II. Die Eröffnung der Bauchhöhle zwischen Blase und Gebärmutter.

Von R. Kossmann in Berlin.

Die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus, und zwar innerhalb der Excavatio vesiciuterina, die Elytrocoeliotomie oder Elytroperitonaotomie, ist eine Operation, die zunächst nur als eine Vervollkommnung der Vaginifixura uteri eingeführt wurde.¹⁾

Bekanntlich war die Vaginifixur, die Annäherung des Uterus an die vordere Scheidenwand, ursprünglich ausschliesslich ein Eingriff zur Heilung der Retroflexio uteri.

Die Operation bestand im wesentlichen darin, dass ein Einschnitt in die vordere Scheidenwand gemacht, die hintere Blasenwand vom Uterus abgelöst, und der nach vorn gedrängte Uterus — was ohne diese vorgängige Manipulation nur mit Verletzung der Blase möglich gewesen wäre — an die Scheidenwand angenäht wurde.

So sehr die Methode angepriesen wurde, erwies sich doch bald, dass ausserordentlich häufig Recidive auftraten und dass, wo dies nicht der Fall war, oftmals die erhoffte Linderung der Beschwerden ausblieb.

Diese ungenügenden Resultate der Operation besserten sich ungemein, als die Eröffnung der Excavatio vesiciuterina mit ihr verbunden wurde. Man erzielte dadurch zunächst zwei Vortheile. Erstens konnte man die Nähte nunmehr weit höher, durch den Fundus uteri, legen. Früher erreichte man diesen in der Regel nicht, und er konnte, wenn ein dem inneren Muttermunde nahe liegender Punkt fixirt war, dennoch nach hinten sinken; wie man annahm, durch sein eigenes Gewicht oder durch den Druck der in die Excavatio vesiciuterina gedrängten Därme. Dieser Uebelstand wurde durch Annäherung des Fundus selbst vermieden. Zweitens aber war bei der alten Methode lediglich eine Vereinigung der sich gegenüberliegenden Flächen der Excavatio, also eine serosi-seröse Verklebung zustande gekommen. Eine solche ist, wenn das aseptische Nahtmaterial wieder entfernt ist, nicht annähernd so dauerhaft wie die fibrosi-seröse, die bei Eröffnung der Excavatio entstand.

Neben diesen beiden Vortheilen aber ergab sich ein dritter, den ich für den weitaus wichtigsten halte. Es giebt kaum eine Retroflexio uteri, die Beschwerden macht, wenn nicht Entzündungsproducte vorhanden sind. Diese Entzündungsproducte bestehen in der Regel in Verklebungen, durch die entweder die Gebärmutter selbst an irgend ein anderes Organ geheftet, oder die Gebärmutteranhänge (Tuben, Ligamente) verkürzt sind. Man unterscheidet zwar von Alters her fixirte Retroflexionen von mobilen; in Wirklichkeit aber sind fast alle Retroflexionen, die in ärztliche Behandlung kommen — ausser den zufällig entdeckten — fixirt, und der ganze Unterschied besteht in der grösseren oder geringeren Beweglichkeit des Organs, an dem die Gebärmutter fixirt ist, und in der grösseren oder geringeren Ausdehnung der Adhäsionen.

Von der Richtigkeit dieser Behauptung wird sich jeder überzeugen, der gewohnt ist, bei der operativen Behandlung der Retroflexion das Peritoneum zu eröffnen und die ganze peritoneale Oberfläche des Genitalapparats abzutasten. War eine wirkliche Indication für den operativen Eingriff vorhanden, so wird er fast ausnahmslos — über die Ausnahmen will ich später noch ein paar Worte sagen — Adhäsionen finden; und erst durch deren Lösung sind die Bedingungen zu dauernder Heilung geschaffen.

Ist dem nun so, so ergiebt sich daraus weiter die Folgerung, dass die Operation keineswegs eine ausschliessliche und specifische Indication in der Retroflexio und Retroversio uteri findet, sondern ganz ebenso nützlich bei Deviationen nach der Seite und bei der Retropositio des proflectirten (anteflectirten) Uterus ist, mit einem Worte überall da, wo es sich überhaupt darum handelt, den Uterus aus einer unnatürlichen Zwangslage zu befreien.

Längst jedoch sind wir noch einen Schritt weiter gegangen und haben die Elytroperitonaotomie auch benutzt, um subseröse Myome (unter Eröffnung des Cavum uteri auch interstitielle und

¹⁾ Näheres über die Technik s. in des Verfassers: Vaginifixura uteri und Elytrocoeliotomie. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, Festschrift, gewidmet Aug. Martin. Berlin, S. Karger, 1895.

submucöse), sowie kleinere Adnextumoren zu entfernen; selbst schwangere Tuben sind von Dührssen zuerst, dann von mir und seither bereits von verschiedenen anderen Forschern entfernt worden. So ist die Elytoperitonaotomie (die vaginale Laparotomie, wie Dührssen sie genannt hat) bei den verschiedenartigsten Indicationen an die Stelle des Bauchschnittes getreten.

Wenn man nun auch bisher diese Operation stets mit der Vaginifixura uteri beschlossen hat, so ist doch klar, dass dieser letzte Act in den allermeisten Fällen, selbst wenn es sich um die Indication durch Retroflexio uteri handelt, ein nebensächlicher ist. Haben wir durch die in die Bauchhöhle eindringenden Finger den Uterus wirklich aus allen Fesseln, die ihn hinderten, seine natürliche Lage einzunehmen, befreit, so würden die Beschwerden unserer Patientin wohl auch ohne die Vaginifixur im wesentlichen beseitigt sein. Dass wir diese dennoch ausführen, lässt sich durch zwei Erwägungen wohl rechtfertigen: erstlich ist sie das sicherste Mittel, die Wunde so zu schliessen, dass Nachblutungen vermieden werden; zweitens werden etwa im Anschluss an die Operation wieder auftretende kleine Verklebungen nicht mehr soviel Schaden anrichten; insbesondere werden verkürzende Verklebungen im Gebiet der Adnexe sowie Adhäsionen von Netz und Darmschlingen in der Excavatio vesiciuterina dadurch verhindert. Letztgenannte Uebelstände würden aber wohl auch durch Einlegung eines Pessars ziemlich sicher zu verhindern sein; der erstgenannte Grund ist der eigentlich ausschlaggebende. Immerhin liegt hiernach auf der Hand, dass nach völliger Befreiung des Uterus die fixirende Naht nicht mehr durch den Scheitel des Fundus gelegt zu werden braucht, um ihren Zweck zu erfüllen.

Den Gründen für die Vaginifixur gegenüber stehen nun freilich schwere Bedenken, die neuerdings, zumal von Strassmann und Mackenrodt, erhoben worden sind. Soeben erst¹⁾ haben wir von ihnen in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin zwei Vorträge gehört, von denen der eine die Folgen der Operation hinsichtlich der Conceptionsfähigkeit, der Gravidität und der Geburt als äusserst bedenkliche hinstellte, der andere aber, zum Theil eine Reproduction eines soeben auch durch den Druck veröffentlichten Aufsatzes,²⁾ die gesammten theoretischen Grundlagen der Methode zu erschüttern versuchte.

Beide Redner gingen von der Anschauung aus, dass bei der Elytoperinaotomie und daran angeschlossenen Vaginifixur eine Verwachsung des Fundus uteri mit der Scheide zustande komme, die auf den wachsenden schwangeren Uterus einen erheblich deformirenden Einfluss ausüben und dadurch Beschwerden und Geburtshindernisse verursachen müsse.

Gegen diese Annahme muss ich mich mit aller Entschiedenheit wenden. Offenbar ist es nur eine gewisse Nachlässigkeit der Redeweise, wenn wir in diesem Falle überhaupt von einer Verwachsung des Uterus reden, es ist vielmehr eine Verwachsung des Perimetrium mit der Submucosa der Scheide. Das ist aber, hinsichtlich der hier zu erörternden Fragen, ein colossaler Unterschied. Das Peritonaeum ist ein Organ, und der Uterus ist ein anderes; ihre Unabhängigkeit von einander ist seitens der beiden Vortragenden offenbar nicht genügend in Rechnung gezogen worden. Sie sind durch eine überaus lockere, zarte Subserosa verbunden — man kann ebenso gut sagen: getrennt. Wir wissen, wie leicht man, mit Ausnahme eines etwas festeren Streifens in der Mittellinie, das Perimetrium vom Uterus mittels der Finger ablösen kann; wir wissen, dass bei Uterusruptur die Placenta, der Kopf der Frucht, sogar die ganze Frucht³⁾ zwischen Perimetrium und Uterus zu liegen kommen kann.

Es liegt ja nun auf der Hand, dass, sobald wir die durch die Uterusmuskulatur greifenden Scheidennähte entfernt haben, gar nicht mehr der Uterus im engeren Sinne des Wortes, sondern nur eine gewisse Partie des Perimetrium an der Scheidenwand befestigt ist. Und dieser Umstand sollte dem wachsenden graviden Uterus irgend welche Beschränkungen auferlegen? Er sollte, wie der eine Vortragende behauptete, sogar bewirken, dass das Cavum uteri ausschliesslich auf Kosten bezw. durch Dehnung der hinteren Uteruswand wächst? Nein, an dergleichen ist meines Erachtens gar nicht zu denken! Das Wachsthum der uterinen Muskelzellen ist, wie alle solche cellulären Wachstumsprocesse, mit einer ungeheuren Kraftentfaltung verbunden. Wenn eine wachsende Epheuranke meterdicke Mauern zersprengt, wenn eine handvoll keimender Erbsen einen Schädel in seinen Nähten auseinander reisst, so ist es gänzlich ausgeschlossen, dass die zarten Fäserchen der Subserosa imstande sein sollten, den wachsenden Uterus in seiner

Verschieblichkeit gegen das lebende, gleichfalls wachsende und eben daher besonders anpassungsfähige Perimetrium zu behindern. Ich muss es also für physikalisch unmöglich erklären, dass eine serosifibröse Vaginifixur (oder auch Ventrifixur) jemals durch Immobilisirung des Uterus Schwangerschaftsbeschwerden oder Geburtshindernisse bewirken könnte!

Nun hat uns aber Herr Strassmann von ein paar Fällen berichtet, in denen thatsächlich Geburtshindernisse, zum Theil sehr bedeutender Art, entstanden waren. Kann er uns aber versichern, dass in jenen Fällen eine rein serosifibröse Fixation stattgefunden hat? Das ist ja sicher, dass das Hervorziehen des retroflectirten Corpus zuweilen grosse Schwierigkeiten macht, zumal den minder Erfahrenen, die wir auf diesem Gebiete doch Alle vor kurzem noch gewesen sind. Man braucht nur die Schilderungen der Operation aus deren Entwicklungszeiten zu lesen, um einzusehen, dass sie damals auch unseren geschicktesten Collegen nicht ganz glatt von staten ging. Da mag wohl manchmal, wenn man vor Lösung der Adhäsionen den Uterus mittels der eingesetzten Kugelzangen oder sonstwie hervorzuziehen suchte, ein Stück Perimetrium abgerissen oder so malträirt worden sein, dass es nekrotisch wurde. Die Folge war dann eine fibrosifibröse Verwachsung an der betreffenden Stelle, also eine Fixation nicht des Perimetrium, sondern des eigentlichen Uterus an die Scheidenwand. Eine solche aber mag wohl — das gebe ich bereitwillig zu — gelegentlich zur Deformirung und Verlagerung des wachsenden Uterus führen können. — Aber auch noch eine andere Möglichkeit ist zu erwägen. Ich habe schon in einer früheren Publication erwähnt, dass mir eine in einer hiesigen Staatsanstalt operirte Patientin zur Untersuchung gelangt ist, bei der mit der Vaginifixur eine sogenannte Colporrhaphia anterior, was in diesem Falle eine Entfernung von Scheidenschleimhaut behufs Verengerung der Scheide bedeutet, in so ausgiebiger Weise vorgenommen worden war, dass durch die Stenose eine völlige Verlagerung der Organe entstanden war. Der in die Scheide eingeführte Finger stiess daselbst dicht hinter dem Introitus auf einen kugeligen Tumor, der sich als der Fundus uteri erwies; die Portio, mit dem Ostium gegen das Promontorium gewendet, war kaum zu erreichen. Es braucht nicht geschildert zu werden, welche Schwangerschaftsbeschwerden und Geburtshindernisse eintreten müssten, wenn jene Patientin etwa concipirte; aber es wäre ganz ungerechtfertigt, solche deshalb auch von einer zweckmässig ausgeführten Vaginifixur zu erwarten. Ich selbst habe bisher drei Fälle von Conception bei von mir nach der in Rede stehenden Methode operirten Patienten constatiren können. Bei allen dreien fehlten Schwangerschaftsbeschwerden völlig, und weder in der Lage noch in der Configuration des Uterus war irgend welche Abnormität eingetreten. Leider haben zwei davon abortirt; aber auch diese Aborte sind nicht mit irgend welcher Wahrscheinlichkeit auf die Operation zurückzuführen.

Fall 1. Die erste Patientin, Frau B., 37 Jahre alt, kam im Juli 1894 mit heftigen Unterleibsschmerzen und starkem Ausfluss, starker Obstipation, Appetitmangel, sehr abgemagert, in meine Behandlung. Der Uterus war retroflectirt, die Adnexe frei.

Die Operation wurde am 14. October 1894 vorgenommen. Ich bediente mich damals noch der Sonde, um den Uterus in die Wunde zu drängen. In diesem Falle nun erwies sich die Uteruswand so dünn und locker, dass die sehr stark geknöppte Sonde bei jedem energischen Druck die Muskulatur durchbohrte, das Perimetrium abhob und ihr Knopf durch die Serosa schimmerte. Ich musste daher davon abstehen, die Nähte ganz durch den Scheitel des Fundus zu legen, und blieb mit ihnen etwa 1—1½ cm tiefer. Aus der Klinik entlassen wurde die Patientin am 27. November 1894. Sie hat später noch an einem Bandwurm gelitten, der ihr viel Beschwerden machte, bis er abgetrieben wurde. Am 12. April 1895 hatte sie ihre letzte Regel; die Schwangerschaft ist bisher ohne jede Störung verlaufen, die Patientin sieht blühend und kräftig aus, der hochschwangere Uterus liegt völlig normal.

Fall 2. Die zweite Patientin, Frau R., 30 Jahre alt, war seit fünf Jahren krank und in Behandlung eines hervorragenden Spezialisten; innerhalb dieser Zeit hat sie zwei mal concipirt und beide male abortirt. Ich fand das linke Ovarium vergrössert und fixirt, die beiderseitigen Parametrien leicht infiltrirt, daneben Symptome einer starken Endometritis. Die Patientin wurde am 14. Januar 1895 operirt, am 23. Januar aus der Klinik entlassen, am 19. Juni wurde eine Graviditas III—IV mens. festgestellt. Die Patientin tritt am 6. Juli eine Reise nach Schlesien an, bekommt auf der Heimreise am 27. Juli heftige Wehen. Am 28. Juli wird die Frucht ohne Schwierigkeit geboren, zur Entfernung der Nachgeburt wird ärztliche Hilfe gebraucht. Am 5. November liegt der Uterus retroflectirt, es ist nirgends eine Spur von Druckempfindlichkeit vorhanden, die Frau befindet sich vollkommen wohl, ein Pessar wird eingelegt und jetzt ohne alle Beschwerden getragen.

Fall 3. Die dritte Patientin, Frau W., 22 Jahre alt, war seit ihrer ersten Entbindung, die vor ca. ½ Jahre erfolgte, in ärztlicher Behandlung. Sie klagt über heftige Leib- und Kreuzschmerzen. Das Pessar wird wegen ausgedehnter Erosionen an der Portio vaginalis nicht getragen. Am 13. Februar 1895 wird daher die Vaginifixur und die Excision des erodirten Gebietes vorgenommen, am 23. Februar wird Patientin entlassen. Am 17. October wird Graviditas III. mens. constatirt. Lage des

¹⁾ Sitzung am 25. October 1895.

²⁾ Kritische Bemerkungen über Vaginofixation u. s. w. Monatsschr. f. Gebh. u. Gynäkol., Nov. 1895.

³⁾ Bandl, Ueber Ruptur der Gebärmutter etc., Wien 1875, S. 13; Dalton (Lancet, 21. Juli 1866); Radford (Lond. Obstetr. Transact. VIII) berichten über solche Fälle.

Uterus von der physiologischen nicht zu unterscheiden. Patientin ist beim Fensterwaschen rücklings in die Stube gestürzt und hat Blut aus der Scheide verloren. Am 23. October erfolgt Abortus. Jetzt (8. November) liegt der Uterus profllectirt.

Sind diese Fälle nun auch nicht geeignet, einen normalen Geburtsverlauf zu erweisen, so zeigen sie doch erstens, dass der Uterus die sehr beträchtliche Vergrößerung bis zur 30. Schwangerschaftswoche erfahren kann, ohne dass Schwangerschaftsbeschwerden eintreten; zweitens, dass, wenn Abort erfolgt, keine ungewöhnlichen Erscheinungen dabei eintreten; drittens, dass die Profllexionsstellung den Abort überdauern, oder dass sie, wenn dies nicht der Fall ist, wenigstens durch ein Pessar leicht wiederhergestellt werden kann.

Es sind der Operation jedoch auch noch einige andere Vorwürfe gemacht worden, die eine Besprechung verdienen. So sollen angeblich Blasenbeschwerden häufig folgen. Ich habe solche unter 29 Fällen nur zweimal beobachtet; sie sind gewiss nicht der Methode zur Last zu legen. Es giebt ja Patienten, die im Liegen nicht uriniren können, und bei längerem Katheterisiren kann Blasenkatarrh entstehen. Da man nach unserer Operation die Patienten am dritten oder vierten Tage aufsitzen lassen kann, so sind solche Störungen gerade bei dieser Operation sehr selten, jedenfalls viel seltener als nach der Ventrifixur. War es früher anders damit, so lag das an dem Herumstochern mit Sonden in der Blase aus Angst vor deren Verletzung, eventuell an dem Zusammenziehen der Blase durch Nähte. Lassen wir die Blase bei der Operation ungeschoren, so lässt sie uns und die Patienten auch ungeschoren.

Der zweite Vorwurf ist der, dass mit der Eröffnung des Peritoneaums und der Manipulation an den inneren Genitalien von der Scheidenwand aus eine erheblichere Infektionsgefahr verbunden sein soll, die sich in Temperatursteigerungen und Exsudaten zeige. Im Gegensatz hierzu habe ich Temperatursteigerungen fast nie beobachtet. In zwei Fällen hatten wir eine einmalige Steigerung auf 38°, die durch ein Abführmittel sofort beseitigt wurde. Bei der jetzt schwangeren Patientin kamen ein paar Tage lang Temperaturen über 38° vor (39° wurden nicht erreicht), ein Exsudat war nicht nachzuweisen. Unter 29 Fällen habe ich nur zwei, in denen ein Exsudat folgte. In dem einen derselben war die Heilung bis zum 13. Tage ohne Temperaturerhöhung verlaufen. Da platzte bei sehr heftigem Niesen eine Naht, es musste die Scheidenwunde nochmals genäht werden, und im Anschluss hieran trat beiderseits ein Exsudat auf. Bei der anderen Patientin ist ein solches Exsudat einseitig ohne nachweisbare Ursache aufgetreten, nachdem in der Klinik nur einmal eine ganz vorübergehende Temperaturerhöhung auf 38° beobachtet worden war.

Ein dritter Vorwurf ist der, dass die Conception behindert werde. Auch dieser ist nach meinen Erfahrungen irrig. Von meinen 29 Fällen kommen vier, über die ich keine Nachrichten erlangen konnte, fünf über 40 Jahre alte, vier unverheirathete, drei, denen beide Ovarien exstirpirt worden sind, eine vor wenig Tagen entlassene und eine noch in der Klinik befindliche, also achtzehn im ganzen, ausser Betracht. Von den übrigen eilf sind drei bereits schwanger geworden, gewiss kein ungünstiger Procentsatz.

Der vierte Vorwurf, auf den ich hier erwidern möchte, knüpft an die gelegentlich beobachteten Recidive an, bei denen man der Patientin später ein Pessar hat einlegen müssen. Auch ich habe, wie oben gesagt, nach einem Abort bei einer Patientin eine Retroflexio gefunden und ein Pessar eingelegt. „Was nützt aber,“ meint einer der oben citirten Vortragenden, „eine solche Operation, wenn die Frau nach einer Schwangerschaft ein Pessar tragen muss; da hätte man ihr ja lieber gleich anfangs das Pessar einlegen können.“

Diesen Einwand aber glaube ich ebenfalls durchaus ablehnen zu müssen. Vielleicht mag im ersten Enthusiasmus ein oder der andere Fachgenosse eine Patientin operirt haben, bei der eine Pessarbehandlung die gleichen Dienste geleistet haben würde. Das sind aber jedenfalls seltene Ausnahmen gewesen, die Niemand wird rechtfertigen wollen. Eine Indication für eine Vaginifixur ist nur da anzuerkennen, wo die des Pessars aufgehört hat. Reichlich $\frac{1}{3}$ der Vaginifixuren, die man zu machen hat, ersetzen den Bauchschnitt — mit dem sie an Gefährlichkeit nicht zu vergleichen sind; reichlich $\frac{1}{3}$ von ihnen treten an die Stelle jener jahrelangen Quälereien mit Ichthyoltampons, Irrigationen, Ausschabungen u. s. w., zu denen man sich verdammt sieht, wenn die Patientin, so elend sie sich fühlt, nicht krank genug für das Risiko einer Laparotomie ist. Wenn eine derartig fünf Jahre lang behandelte Patientin sechs Wochen post operationem schwanger wird, nach der Entbindung aber eventuell noch einmal bis zu völliger Rückbildung der Genitalien ein Pessar tragen muss, das sie jetzt gut trägt — so ist das in meinen Augen ein vollkommener Erfolg der Operation.

Endlich bleibt noch ein kleiner Rest von Fällen übrig, in denen mehr äussere Umstände maassgebend für die Wahl der Operation

sind. Als Beispiel will ich einen Fall erwähnen, in dem die Patientin eine Pessarbehandlung wohl vertragen haben würde, auch dadurch vermuthlich von ihren Beschwerden befreit worden wäre, aber, in einem kleinen Landstädtchen wohnhaft, sich einer dauernden Behandlung durch den dortigen Arzt nicht unterziehen wollte, auch nicht bemittelt genug war, öftere Reisen des Pessars wegen zu machen. — Auch bei Jungfrauen wird man die Vaginifixur mit Wiederherstellung des Hymens zuweilen einer Pessarbehandlung vorziehen müssen.

Ich kann die Besprechung der Indication nicht schliessen ohne eine Vergleichung mit den concurrirenden Operationen, der Ventrifixur und der Alexander'schen Operation, der Verkürzung der runden Mutterbänder.

Ich bin der Ansicht, dass die Alexander'sche Operation und die Elytoperitonaectomie einander höchst selten ersetzen können. Die Alexander'sche Operation ist offenbar völlig irrationell, wenn die Retroflexio eine complicirte ist, denn da die Bauchhöhle dabei nicht eröffnet wird, kann die Operation nicht die Complicationen beseitigen. Sie vermag daher nur das Pessar zu ersetzen, wo in Wirklichkeit dieses indicirt ist, oder wo wenigstens nur äussere Umstände die Pessarbehandlung ausschliessen. In diesen letzteren relativ sehr seltenen Fällen kann ja die Wahl zwischen Vaginifixur und Alexander'scher Operation in Frage kommen. Für letztere spricht dann die Erwägung, dass sie innerhalb des Beckens völlig physiologische Verhältnisse belässt; gegen sie spricht die längere Heilungsdauer, das Zurückbleiben hässlicher Narben und vielleicht die Gefahr einer nachträglichen Entstehung von Hernien. Uebrigens wird die Verlagerung der Organe, die durch eine gute Vaginifixur herbeigeführt wird, doch auch von Vielen sehr überschätzt. Wenn man den Uterus und die Adnexe wirklich aus ihren Verwachsungen befreit hat, ist ja eine Annäherung am Scheitel des Fundus eine unnöthige und unzweckmässige Maassregel. Es genügt dann völlig eine tiefere Anheftung. Dann bleibt als anatomisches Resultat der Operation nichts übrig, als eine mässige Vertiefung des vorderen Scheidengewölbes.

In dieser Hinsicht sieht es mit der Ventrifixur doch viel schlimmer aus, zumal mit der Olshausen'schen. Wenn die Abgänge der Ligamenta rotunda mit Silkwormgutnähten, die dauernd liegen bleiben, über der Blase an die Bauchwand genäht sind, so ist das denn doch eine ganz ausserordentlich viel weitergehende Abweichung vom normalen Situs! Dazu kommt noch die Bauchnarbe und, häufig genug, im Gefolge der Operation der Bauchbruch! Anzuerkennen ist, dass die Eröffnung der Bauchhöhle durch den Bauchschnitt die Controlle mittels des Auges erleichtert. Ueberschätzen darf man den Unterschied aber auch nicht. Oft genug muss man sich auch nach dem Bauchschnitt zunächst auf den Tastsinn verlassen, und erst wenn alle Adhäsionen gelöst sind, gewinnt man einen guten Ueberblick. Bei der Elytrocoeliotomie kann man, wenn die Adhäsionen gelöst sind, die Hinterseite des Uterus, die Ovarien, die Infundibula der Tuben ebenfalls gut sehen, selbst die Spermatica unterbinden. Was darüber hinaus an Uebersichtlichkeit durch den Bauchschnitt zu gewinnen ist, scheint mir durch dessen sonstige Nachtheile, insbesondere durch die meist mehrtägige Darmlähmung und die viel länger währende Reconvalescenz, zu theuer erkaufte.

Um aber auch eines ganz realen, indiscutablen Grundes für die Vaginifixur gegen die Ventrifixur zu gedenken: wir schneiden den Bauch Niemandem auf, wir hätten ihn denn zuvor! Mindestens neun Zehntel der Patienten, denen durch beide Methoden geholfen werden kann, lehnen den Bauchschnitt ab, entschliessen sich aber zur Elytoperitonaectomie. Daraus scheint sich denn aber auch zu ergeben, dass die chirurgische Zurückhaltung der Verehrer der Ventrifixur keine ganz so freiwillige ist, wie sie vielleicht selbst glauben, und dass die weit umfangreichere Operationsstatistik derer, die die Vaginifixur ausführen, noch längst nicht für den Furor operativus, den man ihnen vorwirft, beweisend ist. Es dürfte sogar nicht lange dauern, bis man den Spiess umkehren und eines solchen Furors diejenigen zeihen wird, die eine Laparotomie ausführen, wo eine Elytoperitonaectomie dem Zwecke genügen würde.