I. Aus der Königlichen Frauenklinik in Breslau. Die Principien der Prolapsbehandlung.¹⁾

Von Professor Dr. Otto Küstner.

Die Behandlung des Prolapses ist durchaus abhängig von der Form des Leidens. Diese absolute Selbstverständlichkeit bedarf dennoch einer ausdrücklichen Betonung. Die grosse Popularität, welcher sich die Simon-Hegar'sche Prolapsoperation erfreut, die vollendete Durchbildung, welche sie auf Hegar's Klinik erfahren hat, hat ebenso wenig wie Hegar's Autorität verhindern können, dass sich auf dem Gebiete der operativen Behandlung des Vorfalles ein gewisser Schematismus ausgebildet hat, welcher meiner Ueberzeugung nicht zur Vielgestaltigkeit des Leidens passt und welchem entgegengetreten werden muss. Das ist die Aufgabe der folgenden Erörterungen.

Vorfallen, d. h. vor die Vulva treten können verschiedene Theile der inneren Genitalien. Es kann die vordere, die hintere, es können beide Scheidenwände vorfallen, vorfallen kann ein Theil des Uterus, kann das ganze Organ. Betheilt sich der Uterus am Vorfall, so liegt zum mindesten die vordere, häufig auch ein grösserer Theil der hinteren Scheidenwand vor; ist die ganze Gebärmutter vorgefallen, so participirt meist auch die ganze Scheide am Vorfall. Bekannt ist, dass wir ebenso wie vom Uterusvorfall, so auch vom Scheidenvorfall reden. Correcer wäre die Bezeichnung Scheideninversion.

Der Scheidenvorfall hat verschiedene Bedeutung, verschiedene Ursachen.

Isolirtem Vorfall eines meist nicht umfänglichen Theiles der hinteren Scheidenwand begegnen wir häufig als Folge des incompleten Dammdefectes; dabei ragt der charakteristische dreieckige, untere Zipfel der Columna rugarum posterior in die Vulva hinein und zum Theil aus ihr heraus. Diese Dislocation kommt durch die Eigenthümlichkeiten der secunda intentio bei partiellen Dammrissen zustande: Die Narbenschumpfung in der Richtung von innen nach aussen lässt den unteren Zipfel der hinteren Scheidenwand tiefer und allmählich heraustreten. Sehr häufig stülpt sich in diesen Zipfel der entsprechende Theil der Rectumwand hinein, Rectocele. Wegen der Länge und Dehnungsfähigkeit der hinteren Scheidenwand hat diese Form des Scheidenprolapses eine Dislocation tiefer gelegener Theile der inneren Genitalien, also des Uterus, nicht zur Folge; dieser bleibt in seiner Normallage im Becken. Aus diesem Grunde deckt sich die Correctur dieses Prolapses meist mit der des Dammdefectes. Eine rationell ausgeführte Perineoplastik, in vielen Fällen am besten nach der von mir Epispioplastik genannten Methode, beseitigt diese Form des Scheidenprolapses. Bestand derselbe längere Zeit und infolge dessen durch Circulationsstörungen bedingte Hypertrophie der prolaborierten Wandpartien, so ist die Perineoplastik zweckmässig mit einer Resection von überflüssigem Scheidenwandmaterial zu verbinden.

Meist nicht so einfach liegen die Verhältnisse bei isolirtem Vorfall der vorderen Scheidenwand. Dieser kann Folge des partiellen Dammdefectes sein; seltener ist er Folge des totalen, weil hier die Narbe straffer zu sein pflegt. Unter normalen Verhältnissen stützt sich die vordere Vaginalwand, wenigstens die untere Partie derselben, auf den vorderen Theil des Damms; geht sie dieser Stütze verlustig, so prominirt sie frei in die Vulva, wölbt sich bei stärkeren Acten der Bauchpresse noch weiter vor und kann schliesslich denjenigen Tiefstand constant beibehalten, welchen sie früher nur bei den Acten verstärkter Bauchpresse einnahm. In dem Scheidenvorfall liegt ein entsprechender Abschnitt der Blase.

Erreicht der so entstandene Prolapsus vaginae anterior keinen hohen Grad, so bleibt er ohne Einfluss auf die Stellung des Uterus. Andererseits lässt es seine Entstehungsursache aus Dammdefect erklärlich erscheinen, weshalb er sich häufig mit Prolapsus vaginae posterior vergesellschaftet.

Die sonst nicht weiter complicirte Form des Vaginalprolapses wird häufig durch die Beseitigung der Ursache, durch die Correctur des Dammdefectes gehoben. Ist die secundäre Hypertrophie

der vorderen Vaginalwand zu gross, so ist eine entsprechende Colporrhaphia anterior am Platze.

Häufiger als diese einfache Form des Prolapses der vorderen Scheidenwand ist die mit einer Lageveränderung des Uterus complicirte, mit der häufigsten Lageveränderung, mit der Retroversio-flexio. Wenn nicht bezweifelt werden kann, dass in diesem Falle beide Leiden unabhängig von einander entstehen können, so ist es ungleich häufiger, dass sie in einem ursächlichen Verhältniss zu einander stehen. Und zwar ist dann fast stets die Retroversio-flexio das primäre, der Prolaps der vorderen Scheidenwand das secundäre Leiden. Die Retroversio-flexio des Uterus ist gleichbedeutend mit Tiefstand des Organs; steht so die Portio vaginalis einige Centimeter der Vulva näher, so wird die Vagina verkürzt, von der Vaginalwand, welche vorher einen Canal von 7—8 cm Länge auskleidete, jetzt nur einen solchen von 4—5 cm Länge zu bekleiden hat, wird ein Theil überflüssig, schlägt eine Falte, und diese Falte kommt in Gestalt des Prolapsus vaginae anterior in die Vulva zu liegen.

Eine andere Anschauung über die gegenseitigen ursächlichen Beziehungen zwischen Vorfall der vorderen Wand und Retroversio-flexio lässt die Lageveränderung des Uterus das secundäre sein, die vordere Scheidenwand zerre den Uterus nach unten und zwingt ihn, sich in die fehlerhafte Stellung zu begeben. Dieser Mechanismus trifft nur ganz ausnahmsweise zu, in der Regel ist die Retroversio-flexio primär.

Diese Combination von pathologischen Affectionen: partiellem Dammdefect, Descensus vaginae anterior, eventuell auch posterior, Retroversio-flexio ist ganz ausserordentlich häufig, stellt ein ganz typisches Krankheitsbild in der Gynäkologie dar. Sehr häufig findet man dabei noch einen oder zwei tiefere Cervixspalten und als Consequenz dieses Lacerationsectopiums und des Cervixkatarrhes noch Endometritis corporis uteri. Auch kann letztere die Folge der durch die Retroflexion bedingten Stauungsverhältnisse sein.

Nach der Erörterung über die ätiologischen Verhältnisse ist ohne weiteres ersichtlich, dass ohne Lagecorrectur des Uterus die Behandlung dieser Form des Vorfalles völlig illusorisch ist. Und doch begegnet man derartigen Bestrebungen oder ihren problematischen Resultaten recht häufig. Ich sehe nicht selten Kranke, bei welchen wegen dieser Form des Vorfalles vordere, eventuell auch hintere Colporrhaphie gemacht und die Retroflexion unberücksichtigt geblieben ist; gegen das sichtbare, selbst Laien Bemerkbare, gegen das an die Oberfläche Tretende des Leidens hat sich die Therapie gekehrt; die Hauptsache, die Ursache hat sie unberührt gelassen, die fehlerhafte Lage des Uterus. Das ist einer von den Punkten, welche ich Eingangs dieser Erörterung andeutete, wenn ich von allzu schematischer chirurgischer Behandlung des Vorfalles sprach. In vielen Fällen wäre mit der Behandlung der Retroversio-flexio das ganze Leiden auf viel einfachere Weise in Angriff genommen worden, hätte allein die Reposition des Uterus und die Einführung eines gut passenden Pessars genügt, und vorderer wie hinterer Scheidenprolaps wären geheilt gewesen; die hypertrophische vordere Scheidenwand hätte sich unter dem Einfluss der wiederhergestellten Normallage des Uterus zurückgebildet, die Endometritis ebenso.

So einfach liegen nun die Verhältnisse nicht immer. Ist es die Endometritis hyperplastica, welche, weil zu bedeutend, einer besonderen Behandlung bedürftig ist, so ist mit einer Auskratzung des Uterus derselben zur Genüge Rechnung getragen; in derselben Sitzung wird der Uterus reponirt und ein Pessar eingelegt.

Ist aber der Prolapsus vaginae anterior zu bedeutend, als dass man auf eine ausreichende spontane Rückbildung nach der Reposition des Uterus rechnen könnte, ist der Dammdefect zu gross oder die entsprechende Narbe zu starr, als dass das consecutive Klaffen der Vulva sich mit einem Scheidenpessar verträge, dann sind Scheidenoperationen nöthig. Will man in einem derartigen Falle die Hauptsache, das ist die Lagecorrectur des Uterus, auf die übliche Weise durch Reposition und Pessar vornehmen, so kann die Behandlung einigermassen complicirt werden.

¹⁾ Nach einem Vortrage, gehalten im Verein Breslauer Aerzte am 8. März 1894.

Nehmen wir den positiven Fall, es handele sich, wie so häufig, um bedeutendere Endometritis hyperplastica, um Lacerationsectropium, um Dammdefect, Descensus vaginae anterior und um Retroflexion, so lassen sich recht gut folgende Operationen in einer Sitzung machen: Ausschabung, Emmet, Perineoplastik, eventuell vordere Colporrhaphie. Die Hauptsache aber bleibt vorbehalten, das ist die Reposition des Uterus und die Einlegung eines Pessars. Diese kann man nicht einmal unmittelbar im Anschluss an die Heilung der Scheidenoperationswunden, das heisst etwa schon nach acht Tagen vornehmen; die noch zu junge, um diese Zeit noch zu leicht verletzliche Narbe an der Portio, am Damm verträgt weder den Act der Reposition, noch die nothwendige Dehnung durch das Pessar, am allerwenigsten die Einführung desselben. Reposition wie Pessareinführung sind erst nach genügender Erstarkung dieser Narben vorzunehmen, das heisst also nicht vor Ablauf einiger Monate. Bis dahin haben sich die Kranken noch mit ihren Retroflexionsbeschwerden abzufinden, das heisst, obwohl operirt, verspüren sie von ihrer Cur nicht den geringsten Nutzen. Das ist also zum mindesten recht unpraktisch.

Derartigen Fällen gegenüber verfuhr ich daher früher häufig so, dass ich den Uterus ausschabte, den Emmet unterliess, dafür das entsprechende Lacerationsectropium mit dem Glüheisen cauterisirte, den Uterus reponirte, ein passendes Pessar einlegte und dann vor dem Pessar die entsprechende Perineoplastik machte. So war das Nothwendigste in einer Sitzung beendet. Nach der Heilung der Plastik konnten die Kranken definitiv entlassen werden, brauchten nicht zur Reposition und Pessarbehandlung wiederzukommen. Derartiges Verfahren machte der Fernzügigkeit der Kranken, welche in Russland ja keine Grenzen kennt, die genügenden Concessionen. Dem Uebelstand, dass man vielleicht prima vista nicht das richtige Pessar traf, war leicht dadurch abzuheffen, dass man die Behandlung mit dem Ausprobiren des Pessars begann und erst operirte, wenn das zweifellos passende gefunden war. Aber selbst trotz grosser Sorgfalt, selbst wenn das Pessar noch so gut gewählt war, habe ich gelegentlich beobachtet, dass sein unteres Ende die noch frische Episio- resp. Perineoplastikwunde insultirte. Also immer wieder eine Collision zwischen dem operativen und dem orthopädischen Theil der Therapie.

Dieser empfindlichen Collision ist nur auf eine Weise abzuheffen. Man muss für die Orthopädie, d. h. für die Pessarbehandlung eine Operation substituiren. Und gerade darin sehe ich den Hauptvorteil der operativen Behandlung der Retroflexion, dass man neben ihr einer Reihe von anderen operativen Indicationen, welche, zufällig oder durch die Lageveränderung des Uterus bedingt, im Bereiche des Genitaltractus bestehen, genügen kann, dass so die missliche, zeitraubende, unter Umständen das ärztliche Können geradezu compromittirende Collision zwischen Scheidenoperationen und Pessartherapie ausgeschaltet wird. Wenn diejenige Operation, welche ich im Auge habe, sich in gleicher Weise bewähren wird wie bisher, so kann sie in den Händen eines operirenden Gynäkologen das Gebiet der Pessartherapie bedeutend einengen; die Pessartherapie aus der Welt schaffen wohl nicht. Man wird also beide Gebiete gegen einander abgrenzen und wird Indicationen für Operation einerseits und für Pessartherapie auf der anderen Seite formuliren müssen. Sollten bei dieser Abgrenzung Liebhabereien der Kranken ganz ausser Acht und nur objective Momente gelten gelassen werden, so würde ich sagen: Von den beweglichen Retroversion-flexionen kann man die ganz uncomplicirten mittels Reposition und Pessar behandeln. Sind neben der Retroflexion Defecte an der Portio und an der Vulva zu corrigiren, so ist es am einfachsten, die Pessartherapie fallen zu lassen und für sie die Operation zu substituiren. Alsdann macht man alles in einer Sitzung resp. während einer Narkose, also z. B. bei erheblicher Endometritis hyperplastica, Lacerationsectropium, Perinealdefect: Ausschabung, Emmet, Retroflexionsoperation, Episio- resp. Perineoplastik.

Von allen den Operationen, welche bisher erdacht sind, den retrovertirt-flectirten Uterus normal gelagert in Normallage oder annähernd in derselben zu erhalten, ist nach meiner Erfahrung nächst der Ventrifixation die Mackenrodt'sche bei weitem am leistungsfähigsten. Dieses Bekenntniss ist das Resultat von vielem Herumprobiren mit eigenen Plänen und fremden Methoden, die Alquié-Adam'sche Operation eingeschlossen. Die Mackenrodt'sche Operation ist auch der Dührssen'schen vorzuziehen, sie schafft ein klareres, übersichtlicheres Operationsfeld; und das ist sehr viel werth. Ich habe bis jetzt einige 60 Mackenrodt'sche Operationen gemacht; auch ich habe, wie die aus meiner Klinik in Dorpat hervorgegangene Publication v. Knorre's ausweist, Misserfolge gehabt, wogegen ich jetzt einwandfreie Resultate erziele. Es ist mir also ebenso gegangen wie den anderen Operateuren, von welchen Berichte über diese Operation vorliegen, wie Winter,

wie Mackenrodt selbst. Dieser Umstand rechtfertigt eine kurze Abschweifung auf das Gebiet der speciellen Technik.

Nachdem ich auch mit Modificationen, welche später in der bekannten Discussion zwischen Mackenrodt und Winter ausführlich zur Sprache gekommen und als verlässlich dargestellt worden sind, nicht immer ganz den gewünschten Erfolg hatte, änderte ich weiter in einem Punkte, und das war entscheidend. Nach dem üblichen Längsschnitt zwischen Urethralwulst und Portio, nach Abtrennung der Blase von der vorderen Scheidenwand, dem Uterus und der Plica vesicouterina führe ich die Nadel nicht durch die letztere, sondern ich eröffne das Peritoneum breit, fasse das Corpus uteri mit einer feinen Hakenzange, ziehe es in die Wunde und lege durch das Corpus uteri zwei oder drei Silkwormgutsuturen, diese durch den vorderen Winkel der Vaginalwunde und knüpfe sie in der Vagina. Der übrige Theil der Wunde wird mit Catgut geschlossen, und zwar werden von diesen Nähten auch noch drei oder vier durch den Uterus selbst geführt. Die Silkwormgutsuturen werden nach fünf bis sechs Wochen entfernt, eine kleine Operation, welche keine specialistische Gewandtheit erfordert und jedem Arzte zugemuthet werden kann. Andernfalls kann man dem Winterschen Vorschlage folgen, wie ich es jetzt häufig thue, und die Silkwormgutfäden versenkt legen. Von diesen Nähten lege ich die oberste in die Mitte der vorderen Wand des Corpus uteri, nicht höher, oder, um Missverständnissen vorzubeugen, welche aus mangelhafter Kenntniss über das Verhältniss der Peritonealanheftung am Corpus uteri zur Lage des inneren Muttermundes erwachsen, ich lege die oberste dieser Nähte $1\frac{1}{2}$ —2 cm unterhalb des Fundus uteri, auf der Peritonealseite gemessen. So lässt man im Heilungsfalle dem Uterus eine geringe, aber immerhin einige Beweglichkeit und schafft für das Resultat günstigere Chancen, als wenn man das Corpus uteri zu nahe dem Fundus fasst und so den fixirenden Nähten durch die dem Uterus aufgezwungene stärkere Biegung nach vorn resp. unten eine zu starke Spannung zumuthet. Nur wenn der Descensus resp. Prolapsus vaginae anterior mit zu bedeutender Wandhypertrophie einhergeht, verbinde ich die Mackenrodt'sche Operation zugleich mit einer Resection der vorderen Vaginalwand. Das eo ipso zu thun, wie Winter vorschlägt, ist zur Sicherung der Rechtstellung des Uterus nicht nöthig.

Diese Andeutungen über die Mackenrodt'sche Operation, wie sich dieselbe bei mir gestaltet hat, werden dem Leser und besonders demjenigen genügen, welcher an der Entwicklung dieser Operation dasselbe Interesse genommen hat wie ich selbst und wie es diese Operation meiner Ansicht nach unbedingt verdient. Auf angegebene Weise operire ich seit August vorigen Jahres, d. h. es fallen die ersten Operationen nach dem angegebenen Verfahren noch in meine Dorpater Zeit, jedoch sind dieselben von Dr. v. Knorre nicht mit publicirt. In Breslau habe ich seit Anfang November 27 Mackenrodt'sche Operationen gemacht; nur in einem Falle habe ich die Plica vesicouterina nicht breit eröffnet, und das ist der einzige, welcher im Resultat zu wünschen übrig lässt, wenn er auch keinen eclatanten Misserfolg darstellt; hier habe ich die Nadel durch die Plica vesicouterina durchgeführt, habe den Uterus blind fixirt, bin nach der allgemein geltenden Vorschrift verfahren. Alle anderen Fälle haben in der Lagecorrectur des Uterus tadelloses Resultat ergeben. Hoffen wir, dass es nach Jahresfrist noch ebenso ist!

Eine wesentlich andere Beurtheilung müssen diejenigen Prolapse erfahren, bei welchen ein Theil des Uterus oder das ganze Organ vor der Vulva liegt; eine wesentlich andere Beurtheilung, soweit es sich um die Detailfragen der Therapie handelt. Der Kernpunkt aber einer rationellen Therapie bleibt meiner Ueberzeugung und Erfahrung nach derselbe, das ist: Ebenso wie bei den Scheidenprolapsen, welche mit Retroflexion complicirt sind, eine nachhaltige Lagecorrectur des Uterus die Hauptsache ist, müssen wir uns bei den Uterusprolapsen in allererster Linie die Aufgabe stellen, den Uterus nicht nur im Becken, bezugsweise im Leibe, sondern ausserdem noch in normaler Anteversio-flexio zu halten.

Alle Uterusprolapse entstehen aus Retroversion-flexionen: d. h. allen Uterusprolapsen geht ein Stadium voraus, wo der Uterus zwar noch im Becken liegt, aber bereits in seinen normalen Befestigungen gelockert ist; diejenige Stellung, welche der Uterus dann einnimmt, wenn ihn seine normalen Befestigungen, d. h. die Muskulatur des Mesometriums, fallen lassen, ist eben die Retroversio eventuell Retroversio-flexio. Jeder Praktiker kennt aus seiner Erfahrung Beweise für diesen Grundsatz; jeder kennt Frauen, besonders aus dem Proletariat, aus der arbeitenden Klasse mit Prolaps, an welchen er vor Jahren Retroversio-flexio constatirte, welche aber einer Pessarbehandlung von vornherein unzugänglich waren oder eine solche eigenmächtig durch Entfernen des Pessars illusorisch machten und so das gelockerte Organ einer

weiteren schädlichen Einwirkung des abdominalen Druckes aussetzen. Die Rückwärtslagerung ist die einzig mögliche Stellung, aus welcher heraus der Uterus das Becken verlassen kann, in normaler Stellung kann er nicht aus dem Becken entweichen.

Da die Retroversio-flexio nicht selten mit Prolaps der vorderen Scheidenwand complicirt ist, denselben zur Folge hat, so ist die vordere Scheidenwand dasjenige, was zuerst vor der Vulva erscheint und so bei oberflächlicher Betrachtung der Dinge die Anschauung erweckt, als ob sie unabhängig von einer fehlerhaften Deviation den Uterus nach sich heraus zöge.

Dass andererseits ein derartiger Mechanismus stattfinden kann, ist nicht zu leugnen; aber er ist selten. Und wenn er sich abspielt, auch dann zieht die vordere Scheidenwand die Vaginalportion nach der Vulva zu tiefer und den Uterus erst in eine Stellung, welche zum mindesten Retroversion ist, welche der Bauchpresse den Fundus und die vordere Wand preisgibt und dieser Kraft gestattet, das Organ in der Axe der Vagina aus dem Becken herauszuschieben.

Nicht zu leugnen ist ferner, dass in wenigen seltenen Fällen das Primäre des Prolapses eine Hypertrophie der Portio oder der Portio supravaginalis ist. Diese ist es dann, welche, wegen ihrer Länge von der Lage der Vagina abhängig, das Corpus uteri zwingt, sich ihr anzupassen; dasselbe legt sich nach hinten, biegt sich bei normaler Flexibilität nach hinten um, es entsteht ebenfalls Retroversio, äussersten Falles Retroflexio.

Auch muss bei den ganz vereinzelt Fällen von acut entstehendem Prolaps, bei welchen vorher nachgewiesenermaassen und zweifelsohne die Stellung des Uterus normal war, dieser, bevor er das Becken verliess, sich in Retroversion gestellt haben; allerdings geschah dies hier plötzlich, nicht wie gewöhnlich allmählich.

In den Fällen endlich von Totalprolaps, in welchen wir — auch das ist recht selten — das völlig ausserhalb des Beckens im Prolaps liegende Organ in Antelexion antreffen, ist der Uterus in Retroversionsstellung dem Becken entwichen und hat sich erst unten im Prolaps angekommen, von jeder Zwangslage befreit, in Antelexion gestellt.

Alle diese Verhältnisse sind zuerst und bisher in unübertroffen klarer Weise von B. S. Schultze in seiner Pathologie und Therapie der Lageveränderungen des Uterus dargestellt (S. 182 ff.) worden. In einer Zeit, in welcher die Lageveränderungen des Uterus dank der Möglichkeit, ihnen in ausgiebiger Weise operativ nahe zu treten, an Interesse gewinnen, scheint es geboten, dieses klassische Buch ganz besonders zum Studium principiell wichtiger Verhältnisse zu empfehlen.

Also nochmals zu betonen: Die Retroversio-flexio ist das Vorstadium des Prolaps; begnügt sich die Therapie nur mit dem Zurückhalten des Vorgefallenen, so verweilt der Uterus zunächst in Retroversio-flexio im Becken; aus dieser gefährlichen Stellung aber tendiert das Organ immer wieder zum Prolabiren. Man darf also mit der Therapie nicht auf halbem Wege stehen bleiben, sondern muss den Uterus reponiren und zugleich in normale Anteversion-flexion bringen und in dieser Stellung erhalten.

In einer Reihe von Fällen ist dies mit Hilfe von Pessaren möglich. Meist muss man dieselben aber recht voluminös gestalten, oder man muss ihnen eine Form geben, welche ein Aneinanderliegen der Vaginalwände verhindert, ein permanentes Einstreichen von Luft in die Vagina zur Folge hat; Unzuträglichkeiten, welche mit anderen bekannten zusammen der relativ geringen Anzahl von Prolapsen gegenüber, welche einer ausschliesslichen Pessarbehandlung zugänglich sind, die Leistungen der operativen Behandlung in noch glänzenderem Lichte erscheinen lassen.

Diejenigen Methoden der Prolapsoperation, welche man bis zum heutigen Tage als die herrschenden bezeichnen kann, sind auf der ursprünglichen Simon'schen Operation aufgebaut; sie machen sich zur Aufgabe, die Vagina denkbarst zu verengen, ausserdem den Uterus von unten her durch Resection eines mehr oder weniger umfangreichen Stückes zu verkleinern. Das grösste Verdienst um die Ausbildung der Methode gebührt unstreitig Hegar. Diejenige Modification, welche am ausgiebigsten und consequentesten die angestrebten Formenveränderungen der Genitalien — Verengung der Vagina und Verkürzung des Uterus — erzeugt, rührt von Fritsch her.

Darüber, dass mit der Verfolgung dieser Principien Erfolge erzielt worden sind, kann keinen Augenblick Zweifel bestehen. Publicationen ausser anderen aus Hegar's und Fritsch's Klinik dienen als Belege. Ebenso wenig aber kann es zweifelhaft sein, dass diese Erfolge wesentlich in einem Zurückhalten der vorher prolabirten Genitalien hinter der Vulva bestanden. Wie, in welcher Stellung der Uterus hinter dem künstlich verengten Scheidenrohr verharrte, kann ebenfalls nicht zweifelhaft sein; er hat retrovertirt-flectirt im Becken gelegen, wenn nicht irgend welche Zufallskräfte ihn daran hinderten. Jedenfalls schafft eine Operation, welche in Portio-resection, vorderer und hinterer Colporrhaphie besteht, kein Moment,

welches den Uterus zwänge, sich in normale Anteversio-flexio zu stellen, in dieser Stellung zu verbleiben. Ja von der Portioresection könnte man sogar eher den gegentheiligen Effect erwarten.

Hat man so durch gedachte Operation den Prolaps in eine Retroversion verwandelt, so bleibt diese weiter bestehende Lageveränderung der schwache Punkt der eingeschlagenen Therapie. Rein theoretisch betrachtet, kann eine Rückwärtslagerung ein schwereres Leiden darstellen als ein Prolaps. Es schliessen sich an dieselbe nachgewiesenermaassen leichter pelveoperitonitische, perisalpingitische, perioophoritisches Processe an als an den Prolaps. Diese sind es, welche in empfindlicherer Weise das Wohlbefinden zu stören vermögen als die Unbequemlichkeit des Vorfalles. Darüber, dass das gerade bei derartigen, nach Prolapsoperationen entstandenen, bezugsweise zurückbleibenden Rückwärtslagerungen häufiger der Fall gewesen wäre, ist nichts bekannt. Bekannt sind die mechanischen Störungen. Der retrovertirte Uterus liegt in der Richtung der, wenn auch noch so sehr durch die Colporrhaphie verengten Scheide; der constante wie der durch die Willkür verstärkte intraabdominale Druck treibt das Organ stets in der Richtung, in welcher es leicht oder, wie auseinandergesetzt, allein die Scheide, bezugsweise das Becken verlassen kann, und droht so früher oder später das Recidiv des Prolapses zu erzeugen.

Es liegt mir fern, an die Resultate, welche aus Hegar's, Fritsch's und anderen Kliniken über Prolapsoperationen berichtet sind, kritisch heranzutreten. Thatsache ist, dass danach Recidive aufgetreten sind, denn wenn es nicht so wäre, so müssten die Bestrebungen, an derartigen Methoden zu ändern und zu bessern, unterblieben sein. Man hätte sich mit ihnen absolut zufrieden erklären müssen. Eine Umschau in der Litteratur erweist das Gegenteil.

Um nun den Uterus aus dieser gefährlichen, das Dauerresultat bedrohenden Stellung zu befreien, wäre das einfachste Mittel, nach Colporrhaphie und Portioresection die Behandlung der Retroversio-flexio in üblicher Weise vorzunehmen, d. h. das normal gelagerte Organ durch ein Pessar zu stützen. Das Pessar könnte man dann allerdings wieder nicht vor genügender Erstarkung der Operationsnarben appliciren. Diesen Vorschlag hat Schultze gemacht; ich habe früher nach demselben gehandelt.

Ein Mangel dieses Verfahrens ist angedeutet. Die Behandlung dauert recht lange. Das wäre zu verschmerzen. Weiter aber ist evident, dass das Pessar auch nach genügender Erstarkung der Operationsnarben dieselben immer wieder dehnt und die durch die Colporrhaphie erzeugte vortheilhafte Verengung der Vagina allmählich wieder illusorisch macht.

Diese Uebelstände bewogen mich im Jahre 1888 zuerst mit den Colporrhaphieen diejenige Operation zu verbinden, durch welche ich dem Uterus eine dauernde Anteversions-flexionsstellung geben konnte, das heisst ich machte bei Uterusprolaps zuerst die Ventrifixation und in derselben Sitzung eine ausgiebige vordere und hintere Colporrhaphie. Schon die ersten Resultate waren im höchsten Maasse ermuthigend, und so ist es gekommen, dass diese Methode für mich die fast ausschliesslich bevorzugte Prolapsoperation wurde. Nur ganz ausnahmsweise griff ich einmal auf ein anderes Verfahren zurück, seltener in der Ueberzeugung grösserer Leistungsfähigkeit, meist nur um meiner Stellung als klinischer Lehrer gerecht zu werden. Meine Dorpater Erfahrungen beschrieb ich vor zwei Jahren in einem in dieser Zeitschrift erschienenen Artikel, ausserdem in meinen Grundzügen der Gynäkologie; sie liegen jetzt detaillirt in der Dissertation von Dr. Baron v. Engelhardt vor. In Dorpat sowohl, wie an dem überreichen Material der Breslauer Klinik hat sich bisher bestätigt, was die Resultate der ersten Operationen vor sechs Jahren versprochen: ich habe, soweit ich die Fälle weiter controlliren konnte, keinen Misserfolg aufzuweisen. An und für sich ist dies auch nicht weiter zu verwundern; ebenso wie der retrovertirt-flectirte Uterus um seiner Stellung willen schliesslich prolabiren muss, so ist der antevertirte um seiner Stellung willen definitiv vor dem Prolabiren geschützt. Der intraabdominale Druck verkleinert, d. i. verschärft mit jeder verstärkten Phase den Winkel, welcher zwischen Scheiden- und Uterusaxe besteht und wirkt so auf das Organ nicht hinausdrängend, sondern geradezu befestigend. Das ist ein statisches Grundgesetz, welches keine Ausnahme erleidet.

Die blosse Ventrifixation aber ohne Colporrhaphie ist nicht ausreichend. Das haben schon die Versuche anderer Operateure, als deren erster P. Müller zu nennen ist, erwiesen. Die Vaginalwände sind, wenn der Prolaps lange Zeit in ausgedehnter Form bestanden hat, zu voluminös, die Vulva ist zu weit, der Beckenboden zu schlaff, als dass nicht ohne diese Operation ein grösserer oder geringerer Vaginalprolaps weiter bestehen könnte. Deshalb müssen verengende Operationen vorgenommen werden. Ich habe die Colporrhaphie an der vorderen Wand nach Hegar, an der

hinteren promiscue nach Hegar oder Freund gemacht, selten nach Simpson-Tait; dabei bleibt zuviel Gewebe zurück.

Für absolut überflüssig halte ich jede verkürzende Operation am Uterus in den Fällen, wo die Hypertrophie der Portio die Folge des Prolapses ist; das heisst in den weitaus meisten. In der ganz überwiegenden Mehrzahl ist die Hypertrophie der Cervix Folge des Prolapses, Folge der Circulationsstörung durch Dehnung und Drehung des Mesometriums, mit einem Worte Oedem, welches nur, weil chronisch und hart geworden, als solches palpatorisch nicht oder schwer zu erkennen ist. Zum Theil ist die Elongatio cervicis auch Folge der Zerrung des prolabirten Organs auf der einen, der Ligamente im Becken auf der anderen Seite. Jedenfalls ist soviel sicher, dass diese Verlängerung der Cervix nach der Reposition und Rechtlagerung des Uterus in kürzester Zeit verschwindet oder jedenfalls auf ein Minimum reducirt wird. Von dieser Thatsache kann man sich sehr leicht überzeugen, wenn man mit der Sonde den Uterus misst, das Organ reponirt in normale Anteversio-flexio bringt, in dieser durch Pessar oder Tampon erhält und dann nach acht Tagen wieder misst. Der vorher 12 bis 15 cm lange Uterus ist auf 9 bis 10 cm, also fast zur Norm verjüngt. Wozu also eine Resection vornehmen, eine unschöne Verstümmelung, wenn allein durch die Rechtlagerung eine gleich grosse Verkürzung in kürzerer Zeit erzeugt wird als die Resectionswunde zu ihrer Heilung bedarf? Die Verjüngung des oft ja unförmigen cervicalen Theiles des Uterus erfolgt nach der Reposition in allen Dimensionen, die oft auch in der Breite und Dicke ganz erheblich vergrösserte Portio bildet sich in kurzer Zeit zu der normalen gracilen Form zurück.

Ebenso passiv kann man sich den Geschwüren an der Portio gegenüber verhalten. Diese sind entweder Decubitus oder, und auch das ist nicht selten, sie sind Risse, entstanden infolge der Zerrung, welche die harte unnachgiebige Haut der Portio durch das Gewicht des Prolapses erfährt. Ihre Entstehungsursache macht es verständlich, wenn sie nach der Reposition sehr schnell spontan abheilen und somit ein Cauterisiren oder Operiren zum mindesten als überflüssige Heilbestrebungen erscheinen lassen.

Auch die vielfach geübte Ausschabung mache ich beim Prolaps nicht eo ipso und habe weder stärkere Blutungen noch schleimige Secretion später beobachtet.

Was die specielle Technik betrifft, so beginne ich mit der Ventrifixation. Ich führe die fixirenden Nähte durch Fascie, Muskel und Peritoneum der Bauchwand und durch die vordere Wand des Uterus, versenke diese und schliesse darüber den Rest der Bauchwunde. Zu allen Bauchnähten, besonders aber zu den ventri-fixirenden, verwende ich Silkwormgut. Nur wenn wegen der Dicke der Bauchdecken Etagennaht indicirt ist, nehme ich, dann aber nur zur Vereinigung der Bauchwunde Catgut. Zur grösseren Bequemlichkeit fasse ich den Uterus mit einer eigens dazu construirten stumpfen Zange, welche eine schmale, ungefensterte und eine breite, gefensterte Branche besitzt. Die schmale ungefensterte Branche kommt an die vordere Wand zu liegen, um sie herum lassen sich leicht die Uterusnähte führen.

Nach der Ventrifixation wird die Kranke an den Rand des Operationstisches gerückt oder auf einen Operationsstuhl placirt und dann die vordere und hintere Colporrhaphie ausgeführt. Dazu verwende ich nur Catgut. Die Kranken verlassen nach etwa drei Wochen das Bett bezugsweise die Anstalt.

Nach diesen Principien verfare ich jetzt dem Prolaps gegenüber. Weiterem Studium lasse ich es vorbehalten bleiben, ob das Feld für die Mackenrodt'sche Operation zusammen mit vorderer und hinterer Colporrhaphie zu Ungunsten der Ventrifixation mit vorderer und hinterer Colporrhaphie erweitert werden kann. Das aber muss nochmals betont werden, die Resultate, welche mit Ventrifixation und vorderer und hinterer Colporrhaphie erzielt werden, lassen eine Aenderung des Verfahrens nicht nöthig, also wohl auch kaum erwünscht erscheinen.

Ausführlicher kritisch auf andere operative Verfahren gegen den Prolaps einzugehen, liegt nicht in meiner Absicht. Nicht versagen kann ich mir jedoch, meiner Genugthuung darüber Ausdruck zu geben, dass, wie in der ersten Nummer dieses Jahrganges dieser Zeitschrift zu lesen ist, ein um das Studium und die Verbesserung der Prolapsoperationen so verdienter Autor wie Fritsch zu Gunsten der von mir über ein Lustrum geübten und vertretenen Prolapsoperation sein Verfahren, besonders die Totalexstirpation, nur auf diejenigen Ausnahmefälle einzuschränken gedenkt, wo der Prolaps mit einem Leiden complicirt ist, welches allein schon diese Operation indicirt. Ich selbst bin, wie gesagt, dessen bereits sicher, dass mit der Colporrhaphie zusammen Olshausen's Ventrifixation auf dem Gebiete der Prolapstherapie die grössten Triumphe feiert.