



# Totalexstirpation des Uterus wegen Prolaps.

Inaugural - Dissertation

der

medizinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

**Cuno Kiel**

prakt. Arzt in Großseamsdorf  
bei Unterwellenborn.



Jena,

Frommannsche Hof-Buchdruckerei  
(Hermann Pohle)

1893.

Genehmigt von der medizinischen Fakultät zu Jena  
auf Antrag des Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Schulze.

Jena, den 15. September 1893.

M. Fürbringer,  
z. Z. Dekan der medizinischen Fakultät

Seinem lieben Vater

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.



Nicht gering mehr ist heute die Zahl von Fällen, in denen die Methoden von unblutiger Prolapsbehandlung auch in veralteten Fällen und bei totalem Vorfalle einen vollkommenen und dauernden Erfolg erzielt haben, und darum wird denselben von den meisten Gynäkologen ein großes Interesse geschenkt und eine wohlverdiente Anerkennung gezollt.

Aber größer noch ist die Anzahl jener Fälle von totalem Prolaps, in denen eine unblutige Behandlung, speziell die Anwendung von Pessarien oder Massage, in zweckmäßigster Weise appliziert, sich als machtlos erwies und aufgegeben wurde, oder bei denen die gegebenen Verhältnisse eine derartige Indikation überhaupt ausschließen.

Dann drängt meistens die Notwendigkeit, wegen von den Frauen nicht mehr zu ertragender Beschwerden oder selbst wegen der das Leben gefährdenden Symptome schleunige Hilfe zu schaffen, zur Vornahme plastischer Prolapsoperationen, und nicht gering ist die Zahl von Fällen, in denen mit Colporrhaphien, Cervixamputationen und Dammplastiken das gewünschte Resultat, eine dauernde Heilung vom Vorfalle, erzielt wurde.

Weiter finden wir aber hier noch Fälle, bei denen jene Versuche, die vorgefallenen Teile durch Plastiken

zurückzuhalten, scheiterten, ja bei denen schon von vornherein die Reposition wegen inoperabler Beckentumoren oder wegen der durch dieselbe hervorgerufenen großen Schmerzen unterbleiben muß.

Schließlich sind jene zahlreichen Fälle von Verlötung der Teile in der invertierten Stellung nicht außer Acht zu lassen, über welche Martin <sup>1)</sup> sich folgendermaßen äußert:

„Es ist unzweifelhaft, daß der in der Tiefe des Prolapses liegende Uterus in mehrfacher Richtung zu ernstesten Beschwerden Veranlassung giebt: wenn er hier in der Tiefe des Beutels verwachsen, in Retroflexions- und Anteflexionsstellung, unter die Blase geschoben, fixiert liegt, die Blase darüber mit der nach oben gelagerten Wand des Corpus uteri in großer Ausdehnung verklebt, wenn sich das Rectum über diese ganze Masse hinweggestülpt hat und mit der Blase selbst verlötet worden ist, Fälle, wie sie sich in meiner „Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten“, aber auch an anderen Stellen sich mehrfach abgebildet finden. In diesen Fällen ist eine Plastik allein unvermögend, 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, die Verwachsung mit dem Finger zu lösen, man muß das Corpus uteri mit dem Messer auslösen.“

Diese letzteren, von Martin geschilderten Situationen nun besonders, aber auch jene allen anderen

1) Berl. klin. Wochenschrift 1891, Nr. 45.

Heilversuchen hartnäckig Trotz bietenden Formen sind schließlich einer radikalen Operation, wie sie die Total-*exstirpation* des vorgefallenen Uterus ist, vorbehalten.

Aber außer für diese Fälle nimmt Martin auch für solche die *Totalexstirpation* des Uterus unbedenklich in Anspruch, in denen der Uterus unter Dehnung aller Beziehungen zu seinen Nachbarorganen jedes Haltes beraubt ist, Fälle, in denen gewöhnlich die *Colporrhaphien* nicht zu dem gewünschten Ziele geführt haben.

In zwei derartigen, für die Massagebehandlung scheinbar geeigneten Fällen wurde dieselbe von Martin<sup>1)</sup> versucht, jedoch als erfolglos wieder aufgegeben.

Dasselbe berichtet Asch<sup>2)</sup> in seiner Zusammenstellung der Fälle von Fritsch.

Die bei einer gleichen Situation von P. Müller<sup>3)</sup> in Vorschlag gebrachte *Ventrofixation* würde, falls in der That der Uterus dadurch in die Höhe gebracht ist, die hypertrophische Vagina und den schlaffen Beckenboden nicht beseitigen. Es müßte sich eine Plastik ausschließen, wie dieselbe Martin<sup>4)</sup> für die *Total-*exstirpation** vorschlägt.

In einigen Fällen, in denen der Vorfall mit Uterus-fibroiden kompliziert war, hat Müller<sup>5)</sup> die *Laparotomie* gemacht mit *Amputation* des Uterus, um durch Einheilen des *Cervixstumpfes* in die Bauchwunde den Vorfall gründlich zu heilen.

Bei dieser Methode ist jedoch nicht zu übersehen, daß die Beschwerden von seiten der Blase dieselben

---

1) Berl. klin. Wochenschrift 1891, Nr. 45.

2) Archiv f. Gynäkologie, Bd. XXXV.

3) Naturforscher-Vers. Baden-Baden 1879.

4) Berl. klin. Wochenschrift 1891.

5) Schröder, Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane., IX. Aufl.

bleiben werden durch Verzerrung nach oben, wie sie vorher beim Prolaps durch Verlagerung nach unten vorhanden waren. Ferner wird aber auch die Heilung nach der vaginalen Totalexstirpation prompter von statten gehen, als dies bei dem in die Bauchdecke eingenähten Stumpfe der Fall ist.

Aber auch abgesehen davon bringt die Laparotomie durch die unumgängliche Alteration der freiliegenden Därme ungleich größere Gefahren mit sich, als die Operation von der Scheide aus. So finden sich selbst nach ganz glatt geheilten Laparotomien bei gelegentlicher Wiederöffnung des Bauches Adhäsionen der Eingeweide sehr oft. Ja es ist schließlich die durch eine Laparotomie gegebene mehr oder weniger große Prädisposition zur Bildung einer Bauchhernie in Betracht zu ziehen, so daß bei der Bekämpfung und eventuellen Beseitigung des einen Uebels die Möglichkeit zum Entstehen eines neuen geschaffen würde.

Daher stehen wohl auch heute alle Gynäkologen auf dem Standpunkt, die Totalexstirpation des Uterus wegen Vorfalles allein stets per vaginam auszuführen.

Indessen sind doch einige Bedenken gegen die Radikaloperation wenigstens nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen. Es bleibt doch immerhin trotz peinlichster Aseptik und trotz der vervollkommenen Technik der Totalexstirpation des Uterus von der Scheide aus die Operation ein an Schwere nicht zu unterschätzender Eingriff, und es ist eine strenge Pflicht des Operateurs, in jedem Falle zu erwägen, ob die Beschwerden des Leidens den Gefahren der Operation äquivalent sind. Sagt doch Schröder<sup>1)</sup> darüber Folgendes:

---

1) Schröder, Handbuch der Krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane, IX. Aufl.

„Als radikalste Operation ist die Exstirpation des gesammten Uterus ausgeführt worden, deren Prognose bei der vervollkommeneten Technik der totalen Uterus-exstirpation per vaginam beim vorgefallenen Organ jetzt keine schlechte mehr ist. Sicher gerechtfertigt ist dieselbe bei Komplikationen mit einer malignen Neubildung oder Gangrän des Organs, sonst aber scheint diese Operation hier im Prinzip verfehlt und, wie die (allerdings nicht zahlreichen) Beobachtungen gelehrt haben, auch ohne den gewünschten Erfolg geblieben zu sein.“ Und an gleicher Stelle kommt er schließlich zu dem Résumé: „Wir können deswegen einstweilen weder die Totalexstirpation des Uterus von der Scheide aus, noch die supravaginale Amputation durch die Laparotomie wegen eines Vorfalles allein für indiziert erachten.“

Ein wenn nicht ausschlaggebendes, so doch gravierendes Moment dürfte es ferner beim Stellen der Indikation auf Totalexstirpation des Uterus sein, ob es sich um eine Frau diesseits oder jenseits der Menopause handelt.

Im Interesse der Sache dürfte es demnach sein, daß für Beurteilung des Wertes der Operation möglichst alle Fälle einer Totalexstirpation des prolabierten Uterus registriert würden.

Wie Kaltenbach berichtet, soll zuerst von Gebhardt<sup>1)</sup> vor mehr als fünfzig Jahren die Totalexstirpation des prolabierten Uterus unternommen und zu einem glücklichen Erfolge geführt worden sein.

Dann entfernte Jürgensen<sup>2)</sup> einen prolabierten

---

1) Archiv des dänischen Gesundheitskolleg 1836—1837.

2) Fricke und Oppenheim, Zeitschrift für ges. Medizin, Bd. IX, S. 570.

und, wie er glaubte, carcinomatösen Uterus, den indessen die Kopenhagener medizinische Gesellschaft für nicht degeneriert erklärte.

Ferner exstirpierte Edwards<sup>1)</sup> einen gangränösen, prolabierten Uterus, ebenso Choppin<sup>2)</sup> bei einfachem totalen Prolaps.

Die gleiche Operation führte Patterson<sup>3)</sup> mit nachfolgender Episiorrhaphie bei hochgradigem Vorfall aus.

Kehrer<sup>4)</sup> schritt im Jahre 1878 zur Totalexstirpation in einem Falle von totalem Vorfall der Gebärmutter, in welchem sich sowohl verschiedene Colporrhaphien als auch eine orthopädische Behandlung erfolglos erwiesen hatten. Die Kranke ging allerdings an einer Peritonitis zu Grunde. Es waren gelegentlich plötzlichen Erbrechens Därme vorgefallen, die hastig reponiert wurden. In Bezug auf die Technik sei in diesem Falle erwähnt, daß die Peritonealwunde durch die Naht geschlossen wurde.

Kaltenbach<sup>5)</sup> hatte bei geplanter hoher Amputation des Cervix eines prolabierten Uterus den Douglas 3—4 cm weit eröffnet und nahm deshalb die Totalexstirpation vor. Auch er hatte die Peritonealhöhle durch die Naht geschlossen. Einige Wochen später war ein Scheidenvorfall zustande gekommen, den er durch die plastischen Operationen der Colporrhaphia anterior und posterior beseitigte. In einem anderen Falle war von vornherein die Totalexstirpation auszu-

1) Brit. medical Journal 1864.

2) Eulenburg, Realencyklopädie.

3) Glasgow medical Journal 1876.

4) Beiträge zur klin. und experiment. Geburtshülfe und Gynäkologie, II, 1879.

5) Centralblatt für Gynäkologie 1880, Nr. 11.

führen, nachdem alle anderen Heilversuche ein negatives Resultat ergeben hatten.

Hahn<sup>1)</sup> berichtet über zwei von ihm ausgeführte Totalexstirpationen des prolabierten Uterus. Im ersten Falle veranlaßte ihn Gangrän der vorgefallenen Teile, während im zweiten alle sonstigen Heilversuche vergeblich gewesen waren und Patientin bei der Reposition über große Schmerzen klagte. Im zweiten Fall drainierte er die Bauchhöhle durch zwei Drains, verlor aber die Kranke an Peritonitis, nachdem sich eine Darmschlinge an den Drainageröhren vorbeigeedrängt hatte.

Martin<sup>2)</sup> hat 9mal wegen sonst unheilbaren Prolapses die Totalexstirpation ausgeführt. In 8 Fällen schloß er die Colporrhaphie an, in einem eine Lappendammplastik.

Ueber den ersten Fall hat Düvelius<sup>3)</sup> ausführlich berichtet.

Im Jahre 1887 hat Riedel<sup>4)</sup> einen total prolabierten Uterus entfernt.

Auch Winiwarter<sup>5)</sup> ist nach vergebens ausgeführter doppelter Colporrhaphie mit Keilexcision der Portio und Perineorrhaphie zur Exstirpation des Uterus geschritten.

Baumgärtner<sup>6)</sup> hat wegen Prolaps den ganzen Uterus exstirpiert, sah aber später eine neue, herniöse Ausstülpung auftreten.

Müller<sup>7)</sup> hat wegen Prolaps die Totalexstirpation

1) Berl. klin. Wochenschrift, Jahrg. XIX, Nr. 24.

2) Berl. klin. Wochenschrift 1891, Nr. 45.

3) Centralblatt f. Gynäkol. 1882, Nr. 32.

4) Privatjournal.

5) Wiener klin. Wochenschrift 1888.

6) Centralblatt f. Gynäkol., XIII. Jahrg., 5747.

7) Ebendaselbst.

dreimal ausgeführt; zweimal mußte später noch die Colporrhaphie nachgeschickt werden.

A sch<sup>1)</sup> teilt 8 Fälle von Totalexstirpation des Uterus wegen Vorfalles mit, von denen 7 Fritsch und er selbst einen operiert hat. Alle ergaben bis auf Fall III ein erfreuliches Resultat, indem die Frauen, von jeglichen Beschwerden befreit, ihrem Berufe wiedergegeben wurden. Die eine Patientin starb am 10. Tage nach der Operation, nachdem der Puls bei normalen Temperaturen stetig an Frequenz in den letzten Tagen zugenommen hatte. Die Sektion ergab: eitrige Cystitis und Pyelonephritis, teilweise Schwund des Parenchyms. Interstitielle Nephritis. Die Vaginalwunde war normal in der Heilung begriffen. In allen Fällen war gleichzeitig die Scheide reseziert worden.

Lassen wir nun diesen Fällen die ausführlichere Krankengeschichte einer an der Jenenser Klinik von Skutsch operierten Patientin folgen:

Frau P. (damals noch ledig Minna H.), 23 Jahre alt, wurde am 11. I. 1883 in die Frauenklinik aufgenommen. Die Anamnese ergab, daß die H. mit 15 Jahren menstruiert war, anfangs in längeren Intervallen, daß sie im 18. Jahre bleichsüchtig gewesen, daß sie im 20. Jahr eine leichte Geburt durchgemacht hatte. 5 Wochen danach erkrankte sie, war 8 Wochen bettlägerig, und seit dieser Zeit besteht der Vorfall, der der Gegenstand der späteren Behandlung war. Im September 1882 war letzte Regel gewesen. Seit 8 Tagen bestand Blutung aus den Genitalien und Schmerzen im rechten Bein. Die Untersuchung ergab: Vorfall des retroflektierten, nicht reponiblen Uterus. Im Becken, rechts neben dem fest verlöteten Corpus uteri ein Tumor von 7 cm Durchmesser. Die Blutungen aus

dem Uterus hörten auf, der neben dem Uterus gelegene Tumor verkleinerte sich auf 6, auf 5 cm Durchmesser. Mutmaßliche Diagnose wurde auf abgelaufene Extrauterin gravidität gestellt. Die H. wurde ohne operativen Eingriff am 9. III. wieder entlassen.

Patientin wurde zum zweiten Mal aufgenommen am 27. VII. 1884, sie war 4 Wochen bettlägerig gewesen, nachdem sie fünfmonatlich abortiert hatte. Die Untersuchung ergab, daß die Portio vaginalis in der Vulva stand, der Uterus lag retroflektiert fest im Becken. Rechts neben dem Uterus, mit ihm verbunden der alte Tumor, links das um das Doppelte vergrößerte Ovarium. Die indizierte Exstirpation des Uterus wird verweigert, weil Patientin nicht unfähig zum Coitus werden will. Nach wesentlicher Verminderung ihrer Beschwerden wurde die Kranke vier Wochen später entlassen.

Zum dritten Mal war Patientin in der Frauenklinik vom 17. I. bis 2. VIII. 1885. Sie wurde behandelt an einem breiten, quer durch das Becken sich erstreckenden parametritischen Exsudat.

Zum vierten Mal vom 9. XI. bis 8. XII. 1885 aufgenommen. Die Exsudate sind resorbiert, der Uterus weit vorgefallen, ist frei beweglich bis auf die hintere feste Adhärenz des Fundus. Er ist nicht anders als in Retroflexion zu reponieren.

Zum fünften Mal ist Patientin im Februar 1886 behandelt worden an Peritonitis. Verhalten des Uterus wie früher.

Im Mai 1888 hatte Patientin ihren dritten Abortus.

Im Mai 1889 stellte sie sich wieder in der Frauenklinik zur Aufnahme.

Um die Krankengeschichte vollständig zu haben, lassen wir hier Skutsch's<sup>1)</sup> Operationsprotokoll wörtlich folgen:

1) Korresp.-Blätter des allgem. ärztl. Vereins von Thüringen 1890, Nr. 3.



„Es zeigte sich ein großer Prolaps. Länge des vor der Vulva liegenden Tumors 11,5 cm, an seiner Spitze der äußere Muttermund. Vordere Scheidenwand vollständig invertiert. Cystocoele. Von der hinteren Scheidenwand ist ein 2 cm langer Teil nicht invertiert. Cavum uteri 13,5 cm.

Der Vorfall läßt sich nur zum Teil zurückschieben; das Corpus uteri ist durch para- und perimetritische Narben in der Tiefe des Beckens fixiert.

Am 27. V. 1889 wurde von Geh. Hofrat Schultze die Colporrhaphia anterior et posterior, sowie die Cervixamputation gemacht. Heilung erfolgte glatt. Bald nach der Entlassung trat wieder Vorfall ein, und es gelang auch mittelst Pessars nicht, die Scheide zurückzuhalten. Die Patientin ist arbeitsunfähig, klagt über Schmerzen und Vorfall.

Am 24. X. 1889 wurde sie wieder in die Klinik aufgenommen.

Es lag wieder ein Tumor vor der Vulva. Muttermund 6 cm außerhalb der Vulva. Die Scheide invertiert bis auf 2 cm der hinteren und 1,5 cm der vorderen Wand. Cystocoele; Cavum uteri 9 cm. Auf der invertierten Scheide sah man die linearen Narben der Colporrhaphie. Der Prolaps ließ sich in die Scheide zurückschieben. Fundus uteri lag wie früher fest im Becken fixiert. Außerdem fand sich links vom Corpus uteri ein elastischer, kugliger Tumor von ca. 5 cm Durchmesser (Ovarialcyste).

Eine Beseitigung der Beschwerden war hier dringend geboten, die Frau war vollkommen arbeitsunfähig. Infolge der festen Verwachsung des Corpus uteri konnten die gewöhnlich bei Prolaps üblichen operativen und nicht operativen Mittel keinen Erfolg haben. Es wurde daher beschlossen, den ganzen Uterus per vaginam zu extirpieren unter gleichzeitiger Resektion der Scheide. Dabei

sollte auch der kleine Tumor des linken Ovarium entfernt werden. Operation am 8. XI. 1889:

Der Muttermund wird mit einigen Seidensuturen zugenäht, der Cervix mit Museux'scher Zange gefaßt und stark abwärts gezogen. Zunächst wird ein dreieckiger Lappen von der vorderen Scheidenwand abpräpariert, die Spitze an der Harnröhrenmündung, die Basis an dem Cervix; die Blase wird stumpf vom Uterus abgelöst, das Peritoncum der Excavatio vesico-uterina eröffnet und mit der vorderen Scheidenwand vernäht. An der hinteren Scheidenwand wird ebenfalls ein Dreieck abpräpariert, Spitze gegen die hintere Commissur gerichtet, das Peritoncum des Douglas'schen Raumes wird eröffnet und mit der hinteren Scheidenwand vernäht. Hierauf wird das linke Ligament von unten anfangend in situ in Etagen umstochen und abgetrennt; das Gleiche geschieht auf der rechten Seite. Der Uterus wird entfernt. Die Finger gehen in das Peritoneum ein und tasten den linksseitigen Ovarialtumor; derselbe ist eingehüllt in peritonitische Pseudomembranen; er wird stumpf ausgeschält, hervorgezogen und nach Umstechung der spermatischen Gefäße abgetrennt. Die rechtsseitigen Adnexa sind in peritonitische Membranen eingebettet; auch Darm ist hier adhärent. Die Wunden der vorderen und hinteren Colporrhaphie werden vernäht, die Ligamentstümpfe in die Wundwinkel befestigt. Die Oeffnung wird durch Jodoformgaze ausgefüllt. Der entfernte Uterus ist 10 cm lang, 4 cm breit, 3 cm dick. Der kleine Ovarialtumor ist ein Cystom, enthält klare Flüssigkeit, es sitzt ihm noch ein Rest normalen Ovarialgewebes an.

Die Operierte wird am 5. I. 1890 von ihren Beschwerden befreit mit gutaussehender Narbe als genesen entlassen.“

Und doch hatte auch dieser Eingriff noch nicht vollkommen das gewünschte Resultat erreicht.

Nachdem Patientin bis Ostern desselben Jahres sich wohl und von jeglicher Beschwerde frei gefühlt hatte, begannen dann wieder ununterbrochen andauernde Schmerzen im Unterleibe, die sie wieder arbeitsunfähig machten. Deshalb wurde ihre Aufnahme in die hiesige Klinik am 1. VI. 1890 von neuem nötig. Patientin klagt über Drängen nach unten, Schmerzen im linken Oberschenkel, Uebelkeit, Schwindel und Mattigkeit. Stuhl ist außerordentlich angehalten. Urin geht nach längerer Dauer spontan ab. Am 2. VI. 1890 ergibt die Untersuchung:

In der Vulva erscheint beim Pressen die vordere Vaginalwand in Länge von 6 cm und 3 cm Breite. Auf derselben Narben der Colporrhaphie sichtbar. Von der hinteren Scheidenwand stehen knapp 2 cm, dann erfolgt Schluß der Scheide. Letztere ist auf 6 cm einzustülpen. Durch dieselbe ist nichts Abnormes im Becken zu tasten. Vom Rectum aus wurde eine Verdickung des linken Parametrium konstatiert.

Am 11. VI. 1890 wurde die Colporrhaphia anterior gemacht. Es wurden 13 Seiden- und einige Katgutsuturen gelegt. Jodoformgazestreifen wurden in die Wunde, auf dieselbe Jodoform und Jodoformgaze gelegt. Nach 8 Tagen wurden die Nähte und der als Drain dienende Jodoformgazestreifen entfernt. Am 3. VII. ist die Wunde linear geheilt. Entlassungsbefund am 6. VII. 1890 war folgender:

Beim Pressen tritt die vordere Scheidenwand hervor, jedoch nicht über das Niveau der Vulva. Die kurze Vagina läßt sich auf 6 cm einstülpen. Vom Rectum aus fühlt man das rechte Parametrium prall resistent gefüllt (Reste früherer Para- und Perimetritis inklusive Ovarium). Entlassen.

An einem großen Teil der vorher erwähnten, ganz besonders aber an diesem Falle haben wir gesehen, daß es in der That Fälle giebt, die mit so großer Hartnäckigkeit allen anderen Heilversuchen widerstehen, daß als ultima ratio allein die Totalexstirpation des Uterus übrig bleibt.

Freilich ist es wohl auch, wie besonders aus unserem Falle hervorzugehen scheint, wo es sich um eine Frau der arbeitenden Klasse handelt, nicht wenig von Belang, ob die Kranke die durch ein anderes Heilverfahren erworbene Genesung durch Ruhe und angemessene Pflege erhalten kann. Muß aber die Frau bald nach ihrer Herstellung sich großen körperlichen Anstrengungen unterziehen, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen, so werden die Effekte aller übrigen Heilmethoden in vielen Fällen nur von kurzer Dauer sein.

Was nun die Technik der Totalexstirpation des prolabierten Uterus per vaginam anlangt, so ist wohl die von Fritsch diejenige, welche heute am meisten geübt wird, und über welche wir von Asch<sup>1)</sup> ungefähr Folgendes erfahren: Im Gegensatz zur Exstirpation bei Carcinom, wo der Uterus gemäß seiner normalen Antelexionsstellung nach vorn umgestülpt wird, wodurch eine Berührung der entarteten Portio mit dem Peritoneum wegfällt, da erst zuletzt vom Douglas'schen Raum aus auf das hintere Scheidengewölbe eingeschnitten wird, schwinden diese Bedenken bei Prolaps. Der Uterus wird mit Museux'scher Zange gefaßt und vorgezogen. Der erste Schnitt wird an der hinteren Vaginalwand spitzwinklig mit dem Scheitel nach der hinteren Commissur geführt. Die Lage des Schnittes ist abhängig von dem wegzunehmenden hypertrophischen Gewebe. Der Douglas wird dann sofort eröffnet. So-

---

1) Archiv f. Gynäkol., Bd. XXXV.

bald dies geschehen, wird das Peritoneum mit dem Reste der hinteren Wand vereinigt durch quere Seidennähte, um sie später sagittal zu vernähen. Tuben und Ovarien werden, wenn möglich, gleich mit entfernt. Nun wird die Portio nach unten gezogen, ein der Colporrhaphia anterior entsprechender Schnitt gemacht und die hypertrophische Vagina vom Harnröhrenwulst bis zur Portio stumpf abgetrennt. Bei Ablösung der Blase kann man unbeirrt im hypertrophischen Bindegewebe oder in der Cervixmuskulatur arbeiten, ein großer Vorteil gegen Exstirpation bei entartetem Gewebe. Die Stümpfe der Ligamenta lata werden beiderseits an der Scheide angenäht. Die Wundfläche auf der Blase wird durch Herüberziehen des Peritoneums geschlossen. Das Peritoneum ist schließlich rings mit der Scheide vernäht, dadurch sind blutende Flächen ausgeschaltet. Der Rest der Vagina wird hierdurch und durch die Stümpfe der Ligamente nach oben gehalten. Die Blase ist wieder in normaler Lage. Die Peritonealhöhle wird schließlich nicht durch die Naht geschlossen. Es wird der Verschuß durch Jodoformgazetampon hergestellt. Derselbe kann vollständiger und aseptischer als durch die Naht hergestellt werden, und außerdem besteht in jedem Falle eine Sekretion des gereizten Peritoneums, deren Retention hierdurch vorgebeugt wird. Nach Herausnahme des Tampons schließt sich das Peritonealloch rasch.

Es handelt sich, wie wir sehen, hier gleichzeitig um eine Resektion der Scheide. Martin<sup>1)</sup> verwirft dieselbe, da, wie Asch gelegentlich der oben erwähnten Fälle von Fritsch selbst berichtet, ein Klaffen der Vulva nicht beseitigt wird. Ferner bleibe auch, wenn statt dessen die doppelte Colporrhaphie ausgeführt wird, den Frauen doch die Kohabitationsfähigkeit er-

---

1) Berl. klin. Wochenschrift 1891, Nr. 45.

halten, und ist so wenigstens die Verstümmelung keine vollständige. Daß am zweckmäßigsten eine plastische Operation gleichzeitig angeschlossen wird, lehrt die Mehrzahl der oben erwähnten Fälle. Schließlich betont Martin noch an derselben Stelle, daß er die Wunde im Beckenboden durch die Naht vollständig schließt, und zwar in der Weise, „daß der Rand des Peritoneums mit dem der Scheide vernäht wird. Die Stümpfe der Ligamenta lata werden in das Scheidengewölbe hineingelegt, so daß die Wundfläche der Ligamente und des Beckenbodens von der Peritonealhöhle ausgeschlossen ist“.

Er befindet sich hierin im Widerspruch zur Mehrzahl der oben erwähnten Autoren, die das Peritonealloch entweder drainierten oder öfter noch mit einem Jodoformgazetampon verschlossen. Ein definitives Urteil über die größere Berechtigung des einen oder des anderen Verfahrens dürfte sich heute mit Bestimmtheit noch nicht aufstellen lassen.

Mag es nicht ungerechtfertigt erscheinen, an dieser Stelle noch einen kurzen Blick auf einige von Glaevcke<sup>1)</sup> statistisch ermittelte interessante Thatsachen zu werfen, die sowohl in somatischer wie psychischer Hinsicht die totale Entfernung des Uterus nicht ohne Einfluß auf das fernere Befinden des Gesamtorganismus erscheinen lassen.

Er fand, daß nach dem selbstverständlichen Erlöschen der Menstruation in der ersten Zeit nach der Operation fast regelmäßig zur Zeit der fortbleibenden Menstruation Schmerzen im Unterleibe auftraten. Dieselben werden nach seiner Meinung von einer Hyperämie der Beckenorgane erzeugt, welche letztere ihrerseits durch die Fortdauer der Ovarialthätigkeit ausge-

---

1) Archiv f. Gynäkol., Bd. XXXV.

löst wird. Da sie später ganz verschwinden, so ist ihnen eine größere Bedeutung nicht beizumessen.

„Auf den allgemeinen Ernährungszustand hatte die Operation gewöhnlich einen ganz günstigen Einfluß, indem die Kranken die vorher durch die Krankheit verlorene Körpersubstanz bald und rasch wieder gewannen. Auf diesem Punkt aber blieben die Frauen gewöhnlich stehen, und wir sahen nicht jene oft excessive Gewichtszunahme und jenen hochgradigen Fettansatz wie nach der Kastration zustande kommen. In einzelnen wenigen Fällen schien dies allerdings auch vorzukommen, doch konnte ich in diesen Fällen stets eine gleichzeitige Beeinträchtigung der Ovarien durch die Operation nachweisen. Der künstliche Defekt des Uterus hatte ferner auf den Geschlechtstrieb im allgemeinen wenig Einfluß, was in dem Unversehrtbleiben der Ovarien und der Clitoris seinen Grund findet. In einzelnen Fällen war allerdings eine Abnahme des Wollustgefühles während des Beischlafs festzustellen, doch waren diese in der Minderzahl. In einzelnen Fällen zeigte sich die Libido vollkommen erloschen, was wir auf Nebenumstände, hohes Alter etc., zurückzuführen geneigt waren. In Bezug auf den Gemütszustand der Frau sahen wir in nahezu der Hälfte aller Fälle keine Veränderung durch den Fortfall des Uterus hervorgerufen werden. In reichlich einem Drittel der Fälle entwickelte sich aber nach der Operation eine bald geringere, bald stärkere Depression des Gemütszustandes, die in nicht ganz seltenen Fällen unter begünstigenden Umständen zur Psychose ausartet.“

Es ist hierbei nicht zu übersehen, daß dieser Statistik auch jene Fälle subsumiert sind, in denen wegen Carcinom der Uterus entfernt wurde. Es würde sich in Rücksicht darauf mutmaßlich der Prozentsatz jener Psychosen zu Gunsten der Totalexstirpation wegen Prolaps verringern.

Ja erwägen wir schließlich, daß es gilt, die Frau am Leben zu erhalten oder sogar ihrem Berufe wiederzugeben, so wird die immerhin doch fernliegende Möglichkeit des Ausbruchs einer Psychose als ein gravierendes Moment beim Stellen der Indikation auf Totalexstirpation des prolabierten Uterus kaum gelten können.

Mag es mir gestattet sein, mich der angenehmen und ehrenvollen Pflicht zu entledigen und auch an dieser Stelle meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Geh. Hofrat Schultze, Herrn Hofrat Riedel und Herrn Professor Skutsch für das gütigst zur Verfügung gestellte Material und gegebene Auskünfte meinen besten Dank zu sagen.

---

16755

