Aus der gynäkologischen Abtheilung des Carola-Krankenhauses
zu Dresden.

Dreiunddreissig vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot.

Von

Hofrath Dr. **Justus Schramm.**

Die französische Methode der Klemmenanwendung bei vaginaler Totalexstirpation des Uterus findet auf deutschem Boden wenig Beachtung. Mit einzelnen Ausnahmen stehen die deutschen Gynäkologen diesem Verfahren kühl reservirt gegenüber. Fielen die ersten Versuche mit der ungewohnten Technik unglücklich aus, so war das Verdammungsurtheil über die Methode gesprochen, es genügten schon 1—2 ungünstig verlaufene Fälle, dieselbe wieder aufzugeben.

Die scharfe Verurtheilung, welche diese Operationsweise von hervorragender Seite erfuhr, von der sie als eine unchirurgische und technisch primitive Methode bezeichnet wurde, mag so Manchen abgeschreckt haben, eigene practische Erfahrungen zu sammeln. Selbst unter den Landsleuten der Erfinder wurde eine gewichtige Stimme laut, welche die Gefahren der Forcippresur in den grellsten Farben schilderte, und dabei Blasen-, Ureteren-, Rectumverletzungen, Darmocclusion und besonders Nachblutungen als häufiges Vorkommniß betonte.

Nur langsam mehren sich unter den deutschen Fachgenossen die Anhänger dieser Methode, immerhin ist „Ligatur oder Klemmzange“ noch lange nicht die Parole zweier sich gegenüberstehender, gleichstarker Parteien.

In erster Reihe gebührt L. Landau das Verdienst, die Vorzüge dieser Methode, basirt auf eine grosse Zahl glänzender Erfolge, nicht allein durch Wort und Schrift unermüdlich hervorgehoben, sondern auch ihre Technik noch weiter verbessert und das in Deutschland herrschende Vorurtheil auf ein geringeres Maass herabgesetzt zu haben.

Wenn ich Landau hiermit volle Anerkennung zolle, so möchte ich doch einen, wenn auch bescheidenen, Antheil an der Einführung dieser Methode beanspruchen. Wer die Sitzungsberichte der Dresdener gynäkologischen Gesellschaft¹⁾ im Centralblatt für Gynäkologie seit dem Jahre 1889 verfolgt, dem wird es nicht unbekannt sein, dass ich ebenfalls bestrebt war, wiederholt auf die Vortheile der Klemmenoperation aufmerksam zu machen und deren Anwendung zu befürworten, nachdem ich diese in einer Anzahl von Fällen erprobt hatte. Trotzdem bin ich, als Förderer der Methode, in den zahlreichen Abhandlungen von L. und Th. Landau nie erwähnt worden, obsehon ich annehmen musste, dass auch ihnen unsere Sitzungsberichte vor Augen gekommen sind; citirt doch Th. Landau in seinem Vortrag²⁾ eine Aeusserung Leopold's³⁾, bezüglich der frühzeitigen Abnahme der Klemmen, aus welcher hervorgeht, dass der von Letzterem „bewunderte Muth“ auf einen von mir demonstrierten Fall sich bezieht, bei dem ich nach 48 Stunden die Klemmen entfernt hatte.

In einer Zeit des unabsichtlichen Vergessens fremder Leistungen glaubte ich diese Bemerkung nicht unterdrücken zu dürfen. (Siehe L. Landau's Bemerkungen zu Sängers Vortrag: Zur Doyen'schen Methode etc. Centralblatt f. Gyn. No. 9. 1896.)

Wenn ich erst jetzt mein Gesamtergebniss veröffentliche, so geschieht dies auf Grund von 33 Operationen, eine Zahl die wohl genügend erscheint, über das Klemmenverfahren ein Urtheil fällen zu können. Im Laufe der letzten 7 Jahre bediente ich mich bei Uterusexstirpationen ausschliesslich der Klemmzangen. Von 105 in diesem Zeitraum zur Behandlung gelangten Gebärmutterkrebsen eigneten sich nur 22 Fälle zur Totalexstirpation (20,9 pCt). Eine

1) Centralbl. f. Gynäk. 1889, No. 30. 1891, No. 5, No. 14, No. 31. 1893, No. 29. 1894, No. 46. 1895, No. 22. 1896, No. 6.

2) Th. Landau, Zur Geschichte und Technik der Totalexstirpation der Gebärmutter. Berl. klin. Wochenschr. 1893. S. 631.

3) Centralbl. f. Gynäk. 1889. No. 30. S. 532.

strengere Auswahl hätte diese Zahl noch kleiner gestaltet, doch lag mir daran, auch bei erweiterter Indicationsstellung den Werth des Klemmenverfahrens kennen zu lernen. Auf meine Statistik wie auch auf die Zahl der Dauererfolge übte dieser Umstand selbstredend einen ungünstigen Einfluss aus, was aber nicht der Methode zur Last gelegt werden kann. Im Anschluss an die Operation verlor ich unter 22 Totalexstirpationen bei Uteruscarcinom 4 Kranke, (18,1 pCt.), von denen 2 an Ileus starben. Fall No. 14 (s. Tabelle) hatte den Tod selbst verschuldet, in Folge grosser Unruhe, Wälzen im Bett, Zerren an den Instrumenten, und Austrinken des Eisbeutels in unbewachten Augenblicken. Letzteres führte zu heftigem Erbrechen, Vorlagerung und Verklebung einer Darmschlinge im Wundtrichter. Die beiden anderen Todesfälle (No. 10 und 11) waren durch eine Peritonitis purulenta verursacht. In dem einen Fall hatte sich bei der Operation aus dem linken Parametrium stinkender Eiter in die Bauchhöhle entleert.

Ausser diesen 22 Carcinomfällen wurden noch 8 Uterusmyome, 2 totale Prolapse und 1 mit Pyocele retrouterina verwachsener Uterus mittels der Klemmenmethode vaginal exstirpirt, so dass die Gesamtzahl der Totalexstirpationen 33 beträgt. Von den 8 Myomkranken starb eine, No. 26, bei welcher, streng genommen, die Operation hätte unterbleiben sollen, indem bei völlig ausgeblutetem und erschöpftem Zustand, wegen unstillbarer Blutung, noch der Versuch der Exstirpation gemacht wurde. Unter 33 Operationen habe ich somit 5 Todesfälle zu verzeichnen, was einem Procentsatz von 15,1 entspricht. Dieses Resultat erscheint gegenüber der Statistik von Landau und Abel (5,4 pCt.) sehr ungünstig, erklärt sich jedoch hauptsächlich aus der erweiterten Indicationsstellung bei Auswahl der Fälle. Während Landau unter den ersten 20 Operirten 3 Todesfälle hatte, vertheilen sich letztere bei mir auf die ersten 23 Fälle.

33 vaginale Totalexstirpationen

No.	Name.	Alter.	Allgemein- Zustand.	Erkrankungsbeginn:		Symptome bei der Aufnahme.	Diagnose.
				Wann erkrankt.	Erste Anzeichen.		
1.	E. G. 9 para.	39 J.	Kräft. gebaut, schlecht ge- nährt, anäm.	Im Winter 1888.	Vom 6. 1. 89 anhalt. reichl. Blutung.	Grosse Schwäche, Blutungen.	Pilzförmig. Portio- Carcin. Scheide und Parametrien frei. Uterus be- weglich.
2.	H. V. 0 para.	43 J.	Kachectisch.	October 1889.	Atyp. profuse Blutungen.	Uebelriech., fleisch- wasserähnlicher Aus- fluss. Abendl. Fieber 38,5, rechte Ingui- naldrüsen vergröss., schmerzhaft.	Ulcerirt. Carcinom d. Port. Rechter- seits orangegr. Ovarialeyste. Scheide u. Para- metrien frei. Ute- rus beweglich.
3.	A. R. 8 para, 1 Abortus.	42 J.	Mäss. genährt, anämisch.	Seit mehreren Monaten.	Uebelriechd., fleischwasser- ähnl. Ausfl.	Kraterförm. Geschwür der Portio, Uterus vergrössert.	Portiocarcinom.
4.	E. Str. 11 para darunt. Zwill.	48 J.	Schwächlich, schlecht ge- nährt.	Seit Anfang 1890.	Unregelmäss. starke Blu- tungen.	Uebelriechender, wässriger Ausfluss.	Blumenkohl- gewächs d. Port., übergehend auf das vord. Schei- dengewölbe.
5.	A. H. 7 para.	45 J.	Kräftig, gut ge- nährt.	Seit Sommer 1890.	Tägl., starke Blutverluste.	Blutig-wässriger Aus- fluss, stark riechend. Scharf begrenzte, knollige, leicht blut. Verdickung d. Portio. Uterus nach rechts verzog., r. Parametr. härter und fester.	Portiocarcinom.
6.	Chr. B. 6 para.	43 J.	Dürrt. genährt.	Seit $\frac{5}{4}$ Jahren.	Starke unre- gelmässige Blutverluste.	Höckrige, filzförmige Wucherung an der Portio, leicht blut., wässriger, übelrie- chender Ausfluss.	Ulcerirt. Carcinom d. Port. Scheide und Parametrien frei. Uterus be- weglich.
7.	Fl. S. 0 para.	55 J.	Kräftig.	Seit 6 Mon.	Starke Blutun- gen; übelrie- chend. Ausfl.; Abnahme der Kräfte.	Geschwür der Portio, nicht blutend.	Portiocarcinom. Uterus bewegl.; recht. Parametr. etwas hart.
8.	H. Fr. 8 para.	63 J.	Kachectisch.	Seit 5 Mon.	Unregelmäss. starke Blu- tungen.	Vordere und hintere Muttermundslippe ulcerirt mit Ueber- gang auf das rechte Scheidengewölbe.	Cervixcarcinom.

des Uterus nach Péan-Richelot.

Operation.	Verlauf.	Späteres Befinden.	Bemerkungen.
3. 4. 89 mit geringem Blutverlust.	Höchste einmal. Temperatur in d. ersten 4 Tagen 38,9, dann fieberl. Langs. Erhol. Geheilt entl. d. 19. 5. 1889. Gutes Allgemeinbefinden.	8 Mon. nach d. Operat. noch guter allg. Gesundheitszust., Beginn. Recidiv 10. 12. 89. Ist nach Ablauf ein. Jahres verstorb.	Demonstration d. Präparates in der Gynäkologischen Gesellschaft zu Dresden 4. 4. 89 S. Centralbl. f. Gyn. 1889. S. 532.
23. 5. 90 schwierige Blasenablösung. Entfernung des Uterus und der Ovarialcyste, sehr geringe Blutung. 28. 5. 90 Exstirpation der beiderseitigen Leistendrösen.	Fieberlos. Geringe Schmerz. Am 3. Tage Harnträufeln. Blasenfistel den 8. 8. 90 spontan geheilt. Entlass. den 20. 9. bei zieml. gutem Allgemeinbefinden.	Nachrichten überspäteres Befinden nicht zu erlangen.	—
13. 8. 90 Exstirpation mit geringem Blutverlust.	Fieberlos. Allgemeinbefinden gut. Entlassung 15. 9. 90.	Ist laut briefl. Nachrichten v. Ehemann am 13. 12. 90 an Lungenentz. gestorb.	—
28. 9. 90 Verletzung der Blase bei Ablösung, sonst Exstirpation ohne Schwierigkeit, geringer Blutverlust.	Fieberlos. Heil. durch Blasencheidenfistel aufgehalt., die durch Lappentransplantat. geh. wird. Entlass. b. gut. Allgemeinbef. 28. 3. 91.	Untersucht 18. 4. 96. Narbe glatt. Wohlbefinden. Recidivfrei 5 Jahre 7 Mon. Ernährungszust. gehob.	Demonstration d. Präparates. S. Centralblatt f. Gyn. 1891. S. 113.
2. 1. 91 Exstirpation ohne Schwierigkeit, sehr geringer Blutverlust.	Am Abend d. Operationstag. sehr starke Nachblut. aus dem hinter. Wundrand der Vagina, gestillt d. 2 pines. Am 3. Tage höchste Temp. 38,6, dann fieberlos. Entl. 14. 2. 91 bei best. Wohlbef.	Laut brieflicher Nachricht vom 30. 3. 96 bestes Wohlbef. seit 5 1/4 Jahren.	Demonstration d. Präparates. S. Centralblatt f. Gyn. 1891. S. 274. Vorstellung der Operirten in der Sitzung der Gynäkologischen Gesellsch. v. 12. 2. 91.
6. 1. 91 geringer Blutverlust.	Fieberlos. In d. ersten 2 Tag. Leibschmerzen u. Durchfall. Geheilt entl. 14. 2. 91.	Laut brieflicher Nachricht am 1. 12. 95 gestorben.	Demonstration d. Präparates. S. Gynäkol. Gesellsch. Sitzung 12. 2. 91.
21. 1. 91 ohne Schwierigkeit.	† am 28. 1. 91 an Ileus.	—	—
21. 10. 91 beim Herabziehen zerreisst der Uterus in der Gegend des inneren Muttermundes. Entleerung einer Menge jauchigen Eiters.	Fieberlos. Geheilt entlassen 3. 12. 91.	Völliges Wohlbefinden constatirt am 5. 6. 96. 4 Jahre 7 Mon.	Das Präparat zeigt eine carcinomatöse Entartung des Cervicalcanals mit jauchigen Abscesssherden.

No.	Name.	Alter.	Allgemein- Zustand.	Erkrankungsbeginn:		Symptome bei der Aufnahme.	Diagnose.
				Wann erkrankt.	Erste Anzeichen.		
9.	C. Schm. 0 para.	34 J.	Kräftig, anäm.	Seit Nov. 1890.	Unregelmäss. starke Blu- tungen.	Blutig-schleimiger, übelriechender Aus- fluss.	Kleinpapelförmiges Blumenkohlgewächs d. Port. Parametr. frei.
10.	J. Kr. 10 para.	50 J.	Abgemagert, sehr anäm.	Seit 6 Mon.	Unterleibs- schmerzen; Blutungen, Abmagerung.	Stark ulcerirtes Ge- schwür d. Portio, auf d. linke Scheidenge- wölbe übergegangen.	Portiocarcinom; linkes Parametr. verdickt.
11.	P. Kr. 2 para.	36 J.	Gracil gebaut, mässig ge- nährt, anäm.	Seit 2 Mon.	Unregelmäss. Blutungen, wässrig. Aus- fluss.	Taubeneigrosses Ge- schwür der linken Seite der Portio.	Cancroid d. Port. Parametrien frei, Uterus bewegl.
12.	Aug. H. 4 para.	48 J.	Kräftig, fett- leibig.	Seit 5 Jahren.	Vorfall der Scheide.	Hängebauch; totaler Prolaps des Uterus; stark verdickte, trockene vordere u. hint. Scheidenwand. Portio erodirt.	Total. Uteruspro- laps. Starke Hy- pertrophie des Collum.
13.	W. M. 6 para.	42 J.	Schwächlich, schlecht ge- nährt.	Seit einigen Wochen.	Atyp. Blutun- gen, wässrig. Ausfluss.	Tiefes, leicht blutend. Geschwür d. Portio; Scheidengewölbe hinten u. theilw. vorn derb infiltr. Uterus wenig beweglich.	Fetzig ulcerirtes Portiocarcinom.
14.	E. Pf. 2 para.	28 J.	Schlecht ge- nährt.	Seit 7 Wochen.	Blutiger stin- kender Aus- fluss.	Jauchendes Geschwür der Portio, auf die vordere Scheiden- wand übergehend.	Carcinom d. Port. Parametrien frei, Uterus bewegl.
15.	C. G. 3 para.	42 J.	Gross u. kräft., anämisch.	Seit 8 Jahren.	Drängen nach unt. Schmer- zen im ganzen Leib.	Descensus vaginae ant. et post. Portio klein; Uterus steht hoch in Verbind. mit einem d. ganze kleine Becken ausfüllenden kindskopfg. Tumor.	Myoma uteri.
16.	P. Hr. 7 para.	48 J.	Mag., schlecht genährt.	Seit dem Herbst 93.	Permanente Blutung.	Portio durch Neu- bildung pilzförmig verdickt.	Portiocarcinom. Uterus kaum ver- grössert, gut be- wegl., Cervix et- was nach links verzogen.

Operation.	Verlauf.	Späteres Befinden.	Bemerkungen.
8. 1. 92 glatte Operation, geringe Blutung.	Fieberlos. Den 23. 2. 92 Entlassung bei gutem Allgemeinbefinden.	Wiederaufn. d. 24. 6. 92. Recidiv nach 5 Mon. Kleinwallnussgross. Carcinomknot. in d. Scheidenarbe, w. m. Pacque- lin verschorft. Ent- lassen 2. 7. 92.	—
20. 4. 92 bei Abtrennung des linken Parametrium entleert sich stinkender Eiter.	† 25. 4. 92 an Peritonitis purulenta.	—	—
6. 5. 92 glatte Operation, sehr gering. Blutverlust.	Fieberlos. Geheilt entlassen 3. 7. 92.	Untersuch. am 4. 3. 96. Blüh. Ausseh., glatte Narbe. Völl. Wohl- bef. seit 3 Jahr. 10M.	—
16. 11. 92. Vaginale To- talexstirpation leicht. Entfernung von Tuben und Ovarien.	Fieberlos. 4. 12. 92. Vor- dere u. hintere Colporrho- phie. Geheilt entlassen 3. 1. 93.	Laut briefl. Nachr. v. 10. 4. 96 örtl. Leiden beseit.; nur Klagen über Steifheit in d. Beinen u. Kopfweh.	Demonstration d. Prä- parates in der Gynä- kologisch. Gesellsch. S. Centralbl. f. Gyn. 1893. No. 29.
28. 1. 93. Schwierige Ab- lösung der Blase, die verletzt wird.	Fieberl. Wiederholte Fistel- operat. ohne Erfolg. Entl. bei gebess. Allgemeinbef. mit Urinal. 4. 3. 93.	Laut briefl. Nachricht † den 19. 6. 93 an Recidiv.	—
20. 12. 93. Glatte Ope- ration.	Pat. nach der Operat. sehr unruh., wälzt sich mit den Instrum. im Bett, trickt in unbewacht. Augenbl. d. Eis- beutel aus; darauf starker Singultus, Erbr., Schmerz., Meteorismus. Reposit. einer quer vorlieg. Darmschlinge, die im Speculum sichtb. war.	† 28. 12. 93 an Ileus.	—
7. 4. 94. Morcellement, geringer Blutverlust.	Fieberlos. Geheilt entlassen 12. 5. 94.	Untersuchung am 10. 2. 96. Völliges Wohl- befinden.	Demonstration d. Prä- parates in der Gynä- kologisch. Gesellsch. S. Centralbl. f. Gyn. 1893. No. 29.
25. 4. 94. Geringe Blu- tung.	Fieberlos. Keine Schmerzen. 20. 5. 94 Scheidenwunde gut geheilt. Nach läng. Pflege Entlassung bei gutem All- gemeinbefinden 9. 6. 94.	Untersucht 10. 4. 96. Glatte Scheidennarb. Allg. Befind. vortreffl. Blühend. Aussehen. Recidivfrei 2 Jahre.	Körpergewicht von 98 auf 138 Pfd. in 2 Jahren gestieg. De- monstration d. Prä- parates in der Gynä- kologisch. Gesellsch. S. Centralbl. f. Gyn. 1894. No. 46.

No.	Name.	Alter.	Allgemein- Zustand.	Erkrankungsbeginn:		Symptome bei der Aufnahme.	Diagnose.
				Wann erkrankt.	Erste Anzeichen.		
17.	A. S. 2 para.	43 J.	Gut genährt, anämisch.	Seit 1 Jahr.	Atyp. profuse Blutungen.	Uebelriech. Ausfluss; Portio erodirt; Cer- vicalkanal rauh, bröcklich, auf Son- denuntersuchung.	Cervixcarcinom.
18.	W. Sch. 7 para, 1 Abortus.	61 J.	Fettleibig, an- ämisch.	Seit Aug. 93.	Aetzd. fleisch- wasserähnl. Ausfluss. Schmerzen in der rechten Seite.	Geschwür der Portio. Uterus vergrössert, beweglich.	Ulcer. Carcinom d. Portio; Paramet- rien frei.
19.	E. Wr. 2 para.	36 J.	Kräftig, gutge- nährt, anäm.	Seit 9 Jahren.	Blutungen 14 Tage lang.	Grosse Narbe über d. vorderen Mutter- mundslippe. Uterus sehr vergröss. durch einen Tumor im Fundus.	Myoma uteri.
20.	A. W. Wr. 5 para.	43 J.	Gut genährt, fettleibig.	Seit Sommer 1894.	Scharfer Aus- fluss, Schmer- zen im Unter- leib.	Pilzförmig. Geschwür der Portio, etwas auf die vordere Va- ginalwand übergeh.	Portiocarcinom. Parametrien frei, Uterus bewegl.
21.	M. Ss. 1 para, 1 Abortus.	30 J.	Schlecht ge- nährt, anäm.	Vor 3 Jahren.	Unterleibsent- zündung im Dec. 1893.	Schmerzen im Unterl. Häufig. Harndrang. Tumor in abdomine. Derselbe liegt als ein Längsoval i. d. linken Beckenhälfte u. ragt mit seinem höchsten Punkt handbr. üb. d. Symphyse. Abendl. Fieber bis 40,0.	Pelveoperitonitis. Pyocoele retro- uterina.
22.	R. Pl. 0 para.	51 J.	Grosse Frau mit starkem Fettpolster. Gesichtsfarbe wachsbleich; hochgradige Anämie.	Seit 1 Jahr.	Blutungen.	Seit 4 Wochen perman. Blutungen. Hydro- pische Schwellungen im Gesicht; anäm. Herzgeräusche. Ute- rus kindskopfgross, 2 Finger breit unt. d. Nabel. Gr. Schwäche.	Uterusmyom.
23.	K. Kl. 7 para.	64 J.	Mäss. genährt, anämisch.	Seit 4 Mon.	Blutungen u. wässr. Ausfl. Schmerzen in d. link. Seite.	Stark zerklüftetes Ge- schwür der Portio, mit Uebergang auf das linke Scheiden- gewölbe.	Ulcerirtes Portio- carcinom, linkes Parametrium in- filtrirt.

Operation.	Verlauf.	Späteres Befinden.	Bemerkungen.
30. 5. 94. Operat. glatt; geringe Blutung; Entfernung beider Ovarii.	Fieberlos. Heilungsverlauf ohne Störung. Entlassung 3. 7. 94.	Nachrichten überspäteres Befinden nicht zu erlangen.	—
27. 6. 94. Beim Herabziehen des Uterus Entleerung der jauchigen Pyometra.	Etwas erhöhte Temp. in d. ersten 4 Tagen. Heilungsverlauf günstig. 18. 7. 94 Verlassen des Bettes. 16. 8. 94 geheilt entlassen.	Nach 3 Monaten Recidiv. † 19. 10. 95 im Städtischen Siechenhaus.	—
11. 7. 94. Schwierige Lösung der mit schwierigen Narben verlötheten Blase. Morcellement und Ausschälung des billardkugelgrossen Myoms.	Fieberlos. Schnelle Reconvalescenz. Geheilt entlassen 20. 8. 94.	Laut Nachrichten v. 3. 1. 96 gutes Allgemeinbefinden.	—
29. 9. 94. Obgleich die Neubildung einen Theil der vorderen Vaginalwand ergriffen, gelingt es, im Gesunden zu operiren. Starke Blutung aus dem vorderen Wundrand wird mit 1 Pince gestillt.	Fieberlos. Keine Schmerzen. Bei gutem Allgemeinbefinden entlassen 10. 11. 94.	5. 12. 94. Klagen über vermehrte Secretion. Neben der Narbe 2 weisse markige Knot. v. Kirschkerngrösse. Verschörfung des Recidivs mit Pacquelin.	Laut briefl. Nachricht v. Dr. Wulkow in Pirna † 17. 1. 95 am Recidiv.
20. 10. 94. Vaginale Totalexstirpation des Uterus, der mit der Abscesswand fest verwachsen ist. Dabei ergiesst sich ca. 100 cem stink. Eiter.	In der ersten Woche fieberfreier Verlauf; in d. 2. Woche Temp. bis 39,4. Nach wiederholten Ausspülungen der Abscesshöhle Entfieberung. Entlassung bei gutem Allgemeinbefinden den 6. 1. 95.	Befind. sich in dienstlicher Stellung bei guter Gesundheit u. blühendem Ausseh. Stellte sich d. 8. 4. 96 zuletzt vor.	Vorgestellt i. d. Gynäkologisch. Gesellsch. d. 13. 12. 94. Ausführliches s. Centralblatt f. Gyn. Bd. 19. S. 292.
22. 11. 94. Morcellement. Der Tumor wird in ca. 50 wallnussgr. Stücken entfernt, und der Uterus nebst Tuben u. Ovarien exstirpiert. Fast blutlose Operation.	Einmalige abendliche Temp. 38,5, sonst fieberlos. Geheilt entlassen 26. 2. 95.	Nach einer Badekur in Elster stellte sich Pat. im August 95 blühend und kräftig vor.	Demonstration d. Tumors, im Gewicht von fast 500 g, in der Gynäkol. Gesellsch. S. Centralbl. f. Gyn. Bd. 19. S. 293.
8. 12. 94. Die Umschneidung d. Carcinoms nach links besond. schwierig. Erschwerte Eröffnung d. Douglas durch bestehende Verwachsungen.	In den ersten Tagen gutes Befinden. Verlangen nach Nahrung. 11. 12. Erbrechen, Meteorismus, †.	—	Section ergab: Peritonitis purulenta, beginnendes Amyloid der Nieren. Ureteren, Blase u. Därme intact.

No.	Name.	Alter.	Allgemein- Zustand.	Erkrankungsbeginn:		Symptome bei der Aufnahme.	Diagnose.
				Wann erkrankt.	Erste Anzeichen.		
24.	Chr. M. 1 para, 1 Abortus.	49 J.	Abgemagert.	Seit 2 Jahren.	Atyp. Blutun- gen. Fleisch- wasserähn- l. Ausfluss.	Uterus etwas ver- gröss. Portio fühlt sich derb an, blutet leicht bei Berührung.	Beginnendes Por- tiocarcin., klein. Myom am Fun- dus. Mikroskop.: Drüsencarcinom.
25.	A. M. 2 para.	44 J.	Gut genährt, schr anäm.	Seit Früh- jahr 94. 2 mal ausge- schabt.	Blutungen.	Uterus vergrössert. Seit 4 Woch. starke, nicht zu stillende Blutungen.	Kleine multiple Myome d. Uterus.
26.	A. Kr. 0 para.	52 J.	Hochgrad. an- ämisch, kommt in fast verblutetem Zustand in's Haus.	Seit 4 Mon. an- dauernde starke Blu- tungen.	Profuse Blu- tungen.	Puls 144, unregelm., Temp. 38,2. Uterus vergröss. durch einen d. Fundus aufsitzend. Tumor v. Kindskopf- grösse. Starke Blut.	Uterusmyom.
27.	A. Rg. 3 para.	47 J.	Kachectisch. Rechtsseitige chron. Coxitis, schwächerer Körper- bau.	Seit Monaten.	Uebelriechd. Ausfl., grosse Schmerzen.	Stark zerklüftetes Ge- schwür der Portio.	Portiocarcin.; In- filtration d. hin- teren u. linken Scheidengewöl- b.
28.	A. Hg. 3 para.	55 J.	Kräftig, gutge- nährt, anäm.	Seit 1 Jahr.	Atypische Blu- tungen.	Uterus stark vergröss., fühlt sich am Fundus knollig an.	Uterusmyom von der Grösse eines Apfels.
29.	E. P. G. 5 para.	49 J.	Guter Ernäh- rungszustand.	Seit $1\frac{1}{2}$ J. starke stechende Schmerzen im Unterl.	Sehrübelriech. Ausfl., bald eitrig, bald wässrig.	Geschwür der Portio linkerseits auf die Scheide übergehend.	Carcinoma uteri, linkes Parametr. infiltrirt.

Operation.	Verlauf.	Späteres Befinden.	Bemerkungen.
20. 2. 95. Glatte Operation; sehr geringer Blutverlust.	Temp. zwischen 36,7 und 38,3. Abnahme d. Klemmen nach 29 Stunden. 11. 3. 95 Verlassen des Bettes. Aus äusseren Gründen Entlassung 5. 4. 95.	Zustand denkbar günstig; Narbe glatt. Allgemeinzustand sehr gut. Völliges Wohlbefind. 1 Jahr. 3 Mon. Untersucht 11. 5. 96.	Demonstration d. Präparates 14. 3. 95 in der Gynäkolog. Gesellsch. S. Centralbl. f. Gyn. No. 22. 95. Zeigt 3 verschied. patholog. Veränderungen: 1. Beginnendes Drüsencarcinom der Portio. 2. Taubenigross. Myom a. Fundus. 3. Wallnussgr. Cyste m. schleimig. Inhalt i. d. hinteren Cervicalwand.
14. 3. 95. Eröffnung des Douglas durch starke Adhäsionen und Stränge sehr erschwert.	Einmal. Temp. von 39,1 in Folge Cystitis nach Katheterisiren; v. 22. 3. 95 fieberfr. Decubitus am Kreuzbein. Geheilt entlassen 22. 4. 95 bei gutem Allgemeinbefind.	Persönl. Vorstellung 20. 2. 96. Gesundes Aussehen. Andauerndes Wohlbefind.	—
27. 4. 95. Morcellement, Totalexstirpation. Bei Abklemmung d. rechten Lig. Entleer. von Eiter.	Abnahme der Klemmen nach 24 Stunden, keine Nachblutung. Temp. 39,4. Puls unregelmässig. † 30. 4. 95.	—	Sect.: Myocardit., alte abgeheilte Spitzentuberculose. Anämie sämtlicher Organe. Fettleber. Beginnende Peritonitis.
12. 8. 95. Uterus lässt sich nicht herabziehen. Bei der Operation wird in Folge des bereits degenerirten Gewebes eine Recto-vaginal-Fistel erzeugt.	Fieberlos. 12. 9. 95. Versuch, die Fistel zu heilen, erfolgl. Die Ränder der Fistel fühlen sich hart und infiltrirt an. Entlassung 17. 10. 95.	Laut briefl. Nachricht nach Ablauf eines halben Jahres in der Heimath gestorben.	—
16. 10. 95. Glatte Operation. Morcellement.	Einmal. Temp. v. 39,0, sonst fieberlos. Glatter Heilungsverlauf. Pat. verlässt am 5. 9. 96 das Bett, nachdem noch d. vord. u. hintere Kolporrhaphie weg. Vaginalprolaps gemacht worden. Geheilt entlassen 11. 12. 95.	4. 4. 96 völl. Wohlbefinden.	—
19. 10. 95. Linkerseits die Ablösung erschwert; geringe Blutung.	Fieberlos. Gebessert entlassen den 14. 11. 95.	4. 2. 96 Ernährungszust. bedeut. gehob. Narbe fühlt sich verdächtig an. Recidiv.	—

No.	Name.	Alter.	Allgemein- Zustand.	Erkrankungsbeginn:		Symptome bei der Aufnahme.	Diagnose.
				Wann erkrankt.	Erste Anzeichen.		
30.	J. Th. 7 para.	58 J.	Kachectisch. Abgemagert.	Seit mehreren Wochen Blutungen.	Ausfluss.	Verdickte hintere Muttermundslippe leicht blutend.	Beginnendes, nicht ulcer. Carcinom der hint. Mutter- mundslippe. Mi- kroskop.: Carci- nom. Parametr. frei. Uterus be- weglich.
31.	S. Hg. 3 para.	52 J.	Mittelkräftig, hochgrad. an- ämisch.	Seit 2 Jahren starke Blu- tungen.	Ostern 1896 heftige Blu- tung.	Uterus kindskopfggr., Billardkugelgrosser Knollen im Fundus.	Myoma uteri.
32.	J. M. 0 para.	43 J.	Schwächlich, schlecht genährt.	Seit 4 Jahren.	—	Total prolabirt. Ute- rus-Blutungen.	Prolapsus uteri tot. Hernia in- guinal. sin.
33.	P. T. 2 para.	52 J.	Sehr anämisch, grosse Schwäche.	Seit 1895 profuse Blutung.	—	Blutungen.	Myoma uteri bis zur Höhe des Nabels.

Nebenverletzungen waren leider nicht zu vermeiden, doch sind sie nicht auf Rechnung der Klemmenmethode zu setzen, da sie gleich zu Anfang der Operation entstanden waren. Schwierige Lösung der Blase bei vorgeschrittenem Uteruscarcinom auf die vordere Scheidenwand bewirkte 3mal Blasenverletzungen, die in 2 Fällen geheilt werden konnten. Ein Fall, No. 13, musste nach wiederholten fruchtlosen Heilversuchen mit einer Fistel entlassen werden. Im Fall No. 27 entstand in Folge der Bemühung, das tiefgreifende degenerative Gewebe zu entfernen, eine Rectovaginalfistel, bevor noch eine Klemmzange in Anwendung kam. Auch hier war der Versuch, die Fistel zur Heilung zu bringen, erfolglos. Weitere Verletzungen sind in den übrigen 29 Fällen nicht vorgekommen, namentlich ist das so gefürchtete Mitfassen des Ureters und Darmes bei Allen vermieden worden.

Nachblutung beobachtete ich nur in einem Fall No. 5, bei dem am Abend des Operationstages eine solche auftrat, da ich unvor-

Operation.	Verlauf.	Späteres Befinden.	Bemerkungen.
8. 1. 96. Glatte Operation, ohne Blutung.	Fieberlos. Pat. sehr unruhig, ist in den nächstfolgenden Nächten aufgestanden. Will geträumt haben. Geheilt entlassen 1. 2. 96.	Persönl. Vorstellung d. 27. 3. 96. Klagt über allg. Schwäche. Narbe trichterförm., glatt. Kein Recidiv.	—
15. 4. 96. Morcellement. Geringe Blutung.	Temp. am 5. u. 6. Tage 39,0, sonst fieberlos. Abnahme d. Klemmen nach 26 Stunden. Glatter Heilungsverl. Entl. mit einer kleinen granulir. Scheidenwunde d. 4. 5. 96.	—	—
3. 6. 96. Operation leicht.	Fieberlos. Entl. 29. 7. 96.	—	—
18. 7. 96. Morcellement wegen Enge der Scheide, sehr schwierige Operation. 7 Pfd. schweres Myom, geringe Blutung.	Höchste Temperatur 38,5, geringe Dyspnoe. Bronchialecatarrh nach Aethernarcose. 5. 8. 96. Verlassen des Bettes.	—	—

sichtiger Weise den hinteren Scheidenwundrand, der während der Operation nicht blutete, durch Pincen nicht gesichert hatte. Nach starken Brechbewegungen erfolgte eine ziemlich heftige Blutung, die auf Anlegung von zwei kleinen Klemmen sofort stand.

Bezüglich der Dauererfolge waren in 16 Fällen zuverlässige Nachrichten über das spätere Schicksal der Operirten zu erlangen. Zwei waren durch die Post nicht mehr auffindbar. Stellt man die als geheilt und gebessert entlassenen Carcinomkranken nach der Anzahl der recidivfreien Jahre zusammen, so ergeben die Fälle:

No.	4	völliges	Wohlbefinden	ohne	Recidiv	5	Jahre	7	Monate.
"	5	"	"	"	"	5	"	3	"
"	8	"	"	"	"	4	"	5	"
"	11	"	"	"	"	3	"	10	"
"	16	"	"	"	"	2	"	—	—
"	24	"	"	"	"	1	"	—	—

Recidive traten ein bei:

No. 1 nach 8 Monaten.

"	9	"	5	"
"	29	"	4	"
"	20	"	1	"

Der Tod erfolgte bei:

No. 18 nach 3 Monaten 3 Wochen.

"	13	"	4	"	3	"
---	----	---	---	---	---	---

"	27	"	6	"
---	----	---	---	---

"	6	"	4 Jahren 11 Monaten.
---	---	---	----------------------

"	3	"	4 Monaten an Pneumonie.
---	---	---	-------------------------

Ueber ihren andauernd guten Gesundheitszustand konnten alle diejenigen Kranken, theils brieflich, theils persönlich in jüngster Zeit berichten, welche wegen gutartiger Affectionen des Uterus operirt worden waren (No. 15, 19, 21, 22, 25, 26, 28, 31, 32 u. 33).

Hinsichtlich der Recidive sind diese Resultate nicht besonders glänzend zu nennen, sie wären aber auch bei gleicher Auswahl der Fälle mittelst Nahtmethode nicht günstiger geworden. Fritsch sagt sehr richtig, dass es nicht schwer sei, gute Statistik zu machen, wenn man nur günstige Fälle operirt. Mit wenig Ausnahmen wird jeder Operateur im Anfang seiner Laufbahn geneigt sein, sich im Eifer zu Operationen hinreissen zu lassen, die besser unterblieben wären, bis ihn schmerzliche Erfahrungen zur Vorsicht und zu strengerer Auswahl der Fälle mahnen. Blicke ich auf die tabellarisch geordneten 33 Fälle zurück, so sind einige darunter, die von der Mehrzahl der Operateure als inoperabel zurückgewiesen worden wären. Diese sind es zumeist, die Nebenverletzungen erlitten und bald nach der Operation einem Recidiv erlagen. Versuchsweise wurde die Klemmenmethode in sehr vorgeschrittenen Fällen angewendet, in der Absicht die Schmerzen und den Jaucheherd, wenigstens für einige Zeit zu beseitigen, z. B. bei No. 13, 20, 27 und 29. Es ist nicht zu leugnen, dass dies mit der Klemmenteknik leichter gelingt als mit der Nahtmethode. Wo die Ligatur in bereits krankem Gewebe nicht mehr hält, da wird die Klemme noch blutstillend wirken können. Nicht selten kommt man in die Lage, erst bei der Operation zu erkennen, dass sich im Gesunden nicht mehr operiren lässt. Ist die Blase abgelöst, der Douglas'sche Raum geöffnet, und die Basis der Parametrien bereits durchtrennt, so bietet das Klemmenverfahren noch die Möglichkeit, die Operation gefahrlos zu beenden, welche dann freilich nur eine

palliative Bedeutung hat. Auch meine Erfahrungen bestätigen die von Landau und Abel gemachten Beobachtungen, dass die Forciressur sich ganz besonders für weit vorgeschrittene Fälle eignet. Dennoch würde ich in Zukunft die Klemme zur palliativen Behandlung nur ganz ausnahmsweise anwenden, falls heftige Schmerzen dazu drängen. Was ist damit gewonnen, wenn die Krebskranke nach Ueberstehung der lebensgefährlichen Operation kurze Zeit aufblüht und dann bereits nach einigen Monaten an denselben qualvollen Erscheinungen wiederum hinsiecht, zu welcher, wie Fritsch treffend bemerkt, noch „der Seelenschmerz der getäuschten Hoffnung“ hinzutritt?!

Die Technik der Klemmenmethode lehnt sich eigentlich an ein längst vergessenes Verfahren Olshausen's¹⁾ an, der im Jahre 1881 vorschlug, die Ligamente statt der Massenligatur durch Drahtschnürer zu sichern, und diese Methode in einer Anzahl von Fällen zur Ausführung brachte. Die Ideen der Abschnürung und Abklemmung der breiten Mutterbänder sind ja nah verwandt, es mag daher Olshausen's Verfahren die erste Anregung dazu gegeben haben, die Blutstillung mit jeweilig liegenbleibenden Klammern zu bewirken. Dem Beispiel Olshausen's folgend, führte ich meine erste Uterusexstirpation²⁾ nach dieser Methode glücklich aus. Die Nachtheile, die diesem Verfahren anhaften, das lange Liegenlassen der Maisonneuve'schen Drahtschnürer bis zum Abfall, oft erst am 7.—8. Tage, die dabei nothwendigen desinficirenden Ausspülungen zur Bekämpfung des übelriechenden Ausflusses, liessen die Methode nur eine beschränkte Verbreitung finden. Ich begrüßte deshalb mit Freude die von Péan und Richelot angegebene Vereinfachung der Totalexstirpation ohne Anwendung der Naht, welch' letztere mir stets unbequem erschien und die Dauer meiner Operationen verlängerte. Mit der Anlegung der Drahtschnürer schon vertraut, war es ein Leichtes, die Technik der Klemmenmethode mir anzueignen, und die Schwierigkeit so manchen Falles in kurzer Zeit zu überwinden. Hierzu möchte ich bemerken, dass ich das Klemmenverfahren bis zu meinem 29. Fall von Anderen nicht habe ausführen sehen. Die erste kurze Beschreibung von Landau genügte mir,

1) Olshausen, Ueber Totalexstirpation des Uterus nach zehn eigenen Fällen. Berl. klin. Wochenschr. 1881. No. 35.

2) Siehe Sitzungsber. d. gynäk. Gesellsch. zu Dresden. Centralblatt f. Gynäk. 1883. No. 9. S. 147.

die Methode nach eigenem Gutdünken zu gebrauchen, ohne mich streng nach den Vorschriften des genannten Autors zu richten. Als ich im September 1895 Gelegenheit hatte, Th. Landau einen nicht complicirten Fall operiren zu sehen, fand ich nicht viel Abweichendes von meiner Operationsweise. In meinen ersten leichten Fällen, die in die Zeit von 1890—1892 zurückdatiren, also noch vor der Publication Th. Landau's und Doyen's, war ich ebenfalls bemüht, den Uterus frei zu legen, ihn vor die Scheide oder selbst, wenn es ging, vor die Vulva zu ziehen, und dann erst seitlich die Klemme zur Blutstillung anzulegen. Es waren dies Fälle bei Mehrgebärenden mit weiter Scheide und grosser Beweglichkeit des Uterus, ohne Infiltration der vorderen und hinteren Scheidenwand und den Parametrien. Hatte ich den Uterus aus seinen Verbindungen mit Blase und Mastdarm gelöst und ihn durch etagenförmiges Einsetzen der Haken nach vorn umgestülpt, so fiel derselbe bei kräftigem Zug fast vor die Vulva. Von der hinteren Peritonealöffnung aus liess sich dann das betreffende Ligament mit gekrümmten Zeigefinger anhängen, herunterziehen und der Abklemmung leicht zugänglich machen. Waren die Klemmen unter Controlle des Auges in so bequemer Weise angelegt, so erfolgte die Abtrennung des Uterus von den Ligamenten fast ohne einen Tropfen Blut.

So entwickelte sich denn unwillkürlich aus solchen Fällen ein technisches Verfahren, das gefahrlos und bequem die Blutstillung und Ausschneidung des Uterus gestattet. Daher erscheint es nicht auffallend, wenn Landau und Doyen nach einer grösseren Zahl von Operationen, gleichzeitig und unabhängig von einander, die Erfahrung gemacht haben, dass die vaginale Totalexstirpation ohne präventive Blutstillung sich ausführen lasse. In dem Bestreben, den Uterus und die Ligamente zu isoliren und letztere zur Abklemmung sichtbar zu machen, drängte sich der naheliegende Gedanke auf, dass eine vorhergehende Versorgung der grossen Blutgefässe unnöthig sei; war doch dieses Verfahren wegen des dabei wirkenden Druckes und Zuges von einer überraschend geringen Blutung gefolgt. Bei meinen vaginalen Myomexstirpationen kam dieser Umstand besonders zur Geltung, so dass die Zerstückelung und die Exstirpation des myomatösen Uterus, nachdem Blase und Mastdarm abgelöst waren, in fast blutloser Weise vor sich gehen konnte.

Obgleich ich diese Operationsweise mehrfach ausgeführt habe,

liegt es mir doch fern, hierauf ein besonderes Gewicht zu legen und mir ein neues Verfahren zuzuschreiben, das ich nur als naturgemäss und nothwendig zum Hervorholen und Abklemmen des Uterus betrachtete. An Landau's und Doyen's Namen wird sich das nicht zu schmälernde Verdienst knüpfen, diese Methode vorher begründet und veröffentlicht zu haben. Man wird deshalb gerechter Weise beide Autoren, wenn von diesem Verfahren die Rede ist, analog den Namen Péan-Richelot, stets gemeinschaftlich nennen müssen.

Bei der Exstirpation von Uterusmyomen mittels der Zerstückelung richtete ich mich nach den bekannten Vorschriften von Péan.

Eine kurze Schilderung jedoch, wie der Gang der Operation in schwierigen Carcinomfällen unter meinen Händen sich bisher gestaltete, wenn der Uterus in Folge infiltrirter Ligamente oder entzündlicher Processe in denselben nicht herabziehbar war, möge hier noch Erwähnung finden. Von den Operateuren, die die Klemmmethode bevorzugen, weicht mein Verfahren etwas ab.

Nachdem die üblichen Vorbereitungen zur Operation getroffen sind, wird vor Beginn derselben die Vagina mit starken Sublimatlösungen sorgfältig ausgewaschen und das carcinomatöse Geschwür theils mit dem scharfen Löffel entfernt, theils mit dem Pacquelin verschorft. Für die Narkose, der ich stets eine kleine Morphinum-Atropininjection vorausschiebe, hat sich mir die Anwendung von Chloralchloroform, dem bald Aether folgt, ganz vortrefflich erwiesen. Nach dieser gemischten Narcose brechen die Kranken auffallend selten oder gar nicht. Gegen das Erbrechen nach einer Aethernarkose, die ich nur bei Kachectischen anwende, hat das von Mackenrodt empfohlene Einathmen von Essigdämpfen einen sehr günstigen Einfluss.

Ist der Uterus mit einem Muzeux gefasst, so lässt er sich bei infiltrirten Parametrien wenig oder gar nicht herabziehen. Auch das Freimachen und Hervorwälzen des Uterus gelingt unter solchen Verhältnissen sehr unvollkommen. Es heisst dann in situ operiren. Dabei reisst der Haken öfter aus, man ist genöthigt, ihn mehrmals einzusetzen, bis eine Stelle gefunden ist, wo er den Uterus nothdürftig packt, um möglichst schnell die circuläre Umschneidung der Portio, in gehöriger Entfernung von der carcinomatösen Grenze, zu vollenden. Nach theilweiser Ablösung der Blase suche ich durch Einsetzung eines zweiten Muzeux, in einer höheren Partie

des Uterus, einen festen Halt zu gewinnen. Hierauf eröfne ich den Douglas, indem ich mittels einer stumpfen Scheerenspitze das Peritoneum unter dem Schutze und der Leitung des linken Zeigefingers durchstosse, und dasselbe durch Auseinanderspreizen der Scheerenblätter nach links und rechts erweitere. Je nach der Blutung werden Peritoneal- und hinterer Scheidenwundrand mit 1—2 kleinen Pincen zusammengefasst und versorgt. Der vordere Scheidenwundrand, aus dem es selten stark blutet, bedarf gewöhnlich keiner Abklemmung. Bald von der linken, bald von der rechten Uteruskante ausgehend, setze ich die Ablösung der Blase fort, und schiebe diese nach oben bis zur Peritonealfalte. Hierauf drücke ich die Basis des linken Ligament's mittels des entsprechenden Zeigefingers nach vorn, lege zur Sicherung der grossen Gefässe eine mittlere starke Klemme an und durchschneide alsdann das Parametrium fast bis zur Höhe des Instrumentes. Die gleiche Manipulation wird auf der rechten Seite ausgeführt. Gewöhnlich ist die Plica vesico-uterina theilweise schon eröffnet. Der linke Zeigefinger gleitet hierauf längs der hinteren Fläche des Uterus zum Fundus und spannt in der Gegend des linken Isthmus tubae das Peritoneum, welches auf der Spitze des Fingers mit einem flachen Scheerenschnitt durchtrennt wird, so dass die hakenförmig gekrümmte Fingerspitze zum Vorschein kommt; mit dieser umfasse ich das linke Ligament und drücke es der anzulegenden grossen Klemmzange entgegen. Unter dem Schutze der linken Hand schiebe ich die Blätter der Zange ausserhalb der ersten Klemme soweit nach oben, dass die Spitze der hinteren Branche zum Schlitz des Peritoneums hervortritt. Die Klemme, welche man soweit als möglich im Gesunden nach aussen anlegt und schliesst, umgreift nun das ganze linke Ligament. Man kann die zuerst angelegte Klemme alsdann entfernen, doch bleibt sie zur grösseren Sicherheit liegen, wenn sie nicht gerade das weitere Operiren behindert. Dicht am Rand des Instrumentes schneidet man das Ligament vom Uterus ab, der durch den Zug des Muzeux mit seiner linken Seite vorfällt und sich gleichzeitig von dem letzten Rest der Plica trennt. Noch hängt der Uterus am rechten Ligament wie am breiten Stiel. Er hat an Beweglichkeit zugenommen und lässt sich ohne Schwierigkeit von demselben abklemmen und abschneiden.

Während dieser Vornahme sind die beiden Assistenten bemüht, mit Seitenhebeln das Operationsfeld zu erweitern. Vorgefallene

Tube und Ovarien werden ebenfalls abgeklemmt und abgeschnitten. In Fall No. 2 konnte rechterseits eine orangengrosse Ovarialeyste auf diese Weise leicht entfernt werden. Etwa noch blutende Stellen fasse ich mit einigen kleinen Klemmen, reinige die Wundhöhle von Blutgerinnseln und tupfe die Scheide trocken aus. Nachdem die Klemmen horizontal gelagert sind, schiebe ich zwischen denselben einen langen Streifen Jodoformgaze bis zum Wundtrichter, und tamponire die Scheide lockerer oder fester, je nachdem noch kleine parenchymatöse Blutungen bemerklich sind. Zuletzt umwickle ich mit dem Ende der Gaze die hinausragenden Theile der Instrumente, welche dadurch in unverrückbarer Stellung gehalten werden. Damit ist die Operation beendet. Die Kranke lasse ich alsdann vom Operationstisch aus auf einen in gleicher Höhe gestellten fest angestellten Wagen schieben, während die aus der Vulva herausragenden Griffe der Klemme von einem Assistenten gestützt werden. Am Bett angelangt, passt man den verstellbaren Wagen der Höhe desselben an, und befördert die Operirte in gleicher vorsichtiger Weise auf ersteres, wo sie für die erste Zeit eine horizontale Rückenlage einzunehmen hat. Es geschieht dies in der Absicht, jede Zerrung der Instrumente an den abgeklebten Gewebstheilen zu vermeiden. Aus demselben Grund werden die Handhaben der Klemmen im Bett auf einen grossen Wattebausch gelagert, so dass ein Herabhängen derselben nicht möglich ist. Beobachtet man diese Vorsichtsmassregel, so hört man die Kranke viel seltener über Schmerzen klagen, und sind Nachblutungen kaum mehr zu befürchten. Zur Abhaltung der Luft lasse ich die Vulva und alles vor derselben Liegende mit einer dicken Schicht sterilisirter Gaze bedecken.

Nachbehandlung. Nach der Operation klagen die Kranken besonders über quälenden Durst, doch erhalten sie während der ersten 24 Stunden weder Speise noch Trank. Höchstens bekommen sie in längeren Pausen etwas ungesüssten, kalten Thee. Sobald das Durstgefühl geschwunden ist, gewöhnlich am 3. Tage, stellt sich Appetit ein, der anfänglich mit kleinen Mengen leichter flüssiger Nahrung befriedigt wird.

Die Schmerzen sind nur ausnahmsweise sehr heftig, sie lassen sich stets durch Morphinjectionen beseitigen und hören nach Abnahme der Klemmen gänzlich auf. Letztere entfernte ich in der ersten Hälfte der Fälle nach 48 Stunden, in der Folge nahm ich sie bereits nach 24–36 Stunden heraus. Ich sah dar-

nach nie Nachblutungen auftreten. Am nächsten Tage nach der Operation findet man die Unterlagen der Operirten von einer serösen, sanguinolenten Flüssigkeit stark durchtränkt, ein Beweis, wie das Offenhalten der Peritonaealwunde mittels der Instrumente und der Jodoformgaze drainirend wirkt. Nach vorsichtiger Entfernung der Klemmen, die stets im Bett vorgenommen wird, ziehe ich den langen Gazestreifen heraus. Sehr oft empfinden die Kranken ganz zuletzt einen Schmerz, sei es, dass die Gaze mit dem Wundtrichter verklebt war, sei es, dass dieser sich schon geschlossen und das Ende derselben umfasst hatte. Ein frischer Gazestreifen wird hierauf wieder eingelegt, den ich je nach der Secretion alle 1—2 Tage wechsele. Zur Einführung der Gaze benutze ich ein kleines Speculum, durch das ich, in der Regel schon nach 36 Stunden, die Scheidenwunde verklebt fand.

Die locale Nachbehandlung beschränkte sich nur auf Tamponade mit trockener Jodoformgaze; desinficirende Ausspülungen werden grundsätzlich vermieden. Mit dem öfteren Wechsel der Gaze stösst sich das necrotische Gewebe viel leichter ab. Letzteres klebt in Form von dunklen Gewebsetsen oder einer schwarzen, übelriechenden Schmiere an der verbrauchten Gaze. Bei täglicher Erneuerung der Letzteren gehen Temperatursteigerungen schnell herab. Für die ersten Tage verordnete ich, prophylactisch, den Operirten einen Eisbeutel auf den Unterleib, der von Allen sehr wohlthuend empfunden wurde. Nach glattem Heilungsverlauf verliessen die Kranken am 20.—24. Tage das Bett. Meist blieben diese, in der Mehrzahl schlecht genährte und anämische Frauen, zur weiteren Pflege und Kräftigung noch einige Zeit in der Klinik.

Wenn ich zum Schluss die Vortheile des Klemmenverfahrens, gegenüber der Nahtmethode; nach meinen Erfahrungen, recapitulire, so lassen sich folgende Vorzüge derselben hervorheben:

1. Die kürzere Dauer und bequemere Ausführung der Operation.

2. Die sicherere Blutstillung und der geringere Blutverlust.

Keine Nachblutungen.

3. Die Möglichkeit, dass auch bei Operation in zweifelhaft gesundem Gebiet, durch die nach Anwendung der Klemmen eintretende Necrose, alles Kranke nachträglich ausfällt.

4. Die gefahrlosere Ausführbarkeit der Operation in bereits vorgeschrittenen Fällen.

5. Die einfachere Nachbehandlung, ohne die lästige Entfernung von Ligaturen.

Wer durch einige anfängliche Misserfolge sich nicht abschrecken liess, und mit der zunehmenden Zahl der Fälle die Technik zu beherrschen gelernt, dürfte, meiner Ansicht nach, nicht mehr zur Nahtmethode zurückkehren wollen. Mit jedem neuen Fall wächst die eigene Dexterität und das Vertrauen zur Klemmenbehandlung, welche bei vorausgesetzt strenger Indicationsstellung die Erfolge der Nahtmethode zu überflügeln verspricht.