Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Halle a. S.

Bericht über 60 Vaginofixationen des Uterus.

Von

Dr. A. L. Hohl,

Frauenarzt in Frankfurt a. O., ehemaligen Assistenzarzt der Klinik.

Die Vaginofixatio uteri hat dasselbe Schicksal erlitten, wie so manche andere neu angegebene Operation. Zunächst von ihren Erfindern Dührssen und Mackenrodt mit einem übergrossen Enthusiasmus empfohlen, wurde sie bald auch von anderen Gynäkologen mit demselben Enthusiasmus aufgenommen und von einigen als die allein seligmachende Therapie der Retroflexio uteri hingestellt. Von den ruhiger Denkenden wurde sie von Anfang an skeptisch aufgenommen und in Folge dessen nur in seltenen Fällen — nach strengster Indicationsstellung — angewandt. Sobald jedoch die ersten Recidive bekannt wurden und die Nachrichten von schweren Geburten nach der Operation kamen, trat die Depression ein und z. Th. gerade die eifrigsten Vertreter, ja sogar Mackenrodt selbst, gaben der Operation den Laufpass.

Wir haben in der Hallenser Frauenklinik von Anfang an weder zu den Enthusiasten gehört, noch haben wir uns auf die Seite derer gestellt, welche die Operation überhaupt nicht ausführen wollten. Wir stehen noch heute auf dem Standpunkt, dass in einer Reihe von Fällen die Vaginofixation gar wohl am Platze ist, dass man allerdings mit der Auswahl derselben sehr vorsichtig sein muss.

Der Zweck dieser Arbeit ist der, über die ersten 60 Vaginofixationen, welche an der Hallenser Klinik vom 26. Juni 1894 bis 14. Januar 1897 ausgeführt worden sind, zu berichten und auf Grund der damit erzielten Erfolge unseren Standpunkt besonders

bezüglich der Indicationsstellung soweit möglich zu präcisiren. Wir sind uns dabei wohl bewusst, dass ein definitives Urtheil über die Erfolge der Operation bei der Kürze der Zeit, seit welcher die Operation überhaupt bei uns ausgeführt wird, noch nicht gefällt werden kann. Wir sind von Anfang an vorsichtig in der Indicationsstellung gewesen und sind mit der Zeit noch immer vorsichtiger geworden. Der übermässigen Operationslust und der daraus entspringenden laxen Indicationsstellung einiger Operateure kann nicht entschieden und oft genug entgegengetreten werden.

Bevor ich auf die bei uns ausgeführten Operationen näher eingehe, lasse ich einen Auszug aus den Krankengeschichten folgen.

Fall 1. Frau W. D., 23 Jahr, aus Halle a. S. 25. 6. 1894 aufgenommen.

Pat. hat 3 mal geboren. Erste Geburt mit Forceps beendet, Dammriss nicht geheilt. Letzte Geburt 1893. Seit der ersten Geburt Vorfall- und Retroflexionsbeschwerden, die sich im Laufe der Zeit steigerten. Seit 1893 erfolglose Ringbehandlung.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri mobilis. Uterus federt nach der Aufrichtung sofort wieder zurück. Descensus vaginae anterioris. Ruptura perinei incompleta.

Indication zur Operation: Beschwerden trotz längerer Ringbehandlung.

26. 6. 1894. Vaginofixatio uteri. Uterus mit der Sonde aufgerichtet. Uterusfundus durch das nicht eröffnete Peritoneum an die Vagina fixirt. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: völlig fieberfrei. Keine Blasenbeschwerden.

9. 7. 1894 entlassen. Kein Entlassungsbefund.

13. 8. 1894 Uterus wieder retroflectirt, keine Beschwerden.

Letzte Regel: Anfang August. Am 16. 2. 1895 wird Schwangerschaft constatirt. Dieselbe verläuft ohne Beschwerden.

26. 5. 1895. 1 h. a. m. Wehenbeginn.

27. 5. 1895. 4 h. 30 p. m. Schädellage II. Kopf steht im Beckeneingang. Herztöne rechts deutlich. Muttermund Dreimarkstückgross, Muttermundslippen sehr rigide und unnachgiebig.

7 h. 30 p. m. Die anfangs kräftige Wehenthätigkeit hat bedeutend nachgelassen. Status paene idem. Daher multiple Cervixincisionen.

10 h. 15 p. m. Wegen andauernder Wehenschwäche grosse Scheidenausspülung mit 10 Liter warmen Wassers. 10 h. 50 p. m. Muttermund nahezu vollständig erweitert. Nochmals Incision desselben. Sprengen der Blase.

Die Geburt erfolgt nach 47 stündiger Dauer um 11 h. 50 p. m. Scheidendammriss. Naht. Nachgeburtsperiode ohne Störung. Verlauf des Wochenbettes glatt.

6. 6. 1895 entlassen: Damm und Scheidenriss p. p. verheilt. Vagina mässig weit. Portio in der Führungslinie. Cervix bis zum inneren Muttermund durchgängig. Uterus rechtwinklig anteflectirt, sehr gut kontrahirt. Parametrien frei.

27. 6. 1895. Keine Beschwerden. Periode regelmässig, 4 wöchent-

lich, 3 tägig, mässig stark, ohne Beschwerden. Portio tief. Uterus frei beweglich, liegt vorn.

11. 7. 1896 wieder aufgenommen. Pat. ist seit September 1895 wieder schwanger. Wehenbeginn den 11. 7., 1 h. p. m. Geburt ist nach 8 Stunden beendet; ihr Verlauf bietet nichts Besonderes. Nachgeburtsperiode und Wochenbett verliefen glatt.

21. 7. 1896. An der Vulva keine Verletzungen. Portio in der Führungslinie, seitlich Einrisse, 2 cm lang. Cervix für das Nagelglied durchgängig. Uterus in Antelexio I gut zurückgebildet. Parametrien frei.

15. 12. 1896. Keine Schmerzen. Periode regelmässig 4 wöchentlich, 3—4 tägig, stark, ohne Schmerzen. Keine Stuhl- oder Urinbeschwerden. Uterus leicht retroflectirt, etwas descendirt, klein, nach rechts durch Narbenstränge festgehalten. Vordere Vaginalwand mässig descendirt, hintere weniger.

Fall 2. Frau H. B., 43 Jahre alt, aus Könnern. 11. 8. 1894 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 16 Jahren, 3—4 wöchentlich, 5 tägig, stark, ohne Schmerzen. Pat. hat 3 mal spontan geboren. Wochenbetten glatt. Letzte Geburt 1882. Seit einem Vierteljahr Erscheinungen eines Blasenkatarrhs, Vorfal- und Retroflexionsbeschwerden. Wiederholt erfolglos mit Ring behandelt, einmal ohne Nutzen ausgeschabt.

Aufnahmebefund: Ausserordentlich schlaffer Beckenboden. Retroflexio uteri mobilis. Uterus federt nach Aufrichtung sofort zurück. Descensus vaginae posterioris.

Indication zur Operation: Beschwerden trotz längerer Ringbehandlung.

13. 8. 1894. Vaginofixatio uteri. Fixation durch das uneröffnete Peritoneum hindurch.

Verlauf: 13.—15. 8. Urin mit Katheter entleert. Am 1. Tage blutiger Bodensatz. Vom 16. 8. ab Urin spontan. Kein Fieber.

20. 8. Kolpoperineorrhaphie. Uterus liegt gut.

1. 9. entlassen. Kein Entlassungsbefund.

Spätere Befunde: 1. 10. Uterus antelexirt, lässt sich leicht in Retroversion bringen. Damm tadellos verheilt. Klagen über starke Schmerzen beim Wasserlassen. Stechen in der linken Seite. Ziehen im Kreuz.

Patientin später an andererweitiger Krankheit gestorben.

Fall 3. Frau F. M., 49 Jahre alt, aus Köthen. 22. 10. 1894 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 14 Jahren, ohne Besonderheiten, in den letzten Jahren stark. Pat. hat 4 mal spontan geboren, zuletzt vor 15 Jahren. Seitdem Vorfal mit immer stärker werdenden Beschwerden trotz Ringbehandlung. Pessar hält nicht mehr.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae anterioris et posterioris incompletus. Hypertrophia portionis. Cystocele. Rectocele. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 23. 10. 1894. Vaginofixatio uteri durch das uneröffnete Peritoneum hindurch. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolporrhaphia anterior.

Verlauf: Urin vom 24. 10. ab spontan. Höchste Temperatur 38,3. Sonst glatter Verlauf.

2. 11. 1894. Kolpoperineorrhaphia, Glatter Verlauf.

18. 11. 1894 entlassen. Kein Befund.

21. 1. 1895. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut, kein Vorfall.

Fall 4. Frau F. R., 28 Jahre alt, aus Halle a. S. 5. 11. 1894 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 19 Jahren, 4wöchentlich, 5—6tägig, mit Kreuz- und Leibschmerzen. 1887 spontane Geburt. Angeblich 5 Wochen gelegen mit Fieber, Blutungen, Schmerzen im Unterleib. Nach 5 Wochen Entfernung von Eihautresten. Angaben ungenau. Seitdem starke Kreuz- und Leibschmerzen. In der gynäkologischen Poliklinik lange Zeit wegen fixirter Retroflexio und Perimetritis chronica behandelt. Ringbehandlung wegen starker Schmerzen wieder aufgegeben.

Aufnahmebefund: Retroflexio (II) uteri fixata. Perimetritis chronica.

Indication zur Operation: Fixirte Retroflexio. Erfolglosigkeit jeder anderen Therapie.

Operation: 9. 11. 1894. Vaginofixatio uteri. Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide nach Lösung der Adhäsionen.

Verlauf: 10.—12. 11. 1894. Urin mit Katheter entleert. Vom 13. 11. ab spontan. Einmalige Temperatursteigerung bis 38,1, sonst glatter Verlauf.

21. 11. 1894 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 4. 2. 1895. Menses normal. Keine Beschwerden. Uterus in Antelexio recliniert durch Narbenzug.

8. 11. 1896. Retroversio uteri. Kreuz- und Leibschmerzen rechts, besonders beim Liegen. Menses mit Schmerzen.

Fall 5. Frau A. B., 36 Jahre alt, aus Halle a. S. 21. 11. 1894 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 18 Jahren, stark, sonst normal. Pat. hat 7mal spontan geboren, zuletzt 1. 4. 1894. Seit einem Jahre sehr belästigende Vorfallbeschwerden.

Aufnahmebefund: Beckenboden fehlt fast vollständig. Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Cystocele. Rectocele. Elongatio colli (6 cm) Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls und Aussichtslosigkeit jeder anderen Therapie.

Operation: 22. 11. 1894. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Kolporrhaphia anterior, Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan. 7. 12. 1894 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 24. 1. 1895. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut anteflectirt.

8. 1. 1897. Periode normal bis auf geringe Dysmenorrhoe. Keine Stuhl- und Urinbeschwerden. Pat. kann schwere Arbeit verrichten. Uterus in Anteversio-flexio. Vordere Vaginalwand etwas descendirt. Vulva klafft. Uterus sehr klein.

Fall 6. Frau W. A., 43 Jahr alt, aus Bitterfeld. 2. 1. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 18 Jahren, anfangs unregelmässig, später normal. Pat. hat 5 mal spontan geboren, zuletzt 1884. Mit 15 Jahren Nervenfeber, sonst gesund. Seit 8 Wochen Retroflexionsbeschwerden, die durch Pessar nicht zu beseitigen sind.

Aufnahmebefund: Uterus retroflectirt, durch parametritische Stränge sinistroniert.

Indication zur Operation: Starke Beschwerden. Uterus schwer aufrichtbar, hält nicht im Ring.

Operation: 9. 1. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide.

Verlauf: Fieberfrei bis auf einmalige Temperatursteigerung bis 38,6. Urin vom 3. Tage ab spontan.

29. 1. 1895 entlassen. Kleine Nekrose der Vaginalwunde. Kein Befund.

Spätere Befunde: 5. 2. 1895. Uterus liegt gut. Geringe Senkungsbeschwerden. Leichter Descensus der vorderen und hinteren Wand. Uterus sehr dick.

1. 6. 1895. Uterus spitzwinkelig anteflectirt. Blasenbeschwerden. Periode unregelmässig, Dysmenorrhoe. Descensus vaginae anterioris et posterioris. Hodge.

Fall 7. Frau M. Sch., 43 Jahr alt, aus Capellenende. 14. 1. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 14 Jahren normal. Pat. hat 4 mal spontan geboren, einmal abortirt. Bei der ersten und vierten Geburt Dammriss. Seit der ersten Geburt Vorfall mit seinen Beschwerden. 1887 in der hiesigen Klinik Kolporrhaphia anterior und posterior. Nach der letzten Geburt 1892 Recidiv. Pessare beseitigen die Beschwerden nicht.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Hypertrophia portionis. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit der Pessarbehandlung.

Operation: 15. 1. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie. Keilförmige Excision der Muttermundslippen.

Verlauf: Fieberfrei. Keine Blasenbeschwerden.

29. 1. 1895 entlassen. Uterus nicht gut fühlbar. Damm verheilt.

Spätere Befunde: 25. 3. 1895. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

14. 12. 1896. Keine Beschwerden, besonders keine Urinbeschwerden. Periode bleibt oft einige Monate aus. Damm gut. Scheideneingang eng. Uterus klein, frei beweglich anteflectirt. Die Portio steht tief und kommt beim Pressen bis auf den Beckenboden. Aus der Scheide ragt jedoch nur der Urethralwulst heraus.

Fall 8. Frau A. R., 31 Jahr alt, aus Gollme. 20. 1. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 14 Jahren, am ersten Tage etwas Schmerzen, sonst normal. Pat. hat zweimal spontan geboren. Nach der zweiten Geburt fieberhaftes Wochenbett (Sept. 1894). Seit März 1894 Senkungsbeschwerden.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae anterioris completus, posterioris incompletus. Descensus uteri. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Uterus anteflectirt, sehr beweglich.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 22. 1. 1895. Sagittale Keilexcision der Portio. Kolporrhaphia anterior. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: 23. 1. 1895. Urin spontan. Damm heilt theilweise sekundär, sonst fieberfreier, glatter Verlauf.

8. 2. 1895 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 2. 6. 1896. Menses bisher regelmässig. Keine Beschwerden. Letzte Regel Mitte September 1895. Die Untersuchung ergibt folgenden Befund: Fundus uteri am Rippenbogen. Frucht liegt in II. Schädellage und lebt. Kopf fest im Becken. Am Damm grosse Narbe, von der Operation herrührend. Scheide von mittlerer Weite. Portio $1\frac{1}{2}$ cm lang, steht etwas nach hinten, narbig, hart. Cervix $2\frac{1}{2}$ cm lang, eben für einen Finger durchgängig. Vorderes Vaginalgewölbe etwas ausgedehnter als normal, aber nicht so, dass man für die Geburt erhebliche Schwierigkeiten zu erwarten hätte. Durch dasselbe fühlt man den fast in der Spinallinie stehenden Kopf.

10. 6. 1896. Pat. klagt über Kreuzschmerzen. Muttermund markstückgross, hart, scharfrandig, wie bei einer Erstgebärenden. Portio fast verstrichen. Blase steht. Kopf fast in der Spinallinie.

12. 6. 1896. 11 h. 30 p. m. Muttermund fünfmarkstückgross. Es soll seit heute morgen Wasser abgehen, doch wölbt sich die Blase noch vor. Kopf in der Spinallinie. Pat. klagt nur über Kreuzschmerzen, die sie selbst nicht als Wehen ansieht, die aber doch als solche aufzufassen sind, da die Erweiterung des Muttermundes langsam vor sich geht.

13. 6. und 14. 6. im ganzen status idem. Zur Anregung der Wehen wird am 13. 6. ein einstündiges warmes Vollbad ohne wesentlichen Erfolg gegeben.

15. 6. werden die Wehen 3 h. p. m. kräftiger. 10 h. 45 p. m. Muttermund vollständig, Kopf auf dem Beckenboden, Pfeilnaht im geraden Durchmesser, grosse Fontanelle vorn. Geburt erfolgt 11 h. 45 p. m. in II. Vorderhauptschädellage. Grosser Scheidendammiss. Nachgeburtsperiode ohne Besonderheiten. Naht des Risses. Kind lebt.

Im Ganzen dauerte die Eröffnungszeit ca. 128 Stunden. Wochenbett fieberhaft. Parametritis dextra und Parakolpitis. Damm heilt theilweise sekundär.

8. 7. 1896 entlassen. Am Damm noch kleine granulirende Stelle. Vagina mässig weit. Grosse Narbe links. Portio 2 cm lang. Cervix fast ganz durchgängig. Uterus noch etwas gross, liegt in Anteeflexio I. Parametrien jetzt frei.

31. 7. 1896. Geringer Descensus der vorderen Wand. Uterus gut involviret, antevirt. Keine Beschwerden.

16. 12. 1896. Keine Beschwerden. Periode normal. Keine Stuhl- oder Urinbeschwerden. Uterus etwas descendirt. Os externum unterhalb der Spinallinie. Descensus vaginae anterioris. Uterus taubeneigross.

Fall 9. Frau A. H., 37 Jahr alt, aus Dessau. 4. 2. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 24 Jahren mit Schmerzen, sonst normal. Pat. hat viermal spontan geboren, einmal abortirt. Letzte Geburt 1889. Seit ihrer Verheirathung nervös, Kopfschmerzen, öfter Erbrechen. Seit der ersten Geburt 1879 Vorfälle. Ringbehandlung wegen starker Schmerzen wieder aufgegeben. Oktober 1888 in Dessau operirt. Sofort Recidiv. Trotz grosser Schonung stetige Verschlimmerung.

Aufnahmebefund: Inversio vaginae. Prolapsus uteri incompletus. Cystocele. Rectocele. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Retroversio-flexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 5. 2. 1895. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin vom ersten Tage ab spontan. 7. 2. Viel Urindrang. Windverhaltung. 8. 2. Keine Beschwerden.

10. 2. und 11. 2. Abendtemperatur 38,3. Eintritt der Menses. Seitdem glatter Verlauf.

19. 2. 1895 entlassen. Uterus liegt vorn.

Spätere Befunde: 29. 4. 1895. Schmerzen bei der sonst normalen Periode. Keine Beschwerden. Uterus, in Mittelstellung, liegt gut. Vordere Vaginalwand trichterförmig eingezogen.

Fall 10. Frau F. F., 33 Jahr alt, aus Dörlau. 28. 2. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 18 Jahren normal. Pat. hat 5mal spontan geboren, zuletzt 1893. Bei der ersten Geburt grosser Dammriss (1887), nicht genäht. 6 Wochen nach der ersten Geburt Vorfall mit Beschwerden. Nach der dritten Geburt 1890 längere Ringbehandlung. Ring hält seit Herbst 1894 nicht mehr.

Aufnahmebefund: Starker Descensus der vorderen Wand mit Cystocele, geringer Descensus der hinteren Wand. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls. Erfolglosigkeit der Ringbehandlung.

Operation: 2. 3. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin vom 3. Tage ab spontan. Am 8. 3. höchste Temperatur 38,6, sonst nie über 38,0.

16. 3. 1895 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 21. 7. 1895. Keine Schmerzen. Uterus retroponiert, dextro-antevertiert.

16. 12. 1896. Mai 96 Partus. Schiefelage, Wendung, Extraction ausserhalb der Klinik. Kind todt. Keine wesentlichen Schmerzen. Kann schwere Arbeit verrichten. Uterus anteflectiert, beweglich, atrophisch. Scheidenwand nicht prolabiert.

Fall 11. Frau E. R., 28 Jahr alt, aus Gröst b. Rossbach. 4. 3. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses 3wöchentlich, 2tägig, mit Kreuz- und Leibscherzen. Pat. hat nie geboren oder abortiert. Schon seit 1889 geringe Kreuz- und Leibscherzen. Seit 1892 starke Retroflexionsbeschwerden. Seit 1893 Behandlung in der hiesigen Poliklinik mit Ring und Massage. Anfangs Besserung, bald aber trotz Ring Beschwerden.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Uterus gross, dick, links hinten fixiert.

Indication zur Operation: Beschwerden trotz Ring und Massage.

Operation: 7. 3. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide.

Verlauf: Anfangs viel Schmerzen, besonders links. 9. 3. Abend

temperatur 39,4. Windverhaltung. 10. 3. Abendtemperatur 38,7. Nach gründlicher Darmentleerung fieberfrei. Befinden gut.

22. 3. 1895 entlassen. Uterus liegt links vorn. Tiefe Einziehung der vorderen Vaginalwand.

Spätere Befunde: 17. 12. 1896. Schmerzen links unten. Blutandrang nach dem Kopf, Periode unregelmässig, schwach, Schmerzen vor, während und nach derselben. Lendenmarkssymptome. Keine Urinbeschwerden. Stuhlgang regelmässig. Uterus sinistro-anteflectirt. Perimetritis adhaesiva sinistra.

Fall 12. Frau L. S., 30 Jahr alt, aus Nordhausen. 2. 5. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 18 Jahren regelmässig ohne Beschwerden. Seit der ersten Geburt 1888 unregelmässig, mit heftigen Schmerzen. Pat. hat 3mal geboren. Erste Geburt Forceps. Wochenbett fieberhaft. Bei der ersten Geburt Dammriss, 3mal genäht, nie geheilt. Seit der ersten Geburt heftige Retroflexionsbeschwerden. Ringbehandlung macht Schmerzen.

Aufnahmebefund: Retroflexio-versio uteri fixata. Descensus uteri et vaginae.

Indication zur Operation: Fixirte, nicht reponible Retroflexio. Aussichtslosigkeit anderer Behandlung.

Operation: 4. 5. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation des Uterus an Peritoneum und Scheide. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Mehrfach langanhaltendes Fieber, dessen Ursache in einer rechtsseitigen Pyelitis gefunden wird. Urin von Anfang an spontan.

10. 6. 1895 entlassen. Keine subjectiven Beschwerden. Im Urin noch etwas Eiter. Kein Exsudat. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 29. 7. 1895. Starke Beschwerden. Dysmenorrhoe. Uterus stark anteflectirt, etwas nach links.

17. 12. 1896. Starke Beschwerden, Dysmenorrhoe. Blasenbeschwerden. Uterus sehr klein, anteflectirt, durch Narben fixirt. Kein Vorfall.

Fall 13. Frau M. D. aus Werben b. Stumsdorf, 31 Jahr alt. 22. 5. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 16 Jahren regelmässig, ohne Beschwerden. Pat. hat einmal spontan geboren. Wochenbett fieberfrei. Seit April 1895 Drängen beim Wasserlassen. Seit 4—5 Wochen Senkung der Scheide, die immer weiter vor die Geschlechtstheile heraustritt.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae anterioris completus, Descensus vaginae posterioris et uteri. Hypertrophia portionis, Elongatio colli. Cystocele, Retroversio uteri.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

Operation: 28. 5. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolporrhaphia anterior. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Mehrfach Temperatursteigerungen bis 38,4. Urin von Anfang an spontan. Theilweise starker Ausfluss, der mit Ausspülungen beseitigt wird.

22. 6. 1895 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 19. 7. 1895. Uterus liegt gut, keine Beschwerden.

Fall 14. Ledige H. H., 21 Jahr alt, aus Elster b. Wittenberg. 21. 6. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses mit 15 Jahren, ohne Beschwerden. Erkrankte im April 1894 durch Ueberanstrengung während der Regel; seither andauernde Schmerzen im Unterleib, gesteigert während der Regel. Seit 1¹/₄ Jahr auswärts ohne Erfolg in Behandlung. Pat. ist arbeitsunfähig.

Aufnahmebefund: Uterus in Dextro-retroflexio, beide Ovarien dem Uterus genähert, tief im Douglas; beide vergrössert, druckempfindlich, besonders das linke.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit bisheriger Behandlung.

Operation: 24. 6. 1895. Extirpatio ovarii sinistri et tubae utriusque ab vagina; Vaginofixatio uteri. Fixation an Peritoneum und Scheide, Drainage.

Verlauf: Vom 6. bis 10. Tage leicht fieberhaft, am 14. Tage auf. 13. 7. entlassen. Uterus liegt gut. Kein Exsudat.

Spätere Befunde: 1. 10. 1895. Schmerzen in den Seiten. Kein Ausfluss. Rechtes Ovarium empfindlich. Uterus klein, anteflectirt. Links Tumor, wahrscheinlich im Stumpf.

Fall 15. Frau Th. B., 36 Jahr alt, aus Eisleben. 5. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 18. Jahre regelmässig, mit krampfartigen Schmerzen vor dem Eintritt, seit der Verheirathung unregelmässig ohne Schmerzen. Pat. hat 6mal spontan geboren, 2mal abortirt mit starken Blutungen und Fieber im Wochenbett. Kurz nach dem zweiten Abort 1889 wurde Gebärmutterknickung festgestellt. Ringbehandlung. Seit Mai 1895 unregelmässige Blutungen; seitdem heftige Kreuz- und Leibschmerzen. Ringbehandlung ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata.

Indication zur Operation: Fixirte Retroflexio. Ringbehandlung ohne Erfolg.

Operation: 6. 7. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation des Uterus an Peritoneum und Vagina. Drainage.

Verlauf: Absolut fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

19. 7. 1895. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 18. 8. 1895. Periode sehr stark ohne Schmerzen. Keine Urin- und Stuhlbeschwerden. Uterus liegt gut. Kreuzschmerzen nach Anstrengung.

Fall 16. Frau Th. E., 29 Jahr alt, aus Zöbiger b. Müheln. 9. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses immer regelmässig, ohne Beschwerden. Pat. hat 4mal normal geboren, die Wochenbetten verliefen ohne Fieber. Seit einem halben Jahr Schmerzen vor Eintritt der Regel. Vorfal mit seinen Beschwerden schon seit der ersten Geburt. Nach der zweiten Entbindung erfolglose Ringbehandlung.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles. Beschwerden.

Operation: 11. 7. 1895. Kolporrhaphia anterior. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Vagina. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin vom vierten Tage ab spontan. Temperatur nie über 38,1.

24. 7. 1895 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 19. 8. 1895. Uterus stark anteflectirt. Kein Vorfall. Keine Beschwerden.

Januar 1897. Partus. Dauer 5—6 Stunden. Schwangerschaft ohne Beschwerden. Schädellage. Geburt eines starken Knaben spontan.

5. 3. 1897. Keine Beschwerden. Uterus stark involvrt, gut anteflectirt. Keine Senkung.

Fall 17. Frau L. Z., 40 Jahre alt, aus Greussen. 9. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre unregelmässig, ohne Beschwerden, seit der Verheirathung regelmässig, in den letzten Jahren stärker. Pat. hat 5mal geboren. Erste Geburt mit Forceps beendet, die übrigen spontan. Wochenbetten ohne Fieber. Seit der letzten Entbindung Vorfall mit starken Beschwerden.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Retroflexio uteri mobilis. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Linkes Ovarium vergrössert, empfindlich, etwas fixirt.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls. Beschwerden.

Operation: 12. 7. 1895. Keilförmige Excision der Muttermundlippen. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin von Anfang an spontan. Fieberfreier, glatter Verlauf.

26. 7. 1895 entlassen. Kein Befund. Zur Zeit der Entlassung Menses.

Spätere Befunde: 6. 9. 1895. Keine Beschwerden. Periode normal. Keine Urinbeschwerden. Uterus liegt antevertirt. Vulva klafft etwas.

Fall 18. Frau W. T., 37 Jahr alt, aus Schwätz b. Landsberg. 14. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre normal. Pat. hat 9mal spontan geboren, einmal abortirt. Nach der sechsten und achten Geburt fieberhaftes Wochenbett. Seit der sechsten Geburt (1884) Stechen im Unterleib rechts, Drängen nach unten. Ausserdem allerhand nervöse Beschwerden. Längere Ringbehandlung ohne jeden Erfolg.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Uterus etwas vergrössert, rechtes Scheidengewölbe straff. Para- und perimetritische Stränge rechts.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit der bisherigen Behandlung.

Operation: 16. 7. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage.

Verlauf: Urin von Anfang an spontan. Kein Fieber.

28. 7. 1895 entlassen. Kein Befund.

26. 8. 1895. Keine Beschwerden. Menses einmal ausgeblieben. Uterus liegt gut.

Fall 19. Frau Kl. Schn., 25 Jahr alt, aus Erfurt. 26. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre, regelmässig, mit Kreuzschmerzen, seit der vorletzten Geburt stärker. Beschwerden allgemeiner Natur, seit einigen Monaten stärker. Pat. hat 4mal spontan geboren, einmal abortirt. Sämmtliche Wochenbetten fieberfrei.

Aufnahmebefund: Ruptura perinei incompleta inveterata. Retroflexio uteri I fixata. Descensus vaginae posterioris.

Indication zur Operation: Aussichtslosigkeit einer anderen Behandlung. Stärke der Beschwerden.

Operation: 27. 7. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums und Fixation des Uterus an Scheide und Peritoneum. Drainage. Lawson Tait.

Verlauf: Urin vom 31. 7. ab spontan. Blasenkatarrh. Höchste Temperatur 38,2. Sonst glatter Verlauf.

8. 8. 1895 entlassen. Keine Blasenbeschwerden. Kein Befund.

Spätere Befunde: 31. 8. 1895. Schmerzen bei der Periode stärker als früher. Drängen nach unten. Keine Urinbeschwerden. Uterus liegt gut; kein Vorfall.

29. 3. 1897. Keine Beschwerden bis auf geringe Schmerzen links, besonders vor der Periode. Kann noch nicht schwer arbeiten. Keine Urinbeschwerden. Uterus liegt gut, ist klein. Kein Vorfall.

Fall 20. Frau P. A., 40 Jahr alt, aus Halle. 28. 7. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 16. Jahre, 3 bis 4wöchentlich, 2 bis 3tägig, schwach, nach der ersten Geburt regelmässig. Pat. hat 2mal geboren, spontan, ohne Dammriss. Wochenbetten glatt. 8mal hat sie abortirt. Erstes, allein lebendes Kind vom ersten Manne. Seit der ersten Geburt Vorfall (1878). Vor 16 Jahren Prolapsoperation in der Leipziger Frauenklinik. Kurz nach der Entlassung Recidiv. Seitdem mit Pessaren behandelt.

Aufnahmebefund: Vollständige Inversio vaginae. Cystocele. Hypertrophia portionis. Elongatio colli (7 cm). Prolapsus uteri incompletus. Retroflexio uteri. Sondenlänge des Uterus 13 cm.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

Operation: 29. 7. 1895. Hohe Kollumamputation. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Vagina und Peritoneum. Drainage. Kolporrhaphia anterior und Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin vom 3. Tage ab spontan. Fieberfreier Verlauf.

10. 8. 1895 entlassen. Kein Befund. Keine Beschwerden.

Spätere Befunde: 4. 9. 1895. Keine Beschwerden. Viel Ausfluss. Periode normal. Uterus liegt gut.

27. 3. 1897. Keine Beschwerden, insbesondere keine Urinbeschwerden. Pat. kann schwere Arbeit gut verrichten. Uterus klein, nicht descendirt, anteflectirt, beweglich. Periode normal.

Fall 21. Frau M. F., 36 Jahr alt, aus Halle. 25. 8. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses normal. Pat. hat 2mal spontan geboren; Wochenbetten glatt. Seit der letzten Entbindung (1886) Schmerzen beiderseits im Unterleib, beim Coitus verstärkt. 1892 wurde eine nicht aufrichtbare Knickung vom Arzt constatirt.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Sondenaufrichtung möglich, doch federt der Uterus sofort wieder zurück.

Indication zur Operation: Schmerzen und Fixation des Uterus. Pessarbehandlung aussichtslos.

Operation: 26. 8. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Unterbindung einer breiten, flächenhaften Adhäsion. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kleiner Lawson Tait.

Verlauf: Völlig fieberfrei. Urin vom 4. Tage ab spontan.

8. 9. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Wegen Menstruation keine Exploration.

Spätere Befunde: März 1897 absolut ohne Beschwerden. Pat. kann schwere Arbeit verrichten und ihrem Hebammenberuf ungestört nachgehen. Periode regelmässig. Uterus klein, in normaler Antelexion.

Fall 22. Frau K. R., 41 Jahr alt, aus Halle a. S. 24. 9. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 18. Jahre, 5—12 wöchentlich, 14 tägig, ohne Schmerzen, seit 4—5 Jahren regelmässig, aber immer noch von 14tägiger Dauer. Pat. hat 8mal normal geboren. 7. Geburt mit Zange beendet. Letzte Geburt vor $3\frac{1}{2}$ Jahren. Seit der 6. Geburt Vorfall mit starken Beschwerden.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae incompletus. Descensus et Retroversio uteri.

Indication zur Operation: Starke subjective Beschwerden.

Operation: 25. 9. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kollpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin vom 2. Tage an spontan, doch nur wenig, weshalb ab und zu katheterisirt werden muss. Vom 4. 10. ab keine Blasenbeschwerden mehr.

6. 10. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus gut anteflectirt.

Spätere Befunde: 21. 10. 1895. Uterus liegt gut. Keine Beschwerden.

Fall 23. Frau M. W., 25 Jahr alt, aus Salbke b. Westerhüsen. 25. 9. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre regelmässig, stark, mit Schmerzen an den ersten Tagen. Pat. hat 2mal geboren. Bei der 2. Geburt Dammriss, genäht und geheilt. 2. Geburt vor 1 Jahr. Seitdem Vorfall mit heftigen Beschwerden. Bisher mit Ring behandelt, wünscht Operation.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Beschwerden. Ring unbequem.

Operation: 26. 9. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Lawson Tait.

Verlauf: Fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

7. 10. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 28. 1. 1896. Menses seit dem 8. 10. 1895 ausgeblieben. Gravida im 4. Monat. Sehr starke Molimina, viel stärker als bei früheren Schwangerschaften. Portio hinter der Führungslinie lässt sich leicht nach vorn bringen. Blase vor dem Uterus im grossen Becken.

3. 6. 1896. Immer noch starke Beschwerden. Befund nicht abnorm.

17. 7. 1896. Partus ausserhalb der Klinik. Lange Dauer. Querlage. Wendung. Dammriss. Naht. Lebendes Kind.

14. 10. 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut zurückgebildet anteflectirt, beweglich.

Fall 24. Frau L. H., 30 Jahr alt, aus Helbra. 28. 9. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre, unregelmässig, 4 bis 6 wöchentlich, schwach, nur 1—2 Tage dauernd, mit Schmerzen vorher und während der Regel. Ein Kind im 6. Monat 1889. Pat. hat seither Schmerzen im Unterleib und im Kreuz, die in letzter Zeit gesteigert sind. Fluor, Beschwerden beim Uriniren, Verstopfung.

Aufnahmebefund: Uterus in geringer Anteflexion, fällt leicht um, rechtes Ovarium normal, linkes hühnereigross, nahe dem Uterus gelegen, beweglich, sehr schmerzhaft. Tuben empfindlich, aber nicht verdickt.

Indication zur Operation: Erkrankung des linken Ovariums.

Operation: 2. 10. 1895. Entfernung der linken Adnexe von der Vagina aus. Vaginofixatio uteri. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

20. 10. 1895 entlassen. Geringe Resistenz in der Gegend des Stumpfes. (Haematom?)

Spätere Befunde: 28. 5. 1896. Periode $2\frac{1}{2}$ —3 wöchentlich, 6—7tägig, stark. Unterleibs- und Kreuzschmerzen. Viel nervöse Beschwerden. Keine Blasenbeschwerden. Uterus liegt in leichter Anteflexion, klein, hart. Links kein Exsudat, aber geringe Druckempfindlichkeit.

26. 4. 1897. Seit Mai 1896 Verschlimmerung besonders der nervösen Beschwerden. Uterus liegt gut. Periode 2—3 wöchentlich, 4tägig, stark. Dysmenorrhoe vorher und nachher. Keine Unterleibsschmerzen. Keine Urinbeschwerden.

Fall 25. Frau B. K., 35 Jahr alt, aus Halle a. S. 3. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre regelmässig, mittelstark, mit Leib- und Rückenschmerzen während ihrer Dauer. Pat. hat niemals geboren. Seit 1884 wegen Gebärmutterleidens bei den verschiedensten Aerzten in Behandlung. 1884 operirt; Art der Operation unbekannt. Später 2 Jahre mit Ring behandelt. Bei der Aufnahme sind ziehende Schmerzen im Unterleib, besonders rechts, unabhängig von der Regel vorhanden; ausserdem allerhand nervöse Beschwerden.

Aufnahmebefund: Retroflexio (III) uteri myomatosis fixata. Ovarien von normaler Grösse, wenig beweglich, schmerzhaft.

Indication zur Operation: Fixirte Retroflexio. Beschwerden.

Operation: 5. 10. 1895. Vaginofixatio uteri mit schwieriger Eröffnung der Excavatio vesico-uterina, die theilweise verlöthet ist. Abtragung eines Myoms der vorderen Wand. Lösung des Uterus und der Ovarien aus Verwachsungen. Bei Annäherung des Uterus an Peritoneum und Vagina reisst theilweise das Peritoneum ein, theilweise das brüchige Uterusgewebe. Drainage.

Verlauf: Ausser einer Temperatursteigerung bis 38,1 am 4. Tage glatt. Urin von Anfang an spontan.

13. 10. 1895 entlassen. Allgemeinbefinden leidlich. Pat. ist wie vor der Operation nervös. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 22. 10. 1896. Periode normal. Keine Beschwerden.

4. 8. 1896. Resectio ventriculi wegen ulcus rotundum. Uterus liegt gut.

22. 3. 1897. Keine Unterleibsbeschwerden. Uterus liegt anteflectirt, etwas nach rechts. Tumor tubo-ovarialis sinister.

Fall **26.** Frau M. M., 32 Jahr alt, aus Halle. 14. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses unregelmässig, 4tägig, ohne Schmerzen. Pat. hat 3mal geboren, zuletzt vor 5 Jahren. Im letzten Wochenbett Fieber. 2 Aborte. Unterleibsleidend seit der letzten Entbindung. Schmerzen im Kreuz und besonders auf der linken Seite, dadurch arbeitsunfähig. Ringbehandlung ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Perioophoritis und Oophoritis duplex adhaesiva.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit der bisherigen Behandlung.

Operation: 16. 10. 1895. Vaginofixatio uteri; Eröffnung des Peritoneums, Lösung der Ovarien aus Adhäsionen und Lösung der Adhäsionen am Uterus. Fixation des Uterus an Peritoneum und Scheide. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

5. 11. 1895 entlassen. Uterus liegt in Antelexio II. Links noch ab und zu Schmerzen, doch weniger als früher.

Spätere Befunde: Dezember 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Fall **27.** Frau A. P., 38 Jahr alt, aus Güsten. 21. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Als Kind schwächlich, später viel nervenleidend. Menses seit dem 18. Jahre, regelmässig, seit der Verheirathung 3 bis 4wöchentlich, stark. Pat. hat 3mal geboren, zuletzt vor 4 Jahren Zwillinge. Seit der ersten Entbindung Vorfall mit typischen Beschwerden, seit $\frac{1}{2}$ Jahr wesentliche Verschlimmerung. Seit 10 Jahren Ringbehandlung.

Aufnahmebefund: Hysterie. Ruptura perinei incompleta. Retroflexio uteri fixata. Para- und perimetritische Reste.

Indication zur Operation: Subjective Beschwerden. Vergebliche Ringbehandlung.

Operation: 22. 10. 1895. Vaginofixatio uteri nach Lösung der Adhäsionen. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Am 2. und 3. Tage 38,2, sonst fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

5. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 20. 7. 1896. Nervöse Beschwerden. Periode unregelmässig, 2—4wöchentlich, 5—6tägig, mittelstark, ohne Schmerzen. Etwas Druck beim Uriniren. Uterus liegt gut. Urethralwulst ragt hervor. Geringe Druckempfindlichkeit.

Fall **28.** Frau B. F., 26 Jahr alt, aus Zöberitz. 24. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre normal. August 1895 Abort im 2. bis 3. Monat, nach einer normalen Geburt 1889. Seit dem Abort Vorfall mit heftigen Beschwerden.

Aufnahmebefund: Vollständige Inversio vaginae. Prolapsus uteri retroflexi incompletus. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

Operation: 26. 10. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des

Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Temperatur nur einmal 38,1, sonst fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

9. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 9. 1. 1896. Drängen nach unten. Pat. hat die gleichen Erscheinungen wie vorher. Vulva klafft. Uterus liegt gut.

6. 2. 1896. Hintere Wand leicht prolabirt. Beschwerden gering. Keine Urinbeschwerden.

15. 12. 1896. Seit dem 10. 12. Blasenbeschwerden. Retentio urinae. Katheterismus. Gravida im 3. Monat. Keine Beschwerden. Hintere Wand stark faltenförmig prolabirt. Vordere Wand trichterförmig eingezogen. Portio hoch hinten stehend, von Narben umgeben. Uterus in Anteversio-flexio etwas nach rechts verlagert.

16. 12. Pat. kann Wasser lassen.

Fall 29. Frau M. B., 38 Jahr alt, aus Weissenfels. 31. 10. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre, regelmässig, stark, Leibscherzen vorher und während derselben. Pat. hat 6mal normal geboren, 2mal abortirt. Letzte Geburt Juni 1895. Seit der 3. Geburt Vorfal mit Beschwerden. Anfangs Ringbehandlung mit Erfolg. Nach der letzten Geburt Steigerung der Beschwerden. Vorfal durch Ring nicht mehr zu beseitigen.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri mobilis. Sondenlänge des Uterus 9 cm.

Indication zur Operation: Aussichtslosigkeit der Ringbehandlung, Beschwerden.

Operation: 4. 11. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie. Drainage.

Verlauf: Am 3. Tage 38,9. Sonst fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

18. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus spitzwinkelig anteflectirt.

Spätere Befunde: 23. 4. 1896. Allerhand nervöse Beschwerden. Periode unregelmässig, 4tägig, stark, Leibscherzen während ihrer Dauer. Keine Urinbeschwerden. Uterus in starker Anteflexion reklinirt. Senkung der vorderen Wand.

14. 5. 1896. Erheblicher Descensus der vorderen Wand, sonst status idem. Letzte Regel 7. 5. 1896.

16. 7. 1896. Gravida im 3. Monat. Ziemlich starke Molimina.

18. 11. 1896. Starke Schwangerschaftsbeschwerden.

25. 2. 1897. Partus. Nach Bericht des Arztes Placenta praevia lateralis, Schiefelage, Wendung, Extraction. Viel Blut verloren.

4. 4. 1897. Noch starke Anämie. Kein Eiweiss im Urin. Uterus stark involvirt, anteflectirt. Vordere Scheidenwand descendirt. Portio in der Vulva. Damm leicht eingerissen. Keine Beschwerden.

Fall 30. Ledige M. K., 39 Jahr alt, aus Niederbeuna. 2. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre, anfangs unregelmässig, seit dem 19. Jahre regelmässig, aber mit Leib- und Kreuzschmerzen während ihrer Dauer. Pat. hat zwei glatte Entbindungen und eine Früh-

geburt im 6. bis 7. Monat durchgemacht. Letzte Geburt 1890. Im Anschluss an einen Fall (1889) will Pat. einen Vorfall bekommen haben. Ringbehandlung anfangs mit Erfolg. Nach der letzten Entbindung beschwerdefrei. Sobald sie ihre Arbeit wieder aufnahm, trat der Vorfall mit seinen Beschwerden wieder auf. Ringbehandlung ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri mobilis. Cystocele. Rectocele. Neurasthenie.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit der Ringbehandlung. Subjective Beschwerden.

Operation: 5. 11. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei; glatt.

21. 11. 1895 entlassen. Keine wesentlichen Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 5. 5. 1896. Starker Fluor. Periode regelmässig. Bedeutende Dysmenorrhoe vorher. Pat. kann beim Husten den Urin nicht halten. Stechen in der linken Seite. Neurasthenische Beschwerden. Uterus stark anteflectirt, klein.

3. 7. 1896. Status idem. Kein Recidiv.

Fall **31.** Frau L. B., 42 Jahr alt, aus Harzgerode. 12. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre, anfangs drei-, später vierwöchentlich, stark, mit starken Kreuz- und Leibscherzen vorher und während ihrer Dauer. Pat. hat vier glatte Geburten und Wochenbetten durchgemacht, einmal abortirt. Seit der 3. Geburt Vorfall mit starken Beschwerden. Bisher nicht behandelt.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Retroversio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Subjective Beschwerden.

Operation: 13. 11. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Temperatursteigerung einmal bis 38,1, sonst fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

28. 11. 1895 entlassen mit gut anteflectirtem Uterus.

Spätere Befunde: 27. 3. 1897 nach Bericht des Arztes. Pat. leidet noch zeitweise an Kreuzschmerzen. Keine Urin- oder Stuhlbeschwerden. Menses 4wöchentlich, stark, vorher Schmerzen. Uterus liegt richtig. Kein Recidiv des Vorfalles. Pat. ist weit besser arbeitsfähig als vor der Operation.

Fall **32.** Frau W. T., 43 Jahr alt, aus Golmar. 13. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 19. Jahre mit starken Kreuzschmerzen, sonst normal. Pat. hat 6mal normal geboren. Das letzte Wochenbett (1888) fieberhaft, Schmerzen im Unterleib; geschwollene Beine; Dauer $\frac{1}{2}$ Jahr. Seitdem Vorfall mit starken Beschwerden. Anfangs hielten Pessare, jetzt nicht mehr.

Aufnahmebefund: Hypertrophia portionis. Prolapsus uteri et vaginae. Stehende Scheidenwand, vorn 1 cm, hinten 7 cm. Elongatio colli. Retroversio uteri. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

Operation: 14. 11. 1895. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolporrhaphia anterior. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Keine Angaben über Blasenbeschwerden.

28. 11. 1895 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 29. 1. 1896. Keine Beschwerden, insbesondere keine Urinbeschwerden. Uterus liegt gut, etwas descendirt. Vordere Wand descendirt. Meigs.

19. 3. 1897. Trägt Meigs nicht mehr. Keine Beschwerden. Periode regelmässig, stark, ohne Schmerzen. Keine Urinbeschwerden. Kann schwer arbeiten. Vordere Wand taubeneigross prolabirt. Portio dicht hinter der Vulva. Uterus klein, antevvertirt hinter der Symphyse.

Fall 33. Frau A. H., 31 Jahr alt, aus Nemsdorf. 15. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 19. Jahre, Kreuzschmerzen vorher, sonst normal. Pat. hat 5mal normal geboren. Wochenbetten fieberfrei. Ein Abort mit fieberhaftem Wochenbett. Letzte Geburt vor einem Jahr. Seit $\frac{1}{2}$ Jahr Kreuz- und Leibschmerzen, verstärkt vor Eintritt der Menses. Ringbehandlung ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Sinistro - retroflexio uteri fixata. Linkes Ovarium fixirt.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit jeder anderen Therapie.

Operation: 16. 11. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums, Lösung der Adhäsionen, Fixation des Uterus an Peritoneum und Scheide. Drainage.

Verlauf: Anfangs etwas Blutabgang, sonst normal. Keine Angaben über Blasenbeschwerden. Kein Fieber.

30. 11. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 29. 3. 1897. Letzte Regel Anfang August. Kindsbewegungen seit Mitte Dezember. Vor der Schwangerschaft Befinden gut. Jetzt Schmerzen rechts im Unterleib, stärker als bei früheren Schwangerschaften. Brennen beim Wasserlassen. Untersuchungsbefund bietet nichts Besonderes.

Fall 34. Frau W. K., 46 Jahr alt, aus Maasdorf. 22. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 18. Jahre, 5 bis 7 wöchentlich, 4 bis 5 täg, ohne Beschwerden. Fünf glatte Entbindungen und Wochenbetten. Letzte Geburt vor 8 Jahren. Seit der vorletzten Geburt Vorfall mit mässigen Beschwerden, die seit einem Influenzaanfall vor 3 Jahren stärker wurden. Ausserdem nervöse Beschwerden. Anfangs Ringbehandlung.

Aufnahmebefund: Neurasthenia gravis. Retroflexio uteri mobilis, Prolapsus vaginae posterioris. Rectocele.

Indication zur Operation: Beschwerden. Arbeitsunfähigkeit.

Operation: 23. 11. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

11. 12. 1895 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 23. 1. 1896. Keine Beschwerden, insbesondere keine Urinbeschwerden. Periode normal. Uterus liegt gut. Portio weit hinten.

19. 2. 1896. Rectocele scheint sich wieder einstellen zu wollen. Sonst Status idem. Pat. klagt über Schmerzen im ganzen Körper.

Fall 35. Frau L. N., 34 Jahr alt, aus Bernburg. 26. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 14. Jahre, am 1. Tage Leibschmerzen, sonst normal. 1884 Zangengeburt. Wochenbett glatt. Pat. klagt über Retroflexionsbeschwerden, verstärkt bei der Regel.

Aufnahmebefund: Uterus in Antelexion retrovertirt, nach links fixirt.

Indication zur Operation: Beschwerden. Arbeitsunfähigkeit.

27. 11. 1895. Lösung von Adhäsionen in Narkose ohne Erfolg.

Operation: 2. 12. 1895. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation nach Lösung von Adhäsionen an Peritoneum und Scheide. Linkes Ovarium so schwer in Adhäsionen eingebettet, dass seine Lösung nicht möglich ist.

Verlauf: Temperatursteigerung am 3. Tage 38,7. Sonst fieberfrei.

17. 12. 1895 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 5. 12. 1896. Periode furchtbar stark. Dysmenorrhoe. Sonst nur etwas Schmerzen rechts unten im Unterleib.

23. 3. 1897. Regel 2—3wöchentlich, sehr stark. Sonst keine Beschwerden, ausser geringem Drängen beim Uriniren. Im Ganzen wohlher seit der Operation, aber noch nicht arbeitsfähig. Uterus leicht retrovertirt in Antelexio I, etwas descendirt. Keine Scheidensenkung.

Fall 36. Frau M. G., 38 Jahr alt, aus Helbra. 28. 11. 1895 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 14. Jahre, 4wöchentlich, seltener 5wöchentlich, 6—7tägig, mittelstark, mit Schmerzen in der rechten Seite. Pat. hat 2mal 1885 und 1886 normal geboren. Wochenbetten glatt. Unterleibslidend seit der Verheirathung 1878. Knickung der Gebärmutter. Ringbehandlung schon vor der 1. Geburt. Neu erkrankt nach der 2. Geburt.

Aufnahmebefund: Retroflexio (I—II) uteri fixata. Periophoritis et Oophoritis dextra adhaesiva.

Indication zur Operation: Unmöglichkeit der Reposition.

Operation: 4. 12. 1895. Kolporrhaphia anterior. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Lösung der Adhäsionen. Fixation an Peritoneum und Vagina. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

20. 12. 1895 entlassen.

Spätere Befunde: Dezember 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Fall 37. Frau M. M., 38 Jahr alt, aus Kirchheim. 6. 1. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 18. Jahre, 3 bis 5wöchentlich, 2 bis 4tägig, schwach, während der Regel Leibschmerzen und Urinbeschwerden. Pat. hat 3mal normal geboren. Erstes Wochenbett fieberhaft. Schon während der ersten Schwangerschaft (1882) soll sich ein Vorfall ausgebildet haben, der nach und nach grösser wurde und immer Beschwerden, besonders während der Periode machte.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Elongatio colli. Hypertrophia portionis. Cystocele. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Subjective Beschwerden. Grösse des Vorfalles.

Operation: 7. 1. 1896. Keilförmige Excision der hinteren Mundlippe. Vaginofixatio uteri sehr schwierig mit Eröffnung des Peritoneums. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Lang anhaltendes Fieber. Höchste Temperatur am 6. Tage 39,2. Vom 37. Tage nach der Operation an dauernd fieberfrei. Ursache des Fiebers: parametritisches und pelveoperitonitisches Exsudat links.

Pat. hat sich nicht wieder vorgestellt.

Fall 38. Ledige B. Sch., 26 Jahr alt, aus Halle a. S. 13. 1. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 19. Jahre, regelmässig, 4wöchentlich, 2—4tägig, ziemlich stark, mit Kreuzschmerzen. Pat. hat nie geboren. Vor 5 Jahren Prolapsoperation. Seit 1½ Jahren Recidiv.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri fixata. Rechtes Ovarium etwas vergrössert.

Indication zur Operation: Aussichtslosigkeit einer anderen Therapie.

Operation: 14. 1. 1896. Vaginofixatio uteri. Beim Loslösen der Blase reisst die Cervix ein. Vernähen der Cervixwunde. Eröffnung des Peritoneums, Lösung einiger Adhäsionen. Fixation an Peritoneum und Scheide. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Am 2. und 3. Tag 38,5. Stinkender Ausfluss wird durch Ausspülungen der Scheide beseitigt. Ueber Urinbeschwerden nichts verzeichnet.

Pat. hat sich nicht wieder vorgestellt.

Fall 39. Frau A. K., 22 Jahr alt, aus Granschütz. 14. 1. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 14. Jahre, 4wöchentlich, 8tägig, stark, vor Eintritt Schmerzen. Erste Geburt vor 3 Jahren, Wendung, Dammriss. Zweite Geburt vor einem Jahr spontan. Seit der letzten Entbindung ziehende Schmerzen im Unterleib, Kreuz-, Magen-, Kopfschmerzen, verstärkt während der Regel. Vor der letzten Regel 5 Wochen Menopause.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri. Aufrichtung gelingt nur mit grosser Schwierigkeit. Tumor tubo-ovarial. dextri (Graviditas tubaria?).

Indication zur Operation: Verdacht auf Extrauterin gravidität.

Operation: 18. 1. 1896. Colpotomia anterior. Exstirpation einer rechtsseitigen Ovarialcyste durch partienweise Umstechungen. Fixation des Uterus an Peritoneum und Scheide. Drainage.

Verlauf: Mehrfach hohe Temperaturen bis 39,2. Druckempfindlichkeit über dem rechten Ligamentum Poupertii. Urin von Anfang an spontan.

13. 2. 1896 entlassen. Uterus liegt gut. Kein Exsudat nachweisbar.

Spätere Befunde: 9. 3. 1896. Schmerzen rechts, Kreuzschmerzen. Periode 7tägig, sehr stark. Uterus liegt gut.

Seitdem ist Pat. nicht wieder erschienen.

Fall 40. Frau E. A., 46 Jahr alt, aus Roitzsch. 16. 2. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tágig; als Mädchen mit Kreuz- und Leibscherzen. Seit der Verheirathung ohne Scherzen. Die letzten Male unregelmässig. Pat. hat 12mal normal geboren. Sämmtliche Wochenbetten glatt. 1895 Abort. Schon in der 3. Schwangerschaft soll sich ein Vorfall entwickelt haben, der nach und nach grösser wurde und mehr und mehr Beschwerden machte.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae et uteri incompletus. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalles.

Operation: 16. 2. 1896. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Peritoneale Fixation. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: 3mal 38,3 Temperatur, die auf Scheidenspülungen abfällt. Urin vom 3. Tage ab spontan.

14. 3. 1896 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 14. 4. 1896. Unruhiger Schlaf. Schwäche im Unterleib. Uterus liegt gut.

23. 7. 1896. Keine Beschwerden. Periode unregelmässig. Uterus liegt in Antelexio stark retrovertirt. Portio descendirt, dicht hinter dem Introitus, links durch Narben fixirt.

23. 3. 1897. Keine Beschwerden, insbesondere keine Urinbeschwerden. Periode unregelmässig. Uterus liegt leicht descendirt in Antelexion, dick, gross.

Fall 41. Ledige M. Ue., 16 Jahr alt, aus Zaasch. 30. 4. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre, unregelmässig, 8 bis 12 wöchentlich, seit Januar 1896 regelmässig, 4 wöchentlich, Kreuzschmerzen vorher. Pat. hat nie geboren oder abortirt. Seit Januar 1896 weissen Fluss. Seit März 1896 heftige Leib-, Kreuz- und Rückenschmerzen. Pat. ist arbeitsunfähig.

Aufnahmebefund: Descensus uteri et vaginae. Uterus anteflectirt, enorm beweglich.

Indication zur Operation: Arbeitsunfähigkeit.

Operation: 4. 5. 1896. Vaginofixatio uteri mit Eröffnung des Peritoneums. Peritoneale Fixation. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

16. 5. 1896 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: Dezember 1896. Keine Beschwerden, insbesondere keine Urinbeschwerden. Uterus liegt dextroponirt in Mittelstellung, mit Neigung nach hinten umzusinken.

14. 2. 1897. Status idem.

Fall 42. Frau A. G., 43 Jahr alt, aus Elbingerode. 5. 5. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses unregelmässig, 3—4 wöchentlich, 3—4 tágig, mittelstark, mit Scherzen in Leib und Kreuz. Pat. hat 3mal geboren, Nach der 2. Entbindung Wochenbettfieber. Seitdem Retroflexionsbeschwerden. Kein Ring wurde vertragen.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Oophoritis sinistra. Descensus vaginae posterioris.

Indication zur Operation: Anhaltende Beschwerden. Arbeitsunfähigkeit und Aussichtslosigkeit anderer Behandlung.

Operation: 7. 5. 1896. Vesicofixatio uteri nach Lösung der vorhandenen Adhäsionen und Exstirpation des rechten Ovariums. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan. Nervöse Beschwerden.

Spätere Befunde: Dezember 1896 nervöse Beschwerden, sonst gesund. Uterus liegt gut.

Fall 43. Frau S. V., 36 Jahr alt, aus Besigheim. 18. 5. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses regelmässig, 5—6tägig, profus. Pat. hat 3 mal normal geboren, zuletzt vor 8 Jahren. Retroflexionsbeschwerden. Beschwerden neurasthenischer Natur.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Klaffende Vulva.

Indication zur Operation: Anhaltende Beschwerden.

Operation: 19. 5. 1896. Vesicofixatio uteri mit Sterilisation durch doppelte Unterbindung und Durchschneidung der beiden uterinen Tubenenden. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

14. 7. 1896 entlassen. Uterus in Antelexion fixirt, sehr empfindlich.

Spätere Befunde: März 1897. Nach brieflichem Bericht ohne Beschwerden.

Fall 44. Ledige M. G., 31 Jahr alt, aus Oberdorf. 31. 5. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 15. Jahre, regelmässig, mit Leib- und Kreuzschmerzen vorher. Pat. hat nie geboren oder abortirt. Starke Retroflexionsbeschwerden, die sich an einen Fall im September 1893 angeschlossen haben sollen.

Aufnahmebefund: Retroversio-flexio (I) uteri. Uterus lässt sich mit der Sonde aufrichten, federt aber sofort wieder zurück. Douglas-falten sehr straff.

Indication zur Operation: Unmöglichkeit, den Uterus durch Ring richtig zu stellen.

Operation: 2. 6. 1896. Vesicofixatio uteri. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

24. 6. 1896 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 25. 3. 1897. Periode normal. Keine Urin- oder sonstigen Beschwerden. Pat. kann schwer arbeiten. Uterus in Antelexio I, beweglich, klein, von normaler Consistenz.

Fall 45. Ledige B. Th., 21 Jahr alt, aus Lindenthal. 30. 6. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 19. Jahre, unregelmässig, ohne Schmerzen. Pat. hat einmal, am 25. 2. 1896 spontan geboren. Wochenbett fieberfrei. Seit Dezember 1894 Vorfall, der bis zur Schwangerschaft mit Ring beseitigt wurde. Nach der Entbindung hielt der Ring nicht mehr.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis. Oophoritis sinistra.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 3. 7. 1896. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Vesicofixatio uteri. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Einmalige Temperatursteigerung über 38,0, sonst glatt. Urin vom 3. Tage ab spontan.

18. 7. 1896 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus schwer zu fühlen, scheint anteflectirt. Kein Exsudat nachweisbar.

Spätere Befunde: 28. 8. 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

20. 3. 1897. Periode normal. Keine Urin- oder sonstigen Beschwerden. Uterus antevvertirt-flectirt, klein, hart. Kein Vorfall.

Fall 46. Frau A. P., 32 Jahr alt, aus Bernburg. 7. 7. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 17. Jahre normal. Pat. wurde 2mal mit der Zange entbunden und hat 2mal abortirt. Im 3. Wochenbett angeblich Bauchwassersucht, Dauer $\frac{1}{2}$ Jahr. Seit der 1. Geburt (1887) Vorfall, dessen Beschwerden anfangs mit Ring beseitigt werden konnten; jetzt nicht mehr.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae anterioris. Ruptura perinei incompleta. Retroflexio uteri (III) fixata. Cystocele. Rechtes Ovarium vergrößert, schmerzhaft, anscheinend wenig beweglich.

Indication zur Operation: Erfolglose Ringbehandlung.

Operation: 11. 7. 1896. Vesicofixatio uteri nach Lösung von Adhäsionen. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Anfangs Temperatursteigerungen bis 38,5. Vom 7. Tage ab fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

31. 7. 1896 entlassen. Kein Befund. Allgemeinbefinden befriedigend. Ueber ihr späteres Befinden nichts bekannt.

Fall 47. Frau F. V., 42 Jahr alt, aus Bischofferode. 12. 7. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 21. Jahre, unregelmässig, 6 bis 8wöchentlich, seit einigen Jahren Schmerzen im Unterleib und Kreuz während der Regel. Pat. hat 2mal normal geboren. Sie will sich vor 4 Jahren verhoben und seitdem Retroflexionsbeschwerden haben.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Uterus federt nach Aufrichtung sofort zurück, lässt sich auch durch Pessar nicht halten.

Indication zur Operation: Aussichtslosigkeit der Ringbehandlung.

Operation: 15. 7. 1896. Vesicofixatio uteri nach Lösung von Adhäsionen. Drainage.

Verlauf: Die ersten 9 Tage vollkommen fieberfrei. Am 24. 7. Abends 38,6. Untersuchung ergibt ein grosses, den Douglas und das rechte Parametrium einnehmendes Exsudat, welches den Uterus etwas nach links und vorn gedrängt hat. Cervix klappt, ebenso die Wunde im vorderen Scheidengewölbe. Vom 29. 7. ab fieberfrei.

14. 8. 1896 entlassen. Allgemeinbefinden gut. Exsudat nur noch in sehr geringer Ausdehnung vorhanden. Uterus liegt gut. Späteres Befinden unbekannt.

Fall 48. Frau H. G., 26 Jahr alt, aus Quetz. 22. 7. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 16. Jahre normal. Pat. hat 3mal geboren. Einmal wurde sie durch Wendung und Extraction, einmal durch Forceps entbunden. Pat. hat seit Frühjahr 1894 nach einer schweren Anstrengung einen Vorfall. Ringbehandlung war ohne Erfolg.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri incompletus mit Inversion der Vagina. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 24. 7. 1896. Amputatio portionis. Kolporrhaphia anterior. Vesicofixatio uteri. Drainage.

Verlauf: Anfangs Fieber bis 39,2. Vom 6. Tage ab fieberfrei.

5. 8. 1896. Kein Exsudat nachweisbar. Urin vom 2. Tage ab spontan.

8. 8. 1896. Kolpoperineorrhaphie. Glatter Verlauf.

21. 8. 1896 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 28. 3. 1897. Keine Urin- oder sonstigen Beschwerden. Periode seit 11 Wochen ausgeblieben. Pat. kann schwer arbeiten. Gravida im 3. Monat. Uterus liegt gut. Kein abnormer Untersuchungsbefund.

Fall 49. Frau L. V., 47 Jahr alt, aus Freiburg. 17. 8. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 19. Jahre normal. Neun normale Geburten und Wochenbetten. Letzte Geburt 1890. Pat. leidet seit einem Fall an Vorfal- und Retroflexionsbeschwerden.

Aufnahmebefund: Descensus vaginae posterioris et Retroversio-flexio uteri. Uterus federt nach Aufrichtung wieder zueück. Hysterie.

Indication zur Operation: Beschwerden und Aussichtslosigkeit einer anderen Therapie.

Operation: 18. 8. 1896. Vesicofixatio uteri. Drainage. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Glatt. Urin von Anfang an spontan.

3. 9. 1896 entlassen. Uterus liegt gut. Hysterischer Zustand nicht gebessert.

Spätere Befunde: 21. 9. 1896. Vier Tage nach der Entlassung Schmerzen im Unterleib, war bis jetzt bettlägerig. Hochgradige nervöse Beschwerden.

23. 3. 1897. Kreuzschmerzen und Leibscherzen links. Periode normal. Noch nicht arbeitsfähig. Drängen beim Wasserlassen. Uterus klein, liegt sehr gut. Kein Recidiv des Descensus. Neurasthenia gravis.

Fall 50. Frau E. K., 53 Jahr alt, aus Camburg. 24. 9. 1896 aufgenommen.

Anamnese: Menses seit dem 20. Jahre normal. Vier normale Geburten und Wochenbetten. Seit der 3. Geburt (1883) Vorfal. In letzter Zeit hochgradige Verschlimmerung. Climacterium seit 7 Monaten.

Aufnahmebefund: Prolapsus vaginae posterioris completus, anterioris incompletus. Prolapsus uteri incompletus. Cystocele. Rectocele. Elongatio colli. Uterus retrovertirt.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 26. 9. 1896. Vesicofixatio uteri. Drainage. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Glatt. Urin von Anfang an spontan.

8. 10. 1896 entlassen. Uterus liegt gut. Kein Exsudat.

Spätere Befunde: 28. 3. 1897. Keine Beschwerden. Uterus in rechtwinkliger Anteflexion. Kein Recidiv des Vorfalls.

Die nächsten 10 Fälle führe ich weniger ausführlich an, da sie für

die Beurtheilung der Dauerresultate erst zu kurze Zeit nach der Operation beobachtet wurden.

Fall **51**. Frau L. K., 50 Jahr alt, aus Nienburg. 26. 9. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri incompletus. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Retroflexio-versio uteri. Inversio vaginae.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 29. 9. 1896. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Verletzung der Blase. Naht.

12. 10. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. 23. 10. entlassen. Blasenwunde verheilt. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 22. 3. 1897. Keine Beschwerden. Uterus in Antelexion reclinirt, leicht beweglich.

Fall **52**. Frau D. E., 45 Jahr alt, aus Coethen. 2. 10. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri cum inversione vaginae. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 3. 10. 1896. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

23. 10. 1896 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 23. 3. 1897. Keine Beschwerden. Periode vor 6 Wochen einmal, vorher und nachher nicht. Keine Urinbeschwerden. Uterus liegt gut. Kein Recidiv des Vorfalls.

Fall **53**. Fräulein M. St., 32 Jahr alt, aus Halle a. S. 7. 10. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Primärer Prolapsus uteri incompletus. Elongatio colli. Inversio vaginae. Cystocele. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 10. 10. 1896. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Urin von Anfang an spontan. Fieberfrei.

23. 10. 1896 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: Ende November 1896. Keine Beschwerden. Uterus anteflectirt, aber etwas descendirt. Granulirender Wundtrichter in der vorderen Vaginalwand.

2. 3. 1897. Seit einigen Tagen Vorfall. Elongatio infravaginalis. Fistula vagino-cervicalis, Ränder mit aufgeworfener Schleimhaut bedeckt. Keine Beschwerden.

Fall **54**. Frau M. Sch., 38 Jahr alt, aus Ravensburg. 11. 10. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Alte perimetritische Fixation des Uterus nach links hinten. Adhäsionen der Adnexe.

Indication zur Operation: Andauernde Beschwerden.

Operation: 17. 10. 1896. Vesicofixatio uteri nach Lösung der Adhäsionen. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

9. 11. entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: März 1897. Nach brieflicher Mittheilung ohne Beschwerden.

Fall 55. Frau H. Sch., 54 Jahr alt, aus Weissenschirmbach. 20. 10. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri incompletus cum inversione vaginae. Retroversio uteri. Hypertrophia portionis. Elongatio colli.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 23. 10. 1896. Vesicofixatio uteri. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie. Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

6. 11. 1896 entlassen. Kein Befund.

Spätere Befunde: 9. 12. 1896. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Fall 56. Frau A. F., 33 Jahr alt, aus Halle a. S. 1. 11. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Prolapsus uteri incompletus. Inversio vaginae. Cystocele. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.

Indication zur Operation: Grösse des Vorfalls.

Operation: 2. 11. 1896. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Zweimal Temperatursteigerung über 38,0. Ursache ist ein Abscess in der linken grossen Labie. Urin vom 2. Tage ab spontan.

Spätere Befunde: 23. 3. 1897. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.

Fall 57. Frau M. P., 29 Jahr alt, aus Langenwetzendorf. 9. 11. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Perimetritis. Intumescencia ovarii dextri. Gonorrhoe.

9. 11. 1896. Sondenaufrichtung. Pessar.

12. 11. 1896. Pessar hält nicht.

Operation: 13. 11. 1896. Vesicofixatio uteri. Drainage.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

28. 11. entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: 8. 1. 1897. Dysmenorrhoe. Schmerzen links genau so wie früher. Brennen beim Uriniren. Sonst keine Beschwerden. Uterus sinistro-retrovertirt. Nur mit der Sonde aufzurichten. Pessar.

Fall 58. Frau E. M., 45 Jahr alt, aus Dragsdorf. 11. 12. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae. Perimetritis. Perioophoritis sinistra.

Indication zur Operation: Erfolglosigkeit der Ringbehandlung.

Operation: 15. 12. 1896. Vesicofixatio uteri. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

Spätere Befunde: Nicht erhoben.

Fall 59. Frau M. M., 35 Jahr alt, aus Polleben. 27. 12. 1896 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Retroflexio uteri fixata. Ruptura perinei incompleta. Hypertrophia portionis. Descensus vaginae.

Indication zur Operation: Aussichtslosigkeit der Ringbehandlung.

Operation: 30. 12. 1896. Vesicofixatio uteri. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin von Anfang an spontan.

13. 1. 1897 entlassen. Uterus liegt gut.

Spätere Befunde: Portio vor der Führungslinie tiefstehend. Uterus retrovertirt, nicht gut zu erreichen.

Fall 60. Frau S. F., 36 Jahr alt, aus Dederstedt. 11. 1. 1897 aufgenommen.

Aufnahmebefund: Descensus vaginae. Retroflexio uteri mobilis. Perimetritis. Perioophoritis sinistra.

Indication zur Operation: Beschwerden. Wünscht Operation.

Operation: 14. 1. 1897. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia anterior. Kolpoperineorrhaphie.

Verlauf: Fieberfrei. Urin vom 2. Tage ab spontan.

25. 1. 1897 entlassen. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. Kein Exsudat.

Spätere Befunde: 24. 3. 1897. Pat. fühlt sich noch matt. Ab und zu etwas Kreuz- und Leibschmerzen, aber viel weniger wie früher. Periode normal. Kann arbeiten. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.

Wie aus den vorstehenden Krankengeschichten zu ersehen ist, wurde nur in verhältnissmässig wenigen Fällen wegen Retroflexio uteri allein operirt und zwar fast nur, wenn sie fixirt war. Nur in 13 Fällen war die Retroflexion vollständig uncomplicirt, und von diesen 13 Retroflexionen waren 11 durch perimetritische Stränge leichter oder schwer fixirt, nur 2 waren mobil, aber auch diese nur sehr schwer zu reponiren und mit einem Ring nicht in der richtigen Lage zu halten. In 9 Fällen war die Retroflexion combinirt mit leichten Senkungen oder veralteten Dammrissen, doch waren auch hier die Hauptbeschwerden veranlasst durch die Lageveränderung des Uterus. Davon waren 4 fixirt, 5 mobil, bei welch' letzteren eine Ringbehandlung schon längere Zeit ohne Erfolg versucht war oder vollkommen aussichtslos erschien. In 4 Fällen wurde die Retroflexion mit Erkrankungen der Adnexe combinirt, 3 mal fixirt, 1 mal mobil vorgefunden und war die Operation mehr durch die Beschwerden indicirt, welche diese hervorriefen als durch die, deren Ursache die Retroflexion war. Immerhin wäre auch in diesen Fällen wohl schon durch die Retroflexion an und für sich eine Operation angezeigt gewesen. In 24 Fällen wurde die Vaginofixation als Nebenoperation ausgeführt, wo bei Prolaps eine gleichzeitig vorhandene Retroflexion — 3 mal fixirt, 21 mal mobil — beseitigt werden sollte, 7 mal ebenfalls als Nebenoperation bei Prolaps mit retrovertirtem Uterus, und 2 mal bei Prolaps mit anteflectirtem Uterus. In diesen beiden letztgenannten

Fällen war der Uterus so enorm beweglich, dass uns damals eine Fixation desselben für die Heilung des Vorfalles wünschenswerth erschien. Nach unserem heutigen Standpunkte würden wir uns bei diesen beiden Patientinnen wohl mit der Beseitigung des Vorfalles begnügen. Ebenso würden wir in einem jetzt noch zu erwähnenden Fall, in dem nur wegen des ausserordentlich beweglichen anteflectirten, aber leicht nach hinten umfallenden Uterus die Vaginofixation ausgeführt wurde, heute kaum operirt haben. Folgende Tabelle giebt eine Uebersicht über die gesammten Fälle mit Ausnahme des zuletzt genannten.

Tabelle I.

Gruppe	I.		II.		III.		IV.		V.	
	Retroflexionen ohne Complicationen.		Retroflexionen combinirt mit leichter Senkung.		Retroflexionen combinirt mit Erkrankung der Adnexe.		Prolapse combinirt mit Retroflexionen.		Prolapse a. b.	
	Uterus fixirt.	Uterus mobil.	Uterus fixirt.	Uterus mobil.	Uterus fixirt.	Uterus mobil.	Uterus fixirt.	Uterus mobil.	Uterus anteflect.	Uterus retrovert.
Laufende Nummern der Kranken- geschichten.	4. 11. 15. 18. 21. 25. 33. 47. 54. 43. 57.	6. 44.	19. 27. 42. 59.	1. 2. 49. 58. 60.	14. 26. 36.	39.	12. 38. 46.	3. 5. 7. 9. 10. 16. 17. 20. 23. 28. 29. 30. 34. 37. 40. 45. 48. 51. 52. 53. 56.	8. 41.	13. 22. 31. 32. 35. 50. 55.
Gesammtzahl	11.	2.	4.	5.	3.	1.	3.	21.	2.	7.

Die Operationsmethode an und für sich hat natürlich im Laufe der Zeit einige theils wesentliche, theils unwesentliche Aenderungen erfahren. Die ersteren werde ich bei der Beschreibung der bei uns üblichen Methode erwähnen, während ich die letzteren übergehe.

Der Gang der Operation ist folgender: Schnitt nach Mackenrodt unterhalb des tiefsten Punktes der Blase mit mehr oder weniger langem Längsschnitt oder nur Querschnitt nach Dührssen. Ob man den Längsschnitt noch hinzufügt, ist im Grossen und Ganzen ohne Belang. Wir haben in der ersten Zeit den Schnitt nach Mackenrodt ausgeführt, weil wir dadurch mehr Platz zu

gewinnen glaubten; später haben wir uns jedoch überzeugt, dass in den meisten Fällen der Querschnitt allein vollkommen genügt. Nur in einzelnen Fällen bei sehr enger Scheide oder wenn sich der Uterus nur ungenügend herabziehen lässt, schafft der Längsschnitt mehr Raum und erleichtert die Auffindung der Plica vesico-uterina. Der Nachtheil desselben ist vor allem der, dass die beiden dreieckigen durch die Schnittführung entstandenen Schleimhautzipfel der vorderen Vaginalwand, die man, um überhaupt einen Vortheil zu haben, ablösen muss, sich retrahiren und bei der späteren Wiedervereinigung gezerzt werden. Dadurch werden sie anämisch und nekrotisiren unter Umständen, wie wir es thatsächlich einige Male beobachten konnten.

Die nun folgende Loslösung der Blase von der Cervix macht im Allgemeinen keine Schwierigkeiten, sobald wir eine uncomplicirte Retroflexio vor uns haben. Die Grenze zwischen Blase und Cervix ist mit einigen Messerschnitten oder Scheerenschlägen gefunden und die Blase lässt sich dann meist leicht stumpf bis zur Plica vesico-uterina zurückschieben. Schwieriger gestaltet sich dieser Act der Operation, sobald wir bei einem Vorfalle eine Verlängerung des Collums von einigermaassen erheblicherem Grade vor uns haben. In diesen Fällen steht die Blase häufig in so inniger Vereinigung mit dem Collum, dass die Auffindung der Grenze zwischen beiden und die Ablösung der Blase oft recht erhebliche Schwierigkeiten machen kann. So kam es in einem Falle vor, dass die an und für sich schon durch die Verlängerung dünn ausgezogene vordere Cervixwand beim Loslösen der Blase noch mehr verdünnt wurde und bei dem weiteren Versuche, die Blase stumpf nach oben zu schieben, einriss. Die Verletzung wurde sofort durch die Naht geschlossen und heilte anstandslos.

Ist die Blase von ihrer Anheftungsstelle an der Cervix losgelöst, was man am besten constatiren kann, indem man einen soliden Katheter in die Blase einführt und versucht, ob man bequem zwischen ihm und dem Uterus eindringen kann, so wird die Plica vesico-uterina mit dem Finger gefasst, mit 2 Péan'schen Klemmen fixirt und zwischen diesen beiden eingeschnitten.

Hat man sich durch Eingehen mit dem Finger in diese Incisionsöffnung überzeugt, dass der eröffnete Raum die Peritonealhöhle ist, so wird der Schnitt nach rechts und links erweitert und das Peritoneum provisorisch an den Scheidenwundrand fixirt. Nur in den ersten Fällen wurde das Peritoneum nicht eröffnet. Später

wurde dasselbe principiell stets eingeschnitten, da man in der That grosse Vortheile davon hat. Zunächst ist die Uebersicht eine grössere, soweit davon bei den engen Verhältnissen überhaupt die Rede sein kann; man ist in den Stand gesetzt, den Punkt genau zu sehen, den man fixiren will, und läuft nicht Gefahr, nicht den Fundus uteri, sondern einen tiefer gelegenen Punkt der vorderen Corpuswand anzunähen, während ja gerade von den Meisten die Wichtigkeit, den Fundus zu fixiren, betont wird, was auch nach unseren Erfahrungen richtig ist. Ein weiterer Vortheil ist der, dass man genau controliren kann, ob die Mitte des Fundus und nicht ein Punkt nahe einer Tubenecke gefasst wird, wodurch später eine Schief Lagerung des Uterus hervorgerufen werden kann. Die grösste Gefahr, bei uneröffnetem Peritoneum zu fixiren, ist jedenfalls wohl die, dass man eine im vorderen Douglas liegende und eventuell hier adhärente Darmschlinge in die Nadel fasst, was zu unheilvollen Complicationen Anlass geben kann. Ueber einen solchen Unglücksfall berichtet Wertheim, der eine Perforation des Darmes nach der Scheide entstehen sah, die sich nur sehr langsam wieder schloss. Ebenso berichtet Poltowicz aus der chirurgischen Klinik zu Lausanne über einen Fall, in welchem eigentlich ohne Eröffnung des Peritoneums operirt werden sollte, dasselbe aber doch eingeschnitten wurde, wobei man Darmschlingen zwischen Uterus und Bauchwand adhärent fand, die sicher verletzt worden wären.

Ein weiterer Vortheil, den die Eröffnung des Peritoneums gewährt, ist der, dass man nicht nur mobile Retroflexionen der Operation zugänglich machen kann, sondern auch solche, die durch perimetritische Verwachsungen hinten fixirt sind, da man letztere, falls sie nicht zu fest sind, bequem von dem vorderen Peritonealschlitz aus zerreißen und so aus der fixirten Retroflexio eine mobile machen kann. Dabei kann eine genaue Abtastung der Adnexa vorgenommen werden, dieselben können aus Verwachsungen gelöst, oder wenn nöthig abgetragen werden.

Eine vollständige Verödung der Plica vesico-uterina, wie sie ja durch die Operation angestrebt werden soll, wird auch nach dieser Methode erreicht, wie wir uns durch Versuche am Schultze-Winckel'schen Phantom überzeugt haben.

Die Eröffnung der Plica vesico-uterina ist bei einfacher Retroflexio ebenfalls leicht, sie kann aber wie die Loslösung der Blase — denn damit hängt auch die Auffindung der Plica vesico-uterina

zusammen — recht grosse Schwierigkeiten machen bei starker Elongation des Collum. Haben wir es mit einer normal langen Cervix zu thun und sind keine Verwachsungen an der vorderen Uteruswand vorhanden, so ist das Peritoneum meist leicht verschieblich, es löst sich beim Hinaufschieben der Blase eine Strecke weit von dieser und der vorderen Uteruswand ab und wir haben eine grosse Falte, die wir leicht herabziehen und eröffnen können. Anders bei einer starken Elongation des Collum; hier haftet das Peritoneum gewöhnlich so fest an Blase und Uterus, dass man leicht in Gefahr ist, nicht zwischen beiden in die Peritonealhöhle, sondern nach vorn in die Blase zu gelangen. So kam es in einem Fall vor, dass die Blase mit dem Peritoneum zusammen gefasst und erstere verletzt wurde. Die Wunde wurde sofort mit 2 Etagennähten geschlossen und heilte glatt. Jedenfalls sind wir durch dieses Vorkommniss doppelt vorsichtig geworden und sind zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Vaginofixatio uteri unter Umständen zu einer recht schwierigen Operation sich gestalten kann. Jacobs theilt ebenfalls eine Verletzung der Blase mit, die genäht wurde und heilte; die Vaginofixation wurde in diesem Falle aufgegeben und statt ihrer später die Ventrofixation ausgeführt. Ob dies wirklich nothwendig war und nicht doch vielleicht eine Beendigung der einmal begonnenen Vaginofixation möglich und rationeller gewesen wäre, lasse ich dahingestellt sein. In unserem Falle stellten sich jedenfalls der Beendigung der Operation keine weiteren Hindernisse in den Weg.

Die Blutung ist bis zur Eröffnung der vorderen Bauchfelltasche meist nicht sehr erheblich. Nur stärker spritzende Gefässe werden unterbunden.

Wie schon oben gesagt, wird nach Eröffnung der Peritonealhöhle das Bauchfell provisorisch an die Vaginalwundränder fixirt, um ein Hinaufgleiten desselben zu verhindern. Jetzt wird die Portio zurückgeschoben und der Fundus durch kleine Muzeux'sche Hakenzangen, welche in einen immer höher gelegenen Punkt der Corpuswand eingesetzt werden, in oder auch vor die Wunde gezogen. In der ersten Zeit versuchten wir den Fundus durch immer höher einsetzende Seidenzügel herabzuziehen, sind davon aber abgekommen, da dieselben gewöhnlich die Uteruswand durchrissen, so dass dieselbe oft ein recht zeretztes Aussehen bot. Wir fürchteten, dass durch die zahlreichen so entstehenden Narben bei späteren Geburten die Gefahren, wie sie von Anderen beschrieben sind, nur

erhöht werden könnten. Die kleinen Muzeux'schen Hakenzangen, die Herr Professor Fehling eigens zu diesem Zweck hat anfertigen lassen, fassen fester und reißen nur sehr selten aus.

Die Fixation des Uterus geschieht bei uns zur Zeit ähnlich, wie sie Dührssen als vaginale Vesicofixation bezeichnet hat. Durch den Fundus uteri wird eine Seidennaht gelegt, welche nur das Peritoneum fasst und den Vaginalwundrand unberührt lässt, so dass eine rein peritoneale, also sero-seröse Fixation erzielt wird. Die Wichtigkeit einer rein sero-serösen Verklebung haben Dührssen und Andere mehrfach betont und auch wir sind der Ansicht, dass dieselbe angestrebt werden muss, weil nur so Unglücksfälle bei späteren Geburten vermieden werden können. Unterhalb der ersten Naht werden noch 1—2 Seidennähte und zwischen diese einige Catgutnähte gelegt, welche nur Peritoneum und Uteruswand fassen. Der jetzt noch offen gebliebene Rest des Peritoneums wird, ohne dass die Uteruswand mitgefasst wird, für sich vernäht. Der zwischen Uterus und dem vernähten Bauchfell bleibende Raum verödet von selbst, ohne dass eine allzufeste Verwachsung entstünde. Ich halte mit Dührssen die Gefahr eines Ileus infolge Nichtvernähens dieser Tasche mit der vorderen Corpus- und Cervixwand für ausgeschlossen schon aus dem Grunde, weil der zwischen Bauchfell und Uterus befindliche Raum wohl kaum offen bleibt, sondern sicher sehr bald von selbst verödet. Die Peritoneum und Uterus durchgreifenden Nähte werden kurz abgeschnitten und bleiben liegen. Wurde bei einfacher Retroflexio nur ein Querschnitt in der Scheide ausgeführt, so wurde derselbe meist so geschlossen, dass der ursprüngliche Zustand wieder hergestellt wurde, oder in den Fällen, in denen eine Verlängerung der vorderen Vaginalwand wünschenswerth erschien, die quer verlaufende Wunde sagittal vernäht.

In den 3 ersten Fällen geschah die Fixation durch das uneröffnete Peritoneum hindurch, was aus erörterten Gründen bald aufgegeben wurde. In Fall 4—39 wurde das Peritoneum eröffnet und der Uterus durch 3 oder mehrere Nähte fixirt, welche Scheidenwundrand und Peritoneum fassten. Auch hier wurde die oberste Naht durch den Fundus uteri gelegt. Auch hier erzielten wir eine sero-seröse Fixation, dadurch aber, dass die Vaginalschleimhaut auf das Peritoneum mit festgenäht wurde, wurde eine festere Vereinigung geschaffen, als bei der oben beschriebenen rein peritonealen Annäherung oder kurz gesagt der Vesicofixation. Da

wir diese festere Vereinigung für spätere Geburten fürchteten, verliessen wir sie und gingen von Fall 40 an zur Vesicofixation über, selbst auf die Gefahr hin, mit dieser Methode leichter ein Recidiv zu bekommen. Die Verhältnisse, die durch die Vesicofixation geschaffen werden, sind jedenfalls den natürlichen sehr nahe.

Die Blase legt sich, sobald sie sich zu füllen beginnt, zwischen Uterus und Vagina. Es ist daher wichtig, dass dieselbe in der ersten Zeit nach der Operation häufig entleert wird, damit der frisch vernähte und nach vorn gebrachte Uterus nicht zu stark nach hinten geschoben wird. Kann die Patientin nicht selbst Wasser lassen, so darf mit dem Katheterisiren nicht allzu lange gewartet werden. Einen Verweilkatheter einzulegen halten wir nicht für nothwendig.

Etwas schwieriger gestaltet sich die Operation, wenn sie mit Prolapsoperationen kombinirt werden muss, wie z. B. einer vorderen Kolporrhaphie, keilförmiger Excision der Muttermundlippen oder gar hoher Amputation des Collum. Wir haben die verschiedensten Arten der Combinationen versucht und verfahren jetzt so, dass wir zunächst die Vesicofixation ausführen, dann die vordere Muttermundlippe excidiren, beziehungsweise die hohe Amputation vornehmen und die Cervixschleimhaut mit dem Wundrand der quer eröffneten Vagina vernähen und die neuen seitlichen Scheidengewölbe bilden. Dann erst wird die Kolporrhaphie angeschlossen, deren untere Grenze etwa 2 cm oberhalb der Cervix-Vaginalwunde liegt.

Im unteren Wundwinkel lassen wir sowohl bei der einfachen Vesicofixation, wie auch bei der Combination mit Prolapsoperationen, eine kleine Oeffnung, durch welche wir die zwischen Cervix und Vagina entstandene Tasche entweder zur vollkommeneren Blutstillung tamponiren oder nur durch einen kleinen Gazestreifen eine Drainage schaffen, die dem eventuell sich ansammelnden Wundsecret den Abfluss nach aussen erleichtert. Derselbe wird nach 2 Tagen entfernt, wenn Fieber eintritt, schon früher. Während wir früher ohne Drainage (Fall 1—13) nur 5 mal = 38,4 pCt. fieberfreien Verlauf hatten, haben wir jetzt mit Drainage von Fall 14—60 in 29 Fällen = 61,7 pCt. fieberfreien Verlauf.

Ich werde jetzt auf die Indicationen näher eingehen, auf Grund deren wir uns bisher veranlasst sahen, die Vaginofixation beziehungsweise Vesicofixation auszuführen und wir werden nach der Besprechung der Dauerresultate sehen, ob die Indicationsstellung,

wie sie bisher maassgebend war, die richtige ist, oder ob sie einige Einschränkungen erfahren muss.

Wie ich schon in der Einleitung bemerkt habe, sind wir von Anfang an mit grosser Vorsicht an die Auswahl der Fälle herangegangen. Es scheint kaum glaublich, dass einige Operateure in kurzer Zeit mehrere hunderte von Retroflexionen fanden, die zur Vaginofixation tauglich waren, und es kann nicht oft und scharf genug dieser kritiklosen chirurgischen Vielgeschäftigkeit entgegengetreten werden. Wir halten es entschieden für unverantwortlich, jede mobile Retroflexion, wie Einige wollen, operativ anzugreifen und die Pessartherapie, die so lange Jahre in einer grossen Anzahl von Fällen Hülfe geschaffen hat, ganz oder fast ganz ad acta zu legen. Wir stehen auf dem Standpunkte, dass eine Operation nur am Platze ist, wenn die Beschwerden durch ein Pessar oder Massage nicht beseitigt werden können. Schon die Gefahren, die die Operation an und für sich mit sich bringt, vor allem auch die Narkose, sollten nicht zu gering angeschlagen und in jedem Falle berücksichtigt werden. Unter unseren Patientinnen befanden sich nur 2, welche wir wegen uncomplicirter, mobiler Retroflexion operirt haben, und in diesen beiden Fällen war die Lagecorrection durch andere Behandlung nicht gelungen. Alle anderen litten an fixirter Retroflexio oder die letztere war mit Senkungen oder schwereren Vorfällen, oder Erkrankungen der Adnexe combinirt, die an und für sich schon eine Narkose, eine Operation rechtfertigten.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass alle mobilen Retroflexionen, die nicht mit Prolaps oder Erkrankungen der Adnexe combinirt waren, die sich durch ein Pessar ohne oder nach Massage in der richtigen Lage reponirt halten liessen und deren Beschwerden dadurch beseitigt waren, von der Operation ausgeschlossen wurden. Nur wenn, wie in Fall 6 und 44 der reponirte Uterus durch einen Ring nicht in Anteflexion gehalten werden konnte und die Beschwerden hochgradig waren, wurde auch bei mobiler Retroflexio operativ vorgegangen. Von den fixirten Retroflexionen, bei welchen die Vaginofixatio oder Vesicofixatio uteri ausgeführt wurde, waren die meisten vorher vergeblich behandelt. Bei gleichzeitig vorhandener Erkrankung der Adnexe, soweit es sich nicht um grosse Tumoren handelte, und bei fester Einbettung derselben in perimetritische Residuen gab die fixirte oder mobile Retroflexion ebenfalls eine Indication zur Operation ab. Denn es ist wohl fast

selbstverständlich, dass nach Entfernung oder Auslösung der Adnexe aus Verwachsungen auch die Lageanomalie des Uterus mit beseitigt wird. Geradezu eine Gegenindication erblickten wir in hochgradiger Neurasthenie, wenigstens in den meisten Fällen. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass derartig nervöse Personen meist durch eine Operation um nichts gebessert werden. Es ist im Gegentheil oft beobachtet, dass eher geschadet wird und die Klagen dieser Patientinnen nur vermehrt werden. Anfangs scheint es, als seien die Beschwerden verschwunden, aber schon nach kurzer Zeit kehren die alten Klagen wieder und zu diesen gesellen sich noch allerhand Beschwerden, die auf die Operation zurückgeführt werden.

Eine weitere Indication für operative Behandlung war durch diejenigen mobilen oder fixirten Retroflexionen gegeben, bei denen sich bereits eine leichte Senkung der Scheide und der Gebärmutter zum Theil bei vorhandenem Dammriss eingestellt hatte, bei welchen Fällen man annehmen musste, dass die Retroflexio das primäre war, durch welche secundär eine Senkung hervorgerufen wurde, die sich bei bestehen bleibender Retroflexio bald wieder einstellen würde, wenn nur Prolapsoperationen ausgeführt würden. Fehling sagt von diesen Fällen, „dass sie für die gewohnten operativen Methoden ein schlechtes Resultat bieten, weil wir bei diesen wohl eine enge Scheide bilden können, aber nicht auf den Uterus einwirken. Derselbe fällt sehr bald wieder vor oder bleibt von Anfang an abnorm tief und macht das Resultat bald zu Schanden“. Wir können also in diesen Fällen eine Heilung nur erwarten durch eine Correction der Lageanomalie.

Bei den schwereren Vorfällen, bei denen die Retroflexio neben-sächlich ist, wurde die Vaginofixation ausgeführt in der Hoffnung, dass durch eine neben Verengerung der Scheide herbeigeführte Correction der Lage des Uterus aus den oben entwickelten Gründen die Möglichkeit einer Dauerheilung des Prolapses vermehrt werde. Ob diese Ueberlegungen richtig sind, werden wir später sehen. Aus den gleichen Gründen wurden auch die retrovertirt gelegenen Uteri bei schweren Prolapsen antefixirt.

Fassen wir kurz zusammen, so war in unseren Fällen die Indication zur Correction der Lageanomalie des Uterus gegeben:

1. Bei fixirter, durch andere Therapie nicht zu heilender Retroflexio, mochte dieselbe uncomplicirt oder mit Erkrankungen der Adnexe combinirt sein.

2. Bei mobiler Retroflexio nur, wenn eine Correction durch längere Ringbehandlung nicht gelang.

3. Bei beginnender Senkung, deren Dauerheilung durch die gewöhnlichen Operationsmethoden bei Bestehenbleiben der Retroflexio in Frage gestellt war und bei denen die Lageveränderung an und für sich erhebliche Beschwerden verursachte.

4. Bei schwereren Vorfällen, deren Heilung aussichtsvoller war, wenn die begleitende Knickung beseitigt wurde.

Es ist in letzter Zeit häufig ausgesprochen worden, dass die vaginalen Operationen bei weitem einen glatteren Verlauf haben, als die abdominellen. Wir können diese Ansicht nur bestätigen. Auch bei unseren Patientinnen, bei denen die Vaginofixation ausgeführt wurde, ist der Verlauf in der grossen Mehrzahl der Fälle ein absolut befriedigender gewesen. Die nach Laparotomien oft so lästigen Blähungsbeschwerden fallen hier fast gänzlich fort und wir hatten nur selten nöthig, durch geeignete Mittel nachhelfen zu müssen. Man kommt eben bei den vaginalen Operationen weniger mit den Därmen und nicht in so grosser Ausdehnung mit dem Bauchfell in Berührung wie bei abdominellen Operationen. Der Reiz der Luft fällt ebenfalls so gut wie ganz fort.

Stärkere Blasenbeschwerden haben wir nur selten beobachtet. Es ist auffallend, wie viel man der Blase zumuthen kann, wenn man bedenkt, dass bei einer mit Prolapsoperationen combinirten Vaginofixation eigentlich nur die obere Wand der Blase nicht wund gemacht wird und mit dem sie bedeckenden Gewebe in Verbindung bleibt, während sie doch einmal von der Vaginalschleimhaut entblösst wird, andererseits auch von der Cervix abgelöst und auch noch erheblich dislocirt wird. Von unseren 60 Patientinnen konnten 31 schon am Tage der Operation spontan Wasser lassen, 11 wurden nur am Abend nach der Operation katheterisirt, während sie schon am nächsten Tage von selbst uriniren konnten. Ich bemerke nochmals, dass es wichtig ist, mit dem Katheterisiren nicht zu lange zu warten, besonders wenn die Vesicofixation ausgeführt wird, weil die sich bei beginnender Füllung zwischen Uterus und vordere Scheidenwand einschiebende Blase ersteren nach hinten drängt. Von den übrigen Frauen wurden 5 die ersten beiden Tage, 4 vom 1.—3. Tage, und nur eine Frau 4 Tage lang katheterisirt. Diese letztere bekam einen Blasenkatarrh, der bei der Entlassung geheilt war. Länger dauernde Blasenbeschwerden traten in keinem einzigen

Fälle ein. Bei 8 Frauen ist über Blasenbeschwerden in den Krankengeschichten nichts verzeichnet und wir dürfen daher auch hier wohl annehmen, dass solche nicht vorhanden waren. Alle 2—3 Stunden den Urin mit dem Katheter abzunehmen, wie es Mackenrodt verlangte, halte ich für überflüssig und gefährlich, weil man auch trotz der grössten Sauberkeit bei zu häufigem Katheterismus eine Reizung und Entzündung der Blase kaum vermeiden kann.

In Fall 12 trat eine Pyelitis auf, deren Ursprung nicht ganz klar ist. Die Patientin fieberte längere Zeit, klagte über Schmerzen in der rechten Nierengegend und im Urin fanden wir reichlich Eiterkörperchen, aber keine Cylinder. Die rechte Niere war vergrössert.

Dührssen constatirte in seinem Fall 5 ebenfalls Schmerzen in beiden Nierengegenden und Urindrang, ohne dass die Patientin den Urin von selbst hätte lassen können. Er schob diese Thatsache auf eine Abknickung der Ureteren und entfernte die Fixationsfäden wieder, worauf die Beschwerden nach und nach verschwanden. Philippi berichtet über 2 ähnliche Fälle aus der Baseler Klinik, giebt aber die Schuld einer Compression der Ureterenmündungen durch den Uterus.

In unserem Falle war ausser vor und während der Operation nicht wieder katheterisirt worden und Erscheinungen eines Blasenkatarrhes waren nicht vorhanden. Immerhin wäre es möglich, dass ein geringer Grad von Entzündung der Blase vorhanden war und dass sich diese Entzündung nach oben fortsetzte, wobei die Retention des Urins im Nierenbecken begünstigt wurde durch eine Abknickung des Ureters oder durch Compression der Ureterenmündung im Sinne Philippi's. Denkbar ist auch, dass sich ein Entzündungsherd um den Ureter oder in der Gegend seiner Einmündung bildete, der ihn zunächst comprimirte und von dem aus dann secundär Entzündungserreger in den Ureter einwanderten und weiter nach oben bis in das Nierenbecken vordrangen.

Zweimal entstanden grössere Exsudate im Douglas und in den Parametrien, die bei der Entlassung zum grössten Theil resorbirt waren. Bei 34 Patientinnen erzielten wir einen vollkommen fieberfreien Verlauf. In 16 Fällen traten leichte Temperatursteigerungen auf, die 38,4 nicht überstiegen und wohl auf kleine Retentionen in dem todten Raum zwischen Uterus und vorderer Scheidenwand zu schieben sind; 4 mal stieg die Temperatur über 38,5 bis 39,0,

davon in 3 Fällen nur 1 mal, in einem Fall mehrmals. Bei keiner einzigen dieser Patientinnen konnten wir ein Exsudat finden. Ueber 39,5 stieg die Temperatur 6 mal, 2 mal entstand, wie schon erwähnt, ein parametritisches und pelveoperitonitisches Exsudat.

Bei Prolapsoperationen wurden die Dammdrähte am 8.—9. Tage, die Scheidennähte später, nach 4—6 Wochen entfernt. Trat keine besondere Complication ein, so verliessen die Patientinnen am 11.—12. Tage das Bett und wurden am 15.—17. Tage entlassen. In Fall 1—39 wurden die Uterusfixationsnähte nach 4—6 Wochen entfernt, von Fall 40 an, wo der Uterus nur noch an das Peritoneum angenäht wurde, wurden die Seidenfäden bei der Operation kurz abgeschnitten und blieben liegen.

Andere Unglücksfälle, ausser den bereits erwähnten, traten bei der Operation oder im Verlaufe der Nachbehandlung nicht ein.

Was nun die Dauerresultate anbelangt, so muss von vornherein einmal zwischen den Prolapsen und der Retroflexio unterschieden werden, ferner zwischen der Heilung der Lageveränderungen selbst und der Beseitigung, beziehungsweise Besserung der Beschwerden. Handelt es sich doch einmal darum, ob der Uterus vorn fixirt bleibt und nicht wieder zurückfällt, andererseits aber auch darum, ob der Procentsatz der Dauerheilungen der Prolapse bei der Combination der Vaginofixation und den gewohnten Methoden der Prolapsoperation gegenüber der Dauerheilung bei der Anwendung der letzteren allein gebessert wird. Endlich müssen wir auch berücksichtigen, dass wir, wie schon oben gesagt, seit einem Jahr nicht mehr den Uterus an Peritoneum und Scheide, sondern nur noch an das Peritoneum annähen, und somit die Frage erledigt werden muss, ob kurz gesagt, die Vaginofixation und Vesicofixation gleich gute Resultate liefern. Ich lasse zunächst eine tabellarische Uebersicht über die Dauerresultate folgen.

Tabelle II.

Lauf. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
1	Frau W. D. 23 J.	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vagin. ant. Ruptura perinei incompleta.	26. 6. 94. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	Nach 2 vorhergegangenen Geburten. — 15. 12. 96. Keine Beschwerden. Uterus leicht retroflektirt. Descensus vagin. ant. et post.
2	Frau H. B. 43 J.	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae poster.	13. 8. 94. Vaginofixatio uteri. 20. 8. 94. Kolpoperineorrhaphie.	1. 10. 94. Beschwerden. Uterus anteflektirt, leicht in Retroversion zu bringen. Später gestorben.
3	Frau F. M. 49 J.	Prolapsus vaginae ant. et post., Retroflexio uteri mobilis. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Rectocele.	23. 10. 94. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Keilförm. Excision d. Muttermundslippen. 2. 11. 94. Kolpoperineorrhaphie.	21. 1. 95. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.
4	Frau F. R. 28 J.	Retroflexio (II) uteri fixata.	9. 11. 94. Vaginofixatio uteri. Peritoneum eröffnet.	8. 9. 96. Uterus retrovertirt. Kreuz- u. Leibscherzen rechts. Schmerzen bei der Regel.
5	Frau A. B. 36 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis. Cystocele. Rectocele.	23. 11. 94. Vaginofixatio uteri. Keilförmige Excision d. Muttermundslippen. Kolporrhaphia anter. Kolpoperineorrhaphie.	8. 1. 97. Uterus liegt gut, keine Beschwerden. Leichter Descensus der vorderen Wand. Uterus klein.
6	Frau W. A. 43 J.	Retroflexio uteri mobilis, sinistro-positio uteri. Residua parametrit.	9. 1. 95. Vaginofixatio uteri.	5. 2. 95 bereits leichter Descensus vaginae. Uterus liegt gut.
7	Frau M. Sch. 43 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Hypertrophia portionis. Retroflexio uteri mobilis.	15. 1. 95. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	1. 6. 95. Descensus vaginae. Beschwerden. Dysmenorrhoe.
8	Frau A. R. 31 J.	Prolapsus vagin. ant. Descensus vaginae post. Ruptura perinei incomp. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Descensus uteri antefl.	22. 1. 95. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Sagittale Keilexcision der Portio. Kolpoperineorrhaphie.	25. 3. 95. Uterus liegt gut. Keine Beschwerden. 14. 12. 96. Keine Urin- oder sonstige Beschwerden. Uterus liegt gut, Portio etwas tief. Scheide nicht descendirt.
9	Frau A. H. 37 J.	Prolapsus vaginae completus. Prolapsus uteri incomplet. Retroversio-flexio uteri mobilis. Hypertrophia portionis. Elong. colli. Cystocele. Rectocele.	5. 2. 95. Keilförmige Excision d. Muttermundslippen. Kolporrhaphia ant. Vaginofixatio ut. Kolpoperineorrhaphie.	15. 6. 95 spontane Geb. Langdauernde Eröffnungsperiode. Fieberh. Wochenb. mit Parametrit. 8. 7. Uterus in Anteflexio I. 31. 7. geringer Descensus d. vorderen Wand. Uterus liegt antevirtirt gut. 16. 12. keine Beschwerden. Geringer Descensus des Uterus und der vorderen Scheidenwand.
				29. 4. 95 Dysmenorrhoe. Sonst keine Beschwerden. Uterus in Mittelstellung, liegt gut.

Laufd. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
10	Frau F. F. 33 J.	Descensus vaginae praecipue anterioris. Cystocele. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.	2. 3. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	21. 7. 95 keine Beschwerden. Uterus retroponiert, dextro-antevertiert. 16. 12. 96, Mai 96 Partus. Geringe Beschwerden. Arbeitsfähig. Uterus anteflektiert. Scheidenwand nicht prolabiert.
11	Frau E. R. 28 J.	Retroflexio uteri fixata.	7. 3. 95. Vaginofixatio ut.	17. 12. 96 Beschwerden. Dysmenorrhoe. Uterus sinistro-anteflektiert. Perimetritis adhaesiva sin.
12	Frau L. S. 30 J.	Retroflexio-versio uteri fixata. Descensus uteri et vaginae.	4. 5. 95. Vaginofixatio ut.	29. 7. 95 starke Beschwerden. Dysmenorrhoe. Uterus stark anteflektiert, etwas nach links. 17. 12. 96. Starke Beschw. Dysmenorrhoe. Blasenbeschw. Uterus sehr klein, anteflektiert, durch Narben fixiert. Kein Vorf. 19. 7. 95. Uterus liegt gut. Keine Beschwerden.
13	Frau M. D. 31 J.	Prolapsus vaginae anterior. totalis. Descensus vaginae posterioris et uteri. Hypertrophia portionis. Elong. colli. Cystocele. Retroversio uteri.	28. 5. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Keilförmige Excision d. Muttermundslippen. Kolpoperineorrhaphie.	
14	Ledige H. H. 21 J.	Dextro-retroflexio uteri fixata Oophoritis duplex praecipue sinistr.	24. 6. 95. Exstirpatio ovarii sinistri per vaginam. Vaginofixatio uteri.	1. 10. 95 Beschwerden. Rechtes Ovarium empfindlich. Uterus klein, anteflektiert. Links Tumor (Stumpfxsudat?).
15	Frau Th. B. 36 J.	Retroflexio uteri fixata.	6. 7. 95. Vaginofixatio ut.	18. 8. 95 Kreuzschmerzen nach Anstrengung, sonst beschwerdefrei. Uterus liegt gut.
16	Frau Th. E. 29 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompl. Cystocele. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.	11. 7. 95. Kolporrhaphia anter. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrhaphie.	19. 8. 95 keine Beschwerden. Uterus stark anteflektiert. Januar 97 spontane Geburt. — 5. 3. 97 keine Beschwerden. Uterus anteflektiert. Keine Senkung.
17	Frau L. Z. 40 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompl. Retroflexio uteri mobilis. Elongatio colli. Hypertrophia port. Cystocele.	12. 7. 95. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrhaphie.	6. 9. 95 keine Beschwerden. Uterus antevertiert. Vulva klapft etwas.
18	Frau W. T. 37 J.	Retroflexio uteri fixata.	16. 7. 95. Vaginofixatio ut.	26. 8. 95 keine Beschwerden. Uterus liegt gut.
19	Frau Kl. Schn. 25 J.	Retroflexio uteri I. fixata. Ruptura perinei incompl. Descensus vaginae poster.	27. 7. 95. Vaginofixatio ut. Lawson Tait.	31. 8. 95 starke Beschwerden. Uterus liegt gut. 29. 3. 97 nur noch geringe Schmerzen, besonders vor der Regel. Uterus liegt gut. Kein Vorfall. Kann noch nicht schwer arbeiten.

Laufd. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
20	Frau P. Ad. 40 J.	Inversio vaginae. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Prolapsus uteri incompletus. Retroflexio uteri mobilis.	29. 7. 95. Vaginofixatio ut. Hohe Collumamputation. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	4. 9. 95. Uterus liegt gut. 27. 3. 97. keinerlei Beschwerden. Uterus liegt gut.
21	Frau M. F. 36 J.	Retroflexio uteri fixata.	26. 8. 95. Vaginofixatio ut. Lawson Tait.	März 97. Keine Beschwerden. Uterus klein, in normaler Anteflexion. Periode regelmässig.
22	Frau K. R. 41 J.	Prolapsus vaginae praecipue anterior. Retroversio uteri.	25. 9. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	21. 10. 95. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.
23	Frau M. W. 25 J.	Retroflexio uteri mob. Descensus uteri et vaginae.	26. 9. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Lawson Tait.	Juli 96. Geburt. Querlage. Wendung. Starke Molimina in d. Schwangerschaft. 14. 10. 96. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.
24	Frau L. H. 30 J.	Retroflexio uteri mobilis. Perimetritis. Perioophoritis sin.	Entfernung der linken Adnexe per vaginam. Vaginofixatio uteri.	28. 5. 96. Sehr viel Beschw. Keine Blasenbeschw. Uterus liegt gut. 26. 4. 97. Starke nervöse Beschwerden. Uterus liegt gut.
25	Frau B. K. 35 J.	Retroflexio III. uteri myomatosis fixata.	5. 10. 95. Vaginofixatio ut.	22. 10. 96. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. 22. 3. 97. Keine Unterleibsbeschwerden. Uterus liegt gut. Tumor tubo-ovarialis sinister.
26	Frau M. M. 32 J.	Retroflexio uteri fixata. Perioophoritis. Oophoritis duplex adhaesiva.	16. 10. 95. Vaginofixatio uteri. Lösung der Ovarien aus Adhäsionen.	December 96. Keine Beschw. Uterus liegt gut.
27	Frau Aug. P. 38 J.	Hysterie. Retroflexio uteri fixata. Ruptura perinei incompleta.	22. 10. 95. Vaginofixatio uteri. Kolpoperineorrhaph.	20. 7. 96. Nervöse Beschwerden. Periode unregelmässig, ohne Schmerzen. Druck beim Urinieren. Uterus liegt gut. Urethralwulst ragt hervor.
28	Frau B. F. 26 J.	Inversio vaginae. Prolapsus uteri completus. Retroflexio uteri. Cystocele.	26. 10. 95. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	9. 1. 96. Gleiche Beschwerden wie früher. Uterus liegt gut. Vulva klappt. 6. 2. 96. Hintere Wand leicht prolab. 15. 12. 96. Im 3. Monat Gravida. Keine Beschwerden. Urinretention. Hintere Wand stark prolabirt.
29	Frau M. B. 38 J.	Descensus uteri et vaginae utriusque. Retroflexio uteri mobilis.	4. 11. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	23. 4. 96. Nervöse Beschwerden. Uterus in starker Anteflexio, reklinirt. Descensus vaginae anterioris. 25. 2. 97. Partus. Plac. praev. later. Schiefelage, Wendung, Extract. 4. 4. 96. Uterus anteflektirt, descendirt. Portio in der Vulva. Descensus der vorderen Wand.

Laufd. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
30	Ledige W. K. 39 J.	Descensus uteri et vaginae. Cystocele. Rectocele. Retroflexio uteri mobilis.	5. 11. 95. Vaginofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolporperineorrhaphie.	5. 5. 96. Dysmenorrhoe. Incontinentia urinae. Beschw., besond. nervöse. Uterus stark anteflektirt. Kein Prolaps. 3. 7. 96. Status idem.
31	Frau L. B. 42 J.	Descensus uteri et vaginae praecipue posterior. Retroversio uteri mobilis.	13. 11. 95. Vaginofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolporperineorrhaphie.	27. 3. 97. Noch zeitweise Kreuzschmerzen. Sonst beschwerdefrei. Vor der Periode Schmerzen, sonst normal. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.
32	Frau W. T. 43 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Hypertrophia portionis. Elongatio colli. Cystocele. Retroversio uteri.	14. 11. 95. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolporrhaphia ant. Vaginofixatio uteri. Kolporperineorrhaphie.	29. 1. 96. Keine Beschwerden. Uterus anteflekt., etwas descendirt, ebenso vordere Vaginalwand. Meigs. 19. 3. 97. Keine Beschwerden. Vordere Wand taubeneigross prolabirt. Portio dicht hinter der Vulva. Uterus anteventirt.
33	Frau A. H. 31 J.	Sinistro-retroflexio ut. fixata.	16. 11. 95. Vaginofixatio uteri.	29. 3. 97. Gravida im 8. Mon. Befinden vor der Schwangerschaft gut. Jetzt Molimina stärker als bei früheren Schwangerschaften. Kein abnormer Untersuchungsbefund.
34	Frau W. K. 46 J.	Neurasthenia gravis. Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae posterioris.	23. 11. 95. Vaginofixatio uteri. Kolporperineorrhaph.	23. 1. 96. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. 19. 2. 96. Rectocele scheint sich wieder einstellen zu wollen. Sonst Status idem. Nervöse Beschw.
35	Frau L. N. 34 J.	Uterus in Anteflexion retrovertirt, links fixirt.	2. 12. 95. Vaginofixatio ut.	23. 3. 97. Periode unregelm., stark. Dysmenorrhoe. Sonst keine Beschwerden. Geringer Drang beim Uriniren. Uterus leicht reklinirt, in Anteflexio I, etwas descendirt.
36	Frau M. G. 38 J.	Retroflexio (I—II) ut. fixata. Perioophoritis et Oophoritis dextra adhaesiva.	4. 12. 95. Kolporrhaphia ant. Vaginofixatio uteri.	December 96. Keine Beschw. Uterus liegt gut.
37	Frau M. M. 38 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompl. Cystocele. Elongatio colli. Hypertrophia portionis. Retroflexio uteri mobilis.	7. 1. 96. Vaginofixatio ut. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolporrhaphia ant. Kolporperineorrhaphie.	Parametritisches und pelveoperitonitisches Exsudat. post oper. Pat. nicht weiter beobachtet.
38	Frau B. Sch. 26 J.	Descensus uteri et vaginae. Retroflexio uteri fixata.	14. 1. 96. Vaginofixatio ut. Cervix dabei verletzt. Kolporrhaphia ant. Kolporperineorrhaphie.	Weiterer Verlauf unbekannt.
39	Frau A. K. 22 J.	Retroflexio uteri mobilis. Verdacht auf Graviditas tubar.	18. 1. 96. Vaginofixatio ut. Exstirpatio. Kystoma ovarii dextr.	9. 3. 96. Schmerzen rechts. Kreuzschm. Periode 7tägig, sehr stark. Uterus liegt gut. Weiteres Schicksal unbekannt.

Laufd. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
40	Frau E. A. 46 J.	Prolapsus vaginae et uteri incompletus. Retroflexio uteri mobilis.	17. 2. 96. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	23. 7. 96. Keine Beschwerden. Periode unregelmässig. Retroversio uteri antefl. Descensus uteri. 23. 3. 97. Keine Beschwerden. Status idem.
41	Ledige M. Ue. 16 J.	Descensus uteri et vaginae. Uterus anteflektirt, enorm beweglich.	4. 5. 96. Vesicofixatio uteri. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	December 96. Keine Beschw. Uterus liegt dextroponirt in Mittelstellung mit Neigung, nach hint. umzusinken. 14. 2. 97. Status idem.
42	Frau A. G. 43 J.	Retroflexio ut. fixata. Oophoritis sinistra. Descensus vaginae posterioris.	7. 5. 96. Vesicofixatio uteri. Extirpatio ovarii sin. Kolpoperineorrhaphie.	December 96. Nervöse Beschw. Sonst gesund. Uterus liegt gut.
43	Frau S. V. 36 J.	Retroflexio uteri fixata. Ruptura perinei incompleta.	19. 5. 96. Vesicofixatio ut. Sterilisation durch doppelte Unterbindung und Durchschneidung d. Tuben. Kolpoperineorrhaphie.	März 97. Nach brieflichem Bericht ohne Beschwerden.
44	Ledige M. G. 31 J.	Retroversio-flexio I. uteri mobilis.	2. 6. 96. Vesicofixatio ut.	25. 3. 97. Periode normal. Keine Beschwerden. Uterus etwas descendirt, in Anteflexion, etwas reklinirt, bewegl., klein.
45	Ledige B. Th. 21 J.	Prolapsus uteri et vaginae incompletus. Elong. colli infra- et supravagin. Erosio portionis. Oophoritis sin. Retroflexio uteri mobilis.	3. 7. 96. Vesicofixatio ut. Kolpoperineorrhaphie.	20. 3. 97. Periode norm. Keine Beschwerden. Uterus antevirtirt-flektirt, klein, hart.
46	Frau A. P. 32 J.	Prolapsus vaginae anterioris. Ruptura perinei incompleta. Retroflexio uteri III. fixata. Cystocele.	11. 7. 96. Vesicofixatio ut. Lösung von Adhäsionen. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	Weiterer Verlauf unbekannt.
47	Frau F. V. 42 J.	Retroflexio uteri fixata.	15. 7. 96. Vesicofixatio ut. Lösung von Adhäsionen.	Weiterer Verlauf unbekannt.
48	Frau H. G. 26 J.	Prolapsus uteri incompletus. Inversio vaginae. Cystocele. Hypertrophia portion. Elongatio colli. Retroflexio uteri mobilis.	24. 7. 96. Amputatio portionis. Kolporrhaphia ant. Vesicofixatio uteri. 8. 8. Kolpoperineorrhaphie.	28. 3. 97. Keine Beschwerden. Gravida im 3. Monat. Kein abnormer Untersuchungsbeftd.
49	Frau L. V. 47 J.	Descensus vaginae poster. Retroversio-flexio uteri. Hysterie.	18. 8. 96. Vesicofixatio ut. Kolpoperineorrhaphie.	21. 9. 96. Nervöse Beschwerden. 23. 3. 97. Kreuz- und Leibscherzen links. Periode normal. Uterus liegt gut. Kein Prolapsrecidiv. Neurasthenia gravis.
50	Frau E. K. 53 J.	Prolapsus vaginae anterioris completus, posterioris incompletus. Prolapsus uteri inkompl. Cystocele. Rectocele. Elongatio colli. Retroversio uteri.	26. 9. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpoperineorrhaphie.	24. 3. 97. Keine Beschwerden. Uterus rechtwinkelig anteflektirt. Kein Prolapsrecidiv.

Laufd. No.	Name. Alter.	Diagnose.	Operation.	Spätere Befunde.
51	Frau L. K. 50 J.	Prolapsus uteri incompletus. Hypertrophia portion. Elongatio colli. Retroflexio-versio uteri. Inversio vagin.	29. 9. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Blase verletzt. 12. 10. Kolpo-perineorrhaphie.	22. 3. 97. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.
52	Frau D. E. 45 J.	Inversio vaginae. Prolapsus uteri. Hypertrophia portionis. Elong. colli. Cystocele. Retroversio-flexio ut. mobilis	3. 10. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpo-perineorrhaphie.	23. 2. 97. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.
53	Frau M. St. 32 J.	Primärer Prolapsus uteri incompletus. Elongatio colli. Inversio vaginae. Cystocele. Retroflexio uteri.	10. 10. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpo-perineorrhaphie.	Mitte Mai 97. Grosser Vorfall mit Retroflexio uteri. Cervicovaginalfistel mit Eversion der Cervicalschleimhaut.
54	Frau M. Seh. 38 J.	Retroflexio uteri fixata. Adhäsionen der Adnexe.	17. 10. 96. Vesicofixatio ut. Lösung von Adhäsionen.	März 97. Nach briefl. Mitteilung ohne Beschwerden.
55	Frau H. Sch. 33 J.	Prolapsus uteri incompletus. Inversio vaginae. Elong. colli. Hypertrophia port. Retroversio uteri.	23. 10. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpo-perineorrhaphie. Keilförm. Excision der Muttermundslippen.	9. 12. 96. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut.
56	Frau A. F. 33 J.	Prolapsus uteri incompletus. Inversio vaginae. Elong. colli. Cystocele. Retroflexio uteri mobilis.	2. 11. 96. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpo-perineorrhaphie.	23. 3. 97. Keine Beschwerden. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.
57	Frau M. P. 29 J.	Retroflexio uteri fixata. Perimetritis. Intumescencia ovarii dextri.	13. 11. 96. Vesicofixatio ut.	8. 1. 97. Beschwerden. Uterus retrovertirt.
58	Frau E. M. 45 J.	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae praecipue posterioris. Perimetritis. Perioophoritis sin.	15. 12. 96. Vesicofixatio ut. Kolpo-perineorrhaphie.	—
59	Frau M. M. 35 J.	Retroflexio uteri fixata. Ruptura perinei incompleta. Hypertrophia portionis.	30. 12. 96. Vesicofixatio ut. Keilförmige Excision der Muttermundslippen. Kolpo-perineorrhaphie.	Uterus retrovertirt. Keine Beschwerden.
60	Frau S. F. 36 J.	Descensus vaginae utriusque. Retroflexio uteri mobilis. Perimetritis. Perioophoritis sin.	13. 1. 97. Vesicofixatio ut. Kolporrhaphia ant. Kolpo-perineorrhaphie.	24. 3. 97. Mässige Beschwerden. Uterus liegt gut. Kein Vorfall.

Ein endgültiges Urtheil über die Dauerresultate können wir allerdings noch nicht abgeben, da unsere Fälle zum Theil nur zu kurze Zeit in Beobachtung waren. Deshalb werden zum Schluss diejenigen Fälle ausgeschieden werden, welche weniger als 1 Jahr einer Controlle unterzogen wurden.

Von unseren 60 Patientinnen wurden länger als 2 Jahre 2, 1—2 Jahre 22, und weniger als 1 Jahr 31, einmal oder wiederholt, garnicht nach der Entlassung 5 untersucht.

Ueber die gesammten Resultate giebt folgende Tabelle ein ungefähres Bild:

Tabelle III.

Dauer seit der Operation.	Retroflexio geheilt.	Retroversio geheilt.	Prolaps geheilt.	Retroflexio-Recidiv.	Retroversio-Recidiv.	Leichte Senkung.	Prolaps-Recidiv.	Frei von Beschwerden.	Beschwerden gebessert.	Starke Beschwerden.	Gesamtsumme.
Ueber 2 J. . .	1	—	—	1	—	2	—	2	—	—	2
1—2 J.	15	2	9	1	2	2	3	16	3	3	22
Weniger als 1 J.	24	4	21	—	2	1	1	19	10	2	31

Was leistet nun die Vaginofixation für die Heilung der Retroflexionen? Eine Uebersicht giebt zunächst folgende Tabelle:

Tabelle IV.

Retroflexio und Retroversio	geheilt.	retroflektirt.	retrovertirt.	nicht beobachtet.
Gruppe I	9	0	2	1
„ II	6	1	1	1
„ III	21	1	0	3
„ IV	4	0	0	0
„ Vb	6	0	1	0
Zusammen . . .	46	2	4	5
Procente . . .	88,45	3,85	7,70	—

Von den in Tabelle 1 aufgeführten Patientinnen litten 57 an Retroflexio oder Retroversio uteri. Von diesen wurden 52 weiter beobachtet. Wie sich die Heilung bei den dort aufgeführten einzelnen

Gruppen stellt, ist aus der Tabelle ersichtlich. Im Ganzen lag bei der letzten Untersuchung bei 46 Frauen der Uterus anteflectirt, was von den 52 weiter beobachteten 88,45 pCt. Heilung ausmacht, bei 2 Frauen lag der Uterus wieder retroflectirt, also in 3,85 pCt., bei 4 Frauen lag er in leichter Retroversion, also in 7,7 pCt. Ich bemerke ausdrücklich, dass auch schon der geringste Grad der Retroversion uns bestimmte, den Fall nicht unter die vollständig geheilten zu rechnen. Wir haben also nur in 3,85 pCt. einen absoluten Misserfolg zu beklagen. Von den beiden Frauen, bei welchen die Retroflexio vollständig recidivirt ist, hat eine bereits 2 mal geboren. In allen 4 Fällen von nach der Operation eingetretener Retroversion, waren schwere perimetritische Verwachsungen vorhanden gewesen. Trennen wir die Retroflexionen von den Retroversionen, so sind von 45 Retroflexionen

geheilt	40 = 88,8 pCt.,
recidivirt . . .	2 = 4,5 pCt.,
retrovertirt . . .	3 = 6,7 pCt.

Von 7 vor der Operation vorhandenen Retroversionen

geheilt	6 = 85,7 pCt.,
recidivirt. . . .	1 = 14,3 pCt.

Schalten wir diejenigen Fälle, welche weniger als 1 Jahr beobachtet sind, aus, so erhalten wir unter 20 Retroflexionen und Retroversionen

Heilung	in 17 Fällen = 85 pCt.,
Recidiv der Retroflexio . . .	in 1 Fall = 5 pCt.,
Retroversio nach der Operation in	2 Fällen = 10 pCt.

Von den 43 Senkungen und Vorfällen, welche in Tabelle 1 in Gruppe II, III und V verzeichnet sind, sind nicht wieder beobachtet 4 Kranke, geheilt 30 = 77 pCt., geringe Senkung trat ein bei 5 Patientinnen = 12,8 pCt., vollständig recidivirt ist der Vorfall bei 4 Frauen = 10,2 pCt.

Auch hier muss bemerkt werden, dass schon die geringste Senkung aus den geheilten Fällen ausgeschieden wurde, während als recidivirt alle diejenigen Fälle betrachtet wurden, bei denen die vordere oder hintere Scheidenwand oder die Portio beim Pressen vor die Vulva traten. Rechnen wir die vollständig geheilten und diejenigen, bei denen nur geringe Senkung zu constatiren war, zusammen, so erhalten wir annähernde oder vollständige Heilung in 89,8 pCt.

Länger als 1 Jahr wurden von den Senkungen und Prolapsen 16 beobachtet. Von diesen wurde constatirt:

Heilung . . . in 9 Fällen	= 56,25 pCt.,
Leichte Senkung in 4 „	= 25 pCt.,
Recidiv . . . in 3 „	= 18,75 pCt.

Annähernde Heilung wurde also in 13 Fällen = 81,25 pCt. erreicht. Bei längerer Beobachtung vor allem der weniger als 1 Jahr controllirten Patientinnen werden sich die oben genannten Zahlen jedenfalls noch etwas zu Gunsten der Recidive verschieben, indem die jetzt nur in geringem Grade vorhandenen Senkungen sich theilweise nach und nach zu grösseren Prolapsen ausbilden. Wir werden also im Ganzen nach längerer Beobachtungszeit kaum 80 pCt. Heilung oder annähernde Heilung erreichen.

Günstiger gestalten sich die Zahlen, wenn wir berechnen, wie viele Patientinnen von den vor der Operation vorhandenen Beschwerden geheilt sind, wie viele gebessert wurden und bei wie vielen die Heilung ausblieb oder gar Verschlimmerung eintrat. Wir müssen hier diejenigen Fälle, bei denen die Retroflexionsbeschwerden im Vordergrund standen (Gruppe I, II und IV der Tabelle 1), von denen trennen, bei denen die Hauptbeschwerden durch den Vorfall hervorgerufen wurden.

Von den mit Retroflexion behafteten Frauen trat ein

Heilung der Beschwerden . in 11 Fällen	= 45,8 pCt.,
Besserung der Beschwerden in 10 „	= 41,7 pCt.,
Keine Heilung . . . in 3 „	= 12,5 pCt.

Ein vollständiger oder annähernder Erfolg wurde also in 21 Fällen erreicht = 87,5 pCt.

Wie schon oben erwähnt wurde, ist der Erfolg einer jeden Operation gefährdet bei ausgesprochen nervösen Personen; auch unter den Frauen, deren Beschwerden durch die Vaginofixation nur gebessert oder garnicht gebessert wurden, waren mehrere, welche an mehr oder minder hochgradiger Neurasthenie litten, und bei denen auch nach der Operation die Beschwerden nur neurasthenischer Natur waren. Schalten wir diese aus, so erhalten wir

Heilung . . . in 11 Fällen	= 55 pCt.,
Besserung . . in 8 „	= 40 pCt.,
Keine Heilung . in 1 Fall	= 5 pCt.

Diese Zahlen geben einen deutlichen Beweis dafür, dass man bei hochgradig neurasthenischen oder hysterischen Frauen nur im äussersten Nothfalle eine Operation vornehmen darf.

Von den 9 länger als 1 Jahr beobachteten Frauen wurden von den Beschwerden

geheilt	6 = 66,7 pCt.,
gebessert	2 = 22,2 pCt.,
nicht geheilt	1 = 11,1 pCt.

Die letztere war neurasthenisch in hohem Grade, so dass von den übrigen 8 Patientinnen von den Beschwerden 6 = 75 pCt. geheilt, 2 = 25 pCt. theilweise befreit waren.

Dass bei den länger beobachteten Patientinnen der Procentsatz der Heilungen ein höherer ist, hat wohl darin seinen Grund, dass die Patientinnen sich erst nach und nach von der Operation erholen und dass kleinere Klagen mit der Zeit verschwinden.

Bei den vorwiegend wegen Prolaps operirten Frauen haben wir Folgendes erreicht:

Heilung der Beschwerden in 25 Fällen =	83,35 pCt.,
Besserung in 3 „ =	10,0 pCt.,
Keine Heilung in 2 „ =	6,65 pCt.

Ueber 1 Jahr konnten wir spätere Untersuchungen bei 14 Frauen ausführen. Von diesen wurden von den Beschwerden

geheilt	12 = 85,7 pCt.,
gebessert	1 = 7,15 pCt.,
nicht geheilt	1 = 7,15 pCt.

Zum Schlusse dieser Berechnungen trennen wir noch die Dauerresultate nach Vesicofixation von denen nach Vaginofixation. Bei 39 Frauen wurde die letztgenannte, bei 21 die erstere Operation ausgeführt; von ersteren wurden 2, von letzteren 3 nach der Operation nicht wieder untersucht. Von den 35 an Retroflexionen leidenden Frauen, die mit Vaginofixation behandelt wurden, wurde der Uterus

in normaler Lage gefunden 32 mal =	91,45 pCt.,
retrofectirt 1 „ =	2,85 pCt.,
retrovertirt 2 „ =	5,7 pCt.

Von 17 mit Vesicofixation wegen Retroflexio oder Retroversio behandelten Frauen lag der Uterus

normal . . .	14 mal	= 82 pCt.,
retrovertirt . .	2 „	= 12 pCt.,
retroreflectirt . .	1 „	= 6 pCt.

Da wir die Vesicofixation erst seit Anfang vorigen Jahres ausführen und erst 1 Fall länger als 1 Jahr beobachtet ist, so müssen wir, um einen sicheren Vergleich zu haben, noch diejenigen ausschalten, die länger als 1 Jahr beobachtet wurden.

Bei den bis zu 1 Jahr nach der Operation nachuntersuchten Vaginofixationen fanden wir den Uterus

in normaler Lage .	14 mal	= 100 pCt.,
retrovertirt . . .	0 „	= 0 pCt.,
retroreflectirt . . .	0 „	= 0 pCt.,

bei den Vesicofixationen

in normaler Lage	13 mal	= 81,25 pCt.,
retrovertirt . .	2 „	= 12,5 pCt.,
retroreflectirt . .	1 „	= 6,25 pCt.

Von den Prolapsen wurden neben den gewöhnlichen Prolapsoperationen mit Vaginofixation 25, mit Vesicofixation 14 behandelt. Von den ersten war

Heilung eingetreten . . .	17 mal	= 68 pCt.,
Geringe Senkung . . .	5 „	= 20 pCt.,
Recidiv des Prolapses . .	3 „	= 12 pCt.

Bei den letzteren trat ein

Heilung	13 mal	= 92,8 pCt.,
Geringe Senkung .	0 „	= 0 pCt.,
Recidiv	1 „	= 7,2 pCt.

Diese Zahlen scheinen zu Gunsten der Vesicofixationen zu sprechen, verschieben sich aber sofort, wenn man nur die weniger als 1 Jahr weiter beobachteten Fälle in Betracht zieht. Bei den mit Vaginofixation behandelten war

Heilung eingetreten . .	9 mal	= 90 pCt.,
Geringe Senkung . . .	1 mal	= 10 pCt.,
Recidiv	0 „	= 0 pCt.,

bei den mit Vesicofixation behandelten

Heilung . . . in 12 Fällen	= 92,3 pCt.,
Geringe Senkung in 0 „	= 0 pCt.,
Recidiv . . . in 1 Fall	= 7,7 pCt.

Diese Zahlen beweisen nur, dass man bezüglich der Dauerheilung bei Prolapsen im 1. Jahr überhaupt kein Urtheil fällen kann, dass vielmehr die meisten Recidive, wie es a priori anzunehmen ist, erst später eintreten. Ich glaube, dass man dies im Gegensatz zu den Retroflexionen hervorheben muss, da diese sehr bald recidiviren, während die Heilung eher garantirt werden kann, wenn der Uterus bereits 1 Jahr nach der Operation in normaler Stellung geblieben ist.

Nach Vaginofixation trat

Heilung der Beschwerden in 23 Fällen	=	62,1 pCt.	
Besserung " 10	"	=	27,1 "
Keine Heilung " 4	"	=	10,8 " auf.

Nach Ausscheidung der nervösen Frauen trat ein:

Heilung in 23 Fällen	=	74,3 pCt.
Besserung " 7	"	= 22,6 "
Keine Heilung " 1	"	= 3,1 "

Nach Vesicofixation erreichten wir:

Heilung der Beschwerden in 14 Fällen	=	77,8 pCt.
Besserung " 3	"	= 16,7 "
Keine Besserung " 1	"	= 5,5 "

Unter den Gebesserten befand sich ebenfalls eine hauptsächlich mit nervösen Beschwerden behaftete Patientin, desgleichen war die nicht geheilte Patientin neurasthenisch. Im Grossen und Ganzen bleibt der Erfolg bezüglich der Heilung von den Beschwerden, soweit man bei den kleinen Zahlen überhaupt einen Schluss sich gestatten darf, nach der Vaginofixation und Vesicofixation ungefähr gleich.

Bevor ich darauf eingehe, wie nach diesen Resultaten unsere Indicationsstellung sich ändern muss, will ich noch kurz auf den Verlauf der Geburten nach Vaginofixation eingehen. Von unseren Patientinnen haben 6 geboren, davon eine bereits 2mal. Schwanger sind zur Zeit ausserdem noch 3, abortirt hat bis jetzt keine einzige. Von diesen 10 Schwangerschaften verliefen 7 ohne erhebliche Beschwerden, nur 3mal waren stärkere Beschwerden vorhanden als bei früheren Schwangerschaften. Bei den 7 Geburten sind wesentliche Erschwerungen, die speziell auf die Operation geschoben werden mussten, nicht vorgekommen. Die Portio stand nur in

einem Falle etwas weiter nach hinten und bei dieser Patientin war auch die vordere Cervixwand mehr als normal ausgedehnt, jedoch nicht so, dass grössere Geburtserschwerungen dadurch entstehen konnten. 3mal war Wehenschwäche vorhanden, in Folge deren bei gleichzeitig bestehender Rigidität des Muttermundes die Geburt sich ziemlich lange hinzögerte. 3 Entbindungen fanden in der Klinik statt, die Geburt lebender Kinder erfolgte in allen 3 Fällen spontan ohne Kunsthilfe. 4 Frauen haben ausserhalb geboren. Nach Bericht der Aerzte lag 1mal Schädellage vor, 2mal Schiefelage und 1mal Querlage. 1mal hatte sich eine Placenta praevia lateralis entwickelt. 3mal wurde Wendung mit nachfolgender Extraction ausgeführt; ein Kind kam todt.

Im Grossen und Ganzen können wir also sagen, dass nach Vaginofixation erhebliche Geburtshindernisse, nach unserem Material zu schliessen, nicht entstehen. Vielleicht ist der Grund dafür darin zu suchen, dass wir den Uterus überhaupt niemals an die Scheide direct fixirt haben, sondern von Anfang an das Peritoneum in die Naht mit fassten, so dass dasselbe zwischen Scheidenwand und Uterus lag.

Von den beiden Recidiven der Retroflexio uteri hat die eine Patientin bereits 2mal geboren und ausserdem fand in diesem Fall die Fixation durch das uneröffnete Peritoneum statt, wobei bekanntlich die Recidive häufiger sind, als wenn dasselbe eröffnet wird.

Was dürfen wir nun auf Grund unseres Materials für Schlüsse ziehen? Was leistet die Vaginofixation beziehungsweise die Vesicofixation bei der Behandlung der Retroflexionen, was leistet sie bei der Behandlung der Prolapse? Können wir die Indicationen, nach denen wir bisher verfahren sind, beibehalten, oder müssen wir sie ändern? Endlich leistet die Vaginofixation mehr, ebensoviel, oder weniger, als die anderen den Uterus antefixirenden Methoden, speciell mehr als die Ventrofixation?

Was zunächst die Heilung der Retroflexionen als solcher anbetrifft, so haben wir oben gesehen, dass eine vollständige Rückwärtslagerung der Gebärmutter nur in 2 Fällen wieder eingetreten ist. Einmal nach Vaginofixation durch das uneröffnete Peritoneum hindurch und nach 2 Geburten, einmal nach Vesicofixation. Ohne Recidiv blieben die Patientinnen nach Vaginofixation mit Eröffnung des Peritoneums. Wir würden also das beste Resultat bezüglich der Correction der Lage erhalten durch Vaginofixation des Uterus (d. h. also Fixation an Scheide, wobei das Peritoneum mitgefasst

wird) mit Eröffnung des Peritoneums. Ein besseres Resultat kann nicht erzielt werden, also würde nach unseren Erfahrungen bei der Correction einer Rückwärtslagerung die Vaginofixation auch der Ventrofixation gleichzustellen, ja, wie wir weiter unten sehen werden, vorzuziehen sein. Was die Heilung bez. Besserung der Beschwerden anlangt, so haben wir, wie oben auseinandergesetzt ist, Heilung oder erhebliche Besserung in 87,5 pCt. erreicht. Nach 21 wegen Retroflexio ausgeführter Ventrofixationen erzielten wir:

Heilung der Beschwerden	12mal = 57,1 pCt.
Besserung	6mal = 28,6 „
Keine Heilung	3mal = 14,3 „

Sämmtliche Patientinnen blieben ohne Recidiv.

Bezüglich der Heilung von Retroflexionen stehen also Ventrofixation und Vaginofixation auf gleicher Stufe. Die Vaginofixation hat aber doch manche Vortheile:

1. ist der Verlauf bei allen vaginalen Operationen ein bedeutend günstigerer, als nach Laparotomie;
2. kann es bei der Vaginofixation nicht zu Hernien kommen, was wir mehrmals nach Ventrofixation erlebt haben.

Wie wir hoffen können, werden nach der jetzt bei uns üblichen Vesicofixation Geburtsstörungen ebensowenig zu erwarten sein, als nach Ventrofixation, da bei beiden Operationen eine seröse Verklebung stattfindet, die kaum so fest werden kann, dass die normale Entwicklung der schwangeren Gebärmutter gestört wird. Nach alledem müssen wir bei der Behandlung der Retroflexionen, die nicht mit Prolaps complicirt sind, der Vaginofixation den Vorzug geben und sparen die Ventrofixation für diejenigen Fälle auf, bei welchen die Laparotomie wegen grösserer Adnextumoren nothwendig wird und eine gleichzeitig bestehende Retroflexion beseitigt werden soll.

Bei den Vorfällen haben wir Heilung mit der Vaginofixation in Verbindung mit den gewöhnlichen Prolapsoperationen in 56,25 pCt. — Beobachtungszeit länger als 1 Jahr — erreicht, Besserung in 25 pCt., Recidive trat in 18,75 pCt. ein.

Nach einer Zusammenstellung von Rauhut trat bei Ventrofixation von 6 in hiesiger Klinik operirten Fällen:

Heilung	in 66,7 pCt.
Besserung	„ 0 „
Recidiv	„ 33,3 „ ein.

Bei diesen 6 Fällen wurde jedoch nur 1 mal ein Lawson Tait zugefügt, in den anderen 5 Fällen wurde nur die Ventrofixation ohne jede Prolapsoperation ausgeführt. Von den 3 Recidiven nach Vaginofixation waren 2 nach sehr schweren Prolapsen entstanden, ebenso waren diejenigen Fälle, bei welchen eine leichte Senkung eingetreten ist, grössere Prolapse, während die leichteren Vorfälle fast sämmtlich durch Vaginofixation mit den gewöhnlichen Prolapsoperationen geheilt wurden. Ich möchte daher die Vermuthung aussprechen, dass bei Prolapsen geringen und mässigen Grades die Vaginofixation, bei Prolapsen schwerer Natur die Ventrofixation, combinirt mit Prolapsoperationen vorzuziehen ist. Wir haben durch Ventrofixation allein schon annähernd gleiche Resultate erzielt, wie nach Vaginofixation, die mit Prolapsoperationen combinirt war, so dass man erwarten kann, dass die Ventrofixation in Gemeinschaft mit Kolporrhaphien etc. bei weitem bessere Resultate geben wird. Da nach unseren Erfahrungen die Vaginofixation zur Heilung leichterer Vorfälle bei bestehender Retroflexion genügt, so möchte ich empfehlen, bei Vorfällen geringeren Grades diese Operation, bei Vorfällen schwererer Natur die Ventrofixation, beide combinirt mit Prolapsoperationen auszuführen.

Die Totalexstirpation kann nach unseren Erfahrungen, die wir in letzter Zeit gemacht haben, nicht mehr concurriren. Wir haben gerade in letzter Zeit sehr viel Recidive gesehen. Unsere Indicationsstellung würde also für die Zukunft einige Aenderungen erfahren müssen, und möchte ich folgendes als maassgebend hinstellen:

1. Operativ dürfen nur solche Retroflexionen und Vorfälle behandelt werden, welche mit Ringbehandlung nicht beseitigt werden können oder deren Beschwerden durch andere Behandlung nicht gehoben werden.

2. Von den operativ anzugreifenden Fällen sind mit Vaginofixation zu behandeln:

- a) fixirte oder mobile Retroflexionen, die durch andere Therapie nicht zu heilen sind oder mit entzündlichen Adnexerkrankungen oder kleineren Adnextumoren combinirt sind;

- b) beginnende Senkung und Vorfälle mässigen Grades, deren Dauerheilung durch die gewöhnlichen Operationsmethoden bei bestehen bleibender Retroflexio in Frage gestellt ist und bei denen die Lageveränderung an und für sich Beschwerden macht. Hier muss die Vaginofixation mit Prolapsoperationen combinirt werden.

3. Mit Ventrofixation sind

a) diejenigen Retroflexionen zu behandeln, welche mit grösseren Adnextumoren, die an und für sich die Laparotomie nothwendig machen, complicirt sind;

b) schwere Vorfälle. Auch hier sind ausser der Ventrofixation Prolapsoperationen nothwendig.

Zum Schluss bemerke ich noch, dass wir über die Alexander-Adam'sche Operation, sowie über alle anderen in letzter Zeit angegebenen Methoden, wenig oder gar keine Erfahrungen haben, so dass dieselben zum Vergleich nicht herangezogen werden können. Jedoch scheint uns die Verkürzung der runden Mutterbänder nach Alexander-Adam eine grosse Zukunft zu haben.