Die Anatomie und Behandlung der Geburtsstörungen nach Antefixierung des Uterus

W.	Rühl
----	------

(Eibach-Dillenburg).. Für praktische Aerzte. Mit 15 Abbildungen im Text. Verlag von S. Karger.

Je öfter sich Gelegenheit bot, Geburten nach Antefixierung des Uterus zu beobachten, um so mehr zeigte sich, dass der Mechanismus ganz bestimmte Abweichungen erleidet, die in genauer Beziehung zur Art und Ausführung der vorausgegangenen Operation stehen. Als Ref. vor etwa zwei Jahren in einer daraufbezüglichen Studie die erstbeobachteten Fälle von Schwangerschafts- und Geburtsstörungen nach Vaginifixur veröffentlichte, wurde von Dührssen gegen die Häufigkeit der Aborte noch der Einwand erhoben, dass die Aetiologie dieser nicht genügend erforscht sei, ferner dass die absoluten Geburtshindernisse aus der Eigenart der Fälle zu erklären seien. Seitdem sind diese Gegenstände hinfällig geworden. Von vielen Seiten kamen gleiche Beobachtungen. Die Pathologie der Geburt wurde um den Namen Vaginifixationsgeburt vermehrt. Aus der Therapie des durch Verwachsung verdeckten Beckens entwickelte sich der vaginale Kaiserschnitt.

Bei der grossen Zahl derjenigen, bei denen in geschlechtsreifem Alter die Annäherung des Uterus ausgeführt worden ist, hat sich sogar eine übersichtliche

Buchanzeigen.

661

Darstellung der anatomischen Verhältnisse und der Behandlung dieser Geburtsstörungen für die praktischen Aerzte als notwendig herausgestellt.

Rühl, dessen reiche Erfahrungen über die Annäherung der Gebärmutter erst kürzlich in der Sammlung Klin. Vortr. bekannt geworden sind, betrachtet zunächst das physiologische Verhalten des schwangeren Uterus. An der Volumenzunahme beteiligt sich die Cervix fast gar nicht, das untere Uterinsegment etwas mehr, das Corpus sehr wesentlich, am meisten der Fundus.

Nichtbeteiligung gleich grosser Partien der Uteruswände an der Schwangerschaftshypertrophie erlangt daher ganz verschiedene Bedeutung je nach dem mehr oder weniger hohen Sitz der betreffenden Stelle. Ein Ausfall von 1 qcm des normalen Fundus würde am Ende der Schwangerschaft einen Ausfall von 100 qcm Uteruswand zur Folge haben. Der freie schwangere Uterus vollzieht wachsend eine Drehung um seine Querachse, so dass seine Längsachse etwa um 54° gegen die des normalen nichtschwangeren Organes sich erhebt und senkrecht zur Beckeneingangsebene steht, während sich das untere Segment ins Becken senken kann. Von der Festigkeit, Ausdehnung und dem Ort der Antefixationen sind die Geburtsstörungen abhängig, deren Grad von der Behinderung des Drehungsmechanismus und dem Umfange der Entfaltungshemmung der vorderen Wand bedingt wird. Nach Antefixur steht die Uterusachse und der Fruchtachsendruck nicht senkrecht, sondern im spitzen Winkel zum Beckeneingang. Ein spontaner Verlauf pflegt noch solange möglich zu sein, als die Fruchtachse nicht höher als nach

dem zweiten oder dritten Kreuzbeinwirbel hin gerichtet ist. Ist sie infolge höherer Fixur nach der Gegend des Promontorium gerichtet, so kommt spontane Geburt nur ausnahmsweise zustande. Die Kunsthilfe muss um so eingreifender sein, je grösser die Entfaltungshemmung der vorderen Uteruswand ist. In ausgeprägten Fällen befindet sich der Fundus am Ende der Schwangerschaft unterhalb des Nabels, die Portio selbst über dem Promontorium, die Cervix lässt sich nicht herabziehen. Die vordere Wand ist mangelhaft entfaltet, die hintere Wand überdehnt, die hintere Lippe ist daher frühzeitig verstrichen, die vordere Lippe bleibt unverhältnismässig lang. Nach dem Blasensprung schliesst sich die vorher überdehnte AVand fest um das Kind zusammen. – Nach der Alexander Alquié-Operation sind noch keine Geburtsstörungen beobachtet. – Die Strange der Ventrifixur sind meist dehnungsfähig. Gefährlich werden tiefe Fixationen grosser Teile des Fundus oberhalb der Symphyse an straffe Bauchdecken. Der Kaiserschnitt ist dabei verschiedentlich ausgeführt worden, unter Umständen rein extra-peritoneal. Die Resultate Bichlows (3 Kaiserschnitte auf 6 Conceptionen unter 24 Ventrifixuren, erklärt Rühl wohl mit Recht als Folge einer besonderen Technik. Die Indication des Falles v. Gubaroff hat Ref. schon früher im Archiv als nicht ganz strict anerkannt. Bei zu hoher Fixation können Nachgeburtsblutungen entstehen infolge gehemmter Retraction. Nur 1–1½ cm unterhalb des Fundus soll in geringem Umfange angenäht werden. Störungen der Wehentätigkeit sind beobachtet, ausserdem besteht die Gefahr des Auseinanderweichens der Bauchnarbe. Bei der Vaginifixur des Fundus erreichen die Störung des Drehungsmechanismus und die Hemmung der Entwicklung der Vorderwand das Maximum. Der Fundus wird nur wenige Cm oberhalb der Symphyse angetroffen. In seitlicher Richtung ist eine compensatorische Entfaltung in weit geringerem Grade möglich als nach Ventrifixur. Die mit der vorderen Scheidewand verlötete Uteruswand wölbt sich divertikelartig vor und spannt sich beim Anziehen wie ein eiserner Ring. Befindet sich der Fötus auch zum Becken in Längslage, so besteht doch in Bezug auf den Uterus Geradlage. Zahlreiche schwere Operationen (Wendung, Perforation, Kaiserschnitt, Porro'sche Amputation) sind hier ausgeführt worden; Nachblutungen sind sehr selten, doch hat Dürrssen deshalb einmal den Uterus amputieren müssen.

Die Antefixationsgeburt behandelt man möglichst expectativ. Man operiere nur auf Indication hin. Manchmal gelingt die Einstellung des Kopfes durch starkes Erheben des Fundus. Je nach Stand und Beweglichkeit des vorliegenden Teiles treten Wendung, Extraction, Zange, Craniotomie

45*

602

Buchanzeigen.

in Anwendung. Die Uebersicht über die schwereren Geburtscomplicationen besonders nach Vaginifixur, welche Rühl giebt, gewährt ein wahrhaft erschreckendes Bild von den Gefahren dieser Methode.

Ist die Entbindung auf natürlichem Wege nicht möglich, so kommen in Frage 1. Trennung der Adhäsionen und nachfolgende spontane oder operative Entbindung, 2. Kaiserschnitt, 3. vorderer Uterusscheidenschnitt.

Die erste Methode ist nur bei ventrifixiertem Uterus ausführbar. Rühl wendet sich gegen Bidone's Vorschlag, eventuell schon im 8. Monat die Laparotomie zu machen und die Adhäsionen zu lösen, um die Geburt zu ermöglichen. Das dürfe erst bei der Geburt and bei schon ausreichender Erweiterung gemacht werden. Während von Bauch aus die Blutstillung der durchtrennten Strange besorgt wird, möge ein Assistent von der Scheide aus entbinden (!) Trennen sich die Adhäsionen schwer, so wird die Sectio caesarea ausgeführt. In der

Nachgeburtsperiode ist die Verwachsung einmal von Guérard wegen Blutung gelöst worden. Zur Verliütung dieses Vorkommnisses empfiehlt Rühl Tamponade und Compressivverband (von Ref. vielfach mit Erfolg angewendet). Ausnahmsweise kann die Totalexstirpation notwendig werden, deren Technik genau geschildert wird. – Nach Vaginifixur kann an Stelle des Kaiserschnittes selbst in schweren Fällen der vordere Uterusscheidenschnitt bewerkstelligt werden. Er ist von Rühl zuerst ausgeführt worden. Die Blase soll wegen der starken Dislocation dabei nicht gefährdet sein. In der Narbe des früheren Schnittes wird in 6–8 cm Länge gespalten, nicht mehr wie 2 cm schrittweise und gleich umstochen. Spaltung und Vernähung kann zwischen 2 Richelots stattfinden.

Ein Nachtragswort hebt hervor, dass das beste Mittel zur Verhütung der Geburtsstörungen in einem rationellen Operationsverfahren besteht. Rühl hat seine Methode in dem schon erwähnten Vortrage beschrieben (vaginale Fixur, nicht höher als 2 cm über dem inneren Muttermunde, Annäherung des Peritoneums, darunter muskuläre Vereinigung von Uterus mit Vagina).

Statt des Nachwortes hätten wir lieber ein Vorwort gelesen, in dem die Grenzen der operativen Indicationen für die Rückwärtslagerungen streng abgesteckt werden. Hierin liegt die beste Prophylaxe der Geburtsstörungen. Das ist der Gedanke, der sich bei der Lecture des in dankenswerter Absicht geschriebenen Werkes doch immer wieder aufdrängt und für dessen Richtigkeit hier die schlagendsten Belege entnommen werden können. P. Strassmann (Berlin).

Dr. Agnes Haeker, Ueber abdominale Totalexstirpation des schwangeren, myomatösen Uterus. (Berlin, S. Karger.)

Selbstbericht. Es werden Krankheitsgeschichten und Operationsverlauf von 9 Fällen von abdom. Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus zusammen-gestellt, die Olshausen in seiner Abhandlung „Myom und Schwangerschaft“-I } als bis dahin ausgeführt angiebt, soweit Referate vorliegen – und ein Bericht über 3 Fälle gleicher Art, die auf der Schauta'schen Klinik zur Operation gekommen sind, zugefügt. Als Resultat der Kenntnissnahme der 9 Originalberichte stellt sich heraus, dass von den 9 Fällen nur 5 als typisch ausgeführte abdominale Totalexstirpationen des schwangeren myomatösen Uterus zu bezeichnen sind, indem correcter Weise nur eine solche Operation darunter zu verstehen ist, die erstens auf rein abdominalem Wege ausgeführt wird und zweitens den Uterus uneröffnet und unentleert, also in wirklich schwangerem Zustande entfernt. Für die hiervon abweichenden Operationsverfahren werden folgende Namen vorgeschlagen: Abdominale Totalexstirpation des schwangeren, aber bei der Operation eröffneten und entleerten Uterus, – Supravaginale Amputation des schwangeren Uterus mit nachfolgender abdominaler Entfernung der Cervix, – Supravaginale Amputation des schwangeren Uterus mit nachfolgender Entfernung der Cervix per vaginam oder ventro-vaginale Total-

!) Olshausen, Myom und Schwangerschaft. Handbuch der Gynä-kologie v. J. Veit, Band II 1897.

Buchanzeigen.

063

•exstirpation des schwangeren Uterus, – Yagino-abdominale Totalexstirpation des schwangeren Uterus. –

Vier der angeführten Operationen werden unter die vorstehenden Bezeichnungen eingereiht. Dieselben werden aufgefasst als die allnählicheEntwicklung des Operationsverfahrens zu der jetzt typischen rein abdominalen Totalexstirpation des schwangeren Uterus darstellend. Vom

Stande der heutigen Operationstechnik aus ist – soweit überhaupt eine totale Herausnahme des Uterus beabsichtigt wird – ein von der typischen Operation abweichendes Verfahren zu verwerfen. –

Als Zeit für die Operation können die ersten 7–8 Lunarmonate der Schwangerschaft in Betracht. Fasst man den ganzen Verlauf der Schwangerschaft ins Auge, so kann durch die Complication mit Myomen Veranlassung zu fast allen geburtshilflichen wie auch zu fast allen Myomoperationen gegeben werden. – Die Erfolge der geburtshilflichen Operationen sind im ganzen wenig günstige gewesen. Sie sind zum Teil dadurch nötig geworden, < lass man Schwangerschaft und Geburt so lange wie möglich sich selbst überlassen hat. Daher erscheint ein rechtzeitiges Eingreifen durch gynäkologische Operationen geboten – nach bestimmten Indicationen.

Die gynäkologischen Operationen, die in Betracht kommen, sind sowohl vaginale wie abdominale: Abtragung gestielter Tumoren, Enucleation der ungestielten. – Enucleationen, die sich vaginal nicht vollziehen lassen, werden widerrathen: wegen der Schwierigkeit des Operirens bei gravidem, also stark vascularisirtem Uterus, wegen der Gefahr des Aborts nach vor-genommener Enucleation, wegen des Umstandes, dass trotz des conservirenden Verfahrens der Uterus in Zukunft doch meist nicht mehr funktionstüchtig ist und endlich viertens wegen der oft nur scheinbaren Heilung, indem es sich nicht um solitäre Tumoren handelt, sondern in sehr vielen Fällen um multiple Myome bez. Myomekeime.

Zu den radicalen abdominalen Myomoperationen bei schwangerem Uterus gehören noch die Concurrentverfahren der supra-vaginalen Amputation und der Totalexstirpation. Objective Gründe sprechen bei tiefem Sitz der Tumoren für die Totalexstirpation und zwar die Wichtigkeit der Herstellung guter Wundverhältnisse und einer ausgiebigen Drainage bei grossem zer-fetztem Wundbett. Eine solche ist bei zurückgelassener Cervix nicht möglich. – Die Indicationstellung für die Totalexstirpation resp. die supra-vaginale Amputation des schwangeren myomatösen Uterus wird gegeben 1. durch Grösse und Sitz der Tumoren, 2. durch schnelles Wachstum der-selben, 3. durch Expulsionsbestrebungen des Uterus – Die procentuale Mortalität wird durch 8 Fälle der Schauta'schen Klinik nicht geändert, trotzdem werden bei Berücksichtigung der Ursachen der Todesfälle gewisse specielle Gefahren, wie sie bei der Totalexstirpation gegenüber der supra-vaginalen Amputation statt haben sollen, zurückgewiesen und solche als thatsächlich bestehend angenommen für die supravaginale Amputation. – Von den 4 Todesfällen ist kein einziger der Totalexstirpation als solcher zur Last zu legen – dagegen ergiebt die Statistik wie Olshausen sie anführt, für die Amputatio supravaginalis bei 45 Operationen auf 8 Todesfälle 6 derselben durch Peritonitis und Sepsis bedingt (bei 3 Fällen mit «xtraperitonealer Stielbehandlung). Letztere sind als im engsten Zusammenhang mit der Eigenart der Operation entstanden anzunehmen, indem der Cervixstumpf als solcher und die mangelhafte Drainage des supracervicalen Wundraumes durch denselben hindurch die Peritonitis und Sepsis mit grösster Wahrscheinlichkeit verursacht und begünstigt haben. – Die eingehendere Kritik der angeführten 12 Fälle von abdominaler Totalexstirpation des schwangeren myomatösen Uterus macht dieselben zu Gunsten der Totalexstirpation, zu Ungunsten der supravaginalen Amputation verwertbar.

K. Ploeh, Giessen: Ueber das Giessener Dammschutzverfahren. Inaug. Dissert. 1897.

Nach einem historischen Ueberblick über die Geschichte des Damm-schutzes von Hippocrates bis zur Gegenwart schildert Verfasser das in < ler Giessener Klinik übliche, von Herrn Geheimrat Löhlein ausgebildete Dammschutzverfahren.

664 Tagesnachrichten und Notizen.

Dasselbe fusst auf dem „Ritgen'schen Handgriff.“

Fälschlicher Weise wird als solcher noch vielfach die Expression des Kopfes vom Mastdarm aus bezeichnet, die R. nur für bestimmte Ausnahme-fälle empfohlen hat.

Das Wesentlichste des Ritgen'schen Handgriffes ist 1. das Zurück-halten des Kopfes auf der Höhe der Wehe mit den Fingerspitzen der einen Hand und 2. die Expression des Kopfes vom Hinterdamm aus mit den unterhalb des Steissbeins aufgesetzten Fingerspitzen der anderen Hand. Das jetzt geübte Verfahren wird in linker Seitenlage der Kreissenden ausgeführt. Die linke Hand des hinter der Kreissenden stehenden Geburts-helfers wird über die rechte Hüfte und zwischen den Oberschenkeln derselben durchgeführt. Die Volarflächen der Finger legen sich auf den sichtbaren Teil des Schädels, um diesen, wenn nötig, während der Wehe zurück-zuhalten. Der Ballen der hyperextendierten rechten Hand liegt am Hinterdamm und übt von hier aus in der Wehenpause nacheinander auf Stirn, Gesicht und Kinn einen Druck aus, der den Kopf langsam durchschneiden lässt, während die linke Hand den Saum der Schamspalte über die geborenen Teile des Schädels wegstreift.

Das beschriebene Dammschutzverfahren bietet alle Vorteile des Mastdarmgriffes, ohne dass ihm dessen Nachteile anhaften, vor dem alten Ritgen'schen hat es den Vorzug grösserer Sicherheit und Leistungsfähigkeit.

Eine Tabelle, die eine Uebersicht über die Dammverletzungen an den verschiedenen Kliniken bringt und eine wohlgelungene photographische Abbildung des „Giessener Dammschutzverfahrens“ sind der Arbeit beigegeben..

Kretschmann (Giessen).

Tag- und Nacht- und Notizen.

Bibliographisches.

Von bekannten und geschätzten geburtshilflichen und gynäkologischen Lehrbüchern sind in letzter Zeit rasch nacheinander in neuen Auflagen erschienen;

1. Oscar Schaeffer, Atlas und Grundriss der Lehre vom Geburts-akt und der operativen Geburtshilfe, 4. Auflage, München J. F. Lehmann.

2. A. Döderlein, Leitfaden für den geburtshilflichen Operationskurs. 3. Auflage. Leipzig, A. Georgi.

3. H. Fritsch. Die Krankheiten der Frauen. Wreden's Sammlung medizinischer Lehrbücher. Bd. I. 8. Auflage. Berlin, Friedrich Wreden..

4. G. Winter, (unter Mitarbeit von C. Ruge). Lehrbuch der gynäkologischen Diagnostik. Leipzig, S. Hirzel. (Uebersetzungen in die italienische und spanische Sprache in Vorbereitung.) Vivant sequentes!

Mit noch grösserer als schon gewohnter Beschleunigung, bereits Ende- Oktober, sind dieses Mai die Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie (7. Versammlung, abgehalten zu Leipzig 9. bis 11. Juni), herausgegeben von Zweifel und Pfanne[Stiel, Leipzig, Breitkopf & Härtel, an die Mitglieder vertheilt worden. Die von Anfang an gewählte, auf stenographische Nachschrift gegründete parlamentarische Darstellung des Verlaufes der Sitzungen gibt die Discussion besonders lebensvoll wieder, so dass es sich auch für die Ferngebliebenen liest, als ob sie dabei gewesen