

Klinika Położn. i Chorób Kobiet. U. J.	Nr. porz.	7042

Centralblatt für Gynäkologie 1897. No. 8.)



Dar Prof. dra J. Zubrzyckiego

Zur Technik der Discission des äußeren Muttermundes¹.

Von

Dr. Alexander Rosner,

Privatdocent der Jagellonischen Universität Krakau.

»Die ganze Philosophie dieser Operation besteht in Eröffnung und im Offenhalten des Kanals« sagt Marion Sims (Gebärmutter-Chirurgie 1870 p. 111). Die Eröffnung des Kanals oder die eigentliche Discission ist mit keinen technischen Schwierigkeiten verbunden, zumal wenn sie sich auf den äußeren Muttermund beschränkt. Es genügt, die Portio freizulegen, herunterzuziehen und den Halskanal nach beiden Seiten, oder nach Kehrer, in mehreren Richtungen mit Messer oder Schere durchzuschneiden.

Anders verhält es sich mit dem zweiten Sims'schen Desiderate. Das Offenhalten des Kanals ist von jeher auf große, manchmal auf unüberwindliche Schwierigkeiten gestoßen. Die einander berührenden frischen Wundflächen, die bei querer Discission jederseits auf beiden Lippen entstehen, zeigen eine große Neigung zur Wiederverwachsung und es kommt leider sehr oft vor, dass das Ostium nach der Discission noch kleiner angetroffen wird, als es vorher gewesen ist, und dass sich in Folge der Discission die angeborene Stenose in eine erworbene, narbige umwandelt. Dass hierdurch die vielleicht auf einige Monate beseitigte Dysmenorrhoe recidivirt, ist leicht verständlich, und es ist auch nicht zu verwundern, dass die Operation allmählich in Diskredit verfallen ist und sicherlich nicht mehr diesen guten Ruf genießt, wie zu Zeiten Sims' und E. Martin's.

¹ Nach einem Vortrag, gehalten in der Krakauer gynäkologischen Gesellschaft am 15. December 1896.

2-140246

Akc. Zl. 2024 nr. 242

WP R8222 1897

1403033950

Man hat auf mehrfache Weise diesem Übel nachzuhelfen gesucht: erstens durch sorgfältige Nachbehandlung und zweitens durch Modifikationen in der Technik der Operation selbst. Was den ersten Punkt anbelangt, so muss hervorgehoben werden, dass die Nachbehandlung, falls sie etwas in dieser Hinsicht leisten sollte, sich sehr in die Länge ziehen müsste. Das Sondiren, das Einlegen von Gazestreifen, Wattebäuschchen oder Kakaobuttersuppositorien, das Auseinanderreißen der sich verklebenden Wundflächen etc. können nur bei langem Gebrauche wirklich von Nutzen sein.

Es wäre sicherlich sehr wünschenswerth, durch eine Operationsmethode und nicht durch die Nachbehandlung der Verwachsung vorzubeugen, da anders der Endeffekt weniger von unserer Technik, als von dem guten Willen der Kranken abhängig ist, die sich, wie es leider oft vorkommt, einer langandauernden Nachbehandlung nicht gern unterziehen. Es wurden auch im Laufe der Zeit Methoden angegeben, die darauf gerichtet sind, den Endeffekt auch ohne langandauernde Nachbehandlung sicher zu gestalten. Es gehören hier die tiefe quere Spaltung bis zum Scheidenansatz, die Naht der Wundflächen nach Courty, die Naht nach Excision von Keilen aus den Wundflächen nach Pozzi, die »Méthode de l'anneau« nach Courty mit langsamer Durchtrennung der Vaginalportion mittels Silberdraht, die Seidenligaturmethode von Boryssowicz und die Modifikation derselben von Lwoff. Es müssen hier endlich die gelegentlich vorgenommene Amputation und die keilförmige Excision mitgerechnet werden, die neben der Beseitigung des Leidens, gegen welches sie eigentlich gerichtet sind, auch das enge Ostium zu erweitern im Stande sind. Ich muss hier jedoch gleich bemerken, dass, so groß auch der Nutzen dieser Operationen bei Elongation resp. Induration der Portio neben Stenose sein mag, sie zur Beseitigung der Stenose bei kurzer, kleiner Portio nicht angezeigt sind. Hierin stimme ich Boryssowicz vollkommen bei.

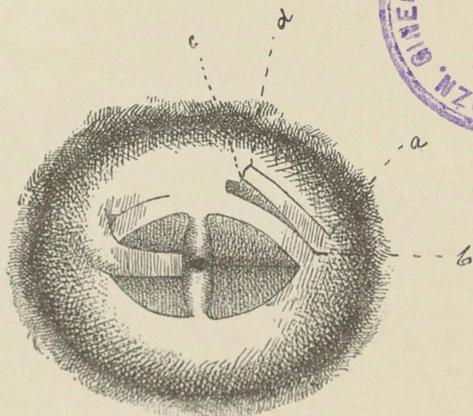
Was die anderen Operationsmethoden anbelangt, so ist keine derselben vorwurfsfrei. Die Discission mit Hilfe der Ligaturen ist vielleicht praktisch und bequem, dürfte jedoch, meiner Ansicht nach, nur dann Anwendung finden, wenn wir außer Stande wären, auf eine rein chirurgische Weise das Wiederverwachsen der Wundflächen zu verhindern. Die Courty'sche Methode der Naht dürfte wohl selten zum Ziele führen, und die Pozzi'sche Excision und Naht ist, wiewohl logisch, doch etwas zu umständlich. Was endlich die tiefen Incisionen anbelangt, so folgt ihnen manchmal ein Ektropium, welches zu entzündlichen Erscheinungen seitens der entblößten Cervixmucosa und folglich zur Emmet'schen Trachelorrhaphie Anlass geben könnte.

Ich lasse hier absichtlich die geistreiche Vulliet'sche Plastik unerwähnt, weil sie sich auf die Erweiterung des inneren Muttermundes bezieht. Ich habe zur Erreichung desselben Zieles eine neue Methode angewandt, die auszuführen ich bisher nur einmal

Gelegenheit hatte. Die 32jährige Nullipara, seit 13 Jahren verheirathet, leidet an ausgesprochener Dysmenorrhoe. Es wurde bei ihr schon vor 12 Jahren die Discission mit gutem Erfolge ausgeführt. Nach einigen Monaten kehrte jedoch die Dysmenorrhoe wieder. Ich fand eine kleine Vaginalportion. Zu beiden Seiten des stark verengten Ostiums Narben.

Die Idee der Operation, die ich bei ihr am 30. November 1896 ausführte, beruht auf der Excision eines Lappens aus der Vaginalportion und Implantation desselben in den durch Discission entstandenen Wundwinkel. Die Wiederverwachsung geht bekanntlich von der Tiefe dieses Winkels aus; sie wird bei Anwendung dieser Methode dadurch verhindert, dass der Wundwinkel nach der Implantation eigentlich zu existiren aufhört und die übrigen Wundflächen durch den Lappen aus einander gehalten werden.

Die Operation wurde auf folgende Weise ausgeführt: Nach vorheriger gründlicher Desinfektion des Operationsfeldes wurde die Portio im Simon'schen Speculum freigelegt und mit einer Kugelzange heruntergezogen. Es wurde nachher das Ostium nach beiden Seiten mit einem Knopfbistouri erweitert. Die Incision ist etwa $1\frac{1}{2}$ cm lang. Es wurde nachher aus der vorderen Lippe beiderseits ein longitudinaler, in der Tiefe sich keilförmig verjüngender Lappen ausgeschnitten, der einige Millimeter über dem Discissionswundwinkel (*a, b*) mit der Unterlage zusammenhängt. Die beigefügte Zeichnung erklärt uns die Verhältnisse besser, als jede Beschreibung. Nachher wurde durch die Spitze des Lappens, bei *c d*, und durch den Wundwinkel in der Nähe des Cervixkanals eine Katgutnaht durchgezogen der Lappen in den Wundwinkel gelegt und die Ligatur geknüpft. Die durch die Excision des Lappens entstandenen Wunden wurden beiderseits mit je einer Katgutnaht geschlossen. In den Cervicalkanal und zwischen die Wundflächen wurden Gazestreifen eingeschoben und die Scheide lose tamponirt.



Nach 2 Tagen wurde der Verband entfernt und die Scheide mit sterilem Wasser ausgespült. Diese Irrigationen wurden täglich einmal wiederholt. Am 8. Tage wurde die Portio freigelegt. Die beiden Lappen sind gut eingeheilt, das Ostium ist breit und die Wundflächen werden durch die Lappen gut aus einander gehalten. Nach einigen Tagen wurde die Pat. entlassen.

Es wäre wohl verfrüht und ich beabsichtige es auch nicht, auf Grund dieses einzigen, noch ganz frischen Falles die oben beschriebene Methode als eine der Wiederverwachsung sicher vorbeugende zu empfehlen. Ich möchte nur meiner Überzeugung Ausdruck geben, dass es sich logisch a priori annehmen lässt, dass diese Methode höchstwahrscheinlich geeignet sein wird, diesem Übel besser, als die bisherigen Methoden, zu begegnen. Jedenfalls ist die Methode vollkommen gefahrlos und mit keinen besonderen technischen Schwierigkeiten verbunden. Sie bedarf auch keiner speciellen Nachbehandlung.