Über

Prolapsus-Operationen

mit besonderer Berücksichtigung

der Frank'schen Methode

aus der Greifswalder Gynäkologischen Klinik.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 2. März 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich verteidigen wird

Carl Spallek,

prakt. Arzt

aus Schlesien.

Opponenten:

Herr [illegible] Blobel, Assistent am hygien. Institut zu Greifswald.
Herr Dr. Brandt, cand. med.
Herr Koch, cand. med.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1893.

Seinen teuren Eltern

sowie

seinem lieben Schwager A. Jelitto

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Die Behandlungsweise des Prolapsus vaginae resp. uteri, welch' letzterer in der Mehrzahl der Fälle nur eine Folgeerscheinung des ersteren ist, zeigt ein so mannigfaltiges Bild, wie wir es kaum auf irgend einem anderen Gebiete finden. Bei der unblutigen Behandlung erinnere ich an die grosse Zahl der Pessarien, welche nach Art ihrer Wirkung in gestielte und ungestielte geschieden werden. Zu den letzteren sind zu zählen der Mayer'sche Ring, die Pessarien von Schultze und Vulliet, das Hodge'sche und das Thomas-Pessar. Von den gestielten erwähne ich den Roser-Scanzoni'schen und den Zwanck-Schilling'schen Hysterophor. Ferner haben wir Pessarien kombiniert mit Bandagen von Seifert und Scanzoni. Sodann erinnere ich an die Behandlung durch Massage (sog. Lüftbewegungen) von Thure Brandt.

Bei der blutigen Behandlung hat man Operationen vorgenommen am Uterus, und solche an der Vagina und Damm. Bei den ersteren finden wir aufgezeichnet die Abrasio mucosae, die Amputatio portionis vaginalis cervicis, die Ventrifixatio des Uterus, die Totalextirpatio des Uterus per vaginam. Zu den letzteren gehören: die narbige Verengerung der Vagina nach

Anwendung von Causticis; die Episiorrhaphia, von Fricke zuerst ausgeführt, von Anderen mannigfach abgeändert; die Kolporrhaphia anterior, von Hall zuerst vorgeschlagen, von Dieffenbach, Velpeau, v. Langenbeck, C. Braun, Schroeder, Martin, Fehling u. A. modifiziert; die Kolporrhaphia posterior; die Kolporrhaphia mediana; die Kolpo-Perineorrhaphia, von Simon zuerst ausgeführt, dann von Hegar und Kaltenbach weiter entwickelt, an der wieder erhebliche Veränderungen von Bischoff, Martin und Winckel vorgenommen wurden; die Episio-Perineorrhaphia, genannt die Lawson-Tait'sche Methode, von Sänger zuerst in Deutschland angewendet und verbessert; die Perineorrhaphia von Frank.

Angesichts dieser vielen genannten Methoden der Behandlung könnte man sich leicht zu dem Urteil verleiten lassen, keine der Methoden sei eine vollkommene und ausreichende, sonst könnten daneben nicht so viele andere bestehen. Dieser Gedanke ist jedoch nicht richtig, vielmehr ist die Behandlung des Prolapsus vaginae deshalb so mannigfach, weil man von so vielen zu berücksichtigenden Gesichtspunkten hierbei ausgehen muss, wie nirgendswo, und man kann bei der Behandlung ein und desselben Falles nicht leicht die verschiedenen Methoden mit einander beliebig vertauschen. So dienen die Methoden der Ringbehandlung oft nur als Notbehelf in den Fällen, wo man der Patientinnen halber operativ nicht vor-

gehen kann. Letzteres ist deshalb so oft der Fall, weil die Ringbehandlung dem Laien ein gutes Resultat vortäuscht, und furchtsame Seelen sich erst bei unerträglichen Beschwerden zur Operation bewegen lassen. In vielen Fällen dienen die Pessarien als Unterstützungsmittel vorgenommener kleinerer operativer Eingriffe, um den Erfolg als Dauererfolg zu sichern, wo man schwierigen, für sich allein ausreichenden Operationen aus Gründen aus dem Wege gehen musste.

Die Gesichtspunkte, welche bei den einzelnen Operationen zu berücksichtigen sind, stützen sich auf die Ätiologie des Prolapsus, die ihrerseits in den anatomischen Verhältnissen dieser Gegend so vielfach gegeben ist. Es ist nämlich fast unmöglich, dass einer der hier anatomisch benachbarten Teile eine stärkere Dislokation erleidet, ohne dass nicht ein anderer Teil in Mitleidenschaft gezogen würde. Gelegentlich kommt ein Prolapsus bei Dammrissen vor; die Dislokation des Uterus entweder im Ganzen oder nur in seinem untersten Teile, dem Cervix, der dann bei länger bestehendem und ausgedehnterem Prolapsus vaginae fast immer mehr oder weniger stark hypertrophiert, erfolgt als Beteiligung durch Zerrung der vorgefallenen Vagina. Andrerseits kann ein erheblicher Prolapsus uteri selbst natürlich nicht stattfinden, ohne dass gleichzeitig die Vagina eingestülpt wird. Es spielen also die benachbarten Organe wie bei der Ätiologie, so auch bei der operativen Behandlung des Prolapsus eine wichtige Rolle und dienen bei der

Operation als Angriffspunkte zur Beseitigung des Übels, und so sind die verschiedenen Methoden der Behandlung zu erklären.

Für die Indication, wie auch für die Prognose der Operation scheint es notwendig, wiewohl dies eigentlich nicht in den Rahmen dieser Arbeit gehört, auf gewisse Verschiedenheiten bei der Entstehung des Prolapsus aufmerksam zu machen. Hegar sucht die Ätiologie in trefflichster Weise einmal in der Insufficienz des Schlussapparates der Vagina, worunter der ganze Muskel- und Bandapparat zu verstehen ist, welcher die unteren Teile der Vagina umgiebt und durch seine Straffheit als Stütze der gesamten Geschlechtsteile dient. Zweitens, und zwar in den selteneren Fällen, sei es die Insufficienz der Bauchfellbefestigungen, welche die inneren Geschlechtsteile nach dem knöchernen Becken zu befestigen.

Bei den Fällen mit zuletzt genannter Ätiologie müssen wir uns wegen der Unzugänglichkeit der Teile, die den Prolapsus zustande kommen liessen begnügen, Verhältnisse zu schaffen, welche die weitere Behandlung mit einfachen Pessarien ermöglichen.

Bei Gelegenheit kann man am Uterus operativ vorgehen. Was die schon oben erwähnten Operationen am Uterus anlangt, so richtet sich die Abrasio mucosae gegen eine bestehende Endometritis, die Amputatio portionis vaginalis cervicis gegen die circuläre Hypertrophie der Portio und gegen die Elongatio supravaginalis cervicis. Die Amputation des

gesamten Uterus als radicalste Operation, deren Prognose bei der vervollkommeneten Technik der totalen Uterusexstirpationen per vaginam gerade bei prolabiertem Organ jetzt keine schlechte mehr ist, ist nur sicher gerechtfertigt bei Complikation mit einer malignen Neubildung oder Gangrän des Organs, oder bei totalem Prolapsus, der der Trägerin unsägliche Beschwerden bereitet und sich auf keine andere Weise beseitigen lässt. Die Ventrifixatio des Uterus, die Schroeder und andere Operateure mehrere Male bei Ovariotomie mit gleichzeitigem Prolapsus vorgenommen haben, hält, wie es sich gezeigt hat, für sich allein den Prolapsus nicht zurück, so dass regelmässig die Kolporrhaphia anterior und posterior folgen muss.

Wir sehen also, dass viele von den operativen Methoden nur für ganz bestimmte Fälle passen.

Für die Fälle von Prolapsus, wo die Ätiologie in unvollkommenen Dammzerreissungen oder Erschlaffungszuständen des Beckenbodens liegt, sind die anderen operativen Methoden am Platze, jedoch auch nicht wieder alle für einen und denselben Fall anwendbar. So ist die Episiorrhaphia nur bei Frauen nach dem Klimakterium, wobei dann nur eine kleine Öffnung zum Abfliessen der Sekrete gelassen werden muss, aus leicht einleuchtenden Gründen ausführbar. Die Kolporrhaphia anterior und posterior leisten auch nur Erfolge von kurzer Dauer, wie die Erfolge dieser früher nur geübten Operationen es gezeigt haben, und können sie nur mit Combination der Ringbehandlung

von Dauererfolg begleitet sein. Die Kolpo-Perineorrhaphia von Simon-Hegar schafft bei Erschlaffungszuständen des Beckenbodens wieder in den meisten Fällen eine feste Stütze für die Geschlechtsteile, was die Lawson-Tait'sche Methode ausserdem noch bei Dammrissen zu thun imstande ist.

Bei dieser Gelegenheit glaube ich hinsichtlich der Lawson-Tait'schen Methode aufmerksam machen zu müssen, was Sänger in seinem Vortrage „Einige geschichtliche und technische Bemerkungen über die Lappenperineorrhaphie" (siehe Centralblatt für Gynäkologie, XII. Jahrgang No. 47, 1888) sagt: Laut neuerer brieflicher Mitteilung von Prof. Nicolaysen in Christiania an ihn hätte vor Lawson-Tait Prof. Voss sen. in Christiania 1865 diese Methode geübt. Die Idee dazu hätte vorher Prof. S A. V. Stein in Kopenhagen im Jahre 1862 geäussert. — Daraus ersehen wir, dass Lawson-Tait die Methode mit Unrecht zugeschrieben wird.

Sänger hat diese Methode vereinfacht, dieselbe in 1½ Jahren fünfzig mal ausgeführt und in keinem Falle misslingen sehen.

Diese Sänger'sche Methode wurde bei Prolapsus vaginae mit oder ohne Dammdefekt seither vielfach geübt und die früheren Methoden, wie die Amputatio cervicis, die Kolporrhaphia anterior et posterior nur als nötiger Vorakt dazu ausgeführt.

Wysocki[1]) hat 11 Fälle aus der Greifswalder

[1]) Über Episio-Perineorrhaphie. Inaug.-Dissertat. Greifsw. 1889.

Gynäkolog. Klinik, auf diese Art behandelt, beschrieben, nachdem in dem Jahre vorher von Schubert 6 andere publiziert worden waren. Herr Geh. Rat Pernice, der Direktor der gynäkolog. Klinik zu Greifswald, hat bis Neujahr dieses Jahres ausschliesslich in den sich dafür eignenden Fällen diese Methode angewendet.

Die augenblicklichen Resultate dieser Operationsmethode, deren Technik eine verhältnismässig leichte ist, waren gute, als Dauererfolge haben sie sich jedoch nicht in allen Fällen bewährt. Laut Statistik des Journals der Greifswalder Klinik sind von 44 Fällen von Prolapsus vaginae seit Neujahr 1889, die Herr Geh. Rat Pernice nach dieser Methode operirt hat wo die Patientinnen als geheilt entlassen wurden, 2 Patientinnen, deren Krankengeschichten zum Beweise für die Indikation und technische Ausführung der Operation ich später anführen will (Fall I und II), mit einem Recidiv in die Klinik wiedergekommen. Dies wäre als Prozentsatz kein zu hoher Misserfolg, jedoch lässt sich aus den 2 Fällen, deren Behandlung unter gleichen Indicationen die gleiche war, die Schlussfolgerung ziehen, dass von den operierten Fällen mehr Misserfolge hinsichtlich des Dauererfolges zu verzeichnen sind, nur sind die Patientinnen mit Rückfall des Leidens alle nicht wiedergekommen, oder er steht der oder jenen von ihnen noch bevor. — Von derselben Ansicht geleitet, hat Herr Geh. Rat Pernice deshalb in der letzten Zeit an einem Fall, den

ich als Fall III später anführen will, eine andere Operationsmethode, die ihm bessere Resultate verspricht, angewendet.

Da bei dieser von ihm in diesem Falle angewendeten Methode die Frank'sche Methode mit die Hauptrolle spielt, will ich dieselbe, weil sie noch jüngeren Datums ist, in ihrer Ausführung kurz mitteilen: Vor dem Anus, parallel mit der hinteren Commissur, wird eine quere Wunde geschnitten. Von dieser aus wird die Vagina in ihrem hinteren Umfange von der Unterlage so abgelöst, dass das Rectum frei in der Wunde liegt, und zwar geschieht die Lösung bis zum Fornix posterior vaginae. Vaginalgewebe wird nicht excidiert, sondern das scheinbar überflüssige Gewebe durch versenkte Catgutnähte, welche in der ganzen Länge der losgelösten Vagina auf der dem Mastdarm zugekehrten Seite etagenförmig angelegt werden, zu einem Wulst nach der vorderen Vaginalwand hin gebildet. Die Vereinigung der durch das Ablösen der Vagina entstandenen queren Dammwunde erfolgt von der Tiefe aus sagittal durch versenkte Werth'sche Nähte. Das Prinzip bei dieser Operation ist, die hintere Vaginalwand mit der Unterlage festzulöthen. Bei der Ausführung dieser Operation macht die Lösung des Vaginalrohres nur am Introitus vaginae Schwierigkeiten, sind diese überwunden, so lässt sich der Schlauch weiter nach oben mit Leichtigkeit abheben.

Eine ähnliche neuere Methode, die ich hier vergleichsweise noch anführen will, ist von Simpson

angegeben. Dieselbe besteht in der Hauptsache darin, dass der untere Teil der hinteren Vaginalwand von der hinteren Commissur angefangen 5 cm hoch gespalten wird; von dem unteren Punkte der Spaltungslinie wird an der Grenze der Vagina und der äusseren Haut je ein bogenförmiger Schnitt aufwärts geführt, ebenfalls 4—5 cm lang. Die so umschnittenen Vaginalschleimhautlappen werden nunmehr abpräpariert, nach oben geschlagen und von oben her durch Nähte von der Vagina aus mit einander vereinigt, so dass nach der Vagina zu ein Wulst entsteht. Die an der vorderen Dammgrenze gebildete Wunde wird ebenfalls durch einige tiefere Silberdrahtnähte quer vereinigt.

Nachdem ich zum besseren Verständnis der uns interessierenden Fälle das Operationsverfahren der Frank'schen Methode angeführt, will ich die Fälle selbst folgen lassen.

Fall I.

Patientin ist die 21 Jahre alte Luise D. aus Mittelhof bei Wolgast. Sie wurde am 9. Mai 92 in die Klinik aufgenommen.

Anamnese: Pat. ist im 12. Lebensjahre zum ersten Male menstruiert worden; die Menses kamen alle vier Wochen, hielten 4—5 Tage, in normaler Menge vorhanden, an. Im Alter von 15 Jahren blieben sie ein halbes Jahr aus. Letzte Menstruation war in der vergangenen Woche da und hielt 3 Tage lang an. Pat. hat am 19. Dezember 90 ein Kind geboren; die Geburt war angeblich schwer, das Wochenbett verlief

normal. Infolge schweren Hebens will Pat. im November 91 einen Prolapsus der Vagina bekommen haben, der seitdem stärker geworden ist. Beschwerden von Seiten des Prolapsus hat Pat. nur beim Gehen, sobald der Vorfall erscheint, wobei sie dann starke Schmerzen im Schooss verspürt.

Status praesens:

Pat. ist von mittelgrossem Bau, guter Ernährung und gesunder Gesichtsfarbe. Der Appetit ist gut; der Stuhlgang ist normal; von Seiten des Harnapparates ist nichts Pathologisches nachzuweisen. Die bimanuelle Untersuchung ergiebt folgenden Befund: Die vordere Vaginalwand prolabiert etwa bis zur Hälfte, die hintere bis zum Ende des unteren Drittels, die Portio ist stark hypertrophisch; die Länge des Uterus beträgt 9 cm, der Uterus liegt retrovertiert. Aus dem Orificium externum entleert sich eitriges Sekret. Die Parametrien sind frei. Der Damm ist stark verkürzt infolge eines alten Dammrisses.

Diagnose: Prolapsus parietis utriusque vaginae; Retroversio uteri; Catarrhus cervicis; Ruptura perinei incompleta.

Operation am 19. Mai in Narkose unter den üblichen peinlichen aseptischen Cautelen: Mittels einer in die vordere Muttermundslippe eingehakten Kugelzange wird der Uterus soweit nach unten gezogen, dass die vordere Vaginalwand in ihrer ganzen Ausdehnung frei zu Tage liegt. Es wird zunächst links ein O-förmiges Schleimhautstück mit dem Messer um-

schnitten und von dem Gewebe darunter mit einer Pincette stumpf abgerissen. Den entstandenen Schleimhautdefekt zu schliessen misslingt, es müssen dazu Seidennähte verwendet werden, da bei der vorhandenen erheblichen Hypertrophie des Cervix die Spannung des Gewebes eine so starke ist, dass beim Anziehen der Silberdrähte letztere das Gewebe durchschneiden. Es wird an der rechten Seite der Vagina ebenfalls ein O-förmiges Schleimhautstück umschnitten, mit der Pincette abgerissen und der Defekt ebenfalls durch Seidennähte geschlossen. Nach Bestreuung der Wunde mit Jodoformpulver wird die Vagina reponiert. Jetzt wird eine quere Spaltung des Dammes mit der Kniescheere vorgenommen; an dem Ende des Schnittes werden mit dem Messer zwei neue nach oben zu gemacht, sodass die Schnittfläche eine ⊔-förmige Gestalt hat. Die gegenüberliegenden Wundränder werden durch drei starke Silberdrahtnähte vereinigt, zur genauen Zusammenfügung dienen Silkwormfäden; ebenfalls durch letztere wird der vordere Lappen zum Bürzel vernäht. Darauf wird die Wunde mit Jodoform bestäubt und der übliche Jodoform-Gaze-Verband angelegt.

Die Heilung verlief gut; am 29. Mai erfolgte die Herausnahme der Silkwormfäden, die Wundlinie war in geringer Ausdehnung völlig vereinigt.

2. Juni: Herausnahme der Silberdrähte und eines Seidenfadens; ein neuer breiter Damm ist so gebildet.

17. Juni: Herausnahme der Seidennähte aus der

Vagina. Da der Prolapsus beim Pressen der Pat. wieder etwas zu Tage zu treten scheint, wird ein Hodge'sches Pessar eingelegt, und Pat. am 18. Juni entschieden gebessert entlassen.

Recidiv

am 31. Oktober 92, wo sich Pat. in die Klinik wieder aufnehmen lässt.

Diagnose: Prolapsus parietis utriusque vaginae; Hypertrophia portionis vaginalis cervicis; Elongatio cervicis; Retroversio uteri.

Therapie: Amputatio cervicis, Kolporrhaphia anterior et posterior.

Am 17. December erfolgt die Entlassung der Pat. als geheilt.

Fall II

betrifft die 22 Jahre alte Marie B. aus Karrendorf bei Greifswald, die am 21. Januar 90 aufgenommen wurde.

Anamnese: Pat. ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre stets gesund gewesen. Die Periode bekam sie zum ersten Male im 15. Lebensjahre, dieselbe war regelmässig, ziemlich reichlich, ohne Schmerzen. Vor 3 Jahren will Pat. einen Vorfall ihrer Geschlechtsteile zum ersten Male bemerkt haben, der immer stärker wurde. Sie führt denselben auf schweres Heben bei der Arbeit zurück. Die Beschwerden bestehen im Drängen nach unten und zeitweiligen Schmerzen im Kreuz.

Status praesens:

Patientin ist von kräftigem Körperbau, gut genährt, von gesunder Farbe. Der Appetit ist gut, Stuhl regelmässig, der Urin normal.

Bei der Inspection der Geschlechtsteile sieht man aus dem Introitus vaginae eine über gänseeigrosse Geschwulst hervorragen, bestehend aus der Vagina und dem Uterus. Die Portio ist stark hypertrophisch, an der hinteren Lippe befindet sich ein Geschwür. Die Untersuchung mit dem Catheter lässt in dem Prolapsus die Blase mitbeteiligt erkennen. Der Damm ist schlaff.

Diagnose: Prolapsus uteri.

Patientin wird am 27. Januar in Narkose operirt: Nach antiseptischer Vorbereitung wird durch zwei in die Portio eingesetzte Muzeux'schen Zangen der Uterus angezogen, so dass die ganze vordere Vaginalwand ausgebreitet vor der Vulva liegt. Jetzt werden zu beiden Seiten der Columna rugarum je ein O-förmiges Schleimhautstück umschnitten und mit der Pincette von der Unterlage abgehoben. Es erfolgt die Vereinigung des Defektes durch Silberdraht- und Catgutsuturen. Die Portio wird nunmehr stark nach oben angezogen, und dadurch die hintere Vaginalwand entfaltet, und aus ihr wird ein △-förmiges Stück (Spitze des Dreiecks in der Nähe der Portio) auf dieselbe Weise entfernt. Die Vereinigung der Wundränder des Defektes erfolgt ebenfalls durch Draht und Catgut. Durch diese Excisionen ist die Vagina so verengt,

dass der Uterus sich nur unvollkommen durch den Trichter nach oben reponieren lässt. Jodoformgaze- und Wattetampons mit darauf angelegter T-binde halten ihn gut zurück. Nach einigen Tagen ist er ganz nach oben an die normale Stelle zurückgetreten.

In den ersten Tagen treten bei der Pat. heftige Schmerzen auf, vom 4. Tage zeigt sich starker Ausfluss aus der Vagina, es werden deshalb Sublimat-Ausspülungen vorgenommen.

Am 10. Februar wird bei der Pat. in Narkose der Damm nach Sänger ⊔-förmig angefrischt, der Lappen nach vorn präparirt. Die beiden seitlichen Wundränder werden durch Silberdrähte vereinigt, dazwischen erfolgt die Vernähung der Wundfläche und des Lappens mit Silkwormfäden.

Am 17. Februar werden die Silkwormfäden entfernt.

Am 24. Februar erfolgt die Herausnahme der Silberdrähte aus dem Damm. In der Mitte der Wunde am Damm zeigt sich ein kleines granulierendes Grübchen.

3. März. Es werden die Silberdrähte aus der Vagina herausgenommen; überall zeigt sich gute Heilung. Die Vagina ist straff, der Damm fest und gut geheilt. Am 8. März wird Pat. als geheilt entlassen.

Recidiv

konstatiert am 7. Mai bei Aufnahme der Patientin. Sie verlässt alsbald das Krankenhaus, nachdem sie die Weisung erhalten hat, keine schwere Arbeit zu verrichten.

Wiederaufnahme am 11. Dezember 1892. Die bimanuelle Untersuchung zeigt die vordere, sowie die hintere Vaginalwand in ihrer ganzen Ausdehnung vorgefallen. Die Umgebung des Orificium externum ist hochrot, exulceriert. Die Entfernung der Clitoris bis zum Ende des Vorfalls beträgt 16 cm. Innerhalb des Prolapsus liegt der 8 cm lange Uterus im retrovertierter Stellung, sowie die Blase, so dass das Ende der Blase in unmittelbarer Nähe des Orificium externum gelegen ist.

Diagnose: Prolapsus totalis parietis utriusque vaginae; Prolapsus uteri et vesicae.

Therapie: Totalextirpation des Uterus per vaginam.

Am 2. Februar erfolgt die Entlassung der Patientin als geheilt.

Fall III.

Patientin ist die Frau H., 50 Jahre alt, aus Reetz. Sie liess sich am 25. Januar in das Krankenhaus aufnehmen.

Anamnese: Pat. ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre stets gesund gewesen. Die Periode trat mit 17 Jahren ein, war regelmässig, vierwöchentlich und hielt jedesmal acht bis zehn Tage an, war ohne Schmerzen. Fluor bestand nicht. Ihre letzte Menstruation hat Pat. vom 12. bis 18. dieses Monats gehabt. Sie hat elf Partus und einen Abortus durchgemacht. Die Partus waren angeblich stets schwer, obschon ohne Kunsthülfe verlaufen. Bei dem Abortus, welcher vor zwölf Jahren dagewesen, hat Pat. sehr viel Blut verloren.

Gleich darauf bemerkte sie zugleich einen anfangs geringen Prolapsus vaginae, der später stärker und stärker wurde, namentlich aber infolge körperlicher Arbeit während der letzten Monate zugenommen hat.

Status praesens:

Patientin ist von mittelgrossem Bau, schlechter Ernährung und anämischer Gesichtsfarbe. Der Appetit ist mässig gut, der Stuhl ist angehalten, Urin normal.

Bei der bimanuellen Untersuchung ergiebt sich folgender Befund: Beide Muttermundslippen sind auffallend hypertrophisch sowohl in der Länge, als besonders im Dickendurchmesser. Der Uterus liegt in leicht elevierter Stellung; seine Länge beträgt $9^1/_2$ cm. Das Orificium externum ist geöffnet, der untere Teil des Cervicalkanals abtastbar, mit zahlreichen Unebenheiten der Mucosa versehen. An der linken Seite des Cervix ist ein schmaler, etwa $1^1/_2$ cm langer Schleimhautpolyp fühlbar. Das Vaginalsekret ist durch Beimengung von Blut rot tingiert. Bei Anwendung der Bauchpresse seitens der Patientin prolabieren die vordere und hintere Vaginalwand in grosser Ausdehnung, in der Vulva ist das Orificium externum sichtbar.

Diagnose: Chronische Hypertrophie des Uterus; Prolapsus parietis utriusque vaginae; Schleimpolyp des Cervix.

Operation am 28. Januar: Zunächst wird in Narkose nach sorgfältigster Desinfektion der äusseren Genitalien und der Vagina die Portio mittels Muzeux-

schen Zangen mit Leichtigkeit in die Vulva heruntergezogen. Aus beiden Muttermundslippen wird nunmehr ein keilförmiges Stück herausgeschnitten, und der Defekt durch Seidennähte geschlossen, welche die äussere Schleimhaut der Portio an die Schleimhaut des Cervix annähen. Jetzt wird in der vorderen Vaginalwand ein O-förmiges Schleimhautstück umschnitten und mit der Cooperschen Scheere losgetrennt. Nachdem der Defekt mit Silberdrähten mit dazwischen durchgelegten Catgutfäden vernäht wird, wird der Uterus reponiert. Es wird nunmehr der Damm in seiner Mitte mit der Kniescheere gespalten, und es wird mit dieser Kniescheere sowie mit dem Messer das Septum recto-vaginale bis 7 cm nach oben durchtrennt, wobei einige spritzende Gefässe mit Catgut umstochen werden. Es wird von dieser Wundhöhle in der ganzen Länge der frei präparierten hinteren Vaginalwand in dieser eine von oben nach unten verlaufende Falte gebildet, wobei zugleich durch diese Suturen die im Septum recto-vaginale geschaffene Wunde bis auf die Dammwunde geschlossen wird. Es werden ferner mit dem Messer rechts und links vom Introitus vaginae seitlich je ein Schnitt geführt, so dass die Anfrischungsfigur am Damm eine ⊐-förmige ist, wobei der umschnittene Lappen zum unteren Ende der geschaffenen Falte verwendet wird. Die Dammwunde wird nun in der gewöhnlichen Weise durch Silberdrähte mit dazwischen gelegten Silkwormfäden geschlossen. Die Wundstelle wird mit

Jodoformpulver angeblasen, mit Jodoformgaze bedeckt und darauf eine T-binde angelegt. Der Damm ist sehr lang.

Am 3. Februar werden die Silkwormfäden aus der Dammwunde entfernt.

8. Februar: Entfernung der Silberdrähte aus dem Damm. Das untere Ende der gebildeten Falte steht etwa 3 cm lang am Damm hervor, deshalb wird am 10. Februar eine Resection dieses Bürzels durch zwei seitliche Schnitte mit hinterheriger Vernähung ausgeführt und die Wundfläche nach Bestreuung mit Jodoformpulver verbunden.

Am 25. Februar werden die Silberdrähte aus der vorderen Vaginalwand, ebenso die Seidennähte aus der Portio vaginalis cervicis entfernt. Die Wundstellen zeigen sich gut geheilt, werden noch einmal mit Jodoformpulver bestäubt.

Der Uterus, an sich noch hypertrophisch, befindet sich in normaler Lage, verändert auch beim Pressen seitens der Patientin seine Stellung nicht.

Betrachten wir die angeführten Fälle, so sehen wir, dass bei Fall I und II die Ausführung der Sänger'schen Methode nur am Platze war, dass sie jedoch nicht den gewünschten Erfolg hatte. Patientin in Fall I konnte von vornherein nur mit Zuhülfenahme eines Hodge'schen Pessars als geheilt entlassen werden. Bei Fall II ist der Erfolg ein guter gewesen, jedoch von nur verhältnismässig kurzer Dauer. Nach einer

Frist von nicht ganz zwei Jahren ist ein totaler Prolapsus zu Tage getreten.

Angesichts der Operationsmethode bei Fall III müssen wir sagen, dass Herr Geh. Rat Pernice dabei nur das ausgeführt hat, was Meinert seiner Zeit auf der 61. Versammlung deutscher Ärzte und Naturforscher in Cöln a. Rh. im September 1888 auf die Demonstration nach Frank'scher Methode behandelter und geheilter Fälle seitens Firnig hin vorgeschlagen hat, man möchte doch die bis dahin meist übliche Lawson - Tait'sche Methode der Frank'schen anschliessen.

Dieses Combinationsverfahren hat meines Erachtens nach Herr Geh. Pernice mit vollster Zutrefflichkeit gewählt. — Was die Frank'sche Methode für sich allein anlangt, so ist deren Technik, wie ich sie schon angeführt habe, eine verhältnismässig leichte, und haben wir schon hinsichtlich ihrer Erfolge ganz gute Beweise. Firnig stellte seiner Zeit selbst operierte Fälle und solche, die von Frank vor sieben Jahren operiert worden waren, vor. Darunter befand sich eine Frau, die mit totalem Prolapsus ins Hospital geschickt wurde und nach der Operation noch vier Partus überstanden hat, ohne dass ein Rückfall bei ihr eingetreten wäre. Ebenso war dies der Fall bei den übrigen Frauen, die nach obiger Methode operiert worden waren.

Fritsch übte in neuerer Zeit ebenfalls diese Operation mit dem Gedanken, dass ihm diese Ope-

ration bessere Resultate, als die Hegar'sche, welche er für gewöhnlich lieb gewonnen hatte, zu versprechen schien.

In ähnlicher Weise ist Hofmeier in 23 Fällen mit Erschlaffungszuständen des Beckenbodens verfahren und er hält diese Methode bei unvollkommenen Dammzerreissungen mit schlaffem Beckenboden und Prolapsus vaginae als Folgezustand sogar für vortrefflich, wiewohl ihm bis jetzt noch deutliche Beweise für einen guten Dauererfolg fehlen.

In der That werden durch die Frank'sche Operationsmethode Verhältnisse geschaffen, welche wirklich imstande sein sollten, eine Inversion zu verhüten. Der bei dieser Methode gebildete Wulst, der allerdings mit der Zeit niedriger wird, hat eine grosse Dicke und Festigkeit, indem dabei die hintere Vaginalwand durch Granulationen mit der Unterlage fest verwächst. Wenn Firnig zum Beweis dafür, dass das Hauptgewicht nicht auf die Wulstbildung fällt, einen Fall anführt, wo gar kein Wulst gebildet war, indem die durch Ablösen der Vagina entstandene Wunde fest ausgestopft wurde, um mittels Granulationen festzulöthen, und wo dennoch kein Rückfall des Prolapsus eingetreten war, so muss man meinen, dass wo ein solcher Wulst, der gleichsam als lebender Tampon wirkt, ausserdem noch da ist, der Prolapsus desto eher verhütet wird. Überdies wird durch die Wulstbildung im unteren Teil der Vagina nach querer Vernähung der Dammwunde der Damm er-

heblich verlängert, und erreicht durch letzteren Umstand diese Operationsmethode auch das, was die Sänger'sche bezweckt und in vielen Fällen ihre Absicht auch mit gutem Erfolg gekrönt sah.

Kommt zu der Frank'schen Methode noch die Sänger'sche hinzu, deren Combination eine leichte ist, indem sie von derselben Schnittwunde am Damm ausgeht, so wird der Damm, der durch die Sänger'sche Methode erheblich von vorn nach hinten verlängert wird, noch um das Stück länger, das der gebildete Vaginalschleimhautwulst ausmacht, und dieser Wulst wird auch hier durch Granulationen festgelöthet und so der Damm befestigt. Durch den letzteren Umstand in Gemeinschaft der mechanischen Wirkung des Wulstes in der Vagina und der guten Vereinigung der hinteren Vaginalwand mit ihrer Unterlage wird der Prolapsus energisch zurückgehalten.

Letztere von mir theoretisch kombinierte Wirkungsweise der Sänger-Frank'schen Methode kann der vom Herrn Geh. Rat Pernice auf diese Art operierte Fall bis jetzt nur auf's Trefflichste bestätigen, dessen Befund am 25. Februar, also vier Wochen nach der Operation, folgender ist:

Die Dammgegend, welche auf den ersten Blick verlängert erscheint, zeigt eine gute Verheilung des Sänger'schen Lappens in seiner queren Vernähung. Die Vulva wird in ihrem hinteren Teil so gut umschlossen, dass man nur mit Mühe mit zwei Fingern oder gleich dicken Instrumenten in die Vagina ein-

gehen kann. Beim Auseinanderhalten der Vulva sieht man an der hinteren Vaginalwand einen fingerdicken Wulst, der sich von der Dammgrenze in einer Länge von 6—7 cm nach oben erstreckt und mit seiner vorderen Fläche die vordere Vaginalwand innig berührt, dass man mit dem Finger kaum dazwischen kann. Die amputierte Portio und der chronisch vergrösserte Uterus befinden sich in normaler Lage.

Herr Geh. Rat Pernice verspricht sich angesichts dieses Falles einen guten Dauererfolg und will in der Zukunft bei ähnlichen Fällen nur diese Methode anwenden.

Diese kombinierte Methode kann man auch versuchen bei grossem Prolapsus, wo man schon an die Totalextirpation des Uterus per vaginam denken muss. Durch versenkte Catgutnähte kann man das durch das Loslösen der Vagina frei in der Wunde liegende Peritoneum des Donglas mit darunter liegender Fascie verkürzen, indem man eine Falte nach oben, der Bauchhöhle hin, herstellt.

Aus diesem Grunde kann ich mich für diese Methode nur lebhaft begeistern. Die Simon-Hegar'sche Kolpo-Perineorrhaphia, welche bei Prolapsus von vielen Operateuren mit Vorliebe angewendet wird, und deren Resultate denen der Sänger'schen Methode nicht nachstehen, lässt sich mit der Frank'schen Methode jedoch nicht kombinieren, da die zur Wulstbildung nötige Schleimhautpartie dabei gerade entfernt wird.

Die Methode von Simpson, die im Prinzip das

Gleiche, wie die Frank'sche Methode, verfolgt, lässt sich mit der Sänger'schen schlecht kombinieren, kann auch bei grösserem Prolapsus, weil sie nicht hoch genug geht, nicht viel nützen.

Aus den dargelegten Gründen möchte ich den Verehrern der Simpson'schen und denen der Simon-Hegar'schen Methode es warm an's Herz legen, in Zukunft die Frank'sche Methode in Combination mit der Sänger'schen zu üben.

Am Schlusse meiner Arbeit fühle ich mich gedrungen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Pernice für die Freundlichkeit, mit welcher er mir das Thema überliess und das zur Bearbeitung desselben nötige Material zur Verfügung stellte und für die Durchsicht dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Archiv für Gynäkologie, Band 33.
2. Centralblatt für Gynaekologie, XII. Jahrgang, No. 47, 1888.
3. Hofmeier, Grundris der Gynäkolog. Operationen.
4. Fritsch, Krankheiten der Frauen.
5. Wysocki, Über Episio-Perineorrhaphie. Inaugural-Dissertation. Greifswald 1889.

Lebenslauf.

Carl Spallek, Sohn des Kaufmanns Carl Spallek, katholischer Confession, wurde geboren am 19. September 1866 zu Klein-Strehlitz, Kreis Neustadt O./S. Seine wissenschaftliche Vorbildung erhielt er auf dem Gymnasium zu Neustadt O./S., welches er nach einem $7^1/_2$jährigen Besuch Ostern 1888 mit dem Zeugniss der Reife verliess. Um sich dem Studium der Medizin zu widmen, bezog er zunächst die Universität Breslau und genügte daselbst vom 1. April 1888 ab seiner halbjährigen Militairpflicht mit der Waffe als Einjährig-Freiwilliger bei dem 1. Bataillon des 3. Niederschles. Inf.-Reg. No. 51 Michaelis 1888 bezog er die Universität Greifswald, woselbst er im Sommersemester 1890 das Tentamen physicum absolvierte. Michaelis 1891 verliess er dieselbe wieder, um das Wintersemester in Berlin zu studieren. Alsdann kehrte er nach Greifswald zurück, um seine Studien zu vollenden, machte daselbst vom 21. November 1892 bis 18. Februar 1893 das Staatsexamen und bestand am 21. Februar das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Breslau:

Roux.

In Berlin:

Behrend. Burchardt. Ewald. Fräntzel. Gerhardt. Gusserow. Henoch. Jolly. v. Noorden. J. Wolff.

In Greifswald:

Ballowitz. Gerstäcker. Grawitz. Heidenhain. Helferich. Hoffmann. Landois. Limpricht. Löffler. Mosler. Oberbeck. Peiper. Pernice. v. Preuschen. Schirmer. Schmitz. Schulz. Solger. Sommer. Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht der Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus. Mit ganz besonderer Freude widmet er denselben den Herren Geh. Rat Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Heidenhain, in deren Kliniken resp. Polikliniken er als Volontair thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Bei der operativen Prolapsus-Behandlung ist die Combination der Frank'schen Methode mit der Sänger'schen dasjenige Verfahren, welches den grössten Vorzug verdient.

II.

Es giebt Fälle von Magen-Carcinomen, die nicht diagnosticiert werden können.

III.

Chloroformtodesfälle sind nicht zu vermeiden.

12324

24811