

zu beweisen. Sieht man von einigen Modificationen bei der Ausführung der Operation, wie von den von Schatz und Peter Müller angegebenen, die ich, nebenbei gesagt, nicht für glückliche halte, ab, so ist jetzt die Technik derselben ungefähr der ähnlich geblieben, die zuerst von Billroth, Schede, Czerny, Schröder etc. gehandhabt wurde. Denn ob man zuerst vorn die Cervix umschneidet, oder sie, wie Fritsch das vorschlägt, erst seitlich frei machen soll, ob man die Ligamenta lata von unten nach oben unterbindet oder nach Umdrehung der Gebärmutter von oben nach unten, ob man nach hinten oder nach vorn den Uterus herausstülpt, ändert nach meiner Ueberzeugung nicht viel am Typus der Operation. Je nach der Bequemlichkeit des Falles kann man in der einen oder andern Weise vorgehen, von einer gewissen principiellen Wichtigkeit kann es aber sein, ob man nach der Entfernung des Uterus das Peritoneum sicher verschliessen, oder die Peritonealwunde offenlassen und drainiren soll.

Ich habe bislang sehr günstige Erfahrungen auf dem Gebiet der vaginalen Totalexstirpation gemacht, denn ich habe unter meinen bisherigen 20 Fällen keine meiner Operirten verloren. Bei meiner ersten Operation, die ich kurz nach der Danziger Naturforscherversammlung machte, also zu einer Zeit, in der nur wenige Uterusexstirpationen ausgeführt waren, und in der die Drainage dabei als Regel galt, habe ich, dieser Regel folgend, drainirt, aber die üble Erfahrung, die ich dabei machte, nämlich die, dass mir der Drain ein Loch in die Blase drückte, brachte mich sofort von der Drainage ab und bestimmte mich zur Naht des Peritoneums. Ich habe bis auf diesen ersten, den 14., 15. und 20. Fall, bei den übrigen 16 den Douglas zugenäht und niemals einen Nachtheil davon gesehen. Auf die genaueren Motive komme ich nachher zu sprechen, im Uebrigen befinden sich diese, wie eine Zahl der Fälle, schon in den Sitzungsberichten der Verhandlungen des Hamburger ärztlichen Vereins in den Jahrgängen 1883 und 1884 der Deutschen Medicinischen Wochenschrift.

Ich verzichte im Folgenden auf die Berücksichtigung der gesammten Literatur, die sich in den letzten Jahren über vaginale Uterusexstirpation angesammelt hat, denn hierzu fehlt mir die Zeit, es kommt mir nur darauf an, an der Hand meines Materials zu zeigen, dass man mit gutem Gewissen das Peritoneum verschliessen darf und ergo verschliessen soll. Zur Vermeidung von Wiederholungen stelle ich hier in möglichster Kürze meine 20 Fälle zusammen:

Fall 1. Frau von 50 Jahren, Mp. seit $\frac{1}{2}$ Jahr Blutungen und Ausfluss. Befund: carcinomatöser Tumor der vorderen Muttermundslippe, der im März 1880 weggeklöffelt wurde. Im October 1880 Recidiv. 2. Auslöffeling ergab ein ungenügendes Resultat, daher Totalexstirpation im November 1880. Befund: Cervixcarcinom, Uterus retroflectirt, mässig mobil. Die Operation zeichnete sich dadurch aus, dass die Ablösung der Blase unendlich schwer war. Das Carcinom ging bis dicht unter die Blasenmucosa, die mit Messer und Scheere sorgfältig abpräparirt werden musste. Der rechte Ureter lag im Carcinom und wurde durchschnitten, ohne als solcher erkannt zu werden. In Folge dieser Schwierigkeiten wurde der Douglas eröffnet und der Uterus umgekehrt, ehe die Blase ganz abgelöst war. Schrittweise Unterbindung der Ligg. lat. bald rechts, bald links, bis zur vollständigen Durchtrennung des einen, dann erst Ablösung der Blase. Nach der Exstirpation Einnähung der Stümpfe der Ligg. lat. seitlich in die Wunde, Drainage. Am entfernten Uterus zeigt sich fast die ganze Cervixwandung bis zum Orificium int. carcinomatös.

Die Durchschneidung des Ureters ergab sich bald aus dem Abfluss des Urins per vaginam, während zugleich mit dem Catheter Urin aus der Blase entleert wurde. Am 8. Tage des sonst fieberfreien Verlaufs sollte der Drain entfernt werden, als derselbe am 7. Tage eine Druckperforation der Blase machte. Am Ende der 4. Woche war P. bis auf ihre Ureterenblasenscheidenfistel geheilt. Die definitive Schliessung der Fistel gelang nicht. $1\frac{1}{2}$ Jahre post operationem plötzlicher Exitus, ohne dass sich ein locales Recidiv hätte mit Bestimmtheit nachweisen lassen. Section nicht möglich.

Fall 2. Mp. von 46 Jahren. Alte Lues. Uterusbefund: Carcinom der Cervix, hintere Lippe ganz zerstört, das Carcinom geht hier auf die Scheide über. Corpus und Umgebung frei. Operation im Juni 1881 in unten zu beschreibender Weise. Es wird dabei absichtlich das Peritoneum vorn nicht eröffnet. Nach Entfernung des Uterus Reinigung des Douglas, Naht des Peritoneums. Die nun noch oberhalb der Vagina befindliche Wunde wird mit 3 kleinen Drains drainirt. Schluss derselben. Dauer 2 Stunden. Verlauf glatt. Das Carcinom hatte die ganze Cervix ergriffen, nach oben das Orificium internum eben überschritten. Gut 1 Jahr lang, dann Tod an allgemeiner Carcinose.

Fall 3. Mp. in der Mitte der 40er Jahre. Befund: Grosses, die Scheide zum grössten Theil ausfüllendes Blumenkohlgewächs.

II. 20 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus.

Von C. Staude in Hamburg.

Wenn ich im Folgenden einen Beitrag zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus geben will, so geschieht dies wesentlich eines Punktes wegen, nämlich wegen der Frage des Peritonealverschlusses nach der Entfernung des erkrankten Organs. Ich habe mit der Mittheilung meiner Statistik lange gezögert, weil es mir daran lag, gleich über ein grösseres Material verfügen zu können, denn 4 bis 6 Fälle, wie sie bislang zur Empfehlung der Peritonealnaht veröffentlicht wurden, vermögen gegenüber der grossen Zahl von Fällen, die ohne Verschluss des Peritoneums behandelt und geheilt worden sind, wenig

Vagina, Uterusumgebung frei. Operation am 9. September 1881. Erst nach Verkleinerung des Tumors bekam man einen genügend freien Ueberblick, um die Portio umschneiden zu können, sonst typische Operation. Peritonealnaht recht schwer. Dauer $2\frac{1}{4}$ Stunden. Patientin war nach der Operation etwas collabirt, erholte sich aber bald, fieberfreie Reconvalescenz. Recidiv nach $\frac{1}{4}$ Jahr.

Fall 4. 40jähr. Mp. Grosser carcinomatöser Tumor der Portio und Cervix. Cervix sehr verdickt, Uterus gross. Operation am 18. April 1882. Das Peritoneum war hinten etwas schwer zu finden, die Grösse des Uterus machte erhebliche Schwierigkeiten bei der Umdehnung. Unterbindung der Ligg. lat., da der Uterus selbst nach der Umstülpung schwer herabziehbar war und die grosse Cervix in der Vagina den Raum sehr beschränkte, recht schwierig. Zahlreiche Ligaturen erforderlich. Linke Tube, am äussern Ende verschlossen, verdickt, wurde mit entfernt. Peritonealnaht. Dauer 2 Stunden. Fieberfreier Verlauf. Am entfernten Uterus zeigen sich die Cervixwandungen bis in die Nähe des Orificium internum carcinomatös infiltrirt. Recidiv nach 4 Monaten.

Fall 5. Frau von 46 Jahren, Mp. Portio gut erhalten, Carcinom der Cervixschleimhaut. Operation am 26. Mai 1882. Exakte Peritonealnaht. Dauer $1\frac{1}{2}$ Stunden. Am entfernten Uterus zeigte sich, wie man glaubte, nicht nur die Schleimhaut der Cervix ergriffen, sondern das Carcinom war auf die Körperschleimhaut weitergegangen, so dass nur ein 1 cm langer Theil des Uteruskörpers noch frei von Carcinom war. Glatter Verlauf. Bislang ohne Recidiv.

Fall 6. Frau von 43 Jahren, hat 1 Mal geboren. Cancroid der vorderen Lippe, Scheidengewölbe frei, Uterus retrovertirt, beweglich. Operation den 5. November 1882 Peritonealnaht. Verlauf gut. Die Infiltration der vorderen Cervixwand ging bis in die Nähe des Orificium internum. Recidiv nach 4 Monaten.

Fall 7. Mp. von 50 Jahren. Portio gut erhalten, im Muttermund eine weiche, leicht blutende Masse zu fühlen. Uterusumgebung frei. Mikroskopische Diagnose: Oberflächliches Carcinom der Cervixschleimhaut. Im März 1883 Operation. Peritonealnaht. Dauer $1\frac{1}{4}$ Stunde. Verlauf glatt. Ohne Recidiv. Das Carcinom ging nicht tief und nicht bis zum inneren Muttermund hinauf.

Fall 8. Mp. von 49 Jahren. Grosses Portiocancroid. Vagina hinten oberflächlich ergriffen, vorn war das Scheidengewölbe frei, leichter Prolapsus vaginae, Uterus sehr beweglich. Operation im Mai 1883, in Folge der guten Herabziehbarkeit des Uterus sehr leicht. Peritonealnaht. Dauer 1 Stunde. Afebriler Verlauf. Recidiv im Becken nach 1 Jahr.

Fall 9. Sehr leicht blutender, carcinomatöser Tumor der vorderen Cervixwand bei einer Mp. von 45 Jahren. Schleimhaut der hinteren Cervixwand oberflächlich ergriffen. Uteruskörper frei. 3 Tage vor der Radicaloperation Auslöfflung und Cauterisation des Carcinoms. Jodoformverband. Totalexstirpation im Mai 1883. Uterus wenig beweglich, bei jedem Schnitt ziemliche Blutung. Ligg. lata ziemlich straff, zumal das rechte, daher ziemlich schwere Unterbindung desselben. Dauer der Exstirpation 2 Stunden. Trotzdem die Patientin nach der Entfernung des Uterus schon recht collabirt war, wurde das Peritoneum doch noch genäht. Patientin kam pulslos vom Operationstisch, erholte sich aber nach 2 Stunden. Weiterer Verlauf gut. Im October Recidiv.

Fall 10. Grosses Blumenkohlgewächs der Portio bei einer Frau von 36 Jahren, die 1 Mal geboren hatte. Der stark blutende Tumor wurde 2 Tage vor der Operation zum grössten Theil weggelöffelt und cauterisirt. Exstirpation im September 1883 ohne besondere Schwierigkeiten. Fortlaufende Peritonealnaht. Glatte Reconvalescenz. Recidiv nach 9 Wochen.

Fall 11. Mp. von 34 Jahren. Carcinom der Cervixschleimhaut. Aussenfläche der Portio normal. Der Cervicalcanal stellte einen leicht blutenden, jauchenden Krater dar. Uterusumgebung frei, Uterus leicht beweglich. 2 Tage vor der Radicaloperation Auslöfflung und Desinfection des Cervicalcanals. Im September 1883 Totalexstirpation. Vorher wurde der Muttermund zugenäht, damit kein Secret aus demselben fliessen konnte. Beim Umdrehen des Uterus fiel das am Körper adhärente Netz in ziemlicher Ausdehnung weit hervor und musste während der ganzen Operationsdauer in der Vagina hängen bleiben. Nach der Entfernung des Uterus, die keine Schwierigkeiten bot, wurde das Netz weiter hervorgezogen, abgebunden und abgeschnitten, der gereinigte Rest reponirt. Fortlaufende Peritonealnaht. Dauer 1 Stunde, Glatte Heilung. Ohne Recidiv. Die carcinomatöse Zerstörung ging bis zum innern Muttermund.

Fall 12. Frau von 51 Jahren. Kirschengrosser Carcinomknoten in der vorderen Cervixwand. Operation im November 1883. Peritonealnaht. Heilung. Ohne Recidiv.

Fall 13. Frau von 37 Jahren, Mp. Sehr leicht blutendes Car-

cinom der vorderen Cervixwand. Am Corpus uteri befanden sich 2 Myome, die dasselbe reichlich um das Doppelte vergrösserten. Das Carcinom wurde erst ausgelöffelt, dann 2 Tage nachher im Januar 1884 Totalexstirpation. Für den Fall, dass es nicht möglich gewesen wäre, den Uterus per vaginam zu entwickeln, war ich auf die Laparotomie vorbereitet. Die Umschneidung der Portio, Loslösung der Blase, Eröffnung des Douglas bot keine Schwierigkeit. Darauf wurde die Basis der Ligg. lat., soweit sie sich stark spannte umstochen und durchschnitten. Die Herabstülpung des Uterus durch die Peritonealöffnung war sehr schwer, gelang aber schliesslich, worauf die Excision bald beendet war. Peritonealnaht. Im weiteren Verlauf entwickelte sich ein kleines Exsudat um die Ligaturen des linken Lig. latum herum, das nach der Vagina durchbrach und die Fäden des betreffenden Ligaments entleerte. Sonst guter Verlauf. Noch ohne Recidiv.

Fall 14. Mp. von 46 Jahren. Carcinom der Cervix, das dieselbe schon ziemlich weit zerstört hatte. An der rechten Beckenseite ein vom Uterus trennbarer, derselben dicht anliegender Tumor. Da er keine Verbindung mit dem Carcinom zu haben schien, so wurde die Totalexstirpation (20. März 1884) gewagt. Operation durch die Zerreiblichkeit der Cervix sehr schwer. Nach Entfernung des Uterus erwies sich der Tumor an der rechten Beckenwand als Carcinom. Unter diesen Verhältnissen wurde das Peritoneum nicht genäht, sondern die Wunde mit Jodoformgaze ausgestopft. Heilung zwar ohne Zwischenfall, doch entwickelte sich das Carcinom natürlich weiter.

Fall 15. Frau am Ende der 40er Jahre. Carcinom, das die Cervix schon ziemlich zerstört hatte, dicht an derselben im linken Parametrium 2 kleine Carcinomknötchen, die entferntbar erschienen. Rechtes Parametrium frei. Exstirpation durch die Zerreiblichkeit der Cervix sehr erschwert, die Unterbindung des Parametriums jenseits der beiden Carcinomknötchen gelang. Nach der Entfernung des Uterus blutete es aus der linken Uterina. Da eine Unterbindung des gefassten Gefässes bei der hohen Lage desselben nicht möglich war, mussten 4 Unterbindungspincetten in der Vagina liegen bleiben. Dieselbe wurde mit Jodoformgaze ausgestopft. Entfernung der Pincetten am 6. Tage post operationem. Heilung ohne Zwischenfall, aber rasches Recidiv.

Fall 16. Kräftige Frau im Anfang der 30er Jahre, Mp. Beginnendes, von der Cervixschleimhaut ausgehendes Carcinom. Diagnose durch mikroskopische Untersuchung eines excidirtten Cervixstückes gesichert. Uterusexstirpation im October 1884. Naht des Peritoneums. Glatte Heilung. Bislang ohne Recidiv.

Fall 17. Mp. im Anfang der 40er Jahre. Carcinom der Cervix, durch eine circa 1 cm breite Brücke normal aussehender Schleimhaut von der Cervix getrennt ein thalergrosses Carcinom der hinteren Vaginalwand. Obwohl die Chancen für eine Radicalheilung gering waren, so wurde doch im December 1884 die Exstirpation gemacht. Nach Excision des Scheidencarcinoms wurde der Uterus in typischer Weise entfernt. Peritonealnaht. Heilung. Recidiv im Februar 1885.

Fall 18. Cervixcarcinom bei einer Mp. von 52 Jahren. Umgebung des Uterus ganz frei, derselbe gut beweglich. Exstirpation im Februar 1885. Peritonealnaht, Heilung. Bislang ohne Recidiv.

Fall 19. Grosser Prolapsus uteri et vaginae. Zur Heilung des Prolaps erst Uterusexstirpation. Naht des Peritoneums und der Vaginalwunde durch versenkte Etagnennähte. Diese letztere heilte indessen doch nicht per primam, sondern eiterte. Bis auf geringe Fieberbewegung im Beginn dieser Eiterung, glatter Verlauf. Später Kolporrhaphie.

Fall 20. Mp. von 38 Jahren. Carcinom auf der ectropionirten Cervicalschleimhaut der vorderen Lippe, hintere normal. Uterusexstirpation am 13. November 1885. Nach der Exstirpation zog sich das Peritoneum sehr zurück, so dass es nicht mehr aufzufinden war. Daher wurde in diesem Fall mit Jodoformgaze ausgestopft. Verlauf gut.

Die Technik der Operation, wie sie jetzt von mir ausgeführt wird, schliesst sich an das Verfahren der oben genannten Operateure an. Kleine Aenderungen betrachte ich nicht als Modificationen, es handelt sich hier um allgemeine chirurgische Grundsätze. Wesentlich ist zuerst die Desinfection des Operationsfeldes. In der ersten Zeit habe ich dieselbe nur so geübt, dass ich kurz vor der Operation das Carcinom mit 10procentiger, die Vagina mit 5procentiger Carbollösung abspülte. In den späteren Fällen habe ich das Carcinom zuerst ausgekratzt, mit dem Glüheisen cauterisirt, mit Jodoform bepudert und die Vagina mit Jodoformgaze ausgestopft. Dieser Jodoformverband wurde täglich gewechselt und 2—3 Tage nach der Auslöfflung zur Radicaloperation geschritten. Inter operationem bediene ich mich zur Desinfection des Operationsfeldes und zur Reinigung der Bauchhöhle des Chlorwassers mit Wasser zu circa gleichen Theilen vermischt.

Seit langer Zeit gebrauche ich zur Desinfection der Bauchhöhle

das Chlorwasser und habe für diese nie das Bedürfniss nach einem andern Antisepticum empfunden. Von einem guten Antisepticum können wir, abgesehen natürlich davon, dass es sicher desinficiren muss, verlangen, dass dasselbe auf die betreffende Operationsfläche in jeder beliebigen Quantität gebracht werden kann, ohne dieser und der zu operirenden Person Schaden zuzufügen. Weder von der Carbonsäure noch von dem Sublimat können wir das sagen. Im Chlorwasser besitzen wir aber ein sehr sicher desinficirendes und für den Organismus unschuldiges Antisepticum, eine Eigenschaft, die für eine so gut resorbirende Fläche, wie das Peritoneum von wesentlicher Bedeutung ist. Wie bei der Uterusexstirpation habe ich mich auch bei meinen Laparotomien seit mehr als einem Jahrzehnt ausschliesslich des Chlorwassers zur Desinfection des Operationsfeldes bedient, und bei einer nicht unbeträchtlichen Zahl von Laparotomien fast lediglich glückliche Erfolge zu verzeichnen gehabt. Ich habe z. B. bei meinen Ovariectomien nur $2\frac{1}{2}\%$ Mortalität.

Die Ausführung der Operation kann man in 3 Acte theilen:

1) Umschneidung der Portio, Loslösung der Blase, Freipräparirung der Cervix, Eröffnung des Peritoneum.

2) Unterbindung und Abtrennung der Basis der Ligg. lata, dann, nach Umstülpung des Uterus oder auch ohne dieselbe, Unterbindung des Rests der Ligamenta lata und Excision der Gebärmutter.

3) Verschluss der Bauchhöhle.

1. Nach abermaliger Desinfection der Scheide mit 5procentiger Carbonsäurelösung wird der Uterus so weit als möglich herabgezogen. Zu diesem Zweck haben mir bisher Muzeux'sche Hakenzangen stets genügt. Kaum je ist die ganze Cervix durch das Carcinom so bröckelig, dass man nach Lösung der Blase nicht einen genügenden Halt fände. Fälle von so vollständiger Degeneration der ganzen Cervix eignen sich, da dann schon Carcinomenelemente auf die Parametrien übergegangen zu sein pflegen, kaum mehr für die Exstirpation. Nun wird die Portio zuerst vorn umschnitten, die Blase ohne Eröffnung des vorderen Peritoneums weit abgelöst und die Cervix seitlich möglichst freipräparirt. Hie und da spritzt dabei ein grösseres Gefäss, das sofort unterbunden wird.

Im ersten Fall gab ich mir vergebliche Mühe, die vordere Peritonealtasche zu eröffnen, und sah dabei, dass bei der Herausstülpung des Uterus durch den Douglas diese Erhaltung des vorderen Peritoneums ihre grossen Vortheile hat. Hat man die Blase nur weit genug abpräparirt und die durchtrennte Vagina seitlich möglichst weit emporgeschoben, so können mit der Blase die Ureteren so weit emporgleiten, dass man eine Verletzung derselben nicht zu befürchten braucht, wie sie denn auch, mit Ausnahme des ersten Falls nicht verletzt wurden. Es schlägt sich nach der Umstülpung des Uterus das vordere Peritoneum schürzenartig vor das Carcinom und schützt die Peritonealhöhle vor den Infectiousstoffen der krebigen Cervix. Erst, wenn das eine Ligamentum latum vom Uterus losgelöst und derselbe fast vor den Introitus vaginae gezogen ist, wird das deckende Bauchfell durchgeschnitten, und dann der Rest des andern Ligamentum latum durchtrennt. Hat man das vordere Peritoneum vor der Umstülpung eröffnet, so kann man sehr leicht das Carcinom während der Zeit, in der man die Verbindungen des Uterus trennt, in Berührung mit dem Bauchfell bringen und dasselbe inficiren.

Nach genügender seitlicher Ablösung der Cervix vereinigt man hinten die Schnitte und eröffnet mit diesem Schnitt den Douglas.

2. Nach genügender Eröffnung des Douglas, durch dessen Peritoneum man sich passender Weise gleich eine Fadenschlinge zieht, wird die sich spannende und die Hauptgefässe, die Uterinae, enthaltende Basis der Ligg. lata unterbunden und durchtrennt. Mit dem in den Douglas eingeführten Finger kann man alles sich spannende, die Beweglichkeit des Uterus behindernde Gewebe gut fühlen und so sicher umstechen und durchschneiden. Die dabei zu Gesicht kommenden Gefässe werden isolirt noch unterbunden, mögen sie bluten oder nicht. Trotz der angelegten Ligaturen, die sehr fest geschnürt werden müssen, spritzt noch manchmal die Uterina. Für schwierige Fälle ist diese Art der Unterbindung der Basis der Ligg. lata nach Eröffnung des Douglas manchmal die einzig mögliche. Nach dem, was ich bei meinen Uterusexstirpationen gesehen habe, bezweifle ich, ob man immer im Stande ist, zuerst an der Seite der Portio einzuschneiden und die Ligg. abzutrennen. Es befinden sich unter meinen Operationsfällen einige, in denen es absolut unthunlich gewesen wäre, nach Fritsch die Cervix freizupräpariren, weil man die seitlichen Partien anfangs einfach nicht zu Gesicht bekommen konnte.

Die Gefahr, dass der eingeführte Finger infectiöses Material in den Douglas bringen könnte, ist bei einiger Vorsicht nicht sehr gross. Nach Durchtrennung der Basis wird der Uterus sehr beweglich und ist nun mittelst eines eingesetzten Hakens aus der Peritonealöffnung hervorzuleiten. Der Rest der Ligamenta lata ist nun in einigen wenigen

Partien leicht zu unterbinden. Ich verfahre dabei von jeher so, dass ich in das Ohr einer gestielten Nadel stets 2 Fäden einfädele und nach Knüpfung der einen Ligatur den 2. Faden zur Unterbindung der nächst höheren Partie verwende, so dass also die Ligamenta lata durch eine continuirliche Kette von Ligaturen unterbunden werden. Es ist dies Verfahren ungefähr dasselbe, das Zweifel empfiehlt und als Etagenligatur der Ligg. lata bezeichnet. Beim Durchschneiden derselben werden dann die grösseren Gefässe, die sich präsentiren, noch isolirt unterbunden, was dadurch, dass sich dieselben leicht aus dem Gewebe herausziehen lassen, recht bequem sein kann. Auf diese Weise entgeht man am sichersten jeder Blutung, und ich habe bislang auch bis auf den einen, sehr schwer liegenden Fall 15 keine solche aus den Gefässen des Lig. latum erlebt. Es ist das Verfahren zwar umständlicher als das Anlegen z. B. einer Gummiligatur und kostet etwas mehr Zeit, aber es ist recht sicher. Denn eine in der Continuität des Ligaments angelegte Ligatur kann nie ableiten, und es ist entschieden weit zeitraubender, wenn man sich nach der Exstirpation mit dem Aufsuchen eines blutenden Gefässes abgeben muss, als wenn man etwas mehr Zeit auf die Unterbindung der breiten Bänder verwendet. Nach der Ablösung des einen Ligaments durchschneidet man das vordere Peritoneum, schlingt durch dasselbe sofort einen Faden und durchtrennt dann das andere Ligament resp. dessen noch nicht durchschnittenen Rest, worauf der Uterus entferbar ist. Was die gleichzeitige Entfernung der Ovarien und Tuben anbetrifft, so habe ich mich in meinen Fällen nicht dazu veranlasst gesehen und habe die Ovarien, ohne irgend einen Nachtheil darin zu sehen, immer zurückgelassen. Nur in einem Falle habe ich ein prolabirendes Ovarium entfernt.

3. Nach der Exstirpation wird der Douglas mit erwärmtem Chlorwasser ausgespült und sorgfältig gereinigt. Indem man die Fäden, die den hinteren und vorderen Peritonealrand fassen, anzieht, kann man den Douglas gut überblicken und etwa vorhandene Blutgerinnsel mit Schwämmen entfernen. Zur Reinigung des Peritoneums werden von mir, nach den Ovariectomien wie nach der Uterusexstirpation, frische, vorher zurechtgeschnittene Schwämme benutzt, von denen 1 Schwamm immer nur 1 Mal gebraucht wird. Die Stümpfe der Ligamenta lata werden in gleicher Weise gesäubert, mit Jodoform bepudert, die Ligaturen kurz abgeschnitten und versenkt. Den letzten Act der Operation bildet dann der Schluss der Peritonealhöhle. Ich habe früher das Peritoneum mit Knopfnähten vereinigt, in der letzten Zeit bediene ich mich der fortlaufenden Catgutnaht, wodurch die Sache viel leichter wird. Man beginnt an dem einen Winkel und näht bis zum andern Winkel zu. Die Stiche bluten leicht etwas, man muss daher etwas vorsichtig sein. Nach dem Schluss des Peritoneums bleibt nun noch die Wunde oberhalb der Vagina, die schon viel kleiner aussieht. Es wird dieselbe leicht mit Jodoform bepudert. Da die hintere und vordere Wundfläche von ungleicher Grösse ist, so ist eine genaue Vereinigung hier nicht gut möglich. Daher werden für den Fall, dass dieselbe etwa eitem sollte, 2—3 kleine Drains in die Wunde gelegt, und dann wird der vaginale Wundrand durch einige Suturen vereinigt. In die Vagina wird Jodoformgaze gestopft, die nach 2—3 Tagen entfernt wird, dann wird die Vagina mit Chlorwasser 1 Mal am Tage ausgespült. Nach 2—3 Wochen ist die Heilung vollendet.

(Schluss folgt.)