III. Beitrag zur konservativ-operativen Behandlung der veralteten Inversio uteri puerperalis.

Von Dr. Ad. Schulze-Vellinghausen, Frauenarzt in Düsseldorf.

Die bedeutsamen Fortschritte, welche die Gynäkologie unter den Auspizien der aseptischen Operationsmethode in den letzten zwei Jahrzehnten gemacht hat, haben es mit sich gebracht, dass eine Reihe von Leiden, die früher der palliativen Behandlung zufielen, jetzt vorzugsweise und mit Erfolg vom chirurgischen Standpunkte aus angegriffen werden. Hierher gehört in erster Linie auch die Inversio uteri chronica puerperalis. Die neuesten Arbeiten auf diesem Gebiete beweisen aber, dass eine völlige Einigung in dieser Frage noch nicht erzielt worden ist, denn während wenige Autoren vor wie nach daran festhalten, auch ohne Operation auszukommen, streiten andere über das einzuschlagende Verfahren bei der Operation, ob man den abdominalen oder vaginalen Weg wählen soll. Da der Einzelne bei der Seltenheit des Vorkommnisses namentlich in jetziger Zeit, wo die Schulung der Hebammen eine bessere ist, so wenig Erfahrung über diese Complication sammeln kann, so ist es meiner Ansicht nach um so wichtiger, dass jeder neue Fall der Gesamtheit übergeben wird, weil jede einzelne Beobachtung neue Anhaltspunkte für die Behandlung geben kann. — Von diesem Gesichtspunkte aus sei es mir gestattet, nachfolgenden Fall mitzutheilen:

Frau R., 26 Jahre alt. Während der Mädchenjahre litt Patientin viel unter den Beschwerden der Chlorose, war im übrigen im allgemeinen stets gesund. Sie menstruierte zum ersten Male mit 15 Jahren, in der Folgezeit war die Periode stets unregelmässig, in Zwischenräumen von drei bis fünf Wochen, meist sehr schwach. Am 30. Dezember 1901 erster Partus: Am Morgen desselben Tages setzten die ersten Wehen ein, hielten stets gleichmässig stark an, und in der Nacht auf den 31. Dezember gegen $\frac{1}{2}$ 12 Uhr war das Kind geboren. Die Entbindung selbst ging glatt von statten und ohne Dammriss. Als die Nachgeburt nach ca. einer Stunde nicht abgegangen war, machte die Hebamme, die die Geburt allein leitete, nach der Aussage der Patientin vergebliche Versuche, mittels starken Druckes auf den Bauch und durch Eingehen mit der Hand in die Vagina dieselbe herauszubefördern. Der Druck auf den Leib soll so stark gewesen sein, dass die Wöchnerin laut geschrien und fast der Ohnmacht nahe gewesen ist. Unter ziemlich starker Blutung kam dieselbe dann zum Vorschein. Gegen Abend des 31. Dezember erfolgte nochmals eine sehr starke Blutung, wobei Patientin collabirte und sich erst nach Darreichung von Kaffee und Cognac wieder erholte. Am 10. März erschien die Frau R. dann in meiner Sprechstunde und erzählte, dass sie in letzter Zeit sehr viel an unregelmässigen, theils sehr starken, theils weniger starken Blutungen gelitten habe, verbunden mit häufigen Schmerzen im Kreuz und Ziehen

in den Oberschenkeln. Gleichzeitig habe sie die Empfindung, als ob zeitweilig etwas aus der Scheide vorfiel. Auf weiteres Befragen gab sie dann an, dass die Blutungen schon im Spät Wochenbett eingesetzt und mit geringen Unterbrechungen dauernd angehalten hätten. Die Blutungen seien aber in den letzten Tagen so stark geworden, dass sie sich häufig kaum noch aufrecht erhalten könne. Schon bei oberflächlicher Untersuchung liess sich constatieren, dass es sich um eine Inversio uteri handelte. Ich schlug der Patientin deshalb die operative Beseitigung des Leidens vor, zu der sie sich auch bereit erklärte. Am 16. März 1902 wurde sie in meine Klinik aufgenommen.

Status: Aeusserst blasse und anämische Frau von zartem, grazilem Körperbau. Der Puls ist weich und beschleunigt, die Temperatur etwas gesteigert, am Cor hört man laute anämische Geräusche; der Urin ist frei von Albumen. Bei der inneren Untersuchung, die bei dem schlaffen Beckenboden sehr leicht ist, fühlt man in die Scheide hineinragend, einen über hühnereigrossen, fast weichen Tumor von im allgemeinen glatter Oberfläche, der nach oben schmaler, gleichsam gestielt wird. Um diesen Stiel legt sich ringsherum der ziemlich scharf-randige Muttermund. Bei Einführung der Sonde lässt sich dieselbe rings um den Stiel des Tumors führen, der Versuch, die Sonde höher hinauf zu bringen, gelingt nicht, da dieselbe überall auf Widerstand stösst. Bimanuell fühlt man von den schlaffen Bauchdecken her nirgends etwas vom Uteruskörper. Auch die Untersuchung per rectum mit gleichzeitig in die Blase eingeführtem Katheter ergibt, dass der Schnabel des letzteren unmittelbar über dem Einschnürungsring für den in den Mastdarm eingeführten Finger fühlbar ist. Im Spekulum sieht man, dass der Tumor mit einer bläulich-röthlichen Schleimhaut überkleidet ist, welche an mehreren Stellen ausgedehntere Erosionen zeigt, die zum Theil mit einem schmierigen, gelblich-eitrigen Belag bedeckt sind, die stark sezerniren und bei der Berührung sehr leicht bluten. Die Adnexe sind nicht palpabel. Von den beiden Tubenmündungen ist nur die linke zu fühlen und zu sondiren. Nach diesem Befunde unterlag es keinem Zweifel mehr, dass es sich um nichts anderes als um einen invertirten Uterus handeln musste.

In Narkose wurden zunächst manuelle Repositionsversuche gemacht. Als diese aber trotz wiederholten Versuchs resultatlos verliefen und stets von einer sehr starken Blutung begleitet waren, wurde der Inversionsring mit zwei Hakenzangen fixirt und nun unter gleichzeitigem Druck auf den umgestülpten Uteruskörper und Zug an den Hakenzangen eine gewaltsame Reversion versucht. Bei der Weichheit des ganzen Gewebes rissen die Hakenzangen sehr bald aus, ohne dass sich der Fundus auch nur im mindesten eingestülpt hatte. Da mir die Patientin zunächst für eine Operation zu schwach schien, so entschloss ich mich nach dem Vorgange von Hofmeier zu einem Versuche, den invertirten Uterus durch lange Zeit fortgesetzten Druck von unten, durch Tamponade mit Jodoformgaze allmählich zu Rückstülpung zu bringen, gleichzeitig in der Annahme, dass auf diese Weise die schmierig belegten Erosionen am schnellsten zur Abheilung kommen würden. Deshalb wurde die Scheide fest mit Jodoformgaze tamponirt. Als am andern Abend die Temperatur auf 38,8° anstieg, wurde die Tamponade entfernt und eine gründliche Ausspülung mit Lysol vorgenommen. Tags darauf wurde von neuem fest austamponirt, und dieser Tampon zwei Tage liegen gelassen. Alsdann musste die Gaze wiederum wegen hoher Temperatursteigerung herausgenommen werden. Am andern Morgen wurde dieselbe wieder eingelegt und nochmals zwei Tage liegen gelassen. Als sich nach Ablauf dieser Zeit nicht der geringste Fortschritt constatiren liess, sah ich von einem weiteren Repositionsversuche ab. Den Kolpeurynter einzulegen konnte ich mich bei den ausgedehnten eitrigen Erosionen nicht entschliessen, umso mehr, da bei jedem Wechsel der Tamponade ein geringer Blutabgang erfolgt war und der allgemeine hochgradige Schwächezustand der Frau entschieden ein rasches Eingreifen erheischte. Daher am 24. März Operation in Chloroformnarkose. Nach gründlicher Desinfektion des Operationsfeldes wurde ein Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe gelegt und damit der Douglas'sche Raum eröffnet, dann drang ich durch denselben mit dem Zeigefinger der linken Hand in den Inversionstrichter ein und versuchte nun nochmals die Reversion, und zwar in der Weise, dass ich mit dem Daumen der linken Hand auf den umgestülpten Fundus uteri einen Druck ausübte, während der Zeigefinger in dem Inversionstrichter blieb. Als auch dieser Versuch missglückte, durchschnitt ich den Inversionsring und probirte nochmals, aber leider mit demselben negativen Erfolg. Darauf verlängerte ich diesen Schnitt und spaltete unter Leitung des Zeigefingers genau in der Medianen die ganze hintere Uteruswand bis herab zum Fundus. Nunmehr gelang die Reversion des Uterus spielend leicht, indem man mit den Daumen einen Druck auf die vordere Uteruswand ausübte und gleichzeitig mit den beiden Zeigefingern die durchtrennten Wundflächen der hinteren Uteruswand nach vorn rollte. Alsdann vernähte ich den Längsschnitt mit einer Reihe durchgreifender dicker Katgutfäden (unter Freilassung des Endometriums) und vereinigte die Serosa noch besonders sorgfältig mit feinen Katgutfäden. Der Uterus wurde jetzt durch den Querschnitt im hinteren Scheidengewölbe in die Peritonealhöhle zurückgestülpt und der Douglas durch einen Jodoformgazestreifen nach aussen drainirt. Der weitere Verlauf war ein

ganz glatter. Mit Ausnahme des dritten Abends, wo die Temperatur auf 37,8° stieg, war die Patientin dauernd fieberfrei. Am fünften Tage wurde der Gazestreifen entfernt, am 15. Tage stand Patientin auf, und nach weiteren vier Tagen hatte sie sich so weit erholt, dass sie entlassen werden konnte. Der Uterus hatte sich völlig zurückgebildet, lag ein wenig retrovertirt, war aber im übrigen völlig frei beweglich. Wiedervorstellung am 28. April 1902: Patientin hat sich vortrefflich erholt und sieht blühend aus. Der Uterus liegt noch in leichter Retroversio, die aber nicht die geringsten Beschwerden macht. Patientin ist auch am 15. Oktober 1902 noch völlig beschwerdefrei, die noch bestehende leichte Retroversio macht gar keine Symptome.

Es ist selbstverständlich, dass in jedem Falle, auch dem der veralteten Inversio, zunächst die manuelle Reposition versucht werden muss. Gelingt dieser Versuch auch unter Zuhilfenahme der Narkose nicht, so soll man davon abstehe, denn die Forcierung dieser Reposition halte ich für nicht rathsam, umso mehr, da man in der längere Zeit fortgesetzten Jodoformgazetamponade oder in der Anwendung des Kolpeurynters ein Verfahren an der Hand hat, welches in manchen Fällen noch zum Ziele führen kann. Dass allerdings auch diese Methode manchmal im Stiche lässt, das beweist unsere mehrere Tage hindurch fortgesetzte Ausstopfung der Vagina mit Jodoformgaze. — Von der Anwendung des Kolpeurynters glaubte ich mit Rücksicht auf die ausgedehnten und schmierig-eitrigen belegten Geschwürsflächen des Endometriums abstehe zu müssen, da dadurch der entzündlichen Reizung und Infektion, die sich ohnehin durch regelmässige Temperatursteigerungen der ersten Tage kennzeichnete, nur weiterer Vorschub geleistet worden wäre. Die völlige Abheilung der Erosionen der Gebärmutter Schleimhaut hätte aber zu lange Zeit in Anspruch genommen. Im übrigen gebe ich jedoch gern zu, dass die Kolpeuryse dank ihrer milden und gleichmässigen Wirkung an die Spitze aller zur Reposition der frischen und chronischen Uterus-Inversionen gebräuchlichen Mittel gestellt werden darf. Immerhin muss man aber nicht vergessen, dass nur bei den Inversionen auf Grund von Erschlaffungszuständen von der konservativen Methode ein Erfolg zu erwarten ist, in allen Fällen hingegen, wo der Uterus sich bereits nach längerer Zeitdauer völlig zurückgebildet hat und wir es wieder mit einem muskelkräftigen Organ zu thun haben, wird man bei der versuchten Reversion dieselben Schwierigkeiten haben, als wenn man einen normalen Uterus invertiren wollte. In allen diesen Fällen ist ein möglichst frühzeitiger operativer Eingriff am Platze.

Die Diskussion über die operative Behandlung der chronischen Inversion ist im Laufe der letzten Zeit auf Congressen und in Zeitschriften eine recht lebhaft gewesene, und wir haben bei dieser Gelegenheit nicht bloss eine grosse Zahl der von den verschiedenen Operateuren schon länger geübten Methoden, sondern auch einige neue, mehr oder weniger complizirte kennen gelernt. Während man sich früher relativ leicht zur Amputation des invertirten Uterus entschloss, weil man die völlige Reposition auf operativem Wege für ausgeschlossen hielt, haben sich die Anschauungen mit der Vervollkommenheit der Technik wesentlich geändert. Die weitere Folge davon war, dass die Indikationen zur konservativ-operativen Beseitigung der Inversion sehr erweitert wurden und dass die Totalexstirpation des Uterus jetzt nur noch in den Fällen zulässig erscheint, wo die Frau sich bereits im klimakterischen Alter befindet, sodass die Erhaltung der Gebärmutter keine so grosse Bedeutung hat — obwohl auch hier, abgesehen von anderen Gründen, zu erwägen ist, dass durch die Erhaltung des Uterus ein besserer architektonischer Abschluss des Scheidengewölbes erzielt wird —, oder aber wo der Uterus durch Infektion oder Degenerationsvorgänge derart alterirt ist, dass seine Erhaltung unmöglich erscheint.

Eine etwas eingehendere Besprechung sei nunmehr den konservirenden operativen Methoden gewidmet. Natürlich ist es nicht möglich, alle Verfahren hier zu berücksichtigen, wir wollen nur die wichtigsten Operationen erwähnen, welche bei der Vervollkommenheit unserer Meinung nach wesentlich in Frage kommen. Gaillard Thomas¹⁾ war der erste, der auf operativem Wege von der Bauchhöhle aus die Inversio aufzuheben versuchte. Er führte die Laparotomie aus und erweiterte den Inversionstrichter von der Peritonealhöhle aus vermittelst eines besonderen Dilatators und reinvertirte sodann den Uterus von der Vagina aus. Wenngleich die Kranke trotz einiger ungünstiger Complicationen genas, missglückte der Versuch schon in einem zweiten Falle, den er

¹⁾ American Journal of Obstetr. 1869, S. 464.

in derselben Weise operirte, und die Patientin starb. Nicht viel besser erging es P. F. Mundé,¹⁾ der in derselben Weise operirte, und nach ihm Spinelli.²⁾ Nach diesen Misserfolgen ruhte das abdominale Verfahren längere Zeit, bis es wieder aufgenommen wurde von Everke,³⁾ der in einem Falle nach ausgeführter Laparotomie anstatt einer gewaltsamen unblutigen Dilatation des Inversionstrichters die Erweiterung des letzteren durch einen vorderen und hinteren Einschnitt in denselben herbeiführte und dann die Reposition von der Vagina her ausführen liess. Ich gebe Everke gern Recht, wenn er behauptet, dass diese Operation in allen Fällen von chronischer Uterusinversion zum Ziele führen muss, aber ich glaube, dass wir in dem verbesserten vaginalen Verfahren ein Mittel an der Hand haben, mit dem wir auch in den schwierigsten Fällen auskommen, umso mehr, seitdem wir durch sichere Beobachtungen der Neuzeit wissen, dass die chronische Entzündung den Inversionstrichter nicht völlig verlöthet und immobilisirt.

Was ferner die vaginalen Operationsmethoden anbetrifft, so sind in dieser Richtung schon ziemlich frühzeitig Versuche angestellt worden. Autoren wie Marion Sims, Courty, Barnes, Thomas, Duncan und andere trachteten durch Inzision in die Uterusmuskulatur die Spannung zu vermindern und dadurch die Reinverson zu erleichtern, und Browne⁴⁾ glückte es nach Durchschneidung der hinteren Uteruswand und Dilatation des Cervixringes den Uterus zu reponiren. Die weitere Ausbildung dieses Verfahrens gelang aber erst Küstner, und ohne Zweifel gebührt ihm die Ehre, zuerst die am meisten praktische und die am wenigsten gefährliche vaginale Methode geübt zu haben, welche bis jetzt Stand halten konnte. Bekanntlich eröffnete Küstner⁵⁾ durch Querschnitt das hintere Scheidengewölbe und den Douglas, spaltete die hintere Wand des Uterus in der Mittellinie, 2 cm unterhalb des Fundus beginnend bis 2 cm oberhalb des äusseren Muttermundes, reinvertirte und vernähte den retrovertirten Uterus vom Douglas aus. Einige Misserfolge, die sich bei diesem Verfahren ergaben, veranlassten fast zu gleicher Zeit einige Operateure, wie Duret,⁶⁾ Westermarck⁷⁾ und Borelius⁸⁾, eine Modifikation des ursprünglichen Küstner'schen Verfahrens in Anwendung zu bringen. Dieses bestand abgesehen von einigen belanglosen Differenzen in der Hauptsache in der Spaltung der ganzen hinteren Gebärmutterwand von oben nach unten. Alsdann erfolgte die Zurückstülpung und Vernähung der Wundränder und nunmehr die Reposition des fertig zusammengenähten Uterus durch den hinteren Scheidenschnitt in die Bauchhöhle. Um eine noch grössere Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes zu erzielen, spaltete Kehr⁹⁾ die vordere Wand des Uterus ohne vorherige Eröffnung der Fossa vesico-uterina und stülpte dann durch diesen Spalt die hintere Wand des Corpus und Fundus ein. Die Reinverson wird bei dieser Methode wohl nicht immer gelingen, die Reposition ist ausserdem entschieden erschwert, abgesehen von leicht entstehenden Nebenverletzungen der Harnblase, und so können wir in diesem Operationsverfahren wohl kaum einen besonderen Vortheil vor dem Küstner'schen erblicken. Nach Spinelli¹⁰⁾ hat die Küstner'sche Operation den Nachtheil, dass die an und für sich schon hypertrophische hintere Uteruswand nach der Operation noch dicker wird, und deshalb verfuhr er in der Weise, dass er die vordere Kolpokoeliotomie und Vaginaefixation nach Dührssen mit der vorderen Hysterotomie nach Kehr verband. In ganz ähnlicher Weise operirte nach ihm auch Thorn,¹¹⁾ der nach Eröffnung des vorderen Douglas die vordere Wand spaltete und nach Umkrempelung der Uteruswände den gesetzten Schnitt, von vorn im Fundus beginnend, vernähte. Alsdann legte er durch Vagina, vordere Uteruswand und Peritoneum des Douglas anterior eine durchgreifende Seidensutur. Das Endresultat war ein sehr gutes.

Wir sehen also, dass die verschiedensten Operationsmethoden

ersonnen wurden, um bei dieser Lageanomalie des Uterus conservativ-chirurgisch verfahren zu können. Wenn wir der Veröffentlichung von Wallgren¹⁾ und Born²⁾ folgen, so sind bis jetzt im ganzen 25 Fälle auf rein vaginalem Wege operativ angegriffen worden, darunter nur drei mit negativem Erfolge. Wir können daraus entnehmen, dass die chirurgische Reinverson des Uterus eine ausserordentliche technische Entwicklung erfahren hat. Als weiterer Beitrag hierzu mag der oben geschilderte Fall dienen. Um auf diesen zurückzukommen, so habe ich mit dem modifizirten Küstner'schen Verfahren die besten Erfahrungen gemacht, und die Beweggründe, die mich bei der Wahl der Methode leiteten, eine möglichst grosse Garantie für das Gelingen der Reposition zu haben und die Operation nach Möglichkeit schonend und in kurzer Zeit zu beenden, fand ich in vollstem Maasse zutreffend.

Nach diesen Betrachtungen möchte ich mich noch mit wenigen Worten über das am besten einzuschlagende Verfahren äussern, nicht etwa, um die verschiedenen Methoden, die von der Bauchhöhle aus gemacht wurden, mit einander zu vergleichen, sondern ich will nur darauf hinweisen, dass man vorzugsweise den vaginalen Weg bei der Operation beschreiten soll. Der Vortheil vaginaler Operationen vor der Laparotomie ist ein so in die Augen springender, dass bei voraussichtlich gleichem Heilerfolg heutzutage fast jeder Operateur diesen Weg einschlagen wird. Immerhin aber wer viel laparotomirt, wird prinzipiell alles lieber von oben operiren, und so wird sich das abdominale Verfahren bei der chronischen Uterusinversion zunächst nicht ganz verlieren. Es muss aber unbedingt zugegeben werden, dass selbst langdauernde vaginale Operationen von fast allen Kranken ausgezeichnet vertragen werden, jedenfalls ist die Reaktion der Patientin nach der vaginalen Operation in allen Fällen eine viel geringere, als nach der abdominalen, und die Reconvalenz geht viel schneller und glatter von statten. Bei der Wahl des vaginalen Operationsverfahrens hat man zu entscheiden zwischen der Spaltung der vorderen und der hinteren Uteruswand. Jede der beiden Methoden hat ihre Vorzüge. Wenn wir uns in unserem Falle für das letztere Verfahren, für die modifizirte Küstner'sche Methode entschieden, so hat das seinen Grund in der Hauptsache in der leichteren Durchführbarkeit der Operation und vor allen Dingen auch in der leichteren Reposition des Uterus in die Bauchhöhle. Was den Einwand anlangt, der häufig der hinteren Kolpokoeliotomie gemacht wird, dass man bei ihr stets im Dunklen operire, so lassen sich diese angeblichen Nachtheile bei sorgfältiger Freilegung des Operationsfeldes leicht beseitigen. Auch die Furcht vor Nebenverletzungen ist hierbei auf das äusserste Minimum reduziert. Jedenfalls habe ich während der ganzen Operation das sichere Gefühl der leichten Durchführbarkeit der Operation keinen Augenblick verloren. Die Blutung ist wie bei allen derartigen Operationen, wenn man sich bei der Spaltung der Uteruswand genau in der Mitte hält, eine kaum nennenswerthe. Die Vereinigung der Wundränder kann in der exaktesten Weise vorgenommen werden, und wir haben die Garantie, dass diese Narbe, wie bei dem conservativen Kaiserschnitt, einer erneuten Schwangerschaft Stand halten wird. Der einzige Nachtheil, der im allgemeinen der hinteren Uterusspaltung zuzuschreiben ist, ist der, dass es hin und wieder zu einer Lageveränderung des Uterus, zu einer Retroversio oder Flexio uteri kommt. Unter den 11 Fällen, bei denen sich Angaben über die Lage des Uterus einige Zeit nach der Operation fanden, ist in fünf der Uterus in Retroversioflexionsstellung gefunden worden und zum Theil in fixirter. Auch in unserem Falle befand sich der Uterus drei Monate nach der Operation in leichter Retroversionslage, die allerdings nicht die geringsten Beschwerden machte. Obwohl ich nicht anstehe zu behaupten, dass die reinen nicht complizirten Fälle von Rückwärtsbeugung der Gebärmutter im allgemeinen nicht die Beschwerden und Symptome machen, welche ihnen vielfach zugeschrieben werden, und dass der bei Retrodeviation des Uterus vorkommende Symptomencomplex nur sehr selten auf der Lageveränderung als solcher beruht, so sehe ich dennoch in dieser durch die Operation bedingten Lageveränderung eine unwillkommene Beigabe, die zu vermeiden wir bemüht sein müssen. Ob man daher in Zukunft, wenn eine grössere Beobachtungsreihe vorliegt, mehr dem Spinelli'schen Verfahren mit Eröffnung der

¹⁾ Zitirt nach Küstner in Veit's Handbuch.

²⁾ Zitirt nach Wallgren, Archiv für Gynäkologie Bd. LXIII, S. 3.

³⁾ Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie IX, 1899.

⁴⁾ Zitirt nach Spinelli, Centralblatt für Gynäkologie 1899.

⁵⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1893, S. 945.

⁶⁾ Referirt in Frommel's Jahresbericht Bd. XII, S. 99.

⁷⁾ Referirt in Frommel's Jahresbericht 1899.

⁸⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1899.

⁹⁾ Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie 1898, S. 100.

¹⁰⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1899.

¹¹⁾ Münchener medizinische Wochenschrift 1900, No. 25.

¹⁾ Archiv für Gynäkologie 1901, Bd. LXIII, Heft 3.

²⁾ Festschrift für Prof. Fritsch 1902, S. 23.

Fossa vesico-uterina und Spaltung der vorderen Uteruswand den Vorzug geben wird, das bleibt zunächst noch abzuwarten. Nur zu bedenken ist, dass die durch das Abschieben der Blase von der Cervix gesetzte Bindegewebswunde nach der Heilung durch narbige Retraktion leicht die Portio nach vorn oben zieht und so eine von der Normallage erheblich abweichende Stellung herbeiführt. Bei einer gleichzeitigen Vaginaefixation ist zu berücksichtigen, dass es leicht zu einer zu ausgedehnten Fixation der vorderen Uterus- und Cervixwand und damit zu erneuten schweren Geburtsstörungen kommen kann.

Alle diese Fragen bleiben lediglich der Zukunftsentscheidung vorbehalten, und wir sind zunächst vor allem darauf angewiesen, weiteres klinisches Material zu beschaffen. Einen Beitrag hierzu soll die vorstehende Mittheilung liefern.