

A. qu. 200 1881

Œets over

HYSTEROTOMIE.

Academisch Proefschrift

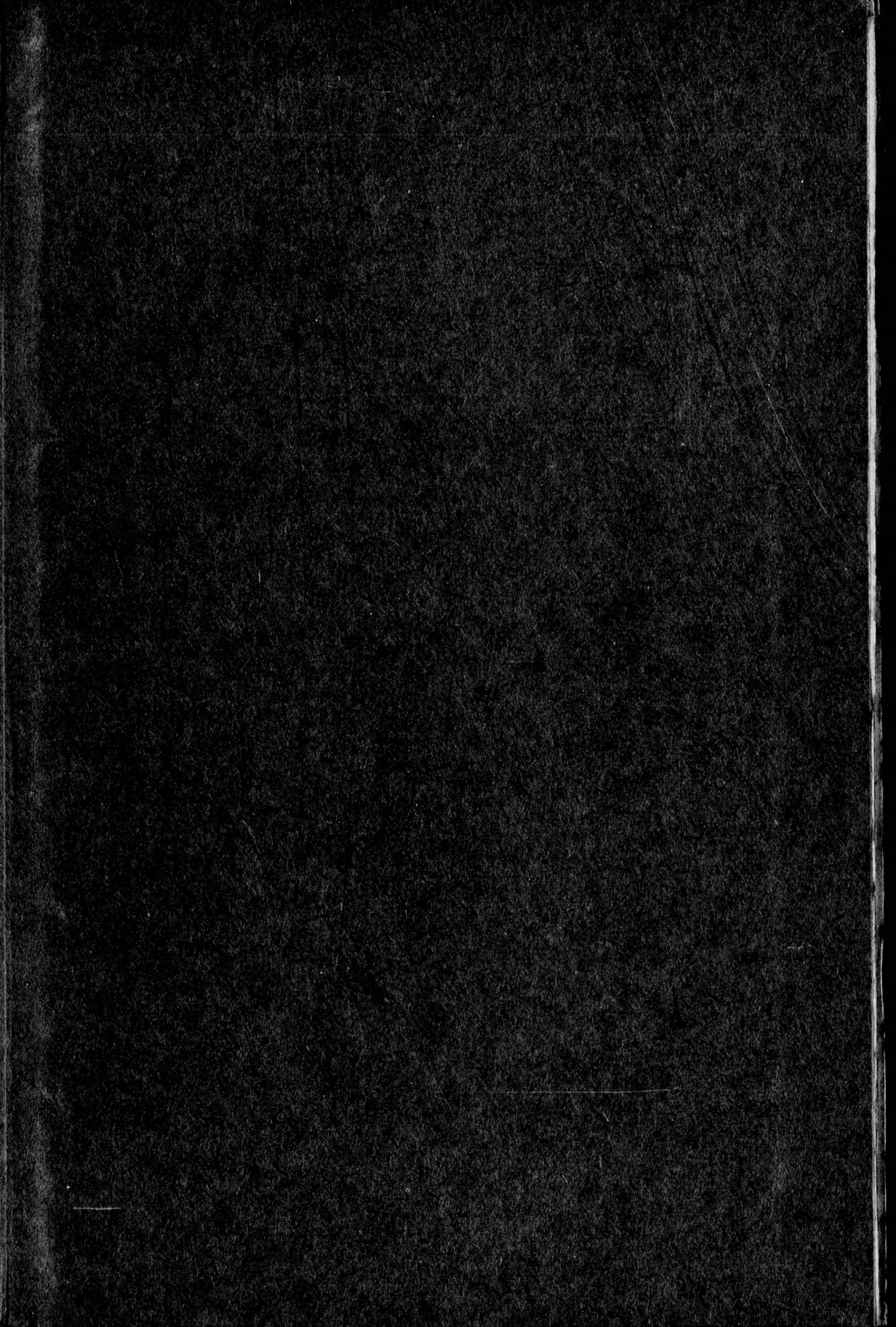
DOOR

L. VAN DER HOEVEN.

ROTTERDAM.

J. VAN DER HOEVEN.

1881.



IETS OVER HYSTEROTOMIE.

RETS OVER HA 211000011

IETS OVER HYSTEROTOMIE.

Academisch Proefschrift

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

Dr. T. ZAAVER,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

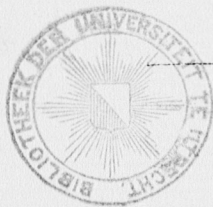
op Donderdag 16 Juni, des namiddags ten 1 ure,

DOOR

LEENDERT VAN DER HOEVEN,

Arts.

GEBOREN TE HEENVLIET.



ROTTERDAM.

J. VAN DER HOEVEN.

1881.

LEIDEN OVER DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

LEENDERT VAN DER HOEVEN

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

DE RECHTSPROOKE

AAN MIJNE OUDERS.

ANNALS OF THE

VOORWOORD.

In het begin van mijn assistentschap voor de chirurgische afdeeling aan het Stedelijk Ziekenhuis te 's Gravenhage had ik het voorrecht twee hysterotomiën bij te wonen, volgens de methode van PÉAN, waarvan een met gunstigen afloop.

Voor zoover mij bekend is, is dit het eerste geval in Nederland, dat met succes bekroond werd.

Aangezien beide gevallen, èn in de uitvoering èn in het verloop mij interessant voorkwamen, besloot ik deze te kiezen als uitgangspunt voor mijn academisch proefschrift, om daaraan vast te knopen een overzicht over hysterotomie in het algemeen.

Maar vooraf een woord van warmen dank aan allen, die tot mijn vorming het hunne hebben bijgedragen.

FOURTH

to the best of our knowledge and belief, the above is a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the Board of Directors of the City of New York, and the same is hereby certified to be a true and correct copy of the original as the same appears in the records of the Board of Directors of the City of New York.

HOOFDSTUK I.

MARGARETHA E...., oud veertig jaar, dienstbode te 'sGravenhage, werd den 3^{den} December 1880 in het stedelijk ziekenhuis aldaar opgenomen. Zij had in haar jeugd de pokken, waardoor haar linkeroog verloren ging en was verder steeds gezond. Op haar 13^{de} jaar begon zij te menstrueeren, geregeld om de drie weken. Patiente was nimmer gehuwd, nullipara. Voor vijf jaren bemerkte zij voor het eerst, dat zich links in den onderbuik een harde zwelling begon te ontwikkelen. Aangezien dit hoe genaamd geen pijn of andere stoornissen veroorzaakte, sloeg zij daarop weinig acht. Langzamerhand begon die zwelling toe te nemen, hetgeen verleden jaar ook niet aan het scherpziend oog der baker, in het huis waar patiente dienstbaar was, ontging.

Haar eigenlijke klachten dateeren eerst van Augustus 1880. Toen werd de menstruatie onregelmatig en zeer overvloedig, ook kreeg zij veel drang tot urine-lozing. Haar

stoelgang bleef geregeld, zij had verder nooit verschijnselen van druk op de vaten of zenuwen in het bekken. Zij zocht toen hulp bij haar medicus voor „uitzakking". Dit was een prolapsus van den voorwand der vagina, die zich door een pessarium niet liet terughouden. Bij den stoelgang had zij ook prolapsus van den anus.

Status praesens:

Patiënte is zeer anaemisch, ziet er lijdend en uitgeput uit. De pols is klein, gemakkelijk weg te drukken en regelmatig. Haar ademhaling is uitsluitend costaal; aan longen en hart niets abnormaals aan te toonen. Er is geen hydrops ascites, noch oedema der onderste extremiteiten, uitwendige genitalia en buikwand.

De buik is sterk uitgezet, als van een gravida à terme, vooral in voor-achterwaartsche afmeting en wat meer naar rechts dan links. De omvang bij den navel bedraagt 95 Cm., de buikwand is dun. Bij palpatie blijkt die vermeederde omvang afhankelijk te zijn van een vast, hard gezwel, dat zich in zijn geheel, doch met moeite, laat verplaatsen. Links boven den navel is een kleinere tumor, ter grootte van een appel, op het gezwel verschuifbaar. Links beneden treft men nog een dergelijken harden tumor aan ter grootte van een pasgeboren kinderhoofd, die ook bewegelijk met den hoofdtumor samenhangt.

Nergens zijn fluctueerende plaatsen. Over het geheele gezwel hoort men sterke vaatgeruischen. De percussie-toon is op den tumor absoluut mat tot vijf cm. boven den navel, in de beide regiones inguinales helder tympanitisch. Lever en milt laten zich goed begrenzen.

De blaas bevat een weinig heldere urine, waarin niets bizonders wordt aangetoond. Bij inwendig onderzoek voelt men het virginaal ostium uteri hoog achter de symphysis

pubis, het collum is ongeveer drie centimeters lang en gaat direkt over in een tumor, dien men verder naar achteren kan vervolgen; vooral duidelijk bij rectaal exploratie.

Het blijkt, dat deze tumor alle bewegingen meemaakt, die de op den buik geplaatste hand er aan meedeelt. Uit het ostium uteri vloeit wat dik zwart bloed. De uterussonde gaat ten gevolge van den eigenaardigen stand van het collum moeielijk in bij rugligging.

Dit gaat gemakkelijker in knie-elleboogligging; men voelt de punt der sonde vlak onder den buikwand links ter hoogte van den navel. Zij is 21 cM. in den uterus gedrongen en maakt alle bewegingen met den tumor meê, in tegengestelde richting.

Diagnose: Interstitieel fibroid van den achtersten uteruswand.

Aangezien het bloedverlies vrij aanzienlijk is en de krachten der patiente veel te wenschen overlaten, wordt besloten de operatie voorloopig uittestellen en te trachten door rust, goede voeding enz. haar algemeenen toestand wat te verbeteren.

Ondertusschen blijft het vloeien aanhouden, slechts nu en dan een paar dagen pauze. Haar temperatuur is steeds normaal.

Nadat vooraf door clysmata voor ontleding van den darm is zorg gedragen, wordt besloten tot de hysterotomie over te gaan.

24 Januari:

's Morgens vroeg krijgt patiente een warm bad en schoone kleeren. Uterus en vagina worden uitgespoten met een 5 % carboloplossing, T-verband met jûte voor de vulva. Zij wordt nu van de gewone ziekenzaal verplaatst naar een andere kamer, waar zij verder alleen verpleegd zal worden.

Dit vertrek is ruim en goed geventileerd, tot 70° F. verwarmd, grenst aan de operatiekamer.

De extremiteiten worden ingewikkeld met flanellen zwachtels en de buik nogmaals nauwkeurig gereinigd.

Patiënte wordt genarcotiseerd in de operatiekamer gebracht, die eveneens tot 70° F. is verwarmd.

Dr. VAN TIENHOVEN leidt de chloroformnarcose, ondersteuning met een subcutane injectie van 10 mgr. mur. morph.

Verder nog drie assistenten, twee voor onderbinding en sponzen, een voor de instrumenten. De spray wordt achterwege gelaten. De instrumenten zijn vooraf in een 5 % carboloplossing gereed gelegd. De buiksede begint vier cM. boven den navel en gaat links daarvan naar beneden tot aan de symphysis. Laagsgewijze klieving in de linea alba, het wandperitoneum wordt met een schaar gekliefd. Dr. DE ZWAAN gaat nu met de hand in de buikholve rond den geheelen tumor. Het blijkt dat er geen enkele adhaesie is en het gezwel wordt met eenige moeite naar buiten op den buik gebracht.

Terwijl een assistent den tumor in de hoogte tilt, sluit de operateur den buik voorloopig door eenige hechtingen van gecarboliseerde zijde. De geheele wond wordt bedekt met een dikke laag Lister's gaas, waarin een laag jüte. Op die wijze voorkomt men, dat bij eventueel braken de ingewanden naar buiten komen. Verder dient het voor afsluiting van de lucht en verhinderen wij het indringen van bloed in de buikholve, gedachtig aan de woorden van PÉAN: „dans presque tous les cas la péritonite est causée par la pénétration du sang ou de la sérosité dans la cavité péritoneale.”

Vervolgens worden de beide Péan'sche naalden loodrecht

op elkaar dwars door den steel gestoken en deze daarboven omsnoerd met een elastieken draad, ter dikte van een lucifer. Ik kom later bij het bespreken der methode van PÉAN hierop terug. De steel heeft een middellijn van pl. m. 8 cM. en levert na doorsnijding geen druppel bloed, niettegenstaande daarin, vooral aan zijn peripherie, groote bloedvaten verlopen.

Daarna worden de voorloopige hechtingen een voor een weggenomen en de wond definitief gesloten. Het peritoneum wordt gehecht met catgut, huid met de spierlaag met antiseptische zijde. Er is geen bloed in de peritoneaalholte gekomen, dus is het toilette overbodig. Gedurende de operatie is van darmlissen of omentum niets te zien geweest. In plaats van sponzen hebben wij jüte tampons gebruikt. Nadat een Lister's verband is aangelegd, gaat patiente naar haar te voren goed verwarmd bed. De hartswerking is zwak, twee injecties van kamferolie ($\frac{1}{10}$) onder de huid.

De operatie, die ten elf uur begon was half een afgelopen. De temperatuur is na de operatie $35,3^{\circ}$ C., welke langzaam stijgend 's avonds $37,5^{\circ}$ C. bereikt.

Patiente vertoont neiging tot braken en klaagt over buikpijn.

Catheterismus om de 3 uren, de catheter ligt voortdurend in een 5 % carboloplossing.

25 Januari: Temperatuur: 37.8, 37.9, 37.6, $38,3^{\circ}$ C.

Nog klachten over misselijkheid. De hartswerking is veel beter geworden, pols 80. Weinig buikpijn. Zij gebruikt met smaak wijn en melk.

26 Januari: Temperatuur: 38.2, 37.8, 37.7, 38° C.

Misselijkheid en buikpijn zijn geheel verdwenen. Patiente heeft goed geslapen, eetlust neemt toe.

27 Januari: De temperatuur is normaal, vloeibaar voedsel, opium.

1 Februari: Aan beide kanten in de liesstreek begint eenig wondsecreet van onder het verband te voorschijn te komen. Onder carbolspray wordt een nieuw Lister's verband aangelegd.

Alle hechtingen worden weggenomen; de wond is geheel per primam genezen, zoowel boven als beneden den steel. De huid ziet onder de Péan'sche naalden zwart door de vorming van zwavelijzer, en is hier en daar van haar epidermis beroofd. De steel doet zich voor als een zwarte sphaceleuse prop. Patiente krijgt een nieuw flanellen pak en versch bed.

2 Februari: Drang tot defaecatie; ruime ontlasting na een clyma.

16 Februari: Het verband wordt voor de tweede maal gewisseld. De Péan'sche naalden zijn met den steel afgestooten, daaronder een granuleerende wond. Nabehandeling met boorzalf.

10 Maart: De wond is geheel genezen en vormt een stevig litteken. Patiente verlaat dagelijks haar bed en draagt een sluitlaken; zonder dien steun klaagt zij over een „wee gevoel in den buik.” In dien tijd heeft zich geen spoor van menstruatie vertoond; zij gevoelt zich ook volkomen gezond op den tijd, dat zij de zaken anders zou verwachten. Urinelozing en defaecatie zijn normaal, de vrouw ziet er welvarend uit, en wordt eenige dagen later met een elastieken buikband genezen ontslagen.

Beschrijving van den tumor.

De tumor in zijn geheel beschouwd is ongeveer peer-vormig en weegt, nadat al het bloed er is uitgelopen, 3.9 kilo, terwijl het uitgevloede bloed ruim twee liters

bedraagt. De steel heeft een omvang van 8 cM. Excentrisch, meer naar voren, ziet men daarin de opening van het halskanaal, die een potlood doorlaat. Aan de peripherie verloopt een krans van dikke, kronkelende vaten, sommigen met een lumen als van de art. brachialis. Het centrum van den steel is wit en hard, heeft weinig vaten, vezelachtige bundels doorkruisen elkander in alle richtingen.

Aan den hoofdtumor bevinden zich nog drie kleinere tumoren; twee links, die ik reeds vroeger vermeldde en één rechts achter, ter grootte van een struisvogelei. Deze was bij de palpatie van den buik niet door te voelen, lag achter in het kleine bekken.

De hoofdtumor heeft een grootste omvang van 56 cM., ongeveer een ellips, waarvan de beide assen resp. 19 en 20 cM. meten. De loodrechte doorsnede van het gezwel bedraagt 21 cM. De geheele tumor is met een gladde membraan bekleed (peritoneum), waarin nog een massa kleinere knobbeltjes te voelen zijn en waaronder men de beide links gelegen aanhangsels gemakkelijk kan verschuiven. De grootere knobbel die rechts achter lag, is ook door het peritoneum bekleed, maar hangt met een dunnen steel van 3 cM. met den hoofdtumor samen.

Bovendien heeft de basis zich nog door een paar dunne adhaesies aan het hoofdgezwel verbonden. Vóór dezen knobbel ligt het lig. latum dextrum met het rechter ovarium en parovarium. Aan den bovensten vrijen rand loopt de tuba Fallopieae, daarbeneden het lig. ovarii proprium en het lig. rotundum. Het ovarium is geheel normaal, vertoont aan de oppervlakte enkele Graafsche blaasjes en litteekens (corp. lutea spuria).

Van het lig. latum sinistrum en linker ovarium is niets

te bespeuren. Met een sonde ingaande in het lumen van den steel, voert deze in de uterusholte ter lengte van 15 cm. en eindigt dicht bij de basis van den tumor, vlak onder het peritoneale bekleedsel.

Het cavum uteri is onregelmatig van vorm, wordt naar boven allengs nauwer en heeft een gladde slijmvliesoppervlakte met zeer veel openstaande vaat-lumina. De haemorrhagien, die de vrouw gekweld hadden, waren dus voldoende te verklaren. De voorwand van den uterus is ter hoogte van het ostium internum 4 cm. dik, aan den top slechts enkele millimeters; terwijl de achterwand zich heeft vervormd tot den meergemelden hoofdtumor, die een manshoofd groot is. Deze laat zich vrij gemakkelijk uit het peritoneaal-bekleedsel uitpellen. Het bleek dus, dat de diagnose volkomen juist was geweest. Ook in den voorwand vindt men nog verscheidene kleinere interstitieele tumoren, geheel door de spierlaag omgeven. (1)

Snijdt men den hoofdtumor in, dan hoort men een eigenaardig knarsen. De peripherie is zeer hard; het centrum is gedeeltelijk verweekt en bevat een menigte kleinere holten met een gele geleiachtige massa gevuld, de zoogenaamde géodes van CRUVEILHIER. De drie ahangsels zijn bijzonder hard, zonder géodes en toonen op hun witte doorsneevlakte een netwerk van vezelbundels. In het cavum uteri zijn de tubair openingen niet te vinden. Het gelukte mij ook niet met een fijne sonde

(1) Sehr selten sind die äusseren Myome des Uterus solitär, meist finden sich mehrere oder geradezu viele; mindestens bestehen fast immer gleichzeitig intraparietale oder innere Myome (VIRCHOW).

door de tuba in den uterus te komen zonder een valschen weg te maken.

Voor het mikroskopisch onderzoek hardde ik stukken der verschillende tumoren in absoluten alcohol. De coupes werden gekleurd met haematoxyline en bewaard in damarhars. Het bleek mij, dat de kleinste tumoren die in den spierlaag van den voorsten uteruswand gezeten waren, geheel bestonden uit lange, spoelvormige, gladde spiercellen met groote gerekte kernen. De spierbundels verloopen hierin tamelijk regelmatig, concentrisch, liggen aan de peripherie wat dichter opeengehoopt en gaan direkt, zonder bindweefselkapsel, in den spierwand van den uterus over. Dit zijn dus zuivere leiomyomen van ZENKER. Wanneer men een coupe der grootere tumoren beschouwt, valt het dadelijk in 't oog, dat de spierbundels in alle richtingen dooréén loopen, zoodat lengte- en dwarscoupes van kernen elkaar afwisselen. De spiercellen liggen hier ook verder van elkaar, gescheiden door bindweefsel, waarin veel minder en kleiner kernen. Dit beantwoordt dus meer aan hetgeen men fibromyoom heeft genoemd. In het centrum treft men weinig vaten aan, meer aan de peripherie.

Hetzelfde ziet men aan de coupes, die ik maakte van het binnenste gedeelte van den hoofdtumor, waar deze de transformation muqueuse heeft ondergaan. Hier zijn echter op verscheidene plaatsen de spierbundels geheel verloren gegaan en ziet men een hyaline massa, waarin slechts hier en daar enkele ronde kernen en elastieke vezelen. Van een laag plaveisel epithelium tegen den binnenwand der géodes zooals MALASSEZ en RANVIER opgeven kon ik nergens iets bespeuren. Men moet daarvoor trouwens volgens hen de praeparaten dadelijk na de exstirpatie vervaardigen. Het schijnt echter, dat anderen in het vinden van dat plaveisel

epithelium niet gelukkiger zijn geweest; zoodat GUSSEROW meent, dat M. en R. met zoogenaamde lymphangiectatische myomen hebben te doen gehad.

Het gelukte mij de spoelvormige spiercellen te isoleeren door inwerking van salpeterzuur (20 %).

Vrouw J., moeder van acht kinderen, oud 62 jaar, menstrueerde geregeld tot haar 46ste jaar, en genoot voortdurend een uitstekende gezondheid. De menses verdwenen en bleven weg gedurende vijf jaren, toen zij nu en dan begon te vloeien. Aangezien dit bloedverlies gering was werd geen medische hulp ingeroepen; zoodat zij eerst in het begin van dit jaar onder behandeling kwam van Dr. DE ZWAAN, die het bestreed met ergotine, ferrum enz. Deze medicatie leverde echter weinig resultaten op en spoedig bleek, dat door het pl. m. 2 cM. openstaand ostium een kleine tumor in het carum uteri was te voelen. Met het oog op een nauwkeurige observatie en mogelijke operatieve behandeling ried hij haar aan zich te laten opnemen in het stedelijk ziekenhuis.

23 Februari Status praesens:

Zij beantwoordt in haar voorkomen ongeveer aan haar leeftijd, ziet er lijdend uit. De temperatuur is normaal. Emphysema pulmonum met chronische bronchitis. De hartsdemping is uiterst klein; harttonen zwak, doch zuiver; pols regelmatig en tamelijk resistent. De buikwand is zeer dik, sterke panniculus adiposus, sporen van vroegeren partus. Bij palpatie noch bij percussie is iets van een buiktumor aan te toonen. Het collum uteri ziet er wat gezwollen uit, overigens normaal. Uit het ostium vloeit een dikke, bloederige, stinkende vloeistof. De uterussonde dringt 8 cM. in, vertoont geen beweging bij diepe palpatie op den buikwand. Het rectaal onderzoek levert weinig op. De

tumor in het cavum uteri is op het gevoel ulcereerend, niet hard. Geen klierzwellingen, geen cachexie.

Diagnose: tumor uteri, waarschijnlijk een ulcereerende submuceuse polyp.

24 Februari, avondtemperatuur 38,7° C.

25 Februari, morgentemperatuur 37,6, avondtemperatuur 38,5° C.

De volgende dagen is patiente gewoonlijk apyretisch, des avonds klimt haar temperatuur somtijds tot 38° C. De uterus wordt uitgespoten met een chloorzinkoplossing 5 %.

11 Maart. Tweede onderzoek, toestand als te voren.

12 Maart. Des morgens krijgt patiente een koude rilling, temperatuur 40,1° C., 's avonds 40,3° C., misselijkheid en braken.

13 Maart, morgentemperatuur 38° C., avondtemperatuur 38,8° C.

Patiente verlangt nog geopereerd te worden; er wordt besloten den uterus te extirpeeren.

15 Maart. Morgentemperatuur 38,2° C.

De buiksneede begint twee cM. boven den navel en eindigt vlak boven de symphysis. In den zeer dikken panniculus adiposus zijn enkele kleine vaten te onderbinden met catgut. Het buikvlies wordt op de gesleufde sonde gekliefd.

Bij het openen van den buik komen de sterk met gas gevulde darmen door de wond uitpuilen, benevens het omentum majus. Deze ingewanden worden ingepakt in LISTER'S gaas en daarover warme flanellen lappen. De operateur, Dr. DE ZWAAN, gaat nu met de hand in de buikholte, vat den fundus uteri en laat dien, bevestigd door een Museux'sche tang, sterk in de hoogte trekken door een der assistenten. Nu worden de beide Péan'sche

naalden, loodrecht op elkaar, door het collum uteri gestoken en daarboven weêr op dezelfde wijze als bij de vorige hysterotomie de elastieke draad aangelegd. Zoodra de uterus boven de ligatuur wordt geamputeerd, snijden de naalden door en glijden met den draad af, tengevolge van de broosheid van het uterusweefsel. De steel zinkt in de buikholte weg, eenige arteries aan de peripherie van het collum leveren veel bloeding. Terstond wordt de steel weer opgezocht en opnieuw vlak boven den fornix de beide Péan'sche naalden bevestigd. Daar de elastieke draad nu boven de naalden geen plaats meer vindt, wordt daar beneden de fornix omsnoerd. Het broze uterusweefsel van den steel wordt uitgekraabd met den scherpen lepel en vervolgens gecauteriseerd met Paquelin.

Het kost veel moeite de ingewanden te reponeren, door de sterke tympanites. Een gedeelte van het omentum majus ziet er verdacht geïnfiltreerd uit en wordt na afbinding met antiseptische zijde verwijderd. De hechting van het peritoneum parietale levert groote bezwaren op. De wondranden laten zich moeilijk tot elkaar brengen, zoodat de hechtingen telkens doorscheuren. De buik wordt gesloten door diepe hechtingen, die het buikvlies in zich opnemen. De buikholte was vooraf zoo goed mogelijk gereinigd met jûte tampons. Evenals de vorige maal werd geen spray gebruikt. Het uitreden der uitgezette ingewanden had ons belet den buik door voorloopige hechtingen te sluiten. Dit is trouwens onmogelijk als men met zulk een dikken gespannen buikwand te doen heeft. De operatie, die half twaalf begon eindigde door allen tegenspoed eerst kwart voor twee. Patiente is zeer gecollabeerd, temp. 36.2° C.

Door toediening van excitantia wordt de harswerking wat

beter. Zij heeft weinig pijn, maar klaagt over misselijkheid.

's Avonds is haar toestand bevredigend, pols matig frequent, temperatuur 36° C. Zij heeft telkens aandrang tot urinelozing, bij catheterismus komen echter slechts enkele druppels urine. Door het gebruik van ijspillen is de misselijkheid minder geworden.

Des nachts ten 1 ure zag ik haar weder en vond nu haar toestand geheel en al veranderd. Zij is zeer onrustig en klaagt over hevige buikpijn, misselijkheid en hoofdpijn. De pols is klein, frequent, nauwelijks voelbaar; harttonen bijna onhoorbaar; ademhaling oppervlakkig en zeer frequent. De blaas bevat geen urine, het verband had niets doorgelaten. Patiente krijgt 5 mGr. mur. morph. onder de huid.

De collaps neemt meer en meer toe, ten 4 ure is haar einde daar.

Den volgenden dag verrichtte ik de sectie met Dr. WINKLER. Bij het losmaken van het verband frappeert ons de verbazende stank. Rond den steel een zwarte stinkende vloeistof. Over de huid van buik en dijen ziet men donkere strepen en vlekken van bloeddissolutie. De wondranden zien donker rood en mat. Longen sterk emphysemateus, bedekken het hart geheel. In het pericardium vindt men een weinig bloederig vocht. Het endocardium en de intima der groote vaten zijn donker rood met bloed geïmbibeerd. Hartspier vetlig ontaard, kleppen normaal. In het bloed zijn veel bacterien. De vena cava en peritoneale venae zijn met gas gevuld, bevatten een weinig dun vloeibaar bloed. Het bloed in het hart is eveneens vloeibaar. Het peritoneum viscerale is dof, geïnfiltreerd, iets wankeurig, geen exsudaat. Er is geen bloed in de peritoneaalholte. De achterwand der vagina vertoont vlak onder de ligatuur een opening ter grootte van een paar centi-

meters. Deze is dus afgescheurd bij het snoeren en door die opening communiceert de peritoneaalholte met de vagina. De lever is groot, week, vettig gedegeneerd. Achter onder den rechter leverkwab vindt men een afgekapselde etterige perihepatitis. De milt is donkerrood, zeer broos. In nieren en blaas niets bijzonders.

De patient is dus niet aan verbloeding gestorven; maar een acute sepsis is hier de oorzaak van den dood.

Het onderzoek van den geëxstirpeerde uterus leerde het volgende.

Makroskopisch: Het geheele orgaan is vergroot. De wand is verdikt, meet 5 cM. en is zeer rijk aan bloedvaten. Het endometrium deelt in die hypertrophie. In het cavum uteri puilt een polypvormig gedeeltelijk ulcererend gezwel uit, dat bijna de geheele uterusholte opvult.

Mikroskopisch: De voornoemde polyp is opgebouwd uit klierbuizen, waartusschen slechts weinig bindweefsel en enkele bloedvaten. De klier-elementen van het slijmvlies zijn ook gehypertrophiëerd, omgeven door een ring van bindweefsel. In het slijmvlies loopen veel bloedvaten met verdikten wand. De spierbundels zijn vrij normaal, maar hiertusschen vooral breede bindweefselstroken en veel bloedvaten. De serosa heeft weinig in het proces gedeeld.

HOOFDSTUK II.

De geschiedenis der hysterotomie, juister hysterectomie, is betrekkelijk kort. Zij dateert van het begin der negentiende eeuw; sectio caesarea en ovariectomie gaan haar vooraf. Hoewel sectio caesarea post mortem reeds sedert eeuwen

in zwang was, schijnt het, dat TRAUTMAN te Wittenberg in 1610 het eerst deze operatie in vivo heeft verricht. De eerste ovariotoomist was M'DOWELL in Kentucky (1809); anderen geven de eer aan SALVATOR MORAND, die een paar jaren te voren, eigenlijk zooals men zegt, bij ongeluk hetzelfde had gedaan. Hij deed namelijk punctie van een ovariaalcyste en haalde bij het terugtrekken van zijn troicart den geheelen zak mee uit de buikholte.

Van de verschillende methoden ter verwijdering van de geheele baarmoeder zijn er tegenwoordig vier overgebleven, nl. die van PÉAN, FREUND, LANGENBECK en PORRO. Strikt genomen zou men die van PORRO geen afzonderlijke methode mogen noemen.

Die van PÉAN en PORRO staan vrij wel gelijk, alleen de indicaties verschillen.

Ik stel mij voor deze vier achtereenvolgens te bespreken.

Door allerlei inwendige geneesmiddelen hebben de clinici beproefd ook uterus-fibroïden tot genezing te brengen, helaas met weinig succes.

Wel worden er in de litteratuur verscheidene gevallen van volkomen herstel langs dezen weg vermeld, maar het lijdt geen twijfel, dat nu eens een fout in de diagnose, dan weer een tijdelijke verkleining, zooals men die somtijds bij de menstruatie waarneemt, de waarnemers dikwijls op het dwaalspoor heeft gebracht. Zoo behandelde GUSSEROW 1) een vrouw, die een groot uterus-fibroid had, met subcutane injecties van ergotine. De omvang aan den navel was 87 cM., die tusschen navel en symphysis 86 cM., de afstand van den proc. xyphoideus tot den navel 17 cM. en van den navel tot de symphysis 38 cM. Trots de ergotine injecties

1) Handbuch der Frauenkrankheiten, redigirt von BILLROTH.

stegen deze maten binnen een week, toen de menstruatie intrad tot 90, 89, 18 en 40 cM. Vijf dagen na het optreden der profuse menses mat hij: 85, 85, 15 en 33 cM.; terwijl die getallen eenige dagen later weer dezelfde geworden waren als bij de eerste meting. Uit deze opgave blijkt genoegzaam hoe licht een therapeut zich kan bedienen. Evenwel staat het vrij wel vast, dat door langdurige toediening van antiphlogistica, derivantia en resolventia, in zeldzame gevallen verkleining of stilstand in den groei van uterus-fibroiden voorkomt.

Als zoodanig hebben de jodpraeparaten, zooals jodkali, jodijzer, tinct. jodii e. a. den meesten roep.

Niet minder de bekende badplaatsen: Kreuznach, Kissingen, Ems etc. Volgens PRIEGER 1) zou in Kreuznach onder 25 gevallen 6maal volkomen resorbtie zijn waargenomen en 17 maal meerdere of mindere verbetering. De badkuur werd ondersteund door inwendige medicamenten.

KIMBAL en ROUTH kregen verbetering door de electrolyse. De beide polen worden door den buikwand diep in den tumor gestoken. Het schijnt, dat de subcutane injecties met ergotine van HILDEBRANDT nog het beste succes opleveren. Hij geeft enkele gevallen op van totale genezing, dikwijls zag hij ook verbetering; andere waarnemers hebben hetzelfde geconstateerd. Volgens SPIEGELBERG 2) treedt door de inwerking van secale cornutum in de gladde spiercellen der intramurale myomen of in hun omgeving een zekere voedingstoornis op, waardoor deze gaan atrophieeren en verdwijnen.

Ook spontane genezing komt voor. SCANZONI zag een

1) Monatsschrift für Geburtskunde.

2) Archif für Gynäkologie. VI.

uterus-tumor ter grootte van een manshoofd, die elf jaren had bestaan, in het kraambed verdwijnen. Hij schreef dit toe aan een vetmetamorphose met opvolgende resorbtie, evenals post partum in de spiercellen van den uteruswand voorkomt.

Een zeer merkwaardig geval beschrijft PÉAN 1): „Il y a quelques années, nous vîmes entrer, dans notre cabinet une dame de Châteaudun, qui nous était adressée par notre excellent confrère et ami M. le docteur MEUNIER. Un premier examen nous permit de constater chez elle la présence d'un corps fibreux remplissant la totalité de l'excavation pelvienne et débordant de plusieurs centimètres dans la cavité abdominale. La malade voulut absolument se soumettre aux chances d'une opération radicale; mais, comme les accidents occasionnés par la tumeur n'offraient rien d'alarmant, et se bornaient à une simple incommodité, nous fûmes d'avis de différer l'opération. Or ayant eu l'occasion de revoir cette dame au mois de Juin 1870 nous fûmes très agréablement surpris de la trouver presque entièrement débarrassée de sa tumeur; un traitement basé sur l'administration des arsénieux et des toniques avait suffi pour obtenir ce résultat.”

CLARKE had bij een vrouw eenige interstitieele fibromen gediagnostiseerd, waarvan een ter grootte van een kinderhoofd, die twee jaar later op de sectietafel ter nauwernood terug te vinden waren.

Voordat men den grooten stap waagde den buik te openen om uterus-fibroiden te exstirpeeren, heeft men deze op verschillende wijzen langs de vagina bestookt.

1) Péan et Urdy — Hystérotomie; de l'ablation partielle ou totale de l'utérus etc.

Reeds lang verwijderde men de submuceuse fibroiden, evenals slijmpolypen in de uterus holte, door excisie.

LEVRET legde rond den steel van zoodanige gezwollen een ligatuur en liet hen dan langzaam afstooten. Deze methode werd echter wegens de gevaren voor peritonitis, phlebitis, septicaemie, etc. spoedig verlaten.

R. LEE verloor, volgens WEST, negen van de twintig aldus geopereerden, een sterftcijfer, dat verdere commentaar geheel overbodig maakt.

Men sneed daarom den tumor vlak onder den draad af, wanneer men die moest aanleggen met het oog op de bloeding bij individuen, die dikwijls niet veel bloed meer te verliezen hebben.

RETZIUS maakte zulke gezwollen gangraeneus door herhaalde cauterisatie met het ferrum candens. Hij verkreeg aldus genezing na langdurige ettering.

In 1840 verwijderde AMUSSAT met goed gevolg een intraparietale uteruspolyp door „enucleatie.”

Met het speculum werd het operatieveld zichtbaar gemaakt, het slijmvlies en de spierlaag gekliefd tot op den tumor en deze dan uitgepeld.

Van de drie gevallen, die hij aldus behandelde, verliepen twee gunstig en een ongunstig.

Dit vond navolging bij DUPUYTREN, VELPEAU, BOYER, SIMON, PLAYFAIR en anderen, die hiervan verscheidene gevallen hebben gepubliceerd.

Het ligt voor de hand, dat deze operatie bij kleine tumoren, die vlak onder het endometrium liggen, zonder veel moeite uitvoerbaar is; maar de bezwaren stijgen naarmate zij grooter zijn of meer onder het peritoneale bekleedsel van den uterus liggen. Men krijgt dan te doen met aanzienlijke bloedingen en veel gevaar voor verwonding

van het peritoneum met haar gevolgen. In vele gevallen kon men de operatie niet eens geheel volvoeren en moest men zich tevreden stellen met gedeeltelijke verwijdering.

ATLEE wijzigde de methode van AMUSSAT (1853).

Hij maakte oppervlakkige insnijdingen in het slijmvlies boven den tumor en diende daarna *secale cornutum* toe, om contractie van de baarmoeder op te wekken en zoo den tumor te doen uitdrijven als een ei.

Somtjids nam men waar, dat de scarificaties den verderen groei van de nieuwvorming beletten, maar ook dikwijls was doodelijke peritonitis het gevolg.

GUSSEROW heeft 154 enucleaties verzameld, waarvan 51 met doodelijken afloop, dus een sterfte-cijfer van ruim 33 %.

De oorzaken van den dood waren septicaemie, pyaemie, thrombose, embolie, peritonitis, bloeding enz.

WALKER in Charlestown sloeg een geheel anderen weg in. Hij behandelde een uterusfibroid, dat bijna de geheele buikholte opvulde op de volgende wijze.

Met een dikke troicart stiet hij door den buikwand tot diep in den tumor en liet deze eenige dagen liggen om in den omtrek adhaesieve peritonitis optewekken. Vervolgens ging hij door de canule van tijd tot tijd het centrum van den tumor insnijden met eigenaardige daarvoor vervaardigde instrumenten, zoodat deze langzamerhand ging veretteren. De wondproducten vloeiden door de permanente canule af. Nadat de canule eenige maanden had gelegen was de tumor bijna geheel verdwenen, de fistel bleef. Om licht te vermoeden redenen heeft ook deze methode weinig opgang gemaakt. Men heeft de peritonitis, die men aldus opwekt, niet in zijn macht en het is ook volstrekt geen onschuldige zaak een individu aan zulk een langdurig

etteringsproces bloot te stellen. Verder is de kans op een radicale genezing zeer gering.

Toevallig was ik in de gelegenheid in het ziekenhuis alhier een geval waar te nemen, dat hieraan zeer na verwant is. Het is nu bijna twee jaar geleden, toen ik voor het eerst een ovariotomie zou bijwonen, te verrichten door Dr. DE ZWAAN. Patiente was een vrouw van 35 jaar, wat bleek en tenger gebouwd. De diagnose luidde: uniloculaire ovariaalcyste. Groote omvang van den buik veroorzaakt door een fluctueerenden tumor met gelijkmatigen gladden wand, waarschijnlijk geen of weinig adhaesies, geen hydrops ascites. Nadat de buik op de gewone wijze was geopend kwam de gladde tumor te voorschijn. De troicart van SPENGER WELLS wordt ingestoken, maar geen droppel vocht vloeit af en het eigenaardig sissend geluid van indringende lucht doet zich hooren. Het blijkt nu, dat men te doen had met een uterustumor in plaats van een ovariaalcyste. Waarschijnlijk een zoogenaamde tumor fibreuse à géodes, die het bedriegelijk gevoel van fluctuatie, dat zelfs nu nog zoo duidelijk te voelen was, veroorzaakt had. Bij het onderzoek per vaginam, per rectum en met de uterussonde waren alle verschijnselen van uterus-fibroïd negatief geweest.

Aangezien op dit incident volstrekt niet was gerekend en afgeschrikt door de moeielijkheden, die Dr. DE ZWAAN bij een vroegere hysterotomie met het afsnoeren van den breeden steel had ondervonden, wordt besloten niet onvoorbereid daartoe overtegaan. De opening in den tumor wordt met een paar zilverdraadhechtingen gesloten en vervolgens de buikwond naar behooren verzorgd.

De wond genas per primam, doch ongeveer veertien dagen later kreeg patiente koorts en ontwikkelde zich een

matige peritonitis. Het litteeken ging gedeeltelijk weer open en een zwarte ichoreuse massa met enkele fetzen vloeide af. Nadat dit eenige dagen geduurd had onder temperaturen schommelende tusschen 39° en 40° C., gelukte het bij het wisselen van het verband, terwijl aan een der fetzen met een pincette werd getrokken den geheelen tumor, die gangraeneus was geworden, uit den buik te halen.

Hierna daalde de temperatuur snel en patiente genas nu zeer voorspoedig zonder verdere stoornissen.

Het mikroskopisch onderzoek leerde, dat het gezwel bestond uit gladde spoelvormige spiercellen. De vrouw wordt met een buikband ontslagen.

Toevallig zag ik haar een paar weken geleden weder terug. Zij vervoegde zich toen in het ziekenhuis met een groote hernia ventralis, die haar veel last veroorzaakte.

De buikband, die zij droeg was ondoelmatig en hield de breuk niet terug. De ruimte tusschen de beide recti liet de geheele hand door; men voelde den uterus met den buikwand vergroeid, tamelijk normaal van grootte.

Twee maanden na de operatie was de menstruatie teruggekeerd, geregeld iedere maand. Zij had nooit bezwaren bij de defaecatie noch bij de urine-lozing.

Wanneer men de litteratuur nagaat dan ziet men, dat dergelijke vergissingen in de diagnose volstrekt niet tot de zeldzaamheden behooren, ja, zelfs gemaakt zijn door de beroemdste ovariotomisten. Langen tijd was het een vaste regel als men in plaats van de verwachte ovariumcyste een uterustumor vond, dezen ongedeerd te laten en den buik eenvoudig te sluiten. Zoo lang de noodige instrumenten ter bestrijding van de bloeding, die bij een hysterotomie onvermijdelijk was, nog ontbraken, was dit

ook de verstandigste wijze van handelen. Aldus handelden LIZARS in 1824, DIEFFENBACH in 1826 en zelfs nog ATLEE in 1843. Van veertien aldus geopereerden stierven vijf aan de gevolgen der operatie. 1)

CLAY te Manchester was de man, die met deze gewoonte brak. In Augustus 1843 ondernam hij een ovariectomie en vond een uterus-tumor dien hij extirpeerde. Helaas zonder succes, de patient stierf aan verbloeding. Algemeen wordt aangenomen, dat hem de eer toekomt de eerste hysterotomie verricht te hebben. HEGAR en KALTENBACH 2) geven echter op, dat GRANVILLE in 1837 reeds hetzelfde deed, ook met doodelijken afloop. Nog in hetzelfde jaar volgde HEATH het voorbeeld van zijn stadgenoot, eveneens met laetaal verloop door bloeding.

In 1844 verloor CLAY zijn tweede patient aan peritonitis.

PARKMAN (1848) was niet gelukkiger (*dood door haemorrhagie*); totdat eindelijk in 1853 de Amerikaan BURNHAM met een geval van genezing voor den dag kwam.

Uit de korte beschrijving, die PÉAN in zijn werk over hysterotomie, van dit geval geeft, blijkt, dat BURNHAM ook een linkszijdigen ovariaal tumor had gediagnostiseerd. Hij vond bij opening van den buik een fibroid gezeten aan den fundus uteri, terwijl gelijktijdig beide ovaria ziek waren; verder nog enkele kleinere nieuwvormingen in den uteruswand. Nadat hij deze drie tumoren afzonderlijk aan hun steel had afgebonden en afgesneden, amputeerde hij den uterus bij den fornix. Op de operatie volgde peritonitis, die echter gunstig verliep. De tumoren hadden weinig adhaesies.

1) POZZI: de la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Paris 1875.

2) HEGAR und KALTENBACH: Operative Gynäkologie. 1874.

KIMBALL (1858) had fibroma uteri als diagnose gesteld en werd door de aanhoudende uterine-bloedingen tot de operatie genoodzaakt. Hij maakte een incisie van twaalf centimeters, doch de tumor was te groot om hem door de wond naar buiten te brengen. Daarom sneed hij op den tumor in en pelde hem uit zijn kapsel. De tumor had een middellijn van 22 cM. Vervolgens werd de uterus naar buiten gehaald, een dubbele draad door het collum gebracht, dit in tweeën onderbonden en daarboven geamputeerd. Acht maanden later zaten deze twee draden nog in de buikholte; de vrouw was echter volkomen genezen.

In 1863 opereerde CLAY nogmaals en toen met goed gevolg.

Ondertusschen vond de hysterotomie nog heftige bestrijders in SIMPSON, CHURCHILL, WEST, RIGBY e. a. Niettegenstaande behield zij haar recht van bestaan en is door PÉAN verder uitgewerkt tot de tegenwoordig algemeen gevolgde methode.

Methode van PÉAN (amputation sus-vaginale).

PÉAN verrichtte zijn eerste hysterotomie in 1869, waarop een groote serie gevolgd is met schitterend succes. De goede resultaten schrijft hij toe aan de groote nauwkeurigheid, waarmede alle détails der operatie door hem zijn behandeld: „les plus beaux résultats seront obtenus par le chirurgien qui saura le mieux ne négliger aucun détail quelque minutieux qu'il puisse paraître.” Alvorens tot de operatie over te gaan houdt hij de patient een poos onder observatie (traitement préparatoire). Dit bestaat in toniseeren, zorgen voor regelde defaecatie, voorkomen van tympanites, letten op de menstruatie, etc.

Bij de narcose is de grootste nauwlettendheid noodig,

omdat braken noodlottig kan worden door het naar buiten treden der ingewanden. Wij zien dan ook in de beschrijving van zijn operaties, dat de zorg voor de narcose bijna altijd werd opgedragen aan dezelfde personen, nl. GOUDIN en URDY; terwijl CINTRAT voor de instrumenten zorgde.

PÉAN verdeelt de operatie in vijf tempos:

1. Section abdominale.
2. Réduction du volume de la tumeur.
3. Rupture des adhérences, extraction de la tumeur.
4. Fixation et ligature du pédicule, excision de la tumeur.
5. Toilette du peritoine, suture de la plaie.

Aangaande de buiksnede valt niets bizonders optemerken.

Het spreekt van zelf, dat men daarbij alle vaten nauwkeurig moet onderbinden om te voorkomen dat het bloed in de peritoneaalholte loopt. Wanneer de incisie boven den navel moet beginnen, laat hij die links daarvan naar beneden loopen in de linea alba tot bij de symphysis pubis. Mocht men toevallig een hernia umbilicalis voor zich hebben dan is het beter de incisie daarover te maken. Zoodra de buik geopend is, onderzoekt hij met de hand ingaande of er adhaesies zijn en zijn deze afwezig of gemakkelijk verscheurbaar dan tracht hij den tumor naar buiten te brengen op den buik.

Dit geschiede met de noodige voorzichtigheid. Blijkt het dat de tumor te groot is om de wond te passeeren en kan men de snede niet verlengen dan moet het gezwel eerst verkleind worden.

Die verkleining is gemakkelijk bij een cystomyoom; men heeft dan slechts door punctie het vocht te verwijderen. Bij het verkleinen van soliede tumoren gaat hij aldus te werk (méthode de morcellement). Met de bekende groote kromme naalden brengt hij twee of meer me-

talen draden dwars door den tumor en snoert deze aan met serre-noeuds van Cintrat. Het afgesnoerde stuk wordt boven de draden afgesneden. Op deze wijze gaat men voort totdat de tumor naar buiten kan gebracht worden. Tegenwoordig zou men zeker goed doen vooraf het gezwel bloedledig te maken met den elastieken zwachtel van ESMARCH, zooals LÉON LABBÉ dit heeft gedaan en beschreven onder den naam van „*exsanguification de la tumeur*”. 1) Men voorkomt dan, dat bij het afsnijden bloed of andere ongerechtigheden uit het peripherische gedeelte afvloeien, die het operatieveld verontreinigen. Ik kom hierop later terug.

Bij het punteeren van cysten of amputeeren van stukken raadt PÉAN aan de grootst mogelijke zorg te dragen om te voorkomen, dat iets in de buikholte dringt. Hij pakt daarom den tumor in doeken en haalt de cyste zoover hij kan naar buiten.

Met hetzelfde doel hadden wij ook den buik voorloopig gesloten en de wond bedekt met een dikke laag Lister's gaas, die volkomen aansloot rond den steel.

Een tweede moeilijkheid in het naar buiten brengen van den tumor kan men ontmoeten door het bestaan van adhæsies, zoowel met den buikwand als met de buikorganen. Het zijn vooral de bewegelijke gesteelde subsereuse myomen waarbij men de meeste adhæsies aantreft. Voor het onderzoek daarnaar is zeker de hand te verkiezen boven elk instrument mits deze vooraf eerst zorgvuldig gereinigd zij. Deze adhæsies zijn gewoonlijk stevig en dragen groote vaten, die men dus nauwkeurig moet onderbinden met catgut of antiseptische zijde. PÉAN onderbond met gewone zijde of fijn zilverdraad.

1) Bulletin de l'académie de médecine. No. 31. 1880.

Hij geeft gevallen op waarin hij veertig zoodanige draden in den buik liet en de patient toch prachtig genas. Vooral de kleinere arteries onderbinde men liefst met catgut. Bloeding uit vaten, die niet dadelijk te onderbinden zijn, bijv. bij verscheuring van brides, brengt men het best tot staan door het ferrum candens (Paquelin). Wanneer men den tumor niet met de handen uit den buik kan tillen, pakt men hem met de tangen, die daartoe vervaardigd zijn door NELATON, PÉAN, MUSEUX, e. a. Terwijl de operateur het gezwel opheft, volgt een assistent met een verwarmde doek, om te voorkomen dat de ingewanden uittreden en aan de lucht worden blootgesteld. Het opheffen moet zeer voorzichtig geschieden met het oog op mogelijke verscheuring van vaten aan den steel.

Wij zijn nu gekomen tot het vierde tempo, en de handelwijze van den operateur zal thans afhangen van de geaardheid van den steel.

CLAY en BAKER BROWN onderbonden de ligamenta lata aan de buitenzijde der ovaria, legden dan een metalen of zijden draad om het corpus uteri, ongeveer ter hoogte van het ostium internum en sneden daarboven uterus en ovaria af. De draden werden uit de wond geleid.

KOEBERLÉ brengt een dubbelen metaaldraad door de pars vaginalis en omsnoert die naar weerskanten, het lig. latum in zich opnemende.

De extraperitoneale behandeling is van SPENCER WELLS, welke methode door PÉAN verder in zwang is gekomen en verbeterd. In den laatsten tijd heeft o. a. LABBÉ de intraperitoneale methode gevolgd, aangemoedigd door de gunstige resultaten, die deze bij ovariectomie oplevert. Heeft men een tumor, die door een betrekkelijk dunnen steel aan den fundus uteri is bevestigd, dan steekt PÉAN de

naar hem genoemde lange metalen pennen kruislings door en snoert daar beneden den steel af met een of meer zilverdraden door middel van den serre-noeud, nadat de punt van iedere pen is afgeschroefd. Daarna amputatie boven de naalden. In dat geval blijft de uterus dus ongedeerd en kan men strikt genomen niet van hysterotomie of hysterectomie spreken.

Men zou hier ook een clamp kunnen gebruiken. Het komt mij echter voor, dat de Péan'sche naalden te verkiezen zijn, omdat de clamp meer wordt ingetrokken in de wondranden en dus meer irriteert en de reunie belemmert dan de naalden, die dwars over de sutuur loopen.

Wanneer de metalen draad aldus is aangelegd wordt deze na eenigen tijd te wijd, doordat de steel dunner is geworden. Dit heeft reeds menigmaal aanleiding gegeven tot doodelijke nabloedingen.

Om dit te voorkomen ried HOFMOKL het gebruik van gummi ligaturen aan, terwijl VORSTÄDTER in Petersburg daarvoor de constructie van den serre-noeud heeft gewijzigd. Ik bedoel den zoogenaamden Kettencraseur mit Federklemme. (1)

„Die von mir neu konstruirte Federklemme hat den Zweck, dass die zum komprimiren des Stumpfes angewendete Kettenschlinge sich selbst gleichzeitig mit der Volumenabnahme des Stiels verkleinert ohne jede Kontrolle und ohne Eingriff des Operateurs, wodurch selbstverständlich eine Lockerung der Kompression des Stiels nicht vorkommen kann und eine Nachblutung unmöglich ist.” De Kettenschlinge is een gewone écraseurlis van CHASSAIGNAC. Het instrument is zeer eenvoudig geconstrueerd en ziet er wel doelmatig uit. BRAUN heeft het aangewend bij een

1) Wiener Medizinische Wochenschrift. No. 1. 1879.

Porro operatie 1). Of het verder ooit gebruikt is weet ik niet, VORSTÄDTER bewaart daarover het stilzwijgen.

Is de steel kort dan moet men de blaas gedeeltelijk van den uterus losprepareeren om hem op den buik te kunnen brengen. De vagina wordt dan sterk gerekt en de blaas komt dan licht in de klem, zoodat in die gevallen de intra peritoneale behandeling ongetijfeld verkieslijk is. Uit de proeven op dieren van MASSLOWSKY 2), SPIEGELBERG en WALDEYER 3) is gebleken, dat de draad waarmee men den steel, die in de buikholte verzonken wordt, afbindt spoedig wordt ingekapseld en weinig kwaad kan uitvoeren. De draad snoert diep in het weefsel en de randen sluiten zich daarboven door een bindweefselbrug. Verder zagen zij, dat het afgesnoerde stuk niet gangraeneus wordt. Kleine vaten in dat nieuwe bindweefsel onderhouden de voeding; misschien laten de vaten in het centrum nog iets door of neemt het voedsel op uit het peritoneaal serum.

Meestal vergroeit de sneevlakte spoedig met een of ander naburig ingewand. Hoe dit zij, het afgebonden gedeelte wordt niet of slechts hoogst zelden gangraeneus; maar de voeding blijft onvolkomen, want later vindt men het peripherische stuk atrophisch, soms bijna totaal verdwenen.

HIME vond zeven jaar na een ovariectomie geen spoor meer van den afgesnoerden steel noch van de ligatuur. Indien de draad niet alle bloeding uit de snedevlakte belet cauteriseere men met het ferrum candens. Een brandkorst in de peritoneaalkholte is gebleken vrij onschadelijk te zijn, wordt spoedig geresorbeerd. Bovendien is dit een uitnemend antisepticum. KALTENBACH vond bij een vrouw,

1) Wiener Med. Wochenschrift. No. 13. 1880.

2) LANGENBECK'S Archif. IX Bd.

3) VIRCHOW'S Archif. XLIV Bd.

die een week na de ovariectomie overleed aan tetanus, dat de brandkorst van een parietaaladhaesie totaal was verdwenen.

KEITH maakt hiervan veel gebruik, hetgeen verdere aanbeveling overbodig maakt, daar geen ovariectomist zulk een laag sterftecijfer heeft als hij. Van 1871—76 had hij 9 % dooden, terwijl in '76 de mortaliteit slechts $4\frac{1}{2}$ % bedroeg; en dat nog wel zonder Lister.

Wanneer het cauterium actuale zoo nuttig werkt bij ovariaalsteelen, dan doet het dat à plus forte raison ook bij den dikken steel van een uterus-tumor.

Voordat wij tot de hysterotomie, die ik boven beschreef, overgingen namen wij proeven met verschillende draden (zilver-, koper- en ijzerdraden) en vonden, dat deze telkens afknaptten vlak aan den steel, zoodra men wat stevig gaat aansnoeren. Bij een vroegere hysterotomie had Dr. DE ZWAAN daarvan al de onaangenaamheden ondervonden. Zijn draden braken telkens, zoodat hij zich eindelijk moest tevreden stellen met onvoldoende stevig af te snoeren. Bij het amputeeren spotten verscheidene groote vaten, die veel bloed deden verloren gaan voordat zij allen afzonderlijk onderbonden waren. De operatie had daardoor veel te lang geduurd; patiënte was sterk gecollabeerd en stierf des nachts aan nabloeding.

Deze antecedenten brachten hem op de gedachte een elastieken draad te gebruiken.

Onze elastieke draad 1) had de dikte van een Zweed-

1) Dergelijke draden zijn reeds vroeger voor soortgelijk doel gebruikt. VALENTINOLDI en later SILVESTRI sloten door met zijde omwoelde gummi-draden de uteruswond na sectio caesarea; terwijl bij PORRO de Es-march'sche Schlauch gebruikt is. Verder nog door KLEBERG (Petersburger Mediz. Wochenschrift No. 1, 1879), die bij het verwijderen van een uterus fibroid de vagina afsnoerde met vier elastieke buisjes van $1\frac{1}{2}$ streep dikte.

schen lucifer; men kan daarmee zeer sterk snoeren. Onder anderen beproefden wij hem op een gewonen uterus, dien ik daartoe uit een cadaver had genomen. Nadat de draad eenige dagen uitstekend was blijven zitten, had hij den uterus bijna doorsneden. Aan een dij, die ik er meê omsnoerde, was de art. cruralis volkomen gesloten. Het bleek dat men zulk een draad niet lang kan laten liggen in carbolwater (5 %) of in carbololie ($\frac{1}{5}$), en dat hij ook door de koude broos wordt. De lichaamstemperatuur is een goed hulpmiddel om hem zijn kracht te doen behouden.

Ten einde na te gaan of elastiek misschien snel wordt geresorbeerd in de buikholte, bracht ik den 13^{den} April een stukje, wegende 328 mgr., in den buik van een konijn. Ik sloot het peritoneum met catgut, de huid met antiseptische zijde en legde een Lister's verband aan. Acht dagen later opende ik op nieuw de buikholte en vond, dat de draad slechts weinig circumscripte adhaesieve peritonitis had opgewekt, zijn kracht volkomen had behouden en twee milligram in gewicht was toegenomen.

Bij een ander konijn liet ik den draad vier weken in de buikholte. Bij de sectie vond ik, dat hij geheel was ingekapseld, 15 mgr. in gewicht had gewonnen en nog even sterk was als te voren. Er waren verder geen verschijnselen van peritonitis, het dier had ook volstrekt niet op de operatie gereageerd.

Gaarne zou ik ook de proeven van WALDEYER c. s. met den elastieken draad hebben nagedaan. Ik kon daarvoor echter geen geschikt dier machtig worden; de uterus van het konijn is te klein om hem met zulk een draad af te snoeren.

PÉAN geeft in zijn handboek het bezwaar van het afknep-

pen der metaaldraden niet op. Hij zal daarvan misschien geen last hebben gehad, omdat Dr. CINTRAT steeds zorg droeg voor de instrumenten en dus waarschijnlijk door-kneed was in allerlei kleinigheden waardoor het breken werd voorkomen; misschien was zijn metaal ook beter dan het onze. Ondertusschen hebben anderen ook met dezelfde moeielijkheid te kampen gehad.

Ik zou daarom den serre-noeud voor het afbinden van den steel bepaald verwerpen. Met een elastieken draad bereikt men zijn doel veel sneller en zekerder; de beide vermelde operaties en onze proeven bewijzen dit voldoende. Bij het verkleinen van den tumor geloof ik dat de serre-noeud doelmatiger is. Verder meen ik, dat het ook beter is de ligatuur boven dan beneden de pennen aan te leggen. De serosae sluiten dan volkomen aan elkander. Verder kan de draad boven de pennen niet afschieten, omdat de steel naar boven toe hoe langer hoe dikker wordt; dit kan daar beneden gemakkelijker gebeuren want de steel wordt naar beneden toe dunner. Bij het afstooten van den steel schijnt het een voordeel als de draad onder de naalden heeft gelegen. Men krijgt dan dadelijk een granulierende vlakke voor zich; terwijl men anders dikwijls nog aarzelt of men de naalden reeds durft wegnemen. Dit voordeel is echter slechts schijnbaar, want de serosae hebben dan reeds zoolang tegen elkaâr gelegen, dat zij zeker innig onderling vergroeid zijn. In ons geval was de steel ook van zelf beneden de Péan'sche naalden afge-stooten. Vindt men een tumor met een breeden steel dan raadt PÉAN, den uterus aan het collum door te snijden in plaats van door den steel te gaan.

„Si l'opérateur rencontre une tumeur fibreuse ou fibro-cystique dont l'extraction doit entraîner la perte d'une

portion notable du corps de l'utérus, celui-ci doit, sans hésiter, recourir à l'amputation sus-vaginale."

Het komt ook voor dat er geen steel is, dat namenlijk de tumor gevormd wordt door den vergrooten uterus (interstitieel fibroid). Men amputeert dan ook aan het collum en maakt dit tot steel.

Om zich te overtuigen hoe het collum zich verhoudt ten opzichte van de blaas, brengt men een metalen mannen-catheter in, die gemakkelijk door den blaaswand kan gevoeld worden. Mocht het noodig zijn dan verscheurt men het losse bindweefsel tusschen blaas en uterus. Vervolgens brengt men de eene hand door de vagina in het ostium en steekt nu met de andere hand de naalden dwars door het collum langs den vingertop. Daarna brengt PÉAN met een groote kromme naald een dubbelen metaaldraad door 't collum vlak boven de pennen, die naar weerskanten wordt dichtgesnoerd. Wanneer er bizonder groote vaten zijn legt hij voor de veiligheid nog een derden draad rond den steel onder de pennen. Onze elastieke draad snoert zoo sterk, dat men met een ligatuur boven de pennen uitstekend kan volstaan. Men handelt verstandig door den steel niet al te dicht boven de ligatuur te amputeeren. Bij deze operatie neemt men tegelijk de beide ovaria en tubae meê weg. Er bestaat trouwens geen enkele gegronde reden om die organen te bewaren. Wanneer de uterus verwijderd is verliezen zij hun bestemming en kunnen dus alleen kwaad doen.

PÉAN verloor een patient aan haematocèle retro-uterina uitgaande van een achtergebleven ovarium, tien dagen na de operatie toen de wond reeds geheel genezen was en de vrouw dus feitelijk buiten gevaar was.

„En examinant les choses de plus près, nous vîmes à la

surface de l'ovaire laissé intact, dans le ligament large correspondant, un second caillot ayant la grosseur d'une pomme d'api. Ce caillot adhérait à la surface de l'organe au niveau de deux corps jaunes, et se continuait d'une manière évidente avec celui qui remplissait le cul-de-sac utéro-rectal. Dès lors, il fut hors de doute que l'ovaire que nous avons laissé en place le jour de l'opération était devenu le point de départ de l'haematocèle rétro-utérine qui avait emporté notre malade, et que, sans contredit, cet accident n'aurait pas eu lieu si nous avions fait porter notre ligature sur le col de l'utérus, de façon à pouvoir enlever les deux ovaires."

KOEBERLÉ zag bij een zijner geopereerden abdominaal-zwangerschap ontstaan.

CHROBAK geeft op, dat van 9 gevallen, waar de uterus aan den fundus werd geamputeerd 8 laetaal verliepen.

Wanneer het collum de zetel der nieuwvorming is, hetgeen gelukkig zelden voorkomt 1) dan tracht PÉAN deze te enucléeren. Is dit ondoenbaar dan legt hij twee ligaturen aan, één boven en één beneden (rond de vagina) en laat de afstooting verder aan de natuur over. De serre-noeuds blijven dan liggen; zoo noodig drainage door de fornix vaginae.

Ten slotte nog het vijfde tempo, namelijk het toilette van het peritoneum en de sluiting van de wond.

Men verkeert zeker in de gunstigste omstandigheden, als het toiletteeren overbodig is, zooals bij onze eerste hysterotomie het geval was; hetgeen voor een groot deel is toe te schrijven aan de voorloopige hechtingen.

PÉAN besteedde altijd veel zorg om het intreden van bloed

1) Van 74 uterus-myomen die THOMAS LEE onderzocht ging de nieuwvorming slechts 4 maal van het collum uit.

etc. in de buikholte te voorkomen; maar het blijkt nergens, dat hij ooit op genoemd denkbeeld, wat toch zoo voor de hand ligt, gekomen is.

Heeft men veel adhaesies los te maken dan zal het toilette wel altijd noodig zijn. Hij gebruikte daarvoor sponzen en verwarmde doeken. De jüte-tampons zijn daarvoor zeer geschikt; men voldoet dan ook beter aan de eischen der Lister'sche methode.

Vervolgens sluit hij de wond met afwisselende diepe en oppervlakkige hechtingen van zilverdraad. De eerste nemen het peritoneum in zich op. Nadat de wond bedekt is met een laag watten wordt de patient in een verwarmd bed gelegd met de beenen gebogen in de knie en opgetrokken tegen het bekken.

Een andere wijziging in de methode van PÉAN danken wij aan LÉON LABBÉ, in Juli van het vorige jaar gepubliceerd. 1)

Hij gaat uit van het principe: „qu'un des facteurs les plus importants dont il faut tenir compte dans les grands traumatismes chirurgicaux, est la perte plus ou moins considérable de sang éprouvée par le patient.”

Ziehier in 't kort het verloop der operatie. Het betrof een door aanhoudend bloedverlies uitgeput individu van 42 jaar, moeder van twee kinderen.

De buik werd op de gewone wijze in de linea alba geopend, de ingewanden door een assistent teruggehouden en de tumor, die overdekt was met talrijke kronkelende vaten op den buik gebracht.

„Avant d'aller plus loin j'appliquai la bande d'Esmarch sur la tumeur, de façon à refouler dans la circulation générale tout le sang qu'elle contenait. Il est difficile

1) LÉON LABBÉ, l. c.

d'apprécier d'une façon positive la quantité de sang qui fut ainsi rendue à l'organisme; mais, à en juger par la volume de la tumeur et par les nombreux vaisseaux qui la sillonnaient, on peut certainement l'estimer à plus d'un litre."

De steel heeft een omvang van ongeveer 10 cM. Nu worden aan de basis van den tumor drie gebogen troicarts door den steel gestoken en deze omsnoerd met twee metaaldraden, de eerste beneden de beide bovenste troicarts, de tweede onder de derde troicart. Die draden worden met een serre-noeud gesloten. Bij het wegnemen van den zwachtel van Esmarch blijkt, dat de tumor geheel bloedledig is geworden, zoodat met de amputatie boven de ligaturen geen droppel bloed verloren gaat. Nadat een dikke catgutdraad beneden de metalen draden om den steel was gelegd, worden deze verwijderd en de steel verzonken in de buikholtte. Een dikke drainage buis wordt in de ruimte van Douglas gelegd en uit den benedensten wondhoek geleid. De operatie had anderhalf uur geduurd. De temperatuur stijgt des avonds tot 38,6° C.

Patiënte sterft drie dagen na de operatie aan peritonitis, de autopsie wordt geweigerd.

De tumor heeft een grootte van een voldragen kind, is zeer onregelmatig van vorm en doet zich voor als een „corps fibreux à géodes." Zijdelings zaten de ligamenta lata en twee gezonde ovaria aan den tumor. Het bleek, dat de snede door het bovenste gedeelte van het corpus uteri was gegaan.

Uit dit geval blijkt, dat men met een elastieken zwachtel in staat is al het bloed uit dergelijke tumoren te drijven en zeker is dat van groot gewicht, aangezien die gezwollen gewoonlijk enorme vaten bevatten en men bijna altijd te doen heeft met individus die weinig bloed te verliezen hebben.

Het komt mij echter voor dat men dit alleen bij geheel vaste gezwellen mag toepassen. Is het centrum toevallig in verettering overgegaan dan kan men op deze wijze een massa etter in de circulatie brengen, waarvan de patient spoedig de noodlottige gevolgen zou ondervinden.

Men moet zich dus vooraf door proefpuncties hiervan overtuigen. Verder is het dikwijls zeer moeielijk den zwachtel aan te leggen. Heeft men een gladden ballonvormigen tumor voor zich, dan glijdt de zwachtel telkens af. LABBÉ raadt aan in dat geval groote metalen pennen in den tumor te steken om dit te beletten. Ondertusschen verliest men weer tijd, die nu bijna even kostbaar is als bloed.

De methode van steelbehandeling is tamelijk omslachtig, terwijl de draaineerbuis misschien beter achterwege had kunnen blijven.

Het afsnoeren van den verzonken steel bij ovariotomie met catgut is vooral door OLSHAUSEN met succes toegepast en sterk aanbevolen. Sommigen vinden dit te gevaarlijk met het oog op de spoedige resorptie van catgut. Wanneer hun vrees voor nabloeding gegrond is, dan mag men den steel van een uterus-tumor, die gewoonlijk dikker, vaster en bloedrijker is, daarmee zeker niet verzinken. Veel liever zou ik dan den elastieken draad gebruiken.

Uit zijn mededeeling blijkt niet of hij volgens LISTER geopereerd heeft.

GUSSEROW geeft in het reeds vroeger aangehaalde Handbuch der Frauenkrankheiten een statistiek van de laparotomien die tot 1878 gedaan zijn ter verwijdering van uterus-fibroiden. Ik zal deze in het kort laten volgen.

I. *Laparotomien ter verwijdering van gesteelde subsereuse fibromyomen zonder wegname van den uterus.*

KOEBERLÉ 3, waarvan 2 laetaal.

SANDS 1, dood vijf minuten na de operatie door inscheuring van de vena iliaca communis.

GILLEPSIE 1, dood aan peritonitis.

HACKENBERG 1, idem.

BURNHAM 1, genezing.

LANDI 1, dood door peritonitis.

BOYE 2, laetaal.

VOGT 1, idem.

ROUTH 1, genezing; de tumor woog 17½ pond, clamp.

SPENCER WELLS 2, een genezen en een dood.

MARTIN 1, dood aan verbloeding, clamp.

HEGAR 1, dood.

PÉAN 1, genezen.

Te samen 17, waarvan 12 laetaal, dus een mortaliteit van 70.5 %. Later heeft KALTENBACH nog twee gevallen vermeld met gunstigen afloop.

II. *Met exstirpatie van den uterus.*

KOEBERLÉ 3, allen genezen.

CUTTER 2, dood.

PECK 1, idem.

HOLSTON 1, idem.

ATLEE 1, idem.

HOFMOKL 1, idem.

KIMBALL 9, waarvan 3 genezen.

LAWSON FAIT 1, genezen.

CHADWICK 1, dood aan tetanus den achtsten dag, clamp om den cervix uteri.

BAKER BROWN 1, dood aan verbloeding.

BILLROTH 5, waarvan 1 genas.

HEGAR 2, genezen.

THORNTON 1, genezen.

PÉAN 16, waarvan 10 genezen.

BOECKEL 1, dood.

POZZI 9, waarvan 1 genas.

Te samen 55 met 22 genezingen.

III. *Laparotomien voor cysto-fibromen v. d. uterus met of zonder wegname van dat orgaan.*

NEUGEBAUER 1, laetaal, gesteeld cystomyosarcoma uteri.

ROUTH 1, laetaal. Dood aan verbloeding uit den cystevand tijdens de operatie.

DEMARQUAY 1, laetaal.

BROWNE 1, idem, operatie niet geëindigd.

ROBERTS 1, genezen, clamp.

BRYANT 1, idem.

TRENHOLME 1, idem.

FRANKENHÄUSER 1, idem.

KEITH 1, idem.

CHEEVER 1, dood.

LANDI 1, idem.

KOEBERLÉ 1, genezen.

KEITH 2, idem.

PÉAN 8, waarvan 6 genazen.

Verder 7 gevallen van genezing; LANE, FLETCHER, STORER, ATLEE, BÖCKEL en KRASSOWSKY (2).

Nog 8 gevallen laetaal; HAKES, WELLS, KOEBERLÉ, ATLEE, STOKES, OLLIER, HEGAR en JAMES HENRY.

Vier niet geheel volbrachte operaties, waarvan drie stierven: ATLEE, SPENCER WELLS en BAKER BROWN (2).

Dit maakt dus te samen 41 gevallen, waarvan 22 genazen. Het sterfte cijfer is het geringst voor de cystofibromen. Hieronder zijn nu verscheidene gevallen waar de uterus niet geëxstirpeerd behoefde te worden, hetgeen de operatie gemakkelijker en de prognose gunstiger maakt.

Van de verschillende statistieken omtrent hysterotomie is die van GUSSEROW de beste; zijn cijfers hebben de meeste waarde, omdat hij de verschillende gevallen in de bovenstaande drie categorien gerangschikt heeft. Van alle hysterotomisten heeft PÉAN het tot het laagste sterftcijfer gebracht.

Tot 1877 1) had hij 32 hysterotomien verricht, 21 maal voor fibroom met 14 genezingen, 6 maal voor cystofibromen met 4 genezingen, 4 maal voor uterus-cystomen met 3 genezingen en 1 maal voor cystocarcinoom met laetaal verloop. Na dien tijd zal hij zeker nog wel gevallen gehad hebben, doch ik heb ze nergens gepubliceerd gevonden. Slechts enkele gevallen zijn nog door anderen bekend gemaakt.

In Nederland is voor zoover ik weet deze operatie acht maal vericht, 4 door prof. SIMON THOMAS, 1 door prof. SÄNGER (een ovario-hysterotomie onlangs gepubliceerd in de dissertatie van Dr. NAUTA) en 3 door Dr. DE ZWAAN.

De resultaten der hysterectomie staan dus nog ver ten achter bij die der ovariotomië; maar de bovenstaande cijfers bewijzen toch overtuigend, dat zij tot de alleszins geoorloofde operaties behoort, daar de ongelukkige draagster van dergelijke tumoren zonder operatie ook vrij zeker verloren is en een treurig bestaan voortsleept. Ik geloof, dat in den regel veel te lang met de operatie gewacht

1) Gaz. obstetr. No. 1877.

wordt. Men bedenke, dat, terwijl men tevergeefs een inwendige medicatie beproeft, de tumor groeit en de patient verzwakt. Dit maakt de statistiek veel ongunstiger dan zij kon zijn. Ik kan dan ook niet instemmen met GUSSEROW waar hij beweert: „Gewiss sprechen die Ziffern laut genug für die aussergewöhnliche Gefährlichkeit der Laparotomie und Hysterotomie bei Uterusgeschwülsten und es wird daher dieser Eingriff immer nur in einer kleinen Anzahl von Fällen berechtigt erscheinen.”

Methode van FREUND.

Voordat men er toe kwam de carcinomateus ontaarde baarmoeder door laparotomie te verwijderen, heeft men getracht hetzelfde doel te bereiken langs de vagina. Het schijnt, dat MARSCHALL in Straatsburg dit het eerst heeft verricht (1794) bij prolapsus uteri carcinomatosi. In 1813 werd deze operatie herhaald door LANGENBECK, 1) eveneens bij prolapsus met een ulcereerend collum. De vagina werd aan de fornix geheel gekliefd en de uterus vervolgens uit zijn peritoneaal bekleedsel gepeld. Daartoe liet hij dit orgaan sterk naar beneden trekken en sneed toen vlak aan den fundus af, zoodat slechts een klein stukje van den uterus aan het peritoneum bleef zitten, zonder ergens de peritoneaalholte geopend te hebben. De vrouw was vijftig jaar en stierf eerst 26 jaar later. LANGENBECK meende, dat hij de ovaria had meegenomen (?). Deze werden echter later bij de sectie gevonden. Dit is dus geen amputatio uteri totius, maar een hooge amputatie van het collum, zooals FREUND terecht opmerkt.

Dr. NORTIER te Rotterdam nam in 1821 de baarmoeder

1) LANGENBECK, de totius uteri exstirpatione. Göttingen.

weg voor inversio uteri post partum 1). De vrouw stierf 29 jaar later. Uit het verslag der lijkopening van Dr. GODDARD blijkt, dat alleen het collum uteri was blijven zitten 2).

SAUTER in Constanz opereerde ook voor carcinoma uteri, maar zonder prolapsus (1822). Het gelukte hem echter niet de baarmoeder uit haar peritoneaal bekleedsel te pellen zonder dit te beleedigen. Hij opende daarom de excavatio vesico-uterina en kliefde de aanhechting van het ligamentum latum ter weërszijden van den uterus. Daarop werd de uterus aan den fundus sterk naar beneden getrokken en de laatste verbinding met het rectum losgemaakt. De intestina vielen door de gemaakte opening naar buiten en werden gereponeerd. Vervolgens werd patiente horizontaal gelegd en de vagina getamponeerd, die zich langzamerhand ging sluiten. Patiente genas volkomen, zooals later bij de sectie is gebleken.

De methode van LANGENBECK is door RECAMIER gewijzigd en verbeterd (1829). Hij trekt de baarmoeder naar beneden en klieft dan den fornix anterior.

Het losse celweefsel tusschen blaas en uterus wordt met den vinger verscheurd, de excavatio vesico-uterina daarna geopend en de fundus naar beneden gehaald. Vervolgens wordt aan weerskanten het ligam. latum voor $\frac{2}{3}$ gedeelte gekliefd vlak aan den uterus, en het onderste derde gedeelte, dat de art. uterina bevat, omstoken en onderbonden. Hij scheidt nu verder den uterus van het lig. latum tusschen die twee ligaturen en heeft nu niets meer te doen dan den fornix posterior door te snijden. De ge-

1) HIPPOCRATES. Magazijn toegewijd aan den geheelen omvang van de geneeskunde. 6e deel, 4e stuk. 1824.

2) Tijdschrift der Nederl. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Tweede Jaargang. 1851.

nezing vorderde 27 dagen. Op die wijze heeft men minder bloeding, dan volgens de methoden van LANGENBECK en SAUTER.

Ook BLUNDELL heeft op soortgelijke wijze met succes geopereerd. Hij begon den fornix posterior te klieven en omsneed daarop den geheelen fornix. Door een scherp haak in den fundus te slaan werd de uterus achterover gekanteld en het ligam. latum beiderzijds afgesneden. De patient stierf een jaar later aan recidive van het carcinoom in 't rectum.

Behalve de bovenvermelde gevallen zijn er nog een paar in de litteratuur bekend, die met goed gevolg be kroond werden. De meesten stierven spoedig na de operatie aan collaps tengevolge van het bloedverlies; verder ook dikwijls aan peritonitis, sepsis enz. Daar men het operatieveld niet goed kan overzien is er altijd groot gevaar voor beleediging van de aangrenzende organen, zooals blaas, rectum en andere ingewanden. Verder kan men de vaten moeielijk onderbinden en het peritoneum sluiten. Natuurlijk zijn die bezwaren grooter bij een uterus in situ dan bij prolapsus of inversio uteri.

In 1814 gaf GUTBERLET het eerst een methode aan de hand om bij carcinoma uteri de exstirpatie te verrichten door de buiksede, hetgeen WRISBERG in 1787 reeds ter loops had aangeraden. Zijn voorstel was het volgende: Insnijding in de linea alba en terughouding der ingewanden. Vervolgens brengt een assistent een zoogenaamde „elliptische holle sonde” in de vagina, die de portio vaginalis in zich opneemt en den fornix naar boven aanspant. Terwijl de arteriae iliacae gedrukt worden snijdt de operateur het lig. latum en den fornix vaginae door. Bloedende vaten worden nu onderbonden en de buik gesloten.

In 1825 heeft LANGENBECK deze methode het eerst in toepassing gebracht. De patient overleefde de operatie slechts één dag.

DELPECH ging eenigszins anders te werk (1830).

Door druk op den buik wordt de uterus naar beneden gebracht en van uit de vagina de verbinding tusschen uterus en blaas los geprepareerd. Nu opent men de buikholte in de linea alba, trekt den uterus naar boven en kliëft aan beide zijden het lig. latum. Ten slotte heft men de verbinding tusschen rectum en uterus op.

De resultaten, die men langs deze verschillende wegen verkregen heeft, waren slecht en weinig geschikt de chirurgen aan te moedigen in deze richting verder te gaan. Dit blijkt ook uit de woorden van HEGAR en KALTENBACH: 1) „die totale Exstirpation des Uterus ist in den letzten Jahren nicht mehr ausgeführt worden: nicht allein, weil man die früheren Operationsmethoden als viel zu gefährlich verlassen hat, sondern weil die Fälle, welche eine so eingreifende Operation mit nur einiger Aussicht auf Erfolg indiciren konnten, ausserordentlich selten sind.” Men vergenoegde zich dan het collum gedeeltelijk te excideeren of door cauterisatie of door uitlepelen het gedegeneerde te verwijderen.

Zoo stonden de zaken toen in 1878 WILH. ALEXANDER FREUND te Breslau met een nieuwe zeer geniaal gevonden methode voor den dag kwam. 2)

Nadat blaas en rectum ontledigd zijn en de uterusholte is uitgespoeld met een sterke carbol-oplossing, wordt de

1) HEGAR und KALTENBACH: operative Gynäkologie. 1874.

2) Eine neue Methode der Extirpation des ganzen Uterus. Klinische Vorträge von VOLKMANN. No. 133.

vrouw in rugligging op een tafel geplaatst, en wel zoodanig, dat het bekken hooger ligt dan het hoofd. De buiksnede door de linea alba begint drie vingers onder den navel en eindigt aan de symphysis. De darmlissen worden uit het bekken genomen, in een verwarmde doek gepakt en door een assistent op den buik gefixeerd. Vervolgens wordt door den fundus uteri een lange zijden draad gebracht, waaraan een tweede assistent dit orgaan sterk naar boven kan trekken en in alle richtingen bewegen, naar-male de operateur dit noodig heeft.

Daarna wordt aan weerskanten van den uterus het ligam. latum in drieën afgebonden. De eerste draad neemt de tuba en het lig. ovarii proprium in zich op, de tweede begint in het steekgat van den eersten en gaat door het lig. rotundum; terwijl de derde, ook weer beginnende waar de tweede ophoudt door de voorvlakte van het zijdelingsche gedeelte van het laquear in de vagina komt, dan het achterste zijdelingsche gedeelte van het laquear doorboort en weer in de buikholte terugkeert. De draden gaan dus door de banden, die in het lig. latum verlooppen, zoodat men weinig gevaar heeft met de naald groote venae te doorboren. Deze zes draden worden nu dicht-gesnoerd en de uiteinden in handen van een derden assistent gegeven. Nu kliëft men het peritoneum in de cavitas vesico-uterina en utero-rectalis en verscheurt het losse subserouse bindweefsel, zoodat het laquear anterius en posterius toegankelijk wordt.

Laat men nu den uterus goed naar boven trekken dan kost het weinig moeite den fornix vaginae rondom door te snijden en verder het lig. latum beiderzijds te klieven aan de binnenzijde der ligaturen, zoo dicht mogelijk langs den uterus. Mochten er na de excisie van den uterus nog

arteries spuiten, dan onderbindt men die afzonderlijk. De zes lange draden worden nu door de vagina naar buiten geleid en het bekken door irrigatie gereinigd, welk vocht door de vagina afvloeit. Wanneer men nu de beide bovenste ligaturen afzonderlijk aantrekt, dan vormt zich een spleet dwars tusschen blaas en rectum, bestaande uit twee platen van het peritoneum. Deze beide sereuse platen worden nu door geknoopte hechtingen vereenigd, waarmede dus de communicatie tusschen vagina en peritoneaalholte is afgesloten en de wondvlakte geheel extra-peritoneaal komt te liggen. De onderbonden gedeelten van het lig. latum liggen nu in de vagina en moeten langzaam afstooten.

Daarna worden de darmlissen in het bekken teruggebracht, de buik gesloten en een antiseptische tampon in de vagina tegen de wondvlakte gelegd. De operatie, die FREUND op de zoo even beschreven wijze verrichtte, duurde twee uren.

Het betrof een vrouw van 62 jaar „mit carcinomatöse Degeneration der Cervicalschleimhaut des vergrösserten, in Retroflexion fixirten Uterus.”

„Das Organ stand in fast normaler Höhe, war retortenförmig nach hinten links gebogen; die sehr bequeme bimanuelle Exploration liess auf das Genaueste erkennen, dass der Cervix in gleichmässig cylindrischer Dicke von etwa vier Mannsfingern, härtlich anzufühlen, in normaler Umgebung ruhte.”

Veertien dagen na de operatie lieten de draden los. De eerste dagen had zij koorts met tamelijk veel suppuration; spoedig daarop genezing.

FREUND opereerde onder antiseptische cautelen, maar zonder spray. Met het oog op haar leeftijd had hij de

ovaria laten zitten. Bij jeugdiger individu's moeten deze tegelijk weggenomen worden, nadat zij afzonderlijk onderbonden zijn.

BARDENHEUER te Keulen heeft de methode van FREUND een weinig gewijzigd. Eenige dagen voor de operatie schrale dieet en afvoermiddelen ten einde de darmen te outledigen. Den dag te voren geeft hij chloras kalicus en magisterium bismuthi, het eerste om de diffusie van gassen door den darmwand te verminderen, het tweede om de gassen te binden. Hij heeft daarvan bij zijn laparotomien veel nut meenen te bespeuren. De vagina wordt eenige dagen te voren uitgespoten met een 2 % carboloplossing en onmiddelijk voor de operatie nogmaals met een 5 % oplossing. Nadat patiente goed gereinigd is worden de extremiteiten, borst en rug met watten ingewikkeld om de afkoeling te voorkomen. Sedert hij dit doet heeft hij geen subnormale temperaturen na groote operaties meer waargenomen.

De snede gaat door de linea alba van den navel tot de symphysis, de benedenste aanhechtingen der M. recti worden met een geknopte bistouri naar weerskanten losgemaakt en het peritoneum parietale door enkele hechtingen bevestigd.

De uterus wordt ook aan een draad naar boven getrokken en dan aan beide zijden het lig. latum tot in het lig. rotundum in tweeën onderbonden met catgut. Dit zijn dezelfde ligaturen als bij FREUND, maar hier dubbel aangelegd, zoodat hij later daartusschen 't lig. latum kan doorknippen.

Nu maakt hij in 't peritoneum en laquear vaginae achtereenvolgens voor en achter den uterus een incisie ter lengte van 1 à 1,5 cM op geleide van den wijsvinger der linker-

hand, die in de vagina wordt gebracht en legt naar weerskanten de derde ligatuur om 't lig. latum. Dit is een zilverdraad, die door de beide openingen in den fornix vaginae gaat en in 't lig. rotundum aansluit aan de tweede ligatuur. Deze beide draden worden met den serre-noeud dichtgesnoerd. Voor het doorvoeren dier metaaldraden heeft hij nog een eigenaardige naald vervaardigd. De uterus wordt daarna geëxcideerd. Hij sluit echter het peritoneum niet, maar legt in de fossa DOUGLASII een T-vormige drainagebuis, die door de vagina kan afvoeren. Nadat het toilette van het peritoneum is verricht worden de ingewanden gereponeerd, de buik gesloten en een Lister's verband aangelegd. Zoodra de temperatuur gaat stijgen wordt de buikholtte door de draineerbuis uitgespoeld met carbol. BARDENHEUER is een groot voorstander van drainage, in het bijzonder ook van de buikholtte bij laparotomie. Hij geeft hiervan goede resultaten op. Volgens hem sluit de naad in het peritoneum de buikholtte niet volkomen af, zoodat gemakkelijk wondproducten worden doorgelaten, die een septische peritonitis opwekken. BINSWANGER 1) vond echter bij elf secties, dat de serosa reeds volkomen was verkleefd, niettegenstaande de dood zeer spoedig op de operatie was gevolgd.

In het geheel verrichtte BARDENHEUER zesmaal deze operatie, tweemaal volgens FREUND en viermaal volgens zijn eigen methode. De beide eersten stierven aan acute peritonitis, terwijl de vier laatsten genazen in betrekkelijk korten tijd. Een hunner werd reeds veertien dagen na de operatie genezen ontslagen.

Verder vermeldt hij nog vijf extirpaties van het rectum

1) Anat. Beitrage zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation. Centr. blatt für Gynäkologie 1879. No. 1.

en twee exstirpationes flexurae sigmoideae, waarbij de buikholte op dezelfde wijze werd gedraineerd en die allen gunstig verliepen. 1)

Infiltratie van het parametrium is volgens B. geen bepaalde contra-indicatie voor de exstirpatio uteri. Men kan dan den ureter verleggen, bijv. in het rectum doen uitmonden of beginnen met die nier weg te nemen.

Is tegelijk het rectum aangedaan dan moet dat ook verwijderd worden. Alleen voor de blaas schijnt hij nog respect te hebben. Hij was steeds na zijn operaties door temperatuursverhoging genoodzaakt tot uitspoeling der buikholte door de draineerbuis en zag daarop altijd de temperatuur dalen.

KOLACZEK 2) laat de drie ligaturen waarmee de breede band aan beide zijden van de baarmoeder wordt onderbonden weg. Nadat een draad door den fundus uteri is gebracht om dezen naar boven te kunnen trekken klieft hij aan weerskanten het lig. latum „bis über die art. uterina hinaus” en onderbindt alle vaten afzonderlijk. Daarna snijdt hij op het peritoneaal bekleedsel in het cavum vesico-uterinum in en verscheurt het losse bindweefsel tusschen blaas en uterus tot aan het voorste laquear vaginae. Vervolgens geschiedt hetzelfde in de ruimte van DOUGLAS, en wordt de vagina in den fornix doorgesneden. Weinig bloeding uit de vaten der vagina en van het parametrische celweefsel, welke nauwkeurig onderbonden worden. Ten slotte exstirpatie der beide ovaria. Drainage volgens BARDENHEUER. Er was geen zwelling der bekkenlymphklieren. De operatie duurde twee uren. Veertien dagen na de operatie kon de patiente

1) BARDENHEUER. Zur Frage der Drainirung der Peritonealhöhle. 1880

2) Centralblatt für Chirurgie. No. 9. 1881.

haar bed reeds verlaten, de fornix had zich toen bijna geheel gesloten.

Als voordeelen van deze methode geeft KOLACZEK het volgende op:

- 1^e. De etterafscheiding is veel geringer en houdt spoediger op dan bij het afstooten der ligatures en masse.
- 2^e. Het zieke laat zich beter geheel verwijderen.
- 3^e. Minder gevaar voor kwetsing der ureteren, wat men vooral bij de onderste ligatuur van FREUND te duchten heeft. Volgens LUSCHKA is de ureter slechts 6 mM. van het laquear verwijderd. FREUND heeft echter aangetoond, dat dit gevaar zeer gering is, als het parametrium niet in de infiltratie deelt. 1). Ondertusschen vond BINSWANGER eens post mortem, dat de beide ureteren onderbonden waren. De patiente was onder uraemische verschijnselen bezweken.
- 4^e. Minder gevaar voor shock, daar de ligatures en masse veel zenuwen, die in het parametrium loopen, omsnoeren.

BUNTZEL heeft reeds vroeger de vaten van het lig. latum afzonderlijk onderbonden en de drie ligaturen verworpen 2).

Deze operatie geschiedde ook onder strenge antiseptische voorzorgen, maar zonder spray.

Behalve dat de derde ligatuur van FREUND gevaarlijk is met het oog op de ureteren, is het ook zeer moeielijk deze goed aan te leggen, vooral wanneer het parametrium of de fornix mede geïnfilteerd zijn. Op het cadaver gaat dat gemakkelijk genoeg. Ruim een jaar geleden assisteerde ik Dr. DE ZWAAN bij deze operatie, nadat ik vooraf eenige

1) Die Harnleiter-Gebärmutterfistel nebst neuen Untersuchungen über das normale Verhalten der Harnleiter im weiblichen Becken. Berl. Klin. Wochenschrift. No. 47. 1869.

2) BUNTZEL. Sechs Fälle von Exstirpationen des Uterus nach FREUND. Archiv für Gynäkologie. XIV Bd. p. 269.

malen de oefeningen op het lijk had meegemaakt. In dat geval deelde de fornix reeds in de aandoening. Het duurde zeer lang voordat de beide onderste draden goed lagen en toen de uterus werd geëxcideerd slipten beiden, zoodat een vrij sterke bloeding ontstond, die niet gemakkelijk te stelpen was. De operatie duurde daardoor bijna drie uur, zoodat de patient zeer gecollabeerd van de operatietafel kwam, en des nachts overleed.

Ofschoon de operatie van FREUND uit een anatomisch oogpunt zeer schrander bedacht is, zijn de resultaten, die men tot nu toe heeft verkregen, niet zeer bevredigend. Volgens BARDENHEUER bedraagt het sterftecijfer nog 66 %. Ook kan zij zich niet in een algemeene sympathie verheugen. CZERNY breekt in de Wiener Medizinische Wochenschrift No. 45—49 (1879) een lans voor de partiële en totale excisie van uit de vagina.

„Der Umstand dass man von der Scheide aus bei weit gediehenen Krebsen der Vaginalportion viel besser als vom Bauche aus im Stande ist, die Grenze des Erkrankten zu erkennen, war es, welcher mich veranlasste, die ältere Methode der Gebärmutterexstirpation von der Scheide aus zunächst in Betracht zu ziehen.”

Hij heeft op deze wijze goede resultaten verkregen en geeft ook een geval op waar hij met succes den geheelen uterus langs de vagina wegnam volgens de vroeger vermelde methode van LANGENBECK.

Drie operaties volgens FREUND, waarvan een door FREUND zelf, in zijn kliniek verricht, verliepen laetaal.

Meer en meer begint nu de oude methode van LANGENBECK op den voorgrond te komen en dreigt zij die van FREUND te zullen verdringen. Van de 6 patienten, die BILLROTH aldus opereerde, herstelden er 3.

BAUM geeft drie gevallen op, waarvan twee met succes.

SCHROEDER 1) brengt twee draden zijdelings door het scheidewegwelf en klieft daarna den fornix geheel in het gezonde weefsel binnen de draden. Daarna wordt het celweefsel voor en achter den uterus onder het peritoneum met stompe werktuigen losgemaakt, de baarmoeder sterk naar beneden getrokken en zoo hoog mogelijk geamputeerd. Ten slotte wordt de stomp van den uterus gehecht aan de vagina, waardoor de bloeding gemakkelijk tot staan komt. SCHROEDER verloor slechts één van de zeven geopeerden.

MARTIN opereerde elfmaal, waarvan zeven maal met gunstigen afloop. Het laatste geval, door Prof. SÄNGER, verricht, eindigde laetmaal acht dagen na de operatie.

Volgens hem bedraagt de mortaliteit slechts 36 % voor LANGENBECK en 70 % voor FREUND. Geen wonder dus, dat men zich tegenwoordig tweemaal bedenkt, alvorens tot de operatie van FREUND te besluiten.

De handelwijze van SCHROEDER komt mij voor zeer aanbevelenswaardig te zijn, daar toch slechts hoogst zeldzaam de fundus uteri mede is aangedaan en mocht het blijken, dat dit in casu wel het geval is, dan kan men verder gaan en het geheele orgaan verwijderen, waarvan de mogelijkheid weer opnieuw door SÄNGER is bewezen.

Volgens LINKENHELD 2) trad in al de gevallen waar Prof. FREUND totaal exstirpatie verrichtte, recidive van het carcinoom op. Een patient bleef twee en een half jaar verschoond, maar dit was de langste termijn. Dit legt dus ook veel gewicht in de schaal met het oog op den weg dien men moet inslaan ter behandeling van carcinoma uteri.

1) Berl. Klin. Wochenschrift, No. 27, 1878.

2) Centralblatt für Gynäkologie, No. 8, 1881.

Methode van PORRO.

De oude methode van Keizersnede volgens DELEURYE, heeft, wat het leven der moeder betreft, nooit schitterende resultaten opgeleverd. Volgens MAYER genazen van de 1605 aldus geöpereerden 738 en stierven 867, dus een mortaliteit van 54 %. KAYZER geeft als sterftcijfer 62 % op. 1) Het levensgevaar is hier dus veel grooter dan bij de meeste andere laparotomien, hetgeen grotendeels afhankelijk is van het groote bloedverlies, dat bij het insnijden in den zwangeren uterus optreedt.

Geen wonder dus, dat het veel opzien baarde, toen in 1876 de Italiaan PORRO 2) een andere methode aan de hand deed. Hij opereerde voor carcinoma uteri. De buik werd in de linea alba geopend en de zwangere baarmoeder blootgelegd; daarna maakte hij de insnijding in den uterus om de vrucht met de vliezen te verwijderen. Dit moet natuurlijk met de noodige vlugheid geschieden.

Verder zorgt men, dat geen bloed of vruchtwater in de buikholte loopt.

Nadat een metalen draad supravaginaal ter hoogte van het ostium internum was aangelegd, die 't lig. latum en de ovaria in zich opnam, amputeerde hij den uterus vlak boven de ligatuur en behandelde den steel extraperitoneaal, teruggehouden door een paar ijzeren pennen, die beneden den draad door den steel gestoken werden. De vrouw overleefde de operatie ruim 24 uren.

Nog in hetzelfde jaar herhaalde hij de operatie met gunstigen afloop voor moeder en kind.

Volgens MÜLLER zou CAVALLINI in het laatst der vorige

1) SCHROEDER: Lehrbuch der Geburtshülfe.

2) E. PORRO: Della amputazione utero-ovarica, etc.

eeuw, steunende op experimenten bij dieren, deze operatie reeds hebben aangeraden.

REIN, een Rus, experimenteerde op zwangere konijnen en katten, en kwam ook tot de conclusie, dat hetzelfde bij den mensch kon geschieden.

In 1877 nam HEGAR, zonder van PORRO iets af te weten, bij een vrouw met eclampsia gravidarum, gecompliceerd met fibroma uteri, den uterus en de ovaria weg. Met de Péan'sche kromme naald bracht hij een dubbelen metaaldraad door den uterus boven het ostium internum en omsnoerde hem naar weerskanten, tegelijk met het lig. latum.

MÜLLER uit Bern ried aan den uterus op den buik te brengen alvorens dezen te openen.

Niet altijd gelukt het echter de baarmoeder naar buiten te brengen wegens korthed van den buikwand of als de uterus te groot is.

Men moet dan op den uterus in situ insnijden en kan dan vooraf of daarna de lis om het collum brengen. Natuurlijk krijgt men op die manier meer bloed in de peritoneaalkholte.

Prof. HALBERTSMA heeft een zeer eenvoudig en doelmatig middel aan de hand gedaan om de zitplaats van de placenta te bepalen en aldus te voorkomen, dat de snede door de placenta gaat.

Hij verrichtte de operatie van PORRO voor ruptura uteri, durante partu bij een poging tot versie ontstaan, en overtuigde zich door proefpuncties met het spuitje van PRAVÁZ van de zitplaats der placenta. Steekt men met de canule in de placenta dan aspireert men niets dan bloed, op andere plaatsen vruchtwater. 1)

1) Nederl. tijdschrift voor geneeskunde. Jaargang 1880.

Hij kwam daartoe toen het hem ook mislukte den uterus op den buik te brengen, wegens kortheid van den buikwand. In die gevallen kan men nog beproeven den baarmoederinhoud te verkleinen door met een troicart het vruchtwater te ontlasten.

Mocht het dan nog niet gelukken den uterus naar buiten te brengen dan heeft men altijd daardoor nog het voordeel gekregen, dat de contracties beter worden en dus de bloeding bij de insnijding geringer is en minder vruchtwater in de buikholve kan dringen.

In plaats van metalen draden, die zooals wij vroeger zagen niet zeer bruikbaar zijn voor het omsnoeren van den steel, heeft men den Esmarch'schen Schlauch angewend. Deze diende alleen om tijdelijk den bloedstoevoer af te sluiten; de steel werd dan gehecht met antiseptische zijde of met catgut, ook wel gecauteriseerd met Paquelin, enz. en vervolgens de Schlauch weggenomen.

BRAUN gebruikte de clamp van Spencer WELLS.

Anderen hebben weer de intraperitoneale behandeling van den steel beproefd; maar het schijnt, dat de extra-peritoneale methode hier betere resultaten geeft. SCHLEMMER heeft een instrument vervaardigd waarmee men rond den verzonken steel een draad legt, die verwijderd kan worden zoodra het gevaar voor bloeding uit den steel voorbij is. Hij beschrijft de wijze van aanwending vrij duister in een kleine brochure 1) met een tekening van het instrument (intra- und extra-Schlingenschnürer von Dr. SCHLEMMER). De elastieke draad waarmee de steel werd omsnoerd bij de twee hysterotomiën, die ik boven beschreef, zou zeker met voordeel bij de operatie van PORRO te gebruiken zijn.

1) Dr. SCHLEMMER. Die Porro-Operation und ihre moralischen Grenzen. Stuttgart 1881.

Ik zou in dat geval trachten den uterus op den buik te brengen en dien weêr voorloopig te sluiten, zooals ook VEIT bij PORRO heeft gedaan. Daarna het collum omsnoeren, insnijden, het kind extraheeren en dan boven de ligatuur amputeeren. Is dit onmogelijk dan volge men de methode van HALBERTSMA. Men behoeft den elastieken draad niet weg te nemen zooals de slang van ESMARCH en kan nu den steel extra- of intraperitoneaal behandelen.

De operatie van PORRO biedt ongetwijfeld groote voordeelen aan boven de oude sectio caesarea.

- 1°. De uterus, die men in het lichaam achterlaat, wordt door nabloeding of door de verschillende ontstekingen in en om dat orgaan dikwijls de oorzaak voor den dood van de moeder.
- 2°. Het bloedverlies is geringer en men heeft minder gevaar voor peritonitis tengevolge van verontreiniging der buikholve.
- 3°. Is de uterus tevens carcinomateus ontaard of bestaat een interstitieel fibroid, dan is de wegname van het zieke orgaan geïndiceerd.
- 4°. Men voorkomt een volgende graviditeit.
- 5°. Is men binnen zekere grenzen vrij wanneer men de operatie wil verrichten en kan dus eerder geschikte assistentie ontbieden dan bij de gewone keizersnede, waar men op een gegeven oogenblik, als bijv. de weeën krachtig zijn, moet ingrijpen.
- 6°. Zal een medicus ten platten lande, die nooit of zelden opereert, eerder succes hebben met PORRO dan met sectio caesarea volgens de oude methode.

De indicaties zijn vrij wel dezelfde gebleven als vroeger. Het is zeker geen onverschillige zaak een vrouw haar voortplantingsvermogen te ontnemen; maar al zijn er nu enkele

gevallen voorgekomen, waar met succes meermalen sectio caesarea bij hetzelfde individu is verricht, mag men toch haar niet blootstellen aan die gevaren ten koste van kinderen die zouden kunnen geboren worden. Een volwassen vrouw heeft meer rechten dan een zuigeling in spe. Bovendien geeft PORRO voor demo eder een gunstiger prognose, die voor het kind ook zeker niet ongunstiger is dan vroeger.

Opereert men voor een aanzienlijken graad van bekkenvernauwing of geeft carcinoma uteri de baringstoornis, dan is de medicus alleszins gewettigd en zelfs verplicht tegelijk uterus en ovaria weg te nemen.

Hetzelfde geldt voor de interstitiële uterus-fibroiden.

Mocht een gesteeld subseruus fibroid tot de operatie verplichten, dan kan men volstaan met alleen de nieuwvorming weg te nemen.

CAZIN 1) geeft 28 gevallen op, waarbij uterus-fibroiden de oorzaak van stoornis der baring waren en het kind door laparotomie moest worden ter wereld gebracht. Hiervan bleven slechts vier moeders in leven en vijftien kinderen werden levend geboren. In deze gevallen werd niet altijd de uterus met zijn aanhangsels verwijderd. Dit deed o. a. STORER 2) en ook HEGAR, zooals wij boven reeds zagen.

SCHLEMMER kan zich met PORRO niet geheel vereenigen. Hij wenscht deze operatie alleen toe te passen bij maligne nieuwvormingen en bij atresie van de vagina, die zich niet op een andere wijze laat opheffen. 3)

1°. Omdat hij een uterusnaad voor sectio caesarea heeft bedacht, die zich accommodeert aan de zich samen-

1) GUSSEROW, l. c.

2) Journal of the Gynaecol. Soc. Boston, I.

3) Dr. SCHLEMMER, l. c.

trekkende baarmoeder en die hij eens met gunstig gevolg heeft toegepast.

- 2°. Omdat de vrouw na de gewone keizersnede nog vruchtbaar is en de prognose volgens KAYSER bij herhaling dier operatie gunstiger wordt.
- 3°. „PORRO entzieht das Weib für die Folge dem Zwecke seiner Schöpfung; es wird denaturalisirt und nur zum Geschlechtsgenuss präparirt.
- 4°. Die Ausübung der ehelichen Pflichten mit einer notorisch Castrirten ist nach Christlichen und Jüdischen Satzungen unerlaubt.

In Duitschland wonen slechts Christenen en Israëlieten, die dus allen in de termen vallen.

- 5°. Het mooiste argument als slot:

§ 224 des Strafgezetsbuches bedroht Denjenigen, welcher einen anderen der Zeugungsfähigkeit beraubt mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren oder Gefängniss unter 1 Jahre."

Tot nu toe zijn volgens HARRIS 1) 67 Porro- of Porro-Müller operaties verricht, waarvan 28 moeders genazen en 50 kinderen levend geboren werden.

PREVÔT in Moskou opereerde het eerst voor ruptura uteri met doodelijken afloop voor moeder en kind. 2) Het tweede geval is van HALBERTSMA; en het derde van RAMSAUER in Noord-Corolina, met ongunstig gevolg voor de moeder en levend kind.

1) Particuliere mededeeling.

2) HARRIS. American Journal of Obstetrics and diseases of women and children.

1. Die erste Gruppe, die sich in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem protestantischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die größte und hat die meisten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den niederen Ständen und den Bauern hervorgegangen.

2. Die zweite Gruppe, die sich in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem katholischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die zweitgrößte und hat die meisten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den höheren Ständen und den Adligen hervorgegangen.

3. Die dritte Gruppe, die sich in der dritten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem jüdischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

4. Die vierte Gruppe, die sich in der vierten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem islamischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

5. Die fünfte Gruppe, die sich in der fünften Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem hinduistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

6. Die sechste Gruppe, die sich in der sechsten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem buddhistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

7. Die siebte Gruppe, die sich in der siebten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem daoistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

8. Die achte Gruppe, die sich in der achten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem schintoistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

9. Die neunte Gruppe, die sich in der neunten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem konfuzianistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

10. Die zehnte Gruppe, die sich in der zehnten Hälfte des 17. Jahrhunderts bildet, besteht aus denjenigen, die sich dem taoistischen Glauben angeschlossen haben. Diese Gruppe ist die kleinste und hat die wenigsten Anhänger. Sie ist in der Regel aus den Kaufleuten und den Geldverleihern hervorgegangen.

STELLINGEN.

STEFFINGEN

STELLINGEN.

I.

De bewering, dat kinderloosheid de dispositie voor uterus myomen verhoogt, is onjuist.

II.

Ten onrechte beweert SCHROEDER van het navelstrenggeruisch sprekende: „es entsteht ohne Zweifel in der Nabelschnur.”

III.

Het toedienen van amylnitriet bij eclampsie en uraemie verdient afkeuring.

IV.

Acute miliartuberculose is zonder oogspiegel niet te diagnostiseeren.

V.

De taxis bij breukbeklemming moet uit de rij der kunstbewerkingen geschrapt worden.

VI.

Gedurende de eerste dagen na de bevalling moeten vulva en vagina met een of ander antisepticum gereinigd worden.

VII.

Bij laparotomie late men de spray achterwege. ✕

VIII.

Wanneer men den dood der vrucht in utero met zekerheid heeft geconstateerd, dan wekke men de geboorte op.

IX.

Bij pneumothorax is ribresectie geïndiceerd.

X.

Transfusio sanguinis in het onderhuidsche celweefsel is te verkiezen boven de andere methoden.

XI.

Ter bestrijding der hooge temperaturen bij de acute infectieziekten is de methode van LEITER te verkiezen boven het koude bad.

XII.

Bij de verwijdering van intralaryngeale tumoren, bij larynx-exstirpatie enz., is de resectie der trachea, volgens GLUCK en ZELLER, te verkiezen boven de tamponade van TRENDELENBURG.

XIII.

Verwijdering van den testikel door één enkele snede is een ongeoorloofde operatie.

XIV.

Keuring der prostituées van Staatswege is noodzakelijk.

XV.

Nur wer die Geschichte der mörderischen Pockenepidemien vor der allgemeinen Impfung nicht kennt und nicht im Stande ist, damit der jetzige, weit geringere Gefahr dieser Krankheit zu beurtheilen, kann in blindem Eifer gegen die Impfung sprechen (BILLROTH).

De bepaling der juiste temperatuur bij de eerste
ontdekking is de methode van Linné te volgen
binnen het koninkrijk.

De bepaling van natuurlijke temperatuur bij
de ontdekking van de eerste voor Linné, volgens
deze en Vermeer, te volgen binnen de koninkrijken van
Tasmanien.

Verwijzing van den bestel door een enkele naam
aan ongeschiedde operatie.

Keuring der methoden van stekelen is noodzakelijk.

Zo ver de Geschiede der methoden der beschouping
men toe het algemeen inleiding niet komt, en niet
in stonde af te slaan, wel geringere betrekking
deze methode van beschouping te vinden. Het
geen de laatste operatie (Linné).

