Kein Todesfall. 3 Frauen haben spontan geboren ohne Störung, eine Frau zur Zeit Grav. M. 7, 2 Aborte. Im ganzen 7 Konzeptionen post op., eine Frau zur Zeit Grav. M. 2. 3 der Rezidive wurden innerhalb Jahresfrist nach *Ohlshausen* operiert.

Intraperitoneale Verkürzung der Ligamenta rotunda (12 Fälle).

In 12 Fällen wurden gelegentlich von Laparotomien die Ligamenta rotunda durch Raffung verkürzt. In 6 Fällen handelte es sich um mobile, in den anderen um fixierte Retroflexio-versio uteri, 4 mal wurde Ovariectomie gemacht, 3 mal Adnexoperationen, 1 mal Myomenucleation + Parovariotomie, 1 mal Ovariectomie und vaginale Operation ausgeführt. Je einmal wurde wegen Retroflexio uteri gravidi und Tubarabort laparotomiert.

Nur 4 Patientinnen stellten sich zur Nachuntersuchung: funktionelles und orthopädisches Resultat in allen Fällen ausgezeichnet.

Bei Einhaltung richtiger Indikationsstellung und Technik in der Ausführung gaben gute Resultate sowohl die *Alexander-Adams*, die Ventrifixation nach *Olshausen* und *Leopold-Czerny* als auch die intraperitoneale Raffung der Lig. rotunda.

Die *Baldysche* Operation befriedigt in ihren Erfolgen nicht. Die Häufigkeit der Rezidive ist wahrscheinlich bedingt durch die Fixation der Ligamenta an tieferen Abschnitten der Hinterwand des Uterus, wodurch Rotation desselben nach hinten um die ganze Uterusachse erleichtert wird, in anderen Fällen durch Nachgiebigkeit der Lig. rotunda. In 3 Fällen, bei welchen wir später laparotomierten, erwies sich, daß die Ligamentsutur auf der Hinterwand des Uterus gehalten hatte. Plastische Schaffung eines Wundbettes auf der Hinterwand des Uterus zur Aufnahme der Ligamenta sichert also nicht gegen Rezidive.

97. Herr Asch-Breslau: Zur Frage der Dauerresultate nach Alexander-Adams-Operation.

Immer von neuem tauchen mehr oder weniger gewichtige Stimmen gegen den Wert der *Alexander-Adamsschen* Operation auf.

Umstritten wird die Operation fast so lange, als sie empfohlen wurde; *Fritsch* war noch in Breslau keineswegs von ihr eingenommen, *Küstner* hatte durch seine Mitteilung in München fast zu ihrer endgültigen Ablehnung beigetragen. Beide haben sich zur besseren Wertschätzung bekehrt. *Küstner* trat 1897 warm für sie ein und gehört heute zu ihren stärksten Verfechtern. Wie kommt es nun, daß immer wieder von Zeit zu Zeit Gynäkologen sich gegen das gewiß segensreiche Verfahren aussprechen? Hier und da vielleicht, um andere von ihnen bevorzugte Operationsverfahren zu empfehlen, mehrfach aber auch ohne diesen

Grund, verwerfen sie die Verkürzung der Lig. rotunda vom Leistenring oder Leistenkanal aus und behaupten ihre Wirkungslosigkeit oder andere Nachteile.

Die größte Zahl der Gynäkologen, die die *Alexander-Adamsche* Operation z. T. seit mehreren Jahrzehnten üben, erkennt ihre Leistungsfähigkeit an, rühmt die leichte Ausführbarkeit, die fast absolute Ungefährlichkeit und die guten Dauerresultate.

Meine Erfolge von 1895—1900 hat *Gradenwitz* zusammengestellt und 95% Dauerresultate berechnet.

Zum 1914 geplanten internationalen Kongreß ließ ich die nachfolgenden 12 Jahre 1901—1912 zusammenstellen. Mit meinen Privatoperationen ergaben sich auch 90% Dauerresultate. Nun wird immer von neuem behauptet: Die Operation ergäbe 60% Rezidive, die Lig. rotunda seien schwer auffindbar, leicht abreißbar, die Anheilung sei keine dauernde usw. Die letzthin erfolgten Angriffe haben ja *Fehling* und *Siegwart* schon genügend zurückgewiesen. Aber man muß sich doch nach den tieferen Gründen der Mißerfolge solcher Verwerfer fragen.

Ich selbst fand bei den ersten 60 Frauen, die ich zu operieren geeignet fand, das Lig. rotundum 120 mal, und zwar ohne Aufschneiden des Leistenkanals. Das kann also nicht so schwer sein.

Freilich, ehe ich an die Operation ging, die ich als Assistent nie gesehen hatte, präparierte ich an der Leiche und operierte nachher an der Leiche. Dann konnte ich es auch an der Lebenden. Das ist bei sehr vielen anderen gynäkologischen Operationen nicht nötig und auch nicht üblich.

Wer nicht genug Bescheid weiß, sucht falsch und orientiert sich schlecht; dies alles ist ja genugsam erörtert; wer den Verlauf der Obliquusfasern nicht kennt oder beachtet, wer den Widerstand, den das Ligament beim Vorziehen leistet, nicht abzuschätzen versteht, reißt es oft ab. Wir sehen ja die Fehler immer und immer wieder bei den Erstlingsoperationen der jeweiligen Assistentengeneration; es sind also nicht Mängel des Operationsverfahrens, sondern Fehler der *Technik*. Aber zugegeben, daß die Technik des einzelnen stets besser wird, sie allein entscheidet nicht.

Auch die *Methode* ist, besonders für die Resultate, wesentlich. Zunächst glaube ich, daß primäres Resultat und Dauererfolg hier nicht sehr verschieden sind. Konstatiert man bei Nachuntersuchungen ausbleibenden Dauererfolg, so hätte man meist schon einen Mißerfolg kurz nach der Abheilung feststellen können. Die einmal eingehheilten Ligamente bleiben dauernd haltbar. Bei den Mißerfolgen war gleich die Operation mißglückt. Ich glaube das auf die Art des Festnäbens schieben zu können. Legt man an die Wurzel des vorgezogenen und vielleicht zu stark gespannten Rotundum, wie das mehrfach empfohlen und vielfach

geübt wird, zwei Nähte quer zum Faserverlauf, knüpft evtl. zu fest, so können diese durchschneiden oder wenigstens das verhältnismäßig dünne Muskelband dort zum Schwinden bringen. Dann kann das übrige Ligament aufheilen oder nicht, der uterine Rest hält nicht mehr, der Uterus sinkt bald oder allmählich wieder zurück und man findet später das „Rezidiv“. Ich habe schon vor 25 Jahren empfohlen, die Nähte *nach Art der Matratzennähte parallel zum Verlauf der Muskelfasern zu legen* und schiebe z. T. auf die stete Übung dieses Verfahrens die guten Erfolge, an denen auch nachfolgende Geburten nichts ändern.

Im übrigen unterwerfe ich der Operation auch nur mobile Retroversionen; allerdings operiere ich auch vielfach bei fixierten, nachdem ich vorher die Adhäsionen in geeigneter Weise und ausgiebig (von hinterer Kolpotomie aus, notfalls, wenn auch sehr selten nach Bauchschnitt) beseitigt habe. Ich operiere auch bei Prolapsen, hier aber nur zur Unterstützung der durch Plastik zu erzielenden Resultate; nicht zur Suspension des descendierten Uterus, sondern, um ihn am Wiederhinterüberfallen zu verhindern, nachdem Beckenfascie und Damm wieder hergestellt, die Scheide, soweit nötig, verengt, die Portio an die ihr gebührende Stelle gebracht sind.

Ohne auf die Frage der Indikationsstellung hier näher einzugehen, will ich nur anführen, daß in den erwähnten 17 Jahren von mir und an meiner Abteilung im ganzen nur 459 Al.-Ad. als notwendig erachtet und ausgeführt wurden, davon 167 als alleinige Operation, 211 mit Plastiken zusammen; von letzteren mußten 55 mit Kolpotomie verbunden werden; außerdem erwies sich noch bei 75 die Kolpotomie, bei 6 eine Laparotomie als notwendig. Im ganzen also 292 Al.-Ad. in Verbindung mit anderen Verfahren. 136 Fälle von nicht reiner mobiler Retroversion. Davon ergaben 339 nachuntersuchte 306 Dauererfolge, d. i. 90%.

Wenn gute Dauerresultate an einer Abteilung erzielt werden, an der ältere, wie jüngere Assistenten, ja Volontärärzte, die überwiegende Mehrzahl der *Alexander-Adamschen* Operation ausführen, kann man dies nicht der Technik, sondern nur der Methode zugute halten.

Diskussion.

Herr Sellheim-Halle: Was die Prolapsoperationen angeht, so sind die Resultate gut. Sie wären noch besser, wenn wir den wiederherzustellenden Beckenboden nur in seiner Funktion als Verschlusßmittel zu betrachten hätten. Wir müssen aber auch dem Beckenboden als Durchlaß Rechnung tragen: als Durchlaß bei Kohabitation und Geburt. Bei dieser doppelten Aufgabe kommen wir in eine gewisse Kollision der Pflichten. Wir vermögen zweifellos den Beckenverschluß und den Scheidenschluß anatomisch wieder sehr gut herzustellen, aber wir können dem wieder hergestellten Gebilde nicht mehr die natürliche physiologische Entfaltbarkeit einhauchen. Je mehr Wert wir auf die Wiederherstellung eines dauerhaften Verschlusses legen, um so mehr leidet die Durchlaßfunktion. Bei dieser

Sachlage muß man der Prophylaxe erneut sein Interesse zuwenden. Alles Unglück kommt von der zu späten Erstgeburt. Die Frau sollte mit der ersten Geburt nicht so lange warten müssen, bis es ihr alle möglichen Rücksichten gestatten, sondern dazu kommen, so bald sie reif geworden ist. Dieses reife Alter liegt schon ziemlich früh, bei gesunder Frau bei 18—20 Jahren.

Die *Alexander-Adams*sche Operation wird viel zu häufig ausgeführt. Man gewinnt fast den Eindruck, als ob zur Indikation ausreiche, daß überhaupt Ligamenta rotunda vorhanden seien. Ich habe 10 Jahre lang überhaupt keine Retrofleksionsoperation gemacht, doch scheint sich dieses Prinzip bei der degenerierten Großstadtbevölkerung nicht immer durchführen zu lassen.

Herr **Thies**-Leipzig: Die *Alexander-Adams*-Operation wird viel zu häufig ausgeführt. Nicht fixierte Retroflexionen machen kaum Beschwerden. Nur wenn auch geringfügige Adnexerkrankungen sicher auszuschließen sind, darf die *Alexander-Adams*-Operation ausgeführt werden.

Die Fälle sind häufig, in denen man nach *Alexander-Adams*-Operation Beschwerden findet, die auf eine alte Erkrankung der Adnexe oder des Beckenperitoneums zurückzuführen sind. Wie Herr *Sellheim* angibt, daß er viele Jahre keine *Alexander*-Operation ausgeführt hat, so habe ich in den letzten 3 Jahren keine *Alexander-Adams*-Operation ausgeführt.

Herr **O. Küstner**-Breslau empfiehlt, ehe man den *Alexander* macht, so lange die Kranke orthopädisch zu behandeln (mit Pessar), bis man die Sicherheit hat, daß der Uterus wirklich völlig frei beweglich ist. Dann ist man sicher, daß der Uterus völlig adhäsionsfrei ist, eine Sicherheit, die man nicht hat, wenn man ohne Vorausschickung genannter Behandlung die Retroversion frisch operiert. Die meisten Mißerfolge nach *Alexander-Adams* beruhen auf unerkannten, unerkennbaren Adhärenzen, welche zwar eine leichte bimanuelle Reposition zuließen, nicht aber eine Dauerrechtstellung, auch nicht nach Rundbandkürzung, solche Adhärenzen machen sich in Erfolglosigkeit der orthopädischen Behandlung geltend. In solchem Falle ist *Alexander-Adams* kontraindiziert.

Herr **Mayer**-Tübingen: Die klinische Bedeutung der Retroflexio soll hier nicht diskutiert werden. Aber die operative Behandlung der Retroflexio ist seit dem Kriege eine ernste Angelegenheit geworden. Warum? Weil so viele Ärzte aus dem Felde als „Chirurgen“ zurückkamen und nun ein Feld der Betätigung suchen. Manchen von ihnen gegenüber hat die Pat. an ihrer Retroflexio ein Mittel zu Suggestion und Hypnose. Sie suggeriert dem Arzte, gynäkologisch krank zu sein und erteilt ihm den posthypnotischen Auftrag zur Retrofleksionsapparatur. Das aber ist oft nicht zum Vorteil der Kranken, wie ich an zahlreichen postoperativen Eiterungen Hernien und Adhäsionen sehen mußte.

Herr **Stratz**-den Haag: Manuskript nicht eingetroffen.

98. Herr Benthin-Königsberg i. Pr.: Zur Prognose und Therapie der geburtshilflich-gynäkologischen Peritonitis diffusa.

Die hauptsächlich durch das Umsichgreifen der kriminellen Aborte bedingte ständige Zunahme der Peritonitiden macht ein Eingehen auf den damit in Zusammenhang stehenden Fragenkomplex zur Pflicht. Bei der begreiflichen Aussichtslosigkeit prophylaktischer Maßnahmen ist auf die diagnostische und therapeutische Seite das Hauptgewicht zu legen. Freilich nimmt die geburtshilflich-gynäkologische Peritonitis aus