

## OPERATIEVE BEHANDELING DER RETROFLEXIO (VERSIO) UTERI.

In het voorlaatste nummer van dit *Tijdschrift* wordt door Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK een hoofdstuk gewijd aan de retrodeviaties van den uterus en hare operatieve behandeling. CATHARINE VAN TUSSENBROEK vangt haar mededeeling aan met de opmerking, dat dit onderwerp al sinds eenigen tijd bijzondere belangstelling opwekt; deze opmerking is volkomen juist, er komt in de laatste twee jaren bijna geen medisch tijdschrift uit, of het bevat hierover een meer of minder belangrijk artikel. Alleen wij, lezers van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, werden ditaangaande tot nog toe stiefmoederlijk bedeed, en m. i. heeft CATHARINE VAN TUSSENBROEK goed gedaan met ook in dit *Tijdschrift* eens de aandacht te hebben gevestigd vooral op de operatieve behandeling der retrodeviaties van den uterus, zonder twijfel een der eigenaardigste ziekten op gynaecologisch gebied.

CATHARINE VAN TUSSENBROEK gaat achtereenvolgens na: de beteekenis der retrodeviaties in het algemeen, haar complicaties, belangrijk uit een therapeutisch oogpunt, haar beteekenis als aetiologisch moment voor steriliteit, om daaraan vast te knopen een beknopt-historische verhandeling van de therapie: eerst van de mechanische door middel van pessariën, en later van de operatieve. Het meest uitvoerig krijgt een beurt de hysteropectia vaginalis volgens DÜRSEN, door DÜRSEN zelf vaginofixatie, door CATHARINE VAN TUSSENBROEK vaginaefixatie genoemd. Een en ander wordt op duidelijke en onderhoudende wijze medegedeeld, en ik zou er ook niet op terugkomen, ware het niet, dat ik niet ten volle kan instemmen met de phrase, waarmede CATHARINE VAN TUSSENBROEK haar stuk eindigt:

„Welke der vermelde operaties: de ventrofixatie, de vaginaefixatie of de „retroflexie-operatie van STRATZ in een gegeven geval de voorkeur verdient, „zal rijpere ervaring bij zorgvuldige schifting der gevallen moeten leeren”.

Dit nu sluit in de eigenlijke „Moral von der Geschichte”, en terwijl voor velen de overige inhoud reeds grootendeels bekend kan zijn, is toch juist de vraag, wat men in een gegeven geval moet doen, voor den practicus „des Pudels Kern”, waaromtrent CATHARINE VAN TUSSENBROEK hem geheel in het onzekere laat. Daar m. i. reeds nu eens beantwoording dier vraag niet onmogelijk is, veroorloof ik mij de vrijheid te anticipeeren op de rijpere ervaring, ongetwijfeld ook op de rijpere ervaring van CATHARINE VAN TUSSENBROEK, en zal trachten om een schifting aan te geven voor bovengemelde operaties.

Om nu te beginnen met de, het laatst door CATHARINE VAN TUSSENBROEK aangegeven operatie-methode: de retroflexie-operatie van STRATZ, zou ik wel willen voorstellen, deze niet alleen in een gegeven geval niet te prefereren, maar geheel ter zijde te stellen. Jammer vind ik het daarom eenigszins, dat deze, zoo goed als obsolete, operatie-methode op één lijn wordt geplaatst met de ventro- en vaginaefixatie (of beter: hysteropectia parieto-abdominalis, en hysteropectia vaginalis). Liever had ik, op straks te vermelden gronden, hiernaast gezien de operatie-methode van ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS, de hysteropectia inguinalis. Doch wanneer de ondervinding leert, dat zelfs de inkorting der vrij dikke en soliede ligamenta rotunda, die toch direct haar uitwerking

op den fundus moet doen gevoelen, in de meeste gevallen geen blijvende resultaten geeft op diens achteroverkanteling, wat moet dan het blijvend resultaat zijn van het wegsnijden van een stukje weefsel, zoo rekbaar als het peritoneum, en, wat er eigenlijk nog altijd niet eens onder begrepen is, het verwijderen van een stuk van den achtersten vaginaalwand 1)? Maar gesteld, de operatie van STRATZ geeft goede resultaten (wat ik mij niet kan voorstellen), dan toch is de methode zoo omslachtig en zoo buitengewoon gevaarlijk, dat zeker weinigen er meer aan zullen denken, die in toepassing te brengen, sedert er kan worden beschikt over de vaginaefixatie, hetzij men die wil doen volgens DÜRSEN, hetzij volgens MACKENRODT 2).

De STRATZ-operatie elimineerende, rest dus nog in een gegeven geval te kiezen tusschen de ventro- en de vaginaefixatie, hoewel ik voor mij, zooals gezegd, nog gaarne daarbij, als „die Dritte im Bunde”, gezien had de hysteropexia inguinalis. En die keuze is m. i. in de meeste gevallen niet moeilijk en zelfs zuiver te definiëeren in ieder geval, waar zekerheid is omtrent de diagnose.

Dat het doen eener vaginaefixatie een onmogelijkheid is bij bestaand hymen, enge vagina, en overal waar de portio niet voldoende kan worden afgehaald, dus in het algemeen bij de zoogenaamde „virginale” retroflexies (achteroverkanteling van een baarmoeder, die niet heeft geconciпиëerd), behoeft geen nader betoog. Er komen wel gevallen voor van virginale retroflexie, waarbij, hetzij door onanie, hetzij door den coïtus, de vagina wijd genoeg en het bandapparaat genoeg verslapt is, om de portio goed in de vulva zichtbaar te doen worden, maar in het algemeen zal dit niet het geval zijn en derhalve de ventrofixatie aangewezen.

Een tweede factor, waarmee bij het kiezen eener operatie-methode moet worden rekening gehouden, is gelegen in het al of niet aanwezig zijn van

---

1) Dat integendeel retroflexie met verkorting of schrompeling van den acht: vaginaal-wand kan samengaan, bleek mij eenigen tijd geleden bij het verrichten van een ventrofixatie. Het geval betrof een 35-jarige vrouw, die ondanks haar 10-jarigen gehuwden staat, steriel was gebleven, en van af haar 13de jaar menstrueerde onder ondragelijke molimina. Hier bestond een z.g. virginale retroflexie; noch bimanueel noch met de sonde was de uterus te reponeeren, weshalve het bestaan van sterke brides werd aangenomen. Na opening van den buik en het ingaan met de hand in het kleine bekken, bleek er van vergroeiingen niets, doch de uterus dermate in den Douglas als het ware vastgezogen, dat het niet mogelijk was enkel met die hand hem om te buigen en omhoog te heffen, wilde er geen gevaar ontstaan voor afscheuring van het orgaan van de vagina. Door met twee vingers van de andere hand in het laquear post. den geheelen genitaal-tractus op te duwen, gelukten de repositie en de elevatie gemakkelijk. Bij deze manipulatie werd natuurlijk de acht. vaginaal-wand gerekt; een inkorting, en van den Douglas en van dien wand, zou in dit geval zonder twijfel den toestand niet hebben verbeterd, eerder verergerd.

2) Aangezien de vaginaefixatie „qua talis” technisch al vrij lastig is, zou ik althans voor hen, die niet zeer dikwijls vaginaal-operaties doen, de methode van DÜRSEN prefereren, hoewel die van MACKENRODT uit een topographisch-anatomisch oogpunt beter is.

complicaties. Wanneer ik op de vraag, welke operatie in een gegeven geval van gecompliceerde retroflexie moet worden gedaan, meen streng te kunnen definiëren, dan is dit het geval, omdat ik onder complicaties niet, evenals CATHARINE VAN TUSSENBROEK (en Dr. NIHOFF), meen te moeten verstaan: perimetritis, endometritis, hyperplasia mucosae enz. Het is mijne overtuiging, dat er dan geen enkele niet-gecompliceerde (last veroorzakende) retroflexie zou voorkomen. Onder complicaties zou ik willen verstaan: a. ontstekingsachtige toestanden van de parametriën, tubae, ovariën, enz. b. sterke vergroeiingen, die zonder gevaar van darm-laesie, verbloeding enz. niet dan na laparotomie zijn op te heffen. In dien zin de idee van complicatie opvatende, is het duidelijk, dat bij gecompliceerde retroflexies ook ventrofixatie is aangewezen.

Heeft men echter te doen met retroflexio uteri zonder complicatie, waarbij kan worden voldaan aan de hoofdvoorwaarden om vaginaal te opereeren, waar dus worden aangetroffen een voldoende wijde vagina, en waar het mogelijk is de portio tot in den introïtus af te halen, daar is de vaginaefixatie aangewezen; derhalve in het algemeen bij de niet-virginale retroflexie, en bij die enkele gevallen van vaginale r., waar, door andere oorzaken dan graviditeit, het bandapparaat van den genitaaltractus is verslapt.

Het is wel een feit, dat DÜRSEN zijn methode (vaginofixatie, vaginale coeliotomie) ook wil toegepast zien bij het verrichten van allerlei adnexoperaties, het verwijderen van ovariaal-tumoren, pyosalpinx, enz., maar dan vervalt hij in dezelfde fout, als voor eenige jaren zijn stadgenoot ROBERT KOCH, met diens geneeswijze van tuberculose; hij vergt dan te veel van zijn methode, en deze wordt daardoor gevaarlijk. Bovendien is het van DÜRSEN zeer inconsequent om, sprekende van het curettement, te verklaren: „indicirt ist das Curettement nur, wenn in der Umgebung des Uterus Eiter „vorhanden ist, also besonders bei Pyosalpinx, wo durch die Operation eine „Berstung des Sackes und damit tödliche Peritonitis erfolgen kann”, en later de vaginale salpingo-ophorectomie (coeliotomie) aan te bevelen als: „neue „Operation, welke Verf. (DÜRSEN) auch bei Pyosalpinx mit Erfolg ausgeführt „hat”.

Ten slotte nog een enkel woord over de operatie van ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS. Zooals reeds opgemerkt, is de retroflexio uteri een van de eigenaardigste ziekten van het vrouwelijk genitaalstelsel. De verschijnselen, die zij te voorschijn roept, loopen verbazend uiteen, en terwijl zij nu eens de bron is van een ondragelijk lijden, is zij dan weer volkomen onschuldig. Gaat in zoo'n laatste geval de retroflexie gepaard met steriliteit, dan is het vaak zeer moeilijk voor den medicus, om ter opheffing van die steriliteit een ventro- of casu quo vaginaefixatie aan te raden, in ieder geval een ingrijpende operatie, waarvan het succes zeer twijfelachtig is. Evenals bij menige sectio caesarea zou hierin de belanghebbende zelve moeten beslissen.

Voor dergelijke gevallen van „indifferentie retroflexie” zou, dunkt mij, een poging, om die door middel van de ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS-operatie op te heffen, aangewezen zijn. Bij mobiele retroflexie, en hier kan toch in deze gevallen alleen sprake van zijn, geeft deze operatie dikwijls nog goede resultaten, en heeft dit bij de andere methoden vóór, dat het gevaar, daaraan verbonden, nul is.

Resumeerende zou ik als indicaties willen stellen:

Ventrofixatie bij 1. virginale retroflexie in het algemeen,  
" 2. gecompliceerde "  
Vaginaefixatie bij 1. niet-virginale " in het algemeen,  
" 2. enkele virginale " met wijde vagiua enz.  
en zoo men wil:

Hysteropexia inguinalis bij indifferente retroflexie.

Naar deze indicaties handelende, was het mij zelden moeilijk in een gegeven geval een keuze van opereeren te doen. Natuurlijk zal ook hieraan een rijpere ervaring ten goede komen; vooralsnog geldt, evenals bij elke therapie, ook hier als hoofdzaak: het stellen eener juiste diagnose. En dit is nog, helaas! in vele gevallen de „point douloureux” van de gynaecologen.

Leeuwarden, November 1895.

Dr. J. F. SELHORST.

Naar aanleiding van bovenstaand stukje wensch ik voor de lezers van dit *Tijdschrift* met een paar woorden te motiveeren, waarom ik van oordeel ben, dat wij met het stellen der indicatie voor de verschillende retroflexie-operaties nog niet klaar zijn. Zoo eenvoudig als Dr. SELHORST de zaak voorstelt, is zij zeker niet. Dat bij gefixeerde retroversio-flexio of bij nauwe vagina de hysteropexia ventralis gemakkelijker uitvoerbaar is dan de hysteropexia vaginalis, en dus uit een technisch oogpunt voor den operateur verkieslijk, is zoo klaar als de dag. Het splitsen der gevallen naar deze criteria vraagt van den gynaecoloog noch rijpe ervaring, noch fijne diagnostiek. Zelfs de minste der broederen kan — des needs in narcose — wel uitmaken, of een uterus reponibel is of niet.

Maar bij de keuze eener operatie-methode leggen nog andere factoren gewicht in de schaal, dan de technische bezwaren harer uitvoering alleen. De DÜHRSEN-MACKENRODT'sche operatie is nog jong. Zij is, getuige het getal van 207 vaginale hysteropexiën, door DÜHRSEN in 3 jaar tijds verricht — ongetwijfeld menigmaal zonder strenge indicatie uitgevoerd. Bij een dergelijke jacht naar gevallen kan men zeker zijn, dat de techniek der operatie hoofdzaak, het opheffen van de bezwaren der patiënten bijzaak wordt.

Wij wachten nog op de definitieve resultaten. Wij wachten nog op de beantwoording der vraag: of de fixatie van den uterus onder de blaas misschien tot voortdurende of periodieke prikkelingsverschijnselen van dit orgaan praedisponneert: of wellicht grootte en consistentie van den te fixeeren uterus een aanwijzing kan geven, om bevestiging boven of onder de blaas te verkiezen. Wij hebben den, na de hysteropexia vaginalis zwanger geworden uterus nog in zijn ontwikkeling gade te slaan, om te kunnen beslissen, of bij de keuze der operatie met de kans op latere zwangerschap al of niet rekening moet worden gehouden.

Deze en dergelijke gronden doen mij vasthouden aan de overtuiging, dat rijpere ervaring voor een striete indicatie-stelling bij de keuze eener retroflexie-operatie noodig is. Wanneer Dr. SELHORST, door het in extenso publiceeren zijner gevallen, tot die rijpere ervaring wil medewerken, zal hij mij altijd bereid vinden, minder juiste inzichten voor juistere prijs te geven.

CATHARINE VAN TUSSEN BROEK.