Aus der Königl. Frauenklinik in Dresden.

Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

(Ventrofixation. — Vaginale Verfahren. — Alexander-Kocher.)

Von

Dr. A. Buschbeck,

Oberarzt u. 1. Assistenzarzt.

Die operative Behandlung der Retroflexio uteri ist in den letzten Jahren der Gegenstand eifriger Studien und eines lebhaften Meinungsaustausches gewesen. Von verschiedenen Seiten her nahm man die Beseitigung der störenden Lageveränderung in Angriff. Den von Olshausen, Sängner, Czerny, Leopold u. A. gegebenen Vorschlägen, den Fundus uteri an der Bauchwand zu befestigen, folgten bald andere, welche die Laparotomie als einen zu gefährlichen Weg bezeichneten und dafür den Weg durch die Scheide einsetzten, theils ohne, theils mit Eröffnung der Plica vesico-uterina. Vorher schon und inzwischen aber versuchte man durch Kürzung der Ligamenta rotunda von den Inguinalfalten her den Uterus gerade zu stellen und hoffte damit die Eröffnung der Bauchhöhle umgehen zu können.

Seit Olshausen's Anregung hat sich Herr Geheimrath Leopold mit der Lageverbesserung des retroflectirten Uterus durch die Laparotomie (Ventrofixation) beschäftigt und die in den Jahren 1884—1889 operirten 19 Fälle theils selbst, theils durch seinen Assistenten Dr. Sperling veröffentlicht. Das Verfahren — um es noch einmal kurz zu erwähnen — bestand darin, dass der Leib mit einem relativ kleinen Schnitte eröffnet, und der Uterus aus seinen etwaigen Verbindungen an der hinteren Wand gelöst wurde. Hierauf wurde der Uterus aufgerichtet, sein Fundus

dem unteren Wundwinkel mittelst zweier Finger genähert und nun durch zwei tiefe Bauchdeckennähte so gefasst, dass die eine zwischen beiden Tubeninsertionen, die andere ca. $\frac{1}{2}$ cm unterhalb derselben, die Muscularis uteri durchstechend, gelegt wurde. Durch das Knüpfen dieser Bauchdecken-Gebärmutternähte zog man den Uterus an die Bauchwand heran. Hierbei wurde immer darauf geachtet, dass diese Fixation des Fundus uteri nicht etwa unmittelbar hinter der Symphyse, sondern etwa 1—2 Finger breit oberhalb derselben erfolgte, wodurch der Blase jede fernere Bewegung in der Füllung etc. gewahrt blieb.

Die Erfahrungen, welche wir hier in der Klinik an jenen ersten 19 Fällen gewonnen, waren nach jeder Richtung hin so gute, dass kein Grund dazu vorlag, von dem Verfahren abzugehen. Zeichnete es sich doch durch Einfachheit, Kürze und Sicherheit aus, eine Thatsache, welche ihm eine Reihe von Fachgenossen als Freunde zuführte.

Um aber nicht auf einem einseitigen Standpunkte stehen zu bleiben, wurden von Herrn Geheimrath Leopold zwischendurch auch andere Verfahren versucht, einestheils um eine etwa noch bessere Methode kennen zu lernen, andererseits, um die hier studirenden Aerzte mit möglichst vielen Operationsverfahren bekannt zu machen.

So entwickelten sich nach und nach an unserem operativen Material über die Verbesserung der Reflexio uteri drei Operationsgruppen, nämlich 1. die Ventrofixation nach Leopold, 2. das vaginale Verfahren nach verschiedenen Autoren und 3. die Verkürzung der Lig. rotunda nach Alexander-Kocher, über welche eine vergleichende Betrachtung in den nachfolgenden Zeilen angestellt werden soll.

Die Zusammenstellung unserer Fälle von operativer Behandlung der Retroflexio uteri und ihrer Erfolge ist nun im Laufe der letzten drei Semester allmählig entstanden.

Sämmtliche Operirte ¹⁾ wurden aufgefordert, sich von Zeit zu Zeit zur Untersuchung wieder in der Klinik vorzustellen oder über ihren derzeitigen Gesundheitszustand eingehend Bericht zu erstatten.

Operirt wurden in den Jahren 1887—1895 im Ganzen 96. Von den 77 Frauen, welche hier in Betracht kommen, sind 2 inzwischen verstorben, bei 3 liegt die Operation jetzt noch zu

---

1) Mit Ausnahme der ersten 19, über welche schon referirt ist.

kurze Zeit zurück, so dass diese Fälle, wenn es sich um Dauererfolge handeln soll, auszuschneiden sind. 8 von den übrigen 72 waren nicht aufzufinden, bezw. es blieben wiederholte Anfragen an sie unbeantwortet. Somit bleiben $64 = 89$ pCt. Operirte. Darunter liegen von 11 nur schriftliche Mittheilungen vor, während $53 = 73,6$ pCt. sich zur Untersuchung in der Klinik wieder einfanden. Ueber mehrere besitzen wir wiederholte Befunde in längeren Zeiträumen in die Krankengeschichte eingetragen; eine Anzahl blieb seit der Operation bis heute dauernd in poliklinischer Beobachtung.

Aus äusseren Gründen konnte die Bearbeitung des Materials erst jetzt erfolgen. So erklärt es sich, dass die letzten Nachuntersuchungen theilweise um einige Monate zurückliegen.

Die drei Operationsgruppen setzen sich folgendermaassen zusammen: aus 54 Fällen von Laparotomie und Ventrofixation in der von Leopold ⁽¹⁸⁾ angegebenen Weise, aus 15 Fällen vaginalen Methoden [Schücking ⁽¹⁰⁾, Stratz ⁽¹¹⁾, Mackenrodt ⁽¹²⁾, Dührssen ⁽¹³⁾, Bode ⁽¹⁴⁾]; aus 8 Fällen von Verkürzung der Ligamenta rotunda [Alexander-Kocher ⁽²⁰⁾].

I. Ventrofixation.

In der Technik der Ventrofixation sind grundsätzliche Abänderungen der von Leopold beschriebenen Methode nicht vorgenommen worden.

Der Bauchschnitt wurde in den letzten Jahren bei den nicht complicirten Fällen kleiner als früher angelegt, ohne indess hierauf besonderen Werth zu legen. Bei der nun allgemein geübten Beckenhochlagerung von Beginn der Operation an wird ein schnelles Erfassen und Aufrichten des rückwärts liegenden Uterus bedeutend erleichtert und zugleich die Gefahr, dass sich Darm oder Netz zwischendränge, wesentlich vermindert. Selbstverständlich ist hierbei Vorbedingung, dass die Vorbereitung des Darmcanals und die Narkose für die oft nur 6—8 Minuten dauernde Ventrofixation gleich sorgfältig sei wie für complicirte Bauchoperationen. Nebenbei sei hier bemerkt, dass die Aethernarkose sich an der hiesigen Klinik mit der zunehmenden Uebung der narkotisirenden Aerzte bei schwereren und leichteren Operationen von Semester zu Semester mehr bewährt hat.

Ein Emporheben und Gegendrängen der Gebärmutter durch einen zweiten Assistenten von Scheide oder Mastdarm her ist kaum

nöthig; der Bauchfellüberzug des Fundus uteri wurde vor der Annäherung nicht mehr abgeschabt. Nur in sechs Fällen kamen zur Annäherung noch drei Fäden zur Verwendung, nachdem die Erfolge gelehrt hatten, dass zwei Nähte zur Erzielung einer hinreichend breiten Verlöthung genügten; 5 mal wurde sogar nur mit einem Faden vernäht, und auch bei diesen fünf Patientinnen fand sich bei späteren Untersuchungen der Fundus anteflectirt fixirt, bei einer allerdings in leichter Retroposition.

Es ist demnach für den Dauererfolg nicht sowohl die Zahl der Fixationsfäden als die Art und Weise, wie ventrofixirt wird, maassgebend.

Wichtig ist vor allen Dingen — und das ist auch von anderer Seite ⁽³⁾ betont worden —, dass wirklich der Fundus uteri und nur der Fundus uteri festgenäht wird. Man erreicht dies dadurch, dass man die erste Naht zwischen die Einmündungsstelle beider Tuben, die zweite Naht $\frac{1}{2}$ —1 cm vor ihr anlegt. Diese Nähte sollen etwa 1 cm breit unter der Serosa hinziehen und die obersten Muskellagen mitfassen.

Als Nahtmaterial wurden nur starke Seidenfäden verwendet, welche zugleich die Bauchdecken in ihrer ganzen Dicke tief umfassten.

Aus den Stichcanälen in der Uterusserosa kommt es mitunter zu mässigen Blutungen, die aber sofort zu stehen pflegen, sobald man mittelst der eben gelegten Fäden als Zügel die Gebärmutter mit der blutenden Stelle fest an die Bauchdeckenserosa heranzieht. Umstechungen sind thunlichst zu vermeiden, auch nicht nöthig.

Die Fixationsfäden wurden in der Mehrzahl der Fälle erst geknüpft, nachdem in der ganzen Ausdehnung der Bauchwunde die tiefumgreifenden Nähte angelegt waren.

Hierbei kommt der Fundus näher dem unteren Wundwinkel zu liegen als dem oberen. Sorgfältig zu vermeiden ist aber ein künstlich übertriebenes Vor- und Tiefziehen der Gebärmutter in den etwa bis zum oberen Symphysenrand angelegten unteren Wundwinkel hinein, wie es anderwärts theilweise geübt worden ist. Dass hierdurch vollständig widernatürliche anatomische Verhältnisse geschaffen werden, liegt auf der Hand. Aber man darf billigerweise die üblen Folgen derartig verfehlter Operationstechnik nicht der Ventrofixation als solcher zum Vorwurf machen.

Hauptsache ist und bleibt, dass der Gebärmuttergrund vorn

angenäht wird, und zwar ungefähr zwei Finger breit oberhalb der Schamfuge.

Wenige oberflächliche Bauchdeckenhautnähte beenden die Operation, welche bei beweglichem Uterus und normalen Adnexen selten länger als 10 Minuten dauerte, in den meisten Fällen aber in 6—8 Minuten beendet war.

Die Nachbehandlung ist die denkbar einfachste geblieben. Nachdem am 10. bzw. 12. Tage nach der Operation die übrigen Nähte entfernt waren, wurden erst am 16. oder 18. Tage die Fixationsfäden fortgenommen. Stichkanalleitungen machten sich trotz des langen Liegenbleibens der Seidennähte nur dreimal in geringer Ausdehnung bemerkbar. Um eine Verwechslung der einzelnen Fäden zu vermeiden, könnte man vielleicht verschieden gefärbte Seide verwenden; wir haben einfach die Fixationsfäden zum Unterschiede lang gelassen.

Nach Entnahme dieser Nähte bleiben regelmässig die Kranken zur weiteren Festigung und Schonung der Narben noch einige Tage im Bett liegen; beim Aufstehen wird die jeder Operirten vorher nach Maass gefertigte leinene Leibbinde angelegt und bei der Entlassung wird dauerndes Tragen dieser Binde, Vermeidung aller schweren körperlichen Arbeit während des nächsten Vierteljahres und Sorge für regelmässige Entleerung von Mastdarm und Blase anempfohlen.

Von der eben beschriebenen Operationsmethode ist nur in Fall 25 (15. December 1891) abgewichen worden. Hier wurde nach stumpfer Auslösung der stark entzündeten Tuben und Ovarien der schlaffe, retroflectirte Uterus aufgerichtet und darauf sein vorderer Serosaüberzug mit der Serosa der Blase durch drei horizontale neben einander verlaufende Seidennähte vereinigt. Der Verlauf nach dieser Vesicofixatio uteri abdominalis war ein ungestörter; die Patientin hat niemals Blasenbeschwerden oder Erscheinungen von Darmeinklemmung zwischen Blase und Uterus gehabt; am Entlassungstage lag der Uterus anteflectirt an der Symphyse. Die Vaginalportion war normal gestellt. Leider hat sich die Frau später weder zur Nachuntersuchung eingefunden, noch Nachricht über ihr Befinden gegeben. Es fehlt uns somit ein Urtheil über den Dauererfolg dieser Operation. Ein ähnliches Verfahren, welches Werth (?) übt, hat sich nach einer Veröffentlichung aus der Kieler Universitätsklinik bisher bewährt. —

Konnte demnach bei der ventralen Fixation der Gebärmutter die seit Jahren erprobte Methode im Wesentlichen unverändert bei-

behalten und regelmässig ausgeführt werden, so galt es in der zweiten Gruppe von Fällen

(Tabelle II) Vaginale Verfahren

im Gegensatz hierzu erst einzelne Operationsmethoden zu probiren, um ein selbständiges Urtheil über ihren Werth zu gewinnen.

Eine Durchsicht der Tabelle lehrt, dass verschiedene Vorschläge bezw. Versuche berücksichtigt worden sind, um eine operative Heilung der Retroflexion per vaginam zu erzielen.

Ueber die Werthabschätzung der einzelnen Verfahren soll später gesprochen werden; hier sei nur erwähnt, dass in den meisten Fällen eine Art vaginaler Ligatur probirt wurde, dass aber, ohne sich an die Methode zu binden, der einzelne Fall stets eine individuelle Behandlung erfuhr.

Die beiden ersten Fälle wurden mit Wiederaufnahme der Vorschläge von Schücking⁽¹⁰⁾, Klotz⁽¹⁷⁾ u. A. vaginal ligirt, beide Male aber vorher wegen der den Uterus fixirenden, festen Verwachsungen zwischen dessen hinterer Wand und dem Rectum zunächst der Douglas'sche Raum eröffnet, die Adhäsionen stumpf gelöst und später der Douglas'sche Raum wieder geschlossen. Um nun von vornherein die von den genannten Operateuren gemachten ungünstigen Erfahrungen zu vermeiden, wurde nach Umschneidung der Portio vorn die Blase hoch hinaufgeschoben, dann die Plica vesico-uterina eröffnet und nun erst zur Ligatur rechts und links je eine Schücking'sche Nadel mit Seidenfäden eingeführt und durch die vordere Uteruswand durchgestochen. Dann wurden die Fäden über einer Silberplatte an der vorderen Muttermundslippe geknüpft und die Scheide mit Jodoformgaze ausgestopft. Die Entfernung der Ligaturfäden erfolgte nach sieben Wochen.

In Fall 3 wurde ähnlich wie bei der Stratz'schen⁽¹⁵⁾ Operation der Douglas'sche Raum verödet.

Von Fall 4 ab (28. Juli 1891) gab man das Durchstechen der vorderen Uteruswand von innen nach aussen mit der Schücking'schen Nadel auf; dafür wurde in allen folgenden Fällen, nachdem die Blase hoch hinaufgeschoben war, ohne vorherige Eröffnung der Plica vesico-uterina der Uterus mit der Sonde anteflectirt und nun wenig unterhalb des Fundus eine Nadel mit Seidenfaden quer von links nach rechts tief durch die Musculatur der vorderen Wand durchgestochen. Die beiden Enden des sehr langen Fadens wurden dann seitlich durch die Portio von oben nach unten und schliess-

lich noch unter Anziehen nach hinten durch die hintere Scheidenwand durchgestochen und hier geknüpft. Diese Methode mit querer Durchstechung der vorderen Uteruswand bei hoch hinaufgeschobener Blase ohne Eröffnung der Plica kam in den folgenden 9 Fällen zur Ausführung. Das Durchführen der Fadenenden durch die hintere Scheidenwand wurde sehr bald wieder aufgegeben und der Knoten über einer kleinen Silber- oder Bleiplatte nach senkrechter Durchstechung der vorderen Muttermundslippe an dieser angelegt. Vorher wurde principiell, wenn es sich um fixirte Retroflexion mit alten Entzündungserscheinungen handelte, der Douglas'sche Raum eröffnet und durch Lösen der Adhäsionen und Freimachen der Adnexe der Uterus beweglich gemacht. Im 5. Fall schloss sich an die Operation noch die vordere und hintere Kolporraphie an.

Die sämmtlichen vaginalen Operationen fallen in die Zeit von Anfang 1891 bis 1892. Ihre Erfolge waren so wenig befriedigend, dass sie die Ventrofixation nicht ersetzen konnten, weshalb wir im Wesentlichen bei der ventralen Methode geblieben sind.

Einmal, 1894, wurde noch nach Mackenrodt⁽¹²⁾ die Vagino-fixation vorgenommen.

Der Fall war folgender:

Frau Lier., 39 Jahre alt, hat 7mal geboren, zuletzt vor drei Jahren. Menstruation seit dem 17. Jahre, vierwöch., regelmässig, 3—4 Tage, nur die letzte schon nach dreiwöchentlicher Pause. Seit einem Jahr Vorfall und Fluor, seit vier Wochen heftige Leib- und Kreuzschmerzen, besonders links.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis. Descensus uteri. Prolapsus vaginae.

Operation: 13. August 1894.

Nach vorhergegangener Ausschabung Umschneidung der Portio vorn an der Blasengrenze und Längsschnitt auf die vordere Scheidenwand bis zu diesem Circulärschnitt. Darauf Wegschieben der Blase unterhalb der seitlichen Scheidenlappen und hinauf bis zur Plica vesico-uterina. Eröffnung der Falte, Fassen des Corpus uteri mit Hakenzange und Hereinziehen in die Scheidenwunde. Annäherung des Corpus uteri links und rechts an die Scheidenwände. Zum Schluss Abtrennung der überschüssigen Schleimhautlappen und Vernähung der beiden Wundränder. Reposition des Uterus. Kolpoperineorrhaphie für später vorbehalten.

Verlauf glatt, Entlassung nach vier Wochen: Uterus liegt antevortirt fest der vorderen Scheidenwand auf.

Nachuntersuchung 1 Jahr später, 29. September 1895: Klagte wieder über Kreuzschmerzen. Uterus lag anteflectirt, gut fixirt. Man fühlte an der vorderen Scheidenwand einen derberen Wulst, gebildet von der an die Scheide herangenähten Gebärmutterwand. Blase unnatürlich hoch zum Corpus uteri heraufgeschoben. Da das ganze Verfahren wenig befriedigte, so konnte sich Herr Geheimrath Leopold nicht entschliessen, dasselbe fernerhin auszuführen. Keine Gravidität.

Der Vollständigkeit wegen seien hier noch zwei jüngst operierte Fälle kurz erwähnt, bei denen die von Bode ⁽¹⁴⁾ vorgeschlagene vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda vorgenommen wurde.

1. Frau Schmi., 33 Jahre alt, menstruiert seit dem 12. Jahre, regelmässig, vierwöchentlich, achttägig bis vor zwei Jahren, seitdem 14tägig mit starken Kreuzschmerzen, hat sechs spontane Geburten mit angeblich fieberlosen Wochenbetten durchgemacht; letzte Entbindung 1895, eine Fehlgeburt 1883.

Pat. ist wegen Gebärmutterensenkung und wegen der erwähnten Menstruationsanomalien bisher ohne Erfolg anderwärts behandelt.

Stat. praes. 18. Mai 1896: Grosse, schlecht genährte, anaemische Person, über der rechten V. jugularis lautes Venensausen, Herz und Lunge gesund. Scheidenwand schlaff, prolabiert. Uterus in ausgesprochener Retroflexionsstellung, schlaff, lässt sich leicht reponiren, um sofort wieder hintenüber zu fallen. Parametrien frei, Adnexe gesund.

Operation 21. Mai in Aethernarkose. Nach Umschneidung der Vaginalportion wird die Blase hoch präparirt, dann gelingt es nach Eröffnung der Plica vesico-uterina leicht, die Ligamenta rotunda in die Wunde herabzuziehen und bis zu ihrer uterinen Abgangsstelle sichtbar zu machen. Die Verkürzung geschah nun in der Weise, dass beiderseits das Band längs gefaltet und die dadurch entstehenden beiden Schenkel jederseits miteinander und mit der Uterusserosa mit einigen Seidenfäden vernäht wurden. Darnach Versenkung des Uterus und Schluss der Peritonealhöhle durch Seidenknopfnah. Tamponade der Scheide mit Jodoformgaze.

Die Vaginalportion sah unmittelbar nach der Operation nach hinten, das Corpus uteri war scharf anteflectirt.

Fieberfreier Verlauf ohne Beschwerden. Am 10. Tage Entfernung der Scheidennähte. Pat. stand am 11. Tage bei gutem Befinden auf, wurde aber absichtlich noch acht Tage lang weiter beobachtet. Bei der Entlassung am 8. Juni fand sich die Portio hochstehend, Uterus in Anteflexionsstellung.

2. 23jähr. sehr nervöses Fräulein Münz., seit dem 15. Jahre menstruiert, regelmässig alle vier Wochen, sechs Tage lang. Seit zwei Jahren wegen „Schmerzen im Unterleib und Gebärmutterknickung“ von verschiedenen Aerzten mit Ausschabung, mehreren Pessarien und monatelanger Massage erfolglos behandelt. Keine Geburten und Fehlgeburten.

Diagnose: Retroflexio uteri vaginalis mobilis, völlig gesunde Adnexe. Neurasthenie.

In der Annahme, dass die Beschwerden im Wesentlichen wohl auf der allgemeinen Nervosität der Pat. beruhen und durch andauernde körperliche Ueberanstrengung augenblicklich gesteigert seien, wurde durch Regelung der Lebensweise, Darreichung zweckmässiger Diät bei absoluter Bettruhe auf das Leiden einzuwirken gesucht, zunächst auch mit scheinbarem Erfolg. Als aber die Kranke nach vier Wochen zum ersten Male wieder ausser Bett war, stellten sich sofort ihre Beschwerden in der alten Stärke wieder ein.

Jetzt wurde die operative Behandlung der Retroflexion beschlossen.

Operation nach Bode am 18. Juni 1896. Die vaginalen Verhältnisse der Vagina erforderten eine ausgiebigere Eröffnung des Cavum vesico-uterinum, und ein Vorziehen der runden Mutterbänder mit Häk-

chen. Im Uebrigen wurde genau wie im vorhergehenden Falle verfahren. Entfernung der Fäden am 10. und 12. Tage.

Die Operirte stand am 14. Tage auf und war bis zu ihrer Entlassung am 5. Juli 1896 acht Tage lang ausser Bett ohne Beschwerden.

Am 4. und 5. Tage hatte sie über Blasenschmerzen geklagt, die aber dann von selbst dauernd wieder verschwanden.

Entlassungsbefund: Uterus hochstehend, anteflectirt, etwas retroponirt, gut und schmerzlos beweglich. Subjectiv ohne Klagen.

III. Alexander-Kocher'sche Operation.

Wenden wir uns nun zur dritten Gruppe mit 8 Fällen von Alexander'scher Operation nach der Modification von Kocher⁽²⁰⁾, so handelte es sich in allen um vollständig bewegliche, schlaffe Uteri, in sechs Fällen bestand zugleich Descensus und Prolaps der Scheide in mässigem Grade.

Das Operationsverfahren war ziemlich genau das von Lanz ausführlich beschriebene, welchem bei den sechs letzterwähnten Kranken sofort die Kolporraphie angeschlossen wurde.

Die Hautschnitte wurden parallel dem Poupart'schen Bande zwischen Spina ilei ant. sup. und äusserem Leistenring ergiebig lang angelegt, die oberflächliche Fascie gespalten, die Aeste der Epigastrica superficialis abgeklemmt und die Aponeurose des Musc. obliquus freigelegt. Nachdem man jetzt noch den Leistencanal mit der Scheere ein wenig gespalten hatte, gelang es stets ohne grosse Schwierigkeiten, die Ligamenta aufzufinden und zu isoliren. Das Fettträubchen, auf das auch Lanz aufmerksam macht, diente besonders in den ersten Fällen als Wegweiser bei der stumpfen Aufsuchung des äusseren Leistenringes.

Das freigelegte Band wurde nun, genau wie es Lanz angiebt, emporgehoben, isolirt, gegen die Symphyse zu von seinen peripheren Anheftungen freigemacht und direct in der Richtung gegen die Spina ant. sup. ilei kräftig angezogen, während ein Assistent von der Scheide her die Stellung des Uterus controlirte. Dabei wurde mit dem Lig. rotundum ein 3—5 cm langer Kegel des Parietalperitoneums mit emporgehoben. Derselbe wurde von allenfalls mitfolgenden Weichtheilen möglichst genau isolirt, und sobald man sich überzeugt hatte, dass er leer war und keine Eingeweide enthielt, wurde das Ligament auf der Aussenfläche des zwischen hinterem Leistenring und Spina ant. sup. ilei liegenden Theiles der Fascia obliqui externi durch Seidennähte festgenäht, welche auch den Peritonealkegel mitfassten. Der Leistenkanal wurde dann durch weitere Seidennähte vollständig geschlossen und die Hautwunde

ebenfalls durch gleiche Nähte zum Verschluss gebracht. Drainage wurde nicht eingelegt.

Im ersten Falle hatten wir uns das Hervorziehen des linken Bandes dadurch erschwert, dass wir vorher auf der rechten Seite die Operation vollständig vollendeten. Späterhin wurden erst beide Ligamente aufgesucht und dann verkürzt.

In dem einen Falle waren die Bänder auffällig wenig entwickelt, vielleicht theilweise verfettet, in Folge dessen auch schwieriger zu isoliren; es liess sich aber durch Controle von der Vagina her beim Anziehen sicherstellen, dass die dünnen Stränge wirklich die runden Mutterbänder waren. Ein Abreissen der Bänder beim Anziehen ist nicht passirt.

Im Allgemeinen bemühten wir uns, um dem von Lanz anderen Operateuren gemachten Vorwurf einer fehler- oder mangelhaften Ausführung der Operation zu entgehen, genau nach dem aus der Kocher'schen Klinik angegebenen, zum grössten Theile wörtlich von mir citirten Verfahren zu operiren.

Unmittelbar nach der Operation stand in allen acht Fällen der Uterus in Anteflexionsstellung elevirt. Darauf wurde in derselben Sitzung, wo nöthig, die Kolporrhaphie vorgenommen.

Ueber die Dauererfolge wird weiter unten berichtet. Nur das eine möchte hier gleich erwähnt sein: Trotz peinlicher antiseptischer Vorbereitung des Operationsfeldes — genau wie für die Laparotomie — gelang es uns bei Anwendung einer im Laufe der Zeit als zuverlässig bewährten Asepsis doch nicht in allen Fällen, eine primäre Verheilung der beiden Wunden zu erzielen. Auch bei uns brauchten diese Wunden, wie von anderer Seite berichtet wird, einige Male mehrere Wochen zur Verheilung.

Wenn nun die Dauererfolge der verschiedenen Operationsmethoden festgestellt werden sollen, so lassen sich nicht alle 72 Fälle als gleichwerthig für die Beurtheilung verwenden.

Während in den 23 auf vaginalem Wege und nach Alexander-Kocher operirten Fällen diese Operationsverfahren, wenn ich so sagen darf, Selbstzweck waren, d. h. ausgeführt wurden direct und allein zur Beseitigung der durch die Retroflexio uteri hervorgerufenen Beschwerden, so liegt die Sache bei den Ventrofixationen insofern anders, als bei einer Anzahl Kranker die Annäherung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand im Anschluss an andere Bauchoperationen secundär ausgeführt wurde.

Von diesem Gesichtspunkte aus sind die Fälle auszuschneiden, bei denen vorher die Castration wegen Adnexerkrankungen ausgeführt war und ebenso die beiden Fälle, wo die Operation zur Hebung eines Totalprolapses des Uterus und der Vagina, und der eine Fall (7), wo die Ventrofixation eines myomatösen Uterus nach der Castration vorgenommen wurde.

Fragen wir uns jetzt zuerst nach dem anatomischen Erfolg, so ergibt sich aus der Tabelle I, dass in sämtlichen 41 wieder untersuchten Fällen die Gebärmutter anteflectirt fixirt lag. Dass in Fall 18 der Prolaps nach 2 Monaten trotz fixirtem Fundus sich wieder ausgebildet hatte, kann der Ventrofixation als solcher nicht zum Vorwurfe gemacht werden.

Dabei liegen zwischen der Operation und der letzten Untersuchung

bei 1 Frau fast 6 Jahre

„ 1 „ über 5 „ .

Es ist der letzte Befund aufgenommen

im 5. Jahre nach der Operation bei 11 Frauen

77	4.	77	77	77	77	6	77	
77	3.	77	77	77	77	6	77	
77	2.	77	77	77	77	8	77	und
77	1.	77	77	77	77	8	77	.

Die durchschnittliche Beobachtungszeit, während der der Uterus dauernd fixiert geblieben ist, berechnet sich demnach auf $2\frac{3}{4}$ Jahre.

Nach diesen Beobachtungen trifft das, was Lanz als den „schwerwiegendsten Grund gegen die Ventrofixation“ anführt, dass sie „nicht vor Recidiven sichere“, für unsere Fälle nicht zu.

Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass, allerdings in einem der Anfangsfälle (No. 1) der Sperling'schen Veröffentlichung, unmittelbar nach dem Aufstehen der vorher mit 3 Fäden antefixirte Uterus wieder retroflectirt lag. Aus dem Krankenbericht geht aber hervor, dass sich die Kranke in den ersten Tagen post operationem äusserst ungeberdig betragen und sich im Bette fortwährend hin- und hergeworfen hat.

Vier Wochen später wurde, nachdem vorher durch Kolporrhaphia posterior und Perineauxesis nach Lawson Tait der Scheidenvorfall beseitigt war, zum zweiten Male der Bauchschnitt vorgenommen. Dabei zeigte sich, dass die 3 Befestigungsnähte durchgeschnitten hatten. Diesmal wurden die 3 Fixationsfäden tiefer

durch den Uterusmuskel gelegt, und bei der Entlassung, 4 Wochen nach der Operation, lag die Gebärmutter den Bauchdecken fest an.

In der kritischen Besprechung dieses Falles heisst es: „Dass eine Wiederholung der Operation nöthig war, lag allein in dem ganz ungebührlichen Betragen der Kranken und kann der Methode nicht zur Last gelegt werden. Es ist wohl möglich, dass die vorgefallene hintere Scheidenwand der Verwachsung der Gebärmutter mit den Bauchdecken hinderlich gewesen ist, und wäre es deshalb besser gewesen, gleich mit der Kolporrhaphie zu beginnen.“

Und weiter unten wird berichtet, dass dieselbe Person im October 1889 ($1\frac{1}{2}$ Jahr nach der Operation) wieder schwanger geworden ist und am 15. Juli 1890 in der Klinik normal entbunden wurde. Bei ihrer Entlassung am 9. Wochenbettstage stand der Gebärmuttergrund 3 Querfinger über dem Schambogen, der Uterus war mit den Bauchdecken wie früher fest verlöthet. Ebenso wurde bei der letzten Untersuchung, ein halbes Jahr nach der Entbindung, der „Uterus klein, ganz beweglich, ohne jede Empfindlichkeit, sehr gut zurückgebildet in Anteflexionsstellung und mit dem Fundus ungefähr zweifingerbreit oberhalb der Schamfuge an der vorderen Bauchwand durch eine ca. 2 cm breite, feste Brücke verbunden“ gefunden.

Dieser Fall ist für die statistische Beurtheilung des Werthes einer Operation überhaupt sehr lehrreich und spricht in seinem ganzen Verlaufe für alles andere, aber nicht gegen die Ventrofixation.

Er war, wie erwähnt, ein Anfangsfall, der 10. überhaupt, operirt in einer Zeit, als die Methode noch in der Ausbildung begriffen und die Technik noch nicht durch grosse Erfahrungen vollständig ausgebildet war. Nachdem das Lehrgeld gezahlt war, kamen die hier gesammelten Erfahrungen bezüglich des Scheidenvorfalles, tiefen Einstechens der Ligaturfäden und der Nachbehandlung der Kranken bei ihrer 2. Operation und den nachfolgenden 64 Fällen wieder reichlich zu Gute.

Er ist der einzige geblieben unter allen 72 Ventrofixationen, er hätte damals unter 10 Fällen 10 pCt. Recidiven entsprochen und repräsentirt heute nur noch 1,38 pCt. — ein treffender Beleg für die Richtigkeit der Forderung grösserer Zahlen von Fällen zu statistischen Feststellungen.

Um nun weiter zu erörtern, ob diese bei richtiger Technik sicher zu erzielende feste Verheilung des Fundus mit der Bauch-

wand, wie von Olshausen vermuthet wird, Nachtheile für die Operirten herbeigeführt hat, fragt es sich zunächst, wie nach der Operation im Allgemeinen das subjective Befinden der Kranken gewesen ist und weiterhin im Besonderen, ob bezw. in welcher Richtung ein schädigender Einfluss der Ventrofixation auf die Functionen des Geschlechtsapparates, auf Menstruation, Gravidität, Entbindung und Wochenbett sich fühlbar gemacht hat.

Die Heilung der Wunde verlief, abgesehen von wenigen leichteren Temperatursteigerungen aus äusseren Ursachen (Bronchitis, Angina, 3 mal Stichkanalleitung), fieberfrei. Todesfälle bei oder nach der Ventrofixation sind nicht vorgekommen.

Ebenso wenig ist eine Darmeinklemmung weder unmittelbar nach der Operation, noch späterhin nach Dehnung der Fixationsnarbe jemals beobachtet worden. Trotzdem bei Aufzählung der Nachtheile der Ventrofixation zumeist dieses Ereigniss mit erwähnt wird, findet sich doch in der Literatur, wie schon Strassmann (8) erwähnt, nur ein einschlägiger Fall von Jacobs, wo 3 Jahre nach der Operation durch einen 4 cm langen, 3 cm dicken Stiel zwischen vorderer Bauchwand und Uterus ein Ileus mit tödtlichem Ausgang entstand.

Olshausen ⁽¹⁾ erwähnt bei der Besprechung seiner Methode der indirecten Ventrofixation einen Fall, in dem Leopold nach dieser eine Einklemmung von Darmschlingen erlebt habe.

Hier dürfte wohl eine Verwechslung vorliegen, da

1. Herr Geheimrath Leopold sich niemals der Olshausen'schen Methode bedient hat und
2. unter sämmtlichen nach dem Leopold'schen Verfahren Operirten, sobald dies Verfahren auch richtig ausgeführt worden ist, sich thatsächlich eine derartige Einklemmung nicht ereignet hat.

Ueber ihr späteres Befinden klagten im Ganzen 9 Operirte.

Direkte Narbenbeschwerden oder Zerrungserscheinungen waren bei keiner von ihnen vorhanden. Eine (48) giebt ganz allgemein brieflich an, dass ihr „Befinden nicht gut“ sei, zwei Frauen (5 u. 40) hatten nach der Operation noch wiederholt zu klagen über Schmerzen im Kreuz, in den Seiten und im Bein und bei fünf anderen waren die Beschwerden die gleichen wie vor der Operation.

Davon sind 4 (No. 11, 22, 28, 41) bereits im Aufnahmestatus als hochgradig hysterische Personen bezeichnet. Bei ihnen wurde die Hauptursache der mannigfachen Beschwerden irriger Weise in

der Retroflexio uteri gesucht und die Ventrofixation des Organes vorgenommen. Besserung trat nicht ein, bei zweien von ihnen (No. 11 und 28) auch dann noch nicht, als späterhin noch die Castration ausgeführt worden war. Alle 4 fühlten sich vorübergehend wohl besser, sehr bald aber waren ihre Klagen wieder dieselben.

Jedenfalls aber waren ihre Beschwerden nach der Ventrofixation nicht nachweislich verschlimmert.

Auch die 5. Kranke (4), deren Operation am 21. 7. 1890 erfolgte, war uns seit Jahren als hochgradige Hysterica bekannt. Ihre Beschwerden hatten sich nach der Entfernung der linksseitigen chronisch entzündeten Adnexe mit anschliessender Ventrofixation zunächst gebessert. Sie trat im April 1895, als sie bei der verschiedenartigsten Behandlung von Aerzten und Kurpfuschern 4 Jahre lang immer nervöser geworden war, von neuem in die Klinik ein und verlegte jetzt ihre Hauptbeschwerden in die Gegend des rechten Ovariums, nachdem sie erfahren hatte, dass dieses im Jahre 1890 nicht mit entfernt war. Wir entschlossen uns damals wegen des bedauernswerthen Zustandes der Patientin zur Castration und konnten feststellen, dass mit Eintritt der Menopause ihr Befinden ein „sehr gutes“ geworden ist.

Dass in diesem Falle die heftigen dysmenorrhöischen Beschwerden der Patientin etwa von der Ventrofixation irgendwie beeinflusst worden waren, wird dadurch widerlegt, dass von den übrigen 41 nicht castrirten Frauen nur eine einzige (38) nach der Operation anfangs Schmerzen bei der Menstruation hatte, die sich aber bald verloren. Alle übrigen haben über Störungen bei der Periode nicht geklagt, mehrere gaben bestimmt an, dass die Periode „vollständig in Ordnung“ sei.

Noch zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass bei einer der Castrirten (7) die anticipte Klimax sich in den späteren Jahren zur Zeit der Menses in hochgradiger Melancholie mit Selbstmordgedanken schwer fühlbar machte.

Von den 51 Operirten, über die Auskunft vorliegt, hatten demnach 10 später noch Beschwerden, die aber bei keiner in direktem Zusammenhang mit der Operation standen. Die übrigen 41 Frauen waren von der Operation ab gesund, vermochten ihrem Haushalt wieder vorzustehen und 11 von den 41 nicht Castrirten wurden nach der Operation wieder schwanger: sie beweisen am besten, dass die Ventrofixation nach der Leopold'schen

Methode die gefürchteten Nachtheile nicht mit sich bringt.

Eine Frau (No. 32) befindet sich jetzt bereits im 7. Monat der 2. Schwangerschaft; es kommen also nach Abrechnung der 10 Castrirten auf 41 Operirte, die vermöge ihres Genitalzustandes noch in der Lage waren, zu concipiren, 12 Schwangerschaften. Dabei ist auf das Alter und die sociale Stellung, die mehreren die Conception unmöglich machte, noch nicht Rücksicht genommen.

Eine Behinderung der Conceptionsfähigkeit hat bei unseren Kranken die Ventrofixation demnach entschieden nicht hervorgerufen.

Zweimal (1 und 43) trat die Schwangerschaft sofort nach der Entlassung ein — beide Kinder wurden ausgetragen und die Geburten erfolgten, ohne dass die verhältnissmässig noch frischen Adhäsionen sich gelöst hätten.

Im Ganzen endete die Schwangerschaft

9 mal mit rechtzeitiger Geburt,

2 „ „ Abortus.

Die 13. Gravidität hat jetzt den 7. Monat erreicht.

Ueber Schwangerschaftsbeschwerden klagten 2 Frauen: Frau Meis. (No. 31), über welche weiter unten ausführlich berichtet werden wird, und Frau Lüd. (No. 51), die von Beginn der Gravidität an ziehende Schmerzen im Leibe und in den Seiten hatte und im 7. Monat ohne nachweisbare Ursache niederkam.

7 Wochen nach dem Abort war nach Bericht des behandelnden Arztes wieder Gravidität eingetreten, der „Uterus gut anteflectirt und ventrofixirt, keinerlei subjective Beschwerden.“

Frau Zie. (No. 13) hat sich sowohl vor als nach dem Abort immer wohl befunden und es spricht nichts dafür, dass die Fehlgeburt mit der Operation in Zusammenhang gestanden hätte.

Die übrigen Schwangerschaften verliefen ohne Störungen bis zum Ende.

6 Frauen (No. 1, 27, 29, 38, 43, 50) kamen ausserhalb der Klinik nieder. Fünf berichten, dass die Entbindungen und Wochenbetten gut vorübergegangen seien, bei der 6. (Fr. Wo., No. 29, früher vaginale Ligatur) lag das Kind in Querlage und musste gewendet werden. Das Wochenbett verlief gut. Befinden hinterher ungestört, Uterus fixirt. Bei 4 anderen hat eine spätere Untersuchung den Uterus ebenfalls fixirt gefunden, über Störungen ihres Befindens nach der Entbindung hat keine geklagt.

Frau Sto. (No. 43) schreibt, dass die Gebärmutter nach der Entbindung schlaff wurde, sich aber auf Reiben fest zusammenzog.

Auch bei 2 von den 3 hier in der Klinik Entbundenen verlief die Geburt ohne Störungen. Aus den Geburtsberichten ergibt sich folgendes:

1. Fr. Heinr. (No. 32), 20 Jahr, II p. Letzte Regel 16.—23. Dec. 1893.

Kam auf den Gebärsaal am 8. September 1894 4 Uhr 40 Min. Nachm. mit der Angabe, seit 3 Uhr Nachm. Wehen zu haben.

Schädellage IIa. Kopf im Beckeneingang. Herztöne regelrecht. Blase nicht gesprungen. Unter kräftigen Wehen, bei denen sich die 15 cm lange Narbe zwischen Symphyse und Nabel faltete, erfolgte 8 Uhr 30 Min. Nachm. der Blasensprung. Unmittelbar darauf 8 Uhr 35 Min. Nachm. die Geburt eines lebenden Knaben, 54 cm lang, 4000 g schwer.

9 Uhr Nachm. Nachgeburt spontan. Uterus etwas weich, eine Spritze Ergotin. Keine Blutung.

Geburtsdauer sechs Stunden. Innerlich nicht untersucht.

Entlassung am 9. Tage nach fieberfreiem Wochenbett. Befund: Fundus uteri drei Querfinger über der Symphyse, fest an die Bauchwand angeheftet.

2. Fr. Burk (No. 33), 30 J., III. p. Letzte Periode 9. Nov. 1893.

In die Klinik aufgenommen 29. August 1894 5 Uhr Vorm. Wehenbeginn 3 Uhr 30 Min. Vorm.

Blasensprung auf dem Wege zur Klinik.

Aeußere Untersuchung: Schädellage Ia. Kopf fest im Beckeneingang. Herztöne regelmässig.

Innere Untersuchung 5 Uhr 45 Min. Vorm. Muttermund vollständig, Scheidentheil völlig verstrichen. Kopf fest in Beckenmitte. Kl. Fontanelle links vorn.

Unter andauernd kräftigen Wehen erfolgte die Geburt 6 Uhr 45 Min. Vorm. Lebender Knabe. 50 cm lang, 3470 g schwer. Nachgeburt 7 Uhr 10 Min. Vorm. exprimirt. Ein abgerissener Eihautrest wird durch Massage des Uterus und Torsion der Eihäute leicht entfernt. Keine Blutung.

„Es war zu constataren, dass bei der kräftigen Wehentätigkeit der Uterus sich ziemlich frei unter den Bauchdecken verschob und während des Tiefertretens des Kopfes und des Rumpfes keinerlei auffällige Einziehungen an Stelle der Narbe auftraten.“

Geburtsdauer 3 Stunden 40 Minuten.

Am 9. Tage wurden Mutter und Kind im besten Befinden entlassen.

Im December 1895 Befinden noch besser als früher. Uterus normal gelagert, gut fixirt, dabei gut beweglich.

Der dritte Fall, Frau Meis. (No. 31), gehört eigentlich nicht oder nur zur Hälfte hierher, insofern ein Geburtshinderniss eintrat, welches mit der Ventrofixation nicht im Zusammenhang stand.

Bei Frau Meis. war am 23. November 1891 die vaginale Ligatur nach Eröffnung des Douglas'schen Raumes und Wegstreichen der

Pseudomembranen in der oben beschriebenen Weise ohne Oeffnung der Plica vesico-uterina durch quere Durchstechung der vorderen Uteruswand und Knüpfen der Fäden an der Portio über einer Bleiplatte vorgenommen worden (cf. Tab. II, No. 11).

Schon nach wenigen Wochen lag der Uterus wieder retroflectirt, die Beschwerden waren die gleichen wie früher, und nachdem während des Jahres 1892 alle mühsamen Versuche, durch Massage und Pessarien der Patientin zu helfen, fehlgeschlagen waren, wurde am 9. Januar 1893 die Laparotomie gemacht. Tuben und Ovarien zeigten sich normal und der Fundus uteri wurde in der üblichen Weise an die vordere Bauchwand mit zwei Nähten fixirt.

Der Heilverlauf war ein ungestörter, aber sehr bald kam die Kranke wieder zur poliklinischen Sprechstunde wegen Blasen- und Stuhlbeschwerden und wegen Schmerzen in der linken Seite.

Uterus lag antefixirt, weder er selbst, noch die Narbe war schmerzhaft, bei Bewegungen der Gebärmutter Schmerzen links neben der Blase im Parametrium. Hier fand sich als Effect der misslungenen vaginalen Ligatur eine derbe, schmerzhaft infiltrirte zwischen vorderer Uterus- und hinterer Blasenwand, welche die Blase fixirt hielt und die Vaginalportion nach links oben verzogen hatte. Dabei bestand eine ganz erhebliche knollige Verdickung der vorderen Muttermundslippe.

Der Befund blieb trotz mannigfacher therapeutischer Maassnahmen der gleiche, die Beschwerden verschlimmerten sich noch, nachdem Pat. im August 1895 schwanger geworden war, sie besserten sich aber, nachdem die ersten Monate der Gravidität vorüber waren, ganz auffällig. Die Kranke klagte damals nur noch über Schmerzen im Liegen.

Am 31. Mai 1895 4 Uhr 25 Min. Vorm. kam Frau Meis. kreissend zur Klinik. Sie gab an, seit 30. Mai 10 Uhr Nachm. leise Wehen zu haben, das Fruchtwasser fiesse seit 31. Mai 3 Uhr Vorm. in kleinen Mengen ab. Die äussere Untersuchung ergab den Fundus drei Querfinger unterhalb des Rippenbogens, den Leib auffallend in die Breite gezogen. Querlage IIa, Kind gross. Herztöne regelrecht.

Als die Wehentätigkeit kräftiger geworden war, sah und fühlte man deutlich den Fundus an der Bauchwand adhärent, eine Regelwidrigkeit der Gebärmutterzusammenziehungen war nicht zu bemerken.

Bei der von Herrn Geheimrath Leopold vorgenommenen inneren Untersuchung fand sich der nach der früheren Untersuchung zu erwartende Befund:

Scheide nach rechts und vorn stark ausgezogen. Vordere Lippe stark vergrössert. Das Collum liegt ganz nach links und oben verzerrt. Die derb geschwollene vordere Muttermundslippe setzt sich unmittelbar fort in eine unnachgiebige harte Infiltration, welche sich zwischen dem unteren Theil der vorderen Uteruswand und dem vorderen Scheidengewölbe und Blase bis fast an die Symphyse hinzieht. Die angrenzenden Theile des Uterus sind stark verdünnt. Becken leer, kein vorliegender Theil.

Wegen der zunehmenden Ausziehung des unteren Gebärmutterabschnittes wird 11 Uhr Vorm. in tiefer Narcose zur Entbindung geschritten.

Auch jetzt gelingt es nicht, die vordere Lippe mit einem spitzen Haken nach unten zu ziehen. Nachdem sich der Muttermund für die ganze Hand des Operateurs durchgängig erwiesen hat, macht das Vordringen durch den starren Contractionsring oberhalb der vaginofixirten

Uteruspartie ausserordentliche Schwierigkeiten. Schliesslich wird das Kind in II. Fusslage langsam entwickelt. Es kam tief asphyktisch, wurde aber wiederbelebt (Knabe 51 cm lang, 3200 g schwer).

Ein rechterseits entstandener 3 cm langer Collumriss wurde durch drei Nähte geschlossen. Der Uterus blieb dauernd schlaff, deshalb wurde 10 Minuten später die Nachgeburt exprimirt und, nachdem auf heisse und kalte Ausspülungen keine kräftige Contraction erfolgte, die Gebärmutterhöhle mit steriler Gaze tamponirt.

In den ersten Tagen des Wochenbettes stieg die Temperatur bis 39,9. 120. In der dritten Woche entwickelte sich eine Thrombose des linken Unterschenkels, die jetzt erst sehr langsam zurückgeht.

Aus dem Verlauf dieses Falles geht hervor, dass die Erschwerung der Geburt hier geschaffen wurde durch die als Rest der vaginalen Operation zurückgebliebenen ungünstigen anatomischen Verhältnisse der Vaginalportion und des unteren Uterusabschnittes, hauptsächlich durch die unnachgiebige Verwachsung dieser Partie mit ihrer Umgebung.

Es ist dieser Fall demnach nicht etwa den von Miländer (9) veröffentlichten, sondern vielmehr den von Strassmann (8) beschriebenen schweren Geburtsstörungen nach Vaginofixation an die Seite zu stellen.

Das Einzige, was man der Ventrofixation vorwerfen könnte, wäre vielleicht, dass die durch sie geschaffene zweite, ventrale Fixation das Zustandekommen der Querlage noch begünstigt hat.

Was nun die Erfolge in der zweiten Operationsgruppe betrifft, so blieb nach den 13 vaginalen Operationen — die beiden neuerdings nach Bode operirten Fälle sind noch nicht für die Beurtheilung zu verwerthen — der Uterus nachweislich dauernd anteflectirt nur bei vier Kranken. Von drei Frauen sind allerdings spätere Befunde nicht zu ermitteln gewesen.

Die Recidive Fall 3 und 11 wurden später der Ventrofixation mit Erfolg unterworfen (cf. Tab. I, No. 29 u. 31).

Ueber das Befinden nach der Operation liegen Nachrichten vor von 10 Operirten. Davon sind ohne alle Beschwerden 4, darunter eine (No. 6) mit Recidiv, mässige Beschwerden haben noch 2 (No. 8 u. 10) — bei beiden liegt die Gebärmutter jetzt retrovertirt; als direct „schlecht“ bezeichnen ihr Befinden 2 (No. 2 und 7), eine Patientin ist an Mammacarcinom gestorben, von einer fehlt jede Nachricht.

Schwanger geworden sind 4 Frauen, davon 2 im nachgewiesenermaassen anteflectirten Uterus, bei einer (No. 6) liegt jetzt nach

zweimaliger Gravidität das Corpus uteri hinten, von den anderen beiden existiren nur schriftliche Mittheilungen.

Die Entbindungen waren sämmtlich normal.

Frau Bä. (No. 5) — Uterus anteflectirt — hat dreimal rechtzeitig geboren, einmal aus unbekannter Ursache abortirt.

Frau Ba. (No. 1) — Uterus anteflectirt — hat eine rechtzeitige normale Entbindung durchgemacht.

Irgendwelche Nachtheile für Schwangerschaft und Geburt sind also aus der Operation nicht entstanden.

Betreffs der Erfolge bleiben noch die acht Fälle von Alexander-Kocher'scher Operation zu erwähnen übrig.

Zur Nachuntersuchung haben sich 6 Frauen eingestellt, darunter sind 2 Recidive (No. 2 u. 4). Die anderen 4 befinden sich wohl und sind 3 von ihnen schwanger geworden.

Frau Gae. (No. 1) und Fr. Wal. (No. 5) wurden rechtzeitig normal entbunden. Fr. Gro. (No. 7) ist seit März 1896 gravid und klagt über allgemeine Schwangerschaftsbeschwerden, nicht über Narbenschmerzen, wie sie Werth (2) wiederholt bei seinen Operationen beobachtet hat.

Die Zahl unserer Fälle ist zu klein, um ein abschliessendes Urtheil über den Werth der Operation zu gewinnen. Werth (2), welcher genau nach Alexander operirte und mit dem Verfahren, das er 48 mal angewandt hat, recht zufrieden war, hatte unter 35 später wieder untersuchten Fällen nur 5,7 pCt. Recidive und Kocher (20) bei den nach seiner Modification Operirten in 7 Fällen stets Heilung und Dauererfolg. Küstner (24), welcher nach Alexander-Kocher 30 mal operirt hat, spricht sich über das Verfahren sehr befriedigt aus.

Sehr lehrreich für die Beurtheilung der Principien der Ventrofixation und der Alexander'schen Verkürzung der Ligamenta rotunda ist Fall 2.

Bei Fr. Haa. wurde, nachdem sie wegen einer mobilen Retroflexio uteri mit geringem Descensus vaginae seit fast zwei Jahren erfolglos mit Pessarien behandelt war, am 1. März 1895 die Alexander-Kocher'sche Operation vorgenommen. Der Verlauf war normal, bei der Entlassung am 21. März der Uterus anteflectirt, etwas nach rechts gelagert. In den nächsten Monaten war das Operationsresultat ein gutes, Pat. klagte nur zeitweise über Schmerzen in der linken Seite — alte linksseitige parametritische Narbe.

Sie erschien erst wieder im April 1896 in der Poliklinik mit heftigsten Unterleibsschmerzen, nachdem sie anderwärts eine sechswöchige Massagecur und weiterhin eine vierwöchige Badecur ohne Erfolg gebraucht hatte.

Da der Uterus retroflectirt, leicht beweglich war, wurde die Erklärung für die lebhaften Beschwerden in der immerhin mässigen Entzündung der Adnexe gesucht und am 19. Juni 1896 die Laparotomie gemacht.

Dabei ergab sich nun folgender bemerkenswerther Befund:

Der Uterus fand sich vergrössert und stark retroflectirt, tief im Douglas'schen Raum liegend. Es muss dahin gestellt bleiben, ob das Recidiv durch eine allmähliche Erschlaffung der Bänder entstanden war oder ob durch die mehrwöchige Massage der Uterus aus seiner künstlich verbesserten Lage wieder zurückmassirt worden war.

Fassten wir jetzt bei der Operation die beiden schlaffen Ligamenta rotunda etwa in der Mitte ihres Verlaufes mit langen Klammern und versuchten daran den Uterus aufzurichten, so wurde ihre innere Hälfte ganz beträchtlich gedehnt, der Uterus folgte aber nur äusserst wenig. Der Erfolg war schon besser, wenn die Bänder in ihrem inneren Drittel, also nahe der Insertion am Uterus, gefasst wurden. Denn kaum, dass man jetzt die Ligamente aufwärts nach der Gegend der Inguinalkanäle hin anzog, so glitt der Fundus uteri sofort nach vorn.

Um nun nach der erfolglosen ersten Operation zum Ziele zu kommen, wurde jetzt bei Frau Haa. die Ventrofixation in unserer gewohnten Weise vorgenommen.

Es ist aber nach dieser Beobachtung sehr wahrscheinlich, dass die ausserordentliche Dehnungsfähigkeit der runden Mutterbänder und die Unmöglichkeit, auch bei der Kocher'schen Modification, die Bänder im centralen Drittel ihres Verlaufes zu erfassen, mit die Schuld tragen an den vielfachen ungenügenden Operationserfolgen und zahlreichen Recidiven nach der Alexander'schen Operation. Je näher dem Fundus der Uterus gefasst und befestigt wird, desto sicherer wird dauernde Anteflexionsstellung erzielt.

Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, müssten theoretisch die Ventrofixationsmethoden und die vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Bode-Wertheim, bei der sich recht gut die

Bänder bis zur uterinen Ansatzstelle vorziehen lassen, die meiste Aussicht auf Erfolg gewähren.

Ob die vaginale Verkürzung der runden Mutterbänder das halten wird, was sie verspricht, ist abzuwarten. Jedenfalls ist die Methode richtig gedacht und scheint mehr Erfolg als das Alexander'sche Verfahren zu versprechen, ohne für die Kranke gefährlicher zu sein als dieses. Dabei ist die Technik eine einfache und die Operation wird mit der grössten Wahrscheinlichkeit den verschiedenen vaginalen Methoden gegenüber den Vortheil der grösseren Sicherheit des Erfolges erringen, aber auch nicht derartig schwere anatomische Veränderungen der Genitalorgane schaffen, wie sie nach den Vaginofixationsverfahren jetzt immer mehr sich herausstellen.

Die Operation würde dann unbedenklich auch bei conceptionsfähigen Patientinnen anzuwenden sein. Sie tritt nach unseren bisherigen Erfahrungen allein zur Zeit vielleicht mit der Ventrofixation in Concurrrenz.

Nach diesen Erörterungen möge der Indicationsstellung noch mit einigen Worten gedacht sein.

Im Allgemeinen ist uns niemals die Lageveränderung an sich, auch die fixirte nicht, sondern nur die dadurch hervorgerufenen Beschwerden Anzeige gewesen zum operativen Eingreifen. Dass wir innerhalb 9 Jahren noch nicht 100 Retroflexionsoperationen ausgeführt haben, beweist dies zur Genüge.

Der Indicationsstellung zur Operation sind von jeher an dieser Klinik sehr enge Grenzen gezogen worden und nur ganz ausnahmsweise konnte die bei hochgradig Nervösen jahrelang bestehende Retroflexio uteri als Ursache der psychischen Leiden dieser Kranken und als berechtigter Grund zum operativen Vorgehen anerkannt werden. Mehrere Fälle haben bewiesen, was Leopold¹⁾ früher ausgesprochen hat, dass hier „Freigebigkeit mit der operativen Behandlung zu falschen Schlüssen und Misserfolgen führt und gerade den wichtigen Theil der Behandlung hintansetzen lässt, nämlich die geduldige, umsichtige und freilich zeitraubende Behandlung der Nervosität.“

Wo Entzündungserscheinungen neben der Retroflexion bestehen,

---

1) Discussion der Gynäk. Gesellsch. zu Dresden. Centralbl. f. Gynäk. 1891. S. 115.

sind diese in erster Linie local zu behandeln. Hydrotherapeutische und medicamentöse Maassnahmen im Verein mit zweckmässiger Regelung der Lebensweise und Körperpflege stehen hier obenan; vor der leider vielfach üblichen kritiklosen Massage kann nicht eindringlich genug gewarnt werden. Bei mobilen Retroflexionen leistet in der That die Pessarbehandlung oft recht gute Dienste — freilich erfordert sie mitunter viel Geduld von Patientin und Arzt.

Schliesslich muss der alte Erfahrungssatz immer und immer wieder betont werden, dass eine grosse Anzahl von Retroflexionen ohne alle Beschwerden für die Trägerin verlaufen.

Dem Vorgehen, den zufällig reflectirt liegenden Uterus ohne Weiteres zu vaginofixiren, ist demnach jede Berechtigung abzusprechen. Erst wenn die conservative Behandlung erschöpft ist, tritt die operative Therapie in ihre Rechte. Dann ist die Frage nach der für den Fall zweckmässigen Operation die nächste.

Man hat von einer Retroflexionsoperation zu verlangen, dass sie

1. die Retroflexion und ihre Beschwerden dauernd beseitigt,
2. dass sie der Operirten keine neuen Nachtheile für ihr späteres Befinden bringt und
3. dass der Eingriff im richtigen Verhältniss zur Schwere der Erkrankung steht.

Die Ventrofixation, ausgeführt nach der Leopold'schen Methode, erfüllt die beiden ersten Forderungen. — Das geht aus dieser Zusammenstellung unserer Fälle hervor. Damit erkennen wir voll und ganz an, dass die anderen Ventrofixationsverfahren, wie nach Olshausen, Czerny u. A. gleich vortreffliche Erfolge aufzuweisen haben.

In den Fällen von fest fixirter Retroflexion ist die Laparotomie mit sich anschliessender Ventrofixation als ein sehr sicheres Verfahren zu bezeichnen, ebenso wie in den Fällen von Retroflexio uteri fixati mit einseitiger chronischer Oophoritis und Salpingitis, in denen man die kranken Adnexe dieser Seite entfernt und den Uterus nach Trennung der Adhäsionen vorn vernäht. Bei doppelseitiger Adnexerkrankung tritt die vaginale Entfernung der gesamten Genitalorgane mit ihren guten Resultaten heutzutage vielfach an die Stelle der ventralen Operation. Zieht man aber die letztere vor, so wird nach vollständiger Entfernung der kranken Adnexe die Annäherung des fixirten Uterus unnöthig, da er nach und nach atrophirt.

Sollte Jemand den Einwurf erheben, dass bei einer mobilen

Retroflexio uteri die Laparotomie als zu schwerer Eingriff nicht gerechtfertigt sei, so lässt sich demgegenüber zweierlei bemerken:

Erstens soll die Eröffnung des Peritoneums nicht unterschätzt werden. Gleichwohl lehren die Erfahrungen, dass eine 6—10 Minuten andauernde Ventrofixation bezüglich ihrer Gefährlichkeit nicht ohne Weiteres sonstigen Bauchoperationen gleich schwer zu erachten ist.

Auch Olshausen sagt, „dass eine einfache Ventrofixation bei mobilem Uterus, bei unseren immer höher gewordenen Vorkehrungen gegen Sepsis, in der That kaum noch eine Lebensgefahr einschliesst.“

Und Winter meinte bereits 1890 bei der Besprechung der Retroflexionsoperationen in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin, „dass man die Eröffnung der Bauchhöhle heute nicht mehr zu fürchten braucht.“

Zweitens aber haben wir bis heute kein anderes Verfahren, welches, ohne die Patientin für späterhin in ihrer Geschlechtsfunktion zu schädigen, die gleiche Sicherheit des Erfolges bietet.

Diese Lücke in unseren Operationsverfahren auszufüllen, ist vielleicht die vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda berufen.

Beweisen genügend lang dauernde Beobachtungen an grossen Zahlen von Fällen, dass die Operation die eben genannten Bedingungen erfüllt, dann wird sie in den Fällen von mobiler, nicht complicirter Retroflexio uteri, besonders bei noch conceptionsfähigen Patientinnen, an die Stelle der Ventrofixation zu treten haben.

Bis dahin bleibt nach unseren Erfahrungen die Ventrofixation nach der Leopold'schen Methode ein in der Ausführung sehr einfaches, im Erfolg sehr sicheres und für spätere Schwangerschaft und Geburt ungefährliches Verfahren zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri.

Diesen Vorzügen der Methode gegenüber muss auch der vielfach geäusserte theoretische Vorwurf verstummen, dass sie das Gebärorgan an einer anatomisch unrichtigen Stelle fixire. Sie hat vor der Olshausen'schen indirecten Fixation der Gebärmutter, deren ausgezeichnete Erfolge damit in keiner Weise berührt werden sollen, entschieden den Vorzug der Einfachheit und ist demnach, da sie zu gleicher Zeit die ihr von Olshausen vor-

---

1) Discussion der Gesellsch. f. Geb. u. Gynäk. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 30. S. 549.

ausgesagten Nachtheile bei unseren Fällen nicht im Gefolge gehabt hat, jener vollkommen gleichzustellen, auf keinen Fall aber als eine „Verschlechterung“ der Olshausen'schen Methode (22) zu bezeichnen. Dieser Ausdruck trifft schon deshalb nicht zu, weil unser Verfahren gar keine Modification des Olshausen'schen sein will, sondern als ein selbständiges Verfahren ausgebildet worden ist.

Fasse ich alles noch einmal zusammen, was über den Werth der einzelnen Verfahren zu sagen ist, so kommen drei Wege in Betracht:

mit Eröffnung der Peritonealhöhle:

1. die directe oder indirecte Fixation des Fundus uteri (Olshausen, Sänger, Czerny, Leopold u. A.);
2. die Verkürzung der Ligam. rotunda von der Scheide her (Plica vesico-uterina [Bode, Wertheim]);

ohne Eröffnung der Peritonealhöhle:

3. die Verkürzung der Ligam. rotunda von den Inguinalfalten her (Alquié-Alexander, Adams, Kocher u. A.).

Die Verfahren 1 und 2 setzen eine einfache, 3 eine doppelte Wunde. Bei 1 und 3 sind Hernien der Bauchwandung nicht ganz ausgeschlossen; beide geben aber vortreffliche Dauererfolge. Bei 2 liegen über Hernien und Erfolge noch keine Beobachtungen von genügend langer Dauer vor. Doch geht man wohl nicht

I. 54 Fälle von Ventrofixatio

(Fälle 1—19 früher beschrieben von Leopold

No.	Name. Alter. Operation.	Krankheit.	Operation.	
			Adhäsionen.	Castration.
1. (20.)	Frau Fisch. 40 J. 6. 2. 90.	Perisalping. u. Perioophoritis sin. Retroflexio uteri.	—	—
2. (21.)	Frau Fisch. 34 J. 30. 4. 90.	Periooph. u. Perisalp. sin. Retrofl. ut. fix.	Zahlreiche feine Pseudo- membr. mit Peritoneum u. Darm verw., leicht gelöst.	—
3. (22.)	Fr. Mül. 28 J. 21. 6. 90.	Oophor. abscedens duplex; Retrofl. ut. fix.	—	Castration.

fehl, wenn man in Anbetracht der sehr sicheren Ausführbarkeit des Verfahrens 2 sehr guten Erfolg im Voraus annimmt.

Sind nun die drei Verfahren unterschiedslos in der Auswahl?

Wie überall, so wird man auch hier durch Individualisiren das Beste treffen:

Bei Retroflexio uteri mobilis einer Multipara ist das Verfahren No. 2 sehr leicht und schnell ausführbar; — viel schwerer dagegen bei einer Virgo bzw. Nullipara. Bei dieser ist, wenn nöthig, No. 1 oder 3 viel mehr am Platze. Von beiden würde ich No. 1 (Ventrofixation) bevorzugen, weil sehr schnell ausführbar und im Erfolg ganz sicher.

Handelt es sich aber um die Operation der Retroflexio uteri fixati, so fällt Verfahren No. 3 (Alexander-Kocher) als unzweckmässig fort. Ohne Lösung der fixirenden Adhäsionen ist nichts gewonnen; man wendet daher bei einer Multipara entweder Verfahren 2 an, am besten mit Eröffnung und Wiederverschluss des Douglas'schen Raumes, oder Verfahren 1 mit Trennung der Adhäsionen und Befestigung des Fundus uteri vorn, bei einer Virgo oder Nullipara aber am besten und sichersten Verfahren 1 (Ventrofixation), je nachdem es angezeigt ist, mit Entfernung der einseitig oder doppelseitig erkrankten Adnexe.

uteri nach Leopold (No. 20—73).

und Sperling, siehe Literaturverzeichniss.)

Zahl der Befestigungsfäden.	Zeit seit der Operation.	Bemerkungen über Erfolg und Nachuntersuchung.
2 Seidenfäden.	Zieml. 5 Jahre.	30. 6. 1892. Befinden sehr gut. Februar 1891 geboren, ohne Beschwerden, keine Schmerzen; Uterus war damals fixirt. Jetzt in Antefl.-Stellung retroponirt, keine Beschwerden. Unters. 23. 12. 95. Uterus retroponirt, vorn nicht deutlich adhären: Kann tüchtig arbeiten.
3 Nähte.	4 J. 1 Mon.	27. 5. 94. Ut. anteflekt., mit d. Fundus im unteren Winkel der Bauchnarbe adhären: keine Beschwerden.
3 Nähte.	5 J. 6 Mon.	27. 5. 94. Uter. fix., antefl.; keinerlei Beschwerden. — Brief 20. 12. 95. Bef. gut.

No.	Name. Alter. Operation.	Krankheit.	O p e r a t i o n .	
			Adhäsionen.	Castration.
4. (23.)	Fr. Krah. 23 J. 21. 7. 90.	Linkss. chron. Oophor. u. Salpingitis. Retrofl. ut. fix.	Wenige leicht lösliche mit dem Darm.	Entfernen d. l. Adnexe.
5. (24.)	Frl. Miess. 22 J. 12. 2. 91.	Mitralinsufficienz. Retrofl. uteri fixati. Ausschabung anderwärts.	Schwere Verlöth. von Uterus u. Rectum.	Stumpfe Lösung der Pseudomembranen.
6. (25.)	Fr. Stol. 35 J. 6. 3. 91.	Rechtss. chron. Oophor. Retroflexio ut. fix.	Ut. fest mit d. Rectum verwachsen, theils stumpf, theils scharf getrennt.	Entfernung d. rechtsseit. Adnexe.
7. (26.)	Fr. Gott. 37 J. 9. 3. 91.	Ut. myomatosus; linksseit. Ooph. Retrofl. ut. fixati.	—	Castration.
8. (27.)	Fr. Wag. 31 J. 12. 3. 91.	Doppels. Ooph. u. Salping. Retrofl. ut. fix.	Schwere Adhäsionen m. Rect. und hint. Beckenwand mit Messer und stumpf gelöst.	Castration.
9. (28.)	Fr. Schol. 41 J. 14. 3. 91.	Doppels. chron. Ooph. u. Salp. Retrofl. ut. fix.	Schwere Adhäsionen des Ut. mit Rect. u. l. hint. Beckenwand.	Castration.
10. (29.)	Frl. Schu. 22 J. 20. 3. 91.	Chron. doppels. Ooph. u. Salp.	Schwere Adhäsionen, schwer lösbar, Abbinden u. Lösen m. d. Paquelin.	Castration.
11. (30.)	Fr. Ed. 26 J. 17. 4. 91.	Retrofl. ut. mob. Hochgradigste Nervosität. Ovarialneuralgie.	—	Ventrofix. mit kl. Bauchschnitt.
12. (31.)	Fr. Mül. 42 J. 22. 4. 91.	Periooph. dextra. Retrofl. ut. fix.	Pseudomembr. leicht gelöst.	—
13. (32.)	Fr. Zie. 42 J. 25. 4. 91.	Rechtsseit. Tubenschwangerschaft.	Leicht lösliche.	Entfg. rechtsseitiger Tubenschwangersch.
14. (33.)	Fr. Ia. 41 J. 4. 5. 91.	Linksseit. Tubenabort (I. Mt.) Retroversio uteri.	Leicht lösliche.	Entfernung dieser Extrauterinschw.
15. (34.)	Fr. Schrö. 29 J. 9. 5. 91.	Doppels. chron. Ooph. u. Salp. Retrofl. ut. fix.	Starke Adhäsionen, schwer löslich.	Castration.

Zahl der Befestigungs-fäden.	Zeit seit der Operation.	Bemerkungen über Erfolg und Nachuntersuchung.
2 Nähte.	5 J. 4 Mon.	27. 8. 90. Ut. liegt gut fixirt der Bauchwunde antefl. an; keine Beschwerden. — 5. 6. 94. Ut. fixirt, mit der Bauchnarbe verschiebbar. Nervenziehen in d. r. Seite u. im r. Beine. Allgemeinbefinden besser. — April 1895. Castration wegen heftigster Dysmen. — Unters. 23. 11. 95. Menopause. Bef. sehr gut. Ut. gut vorn fixirt.
3 Nähte.	10 Mon.	15. 12. 91. Uterus in Antefl.-Stellung ventrofixirt; geringe Kreuzschmerzen.
3 Nähte.	4 J. 10 Mon.	26. 3. Ohne Beschwerden. — Brief 24. 1. 94. Befinden gut. — Unters. 28. 1. 96. Ut. fest fixirt. Keine Beschw.
2 Nähte.	4 J. 9 Mon.	22. 5. 94. Ut. klein, atrophisch; antefl. an d. Bauchwand fixirt; Becken ganz frei. — Unters. 19. 12. 95. Ut. atroph., fixirt. Menopause. Zur Zeit der Menopause hohe Melancholie. Selbstmordgedanken.
2 Nähte.	7 Mon.	16. 4. 91. Ut. antefl., mit der Bauchnarbe verwachsen. — Unters. 15. 10. 91. Ut. fest antefl. Ohne Beschwerden.
2 Nähte.	Fast 5 Jahre.	6. 4. 91. Ut. gut ventrofix.; keine Beschwerden. — Brief 12. 2. 96. Befinden gut.
1 Naht.	5 Wochen.	24. 4. Ut. retroponirt; d. Fundus durch Exsudatmassen adhärent. — Decbr. 1895. Nicht gefunden.
2 Fäden.	1 J. 5 Mon.	Operation wesentlich erleichtert durch Ausstopfen der Scheide mit Jodoformgaze vor der Operation. — 22. 6. 91. Ut. vorn liegend, leicht mit d. Bauchwand beweglich; Befinden gut. — 22. 10. 91. Schmerzen 8 Tage vor der Periode, 8 Tage nach der Regel auch noch. Fortwährend Schmerzen. Empfindlichk. beider Ovarien. Ut. fest d. Bauchwand anliegend. Castration. — 29. 6. 92. Hysterie geblieben. — Am 28. 9. 92. Ut. d. Bauchwand anliegend. Immer noch hochgradige Nervosität.
2 Nähte.	4 J. 8 Mon.	24. 5. 94. Regel regelmässig, 4wöchentl., 3½tägig, zuletzt vor 8 Tagen. Ut. fixirt. — Brief 26. 12. 95. Ganz wohl. — Unters. 4. 1. 96. Periode regelm., 4wöchentl., mässig. Ut. gut fixirt. Befinden sehr gut.
2 Nähte.	4 J. 8 Mon.	16. 5. 94. Befinden gut. — Ende Aug. 1893 Abort (4. Gravid.) ohne nachweisbare Ursache. Ut. in Antefl.-Stellg. breit adhärent; keine Beschwerden. — Unters. 20. 12. 95. Vollkom. Wohlbefinden. Nach jenem Abort immer gesund. Ut. antefl., fixirt, etwas vergrößert. Portio verdickt, nach links gerichtet. Beide Scheidenwände vorgefallen.
1 Naht.	4 J. 7 Mon.	24. 5. 94. Befinden gut, keine Beschwerden. Ut. an d. Bauchdecken adhärent. — Unters. 22. 12. 95. Befinden gut. Periode regelm. Ut. antefl., fixirt, Parametrien frei, nirgends schmerzhaft. Keine Schwangerschaft.
1 Naht.	3 J. 3 Woch.	29. 5. 94. Befinden gut; kann alles wieder arbeiten. Ut. antefl., mit d. Bauchdecken beweglich.

No.	Name. Alter. Operation.	Krankheit.	O p e r a t i o n .	
			Adhäsionen.	Castration.
16. (35.)	Fr. Kra. 35 J. 5. 6. 91.	Periooph. detr. Retrofl. uteri. Linkss. hühnereigrosse Par- ovarialeyste.	—	Entfernung d. Cyste. Lösung der Membr. leicht.
17. (36.)	Fr. Jaf. 51 J. 15. 6. 91.	Periooph. u. Perisalp. dupl. Retrofl. ut. fix.	Adh. zwischen Ut. u. Rect. stumpf getrennt. Lösung d. Pseudomembranen.	—
18. (37.)	Fr. And. 51 J. 26. 6. 91.	Totalprolaps d. Scheide und d. atroph. Uterus; Mitral- insuff. Lungencatarrh.	—	—
19. (38.)	Fr. Nigge. 28 J. 9. 7. 91.	Doppels. chron. Ooph. u. Salp. Retrofl. ut. fix.	Schwierige Lösung zahlreich. Adhäsionen.	Castration.
20. (39.)	Fr. Schä. 26 J. 14. 7. 91.	Retrofl. ut. mobilis.	Geringe Pseudomembranen gelöst.	—
21. (40.)	Fr. Löb. 42 J. 21. 7. 91.	Chron. Metritis. Retrofl. ut. 5 Jahre lang bestehende heftige Schmerzen.	Keine.	—
22. (41.)	Fr. Berg. 32 J. 29. 10. 91.	Periooph. sin. Retrofl. uteri. Querulans hysterica.	Viele Adh. gelöst.	—
23. (42.)	Fr. Uhl. 36 J. 10. 12. 91.	Retrofl. ut. fix. Periooph. duplex.	Wegbrennen der Adhäsionen.	—
24. (43.)	Fr. Rich. 39 J. 15. 12. 91.	Doppels. Periooph. u. Salp. Retrofl. uteri hypertrophici fixat.	Auslösend. Org. aus d. Adhäs. Rechte Uteruskante fest m. Ooph. und Tube verlöthet.	—
25. (44.)	Fr. Hil. 37 J. 15. 12. 91.	Retrofl. ut. relaxati. Periooph. Perisalping. u. Perimetritis.	Auslösen d. Organe aus den Adhäsionen.	—
26. (45.)	Fr. Ber. 33 J. 22. 12. 91.	Retroflexio uteri. Chron. Me- tritis.	Geringe Adhäsionen gelöst.	—
27. (46.)	Fr. Leh. 36 J. 11. 1. 92.	Retroflexio uteri.	Leichte Lösung d. Adhäs.	—
28. (47.)	Fr. Fie. 42 J. 15. 1. 92.	Starres Lig. lat. sin. Retro- versio ut. fix. Hochgradige Neurasthenie.	Starke Adhäsionen stumpf gelöst.	—

Zahl der Befestigungs-fäden.	Zeit seit der Operation.	Bemerkungen über Erfolg und Nachuntersuchung.
1 Naht.	4 J. 5 Mon.	2. 7. 91. Ut. antefl., mit d. Bauchdecken verwachsen, mit der Narbe beweglich. — Vorgestellt am 10. 10. 93, 1. 10. 94, 11. 11. 95. Ut. antefl. Sehr gutes Befinden.
2 Nähte.	2 Mon.	10. 8. 91. Befinden gut. Ut. ventrof. Hat sich später nicht wieder vorgestellt.
3 Nähte.	4 J. 6 Mon.	Zur Abkürzung der Narkose u. Entfernung d. Vorfalles wurde als schnellste Methode d. Ventrofix. gewählt. Serosa abgeschabt. Trotz Hochhinaufziehen d. Uterus quillt d. Scheide wieder vor. — Am 19. 8. 91 Totalprolaps wie früher. — Brief 9. 12. 95. Kann der Arbeit nachgehen.
2 Nähte.	4 J. 7 Mon.	25. 8. 93. Ut. gut fixirt, Becken ganz frei, keinerlei Beschwerden. — 11. 6. 94. Ut. breit adhären, in Anteflexionsstellung. — Unters. 6. 2. 96. Ut. fixirt, gut beweglich. Parametrien frei. Scheide vorgefallen. Subj. Befinden gut.
2 Nähte.	3½ Mon.	27. 10. 91. Periode regelmässig, 4tägig. Befund nicht erhoben. Befinden gut.
2 Nähte.	1 J. 10 Mon.	25. 11. 91. Ut. vorn fixirt, beweglich mit d. Bauchdecken. — 3. 5. 93. Befinden gut. Ut. fixirt.
2 Nähte.	2 J. 7 Mon.	Poliklin. Journ.; letzte Untersuchung 22. 5. 94. Beschwerden beim Gehen u. Kreuzschmerzen; nicht gravid gewesen. Ut. antefl. mit d. Fundus an d. Bauchdecken adhären. Verstorben.
2 Nähte.	4 Jahre.	22. 5. 94. Poliklin. behandelt. Ut. antefl., breit adhären, mit d. Bauchdecken fixirt, mit diesen beweglich. — Unters. 20. 12. 95. Ut. fixirt, dabei gut beweglich. Seit 2 Jahren Menopause. Vorfall.
2 Nähte.	4 Wochen.	5. 1. 92. Befinden gut. Uterus ventrofixirt.
Annäh. d. vord. Uterusserosa a. d. hint. Blasen-serosa mit 3 Nähten.	3 Wochen.	8. 1. 92. Ut. antefl. (Vesicofixatio uteri) an d. Symph. Portio normal gestellt. Keinerlei Beschwerden.
2 Nähte.	4 J. 2 Woch.	14. 6. 92. Ut. vorn anliegend, klein. Befinden gut. — 24. 5. 94. Schmerzen im Leibe, im rechten Parametrium, kein Exsudat, kein Strang fühlbar. Uterus fixirt an d. Bauchdecken. — Unters. 10. 8. 96. Ut. gut fixirt. Befinden gut. Zwei kleine Bauchnarbenhernien.
2 Nähte.	2 J. 5 Mon. bez. 3 J. 11 Mon.	Am 2. 12. 93 hat sie das 8. Kind (kräft. von allen) geboren, normale Schwangerschaft, arbeitet u. steht d. Haushalt vor. (Karte.) — 31. 5. 94. Befinden sehr gut. Ut. antefl. fest fixirt. — Brief 22. 12. 95. Befinden sehr gut.
2 Nähte.	3 J. 11 Mon.	23. 12. 92. Schmerzen im Kreuz, beim Stuhlgang. Ut. fest fixirt. Kreuzschmerzen sind geblieben. — 19. 7. 94. Ut. fest fixirt. Schmerzen im Kreuz, Leib. — Castration 27. 7. 94. — Unters. 27. 12. 95. Ut. ganz atrophisch, fixirt. Menopause. Sehr nervös, was sie schon früher war.

No.	Name. Alter. Operation.	Krankheit.	O p e r a t i o n.	
			Adhäsionen.	Castration.
29. (48.)	Fr. Wo. 29 J. 18. 1. 92.	Retrofl. uteri fixati. Früher vaginale Operation nach Stratz, ohne Erfolg, cf. Tab. II. No. 3.	Massenhafte zwirnsfadenähnliche Pseudomembr. zwisch. Corpus u. Rectum werden gelöst; waren entstanden im Anschluss an die Stratzsche Operation. 4. 7. 91.	—
30. (49.)	Fr. Metz. 33 J. 23. 1. 92.	Chron. Ooph. u. Salp. Retrofl. uteri fixati.	Schwere Lösung d. Pseudomembranen zw. Uterus, Ovarien n. Tuben.	Castration.
31. (50.)	Fr. Meis. 29 J. 9. 1. 93.	Schlaffe Retrofl. ut.; frühere Vaginae-fixatio uteri nutzlos gemacht, cf. Tab. II. No. II.	—	—
32. (51.)	Fr. Hein. 18 J. 20. 1. 93. (1. Entbindung Leipzig 21. 12. 93.)	Retrofl. ut. relaxati 5. 8. 93 operirt v. Dr. Bode; der linke Eierstock entfernt. Oophoritis.	—	—
33. (52.)	Fr. Burk. 28 J. 21. 1. 93. III para.	Retroflexio uteri relaxati.	—	—
34. (53.)	Fr. Ro. 24 J. 14. 2. 93.	Linkss. Ooph. u. Salping. gonorrhoeica. Retroversio uteri.	Schwierige Lösung d. fest verwachsenen Pseudomembr.	Entfernung d. linkss. Adnexe.
35. (54.)	Fr. Ulb. 34 J. 20. 2. 93.	Retroflexio uteri relaxati.	Keine.	—
36. (55.)	Fr. Mild. 39 J. 30. 6. 93.	Linkss. Pyosalpinx.	Schwer löslich.	Castration.
37. (56.)	Frl. Kret. 25 J. 13. 7. 93.	Retrofl. uteri mobilis.	Keine.	—
38. (57.)	Fr. Sto. 34 J. 12. 7. 93.	Perioophor. u. Perisalping. duplex. Retrofl. uteri.	Stumpfe Lösung der rechtsseit. Pseudomembranen.	—
39. (58.)	Fr. Arn. 32 J. 20. 10. 93.	Retrofl. uteri.	Vielfache Pseudomembranen zw. Adnexen, Uterus und Rectum gelöst.	—
40. (59.)	Frl. Da. 23 J. 24. 10. 93.	Retrofl. uteri hypertrophici. Jahre lang Schmerzen.	—	—

Zahl der Befestigungsfäden.	Zeit seit der Operation.	Bemerkungen über Erfolg und Nachuntersuchung.
—	4 J. 2 Mon.	25. 8. 92. Ut. fixirt. Befinden sehr gut. — 12. 6. 94. Letzte Regel vor 4 Wochen, Gravida. Bestes Wohlbefinden. Ut. gut fixirt. Querlage. Wendung. Wochenbett normal. — Entb. 28. 2. 95. — Unters. 28. 5. 95. Gut. Ut. vorn fixirt. — Unters. 31. 3. 96. Im Gleichen.
2 Nähte.	5 Mon. 1 Wch.	30. 6. 92. Ut. breit adhären an d. Bauchdecken, ohne Schmerzen. — Decbr. 1895 polizeilich nicht aufgefunden.
2 Nähte.	3 Jahre.	7. 5. 94. Fundus gut an d. Bauchdecken fixirt, geringe Beschwerden. — Unters. 16. 12. 95. Letzte Regel August 1895. Befinden sehr gut. Gravida 4. Mon. — Unters. 22. 1. 96. Im Liegen Beschw. Beweg. seit einigen Wochen. Ut. vorn anliegend.
2 Nähte.	2 J. 11 Mon.	29. 5. 94. Kommt wegen d. Gravidität (VII. Monat) um zu fragen, ob dieselbe normal vor sich gehen könne. Keine Beschw. Der Ut. ist an die Bauchdecken fixirt, breit adhären. — Unters. Decbr. 1895. Entbunden normal 8. 9. 94 in der Klinik. Wochenbett fieberlos. Ut. gut fixirt, steht mit dem Fundus 2 Finger breit oberhalb d. Schamfuge. Keine Blasenbeschwerden. — Unters. 11. 6. 96. Jetzt wieder schwanger im 6. Monat, ohne Beschwerden.
2 Nähte.	2 J. 11 Mon.	4. 6. 94. Gravida Mt. VII., keinerlei Beschw. Ut. vorn verwachsen, letzte Regel 3. Novbr. Erste Kindesbewegung Anfang April. — Unters. Decbr. 1895. Entbunden 29. 8. 94 in d. Klinik. Verlauf gut. Darnach noch besseres Befinden als früher. Ut. normal gelagert, gut fixirt, dabei gut beweglich. Subjectives Befinden vortrefflich.
1 Faden.	2 J. 10 Mon.	18. 3. 93. Befinden gut. Ut. antefl. fixirt. — Unters. 28. 12. 95. Ut. fixirt. Rechtes Ovarium etwas vergrößert. Befinden gut.
2 Nähte.	ca. 3 Jahre.	19. 10. 93. Ut. gut fixirt. Frau sehr nervös. — 22. 5. 94. Befinden gut, kann seit der Operation wieder arbeiten; die Nervosität geschwunden. Ut. gut fixirt, mit der Bauchnarbe verschiebbar. — Unters. 7. 1. 96. Befinden gut. Mässiger Bauchbruch. Ut. gut fixirt. Nicht wieder schwanger.
3 Nähte.	4 1/2 Wochen.	1. 8. 93. Der Ut. ist antefl., an d. Bauchdecken fixirt; keine Beschwerden.
2 Nähte.	1 1/2 Mon.	28. 3. 93. Ut. antefl., gut fixirt; keine Beschwerden.
2 Nähte.	2 J. 1 Mon.	29. 12. 93. Ut. antefl., gut fixirt an d. Bauchwand. — 31. 5. 94. Schmerzen bei der Menstruation; es hat sich sehr wenig im Zustande geändert. — Unters. 8. 8. 95. Schwangerschaft im 3. Mon. Befinden sehr gut.
2 Nähte.	2 J. 2 Mon.	6. 3. 94. Ut. gut fixirt, sonst Befinden gut. — Brief Decbr. 1895. Befinden jetzt sehr gut.
2 Nähte.	1 J. 1 Mon.	30. 1. 94. Befinden sehr gut; Ut. gut fixirt. — Unters. 14. 11. 94. Ut. gut fixirt. Hat aber manchmal Schmerzen in d. rechten Seite u. im rechten Bein.

No.	Name. Alter. Operation.	Krankheit.	Operation.	
			Adhäsionen.	Castration.
41. (60.)	Fr. Rau. 25 J. 30. 11. 93.	Retrofl. ut. mobilis. Querulans hysterica.	—	—
42. (61.)	Fr. Flüg. 44 J. 8. 7. 94.	Parametritis post. Retroflexio ut.	Zwischen Uterus und Rectum.	—
43. (62.)	Fr. Sto. 32 J. 8. 6. 94.	Retrofl. ut. mobilis. Adnexe gesund.	—	—
44. (63.)	Fr. Zie. 42 J. 23. 8. 94.	Doppels. bes. linkss. Perisalp. u. Perioophor., Retroversio uteri relaxati.	Sehr gering.	—
45. (64.)	Fr. Wag. 26 J. 14. 9. 94.	Retrofl. ut. relaxati.	—	—
46. (65.)	Fr. Ull. 33 J. 23. 11. 94.	Retrofl. ut. hypertroph.	—	—
47. (66.)	Fr. Pol. 26 J. 18. 1. 95.	Rechtss. Perioophor., Retrofl. ut. hyp. relaxati.	—	—
48. (67.)	Fr. Phil. 41 J. 4. 2. 95.	Linkss. Perioophor. u. Perisalp. Rechte Adn. norm. Retroflexio ut.	Gering.	—
49. (68.)	Fr. Hol. 29 J. 24. 3. 95.	Retrofl. ut. mob.	—	—
50. (69.)	Fr. Hön. 29 J. 28. 3. 95.	Linkss. hühnereigr. Ov.-Kyst. Retrofl. ut. hyp. relaxati.	—	Entfernung des Kystoms.
51. (70.)	Fr. Lüd. 28 J. 10. 6. 95.	Retrofl. ut. hypertroph.	—	—
52. (71.)	Fr. Jäck. 38 J. 8. 7. 95.	Retrofl. ut. relaxati.	—	Kolporr. ant. et post. an demselben Tage.
53. (72.)	Fr. Weich. 44 J. 25. 7. 95.	Retrofl. ut.	—	—
54. (73.)	Fr. Wer. 42 J. 14. 11. 95.	Totalprolaps d. Scheide und Retrofl. ut. mob.	—	Kolporr. ant. et post.

Zahl der Befestigungsfäden.	Zeit seit der Operation.	Bemerkungen über Erfolg und Nachuntersuchung.
2 Nähte.	2 J. 2 Mon.	6. 1. 94. Schmerzen beim Wasserlassen. Befinden gut. Ut. fixirt. — Unters. 13. 1. 96. Ut. dauernd befestigt. Allgem. nervöse Klagen.
2 Nähte.	1 J. 8 Mon.	Unters. 14. 1. 95. Ut. vorn gut fixirt. — Unters. 7. 1. 96. Ut. vorn gut fixirt. Befinden gut.
2 Fäden.	1 J. 6 Mon.	Brief 17. 12. 95. Erwartet Mitte Januar 1896 die Entbindung. Befinden sehr gut. — Brief 7. 3. 96. Entbunden normal 6. 3. 96.
2 Fäden.	1 J. 4 Mon.	Unters. 23. 12. 95. Befinden gut. Ut. ventrofixirt, gut beweglich.
2 Fäden.	1 J. 3 Mon.	Unters. 17. 12. 95. Seit der Operation ohne Beschwerden. Nicht schwanger gewesen. Ut. anteß., fixirt. Scharfer Knickungswinkel.
2 Fäden.	1 J. 1 Mon.	Unters. 17. 12. 95. Befinden gut. Ut. ventrofixirt. Kann Alles verrichten. Nicht schwanger gewesen.
2 Fäden.	11 Mon.	Brief 30. 12. 95. Befinden ganz gut.
2 Fäden.	11 Mon.	Brief 22. 12. 95. Befinden nicht gut. — Unters. 3. 1. 96. Ut. vorn fixirt. Rechtes Lig. sacrouter. etwas gespannt.
2 Fäden.	10 Mon.	Brief 26. 1. 96. Befinden ganz zufriedenstellend.
2 Fäden.	9 Mon.	Unters. 23. 12. 95. Letzte Periode Mitte 1895. Kindesbeweg. normal. Ut. entspr. dem 5. Monat. Beweglich. Schmerzlos. Vorn mässig adhären. — Brief 6. 7. 96. Entbindung zur rechten Zeit, sehr gut abgelaufen. Erfreut sich der besten Gesundheit.
2 Fäden.	6 Mon.	Unters. 17. 12. 95. Schwanger im 3. Monat. Seitdem weniger Beschwerden. Ut. anteß. fixirt. Frühgeburt im 7. Monat. Jetzt wieder im 2. Monat schwanger, ohne Beschwerden. (Nachricht des Arztes.)
2 Fäden.	6 Mon.	Unters. 3. 1. 96. Scheide eng. Vorfall ganz beseitigt. Ut. vorn fixirt, dabei ganz beweglich. Blase ohne jede Beschwerden.
2 Fäden.	5½ Mon.	Brief 30. 12. 95. Jetzt augenleidend. Befinden sonst „so leidlich“.
2 Fäden.	—	—

II. Operation der Retroflexio uteri per vaginam (12 Fälle).

No.	Name. Alter. Datum der Operation.	Diagnose. Beschwerden.	Operation.	Erfolg (Nachuntersuchungen, Briefe etc.).
1.	Ba. 27 J. 8. 4. 91.	Retrofl. uteri fixati (rechts am Ovarium u. am Fun- dus adhärent).	Eröffnung des Douglas. Weg- streifen d. Pseudomembranen. Zustopfen des Douglas einst- weilen m. Gaze. — Umschnei- dung vorn. Hinaufschieben d. Blase. Eröffnung der Plica vesico-uterina. Nadel mit Fa- den durch die vordere Uterus- wand nahe dem Fundus links u. rechts. Beide Fäden über einer Silberplatte an der vor- deren Muttermundslippe ge- knüpft. Dann Douglas vernäht. Leichte Jodoformgazetampo- nade der Scheide.	Unters. 6. 11. 91. Allgemein- befinden gut. Ut. bewegl., anteflectirt. Im Douglas eine kleine Narbe. Periode normal. 1892 Abort im 2. Monat. 9. 1. 94 nor- male Entbindung. Le- bender Knabe. Wochenbett normal. — Unters. 24. 12. 95. Uterus ganz beweglich. Normale Lage. Param. frei, unempfindlich. Kann weit gehen.
2.	Mar. 21 J. 12. 6. 91.	Retrofl. uteri fixati. Para- metr. posterior. Pseu- domembranen zwischen hint. Uteruswand und Rectum. Ovarien mit d. Umgeb. verlöthet. Hefti- ge Unterleibsbeschw. Profuse Menses. Starker gelber Ausfluss. Rechts- seit. Tubenhydrops.	Eröffnung des Douglas. Stumpfe Trennung der Adhäsionen. Schliessung des Douglas. — Dann wie in No. 1.	Unters. 5. 11. 91. Ut. retro- ponirt u. anteflectirt. Dou- glas etwas verdickt. Gering. Beschwerd. im rech. Para- metrium. — Brief 18. 12. 95: „Mit der Gesundheit noch weit zurück.“
3.	Wolf. 28 J. 4. 7. 91.	Retrofl. uteri mobilis. Heftige Kopfschmerzen, oft Schwindelanfälle. — Obstipatio.	Operation ähnlich wie Stratz. — Eröffnung des Douglas. Ab- tragung ein. 2 cm lang. Stückes des Peritoneum. Vernähung d. Wundränder mit der hinteren, unteren Serosapartie d. Uter. Tamponade d. Scheide. — Da erfolglos, Ventrofixation 18. 1. 92 (cf. Tabelle I No. 29).	Entbindung 28. 5. 95 (cf. Tab. I. No. 29.)
4.	Lind. 43 J. 28. 7. 91.	Retrofl. uteri. — Ver- kürztes linkes Lig. lat. — Jahrelange Schmerz.	Operation nach eigener Methode 1. Längsschnitt links in der virginalen Scheide. — 2. Um- schneidung der Portio wie zur Totalexstirpat. Hinaufschieben d. Scheidenschleimhaut bis z. Plica vesico-uterina. Uterus m. der Sonde aufgerichtet. — 3. Corpus ut. dicht unter der Plica quer mit Nadel und Seidenfaden tief durchstoßen. Rechtes und linkes Faden- ende in der Längsrichtung durch die Portio und dann noch einmal durch die hintere Scheidenwand gestochen und hier geknüpft. — 4. Scheidenschnitt geschlossen.	Unters. 26. 11. 91. — Ut. retroponirt u. anteflectirt. — 1893 † Carcin. mammae.

No.	Name. Alter. Datum der Operation.	Diagnose. Beschwerden.	Operation.	Erfolg (Nachuntersuchungen, Briefe etc.).
5.	Bä. 35 J. 29. 7. 91.	Retrofl. uteri puerp. hypertroph. — Vorfall d. vorderen und hinteren Scheidenwand.	Operation nach eigener Method. wie in No. 4. — Dazu noch Kolporrhaphia ant. et post.	Unters. 6. 11. 91. Allgem.- Befinden ausgezeichnet. Ut. leicht sondirbar. Sonde n. oben u. vorn. Ut. anteflect., leicht beweglich. Keine Beschwerden. — Darnach 1.
Entbindung August 92. 2. Entbindung Abort. 3. Entbindung Nov. 94. — Darnach Uterus anteflect., beweglich, vorderes Scheidengewölbe ohne Kante. — Brief 5. 7. 96. Normale rechtzeitig. Entbindung. Wochenbett gut.				
6.	Zum. 33 J. 24. 8. 91.	Retrofl. uteri fixati. — Feine Pseudomembran. zwischen Uterus u. Rectum. Uterus gut manuell aufzurichten, fällt aber sofort wieder nach hinten.	24. 8. 91. Douglas nicht eröffn. Dann zunächst wie in No. 4. Nach d. queren Durchstechg. d. vorderen Uteruswand werd. die Fadenenden senkrecht an den Kanten der vord. Muttermundlippe durchgestochen, probeweise wie 2 Zügel ange-	7. 11. 91. Beschwerden geschwunden. Periode regelmässig. Sonde nach vorn. Alles normal. 15. 3. 92. Ut. antefl., gut beweglich. Unters. 2. 8. 95. — Hat seit 1892 2 normale Entbindungen gehabt. — Befinden gut. Aber Ut. retroflectirt, was ihr unbekannt ist, ganz beweglich und unempfindlich.
		zogen, wodurch der Fundus der Portio genähert wird, dann durch die Löcher einer kleinen Silberplatte gezogen u. an der vorder. Muttermundlippe fest geknüpft. Die Portio wird durch Tamponade der Scheide nach hinten gedrückt. Bei d. Entlassung am 11. 9.: Uterus anteflectirt, beweglich.		
7.	Gru. 28 J. 5. 11. 91.	Retrofl. uteri mit tiefliegenden, sehr empfindlichen Ovarien. — Unregelm. Menstruation. Andauernde Rückenschmerzen, ausstrahlend nach vorn.	Operation wie in Fall 6. — 7. 12. Entfernung der Ligaturen.	4. 1. 92. Ut. retroflectirt. Achterpessar. — 7. 11. 92. Ut. anteflectirt. Dec. 92. Wieder Achterpessar. 13. 6. 93. Kreuzschmerzen, Pessar. Brief 16. 12. 95: „Jetzt nicht gut.“
8.	Kol. 32 J. 10. 11. 91.	Retrofl. uteri. — Langjährige Beschwerden. Ringbehandlung. Uter. mit Sonde aufrichtbar. Dabei spannt sich links ein festes, nach d. Rectum ziehendes Band.	Umschneidung der Portio, Hinaufschieben der Blase. Eröffnung d. Douglas, stumpfe Lösung der Verlöthungen d. Ovarien. Schluss des Douglas. — Dann wie Fall 6. — 1. 12. schon Entfernung d. Ligaturen.	14. 12. 91. Ut. in Anteflex. 1892 Sonde nach vorn, Ut. leicht bewegl. Keine Beschwerden. — 16. 1. 93. Ut. retroflect. infolge linksseit. Adnaxschwellung. — Brief 16. 12. 95: „Wesentliche Besserung i. Befind.“
9.	Ma. 40 J. 19. 11. 91.	Retroversio uteri. — Ständiger Schmerz u. Druck im Unterleib, bes. bei den Menses. Obstipatio.	Eröffnung d. Douglas u. weiter noch Lösung der Adhäsionen wie Fall 6.	Brief 23. 6. 95: „Im Unterleib wohl.“ — Brief 4. 1. 96: Ist schwanger. Befinden sehr gut.
10.	Kret. 33 J. 21. 11. 91.	Retrofl. uteri fixati. — Ovarien mit Ut. durch feine Pseudomembranen verbunden. — Allgem. Klagen. Unterleibsbeschwerden.	Wie Fall 6.	Unters. 20. 12. 95. Befind. gut. Ut. retrofl., wenig beweglich. Schmerzen links, namentlich beim schnellen Laufen. Periode regelm., 4-wöch., 3—8 Tage. Keine Entbindung.

No.	Name. Alter. Datum der Operation.	Diagnose. Beschwerden.	Operation.	Erfolg (Nachuntersuchungen, Briefe etc.).
11.	Meis. 27 J. 23. 11. 91.	Retrofl. uteri. — Besonders heftige Schmerzen bei der Regel. Starker Ausfluss. Ut. gut aufrechtbar.	Douglas nicht eröffnet. — Wie Fall 6.	Weil erfolglos, Ventrofixat 9. 1. 93 (cf. Tab. I. No. 31)
12.	Lemb. 31 J. 14. 3. 92.	Klin. Diagnose: Retrofl. uteri fixati. Oophoritis et Salping. duplex. — Klagen über Drängen nach unten. Erfolgreiche Pessarbehandlung. Foetider Ausfluss. Starke Schmerzen zwisch. zwei Perioden.	Operationsdiagnose: Retrofl. ut. Nur leichteste Adhäsionen, die sofort zu lösen sind. Ovarien und Tuben normal. — Dann wie Fall 6.	Brief unbeantwortet.

III. Alexander-Kocher'sche Operation (8 Fälle).

1.	Gil. 43 J. 20. 2. 95.	Prolaps. vagin. ant. et post. Prolaps. uteri retroflexi hypertrophici. Cystocele. — Fortwährendes Drängen nach unten. Gehen u. Sitzen fällt der Pat. schwer. Allgem. Klagen über grosse Müdigkeit und Schwäche.	Hautschnitt parallel dem Lig. Poupart. Spaltung der Fascia superficialis. Freilegung des Muscul. obliquus externus und d. Canalis inguinalis. Leistenring mit der Scheere erweitert. Orientirung nach dem Fetttrübchen. Hervorziehen des Lig. rotund. Zugleich Emporschieben des Uterus von der Vagina her. Durchtrennung d. Lig. rotund. u. Annäherung auf die Fascia muscul. obliq. ext. 3 Küstner'sche Nähte. — Danach sofort Kolporrhaphia ant. et post.	Brief 18. 12. 95: „Kommt nächsten Monat zu, Entbindung.“ — Entbindung in der Klinik erschwert nur durch die Kolporraphienarbe. Bei der Entlassung Ut. normal liegt
2.	Haa. 28 J. 1. 3. 95.	Ut. retrofl. mobil. Descensus vag. ant. et post. Pessar bis jetzt, das sie oft verloren hat, bes. bei Stuhlgang.	Dieselbe Methode, nur wird nach Verkürzung des rechten Lig. zunächst die Operation links ausgeführt und nun erst die Naht der Wunden vorgenomm. Kolporrh. ant. et post.	Recidiv. — Brief 17. 12. 95: „Schmerz. wie früher.“ — 19. 6. 96: Ventrofixation. Bei der Entlassung: Uterus anteflektirt, fixirt. Ohne Beschwerde.
3.	Fi. 39 J. 7. 3. 95.	Retroflexio uteri relaxat. Prolaps. vag. ant. et post. — Beständige Schmerz. im Leib, stetiger Urindrang. — Sehr angegriffen.	Dieselbe Operation. — Dann Kolporrh. ant. et post.	Vorgestellt 13. 7. 96. — Ut. anteflektirt. Allgemeinbef. gut.
4.	Fla. 32 J. 15. 3. 95.	Retrofl. uteri relaxati. — Schmerzen im Unterleib, Harndrang, Obstipation. Pessarbehandlung.	Dieselbe Methode. — Uterus v. Rectum her emporgeschoben.	Unters. 16. 6. 95. — Uterus wieder retrofl. — 18. 12. 95. Ut. dextro-retroflektirt, ab. leicht aufrecht. — Nervöse Klagen.

No.	Name. Alter. Datum der Operation.	Diagnose. Beschwerden.	Operation.	Erfolg (Nachuntersuchungen, Briefe etc.).
5.	Walt. 33 J. 22. 3. 95.	Retrofl. ut. relaxat. Parametr. chron. dextra, Prolaps. vag. ant. et post. — Besond. starke Schmerzen während der Periode. Drängen nach unten. Brennen beim Wasserlassen. Schlechte Ernährung.	Dieselbe Methode. — Kolporrh. ant. et post.	Unters. 20. 12. 95. — Keine Beschwerden. Seit Juni gravida. Ut. 2 Querfing. unt. d. Nabel, vorn deutlich fühlb. — Brief 7. 7. 96: Normale Entbindung u. Wochenbett.
6.	Seif. 32 J. 22. 5. 95.	Retrofl. uteri relaxat.	Dieselbe Methode. Beide Bänder leicht gefunden.	Keine Nachricht.
7.	Gros. 38 J. 24. 5. 95.	Retrofl. uteri relaxati. Prolaps. vag. ant. et post. — Starke Kreuzschmerzen. Drängen n. unten.	Zuerst Kolporrh. ant. et post. Dann Alexander-Kocher'sche Operation.	Brief 8. 1. 96: „Sehr zufrieden mit dem Befinden.“ — Unters. 23. 6. 96. — Ohne jede Beschwerde b. März 96. Seitdem schwanger u. zu gleich. Zeit mit unt. Kreuzschmerzen. Ut. anteflektirt, Fundus in d. Mitte zwischen Nabel u. Symphyse. Lig. rotunda deutlich zu fühlen. Brief 5. 1. 96: „Manchmal Schmerzen in den Schnittstellen. Befinden jetzt wesentlich besser als früher.“
8.	Lem. 24 J. 28. 6. 95.	Retroflexio uteri relaxati. Descensus vag. pariet. post. — Starke Kreuzschmerzen. — Stuhlbeschwerden. — Erfolgreiche Pessarbehandlung.	Dieselbe Methode. — (Unterbindung der A. epigastrica.) Dann Kolporrhaphia post.	

Literatur.

1. Olshausen, Ueber Behandlung der Retrodeviationen des Uterus. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1895. Bd. XXXII.
2. Werth, Ueber die Anzeigen der operativen Behandlung der Retroflexio uteri mobilis, nebst einem Beitrage zur Würdigung der Alexander'schen Operation. Festschr. d. Deutschen Ges. f. Gynäk. 1894. S. 53.
3. Fritsch, Ventrofixation und Vaginofixation. Deutsche med. Wochenschr. 1894. No. 1.
4. v. Herff, Zur Ventrofixatio uteri, insbesondere die transperitoneale Methode. Münch. med. Wochenschr. 1894. No. 41.
5. Sänger, Ueber operative Behandlung der Retroversio-flexio uteri. Ctrbl. f. Gyn. 1888. No. 2 u. 3.
6. Sänger, Ueber Schwangerschaft nach conservativer Ventrofixatio uteri retroflexi. Centralbl. f. Gyn. 1891. No. 16 u. 44.

7. Westphalen, Vesicofixatio und Ventrovesicofixatio uteri. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. I.
  8. Strassmann, Zur Kenntniss des Schwangerschafts- und Geburtsverlaufes bei antefixirtem Uterus. Dieses Archiv. Bd. 50. 3.
  9. Miländer, Ventrofixation des Uterus, Schwangerschaft und Querlage des Kindes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33. 3.
  10. Schücking, Die vaginale Ligatur des Uterus und ihre Anwendung bei Retroflexio und Prolapsus uteri. Deutsche medic. Wochenschr. 1888. No. 14.
  11. Stratz, Vaginale Operation der Retroflexio uteri mit Eröffnung des Douglas'schen Raumes. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 21.
  12. Mackenrodt, Die Technik der Vaginofixation in Beziehung zu den Resultaten derselben. Berl. klin. Wochenschr. 1894. No. 31.
  13. Dührssen, Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation etc. Berl. klin. Wochenschr. 1896. No. 13.
  14. Bode, Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 13.
  15. Bode, Weiteres über die intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda zur Heilung der Retroflexio uteri mittelst Laparotomia vaginalis anterior. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 18.
  16. Wertheim, Neue Methode der vaginalen Antefixatio uteri. Centralbl. f. Gyn. 1896. No. 10.
  17. Klotz, Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Verhdl. d. Gyn. Gesellsch. zu Dresden. Centralbl. f. Gyn. 1891. No. 4.
  18. Leopold, Ueber die Annäherung der retroflektirten aufgerichteten Gebärmutter an der vorderen Bauchwand. Volkmann's Samml. klin. Vorträge. No. 333. 1889.
  19. Sperling, Zehn weitere Fälle von Ventrofixatio uteri retroflexi. Deutsche med. Wochenschr. 1891. No. 5.
  20. Lanz, Die Alquié-Alexander'sche Operation zur Beseitigung des Prolapsus und der Retroflexio uteri nach Kocher. Dieses Arch. Bd. 44.
  21. Kummer, Ueber Endresultate der Alexander'schen Operation. Centralbl. f. Gyn. 1895. No. 14.
  22. Verhandl. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin 1895 u. 1896. Zeitschr. f. Geburtsh.
  23. Verhandl. d. Gyn. Gesellsch. zu Dresden. Ctralbl. f. Gyn. 1891 u. 1895.
  24. Küstner, Alexander'sche Operation. Centralbl. f. Gyn. 1895. No. 7.
-