. vag. und die Indication auf vaginale Totalexstirpation gestellt.

Operation (18. VI.).

Der Uterus lässt sich ohne Schwierigkeit herabziehen und bequem umschneiden; eine ziemlich erhebliche Blutung aus dem Bindegewebe zwischen Blase und Uterus bei der theils stumpf theils mit dem Messer ausgeführten Trennung beider macht mehrere Unterbindungen nöthig. Nach der darauf vorgenommenen Eröffnung des Cavum Dougl. wird das Peritoneum desselben mit der Scheidenschleimhaut vereinigt und dann das Corpus retroflectirt und mittelst Zangen hervorgeleitet. Es wird nun das linke Lig. lat. in vier Partien unterbunden und der Uterus auf dieser Seite abgetrennt, wobei fünf auf der Schnittfläche klaffende Lumina noch einmal unterbunden werden müssen; nachdem dann auch das rechte Lig. lat. in vier Partien unterbunden und abgetrennt ist, wird der Uterus entfernt. Das rechte Ovarium erweist sich als cystisch degenerirt

und wird deshalb nach Unterbindung ebenfalls abgetragen; in derselben Weise wird mit der wiederholt prolabirenden rechten Tube verfahren. Schliesslich wird linkerseits das Lumen durch Suturen verkleinert, und beide Ligg. lata werden so in die Wunde eingenäht, dass ihre Schnittflächen in die Vagina sehen. Drain, Verband. (Dauer der Operation $1\frac{3}{4}$ Std.)

Nachbehandlung.

Pat. klagt über Rückenschmerzen, welche vom Epigastrium nach der rechten Schulter ausstrahlen; dieselben haben in geringerem Grade indessen auch schon vor der Operation bestanden; Temperaturmaximum 37,6.

19. VI. Die Rückenschmerzen sind dieselben; das Epigastrium ist aufgetrieben und schmerzhaft.

20. VI. Pat. hat wenig geschlafen; die Rückenschmerzen sind geringer geworden; dagegen ist das Hypogastrium stark empfindlich und aufgetrieben. Verbandwechsel: der nur mässig mit Blut durchtränkte Tampon wird entfernt; aus dem Drain fliesst etwas röthlich-braunes Secret, zuweilen mit Luftblasen untermischt; die in die Vagina hineinragenden Stümpfe der Ligg. lata, welche etwas dunkelblau verfärbt sind, werden mit starker Sublimatlösung (1:100) betupft; Scheidenausspülung; Opium.

21. VI. Schmerzen lassen nach.

22. VI. Entfernung des Drains.

23. VI. Befinden gut.

26. VI. Erster Stuhlgang, ohne Beschwerden.

27. VI. Zahlreiche Suturen entfernt, denen die nekrotisch abgestossenen obersten Partien der Ligamentstümpfe folgen.

3. VII. Pat. steht auf.

9. VII. Letzte Suture entfernt; gute Granulationsbildung in der Scheide.

Seitdem ist das Befinden der Pat. ein gutes, nur klagte sie vorübergehend über Rückenschmerzen und litt am 16. VII. nach längerem Aufsein an geschwollenen Beinen.

Ausser den vorstehenden Fällen unternahm Herr Geh. Hofrath Schultze am 19. VI. 1885 noch eine weitere Operation eines Cervixcarcinoms (Frau Amalie K. aus E.), die indessen, obgleich die Abtrennung von der Blase bereits nahezu vollendet war, noch vor Eröffnung des Peritoneum abgeschlossen werden musste, da das Carcinom wegen seiner Brüchigkeit keinerlei Handhabe zum Herabziehen bot, die Ligg. lata ganz ausserordentlich kurz und straff waren und bei der bedeutenden Ausdehnung des Carcinoms unter den bestehenden schwierigen Verhältnissen doch nicht alle erkrankten Theile hätten entfernt werden können. Der Heilungsverlauf ist bisher (18. VII.) ein normaler, doch hat Pat. eine Blasenscheidenfistel acquirirt und zwar, wie die Untersuchung ergibt, durch weiteres Umsichgreifen der Neubildung. —

Was die Localisation der Carcinome betrifft, so waren also sechs derselben Erkrankungen der Portio vag. und Cervix, und nur eines (Fall V) gehörte den relativ so seltenen primären Corpuscarcinomen an.

Rücksichtlich der Indicationsstellung könnte es vielleicht scheinen, als ob dieselbe etwas weit gefasst wäre,

speciell im Fall III, in dem das Carcinom bis nahe an die Beckenwand heranging; wenn indessen Kaltenbach („Der practische Arzt“ Juli 1884) die Forderung aufstellt, dass eine Totalexstirpation nur bei der sichern Aussicht auf einen radicalen Erfolg vorgenommen werden dürfe, so möchte dadurch doch wohl der Kreis der Indicationen etwas zu eng gezogen sein, da der Nachweis einer absoluten Intactheit der Umgebung des Uterus, wie er zur Erfüllung jener Forderung nöthig ist, der Lage der Verhältnisse nach unmöglich ist; auch entsprechen die Endresultate der Operation, soweit sie sich bis jetzt überblicken lassen, zu wenig jenem Verlangen, da doch nur in einer kleinen Anzahl der Fälle von einer voraussichtlich definitiven Heilung berichtet wird. Man wird sich daher in einer grösseren Zahl derselben mit der Aussicht auf einen auch nur vorübergehenden Erfolg begnügen müssen und dürfen mit Rücksicht auf die enormen Beschwerden und Schmerzen, welche ein zumal exulcerirtes Uteruscarcinom den Patientinnen verursacht; eine auch nur ein oder wenige Jahre anhaltende Befreiung von diesem entsetzlichen Leiden muss schon als ein ausserordentlicher Erfolg der Therapie angesehen werden, der durch eine wenn auch gefahrvolle Operation nicht zu theuer erkaufte scheint, zumal da, worauf Schroeder und Olshausen mit Recht hinweisen, das Recidiv meist ausserhalb der geschlossenen Vagina auftritt und als solches ungleich unerheblichere Beschwerden hervorruft. Um so mehr erscheint die obige Ansicht gerechtfertigt, als sich die momentanen Heilungserfolge der Operation in den

letzten Jahren ganz ausserordentlich gebessert haben*), ein Fortschritt, der wohl hauptsächlich der verbesserten Operations- und Nachbehandlungsmethode zuzuschreiben ist.

*) Dr. M. Sänger (Leipzig) stellt im „Archiv für Gynaekologie“ 1883, Band XXI, Heft I, pag. 99 u. ff. eine Statistik der vaginalen Totalexstirpation bei Krebs des Uterus (Carcinoma, Papilloma malignum, Sarcoma) auf, welche ich der Vollständigkeit wegen hier noch einmal folgen lasse:

Operateur und Quelle.	Voll. Operationen.	Unvoll. Operationen.	Genesungen.	Todesfälle.
1) Ahlfeld (eig. Mitth.)	2		1	1
2) Anderson (Americ. journ. of obst. etc., April 1882)		1	(1)	
3) Bardenheuer (Stat. von Haidlen)	1			1
4) Baum (Haidlen)	4		2	2
5) Billroth-Miculicz (H. u. Czerny)	12		8	4
6) Bolling (Upsala Läkareförenings Förh. XVIII, 2, S. 107)	1		1	
7) Bompiani (H.)	1			1
8) Bottini-Guarneri (Centralbl. f. Chir. 1882, Nr. 13 u. 15)	3		3	
9) Caselli (Centralbl. f. Gyn. 1882, Nr. 5)	1			1
10) Mac Cormac (Czerny)	1		1	
11) Cushing (Americ. journ. of med. sc., April 1882)	1		1	
12) Czerny	8		5	3
13) Esmarch (Cz.)	2		1	1
14) Fenger (Cz.)	1		1	
15) Hahn (Cz.)	5		4	1
16) Helferich (Cz.)	1		1	
17) Kraussold (Centralbl. f. Chir. 1883, Nr. 2)	2		2	
Latus	46	1	31 (1)	15

Die erstere schloss sich in den vorstehenden sieben Fällen im allgemeinen den jetzt gültigen Regeln an; es wurde meist zunächst die Ablösung von der Blase in Angriff genommen, und nur, wenn diese sich als zu schwierig erwies, wurde zuerst das Cavum Douglasii eröffnet;

Operateur und Quelle.	Voll. Operationen.	Unvoll. Operationen.	Genesungen.	Todesfälle.
Transport		1	31 (1)	15
18) Kocher (Revue méd. de la Suisse romande 1881, Nr. 11)	46			
19) Lane (H.)	1		1	
20) A. Martin (ds. Archiv XX, 2)	1		1	
21) Olshausen (ibid.)	25	5	21 (1)	4 (4)
22) Sänger (Groningen) (Weekbl. van het Ned. T. v. Geneesk. 1881, Nr. 18, 34. Deutsche medicin. Wochenschrift 1882)	19	3	13 (3)	6
23) Sänger (Leipzig)	2		1	1
24) Schede (H.)	2		2	
25) Schröders Klinik (Mitth. durch Dr. Lomer)	2			2
26) A. R. Simpson (Americ. journ. of obst., Suppl., Nov. 1882)	19		14	5
27) Solowiew (Centralbl. für Gyn. 1882, Nr. 38)	1			1
28) Stark (Cz.)	1		1	
29) Tarsini (Cz.)	1		1	
30) v. Teuffel (H.)	5		2	3
31) Thiersch (Vortr. med. Gesellsch., 13. Febr. 1883)	5	1	4 (1)	1
32) J. Veit (Deutsche med. Wochenschrift 1883, Nr. 1)	2		2	
Summa	133	10	95 (6)	38 (4)

der Fundus wurde in allen Fällen durch das hintere Scheidengewölbe hervorgeleitet und die Unterbindung der Ligg. lata ohne vorgängige Massenligatur in mehrfachen Partialligaturen vorgenommen; die Stümpfe liess man mit Ausnahme eines Falles (VII) zurückgleiten. Die Ovarien

Es ergaben sich demnach von 133 vollendeten Operationen 71,4⁰/₁₀₀ Genesungen und 28,6⁰/₁₀₀ Todesfälle, ein Resultat, welches Säger schon ein überraschend günstiges nennt. Aus der mir zugänglichen einschlägigen Literatur gelang es mir, zu der vorstehenden Statistik noch folgende weitere Fälle (zum Theil nur als ergänzende Weiterführung der Operationszahlen bereits angeführter Operateure) hinzuzufügen:

Operateur und Quelle.	Voll. Operationen.	Unvoll. Operationen.	Genesungen.	Todesfälle.
33) F. Schatz (Arch. f. Gyn. XXI, 409)	10		7	3
34) W. Tauffer (ibid. XXIII, 367)	5		4	1
35) Fritsch (ibid. XXV, 75)	17	2	15 (2)	2
36) „ (Centralbl. f. Gyn. 1885, Nr. 5)	4		4	
37) Brendel (ibid. 1883, 697)	1		1	
38) Brennecke (ibid. 1883, 763)	1		1	
39) Zweifel (ibid. 1884, 401)	3		2	1
40) Caponotes (ibid. 1885, Nr. 10) (Annali di ostetr. etc. 1884, Octob.)	21		11	10
41) Kufferath (ibid. 1885, Nr. 18) (Extrait du journ. de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles)	1		1	
42) Wallace (ibid. 1885, Nr. 19) (Brit. med. journ. 1884. Decemb. 27)	3		2	1
Latus	66	2	48 (2)	18

wurden nur, wenn die Verhältnisse es geboten, mit entfernt. Bezüglich der so ausserordentlich wichtigen Frage der Behandlung der Peritonealwunde wurde gewissermassen der Mittelweg zwischen den zwei sich gegenüberstehenden Methoden innegehalten; denn während Schatz

Operateur und Quelle.	Voll. Operationen.	Unvoll. Operationen.	Genesungen.	Todesfälle.
Transport	66	2	48 (2)	18
43) Schröders Klinik (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. X, 269)	15		11	4
44) P. Müller (Wien. med. Wochenschrift 1884, Nr. 8)	4		4	
45) Olshausen (klin. Beitr.)	10		8	2
46) Boekel (Ann. de Gyn. Septbr. 1884, 233)	1		1	
47) Breisky (Prag. med. Woch., 1883, Nr. 41)	1		1	
48) Mundé (Americ. journ. of obst. Juni 1884)	2		1	1
49) Burke (ibid. April 1883)	1		1	
50) Kaltenbach (Der pract. Arzt, Juli 1884)	3		3	
51) Schultze	7	1	6 (1)	1
Summa	110	3	84 (3)	26

Das Gesamtergebnis würde demnach sein: 243 Fälle mit 179 (73,7%) Genesungen und 64 (26,3%) Todesfällen; berücksichtigt man aber nur die 110 Fälle der zweiten Reihe, so erhält man 76,4% Genesungen und 23,6% Todesfälle; streicht man hiervon endlich noch die Fälle von Brendel, Burke und Caponotes (unter letzteren befindet sich auch ein nach Freund'scher Methode operirter), welche der Zeit nach wohl grösstentheils der Säger'schen Statistik angehören, so bekommt man 87 Fälle mit 71 (81,6%) Genesungen und 16 (18,4%) Todesfällen.

(Arch. f. Gyn. 1883, XXI, 427) die Naht des Peritoneum für überflüssig, ja sogar gefährlich erklärt, hält Kaltenbach (l. c.) den möglichst genauen Verschluss der Peritonealwunde für das geeignetste Verfahren. Es wurde demnach in den vorliegenden Fällen das herabgezogene Peritoneum an die Scheidenschleimhaut geheftet, sodann, wenn es nöthig erschien, von den Seiten her das Lumen durch Nähte verkleinert und in dasselbe ein dicker Drain eingeführt.

Bezüglich des weiteren Verlaufes obiger Fälle ist noch Folgendes zu bemerken:

I. Pat. stellt sich am 15. VI. 1885 wieder vor; seit vier Wochen geringer weisslicher Ausfluss; Recidiv in der Narbe.

II. Am 9. IV. 1885 wird das Recidiv constatirt, während sich Pat. bei geringem geruchlosem Ausflusse bis Anfang Juni ganz wohl fühlt; am 14. VII. wird sie auf der hiesigen chirurgischen Klinik wegen Ileus operirt und stirbt an demselben Tage. Bei der Section findet sich eine Dünndarmschlinge an ihren beiden Enden mit der Narbe im Scheidengewölbe fest verwachsen.

IV. Pat. stellt sich bei vollkommenem Wohlbefinden am 24. VI. 1885 wieder vor; das Scheidengewölbe ist absolut weich und resistenzlos.

Herrn Geh. Hofrath Schultze sage ich für die gütige Ueberlassung des Materiales sowie für die freundliche Unterstützung bei der Verwerthung desselben an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank.





15931