Die operative Behandlung des Scheiden- und Gebärmuttervorfalles.

Von

P. Baumm, Breslau.

(Mit 6 Abbildungen im Text.)

Von allen gynäkologischen Operationen sind die Prolapsoperationen die populärsten. Getragen von dem Vertrauen des practischen Arztes fällt uns ihre Ausführung so oft wie keine andere zu. Sie sind des Gynäkologen täglich Brod. Kein Wunder daher, dass sie zu hoher Entwicklung gelangt sind. Wer die Geschichte der Prolapsoperationen von ihren ersten bescheidenen Anfängen bis zu den heutigen complicirten Verfahren verfolgen will, von denen jedes für sich oft genug eine Summe von 4, 5 und mehr, zum Theil, kühnen Eingriffen darstellt, den verweise ich auf die neueren gynäkologischen Lehr- und Handbücher, sowie auf den historischen Ueberblick, den Staedler in seinem Aufsatz, dieses Arch., Bd. 58, H. 3 „Die operative Behandlung der Lageveränderungen mittelst Lawson-Tait-Alexander“, giebt.

Die Entwicklungsperiode hat aber immer noch nicht ihren Abschluss erreicht, denn es besteht keine Einigkeit, wie man am besten, d. h. am sichersten vor Recidiven, den Prolaps operiren soll. So viel Operateure, fast ebenso viel Variationen. Jeder glaubt, das Richtige getroffen zu haben. Dass dies aber nicht der Fall ist, geht theils aus den mitgetheilten Statistiken über die erzielten Dauerheilungen, theils daraus hervor, dass gewiss kein Operateur bei einer Operationsweise geblieben ist und bleibt. Er wechselt das Verfahren je nach dem Ausfall seiner Statistik und je nachdem sich seine Ansichten über die Anatomie und Aetiologie des Prolapses ändern oder befestigen. Letzteres ist die Haupt-

sache. Wären wir einig über die Aetiologie des Prolapses, dann liesse sich auch eine Verständigung über das zweckmässigste Operationsverfahren erhoffen. Leider aber ist dies eins der schwierigsten Capitel, dessen allseitig befriedigende Lösung nicht zu erhoffen ist, so lange man nicht einmal alle Einzelheiten über die Befestigung und Statik der normal gelegenen inneren Genitalien des Weibes kennt. Ich sage die Einzelheiten; denn im Grossen und Ganzen ist es wohl klar, dass die richtige Lage von Uterus und Vagina abhängt von der Festigkeit und ungeschwächten Elasticität der diese Organe umschliessenden Masse, die unten mit dem Damme, oben mit dem Bauchfellüberzug der Beckeneingeweide ihren Abschluss findet. Diese Masse ist ein viel gegliedertes, höchst complicirtes Ganze. Es umfasst die Bänder des Uterus, die Muskulatur des Beckenbodens, die Fascien des Beckens, Blase, Harnröhre und Mastdarm, Gefässe und Nervenbündel und schliesslich die dazwischen eingelagerten Zellgewebs- und Fettlager. Es ist einleuchtend, dass Erschlaffung dieser Gebilde, gewöhnlich durch das Geburtstrauma bedingt, Vorbedingung für das Zustandekommen eines Prolapses ist. Die Schwierigkeiten beginnen aber, wenn wir fragen, ob alle diese Gebilde von gleicher Wichtigkeit dabei sind oder ob sie verschieden wiegen und welches in diesem Falle die Hauptstützen für Uterus und Vagina sind. Ich glaube mit vielen Anderen, dass die Muskulatur des Beckenbodens, die Fascien und das die Beckenorgane umschliessende Bindegewebe die Hauptrolle spielen. In nächste Reihe, als schon viel weniger, aber doch noch werthvoll, möchte ich die Lig. lig. cardinalia und sacro-uterina stellen, während ich mir nicht denken kann, dass die lockeren breiten und runden Mutterbänder nennenswerth im Stande sein sollten, Verlagerungen des Uterus entgegen zu wirken. Um dies näher zu begründen, müsste ich auf die Anatomie des Beckens und seines Inhaltes eingehen. Das liegt mir aber fern, denn es ist von berufener Seite bereits wiederholt geschehen. Neue Ergebnisse eigener Forschung habe ich nicht hinzuzufügen, würde demnach auch nicht über die theoretischen Erörterungen hinauskommen, wie sie pro und contra in diesem Punkte geführt worden sind.

Nun kommen für die Statik des weiblichen Genitalapparates ausser der Befestigung desselben noch andere Momente in Frage: die Druckverhältnisse im Bauche, die Richtung des Beckenkanales und, speciell für den Uterusprolaps, die Richtung der Gebärmutter-

achse. Es ist von vornherein glaubhaft, dass fortgesetzter, intra-abdominaler Druck die Eingeweide des Beckens nach unten dislociren wird und dass dies bei einer Beckenneigung, die sich der Richtung des intraabdominalen Druckes nähert, also bei geringer Beckenneigung, leichter geschehen wird als bei starker. Exacte Untersuchungen hierüber fehlen aber noch. Es ist zu schwer, einwandsfrei die Beckenneigung an der Lebenden zu bestimmen. Die dafür empfohlenen Methoden haben den Fehler, dass sie entweder nur die Neigung der Conj. ext. bestimmen (Prochownik „Ueber Beckenneigung“, dieses Arch., Bd. 19, S. 1; Savor, „Ueber Beckenneigung“, dieses Arch., Bd. 51, S. 316; Schröter „Beckenmessungen an lebenden Menschen verschiedener Nationalitäten“, dieses Arch., Bd. 25, S. 367) oder von dieser auf diejenige der Interna nur schliessen (Savor l. c.). Die directe Bestimmung Credé's (Klin. Vorträge über Geburtshilfe, Berlin 1854, S. 623) und Küstner's (Centr.-Bl. f. Gyn. 1890, No. 21) ist nicht in allen Fällen ausführbar. Ausserdem ist letztere nicht einwandsfrei, da sie gleichzeitig an der liegenden und stehenden Frau bei verschiedener Beinhaltung misst. Ein praktisches Instrument zur directen Messung der Neigung der Conj. externa haben Neumann-Ehrenfest in ihrem Kiseometer angegeben (Monatsschr. f. G. u. Gyn., Bd. XI, S. 253). Unter weiterer Zuhilfenahme ihres Pelvigraphes (Mon.-Schr. f. G. u. Gyn., Bd. XI, S. 237) kann man wohl auch, aber nur in allzu umständlicher Weise, direct die Neigung der Vera ermitteln. Schliesslich haftet allen Messmethoden der Fehler an, dass es fast unmöglich ist, das zu messende Becken bez. die Wirbelsäule und die Beine allemal in ein und dieselbe Ruhelage zu bringen. Namentlich an letzterem Umstande scheiterten sehr bald meine eigenen diesbezüglichen Versuche.

Mehr im Vordergrund des Interesses steht die Bedeutung der Retroversio-flexio uteri für das Zustandekommen des Prolapses. Gemeint ist zunächst der Uterusprolaps. Da aber dieser regelmässig die Scheide mit hinunter und schliesslich vor den Introitus vaginae schiebt, so ist es kein Fehler, hier einfach vom Prolaps der Genitalien im Ganzen zu sprechen. Zudem kommt der isolirte Prolaps der Vagina nur selten vor und zwar nur so lange, als er ganz klein ist. Jede stärkere Scheideninversion ist auch von einem Descensus des Uterus begleitet. Ich komme hiermit auf einen weiteren Punkt, um den viel gestritten ist. Ist die Scheidensenkung oder die Uterussenkung das Primäre? Während die Schröder-

sche Schule (s. Veit, Handbuch d. Gyn., Winter, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, H. 2) dem Verhalten der Blase die grösste Wichtigkeit für das Zustandekommen zuerst des Scheiden- und erst secundär des Uterusprolapses beimisst, geht B. S. Schultze's und seiner Anhänger Ansicht dahin, dass dies eine seltene Ausnahme sei. Der Regel nach bedinge die Erschlaffung des Befestigungsapparates in erster Linie eine Retroversion des Uterus; die Portio tritt in Folge dessen nach vorn und schiebt dadurch die vordere Scheidenwand — die ja thatsächlich fast immer zuerst im Introitus vag. erscheint — zusammen. Der Uterus, der nun in der Richtung der Scheide liegt und nicht mehr mit dieser einen spitzen Winkel bildet, wird durch den intraabdominalen Druck mit seiner Vorderfläche nicht mehr auf die vordere Scheidenwand aufgedrückt, sondern in das Lumen der Scheide wie ein Keil hineingetrieben. Er gleitet so tiefer und tiefer und schiebt die Scheide vor sich her. Vor allem hat Küstner mit Nachdruck diesen Vorgang als den gewöhnlichen verfochten (s. unter anderem Veit's Handbuch der Gyn. und Küstner, Kurzes Lehrbuch d. Gyn.). Es ist selbstverständlich, dass, je nachdem man dieser oder jener Ansicht huldigt, man das operative Verfahren verschieden gestalten wird. Küstner muss principiell bei jeder Prolapsoperation den Uterus richtig lagern. Wer aber der Ansicht ist, dass die Retroversio des Uterus etwas Sekundäres ist, dadurch entstanden, dass die herabsinkende vordere Scheidenwand die Portio nach unten vorn zieht, so dass eben die Retroversion unausbleiblich ist, oder wer noch weiter geht, wie Hegar, dass eine bedeutende Retroflexion der weiteren Entwicklung des Prolapses sogar hinderlich ist, der wird sich nicht mit Operationen befassen, die den Zweck haben, das Corpus uteri wieder nach vorn zu bringen. Exacte Beweise für die eine oder andere Auffassung beizubringen, ist zur Zeit kaum möglich. Wir sehen den Prolaps, die Dislocation der verschiedenen Theile. Aber was primär ist und was secundär, welche Bedeutung die verschiedenen Dislocationen für die weitere Entwicklung des Prolapses haben, darüber wird sich wohl Jeder seine Anschauung bilden, er wird durchdrungen sein können von der Richtigkeit derselben — beweisen, dass es so und nicht anders ist, kann er aus dem anatomischen Befund und durch theoretische Erörterungen nicht, ebensowenig als er die gegentheilige Ansicht widerlegen kann. Dagegen müsste experimentell, *ex juvantibus*, eine Entscheidung möglich sein. Ist es richtig, dass die Retro-

versio-flexio das Primäre und weiterhin das den Prolaps fördernde Moment ist, dann müssen Operationen, die mit Anteversionslagerungen des Uterus combinirt sind, bessere Dauerresultate ergaben als Operationen, welche auf die Lageanomalie des Uterus keine Rücksicht nehmen.

Die Operationen der Uterusantefixation sind neueren Datums. Bis Anfang der 90er Jahre wurden sie wenig gemacht. Dann kam mit der Vaginofixation die Hochfluth. Die Schultze-Küstner'sche Auffassung der Prolapse hatte ich auch zu der meinigen gemacht. Was lag näher, als mit der vorderen Kolporrhaphie die technisch einfache und gefahrlose Vaginofixation zu combiniren. Die Hoffnung, dadurch die Dauerresultate meiner Prolapsoperationen zu bessern, sah ich aber betrogen. Auf dem Leipziger Gynäkologencongress 1897 habe ich darüber berichtet. Ich hatte 30,7 pCt. Recidive zu verzeichnen. Ob das Resultat vorher, vor Hinzufügen der Vaginofixation, etwa noch schlechter war, darüber fehlen mir zahlenmässige Beläge. Ich habe aber den Eindruck, dass das nicht der Fall war. Deswegen habe ich mich leichten Herzens dazu entschlossen, experimenti causa wieder eine Serie Prolapse ohne Rücksicht auf die fast immer vorhandene Retroversio-flexio des Uterus zu operiren. Wie im Einzelnen operirt worden ist, geht aus der nachfolgenden Tabelle hervor. Ich komme darauf noch näher zurück. Es sind im Ganzen 95 Fälle, bei denen der Uterus, wie gesagt, nicht nach vorn fixirt worden ist. Die Nachforschung über das Resultat geschah durch briefliche Nachfrage, zum Theil auch (bei 22) durch persönliche Nachuntersuchung. Die Fälle sind in der Zeit vom Mai 1897 bis Ende März 1900 operirt. Die Nachforschung begann Mitte November 1900, so dass Zeit genug verflossen ist, um die Dauerresultate beurtheilen zu können. Von 9 Fällen war keine Nachricht zu erlangen. Es bleiben somit 86 Fälle zu betrachten übrig. Ich lasse zunächst eine Zusammenstellung dieser 86 Fälle folgen, die ohne Weiteres verständlich sein dürfte.

Tabelle 1.

1. J. St., 36 Jahre, VIIp. Aufnahmebefund: Inversion der ganzen vorderen Scheidenwand. Orangengrosse Cystocele. Beckenboden schlaff. Cervixrisse. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 25. 5. 1897. Emmet. Kolporrhaph. ant., Kolpoperineopl. nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

2. C. W., 29 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und theilweise der hinteren Scheidenwand. Starke Elongatio colli. Beckenboden schlaff. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 26. 5. 1897. Kolporrhaph. ant., Gersuny. Kolpoperineopl. nach Frank. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Wieder geboren.

3. B. Z., 28. Jahre, VIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und theilweise der hinteren Scheidenwand. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 12. 6. 1897. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineopl. nach Hegar. Primäres Resultat: Keine prima. Secundärnaht. Bei der Entlassung erscheint die vordere Scheidenwand beim Pressen mehr wie gewöhnlich im Introitus. Portio an richtiger Stelle. Keine Beschwerden. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

4. M. B., 44 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Portiohypertrophie, ragt aus der Vulva heraus, ohne nennenswerthe Senkung der Scheide. Uterus retrovertirt, descendirt. Operation am 13. 8. 1897. Portioamput., Kolpoperineopl. nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Schon einmal mit Vaginofixation wegen Prolaps operirt.

5. I. C., 28 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Collumelongation. Decubitusgeschwüre. Fast totaler Dammriss. Cervixrisse. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 9. 9. 1887. Emmet. Kolporrh. ant. nach Frank. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

6. A. L., 22 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Dammriss. Uterus normal. Operation am 4. 11. 1897. Kolporrh. ant., Lappendamplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wieder geboren.

7. Ch. H., 58 J., Iq. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Decubitus am Muttermund. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 25. 11. 1897. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio amput. Kolpoperineopl. nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Der Damm heilt aufs erste Mal nicht ganz. Nochmalige kleine Anfrischung und Naht, worauf Heilung.

8. H. G., 72 Jahre, XIp. Aufnahmebefund: Citronengrosse Rectocele. Uterus sehr klein. Uterus descendirt. Operation am 26. 11. 1897. Kolpoperineoplastik. Einstülpung des Mastdarmes durch Etagegnähte. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

9. E. H., 62 Jahre, VIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und der hinteren Scheidenwand. Decubitusgeschwüre. Uterus descendirt, klein, retrovertirt. Operation am 11. 1. 1898. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv.

10. A. J., 37 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Starke Elongatio colli. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 13. 1. 1898, Douglaseröffnung. Verkürzung der Lig. sacro-uterina. Kolpoperineoplastik. Portioamputation. Kolporrh. ant., Kolpopexia ant. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Wieder geboren. — Später wieder operirt, cf. No. 68. Nachuntersucht.

II. E. B., 24 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Inversion der vorderen Scheidenwand. Phthisis pulmonum. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 17. 1. 1898. Kolporrh. ant. Wegen Acne am Damm

vorläufige Unterlassung der Kolpoperineoplastik. 18. 2. 1898. Die vordere Scheidenwand wird beim Pressen sichtbar. Andauernd hohes Fieber, daher Ueberweisung an ein Krankenhaus. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Phthisis pulmonum. Unvollständige Operation. Nachuntersucht.

12. J. H., 56 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Dammriss. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 19. 1. 1898. Douglaseröffnung und Verkürzung der Lig. sacro-uterina. Kolpoperineoplastik nach Hegar, Kolporrh. ant., Kolpopexia ant. Primäres Resultat: Vordere Scheidenwand drängt sich etwas herab. Portio an richtiger Stelle. Dauerresultat: Recidiv.

13. H. P., 29 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Inversion der vorderen Scheidenwand leichten Grades. Dammriss. Uterus normal. Operation am 28. 1. 1898. Kolporrh. ant., Dammplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Wieder geboren. — Nachuntersucht: Geringe Senkung beider Scheidenwände.

14. P. V., 41 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Ueber orangengrosse Cystocele, schlaffer Beckenboden. Dammriss. Uterus wenig descendirt, anteflectirt. Operation am 26. 1. 1898. Kolporrh. ant., Kolpopexia ant. Hohe Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Bauchwunde granulirt noch. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

15. L. K., 49 Jahre, VIIIp. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Scheide kurz und weit. Portiohypertroph. Uterus descendirt, anteflectirt. Operation am 25. 1. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portioamputation. Kolpoperineoplastik nach Säger. Primäres Resultat: Beim Pressen wird vordere Scheidenwand etwas sichtbar. Portio an richtiger Stelle. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht. Später wieder operirt, cf. No. 58.

16. A. W., 46 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Portiohypertroph. Collum-elongat. Decubitusgeschwüre. Uterus descendirt, anteflectirt. Operation am 4. 2. 1898. Verkürzung der Lig. sacro-uterina. Portioamputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Kolporrh. ant. Kolpopexia ant. Primäres Resultat: Beim Pressen wird die vordere Scheidenwand etwas sichtbar. Portio an richtiger Stelle. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wiedergeboren.

17. M. F., 51 Jahre, VIIp. Aufnahmebefund: Inversion der hinteren Scheidenwand mässigen Grades. Dammriss. Uterus normal. Operation am 2. 2. 1898. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wiedergeboren.

18. J. G., 38 Jahre, VIIp. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Uterus descendirt, anteflectirt. Operation am 5. 2. 1898. Kolporrh. ant. Kolpopexia ant. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

19. A. Kl., 55 Jahre, XIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 19. 2. 1898. Douglasresection. Portioamputation. Kolporrh. ant. — Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

20. C. B., 35, Jahre, VIp. Aufnahmebefund: Die hypertrophische Portio tritt beim Pressen fingergliedlang aus dem Introitus vag., Scheide

kurz, besonders vordere Wand, ist nicht invertirt. Uterus retrovertirt. Operation am 31. 3. 1898. Portioamputation. Streckung der vorderen Scheidenwand durch Querschnitt und Vernähen desselben von rechts nach links, nachdem die Blase in die Höhe geschoben. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Abort.

21. E. Sch., 27 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele, mässige Inversion der hinteren Scheidenwand, kleiner Uterus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 26. 4. 1898. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Eucainanästhesie.

22. P. A., 47 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und theilweise der hinteren Scheidenwand, starke Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 6. 5. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

23. R. F., 40 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Totale Scheideninversion. Totaler Prolaps des kleinen Uterus. Handtellergrösses Decubitusgeschwür. Uterus retroflectirt, total prolabirt. Operation am 20. 6. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portioamputation. Kolpoperineoplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Lues, maculöses Exanthem, schon einmal anderwärts operirt.

24. A. Pf., 46 Jahre, VIIIp. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Dammdefect. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 14. 6. 1898. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wiedergeboren. — Eucainanästhesie.

25. J. G., 40. J., Vp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Enorme Collumelongation und Portiohypertrophie. Decubitusgeschwüre. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 27. 6. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wieder geboren.

26. P. L., 29 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Fast vollständiger Dammdefect. Dicke Portio. Uterus descendirt, anteflectirt. Operation am 28. 6. 1898. Curettement, Kolporrh. ant., Portio Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

27. P. M., 48 Jahre, VIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Dicke Portio vor den Genitalien. Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 1. 7. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

28. K. K., 31 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Theilweise Inversion beider Scheidenwände (ringförmig). Uterus Spur descend., retrov. Oper. am 16. 7. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat: Beim Pressen erscheint hintere Scheidenwand etwas im Introitus. Portio an richtiger Stelle. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wiedergeboren. — Nachuntersucht, später wieder operirt, s. No. 31.

29. S. Sch., 45 Jahre, VIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Starke Collumelongation. Damm defect. Uterus

descendirt, tief retroflectirt. Operation am 26. 7. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

30. I. T., 31 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Fast totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Portiohypertroph. Uterus descendirt, retroflectirt, fixirt. Operation am 24. 8. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

31. K. K., 31 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Isolirte Inversion der hinteren Scheidenwand. Uterus normal. Operation am 10. 9. 1898. Kolpoperineoplastik nach Sänger. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Recidivoperation cf. No. 28.

32. O. Sch., 41 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Hypertrophisches Collum. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 22. 9. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Bereits vor ca. 10 Jahren anderwärts operirt. Inzwischen geboren.

33. E. H., 48 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Faustgrosse Inversion der Scheide. Portio geschwürig, rechts eingerissen. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 5. 11. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

34. A. A., 26 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und fast vollständige der hinteren Scheidenwand. Starke Collumelongation. Portiohypertrophie. Decubitus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 5. 12. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Sänger. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wiedergeboren.

35. A. P., 64 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Partielle Scheideninversion. Uterus normal. Operation am 30. 12. 1898. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

36. L. Kl., 31 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Mittelgrosse Cystocele. Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 11. 1. 1899. Kolporrh. ant., Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

37. M. G., 24 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Apfelgrosse Cystocele. Unvollständiger Abort. Uterus normal. Operation am 20. 1. 99. Curettement. Kolporrh. ant., Gersuny. Amp. der vorderen Lippen. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

38. A. K., 30 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Starke Collumelongation. Dammdefect. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 24. 1. 1899. Kolporrh. ant. Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat: Beim Pressen erscheint die vordere Scheidenwand etwas im Introitus. Uterus senkt sich nicht. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

39. K. L., 61 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 25. 1. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Ampu-

tation der vorderen Lippe. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

40. B. H., 58 Jahre, IV p. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Enorme Collumelongation. Decubitus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 6. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny, Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar, Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Nachuntersucht.

41. K. Sch., 52 Jahre, X para. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Rectocele. Starke Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 13. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

42. A. R., 51 Jahre, X p. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Rectocele. Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 10. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

43. E. R., 66 Jahre, III p. Aufnahmebefund: Apfelgrosse Cystocele. Collumelongation. Uterus retrovertirt, fixirt. Operation am 11. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Nachuntersucht.

44. A. T., 59 Jahre, X p. Aufnahmebefund: Ueber faustgrosse Cystocele. Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 17. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Nachuntersucht.

45. M. Kl., 22 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Beide Scheidenwände zur Hälfte invertirt. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 18. 2. 1899. Kolporrh. ant., Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Wieder geboren.

46. F. Fl., 44 Jahre, III p. Aufnahmebefund: Faustgrosse Cystocele. Schlaffer Beckenboden. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 21. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Amputation der vorderen Lippe. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: kleines Recidiv. Nicht wieder geboren. Im Jahre 1892 schon 2 mal anderwärts operirt, inzwischen wieder geboren.

47. R. K., 47 Jahre, VII p. Aufnahmebefund: Faustgrosse Cystocele. Uterus etwas descendirt, antevirtirt. Operation am 1. 3. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Eucainanästhesie.

48. D. K., 61 Jahre, VII p. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen und theilweise der hinteren Scheidenwände. Collumelongation. Decubitus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 16. 2. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. —

49. A. D., 50 Jahre, VIII p. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Enorme Collumelongation. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 28. 3. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-

Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

50. A. Sch., 27 Jahre, Op., Virgo. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Starke Cervixhypertrophie. Decubitus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 1. 4. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat: Beim Pressen wird hintere Scheidenwand etwas im Introitus sichtbar. Portio an richtiger Stelle. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

51. A. Sch., 29 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Portiohypertrophie. Uterus normal. Operation am 10. 4. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

52. I. Fr., 35 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Cervixhypertrophie. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 2. 5. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

53. A. B., 57 Jahre, VIIIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion der Scheide. Uterus total prolabirt, anteflectirt. Operation am 8. 5. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. —

54. E. P., 66 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Scheide zum grossen Theil invertirt. Rectocele. Cystocele. Starke Cervixhypertrophie. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 16. 5. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Eucainanästhesie. Nachuntersucht.

55. Th. L., 60 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Gänseeigrosse Cystocele. Damndefect. Schlaffer Beckenboden. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 2. 6. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

56. A. R., 43 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Starke Cervixhypertrophie. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 5. 6. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

57. B. F., 51 Jahre, IXp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 20. 6. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

58. L. K., 50 Jahre, VIIIp. Aufnahmebefund: Wallnussgrosse Cystocele. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 24. 6. 1899. Kolporrh. ant. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Recidivoperation, cf. No. 15.

59. B. R., 41 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Mässige Cervixhypertrophie. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 27. 6. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

60. A. L., 62 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Uterus klein, prolabirt, retroflectirt. Operation am 7. 7. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Amputation der vorderen Lippe. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

61. A. Sch., 44 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Faustgrosse Inversion beider Scheidenwände. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 10. 7. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

62. E. Bl., 32 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Apfelgrosse Rectocele. Orangengrosse Cystocele. Gravid. mens. 4. Uterus descendirt, antevirtirt. Operation am 17. 7. 1899. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wieder geboren.

63. F. A., 44 Jahre, VIIp. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Uterus descendirt, anteflectirt. Operation am 29. 7. 1890. Kolporrh. ant., Gersuny. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

64. E. M., 40 Jahre, Vp. Aufnahmebefund: Theilweise Inversion beider Scheidenwände. Rectocele. Operation am 6. 9. 1899. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

65. F. Gr., 54 Jahren, pluripara. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Theilweise Inversion der hinteren Scheidenwand. Uterus descendirt. Operation am 23. 10. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

66. A. F., 26 Jahre, Op. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Scheide weit und schlaff. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 21. 11. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat Recidiv. Nicht wieder geboren.

67. P. Fr., 35 Jahre, VIIp. Aufnahmebefund: Kleine Inversion beider Scheidenwände. Uterus normal. Operation am 4. 1. 1900. Kolporrh. ant. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wieder geboren. — Nachuntersucht.

68. A. J., 39 Jahre, IVp. Aufnahmebefund: Penisartiger Prolaps des Uterus. Uterus retrovertirt. Operation am 15. 1. 1900. Kolporrh. lateralis duplex. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Recidivoperation, cf. No. 10.

69. C. M., 48 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Inversion beider Scheidenwände. Cystocele und Rectocele. Collumelongation. Uterus fast ganz prolabirt, retrovertirt. Operation am 15. 1. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren.

70. B. W., 41 Jahre VIp. Aufnahmebefund: Theilweise Inversion beider, besonders der hinteren Scheidenwand. Uterus normal. Operation am 18. 1. 1900. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

71. E. B., 41 Jahre, VI p. Aufnahmebefund: Apfelgrosse Inversion der hinteren Scheidenwände. Rectocele. Uterus retroflectirt. Operation am 2. 2. 1900. Kolporrh. ant., Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

72. E. P., 40 Jahre, XI p. Aufnahmebefund: Vordere und hintere Scheidenwand je hühnereigross invertirt. Collumelongation. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 20. 2. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Kolpoperineoplastik nach Martin. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Abort.

73. J. N., 64 Jahre, III p. Aufnahmebefund: Theilweise Inversion beider Scheidenwände. Uterus senil atrophisch. Operation am 3. 3. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. — Nachuntersucht.

74. Th. R., 63 Jahre, Ip. Aufnahmebefund: Totale Scheideninversion. Uterus retroflectirt, senil. Operation am 12. 3. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Douglasresection. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat: beim Pressen zeigt sich etwas Scheidenwand im Introitus. Portio hoch hinten. Dauerresultat: Recidiv. — Nachuntersucht.

75. H. Gr., 36 Jahre, IV p. Aufnahmebefund: Eigrosse Cystocele. Cervixrisse. Dammdefect. Uterus anteflectirt. Operation am 11. 5. 1897. Emmet. Kolporrh. ant. nach Frank. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

76. A. R., 32 Jahre, V p. Aufnahmebefund: Eigrosse Inversion der vorderen Scheidenwände. Dammdefect. Uterus anteflectirt. Operation am 21. 4. 1898. Kolporrh. ant., Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Eucainanästhesie.

77. M. R., 33 Jahre, III p. Aufnahmebefund: Ueber eigrosse Inversion der vorderen Scheidenwand. Portio im Introitus. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 21. 4. 1898. Kolporrh. ant., Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Wieder geboren. — Eucainanästhesie.

78. D. M., 37 Jahre, II p. Aufnahmebefund: Totale Inversion der vorderen Scheidenwand. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 26. 7. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation. Kolpoperineoplastik nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

79. H. T., 47 Jahre, II p. Aufnahmebefund: Orangengrosse Cystocele. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 27. 10. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wiedergeboren.

80. M. H., 57 Jahre, XI p. Aufnahmebefund: Totale Scheideninversion. Starke Collumelongation. Decubitus. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 14. 12. 1898. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

81. A. L., 50 Jahre, X p. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cystocele. Uterus retroflectirt, descendirt. Operation am 1. 5. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren.

82. E. P., 45 Jahre, V p. Aufnahmebefund: Hühnereigrosse Cysto-

cele. Dammdefect. Uterus retrovertirt, descendirt. Operation am 30. 12. 1899. Kolporrh. ant., Gersuny. Lappendamoplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

83. E. Br., 25 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Theilweise Inversion beider Scheidenwände. Uterus retroflectirt, descendirt. Operation am 14. 2. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut. Nicht wieder geboren. — Nachuntersucht.

84. E. K., 36 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Kleine Inversion der vorderen Scheidenwand. Dammdefect. Uterus normal. Operation am 21. 3. 1900. Kolporrh. ant. Lappendamplastik. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Residiv. Nicht wieder geboren. — Eucainanästhesie. Nachuntersucht.

85. H. H., 29 Jahre, IIp. Aufnahmebefund: Apfelfgrosse Cystocele. Uterus descendirt, retrovertirt. Operation am 27. 3. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat: Recidiv. Nicht wieder geboren. — Eucainanästhesie. Nachuntersucht.

86. H. G., 58 Jahre, IIIp. Aufnahmebefund: Totale Scheideninversion. Riesige Collumelongation. Uterus descendirt, retroflectirt. Operation am 23. 4. 1900. Kolporrh. ant., Gersuny. Portio-Amputation nach Hegar. Primäres Resultat tadellos. Dauerresultat gut.

Das Dauerresultat ist mit „gut“ in allen den Fällen angegeben, wo entweder die Nachuntersuchung kein Recidiv ergab oder die Operirte unsere schriftliche Anfrage, ob das Leiden wiedergekommen sei, mit „nein“ beantwortet hat. Ich glaube, dass hiergegen Nichts einzuwenden ist. Ist die Frau mit dem Erfolge der Operation zufrieden, dann sollen wir es erst recht sein und nicht weiter tüfteln, ob auch thatsächlich „normale“ Verhältnisse vorliegen, sonst lässt sich wohl in den meisten Fällen etwas finden, was nicht ganz normal ist. Also ich möchte von Herff (s. Beitr. zur Geb. und Gyn. Bd. 3 Heft 3) nicht darin folgen, von „relativer“ und wirklicher Heilung zu sprechen. Geheilt ist, wer von seinem Prolaps nicht mehr incommodirt wird, und wenn gleich auch die vordere Scheidenwand etwas im introit. vag. erscheint oder der Uter. etwas tiefer steht als normal. Das findet man auch sonst oft genug bei Frauen, die nicht daran denken, sich zu den Kranken zu zählen. Auf der anderen Seite kann man allerdings Gefahr laufen, bei Selbstbeurtheilung der Frauen von Recidiven zu hören, wo keine sind. Die Gefahr und damit der Fehler sind nicht gross, wenn die Fragestellung präcis ist. Unsere Frage lautete: „Ist Ihr früheres Leiden wiedergekommen?“ Ich glaube nicht, dass wir da oft Falsches vernommen haben, meine vielmehr, dass unsere Statistik trotz der relativ wenigen nachuntersuchten Fälle (22 Stück), die Wahrheit trifft. — Ich komme nun zur Sichtung des Materials.

Das Primärresultat war in 8 Fällen, d. h. in 9,3 pCt. nicht tadellos. Es zeigte sich schon bei der Entlassung, dass beim Pressen die vordere Scheidenwand im Scheideneingang sichtbar wurde. Der Uterus stand dabei trotzdem in richtiger Höhe und die Frauen waren beschwerdefrei. Ich muss hier nachtragen, dass die Bemerkung „tadellos“ in der Rubrik der Primärresultate nur insofern gilt, als man von der etwaigen Rückwärtslagerung der Gebärmutter absieht. Diese ist ja unberücksichtigt geblieben, und thatsächlich lag auch meistens der Uteruskörper mehr oder weniger nach hinten über. Es ist dies aber nicht in allen Krankengeschichten besonders hervorgehoben und deswegen auch in der Tabelle weggelassen worden.

Warum nun in den 8 Fällen das Primärresultat nicht befriedigend ausfiel, ist nur zweimal klar geworden. In Fall 3 war (das einzige Mal) keine prima erfolgt, und in Fall 11 war die Operation unvollständig geblieben. Wir hatten wegen des fieberhaften Zustandes der phthisischen Frau nur die Kolporrhaph. anterior gemacht. Das Uebrige wurde auf später verschoben, kam aber wegen weiterer Verschlimmerung der Phthise nicht zur Ausführung. In den übrigen 6 Fällen, vermute ich nur, war die Plastik an der vorderen Scheidenwand nicht ausgiebig genug. Interessant ist es jedenfalls, dass alle diese 8 Fälle bald wieder völlig recidiv wurden. 4 mal handelte es sich dabei um totale Scheideninversion.

Betrachten wir nun die Dauerresultate, so finden wir auf 86 Fälle 26 Recidive oder 30,2 pCt. gegen 60 Dauer-Heilungen = 69,8 pCt. Halte ich dagegen die 30,7 pCt. Recidive, die ich in der vorangehenden Operationsperiode, wobei der Uterus principiell vaginofixirt wurde, erzielte, so ergibt sich eine auffallende Gleichheit des Erfolges. Darnach muss ich schliessen, dass es gleichgiltig ist, ob bei der Prolapsoperation der Uterus vaginofixirt oder in seiner fehlerhaften Lage belassen wird. Das Material war doch in beiden Operationsperioden durchschnittlich dasselbe.

Aber sehen wir, was andere Operateure mit der Vaginofixation erzielt haben. Darüber machen unter Anderem Angaben: v. Herff aus der Halle'schen Klinik („Ueber Dauerresultate bei Prolapsoperationen“, Beitr. zur Geb. und Gyn., Bd. III, S. 382), Schmidt („Bericht über die an der Klinik Schauta ausgeführten peritonealen Prolapsoperationen“, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 11, H. 1)

und Schultze („Einiges über Pathologie und Therapie der Retro-flexio uteri“, Monatsschr. f. Geb. und Gyn., Bd. III, S. 101). Es hatten

v. Herff . . . 78,1 pCt. Dauerheilung

Schmidt . . . 78,1 „ „

Schultze . . . 20 „ „

Während also die ersteren Beiden um einige Procente bessere Resultate zu verzeichnen haben, sind Schultze's Erfahrungen sehr schlecht. Allerdings hat Letzterer nur 10 Fälle operirt, von denen 8 bald recidivirten.

Man hat aber noch andere Verfahren, den Uterus gelegentlich der Prolapsoperation vorn zu fixiren, empfohlen und ausgeführt. Ich selbst kann mit eigenen Erfahrungen nicht dienen, da ich ausser der Vaginofixatio uteri nur vereinzelt die Ventrofixation oder den Alexander-Adams gemacht habe. Dagegen findet sich in der Literatur eine Reihe statistischer Berichte, die zu betrachten von Interesse ist, und die ich nachstehend zusammenstelle.

Tab. 2.

Autor	Quelle	Art der Antefixatio uteri	Dauerheilung
1. Christiani (Küstner's Klinik).	Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 44. S. 135. Beitrag z. operativ. Behandlg. des Gebärmuttervorfalles.	Ventrofixur	69 pCt.
2. v. Herff (Fehling's Klinik).	Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. III. S. 382. Ueber Dauerresultate bei Prolapsoperationen.	do.	76,9 pCt.
3. Rauhut.	J.-D. Halle 1895. Die neueren Prolapsoperationen.	do.	66 pCt.
4. P. Müller.	Dieses Arch. Bd. 36. S. 548.	do.	„nur wenig Fälle“ 33,3 pCt.
5. Krönig (Zweifel's Klinik).	Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 11. Heft 3 u. 4. Die orthopädisch. Resultate der Alexander-Adams'schen Operat.	Alexander-Adams.	
6. Schmidt (Schauta's Klinik).	Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 11. Heft 1. Bericht üb. d. an d. Klin. Schauta ausgeführt. peritoneal. Prolapsoperation.	Fixation d. Lig. rot. an d. Scheide.	66,6 pCt.
do.	do.	Verkürz. d. Lig. rot. n. Wertheim.	75 pCt.
do.	do.	Verkürz. d. Lig. rot. und sacr.-ut. n. Wertheim-Mandel.	50 pCt.

Man sieht, die Resultate sind ausserordentlich verschieden. Am schlechtesten schneidet Alexander-Adams ab. Vielleicht ist die Ursache darin zu suchen, dass als Recidiv, wie Krönig angiebt, selbst die leichtesten Fälle mitgezählt sind, also auch diejenigen, wo sich bei der Inspection auch nur ein wenig der vorderen Scheidenwand im Introitus zeigte. Ich möchte dies um so eher annehmen, als die Verkürzung der Ligg. rotunda, die Schauta von der Scheide aus vorgenommen hat, mit viel besseren Resultaten verzeichnet ist. Es ist nicht einzusehen, warum die Verkürzung vom Leistenkanal aus nicht dasselbe leisten sollte. Statistiken sind vorsichtig aufzufassen; das lehren auch die Zahlen von Schauta-Schmidt. Dort finden sich bei Verkürzung der Ligg. rotund. 75 pCt. Dauerheilung, während die Fälle, bei denen ausserdem noch die Ligg. sacro-uterina hinzugefügt wurden, nur 50 pCt. ergeben! Offenbar sind hier andere Ursachen als die gewählte Art der Antefixation des Uterus im Spiele. So viel steht aber fest, dass die Antefixatio uteri durch Verkürzung der Ligg. rotunda den Scheiden-verengernden Operationen hinzugefügt keine besseren Resultate ergibt als unsere Serie. Man vergleiche vorstehende Zusammenstellung mit unseren rund 70 pCt. Dauerheilung. Dasselbe gilt von der Ventrofixation. Denn, ist auch die v. Herff'sche Statistik um einiges besser, so erreichen die von Küstner, Christiani, Rauhut und Müller verzeichneten Erfolge nicht die unsrigen. Genug, die Betrachtung lehrt, dass man den Genitalprolaps ohne Richtigestellung des Uterus ebenso gut oder so schlecht heilen kann als mit dieser. Das ist eine fatale Enttäuschung, denn die Schultze-Küstner'sche Auffassung von der Entstehung des Prolapses hat unleugbar sehr viel für sich, so viel, dass man wohl hoffen durfte, durch ihre Nutzenanwendung bei der operativen Behandlung desselben alle bisher erreichten Resultate hinter sich zu lassen, und dass Küstner sagen durfte (Kurzes Lehrbuch der Gynäkologie), es sei ein grober Fehler, bei einem Vorfall der vorderen Scheidenwand und gleichzeitig bestehender Retroflexion den ersteren zu behandeln, die letztere bestehen zu lassen. Die Thatfachen sprechen dagegen. Dazu rechne ich aber nicht allein meine mitgetheilten Resultate. Es giebt eine grössere Anzahl von Autoren, die ebenfalls ohne Richtigestellung des Uterus den Prolaps operativ angegriffen und die so erzielten Resultate mitgetheilt haben. Ich gebe hier eine Zusammenstellung:

Tab. 3.

Autor	Quelle	Dauerheilung %
1. Asch (Fritsch'sche Klin.)	J.-D. Breslau. 1886.	59
2. E. Cohn (Schroeder'sche Klinik).	Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 14. Heft 2.	56
3. Sonntag (Hegar's Klin.).	Beitr. z. Geb. u. Gyn. Stuttgart 1889.	92,1
4. Dorff (Hegar's Klinik).	Wien. med. Bl. 1879. No. 47 bis 52 und 1880 No. 1, 4, 5.	84
5. Kieme (Kaltenbach's Klinik).	J.-D. Halle 1895.	61,8
6. Fehling.	Berl. klin. Wehschr. 1895. No. 39.	81,5
7. v. Herff (Fehling's Klin.).	Beitr. z. Geb. u. Gyn. Bd. 3. Heft 3.	75—77,1*)
8. Staedler (Gelbke).	Dieses Arch. Bd. 53. Heft 3.	76
9. Ida Schmid (Wyder's Klinik).	Dieses Arch. Bd. 48. Heft 3.	80,6
10. Theilhaber.	Monatsschr. f. Geb. und Gyn. Bd. 5. S. 488.	100
11. Grönholm (Klinik Henri- ricius).	Frommel's Jahresber. 1897. S. 80.	(nur 13 Fälle) 59—79
12. Bouilly.	Simons, Sammelber. Monschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 5. S. 629.	70—80
13. Humpf (Göttinger Klinik).	J.-D. Göttingen 1895.	67,2
14. Halbertsma.	Frommel, Jahresber. 1896.	61,8
15. Münchmeyer (Leopold's Klinik).	C.-Bl. f. Gyn. 1892. S. 241.	82,5
16. Sängcr.	C.-Bl. f. Gyn. 1898. S. 33.	fast alle geheilt
17. Meinert (Greifswalder Klinik).	J.-D. Greifswald 1897.	52

*) Die einfachen Prolapsoperationen, Kolporrha. und Kolpoperineopl. ergaben 71,1 pCt., die schwereren Prolapsoperationen, Kolporrha. und Kolpoperineopl., Portio-amput. und Collumexceision ergaben 75 pCt.

Die Operationen bestanden alle in Plastik an Scheide und Damm in den verschiedenen Modificationen, eventuell unter Hinzufügen der vaginalen oder supravaginalen Collumabtragung. Nur ganz vereinzelt wurde in vorstehenden Fällen der Alexander-Adams (bei Staedler) oder die Ventrofixation (bei Meinert) nach Angabe dieser Autoren hinzugefügt. Die Anzahl der beiden letzteren Operationen, die sich nicht genau herauszählen lässt, ist so gering, dass sie das Gesamtergebn kaum ändert und daher auch unberücksichtigt bleiben kann. Im Uebrigen blieb die Retroversio-flexio des Uterus unberührt. Ein Blick auf die Reihe der Dauerheilungen lehrt, dass diese im Durchschnitt keinesfalls den

weiter oben in Tab. 2 angeführten nachstehen, die mit gleichzeitiger Richtigestellung des Uterus erzielt worden sind. Im Gegentheil — 11 mal unter den 17 Berichten beträgt der Heilungscoefficient über 70 pCt. und nur 6 mal darunter. Zum Theil werden relativ ausgezeichnete Resultate, über 80 und 90 pCt. Dauerheilung mitgetheilt. Interessant ist es, die Fehling'schen, mit verschiedenen Verfahren behandelten Fälle zu vergleichen.

Autor	Quelle	Art der Operation	Dauerheilung %
1. Fehling	Berl. kl. Wochenschr. 1895. No. 39.	Ohne Richtiglagerung d. Uter.	81,5
2. v. Herff	Beitr. z. Geb. u. Gyn. B. 3. Heft 3.	Ohne Richtiglagerung d. Uter.	
		a) leichtere Fälle	77,1
		b) schwerere „ mit Portio- u. Collumexcis.	75
3. do.	do.	Nach Vagino- und Vesicofixat.	78,1
4. do.	do.	Nach Ventrofixat.	76,9

Wir sehen hier, gleich wie bei unserem Material, fast genau denselben Erfolg, ob der Uterus richtig gelagert wird oder nicht. Das Leistungsfähige kann demnach nur das allen Operationen Gemeinsame, die Scheidendamplastik, sein. Da diese, weil von demselben Operateur stammend, wohl immer in annähernd gleicher Weise gemacht worden ist, so wird die grosse Gleichmässigkeit der Erfolge verständlich. Wahrscheinlich liegt hierin vice versa zum grossen Theil der Grund dafür, dass die Operationsresultate bei den verschiedenen Autoren so stark differiren. Es wird eben verschiedener Werth auf die ausgiebige und sorgfältige Ausführung der eigentlichen Plastik gelegt. Indessen die Qualität der Fälle ist auch von Belang. Besehen wir daraufhin unser Material.

Unter unseren 86 Prolapsen finden sich 24 = 27,9 pCt. der schwersten Art, d. h. mit totaler Inversion beider Scheidenwände. Diese ergaben

16 = 66,6 pCt. Dauerheilung und 8 = 33,3 pCt. Recidive
 gegen 44 = 71 „ „ „ 18 = 29 „ „
 bei den übrigen 62 leichteren Fällen.

Hiermit wird eine alte Erfahrung bestätigt. Je grösser der Prolaps, desto mehr hat der gesammte Befestigungsapparat der

inneren Genitalien, ganz besonders der Beckenboden, gelitten, und um so schwieriger wird es daher, ihn dauernd wieder zu festigen.

Eine schlechte Prognose hinsichtlich Dauerheilung geben auch Geburten. Fehling (l. c.) bevorzugt daher bei jungen, zeugungsfähigen Frauen die Pessarbehandlung, weil 64 pCt. doch wieder ein Recidiv nach überstandener Geburt bekämen. Ganz so schlecht sind unsere Erfahrungen nicht. Von unseren Operirten hatten wieder geboren 10, von denen 4 = 40 pCt. ein Recidiv bekamen. Allerdings entfallen die Geburten nicht nur auf die jungen Frauen, wozu ich alle bis zum 30. Lebensjahr rechne. 5 von den 10 Frauen hatten diese Altersgrenze bereits überschritten.

Wir kommen damit auf das Alter der Operirten, das sicherlich eine sehr wichtige Rolle in prognostischer Hinsicht spielt. Nur in der citirten Arbeit von Grönholm finde ich Angaben hierüber. Danach kommt das Recidiv bei Frauen unter 30 und über 60 Jahren öfter vor als in den dazwischenliegenden Jahren. Nachstehende Zusammenstellung giebt in dieser Hinsicht eine Uebersicht über unser Material.

Alter der Operirten	bis 30 Jhr.	31—40 J.	41—50 J.	51—60 J.	61—70 J.	üb. 70 J.
Zahl der Fälle	17	22	23	14	9	1
Darunter totale Scheid.-Invers. . . .	pCt. 4=23,5	pCt. 4=18,1	pCt. 6=26	pCt. 7=50	pCt. 3=33,3	0
Recidive . . .	11=64,7	3=13,6	9=39,1	1=7,1	2=22,2	0
Wieder geboren hatten .	5 mit 3 Recid.	5 mit 1 Recid.	—	—	—	—
31—60 Jahre 59 Fälle; darunter 17=28,8% totale Scheideninvers. und 13=22% Recidive				über 60 Jahre 10 Fälle; darunter 3=30% total. Scheid.-Invers. und 2=20% Recid.		
31—50 Jahre 45 Fälle; darunter 10=22,2% totale Scheid.-Invers. u. 12=26,6% Recid.				über 50 Jahre 24 Fälle; darunter 10=41,6% totaler Scheideninvers. und 3=12,5% Recidive.		

Die Schwankungen des Ergebnisses in den einzelnen Lebensdekaden zeigen keine Gesetzmässigkeit, offenbar in Folge der zu weitgehenden Zersplitterung des Materials. Die Zahlen werden zu klein. Theilt man aber alle Frauen in 3 grössere Gruppen, sei

es, wie Grönholm will, nach den Lebensaltern 1. bis 30, 2. 31 bis 60, 3. über 60 Jahr oder, wie wir vorziehen würden, in 1. junge Frauen, bis 30 Jahr, 2. Frauen reiferen Alters, 31 bis 50 Jahr, und 3. Matronen über 50 Jahr, so sieht man, wie mit zunehmendem Alter eine Abnahme der Recidive parallel geht. Ich habe gleichzeitig bei den einzelnen Gruppen die Zahl der totalen Scheideninversionen verzeichnet, um zu zeigen, dass nicht diese die Abnahme der Recidive bedingen. Denn, obwohl die Zahl der schwersten Fälle mit dem Alter der Frauen wächst, findet dennoch eine Abnahme der Recidive statt. Auffallend ist die sehr hohe Zahl von Recidiven, 64,7 pCt., bei den jüngsten Frauen, bis 30 Jahr. Fehling hat l. c. nach dem Material der Halle'schen Klinik ausgerechnet, dass junge Frauen in 64 pCt. der Fälle nach wieder eingetretener Geburt ein Recidiv bekommen. Von unseren 17 jüngsten Frauen mit fast genau demselben Recidivverhältniss hatten aber nur 5 geboren. Dass die höhere Zeugungsfähigkeit der jungen Frauen nicht allein schuld ist an dem schlechten Endresultat erhellt auch daraus, dass unter den nächstälteren Frauen, 31 bis 40 Jahr, ebenfalls 5 wiedergeboren hatten, das Recidiv danach aber 3 mal so selten vorgekommen ist. Man vergleiche die Zusammenstellung. Das Lebensalter scheint demnach bei dem Zustandekommen von Recidiven noch wichtiger zu sein als der Wiedereintritt von Geburten. Es wäre gut, bei künftigen Berichten über unser Thema das Lebensalter der Operirten mehr zu berücksichtigen. Vielleicht würde dann manche Differenz verständlicher.

Zur richtigen Würdigung unserer Resultate erübrigt noch mitzutheilen, in welcher Weise die 86 Fälle operirt worden sind. In aller Kürze steht dies bereits in der tabellarischen Zusammenstellung Tabelle 1. Erläuternd will ich noch Folgendes bemerken: Das Wesentliche, in jedem Fall Wiederkehrende, war eine ausgiebige Verengerung der Scheide durch vordere und hintere Kolporrhaphie und Dammplastik. Gelegentlich der ersteren wurde in den meisten Fällen behufs wirksamer Beseitigung der Cystocele die Blase in weiter Ausdehnung von ihrer Verbindung mit der Scheide und dem Gebärmutterhalse frei gemacht und durch Etagegnähte nach innen gestülpt. Darüber wurden die rescirten Scheidenwundränder vernäht. Es wurde also im Wesentlichen das gemacht, was Gersuny im C.-Bl. 1897 No. 7 „eine Operation der Cystocele vaginalis“ empfohlen hat. Macht man dieses Hochdrängen des Blasendiver-

tikels ausgiebig, so resultirt oft in Folge der Elongatio colli oder Portiohypertrophie ein sehr langer Scheidentheil. Dies zu verhüten, ist in allen geeigneten Fällen die Portio oder mit dieser ein Stück Collum amputirt worden. Die (hintere) Scheidendamplastik wurde in der Regel durch trianguläre, hoch in das Scheidengewölbe reichende Anfrischung und etagenweise Vernähung der Wundfläche ausgeführt. Hier und da wurden dafür Scheidendamplastiken nach Frank als letzte Ausläufer des von mir früher viel geübten Verfahrens gemacht oder Plastiken mit Lappenbildung ähnlich dem Küstner'schen Vorgehen oder die Sänger'sche Lappenmethode (C. Bl. 1898, S. 33). Ich finde, dass diese letzteren Operationsweisen hinsichtlich Uebersichtlichkeit, Gründlichkeit und Kosmetik nicht dem alten Hegar'schen Dreieck gleichkommen. Ich lege aber die Endpunkte der Dreiecksbasis nicht in die Schamspalte, sondern in den Introitus vaginae, fasse also mit den Kugelzangen nicht die Schamlippenränder, sondern entsprechende Stellen des Hymenalrings. So erzielt man am besten wieder natürliche Verhältnisse.

Nächst dem habe ich noch zwei andere Operationen gelegentlich gemacht. Die eine ist die als Kolpopexia anterior in der tabellarischen Zusammenstellung bezeichnete. Wenn man einen stärkeren Prolaps der vorderen Scheidenwand genauer ansieht, so bemerkt man, dass diese und mit ihr die Blase ihre Befestigung hinter den Schambeinen verloren haben, von ihnen wie abgelöst erscheinen. Ich fasste daher den Plan, diese Organe wieder an ihrer richtigen Stelle hinter der vorderen Beckenwand zur Anheilung zu bringen und verfuhr wie folgt: Nach ovalärer Anfrischung der vorderen Scheidenwand machte ich über der Symphyse einen Querschnitt durch die Bauchwand bis auf das lockere präperitoneale Gewebe. Dann löste ich, wie bei der Symphyseotomie, stumpf die Blase von den Schambeinen und bohrte mich mit den Fingern weiter an der vorderen Aussenseite der Blase entlang, dann rechts und links bei der Harnröhre vorbei bis in die vorher angelegte Kolporrhaphiewunde hinein. So entstand eine Wundhöhle, die vor der Blase von der Bauchwand bis an die vordere Scheidenwand reichte. Nachdem letztere in der Mittellinie vernäht war, zog ich sie durch zwei Fadenschlingen in die Wundhöhle hinter der Symphyse hoch und fixirte sie dort dadurch, dass die Schlingenenden durch die Bauchdecken geführt und darüber geknüpft wurden. Mit anderen Worten: 2 Matratzennähte, rechts

Figur 1.

Figur 2.

Figur 3.

und links von der Harnröhre und dicht hinter den Schambeinen gelegen, umgriffen vordere Scheiden- und Bauchwand. Dadurch wurde die vordere Scheidenwand und mit ihr das Blasendivertikel in die Höhe gehoben, sodass die Cystocele verschwand. Die Skizze (Fig. 1) veranschaulicht die Verhältnisse. Die primären Resultate liessen nichts zu wünschen übrig. Die Operation ist aber recht eingreifend und gab dabei nicht einmal die erhofften Dauerresultate. Deswegen habe ich sie bald wieder aufgegeben. Ich habe sie nur 5 mal gemacht.

Oefter habe ich eine andere Hilfsoperation ausgeführt. Sie ist in der Tabelle als Douglasresection bezeichnet. Bei Prolaps der hinteren Scheidenwand ohne Rectocele — was ja das Gewöhnliche ist — ist diese vom Mastdarm abgezogen, so dass der Grund der Douglas'schen Tasche mehr oder weniger vertieft ist. Manchmal sind Mastdarm und hintere Scheidenwand total getrennt, so dass die Umschlagsstelle des Peritoneums vom Mastdarm auf die Scheide dicht über der hinteren Commissur der Vulva liegt, bei a in Fig. 2, während sie normaler Weise bei b sein soll. Bringt man nun auch den Uterus durch Scheidenplastik wieder in die alte Höhe, so bleibt doch der tiefe Douglas bestehen, die Scheide bleibt vom Mastdarm getrennt, wie Fig. 3 veranschaulicht. Es erscheint plausibel, dass dadurch die Vorbedingung für ein aber-

Figur 4.

Figur 5.

Figur 6.

maliges Prolabiren der hinteren, nicht am Mastdarm hängenden Scheidenwand gegeben ist. Ich löste daher das Stück des Douglas von a bis b (Fig. 3) — der festen Anheftung am Mastdarm — aus, schnitt es ab und nähte die hintere Scheidenwand auf die vordere Mastdarmwand, bzw. auf das davor liegende Gewebe. Dadurch war wieder die Continuität des Septum recto-vaginale hergestellt. Ich verfuhr dabei in folgender Weise: Längsschnitt von

der Portio ab durch die ganze Länge des invertirten Theiles der hinteren Scheidenwand bis zur Eröffnung des Peritoneums (Fig. 4).

Das Peritoneum wird bei a und b mit Klemmen gefasst und nach rechts und links abgelöst, sodann bei c gefasst und nach oben vom Mastdarm so weit abgeschoben, bis die Muskulatur der vorderen Mastdarmwand sichtbar wird (Fig. 5 bei d).

Von da ab sitzt das Peritoneum fest am Mastdarm und lässt sich ohne Gefahr, denselben zu verletzen, nicht weiter abziehen. Jetzt wird die Basis des ausgelösten Peritonealkegels durch eine Tabaksbeutelnaht zusammengeschnürt, wodurch Punkt e des Collums uteri an d, die feste Haftstelle des Peritoneums am Mastdarm, gebracht wird. Der so abgebundene Theil des Douglas-beutels wird abgetragen und es entsteht ein Bild, wie Fig. 6 wiedergiebt.

Nunmehr wird die Scheidenwunde durch entsprechende Seitenschnitte zum Hegar'schen Dreieck e f g erweitert und das Ganze durch Etagnennähte geschlossen. Der Uterus ist dadurch mit seinem Collum wieder an der richtigen Mastdarmstelle befestigt. Ehe ich mir diese Technik der Douglasresection ausgebildet hatte, habe ich an Stelle davon einige Male die Ligg. sacro-uterina durch Raffung verkürzt und den Uterus an den Mastdarm genäht, ähnlich wie es Gottschalk (C.-Bl. f. Gyn. 1896, No. 16) und Rühl (Samml. klin. Vortr., Neue Folge No. 185/186) angegeben haben. Wie ich übrigens sehe, hält es auch Schauta für wichtig (Verhdlg. der gyn. Sect. auf der 62. Naturforscherversammlung) nachzusehen, wie weit der Douglas hinuntergeht und ihn eventuell zu reseciren. Ich möchte bei meiner Operation nicht soviel Werth darauf legen, dass das Collum uteri hinten fixirt wird, denn es bleibt fraglich, ob diese Fixation an sich auf die Dauer von Bestand ist. Der Hauptnutzen dieser Operation scheint mir darin zu bestehen, dass damit wieder ein intactes, derbes Septum recto-vaginale hergestellt wird, überhaupt die Plastik an der hintern Scheidenwand so ausgiebig wie kaum bei einer anderen Methode ausfällt. Indessen das sind theoretische Erörterungen, die uns nicht weiter bringen. Die Praxis muss entscheiden. Daher seien die Einzelresultate meiner erwähnten Operationsweisen mitgetheilt.

Ich habe in nachfolgender Tabelle 4 die einzelnen Operationen in verschiedener Combination zusammengestellt und glaube Folgendes herauslesen zu dürfen:

Tab. 4.

Art der Operation	Gesamtergebniss		Dagegen unsere Gesamtrecidivzahl	Ergebniss der darunter befindlichen totalen Scheideninvers.		Dagegen unsere Gesamtrecidivzahl bei total. Scheid.-Inversion.
	Zahl	Recidive		Zahl	Recidive	
1. Reine Scheiden- u. Dammplastik mit und ohne Gersuny	41	pCt. 15=36,5	30,2pCt.	7	pCt. 4=57,1	33,3pCt.
2. Scheid.-u. Dammplastik m. und ohne Gersuny + Portioamputation . . .	24	4=16,6		6	0	
3. Scheid.- u. Dammplastik m. und ohne Gersuny + Douglasresection .	22	8=36,4		3	2=66,6	
a) mit Portioamp.	16	4=25		12	4=33,3	
b) ohne "	6	4=66,6		3	2=66,6	
4. Alle m. Gersuny operirten Fälle . . .	53	15=28,3		21	4=19	
a) + Portioamp.	32	6=18,7		16	2=12,5	
b) ohne "	21	9=42,8		5	2=40	
5. Alle ohne Gersuny operirt. Fälle	33	11=33,3		4	4=100	
a) mit Portioamp.	8	2=25		2	2=100	
b) ohne "	25	9=36		2	2=100	
6. Alle m. Portioamp. operirt. Fälle	40	7=17,5		18	4=22,2	
7. Scheid.- u. Dammplastik + Kolpoxia anterior .	5	3=60		2	2=100	
8. Scheiden - Dammplastik + Gersuny + Douglasresection	3	2=66,6		3	2=66,6	
9. Scheiden - Dammplastik + Gersuny + Douglasresection + Portioamputat. .	14	2=14,2		10	2=20	

Die besten Resultate geben alle mit Portio- bzw. Collumamputation combinirten Fälle. Die betreffenden Zahlen sind fett gedruckt. Darnach müssen wir Martin und Mackenrodt (Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. 35, S. 311 ff.), Sänger (l. c.) und Anderen Recht geben, die den hohen Werth der Portioamputation bei den Prolapsoperationen verfechten. Auch die Blasenraffung nach Gersuny ist gewiss von wesentlicher Bedeutung, wie ein Vergleich aller mit und ohne diese Operation behandelten Fälle (Gruppe 4 und 5 der Tabelle) lehrt. Dabei möchte ich nicht so weit gehen wie Winter (Zeitschr. f. G. u. G., Bd. 35,

S. 311), der das Hauptgewicht auf Beseitigung der Cystocele legt. Dem widersprechen die Fälle b in Gruppe 4. Noch weniger kann ich mich Theilhaber anschliessen (s. Monatsschr. f. G. u. G., Bd. V, S. 486), der lediglich an der vorderen Scheidenwand und am Damm operirt. Die von ihm erwähnten 13 Fälle ohne Recidiv beweisen kaum etwas. Die Douglasresection, auf die ich grosse Hoffnungen setzte, scheint von untergeordnetem Werth nach Ausweis der Gruppe 3 mit 36,4 pCt. Recidiven. Da, wo bessere Resultate damit erzielt sind, dürfte die gleichzeitig ausgeführte Portioamputation und die Zurücknähung der Blase den Ausschlag gegeben haben (Gruppe 3a und Gruppe 9). Namentlich da, wo die Portioamputation fehlt (Gruppe 3b und 8) ist das Resultat wenig erfreulich. So richtig die Operation theoretisch construirt ist, die Praxis spricht nicht zu ihren Gunsten. Es geht hier wie mit der besprochenen Schultze-Küstner'schen Theorie. Ja, der Misserfolg ist abermals eine Widerlegung dieser Theorie. Denn im Grunde genommen wirkt die Douglasresection ebenfalls lageverbessernd auf den Uterus. Auch meine auf theoretische Erwägung aufgebaute Kolpopexia anterior hat die auf sie gesetzten Hoffnungen getäuscht. Unter 5 Fällen 3 Recidive ermuthigen nicht, die eingreifende Operation weiter zu cultiviren.

Ziehe ich aus alledem das Facit, so ist es dies: der Hauptnutzen von allen, zur Beseitigung des Prolapses von mir ergriffenen Maassnahmen, muss der Scheidendamplastik combinirt mit Collumamputation und Blasenraffung zugeschrieben werden, also Operationen, die nichts weniger als neue sind. Werden sie gründlich und sorgfältig ausgeführt, wie dies Sänger in seiner erwähnten Arbeit ausgezeichnet gesagt hat, so erreicht man, von besonderen Ausnahmen abgesehen, alles, was nach heutigem Wissen und Können überhaupt zu erreichen ist. Alle neueren und neuesten, mit viel Findigkeit, Muth und Geschick vollführten Operationen vermögen nicht mehr zu leisten. Zum Theil habe ich diese schon kritisirend erwähnt. Es bleiben noch: die Totalexstirpation von Uterus und Vagina nach Fritsch und Martin, die Einnähung des Uteruskörpers in die Vagina, wie sie Freund, Wertheim und Fritsch gemacht haben, die alte Neugebauer-Lefort'sche, von Sänger modificirte Vernähung der beiden Scheidenwände, die Trachelopexie intraligamentaire von Jacobs, Müller's Kolpectomie und die Bellini-Freund'sche Drahtverschnürung des Introitus vaginae.

Alle diese Operationen können mit der eingebürgerten Scheiden-damoplastik incl. Portioamputation und Blasenraffung nicht concurriren. Sie passen nur für gewisse seltenero Fälle und schützen vor Recidiven ebenfalls nicht. Die Totalexstirpation giebt unter Berücksichtigung der Todesfälle in nichts bessere Resultate als die alte Plastik. Zolotnisky (Thèse de Paris 1894) berechnete aus den erschienenen Publicationen auf 171 Fälle 26 pCt. Recidive und 7 pCt. Mortalität, während nach Rauhut (J.-D. Halle 1895) sich die entsprechenden Zahlen, aus 137 Fällen berechnet, auf 22,6 pCt. und 10 pCt. stellen. — Dass die aus dem Jahre 1835 von Bellini stammende, von Freund jun. wieder aufgenommene Drahtschnürung nicht zu empfehlen ist, habe ich durch Gärtig (C.-Bl. f. Gyn. 1895, No. 22) nachweisen lassen. Selbst die Einnähung des Uterus in die Scheide giebt Recidive. Ich habe ein solches nach einer von anderer Seite ausgeführten Wertheim'schen Operation gesehen. Der Fundus uteri trat vor die Schamspalte und die Frau fühlte sich nicht geheilt. Es ist dies auch verständlich. Im Grunde ist diese Operation nur eine forcirte Vaginofixation des Uterus. Bekanntlich wird dabei der Uterus durch das vordere Scheidengewölbe gezogen und an der vorderen Scheidenwand angenäht (s. Wertheim, C.-Bl. 1899, No. 14). Dass der gewöhnlich vaginofixirte Uterus wieder prolabirt, habe ich berichtet. Warum sollte es der überfixirte nicht auch? Freund (s. J. Payer „Ueber plastische Verwerthung des Uterus bei schwerem Totalprolaps alter Frauen“. J.-D. Strassburg 1896) und Fritsch (C.-Bl. f. Gyn. 1890, S. 49) gehen einen Schritt weiter und nähen den durch's hintere Scheidengewölbe hervorgewölzten Uteruskörper an beiden Scheidenwänden fest. Das mag wohl sicherer vor Recidiven schützen, ob aber ganz, bleibt abzuwarten. Die Operation ist, soweit ich sehe, nicht weiter nachgemacht worden, so dass ein endgültiges Urtheil darüber zur Zeit unmöglich ist. — Gute Resultate scheint die Müller'sche Kolpectomie zu geben (s. Müller, Naturforschervers. Frankfurt a. M. 1896; Wormser, Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 7, H. 4, und C.-Bl. f. Gyn. 1899, S. 12; Pflanz, Geb.-gynäk. Gesellsch. Wien 18. I. 98). Sie besteht in der Ausschälung des grössten Theiles der Scheide von der Portio an nach abwärts und nachfolgender Vernähung des Wundtrichters. Der Uterus bleibt hinter der so geschaffenen Barriere versenkt. Die Operation bleibt aber ein *Ultimum refugium* gleich wie die nach Freund und Fritsch,

denn den Frauen wird die Cohabitationsmöglichkeit genommen. Man wird sich also nur unter ganz besonderen Umständen dazu entschliessen. Dasselbe gilt von der Neugebauer-Lefort'schen Kolporrhaphia mediana. Letztere dürfte übrigens, wenn Müller's gute Resultate weiter Bestätigung finden, viel, wenn nicht alles, von ihrer Existenzberechtigung verlieren. — Am kühnsten geht bei Prolapsen alter Frauen Jacobs vor (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 3, H. 5). Er amputirt den Uterus per laparotomiam supravaginal und hängt den Cervixstumpf zwischen den Ligamentstümpfen durch Vernähung mit denselben auf. Ueber die erzielten Dauerresultate ist mir nichts bekannt geworden. Man darf wohl billig bezweifeln, dass dadurch Recidiven besser als durch weniger eingreifende Verfahren vorgebeugt wird. Sollten wirklich die Ligg. lata weniger nachgeben als die Ventrofixation? Dieser gerechte Zweifel und die Schwere des Eingriffes haben wohl verschuldet, dass über Jacobs' Operation nichts weiter zu hören ist.

Fasse ich zusammen, so sehen wir, dass viel und fleissig daran gearbeitet worden ist, die Resultate der operativen Prolapsbehandlung zu verbessern. Leider aber sind all' diese Bemühungen nicht von dem erhofften Erfolge begleitet gewesen. Wir sind heut kaum weiter als nach Hegar's ersten Publicationen über diesen Gegenstand. Alles, was seitdem Neues hinzugekommen ist, muss, abgesehen von der Portioamputation und Gersuny's Blaseneinstülpung, als in der Regel überflüssig betrachtet werden. Diese Erkenntniss ist nicht angenehm, aber doch werthvoll. Sie wird uns davon abhalten, alle wohlgemeinten, aber als nutzlos characterisirten Zuthaten systematisch zur alten Scheidendamoplastik hinzuzufügen und dadurch die Operation unnöthig zu compliciren und gefährlicher zu gestalten. Nur besondere Umstände können besondere Maassnahmen, z. B. Ventrofixation, Alexander-Adams, Wertheim's, Müller's Operation etc. rechtfertigen.