

man aber die Statistiken des genaueren durchsieht, so überzeugt man sich, daß die Mortalitätsziffern, selbst in geübtesten Händen, wenn auch keine sehr hohen, so doch bei der relativen Benignität des Leidens noch sehr ins Gewicht fallende sind. Ideal wäre eben doch nur eine Operationsmethode, respektive eine Statistik mit 0% Mortalität.

Auf der hiesigen Klinik wurde nun in einer letzten Serie von fünf per laparotomiam behandelten Myomfällen nach Enukleation, respektive Exzision des Fibroms der Uteruskörper (in toto) extraperitoneal verlagert. Dasselbe wurde gemacht in drei Fällen von Prolapsus uteri und soll auch in Zukunft bei Lageveränderungen bei älteren Personen ausgeführt werden. Wegleitend bei der Einführung dieses, unseres Wissens neuen Verfahrens waren für Prof. Kocher folgende Motive:

1. das sofortige Sichtbarwerden und die sehr viel leichtere Beherrschung einer eventuellen Nachblutung gegenüber Methoden, wo der Stumpf in die Tiefe versenkt wird,
2. die größere Sicherheit eines aseptischen Verlaufs, namentlich bei Eintritt eines Hämatoms, bei Stumpfnekrosen etc.,
3. die geringere Gefahr des Eintritts einer Komplikation bei Wiedereintritt der Menses kurz nach der Operation,
4. die größere Leichtigkeit der Operation, zumal der Blutstillung (eventuell durch Tamponade),
5. die große Sicherheit des Verfahrens bei dem Minimum von Verstümmelung bei veralteten, schwer zu behandelnden Prolapsfällen bei der absoluten Leichtigkeit der Ausführung.

Als ein weiterer Vorteil käme eventuell in Betracht die Entlastung der unteren Darmpartien und der günstige Einfluß auf die sehr oft mitbestehende, hartnäckige Konstipation, zumal bei Prolapsus. Einige unserer Patienten heben auch von dieser Seite den günstig wirkenden Einfluß der Operation hervor, und es ist theoretisch leicht erklärlich, daß die Entlastung des Darms bei dieser Methode eine weitergehende sein muß, als bei anderen Operationsverfahren.

Gegen das Verfahren mag in erster Linie eingewendet werden, es müsse dabei notwendigerweise eine sekundäre Bauchhernie resultieren. Sicher ist dieser Einwand nicht gerecht für die Prolaps-, respektive Lageveränderungsfälle, da, wie wir später in der genaueren Beschreibung der Operation sehen werden, die Faszien (tiefe und oberflächliche) über dem Fundus uteri fest vernäht werden. Bei Entfernung von Fibromen allerdings, wo der Blutstillung halber eventuell ein Tampon eingelegt wird, kommt der Fundus uteri, respektive der Stumpf ausnahmsweise unter die Haut zu liegen (wenigstens anfänglich). Hier wäre also theoretisch die Möglichkeit gegeben, daß sich später eine Bauchhernie bildet. Unsere Fälle zeigen aber, daß die Gefahr in dieser Beziehung klein ist. In einem einzigen (3.) unserer Fälle hat sich eine kleine, beginnende Bauchhernie eingestellt, ohne irgend welche Beschwerden zu verursachen. Dieser Nachteil läßt sich sicher ausmerzen durch veränderte, verbesserte Technik und durch Belassen des Uterus womöglich zwischen Peritoneum und Faszie. In der größeren Mehrzahl der Fälle scheint sich nach einer gewissen Zeit im Gegenteil ein den normalen Verhältnissen sich annähernder Zustand auszubilden. Man hat den Eindruck, wie der Fall 5 beweist, als zöge sich der Uteruskörper sukzessive wieder mehr in die Peritonealhöhle zurück. An seiner Stelle bildet sich eine feste, stramme, mit der Zeit sich verkleinernde Narbe.

In zweiter Linie kann gegen die Operation geltend gemacht werden, daß der Zustand gefährlich ist für den Wiedereintritt einer neuen Gravidität. Dem muß entgegengehalten werden, daß das Wiederauftreten von Gravidität nach Myomentfernung im ganzen selten ist (wenn nach Martin auch sicher bewiesen) und daß es sich im allgemeinen um Frauen handelt, bei denen dieser Faktor nicht in Betracht fällt, besonders bei hochgradigeren Prolapsfällen. Im übrigen scheint sich der Uteruskörper, wie der Fall 5 zeigt, mit der Zeit wieder an seine frühere, normale Stelle zurückzuziehen. Sollte dies ausnahmsweise nicht eintreten, so wäre es leicht (bei früheren Myomfällen), durch eine kleine Korrektionsoperation die Verbindung mit der Bauchwand sekundär zu lösen. Es ist ferner auch möglich, daß eine eventuell wieder-eintretende Gravidität, dank der großen Dehnbarkeit des Peritoneums, im Zustande der Verlagerung des Uteruskörpers ganz normal von staten gehen könnte, da in der Zirkulation und der Nervenversorgung keine wesentliche Veränderung durch die Operation geschaffen ist. Nach diesen Ueberlegungen kann also der

Aus der Chirurgischen Klinik der Universität in Bern.
(Direktor: Prof. Kocher.)

Exohysteropexie nach Kocher bei Enukleation von Myomen und als Prolaps- behandlung.

Von Dr. J. Lauper in Interlaken, ehemaligem I. Assistenzarzt
der Klinik.

Mit einem Nachwort von Th. Kocher.

In der neueren Literatur spielt die Frage der Fibromyombehandlung des Uterus eine sehr aktive Rolle, namentlich von dem Gesichtspunkte aus, ob der konservativen, nicht verstümmelnden (Enukleation), oder der radikalen Behandlung (Hysterektomie) der Vorzug zu geben ist, ob vaginal oder abdominal operiert werden soll, wie weit die Grenzen der operativen Behandlung zu ziehen sind etc. Die Frage der Stielbehandlung bei supravaginaler Amputation scheint weniger aktuell zu sein, und es hat den Anschein, als ob die intraperitoneale Stielbehandlung nach Schröder, respektive die retroperitoneale nach Hofmeier-Chroback gegenüber der extraperitonealen nach Hegar, speziell bei den deutschen Gynäkologen, das Feld erobert habe. Wenn

Einwand, das Verfahren könnte gefahrbringend sein bei Wiedereintritt einer neuen Schwangerschaft, nicht als schwerwiegend angesehen werden.

Nachteile der neuen Methode in anderer Beziehung haben wir nicht beobachtet, mit Ausnahme vielleicht von vorübergehendem, vermehrtem Harndrang bei zwei Fällen (2. und 3.), zu erklären durch die neue Lage des Uterus, d. h. durch die mechanische Behinderung der Blase, sich stärker auszudehnen. Dieses häufigere Urinieren ist im Falle 2 im Zurückgehen begriffen und hatte keine eigentlichen unangenehmen Folgen. Nur im Falle 3 besteht vor der Miktion das Gefühl von Drang und etwas Harnbrennen. Dieser kleine Nachteil ließe sich durch veränderte Technik, respektive durch höhere Verlagerung sicher vermeiden, und wir haben dieses Prinzip denn auch in den letzten Fällen verfolgt.

Subjektive Beschwerden, welche auf die extraperitoneale Verlagerung zu beziehen wären, bestanden in keinem Falle und von seiten der Narbe keine abnormen Empfindungen irgend welcher Art.

Wie die nachfolgenden Krankengeschichten lehren, treten die Menses im allgemeinen regelmäßig vierwöchentlich auf, sind schwach, vollständig schmerzlos und von kurzer Dauer. Ausfluß nach der Operation stellte sich nie ein. Der Erfolg war in sämtlichen Fällen ein in jeder Hinsicht sehr befriedigender, wie die Nachuntersuchungen ergaben.

Der Operationsmodus ist etwas different bei Fibromyom- und bei Prolapsfällen. Bei letzteren gestaltet sich das Verfahren folgendermaßen: Trendelenburgsche Hochlagerung. Nach Medianschnitt, Spaltung der Faszie und des Peritoneums wird der von unten emporgehobene Uterus gefaßt und kräftig durch die Wunde herausgezogen. Dann wird das Peritoneum bei vorgelagertem Uterus oberhalb und eventuell auch ein Stück weit unterhalb bis zur Grenze zwischen Korpus und Portio geschlossen in der Weise, daß die Ovarien innerhalb der Bauchhöhle zurückbleiben. Bei der Verteilung der Naht ober- und unterhalb muß darauf geachtet werden, daß der Raum zur Ausdehnung der Blase nicht beeinträchtigt werde. Nach den Seiten hin wird das Parietalperitoneum mit dem Uteruskörper durch einige Knopfnähte vereinigt. Danach wird die Faszie in ganzer Länge über dem Uterus zusammengezogen und durch fortlaufende Naht verschlossen. Ist die Blutstillung eine vollkommene, so kann man auf Drainröhren verzichten, sonst wird ober- und unterhalb des Fundus uteri zwischen zwei Nähten eine solche durch die Faszie bis auf das Peritoneum eingeführt (am besten dünner Glasdrain). Darüber fortlaufende Hautnaht und Xeroformgazekollodialverband. — Bei Fibromyomen wird nach Enukleation, respektive Exzision der Geschwulst, etagenweise Vernähung des Bettes und Ueberrahmen mit Serosa der Uteruskörper (eventuell der Stumpf) ebenfalls fest in die Bauchwunde vorgezogen und das Peritoneum parietale ober- und unterhalb fortlaufend vernäht. Seitlich ebenfalls Knopfnähte, das Peritoneum parietale und die Serosa des Uterus fassend. In einigen unserer Fälle wurden, der sichern Blutstillung halber, die Faszien in diese Naht ebenfalls mitgefaßt, sodaß das Korpus direkt unter die Haut zu liegen kam; in anderen wurden die Faszien über dem Fundus uteri für sich zu schließen versucht, mit Ausnahme einer kleinen Stelle (bis fünf frankenstückgroß), durch die ein Tampon bis auf das Peritoneum eingeführt wurde. Hautnaht fortlaufend oder mittelst Knopfnähten, darüber Xeroformgazekollodialverband. Es scheint uns nun aber auch in diesen Fällen möglich, die Faszien für sich über dem Corpus uteri zu vernähen (zwischen zwei Nähten könnte ein Glasdrain bis auf das Peritoneum eingeführt werden) und so eine sekundäre Bauchhernie sicher zu vermeiden.

Ich lasse nun die Krankengeschichten folgen mit den Resultaten der Nachuntersuchungen.

Fall 1. Frau Louise D—t, 39 Jahre, Hausfrau, von Thun, Eintritt am 9. Februar 1902.

Anamnese. Seit zwei Jahren Menses schwächer und schmerzhaft. Vor einem Jahre Zunahme des Bauchumfanges. In der letzten Zeit heftige Krämpfe während der Menses, mit Rückenschmerzen, daneben starker Blutverlust. War seit acht Jahren zweimal verheiratet, hat nie geboren. Hereditär nichts.

Status. Tumor der Unterbauchgegend, fast bis zur Nabelhöhe reichend, an Größe dem fünften Schwangerschaftsmonat entsprechend, rundlich, Oberfläche glatt, Konsistenz derb, nirgends druckempfindlich. Beweglichkeit gering. In den seitlichen Partien des Abdomens nichts besonderes. Per vaginam: Schon tief fühlt man eine kugelige Ge-

schwulst, keine eigentliche Portio, Muttermund für einen Finger durchgängig. Der von außen fühlbare Tumor steht mit dem der Vagina in deutlichem Zusammenhang. Fluor albus, sonst nichts Abnormes. Allgemeinzustand bietet nichts Abnormes dar, mit Ausnahme eines leisen, anämischen Geräusches über dem Herzen, Pendelrhythmus.

Operation vom 6. März 1902. Medianschnitt zwischen Symphyse und Nabel. Der über kindskopfgröße Tumor wird herausgewälzt. Ligamenta lata beiderseits gequetscht und ligiert. Keilförmige Exzision (supravaginale Amputation). Vernähen des Bettes mit Katgut (in Etagen) und Ueberrahmen der Serosa mit Seide. Der Stumpf, ungefähr von der Größe eines normalen Uterus, wird fest in die Bauchwunde vorgezogen und mit dem Peritoneum samt Faszie ober- und unterhalb fest vernäht. Seitlich Knopfnähte durch Peritoneum und Faszie und die Serosa des Uterus. Kleiner Jodoformtampon, fortlaufende Hautnaht, Xeroformkollodialverband.

Verlauf normal, ohne Temperatursteigerung. Entlassung am 23. März 1902.

Nachuntersuchung vom 10. Mai 1902. Befindet sich sehr gut. Keine der früheren Schmerzen mehr. Menstruiert noch leicht. Narbe noch etwas adhärent, unempfindlich. Portio hoch, fixiert, nach links hin geht eine nicht scharf abgrenzbare, derbe, zirka fingerdicke Resistenz, die bei stärkerem Druck leicht empfindlich ist. Sonst alles in Ordnung.

Befund vom 4. Dezember 1902. Periode vierwöchentlich, einen Tag dauernd, nur einige Tropfen Blut. Urinentleerung 4—6mal täglich, nachts keine. Stuhl in Ordnung, Körpergewicht gestiegen um zirka 7 Pfund. Vagina: Portio nicht vorstehend, bildet nur eine Falte, hoch. Scheide kurz. Die Narbe wölbt sich beim Husten gar nicht vor, ist nur im unteren Teile etwas adhärent. Von oben nichts Abnormes fühlbar.

Nachuntersuchung vom 6. April 1903 (durch Dr. Hopf). Keine Spur einer Bauchhernie, Narbe fest. Vagina: Am oberen Ende eine Falte und hinter derselben kleine, rundliche Oeffnung fühlbar. Uterus von da aus nach dem untersten Teil der Narbe gehend fühlbar, etwas mehr links liegend. Keine Urinbeschwerden. Bei Rückenlage hier und da etwas Schmerzen in der linken Bauchseite, sodaß Patientin gewöhnlich auf der rechten Seite liegt. Periode vierwöchentlich, schwach, schmerzlos. Patientin ist mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden.

Fall 2. Fräulein A. N . . . r, 35jährig, Haushälterin in H . . . l. Eintritt am 19. Mai 1902.

Anamnese: Tumor im Abdomen, angeblich seit Oktober 1901. Seit dieser Zeit krampfartige Schmerzen im Unterleib. Daneben Gefühl der Schwere im Leib. Stetes Zunehmen des Tumors. Menses regelmäßig, schwach, ohne Beschwerden. Urin und Stuhl in Ordnung. Sonst war Patientin nie krank. Familienanamnese belanglos.

Status: Ueber der Symphyse Tumor von Kindskopfgröße, rechts und links bis zur verlängerten Mamillarlinie reichend, unregelmäßig derb, leicht emporzudrängen. Fossae iliacae leicht abzutasten. Nach abwärts stielartige Verbindung. Vagina: Hymen erhalten, Portio klein, konisch, weich, Muttermund geschlossen. Portio bewegt sich bei seitlicher Bewegung des Tumors deutlich mit, geht aber nur wenig empor. Am vorderen Umfang des Tumors ein senkrechter, walzenförmiger Tumor, wie ein Uterus, fühlbar. Im hinteren Fornix der Tumor nicht fühlbar. Allgemeinzustand gut, Herz und Lungen normal, Varizen beider Unterschenkel.

Operation vom 26. Mai 1902. Medianschnitt zwischen Symphyse und Nabel. Es ergibt sich ein subseröser Tumor, dem Corpus uteri oben und hinten breiter aufsitzend, als nach der Untersuchung geglaubt worden war. Enukleation desselben nach Umlegen eines elastischen Schlauches. Etagenweise Vernähung des Bettes mit Catgut, darüber fortlaufende, einstillende Seidenrosanah. Nach Abnehmen des Schlauches sammelt sich unter der Serosanah noch etwas Blut an. Extraperitoneale Verlagerung des Uterus. Jodoformtampon. Schluß der Faszien und Haut bis auf eine fünf frankenstückgroße Oeffnung. Xeroformkollodialverband. Verlauf normal, ohne Temperatursteigerung. Entlassung drei Wochen nach der Operation.

Nachuntersuchung vom 4. Dezember 1902. Perioden regelmäßig, vierwöchentlich, schwach, ohne Schmerzen. Stuhl regelmäßig. Etwas Schmerzen beiderseits in der Unterbauchgegend bei Wetterwechsel. Harnentleerung schmerzlos, drei- bis viermal täglich, nachts einmal, Körpergewicht gestiegen um zirka 10 Pfund. Breite Narbe im unteren Teil des Abdomens, die zwei Finger breit unter dem Nabel beginnt. Im oberen Teil fühlt man eine kleine, tiefe Resistenz. Keine Bauchhernie. Vaginalbefund: Hymen erhalten. Der Finger fühlt die Portio hoch. In den Scheidengewölben ist ein Uteruskörper nirgends zu fühlen. Die Portio läßt sich nur wenig entgegendrängen, wenn man auf die Narbe der Bauchwand drückt.

Nachuntersuchung vom 11. Juni 1903 (Dr. Minder). Keine Bauchhernie, gute, feste Narbe, Uterus von außen nicht fühlbar. Bei bimanueller Untersuchung zeigt er sich von normaler Größe, nach vorne aufwärts gezogen, indessen ziemlich gut beweglich, wenig nach links geschoben. Keine Stuhlbeschwerden, Harnentleerung über Tag etwa drei- bis vierstündlich, nachts nie. Miktion ohne Beschwerden.

Allgemeinbefinden gut. Menses regelmäßig, ohne Beschwerden, schwächer als in früheren Jahren.

Fall 3. Frau Pauline Finger, 39jährig, Thun. Eintritt 2. Mai 1902.

Anamnese: Seit zirka drei Jahren öfters Krämpfe im Unterleib mit sehr heftigen Blutungen aus der Vagina. Menses immer sehr stark, mit Molimina, Schmerzen bei der Urinentleerung. Sukzessive Verschlimmerung. Patientin hat zweimal geboren, das letzte Mal vor 12 Jahren. Geburten normal.

Status: Kugelförmiger Tumor zwischen Symphyse und Nabel, nur wenig verschiebbar. Fossae iliacae frei. Portio derb, groß, kurz, nach links hinten gerichtet, geht bei Bewegung des Tumors wenig mit. Tumor nur im vorderen Fornix fühlbar. Sonde läßt sich schwer einführen, und zwar tief nach links vorne hinauf, 5 cm tiefer, als normal. Allgemeinzustand gut, Lungen und Herz gesund.

Operation 12. Juni 1902. Medianschnitt von der Symphyse aufwärts. Es ergibt sich ein intramurales Fibrom des Fundus uteri. Keilförmige Exzision (transfundale Amputation). Uterus extraperitoneal verlagert.

Verlauf normal. Temperatur bis 37,9°, im ganzen immer normal. Austritt am 18. Juli 1902.

Nachuntersuchung vom 4. Dezember 1902. Menses regelmäßig, schwach, schmerzlos; häufiges Urinlassen mit starkem Drang vor der Entleerung. Steht nachts 4–5 mal auf. Leichte Obstipation, sonst ganz wohl. Körpergewicht stark in die Höhe gegangen. Ueber der Symphyse kugelige Anschwellung, bis 6½ cm über die Symphyse reichend. Druck nicht schmerzhaft, starker Druck löst leichten Urindrang aus. Narben nach oben linear, auf dem Uterus breit, demselben adhären. Vagina: Portio sehr hoch, gut beweglich, in normaler Lage. Der nach hinten gedrückte Uterus tritt sofort wieder in seine Lage ein. Bimanuell kann man die Finger hinter der Symphyse in ganzer Länge zur Berührung bringen. Die Blase ist offenbar nach rechts vorne geschoben.

Nachuntersuchung vom 21. März 1903. Menses regelmäßig, schwach, schmerzlos, zwei Tage dauernd. Kein Ausfluß. Wasserlassen 2–3 mal stündlich. Drang vor der Entleerung. Miktio selbst nicht schmerzhaft. Urin leicht trüb (Urate). Kein Eiweiß, kein Zucker. Sonst ist Patientin ganz wohl. Konstipation hat sich gebessert. — Narbe oben linear, unten ziemlich breit (2 cm), adhären. Unten fühlt man einen kindsaustgroßen Tumor, gut verschieblich, von der Symphyse leicht abgrenzbar. Man kann gut zwei Finger dazwischen einführen. Beim Husten wölbt sich die Resistenz stärker vor. Ein Hiatus in der Faszia seitlich nirgends zu fühlen, nur ein ganz kleiner, oberhalb des Corpus uteri in der Medianlinie. In stehender Stellung und beim Husten wird die Resistenz nicht größer. Dabei keine Schmerzen. Vagina: Portio hoch, nach hinten gerichtet, geht bei Bewegung der Resistenz oberhalb der Symphyse deutlich mit, leicht beweglich. Uterus von Kleinkinderfaustgröße, von normaler Konsistenz.

Fall 4. Rosina Z—en, 37jährig. Köchin, Ringgenberg. Eintritt 5. Juni 1902.

Anamnese: Seit Dezember 1901 Schmerzen und Anschwellung der Füße, seit Mitte März 1902 Schmerzen in der Unterbauchgegend. Menses wechselnd, bald sehr stark, bald schwach. In der letzten Zeit Zunahme des Leibes. Familienanamnese ohne Belang.

Status: In beiden Fossae iliacae zwei faustgroße Tumoren, beweglich, durch eine zirka vierfingerdicke Brücke im Zusammenhang. Vagina: beide Tumoren, besonders der rechte, lassen sich gegen den Uterus bewegen. Auch der linke ist beweglicher, als der Uterus. Sonde dringt leicht ein, in normaler Richtung, und man fühlt ihr Ende dammenbreit links unterhalb des Nabels, zwischen den beiden Tumoren. Jede Bewegung der Tumoren bewegt die Sonde in exquisiter Weise. Allgemeinzustand nichts Besonderes.

Operation vom 26. Juni 1902. Medianschnitt zwischen Symphyse und Nabel, Luxation des Uterus mit seinen zwei, vorn und hinter dem Fundus aufsitzenden Tumoren. Enukleation derselben. Fortlaufende Etagennähte mit Katgut, darüber Seidennaht der Serosa. Uterus wird extraperitoneal, aber subfaszial gelagert, zwei Drains werden bis zum genähten Peritoneum eingeschoben. Verlauf normal, ohne Temperatursteigerung. Entlassung am 21. Juli 1902.

Nachuntersuchung vom 6. Dezember 1902. Seit 1. August wieder Menses, schwach, 3–4 Tage dauernd, mit ganz leichten Schmerzen. Urinentleerung normal, Patientin steht nachts nie auf, Stuhl in Ordnung. Selten etwas Schmerzen in der Unterbauchgegend, leichte Kopfschmerzen und Schmerzen in den Augen, nie Kreuzschmerzen. Etwas gewulstete Längsnarbe vom Nabel bis Symphyse. Im unteren Teile derselben fühlt man einen derben, gut beweglichen Körper, der bis zwei Querfinger unter den Nabel reicht, läßt sich nur wenig zurückdrängen. Vagina: Portio sehr hoch, etwas nach rechts gezogen, ist im Zusammenhang mit dem vorhin erwähnten derben Körper, so daß Druck auf denselben die Portio sofort herabdrängt. Unregelmäßigkeiten am Uteruskörper nicht zu fühlen, derselbe ist ziemlich groß. Druck überall schmerzlos. Parametrien frei. Sonde dringt ohne Schwierigkeiten hinein, Länge 2 cm größer, als normal. Man fühlt die Sonde gut in dem kugelförmigen Körper, etwas rechts von der Narbe.

Nachuntersuchung vom 1. April 1903 (Dr. Seiler, Interlaken).

Keine Bauchhernie. Narbe fest. Menses normal, schmerzlos. Stuhl in Ordnung. Per vaginam fühlt man den Uterus ungefähr in normaler Lage, etwas groß, geht nach dem unteren Teile der Bauchnarbe hin. Druck auf dieselbe bewegt den Uterus nach unten hin. Druck überall schmerzlos. Patientin fühlt sich im ganzen sehr wohl. In der Urinentleerung keine Schwierigkeiten.

Fall 5. Adele Ob—i, 42jährig, Hausfrau, Payerne, Eintritt am 13. Juni 1902.

Anamnese. Patientin bemerkte vor einem Jahre rasch zunehmende Umfangsvermehrung des Abdomens und eine Geschwulst mehr auf der linken Seite. Menses seit dem 12. Jahre, regelmäßig, alle Monate, stark, 6–8 Tage dauernd. Menses auch in der letzten Zeit ganz regelmäßig, aber etwas schwächer. Erst seit kurzer Zeit hier und da ziehende Schmerzen im Bauche, verbunden mit Kreuzschmerzen. Patientin ist seit vier Jahren verheiratet, hat aber nie geboren. Leidet nebstdem seit dem 20. Jahre beständig an Kopf- und Magenschmerzen. Nie Urinbeschwerden. Seit zirka einem Monat Obstipation. Vater starb an einer Leberkrankheit, Großvater an Karzinom, Mutter lebt und ist gesund.

Status. In der linken Unterbauchgegend fühlt man eine mannsfaustgroße Geschwulst von der Konsistenz und Oberfläche eines Fibroms. Die Geschwulst reicht bis zwei Querfinger an die linke Spina anterior superior heran und läßt sich aus dem Becken etwas herausheben, d. h. bis zu einer Distanz von drei Querfinger vom Ligamentum Pouparti links und rechts und zwei Querfinger von der Symphyse. Vagina: Portio konisch, von normaler Form, Muttermund ein Grübchen. Uteruskörper nach vorn oben rechts fühlbar, nach rechts hin ein kleines Fibrom aufsitzend. Bei Bewegung des großen Tumors links geht der Uterus mit. Sonde leicht einführbar, dringt tief nach der rechten Seite des Tumors hin ein, und man fühlt das Ende beim Ausstoßen von unten am rechten Umfange des Tumors, hinter einem kleinen knolligen Fibrom, das dem Tumor nach rechts aufsitzt. Die Sonde dringt 8 cm tiefer ein, als normal. Allgemeinzustand gut. Im Urin eine Spur Eiweiß, keine Zylinder.

Operation vom 24. Juli 1902. Medianschnitt vom Nabel abwärts. Das über kindskopfgröße Fibrom wird nach Umlegen eines elastischen Schlauches keilförmig exzidiert unter Eröffnung des Lumens der Uterushöhle. Lumen kauterisiert. Etagenweise Vernähung des Bettes mit Katgut und darüber einstülpende Seidennaht durch die Serosa des Uterus. Dieser wird extraperitoneal verlagert, d. h. bis in die Gegend des Os internum vor das Parietalperitoneum vorgezogen und dieses ober- und unterhalb fest vernäht. Faszien über dem Uterus geschlossen bis auf eine ganz kleine Stelle, zu der eine dünne Jodoformgaze herausgeführt wird. Hautnaht fortlaufend, Drain unter die Haut eingeführt, Xeroformkollodialverband. Verlauf ohne Temperatursteigerungen. Drain nach vier Tagen entfernt, Tampon nach sechs Tagen. Entlassung am 18. August 1902.

Entlassungsstatus: Ueber der Symphyse eine Resistenz, vier Querfinger hoch und drei Querfinger breit, nicht im geringsten druckempfindlich. Die betreffende Resistenz ist leicht seitlich beweglich, gut abgegrenzt. Portio steht stark nach hinten, bewegt sich bei der Verschiebung der oberen Resistenz, Parametrien frei. Patientin fühlt sich ganz wohl. Funktionen in jeder Hinsicht regelmäßig. Etwas Fluor albus.

Nachuntersuchung vom 16. Dezember 1902. Menses regelmäßig, vierwöchentlich, schwach, drei Tage dauernd, schmerzlos. Sonst kein Ausfluß. Harnentleerung normal, dreimal täglich, nachts nie. Leichte Obstipation. Körpergewicht gestiegen, Appetit gut. Lineäre Narbe vom Nabel bis Symphyse. Keine Bauchhernie. Im unteren Teil der Narbe tiefe Resistenz. Vagina: Portio normal, klein, derb, nach hinten gerichtet. Fundus direkt hinter der Symphyse, seitlich mäßig beweglich, läßt sich hinauf- und hinunterschieben, geht aber an seine Stelle zurück. Uterus läßt sich von der tiefen Narbe nicht abdrängen, steht also mit derselben in direktem Zusammenhang.

Nachuntersuchung vom 24. Februar 1903 (Herr Prof. Kocher). Es geht der Patientin in jeder Hinsicht ausgezeichnet. Sie hat sich nie so wohl gefühlt. Lokal alles in Ordnung. Der Uterus scheint sich in die Peritonealhöhle zurückzuziehen, sodaß nur noch ein fingerdicker Strang gegen den untersten Teil der Bauchwandnarbe die frühere Verlagerung anzeigt. Uterus in guter Lage. Portio klein, derb, kein Tumor fühlbar.

Fall 6. Caroline Ev—et, 54jährig, Reuchenette. Eintritt am 10. Juli 1902.

Anamnese: Vor zirka einem Jahre hatte Patientin während längerer Zeit schwere Lasten zu tragen und bemerkte zugleich ein Gefühl von Schwere im Unterleib. Zugleich vermehrter Harndrang. Sukzessive Verschlimmerung und Auftreten von Schmerzen in den unteren Extremitäten. Patientin hat viermal geboren, das letzte Mal vor 19 Jahren. Die erste Geburt war schwer, die anderen alle normal. Familienanamnese belanglos. Seit vier Jahren Klimax, kein Ausfluß.

Status: Prolaps der vordern Vaginalwand. Uterus steht sehr tief, retrovertiert. Die Portio steht nach vorne, zapfenförmig, derb, ziemlich groß, kann bei Druck von oben bis vor den Introitus vaginae

herabgezogen werden. Uterussonde dringt ziemlich leicht nach rechts hinten ein, 4 cm weiter, als normal. Allgemeinstatus nichts Besonderes.

Operation vom 5. August 1902. Medianschnitt von der Symphyse aufwärts, zirka 12 cm lang. Uterus wird in die Bauchwand vorgezogen bis an die Grenze zwischen Zervix und Corpus. Vernähen des Peritoneum hinter demselben fortlaufend ober- und ebenfalls eine kleine Strecke weit unterhalb. Der Uterus ist so in die Bauchwand fest eingeklebt. Seitlich Knopfnähte. Faszien fortlaufend über dem Uteruskörper geschlossen und Einlegen von dünnen Drains ober- und unterhalb des Fundus uteri. Hautnaht fortlaufend, Xeroformkollodialverband. Verlauf normal, ohne Temperatursteigerung. Entfernen der Drains nach drei, der Nähte nach acht Tagen.

Nachuntersuchung vom 4. Dezember 1902. Patientin fühlt sich vollständig wohl. Harnentleerung im Mittel viermal pro Tag, nachts steht Patientin nie auf. Stuhlgang in Ordnung. Narbe linear, keine Bauchhernie. Vom vorgelagerten Uterus fühlt man nichts von den Bauchdecken aus. Vagina: Portio hoch, vordere Vaginalwand prolabierte nicht mehr. Der Finger muß ganz eingeführt werden, um an die Portio zu kommen. Dieselbe hat ganz normale Lage, ist nach hinten unten gerichtet, und erst bei bimanueller Palpation überzeugt man sich, daß der Fundus uteri in der Bauchwand sich befindet, direkt über der Symphyse. Er hat die Richtung von hinten unten nach vorne oben, ist schön beweglich, namentlich von hinten nach vorne. Er nimmt beim Rückwärtsstoßen immer sofort die Lage unter dem unteren Teil der Narbe wieder ein. Seitlich ist der Fundus uteri nur beschränkt beweglich.

Bericht vom 21. März 1903. Befindet sich vollständig wohl, versieht ohne Mühe ihren Dienst als Bahnwärterin. Stuhl- und Urinsekretion ganz in Ordnung. Spürt von ihren früheren Beschwerden gar nichts mehr.

Fall 7. Elise R—i-Schl—p, 40jährige Hausfrau, Lengnau. Eintritt 14. Februar 1903.

Anamnese: Vor 11 Jahren Beginn des jetzigen Leidens. Nach Heben einer schweren Last will Patientin ein Knacken im Unterleib bemerkt haben und bewußtlos zu Boden gefallen sein. Von da an angeblich täglich etwas Blutabgang aus der Vagina. Nachher Auftreten von Kreuzschmerzen. Der konsultierte Arzt konstatierte einen Prolaps uteri und legte einen Ring ein. In der Folgezeit starker Fluor albus; subjektiv befand sich Patientin etwas besser. Nach drei Jahren mußte der Ring wegen des Fluor albus entfernt werden, und von da sukzessive Verschlimmerung des alten Leidens. In der letzten Zeit sind die Kreuz- und Bauchschmerzen intensiver geworden, namentlich zur Zeit der Menses. Diese immer unregelmäßig, zirka acht Tage dauernd, mit Molimina. Nun auch Urinbeschwerden und heftige Obstipation. Drei Aborte im zweiten Monat, zwei normale Geburten, die letzte vor einem halben Jahre. Familienanamnese ohne Belang.

Status: Aus dem Introitus vaginae ragt ein zirka 10 cm langer, zylindrischer Tumor von blaßroter Farbe hervor. In der Mitte desselben der Muttermund in Form einer breiten Spalte. Urethralöffnung bedeutend vergrößert, leichte Zystozele. Keine Rektozele. Portio leicht gerötet, ulzeriert. Uterus kann nicht vollständig vor die Genitalien herausgebracht werden. Reposition leicht, dabei etwas Schmerzen im Epigastrium, ebenso beim Austreten des Prolapses. Allgemeinstatus bietet nichts Abnormes dar.

Operation 17. März 1903. Trendelenburgsche Lagerung. Medianschnitt zwischen Symphyse und Nabel. Extraperitoneale Verlagerung des Corpus uteri. Faszien und Muskulatur werden über demselben vereinigt, fortlaufende Hautnaht, Kollodialverband. Verlauf normal, keine Temperatursteigerungen. Kleines subkutanes Hämatom wird nach acht Tagen eröffnet. Sekundärnaht.

Entlassung 8. April 1903. Naht schön linear. Im mittleren Teil derselben eine kinderfaustgroße, tiefe Resistenz, gut abgrenzbar, ziemlich gut beweglich, nirgends druckempfindlich. Beim Husten keine Vorwölbung. Vagina: Portio hoch, nach hinten gerichtet, korrespondiert mit der von außen gefühlten Resistenz. Kein Prolaps der Vaginalwände. Subjektiv fühlt sich Patientin sehr wohl. Keine Urinbeschwerden, uriniert täglich zirka dreimal, nachts nie. Stuhl in Ordnung. Keine Kreuzschmerzen mehr. Das Resultat ist in jeder Hinsicht sehr befriedigend.

Fall 8. Elisabeth N—li, 49jährige Hausfrau, Grafenried. Eintritt 12. April 1903.

Anamnese: Patientin will ihren Prolaps haben seit 1875, wo er plötzlich beim Heben eines schweren Sackes entstanden sein soll. Seither langsames Zunehmen an Größe. Tagsüber ist der Vorfall immer draußen, geht auch nachts nicht ohne energische Nachhilfe hinein. Immer etwas Schmerzgefühl oberhalb der Symphyse. Patientin hat dreimal normal geboren, das letzte Mal 1881. Nach jeder Geburt soll der Vorfall etwas größer geworden sein. Klimax seit zwei Jahren. Die Menses waren regelmäßig, normal. Leichte Konstipation. Seit einem halben Jahre auch Blasenbeschwerden. Patientin muß, um urinieren zu können, den Prolaps wenigstens zum Teil reponieren. Patientin hat fünfmal Pneumonie durchgemacht, war sonst immer gesund. Eine Schwester soll auch an einem Prolaps uteri leiden, sonst Familienanamnese ohne Belang.

Status. Vor den Genitalien eine über kindskopfgröße Geschwulst an zwei Stellen ulzeriert. Os externum nicht mehr durchgängig, befindet sich vorn oben auf dem Tumor. Die Palpation ergibt, daß der ganze Uterus in der Geschwulst liegt, leicht beweglich. Portio liegt vorne oben, das Corpus uteri hinten unten. Uterus ziemlich groß, Zysto- und Rektozele. Ekzem der seitlichen, anliegenden Partien der Oberschenkel. Allgemeinstatus: leichte Aorteninsuffizienz im Stadium der vollständigen Kompensation. Auf den Lungen hinten unten beiderseits etwas verlängertes Exspirium und vereinzelte trockene Rasselgeräusche. Sonst nichts Besonderes.

Operation. 21. April 1903. Trendelenburgsche Hochlagerung. Medianschnitt oberhalb der Symphyse, zirka 12 cm lang. Uterus ist gegenüber der Norm vergrößert, kann leicht in die Bauchdecken vorgezogen werden. Extraperitoneale Verlagerung derselben. Faszien können über dem Fundus bis auf zirka zweifrankenstückgroße Stelle geschlossen werden. Durch diese Öffnung Drain eingeführt bis auf das Peritoneum. Fortlaufende Hautnaht, Xeroformkollodialverband. — Verlauf. Patientin machte eine leichte Bronchopneumonie durch mit Temperaturen bis 39,1°. Nach einer Woche fieberfrei. Lokal alles in Ordnung. Entfernung des Drain nach drei, der Nähte nach sieben Tagen.

Endstatus vom 5. Mai 1903. Patientin fühlt sich vollständig wohl, hustet nur noch ganz wenig morgens. Lokal: Narbe fein, linear, nirgends empfindlich auf Druck. In der Mitte zwischen Symphyse und Nabel fühlt man eine unbestimmte tiefe Resistenz, die wenig beweglich scheint. Beim Husten keine Vorwölbung, kein Schmerzgefühl irgend einer Art. Introitus vaginae weit. Die vordere Scheidenwand ist noch leicht gewulstet, prolabierte aber nicht. Hoch in der Vagina eine portioähnliche Vorwölbung ohne Os externum, welche mit der oben gefühlten Resistenz korrespondiert, aber im ganzen wenig beweglich ist. Keine Urinbeschwerden irgend einer Art, uriniert täglich zwei- bis dreimal, nachts nie. Täglich eine normale Stuhlentleerung. Kein Ausfluß. Das Resultat ist auch in diesem hochgradigen Falle, von vollständiger Procidentia uteri, soweit es jetzt beurteilt werden kann, ein sehr befriedigendes.

Die Resultate sind in sämtlichen Fällen sehr befriedigende und ermutigen entschieden zur Nachahmung, trotz der relativ kurzen Beobachtungszeit. Wir werden selbstverständlich die Fälle weiter beobachten und behalten uns eine fernere, anschließende Notiz vor.

Nachwort von Th. Kocher.

Die Arbeit des Herrn Dr. Lauper lag schon im Mai 1903 druckfertig vor. Es schien aber wünschenswert, für einzelne der Fälle etwas längere Beobachtungsdauer wegen etwaiger Rückfälle oder nachteiligen Folgen der Exohysteropexie zu sichern. Soweit nun die letzten Berichte reichen, ergibt sich, daß eine einzige Patientin noch zur Stunde sich über vermehrten Harndrang beklagt und über Beschwerden bei Füllung der Blase. Gerade diese Patientin hat aber Blasenbeschwerden schon vorher gehabt, und es dürfte der leichte Katarrh dieselben zum Teil erklären.

Im übrigen hat sich das Resultat als ein dauerndes erwiesen, und daher ist das Verfahren geeignet, für gewisse Fälle mit Vorteil verwendet zu werden: einzelne Chirurgen halten ja schon lange dafür, daß die verstümmelnden Operationen, speziell die Hysterektomie eine viel zu rasche und ausgedehnte Anwendung finde bei den gutartigen Affektionen des Uterus. Der Grund liegt einfach darin, daß die Myomektomie, zumal die multiple, gefährlicher ist, als die Hysterektomie noch zur gegenwärtigen Stunde.

Man sieht doch ab und zu trotz regelrechter Naht des Geschwulstbettes eine Nachblutung eintreten mit ihren sehr nachteiligen Folgen für den aseptischen Verlauf, wenn nicht die Blutung als solche eine direkte Gefahr bringt. Auch ist trotz der Sterilität des Cavum uteri der Verlauf nach Myomektomie mit Eröffnung des letzteren nicht so absolut sicher, wie wir bei anderen chirurgischen Operationen gewohnt sind. Es ist deshalb gut, Sicherheit zu schaffen, daß wenn je durch Blutung oder leichte Störung der Asepsis die Wundheilung sich kompliziert, nicht die betreffende Komplikation sich innerhalb des Peritonealraumes abspiele, sondern außerhalb. Das gewährleistet die Exohysteropexie. Eine eventuelle Blutung kann jederzeit sofort kontrolliert werden, und gegen die Folgen leichter Störungen des aseptischen Wundverlaufs kann man sich durch Drainage und Tamponade der äußeren Wunde völlig sicherstellen in der von Dr. Lauper geschilderten Weise.

Der einzige Nachteil, den die extraperitoneale Verlagerung des ganzen Uterus haben könnte, ist der bei eintretender Schwangerschaft. Allein nach Myomektomie ist der Eintritt der

letzteren doch eine Ausnahme (Mc Cosh, welcher der Myomektomie contra Hysterektomie das Wort redet, sah bei 21 myomektomierten verheirateten Frauen bloß dreimal Schwangerschaft eintreten), und dann hat es gar keine Schwierigkeit, nachträglich das Peritoneum wieder über den Uterus zu vereinigen, wenn er sich nicht von selbst in die Peritonealhöhle zurückgezogen hat. Für den Fall mit schwerem Prolapsus uteri kann jedenfalls die Exohysteropexie mit der Totalexzision des Uterus oder der Scheide in Konkurrenz treten. Es ist ein höchst einfaches und sehr sicheres Verfahren, welches keine intraperitoneale Adhärenzen zur Folge hat, also auch nicht ihre Nachteile (wie bei Ventrofixatio), zumal die Verlängerung oder Störung derselben durch den Zug. Man kann ja bei schwerem Prolaps alter Frauen, wie wir es getan haben, statt der bloß extraperitonealen Verlagerung eine subkutane Verlagerung des Uterus herstellen, indem man außer dem Peritoneum auch die Faszia um den Uterushals herum fixiert. Die Operation ist auch dann höchst einfach, und die Beeinträchtigung der Blasenfunktion, respektive Ausdehnung wird durch die Wahl der geeigneten Fixationsstelle, wie unsere paar Fälle zeigen, in der Regel zu vermeiden sein.