



AUS DER GREIFSWALDER GYNÄKOLOGISCHEN KLINIK.

ÜBER
**VENTRIFIXATIO UTERI
RETROFLEXI.**

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE,
WELCHE

NEBST BEIGEFÜGTEN THESEN

MIT ZUSTIMMUNG DER HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT
DER KÖNIGL. UNIVERSITÄT GREIFSWALD

AM FREITAG, DEN 12. OKTOBER 1894

MITTAGS 1 UHR

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

FRIEDRICH WILHELM SEBASTIAN

AUS HAMBACH, RHEINPFALZ.

OPPONENTEN:

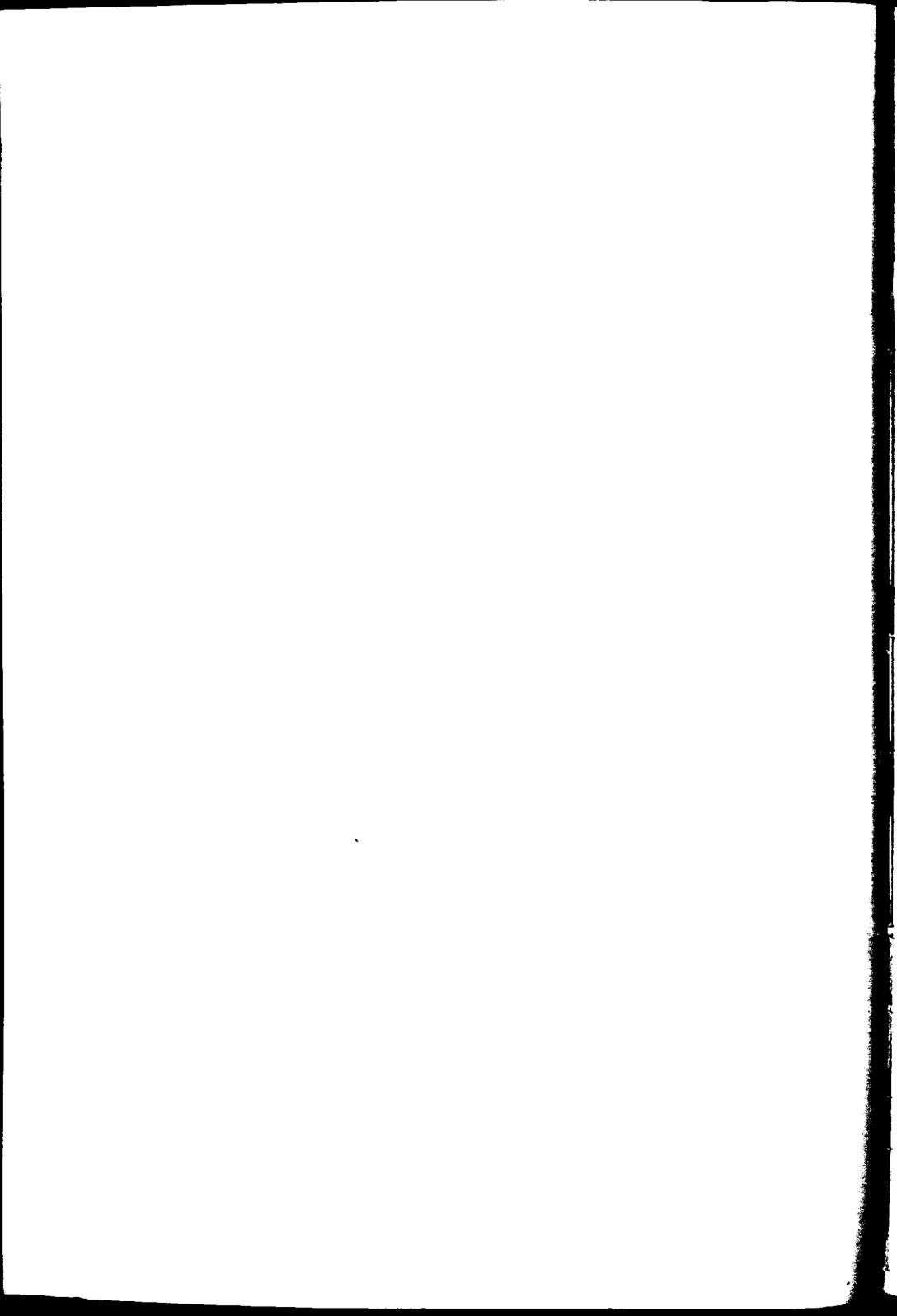
HERR DR. MED. H. SCHWENGER.

- - - G. KÖRING.

- - - F. BROER.



GREIFSWALD.
DRUCK VON C. SELL.
1894.



SEINER TEUREN MUTTER

UND DEM ANDENKEN

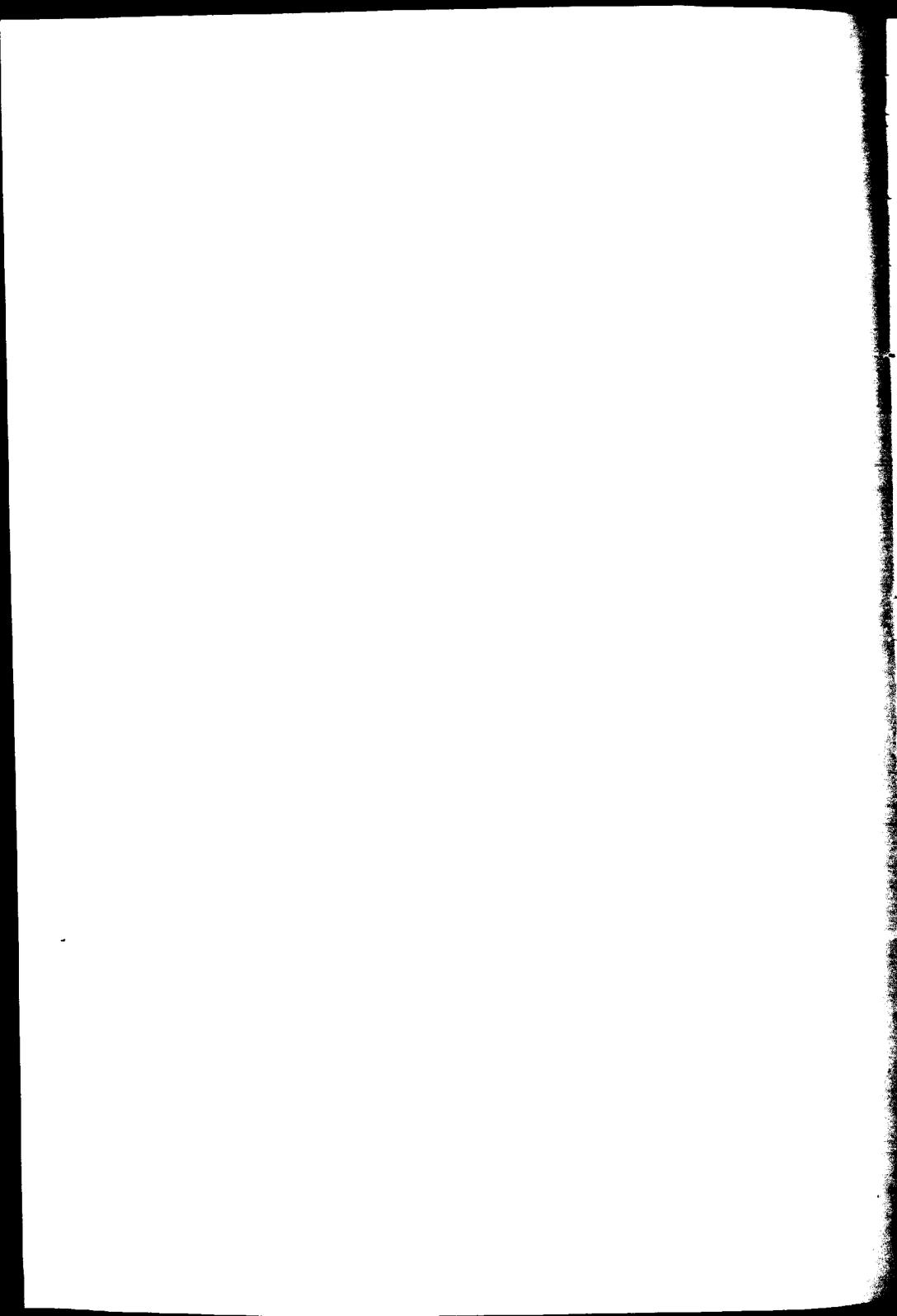
SEINES UNVERGESSLICHEN VATERS

IN KINDLICHER LIEBE UND DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.



Bei der verhältnissmässig grossen Häufigkeit der Retrodeviationen des Uterus — sie bilden ungefähr 16—19 % aller gynäkologischen Fälle — ist es nicht zu verwundern, wenn die Aufmerksamkeit aller Gynäkologen sich sowohl auf die Aetiologie als auch ganz besonders auf eine ausgiebige und gute Therapie dieser Lageveränderungen richtet. Diese Therapie muss nun offenbar dahin zielen, den retroflektierten oder retrovertierten Uterus wieder in seine normale Lage zu bringen und in dieser Lage festzuhalten. Um dies zu erreichen, sind eine ganze Anzahl von Methoden vorgeschlagen worden, nicht-operative und operative, welche ich, besonders letztere, an dieser Stelle einer eingehenderen Besprechung unterziehen möchte.

Eine der ältesten Behandlungsmethoden ist die Sondenbehandlung, von Simpson 1847 eingeführt und von Kiwisch modifiziert. Vermittelst dieser Sonden wurde der abgeknickte Uterus gerade gerichtet. Später entstanden die sogenannten Knickungsapparate, wie der Redresseur von Valleix, der Rektifikator von Simpson und andere. Von einer näheren Beschreibung dieser Apparate will ich, weil nicht dem eigentlichen Zweck vorliegender Arbeit entsprechend, absehen. Soviel steht fest,

dass diese Instrumente einen grossen Nachtheil haben: sie rufen alle eine sehr beträchtliche Reizung der Gebärmutter hervor und führen leicht zu Blutungen, Schmerzen und Metrititen; dabei bleibt der Uterus immer bei der Aufrichtung geneigt, von neuem abzuknicken (Veit); man hat zwar dagegen kalte Uterusduschen, Injektionen von Tannin und Eisenchlorid sowie symptomatische Behandlung angewandt, aber keine befriedigenden Resultate erzielt. Zudem ist die Sonde in der Hand des Ungeübten ein gefährliches Werkzeug, Perforationen und Peritonitiden sind die Folge der ungeschickten Handhabung.

Diese eben angeführten Uebelstände beseitigt zwar eine von B. S. Schultze in Jena angegebene Methode der bimanuellen Reposition, welche jedoch ebenfalls den Nachtheil hat, dass sie grössere Uebung erfordert.

Technisch leichter ausführbar ist die durch Küstner modifizierte Schultze'sche Methode, welche zu den bimanuellen Handgriffen noch die Kugelzange zu Hilfe nimmt. Dadurch gelingt die Reposition des mobilen Uterus fast ausnahmslos; jedoch bei fixiertem Uterus ist damit Gefahr verbunden, namentlich bei perimetritischen Strängen, welche die Möglichkeit einer Exacerbation der Entzündung nicht ausschliessen lässt.

Gegen diese Adhäsionen hat nun Schultze die direkte Lösung derselben durch ZerreiSSung in tiefer Narkose vorgeschlagen und mit Erfolg selbst ausgeführt; andere Autoren berichten ebenfalls günstige Resultate. Doch ist immerhin die Möglichkeit einer stärkeren Blutung nicht von der Hand zu weisen, wodurch dann noch stärkere Verwachsungen zustande kommen können, als vorher vorhanden waren (Winckel). Einen erschwerenden Umstand

liefert ferner die ausserordentliche Enge der oft noch jungfräulichen Teile.

Die Massage in der Form, wie sie Thure Brandt ausgebildet hat, leistet besonders gegen alte fixierte Retroflexionen ganz Vorzügliches; jedoch die wochen- und monatelange andauernd nötige Arbeit bei der Behandlung, die dazu erforderliche Geschicklichkeit und grossenteils auch die Nervosität der mit Retroflexio behafteten Frauen machen sehr oft eine Anwendung dieser sonst sehr empfehlenswerten Methode unmöglich.

Um eine Retention des reponierten Uterus in seiner normalen Lage zu erzielen, hat man denselben sowohl von der Scheide aus durch Extraterinpassarien als auch — und das am meisten — in der Uterushöhle selbst durch Intrauterinpassarien zu stützen versucht. Es seien hier genannt das Schultze'sche Schlittenpessarium, das Thomas'sche und Hodge'sche Pessarium.

Abgesehen von der Unbequemlichkeit, welche solche Pessarien notwendigerweise mit sich bringen, wie Schmerzen an der hinteren Vaginalwand und im Kreuz, sind sie auch durch das monatelange Liegenlassen gefährlich. Sie üben einen fortwährenden Druck auf die Schleimhaut aus, wodurch diese oft ihr Epithel verliert. Liegt ein Pessarium sehr schlecht oder ist aus einem anderen Grunde der Druck, den es auf die Schleimhaut ausübt, ein sehr starker, so kommt es zu Ernährungsstörungen, im Anschluss daran zu Substanzverlusten, zu Decubitus. Je nach der Tiefe des Geschwürs kann es zu Perforationen in den Mastdarm, in die Harnblase oder in die Urethra führen. „Jedes Pessar ist ein Uebel, wenn auch ein notwendiges“, sagt Sims.

Man hat ferner vermittelt der Sonde eine Dilatation des Cervix herbeigeführt, wodurch eine Aufrichtung des Uterus zustande gekommen sein soll. An Stelle der Sonde haben Peasly, Ellinger, Schramm, Fritsch u. A. eigene Dilatationsinstrumente construiert, welche eine methodische Erweiterung herbeiführen sollten. Auch Pressschwämme, Laminariastäbe etc. dienten zur Erweiterung. Von dieser Methode ist man heutzutage fast ganz abgekommen.

Seit geraumer Zeit nun regt sich bei den Gynäkologen der Wunsch, die Retrodeviationen des Uterus auf operativem Wege zu beseitigen. Allerdings hat man ja durch die länger fortgesetzte mechanische Behandlung eine bleibende Verbesserung der Lage des Uterus erreicht. So berichten Sänger, Fränkel, Löhlein u. A. sehr günstige Erfolge dieser Behandlung, welche dadurch noch eine Besserung erfuhr, dass durch eine sachgemässe Ausschaltung retrahierender Narben im Gewölbe, die Emmet'sche Operation, die Retrodeviationen für die mechanische Behandlung von der Scheide aus vorbereitet wurden.

Aber trotz all dieser Erfolge bleibt die Thatsache bestehen, dass die grösste Zahl der Retrodeviationen durch die mechanische Behandlung keine dauernde Heilung fand, sondern immer von neuem ärztliche Behandlung — die in diesen Fällen nur palliativ sein konnte — in Anspruch nahm. Dabei kam es vor, dass man nicht nur nicht den Uterus in seiner normalen Lage halten, sondern ihn auch nicht einmal in die normale Lage bringen konnte. Daran hinderten teils nicht zu lösende lokalperitonische Fixationen des Uterus teils angeborene oder erworbene anatomische Verhältnisse der Scheide, wie z. B. Enge derselben, teils

übten komplizierende Tumoren einen hindernden Einfluss aus. Von P. Mundé und Löhlein wurde der Nachweis erbracht, dass eine Dauerheilung im anatomischen Sinne auch durch lange fortgesetzte Pessarbehandlung nur bei einer kleinen Zahl von Patientinnen erreicht wird. Dazu kommt noch als wichtiger Faktor, dass seitens vieler Ärzte nur eine mangelnde Beherrschung der bimanuellen Technik zu finden ist. Somit war reichlich Ursache vorhanden, Mittel und Wege zu finden, um da, wo vorhandene Symptome bestimmt auf Lageveränderung zurückgeführt werden können, oder wo die Lageveränderung andere krankhafte Vorgänge unterhält, dieselben auf operativem Wege gründlich zu beseitigen.

Ältere Vorschläge zur operativen Heilung der Retrodeviationen des Uterus wurden von Sims, Richelot, Löwenthal, v. Rabenau und einigen andern gemacht. Abgesehen von diesen, die sich wegen ihrer Unvollkommenheiten bei den Gynäkologen nur schwer einbürgerten, wurde zunächst versucht, durch Verkürzung der Ligamenta rotunda das Ziel zu erreichen. Diese Methode, die Alquié-Alexander-Adams'sche Operation, fand bei uns in Deutschland nur wenig Anhänger. Ein Hauptfehler der Operation ist der, dass dabei die Ätiologie der Retrodeviationen des Uterus ganz unberücksichtigt bleibt. Durch Verkürzung der Lig. rotunda kann nie eine Heilung der erschlafften hinteren Adnexa des Uterus erzielt werden, weil die hinteren Fixationen des Uterus, selbst die zartesten, denselben mit sehr grosser Kraft nach hinten ziehen, welche sich durch Zug der verkürzten Lig. rotunda nicht überwinden lässt. Die Hauptmuskulatur, welche den Uterus in der richtigen Lage erhält, verläuft in den Lig. lata und nicht

in den Lig. rot. (Küstner). Durch die starke Verkürzung der lig. rotunda führt man nur eine abnorme Fixation des Uterus nach vorn herbei. Diese bewirkt dann ihrerseits wieder Beschwerden. Bleiben die Lig. rotunda nach der Operation noch etwas schlaff, so kehren durch die häufigen Volumsveränderungen der Blase und des Mastdarms die Retrodeviationen wieder. Fränkel sieht als einzig mögliche Indikation für die Alexander-Adams'sche Operation eine Complication von Retroflexion mit grossem Prolaps. Nach Küstner soll die Operation nur indiziert sein, wo man einen absolut leichten, vielleicht ungewöhnlich leicht beweglichen Uterus antrifft und aus objektiven oder subjektiven Gründen von der einfachen Pessartherapie absehen muss.

Es lag nun am nächsten, wollte man die Ätiologie der Retroflexio berücksichtigen, eine Verkürzung der Lig. uteri postica ins Auge zu fassen. Später haben auch W. A. Freund und Frommel eine operative Beseitigung der Lageveränderung durch Verkürzung der hinteren Bänder zustande gebracht, ersterer von der Scheide, letzterer von der Bauchhöhle aus. Doch auch diese Methoden sind nur unter gewissen, stark einschränkenden Voraussetzungen anzuwenden.

Dagegen haben zwei Methoden, welche die Aufrichtung des retroflektierten Uterus durch adhäsive Antefixation des Corpus resp. des Fundus uteri anstreben, in Deutschland zahlreiche Anhänger gefunden: nämlich die Ventrifixation und die Vaginofixation des retroflektierten Uterus.

Die Geschichte der Ventrifixatio geht bis zum Jahre 1877 zurück, wo Köberlé bei einer polnischen Gräfin mit

hartnäckiger Retroflexio uteri die Castration ausführte und den Uterus durch Einnähung der Ligaturstümpfe in die Bauchwunde nach vorn fixierte. Dann machte 1878 Peter Müller den Vorschlag, bei hartnäckiger Retroflexio den Fundus uteri oder den Uterusstumpf an die vordere Bauchwand anzuheilen. Hennig, Lawson Tait, Staude u. a. brachten analoge Vorschläge. Epochemachend war der auf der 59. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher zu Berlin im Jahre 1886 gehaltene Vortrag von Olshausen, der die operative Behandlung erst richtig zur Geltung bei den Gynäkologen brachte. Olshausen schlug damals folgende Technik der Operation vor:

Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Freilegung des Fundus uteri wird derselbe in die Höhe gezogen und seine Beweglichkeit geprüft. Sodann wird derjenige Punkt der Bauchdecke, an welchen die Fixation stattfinden soll, ausgewählt. Er hat stets seine Lage einige Centimeter jederseits des Bauchschnitts oberhalb der Symphyse, näher dieser letzteren als dem Nabel. Vor Ausführung der Naht ist sodann die Lage der Arteria epigastrica zu eruieren. Unter Vermeidung des Gefässes wird sodann jedes Uterushorn durch mehrere Nähte an die Bauchdecke fixiert. Eine krumme Nadel wird unmittelbar neben dem Uterus um das Lig. rot. geführt und sodann tief durch die Muskulatur der Bauchdecken und auf der Peritonealseite derselben wieder herausgeführt. Dies geschieht jederseits mit zwei oder 3 Suturen, welche dann fest geknüpft werden und so zwar nicht den Uterus selbst, aber die ihm benachbartesten Teile der lig. rot. und lata an die Bauchdecken fixieren. Wo es auf die Funktion der Tuben nicht mehr ankommt, kann man zweckmässig auch

diese mit in die Sutura fassen. Als Nahtmaterial wird Catgut, Seide und Silkwormgut angewandt; letzteres hat den Vorzug, weil nicht resorbierbar; noch besser ist Silberdraht.

Sänger ist der Ansicht, dass bei dieser Olshausenschen Methode die Gefahr der inneren Darmincarceration bestehe, was man dadurch verhindern könne, dass man zwischen Uterus und fast leerer Blase nur einen schmalen Spalt lässt. Sonst schliesst er sich vollkommen Olshausen an.

Sänger unterscheidet zwischen conservativer und reiner Ventrifixatio. Unter ersterer ist jede Ventrifixatio mit Erhaltung der Adnexa einer oder beider Seiten, gleichviel ob der Uterus beweglich, eingekeilt oder fixiert gewesen ist, verstanden, unter letzterer eine Operation bei völlig beweglichem Uterus mit Erhaltung beider Adnexa.

Die Olshausen-Sängersche Methode lässt dem Uterus von vornherein eine gewisse Beweglichkeit, was für die Möglichkeit der Ausdehnung der Blase nicht ohne Wichtigkeit ist. Zu den meistens günstigen Erfolgen der Methode trägt gewiss nicht am wenigsten bei, dass die Ligaturen liegen bleiben; es wird dadurch die blosser Sicherung der Antefixation noch am ehesten gewährleistet, wenn auch die Unannehmlichkeit des späteren Durchschneidens der Ligaturen vorkommen kann. Sehr rationell erscheint die Methode bei gleichzeitiger Entfernung der Anhänge, indem nicht nur die Ligaturen, sondern auch die Stümpfe selbst in diesen Fällen zur Bildung von Verlötungen beitragen, andererseits aber eine Verlötung der Stümpfe mit Darm, Netz etc. möglichst verhindert wird (Praeger). Erwähnt sei noch eine kleine Modifikation,

deren sich Praeger einigemal bedient hat: Um den Gebrauch eines Pessars als Stütze in der ersten Zeit nach der Operation entbehrlich zu machen, hat er den Fundus uteri durch einen Catutfaden an das Peritoneum der Wundränder angeschlossen, um zu verhindern, was auch Leopold der Olshausen'schen Methode zum Vorwurf macht, dass der Uteruskörper an den Fixationsstellen während der Zeit, wo Rückenlage im Bett eingehalten werden muss, zieht. Der Sublimatkatutfaden dient also nur als provisorische Aufhängeschlinge.

Trotzdem berichten Operateure über vielfache Fehlerfolge, welche sie mit der Olshausen'schen Methode hatten, indem die Verwachsungen wieder erschlafften oder der Uterus nach rückwärts zurückfederte. Einer dieser Operateure, Howard Kelly, schlug deshalb eine andere Methode vor:

Wenig über der Schamfuge wird ein 3—4 cm langer Schnitt in der Medianlinie gemacht. Dann werden jederseits im unteren Wundteil durch das Peritoneum parietale drei Ligaturen geführt und vorläufig mittelst Kornzange festgehalten. Nun suchen Zeige- und Mittelfinger den Uterus, richten ihn auf und bringen zugleich Ovarien und Tuben einer Seite aus der Bauchwunde heraus. Sobald dieselben ausserhalb erscheinen, werden die schon angelegten drei Bauchfellnähte, jede einzeln, um das Ligamentum ovarii gerade in der Mitte zwischen Gebärmuttergrund und Ovarium geschlungen, wenn nötig unter Führung einer Leitsonde, dann alles zurückgebracht, wobei aber die Ligaturen vorerst nicht geknüpft, sondern noch mittelst derselben Kornzange festgehalten werden. Darauf wird an der anderen Seite ebenso verfahren und so beide Lig.



ovarü der Bauchwand genähert Ehe die Nähte geknüpft werden, muss man sich noch einmal überzeugen, dass auch ja keine Darmschlinge oder Mesenterium mitgefasst sind oder vor der Gebärmutter liegen; dann erst wird die Naht geknotet, kurz abgeschnitten und versenkt, schliesslich die Bauchwunde verschlossen. Die sich bildenden Verwachsungen hindern jedes Sinken des Grundes nach hinten; tritt aber ein Herabsteigen ein, so kann man ein Pessar tragen lassen, was zuweilen nötig ist. Kelly hat mit dieser Operation sehr schöne Erfolge erzielt; jedoch schon die eventuell nötig werdende Pessarbehandlung macht ihre Anwendung nicht wünschenswert. — Schon umständlicher ist die Klotz'sche Methode: sie besteht in vollkommen sorgfältiger Lösung aller Adhäsionen des Uterus, der Ovarien und der Tuben; eine Tube oder ein Ovarialstil wird in die Bauchwunde eingenäht, der Uterus noch weiter durch einen 1½ cm dicken Glasdrain, der bis auf den Boden des Douglas'schen Raums hinabreicht, 3—4 Wochen lang fixiert.

Der Drain soll 1) eine Ansammlung von Blut im Peritoneum verhindern, 2) gibt er eine direkte Stütze für den Uterus ab. Der Stil wird während seiner Fixation nicht gelockert und gedehnt, 3) bildet sich um den Drain herum eine Coagulationsschicht, später ein bindegewebiger Strang, der die hintere Wand des Uterus verdickt und ausserdem einen zweiten Fixationspunkt abgibt.

Der Drain wird später mit kürzeren und dünneren Drains vertauscht.

Sepsis trat nie ein. Während dieser Zeit hat sich die Wundfläche der Kreuzbeinaushöhlung abgeschlossen und an Stelle der früheren Adhäsionen sind zwei Narben

geschaffen, die nun nicht mehr mit einander verwachsen können. Tritt trotzdem Verwachsung ein, so wird der Uterus sofort mit Stift und Pessar und zwar mit Erfolg korrigiert. Obwohl diese Methode glänzende Resultate liefert, dürfte sie doch nicht zu empfehlen sein, da ebenso wie bei der Kelly'schen Methode die Möglichkeit einer notwendigen Pessarbehandlung sowie die umständliche Drainierung die Vorteile der Operation sehr in Schatten stellen. Übrigens hat Klotz die Indikation für seine Methode sehr eingeschränkt, indem er sie nur bei starker Blutung, unreinlicher Operation, totaler Adhärenz, die starke Narbencontrakturen befürchten lässt, angewendet wissen will.

Von der Einnähung der Ligaturstümpfe in die Bauchwunde, wie sie Köberlé, Hennig, Klotz u. a. üben und der Annähung der Stümpfe oder der cornua uteri (lig. ut. rotunda und lata) an die Innenfläche der vorderen Bauchwandung verfiel man allmählich auf die direkte Anheftung des fundus uteri an die letztere, wie Leopold und Czerny es vorschlugen.

Leopold nimmt je drei Seitensuturen, die erste kommt ca. 1 cm vom Fundus, die zweite auf die Höhe desselben und die dritte ca. 1 cm hinter ihm quer unter die Serosa zu liegen, demnach in Abständen von ungefähr 1 cm sowohl am Uterus, wie in den Bauchdecken. Ist nun die Serosa ungefähr je 2 cm lang und breit mit dem Messerrücken ein wenig aufgeschabt und wird diese Stelle nunmehr an die Bauchwunde, speciell an die sich innen aneinanderslegenden Peritonealränder herangezogen, durch 2 oder 3 Nähte, so kommt eine ziemlich breite Verwachsungsstelle

zustande, die nach 14 Tagen genügende Festigkeit erlangt hat.

Czerny nimmt das Abkratzen der Serosa nicht vor, sondern näht die vordere Uteruswand direkt durch einen oder zwei Sublimatkatgutnähte an, schneidet die Fäden kurz ab und versenkt.

Gegen die Anheftung des Uterus selbst an die Bauchwand hält Sänger seine Methode für besser, da sie, weil doppelseitig, den Uterus selbst vollständig frei lässt. Nur in Fällen, wo Salpingo-Oophorektomie vorausgegangen sei, wo der Uterus doch atrophiere und seine Zeugungsfähigkeit sowieso verloren gehe, könne man ohne Bedenken den Uteruskörper an die Bauchwand annähen.

Die Abschabung nach Leopold erscheint nach den Versuchen Dembowski's nicht geeignet, eine festere Verklebung herbeizuführen. Derartige Epithelabschilferungen, ja selbst tiefe Defekte und Wunden des gesunden Bauchfells heilen nach Dembowski's Angabe, ohne Verwachsungen zu erzeugen. Eher wäre eine Verschorfung des Peritoneums mit dem Thermokauter angezeigt, da Brandschorfe stets zu Verlötungen Anlass geben. Eine sichere Verlötung erzielte Dembowski schliesslich durch Auflegen einer Celloidinlosung. Einer Fixation mit Catgut nach Czerny ist die Leopold'sche Methode jedenfalls vorzuziehen, da Catgut viel zu wenig als Fremdkörper wirkt, also nicht, wie Seide und Silkwormgut, stark zur Adhäsion reizt

Auch Sänger, Löhlein u. a sprechen sich gegen das Abkratzen der Serosa aus, halten jedoch das Durchführen einiger versenkter Silkworm-, Seide- oder Catgutnähte durch den Uterus und die halbe Dicke der Bauch-

wand für ein recht gutes Verfahren zur Erhaltung der Antefixatio.

Lachnitzkiy ist für die Leopold'sche Operation, weil 1) die Uterusnähte gleichzeitig zum Verschluss der Bauchwunde dienen, weil 2) bei diesem Verfahren die Gefahr der Einklemmung von Därmen in die Excavatio vesico-uterina ausgeschlossen wird und weil 3) hier selbst nach nachträglicher Dehnung der Verwachsungen doch der Zusammenhalt des Uterus mit der vorderen Bauchwand ein intimerer bleiben soll als bei den andern Methoden.

Im Gegensatz zu den oben beschriebenen, heute hauptsächlich zur Anwendung kommenden Methoden, die man wegen Eröffnung der Peritonealhöhle „intraparietale Ventrifixationen“ genannt hat, haben einige andere Autoren ihr Ziel — die Reposition des retrovertierten Uterus — ohne Eröffnung des Peritonealraums, also extraperitoneal zu erreichen gesucht. Ich will hier eine extraperitoneale Operation anführen, wie sie von Florian Klug angegeben ist.

„Man legt die Frau in Trendelenburgs Lage, führt in die Uterushöhle eine Sonde, in die Blase einen Katheter ein und macht dann oberhalb der Schamfuge einen Längsschnitt, dessen Länge sich nach der jedesmaligen Entwicklung des Fettpolsters zu richten hat, von 2—5 cm und welcher auf die Serosa dringt. Nun überzeugt man sich durch abwechselnde Bewegung mit der Sonde und dem Katheter von der Lage der Blase und des Gebärmuttergrundes und führt durch die ganze Dicke der Bauchwand eine krumme Nadel nach Peaslee mit schneidendem Ende etwa 1 cm vom Wundrande entfernt durch die Serosa hindurch und fühlt die Spitze der Nadel zwischen Bauch-

fell und Uterus. Mit dem schneidenden Teil der Nadel entblösst man dann die Oberfläche des letzteren und sticht die Spitze in seine Wand, dann wieder heraus und führt sie schliesslich wieder durch die ganze Dicke der Bauchwand etwa 1 cm vom anderen Wundrande entfernt von innen nach aussen heraus. Etwas darunter wird eine zweite Nadel angelegt ganz in derselben Weise. Als Nahtmaterial benutzt Klug Silkwormgut. Sind beide Nähte geknüpft, so ist die Schnittwunde völlig geschlossen und der Fundus uteri darin befestigt. Durch die Trendelenburg'sche Lage ist jede Verletzung der Därme und durch die Katheterspitze auch ein Mitfassen der Blase ausgeschlossen. Die ganze Operation ist in 5—8 Minuten beendet und man kann andere etwa nötige Operationen z. B. die Perineorrhaphie sofort anschliessen. Die Naht bleibt 4—6 Wochen liegen und nach ihrer Entfernung ist die vordere Uteruswand fest an die Bauchwand in antevertierter Stellung befestigt.“

Was den Wert der extraperitonealen Operation anbelangt, so beweisen schon die wenigen Berichte über ihre Anwendung in der Literatur, dass sie sich bei den Gynäkologen nicht einbürgern will. Vor allem gestattet die extraperitoneale Methode keinen Ueberblick über das Operationsfeld, was doch bei einer so wichtigen Operation unerlässlich ist. Auch bleibt immerhin die Gefahr der Verletzung der Baueingeweide trotz der Trendelenburg'schen Lage nicht ausgeschlossen.

Fassen wir die hauptsächlichsten bis jetzt zur Anwendung gekommenen Methoden der Ventrifixatio uteri retroflexi kurz zusammen, so finden wir folgende vertreten:

1) Castration und Einnähung beider Ligaturstümpfe in die Bauchwunde (Köberlé);

2) Ovariectomie oder Castration und Einnähung eines Ligaturstumpfes in die Bauchwunde;

3) Annähung einer Tube oder eines Ovarialstils in die Bauchwunde, Einlegen einer Drainröhre (Klotz);

4) Castration und Annähung eines Ligaturstumpfes an die Bauchwand (Kelly);

5) Castration oder Ovariectomie und Annähung beider Ligaturstümpfe an die Bauchwand (Olshausen, Sänger);

6) Annähung der cornua uteri an die vordere Bauchwand ohne Castration (reine Ventrifixatio nach Sänger);

7) Castration und Annähung des Fundus uteri an die Bauchwand (durch eine Suture nach Lawson Tait, durch mehrere Chrom- oder Sublimatkatgutnähte nach Czerny);

8) Castration und Anheilung des Fundus uteri an die Bauchwand durch Abkratzen der Serosa uteri (Leopold).

Die Ansichten der Autoren über die Indikation zur Anwendung der oben besprochenen verschiedenen Operationsmethoden weichen von einander ab, der eine zieht die Grenzen enger, der andere weiter. Darin ist jedoch die Mehrzahl der deutschen Gynäkologen einig, dass nur bei einer beschränkten Zahl von Rückwärtslagerungen der Gebärmutter die Operation berechtigt ist, dass aber die Vorteile, die sie bietet, nicht zu unterschätzen und in geeigneten Fällen auszunützen sind.

Olshausen, dem die Ventrifixatio das Bürgerrecht unter den gynäkologischen Operationen verdankt, betonte am Schlusse seines Vortrages im Jahre 1886 ausdrücklich, dass er völlig missverstanden sein würde, wenn man

glaubte, er wolle der von ihm empfohlenen Operation eine grössere Ausdehnung geben. Nur in sehr vereinzelt und sonst trostlosen Fällen von adhärenter Retroflexion oder Prolaps glaube er, dass die Operation am Platze sein könne.

Schultze schlägt vor, die Operation erst dann zu machen, wenn die Trennung der Adhäsionen des Uterus am Mastdarm und an der hinteren Beckenwand bei geschlossener Bauchwand und tiefer Narkose nicht gelingt.

Klug will seine extraperitoneale Operation nur bei vollständig beweglicher Gebärmutter ausführen, wenn keine Erkrankungen der Adnexa bestehen.

Gegenüber Olshausen halten Sänger, Leopold, Zweifel, Löhlein und andere nicht nur bei adhärenter, sondern auch bei beweglicher Retrodeviation die Operation für angezeigt, nachdem jeder anderweitigen örtlichen und allgemeinen Therapie Trotz geboten war. Sänger begründet dies damit, dass er sagt: „Eine nicht fixierte Retroflexio kann ebensoviele, ja noch mehr Symptome hervorrufen, wie eine fixierte. Bei fixierter Retroflexio ist die Ursache der Fixation, Entzündung mit Folgen, wichtiger als die Retroflexio. Die Operation gipfelt daher doch meistens in der Lösung der Adhäsionen und in der Castration, wenn sie auch mit Ventrifixatio abgeschlossen wird. Anders ist es in Fällen von Retroflexio mobilis mit schweren örtlichen und allgemeinen Beschwerden, wie Descensus der Ovarien, Blutungen, Dysmenorrhoe etc.; hier, wo sonst die Castration in Frage käme, vermag die einfache Ventrifixatio dauernd Hilfe zu verschaffen. Es ist also eine rein conservative Operation. Zudem ist bei beweglichem Uterus die Operation viel leichter als bei fixiertem.“

Leopold vertritt die Meinung, dass man mit der operativen Behandlung der uncomplizierten Retrodeviationen so sparsam wie nur irgend möglich sei und die Grenzen der Anzeige zu einer solchen so weit wie möglich ziehen soll. Freigebigkeit mit der operativen Behandlung führe zu falschen Schlüssen und Misserfolgen und lasse gerade den wichtigsten Teil der Behandlung hintansetzen, nämlich die geduldige, umsichtige und freilich zeitraubende Behandlung der Nervosität; nervöse Beschwerden beständen fort, wenn auch die Klagen, die sich auf Retroflexio beziehen, auf hören. Die Nervosität könnte auch Folge von erblicher Belastung, mangelhafter Ernährung und psychischen Einflüssen sein, daher seien nicht alle Beschwerden ohne weiteres auf die Lageveränderung zu schieben, sondern erst seien diese Momente zu beseitigen. Erst wenn trotzdem die Beschwerden weiter beständen, solle man zur Operation schreiten. Ist die Retrodeviation mit Entzündungen der Nachbarorgane verbunden, so ist das wichtigste, die Behandlung, unter Umständen die Entfernung der letzteren plus Ventrifixatio.

Kaltenbach will die Indikation sehr eingeschränkt wissen, weil einmal die Dauererfolge nicht sicher seien und dann die begleitenden Umstände, wie Hängebauch, Erschlaffung des Peritoneums etc. in vielen Fällen das Krankheitsbild vorwiegend beherrschen.

Cohn schlägt vor, immer nach der Castration die Ventrifixatio zu machen, weil gerade bei Erkrankungen der Anhänge mit zahlreichen perimetritischen Adhäsionen, wo es in der Reconvaleszenz trotz aller Asepsis leicht zu Exsudatbildungen kommen kann, der retroflektierte

Uterus in diesen Massen eingebettet werde und der Erfolg wo möglich ganz in Frage gestellt würde.

Späth verwirft die Ventrifixatio bei nicht fixiertem Uterus; bei fixiertem, aber nicht durch Tumoren compliziertem Uterus hält er sie nur dann für geboten, wenn jede conservative Behandlungsweise, insbesondere auch die Massage, sich machtlos erwiesen haben, die Schwere der Erscheinungen aber Abhilfe erfordert.

Küstner will mit der orthopädischen Behandlung bei frei beweglich retroflectiertem Uterus ausgekommen sein; er hat die Laparotomie nur bei retrofixiertem Uterus ausgeführt und nur dann, wenn er mit dem Schultze'schen Verfahren nicht zum Ziel gekommen ist.

Pozzi kann für die Operation nur eine Berechtigung finden bei fixierter Retroflexion; dagegen genügen bei beweglicher Pessarien oder die Alexander-Adams'sche Operation.

Nach Gill Willy ist fast stets Krankheit der Tuben und Ovarien vorhanden, wenn eine fixierte Retroflexio uteri der Behandlung mit Pessarien und Bor-Glycerintampons widersteht. In solchen Fällen sei es gerechtfertigt, die Ventrifixation zu machen.

Gegen den Einwand, man brauche nach Vornahme der Castratio uteri sich nicht weiter um die Retroflexio zu kümmern, da doch bald der Uterus atrophiere und die von ihm ausgehenden Beschwerden alle schwänden (Veit u. a.), macht Sängler geltend, dass diese Rückbildung sehr langsam vor sich gehen, dass sich wieder Blutungen einstellen und nervöse Beschwerden auftreten könnten.

Auch Löhlein kann sich nicht damit einverstanden erklären, dass bei Kranken, bei denen Retroflexio mit

Erkrankung der Anhänge verbunden ist, die Abtragung der letzteren überhaupt ausreiche. Er erinnert daran, dass gerade im Climakterium, das sich naturgemäss an die Abtragung der Ovarien anschliessen wird, die mit den Retrodeviationen verbundenen Beschwerden sich nicht selten steigern. Auch der postclimakterisch atrophierte Uterus, wenn er retroflektiert liege, würde die etwa bestehende Disposition zur Ausbildung eines Prolapses vermehren und gewisse Formen eitriger Endometritis durch Sekretverhaltung zur Ausbildung gelangen lassen. Er glaubt daher, dass man auch in diesen Fällen die Ventrifixatio nicht unterlassen solle, zumal der Eingriff dadurch kaum aggraviert werde.

Kelly stellt folgende Indikation für die Hysterorhaphie, wie er die Ventrifixatio nennt, auf:

- 1) Retroflexio uteri mit Verwachsungen, wenn die Beschwerden von der Lageveränderung selbst herrühren;
- 2) einfache Retroflexio, falls andere Mittel keinen Erfolg haben;
- 3) einfache Retroflexio, falls aus anderen Gründen die Laparotomie gemacht ist.

Ziehen wir aus all' diesen Ansichten das Resumée, so können wir sagen: Die Ventrifixatio bei Retroflexio uteri an sich ist nur dann angezeigt, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch weder durch die orthopädische noch durch die operative Therapie von der Scheide aus dauernd corrigiert werden kann.

Nach den vorstehenden kurzen Darlegungen sei mir nun gestattet, zum Beweis dafür, dass bei richtiger Indikationsstellung die Ventrifixatio eine segensreiche Operation

ist und günstige Resultate aufzuweisen hat, aus der Literatur einige Berichte von Operateuren über die ausgeführte Operation und ihre Erfolge anzuführen.

So teilte Leopold bis 1891 im Centralblatt für Gynäkologie 19 Fälle mit: darunter waren vier reine Retroflexionen; bei sechs Frauen waren die linksseitigen, bei sieben die beiderseitigen Anhänge erkrankt; einmal war die Retrodeviation mit Myom am Fundus, einmal mit Vorfalle der Gebärmutter und der beiden Scheidenwände kompliziert. Davon wurden 16 Kranke vollkommen geheilt.

Crespi in Rom berichtet ebenfalls über vier Fälle, bei denen die vorher angewandte orthopädische Behandlung absolut keinen Erfolg hatte, die aber nach der Ventrifixatio keinerlei Beschwerden hinterlassen haben.

In seinen „gynäkologischen Tagesfragen“ legt Löhlein seine Erfahrungen der letzten 4 Jahre, die er mit der Ventrifixatio machte, an der Hand von 23 Fällen dar. Wegen reiner Retrodeviation wurde gar nicht operiert. Von diesen 23 Fällen wurde bei 3 wegen Osteomalacie verbunden mit Retroflexio uteri mobilis die Castration mit Ventrifixatio ausgeführt, 5 Ovariectomien, 3 Parovariectomien, 4 Myomoperationen, 1 Incision bei Mesenterialtumor wurden mit Ventrifixatio uteri verbunden. Bei den übrigbleibenden acht Kranken war fast ausnahmslos die gleichzeitige Erkrankung der Anhänge und der geringe Erfolg der hiergegen angewandten nicht operativen Therapie mitbestimmend bei der Entscheidung für die Ventrifixatio gewesen. Daher wurden denn auch bei diesen acht Patientinnen 3mal die erkrankten Anhänge der einen Seite und 4mal die beiderseitigen Anhänge entfernt. Bei diesen 8 letzteren Fällen handelte es sich 4mal um bewegliche

und 4mal um fixierte Retroflexio. Bei allen trat, früher oder später, teils vollständige Heilung teils wesentliche Besserung ein. Beschwerden waren nie mit der künstlichen Antefixation des Uterus verbunden, die Operierten konnten regelmässig nach 3—3½ Wochen entlassen werden, nur bei den Myomkranken zog sich die Heilung 4—8 Wochen hin. In einem der 23 Fälle bot die Lageveränderung, der Descensus uteri retroflexi, an erster Stelle die Indikation zur Laparotomie. Der anatomische Erfolg blieb in allen Fällen, in denen eine Nachuntersuchung möglich war, erhalten. 8 mal konnte die dauernde Befestigung des Uterus in mehr oder weniger ausgebildeter Anteversion nach Ablauf von 1 Jahr und darüber konstatiert werden.

Späth (Hamburg) berichtet über 15 Fälle, bei denen Prochownik die Ventrifixatio ausführte. Bei vier derselben lieferte die Rückwärtslagerung allein die Indikation zum Bauchschnitt. Bei diesen waren zuvor lange Zeit hindurch alle in Frage kommenden konservativen Behandlungsmethoden versucht worden, aber ohne Erfolg. Bei 14 von diesen 15 Operierten war, als nach 3—4 Wochen ihre Entlassung erfolgte, die Gebärmutter noch in der ihr künstlich erteilten Lage und mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Nur bei einer lag sie nicht antevertiert, sondern steil gestellt. Der Erfolg des Eingriffs war auch nach Jahren noch ein zufriedenstellender.

Sänger hat unter 12 Ventrifixationen, worunter 7 nach vorausgegangener Constriction, 5 wegen reiner Retroflexio. In keinem der operierten Fälle trat der frühere Zustand wieder ein.

Kaltenbach erwähnt einer Patientin, an der die

Ventrixfixatio uteri ausgeführt wurde. Dieselbe hatte 9 Geburten durchgemacht und einen Hängebauch. Nach der Operation ist der Uterus in der ihm gegebenen Stellung fixiert geblieben; Blutungen und Kreuzschmerzen, die vorher in starkem Masse vorhanden waren, völlig verschwunden.

In der 157. Sitzung der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden 1890 gab Klotz einen Beitrag zur operativen Behandlung der Retrodeviation des Uterus. Er heilte bis dahin 25 % der Deviationen absolut, 60 % relativ, 15 % blieben ungeheilt. Von den letzten 15 % (fixierter Uterus) machte er durch die Operation nach Schultze 5 % der Pessarbehandlung zugänglich. Die noch übrigbleibenden 10 % verfielen der Laparotomie. Nach stumpfer Lösung der Adhäsionen hat er im Zeitraum von 5 Jahren 62 mal die Ventrixfixatio ohne Todesfall ausgeführt. Bezüglich der anatomischen Erfolge wurden 57 als geheilt, 5 als ungeheilt betrachtet. 38 Fälle operierte er nach seiner Methode, 24 nach Leopold. Von den nach Leopold Operierten ist ein Fall ungeheilt, von den nach seiner Methode Operierten wurden 4 nicht geheilt. Diese vier ungeheilten Fälle fielen nicht seiner Methode zur Last, sondern der falschen Indikationsstellung zur eigenen Methode, indem es sich in diesen Fällen um beträchtliche Adhäsionen und Narbenkontraktionen handelte.

Howitz (Kopenhagen) teilt 8 Fälle von Ventrixfixatio mit, die eine hinreichend lange Beobachtung nach der Operation erlaubten. In keinem Falle wurde nur wegen Lageveränderung des Organs operiert; in 4 Fällen wurden die Adnexa der einen Seite, in 4 Fällen beiderseits exstirpiert; 6 mal wurden die Stilstümpfe, zweimal der Uterus-

körper in die Bauchwunde fixiert. Dreimal musste die Laparotomie später wiederholt werden, in einem Falle sogar zweimal wegen des wiederholten Entstehens einer Vertrahernie, in den zwei andern Fällen wegen Adhäsionen: einmal zwischen dem grossen Netz und der Bauchwunde, einmal zwischen Gebärmutter und einer Dünndarmschlinge. Da in den erwähnten acht Fällen immer gleichzeitig mit der Ventrifixation krankhaft veränderte Eierstöcke und Eileiter entfernt wurden, ist es schwierig, die Bedeutung der Ventrifixatio an und für sich für die Kranken zu beurteilen. Es hatte aber doch den Anschein, als ob die Lageveränderung auf die früher vorhandenen Symptome vorteilhaft eingewirkt hat.

Die hier beispielsweise angeführten Berichte über die Erfolge der einzelnen Operateure beweisen zur Genüge, dass die Ventrifixatio eine Operation ist, die für die Behandlung der Retrodeviationen des Uterus wohl berücksichtigt zu werden verdient.

Seit einigen Jahren nun stehen sich zwei Heerlager unter den Gynäkologen betreffs der operativen Behandlung der Retrodeviationen des Uterus gegenüber: die einen sind für die Laparotomie, also für die Ventrifixatio, die andern halten die Operation von der Scheide aus — Annäherung des corpus uteri an die vordere Scheidenwand, für zweckmässiger — Vaginofixation. Inwieweit und ob letztere die Herrschaft über die Ventrifixation erlangen wird, darüber kann erst ein endgültiges Urteil nach Jahren gefällt werden. Wenn die Gründe, welche die Gegner der Laparotomie ins Feld führen, einer tieferen Grundlage nicht entbehren und für richtig erkannt werden können, so glaube ich ganz sicher, dass die Vaginofixation die Opera-

concipte die Frau. Die Periode zeigte sich spurweise einen Tag in der 6. Schwangerschaftswoche. Mitte Dezember traten unregelmässige Blutungen auf; am 3. Januar erfolgte der Abort

Bei der Untersuchung fand sich der Uteruskörper, der Schwangerschaftszeit entsprechend vergrössert, in maximaler Elevationsstellung, aber antevertiert, vorn oben in der Bauchwunde adhärent. Als bei der Ausräumung die Gebärmutterwand combinirt betastet wurde, war ein auffallender Unterschied in der Dicke der Wandungen vorn und hinten; die hintere Wand dünn und ausgezogen, die vordere Wand anwärts bis zur Stelle, wo sie an die Bauchwand festgewachsen war, normal, ja übernormal dick. Gottschalk kann die Erklärung nur darin finden, dass die vordere Wand, durch Adhäsionen gehemmt, mit dem Wachstum des Eis nicht gleichen Schritt halten konnte und nun das wachsende Ei den notwendigen Raum sich dadurch verschaffte, dass es die hintere Wand und den Gebärmuttergrund ad maximum ausdehnte, bis zuletzt infolge der steten Zerrung der Muttermund sich öffnete und der Abort eintrat.

Gottschalk kommt deshalb zu folgendem Schluss: „Sollte ich mich genötigt sehen, da alle anderen Mittel fehlschlügen, Adhäsionen eines retroflektierten Uterus durch die Laparotomie zu lösen, so werde ich mich bei bei Frauen im zeugungsfähigen Alter, die Kinder wünschen, auf die Aufrichtung des Uterus beschränken und die Fixation desselben durch ein passendes Scheidenpessar besorgen.“

Auch Küstner spricht sich folgendermassen darüber aus: „Ventrifixieren Sie den Uterus einer Frau, die noch im zeugungsfähigen Alter steht, und wird dann eine solche

Frau nachher gravid, so behindert die Fixation von einem gewissen Schwangerschaftsmonat an das Weiterwachsen des Uterus, die Adhäsion des Uterus an der vorderen Bauchwand fängt an zu zerren, der Abort ist unvermeidbar.“

Mit dieser Erklärung ist Sänger nicht einverstanden; auch wenn man zugebe, dass der Abort wirklich durch die Ventrifixatio bedingt sei, so könne dies auch der zur Anwendung gekommenen Methode in ihrer individuellen Ausführung zur Last gelegt werden. Nach konservativer Ventrifixation, wie sie von ihm vorgeschlagen, sei die Zahl der Conceptionsfälle eine sehr grosse, die Operation lasse als solche auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt bis dato keinen nachteiligen Einfluss erkennen.

Klotz beobachtete bei 62 Fällen von fixierter Retroflexio zwei normale Geburten mit nachheriger normaler Lage des Uterus.

Olshausen sah $1\frac{1}{2}$ Jahre nach der Operation bei einer Patientin normale Schwangerschaft und Geburt eintreten; dabei war die hochschwangere Gebärmutter durch keine Verwachsungen mehr mit der Bauchwand verbunden. Olshausen glaubt dies damit erklären zu können, dass er den Grund der Lösung der Adhäsionen „durch mächtige Veränderungen der Circulation in den Genitalorganen während der Schwangerschaft“ hervorgerufen wissen will; es ist jedoch nach Gottschalk die Möglichkeit gegeben, dass die Verwachsungen schon vor der Conception getrennt waren und also deshalb nicht störend auf die Schwangerschaft wirken konnten.

Bleibt jedoch der Uterus, wie bei der Sänger'schen Operation, selbst frei von der Ventrifixation, so kann er sich bei eintretender Schwangerschaft ungestörter aus-

dehnen. Dass er dabei durch die Anheftungsstellen nicht gehindert wird, liegt an folgenden Umständen:

1) Der Uterus entfernt sich schon unmittelbar nach vollendeter Annäherung, später aber immer mehr von der vorderen Bauchwand und kann thatsächlich wieder ganz innerhalb des kleinen Beckens zu liegen kommen.

2) Noch vor zutretender Schwangerschaft sind die Adhäsionen an den Anheftungsstellen, welche nicht unnachgiebig sind, bereits mehr oder minder strangartig ausgezogen. Eine weitere Ausziehung erfolgt dann ohne Spannung in dem Masse als der Uterus langsam in die Höhe wächst durch Dehnung der an der allgemeinen Auflockerung teilnehmenden Adhäsionen, sowie Nachgiebigkeit des Peritoneum parietale der vorderen Bauchwand. Wesentlich erleichtert wird dieser Dehnungsvorgang auch durch den Umstand, dass die hintere Lamelle des lig. latum vollständig frei bleibt.

Unter den oben erwähnten 8 Fällen von Howitz trat bei einem Falle Conception wenige Wochen nach der Operation ein; Schwangerschaft und Geburt verliefen ohne Störung. Bei der Untersuchung ein Jahr nach der Niederkunft lag die Gebärmutter wieder retroflektiert.

Eine andere Patientin war zur Zeit der Operation in der ersten Woche ihrer vierten Schwangerschaft. Beide Ovarien und Tuben wurden entfernt, der linksseitige Stil in die Bauchwunde fixiert. Die Schwangerschaft verlief ungestört; rechtzeitige Geburt ohne Kunsthilfe. Bei der Untersuchung 9 Monate nach der Geburt war der Uteruskörper straff an die vordere Bauchwand fixiert; der ganze Uterus war atrophisch.

Unter 12 Fällen von Flaischleu trat bei zweien wieder Gravidität ein, einmal nach reiner Ventrifixatio, das andere mal nach einseitiger Entfernung der Anhänge.

Leopold stellte vor einigen Jahren in der gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden eine Frau vor, die wegen ganz schlaffer Retroflexio 1 Jahr 8 Monate vorher operiert war. Sie wurde schwanger und gebar nach normaler Schwangerschaft ein reifes Mädchen. Wochenbett fieberlos. Der Uterus liegt jetzt sehr gut zurückgebildet im kleinen Becken, anteflektiert und mit dem Grund durch eine durch die schlaffen Bauchdecken gut fühlbare Brücke fest mit der vorderen unteren Bauchwand verbunden.

Eine zweite Frau, wegen Retroflexio, fortwährender Beschwerden und Nutzlosigkeit der verschiedenen Pessarien operiert, wurde 1 Jahr 1 Monat nachher schwanger. Schwangerschaft und Geburt ganz ungestört. Uterus jetzt anteflektiert, ventrifixiert, leicht beweglich, völlig schmerzlos, durch deutlich feste Brücke an seinem Grunde mit der vorderen Bauchwand verwachsen.

Will man aus den bis jetzt bekannten Berichten über nach Ventrifixatio eingetretene Schwangerschaft einen Schluss ziehen, so könnte man folgende Theorie aufstellen:

1) Werden die beiderseitigen Anhänge entfernt, so ist aus naheliegenden Gründen eine Schwangerschaft völlig ausgeschlossen.

2) Sind die Adnexa der einen Seite oder beider Seiten erhalten, so wird durch die Ventrifixatio die Fähigkeit zu concipieren nicht beeinträchtigt.

3) Ob trotzdem die Fixation zur vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft eine Disposition liefert,

kann erst nach weiteren Beobachtungen befriedigend beantwortet werden.

Den bis jetzt aus der Literatur bekannten Fällen von Ventrifixatio uteri retroflexi füge ich nun die in der hiesigen gynäkologischen Klinik ausgeführten Ventrifixationen bei.

I. Fall.

A n a m n e s e.

Frau B., 27 Jahre alt, aus Stralsund, war in ihren Jugendjahren immer bleichsüchtig. Die Menstruation trat mit dem 16. Jahre ein, war regelmässig, vierwöchentlich, 2—3tägig, nicht reichlich, mit Schmerzen verbunden. Sie hat zwei Geburten durchgemacht, darunter einmal Zwillinge. Die Geburten verliefen normal. Schon vor der letzten Entbindung schwollen der Patientin die Beine an; auch bestand Oedem der Augenlider. Im Wochenbett schwanden diese Symptome erst allmählich. Pat. war sehr heruntergekommen und musste $\frac{1}{4}$ Jahr lang das Bett hüten. Seit dieser Zeit klagt sie über Schmerzen im Unterleib, in der rechten Seite und im Kreuz, besonders beim Stehen; dabei hat sie das Gefühl von Drängen nach unten. Der Stuhlgang ist regelmässig. Aufnahme 6. II. 89.

Die bimanuelle Untersuchung ist sehr schmerzhaft, der Uterus nicht vergrössert und liegt retrovertiert. Er lässt sich das erste mal nur unter heftigsten Schmerzen aufrichten, da hintere Adhäsionen bestehen.

Diagnose: Retroflexio uteri, Pelveoperitonitis, fluor albus.

T h e r a p i e:

Massage nach Thure Brandt, jeden zweiten Tag ein Bad. Am 15. II. wird, da der Uterus sich gut und

nur bei geringen Schmerzen aufrichten lässt, ein Hodge-Pessar eingelegt; am 16. stellt sich die Regel ein. Nach Aufhören der Menses wird bei der Untersuchung das Pessar als gut liegend befunden. Auch verursacht es keine Schmerzen. Am 21. II. erfolgte die Entlassung.

II. A n a m n e s e.

Am 27. I. 90 stellt sich Patientin wieder vor, weil, wie sie angiebt, sie von der damaligen Behandlung keine Besserung verspürt hat. Sie trug das Pessar mit Ausnahme von 12 Wochen, wo sie ein Geschwür an der Portio hatte. Als Beschwerden giebt sie an: Drängen nach dem After und der Scheide zu, Schneiden in der Nabelgegend. Die Beschwerden waren zu Hause so gross, dass sie, namentlich bei der Regel, oft stundenlang winseln und schreien musste.

Die Untersuchung ergibt retroflektierte Lage des Uterus, der mit dem Fundus tief am Kreuzbein herabgesunken ist, so dass er sich nur mit der Sonde aufrichten lässt und selbst bei liegendem Pessar retroponiert bleibt.

T h e r a p i e :

Da die eingeleitete Pessarbehandlung, Massage, Jod-glycerintampons, Blutentziehung etc. erfolglos sind und da sich keine andere Ursache für die Schmerzen finden lässt, als die Retroflexio, wird auf Wunsch der Patientin Ventrifixatio und zugleich Castratio zur Aufhebung der Menstruationsbeschwerden gemacht.

Am 19. II. Operation in Narkose. Nach der üblichen Desinfektion Schnitt in der Linea alba vom Nabel bis zur Symphyse, vorher Einlegen eines Colpeurynters in die Vagina. Durchtrennung der Bauchdecken, Oeffnen des

Peritoneums unter Erhebung einer Falte, Vergrößerung des Schnitts entsprechend dem Hautschnitt. Es wird jetzt zuerst das rechte Ovarium herausgewälzt und mit der Hegar'schen Castrationszange gefasst, der Stil mit zwei Fäden durchstoichen und in zwei Hälften unterbunden. Darauf wird das Ovarium abgetrennt. Ebenso das andere. Nun wird der Uterus hervorgeholt und im unteren Wundwinkel an das Peritoneum befestigt durch je einen Stich, der durch die Tubenecken geht und einen, der in der Mitte das Peritoneum des Fundus fasst. Als Nahtmaterial werden Seidennähte genommen. Des Uterus liegt nun vollständig in Anteflexionsstellung, ist etwas aus dem kleinen Becken herausgezogen. Austupfen der Bauchhöhle, Schluss des Peritoneums durch fortlaufenden Catgutfaden, der Bauchdecken durch tiefe und oberflächliche Seidennähte. Darauf wird ein Compressivverband aus Jodoformgaze und Watte angelegt.

Am ersten Tage hat Pat. viele Schmerzen, Puls und Zunge sind gut; an den folgenden Tagen ist das Befinden besser, doch sind stets leichte Temperatursteigerungen vorhanden. Nach drei Tagen erfolgt geringer Blutabgang aus der Scheide.

Am 1. III. 90 wird der Verband abgenommen, die Hautnähte werden entfernt. 2 Stichkanäle am unteren Wundwinkel eitern; es sind dort auch ziemlich starke Infiltrationen der Umgebung bemerkbar. Die Wunde wird hier wieder 3 cm lang geöffnet. Am Grunde der Wunde erblickt man den Catgutfaden, der entfernt wird. Von heute an wird der Verband täglich gewechselt.

14. III. Nach Ausstossung einiger Fäden hat sich die Wundfläche gereinigt. Die Infiltration ist geschwunden.

Pat. steht mit Bauchbinde auf. Die Beschwerden bestehen nur aus dann und wann leise auftretenden Schmerzen, sind aber kaum erwähnenswert im Verhältniss zu den früheren furchtbaren Leiden.

28. III. Bis auf einen kleinen granulierenden Defect ist alles verheilt. Schmerzen sind selten und nur gering.

4. IV. Pat. wird geheilt entlassen. Sie sieht wohl aus, hat Appetit. Der Uterus liegt völlig normal in Anteflexionsstellung.

II. Fall.

Anamnese.

Pat. ist die 34 Jahre alte Frau Sch. aus Schönob/Kaschow. In ihrer Jugend war sie immer gesund. Die Menses traten mit 14 $\frac{1}{2}$ Jahren ein, waren regelmässig, vierwöchentlich, 4tägig, mässig, mit Schmerzen verbunden. Pat. will seit 15 Jahren an Kreuzschmerzen gelitten haben. Sie heiratete mit 26 Jahren und hat 3 normale Geburten überstanden. In der 2. u. 3. Schwangerschaft litt Pat. sehr an Druck nach unten und dem Gefühl, als trete ihr der Leib aus den Geschlechtsteilen. Das erste Wochenbett ist fieberhaft gewesen und hinterliess die heftigsten Kreuzschmerzen. Die beiden andern Wochenbette verliefen normal, abgesehen von den immer vorhandenen Kreuzschmerzen. Die letzte Geburt war vor 4 Jahren. Die Menses waren von der letzten Geburt an bis zum Jahre 1888 regelmässig. Mehrfache Consultationen und Kuren blieben erfolglos. Im Jahre 1888 begann — nach Behauptung der Patientin im unmittelbaren Anschluss an eine ärztliche Manipulation — die Menstruation unregelmässig zu werden; es stellten sich irreguläre Blutungen

verbunden mit kolikartigen Schmerzen ein; inzwischen reichlicher fluor albus. Durch diese bis zum April 1891 anhaltenden heftigen Blutungen wurde der Kräftezustand und das subjektive Befinden der Patientin allmählich ausserordentlich schlecht.

B e f u n d :

Pat. ist mager, blass, von zartem Körperbau, mässigem Appetit. Der Stuhlgang ist angehalten. Die bimanuelle Untersuchung ergibt folgendes: Die Scheide ist mässig weit, die Portio nach vorn gerichtet, der Uterus liegt völlig retroflektiert im Douglas, seine Betastung ist ungemein schmerzhaft, er ist fast unbeweglich fixiert.

Die Versuche, den Uterus bimanuell oder mit der Sonde in Narkose aufzurichten, misslingen vollständig.

Diagnose: Retroflexio uteri immobilis, Pelveoperitonitis chronica.

T h e r a p i e :

Im April 1891 in die hiesige Klinik aufgenommen, wurden Auskratzungen der Gebärmutter mit nachfolgenden Ausspülungen ausgeführt. Auch diese Therapie blieb in Bezug auf die Blutungen erfolglos. Die Kreuzschmerzen bestanden immer in der gleichen Heftigkeit.

O p e r a t i o n :

Am 29. VI. 91. Operation in Narkose.

Ein ca. 12 cm langer Schnitt trennt die Bauchdecken und eröffnet die Peritonealhöhle. Die ziemlich starken Hautblutungen werden durch Klemms gestillt. Der Uterus liegt völlig retroflektiert, etwas nach links und ist mit seiner Nachbarschaft durch viele strangförmige Adhäsionen verwachsen. Es gelingt jedoch leicht, ohne Blutung

hervorzurufen, dieselben stumpf zu durchtrennen und den Uterus in Antelexion zu bringen. Ebenso zeigen sich auch beide Eierstöcke eingebettet in entzündliche Verwachsungen, die Tuben etwas verdickt. Nachdem die Ovarien gelockert und hervorgezogen sind, werden sie beide mit doppelten festen Seidenligaturen abgebunden und mit der Scheere abgetragen. Der Fundus uteri wird mit 3 Seidennähten an die vordere Bauchwand fixiert. Darauf wird die Bauchhöhle ausgetupft, das Peritoneum durch fortlaufende Seidennaht, die Bauchdecke durch Knopfnahht geschlossen. Darüber kommt ein trockener Jodoformverband.

Am 6. Tage nach der Operation erfolgt Stuhlgang und dadurch Nachlassen der bisher seit der Operation bestehenden Unterleibsschmerzen.

Am 11. Tage werden die Nadeln entfernt; prima reunio.

Am 14. Tage steht Patientin zum erstenmale auf. Der Ausfluss, der in den ersten Tagen nach der Operation noch bestand, verschwindet gänzlich; die Schmerzen in der Unterbauchgegend, die in der ersten Zeit nach dem Verlassen des Betts bei Bewegungen auftraten, lassen allmählich nach. Der Appetit bessert sich. Ihre Hauptklage besteht noch darin, dass sie ohne Abführmittel keine Stuhlentleerung hat. Es werden gegen diese Atonie des Dickdarms hauptsächlich Ricinus und kalte Einläufe gegeben.

Am 9. VIII. 91 wird Pat. als geheilt entlassen.

III. Fall.

A n a m n e s e :

Frau R., 31 Jahre alt, war in ihrer Jugend immer gesund. Mit ihrem 15. Lebensjahre trat die Regel ein;

dieselbe war regelmässig, vierwöchentlich, 3—4tägig, reichlich und schmerzlos. Vor 7½ Jahren hatte sie eine normale Entbindung mit normalem Wochenbett. Seit 2 Jahren klagt Pat. über anhaltende Schmerzen besonders in der rechten Seite und im Kreuz, die beim Gehen noch stärker wurden. Die Regeln sind seitdem sehr reichlich, mit krampfartigen Schmerzen verbunden. Inzwischen hat Pat. auch an Blasenkatarrh gelitten. Da sich die Leiden immer verschlimmerten, liess sie sich am 5. August 1893 in die hiesige Klinik aufnehmen.

B e f u n d :

Mittelgrosse, zarte Frau von leidlicher Ernährung, blasser Gesichtsfarbe. Der Appetit ist mässig, der Stuhlgang normal. Bei der bimanuellen Untersuchung findet man die Portio nach vorn gerichtet, der Fundus ist bimanuell nicht zu fühlen, im hinteren Scheidengewölbe ist eine Resistenz bemerkbar, welche sich zugleich mit der Portio verschiebt. Die Sonde geht mit der Convexität nach hinten in normaler Länge in die Uterushöhle hinein. Der Uterus lässt sich aufrichten, fällt aber sogleich wieder nach hinten zurück. Man hat dabei das Gefühl, als ob das Corpus uteri durch eine weiche Adhäsion in die Kreuzbeinhöhhlung zurückgezogen würde.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata.

T h e r a p i e :

Nachdem verschiedentliche Pessarien erfolglos angewandt waren, auch die Massage keine Besserung der Beschwerden erzielt hat, wird auf Wunsch der Patientin beschlossen, die Ventrifixatio zu machen. Die Technik der Operation ist dieselbe wie bei den beiden oben angeführten Fällen.

17. 8. 93. Pat. ist fieberfrei, befindet sich sehr gut.

20. 8. Nach Calomel erfolgt reichliche Stuhlentleerung.

Am 24. 8. wird die Seidennaht entfernt.

28. 8. Pat. steht auf, Beschwerden sind nicht mehr vorhanden der Uterus liegt normal.

Am 11. 9. wird Pat. als geheilt entlassen.

Als Pat. am 10. Oktober wegen einer Cystitis wieder aufgenommen wurde, lag der Uterus noch sehr gut an die vordere Bauchwand fixiert.

IV. Fall.

A n a m n e s e.

Die 34 Jahre alte Frau N. war in ihrer Jugend immer gesund. Die Menses traten mit 17 Jahren ein, waren regelmässig, nicht reichlich und schmerzhaft. Seit mehreren Jahren besteht Fluor. Sie hat drei normale Geburten mit normalem Wochenbett durchgemacht. Seit längerer Zeit klagt sie über Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten, Schmerzen beim Stuhlgang, Verstopfung, Schwäche in den Beinen, starken Ausfluss.

B e f u n d:

Der nicht vergrösserte Uterus liegt retroflektiert, lässt sich aufrichten, aber nicht dauernd durch Pessarien aufrecht erhalten. Im hinteren Scheidengewölbe sind einige narbige Stränge zu fühlen.

Diagnose: Retroflexio uteri, Catarrhus cervicis.

T h e r a p i e:

2. XI. 93. Aetzung des Cervix mit 50 % Chlorzinklösung, Aufrichtung des Uterus mit einem Hodge'schen Pessar.

3. XI. Scheidendusche; der Uterus liegt wieder retroflektiert.

4.—10. XI. Wegen eingetretener Menses wird von einer Behandlung Abstand genommen.

10. XI. Da der Uterus wieder retroflektiert ist, erfolgt neue Aufrichtung und Einlegen eines Thomaspessars.

11. XI. Der Uterus ist wieder zurückgefallen, täglich wird jetzt Massage angewandt wegen der Narbenstränge im hinteren Scheidengewölbe.

17. XI. Erneute Aufrichtung des Uterus, Einlegen eines Thomaspessars.

18. XI. Der Uterus ist trotz Pessar wieder retroflektiert.

19. XI. Da das Zurückfallen des Uterus jedenfalls durch den Zug der hinteren Uterusadhäsionen veranlasst wird, wird die Pat. täglich massiert.

Am 30. XI. wird zur Operation geschritten, weil obige Behandlung absolut nichts nützte. Ventrifixatio wie in den früheren Fällen.

1. XII. Das Befinden der Pat. ist gut, der Urin wird spontan gelassen, es besteht leichtes Brennen der Wunde.

2—5. XII. Status *idem*.

6. XII. Zum Abführen wird 0,3 Calomel gereicht.

10. XII. Die Nadel wird entfernt und *prima reunio* gemacht.

14. XII. Pat. steht mit Bauchbinde auf.

21. XII. Pat. wird geheilt entlassen.

V. Fall.

A n a m n e s e :

Pat. Frau A., 33 Jahre alt, aus Anklam, ist früher immer gesund gewesen. Mit dem 19. Jahre trat die Regel ein; dieselbe war unregelmässig, 6—7 wöchig, 2 tällig, schmerzlos. Sie überstand zwei normale Geburten mit normalem Wochenbett. Ihre Beschwerden bestehen in Schmerzen beim Stuhlgang und häufigem Urndrang. Aufnahme am 6. II. 94.

B e f u n d :

Pat. ist kräftig gebaut, von gesunder Farbe; der Appetit ist schlecht, Stuhlgang angehalten. Der Uterus liegt retroflektiert und lässt sich leicht aufrichten.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis.

T h e r a p i e.

6. II. 94. Einlegen eines Hodgepessars. Am Nachmittag hat Pat. starke Schmerzen und Druckbeschwerden, namentlich beim Sitzen und Gehen.

7. II. Es wird ein kleineres Pessar eingelegt; jedoch bestehen die Schmerzen fort.

Am 10. II. wird zur Operation geschritten.

11. II. Blähungen gehen ab, Pat. kann spontan urinieren, Fieber besteht nicht.

15. II. Die Untersuchung ergibt einen vorhandenen Blasenkatarrh, welcher nunmehr behandelt wird.

Bei der Entfernung der Nadeln am 20. fliesst aus den unteren Stichkanälen eine dunkelrote, trübe Flüssigkeit hervor, ebenso an den folgenden drei Tagen. Dann sistiert die Blutung.

Am 3. III. wird Pat. geheilt entlassen.

Im 6. und letzten Falle handelt es sich um eine 35 Jahre alte Frau H., welche schon jahrelang bettlägerig war und bei dem Versuche zu gehen unter den heftigsten Unterleibsschmerzen, Drängen nach unten litt. Die Operation besserte die Beschwerden sehr wesentlich. Patientin kann jetzt wenigstens gehen. Wie die Heilung weiter verlaufen wird, ist jetzt noch nicht zu ersehen, da erst Ende Juli die Operation gemacht wurde.

Es sind bei der grossen Häufigkeit der Retrodeviationen des Uterus allerdings sehr wenig Fälle — wenn man von einigen Vaginofixationen absieht — deren Heilung auf operativem Wege angestrebt werden musste. Aber diese wenigen Fälle haben auch sämtlich ein gutes Resultat gehabt. Alle übrigen in der hiesigen Klinik zur Behandlung gekommenen Fälle von Retroflexionen konnten allein durch Pessarbehandlung und mechanische Manipulationen zur Heilung oder doch wenigstens zur Besserung gebracht werden.

Die Auffassung, die man aus den Besprechungen in den gynäkologischen Gesellschaften sowie aus der Literatur bezüglich der Ventrifixatio uteri gewinnen kann, lässt sich in folgende Sätze zusammenfassen, in welchen ich mit Löhlein vollständig übereinstimme:

- 1) Die Ventrifixation ist eine zuverlässige Methode, den retrodeviierten Uterus in Vorwärtslagerung zu halten.
- 2) Obwohl die Fixation an der vorderen Bauchwand an und für sich eine Abweichung von der physiologischen Befestigung des Uterus bezeichnet, pflegen doch keinerlei Beschwerden dadurch bedingt zu sein.
- 3) Die Fähigkeit zu concipieren wird hierdurch nicht beeinträchtigt; in der Regel entwickelt sich die Schwan-

gerschaft bis zum regelmässigen Ende weiter. Ob und inwieweit trotzdem die Fixation eine Disposition zur vorzeitigen Unterbrechung einschliesst, kann erst nach weiteren Beobachtungen befriedigend beantwortet werden.

4) Trotzdem wird die Ventrifixation wegen der Retroflexio an sich nur dann angezeigt sein, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch weder durch die orthopädische noch durch die operative Therapie von der Scheide aus dauernd corrigiert werden kann.

5) Am häufigsten kommt sie bei Gelegenheit anderweitig angezeigter Laparotomien zur Ausführung, namentlich bei der Ovariectomie und Castration. In derartigen Fällen verdient sie, zur Beseitigung bestehender Retroflexio oder des Prolapsus uteri, stets berücksichtigt zu werden.

Zum Schlusse meiner Arbeit erübrigt mir noch die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geheimrat Professor Dr. Pernice meinen ganz besonders herzlichen Dank für die gütige Ueberweisung dieses für mich sehr interessanten Themas auszusprechen. Gleichzeitig danke ich Herrn Dr. Heidemann, Assistenzarzt an der gynäkologischen Klinik, für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung dieses Themas.

LITTERATUR.

Centralblatt für Gynäkologie, Bd. X—XVII.

Archiv für Gynäkologie.

Jahresbericht für Gynäkologie u. Geburtshülfe.

Löhlein, Gynäkologische Tagesfragen, III.

Volkman n, Sammlung klinischer Vorträge, 1890, No. 9.

Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshülfe.

LEBENS LAUF.

Ich, Friedrich Wilhelm Sebastian, katholischer Confession, bin geboren zu Hambach in der Rheinpfalz am 22. Oktober 1871 als Sohn des verstorbenen Lehrers Friedrich Sebastian und dessen Ehefrau Maria geb. Weidner. Vorgebildet auf der Vorschule meines Heimatortes, besuchte ich von Herbst 1881 an das Gymnasium zu Neustadt a. H., welches ich am 5. August 1890 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Darauf bezog ich die Universität München, um mich daselbst dem Studium der Medizin zu widmen. Gleichzeitig genügte ich dort meiner Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger im k. bayrischen Infanterie-Leib-Regimente. Ostern 1892 zog ich nach Heidelberg, wo ich im Februar 1893 die ärztliche Vorprüfung bestand. Ostern 1893 kam ich nach Greifswald und bestand hier am 24. Juli 1894 das Tentamen medicum und am 26. Juli das Examen rigorosum.

Meine akademischen Lehrer, denen ich auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank ausspreche, waren folgende Herren Professoren und Dozenten:

In München:

Hertwig, v. Kupffer, v. Lommel, v. Riehl, Rüdinger, Weiss.

In Heidelberg:

Bütschli, Gegenbaur, Klaatsch, Kühne, Maurer, Meyer, Pützer, Quincke.

In Greifswald:

Grawitz, Helferich, Landois, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, O. Schirmer, Schulz, Sommer, Strübing.

THESEN.

I.

Die Ventrifixatio ist wegen Retroflexio uteri an und für sich nur dann angezeigt, wenn sehr erhebliche Beschwerden mit Sicherheit auf diese zurückgeführt werden müssen, die fehlerhafte Lage jedoch durch eine orthopädische Therapie nicht dauernd corrigiert werden kann.

II.

Bei der Nachbehandlung der Diphtherie ist vornehmlich die Beschaffenheit des Herzens zu berücksichtigen.

III.

Die Volksschullehrer sind besonders geeignet, schon in den Kindern Sinn und Verständnis für die Forderungen der Hygiene zu wecken, weshalb es dringend geboten wäre, dass in den Lehrerseminarien ein gründlicher Unterricht in der Hygiene erteilt würde.

16772

