Aus der gynäkologischen Abtheilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen zu Breslau (Chefarzt: Prof. Pfannenstiel).

Dauererfolge der operativen Retroflexio- und Prolapsbehandlung.

Von

Dr. Herman Andersch,

früherem Assistenzarzt an der Abtheilung.

Die Literatur über das obige Thema und das gesammte dazu gehörige Gebiet der Gynäkologie ist etwa bis zum Jahre 1898 in einem erschöpfenden Verzeichniss von Kleinwächter¹⁾ in seiner Arbeit „Uterusverlagerungen, operative Uterusfixationen“ etc. zusammengestellt worden und umfasst dort etwa 300 Nummern. Dazu sind in den letzten Jahren bis vor Kurzem eine Reihe zum Theil sehr umfangreicher Arbeiten gekommen, welche die Frage der Retroflexio- und Prolaps-Operationen, besonders die Vorzüge der einzelnen Methoden bezüglich der Dauerresultate, auf das Eingehendste behandeln, so dass es auf den ersten Blick scheinen könnte, dass eine neue Arbeit auf diesem Gebiete keinen anderen als statistischen Werth bezwecken und beanspruchen könnte. Bei genauerem Studium aber der jüngeren und jüngsten einschlägigen Arbeiten, sowie der Mittheilungen und Discussionen der Congresse und Gesellschaften gelangt man zu der Einsicht, dass eine auch nur annähernde Uebereinstimmung über die verschiedenen in Betracht kommenden Punkte (Indicationsstellung, Operationsmethode etc.) noch so gut wie ganz vermisst wird und dass das Wort: soviel Köpfe, soviel Sinne, wohl in keinem Gebiete der Gynäkologie bessere Anwendung fände.

Wenn man dazu beim Studium der Arbeiten auf Widersprüche

1) Wiener Klinik. 1899. 2. Bd. 3. Heft.

stösst, die das eigene Verfahren berühren, z. B. liest, dass Methoden, die sich einem selbst nicht bewährt, von Anderen auf das Wärmste empfohlen und solche, von denen man gute Resultate gehabt, als unzweckmässig oder gar gefährlich verworfen werden, so kann ein weiterer Beitrag zu der noch unabgeschlossenen Frage, von dem Standpunkte aus, möglichste Klarheit schaffen zu wollen, nur gerechtfertigt und erwünscht erscheinen.

Aus diesem Grunde habe ich das nicht unbeträchtliche Material der gynäkologischen Abtheilung des Krankenhauses der Elisabethinerinnen zu Breslau bearbeitet und sämtliche Fälle von Uterusverlagerungen und Prolaps, welche eine operative Behandlung erfuhren, zusammengestellt. Dazu kommen noch eine Anzahl Fälle aus der Privatklinik meines Chefs, des Herrn Prof. Pfannenstiel, die derselbe mir in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat, so dass die Gesamtzahl der den folgenden Ausführungen zu Grunde liegenden Fälle 344 beträgt. Es ist in mehreren der neueren Arbeiten auf das berechtigte Erstaunen hingewiesen, welches die grossen Operationsreihen bei dem unbefangenen Leser erwecken, bei denen man oft den leisen Zweifel nicht wird unterdrücken können, ob in vielen Fällen die Operation wirklich das einzig mögliche Heilverfahren, also indicirt gewesen wäre. Um für meine Fälle einem solchen Einwand von vornherein zu begegnen, sehe ich mich zu einigen Vorbemerkungen gezwungen.

In demselben Zeitraum von $4\frac{1}{2}$ Jahren, d. h. vom April 1896 bis October 1900 wurden auf unserer Abtheilung und in der poliklinischen Sprechstunde nach Angabe der Journale zusammen 760 Patientinnen wegen der uns beschäftigenden Leiden mit Pessaren behandelt, diejenigen, welche später zur Operation kamen, nicht mit eingerechnet. Von unseren 344 operirten Patientinnen wurden ferner nach den Angaben der Krankengeschichten 192 vorher mehr oder weniger lange Zeit in anderer Weise, meist natürlich auch mit Pessaren behandelt. Das sind nach Abrechnung der 40 Fälle aus der Privatklinik meines Chefs, bei denen nähere Angaben fehlen, von 304 Fällen 192, also ca. 63 pCt.

Von den 40 Fällen aus der Privatklinik meines Chefs sind 16 schon in den Jahren 1891 bis Ostern 1896 operirt worden, so dass für den gleichen Zeitraum von Ostern 1896 bis October 1900, dem die Krankenhausfälle angehören, nur 24 Fälle bleiben.

Diesen 24 Operationsfällen stehen während desselben Zeitraums (die Zahlenangabe verdanke ich einem von Herrn Prof. Pfannen-

stiel selbst angefertigten Auszug aus seinen Büchern) 942 nicht operirte Patientinnen mit hierher gehörenden Leiden gegenüber, von welchen 736 mit Pessaren, 206 ohne orthopädische Maassnahmen behandelt wurden.

Daraus ergeben sich folgende Procentsätze: Alles in allem waren in gleichem Zeitraum:

Pessarfälle	Operationen
1496	328, d. i. 18 pCt. Operationen.

Auf das Krankenhaus und die Privatpraxis vertheilen sich dieselben folgendermaassen:

	Pessarfälle	Operationen
Krankenhaus:	760	304, d. i. 28,6 Operationen
Privatpraxis:	736	24, d. i. 3,1 „

Mit Einschluss der 206 überhaupt nicht orthopädisch behandelten Fälle stehen in der Privatpraxis 942 nicht operirten Fällen 24 operirte gegenüber, d. i. 2,4 pCt.

Ich will nicht unterlassen, schon hier auf den Unterschied der beiden Ergebnisse aufmerksam zu machen, nämlich 28,6 pCt. Operationen aus dem Krankenhaus, d. h. von Patientinnen, die grösstentheils der arbeitenden Klasse angehören und eine andere Indicationsstellung bei der Therapie erfordern, als die Patientinnen der Privatpraxis, von denen nur 2,4 pCt. eine operative Behandlung erfuhren.

Man sieht aber auch daraus, wie wenig man statistische Angaben, bei denen man das zu Grunde liegende Material nicht kennt, zum Vergleiche heranziehen kann; in der Literatur fand ich z. B. Angaben über 50 pCt. operativer Fälle von Dührssen und $\frac{1}{2}$ pCt. von Olshausen, die ich aber auch, ohne sie einer Kritik zu unterwerfen, nur citiren will.

So viel aber glaube ich aus meinen Zahlenreihen folgern zu können, dass sie die Annahme einer unnöthig häufigen operativen Behandlung in beredter Weise umstossen. Völlig unberührt lassen diese Angaben dagegen die Frage, ob Uterusverlagerungen überhaupt immer corrigirt werden müssen, auch wenn sie keine Beschwerden machen und ob die Beschwerden, wenn sie vorhanden, in solchen Fällen wirklich durch die Lageanomalie des Uterus bedingt und durch Correction derselben zu beheben sind. — Eine ausführliche Besprechung dieser Frage würde mich von meinem Thema zu weit entfernen und wäre nach der eingehenden Bearbei-

tung, die dieselbe durch Krönig und Feuchtwanger erfahren hat, auch überflüssig; ich verweise auf deren Arbeit „Zur klinischen Bedeutung der Retroversioflexio uteri mobilis“¹⁾ und will nur unsere Stellung zu der Frage kurz anführen, die sich aus der Behandlung und Beobachtung eines grossen Materials, dem die oben genannten Zahlen entnommen sind, ergeben hat. — Danach giebt es Frauen mit Retroflexio uteri, die überhaupt keine Beschwerden haben, bei denen dieselbe auch nicht behandelt zu werden braucht.

Ferner solche, die eine Retroflexio haben und auch über Beschwerden klagen, bei denen aber genaue Untersuchung und längere Beobachtung zeigt, dass dieselben nicht durch die Lageveränderung des Uterus bedingt sind; bei diesen bedarf die Retroflexio ebenfalls keiner Behandlung, sondern die letztere hat sich auf den Allgemeinzustand zu beziehen. Alle übrigen aber, und das sind nach unserer Erfahrung die weitaus meisten Fälle, bedürfen einer Behandlung der bestehenden Retroflexio uteri, entweder weil sie durch dieselbe direct Beschwerden haben oder weil dieselbe als Theilerscheinung eines grösseren beschwerdereichen Krankheitsbildes, Senkung und Vorfall von Scheide und Uterus, auftritt, bei dessen Behandlung sie unbedingt mit zu berücksichtigen ist.

Im Anschluss an diese Ausführungen möchte ich die in Frage stehenden Leiden noch einmal kurz anführen, in einer Anordnung, die mehr den klinischen Befund und die Aetiologie berücksichtigt und aus der sich die von uns für die Behandlung beobachtete Indicationsstellung ergibt. Zur besseren Uebersicht schicke ich eine schematische Zusammenstellung voran, deren einzelne Punkte ich dann erläutern werde.

A.

Isolirt bestehende Uterusverlagerungen.

- I. Congenitale Retroversio (oft cum anteflexione corporis).
- II. Retroflexio uteri mobilis (ohne Senkung der Scheide etc.).
- III. Erworbene Retroversio oder Retroflexio fixata, oft mit Adnexerkrankungen.

B.

Combinirtes Krankheitsbild nach einer oder mehreren Geburten, welches sich in allgemeiner Erschlaffung des gesammten Bandapparates und der Weichtheile des kleinen Beckens ausprägt und gewöhnlich als Retroflexio uteri mit mehr oder minder grossem Descensus oder Prolaps imponirt.

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1899. Bd. 10. S. 722.

A. Isolirt bestehende Uterusverlagerungen.

I. Congenitale Retroversio.

Es handelt sich um das bekannte mit Chlorose oder ausgesprochener Anämie complicirte Bild. Der Uterus liegt in einer Retroversionsstellung, die wohl immer als congenital aufzufassen ist und bei der oft das Corpus im spitzen Winkel so stark anteflectirt ist, dass einige Autoren diesen Befund unter Vernachlässigung der nach vorn gerichteten Portio als pathologische Antelexio bezeichnen, während Pfannenstiel hier den Namen Retroversio cum anteflexione gebraucht. Die Therapie behandelt die Symptome und das Allgemeinleiden, Dysmenorrhoe, Anämie etc., nicht die örtliche Anomalie; also keine Ringbehandlung, keine Operation.

II. Uncomplicirte Retroflexio uteri mobilis.

Unter diese Gruppe rechne ich die verhältnissmässig seltneren Fälle von isolirt bestehender, aber ausgesprochener beweglicher Retroflexio uteri, ohne jegliche, auch die geringste Senkung der Scheide, meist bei nulliparen Personen. Wir haben diese Fälle meistens mit Pessaren behandelt und nur, wo dies aus irgend welchen Gründen (s. später) nicht angängig war, operirt, und zwar dann durch Ventrofixation oder nach Alexander-Adam, welche letztere Operation wir ausschliesslich für diese seltneren Fälle angewendet haben, worauf ich unten noch zu sprechen komme.

III. Erworbene Retroversio oder Retroflexio uteri fixati.

Unter diese Gruppe will ich alle Fälle von fixirter Retroversio oder Retroversio-flexio rechnen, welche nach vorausgegangener, meist gonorrhöischer Infection, mehr oder minder ausgedehnter Pelveoperitonitis und entzündlicher Adnexerkrankung entstanden sind. Meist sind es Nulliparae, doch können Entbindungen vorher stattgefunden haben, kommen aber als ätiologisches Moment nicht in Betracht, höchstens dabei erworbene Infection, Exsudate etc. Die Behandlung ist meist hydrotherapeutisch. Wenn jedoch eine Heilung nicht eintritt, d. h. wenn die Kranken durch das Leiden in ihrer Arbeitsfähigkeit oder in ihrem Lebensgenuss sehr geschädigt werden, muss operirt werden. Die Indication ist hier weniger die Lageveränderung des Uterus als solche, vielmehr die chronische Pelveoperitonitis bzw. die dabei eventuell vorhandenen entzündlichen Veränderungen der Uterusadnexe. Die Operation

quoad uterus besteht alsdann in Auslösung aus seinen Verwachsungen und Antefixation oft mit gleichzeitiger Entfernung von erkrankten Adnexen. Pfannenstiel¹⁾ hat in seiner Arbeit über den suprasymphysären Fascienquerschnitt diese Indicationsstellung genauer ausgeführt, worauf ich deshalb verweisen möchte (l. c. S. 17 ff.).

B. Combinirtes Krankheitsbild von Retroflexio mit Prolapsus oder Descensus etc.

Diese Gruppe umfasst die meisten Fälle von Retroflexio und die in meinen Tabellen aufgeführten Fälle zählen mit Ausnahme der zur vorigen Gruppe gehörenden 63 Fälle von Ventrofixatio alle hierher. Es handelt sich also um Frauen, bei denen nach einer oder mehreren Geburten sich die Rückbildung der Genitalien und der Beckenweichtheile und Bandapparate nicht in ausreichender Weise vollzogen hat, und bei denen daraus eine dauernde Erschlaffung dieser Gebilde mit mehr oder minder schweren Folgen resultirte, die sich in allen Abstufungen vom minimalen Descensus mit oder ohne Retroflexio uteri bis zu hochgradigen Prolapsen der Scheide und des Uterus findet. Je nach dem Grade des Leidens richtet sich im Allgemeinen auch die Therapie. Alle mässigen und mittleren, aber auch manche hochgradigen Fälle haben wir mit Pessaren behandelt und hier mit Prochownik'schen Sieb-schalen oder dem von Bow angegebenen breiten Pessar oft vor-zügliche functionelle Resultate erzielt. Musste aber operirt werden, so war für uns der vaginale Weg der gegebene (s. später) und in letzter Zeit als Operationsmethode fast ausschliesslich die Vagino-fixation in der unten weiter zu beschreibenden Weise.

Da die unter diese Gruppe gehörenden Krankheitsbilder den weitaus grössten Theil unserer Fälle ausmachen, möchte ich mit der Besprechung der hier angewandten Operationen den Anfang machen, vorher aber noch ein paar Worte über die Art der Statistik vorausschicken.

Ich habe von sämmtlichen in dieser Arbeit zur Sprache kommenden Fällen in statistischer Hinsicht nur diejenigen verwerthet, welche in unserem Krankenhaus von uns, in den meisten Fällen übrigens von mir selbst, nachuntersucht wurden, bezw. von den Privatpatientinnen meines Chefs diejenigen, welche von dem-

1) Samml. klinischer Vorträge von Volkmann. Neue Folge. No. 268.

selben persönlich nachuntersucht worden sind. Die weitaus meisten Statistiken der neueren Zeit berücksichtigen auch die Patientinnen, welche ihnen brieflich Auskunft über ihr Befinden ertheilt haben. Für eine Zusammenstellung der Fälle mit subjectiver Heilung d. h. Befreiung von den Beschwerden und verhältnissmässigem Wohlbefinden, welche ich nachher ebenfalls geben werde, ist das einwandfrei. — Bei einer Zusammenstellung aber der objectiven Dauerresultate der Operation, und um solche handelt es sich in den von mir gegebenen Tabellen zunächst lediglich, halte ich nur die von mir selbst nachgeprüften Fälle für verwerthbar. Allerdings ist es nicht ganz leicht, die Patientinnen immer wieder zur Vorstellung zu bewegen, zumal wenn dieselben, wie der weitaus grösste Theil unserer Fälle, von weither stammen; und selbst wenn man es dahin gebracht hat, dass die meisten sich in regelmässigen Zwischenräumen wieder zeigen oder auf eine Karte hin sich einfinden, und ich muss sagen, dass wir in dieser Hinsicht mit unseren Patientinnen sehr zufrieden sein können, so werden doch immer eine Anzahl Fälle für die Verwerthung verloren gehen. — Berücksichtigt habe ich die brieflichen Berichte natürlich auch soweit sie über den subjectiven Heilerfolg, Befreiung von den Beschwerden und verhältnissmässiges Wohlbefinden Aufschluss gaben.

Zum Verständniss der Tabellen sei noch Folgendes
bemerkt:

In sämtlichen Tabellen sollen die der Kürze wegen gebrauchten Ausdrücke „gut“, „guter Befund“, „tadelloser Befund“ etc. bedeuten, dass sich dabei der Uterus in normaler Anteflexionsstellung mit einer der normalen gleichkommenden Beweglichkeit befindet, und die Scheide von normaler Länge und Weite ist, ebenso der Introitus also etwa für 1—2 Finger bequemer durchgängig, und dass der Damm von hinreichender Breite und Festigkeit ist.

Wo einer dieser Punkte nicht zutrifft, ist es besonders erwähnt.

Für die Fälle der Tabelle V beziehen sich die Bemerkungen natürlich nur auf den Uterus und nicht auch auf Scheide und Damm.

Tabelle

Kolporrhaphia anterior et

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
1896					
1.	37	K. J., 33 J., Kutscherfrau	2	Prolapsus vaginae. Rectocele	—
2.	59	M. H., 52 J., Gutsbesitzerfrau	15+1	Prolapsus vaginae Cystocele	Längere Pessar- behandlung
3.	59	M. W., 32 J., Gasthofsbesitzersfrau	5+2	Descensus vaginae	—
4.	69	S. S., 40 J., Arbeiterfrau	3+1	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
1897					
5.	20	M. T., 38 J., Heizerfrau	4+3	Prolapsus vaginae	—
6.	52	J. W., 28 J., Gestütswärterfrau	4+1	Descensus vaginae	Pessarbehandlung
7.	200	M. St., 32 J., Köchin	1	Descensus vaginae	"
8.	212	E. G., 34 J., Vogtfrau	10	Prolapsus vaginae	"
9.	229	A. B., 35 J., Brennereiverw.-Frau	9+1	Descensus vaginae	—
10.	255	A. H., 36 J., Kutscherfrau	6+1	Descensus vaginae. Doppelseit.Cervixriss	Pessarbehandlung
11.	276	V. G., 42 J., Köchin	1	Descensus vaginae	Pessarbehandlung und Prolapsoper. von anderer Seite
12.	286	A. Kr., 46 J., Stellmacherfrau	7	Prolapsus vaginae. Descensus uteri	—
13.	320	J. K., 24 J., Köchin	1	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
14.	348	O. G., 41 J., Knechtsfrau	6	Prolapsus vaginae. Retroversio uteri	"
15.	372	A. H., 21 J., Dienstmädchen	1	Prolapsus vaginae. Retroversio uteri	"
16.	398	A. G., 35 J., Stellenbesitzerfrau	12+1	Doppelseit.Cervixriss. Descensus vaginae	"
17.	410	E. H., 33 J., Webersfrau	5	Descensus vaginae	—
1898					
18.	29	M. E., 27 J., Arbeiterfrau	1+3	Descensus vaginae	Pessarbehandlung
19.	33	P. K. B., 48 J., Tischlerfrau	7+1	Prolapsus vaginae	"
20.	35	M. K., 37 J., Besitzerfrau	8	Descensus vaginae	—

No. I.

posterior. Perineoplastik.

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
17. 6. 1896	Leichte Senkung der hinteren Wand	Wohlbefinden. Keine Beschwerden.	Nach der Operation 1 Partus.
19. 6. 1896	Vordere Vaginalwand wieder etwas auf Pressen heruntertretend.	"	—
22. 7. 1896	—	Brieflich gutes Befinden	—
30. 6. 1896	—	—	—
22. 1. 1897	—	Nach brieflichem Bericht wieder Beschwerden	—
18. 2. 1897	Gut	Wohlbefinden	—
15. 6. 1896	—	—	—
30. 6. 1897	Gut	"	—
17. 7. 1897	"	"	Nach der Operation 1 Partus.
30. 7. 1897	"	Nur geringe Besserung	Gleichzeitig Emmet-sche Operation.
21. 8. 1897	—	Zahllose Allgem.-Beschw. wie vor d. Operation, ist aber vollk. arbeitsfähig	—
30. 8. 1897	—	Nach brieflichem Bericht wieder Beschwerden	—
28. 9. 1897	Gut	Keine Beschwerden	—
4. 11. 1897	Beim Pressen leichtes Vortreten der vorderen Wand	Wohlbefinden	—
12. 11. 1897	—	Nach brieflichem Bericht wieder Beschwerden	—
6. 12. 1897	Guter Befund	Wohlbefinden. Kann arbeiten	Gleichzeitig Emmet-sche Operation.
21. 12. 1897	Gut	Wohlbefinden.	—
27. 1. 1898	"	Eine Reihe Allgemein-Beschwerden	—
31. 1. 1898	Guter Befund	Wohlbefinden	—
1. 2. 1898	Gut	"	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
21.	34	P. B., 58 J., Aufseherfrau	3	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
22.	39	M. K., 31 J., Arbeiterfrau	6	Descensus vaginae	—
23.	53	E. M., 65 J., Arbeiterfrau	6	Prolapsus uteri et vaginae totalis	Schon von anderer Seite operirt
24.	87	A. H., 37 J., Tischlerfrau	9+4	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
25.	91	A. B., 30 J., Musikerfrau	5+1	Prolapsus vaginae	"
26.	99	A. B., 34 J., Schneiderfrau	3	Prolapsus vaginae	"
27.	110	E. S., 61 J., Arbeiterwitwe	6	Prolapsus vaginae	—
28.		E. D., 37 J., Arbeiterfrau	7	Descensus vaginae	—
29.	124	K. H., 42 J., Arbeiterfrau	8+3	Descensus vaginae	—
30.	57	J. Sch., 26 J., Gärtnerfrau	2	Prolapsus vaginae	—
31.	158	A. J., 50 J., Schlosserfrau	8+2	Prolapsus vaginae totalis	—
32.		E. H., 37 J., Kaufmannsfrau	3+1	Descensus vaginae	—
33.	200	J. D., 29 J., Gärtnerfrau	4+1	Prolapsus vaginae	—
34.	250	H. R., 23 J., Dienstmädchen	1	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
35.	284	A. Sch., 38 J., Arbeiterfrau	10	Prolapsus vaginae	—
36.	285	Ch. A., 36 J., Haushälterfrau	7	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae. Doppelseit. Cervixriss	Pessarbehandlung
37.	286	E. H., 36 J., Baumeisterwitwe	2	Retroversio uteri. Descensus vaginae	"
38.	330	J. Sch., 51 J., Arbeiterwitwe	5+1	Prolapsus vaginae	—
39.	331	A. C., 51 J., Arbeiterin	2	Retroflexio uteri Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
40.	345	A. M., 36 J., Buchdruckerfrau	9+1	Descensus vaginae	"
41.	366	A. S., 58 J., Arbeiterwitwe	11+4	Prolapsus vaginae totalis	"
42.	375	A. J., 38 J., Knechtsfrau	7+1	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae. Compl. Dammriss	"
43.	433	A. L., 43 J., Arbeiterfrau	10+4	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung und Operation

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
1. 2. 1898	Beim Pressen leichtes Vortreten d. vord. Wand	Keine Beschwerden	—
3. 2. 1898	Guter Befund	Wohlbefinden. Kann arbeiten	Nach der Operation 1 Partus.
9. 3. 1898	Zur Zeit wieder Descensus der vorderen Wand	Wieder Prolapsbeschw.	—
10. 3. 1898	Gut	Keine Beschwerden	—
15. 3. 1898	"	Zeitweise starke Unterleibsbeschwerden, die auf chronische Metritis bezogen werden	—
19. 3. 1898	"	Vollkommen gutes Befinden	Nach der Operation 1 Partus.
23. 8. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
23. 3. 1898	Gut	Wohlbefinden	—
1. 4. 1898	"	Keine Unterleibs-, aber viel Allgemeinbeschw.	—
19. 4. 1898	"	Keine Unterleibsbeschw., z. Z. Gravid. 3. Mon.	—
29. 4. 1898	"	Befreiung von den früheren Beschwerden	—
29. 4. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
27. 5. 1898	Gut	Wohlbefinden	—
7. 7. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
27. 7. 1898	Guter Befund	Wohlbefinden	—
28. 7. 1898	Gut	Keine Unterleibsbeschw.	Doppelseitige Emmetsehe Operation.
26. 7. 1898	Retroversio uteri; sonst gut	Mässiges Befinden	—
14. 9. 1898	Gut	Herz- u. Athembeschw.	Später an Apoplexie gestorben.
13. 9. 1898	Sehr guter Befund; Uterus senil-atrophisch	Allgemeine Schwäche	Invalidenrenten-Anwärterin.
16. 9. 1898	Gut	Beschwerden nur durch grosse Blutarmuth	Später starker Blutverlust nach einem Abort.
5. 10. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
6. 10. 1898	Uterus retroflectirt; sonst guter Befund	Keine wesentlichen Unterleibsbeschwerden	Proctoperineoplastik.
11. 10. 1898	Guter Befund	Gut. Schön klimakterische Erscheinungen	Portioamputation.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
44.	462	A. J., 45 J., Gastwirthsfrau	8+4	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
45.	490	A. M., 41 J., Arbeiterfrau	4	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
1899					
46.	64	E. M., 52 J., Arbeiterfrau	12+1	Prolapsus vaginae	"
47.	83	A. R., 35 J., Maschinenwittwe	3	Prolapsus vaginae	"
48.	85	F. L., 45 J., Besitzer- frau	2	Descensus vaginae	Früher von ander, Seite Ventrofixatio
49.	86	A. B., 63 J., Arbeiterwittwe	2	Prolapsus vaginae totalis	Pessarbehandlung
50.	91	Ch. E., 53 J., Schuhmacherwittwe	6	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis	"
51.	106	M. K., 29 J., Dienstmädchen	1	Prolapsus uteri	Alexander-Adam- sche Operation, dann Pessarvers.
52.	124	O. P., 24 J., Bäcker- frau	1	Descensus vaginae	Pessarbehandlung
53.	140	A. R., 26 J., Dienstmädchen	1	Prolapsus vaginae	—
54.	212	B. Dr., 35 J., Gärt- nerfrau	4	Descensus vaginae	Ventrofixation u. Kolporrhaphie von anderer Seite
55.	214	L. K., 66 J., Wittwe	8	Prolapsus vaginae	Operation und spät. Hysterophor
56.	252	M. J., 60 J., Wächtersfrau	8	Prolapsus vaginae	—
57.	317	M. H., 39 J., Dienstmädchen	1	Prolapsus vaginae	—
58.	351	C. M., 35 J., Gärtnersfrau.	3+3	Descensus vaginae	—
59.	386	C. B., 65 J., Bergmannswittwe	10+1	Prolapsus vaginae totalis	Pessarbehandlung
60.	390	B. F., 38 J., Besitzerfrau	3	Descensus vaginae	"
61.	447	J. Sch., 36 J., Besitzerfrau	8	"	"
62.	454	E. Sch., 29 J., Arbeiterfrau	1	"	—
63.	515	R. P., 49 J., Arbeiterfrau	3	Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
64.	525	E. V., 45 J., Kaufmannsfrau	7+5	"	—
65.	536	A. P., 38 J., Arbeiterwittwe	7	Descensus vaginae. Complettter Dammriss	Pessarbehandlung
66.	569	H. C., 34 J., Kaufmannsfrau	5+1	Descensus vaginuae	"

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
29. 10. 1898	Gut	Wohlbefinden.	—
16. 12. 1898	Auf Pressen etwas Descensus vorn, sonst gut	Keine Beschwerden. Arbeitet	Wegen Vitium ohne Narcose.
9. 2. 1899	Gut	Wohlbefinden. Arbeitsföh.	—
23. 2. 1899	Auf Pressen leichter Descensus vorn, sonst gut	Befinden leidlich. Muss schwer arbeiten.	—
21. 2. 1899	—	—	—
16. 2. 1899	Beim Pressen mässiger Descensus vorn, sonst gut	Keine Unterleibsbeschw.	Portioamputation.
18. 2. 1899	Cystocele. Damm fest	Senkungsbeschwerden	—
3. 3. 1899	—	—	—
10. 3. 1899	—	—	—
11. 3. 1899	Guter Befund	Keine Beschwerden.	—
28. 4. 1899	„	Quärlirt noch sehr	—
1. 5. 1899	Beim Pressen doch wieder Cystocele.	Cystocelenbeschwerden	Ohne Narcose wegen Myocarditis.
19. 5. 1899	Gut	Wohlbefinden.	Portioamputation ohne Narcose.
12. 7. 1899	„	Keine Beschwerden	—
28. 7. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden	—
12. 8. 1899	Nicht zu ermitteln	—	Portioamputation.
7. 8. 1899	Gut	Keine Beschwerden	—
2. 10. 1899	—	—	—
5. 10. 1899	—	—	—
11. 11. 1899	—	—	—
16. 10. 1899	—	—	—
20. 11. 1899	Guter Befund	Keine Beschwerden	Proctoperineoplastik.
1. 12. 1899	Gut	Wohlbefinden	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
	1900				
67.	45	J. B., 57 J., Heizerfrau	10+2	Descensus vaginae	Pessarbehandlung
68.	176	L. H., 53 J., Arbeiterwitwe	3	"	"
69.	177	C. R., 59 J., Arbeiterfrau	7	"	"
70.	240	A. B., 39 J., Sattlerfrau	6+4	Incontinentia urinae	"
71.		Frau Oberlehrer D., 26 J.	1	Descensus vaginae	—
72.		Frau Dr. B., 27 J.	1	"	—
73.		Frau v. B., 37 J.	1	Prolapsus vaginae et uteri totalis	Ventrofixation u. Kolporrhaphie.
74.		Frau Dr. J., 39 J.	4	Descensus vaginae	
75.		Frau Dr. A., 32 J.	2	"	—
76.		Frau F., 30 J.	1	"	—
77.		Frau K., 50 J.	2	"	—
78.		Frau W., 28 J.	2	"	—
79.		Frau P., 28 J.	1	"	—
80.		Frau C., 33 J.	1	"	—
81.		Frau Sch., 26 J.	1	"	—
	1898				
82.	25	A. S., 49 J., Arbeiterin	0	Elongatio colli. Inversio und Prolaps beider Scheidenwände	—
	1899				
83.	452	M. G., Schulschwester, 26 J.	0	Hypertrophia portionis Prolapsus uteri	—

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
26. 1. 1900	—	—	—
7. 4. 1900	—	—	—
9. 4. 1900	—	—	—
28. 5. 1900	—	—	—
20. 2. 1894	Gut	—	3 Partus nach der Operation.
17. 6. 1896	"	—	—
19. 5. 1897	"	—	—
27. 9. 1897	"	—	—
18. 1. 1898	"	—	—
14. 6. 1898	"	—	—
13. 7. 1898	"	—	—
4. 7. 1898	"	—	—
9. 10. 1899	—	Laut Brief gut	—
7. 2. 1899	"	—	—
16. 1. 1900	"	—	—
26. 1. 1898	Bei starkem Pressen etwas Senkung hinten	Keine Unterleibsbeschw.	Portioamputation.
2. 10. 1899	Guter Befund	Wohlbe finden	Beträchtliche Portioamputation.

Tabelle I umfasst 83 Fälle, bei denen von mehr oder minder hochgradigem Descensus vaginae bis zum ausgesprochenen Prolaps der Scheide Krankheitsbilder von allen Zwischenstufen vertreten sind, und welche nach der alten Methode der Prolapsoperation, Colporrhaphia anterior, Colporrhaphia posterior und Perineoplastik, operirt wurden. Die Technik war dabei die von den meisten Operateuren geübte mit nur unwesentlichen Modificationen, Abpräpariren eines entsprechend grossen ovalen Schleimhautlappens aus der vorderen Vaginalwand und Vernähen des Defects; nur wo es nöthig war, und im Ganzen selten, wurde hier eine Portioamputation angeschlossen. Zur hinteren Colporrhaphie wurde mit Ablösen der Schleimhaut im hinteren Scheidengewölbe begonnen und der gesetzte Defect immer gleich vereinigt; war man auf diese Weise bis an den Damm gekommen, so wurde hier die Dammplastik als directe Fortsetzung der Colporrhaphia posterior angeschlossen.

Fälle, in denen lediglich ein alter Dammriss durch Colpoperineoplastik oder Proctoperineoplastik beseitigt wurde, sind hier nicht mit angeführt. Alle näheren Angaben sind aus der Tabelle zu entnehmen, doch verdienen 7 Fälle eine kurze Erklärung, weil sie durch eine Lageanomalie des Uterus complicirt sind, von deren Beseitigung aus ganz bestimmten Gründen Abstand genommen wurde. In No. 14, 15, 37 lag der Uterus in einer Retroversionsstellung, die besonders durch die Richtung der Portio nach vorn verursacht zu sein schien, so dass man hoffte, durch eine ausgiebige Operation die Portio nach hinten bringen und den Uterus in richtiger Lage halten zu können; ich hebe dies ausdrücklich hervor, um bei der Kritik der Resultate darauf zurückzukommen. Bei No. 36 wurde eine ausgiebige doppelseitige Emmet'sche Operation gemacht, deren Erfolg nicht durch eine complicirte weitere Operation am Uterus in Frage gestellt werden sollte. Bei No. 39 war der Uterus senil atrophisch und machte keine Beschwerden, bei No. 42 konnte wegen eines bis in den Mastdarm gehenden completten Risses die Asepsis nicht für ausreichend gehalten werden für eine mit der Eröffnung des Peritoneums verbundene Operation; bei No. 45 wurde auf eine solche Operation ebenfalls verzichtet, weil wegen Herzfehlers ohne Narcose operirt werden musste.

Eine Sonderstellung verdienen ferner die beiden letzten Fälle,

sowohl durch die Art des Leidens wie dadurch, dass es sich um nullipare Personen handelt; doch gehören sie wegen der Operation hierher.

Auf die Kritik der Resultate dieser Prolapsoperationen will ich nach Besprechung der nächsten Gruppen eingehen und dieselben hier nur kurz anführen. Von 83 Fällen wurden nachuntersucht 60, brieflichen Bericht gaben 5 (2 über gutes, 3 über schlechtes Befinden). Von 18 fehlt jede weitere Kenntniss.

Von den 60 nachuntersuchten Fällen zeigten:

Vollkommen guten Befund: 50.

Beim Pressen leichte Scheidensenkung: vorn 6, hinten 1.

Ausgesprochene Senkung: vorn (Cystocele) 3.

Von den 50 Fällen mit gutem Befund sind nur 2 weniger als 1 Jahr, 13 weniger als 2 Jahr, aber länger als 1 Jahr, alle übrigen länger als 2 Jahr beobachtet.

Subjective Heilung, d. h. Befreiung von den Beschwerden und verhältnissmässiges Wohlbefinden zeigten einschliesslich der zwei brieflichen Mittheilungen 42 Patientinnen, 13 zeigten schlechtes Befinden, aber nur zum kleinen Theil die alten Beschwerden und nur wenige waren dadurch in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt; bei den übrigen Fällen sind besondere Erhebungen über das subjective Befinden nicht gemacht oder nicht verzeichnet worden.

Tabelle

Vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda;

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
	1897				
1.	1	E. H., 30 J., Schutzmannsfrau	3	Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
2.	14	A. C., 42 J., Arbeiterfrau	7	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
3.	27	R. Sch., 55 J., Knechtsfrau	4+6	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
4.	40	E. J., 29 J., Besitzerfrau	4	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	„
5.	54	E. H., 33 J., Colonistenfrau	3	Prolapsus vaginae Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis	—
6.	56	E. P., 32 J., Telegraphistenfrau	6+4	Descensus vaginae. Retroflexio uteri mobilis	—
7.	67	A. M., 20 J., Magd	1	Retroflexio uteri mobilis.	—
8.	78	A. K., 29 J., Schmiedwittwe	3	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
9.	182	H. K., 37 J., Besitzerfrau	12	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
10.	188	E. D., 31 J., Stellmacherfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	„
11.	190	S. A., 32 J., Bergmannfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	„
12.	207	M. B., 29 J., Oberförsterfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	„
13.	215	M. Sch., 32 J., Stubenmädchen	1	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
14.	222	P. F., 28 J., Wärterfrau	4	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
15.	233	M. B., 25 J., Tischlerfrau	4	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—

No. II.

Kolporrhaphia anterior et posterior. Perineoplastik.

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen
7. 1. 1897	Tadelloser Befund	Wohlbefinden	—
15. 1. 1897	Völlig normaler Befund	Gutes Befinden	1 Partus nach der Operation.
28. 1. 1897	Uterus retroflectirt. Plastisches Resultat betreffs Vagina gut.	Wohlbefinden	—
6. 2. 1897	Uterus retroflectirt. Auf Pressen Senkung der vorderen Wand	Senkungsbeschwerden	1 Partus nach der Operation.
17. 2. 1897	Gut	Wohlbefinden	—
18. 2. 1897	"	"	—
27. 2. 1897	—	Nach brieflichem Bericht gutes Befinden	—
3. 3. 1897	Tadelloser Befund	Kreuzschmerzen, besonders bei der Periode	—
3. 6. 1897	Uterus retroflectirt. Scheide und Damm wie normal	Wohlbefinden	—
16. 6. 1897	Uterus retroflectirt. Scheide und Damm wie normal.	Kreuzschmerzen	1 Partus nach der Operation.
16. 6. 1897	Uterus retrovertirt. Scheide und Damm gut, nur alles sehr schlaff	Wenig Beschwerden	1 Partus nach der Operat. (Gesichtslage. Forceps, Kind todt),
26. 6. 1897	—	Nach brieflichem Bericht gutes Befinden	2 Partus nach der Operation (1 schwer, aber spontan).
5. 7. 1897	Retroversio uteri, Scheide und Damm gut	Beschwerden wie vorher	—
10. 7. 1897	Tadelloser Befund	—	Zur Zeit gravid mit einigen Graviditätsbeschwerden.
15. 7. 1897	Uterus retroflectirt. Scheide und Damm gut	Wohlbefinden, arbeitsfähig	Nach 1jähriger Ringbehandl. Uterus März 1900 anteflectirt.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
16.	251	A. G., 24 J., Besitzerfrau	1	Retroflexio uteri mobilis.	—
17.	335	M. K., 40 J., Verwalterfrau	5+2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
18.	356	M. B., 28 J., Lehrerfrau	5+2	Descensus vaginae Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Mehrfacher Ver- such mit Pessar- behandlung
19.	357	A. M., 28 J., Dienstmädchen	1	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
20.	363	A. H., 29 J., Schuhmacherfrau	1	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	—
21.	376	P. W., 37 J., Schmiedfrau	4	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Mehrfache Pessarbehandlung
22.	400	M. L., 39 J., Barbierfrau	13+2	Retroflexio uteri. mobilis. Descensus vaginae	Längere Pessarbehandlung
	1898				
23.	46	A. B., 39 J., Arbeiterin	2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Längere Pessarbehandlung
24.	47	M. G., 27 J., Magd	1	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
25.	118	J. Sch., 21 J., Dienstmädchen	1	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
26.	144	A. J., 29 J., Malerfrau	3+1	Retroflexio uteri mobilis	—
27.	151	M. P., 29 J., Fleischerfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—
28.	184	A. K., 38 J., Arbeiterfrau	9+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
29.	190	A. H., 32 J., Gutsbesitzerfrau	3+1	Retroflexio uteri	—
30.	184	E. D., 33 J., Töpferfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
31.	227	E. K., 27 J., Maurermeisterfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	"

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen
21. 7. 1897	—	Laut brieflichem Bericht glatte Entbindung und danach wieder Senkung.	—
16. 10. 1897	Uterus retrovertirt, Scheide und Damm normal	Beschwerden mehr allgemeiner Art	—
2. 11. 1897	Uterus retrovertirt, sonst guter Befund	Mässige Kreuzschmerzen	—
2. 11. 1897	—	—	Soll normalen Partus durchgemacht haben, jetzt nicht zu ermitteln.
5. 11. 1897	Gut	Wohlbefinden	1 Abort im 3. Monat nach der Operation.
16. 11. 1897	Leichtere Retroversio uteri mit geringer Senkung der vorderen Scheidenwand	Keine Beschwerden	—
9. 12. 1897	Tadelloser Befund	Grosse allgemeine Schwäche	August 99 Partus mit starkem Blutverlust.
9. 11. 1898	—	Nach brieflichem Bericht schlechtes Befinden	Hat Invalidenrente beantragt.
18. 2. 1898	—	Laut Postkarte schlechtes Befinden und Arbeitsunfähigkeit	Hat Invalidenrente beantragt.
4. 4. 1898	Gut	Wohlbefinden, völlige Arbeitsfähigkeit	—
26. 4. 1898	"	Beschwerden von entzündlicher Adnexerkrankung	—
25. 4. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
25. 5. 1898	Uterus retroflectirt, Descensus der vorderen Wand	Alte Beschwerden	1 Partus nach der Operation.
20. 5. 1898	Ideale Lage	Wohlbefinden	—
26. 5. 1898	Uterus retroflectirt, sonst gut	Zeitweise starke Dysmenorrhoe, sonst Wohlbefinden	—
21. 6. 1898	Gut	Wohlbefinden	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
32.	228	A. H., 39 J., Schichtmeisterfrau	4	Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
33.	234	M. S., 45 J., Knechtfrau	13	Descensus vaginae Retroflexio uteri.	Hydrotherapie
34.	420	P. R., 32 J., Knechtfrau	4+2	Metritis chronica Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
35.		Frau Dr. D., 30 J.	2	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
36.		Frau Lehrer K., 30 J.	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
37.		Frau Buchhalter D., 30 J.	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—

Tabelle

Vaginofixation nach der älteren Methode von Dührssen.

	1896				
1.	22	C. L., 65 J., Schuhmacherwitwe	9+1	Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
2.	60	K. E., 36 J., Musikerfrau	8	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	"
3.	67	M. St., 35 J., Gärtnerfrau	1+1	Retroflexio uteri mobilis	—
4.	105	M. L., 57 J., Wirtschafterin	1	Retroflexio uteri mobilis.	—
5.	132	P. M., 44 J., Arbeiterin	4	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
	1897				
6.	7	E. H., 57 J., Besitzerfrau	8	Retroflexio uteri mobilis.	—
7.	134	E. Sch., 45 J., Arbeiterfrau	6+2	Prolapsus vaginae Prolapsus uteri et vaginae totalis	Vor 9 Jahren Operation
8.	168	K. H., 34 J., Dienstmädchen	1	Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
9.	218	A. K., 40 J., Schuhmacherwitwe	4	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	"

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
21. 6. 1898	"	Wohlbefinden	—
9. 7. 1898	—	Nach brieflichem Bericht schlechtes Befinden	Jetzt nicht zu ermitteln.
3. 11. 1898	Gut	Wegen starker Periode Abrasio, danach gutes Befinden	—
16. 2. 1897	"	Gut	1 Partus nach der Operation.
6. 1. 1898	Uterus leicht retrovertirt	Keine Unterleibsbeschw.	—
12. 3. 1898	Uterus leicht retrovertirt, Corpus vorn	Wohlbefinden	—

No. III.

Kolporrhaphia anterior et posterior. Perineoplastik.

1. 6. 1896	Uterus anteflectirt. Auf Pressen Rectocele	Senkungsbeschwerden	—
24. 7. 1896	Uterus anteflectirt. Beim Pressen Senkung der vorderen Scheidenwand	Keine Beschwerden	Ein normaler Partus nach der Operation.
29. 7. 1896	Gut	Wohlbefinden	—
17. 9. 1896	Fast normaler Befund	Keine Beschwerden	—
13. 10. 1896	Tadelloser Befund	Gut. Nach eigener Angabe viel besser wie früher	Portioamputation.
9. 1. 1897	Gut	Keine Beschwerde, arbeitsfähig	"
26. 4. 1897	—	—	Nicht zu ermitteln.
15. 5. 1897	13. 3. 1901. Uterus gut nach vorn. Scheide normal weit.	Wohlbefinden	—
9. 7. 1897	Guter Befund	Schlechtes Befinden, viele Unterleibs- und allgemeine Beschwerden	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
10.	355	B. Sch., 47 J., Besitzerwitwe	4	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
11.	386	M. B., 46 J., Knechtsfrau	7	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	"
12.	417	J. Se., 48 J., Droschkenbesitzer- frau	6+1	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	"
	1898				
13.	4	M. J., 55 J., Ziegelmeistersfrau	7	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	"
14.	45	M. M., 40 J., Werkführerfrau	5+3	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung Operation und mehrfache
15.	86	K. S., 51 J., Knechtsfrau	5	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
16.	111	K. Sch., 41 J., Packmeisterfrau	1	Retroflexio uteri	—
17.	113	K. St., 43 J., Bäckerfrau	1+1	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
18.	143	O. L., 46 J., Bäckermeisterfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
19.	152	R. K., 47 J., Arbeiterin	3+1	Prolapsus uteri et vaginae totalis	—
20.	165	M. J., 41 J., Wirtschafterin	1	Retroflexio uteri. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
21.	175	M. J., 39 J., Schlosserrittwe	5	Retroflexio uteri. Descensus vaginae	—
22.	183	P. Sch., 44 J., Bauerfrau	10	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
23.	307	A. H., 42 J., Droschkenbesitzer- frau	7	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	"
24.	322	D. C., 47 J., Kaufmannswittwe	3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
25.	351	B. Sch., 51 J., Tischlerfrau	13+3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
26.	360	B. K., 41 J., Schäferfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	"
27.	371	E. K., 43 J., Schuhmacherfrau	6+1	Prolapsus uteri et vaginae totalis	"

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
4. 11. 1897	Uterus retroflectirt, sonst gut	Beschwerden fast wie früher	—
29. 11. 1897	Uterus anteflectirt, schon senil atrophisch. Auf Pressen mässiger Descensus vorn	Gutes Befinden	—
29. 12. 1897	Uterus anteflectirt. Auf Pressen wird die hintere Vaginalwand heruntergedrückt	Sehr elender Zustand und entsprechendes Befinden	Hat Brustfell- und Lungenentzündung gehabt
7. 1. 1898	Gut	Gutes Befinden	—
9. 2. 1898	Guter Befund	Leidliches Wohlbefinden	—
10. 3. 1898	Tadelloser Befund	Keine Unterleibsbeschwerden	—
31. 3. 1898	Gut	Keine Beschwerden	—
30. 3. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
25. 4. 1898	Guter Befund	Gutes Befinden, arbeitsfähig	—
27. 4. 1898	Sehr gut	Kreuzschmerzen. Ziehen und Reissen in allen Gliedern	Hat Invalidenrente beantragt
6. 5. 1898	Gut	Guter Befund	—
11. 5. 1898	Uterus retroflectirt	Alte Beschwerden	—
16. 11. 1898	Tadelloser Befund	Gutes Befinden, hat alle Arbeiten verrichten können	—
5. 8. 1898	Tadellos	Gutes Befinden, zeitweise starke Periode	Portioamputation.
13. 8. 1898	—	—	Nicht zu ermitteln.
23. 9. 1898	Uterus retroflectirt sonst gut	Starke Beschwerden durch Gallensteinkolik	—
30. 9. 1898	Guter Befund	Leidliches Befinden, hat gearbeitet	Invalidenrentenanwärterin.
7. 10. 1898	„	Unterleibsbeschwerden von zur Zeit bestehender Gravidität	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
28.	380	J. Sch., 39 J., Arbeiterfrau	2	Prolapsus uteri et vaginae totalis	—
29.	381	L. N., 38 J., Arbeiterfrau	1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
30.	393	A. B., 57 J., Mühlenbesitzerfrau	2	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	„
31.	417	M. T., 42 J., Maurerfrau	5+1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	„
	1899				
32.	40	K. Sch., 53 J., Knechtsfrau	9+2	Prolapsus vaginae. Retroflexio uteri	„
33.	102	K. R., 45 J., Kutscherwittwe	7	Prolapsus vaginae. Retroflexio uteri	„
34.	157	R. K., 49 J., Knechtsfrau	5+1	Prolapsus vaginae. Retroflexio uteri	Pessarversuch
35.	165	K. Sch., 45 J., Gärtnerfrau	11+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae. Starke Cystocele	Pessarbehandlung
36.	193	S. W., 49 J., Malerwittwe	6+1	Prolapsus uteri. Inversio vaginae totalis	—
37.	195	E. U., 53 J., Arbeiterwittwe	8+1	Prolapsus vaginae. Starke Cystocele	Pessarbehandlung
38.	215	M. A., 50 J., Schneiderfrau	7+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
39.	219	J. R., 45 J., Gärtnerfrau	9	Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
40.	258	A. G., 44 J., Arbeiterin	2	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
41.	279	H. B., 54 J., Directorfrau	2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
42.	310	R. Z., 58 J., Invalidenfrau	9+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
43.	315	H. K., 62 J., Kutscherwittwe	7	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	—
44.	322	V. G., 44 J., Köchin	1	Retroflexio uteri. Descensus vaginae	Mehrfache Pessarbehandlung

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
10. 10. 1898	Tadelloser Befund	Befinden zur Zufriedenheit der Patientin	Portioamputation.
10. 10. 1898	Guter Befund	Kreuzschmerzen und angeblich Arbeitsunfähigkeit wegen allgemeiner Schwäche	Invalidenrentenanwärterin
20. 10. 1898	Gut	Gut	—
5. 11. 1898	Guter Befund	Starke Periode, sonst Wohlbefinden	—
30. 1. 1899	Nicht zu ermitteln	—	Portioamputation.
23. 2. 1899	Uterus anteflectirt. Vordere Scheidenwand beim Pressen vortretend	Keine Unterleibsbeschwerden	Hat gleich schwer gearbeitet.
23. 3. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden, hat auf dem Felde gearbeitet	Portioamputation.
29. 3. 1899	"	Wohlbefinden, konnte bald arbeiten	—
10. 4. 1899	Auf Pressen leichtes Tiefertreten der Portio.	Leidliches Befinden.	—
20. 4. 1899	Uterus anteflectirt	Keine Unterleibsbeschwerden.	—
2. 5. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden.	—
	"	Völlig arbeitsfähig	Portioamputation.
4. 5. 1899	Tadelloser Befund	Befinden leidlich	—
31. 5. 1899	Uterus senkt sich wieder, so dass beim Pressen Portio in der Vulva sichtbar. Nach Zurückschieben der Portio liegt der Uterus anteflectirt	Nur leidliches Befinden Allgemeine Schwäche	—
5. 6. 1899	Guter Befund	Senkungsbeschwerden	Später vaginale Totaloperation.
26. 6. 1899	—	Wohlbefinden	—
30. 6. 1899	—	Gutes Befinden	—
6. 7. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden, arbeitsfähig	—
	Plastisches Resultat gut	Incontinenz besteht weiter	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
45.	442	A. H., 57 J., Kaufmannsfrau	8	Retroflexio uteri.	—
46.	526	J. W., 61 J., Beamtenwitwe	5	Descensus vaginae Retroflexio uteri.	—
47.	1900 31	D. P., 58 J., Viehwärterwitwe	8	Prolapsus uteri et vaginae	—
48.	33	H. C., 48 J., Besitzerfrau	3	Prolapsus uteri et vaginae	Operation von anderer Seite
49.	160	M. A., 49 J., Arbeiterfrau	15	Prolapsus uteri et vaginae	—
50.	209	L. M., 48 J., Köchin	1	Prolapsus uteri et vaginae	Von anderer Seite
51.	214	S. H., 37 J., Lagerhalterfrau	9+1	Prolapsus uteri et vaginae	Pessarbehandlung
52.	232	J. H., 42 J., Gärtnerfrau	9	Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae.	—
53.	244	J. K., 46 J., Köchin	1	Starke Cystocele Retroflexio uteri. Prolapsus vaginae.	—
54.	275	A. Sch., 49 J., Kutscherwitwe	9+1	Starke Cystocele Retroflexio uteri mobilis.	—
55.	280	C. H., 48 J., Inspectorsfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
56.	342	S. W., 55 J., Kaufmannsfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
57.	359	F. Sch., 48 J., Kutscherwitwe	5	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
58.	391	H. A., 46 J., Gastwirthsfrau	8	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
59.	360	L. E., 46 J., Bahnarbeiterfrau	4	Descensus vaginae anterior.	Früher Ventr- fixation von anderer Seite
60.	—	K. B., 41 J., Viehwärterfrau	6	Blasenbeschwerden Prolapsus uteri.	—
61.	—	M. L., 26 J., Baumeisterfrau	2	Inversio vaginae tot. Retroflexio uteri mobilis.	—
62.	—	G., 27 J., Kaufmannsfrau	2	Alter Dammriss Retroflexio uteri mobilis.	—
63.	—	M. L., 24 J.,	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
28. 9. 1899	Gut	Gut	—
16. 11. 1899	"	—	—
24. 1. 1900	—	—	—
24. 1. 1900	—	—	Portioamputation.
6. 4. 1900	—	—	—
1. 5. 1900	Guter Befund	Wohlbefinden	Portioamputation.
14. 5. 1900	—	—	Tubenresection. Weg. Herzfehler ohne Narcose. Später am Vitium gestorben.
17. 5. 1900	—	—	Tubenresection. Portioamputation.
19. 5. 1900	—	—	—
9. 6. 1900	—	—	—
15. 6. 1900	—	—	—
12. 7. 1900	—	—	—
19. 7. 1900	—	—	—
31. 7. 1900	—	—	—
26. 7. 1900	—	—	Vorher Lösung von Verwachsungen durch Laparotomie. Portioamputation.
27. 8. 1900	—	—	—
15. 11. 1894	Guter Befund	Wohlbefinden	—
20. 5. 1895	Gut	Oertliches Wohlbefinden bis zu dem 1899 er- folgten Tode	—
14. 6. 1895	Guter Befund	Sehr anämisch.	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
64.	—	L. 32 J., Forstmeisterfrau	3	Retroflexio uteri mobilis.	—
65.	—	M., 32 J.	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
66.	—	K., 35 J.	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
67.	—	M., 28 J., Secretairfrau	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
68.	—	Z., 35 J.	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
69.	—	A., 34 J., Pastorfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
70.	—	H., 35 J., Majorsfrau	4	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
71.	—	v. U., 43 J.	6	Descensus vaginae Starke Cystocele. Alter Dammriss	—
72.	—	S., 31 J., Rentmeisterfrau	2	Retroflexio uteri mobilis.	—
73.	—	Fr., 49 J., Restaurateurfrau	7	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—

Tabelle

Seroso-seröse Vaginofixation mit isolirtem Schluss der Plica
Kolporrhaphia anterior et

	1898				
1.	439	A. F., 41 J., Arbeiterfrau	8+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
2.	441	D. D., 26 J., Haushälterfrau	2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
3.	447	M. H., 33 J., Schneiderfrau	8	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
27. 7. 1895	Guter Befund	Wohlbefinden	—
7. 11. 1895	Gut	"	—
1. 3. 1896	Gut	"	—
2. 3. 1896	Guter Befund	Wohlbefinden, nur Schmerzen beim Coitus	—
1. 9. 1893	Auf Pressen Rectocele	Kreuzschmerzen. Drängen nach unten	—
20. 7. 1896	Guter Befund	Wohlbefinden	Ein normaler Partus nach der Operation.
29. 7. 1896	"	"	Ein normaler Partus nach der Operation.
20. 2. 1900	Auf Pressen Vordrängen der Blase wie zur Cystocele. Uterus anteflectirt (17. 3. 1901).	Wohlbefinden bis auf Drängen zum Urinlassen	—
10. 2. 1895	Guter Befund.	Wohlbefinden	Ein Abort und ein normaler Partus nach der Operation.
8. 2. 1895	"	"	—

No. 4.

nach der Dührssen'schen Methode vom Jahre 1898.
posterior; Perineoplastik.

17. 11. 1898	Gut	Beschwerden von zur Zeit bestehender Gravität	—
18. 11. 1898	Tadelloser Befund	Jetzt gutes Befinden	Ein Abort im 3. Monat nach der Operation.
22. 11. 1898	Guter Befund	Noch etwas Kreuzschmerzen, sonst gutes Befinden	Tubenresection.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
4.	480	L. Sch., 38 J., Porzellanpackerfrau	2	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
5.	499	A. B., 37 J., Dienstmagd	1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—
1899					
6.	24	L. Sch., 27 J., Kutscherfrau	7	Prolapsus uteri et vaginae. Starke Cystocele.	Pessarbehandlung und Hysterophor
7.	35	T. M., 44 J., Kürschnerfrau	3+2	Prolapsus uteri et vaginae. Starke Cystocele	Pessar- und antinervöse Behandlung
8.	56	E. T., 37 J., Arbeiterfrau	6+1	Prolapsus uteri et vaginae. Doppel- seitiger Cervixriss.	Pessarbehandlung
9.	65	M. Sch., 26 J., Dienstmädchen	2+1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—
10.	80	A. N., 33 J., Arbeiterfrau	5+1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
11.	89	P. W., 32 J., Lohngärtnerfrau	2+2	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
12.	121	M. B., 36 J., Spulerin	2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarversuch
13.	129	M. D., 40 J., Arbeiterfrau	1	Retroflexio uteri. Descensus vaginae	Antihysterisch und antineuralgisch
14.	136	B. G., 32 J., Dienstmädchen	1	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Hydrotherapie von anderer Seite
15.	145	A. G., 34 J., Arbeiterfrau	1	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
16.	164	J. B., 42 J., Arbeiterfrau	6+2	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung
17.	194	A. K., 33 J., Porzellanhändler- frau.	7	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
18.	231	A. D., 39 J., Knechtsrau	8	Retroflexio uteri mobilis. Prolapsus vaginae	Pessarbehandlung

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
6. 12. 1898	Auf Pressen wird die Portio, die etwas nach vorn gerichtet ist, leicht nach unten gedrängt. Uterus anteflectirt	Gutes Befinden, nur Gefühl leichten Drängens nach unten	Als Fixationsfaden Seidenfaden, der spontan abging.
29. 12. 1898	Guter Befund	Rheumatische und allgemeine Beschwerden	—
23. 1. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden	—
2. 2. 1899	Guter Befund	Befinden leidlich	Vorher stark hysterisch und neurasthenisch.
4. 2. 1899	Tadelloser Befund	Gutes Befinden	Doppelseitige Emmet'sche Operation.
10. 2. 1899	Uterus retroflectirt. Portio durch einen narbigen Strang nach vorn gezogen	Kreuzschmerzen	Fixationsfaden durch die Scheidenwand nach innen durchgeschnitten.
14. 2. 1899	Uterus anteflectirt. Portio etwas nach vorn sehend	Fühlt sich geheilt	—
16. 2. 1899	Guter Befund	Allgemeine Schwäche mit vielen entsprechenden Beschwerden	Hat Invalidenrente beantragt.
3. 3. 1899	Uterus retroflectirt, sonst guter Befund	Viele Beschwerden, aber keine Kreuzschmerzen	—
20. 3. 1899	Uterus anteflectirt, aber etwas elevirt	Hysterische Beschwerd. wie vorher	Fixationsfaden war am 12. Tage von selbst abgegangen.
14. 3. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden, hat gearbeitet	Invalidenrentenanwärterin.
15. 3. 1899	—	Nach brieflichem Bericht viele Allgemeinbeschwerden, aber kein Senkungsgefühl	—
29. 3. 1899	—	Nach brieflichem Bericht gutes Befinden, völlig arbeitsfähig	—
19. 4. 1899	—	Nach brieflichem Bericht gutes Befinden	Ein Partus nach der Operation.
9. 5. 1899	Tadelloser Befund	Angeblich grosse allgemeine Schwäche	Invalidenrentenanwärterin.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
19.	270	M. Sch., 34 J., Grenzaufseherfrau	3	Retroflexio uteri mobilis.	—
20.	331	D. F., 30 J., Steinarbeiterfrau	3+1	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
21.	344	H. S., 27 J., Maschinenputzerfrau	7	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
22.	360	E. W., 32 J., Arbeiterfrau	5	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
23.	383	M. G., 32 J., Viehhändlerfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
24.	427	H. S., 28 J., Dienstmädchen	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
25.	432	J. G., 37 J., Arbeiterfrau	10	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
26.	436	K. N., 37 J., Sattlerfrau	3+1	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
27.	472	K. J., 34 J., Arztfrau	1	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
28.	543	G. W., 29 J., Försterfrau	4	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
29.	1900 17	A. R., 35 J., Knechtsfrau	2	Descensus vaginae Prolapsus uteri et vaginae totalis.	Pessarbehandlung
30.	1899 589	H. R., 22 J., Lehrerfrau	1	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
31.	1900 46	C. B., 38 J., Bademeisterfrau.	4	Descensus vaginae. Cystocele.	—
32.	51	A. Z., 32 J., Arbeiterfrau	3	Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	Pessarbehandlung
33.	67	A. A., 31 J., Besitzerfrau	2+3	Retroflexio uteri mobilis.	—
34.	92	A. B., 41 J., Schaffnerfrau	12+2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
35.	103	P. Sch., 31 J., Gärtnerfrau	8+2	Starke Cystocele Retroflexio uteri mobilis. Descensus vaginae	—

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
7. 6. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden	—
10. 7. 1899	Guter Befund	—	Zur Zeit gravid.
27. 7. 1899	Gut	—	Ein Partus nach der Operation (Forceps).
25. 7. 1899	Guter Befund	Mannigfaltige Klagen	Invalidenrentenanwärterin.
3. 8. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden	—
14. 9. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden. Zum Arbeiten noch etwas zu schwach	—
22. 9. 1899	Tadelloser Befund	Viele Allgemeinbeschwerden, zum Theil durch Anämie bedingt	—
26. 9. 1899	Guter Befund	Wohlbefinden	—
24. 9. 1899	Gut	Wohlbefinden	—
24. 11. 1899	Uterus retroflectirt	Alte Beschwerden	—
20. 1. 1900	Guter Befund	Beschwerdefrei	—
13. 12. 1899	—	—	—
29. 1. 1900	—	—	—
30. 1. 1900	Tadelloser Befund	Beschwerden durch Enteroptose	—
9. 2. 1900	Guter Befund	Geringe Unterleibsbeschwerden	Beginnende Gravidität wahrscheinlich.
21. 2. 1900	Guter Befund	Zur Zeit gravid	—
1. 3. 1900	—	—	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung
36.	104	M. H., 35 J., Lehrerfrau	5	Retroflexio uteri mobilis.	—
37.	106	S. H., 26 J., Dienstmagd	2	Descensus vaginae Prolapsus uteri totalis.	—
38.	146	S. P., 34 J., Fleischerfrau	2	Inversio vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
39.	225	M. Z., 39 J., Schneiderfrau	1	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	Pessarbehandlung
40.	245	A. B., 41 J., Besitzerfrau	7+3	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
41.	304	M. L., 42 J., Gastwirthfrau	9+2	Prolapsus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
42.	325	A. Sch., 43 J., Cigarrensortirerin	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
43.	373	J. B., 28 J., Fleischerfrau	3	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis.	—
44.	379	S. V., 39 J., Lehrerfrau	2	Descensus vaginae Retroflexio uteri mobilis. Compl. Dammriss	—

Tabelle II, III und IV enthalten Fälle, welche im grossen, Ganzen dasselbe Krankheitsbild zeigen, wie die der vorigen Gruppe bei denen aber die Correctur der bestehenden Lageveränderung der Gebärmutter in den Vordergrund tritt.

Es handelt sich also auch hier um Patientinnen, die alle ein oder mehrere Male geboren haben und danach das geschilderte Krankheitsbild, in diesen Fällen zunächst eine Retroflexio uteri mit kleinerer oder grösserer Senkung der Scheide und des Uterus bis zum Prolaps mit totaler Inversion zeigen. Allerdings war bei einigen wenigen Fällen die Senkung so unbedeutend, dass sie neben dem Hauptleiden, der Retroflexio, zunächst nicht in Betracht kam; doch konnte man bei diesen Patientinnen, wenn man im Stehen oder bei starkem Pressen untersuchte, immer ein Tiefertreten des schlaffen Genitalschlauches feststellen, das beträchtlich genug war, um bei der Operation Berücksichtigung finden zu müssen. Die Hervorhebung dieses Punktes erscheint mir wichtig, weil dadurch

Datum der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
1. 3. 1900	Guter Befund	Wohlbefinden	—
12. 3. 1900	Isolirte Senkung des Uterus, so dass die Portio tief tritt	Senkungsbeschwerden	—
21. 3. 1900	—	—	—
10. 5. 1909	—	—	—
23. 5. 1900	—	—	—
25. 6. 1900	Guter Befund	Wohlbefinden	—
6. 7. 1900	—	—	—
23. 7. 1900	—	—	—
23. 7. 1900	—	—	Proctoperineoplastik.

in gewisser Hinsicht der weitere Operationsweg gegeben ist. Wer in dem ganzen Befunde nicht ein einheitliches Krankheitsbild, sondern die Retroflexio als das isolirte und zunächst zu berücksichtigende Leiden, den Descensus oder Prolaps vielleicht als Folge oder auch als Begleiterscheinung, jedenfalls aber auch als ein besonderes Leiden ansieht, wird sich in der Wahl der Operation von dieser Erwägung leiten lassen und zunächst die Retroflexio nach den sonst üblichen Methoden, also Ventrofixation oder Alexander-Adam'scher Operation, den Descensus vaginae durch entsprechende Kolporrhaphie beseitigen. Weshalb wir diese Operation in solchen Fällen nicht angewendet haben, will ich unten bei der vergleichenden Besprechung erörtern.

Wir haben im Princip den vaginalen Weg zur Beseitigung des ganzen Leidens gewählt und bei Frauen, die das conceptionsfähige Alter überschritten hatten, die Vaginofixation mit der beschriebenen Prolapsoperation verbunden, der Art, dass also nach Abpräpariren

des ovalen Lappens aus der Scheidenwand die Blase zurückgeschoben, das Peritoneum eröffnet und der vorgezogene Uterus etwas unterhalb der Verbindungslinie der Tubenecken fest an die Scheide und zwar unterhalb der Harnröhrenmündung angenäht wurde. Siehe Tabelle III.

Bei den anderen Frauen, die noch im conceptionsfähigen Alter standen, hat Herr Prof. Pfannenstiel bis zum October 1898 die vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda mit der Kolpoperineoplastik verbunden, die Operation aber dann wegen der unbefriedigenden Dauerresultate verlassen.

Die Operation verlief also bis zum Vorziehen des Uterus wie die vorige, dann aber wurden die Ligamenta rotunda durch Einfalten oder Bildung einer Schleife um 7 bis 9 cm verkürzt. Als Naht und Ligaturmateriel wurde dabei ausschliesslich Catgut und zwar das Dronke'sche Kumolcatgut nach Krönig verwendet. Die Plica wurde darauf wieder geschlossen, die Blase wieder an Ort und Stelle oder etwas höher hinauf fixirt und die vordere Kolporrhaphie beendet, worauf die hintere Kolporrhaphie und Dammplastik angeschlossen wurde.

Ueber die einzelnen Fälle giebt die Tabelle II Aufschluss. Ausserdem wurde in 2 Fällen die Mackenrodt'sche Vesicofixation angewendet, deren Resultat aber nicht bekannt ist. Die aus Tabelle II zusammengestellten Resultate sind folgende:

Von 37 Fällen wurden nachuntersucht 29; brieflich gaben Auskunft 6 (2 über gutes, 4 über schlechtes Befinden); nicht zu ermitteln waren 2. Die Fälle sind sämmtlich länger als 2 Jahre, zum Theil länger als 3 Jahre beobachtet.

Von den 29 nachuntersuchten Fällen zeigten guten Befund: 15 (mit 3 Partus nach der Operation), Recidiv: 14 (ebenfalls mit 3 Partus).

Subjectiver Heilerfolg:

Gut:	Schlecht:	Es fehlen:
23	10	4

Von 29 nachuntersuchten Fällen sind also 15 recidivfrei geblieben, d. h. gegen 50 pCt. Recidive, ein Verhältniss, welches noch schlechter wird, wenn man die brieflichen Mittheilungen mit verwerthet, worauf sich 17 Heilungen zu 18 Recidiven ergeben. Die Entbindungen nach der Operation vertheilen sich, wie man sieht, völlig gleichmässig auf beide Gruppen, so dass sie für das

Zustandekommen des Recidivs kaum verantwortlich zu machen sind. Eher wird man die Thatsache verwerthen können, dass die Patientinnen, welche ihrem Stande und Berufe nach gezwungen waren, zu arbeiten und namentlich Feldarbeit zu verrichten, ein grösseres Contingent zu den recidivirten Fällen stellen, als zu den recidivfreien, während die Gruppe der letzteren mehr Frauen zählt, die sich schonen konnten. Anerkannt muss werden, dass in den Fällen, die recidivfrei blieben, der Uterus sich in einer der Normallage fast gleichen, geradezu idealen Stellung befand, doch wird dieser Umstand der grossen Zahl der Misserfolge gegenüber nicht ausreichen können, die Operation zu empfehlen.

Als daher im Jahre 1898 Dührssen¹⁾ in seiner Monographie „Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Laparotomie“ eine neue Methode der Vaginofixation empfahl, welche geeignet wäre, auch bei jugendlichen Individuen gefahrlos angewendet zu werden, haben wir uns derselben seit dem November 1898 zuerst versuchsweise, sodann ausschliesslich für die in Frage kommenden Fälle zugewendet.

Da ich in keiner der neueren Arbeiten gefunden habe, dass der sicher bestehende principielle Unterschied dieser Methode von dem alten Verfahren genügend gewürdigt ist, im Gegentheil von vielen nicht anerkannt wird, will ich hier unsere Operationsart mit den unwesentlichen Modificationen und Abweichungen von der angegebenen Methode beschreiben.

Die Operation beginnt ebenfalls mit der Ablösung des ovalen Schleimhautlappens aus der vorderen Scheidenwand vom Harnröhrenwulst inclusive bis zur Portio.

Sodann wird die Blase stumpf soweit zurückgeschoben, bis die Plica und das vordere Peritonealblatt hinreichend freiliegt. Darauf wird das Peritoneum durch einen Längsschnitt eröffnet, welcher sodann nach weiterem Vorziehen der peritonealen Wundränder so weit wie möglich verlängert wird; das obere Ende dieses Schlitzes sichert man sich durch Anlegen einer Klemme vor dem Zurückziehen. Durch diesen Peritonealschlitz nun wird der Uterus durch Kugelzangen oder Kletterhaken vorgezogen, bis die beiden Tubenecken oder die beiden Ansätze der Ligamenta rotunda sichtbar werden. Nun wird der Vaginofixationsfaden gelegt, zu welchem ein unresorbirbares Material, am besten Silkworm, genommen wird

1) Berlin 1899. S. Karger.

und welcher, von links nach rechts gerechnet, durch folgende Gebilde hindurchgeht: durch den linken Scheidenwundrand unterhalb der Harnröhrenmündung, durch den linken Peritonealwundrand, durch die vordere Fläche des Uteruskörpers etwas unterhalb der Ligamentansätze, den rechten Peritonealwundrand und durch den rechten Scheidenwundrand. Wir legen dann noch einen halben Centimeter unterhalb dieses einen zweiten, ebensolchen Fixationsfaden nur der grösseren Sicherheit wegen, falls der erste reisst. Diese beiden Fäden werden noch nicht geknüpft, sondern von dem einen Assistenten stark an- und nach oben gezogen. Sodann wird der Längsspalt des Peritoneums von dem oberen, durch die Klemme fixirten Ende aus durch fortlaufende Catgutnaht auf das Sorgfältigste geschlossen, und darauf erst werden die beiden Silkwormfäden von dem Assistenten geknüpft, während der Operateur die Wundränder adaptirt. Es folgt dann die vordere Kolporrhaphie, hintere Kolporrhaphie und Dammplastik.

Der Uterus liegt nun allerdings vaginofixirt, aber zwischen dem Uteruskörper und der Scheidenwand bzw. dem paravaginalen Gewebe liegt eine Schicht wohlverschlossenen Peritoneums, so dass die anatomischen Verhältnisse im Princip dieselben sind, wie bei dem nach der Olshausen'schen Methode ventrofixirten Uterus. (Ueber die Frage der eventuellen Geburtsstörungen nach dieser Methode siehe später.)

Damit nun aber diese zunächst sicherlich soviel lockerere seroso-seröse Fixation des Uterus an das zwischen ihm und der Scheide liegende Peritoneum von Bestand bleiben und zu einer dauernden werden soll, werden die Fixationsfäden, die ja aus unresorbirbarem Material sein müssen, erst nach 6 Wochen entfernt, also nach einer Zeit, in der man annehmen kann, dass die erzielte Verklebung in den meisten Fällen fest genug geworden ist, um ein Recidiv verhindern zu können.

Wir haben bis jetzt auf diese Art 44 Frauen operirt, die ich in der Tabelle IV zusammengestellt habe, während die Tabelle III Frauen betrifft, bei denen wegen ihres Alters oder schon bestehender Menopause auf eventuelle Geburten keine Rücksicht genommen zu werden brauchte. Das Operationsverfahren unterscheidet sich hier nur dadurch von dem neuen Dührssen'schen, dass das Mitfassen des Peritoneums durch die Fixationsfäden und die isolirte Naht der Plica fortfällt, und der Uterus direct an die Scheide festgenäht wird. Früher nahmen wir in diesen Fällen für die Fixationsnähte

Catgut, erst in letzterer Zeit haben wir dafür Silkwormfäden eingeführt, die ebenfalls erst nach 6 Wochen entfernt werden.

Was nun zunächst die Dauerresultate unserer 44 seroso-serösen Fixationen (worunter ich auch weiterhin die ausführlich geschilderte Operation mit isolirtem Schluss der Plica verstanden wissen will) betrifft, so seien sie hier zunächst nach den Zahlen zusammengestellt:

Nachuntersucht 32. Guter Befund: 28.

Nichterschieden 14.

Reeidiy:

der Retroflexio-
uteri:

3.

der Scheiden-
senkung:

0.

des Descensus oder
Prolapsus uteri:

1.

Subjectiver Heilerfolg:

Gut:

22.

Schlecht:

10.

Jede Nachricht fehlt von:

12.

Ich habe dabei nur diejenigen Fälle berücksichtigt, welche seit mindestens einem halben Jahre beobachtet sind. Von diesen konnten 32 nachuntersucht werden, unter welchen nur bei 6 der seit der Operation verflossene Zeitraum weniger als ein Jahr beträgt, während 14 länger als $1\frac{1}{2}$ Jahr, zum Theil länger als 2 Jahre beobachtet wurden.

Unter diesen 32 Fällen sind 4 Recidive, d. h. 3 Fälle von Retroflexio uteri und ein Fall von recidivirter Senkung des Uterus, welcher, wenn man die Portio bei der Untersuchung in die Scheide zurückdrängt, in Anteflexionsstellung liegt. Abgesehen von diesem Fall war bei allen übrigen das Resultat der Scheidenoperation ein gutes, so dass sie also bezüglich des Prolapsus oder Descensus objectiv als geheilt anzusehen sind. Das ist zunächst mit unseren eigenen Erfolgen bei vaginaler Verkürzung der Ligamenta rotunda verglichen, ein so erheblich besseres Resultat, dass sich der Ersatz jener Operation durch die seroso-seröse Fixation in dieser Hinsicht als wohl berechtigt herausgestellt hat.

Betrachten wir die Recidive genauer, es sind die Nummern 9, 12, 28, 37, so stehen wir bei No. 12 und 28 vor der einfachen Thatsache des Recidives, ohne eine besondere Erklärung dafür geben zu können.

In Fall No. 9 war der Silkwormfaden, vielleicht in Folge zu festen Schnürens oder dadurch, dass zu wenig Gewebe gefasst

wurde, durchgeschnitten, wodurch ein wesentlicher Punkt der Methode, die lange Dauer der durch den Faden ausgeübten Fixation, illusorisch wurde.

In Fall 37 handelte es sich um einen totalen Prolaps des Uterus mit Inversion der Scheide. Wegen des jugendlichen Alters der Patientin, und der augenscheinlich vorhandenen Fertilität musste die ausser der Vaginofixation nöthige scheidenverengernde Operation in gewissen Grenzen gehalten werden und zeigte sich, als die Patientin bald nach der Entlassung die Arbeit wieder aufnahm, nicht ausreichend, um dem Druck von oben Stand zu halten, so dass allmählig der obere Theil der Scheide und die Portio wieder nach unten trat und in der Vulva wieder erschien, wobei der Uterus, wenn man die Portio zurückbrachte, anteflectirt lag.

Mitverantwortlich gerade für diesen Misserfolg ist vielleicht auch die Thatsache zu machen, dass der grosse, sehr vernachlässigte Prolaps zu beträchtlicher Vergrösserung des Organs und Verdickung der Scheidenwände geführt hatte, die die Technik sehr erschwerte.

Die subtile Einhaltung der Technik ist aber ein Punkt, der bei den Dauerresultaten sicher eine Rolle spielt. Aus der Zeit her, als wir uns der Methode zuwendeten, kann ich versichern, dass wir bei den ersten Operationen oft das Gefühl hatten, dass es bei dem Versuch bleiben würde, so wenig glatt, so unübersichtlich und schliesslich so wenig Erfolg versprechend verlief die Operation, bis sich Operateur und Assistenten an die zu beachtenden Punkte und die Ueberwindung der Hauptschwierigkeiten gewöhnten; aber auch dann kommt gelegentlich wieder ein Fall, der oft ungeahnte Schwierigkeiten bietet und bei dem nur ein sorgfältiges Operiren mit genauer Einhaltung der Methode Aussicht auf Dauererfolg gewährt. Es sind nun verschiedene Punkte, die hier in Betracht kommen. Gleich nach Ablösen des Schleimhautlappens zur vorderen Kolporrhaphie blutet es beim Nachlassen der Spannung aus vielen kleinen Gefässen und es ist, da die folgende Operation am Uterus doch noch eine beträchtliche Zeit in Anspruch nimmt, nicht nur um der Patientin das Blut zu sparen, sondern im Interesse eines übersichtlichen und sauberen Weiteroperirens oft geboten, diese Blutung durch provisorisches Anlegen von Klemmen einzuschränken. — Meistens lässt sich nun die Blase nach einem queren Einschnitt in das lockere Gewebe über der Portio in grosser Ausdehnung glatt zurückschieben; oft aber will dieses durchaus

nicht glatt von Statten gehen, man muss wiederholt Messer oder Scheere zu Hülfe nehmen, oder mit Anwendung grösserer Gewalt stumpf vorgehen und erlebt dann namentlich aus den seitlichen Partien Blutungen, die man am besten wieder sofort, eventuell durch Umstechungen stillt, weil man sonst oft während der weiteren Operation gestört und schliesslich doch noch zur isolirten Versorgung der Gefässe gezwungen wird.

In keinem Falle aber darf man sich durch diese Blutungen oder durch die Absicht sie zu vermeiden, von dem ausgiebigen Zurückschieben der Blase auch in den seitlichen Partien abhalten lassen. Letzteres ist besonders in den mit hochgradiger Cystocele complicirten Fällen unbedingt nöthig, um durch ausgiebige Verlagerung der Blase ein Wiedervordringen derselben und ein Recidiv zunächst der Cystocele, sodann der Retroflexio unmöglich zu machen; doch auch in Fällen ohne erhebliche Scheidensenkung muss man die Blase auch seitlich hinreichend flott machen und zurückdrängen, weil sonst beim Vorziehen und Fixiren des Fundus die stehengebliebenen Gewebspartien sich anspannen und zu einer starken Knickung des Organs führen, die einerseits die weitere Operation erschwert, andererseits sowohl das primäre, wie das Dauerresultat in der Weise beeinträchtigt, dass die Portio bei ante-flectirtem Fundus durch die genannten seitlichen Gewebsstränge nach vorn gezogen wird und zum Recidiv Veranlassung geben kann.

Die nach Zurückschieben der Blase folgende Eröffnung der Plica gestaltet sich leicht, wenn der Uterus sich vorziehen und die Blase sich gut abschieben lässt.

Lässt sich aber der Uterus aus irgend einem Grunde nicht gut vorziehen, ist die Blase in der geschilderten Weise schwer zurückzuschieben, so gelingt es oft erst nach einigem Mühen, die Plica so zugänglich zu machen, dass sie sich bequem längsspalten lässt, wobei man sich hüten muss, das oft sehr zarte Peritonealblatt zu zerfetzen, damit später die exacte Naht keine Schwierigkeiten macht.

Bei der Fixirung des Uterus ist vor Allem darauf zu achten, dass die Nadel den Uterus möglichst breit fasst, und dass die Fixation an die Scheide möglichst nahe an der Harnröhrenöffnung geschieht, um einerseits eine zu starke Knickung des Uterus nach vorn, andererseits ein Wiedervordringen der Blase zu vermeiden.

Der Schluss der vorderen Kolporrhaphie bietet oft auch noch Schwierigkeiten; zu achten ist besonders darauf, dass keine Taschen

entstehen, welche man am besten durch Mitfassen des paravaginalen Gewebes vermeidet.

Diese Bemerkungen gelten natürlich mutatis mutandis auch für die Fälle von Vaginofixation ohne isolierten Schluss des Peritoneums, welche wir bei Frauen, die das conceptionsfähige Alter sicher überschritten hatten, anwendeten. Besonders die Bemerkungen über das Zurückschieben der Blase kommen hier zur Anwendung, wobei man die Wirkung, eine möglichst feste Fixation durch Erzielung breiter Anlagerungsflächen für den Uterus zu erreichen, noch dadurch verstärken kann, dass man die Scheidenwundränder seitlich weit unterminirt.

Auf eventuelle spätere Geburten braucht ja nicht nur bei der Fixirung des Uterus, sondern auch bei den folgenden scheidenverengernden Operationen hier keine Rücksicht genommen zu werden, was besonders deshalb nicht gleichgültig war, als diese Fälle meist mit recht erheblichen Prolapsen complicirt waren, die oft überhaupt den Grund zu der operativen Behandlung abgaben.

Bei den Resultaten dieser Fälle, welche ich in Tabelle No. III zusammengestellt habe, muss ich einen Unterschied machen zwischen den Erfolgen bezüglich der Retroflexio und denen bezüglich des Prolapses.

Von 54 nachuntersuchten Fällen lag der Uterus 50 mal in guter Anteflexionsstellung, 3 mal retroflectirt und in einem Falle von totalem Prolaps hatte er sich wieder so gesenkt, dass die Portio beim Pressen in der Vulva sichtbar wurde; brachte man sie zurück, so lag der Uterus anteflectirt. Inclusive dieses Falles haben wir also 7,3 pCt. Recidive.

Bezüglich der Prolapsresultate boten

Vollkommen guten		Bei starkem Pressen	
Befund:		leichte Scheidensenkung:	
		vorn	hinten
46.		3.	1.
Deutliche		Ausgesprochenes Recidiv des	
Scheidensenkung:		Prolapses:	
vorn	hinten	der Scheide	des Uterus
1.	2.	0.	1.

Von den 55 nachuntersuchten Fällen ist nur 1 weniger als 1 Jahr beobachtet.

36 sind länger als 2 Jahr und unter diesen 17 länger als 4 Jahr beobachtet.

Ehe ich nun auf diese Prolapsresultate eingehe, möchte ich die Erfolge anderer Operateure zunächst bezüglich der Retroflexio-Operationen zum Vergleich heranziehen.

Vorher seien die Resultate unserer Operationen bezüglich der Beseitigung der Retroflexio uteri, die ich oben schon mitgetheilt habe, noch einmal zusammengestellt.

Vaginale Verkürzungen der Ligamenta rotunda bei Frauen im conceptionsfähigen Alter: 29 Fälle mit 14 Recidiven = 48,2 pCt.

Vaginofixatio mit isolirtem Schluss des Peritoneums bei Frauen im conceptionsfähigen Alter: 32 Fälle mit 4 Recidiven = 12,5 pCt.

Vaginofixatio ohne isolirten Schluss des Peritoneums bei Frauen jenseits des conceptionsfähigen Alters: 54 Fälle mit 4 Recidiven = 7,4 pCt.

Sämmtliche Fälle waren combinirt mit Kolporrhaphia anterior, posterior und Perineoplastik.

Was nun die Resultate anderer Operateure anbetrifft, so ist es schwer, dieselben in einer zum Vergleich geeigneten Weise gegenüber zu stellen, und noch schwerer, aus dem Vergleich einen Schluss auf den Vorzug der einen oder der anderen Methode zu ziehen. Es liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit, durch genaue theoretische Besprechung aller zur Zeit angewandten Methoden und der über die Leistungsfähigkeit und Indicationen herrschenden Meinungen die grosse Zahl der dieses Thema behandelnden Arbeiten zu vermehren; ein Einblick in die einschlägige Literatur wird zeigen, dass ich dabei nur schon oftmals Gesagtes und Gedrucktes noch einmal wiederholen würde. Nur um die Beurtheilung der aus meinen casuistischen Mittheilungen sich ergebenden Resultate zu erleichtern, will ich hier und am Schluss der Besprechung der Operationen bei Prolaps und fixirter Retroflexio das anführen, was ich in den Arbeiten der letzten Jahre in statistischer Hinsicht verwertbar gefunden habe, wobei ich ausdrücklich bemerke, dass die Reihe der hier genannten Arbeiten durchaus keinen Anspruch auf Vollständigkeit macht, zumal viele der neueren Arbeiten gar keine Zahlenangaben über die Resultate enthalten, andere so wenig Fälle überhaupt oder so wenig nachuntersuchte Fälle, dass sie füglich zum Vergleich nicht herangezogen werden können.

Dührssen¹⁾, dessen Methode wir etwas modificirt in unseren Fällen angewendet haben, berichtet in seiner Monographie über

1) Die Einschränkung des Bauchschnittes durch die vaginale Laparotomie. Berlin 1899. Verlag von S. Karger.

352 Fälle von Vaginofixation mit 11 Recidiven, d. i. 3,1 pCt. Bei Durchsicht der Tabellen ergibt sich aber, dass davon nur 34 Fälle in der oben besprochenen Form mit isolirtem Schluss der Plica ausgeführt sind; unter diesen 34 Fällen sind 2 Recidive, d. i. 5,8 pCt.

Hohl¹⁾ berichtet aus der Hallenser Klinik über 60 Vagino-fixationen, die nach einer ähnlichen Methode operirt wurden, d. h. zum Theil nach der Mackenrodt'schen Vesicofixation, zum Theil mit einer Modification derselben derart, dass die Fäden noch die Vaginalwand mitfassten. Von 55 nachuntersuchten Fällen zeigten 6 Recidive, von denen allerdings 31 weniger als 1 Jahr beobachtet waren (mit 2 Recidiven) und nur 24 länger als 1 Jahr (mit 4 Recidiven).

Kaufmann²⁾ berichtet aus der Ohlshausen'schen Klinik über eine Anzahl Vaginofixationen, die allerdings meistens ältere Frauen betrafen und nur zum Theil nach einer der unseren ähnlichen Methode operirt wurden. 34 wurden ohne Eröffnung des Peritoneums (extraperitoneal) operirt; davon bekamen 10 ein Recidiv (29,4 pCt.). Von 17 intraperitoneal Behandelten zeigten später 1 ein Recidiv.

Halban³⁾ hat die einschlägigen Fälle der Schauta'schen Klinik bearbeitet, die sich allerdings wegen der verhältnissmässig geringen Zahl nicht alle verwerthen lassen. Von den Vaginofixirten konnten 10 Fälle nachuntersucht werden, darunter fand sich 1 Recidiv und 1 „Mittelstellung“.

Ausserdem:

Vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda: 8 Fälle mit 3 Recidiven.

Fixation der Ligamenta rotunda an die Scheide: 6 Fälle mit 3 Recidiven.

Gottschalk⁴⁾ hat nach seiner Methode der rein intraperitonealen Fixirung des Uterus von der Scheide aus (die Fixation geschieht nur an das vordere Peritonealblatt, nicht an die Scheide)

1) Bericht über 69 Vaginofixationen des Uterus. Dieses Archiv. Bd. 54. S. 615.

2) Ueber Dauerresultate nach Vaginofixationen. Zeitschr. f. Geburtsh. XLII. 1. H.

3) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. H. 1.

4) Die rein intraperitoneale Fixirung des Uterus von der Scheide aus. Centralbl. f. Gyn. 1899. No. 4.

14 Fälle operiert, bis jetzt ohne Recidiv, doch ist keiner der Fälle länger als ein halbes Jahr, viele nur einige Monate post operationem nachuntersucht worden, können also als Dauerresultate nicht in Betracht kommen. Von der Mackenrodt'schen Vesicofixation, die dieser¹⁾ wieder warm empfiehlt, hat er 8 Fälle anzuführen, von denen nach mehreren Jahren nur einer recidivfrei war.

Von den nicht vaginalen Operationen ist es vor allem die Alexander-Adam'sche, welche von den meisten bei beweglicher Retroflexio, nach den Umständen mit einer Scheidenoperation combinirt, angewendet wird.

Aus der Küstner'schen Klinik hat Cohn²⁾ in neuerer Zeit die Resultate zusammengestellt und berichtet über 39 Fälle mit 7 Recidiven, d. i. 17,9 pCt. Der früher aus derselben Klinik von Kober³⁾ gegebene Bericht lautete über 28 Fälle mit 6 Recidiven = 21,4 pCt.

Kötschau⁴⁾ berichtet über 23 Fälle von Alexander-Adam'scher Operation mit 5 Recidiven = 21,7 pCt.

Krönig und Feuchtwanger⁵⁾ theilen 14 Fälle von Alexander-Adam'scher Operation mit, mit 3 Recidiven = 21,4 pCt. Man beachte hier die auffallende Aehnlichkeit der Resultate, die wohl den Schluss rechtfertigen, den durchschnittlichen Procentsatz in dieser Höhe anzunehmen.

In 42 Fällen wurde die Operation wegen Descensus oder Prolaps mit scheidenverengernden Operationen verbunden, das Resultat derselben war folgendes: Von 14 Fällen, die keinen Descensus vaginae zeigten, lag der Uterus 2 mal retrovertirt, 1 mal descendirt aber anteflectirt, 2 mal war er senil atrophisch und nicht zu tasten. Von den übrigen Fällen war ein Descensus aufgetreten und der Uterus war 4 mal retrovertirt, 4 mal descendirt aber anteflectirt und 2 mal senil atrophisch und nicht zu tasten.

Städler⁶⁾ giebt sehr ausführliche Angaben über andere Operateure, berichtet selbst aber nur über 9 Fälle von Alexander-Adam'scher Operation wegen Prolaps mit Lawson-Tait'scher

1) Centralbl. f. Gyn. 1899. No. 8.

2) Ueber die Dauerresultate der antefixirenden Operationen etc. Inaug.-Dissert. Stuttgart 1900.

3) Inaug.-Dissert. Breslau 1897.

4) Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. München 1899.

5) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. H. 3 u. 4.

6) Dieses Archiv. Bd. 58. H. 3.

Operation combinirt. Nur einer ist nachuntersucht und geheilt, über 4 liegen Berichte vor, darunter über 2 Recidive.

Peters¹⁾ operirte 41 Fälle nach Alexander-Adam. Unter den zur Nachuntersuchung gelangten Fällen war kein Recidiv. Wieviel das waren, sagt er nicht, giebt aber zu, dass dieselben zum grossen Theil zur Beurtheilung des Dauerresultates nicht geeignet waren wegen der kurzen, seit der Operation verflossenen Zeit.

Der Vollständigkeit halber will ich hier noch 2 Berichte anschliessen über Operationen, die eigentlich nur die Beseitigung des Prolapses zur Aufgabe hatten, zu diesem Zweck aber auch die bestehende Retroflexio mit in Angriff nahmen.

Boije²⁾ berichtet aus der Engström'schen Klinik über 32 Ventrofixationen mit Kolporrhaphien verbunden, doch betrafen sie ausschliesslich grosse Prolapse des Uterus und der Vagina, und über die spätere Lage des Organs ist nichts gesagt.

Christiani³⁾ berichtet aus der Küstner'schen Klinik über 105 Fälle von Ventrofixatio mit Kolporrhaphie etc. und giebt 22,5 pCt. Scheidenrecidiv und 8 pCt. totales Recidiv an.

In directem Vergleich mit unseren Fällen lassen sich wohl nur die von Hohl berichteten Fälle bringen mit einem dem unseren ähnlichen Resultat und die von Dührssen selbst mitgetheilten Tabellen, welche allerdings einen wesentlich höheren Procentsatz von guten Dauerresultaten aufzuweisen haben, welcher auch die aller anderen Operateure übertrifft. Eine Erklärung hierfür ist vielleicht darin zu suchen, dass Dührssen jede bewegliche Retroflexio, bei welcher durch Ringbehandlung keine Heilung (d. h. dauernde Umwandlung in die Normallage, auch nach späterer Entfernung des Ringes) zu erwarten ist, operirt wissen will und operirt, während unsere Tabellen nur hochgradig mit Scheiden-senkung oder Vorfall complicirte Fälle enthalten, bei denen eine Ringbehandlung überhaupt keine Besserung mehr brachte (d. h. bei denen der Vorfall oder die Retroflexio durch den Ring nicht in dem Grade beeinflusst wurden, dass die Patientin dadurch Erleichterung hatte).

Die wenigen Fälle Halban's von vaginaler Verkürzung der

1) Münchener med. Wochenschr. 1900. No. 34.

2) Mittheilungen aus der gynäkolog. Klinik des Prof. Engström. Berlin 1898. S. Karger.

3) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XLIV. Bd. 1. H.

Ligamenta rotunda zeigen nicht viel bessere Resultate wie die gleich behandelten Fälle unserer Tabelle II.

Die Alexander-Adam'sche Operation weist im Durchschnitt doch noch ca. 20 pCt. Recidive auf, am wenigsten noch die Cohn'schen Fälle (17,9 pCt.).

Ohne auf eine allzu genaue Prüfung und gegenseitige Abwägung des Vorzugs der einzelnen Methoden vor anderen einzugehen (die Zahl der von uns selbst nach anderen Methoden operirten Fälle ist dafür zu gering), will ich hier nur bemerken, dass wir für die Behandlung der beweglichen Retroflexio, wenn eine operative Behandlung sich überhaupt als nöthig erweist, der Dührssen'schen Vaginofixation, bei conceptionsfähigen Frauen mit isolirtem Schluss der Plica, vor allem deshalb den Vorzug geben, weil dabei das ganze Leiden, d. h. auch der Prolapsus oder Descensus vaginae, durch eine Operation in Angriff genommen wird, und weil dieser zweite Theil des Leidens d. h. also der Prolapsus oder Descensus, nach unserer Meinung wirksamer beseitigt wird, wenn der Uterus dabei durch Vaginofixation in eine Anteflexionsstellung gebracht wird, als wenn Letzteres durch Ventrofixation oder durch Alexander-Adam'sche Operation geschieht. Des Näheren wird eine Betrachtung unserer Resultate bezüglich der Prolapse nach Vaginofixation die Erläuterung dazu geben:

Dauerresultate bezüglich der Prolapse.

Aus Tabelle IV hatten wir unter 32 nachuntersuchten Fällen keine Scheidensenkung und eine isolirte Senkung des Uterus.

Aus Tabelle III haben wir unter 55 nachuntersuchten Fällen ebenfalls eine isolirte Senkung des Uterus; 3 Fälle haben eine leichte Senkung der vorderen und 1 der hinteren Scheidenwand; ausserdem zeigen eine deutliche Senkung vorn 1 Fall und hinten 2 Fälle.

Die beiden letztgenannten Fälle von Senkung der hinteren Scheidenwand betreffen Frauen, die beide chronisch lungenkrank waren und durch ihren Husten bald nach der Operation heftig gequält wurden, so dass in dem dauernd verstärkten Druck nach unten wohl auch die Ursache der Rectocele zu suchen ist. In den anderen Fällen handelt es sich nicht etwa um Recidive der Cystocelen, sondern es wird, übrigens auch nur bei starkem Pressen, der in Ruhelage anteflectirte und vaginofixirte Uterus mit der auf

bezw. hinter ihm liegenden Blase etwas nach unten gedrückt, ein Vorgang, der dem tastenden Finger als leichtes Tiefortreten der vorderen Scheidenwand imponirt, den betreffenden Frauen aber gar nicht zum Bewusstsein kommt, wie genaue diesbezügliche Fragen ergeben haben.

Hier möchte ich die oben schon gegebenen Resultate der einfachen Prolapsoperationen zur Besprechung heranzuziehen.

Prolapsresultate aus Tabelle I.

Von den 60 nachuntersuchten Fällen zeigten:

Vollkommen guten Befund:	Beim Pressen leichte Scheidensenkung		Ausgesprochene Senkung vorn:
	vorn:	hinten:	
50.	6.	1.	3.

Wie man aus der hier noch einmal wiederholten Zusammenstellung ersieht, stehen von 60 nachuntersuchten Fällen 50 guten Dauerresultaten 3 Recidive gegenüber, die übrigen 7 Kranken sind den guten Dauerresultaten nicht zugerechnet worden, weil sich bei ihnen eine leichte Senkung, bei 1 Fall der hinteren, bei 6 der vorderen Wand geltend machte. Diese 6 Fälle unterscheiden sich bezüglich des Operationsresultates, so weit es den früheren Descensus oder Prolaps betrifft, nicht von den genannten 4 Fällen vorderer Scheidensenkung bei den mit Vaginofixation behandelten Patientinnen, verdienen aber eine ganz verschiedene Beurtheilung des weiteren Verlaufs und des Resultates nach einigen Jahren. Denn während man annehmen kann, dass die Fälle von Vaginofixation ihren Unterleibsbefund im grossen Ganzen so behalten werden (einige haben ihn schon 2—3 Jahre unverändert), so ist das bei den genannten Fällen von einfacher Prolapsoperation leider nicht zu erwarten, weil sich hier die Blase bei den Frauen der arbeitenden Klasse, und dieser gehören sie alle an, unter dem Druck der Bauchpresse immer mehr vordrängen und in vielen Fällen oft noch nach längerer Zeit zu Recidiven führen wird.

Wenigstens hatten wir auf Grund verschiedener Misserfolge bei Prolapsen, welche von anderer Seite durch einfache Kolpoperineorrhaphie operirt waren, den Eindruck gewonnen, dass die Dauerresultate nach dieser Operation doch ziemlich unbefriedigende sind, besonders wenn ein Zeitraum von mehreren Jahren nach der Operation verflossen ist.

Gewiss ist das Resultat unserer einfachen Prolapsoperationen, 3 Recidive der Cystocelen und 7 leichte Senkungen von 60 nach-untersuchten Fällen, kein so absolut schlechtes, dass man danach die Operation als völlig untauglich verwerfen müsste, aber die Thatsache, dass man bei der Operation in manchen Fällen von vornherein auf das Recidiv gefasst sein muss, — und bei hochgradigen Cystocelen wird dasselbe trotz sorgfältigster Blasenraffung nicht ausbleiben, wie auch die erwähnten Fälle zeigten —, müsste zum Verlassen der Methode führen, wenn andere Besseres leisten.

Betrachten wir danach noch einmal die Dauerresultate unserer Vaginofixationen hinsichtlich der Prolapse und Senkungen, wobei wir jetzt beide Tabellen III und IV combiniren können, so haben wir unter 87 Fällen allerdings 2 Fälle von wieder aufgetretenem Descensus bezw. Prolapsus uteri (Tabelle III No. 40 und Tabelle IV No. 37), ausserdem aber nur 2 isolirte Senkungen der hinteren Wand und 1 der vorderen, und 1 Fall von leichtem Vortreten der hinteren Wand beim Pressen und 3 der vorderen. Bei den letzteren ist aber, da der Uterus wie eine Pelotte vor der sich herabdrängen wollenden Blase liegt, eine Aenderung des Befundes zum Schlimmeren nicht zu befürchten.

Aus derselben Erwägung, dass nämlich die einfache Kolporrhaphie und Dammplastik zur Beseitigung des Prolapses nicht ausreichend ist, verbinden andere Oparateure mit derselben die Ventrofixation. — Wir haben dieselbe in Combination mit Kolpoperineorrhaphie ebenfalls gemacht, doch ist die Zahl der Fälle (12) zu gering, um sie statistisch verwerthen zu können, zumal 2 der Fälle insofern eine Sonderstellung einnehmen, als bei ihnen wegen anderer Erkrankungen die Laparotomie gemacht wurde, bei der die Ventrofixation des Uterus erfolgte, worauf dann die Scheidensenkung durch Kolporrhaphie beseitigt wurde. 9 der Fälle konnten nach-untersucht werden, von denen 7 guten Befund, 2 eine Cystocele zeigten. Der Uterus lag bei diesen Fällen ventrofixirt, die Portio wurde aber beim Pressen und meist schon beim Aufrechtstehen so herabgedrängt, dass der Uterus wie aufgehängt erschien. Solche Fälle, von anderer Seite operirt, hatten wir auch in der poliklinischen Sprechstunde mehrfach zu beobachten Gelegenheit; meistens wurden diese weiterhin mit Pessaren behandelt; bei zweien waren die Beschwerden so gross, dass sie aufgenommen wurden und durch Vaginofixation mit erneuter Kolpoperineoplastik nochmals versucht wurde, das Leiden zu beseitigen.

Grade solche Fälle, in denen vorher andere Operationen im Stich gelassen hatten, waren es, die uns veranlassten, in allen Fällen hochgradiger Schlaffheit des ganzen Genitalschlauches und dadurch bedingtem Descensus oder Prolaps, besonders aber bei ausgesprochener Cystocele, uns nicht mehr mit der blossen Kolporrhaphie und Dammplastik zu begnügen, sondern principiell auch bei anteflectirt liegendem Uterus die Vaginofixation zu machen, und zwar bei jüngeren Personen die ausführlich besprochene Dührssen'sche Modification mit isolirtem Schluss der Plica, bei älteren aber eine feste serosofibröse Fixirung mit lange liegendem Fixationsfaden. In allen Fällen mit bedeutender Hypertrophie der Portio oder Verlängerung des Uterushalses fördert eine ausgiebige Portioamputation, die man ja bei den älteren Frauen ruhig machen darf, das Dauerresultat ausserordentlich; im Uebrigen muss man natürlich in allen Fällen von Prolaps eine hinreichende Verengerung der Scheide durch Kolporrhaphia anterior und posterior und Perineoplastik folgen lassen.

Wir hatten bis zum Ende des Jahres 1899, so lange die Invaliditäts- und Altersversicherungs-Anstalt noch kein eigenes Krankenhaus besass, dadurch, dass die Invalidenrenten-Anwärterinnen mit den in Frage stehenden Leiden meinem Chef zur Begutachtung und weiteren Behandlung überwiesen wurden, über ein Prolapsmaterial zu verfügen, welches sicher eine besondere Beurtheilung verdient. Denn erstens gehörten die Patientinnen sämmtlich der arbeitenden Bevölkerung an und mussten zum grössten Theil Feldarbeiten verrichten und zweitens kam es darauf an, die Frauen wieder so arbeitsfähig zu machen, dass sie sich ihren früheren Lohn verdienen konnten.

Dass uns das Letztere nach Ansicht der Patientinnen nicht immer gelungen, dass wir im Gegentheil, was die subjective Heilung und Beseitigung der Klagen anbelangt, gerade bei diesen Patientinnen oft die schlechtesten Resultate hatten, ist ein Punkt, der hier nicht mitspielt, auf den ich aber noch zu sprechen kommen werde. Wir haben aber die meisten der Patientinnen nachuntersuchen können und gefunden, dass wohl in einer Reihe von Fällen nach Wiederaufnahme der Arbeit das Resultat bezüglich der Senkung der Scheide bezw. des ganzen Genitalschlauches nicht so befriedigend war, wie es bei dauernder Schonung zu sein pflegt; ein totales Recidiv des Scheidenprolapses jedoch, oder auch nur der vorderen Wand in Form einer so ausgesprochenen Cystocele,

wie wir bei unseren Fällen von einfacher Kolporrhaphie und Dammplastik gesehen haben, haben wir nicht beobachtet.

Ich halte es hier für angebracht, auf die oben schon ange deutete Frage der subjectiven Resultate zu sprechen zu kommen.

Wie ich schon früher sagte, habe ich für die objectiven Dauerresultate nur die nachuntersuchten Fälle und nicht auch briefliche Mittheilungen verwerthet. Für eine Zusammenstellung der subjectiven Heilungen, d. h. Befreiung von den Beschwerden, kommen solche Mittheilungen natürlich vollwerthig in Betracht. Allerdings verschieben sich unsere Statistiken dadurch ganz beträchtlich, nicht nur der Zahl, sondern auch der Personen der Patientinnen nach; manche Patientin, deren Retroflexio recidivirt ist, hat dadurch gar keine Beschwerden, und fühlt sich wohl, weil sie von der früheren Senkung nichts merkt, während eine andere, die dem objectiven Befund nach als geheilt gelten muss, wegen endometritischer Beschwerden, Ausfluss, starker Periode etc. sich krank fühlt. Des Näheren geben darüber die Bemerkungen in den Tabellen Auskunft; besonders erwähnen will ich noch die schon genannten Invaliden-Renten-Anwärterinnen, welche uns von der Versicherungsanstalt direct zugeschickt wurden, und diejenigen Frauen, welche nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhause aus der verhältnissmässig langen Behandlungszeit und der überstandenen grösseren Operation Veranlassung nehmen zu können glaubten, die Invalidenrente nun nachträglich noch zu beanspruchen. Alle diese Patientinnen wurden, soweit sie nicht durch andere meistens innere Leiden eine Ausnahme bildeten, in ihren Rentenansprüchen abgewiesen und glaubten bei jeder späteren Nachuntersuchung, besonders wenn sie durch Postkarte aufgefordert waren, durch die mannigfaltigsten Klagen eine Aenderung zu Gunsten ihrer Rentenangelegenheit erreichen zu können. Ich habe diese angegebenen Beschwerden, auch wenn sie noch so unwahrscheinlich waren, bei der Rubrik „subjectiver Heilerfolg“ alle mit berücksichtigt, woraus sich wohl zum Theil die grosse Anzahl Misserfolge in dieser Beziehung bei meist guten Dauerresultaten erklärt.

Die Resultate anderer Operateure nach Prolaps-Operationen

beziehen sich theils auf die schon erwähnte Methode der Ventrifixation oder Alexander Adam'scher Operation, combinirt mit Scheidenoperationen, oder auf Scheidenoperationen allein.

Boije (l. c.): 29 Fälle von Ventrofixation und Kolporrhaphie etc. mit 3 Recidiven und 6 geringgradigen Scheidenprolapsen.

Christiani (l. c.): 125 Fälle derselben Operation mit 25 pCt. Scheidenrecidiv und 8 pCt. totalem Recidiv.

Hohl (l. c.) hat unter seinen Vagino- bez. Vesicofixationen auch 39 Fälle von Prolaps nachuntersucht und 5 geringe Senkungen und 4 vollständige Recidive (10,2 pCt.) beobachtet.

Schmidt¹⁾: Vaginofixationen 22 (zum Theil nur brieflicher Bericht) mit 5 Recidiven.

Vaginale Verkürzung der Ligamenta rotunda: 12 (ebenfalls zum Theil brieflich) mit 2 Recidiven.

Städler (l. c.): Lawson-Tait, zum Theil mit Alexander Adam'scher Operation combinirt: 25 Fälle von Prolaps, deren Resultate aber zum grössten Theil nur durch Berichte bekannt sind; darunter 6 Recidive.

Theilhaber²⁾ will den Prolaps nur da angegriffen wissen, wo er als pathologische Abweichung von dem normalen anatomischen Befunde imponirt, dann aber auch in radikalster Weise, also Cystocele durch Resection der ganzen vorderen Scheidenwand ohne hintere Kolpoperineoplastik und Berücksichtigung der Retroflexio uteri, Rectocele durch entsprechende hintere Operation.

Resultate 24 Fälle, 14 nachuntersucht, 13 gut, 1 Prolaps des Uterus und Erscheinen der Portio in der Vulva bei normaler Scheide.

v. Herff³⁾ berichtet aus der Hallenser Klinik über 242 Fälle von Prolaps, die theils durch einfache Kolporrhaphie und Kolpoperineorrhaphie, theils durch Verbindung dieser Operation mit Vagino- oder Vesicofixation, in einzelnen Fällen auch Ventrofixation operirt wurden und rechnet „relative Heilungen“ nach einfacher Prolapsoperation 77,1 pCt., nach Vagino-Vesicofixation 78 pCt., nach Ventrofixation 76,9 pCt. aus.

Ueber unsere Stellung zur Ventrofixation mit Scheidenoperationen bei Prolaps habe ich schon gesprochen, ebenso über die einfache Kolporrhaphie und Kolpoperineoplastik.

Soll diese letztere, wie Viele wollen (v. Herff und Andere) wirklich für die Beseitigung auch totaler Prolapse ausreichen, so

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. H. 1.

2) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1900. H. 3.

3) Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. München 1899.

müsste sie meiner Meinung nach in einem das gewöhnliche Maass weit überschreitenden Umfang bezüglich des zu resecirenden Theils der Scheidenschleimhaut ausgeführt werden, und es fragt sich, ob sie dann ebenso wie die von Theilhaber vorgeschlagene Resection der ganzen vorderen Scheidenwand, nicht auch zu Geburtsstörungen führen kann.

Geburtsstörungen nach Vaginofixation.

Ich komme damit zu einem bis jetzt noch nicht besprochenen Punkte, den nach Vaginofixation beobachteten schweren Geburtsstörungen, welche die meisten Operateure bestimmten, die Operation für noch conceptionsfähige Frauen nicht mehr anzuwenden.

Dührssen (l. c.) führt in Kapitel 5 seiner Monographie in eingehendster, durch 3 Abbildungen unterstützter Besprechung aus, in welcher Weise der Uterus, nachdem der Längsspalt des Peritoneums auf das sorgfältigste geschlossen, nach Anziehen und Knüpfen des vorher gelegten Silkwormfadens antefixirt wird, derart nämlich, dass die resultirende Fixation eine rein seroso-seröse, der Dehnung fähige Verklebung ist, wie bei der Ventrofixation, wenn dieselbe an unverletzten Stellen des Peritoneums geschieht. Zur Unterstützung seiner Ausführung stand ihm ein Material von 20 Entbindungen nach der Operation zur Verfügung, von denen nur 2 ärztliche Hülfe nöthig machten und zwar einmal Perforation wegen mangelhaft erweiterten rigiden Muttermundes und einmal eine Ausgangszange wegen secundärer Wehenschwäche.

Leider ist das mir zur Verfügung stehende Material unserer eigenen Fälle gerade für die seroso-seröse Fixation zu gering, um daraus beweisende Schlüsse ziehen zu können. Unter den Fällen von fester serosofibröser Fixation, die in den ersten Jahren nach Bekanntwerden der Operation auch bei conceptionsfähigen Frauen gelegentlich gemacht wurde, sind übrigens aus dieser Zeit 4 Frauen, die völlig normale Geburten nach der Operation durchgemacht haben.

Von den Fällen aber mit seroso-seröser Fixation haben nur zwei Frauen nach der Operation entbunden, eine ohne ärztliche Hülfe, bei der anderen wurde eine Zange wegen zu langer Dauer und wahrscheinlich auch bestehender Wehenschwäche in der Austreibungsperiode gemacht. Eine Frau hat abortirt im 3. Monat ohne besondere Erscheinungen, 3 Frauen, deren guten Unterleibsbefund wir schon früher festgestellt hatten, boten bei der letzten

Nachuntersuchung einen völlig normalen Graviditätsbefund im 3. bis 6. Monat.

Die früher nach der festen Vaginofixation beobachteten Geburtsstörungen kamen im Wesentlichen daher, dass zunächst die feste Fixation die normale Ausdehnung der Corpuswand hinderte. Desto stärker wurden der Fundus und die hintere Corpuswand ausgedehnt, und durch letztere die Cervix nach hinten und in die Höhe gedrängt, wohin die Portio und hintere Scheidenwand folgen mussten, so dass bei Beginn der Geburt der Muttermund oft ganz hinten und hoch oben kaum zu erreichen stand, während sich hinter der Symphyse eine trichterförmige Einziehung in der vorderen Scheidenwand zeigte.

Eine Erwägung der Entstehungsursachen dieser Veränderungen muss uns zu der Ueberzeugung bringen, dass sich dieselben schon in den ersten Schwangerschaftsmonaten zeigen müssen, und dass man, wenn sie wie in den genannten 3 Fällen unserer Tabelle IV fehlen, auf eine normale Entbindung rechnen darf.

Wenn man demnach aus den genannten theoretischen Erwägungen und Folgerungen, sowie aus der Zahl der bisher beobachteten Geburten, der Vaginofixation mit isolirtem Schluss der Plica, eine andere Beurtheilung bezüglich der möglichen Geburtsstörungen wird zuerkennen müssen, wie der festen Fixation, so wird doch der von Graefe¹⁾ beobachtete Fall von Geburtsstörung der geschilderten Art nach Vaginofixation ohne Eröffnung der Plica vesico-uterina hinreichen, eine völlige Zerstreuung der Bedenken gegen die Methode zu verhindern.

Grade weil bei Vaginofixation ohne Eröffnung des Peritoneums die Verbindung eine so lockere zu sein pflegt, dass die Zahl der Recidive eine sehr grosse ist, erscheint die abnorm feste Fixirung in diesem Falle um so unerklärlicher und man kann es Niemandem übel nehmen, wenn er das gleiche Ereigniss bei Fällen mit isolirtem Schluss der vorher eröffneten Plica für möglich hält. Immerhin steht der Fall bis jetzt einzig da und kann schliesslich seine Erklärung in einer aus einem unbekannten Grunde (adhäsive Entzündung, Stichkanalleiterung etc.) secundär entstandenen festeren fibrösen Verbindung haben.

Allerdings sind solche Muthmassungen und Erwägungen nicht im Stande, den Zweifel zu lösen und die Wahrheit zu finden, son-

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. II. H. 6.

dern dies kann nur der weitere Versuch. Man könnte einwenden, dass ein Versuch, der so bedeutende, vielleicht das Leben der Patientin bedrohende Gefahren zur Folge haben kann, unberechtigt ist, aber genau genommen hat jede neue Methode die Möglichkeit des Misserfolges und einer Gefahr für die Patientin und grade hier ist nach dem bisher Beobachteten die Wahrscheinlichkeit für derartig ungünstige Ereignisse sehr gering. Die Ventrofixation hat auch schon zu schweren Geburtsstörungen geführt und doch wird sie heute von jedem unbedenklich ausgeführt.

Ob die Vaginofixation in der angegebenen Modification mit isolirter Plicavernähung wirklich alle Störungen unmöglich macht, wird erst die Zeit entscheiden können; dazu aber ist es möglich, dass das Verfahren auch versucht wird, und solche Versuche bekannt zu machen und zu weiteren anzuregen, sollte der Hauptzweck dieser Mittheilungen sein.

Zurückkehrend zu unserer Prolapsbehandlung habe ich der Vollständigkeit halber noch 3 Arten von Operationen zu nennen, die in unserem Krankenhaus ausgeführt wurden, 2 ältere und 1 neuere, die Vaginostriktur nach Bassini-H. Freund, die vaginale Totalexstirpation und die Methode nach W. A. Freund-Wertheim.

Vaginostriktur nach Bellini-H. Freund.

Ueber die erstere kann ich schnell hinweggehen. Die Operation ist nur 4 mal gemacht worden, 3 Fälle sind recidivirt, der 4. bot nach einem Jahre noch guten Befund, seitdem fehlt jede Nachricht von ihm.

Die Thatsache spricht für sich trotz der kleinen Zahl der Fälle; die meisten anderen Berichte über die Methode lauten ähnlich.

Vaginale Totalexstirpation bei Prolaps.

Was die vaginale Totalexstirpation anbetrifft, so ist dieselbe in hochgradigen Fällen von Uterusprolaps, in denen andere Methoden wenig Aussicht versprochen oder bereits vergeblich angewendet waren, schon seit langer Zeit vorgeschlagen und ausgeführt worden, besonders wenn das Organ entweder durch seinen pathologischen Zustand selbst oder wegen Alters der Patientinnen eine Entfernung, wenn auch nicht gerade erforderte, so auch nicht widerrieth. So verlockend es ist, durch Entfernung des Organs

einen Theil des Leidens, nämlich den Uterusprolaps gänzlich beseitigt zu haben, so muss man doch nie vergessen, dass man dadurch den zweiten in Betracht kommenden Körpertheil, die Scheide, ihrer natürlichen und besten Stütze und sich selbst der Möglichkeit beraubt, diese Stütze noch weiterhin durch geeignete Lagerung als solche verwenden zu können, und dass man danach auftretenden Senkungen der Scheide besonders der Cystocele machtlos gegenübersteht.

Es ist deshalb immer bei der Ausführung der Operation darauf Rücksicht zu nehmen und die Technik darauf einzurichten.

Bei uns wurde aus diesem Grunde mit der typischen Total-exstirpation die Resection eines dreieckigen Schleimhautlappens aus der vorderen Vaginalwand verbunden und der Defect im Sinne einer vorderen Kolporrhaphie vernäht; die Adnexe wurden principiell mit entfernt und die Stümpfe in die Scheidenwunde heruntergezogen und dort fest fixirt; eine hintere Kolporrhaphie mit Dammplastik in typischer Weise beschloss die Operation. Darauf, dass die Adnexe mit entfernt und die Stümpfe mit der Scheide fest vereinigt werden, was zuerst schon vor Jahren von Fritsch betont wurde, beruht der Haupterfolg der Operation, indem durch den Zug der sich retrahirenden Ligamente die Scheidenwände nach oben gezogen werden sollen.

In einem unserer Fälle, wo diese Fixation versäumt wurde, trat ein totales Recidiv nach 14 Tagen ein, und man musste froh sein, durch eine nochmalige, den Verhältnissen angepasste atypische Operation noch ein leidliches primäres Resultat erreichen zu können; später trat doch wieder Senkung der vorderen Wand und der Blase ein. Diesen Fall mit eingerechnet, verfügen wir über zwölf Fälle, die im Wesentlichen nach der angedeuteten Methode operirt wurden. Von diesen 12 Fällen sind 8 nachuntersucht worden, 2 befinden sich nach brieflicher Mittheilung wohl, von 2 fehlt der Befund. Von den 8 Nachuntersuchten haben 3 Senkungen der hinteren Wand, die übrigen 5 bieten guten Befund und befinden sich auch wohl.

Methode nach W. A. Freund-Wertheim.

Von demselben Gedanken geleitet und aus demselben Grunde, aus welchem wir die Vaginofixation für alle Fälle von Prolaps mit Cystocele empfehlen, nämlich der Verwendung des Uteruskörpers als einer Art Pelotte zur Zurückhaltung der Blase, zu-

gleich aber in dem Bestreben, ein Recidiv unmöglich zu machen, haben bekanntlich Freund und Wertheim eine Methode angegeben, bei der der Uterus in die Scheide vorgezogen und hier an einer angefrischten Stelle mit der Scheidenwand vernäht wird.

Fritsch¹⁾ hat das Verfahren in der Art modificirt, dass er die Hinterfläche des vorgestülpten Uterus mit einer ovalen Wunde der vorderen Vaginalwand und die ursprüngliche vordere Uterusfläche mit einer Wunde der hinteren Vaginalwand vernähte, die durch Abpräpariren zweier Schleimhautlappen nach den Seiten zu gewonnen wurde, deren Ränder wieder ihrerseits auf den Uterus aufgenäht wurden, so dass schliesslich der Uterus in die Vaginalwände versenkt erschien.

Auch diese Methode und zwar nach der Fritsch'schen Modification ist von uns versucht worden, jedoch bis jetzt in zu wenig Fällen, um daraus ein Urtheil ziehen zu können. Von anderer Seite sind inzwischen schon Recidive berichtet worden und einen solchen von anderer Seite operirten Fall hatten wir zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit. Es wurde uns eine Frau wegen Blasenbeschwerden zugeschickt, bei welcher angeblich schon einmal eine Cystocelenoperation gemacht sein sollte.

In der That erschien bei der Frau schon in der Ruhelage, mehr aber noch beim Stehen und Pressen, eine rothe Geschwulst in der Vulva, wie eine Cystocele anzusehen, aber von so derber Beschaffenheit, dass wir zuerst an einen Tumor der vorderen Vaginalwand dachten, bis sich bei näherer Untersuchung mit Sonde etc. ergab, dass es sich um den nach Freund-Wertheim in die Scheide eingenähten Uterus handle. Der Frau machte das dauernde Gefühl dieses Körpers in der Vulva mehr Beschwerden, als vorher die Senkung, weshalb wir sie von demselben durch vaginale Absetzung des Uteruskörpers oberhalb der Portio befreien.

Ich verlasse damit die mit Senkung oder Prolaps complicirten Uterusverlagerungen und wende mich zu den in den Vorbemerkungen unter A. zuerst erwähnten Krankheitsbildern.

Operationen bei uncomplicirter Retroflexio uteri mobilis.

Neben der häufig mit Chlorose, Sterilität etc. verbundenen Fällen angeborener Retroversio (oft cum anteflexione corporis), die, wie ich schon sagte, keiner operativen Behandlung bedürfen, kommen bei nulli-

1) Centralbl. f. Gyn. 1900. H. 2.

paren Personen auch bewegliche Retroflexionen vor, die als einziges Leiden bestehen und wegen der oft bedeutenden Beschwerden Behandlung erfordern. Ausserdem kommen natürlich auch bei Frauen, die geboren haben, häufig allein bestehende Retroflexionen vor, die unter die vorher besprochene grosse Gruppe insofern nicht passen, als die Patientinnen in der That auch nicht die geringste Senkung oder Erschlaffung in der Scheide zeigen. Diese beide Arten von Retroflexio verdienen zusammen besprochen zu werden, weil man bei ihnen meistens mit Ringbehandlung auskommt und überhaupt nicht zu operiren braucht. Zuweilen aber wird der Ring nicht getragen oder nicht gewünscht, oder aber es handelt sich um Fälle, in denen der Uterus völlig beweglich erscheint; man legt einen Ring ein und am nächsten Tage liegt der Uterus im Ringe retroflectirt; man probirt es mit einem anderen, hat denselben Misserfolg und sieht schliesslich, dass der Fall, ohne dass man oft die Ursache dafür findet, für Ringbehandlung nicht geeignet ist. In diesen Fällen muss doch noch operirt werden, und zwar haben wir für diese Klasse von Fällen eine Operation reservirt, die bisher hier keine Besprechung gefunden hat, die Alexander-Adam'sche. Die Indication für diese Operation ist danach, so wie wir sie zu stellen gewohnt sind, recht beschränkt, zumal sie nach den Erfolgen und Angaben anderer auch nur für einen Theil der Fälle Anwendung finden sollte, nämlich bei Frauen, die geboren haben, weil bei Nulliparen die Ligamenta rotunda zu schwach entwickelt sein sollen; für die anderen Fälle bleibt demnach nur die Ventrofixation übrig. Unser Material hier zur Statistik heran-

Tabelle

Ventrofixatio wegen

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung	Datum der Operation
1.	51	M. H., 34 J., Maurerwitwe	—	Retroflexio uteri fixati. Hernia linea albae	Schon einmal operirt	8. 7. 1896
2.	65	A. Sch., 30 J., Arbeiterfrau	4+1	Retroflexio uteri fixati	Hydrotherapie u. Pessarversuch	27. 8. 1896

zuziehen, geht nicht wohl an, da es nur 9 Fälle Alexander-Adam'scher Operationen aufzuweisen hat, von denen 5 ein gutes Resultat hatten und 4 Recidive zeigen.

Von den letzteren liefern 2 Fälle, die nullipare Patientinnen betreffen, eine Bestätigung des eben Gesagten; die Bänder zeigten sich so schwach entwickelt und ungeeignet zur Antefixation des Uterus, dass sich derselbe unmittelbar nach der Operation schon in einer Lage befand, die uns veranlasste, sogleich die Laparotomie und Ventrofixation anzuschliessen.

Ausserdem wurde in 3 Fällen die Ventrofixation von vorn herein gemacht bei nulliparen Personen, die lange Zeit vergeblich mit Pessaren behandelt waren. Ueber die Gründe hierfür gab die Laparotomie keinen genügenden Aufschluss, doch hatte die Ventrofixation guten Erfolg.

Ausser diesen 9 nach Alexander-Adam und 3 mit Ventrofixation operativ behandelten Fällen wurden die übrigen Patientinnen mit beweglicher uncomplicirter Retroflexio, also wie Eingangs angegeben, ca. 1496 mit Pessaren zur völligen Zufriedenheit behandelt.

Operationen bei fixirter Retroflexio.

Bei den anderen 63 Kranken, welchen die Ventrofixation gemacht wurde, handelt es sich durchgängig um Fälle von fixirter Retroflexio, meist acquirirt nach gonorrhöischer Infection und mit mehr oder minder hervortretenden Erkrankungen der Adnexe complicirt.

No. V.

fixirter Retroflexio.

Art der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
Ventrofixatio. Herniotomie	Uterus anteflectirt Narbe fest	Leidliches Befinden	—
Ventrofixatio	Uterus anteflectirt	Viele Beschwerden, zum Theil durch chronische Gastritis	—

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung	Datum der Operation
3.	126	F. M., 38 J., Dienstmädchen	—	Retroflexio uteri fixati	Schon einmal operirt	8. 10. 1896
4.	150	E. St., 25 J., Architektenfrau	—	Retroflexio uteri fixati. Adnex-Er- krankung links	Jahrelang hydro- therapeutisch be- handelt	28. 10. 1896
5.	199	P. Z., 28 J., Besitzerstochter	—	Retroflexio uteri fixati	Hydrotherapie	14. 1. 1897
1897						
6.	72	A. P., 47 J., Inspectorwittwe	7	Retroflexio uteri fixati	Pessarbehandlung versucht	1. 3. 1897
7.	160	M. W., 28 J., Knechtsfrau	4	Retroflexio uteri fixati. Linkssei- tiger Adnextumor	Schon einmal von anderer Seite operirt	13. 5. 1897
8.	250	A. F., 35 J., Wirthschafterin	—	Retroflexio uteri fixati	—	2. 8. 1897
9.	278	A. P., 31 J., Arbeiterfrau	5+1	Retroflexio uteri fixati	Innerlich und hydrotherapeut.	13. 9. 1897
10.	296	M. G., 34 k., Arbeiterfrau	0+2	Retroflexio uteri fixati	—	15. 9. 1897
11.	301	M. L., 27 J., Arbeiterfrau	3+2	Retroflexio uteri fixati	Von anderer Seite Ringversuch	27. 9. 1897
1898						
12.	23	J. W., 29 J., Wirthschafterin	—	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	22. 1. 1898
13.	19	M. B., 21 J., Schneiderin	1	Retroflexio uteri fixati. Linksseitige Adnexerkrankung	Mehrfacher Pessarversuch	20. 1. 1898
14.		A. V., 39 J., Bergmannsrau	5+3	Retroflexio uteri fixati	—	19. 2. 1898
15.	103	C. L., 46 J., Schuhmacherwwe.	9	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	26. 3. 1898
16.	159	H. R., 36 J., Gutsbesitzerfrau	0 + 1	Retroflexio uteri fixati. Linksseitige Adnexerkrankung	"	30. 4. 1898
17.	211	M. G., 29 J., Kaufmannsrau	3+1	Retroversio uteri fixati. Perimetritis posterior	Schon lange Zeit, auch operativ, behandelt	8. 6. 1898
18.	232	P. W., 44 J., Todtengräberfrau	8	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	Jahre lang, zum Theil mit forcirten Lösungsversuchen	25. 6. 1898

Art der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
Ventrofixatio	Uterus anteflectirt. Keine Infiltrationen	Kreuzschmerzen ohne objectiven Befund	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra	Zufriedenstellender Befund	Leidliches Befinden	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra	Uterus gut beweglich anteflectirt	Wesentliche Besserung der früheren Beschwerden	—
Ventrofixatio	Guter Befund	Keine Beschwerden	—
Salpingo-oophorectomia duplex. Ventrofixatio	Uterus gut anteflectirt	Gutes Befinden	Die ersten Perioden waren sehr stark
Ventrofixatio	Guter Befund	Wohlbefinden. Zeitweise Mittelschmerz Beschwerden	—
"	Uterus in Retroversionsstellung, aber dem Befunde nach noch ventrofixirt	—	Hernia lineae alba
"	—	—	Nicht zu ermitteln
"	Uterus retroflectirt beweglich	Im Ganzen Wohlbefinden	Ein Partus nach der Operation
"	Uterus anteflectirt, etwas gross	Beschwerden von chronischer Metritis	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra.	Uterus gut anteflectirt	Keine Beschwerden	—
Ventrofixatio	Gut	Gut	—
"	Guter Befund	Nur wenig Besserung	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra	—	—	—
Ventrofixatio	Guter Befund	Wohlbefinden	Ein Abort nach der Operation
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra. Salpingectomia dextra	"	Noch Unterleibsbeschwerden, aber Besserung	Suprasymphysärer Fascienquerschnitt

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung	Datum der Operation
19.	243	S. J., 21 J., Polierfrau	1	Retroflexio uteri fixati. Doppelseit. Adnexerkrankung	Seit 2 Jahren erst mit Pessaren, dann hydrotherapeut.	2. 7. 1898
20.	260	P. H., 40 J., Grubenarb.-Frau	4	Retrofl. uteri fixati	Von verschiedener Seite mit Ein- lagen etc.	19. 7. 1898
21.	266	A. S., 26 J., Schneiderin	2	"	—	18. 7. 1898
22.	275	C. R., 44 J., Stellmacherfrau	1+2	"	Lange poliklinisch behandelt	21. 7. 1898
23.	288	M. Sch., 35 J., Stubenmädchen	1	"	Schon einmal Retroflexio- Operation	29. 7. 1898
24.	294	P. Sch., 34 J., Tischlerfrau	—	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	Seit 19 Jahren von sechs Aerzten hydrotherapeut. behandelt	29. 7. 1898
25.	319	L. H., 43 J., Arbeiterfrau	3	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	2 Mal post par- tum wegen „Entzündung“ behandelt	12. 8. 1898
26.	321	M. F., 26 J., Tischlerfrau	1	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	Von anderer Seite Pessarversuch in Narcose. Hydrotherapie	12. 8. 1898
27.	343	Th. N., 35 J., Arbeiterfrau	2	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	Mehrfach Pessar- versuch; Ein- lagen etc.	21. 11. 1898
28.	475	M. J., 40 J., Schlosserr Wittve	5	Retrofl. uteri fixati	Schon einmal vaginale Retro- flexiooperation	3. 12. 1898
29.	471	O. W., 40 J., Arbeiterfrau	3+1	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	Seit einem Jahr Hydrotherapie	9. 12. 1898
30.	1899 20	M. H., 40 J., Lehrerin	—	Retrofl. uteri fixati	Pessarversuch	14. 1. 1899
31.	130	C. H., 31 J., Dienerfrau	3	Retroflexio uteri fixati. Adnex- erkrankung	—	8. 3. 1899
32.	169	A. St., 41 J., Maurerfrau	8+1	Retroflexio uteri fixati	Verschiedentlich	14. 4. 1899
33.	260	A. S., 31 J., Zimmermannsfrau	—	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	31. 5. 1890

Art der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
Ventrofixatio. Salpingectomy dupl.	Sehr guter Befund	Keine Beschwerden. Vollkommen arbeitsf.	Suprasymphysärer Fascienquerschnitt.
Ventrofixatio	Gut	Wohlbefinden	do.
Ventrofixatio	Nicht zu ermitteln	—	do.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia duplex	Guter Befund	Leidliches Befinden; mehr Allgemeinbeschwerden	do.
Ventrofixatio	Gut	Klagen wie vorher	do. Invalidenrentenanwärt.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia duplex	Uteruslage gut	Beschwerden durch Stumpfsudat. Nach dessen späterer Incision gut	Suprasymphysärer Fascienquerschnitt. wie in allen folg. Fällen.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia dextra. Salpingectomy sinistra	Guter Befund	Wohlbefinden	do.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia sinistra	Uterus in guter Lage. Später rechte Adnexe leicht erkrankt	Beschwerden von rechtsseitiger Adnexerkrankung. Später leidliches Befinden	do.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia dextra. Salpingectomy sinistra	Guter Befund	Leidliches Befinden	do.
Ventrofixatio.	Gut	Beschwerden von chronischer Metritis	do.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia duplex	Guter Befund	Keine Beschwerden	do.
Ventrofixatio	Uterus in Retroversionsstellung	Beschwerden, die nach jetzt möglicher Ringbehandlung völlig aufhören	do.
Ventrofixatio. Salpingo-oophorectomia duplex	Guter Befund	Wohlbefinden	do.
Ventrofixatio	Gut	Wohlbefinden	—
Ventrofixatio	Gut	Wohlbefinden	1. Abort nach der Operat.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung	Datum der Operation
34.	274	A. P., 33 J., Arbeiterfrau	5+1	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Operativ und Hydrotherapie	6. 6. 1899
35.	324	M. R., 23 J., Bauerntochter	1	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Hydrotherapie	8. 7. 1899
36.	353	R. W., 28 J., Weberfrau	4	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Hydrotherapie	24. 7. 1899
37.	373	A. B., 23 J., Hilfsteigerfrau	1	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Von anderer Seite lange Zeit	29. 7. 1899
38.	510	E. J., 44 J., Tischlerfrau	2+1	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	9. 11. 1899
39.	547	A. S., 25 J., Weichensteller-frau	5	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Lange poliklin. behandelt	29. 11. 1899
40.	550	A. B., 35 J., Ziegeleibesitzer-frau	3	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	26. 11. 1899
41.	1900 8	E. M., 28 J., Müllerfrau	3+1	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Hydrotherapie	9. 1. 1900
42.	39	M. W., 36 J., Gastwirthfrau	0	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Hydrotherapie	10. 2. 1900
43.	132	S. N., 36 J., Gerberfrau	3+2	Retroflexio uteri fixati	Pessarversuch	17. 3. 1900
44.	149	B. H., 33 J., Steindruckerfrau	1+1	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	Hydrotherapie	24. 3. 1900
45.	159	A. H., 33 J., Barbierfrau	1+2	Retroflexio uteri fixati	Hydrotherapie	25. 5. 1900
46.	266 163	P. Fr., 42 J., Arbeiterin	0	Retroflexio uteri fixati	Mehrfach, auch operativ	9. 6. 1900
47.	193	C. G., 49 J., Arbeiterwitwe	6	Retroflexio uteri fixati	Einlagen etc.	20. 5. 1900
48.	233	M. G., 32 J., Arbeiterfrau	0	Retroflexio uteri fixati. Adnex-erkrankung	1 Jahr lang Hydrotherapie	15. 5. 1900
49.	276	E. F., 22 J., Dienstmädchen	0	Retroflexio uteri fixati	—	19. 6. 1900
50.	318	M. P., 30 J.	0	Retroflexio uteri fixati. Hernia ventralis	—	5. 6. 1900

Art der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia sinist. Sal- pingectomia dextra	Guter Befund	Beschwerden nur zum Theil behoben	War körperl. sehr herunter- gekommen.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia sin.	Guter Befund	Wohlbefinden	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia duplex	Gut	Nach sehr verzögert. Reconvalescenz gutes Befinden	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia duplex	Guter Befund	Wohlbefinden	—
Ventrofixatio	Guter Befund	Wohlbefinden	Durchgreif. Fixationsfaden von Silkworm.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia duplex	Uterus gut. Links Stumpfxsudat	Schmerzen links, die allmählich nach- liessen.	—
Ventrofixatio	Gut	Verzögerte Recon- valescenz. Dann leidlich.	Durchgreif. Fixationsfaden von Silkworm.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia dextr. Sal- pingectomia sinistra	Guter Befund	Wohlbefinden	Tuben- und Peritoneal- tuberculose.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia duplex	—	—	—
Ventrofixatio	—	—	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia dextr. Sal- pingectomia sinistra	—	—	—
Ventrofixatio	—	—	—
do.	—	—	—
do.	—	—	Durchgreif. Fixationsfaden von Silkworm.
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomia duplex	—	—	—
Ventrofixatio	—	—	Durchgreif. Fixationsfaden von Silkworm.
Ventrofixatio. Herniotomie	—	—	do.

No.	Journ.-No.	Name, Alter, Stand	Geburten	Art des Leidens	Frühere Behandlung	Datum der Operation
51.	—	A. F., 47 J., Bremserfrau	2	Retroflexio uteri fixati.	—	28. 2. 1892
52.	—	M. A., 33 J.	0	Adnexerkrankung do.	—	19. 11. 1894
53.	—	R. H., 44 J., Wagenmeisterfrau	0	do.	—	1. 2. 1894
54.	—	S. B., 31 J.	3	do.	—	9. 1. 1895
55.	—	A. K., 31 J., Secretärfrau	0	do.	—	21. 1. 1895
56.	—	E. T., 33 J., Malerfrau	0	do.	—	23. 1. 1895
57.	—	H., 31 J.	0	do.	—	16. 5. 1896
58.	—	St., 34 J.	0	do.	—	2. 10. 1896
59.	—	B., 35 J.	0	do.	—	12. 10. 1896
60.	—	M., 38 J.	6	do.	—	6. 11. 1896
61.	—	C., 25 J., Malerfrau	0	do.	—	18. 11. 1896
62.	—	H., 24 J.	1	do.	—	28. 3. 1898
63.	—	B., 37 J.	0	do.	—	17. 6. 1898

In 28 Fällen genügte es, den Uterus aus seinen Verwachsungen zu lösen und zu ventrofixiren. In den übrigen 35 aber war es nöthig, die in verschiedenem Grade erkrankten Adnexe zum Theil oder ganz zu entfernen, in welch' letzterem Fall im Princip die Tubenecken mit excidirt wurden; eine weitere Anzahl von Fällen, in denen auch nur wegen fixirter Retroflexio die Laparotomie gemacht wurde, dann aber wegen zu hochgradigen entzündlichen Veränderungen nicht nur die Adnexe, sondern auch der Uterus

Art der Operation	Objectives Dauerresultat	Subjectiver Heilerfolg	Bemerkungen.
Ventrofixatio. Adnexoperation	Guter Befund	Wohlbefinden	—
do.	do.	do.	—
do.	do.	do.	—
do.	do.	do.	—
do.	do.	Ausser starken Blutungen gut	—
do.	do.	Keine Unterleibs- beschwerden	—
Ventrofixatio. Salpingo-oophor- ectomy sinistr.	do.	Wohlbefinden	—
Ventrofixatio. Adnexoperation	do.	Alte Beschwerden	—
do.	do.	Wohlbefinden	—
do.	do.	do.	—
do.	Vacat	Subj. Wohlbefinden (laut Nachricht)	—
do.	Guter Befund	do.	—
do.	do.	do.	—

durch supravaginale Amputation mitentfernt wurde, sind hier nicht mit aufgeführt worden.

Eine besondere Besprechung verdient die Technik, die nicht bei allen Fällen die gleiche war. Für die einfache Ventrofixation wurde gewöhnlich das Olshausen'sche Verfahren, Fixation der Ansatzstellen der Ligamenta rotunda an die Bauchdecken durch Catgutnähte angewendet, aber insofern modificirt, als ausserdem noch eine 3. Naht den Fundus direct an die Bauchdecken

fixirte. Zu diesem letzteren den Fundus fixirenden Faden haben wir in neuerer Zeit, analog dem Verfahren bei der Vaginofixation und durch dieselbe Erwägung wie dort geleitet, unresorbirbares Material, also Silkworm, gewählt und den Faden, um ihn später entfernen zu können, durch die ganze Dicke der Bauchwand hindurchgeleitet und aussen geknüpft; entfernt wurde er nach 4 bis 6 Wochen. Bei den Fällen, die mit einer Adnexoperation verbunden waren, haben wir uns meist damit begnügt, die Stümpfe an die Bauchdecken anzunähen, und damit stets eine genügend feste Fixation erreicht; wenigstens haben wir, wie die Tabellen zeigten, danach nie ein Recidiv gesehen.

Seit dem Juni des Jahres 1898 hat Herr Professor Pfannenstiel (l. c.) für gewisse meistens kleinere Eingriffe und vor allem für die Ventrofixation und Adnexoperationen an Stelle des üblichen Längsschnittes den suprasymphysären Fascien-Querschnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle eingeführt, welcher bei allen seitdem operirten Fällen der Gruppe angewendet wurde.

Von den 63 Fällen konnten 50 nachuntersucht werden, von diesen lag bei 2 (No. 9 und 30) der Uterus in Retroversionsstellung, bei 1 (No. 11) nach einem Partus in Retroflexionsstellung d. i. 6 pCt. Recidive.

Alle 3 Fälle sind mit versenkter Catgutnaht und noch nicht mit durchgreifendem Silkwormfaden fixirt worden.

Die subjectiven Resultate lassen sich hier nicht für die Beurtheilung verwerthen, weil die meisten Fälle zugleich mehr oder minder grosse Adnexoperation erfuhren, und auch bei den anderen die ausser der fixirten Retroflexio bestehenden Leiden, chronische Pelveoperitonitis, Metritis chronica, häufig nach der Operation noch eine Zeit lang Beschwerden machten.

Ich möchte hier nochmals darauf hinweisen, dass wir in den allermeisten Fällen — Ausnahmen bestätigen auch hier die Regel — nur solche Patientinnen der Operation unterwarfen, welche vorher längere Zeit vergeblich in anderer Weise (Massage, Hydrotherapie, Ichthyolbehandlung, Belastungstherapie mit Schrot- oder Quecksilbercolpeurynter etc.) behandelt waren. Hatten wir uns aber zu der Operation entschlossen, so überliessen wir dieser auch die Beseitigung des Leidens so zu sagen allein und combinirten sie dann nicht mehr mit den genannten Verfahren, wählten aber aus diesem Grunde auch immer den abdominalen Weg als den geeignetsten,

während der Operation den vorher in's Auge gefassten Plan, je nach Bedürfniss erweitern oder einschränken zu können.

Nach unserer Erfahrung bietet weder die Kolpokoeliotomia anterior (Dührssen l. c.), noch die Kolpokoeliotomia posterior (Fuchs)¹⁾ diese Möglichkeit in gleichem Maasse; erstere hat ausserdem den Nachtheil, dass die Lösung sehr fester und ausgedehnter Verwachsungen und Adhäsionen dabei sehr schwierig und oft unmöglich ist, wenn man die Operation nicht zu einer Radicaloperation ausdehnen will; bei letzterer muss ausserdem die Retroflexio noch auf andere Weise (Alexander-Adam) beseitigt werden, wobei es doch oft fraglich ist, ob dieselbe, wenn die Verwachsungen sehr ausgedehnt und die Organe entsprechend entzündlich verändert waren, immer die geeignetste Methode der Fixation ist.

Ich möchte hier nochmals ausdrücklich betonen, dass wir, obwohl Anhänger der Dührssen'schen Vaginofixation für die oben genau begrenzten Fälle von mobiler Retroflexio, seinem Vorschlag, durch Kolpokoeliotomia anterior Verwachsungen zu lösen, erkrankte Adnexe oder eventuell auch Neubildungen zu entfernen und den aus seinen Adhäsionen gelösten Uterus dann zu vaginofixiren, durchaus ablehnend gegenüberstehen und verweise auch hier auf die Indicationsstellung von Pfannenstiel in seiner Arbeit über den suprasymphysären Fascienquerschnitt im Gegensatz zu dem Kapitel VI, 5, in Dührssen's oft citirter Monographie.

Für alle diejenigen, welche den grösseren und gefährlicheren Eingriff und seine Folgen (entstellende Narbe, Möglichkeit des Bauchbruchs) bei Laparotomien immer wieder betonen, will ich noch darauf hinweisen, dass wir unter unseren 63 Fällen keinen Todesfall haben, und dass wir glauben, in der erwähnten Schnittführung zur Eröffnung der Bauchdecken (suprasymphysären Fascienquerschnitt) eine Methode gefunden zu haben, durch welche auch die genannten schädlichen Folgen vermieden werden.

Zum Schluss möchte ich noch ein zusammenfassendes Resultat aus den gesammten vorstehenden Ausführungen ziehen, nicht um dasselbe als das nach unserer Meinung richtigste und empfehlenswertheste hinzustellen, sondern um nochmals zu zeigen, zu welchen jetzt von uns geübten Verfahren wir durch längere Versuche, an einem grossen Material, gelangt sind.

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. IX. S. 474.

Wir behandeln demnach, vorausgesetzt, dass die Beschwerden überhaupt eine Behandlung erfordern,

1) alle beweglichen Retroflexionen mit oder ohne Prolaps oder Descensus, soweit es irgend möglich ist mit Pessaren;

2) bewegliche Retroflexionen, die mit Prolaps oder Descensus, sei derselbe auch noch so geringen Grades, combinirt sind, aber auch alle Fälle von Prolaps oder Descensus ohne Retroflexio uteri, wenn Pessarbehandlung nicht mehr möglich ist, mit Vaginofixation (je nach dem Alter der Patientin mit oder ohne isolirten Verschluss der Plica);

3) die seltenen Fälle von isolirter Retroflexio uteri mobilis, bei denen Pessarbehandlung nicht angängig ist, je nach dem Falle mit Ventrofixatio oder Alexander-Adam'scher Operation;

4) alle fixirten Retroflexionen, die einer operativen Behandlung bedürfen, mit Ventrofixation.

Nach Abschluss dieser Arbeit sind schon wieder eine Anzahl Aufsätze erschienen, deren Inhalt eine Aenderung meiner Ausführungen aber nicht nöthig macht, weil er zum grössten Theil schon durch dieselben berührt wird. Nur aus der Arbeit von Gradenwitz¹⁾ aus dem Allerheiligen Hospital zu Breslau möchte ich die Zahlen citiren. Gradenwitz berichtet über 75 nachuntersuchte Fälle von Alexander-Adam'scher Operation mit 4 Recidiven = $5\frac{1}{3}$ pCt.; nicht berücksichtigt sind dabei 2 primäre Misserfolge, die das Resultat auf ca. 8 pCt. ändern. Die Fälle betreffen zum grössten Theil uncomplicirte bewegliche Retroflexionen.

1) Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XIII. H. 5.