

(Aus der geburtshilflich-gynäkolog. Klinik der Krakauer Jagiellonischen Universität von Prof. Dr. Jordan.)

Über die sog. Thermocauterectomia uteri totalis zur Verhütung von Imprecidiven.

Von

Dr. Alexander Rosner,
Privatdocent und I. Assistent.

Wenn man die Entwicklung der Operationsmethoden beim Krebs des Uterushalses verfolgt, so kann man unschwer drei Stadien unterscheiden: im ersten trachtete man immer größere Partien des kranken Organs zu entfernen, im zweiten beabsichtigte man möglichst viel von dem an den Uterus grenzenden Bindegewebe mitzunehmen, im dritten, in welches wir, Dank der schönen und mühsamen Untersuchungen von Winter erst eintreten, sucht man die Dauerresultate durch Verhütung von Imprecidiven zu verbessern. Im ersten Stadium folgte der Portioamputation die hohe Cervixexcision, und es entwickelten sich rasch nach einander die Freund'sche abdominelle, die Rydygier'sche vaginoabdominelle und die seit Jahren beinahe alleinherrschende vaginale Totalexstirpation des Uterus. Das Ziel war erreicht, der Uterus ließ sich auf einfache Weise mit erstaunend kleiner Mortalität total extirpiren, aber die Dauerresultate sind gegenüber den momentanen Erfolgen, wenn auch besser wie früher, so doch keine guten geworden. Eine ganze Anzahl von Fällen kam zu spät zur Operation; diese Kranken, bei welchen das Neugebilde die Grenzen der Gebärmutter überschritten, waren unrettbar verloren, und in erdrückend großer Anzahl von Fällen, wo das Leiden lokal zu sein schien, ließ das Recidiv nicht lange auf sich warten. Die sog. sacrale Methode, dann die Methoden von Mackenrodt und Schuchardt sollten diesem Übel abhelfen, und uns in den Stand setzen, trotz der unheimlichen Nachbarschaft der Ureteren, das parametrane Bindegewebe und die dort sicher oder möglich eingedrungenen Krebsknoten zu entfernen. Wiewohl es wünschenswerth wäre, an der Hand größerer Statistiken (was freilich heut zu Tage noch nicht

möglich ist) die Dauererfolge dieser Methoden mit denen der einfachen Totalexstirpation resp. der palliativen Behandlung zu vergleichen, so kann man doch schon heute mit größter Wahrscheinlichkeit behaupten, dass diese neueren complicirten Methoden bezüglich der Endresultate nicht mehr leisten werden, als die letztgenannten einfachen, ja dass sie sogar besonders geeignet sind (ich meine die Schuchardt'sche Modifikation) wegen großer Wundflächen das Entstehen von Impfrecidiven noch zu erleichtern.

»Wir müssen auf anderem Wege weiter gehen«, sagt Winter¹, und das Studium der Litteratur der letzten Jahre beweist, dass wir schon einen anderen Weg betreten; ich meine den von Winter gebahnten, der zur Verhütung von Impfrecidiven führt. Es wäre müßig, hier beweisen zu wollen, dass der Krebs überimpfbar ist, denn sowohl die Experimente, wie die klinischen Erfahrungen lehren dies zur Genüge; ich erinnere nur an die schönen Experimente von Wehr², Hanau³ und Morau⁴ an Thieren, dann an die Publikationen von Hahn⁵ und Cornil betreffend die experimentelle Überimpfung beim Menschen.

Das in Winter's Arbeit gesammelte reiche klinische Material kann ich noch um einen einschlägigen Fall bereichern, den ich im vorigen Jahre zu operiren und zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich nämlich um eine 28 Jahre alte Multipara, die mit einem in der oberen Hälfte der rechten Vaginalwand entwickelten, hühnereigroßen, leicht zerbröckelnden und blutenden Carcinom behaftet war. Zur radikalen Entfernung des Tumors wurde die beiderseitige Episiotomie nothwendig. 4 Monate nach der Operation stellte sich die Pat. vor mit zwei Recidiven — einem lokalen im Bereiche der Operationswunde — und einem Impfrecidiv in der frischen Narbe der rechtsseitigen Episiotomie. Beide Tumoren waren durch eine längere Strecke gesunden Gewebes von einander getrennt.

Was ist denn bisher zur Verhütung der Impfrecidive bei der Vaginalalexstirpation des Uterus gemacht worden? Man trachtet nach den Vorschriften von Plicque⁶, Winter⁷ und Mackenrodt die Krebsoberfläche vor der Operation zu verschorfen, die Verschleppung von Krebspartikelchen durch Instrumente und durch Finger zu vermeiden, resp. dieselben durch reichliche Spülungen von Sublimat- oder Karbollösung wegzuschaffen. Nun aber ist diese Verschleppung bei einer Operation, wo man in der Tiefe arbeitet, schwer zu ver-

¹ Winter, Über die Recidive des Uteruskrebses etc. Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXVII. p. 102.

² Wehr, Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXXIX. Hft. 1. p. 226. 1889.

³ Fortschritte der Medicin Bd. VII. Hft. 9. 1889.

⁴ Arch. de méd. exper. et d'anat. pathol. 1894. No. 5.

⁵ Berliner klin. Wochenschrift 1888. No. 20. p. 413.

⁶ Plicque, Contribution à l'étude des récidives etc. Thèse, Paris 1888 p. 35—40.

⁷ Winter, l. c.

meiden, und die Spülungen werden nach Eröffnung des Peritoneums unausführbar.

Es wäre desswegen am wünschenswerthesten, entweder keine blutenden Wunden zu setzen, oder dieselben gleich zu verschorfen, kurzweg statt des Messers und der Schere sich des schneidenden Thermokauters zu bedienen.

Olshausen⁸, der auf die Bedeutung der Carcinomimpfung vielleicht am meisten Gewicht legt, behauptet neulich, dass die Verwandlung der gesetzten Wundfläche in einen Brandschorf wahrscheinlich sehr wirksam sein würde, dass sie aber technisch noch nicht ausführbar ist. Auch Schröder⁹ ätzte die Schnittfläche mit Glüh-eisen aus Furcht vor Recidiven, musste aber davon wegen Durchbrennens der Nähte zurückkommen.

Mein hochgeehrter Chef, Herr Prof. Jordan, beschloss demnach bei der Vaginalexstirpation wegen Carcinom womöglich mit dem Thermokauter anstatt des Messers und der Schere zu arbeiten. Es wurden auf diese Weise 2 Pat. operirt, die eine von meinem Chef am 30. März d. J., die andere von mir am 2. April. In beiden Fällen konnten wir uns überzeugen, dass die Operation technisch leicht ausführbar ist, und nicht mehr Zeit in Anspruch nimmt, wie die mit Messer und Schere.

Es wurde auf folgende Weise operirt: Nachdem der Uterus heruntergezogen war, wurde die freie Oberfläche des Carcinoms durch Thermokauter unschädlich gemacht und nachher nach gründlicher Desinfektion der Vagina auf die allgemein übliche Weise, theils mit Hilfe des Messers, theils stumpf die Harnblase vom Uterus abpräparirt. Die dadurch gesetzte Wunde wurde wiederum gründlich mit einem starken Strahl einer Sublimatlösung berieselt, wonach die Excavatio geöffnet wurde.

Jetzt schritten wir zur eigentlichen Thermokauterectomie und die Operation wurde nur mit Hilfe der Klemmen und des Thermokauters rasch beendet. Der Douglas'sche Raum und die Mucosa der seitlichen Scheidengewölbe wurden mit dem Thermokauter durchbrannt. Ein Gorgeret gleitet nun in die geöffnete Excavatio vesico-uterina, schiebt die Blase nach oben und die Richelot'schen Klemmen fassen die Parametrien fest. Wir benutzen hierzu Pariser Instrumente von Mathieu, die so ausgezeichnet halten, dass sie ohne Gefahr des Abgleitens zugleich als Kompressions- und als Zuginstrument benutzt werden können. Indem man nun die angehakte Portio und die Klemme herunterzieht, wird die gefasste Partie des Parametriums im Scheideneingange sichtbar und kann ohne Gefahr unter Schutz des jetzt im Douglas liegenden Gorgerets am uterinen Rande der Klemme

⁸ Olshausen, Centralblatt für Gynäkologie 1895. Nr. 12. p. 322.

⁹ S. Veit, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXIV. 1892. p. 144.

durchbrannt werden. Die zweite Klemme fasst den Rest des Ligamentes und indem der Uterus mit einer bis nun nicht benutzten Muzeux'schen Zange höher gegriffen und heruntergezogen wird, wird auch dieser Theil des Ligamentes unschwer mit dem Thermokauter durchhätzt. Es wird meist nothwendig sein, den Uterusfundus vorher durch das vordere Scheidengewölbe hervorzuzwängen, um diesen oberen Theil des Ligamentes bequem zugänglich zu machen. Es muss bemerkt werden, dass wir schon seit einem halben Jahre ausschließlich mit Klemmen operiren und principiell die Ovarien mit entfernen, was, wie ich gegenüber Mackenrodt¹⁰ behaupten muss, keinerlei Schwierigkeiten bereitet. Das zweite Ligament wird, nachdem der Fundus vor die Schamspalte vorgezogen ist, von oben nach unten oder auch von unten nach oben geklemmt und auf dieselbe Weise durchtrennt. Da kein Tropfen Blut aus den geätzten Wunden sickert, werden die Stümpfe mit etwas Jodoform bestreut und die Vagina mit einem Jodoformgazestreifen locker ausgestopft, dessen oberes Ende zwischen die Ligamentstümpfe in die Bauchhöhle zu liegen kommt.

So wurde in den erwähnten zwei Fällen operirt.

Beide Pat. wurden am 13. April in sehr gutem Zustande entlassen.

Wir beabsichtigen im nächstfolgenden Falle noch weiter zu gehen, nämlich 1) die Schleimhaut des vorderen Scheidengewölbes bis ins lockere Bindegewebe mit dem Thermokauter durchzubrennen, und 2) nachdem die Parametrien durch die zwei ersten Klemmen beiderseits versorgt und durchtrennt sind, den Cervix hoch über der Carcinomgrenze mit dem Thermokauter zu amputiren und die Mucosa der auf diese Weise geöffneten Gebärmutterhöhle gründlich mit dem Thermokauter zu verschorfen.

Borysowicz¹¹ empfahl jüngst auf dem Lemberger Kongresse polnischer Ärzte, den lospräparirten Cervix vor der Eröffnung des Peritoneums mit einer Massenligatur abzubinden, mit dem Messer zu amputiren und die Wundfläche mit einer Chlorzinklösung zu kauterisiren. Diese zur Verhütung der Impfrecidive sehr zweckmäßige, aber etwas umständliche Procedur ließe sich auf oben erwähnte Weise vereinfachen.

Nachtrag: Schon nach der Verfassung des obigen Artikels bot sich uns die Gelegenheit in zwei Fällen die Thermokauterectomie unter Berücksichtigung der sub 1 und 2 erwähnten Modifikationen auszuführen. In beiden Fällen verlief die Operation ganz glatt (Op. Herr Prof. Dr. Jordan, Herr Dr. Switalski).

¹⁰ Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. XXII, 1891. p. 463.

¹¹ S. Referat von Neugebauer in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie Bd. I. p. 50.