



Ueber die Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken.

<https://hdl.handle.net/1874/355796>

Ber. 1891 VI, 28

Ueber die Combination der Exstirpatio uteri
vaginalis mit plastischen Operationen im Becken.

Vortrag, gehalten in der geburtshülflichen Section
der Naturforscherversammlung zu Halle am 24. September 1891

von

A. Martin.

(Sonderabdruck aus Berliner klin. Wochenschrift, 1891, No 45.)



Ueber die Combination der Extirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen im Becken.

Vortrag, gehalten in der geburtshülflichen Section
der Naturforscherversammlung zu Halle am 24. September 1891

von

A. Martin.

Zuversichtlich ist bei ausgedehnter totaler Procidentz von Scheide und Uterus es schon oft als nothwendig empfunden worden, besonders den letzteren zu entfernen, mag er nun durch seine Verlagerung in die Tiefe des herausgedrängten Beutels oder durch seine Erkrankung zu einer nachhaltigen Steigerung der Vorfalbeschwerden und der Unmöglichkeit der Reposition Veranlassung gegeben haben. Die Fälle von Choppin¹⁾, Langenbeck²⁾, Gebhard³⁾, Jürgensen⁴⁾ Edwards⁵⁾ u. A. sind Belege dafür, dass man zu verschiedenen Zeiten nach dieser Richtung vorzugehen versucht hat. Naturgemäss hat aber erst die Entwicklung der Technik der vaginalen Totalexstirpation, wie wir sie namentlich Czerny⁶⁾ verdanken, einen weiteren Fortschritt nach dieser Richtung gebracht.

Kehrer⁷⁾ hat zuerst eine Totalexstirpation des prolabirten Uterus versucht: die Patientin ist an Peritonitis zu Grunde gegangen. 1880 hat Kaltenbach⁸⁾ den prolabirten Uterus entfernt, als er bei dem Versuch der hohen Amputation des verdickten, in dem Vorfalle liegenden Uterushalses den Douglas eröffnet hatte. Einige Wochen später hat er dann die Plastik des

1) Amerikan. Journal, April 1807.

2) Siebold-Journal, X.

3) Archiv der dänischen Gesundheitscolleg., 1836—1837.

4) Fricke u. Oppenheim, Zeitschrift für gerichtliche Medicin, IX.

5) Brit. med. Journ., Februar 1864.

6) Wiener medicinische Wochenschrift, 1879.

7) Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshülfe und Gynäkologie, II, 1879.

8) Centralblatt für Gynäkologie, 1880, No. 11.

Prolapses ausgeführt. Ich habe in den Jahren 1882—1883 drei solche Operationen ausgeführt, von denen Düvelius¹⁾ und ich gelegentlich berichtet haben. Zu einer eingehenden Erörterung dieser Frage hat Fritsch das Material an Asch²⁾ geliefert, welcher im 35. Bande des Archivs für Gynäkologie im Jahre 1889 acht einschlägige Fälle beschreibt. Es handelte sich dabei wesentlich um eine Exstirpation der Scheide mit der des prolapsirten Uterus, also eine Art von Plastik im Scheidengewölbe. Es trat danach eine sehr ausgiebige Verziehung im Beckenperitoneum ein, welche, wie Asch berichtet und Fritsch in seinem Lehrbuch bestätigt, das Diaphragma pelvis straff erhält. Immerhin musste doch in einem der sieben überlebenden Fälle nachträglich noch eine Perineoplastik vorgenommen werden, weil das Klaffen der Vulva zu andauernden Beschwerden Veranlassung gab. Ich habe nicht in Erfahrung bringen können, ob das Fritsch'sche Verfahren auch von anderer Seite in grösserer Ausdehnung in Anwendung gebracht worden ist; ich finde in der Literatur nur den Fall von Odebrecht, den er im November 1890 in der geburtshülflichen Gesellschaft in Berlin vorgetragen hat, erwähnt³⁾.

Zu den 3 vorhin erwähnten Fällen haben sich in meiner Praxis im Laufe der Zeit noch 6 weitere gefunden, in welchen ich den Uterus aus grossen Prolapsen herausgeschnitten und dann die Colporrhaphie angeschlossen habe. Es ist unzweifelhaft, dass der in der Tiefe des Prolapses liegende Uterus in mehrfacher Richtung zu ernststen Beschwerden Veranlassung giebt: wenn er hier in der Tiefe des Beutels verwachsen, in Retroflexions- und Anteflexionsstellung, unter die Blase geschoben fixirt liegt, die Blase darüber mit der nach oben gelagerten Wand des Corpus uteri in grosser Ausdehnung verklebt ist, wenn sich das Rectum über diese ganze Masse hinweg gestülpt hat und mit der Blase selbst verlöthet worden ist, Fälle, wie sie sich in

1) Centralblatt für Gynäkologie, 1882, vergl. A. Martin: Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

2) Hier die weitere Literatur. 1885.

3) Wie in der Discussion zu dieser Mittheilung von Schwarz und Döderlein berichtet worden ist, haben auch diese das Fritsch'sche Verfahren angewendet. Ich selbst rechne hierher nur die Fälle, in denen eine Plastik an hypertrophischem Gewebe gemacht worden ist, nicht diejenigen, bei denen ich z. B. zum Zweck der Exstirpation den Damm habe spalten und nachträglich vernähen müssen.

meiner „Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“, aber auch an anderen Stellen sich mehrfach abgebildet finden. In diesen Fällen ist eine Plastik allein unvernünftig, den Uterus zurückzuhalten; derselbe kann oft genug gar nicht mehr in die Beckenhöhle zurückgeschoben werden.

Eine andere Gruppe von Fällen zeigt den langgestreckten, übrigens atrophischen Uterus mit der grossen Masse seiner verdickten Muttermundlippen ausserhalb der Genitalien, während das Corpus mit der hinteren Beckenwand innigst verwachsen ist. In solchen Fällen gelingt es zuweilen nicht, mit dem Finger die Verwachsung zu lösen, man muss das Corpus uteri mit dem Messer auslösen. Wenn ich für diese Fälle die Berechtigung einer Totalexstirpation in dem Prolaps unbedenklich in Anspruch nehme, so vindicire ich die Zulässigkeit eines solchen Vorgehens auch noch für die Fälle, in welchen der Uterus unter Dehnung aller seiner Beziehungen zu den nachbarlichen Organen jedes Haltes im Becken beraubt ist, Fälle, in welchen in der Regel die wiederholten Versuche der Colporrhaphie die Unmöglichkeit einer Retention auf diesem Wege dargethan haben.

Gerade für solche Fälle ist scheinbar in der Massage ein besonders dankbares Feld gegeben; aber so weit meine Erfahrungen reichen, erweist sich dabei die Massage als unzulänglich. Ebenso wie in der Asch'schen Zusammenstellung erwähnt wird, dass in den Fällen von Fritsch die Massage erfolglos zur Anwendung gekommen, kann ich von 2 meiner Fälle berichten, dass bei ihnen dieselbe versucht worden ist, aber als erfolglos wieder aufgegeben werden musste. Gewiss ist nichts dagegen einzuwenden, dass man bei Uterusvorfällen dieser Art die Massage versucht; wenn aber die Erfolge sich als nicht durchgreifend erweisen, so bleibt nur übrig, die Heilung auf dem Wege der Totalexstirpation des Uterus anzustreben.

Auf der Naturforscherversammlung in Baden-Baden 1879 hat P. Müller für solche Fälle die Ventrofixation empfohlen. Ich habe diesen Müller'schen Vorschlag aus theoretischen Bedenken nicht zur Anwendung gebracht. Denn wenn auch der Uterus durch die Ventrofixation wirklich in die Höhe gebracht und hier fixirt werden kann (was bekanntlich nicht gleichmässig für die Dauer gelingt), so bleiben eben doch die gewaltig hypertrophischen Massen der Vagina und die Schaffung des Beckenbodens bestehen, so dass man ohne eine Plastik an dieser Stelle Heilung nicht erzielt. Dagegen scheint mir die Qualität des

operativen Eingreifens bei beiden Vorschlägen doch eher zu Gunsten der Totalexstirpation zu sprechen, um so mehr, als es sich ja in diesen Fällen unzweifelhaft immer um Frauen im oder jenseits des Klimakterium handelt, Frauen, bei welchen die Frage der Fortpflanzungsfähigkeit als ausgeschlossen betrachtet werden muss.

1889 hat in der geburtshülflichen Section der Naturforscherversammlung in Heidelberg A. W. Freund über Fälle berichtet, in welchen er zur Heilung des Prolapses das Collum an das Peritoneum angenäht hat und dann die grosse Tasche des Douglas zur Verödung brachte. Für diese Vorschläge hat sich, so viel ich weiss, nur Frommel¹⁾ ausgesprochen, indem er auch durch die Fixation des Uterus an das Kreuzbein eine Beseitigung weitgehender Procidenz erreichte. Um die Ausführbarkeit des Freund'schen Verfahrens zu prüfen, habe ich oft bei Gelegenheit von Laparatomien den Uterus gegen das Kreuzbein hingeschoben. Dabei bin ich aber auch bei Fällen von sonst grosser Beweglichkeit des Uterus auf eine so absolute Behinderung durch die räumlichen Verhältnisse gestossen, dass mir mindestens die häufige Möglichkeit eines solchen Verfahrens zweifelhaft wird. Es gelang mir in keinem der so betrachteten Fälle den Uterus in bequemer Weise an das Kreuzbein heranzubringen.

Somit bleibt für die oben skizzirten Uterusprolapse, in welchen man eine Heilung des Vorfalles auf andere Weise nicht erreichen kann, nur die Totalexstirpation übrig, wenn die Unglücklichen dadurch lebens- und erwerbsunfähig gemacht werden.

Da die Resultate einer Combination der Totalexstirpation mit Prolapsoperationen ergaben, dass eine Erschwerung der Recovalescenz daraus nicht resultirt, habe ich noch in 10 Fällen von Carcinom, in 3 von Myomen an die Totalexstirpation die Operation des Prolapses der Scheide angeschlossen. Bei den Carcinomen wird die Berechtigung der Totalexstirpation heute wohl nicht weiter motivirt werden müssen. Mit Rücksicht auf die relative Seltenheit carcinomatöser Erkrankung des prolabirten Uterus muss ich bemerken, dass es sich hier nur einmal um Carcinom des ausserhalb der Genitalien liegenden Uterus gehandelt hat, bei den anderen drängten sich grosse Scheidenwülste hervor, der Beckenboden und das Perineum waren zerstört, während der carcinomatöse Uterus in situ im Becken lag.

1) Centralblatt für Gynäkologie, 1890, No. 6.

Dass wir bei Myomen den Uterus exstirpieren müssen, wenn entsprechende Behandlung mit Elektrizität, mit Application von Ergotin und die Behandlung der Uterushöhle erfolglos geblieben sind, scheint mir unzweifelhaft.

Ich habe somit in 22 Fällen¹⁾ an die Exstirpatio uteri vaginalis die Operation des Vorfalles unmittelbar angeschlossen. Nachdem ich in den ersten 3 Fällen die Prolapsoperation erst einige Zeit nach der Totalexstirpation ausgeführt hatte, wenn die Patienten sich von derselben erholt hatten, ergab sich in den beiden nächsten Fällen die Vereinigung der plastischen Operation unmittelbar mit der Totalexstirpation aus der Natur der Verhältnisse. Grosse Wülste des Scheidengewölbes behinderten die Freilegung des Uterus zur Exstirpation. Sie mussten eingeschnitten resp. ausgeschnitten werden, damit die letztere Operation ausgeführt werden konnte. Die nachträgliche Vernähung dieser Excisionswunden führte zu einer Verziehung des Scheidengewölbes und Beckenbodens, welche der von Asch beschriebenen Fritschschen Methode glich. Seitdem habe ich auch die gewöhnlichen plastischen Operationen, die Colporrhaphia anterior und posterior unmittelbar an die Totalexstirpation angeschlossen. Uebrigens habe ich nur noch einmal zu einer solchen Plastik in der Tiefe der Scheide, wie in den beiden erwähnten Fällen, zu greifen gehabt, in allen übrigen Fällen, also in 19 Fällen, wurden anderweitige Prolapsoperationen ausgeführt. Von den 22 Operationen habe ich 18, College Mackenrodt in meiner Vertretung 4 ausgeführt. Bezüglich des Endresultates will ich bemerken, dass von den 22 Patienten eine nicht genesen ist. Es handelte sich um eine sehr decrepide Person, deren carcinomatöses Collum in der Mitte zwischen gewaltigen Wülsten des Scheidegewölbes lag. Die Operation verlief fast blutleer. Patientin machte eine glatte Reconvalescenz durch, um am 16. Tage, bei dem Versuch, sich aufzusetzen, an einer Embolie der Arteria pulmonalis, die wir bei der Section nachzuweisen in der Lage waren, jäh zu Grunde zu gehen.

Die Operation selbst habe ich durchaus entsprechend den gegebenen Verhältnissen individualisirt. Da, wo der Uterus ganz

1) Im Verlauf des Monats October sind noch zwei einschlägige Fälle von totalem Prolaps und einer von Carcinom des Collum bei ausgedehntem Scheidenvorfall hinzugekommen. Die drei Kranken sind genesen und von ihrem Uebel geheilt.

ausserhalb des Beckens lag, war die Operation natürlich leichter, als bei einer Verlagerung desselben in der Tiefe des Beckens, hinter grossen Scheidenwülsten, und wieder da, wo ausgedehnte Verwachsungen eine sehr schwierige Auslösung nöthig machten. Ich habe nicht darauf bestanden, in einer typischen Schnittführung die Exstirpation auszuführen; der Douglas'sche Raum wurde je nachdem durch einen Längsschnitt auf der hinteren Fläche des prolabirten Uterus entsprechend dessen Längsaxe, oder in der sonst üblichen Form eines Querschnittes durch das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Von da aus habe ich in der typischen Weise, so wie ich es von Anfang an gemacht, Peritoneum und Scheidengewölbe zusammengenäht, ehe ich das Collum ausschnitt. In anderen Fällen habe ich das Collum mit einem Zirkelschnitt umschnitten und, unter steter Dislocation des Uterus entsprechend seiner Längsaxe, die Auslösung vorgenommen, nachdem ich vorher die zu durchtrennenden Theile unterbunden hatte. Ich habe dabei ebenso wenig, wie ich es sonst thue, Gewicht darauf gelegt, ob der Uterus vorn oder hinten oder überhaupt herausgestülpt wird. Wie auch sonst bei vaginaler Total-exstirpation, suche ich ihn da und so auszulösen, wie er sich am besten präsentirt, mag dabei zuerst die Ablösung des Ligamentum latum oder die Trennung vorn oder hinten als das Bequemere erscheinen. Nach Eröffnung des Peritoneum unterbinde ich stets durch Catgutfäden, welche unter Controle eines Fingers von der Scheide nach dem Peritoneum und von da nach der Scheide zurückgeführt werden, die Gewebsmassen, welche ich durchschneiden will.

Da, wo ich die Auslösung der Ovarien leicht ausführen konnte, habe ich sie mitgenommen, Wenn sie in der Höhe des Beckeneinganges verwachsen sind, zumal mit Darmschlingen, verzichte ich auf ihre Entfernung. Ich unterbinde wie bisher, mit Catgut, und habe keine Veranlassung, von diesem Material hierbei abzugehen.

Schliesslich vernähe ich in diesen Fällen von Combination der Exstirpation mit plastischen Operationen im Beckenboden, wie jetzt in allen Fällen von Totalexstirpation, die Wunde im Beckenboden. Ich lege Gewicht darauf, dies an dieser Stelle zu betonen, weil ich mich früher wiederholentlich gegen einen solchen Verschluss ausgesprochen habe, indem ich an der Nothwendigkeit einer Drainage bei der vaginalen Totalexstirpation, wie immer sie gestaltet sein mag, festhielt. Ich bin davon gänz-

lich zurückgekommen und finde, dass der Abschluss des Schlitzes im Beckenboden in der That als das einfachste Verfahren sich darstellt. Dabei wird der Rand des Peritoneum mit dem der Scheide vernäht. Die Stümpfe der Ligamenta lata werden in das Scheidengewölbe hineingelegt, so dass die Wundfläche der Ligamente und des Beckenbodens von der Peritonealhöhle abgeschlossen ist und ihr Secret, wenn ein solches sich entwickelt, nach der Scheide hin abfließen kann.

Nachdem der Uterus ausgelöst und die Wunde vernäht ist, haben wir die Prolapsoperation in typischer Weise ausgeführt. 10 Mal wurde die Colporrhaphia anterior mit der Colporrhaphia posterior nach meiner Methode angewandt, 8 Mal wurde die Operation nach Hegar, einmal eine Lappendamplastik ausgeführt. Das Resultat dieser letzteren Operation war ein recht befriedigendes. Ich habe die Dame des Oefteren und noch in letzter Zeit zu sehen Gelegenheit gehabt, das Resultat ist ein dauernd gutes. Dennoch bin ich von der Wiederholung der Lappendamplastik hier, wie in allen anderen Fällen vollkommen zurückgekommen, weil sich wiederholentlich bei Lappendamplastik eine Verziehung des Rectum entwickelte, die nachträglich den Frauen sehr ärgerliche Beschwerden gemacht hat.

Das Verfahren von Fritsch habe ich ausser in den oben erwähnten Fällen, die dazu mehr oder weniger zwangen, nicht angewandt, weil es eine nach meiner Meinung nicht nothwendige Verstümmelung der Frau liefert. Dass die Exstirpation der Scheide eine an sich relativ einfache Operation ist, wissen wir aus verschiedenen Erfahrungen. Dabei wird aber das Klaffen der Vulva — die Quelle so vieler Beschwerden — nicht beseitigt, wie wir aus einer Mittheilung von Asch selbst wissen. Es resultirt eine ausgedehnte Verziehung im Beckenboden, es tritt eine vollkommene Obliteration der Scheide ein. Diese Frauen werden also eines wesentlichen Bestandtheiles ihres Genitalapparates beraubt. Das mag zunächst irrelevant erscheinen, bei der Verfassung, in welcher die Frauen zur Operation kommen. Aber es ist ja gerade einer der grössten Triumphe dieser Art operativer Eingriffe, dass sich die Frauen nachher erholen, und dann erscheint es ihnen als ein sehr zweifelhafter Erfolg der mit so vielen Schmerzen und Opfern verbundenen Operation, wenn sie cohabitationsunfähig geworden sind. Es ist das nicht blos eine Vermuthung, die ich ausspreche: Eine der ältesten von meinen so operirten Patienten, eine 65jährige gebildete Frau, hat nachträglich bekannt, dass es wesent-

lich die Eifersucht auf ihren 67jährigen Mann gewesen ist, welche sie zur Operation des Prolapses, der sie nach jeder Richtung zum Krüppel machte, gedrängt hat! Gewiss ist es nicht unsere Aufgabe, auf diese Dinge ein übermässiges Gewicht zu legen in Fällen, wo man ohne ein solches Opfer keine Heilung erzielen kann. Wenn wir aber nicht nothwendig haben, eine solche Verstümmelung vorzunehmen, so meine ich, müssen wir es vorziehen, die Organe in ihre physiologische Beschaffenheit zu bringen, wie das eben durch die Colporrhaphie in so erfolgreicher Weise geschehen kann.

Nach meinen Beobachtungen empfehle ich also in den Fällen, in welchen der Uterus extirpirt werden muss, einen complicirten Vorfall als solchen durch eine der bekannten Methoden zu beseitigen, welche der Frau ausserdem aber die Möglichkeit eines geschlechtlichen Verkehrs erhält. Ich wähle in den Fällen ausgedehnteren Vorfalls das von mir angegebene Verfahren, in den Fällen von weniger ausgedehnter Zerstörung, namentlich des Beckenbodens und des Perineum, das Verfahren von Hegar.

22 Fälle von Combination der Exstirpatio uteri vaginalis mit plastischen Operationen in der Scheide und dem Beckenboden.

1. Frau M. (vergl. Düvelius, Centralblatt für Gynäkologie, 1882). Retroflexio uteri; Perimetritis. Der Uterus liegt in der Tiefe des kolossalen Scheidenprolapses. 3 Mal vergebliche plastische Operationen (von anderer Seite). Arbeitsunfähigkeit.

Exstirpatio uteri vaginalis am 27. Juni 1882. Gummischlauchconstriction über dem Uterus. Incision entsprechend der Längsaxe des Uterus. Lösung der Adhäsionen. Umsäumung des Scheidengewölbes vor der Entfernung des Uterus. Resection grosser ulcerirender Flächen des Scheidengewölbes. Das Loch im Beckenboden zwischen dem an die Scheidenwand festgenähten Peritoneum bleibt offen, keine Drainage. — Heilung reactionslos.

8. Mai 1882. Colporrhaphia anterior und posterior nach Martin. Heilung vollständig.

Patientin 1889 als geheilt constatirt.

2 Frau B., 64 Jahre alt. 5 Mal geboren.

Prolaps seit letztem Wochenbett. Vergebliche Operation und Unmöglichkeit der Retention durch Pessare.

Retroflexio uteri. Perimetritis. Cicatrix rupt. perinei. Inversio vaginae completa.

Exstirpatio uteri vag. 20. October 1882. Querschnitt. Lösung der Adhäsionen. Versorgung des Scheidengewölbes und der Peritonealwunde durch Seidennähte. Drainage. Heilung ohne Störung.

2. December 1883. Colporrhaphia anterior et posterior. Vollkommene Heilung.

29. Juni 1887. Dauernde Heilung constatirt.

3. Frau Z., 65 Jahre, 10 Mal geboren. Prolaps allmählig entwickelt.

Elongatio colli. Metritis colli chr. Perimetritis: Fundus fest mit vorderen Kreuzbeinfläche verwachsen. Arbeitsunfähig. Colporrhaphie vergeblich von anderer Seite versucht. Pessarbehandlung unmöglich wegen Irreponibilität.

10. October 1888. Exstirpatio uteri vag. unter Gummischlauchconstriction. Schnitt längs auf dem Collum. Umsäumung nach Lösung der Verwachsung. Umstülpen des Uterus durch den Schlitz im hinteren Gewölbe. Drainage. Heilung ohne Störung.

3. Mai 1884. Colporrhaphia anterior et posterior. Heilung vollständig. Patientin erholt sich in überraschender Weise.

1886. Controle: Patientin betont besonders die Herstellung ihrer Copulationsfähigkeit.

4. Frau G., bisher 5 Geburten.

Carcinoma colli, Hypertrophia et Descensus fornicis vag.

25. Januar 1886. Exstirpatio uteri vag. Dabei ausgedehnte Spaltung der Scheidenwülste, welche den Weg versperren. Nach typischer Entfernung des Uterus Resection der Gewölbe.

Heilung nahezu vollständig per primam.

26. Mai 1886. Recidiv. Die Scheide ist verengt geblieben, der Beckenboden straff gespannt. Infiltration des Bulbus urethrae.

5. Frau S., 7 Geburten, zuletzt vor 14 Jahren.

Carcinoides port. vag. Elongatio colli, Descensus portionis usque introitum. Myoma corporis intramurale — strausseneigross.

Exstirpatio uteri vag. 28. Februar 1887. Das Scheidengewölbe ist stark hypertrophisch. Es wird in grosser Ausdehnung nach Entfernung des Uterus — wobei es vielfach eingerissen — reseziert und vernäht. Heilung reactionslos.

1889. Zwei Jahre nach der Operation ist Patientin laut brieflicher Mittheilung gesund.

6. Frau P., 35 Jahre.

Rapid wachsendes Carcinom des Collum im Puerperium — nach Zwillingsgeburt. Alter Dammriss bis ins Rectum.

Exstirpatio uteri vag. et ovarii utriusque — 25 Minuten, ohne Drainage. Dann Lappendammoperation (10 Minuten). Heilung ohne Störung.

Mai 1891. Recidivfrei. Hydrops peritonei saccatus durch Laparatomie entleert.

Recidiv des Hydrops am 14. September 1891.

7. Frau Br., 49 Jahre. 6 Mal geboren (ein Zwillingsspaar). Vorfall seit 9 Jahren. Abundante Blutungen. Vergebliche Massagebehandlung und Auskratzung von anderer Seite. Anaemia extrema.

Prolapsus uteri permagni totalis. Adenoma corporis.

10. Juli 1889. Exstirpatio uteri vag. et ovar. utriusque.

5. Mai 1890. Colporrhaphia anterior et posterior. Gutes Hei resultat. Völlige Erholung zu normaler Leistungsfähigkeit nach allen Richtungen.

8. Frau T., 65 Jahre. 4 Geburten. Letzte Regel mit 47 Jahren.

Prolaps eines kindskopfgrossen Tumors zwischen den Oberschenkeln. Inversio vag. totalis. An der unteren Spitze des herabhängenden Beutels der atrophische retroflectirte Uterus, allseitig verwachsen. Ausgedehnte Ulceration der Prolapsoberfläche.

7. Februar 1890. Exstirpatio uteri vag. Auslösung von einem Schnitt entlang der hinteren Fläche des Uterus. Excision der Ulcera vaginae. Prolaps der Blase durch das Loch im Beckenboden. Reposition, Vernähung des Loches. Colporrhaphia anterior et posterior.

Normale andauernde Heilung.

26. April 1891. Das alte Mütterchen ist vollkommen arbeitsfähig, hat an Gewicht zugenommen.

9 Frau F., 52 Jahre, 12 Geburten, 9 Aborte. Scheide weit, schlaff. Beckenboden sehr schlaff. Beide Scheidenwände drängen weit in die Rima vor. Portio stark erodirt. Uterus etwas vergrößert. Adenoma malign.

22. Mai 1890. Exstirpatio uteri vag. in typischer Weise. Die linken Adnexa (Ovarium cystisch degenerirt) werden entfernt, die rechten bleiben erhalten. Nach Entfernung des Speculum zeigt sich im hinteren Scheidengewölbe ein 5 cm langer Einriss, in den ein Stück Netz prolabirt ist. Unterbindung und Resection desselben.

Colporrhaphia anterior et posterior nach Martin. Heilung andauernd.

10. Frau Gr., 46 Jahre. 8 Geburten, 2 Aborte. Starke Brünnette. In die weit klaffende Rima tritt beim Drängen die ganze schlaffe Scheide mit einem Theil des Uterus. Kranke klagt über ausserordentliche Beschwerden. Prolapsus vag. ant. et post. et uteri incompl.

8. Juni 1890. Exstirpatio uteri vag. c. adn. sin. wurde in typischer Weise durchgeführt. Die rechten Adnexa bleiben erhalten. Bemerkenswerth ist ein starker Blutreichthum des Gewebes, der eine sehr sorgfältige Blutstillung erheischt.

Colporrhaphia anterior et posterior (Martin).

August 1891. Völlige Euphorie. Scheide zur Norm reconstruirt.

11. Frau R., 56 Jahre. 2 Geburten. Schlecht genährte Alte. Durch den enorm weiten Introitus drängt die ganze, schlaffe Scheide vor. Uterus klein, retroflectirt, fixirt. Adnexa senil atrophisch.

13. November 1891. Exstirpatio uteri vag. Der Versuch der typischen Freilegung des Douglas wird abgebrochen, da derselbe obliterirt ist. Unterbindung des Lig. lat. sin. Nach Ablösung desselben und der Blase wird der Douglas unter Trennung der Adhäsionen wieder hergestellt, dann gelingt die Durchführung der Operation. Adnexa bleiben erhalten.

Colporrhaphia anterior et posterior (Hegar).

Andauernde Euphorie 11 Monate post operationem.

12. Frau S., 52 Jahre. 1 Geburt, 1 Abort. Starke Brünnette. Introitus klafft weit. Portio dick, hart, an derselben blumenkohlartige harte Wucherungen, die hinten links bis ins Scheidengewölbe gehen. Uterus normal, Ligamente frei.

27. August 1890. Exstirpatio uteri vag. Zuerst Entfernung der carcinomatösen Massen des Colium typische Auslösung. Die Umstülpung des Uterus wurde durch bedeutende Verwachsungen erschwert. Ebenso sind die Adnexe in Schwielen eingebettet; sie werden nach Durchtrennung der Stümpfe an die Scheide angenäht. Der Peritonealschlitz wird durch Kreuznaht geschlossen. Heilung ohne Störung.

13. Frau Kl., 48 Jahre. Entblutete blasse Frau. Grosser Hiatus introitus, aus dem sich die gewaltigen Scheidenwandungen hervordrängen. Carcinoma colli. Corpus sehr gross, an der vorderen Kreuzbeinfläche adhärent.

9. Februar 1891. Exstirpatio uteri vag.; schwierige Trennung der perimetritischen Verwachsungen. Entfernung beider Ovarien und der collabirten Tubensäcke, deren blutiger Inhalt das Becken füllte und sich bei der entleeren Eröffnung des Douglas entleerte. Schluss des Loches durch Naht.

Breite Colporrhaphia anterior. Colporrhaphia posterior Hegar. Heilung normal.

14. Frau N., 47 Jahre. 3 Geburten, 2 Aborte. Grosse anämische Blondine. In den weiten Introitus drängt die ganze schlaffe Scheide mit dem Uterus vor. Der stark verdickte Uterus lässt sich nicht vollkommen zurückbringen, auf der vorderen Lippe starke Erosionen.

14. März 1891. Exstirpatio uteri vag. c. adn. Bei dem vollständigen Vorfall der vorderen Scheidenwand zuerst Versuch, die Excav. ves. uteri zu eröffnen. Wegen starker Blutung wird davon Abstand genommen und

in typischer Weise vorgegangen. Umstülpung des Uterus leicht, an der hinteren Wand das Netz durch einen derben Strang adhären. Die Adnexa werden ausgelöst, das rechte Ovarium bleibt zum Theil zurück. Dann sorgfältige Vernähung des Beckenbodens.

Colporrhaphia anterior mit Auslösung eines etwa handtellergrossen Ovals. Naht in 3 Etagen. Der Abschluss der hinteren Scheide durch grossen Hegar in 2 Etagen bewirkt.

15. Frau S., 49 Jahre. 12 Mal geboren.

Ausgedehnter Scheidendammiss. Prolapsus vaginalis anterior. Cancroides portionis vaginalis.

1. Mai 1891. Exstirpatio uteri vag. Vorfall von grossen fettreichen Appendices epiploicae; massenhafter Ascites. Ovarien hoch oben fixirt, mit Darmschlingen verwachsen, werden zurückgelassen. Verschluss der Wunde im Beckenboden.

Ausgedehnte Colporrhaphia anterior, Colporrhaphia posterior Hegar. Normale Heilung.

16. Frau L., 47 Jahre, 6 Mal geboren. Ueber faustgrosser Prolaps, anderweit mit Pessaren und Massage behandelt. Hypertrophia et Elong. colli. Corpus am Kreuzbein breit angelöthet. Reposition nur partiell ausführbar. 2. Juli 1891 Exstirpatio uteri vaginalis typisch. Ovarium sinistrum nicht vergrössert, hoch oben fixirt, wird zurückgelassen. Ovarium dextrum durch Oophoritis chr. vergrössert, wird mit grosser Haematosalpinx dextra entfernt. Colporrhaphia anterior sehr ausgedehnt, posterior ebenfalls sehr ausgiebig. Reconvalscenz normal.

17. Frau M., 44 Jahre, 10 Mal geboren.

Carcinoma colli. Pelveoperitonitis chronica. Oophoritis et Salpingitis chronica dextra. Prolapsus vaginae posterior mit Rectocele.

8. Juli 1891. Exstirpatio uteri vaginalis. Schwierige Auslösung des Corpus. Abscess im Ovarium dextrum, dieses mit verdickter Tube extirpirt, ebenso Adnexa links. Ausgedehnte Resection des entzündeten und parenchymatös blutenden Peritoneum im Douglas. Schluss der Wunde im Beckenboden. Ausgedehnte Colporrhaphia posterior nach Hegar.

Heilung durch mässige Fieberbewegung verzögert, schliesslich vollständig.

18. Frau S., 48 Jahre. Kräftig aussehende Frau.

Carcinoma cervicis. Grosse Wülste des Scheidengewölbes drängen in das Lumen der Scheide. Der Introitus klappt. Ausgedehnte perimetrische Verwachsung des Corpus.

20. Juli 1891. Exstirpatio uteri vaginalis. Ausgedehnte Resection der Scheidengewölbe, dessen Wundflächen mit dem Loch im Beckenboden gleichzeitig vernäht werden. Beide Ovarien stark geschrumpft, liegen fest verlöthet in der Höhe des Beckeneingangs, werden zurückgelassen. Euphorie bis zum 16. Tage. Plötzlicher Tod. Autopsie: Embolia art. pulmonalis dextra.

19. Frau Gl., 54 Jahre, 4 Mal geboren. Profuse Blutungen. Wiederholentlich von anderer Seite ausgeschabt. Der Descensus vaginae mit Massage behandelt: weit klaffender Introitus. Carcinom des Corpus.

31. Juli 1891. Exstirpatio uteri et ovar. utriusque vaginalis; durch das Volumen des Corpus wird die Entwicklung sehr erschwert. Resection des Scheidengewölbes im Anschluss an die Naht des Loches im Beckenboden. Ausgedehnte Colporrhaphia posterior nach Hegar.

Heilung unter circumscripiter Abscessbildung im Ligamentum latum sinistrum. Vollkommene Reconvalscenz 27. September 1891 constatirt.

20. Frau K., 46 Jahre, hat einmal geboren. Gut genährte Blödsinnige. Introitus weit. Aus der klaffenden Rima stülpt sich beim Pressen die ganze invertirte Scheide vor, an der Spitze die Portio, im Cervix

ein bohnergrosser Polyp. Uterus klein, leicht beweglich. Adnæxa senil.
1. August 1891. Exstirp. ut. vag. c. adn. wurde in typischer Weise durchgeführt.

Colp. ant. et post. Hegar. Heilung.

21. Frau S., 52 Jahre. 8 P., 3 Aborte. Brünette. Introitus weit. Scheide glatt, weit, Prolaps. vag. port. Portio verdickt, aussen glatt. Muttermund durchgängig, im Cervix eine rauhe Masse zu fühlen. Starke Blutung. Uterus stark vergrössert. Abr. prob. ergiebt Carcin. colli.

22. August 1891. Exstirp. ut. vag. c. adn. wird in typischer Weise durchgeführt. Colp. post. Hegar.

22. Frau W., 41 Jahre, eine Geburt durch Forceps. In die weit klaffende Rima drängt die schlaffe Scheide. Uterus hart, vergrössert, retroflectirt, fixirt. Prol. vag. ant. et post. Retrof. ut. fix. Metritis chronica. Myomata uteri.

4. September 1891. Exstirp. ut. vag. c. adn. in vollkommen typischer Weise vollendet. Uterus reichlich faustgross, 11 cm lang. Am Fundus zwei etwa wallnussgrosse subseröse Myome mit kurzem dicken Stiel. An der hinteren Wand ein kleineres kirschgrosses, interstitielles Myom. Schleimhaut stark hypertrophisch bietet das Bild der Endom. glandularis. Colp. post. Hegar. Heilung normal.

d7113