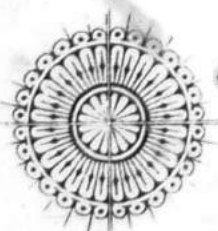


7
DE BEHANDELING VAN
PROLAPSUS UTERI.



F. WIJDENES SPAANS.

OVER
HYGROMA COLLI CYSTICUM CONGENITUM.



OVER HYGROMA COLLI CYSTICUM CONGENITUM.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJSUNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

Dr. T. ZAAYER,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN,

op Vrijdag den 8 Juli 1881, des namiddags te 2 uren,

DOOR

HUGO HELLER,

Arts,

GEBOREN TE KLUNDERT.



LEIDEN.

S. C. VAN DOESBURGH.

1881.

DE BEHANDELING VAN PROLAPSUS UTERI.

DE BEHANDELING VAN PROLAPSUS UTERI.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE,

AAN DE RIJKS-UNIVERSITEIT TE LEIDEN,

OP GEZAG VAN DEN RECTOR MAGNIFICUS

DR. C. P. TIELE,

HOOGLEERAAR IN DE FACULTEIT DER GODGELEERDHEID,

VOOR DE FACULTEIT TE VERDEDIGEN

op Donderdag 22 December 1892, des namiddags te 3 uur,

DOOR

FLORIS WIJDENES SPAANS,

ARTS.

Officier van Gezondheid 2e kl. O. I. Leger,

GEBOREN TE HOOGWOUD.

DRUK VAN EDUARD IJDO. — LEIDEN.

LEIDEN. — EDUARD IJDO.

1892.

AAN MIJNE OUDERS.



INHOUD.

	Bladz.
PROPHYLAXE	13
REPOSITIE	15
RETENTIE	18
I. MEDICAMENTEUS.	18
II. ORTHOPAEDISCH	18
Pessaria	18
Massage	21
III. OPERATIEF	25
A. Ruptura Perinei	25
Hechtingmethoden.	27
1. Operaties met aviveeren	30
Operatie van DIEFFENBACH	30
" " SIMON-HEGAR	31
" " HILDEBRANDT	33
" " BAKER BROWN	35
" " EMMET	35
" " FREUND.	38
" " WALCHER	38

	Bladz.
2. <i>Operaties met lapvorming</i>	39
Operatie van LANGENBECK	39
" " BRESLAU	41
" " SIMPSON	41
" " LAWSON TAIT.	42
" " DOLÉRIS	43
3. <i>Operaties met aviveeren en lapvorming</i>	44
Operatie van LE FORT	44
" " STAUDE.	46
4. <i>Operaties met splijting</i>	47
Operatie van FRITSCH.	47
5. <i>Operaties met aviveeren en splijting</i>	47
Operatie van KÜSTNER	47
B. Prolapsus Uteri	53
a. <i>Sluiten der vulva</i>	53
b. <i>Vernauwing en bevestiging der vagina</i>	54
Kolporrhaphia anterior van SIMS	56
" " " MARSHALL HALL	57
Kolporrhaphia posterior van SIMON	58
c. <i>Verkleining van de hypertrophische cervix uteri</i>	59
Kegelmantelvormige excisie van SIMON	60
d. <i>Bevestiging der baarmoeder van boven</i>	61
Operatie van ALQUIÉ	62
" " G. WYLIE	63
" " POLK.	63
" " DUDLEY.	63
" " KELLY	64
Indirecte ventrofixatio uteri	65
Directe laterale fixatie van het corpus uteri	65

	Bladz.
Directe mediane fixatie van het corpus uteri	65
Operatie van GULDENARM	66
Extraperitoneale ventrofixatio uteri	67
e. <i>Wegnemen van de baarmoeder</i>	68
Hysterectomy per laparotomiam	68
Hysterectomy per vaginam	68
f. <i>Gecombineerde methoden</i>	68
1. <i>Operaties met aviveeren</i>	69
Kolpoperineorrhaphie van HEGAR	69
Perineoauxesis van MARTIN	70
Kolpoperineorrhaphie van WALCHER	71
2. <i>Operaties met lapvorming</i>	71
Operatie van SIMPSON	71
" " WINCKEL	72
3. <i>Operaties met aviveeren en lapvorming</i>	73
Operatie van BISCHOFF.	73
4. <i>Operaties met splijting</i>	74
Operatie van FRANK	74
Overzicht der ziektegevallen	79
Beschrijving der ziektegevallen	84
Tabel.	129
Stellingen	145

Het veelvuldig voorkomen van prolapsus uteri gevoegd bij den grooten invloed, welke deze afwijking oefent op het levensgenot en het arbeidsvermogen der, meestal tot de arbeidende klasse behorende, patiënten, deed mij besluiten dit lijden tot onderwerp van mijn proefschrift te kiezen.

Meer bepaald trok mij de behandeling aan, in welke, sinds de anelle ontwikkeling der Gynaekologie, zulk eene belangrijke verandering is waar te nemen.

Terwijl nl., nog voor korten tijd, bijna uitsluitend heil werd gezocht in de toediening van medicamenten en het aanleggen van pessaria of andere steunmiddelen, hebben de gunstige resultaten der operaties de oudere behandelingswijzen voor een groot gedeelte verdrongen.

Het is over die operatieve behandeling, dat wij voornamelijk zullen spreken, terwijl ten slotte een overzicht zal worden gegeven van de patiënten, die op het Leidsche Ziekenhuis voor prolaps zijn geöpereerd en van de definitieve resultaten, welke die operaties hebben opgeleverd.

Het is toch van het grootste belang om na te gaan of de operatieve behandeling slechts een voorbijgaand succes heeft gehad, dan wel of de lijderessen, die zich na haar ontslag uit het Ziekenhuis, dadelijk weer moeten blootstellen aan den schadelijken invloed van hare vermoeiende bezig-

heden, voor goed genezen zijn, althans geene bezwaren meer ondervinden van haar vroeger lijden.

Tot nu toe zijn weinig verslagen van dien aard verschenen. Voor zoover ons bekend is zijn de volgende verhandelingen hierover gepubliceerd.

DORFF. Bericht über sämtliche, seit dem Jahre 1868 in der HEGAR'schen Klinik ausgeführte, Prolapsoperationen, nebst Bemerkungen über die Methoden derselben. Freiburg i. B. 1880.

R. ASCH. Ueber Prolaps-Operationen 1886, (uit de kliniek van FRITSCH te Breslau).

E. COHN. Ueber die primären und definitiven Resultate der Prolapsoperation 1887, (uit de kliniek van SCHRÖDER te Berlijn).

E. SONNTAG. Plastische Operationen zur Wiederherstellung des gerissenen Dammes und zur Heilung der Vorfälle, 1889, (uit de kliniek van HEGAR te Freiburg i. B.).

In navolging hiervan zullen wij een overzicht geven van de patiënten, welke door Prof. TREUB voor prolaps geopereerd zijn van zijn optreden af, als hoofd der Gynaecologische kliniek, in Januari 1887 tot aan 1 Juli 1891. Vervolgens zullen wij nagaan welke resultaten door die operaties verkregen waren, toen wij ons, in het voorjaar van 1892, van den toestand der geopereerden op de hoogte stelden.

PROPHYLAXE.

Daar de meeste gevallen van prolapsus uteri ontstaan ten gevolge van nadeelige invloeden gedurende de baring en tijdens het kraambed, is het van zeer veel belang, door eene goede verzorging gedurende die beide tijdperken, de anders zoo dikwijls optredende nadeelige gevolgen er van te voorkomen. Men moet er derhalve voor zorgen, dat gedurende de baring alles, wat de ontwikkeling van prolapsus uteri in de hand werkt, zooveel mogelijk vermeden worde, en dat tijdens het kraambed de genitalia der vrouw tot hunnen normalen toestand terugkeeren.

Bij de baring late men daarom de vrouw niet onnoodig persen, bij het geboren worden van het voorliggende deel en steune men het perineum, om eene inscheuring er van te voorkomen of in elk geval deze zoo klein mogelijk te laten worden. De verwijdering der nageboorte mag niet geschieden door trekken aan de navelstreng of te hard drukken op den fundus uteri.

Gedurende het kraambed wake men er voor, dat de involutie der genitalia niet worde gestoord. Men voorkome stuwung door te zorgen voor eene geregelde ontlasting van blaas en rectum en retroversio uteri door de vrouw niet voortdurend op den rug te laten liggen. Is de involutie

vertraagd, dan kan men deze bespoedigen door toediening van *secale cornutum*, het leggen van eene Priessnitz'sche inwikkeling om den buik en het doen van warme irrigaties in de vagina.

De wanden der scheede, door de baring gerekt, hebben neiging om naar onderen te zakken, men late daarom de vrouw niet te spoedig het bed verlaten of, nog erger, zwaar werk verrichten.

Blijft de slapheid der vaginaalwanden bestaan, dan irriteren men met adstringerende oplossingen, b. v. van decoct. *quercus* ¹⁾, aluin ²⁾ enz., men penseele met jodiumtinctuur of wel men werke toniseerend door tampons gedrenkt in tannine-glycerine ³⁾, welke men 12 uur laat zitten. Deze behandeling, hetzij met inspuitingen of tampons, moet gedurende langen tijd worden voortgezet, terwijl men meestal nog zijne toevlucht zal moeten nemen tot het inbrengen van een pessarium.

Is bij de baring eene inscheuring van het perineum ontstaan, dan hechte men deze zoo spoedig mogelijk om de steunende werking van het perineum te verzekeren.

Bestaat er cystocele of rectocele bij normalen en normaal liggenden uterus, dan doe men *elytrorrhaphia anterior* of *posterior*; bij bestaande *retroversio uteri* worde deze behandeld.

¹⁾ MARTIN beveelt aan: Men doe een decoct van twee handen vol eikenschors op 2 L. water in een zitbad van 25° R., waarin men de kraamvrouw 10 minuten laat blijven.

Tevens kan men een kopje van dit afkooksel doen in een irrigator met lauw water, en spuit daarmee de scheede 2 à 3 maal daags uit.

²⁾ FRITSCH gebruikt: R. Alum. crud. 8, Spir. vini 30, Aq. depurat. 1000; 3 maal daags eene inspuiting.

³⁾ R. Acid. Tannic 20, Glycerini puri 100.

REPOSITIE.

De repositie is reeds beproefd zoolang de lijdende menscheid bestaat en men zal wel altijd getracht hebben de uitzakking eenvoudig terug te duwen. Bracht dit geene blijvende verbetering, dan zijn in den loop der tijden al merkwaardige therapeutische maatregelen genomen.

Men poogde b.v. het animal spermata desiderans naar boven te lokken door welriekende geuren te laten inademen, of wel het op de vlucht te jagen, door den prolaps met stinkende dampen te berookken, hem met een gloeiend ijzer te bedreigen of er muizen en hagedissen op te laten loopen.

HIPPOCRATES ¹⁾ paste reeds eene rationeele behandeling toe, door in de scheede een steunsel voor de baarmoeder aan te brengen, terwijl EURYPHON zijne patiënten eenigen tijd aan de voeten liet hangen.

Eene principiëel niet af te keuren, maar in onze maatschappij bezwaarlijk toe te passen, behandeling werd volgens EMMET ²⁾ aangewend door een hem bekenden geneesheer uit het district Currituck op de grenzen van Virginië, waar bij de negerinnen de uitzakking menigvuldig voorkomt.

¹⁾ De morbis mul. lib. V. sect. 5.

²⁾ La pratique des maladies des femmes. Paris, 1887.

Zijne beproefde methode bestond hierin, dat hij de lijderessen in knieborstligging ophing in eene nauwe hangmat en ze 10 dagen in deze houding liet blijven. Gedurende dien tijd werd de scheede gevuld gehouden met een sterk afkooksel van eikenschors, dat elken dag met eene spuit ververscht werd. De vrouwen brachten dezen tijd slapende door en werden slechts gewekt om aan de behoeften der natuur te voldoen.

Tegenwoordig past men bij geringe uitzakking eerst dezelfde maatregelen toe, die men na de baring prophylactisch neemt en het gelukt soms aldus repositie en genezing te verkrijgen. Men laat de vrouw in bed blijven, waarbij men zorgt draagt, dat niet voortdurend de rugligging wordt ingenomen en de faeces en urine geregeld ontlast worden, terwijl men inspuitingen in de scheede doet, liefst met eene aluinoplossing.

Verdwijnt de prolaps op deze wijze niet, dan reponeert men de baarmoeder aldus. Na gezorgd te hebben voor ontlediging van blaas en rectum, legt men de vrouw op den rug met eenigszins verhoogd bekken, omvat met de eene hand den prolaps, houdt met de andere de labia uit elkaar, comprimeert de uitzakking en drukt haar naar binnen in de richting van de bekkenas.

Is het uitgezakte deel door circulatiestoornissen gezwollen, zoodat de repositie op de beschreven wijze niet gelukt, dan laat men de patiënte eenige dagen in bed blijven en behandelt den prolaps met koude omslagen, totdat de zwelling geen beletsel meer oplevert. Zoo noodig kan men de vrouw narcotiseeren, om de reflectorische spanning der perineaalspieren op te heffen en des noods den vulvairring insnijden.

De erosies en ulceraties, die dikwijls op de uitzakking

zijn ontstaan, genezen gewoonlijk, wanneer na de repositie de uterus in normale ligging blijft. Verdwijnen zij niet vanzelf, dan irrigeere men de scheede met salicyl- of boorwater en tamponneere de vagina, om de wanden van elkaar te houden.

Na de repositie keert de baarmoeder, met de haar bevestigende deelen, gewoonlijk weer tot haren normalen toestand terug en blijft zij in die goede ligging, dan kan zij, ook door het weder optreden van vet in het bekken, al mag hieraan geen groote invloed worden toegekend, als vroeger bevestigd worden en aldus volkomen herstel optreden.

Bij hypertrophie van de portio vaginalis, trachte men deze te doen afnemen door heete irrigaties, glycerinetampons in de vagina of bloedonttrekking; bij hooger en graad, die door deze behandeling niet vermindert, amputeere men de portio. De secundaire verlenging der pars supravaginalis cervicis verdwijnt langzamerhand, als de prolaps gereponeerd blijft. Blijkt het onmogelijk te zijn, om de uitzakking terug te brengen, wegens vergroeiingen met de omgeving, dan bepale men zich er toe, haar voor nadeelige invloeden te beschutten en bestaande of optredende erosies en ulceraties te behandelen.

In een dergelijk geval, evenals bij het gedeeltelijk of geheel gangraeneus worden van de uitzakking, verdient het overweging de baarmoeder te exstirpeeren.

RETENTIE.

De retentie der gereponeerde baarmoeder kan men verkrijgen door geneesmiddelen, door steunmiddelen der baarmoeder of door operatie.

Zooals wij boven gezien hebben, kan volkomen herstel optreden, wanneer de vrouw door langdurige horizontale ligging aan den uterus en zijne bevestigende deelen gelegenheid geeft tot involutie en wij kunnen deze bevorderen door adstringeerende inspuitingen in de scheede.

Bij versche gevallen van acuten primairen uterusprolaps is aldus meermalen genezing verkregen, maar gewoonlijk zal men genoodzaakt zijn door pessaria of operatie het weder optreden der uitzakking te verhinderen.

Pessaria noemt men de steunmiddelen, die in de scheede worden gebracht om de gereponeerde baarmoeder op hare normale plaats te houden. Zij komen in allerlei vorm, grootte en grondstof voor, zoodat wij alleen de meest gebruikte kunnen bespreken.

De bruikbaarste zijn ronde ringen uit hard caoutchouc of celluloid vervaardigd.

Voor het invoeren wordt de vrouw in rug- of zijligging geplaatst en wordt de ring met olie besmeerd. Met de eene hand houdt men nu de schaamlippen uiteen, waarbij men

tevens de haren terzijde strijkt en schuift nu met de andere hand het pessarium in schuinsche richting door de vulva in de scheede, zooveel mogelijk naar onderen tegen het perineum drukkende, om het ostium urethrae niet te schuren. Vervolgens, terwijl men den ring voortschuift langs den achtersten vaginaalwand, draait men hem langzamerhand horizontaal, zoodat de voorste rand ligt langs den voorsten vaginaalwand, de achterste in het laquear posterius. De ring rust nu op den M. levator ani, maar mag niet steunen tegen een beenig deel van het bekken, om geen fistels te doen ontstaan. Men moet in de vulva den ring zien zitten en hem bij persen der vrouw naar voren zien komen.

Door drekballen kan het pessarium in schuinschen stand worden gebracht en ten slotte uit de scheede vallen, evenals dit gebeurt met te kleine ringen. De uitspanning van den achtersten vaginaalwand kan stoornis geven van de defaecatie, waarom men dan moet zorgen voor weeke ontlasting.

Wanneer de vrouw in de eerste dagen last heeft van moeilijke pijnlijke defaecatie, van bloedige afscheiding uit de genitalia of van pijn in de genitaalstreek, moet zij dadelijk naar het pessarium laten zien; in elk geval late men de patiënte eenige dagen na het inbrengen terugkomen, om te onderzoeken of het pessarium nog goed zit. Dagelijks moet de scheede worden uitgespoten met lauw water of eene oplossing van boor- of salicylzuur, om het ontstaan van kolpitis tegen te gaan, terwijl het pessarium zelf eerst om de drie, later om de zes maanden er uitgenomen en gereinigd moet worden.

Blijft een smalle ring niet goed zitten, dan beproeve men het met een brederen, waaraan de scheedewanden zich meer vastzuigen.

Bruikbaar is ook het schotelvormige pessarium en het

eivormige pessarium van hard caoutchouc van BREISKY, aan welke de vaginaalwanden zich ook vastzuigen. Het laatste verwijderd men met eene daarvoor gemaakte tang. Men kan dit echter alleen gebruiken bij vrouwen die niet meer menstrueeren en cohabiteeren.

De verschillende vormen van hystero-phoren, gesteelde en gordelpessaria zijn alle ondoelmatig gebleken en onder deze is het vleugelpessarium van ZWANCK-SCHILLING, dat dikwijls fistels veroorzaakt, bepaald gevaarlijk te noemen. Wil men een van buiten steunend retentiemiddel aanbrengen, dan neemt men hiervoor nog het best eenen gewonen banddoek.

De behandeling met pessaria is echter alleen maar eene palliatieve, want het is slechts zelden voorgekomen, dat er volkomen genezing door tot stand kwam, zoodat het kon verwijderd worden, zonder dat de uitzakking weer optrad.

Ontstaat een prolaps kort voor het intreden der menopauze en is hij door een pessarium binnen te houden, dan kan door de somwijlen daarbij, als gevolg der atrophie van de genitalia, optredende vernauwing der vagina het lijden geheel worden opgeheven en het pessarium later worden weggenomen. Dit is echter uitzondering. Gewoonlijk kan het den toenemenden druk van den zich verder ontwikkelenden prolaps geen weerstand bieden en moet men tot steeds grootere pessaria zijne toevlucht nemen. Hierdoor wordt de vagina langzamerhand belangrijk verwijd en blijven laesies van den wand meestal niet uit.

Men doet daarom goed slechts pessaria aan te wenden als radicale genezing van het lijden om eenigerlei reden onmogelijk is.

Tot de orthopaedische behandeling voor prolapsus uteri

kan men ook rekenen de massage volgens de methode van THURE BRANDT ¹⁾.

Na repositie van de uitgezakte baarmoeder worden de volgende bewegingen uitgevoerd:

I. De pat. staat, de uitgestoken handen ergens tegen steunend, met iets voorovergebogen bovenlichaam, achterover geneigd hoofd en met de voeten een weinig van elkander verwijderd en naar binnen gekeerd.

Terwijl de geneesheer met zijne linkerhand den buik der pat. steunt, worden met de los gebalde vuist beiderzijds een vijftal slagen toegebracht in het verloop eener naar onder convexe lijn, die gaat van den ondersten lendenwervel tot boven de crista ilei.

Vervolgens worden beiderzijds 7 slagen toegebracht in het verloop eener lijn, die men zich langs de foramina sacralia getrokken denkt.

Het toebrengen der slagen wordt op beide plaatsen 3 maal herhaald.

De bedoeling hiervan is prikkend te werken op de naar het bekken verlopende zenuwen.

II. De pat. ligt op een rustbed met opgetrokken dijen, zoodat de voeten naast elkaar zoo dicht mogelijk bij het bekken geplaatst zijn, de knieën worden van elkander verwijderd gehouden. De geneesheer gaat links van de pat. zitten, voert de linkerhand in de vagina en brengt de baarmoeder zooveel mogelijk in normale positie. Vervolgens

¹⁾ THURE BRANDT. Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin, 1891.

F. SIELSKY. Das wesentliche der THURE-BRANDT'schen Behandlungsmethode des Uterusprolapses (Centralbl. f. Gyn. 1889. No. 4).

E. STROVNOWSKY. Centralbl. f. Gyn. 1889. No. 29.

K. PAWLIK. Centralbl. f. Gyn. 1889. No. 13.

blijft hij met de inwendige hand tegen de voorzijde van de cervix uteri drukken, om den bewegelijken fundus zodoende nog meer naar voren te brengen. De rechterhand wordt op den buik geplaatst, met de vingers naar de symphysis om de ligging der baarmoeder te controleeren en zoo noodig de darmen naar boven te schuiven. Deze hand dringt nu tusschen uterus en symphysis diep in het bekken; vervolgens laat hij den assistent hier de beide handen plaatsen met de rugvlakte naar de symphysis, de gevoelsvlakte naar de baarmoeder gekeerd.

De assistent is geplaatst tegenover de pat. met het rechter been, links van haar, op den grond en de linker knie op het rustbed naast den rechter voet der pat. Met de beide handen dringt hij nu diep in het bekken, met de rugvlakte langs de schaambeenderen, totdat de geneesheer met zijne in de scheede geplaatste vingers, die van den assistent voelt. Nu kromt deze de vingers van beide handen om den tegen het os sacrum gedrukten uterus van onder af zooveel mogelijk te omgrijpen. De aldus gevatte baarmoeder wordt vervolgens langs het heiligbeen naar boven en naar voren geschoven, waarbij men er aan moet denken tegen het onderste deel van den uterus te drukken, om hem in anti-versie te houden. Daarna trekt de assistent zijne handen een weinig terug en laat hij de baarmoeder langs zijne vingers naar beneden glijden.

Voor elke herhaling dezer beweging moet de geneesheer onderzoeken, of de uterus in normale positie ligt en hem zoo noodig hierin brengen.

De beweging wordt uitgevoerd om de bevestigende deelen der baarmoeder te versterken.

III. De pat. ligt op een rustbed en, terwijl zij steunt op de voeten en het bovenste deel van den rug, strekt zij de

heupgewrichten zooveel mogelijk en houdt zij de knieën bijeen.

De geneesheer zit naast het rustbed en trekt de knieën van elkaar, terwijl de pat. tegenwerkt; vervolgens beweegt de pat. de knieën naar elkaar toe, terwijl de geneesheer tegenwerkt.

Deze beweging wordt 3 maal herhaald en dient om eene actieve verkorting der spieren van den bekkenbodem te bewerken.

Daarna ligt pat. in dezelfde houding, maar met de knieën van elkaar. De geneesheer brengt ze bij elkander, terwijl de pat. tegenwerkt, en de pat. verwijdt ze van elkander, terwijl de geneesheer tegenwerkt.

Ook deze beweging wordt 3 maal herhaald en moet den afvoer van bloed uit de bekkenorganen bevorderen.

IV. Pat. zit iets voorovergebogen op eene stoel met gesloten knieën, de handen in de zijden geplaatst, de voeten op den grond.

De geneesheer gaat tegenover haar zitten en sluit de rechter knie der pat. tusschen zijne knieën.

Vervolgens plaatst hij zijne uitgestrekte linkerhand met geabduceerden duim in de rechter okselholte van de pat. en legt zijne rechterhand over haren linker schouder.

De geneesheer draait nu het bovenlichaam der pat. zoodat haar linker schouder naar voren komt te staan, terwijl zij tegenwerkt en daarna draait pat. haar lichaam weer in de eerste positie, terwijl de geneesheer tegenwerkt.

Hetzelfde wordt gedaan met den anderen schouder, nadat de handen verplaatst zijn.

Beide bewegingen worden 3 maal herhaald en moeten dienen om de vaat- en zenuwwerking voorn. in de lendenstreek te bevorderen.

's Morgens en 's avonds moet pat. de vagina irrigereen met $\frac{1}{4}$ liter niet te koud water.

De pogingen in de Gynaecologische Kliniek alhier aangewend, om door behandeling volgens de voorschriften van THURE BRANDT prolaps te genezen, hebben geen resultaat opgeleverd. Eene private patiënte van Prof. TREUB, die zich onder BRANDT's behandeling had gesteld en als genezen ontslagen was, keerde met een belangrijken prolapsus vaginae in het vaderland terug. Ook onder de leerlingen van den apostel dezer geneeswijze zijn er, die verklaren dat geene resultaten bij prolaps verkregen zijn, terwijl de beschrijving der wijze van behandeling en van het doel, waarmede elke beweging wordt toegepast, zeker niet geschikt is om het vertrouwen in deze massage te vergrooten.

OPERATIES.

Alvorens tot de operaties over te gaan, die uitgevoerd worden om prolapsus uteri te genezen, is het van belang de behandeling van ruptura perinei te bespreken, omdat deze prophylactisch reeds moet worden toegepast en dikwijls met de prolaps-operaties verbonden wordt.

A.

RUPTURA PERINEI.

De hechting van versche ruptura perinei incompleta levert weinig moeilijkheden op. Wanneer niet de beneden te noemen contraindicaties bestaan, wordt, zoo spoedig mogelijk na de baring, de vrouw in zijdeligging met opgetrokken dijen of in steensneeligging geplaatst, de wond en hare omgeving gereinigd en gedesinfecteerd en legt men enkele dikke zijden hechtingen, die de geheele wondvlakte omgeven, in het perineum. Men laat de vrouw, liefst in zijdeligging met door een handdoek saamgebonden knieën, in bed liggen. Na vijf dagen worden de hechtingen verwijderd.

de steekkanaaltjes met jodoformpoeder bestrooid en een paar dagen later is de wond *per primam intentionem* genezen.

Bij versche *ruptura perinei completa* wordt de vrouw in steensneeligging gebracht, rectum en vagina worden met boorwater uitgespoeld en vervolgens de wond met hare omgeving gereinigd en gedesinfecteerd.

Er worden eerst dunne zijden rectaalhechtingen gelegd, vervolgens hecht men den doorgescheurden *M. sphincter ani*; nu worden vaginaalhechtingen ingebracht en ten slotte wordt de perineaalwond vereenigd. In de scheede wordt een jodoformgaastampon gelegd; tegen de *genitalia externa* een lap jodoformgaas, watten en Tverband aangebracht en de vrouw met samengebonden knieën in bed gehouden. Men zorgt voor dunne ontlasting en verwijdere na 5 à 6 dagen de hechtingen uit het perineum. Die in rectum en vagina laat men zitten, zij snijden door en worden aldus vanzelf verwijderd.

Men doet z.g.n. *secundaire perineorrhaphie*¹⁾, wanneer tegen eene *primaire* hechting bezwaren bestaan. Deze kunnen gelegen zijn in oedeem van het perineum, afloopen van stinkend vruchtwater of febriciteeren tijdens de baring, belangrijke laesies der weeke deelen, zoodat gevaar bestaat voor gangraen van de wondranden, noodzakelijke jodoformgaastamponnade van het *cavum uteri* na de baring, onvoldoende hulpmiddelen om de hechting te verrichten.

In deze gevallen stelt men de vereeniging der wondvlakten uit, tot zij na 10 à 12 dagen goed granuleeren. De vrouw wordt dan in steensneeligging geplaatst en genarcotiseerd, wond en omgeving worden gereinigd en gedesinfecteerd, in de vagina wordt een jodoformgaastampon gebracht. Met

¹⁾ TH. W. BEEKER. *Secundaire perineorrhaphie*. Diss. Leiden, 1892.

een scherpen lepel worden nu de granulaties weggekrabd waarna de wond gehecht wordt, op analoge wijze als bij versche inscheuring, terwijl ook de nabehandeling dezelfde is.

De operatieve behandeling van oude perinealscheuren schijnt het eerst door AMBROISE PARÉ te zijn aangeraden en door GUILLEMEAU¹⁾ te zijn uitgevoerd. MAURICEAU en SMELLIE spreken wel over de mogelijkheid om het gescheurde perineum te hechten, maar hebben waarschijnlijk dat denkbeeld niet uitgevoerd. In het einde der vorige eeuw zien wij NOËL en SAUCEROTTE de vereeniging van den ingescheurden bilnaad met omwonden hechtingen tot stand brengen.

In de eerste helft dezer eeuw hebben DUPUYTREN en ROUX met goed gevolg het ingescheurde perineum genaaid terwijl DUPARCQUE op nog beter resultaten kon bogen.

De oudste behandeling²⁾ bestond daarin, dat men op de plaats, waar vroeger het perineum was geweest, de vaginaalwanden ruim afpraepareerde en de aldus ontstane wonde vlakten door bloedige hechting tot vereeniging bracht.

In later tijd heeft men zoowel in den vorm, waarin men aviveerde, als in de wijze van hechting herhaaldelijk verandering gebracht. Daar de vorm van aviveeren bij elke operatie vanzelf ter sprake komt, zullen wij een kort overzicht der hechtingsmethoden vooraf laten gaan.

Hechtingsmethoden.

RITGEN legt geknoopte hechtingen van buiten naar binnen. Men steekt beiderzijds in, vlak naast den huidrand, in de wondvlakte en komt naar buiten in den vaginaalwand ver

¹⁾ GUILLEMEAU. *Oeuvres de chirurgie* 1649.

²⁾ HILDEBRANDT. *Die Krankheiten der ausseren weiblichen Genitalien* Stuttgart, 1877.

van de wondranden. De draadeinden worden in de vagina geknoopt en worden gefixeerd door een Desault'schen draadsnoerder.

WUTZER gebruikt groote, niet sterk gebogen, naalden en sterkt deze in 3—4 mM. naast den wondrand in de gezonde huid, voert ze, onder de geheele wondvlakte door, naar buiten 3—4 mM. naast den wondrand, in de gezonde huid der tegenovergestelde zijde.

KÜCHLER ¹⁾ hecht eerst de vaginaalwond met oppervlakkige geknoopte hechtingen, om het indringen van vaginaalsecreet in deze wond te verhinderen en legt vervolgens $\frac{1}{2}$ cM. van de wondranden af, in de gezonde huid, diepe hechtingen onder de geheele overgebleven wondvlakte door.

C. O. WEBER ²⁾ hecht afzonderlijk de vagina, het rectum en het perineum, het laatste met afwisselende diepe en oppervlakkige hechtingen.

DIEFFENBACH gebruikt voor de vereeniging van het perineum omwonden hechtingen, die bijna alleen door hemzelf werden aangewend, omdat de Karlsbader spelden hinderen bij het sluiten der beenen. Veel gebruikt is de gepende naad, soms in combinatie met oppervlakkige en diepe geknoopte hechtingen.

REYBARD ³⁾ steekt, om de wondvlakten over de geheele oppervlakte met elkaar te laten vergroeien, in elk der geaviveerde labia, 3 lange spelden schuin in, zoodat de punten uitkomen in eene gomelastieken sonde, die in de vagina gelegen is, terwijl de koppen der spelden door draden aan elkander worden gebonden.

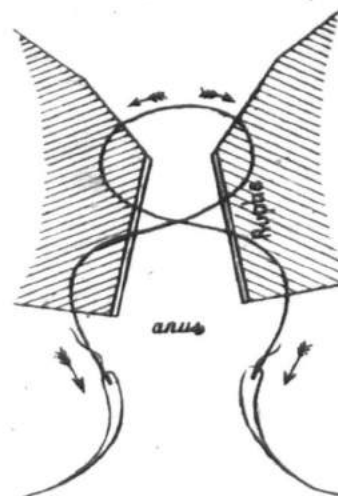
¹⁾ KÜCHLER. Doppelnäht bei Damm-, Scham- u. Scheidenäht. Erlangen, 1863.

²⁾ C. O. WEBER. Deutsche Klinik. 1867.

³⁾ REYBARD. Annales de Lyon II. 1854.

SIMON legt diepe, de geheele wondvlakte omgevende, rectaal-hechtingen, half diepe scheedehechtingen en oppervlakkige perineaalhechtingen. Ook HEGAR gebruikte voor rectum en vagina diepergaande hechtingen dan voor 't perineum.

HEPPNER ¹⁾ trachtte eveneens de wondvlakten met de geheele oppervlakte tegen elkaar te brengen, door den draad in den vorm van een 8 te leggen (fig. 1.)



(Fig. 1.)

WERTH ²⁾ bereikte beter hetzelfde doel, door de wondvlakten met verloren catgutdraden over de geheele oppervlakte tegen elkander te brengen en de wondranden door oppervlakkige hechtingen te vereenigen.

LAUENSTEIN ³⁾ hecht, om infectie der steekkanaaltjes te voorkomen, met ver-

loren catgutdraden, die hij $\frac{1}{2}$ cM. van den wondrand in de wondvlakte insteekt en naar buiten voert.

MARTIN past toe een doorlopenden étage-naad met catgut.

Bij eene kolporrhaphie b. v., wegens ruptura perinei completa, legt hij eerst van boven naar onder een doorlopenden naad in rectum en anus, dan legt hij met denzelfden draad een eersten étage-naad van onder naar boven

¹⁾ LANGENBECK'S Archiv. Bd. X.

²⁾ WERTH. Centralblatt für Gynäkologie, 1879.

³⁾ LAUENSTEIN. Die Vermeidung der Stichkanäle in Scheide u. Mastdarm bei der Plastik des Septum recto-vaginale. (Centralbl. f. Gyn. 1886. N 4.)

in de wond van het septum, vervolgens wordt een tweede étage-naad van boven naar onder in den achtersten vaginaalwand gelegd, en ten slotte hecht hij het perineum.

Op de kliniek van Prof. TREUB wordt oppervlakkige rectaal- en vaginaal-, maar diepe perineaalhechting toegepast.

1. Operaties met aviveeren.

De vorm der geaviveerde oppervlakte was bij de oudere operateurs zeer eenvoudig, de randen der ruptuur n. l. werden ter breedte van een vinger geaviveerd.

Wij zullen bij de nu volgende bespreking der operaties telkens andere wondfiguren zien maken.

De operatie van DIEFFENBACH ¹⁾ bestaat hierin, dat men aan beide zijden van den vroegeren introitus vaginae, de vaginaalwanden ruim afpraepareert en het ingescheurde perineum aviveert. De vereeniging der wondvlakten geschiedt door eene diepe hechting, ingaande naast den wandrand, in de huid van het linker labium majus, onder de geheele wondvlakte door en uitkomend op analoge wijze in de huid van het rechter labium majus. Na knoopen van deze hechting worden de nog gapende wondranden naar boven, naar de nieuw te vormen achterste commissuur toe, en naar onder, naar het rectum toe, op beide plaatsen met twee omwonden hechtingen vereenigd.

Later ²⁾ werden op 3 à 4 cM. van de wondranden twee daaraan evenwijdige huidsneden gemaakt, de zoogenaamde DIEFFENBACH'SCHE ontspanningsneden.

¹⁾ DIEFFENBACH. Chirurgische Erfahrungen. Berlin, 1829.

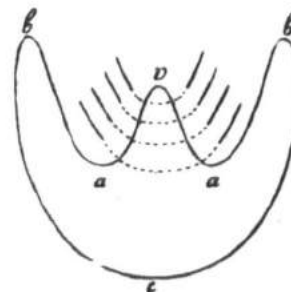
²⁾ DIEFFENBACH. Operative Chirurgie, B. I. 1845.

Nog later legde hij beurtelings 2 à 3 naast elkander gelegen diepe en eene oppervlakkige hechting, van het perineum, uit door het geaviveerde gedeelte der labia. Daar bij het aanhalen der hechtingen, de wondranden in de vagina uit elkander weken, werden in de scheede eenige oppervlakkige hechtingen gelegd.

Bij ruptura perinei totalis wordt, voor de sluiting der perineaalwond, door een doorloopenden naad, van de scheede uit, de ruptura recto-vaginalis² gehecht.

De operatie van SIMON wordt, ter verkrijging van een hoog perineum, dikwijls toegepast met eene wijziging die door HEGAR is aangegeven voor de behandeling van ruptura completa.

De genarcotiseerde patiënte wordt in steensneeligging gebracht en het operatieterrein gereinigd en gedesinfecteerd.



(Fig. 2.)

Men teekent nu met oppervlakkige sneden de wondfiguur, (fig. 2) zoodat *b* komt te liggen op de samenkomst van labia majora en minora; *bc* verloopt langs den buitenkant van de labia majora, *c* ligt op de grens van het intact gebleven perineum, *ab*

verloopt langs den binnenkant der labia majora, terwijl het driehoekige *ava* komt te liggen in het midden van den achtersten vaginaalwand. Het aldus omsneden gedeelte huid en vaginaalwand wordt vervolgens afgepraepareerd.

Het eerst wordt nu, bij *v* te beginnen, het driehoekje *ava* gehecht, waarvoor men beurtelings een fijnen en een iets dikkeren zijden draad gebruikt, terwijl men, na het

knoopen eener nieuwe hechting, telkens de voorlaatste afknipt.

Wanneer *aa* tegen elkander liggen, moet *ab* aan *ab* worden gehecht en wel zoodanig, dat deze stukken uit de zijwanden der vagina na hechting achterste vaginaalwand worden. Hiertoe legt men deze hechtingen, wat de richting betreft, als 't ware van de vagina uit, zoodat de knopen in de scheede komen te liggen. Na het knopen eener nieuwe hechting, wordt ook hier telkens de voorlaatste afgeknipt.

Als *bb* tegen elkander liggen, blijft eene ovale perineaalwond over, die gesloten wordt door enkele zeer dikke en meerdere dünnere zijden hechtingen.

Bij het leggen der onderste draden steke men een paar vingers in het rectum, om te controleeren dat men niet hierin steekt.

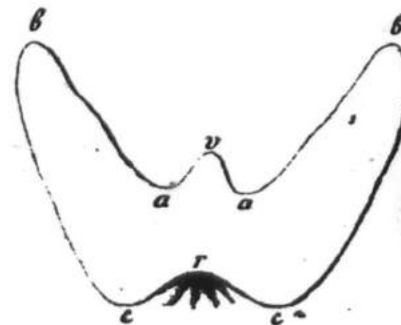
Na reiniging van het operatie-terrein wordt dit met jodoformpoeder bestrooid en vervolgens eene jodoformgaas-tampon in de vagina gebracht.

Tegen de perineaalwond wordt jodoformgaas, watten en T-verband aangebracht, waarna de patiënte met samen-gebonden knieën te bed wordt gelegd.

Men zorgte voor weeke ontlasting en neme na 7 dagen de perineaalhechtingen weg. De draden in de vagina laat men doorsnijden, waarna zij van zelf verwijderd worden. Wanneer na 6 weken niet alle zijn uitgestooten, kan men ze met behulp van specula verwijderen.

Bij *ruptura perinei completa* kan men de methode toepassen, die door HEGAR is aangegeven, naar het principe, waarnaar SIMON handelde bij *ruptura incompleta*.

De voorbereiding der patiënte voor de operatie ondergaat hierbij eenige uitbreiding omdat men, ter wille der inscheu-



(Fig. 3.)

ring van het rectum, moet zorgen dat daarin tijdens de operatie zich geene faeces bevinden of kunnen komen. Hiertoe laat men de patiënte, daags voor de operatie, ricinusolie en zoo noodig een klysma van lauw water toedienen. Tevens

kan men eene wattentampon in het rectum brengen, die men aan een draad bevestigd heeft en hieraan naar buiten trekt, vóór men het rectum hecht.

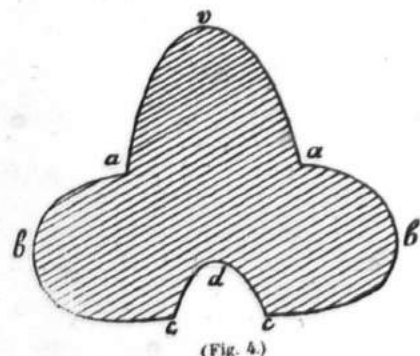
Na deze en de gewone voorbereidende maatregelen aviveert men als bij *ruptura incompleta* met dit verschil, dat de onderste boogsnede met eene convexiteit naar boven heengaat om de plaats waar de anaalopening moet komen (fig. 3.) Deze plaats wordt bepaald door de plooiën, die de beide helften van den *M. sphincter ani* met de huid maken.

Men moet er voor zorgen dat het punt *r* komt te liggen in het midden van den overgang van den rectaalwand in het vaginaallitteken.

Allereerst wordt, te beginnen bij *r*, *cr* aan *cr* met fijne zijden draden gehecht, waarbij men telkens, na het knopen eene nieuwe hechting, de voorlaatste afknipt. Als *cc* tegen elkander liggen, hecht men verder als bij *ruptura incompleta*.

Bij de nabehandeling zorgte men voor geregelde weeke ontlasting, terwijl men de rectaalhechtingen laat doorsnijden, waarna zij vanzelf worden verwijderd.

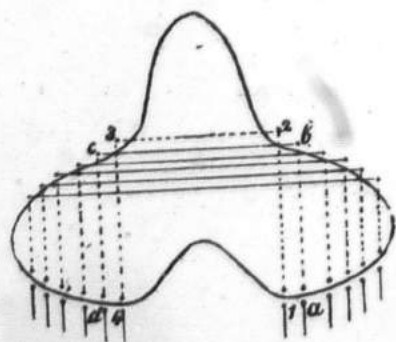
HILDEBRANDT aviveert bij *ruptura perinei completa* als fig. 4 doet zien, dus een groot gedeelte *ava* van den



(Fig. 4.)

driehoek *ava* gelegd, dan die voor den driehoek *c d c* en vervolgens, alvorens te gaan knopen, worden alle nog aan te brengen hechtingen op de volgende wijze ingebracht en op het perineum geknoopt.

De naald wordt ingestoken links in de huid, vlak naast den



(Fig. 5.)

M. sphincter ani 4 à 5 mm. van den wondrand bij 1, (fig. 5) gaat onder de wondvlakte door naar den rand van de linker vaginaalwond bij 2. Hier wordt de naald uitgehaald en er vlak naast weer ingestoken en onder de vaginaalwond doorgevoerd naar 3, hier wordt de naald weer uitgehaald en er vlak naast weer ingestoken, om naar buiten te komen in de huid rechts naast den M. sphincter ani bij 4.

De 2^e draad wordt iets meer naar buiten van den eersten

achtersten vaginaalwand en hecht met metalen draden, om zooveel mogelijk eene gelijkmatige compressie der wondvlakten te verkrijgen. Hij krijgt aldus een perineum *b c*.

Eerst worden de hechtingen voor den

bij *a* ingestoken en verder op analoge wijze gelegd, maar van *b* over de wondvlakte der vagina naar *c* gevoerd.

De overige draden worden evenals de 2^e gelegd en vervolgens worden alle hechtingen geknoopt.

Den hechtingen, die in de vagina geknoopt zijn, laat men in elkander gedraaide einden ter lengte van 6 à 8 cm. houden, om ze later gemakkelijk te kunnen verwijderen.

Aldus hoopt HILDEBRANDT de vorming eener holte tusschen rectum, vagina en perineum te kunnen voorkomen.

De geheele operatie duurt 2 à 3 uur.

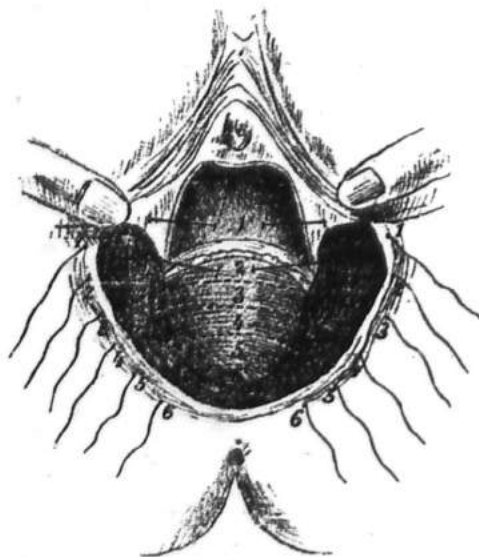
BAKER BROWN ¹⁾ aviveert bij *ruptura perinei incompleta* het ingescheurde perineum in den vorm van eene ellips, brengt de wondvlakten door gepende naden tegen elkander en vereenigt de wondranden door oppervlakkige hechtingen.

Volgens de operatie van EMMET ²⁾ voor *ruptura perinei incompleta* aviveert men op den overgang van achtersten vaginaalwand in huid en op de labia majora, volgens figuur 6 en tevens aviveert men het hieraan grenzend gedeelte van den achtersten vaginaalwand. De bedoeling is nu, om het geaviveerde gedeelte van den achtersten vaginaalwand te doen vergroeien met de beide zijdelingsche geaviveerde gedeelten der labia majora. Hiertoe legt men de eerste hechting 1 zóó, dat zij de beide labia majora en het midden van den achtersten vaginaalwand doorboort boven de geaviveerde gedeelten; hechting 2 gaat onder het bovenste geaviveerde deel der labia majora door en grijpt het middelste deel van het geaviveerde gedeelte van den achtersten vaginaalwand.

¹⁾ BEIGEL. Die Krankheiten der weibl. Geschl. Stuttgart, 1875.

²⁾ EMMET. La pratique des maladies des femmes. p. 365.

Nu legt men achtereenvolgens de hechtingen 3, 4, 5 en 6, die het geheele geaviveerde gedeelte omgrijpen. Als de



(Fig. 6.)

len der labia majora ook tegen elkander komen en aldus perineum en frenulum vormen.

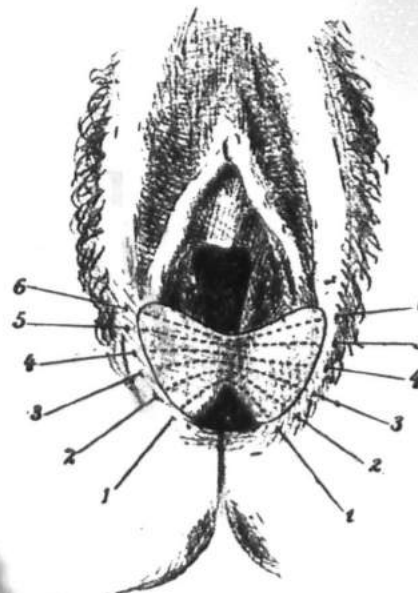
Bij *ruptura perinei completa* aviveert EMMET ¹⁾ de beide vlakten van het gescheurde perineum in den vorm van een driehoek, waarvan de top is afgesneden. De basis ligt over het onderste vierde van een labium majus, de bovenste opstaande zijde verloopt van de mediaanlijn langs den achtersten vaginaalwand naar de grens van het onderste en tweede vierde van het labium majus, de onderste opstaande zijde verloopt van de mediaanlijn langs de anaal-

¹⁾ JUDES HUE. Bull. soc. de Chir. 1886. p. 740.
KIRISSON. Dict. encyclop. des sc. méd.
PICQUE. Encyclop. inf. de chir. VII.

hechtingen geknoopt zijn, komt de rechter geaviveerde helft van den achtersten vaginaalwand te liggen tegen het bovenste geaviveerde deel van het rechter labium majus. Links komen deze geaviveerde deelen evenzoo tegen elkaar te liggen, terwijl de onderste geaviveerde deelen

opening naar het onderste deel van het labium majus. De afgesneden topeinden liggen tegen elkaar, in de mediaanlijn van het onderste deel van het septum recto-vaginales, ter lengte van 2 à 3 cM.

Men doet goed met de mediane deelen het eerst te aviveeren,



(Fig. 7.)

wegens de belangrijke bloeding, die aan de laterale deelen optreedt, en het septum recto-vaginales door twee, in het rectum gevoerde vingers, te spannen. Voor de hechting wordt zilverdraad gebruikt.

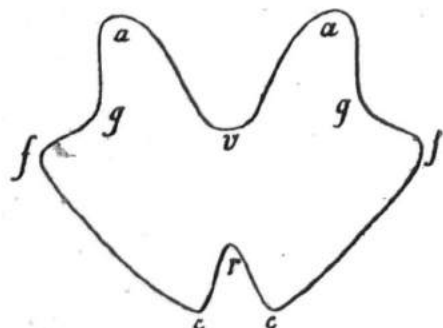
De 1e hechting (fig. 7) wordt links naar achter en buiten van den achterkant der anaalopening ingestoken, gaat onder de geaviveerde vlakte,

door het onderste deel van het septum recto-vaginales en komt rechts naar buiten op een met de insteekopening symmetrisch punt. Men controleert met een vinger in het rectum of men het hierin steekt. Deze hechting is bestemd om de doorgesneden einden van den M. sphincter ani te vereenigen en wordt aan de achterzijde der anaalopening dichtgedraaid.

De volgende 5 hechtingen worden op analoge wijze, onder het geariveerde gedeelte door, gelegd.

Het voordeel dezer eenvoudige operatie is dat alleen perineaalhechtingen gelegd behoeven te worden.

Operatie van FREUND ¹⁾. Daar de *columna rugarum* posterior bij *ruptura perinei completa* bijna nooit wordt



(Fig. 8)

ingescheurd, maar de ruptuur gewoonlijk er naast verloopt, wil FREUND dit meer resistente deel vanden achtersten vaginaalwand sparen. Hij aviveert daarom volgens nevenstaande figuur, waarin bij *v* het onderste deel der *columna rugarum* posterior gelegen is en naast deze de uitloopers *v a g* geaviveerd zijn, *c r c* wordt rectum en *f* ligt op den grens van vaginaalwand en huid, zoodat *f c* perineum wordt.

Men hecht *c r* aan *c r*, *a g* aan *a v*, *g f* aan *g f*, wat achterste vaginaalwand wordt, *f c* aan *f c*.

WALCHER ²⁾ past eene operatiemethode toe, waarbij hij uitgaat van het principe om, door uitsnijding van het littekenweefsel en zooveel mogelijk sparen van den gezonden scheidewand, hereeniging van de bij elkaar behorende deelen te verkrijgen.

¹⁾ FREUND. Archiv für Gynäkologie, Bd. VI.

²⁾ WALCHER. Senkung und Vorfal von Scheide u Gebärmutter. Tübingen, 1887.

Bij *ruptura perinei totalis* wordt in de vagina, in de streek van het vroegere perineum en in het rectum met de bistouri al het littekenweefsel uitgepraepareerd.

Aldus ontstaat eene groote wonde vlakke en wordt de huid van het vroegere perineum en de achterste vaginaalwand zoo bewegelijk, dat de wondranden gemakkelijk tegen elkander kunnen worden gebracht. Het eveneens bewegelijk gemaakte rectum, kan men nu gemakkelijk naar beneden trekken en de wondranden kunnen, zonder spanning, door rectaalhechtingen vereenigd worden, nadat eerst de vaginaalwand is gehecht.

Ten slotte wordt de perineaalwond genaaid, waarbij men de naald loodrecht in de wondvlakte diep insteekt en zoo dicht mogelijk bij de insteekopening weer laat uitkomen, wat men ook in het andere wondvlak doet, zoodat men, na knoopen der hechting, een dergelijk effect verkrijgt, als bij den gependen naad.

Bij *ruptura perinei incompleta* is de operatie veel gemakkelijker en wordt op dezelfde wijze al het littekenweefsel uitgepraepareerd en de aldus bewegelijk gemaakte deelen worden vervolgens op analoge wijze met elkander vereenigd.

2. Operaties met lapvorming.

Perineosynthesis van LANGENBECK ¹⁾.

Bij *ruptura perinei incompleta* omsnijdt men den in de ruptuur vastgegroeiden vaginaallap met eene hoefijzervormige snede, beiderzijds beginnend op de plaats, waar men zich de commissura posterior denkt. Er worden een paar vingers

¹⁾ BIEFEL. Ueber Perineoplastiek. Monatsschrift für Geburtskunde. Bd. XV.

in het rectum geplaatst, om den achtersten vaginaalwand te doen promineeren en te spannen en vervolgens wordt de omsneden vaginaallap los gepraepareerd. Aldus ontstaat eene breede wonde, waarvan de zijwanden beantwoorden aan de oorspronkelijke diepte der inscheuring.

De wondvlakten worden nu in de mediaanlijn aan elkan- der gehecht, zoodat een nieuw perineum van de oorspron- kelijke lengte gevormd wordt. Men verkrijgt dus eene her- eeniging van de bij de inscheuring gescheiden en door de ingegroeide deelen der scheede gescheiden gehouden peri- neaahelften.

Voor deze vereeniging gebruikt men diepe geknoopte zijden draden, steunt deze door enkele omwonden hechtin- gen en legt in de tusschenruimten eenige oppervlakkige.

De rekbare losgepraepareerde vaginaallap wordt nu aan den voorsten rand van het nieuwgevormde perineum ge- hecht, zoodat de vagina vernauwd wordt en de wond tevens beschut tegen afvloeiende secreta.

Als door den perinealnaad te groote spanning veroor- zaakt wordt, maakt men twee zijdelingsche incisies.

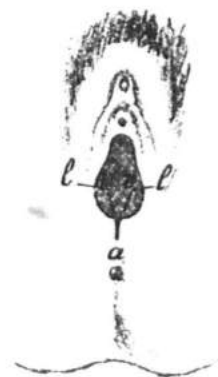
Bij *ruptura perinei completa* worden beiderzijds, uit- gaande van de plaats waar men zich de achterste commis- suur denkt, op den overgang van vaginaalwand in huid sneden gemaakt, die elkander aan het einde van den vagi- naallap ontmoeten en worden vervolgens de vergroeiingen van dezen lap met het rectum losgepraepareerd.

De aldus verkregen vaginaallap moet hier niet alleen het achterste deel van den scheedeingang vormen, maar met den achterkant van het meest naar binnen gelegen ge- deelte, de rectaalscheur bedekken. De randen der rectaalscheur worden gehecht en tevens aan bedoelden achterkant van den vaginaallap bevestigd.

De gapende wondranden van het perineum worden in de mediaanlijn vereenigd en de vaginaallap wordt gehecht aan den voorsten rand van dit nieuwgevormde perineum.

Door fijne hechtingen wordt het rectum vereenigd met den achterrand van het perineum en aldus de voorkant van den anus weer gevormd.

BRESLAU ¹⁾ maakt, bij *ruptura perinei incompleta*, be-



(Fig. 9.)

ginnend op den overgang van va- ginaalwand in huid, beiderzijds eene dwarseincisie *l*, (fig. 9) door het onderste deel van labium minus en majus tot op de on- derste laag van het submuqueuse bindweefsel. Ongeveer loodrecht hierop maakt men beiderzijds eene snede *a* in den vagi- naalwand, zoodat deze beide incisies elkander ontmoeten bij *a* aan den bovenkant van het nog

bestaande perineum.

Men praepareert vervolgens de twee omsneden lappen los, zoodat men ze naar buiten kan omslaan volgens *a l*.

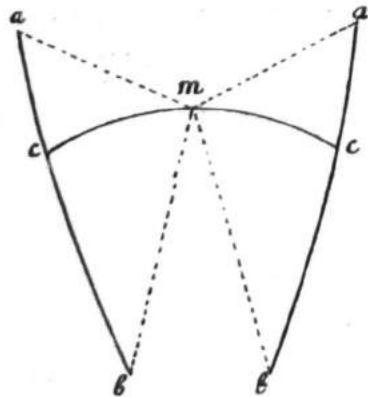
Nu brengt men de wonde vlakten der schaamlippen tegen elkaar en hecht deze door diep verloopende gepende naden, terwijl men de wonde vlakten der lappen tegen elkander plaatst en deze vereenigt met geknoopte hechtingen.

Volgens de operatie van SIMPSON ²⁾ voor *ruptura perinei completa* brengt men beiderzijds eene naar den anus concave

¹⁾ O. v. FRANQUE. Der Vorfall der Gebärmutter. Würzburg, 186

²⁾ HART A BARBOUR. Manual of Gynecology.

incisie aan, (fig. 10) beginnend in de mediaanlijn van het septum recto-vaginale en gaande tot aan de binnen-vlakte van het labium majus. Vervolgens maakt men in beide labia majora, evenwijdig aan de randen van den introitus vaginae, eene snede, welke de eerste dwarse incisie ontmoet in *c* en die gaat tot *b* d. i. de rand van den ingescheurden sphincter ani. De aldus omsneden driehoekige vaginaallappen



(Fig. 10.)

a c m worden van *c* af losgepraepareerd, volgens *a m* naar binnen omgeslagen, en met de randen *m c* aan elkander gehecht.

Evenzoo worden de driehoekige rectaallappen *c b m* van *c* af losgepraepareerd, omgeslagen volgens *m b* en met de randen *m c* aan elkander gehecht.

Vagina en rectum zijn nu van elkander gescheiden, men vormt een perineum, door twee dikke zilverdraadhechtingen, dicht bij de wondranden, in de huid aan den eenen kant in te steken en aan den anderen kant uit te halen en als plaatjesnaden aan te leggen. Ten slotte vereenigt men de huidranden door oppervlakkige hechtingen.

Operatie van LAWSON TAIT.

Bij ruptura perinei incompleta.

Men stopt eene groote tampon in het rectum, om den achtersten vaginaalwand te doen promineeren, door twee vingers in den anus wordt het perineum in de breedte ge-

spannen. Midden tusschen commissura posterior en anaalrand steekt men een blad van de schaar in de mediaanlijn in en knipt het septum recto-vaginale in naar rechts en naar links tot eene diepte van $1\frac{1}{2}$ cM. De eindpunten van deze dwarse incisies worden bepaald door twee sneden, die een weinig naar buiten van den overgang der kleine in de groote schaamlippen beginnend, vertikaal naar beneden aangebracht worden.

De omsneden lap wordt losgepraepareerd en men krijgt eene geaviveerde oppervlakte van deze gedaante $\square$.

De perineaalhechtingen worden aan den linker wondrand, in de wonde vlakte, in en evenzoo aan den rechter wondrand, in de wonde vlakte, uitgestoken. Als de draden gelegd zijn, wordt de tampon uit het rectum verwijderd en vervolgens worden de hechtingen geknoopt, eerst de twee binnenste dan de twee buitenste.

De losgepraepareerde lap laat men aan zijn lot over, deze schrompelt samen.

Bij ruptura perinei completa wordt de dwarse incisie aangebracht in het meest promineerende gedeelte van het septum recto-vaginale en men doet de vertikale sneden als boven. Deze worden echter naar achter verlengd tot aan den M sphincter ani, zoodat men ~~de~~ figuur krijgt $\sqcap$. De vaginale lap wordt losgepraepareerd en omgeslagen naar boven, de rectale lap wordt eveneens losgepraepareerd en naar achter omgeslagen.

De hechtingen, gewoonlijk zes in getal, worden als boven gelegd en geknoopt en de beide lappen vervolgens aan hun lot overgelaten.

DOLÉRIS ¹⁾ maakt bij ruptura perinei incompleta

¹⁾ DOLÉRIS. Répert. univers. d'obst. et de gyn, 1889. p. 344.

Colpocèle postérieure. Son traitement. M. MARX. Paris, 1891.

eene boogvormige incisie op de grens van huid en achterkant der vulva, zoo diep dat alle littekenverbindingen gekliefd zijn. De vaginaallap wordt met een haakje naar boven getrokken en de vaginaalwand stomp losgepraepareerd van den rectaalwand. Hoe meer prolaps van den achtersten vaginaalwand bestaat, en hoe meer men dus van dezen wand wil verwijderen, des te dieper gaat men.

De hechting geschiedt door 3 draden. De eerste wordt ingestoken in de huid links naast den anus, gaat diep onder de geaviveerde vlakke door naar de basis van den vaginaallap en komt naar buiten in de vagina ¹⁾, wordt weer ingestoken in de basis van den vaginaallap rechts van de mediaanlijn, gaat weer diep onder de geaviveerde vlakke door en komt rechts naast den anus naar buiten. De 2^e en 3^e draad worden op dezelfde wijze, iets meer lateraal, gelegd, en vervolgens worden de hechtingen geknoopt.

Het loshangend gedeelte van den lap wordt nu afgeknipt en men kan de aldus ontstane wonde vlakke hechten door een doorlopenden naad van links naar rechts of door een paar geknoopte dwarse hechtingen.

3. Operaties met aviveeren en lapvorming.

Bij de operatie van LE FORT ¹⁾ voor *ruptura perinei completa* met ver gaande inscheuring van het septum recto-vaginale, maakt men in de mediaanlijn van het onderste gedeelte van den achtersten vaginaalwand eene snede *va* ter lengte van 1 cM. (fig. 11). Van *a* uitgaande maakt men beiderzijds eene naar beneden licht convexe incisie *al*, tot het

¹⁾ Men kan er zich ook toe bepalen alleen door de basis van den lap te gaan, zoodat de draden niet in de vagina uitkomen.

¹⁾ L. Le Fort. Manuel de méd. opérat. de Malgaigne. II p. 716.

midden van het labium majus Vervolgens maakt men

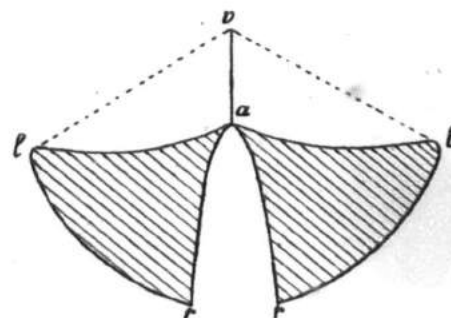


Fig. 11.

beiderzijds, van *a* uit, eene snede *ar*, naast de mediaanlijn van het ingescheurde septum recto-vaginaal, tot naast de aanalopening, zonder het rectaalslijmvlies in te snijden. Ten slotte

maakt men de incisie *lr* en aviveert de beide driehoeken *alr*.

Nu pakt men met eene pincet den achtersten vaginaalwand bij *a* en praepareert beiderzijds den lap *val* los, zoodat hij volgens *vl* kan worden omgeslagen.

Nu hecht men *ar* aan *ar* met dunne zijden draden, die in het rectum geknoopt worden, waarbij men tevens de doorgesneden einden van den M. sphincter ani vereenigt.

Vervolgens moeten de driehoeken *alr* aan elkander gehecht worden.

Terwijl men den linker wijsvinger in het rectum houdt om te controleeren dat men niet hierin steekt, legt men van de vagina uit, diepe hechtingen, die tot bij het rectaalslijmvlies reiken en later in de vagina geknoopt worden, waardoor *al* tegen *al* komt te liggen.

Vóór men deze vaginale hechtingen knoopt, legt men 3 zilverdraden voor het perineum, waarvan de bovenste bij *l* in de huid wordt ingestoken en bij het tegenovergelegen punt *l* door de huid naar buiten komt. De onderste omgeeft den M. sphincter ani, terwijl de derde in het midden wordt gelegd.

Nu haalt men de vaginale hechtingen aan en knoopt ze, tegelijk vereenigt men met eenige oppervlakkige hechtingen den vaginaallap *val* aan *val*.

Ten slotte haalt men ook de perineale draden aan en knoopt ook deze dicht.

STAUDE ¹⁾ past bij *ruptura perinei totalis* eene operatiemethode toe, waarbij hij zich aansluit bij het principe van FREUND, om de *columna rugarum posterior* te sparen, omdat de inscheuring en later het litteken, gewoonlijk hiernaast verloopt.

Beginnend aan het litteekeneinde *v*, (fig. 12), dat het diepst

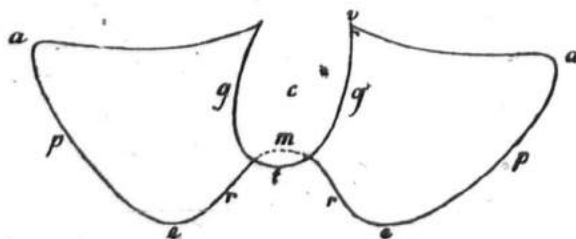


Fig. 12.

in de scheede ligt, worden de zijden der *columna c* van het litteken losgepraepareerd en aviveert men van de zijwanden der vagina, van het ingescheurde perineum en van het rectum een naar achter toe smaller wordend stomp driehoekig stuk *tvaem*, dat breeder is dan het litteken, zoodat al het littekenweefsel verwijderd wordt.

Nu wordt de *columna* losgepraepareerd en wel zoover, dat

¹⁾ STAUDE. Zur Operation des veralteten kompletten Dammrisses. Hamburg. 1880. Zeitschrift für Geb. u Gyn. Bd. V.

de lap gemakkelijk tegen het nieuw te vormen perineum kan komen te liggen.

Te beginnen bij *v* wordt vervolgens de zijwand van de scheede *va*, door oppervlakkige hechtingen vereenigt met *vt*, de rand van de loshangende *columna*, totdat men komt aan den overgang van vaginaal- in rectaal-ruptuur. Dan wisselt men deze vaginaalhechtingen af met die voor het rectum, welke in het rectum worden ingestoken, door het geheele septum recto-vaginale gaan, door het onderste gedeelte van den vaginaallap, weer door het septum recto-vaginale om in het rectum, aan de andere zijde van de mediaanlijn naar buiten te komen, zoodat *eme* rectum wordt. De hechtingen worden, na gelegd te zijn, dadelijk geknoopt.

Ten slotte wordt het perineum gehecht, waardoor *ape* tot perineum wordt.

4. Operaties met splijting.

FRITSCH ¹⁾ praepareert bij *ruptura perinei completa*, door splijting van het septum recto-vaginale, de vagina los van het rectum, zoodat men het laatste naar onder kan trekken. Men hecht nu het rectum, tot aan den sphincter toe, door draden, die in het rectum geknoopt worden. Vervolgens legt men, om de wondvlakte te verkleinen, eenige verloren hechtingen in de diepte van het septum recto-vaginale en hecht daarna de vagina door draden, die in de scheede geknoopt worden. Ten slotte wordt het perineum gehecht.

5. Operaties met aviveeren en splijting.

Episioplastiek van KÜSTNER ²⁾. De litteekens, die na

¹⁾ Centralblatt für Gynäkologie 1887. N°. 30.

²⁾ VOLKMANN's Klinische Vorträge. N°. 42.

de ruptura perinei zijn ontstaan worden omsneden en uitgepraepareerd. Daarna wordt het septum recto-vaginaal gespleten.

De wondranden worden nu, zooveel mogelijk, van elkaar getrokken en in sagitale richting gehecht. Men drage hierbij zorg, dat de columna rugarum posterior en de overige deelen zooveel mogelijk komen op de plaats, waar zij zich voor het ontstaan der inscheuring bevonden.

Wanneer wij de beschreven hechtingsmethoden en de verschillende behandelde operaties nagaan, komt ons onwillekeurig de opmerking op de lippen, dat er geene algemeen voldoende methode bestaat.

Wat de wondhechting betreft, deze moet zoodanig worden uitgevoerd, dat de wonde vlakten zooveel mogelijk over hare geheele uitgestrektheid tegen elkander komen te liggen en genezing per primam intentionem optreedt.

Wanneer bij diepe wonden hechtingen worden gelegd, die de geheele wonde vlakke omgeven en de draden worden geknoopt, dan leggen de beide wondvlakten zich in plooiën en worden aldus geplooid tegen elkander gebonden.

Dit bezwaar is echter in de praktijk gebleken van minder beteekenis te zijn dan het theoretisch schijnt, want het is uitzondering, wanneer bij deze wijze van hechten geene genezing per primam intentionem en fistelvorming optreedt.

Terwijl REIJHARD en HEPPNER te samengestelde hechtingsmethoden hebben aangegeven, om de vereeniging van wondvlakte tegen wondvlakte te verkrijgen, heeft WERTH dit vraagstuk op bevredigende wijze opgelost, door toepassing der verloren catguthechtingen. Bij diepe wonden

krijgt men voldoende vergroeiing van wondvlakte tegen wondvlakte, als men in de diepte geknoopte catguthechtingen legt en de wondranden door oppervlakkige draden vereenigt.

De goede resultaten der hechtingsmethode van LAUENSTEIN zijn ook waarschijnlijk aan deze verloren catguthechtingen toe te schrijven, want het niet-vereenigen der wondranden kan slechts de kans op infectie in de hand werken.

De doorlopende catgutnaad van MARTIN vereenigt ook de wondvlakten voldoende met elkaar, maar heeft het bezwaar van elken doorlopenden naad n.l. dat, als op ééne plaats de draad afbreekt of doorsnijdt, de werking van den geheelen naad er onder kan lijden.

Toch kleven aan het hechtmateriaal der laatstgenoemde methoden weer nadeelen. Men is n.l. nooit zeker of de catgut wel aseptisch is, terwijl het ook kan voorkomen dat zij niet volkomen geresorbeerd wordt. In het eerste geval krijgt men ettering, die de operatie doet mislukken, in het tweede wordt de niet geresorbeerde catgut, eveneens onder suppuration, uitgestoot, waardoor fistelvorming kan optreden.

Het verder meestal gebruikte hechtmateriaal is zilverdraad, zijde en fil de Florence. De zilverdraadhechtingen zijn dikwijls moeilijk weg te nemen, vooral in de scheede, waar de einden tusschen de plooiën van den vaginaalwand verborgen zitten. Daarenboven veroorzaken de scherpe, in elkaar gedraaide einden pijn en snijden de draden, bij eenigszins groote spanning, gemakkelijk door.

Het voordeel is dat wij zeker zijn aseptisch hechtmateriaal te hebben en dat de hechtingen langer kunnen blijven zitten, wat voornamelijk dient, om het jonge litteken op afdoende wijze te beschermen tegen de insulten eener te vroege cohabitatie.

De zijde is zeer bruikbaar maar heeft het nadeel, dat zij vocht opneemt en dit aldus in de steekkanaaltjes brengt, wat bv. in rectum en vagina niet onverschillig is en de genezing vertraagt. Een groot voordeel is dat zij zich zoo gemakkelijk laat knopen.

Fil de Florence laat zich ook gemakkelijk knopen en mist het juist genoemde nadeel der zijde, het is echter moeilijk om hem in voldoende dikte te krijgen.

Bij de keuze eener operatie voor ruptura perinei, zou men geneigd zijn die van WALCHER toe te passen, waarbij men al het littekenweefsel uitpraepareert en vervolgens de bij elkander behoorende deelen, zooveel mogelijk in hunne vroegere verhouding, vereenigt. Deze methode is in den laatsten tijd nog aangeraden door KÜSTNER, die tevens het septum recto-vaginale split.

Deze operaties leveren echter vele bezwaren op. Het uitpraepareren der littekens is zeer moeilijk en men krijgt daarna onregelmatige wonden, ook wat de diepte betreft. Het hechten wordt hierdoor zeer lastig en niet minder het vereenigen van wat vroeger bij elkaar behoorde.

Daarenboven zijn de vaginaalwanden, door de littekenretractie, zoo gerekt en verplaatst, dat men geene sluitende vulva krijgt, door de deelen in hunne vroegere verhouding te hechten. Niettegenstaande deze nadeelen, zijn het bruikbare methoden, behalve wanneer de perineoplastiek verricht wordt als deel eener operatie voor prolapsus uteri.

Wat eenvoudigheid van uitvoering betreft, verdienen voor ruptura perinei incompleta de operaties van EMMET en LAWSON TAIT aanbeveling, bij welke alleen perineaalhechtingen gelegd worden.

Die van LAWSON TAIT, welke binnen eenige minuten

te verrichten is, wordt dan ook veel toegepast, al valt tegen haar wel iets in te brengen.

Het voordeel dat zij geschiedt zonder weefselverlies, bestaat alleen in den eersten tijd na de operatie, want de lap schrompelt samen en necrotiseert voor een deel, terwijl men aan den anderen kant kan vragen, waarvoor die lap eigenlijk gespaard wordt.

Ook blijkt het perineum later zeer veel lager te zijn, dan onmiddellijk na de operatie, waartoe o. a. veel bijdraagt dat het bovenste deel zich omkrult naar de vagina.

Daarenboven wordt het nieuwe perineum zeer dun en is de overgang van vaginaalwand op perineum zeer weinig glooiend, zoodat een blinde zak ontstaat.

De operatie van DOLÉRIIS vereischt ook geene vaginaalhechtingen en duurt ook kort, zonder dat zij de nadeelen der operatie van LAWSON TAIT bezit.

De operatiemethode van SIMON-HEGAR heeft het voordeel dat men krijgt een glooienden overgang van den achtersten vaginaalwand op het perineum, terwijl het laatste flink hoog wordt.

Wanneer eerst kolporrhaphia posterior is verricht, heeft deze methode ook het voordeel, zich hier beter bij aan te sluiten.

Bij ruptura perinei completa zijn de resultaten van de operatie van SIMON-HEGAR minder gunstig dan die der lapoperaties. (LAWSON TAIT en SIMPSON). Bij deze laatste toch worden rectum en vagina zóó van elkander gescheiden, dat de diepe perineaalhechtingen komen te liggen in het weefsel, achter den gehechten rectaalwand, waardoor minder gevaar bestaat voor het ontstaan van eene recto-vaginaalfistel.

HILDEBRANDT hoopt door zijne metalen hechtingen, die hij zóó legt, dat zij op het perineum geknoopt worden, eene

gelijkmatige compressie der weeke deelen te verkrijgen en het ontstaan van holtten te voorkomen, zooals dat kan voorkomen, wanneer van drie kanten, hechtingen in het septum recto-vaginaal worden gelegd.

Het bezwaar is dat voor de uitvoering dezer operatie 2 à 3 uur noodig zijn.

FREUND heeft het principe aangegeven, om de columna rugarum posterior, die gewoonlijk bij ruptura completa niet wordt ingescheurd, te sparen, omdat hij deze beschouwt als het meest resistente deel van den achtersten vaginaalwand.

Het is gebleken dat met deze methode goede resultaten te verkrijgen zijn, maar op de stevigheid der columna valt wel iets af te dingen, daar men haar herhaaldelijk met den achtersten vaginaalwand geprolabeerd vindt en zij dikwijls zoo weinig ontwikkeld is, dat men haar niet kan aanwijzen.

De operatie van FRITSCH vereischt geen wegsnijden van weefsel of lapvorming. Bij de vorming van het nieuwe perineum is echter eene belangrijke verplaatsing der hiervoor bestemde deelen noodig en wordt de spanning dus zeer groot.

Terwijl de tothiertoe besproken operaties meer bepaald zijn aangegeven om een ingescheurd perineum te genezen, zullen wij nu eene beschrijving geven der eigenlijke prolaps-operaties.

B.

PROLAPSUS UTERI.

a. Sluiten der vulva.

MENDE ¹⁾ was de eerste, die beproefde door operatie eene radikale genezing van prolapsus uteri te verkrijgen. Zijne operatieve proefnemingen op lijken hadden ten doel, door bloedige hechting, het kanaal, waardoor de baarmoeder uitzakte, te vernauwen en aldus een prolaps onmogelijk te maken. De vernauwing wilde hij stand brengen aan den introitus vaginae of hooger op, vlak onder het ostium uteri externum. Hij stierf voordat hij zijne methode op levenden kon toepassen.

Onafhankelijk van hem bracht FRICKE ²⁾ met zijne episiorrhaphie dezelfde gedachte ten uitvoer.

Van de groote schaamlippen werden stukken afgesneden en vervolgens de beide wonde vlakten aan elkander gehecht. Om het afvloeien der baarmoedersecretaria niet te beletten, werd later aan de achterste commissuur eene opening gelaten.

Het dunne litteken bleek echter onvoldoende te zijn om den prolaps terug te houden, zoodat door den aanhoudenden

¹⁾ MENDE. Krankheiten der Weiber. Bd. II.

²⁾ FRICKE. Annalen der chirurg. Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg. 1832, 1835, 1838. CASPERS Wochenschrift 1835. N°. 21.

druk het gat langzamerhand grooter werd en de prolaps weer optrad.

DOMMES trachtte de vulva af te sluiten, door gouden ringen door de labia te leggen, wat later door SCHIEFFER ook werd toegepast.

MALGAIGNE aviveerde, behalve den introïtus, het onderste deel van den achtersten vaginaalwand en vereenigde de wonde vlakten door hechting, zoodat hij eene vernauwing van de vulva en van het onderste deel der vagina bewerkte.

BAKER BROWN paste dezelfde methode toe, maar aviveerde en hechte tevens het onderste deel van den voorsten vaginaalwand.

Overeenkomstig handelde KÜCHLER met zijne episio-ely-trorrhaphie. Deze bestond hierin, dat hij een deel der groote schaamlippen wegsneed en tevens het achterste deel der vulva en het onderste deel van den achtersten vaginaalwand aviveerde. Eerst werden nu de hechtingen in de vagina gelegd en vervolgens een perineum gemaakt.

De methoden, om door perineoplastiek vernauwing van vulva en vagina met verhooging en bevestiging van het perineum te verkrijgen, hebben wij reeds besproken.

b. Vernauwing en bevestiging der vagina.

Om door vaster hechten der vagina op haren steunbodem eene vernauwing ervan te verkrijgen, paste DESGRANGES ¹⁾ het z.g.n. pincement du vagin toe, wat hierin bestond, dat hij overlangsche plooien van den vaginaalwand inkleemde

¹⁾ DESGRANGES. Nouveau procédé de cure radic. pour les chutes de l'utérus. Revue méd. chirurg. 1851.

Mémoires sur le traitement de la chute de l'utérus par le pincement du vagin. Gaz. méd. de Paris, 1855. N 5—25.

tusschen kleine, sterk knijpende, pincetten en deze plooien aldus tot necrose braecht.

Later combineerde hij dit met cauterisatie, door tangen te gebruiken, waarvan de gesleufde lepels met chloorzink gevuld waren.

LAUGIER ¹⁾ trachtte hetzelfde te bereiken, door met het ferrum candens, lange streepen op den vaginaalwand te cauteriseeren, wat ook door DIEFFENBACH is toegepast.

MEDING ²⁾ en SELNOW ³⁾ cauteriseerden met nitras argenti, PHILIPPI ⁴⁾ met salpeterzuur, JOBERT ⁵⁾ met nitras argenti, gevolgd door bloedige hechting.

CHIPENDALE ⁶⁾ beproefde de vagina beter te fixeeren en te vernauwen, door eene gonorrhoeische kolpitis op te wekken.

BELLINI ⁷⁾ bracht halvemaaenvormige hechtingen in den achterwand der scheede en snoerde deze toe, waardoor ettering en vervolgens littekenvorming optrad.

BLASIUS ⁸⁾ streefde naar hetzelfde doel, door drie ringvormige hechtingen in te brengen, eene onder de portio vaginalis, eene bij den introïtus en eene tusschen deze beide in.

NEUGEBAUER, SPIEGELBERG en LE FORT ⁹⁾ hechtten den geaviveerden voorsten en achtersten vaginaalwand aan elkaar en maakten aldus eene vagina duplex.

¹⁾ LAUGIER. Arch. génér. de Méd. 1835. Sept.

²⁾ MEDING. Dresd. Zeitschr. f. Natur- u. Heilk. Neue Folge 1830. Bd I. N° 2.

³⁾ SELNOW. Hannov. Korresp. Bl. Bd IV. 21.

⁴⁾ PHILIPPI. Behandl. des Gebärmutter-Vorfalles. Lond. med. Gaz. V. 24. p. 494.

⁵⁾ JOBERT. Gaz. méd. de Paris. 1840. N° 5.

⁶⁾ LANCET. 1839. Juni.

⁷⁾ BELLINI. Colpo desmorrhaphia. Buletino delle science mediche 1835.

⁸⁾ BLASIUS. Preuss. Vereins-Zeitung 1844. N° 41.

⁹⁾ LE FORT, Annales de Gynéc. 1877. p. 299.

RICHTER ¹⁾ sloeg het eerst voor, en HEDRICH ²⁾ voerde het 't eerst uit, om den gehypertrophieerden, geprolabeerden vaginaalwand af te binden en af te laten stooten, eene methode die later werd toegepast door KARL VON BRAUN ³⁾ en C. VON ROKITANSKY ⁴⁾ door elastieke ligatuur.

GÉRARDIN ⁵⁾ was de eerste, die een stuk van den vaginaalwand uitsneed en door daarop volgende bloedige hechting, vernauwing en betere fixatie van de vagina bewerkte. (1823).

Onafhankelijk van hem heeft MARSHALL HALL ⁶⁾ hetzelfde gedaan, terwijl het later door HENNIG, IRELAND ⁷⁾ (1825) en DIEFFENBACH ⁸⁾ ook is toegepast. Bij eenvoudigen prolaps van een vaginaalwand, greep DIEFFENBACH plooien van den vaginaalwand met eene tang, haalde hechtingen onder de tang door en excideerde de plooï. Nog gapende gedeelten werden door oppervlakkige hechtingen gesloten.

Deze methode werd vooral door SIMS ⁹⁾ toegepast en volmaakt.

Elytrorrhaphia (Kolporrhaphia) anterior van Sims.

Hierbij praepareert men twee smalle strooken uit den voorsten vaginaalwand, beginnend beiderzijds boven het

¹⁾ RICHTER. Loder's Journal. Bd XII. p. 59.

²⁾ HEDRICH. Neue Dresd. Zeitschrift f. Natur- u. Heilkunde. 1829 Heft I p. 179.

³⁾ KARL V. BRAUN. Lehrb. d. ges. Gynäkologie. Wien, 1884. p. 322.

⁴⁾ C. V. ROKITANSKY Aertzl. Bericht. d. Maria Theresia-Frauenhosp. Wien, 1877.

⁵⁾ ANDRÉ. Du traitement du prol. ut. etc. Thèse de Paris. 1889.

⁶⁾ MARSHALL HALL. Dublin Journ. of med. and chem. Science. Jan. 1825.

⁷⁾ IRELAND. Dubl. Journal of med. Science. Jan. 1834.

⁸⁾ DIEFFENBACH. Med. Zeitg. d. Ver. für Heilk. in Preussen. Berlin, 1836. N°. 31. — Operative Chirurgie. Bd I. p. 642.

⁹⁾ MARION SIMS. Uterine surgery. London, 1865.

ostium externum uteri en convergeerend naar het orificium externum urethrae, waar de geaviveerde strooken in elkander overgaan. Na hechting der beide wondvlakten aan elkaar, ontstaat eene, naar den achtersten vaginaalwand openstaande, overlangsche plooï, die de vagina vernauwt en weerstand biedt aan den dalenden uterus (fig. 13).

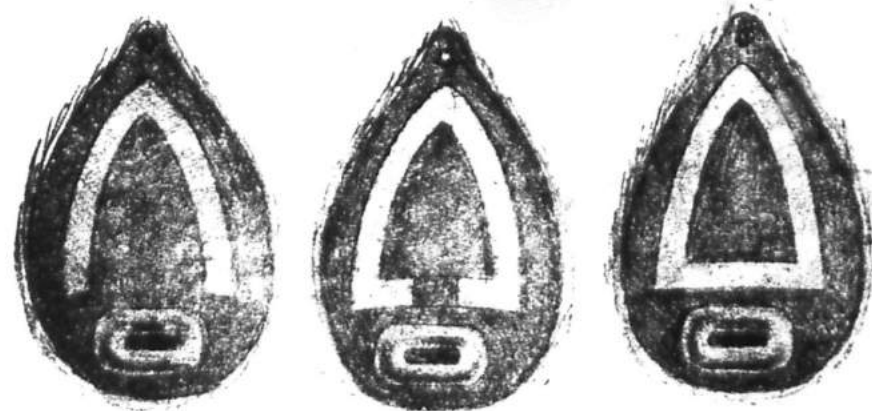


Fig. 13.

Fig. 14.

Fig. 15.

Daar de portio vaginalis soms in deze plooï bekneeld geraakte, werd de vorm der aviveerfiguur veranderd als in fig. 14 en toen hierdoor de beklemming nog niet werd belet, sloot EMMET de opening boven het ostium uteri externum geheel (fig. 15). Na de vergroeiing ontstond dan echter eene afgesloten ruimte, die zich vulde met secreta en aldus eene soort cyste vormde.

Elytrorrhaphia anterior van Marshall Hall. ¹⁾

Uit den voorsten vaginaalwand wordt een elliptische lap gepraepareerd.

¹⁾ HEGAR und KALTENBACH. Die operative Gynäkologie.

De breedte van den lap hangt af, van het stuk vaginaalwand dat men kan wegnemen, zonder, na hechting, te sterke spanning te krijgen, de dikte van den lap regelt men naar de dikte van den vaginaalwand.

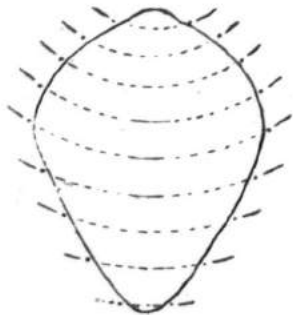


Fig. 16.

Men haakt eene kogeltang in, dicht bij de voorste lip der portio vaginalis uteri en trekt hiermee het aangehaakte stuk voorsten vaginaalwand tot bij den introitus

naar de commissura posterior. Eene tweede kogeltang wordt 2 à 3 cM. achter het orificium urethrae ingezet en hieraan dit gedeelte van den voorsten vaginaalwand vastgehouden onder den onderrand der symphysis. Rechts en links wordt vervolgens eene kogeltang ingehaakt op de plaatsen, die de grootste breedte van de wondvlakte aangeven. Aldus staat de voorste vaginaalwand loodrecht voor den operator.

Nu omsnijdt men den lap, pakt den ondersten tip met eene getande pincet en maakt den lap los, gedeeltelijk met de bistouri, gedeeltelijk stomp. Vervolgens wordt de wondvlakte gehecht met beurtelings diepe en oppervlakkige hechtingen (fig. 16).

De elytrorrhaphia posterior van Simon geschiedt op analoge wijze.

De achterste vaginaalwand wordt krachtig naar beneden getrokken en, zoo mogelijk, buiten de vulva gespannen gehouden. Als dit niet gaat, moet men in de vagina

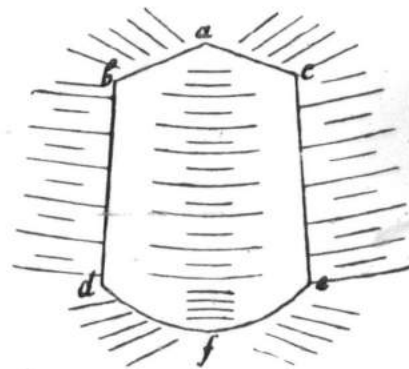


Fig. 17.

opereeren met behulp van een gevensterd speculum van SIMON. Men maakt nu dicht bij den fornix posterior, van de mediaanlijn uit, naar beide zijden eene incisie *ac* en *ab* (fig. 17) die elkander onder een stompen hoek in *a* ontmoeten, terwijl *b* en *c* gelegen zijn in het

midden van den zijwand der scheede. Van *b* en *c* uit worden nu, in den zijwand, de incisies *ce* en *bd* gemaakt, die naar buiten toe licht divergeeren en eindigen te halver hoogte van de vulva. Deze punten *d* en *e* worden vervolgens door eene naar buiten licht convexe incisie verbonden, die verloopt op de grens van vulva en huid.

Nu wordt *ab* aan *ac*, *bd* aan *ce*, *df* aan *ef* genaaid door diepe hechtingen, die de wond vlakten tegen elkander moeten brengen, en oppervlakkige voor nauwkeurige sluiting der wondranden.

De bedoeling van SIMON was, dat aldus een soort van voetstuk in de vagina werd gevormd, waarvan het bovenste gedeelte de scheede belangrijk vernauwde en waarop de baarmoeder zou komen te rusten.

c. Verkleining van de hypertrophische cervix.

Nadat reeds door LISFRANC ¹⁾ de amputatie der hypertro-

¹⁾ ROCHARD. Histoire de la chir. franç. au XIX siècle.

phische portio vaginalis was verricht, om aldus eene vermindering in volume van de vergrootte baarmoeder te verkrijgen, was deze behandelingsmethode in het vergeetboek geraakt.

CARL BRAUN ¹⁾ heeft haar opnieuw toegepast en gewezen op de belangrijke verkleining van het corpus uteri, die na de amputatie der hypertrophische portio vaginalis optrad.

De amputatie werd verricht door eene cirkelsnede of met de galvanocaustische lis, terwijl men de wond door granulatie liet genezen.

SIMS trachtte de genezing te bespoedigen, door, met een viertal hechtingen, gedeeltelijk den naastbijgelegen vaginaalwand over de wondvlakte te trekken.

HEGAR eindelijk verkreeg genezing der amputatiewond per primam intentionem, door rondom het cervicaalslijmvlies aan de vaginaalwandbekleding der portio te hechten.

Kegelmantelvormige excisie van SIMON ²⁾.

Na de gewone voorbereiding worden voor- en achterlip der portio vaginalis met eene kogeltang in de vulva getrokken. Zoo noodig kan men door zijhouders of SIMON'sche specula het operatieterrein nog meer bloot leggen. Beiderzijds wordt nu de portio tot aan den fornix vaginae ingeknipt.

Nu maakt men in de voorlip (fig. 18) eene snede *ba* van het cervicaalslijmvlies uit schuin naar boven, van de buitenvlakte der portio wordt op dezelfde hoogte eene dergelijke snede *ca* schuin naar boven aangebracht, die de eerste onder een scherpen hoek in *a* ontmoet en waardoor een wigvormig stuk uit de voorlip wordt gesneden. De beide wonde vlakten

¹⁾ CARL BRAUN. Zeitschr. der K. K. Ges. der Wiener Aerz. Wiener med. Jahrb. 1864. Lehrbuch der gesammten Gynäkol. Wien 1881.

²⁾ MARCKWALD. Arch. f. Gyn. Bd. 8.

worden aan elkaar gehecht zoodat *ba* en *ca* tegen elkan-
der komen te liggen.



Fig. 18.

Hetzelfde doet men aan de achterlip, waarbij men de cervix naar buiten trekt aan de draden der voorlip.

Vervolgens houdt men de cervix naar buiten getrokken aan de draden van voor- en achterlip en hecht men de beide zijdelingsche incisies.

De draden worden nu afgeknipt, de vagina wordt geïrrigeerd, de uterus gereponeerd en een jodoformgaastampon in de vagina gebracht.

Tegen de vulva legt men jodoformgaas, watten, T-verband. Bij hechting met catgut laat men de draden aan hun lot over, heeft men zijde gebruikt dan worden na 8 dagen de hechtingen verwijderd. Hierna kan de vrouw langzamerhand weer gaan lopen.

d. Bevestiging der baarmoeder van boven.

ALQUIÉ ¹⁾ was de eerste, die het denkbeeld opvatte en uitvoerde om door verkorting der ligamenta rotunda de baarmoeder op hare normale plaats, in normale ligging te houden. Door ALEXANDER ²⁾ en door ADAMS werd de vergeten behandelingsmethode opnieuw uitgedacht en door beiden bijna gelijktijdig toegepast zoodat men spreekt van:

¹⁾ ALQUIÉ, Sur une nouvelle méthode etc (Bull. de l'Acad. de med T. VI.) 1840.

²⁾ ALEXANDER. The british gynecol. Journ., Nov. 1885.

de operatie van ALQUIÉ-ALEXANDER-ADAMS (Extra-peritoneale verkorting der ronde banden) ¹⁾.

Men maakt eene 5 cM. lange snede, iets boven en evenwijdig aan het mediane deel van het ligamentum Poupartii, tot op de aponeurose van den M. obliquus externus en ziet dan den annulus inguinalis externus voor zich. Men isoleert nu het lig. rotundum, dat zich voordoet als eene lichtrood gekleurde streng, die naar onder soms penseelvormig uitloopt, maakt dit zoover mogelijk vrij en steekt er vervolgens eene sleufsonde dwars onder.

Hetzelfde doet men aan de andere zijde.

Men laat nu door een assistent den uterus, met behulp eener sonde, op zijne normale plaats in anteflexie brengen en isoleert een zoo groot mogelijk stuk der ligg. rotunda, tot dicht aan het orificium inguinale internum toe. Door vrij krachtig trekken kan men ze over eene lengte van ongeveer 10 cM. bloot leggen. Nu brengt men een zijden draad door het crus externum van het lieskanaal, het lig. rotundum en het crus internum, zoodat het lig. rotundum stevig in de uitwendige opening van het lieskanaal gehecht wordt. Vervolgens wordt het stuk ronden band, dat onder deze hechting ligt, weggenomen. De uitwendige opening van het lieskanaal wordt verder met doorlopende catguthechting gesloten.

Vervolgens wordt de huidwond gehecht en een comprimeerend jodoformgaasverband aangelegd. Een maand lang wordt de gereponeerde baarmoeder door een Hodge- en een intra-uterine pessarium op de normale plaats gehouden.

¹⁾ J. I. HAGE: De verkorting der ligamenta rotunda bij liggingsafwijkingen in uterus. Diss. Leiden, 1890.

Intraperitoneale verkorting der ronde banden.

Deze methode werd het eerst door GILL WYLIE ¹⁾, later door EMIL BODE ²⁾ aanbevolen.

BODE opent den buik, reponeert de baarmoeder, brengt beiderzijds een zijden draad door het midden van een lig. rotundum en knoopt dezen hier dicht. Vervolgens wordt dezelfde draad door den corresponderenden baarmoederhoorn gebracht, ter hoogte der insertie van het lig. rotundum, en de beide einden aangehaald en geknoopt. Aldus worden de beide ronde banden voor een vierde verkort.

G. WYLIE vouwt elk lig. rotundum van het midden uit samen, zoodat de beide helften hier naast elkaar komen te liggen, en naait deze einden aan elkander. Ook krabt hij het epitheel der peritoneaalbekleding van de ronde banden op de plaatsen, die tegen elkander komen te liggen af, om de vergroeiing te bevorderen.

POLK ³⁾ hecht de ronde banden in het midden aan elkaar, zoodat zij in den vorm van een X op de blaas komen te liggen.

DUDLEY ⁴⁾ aviveert bij de z.g.n. desmopycnose de voorvlakte van den fundus uteri en aviveert half zoo uitgebreid de voorvlakte van elk lig. latum, onmiddellijk onder het lig. rotundum.

De wonde vlakten van baarmoeder en breede banden

¹⁾ G. WYLIE. Surgical treatment etc. (Amer. Journ. of Obst. May 1889.

²⁾ E. BODE. Gyn. Ges. von Dresden 6 Juni 1888. (Centralblatt f. Gyn. 1888 N°. 48).

³⁾ W. POLK. Observations upon the surgical treatment of retroversions and retroflexions. (Transactions of the American gyn. Soc. vol 14. 1888. Philadelphia).

⁴⁾ American Journal of Obstetrics. December 1890.

worden aan elkander gehecht, zoodat hierdoor de ronde banden worden verkort en tevens eene stevige verbinding ontstaat van de ligg. lata met de voorvlakte van den fundus uteri.

Verkorting der ligamenta sacro-uterina.

KELLY ¹⁾ heeft deze behandelingsmethode het eerst gepubliceerd en FROMMEL ²⁾ heeft haar eenmaal toegepast.

De cervix uteri wordt hierbij ter hoogte van de plicae Douglasii aan het peritoneum van den achtersten bekkenwand gehecht.

Daar had men opgemerkt dat, wanneer men de steel eener weggenomen ovariaalcyste buiten het abdomen fixeerde, dit een gunstigen invloed oefende op de liggingsafwijkingen der baarmoeder, is men op het denkbeeld gekomen bij liggingsafwijkingen den uterus aan den buikwand te hechten.

KÖBERLÉ ³⁾ was de eerste, die bij eene retroflexio uteri laparotomie verrichtte, een gezond ovarium wegnam en den steel aan den buikwand vasthechtte.

LAWSON TAIT ⁴⁾ hechtte het eerst den fundus uteri aan den buikwand.

OLSHAUSEN ⁵⁾ stelde eene bepaalde behandelingsmethode voor, die hij zelf bij retroflexio en prolapsus uteri toepastte.

¹⁾ KELLY. Americ. Journ. of med. sciences. 1888. vol. 45. N°. 5.

²⁾ FROMMEL. Deutsch. Gyn. Congr. in Freiburg 1889. Centralbl. f. Gyn. 1889. N°. 32.

³⁾ KÖBERLÉ. Bull. de la Sec. de chir. 1887. p. 69.

⁴⁾ LAWSON TAIT. The Pathol. and Treatm. of diseases of the ovaries 3^e edit. p. 94.

⁵⁾ OLSHAUSEN. Ueber ventrale Operat. bei Prolapsus und Retroversio uteri [Centralblatt f. Gyn. 1886. N°. 43].

Hij hechtte het gedeelte der ligg. rotunda en lata, dat grenst aan de uterushoorns, vast aan den buikwand.

Men kan drie hoofdmethoden der ventrofixatie onderscheiden ¹⁾:

1°. De indirecte fixatie (KÖBERLÉ, KLOTZ).

Hierbij wordt een ovarium of tuba weggenomen en vervolgens de steel in de buikwond genaaid.

KLOTZ hecht er groote waarde aan, dat er achter de baarmoeder in het cavum Douglasii een glazen draineerbuis geplaatst wordt, die na korten tijd weer wordt weggenomen en adhaesies moet veroorzaken.

2°. De directe laterale fixatie van het corpus uteri (OLSHAUSEN).

Het gedeelte der ronde en breede banden, dat het dichtst bij de baarmoederhoorns ligt, wordt beiderzijds met zeegrashechtingen aan den buikwand genaaid.

Hierdoor blijft eene spleet tusschen corpus uteri en buikwand bestaan, waardoor gevaar ontstaat voor inwendige inklemming.

3°. De directe mediane fixatie van het corpus uteri.

LEOPOLD ²⁾ maakt eene 8 cM. lange snede in de mediaanlijn van den buikwand, die een paar vingerbreedten boven de symphysis begint. De uterus wordt naar boven in deze wond getrokken, bestaande adhaesies worden met de hand verscheurd en men legt eene dikke zijden hechting door

¹⁾ Dr. F. HAGE. Over ventrofixatio uteri. Diss. Leiden. 1890.

²⁾ LEOPOLD. Centralbl. f. Gyn. 1888. N°. 11. 1890. p. 185.

den buikwand links van de wond, diep door den voorwand van het corpus uteri, ter hoogte van de insertie der ronde banden en door den buikwand, rechts van de wond, naar buiten.

Eene tweede dergelijke hechting legt men meer naar boven, ter hoogte van de insertie der tubae, en nog hoger eene derde.

Om de vergroeiing te bevorderen krabt LEOPOLD, met den rug eener bistouri, het epitheel der peritoneaalbekleeding van den fundus uteri af. Vervolgens worden de randen van de buikwond tegen elkander gelegd en de 3 hechtingen aangehaald en dicht geknoopt, zoodat de voorvlakte van het corpus uteri tegen het peritoneum parietale komt te liggen. Zoo noodig worden, voor de sluiting der buikwond, nog eenige oppervlakkige hechtingen gelegd.

De draden door de baarmoeder worden na 12 dagen weggenomen, terwijl gedurende 4 weken een Hodge-pesarium wordt gedragen, om de hechtingen te ondersteunen.

TREUB laat eene sonde in de baarmoederholte brengen en hiermede, door een assistent, den uterus tegen den buikwand drukken, en hecht de achterzijde van den fundus uteri tegen den buikwand.

GULDENARM ¹⁾ verricht de ventrofixatie aldus:

Na opening der buikholte in de linea alba, wordt de uterus in de buikwond getrokken. Hierop wordt, 3 à 4 cm. van den wondrand verwijderd, eene gesteelde, holle naald door de gezamenlijke buikbekleedselen gevoerd, behalve door het peritoneum, dat onder de naald blijft liggen.

Nadat de naald tusschen de spierlaag en het peritoneum

¹⁾ Dr. F. HAGE, I. c.

te voorschijn is gekomen, wordt zij door den fundus uteri gestoken en daarna door de buikbekleedselen der tegenovergestelde zijde, wederom het peritoneum vrij latende.

De uterus hangt nu dus aan de naald.

Vervolgens wordt het peritoneum parietale rondom aan de baarmoeder vastgehecht, zoodat een gedeelte van den voorwand van het corpus uteri nu tusschen de spierlagen van den buikwand komt te liggen. Hierop wordt, door de holle naad eene niet te dunne, pas uitgegloeide, zilverdraad gevoerd, die aan het uiteinde voorzien is van een loodplaatje en een platgedrukt loodhageltje. De naald wordt dan weggetrokken, zoodat de zilverdraad hare plaats inneemt. Over het vrije uiteinde van den draad wordt daarna eveneens, eerst een doorboord loodplaatje en vervolgens een doorboord kogeltje gebracht en, terwijl de draad stevig wordt aangetrokken, worden het loodplaatje en het kogeltje zóóver tegen den buikwand aangeschoven tot de wondvlakten tegen elkander liggen. Het in de spierlaag liggend deel van het corpus uteri is nu geheel door spierweefsel bedekt. Het looden kogeltje wordt daarna evenals het andere platgeknepen op den zilverdraad en het overtollige stuk van dien draad afgeknipt. De oppervlakkige overblijvende wond wordt met étagenaad gesloten. De zilverdraadhechting blijft 3 à 4 weken liggen, de overige hechtingen worden vroeger verwijderd.

Extraparitoneale ventrofixatie.

De vrees om het peritoneum te openen en de mogelijkheid, om de baarmoeder zóó te plaatsen, dat de fundus uteri onmiddellijk tegen den buikwand komt te liggen, heeft eenige chirurgen er toe gebracht, om te trachten ventrofixatio uteri te verrichten zonder de paritoneaalholte te openen.

SIMS ¹⁾ had reeds in 1859 deze behandelingsmethode bedacht en liet eene holle naald maken om hiermee een zilverdraad door den fundus uteri te brengen, maar voerde de operatie niet uit,

CANEVA ²⁾ maakte in 1882 eene dergelijke operatie tegen prolapsus uteri bekend; waarbij echter het peritoneum voor een klein gedeelte bloot gelegd werd; ook hij heeft haar nooit uitgevoerd.

e. Wegnemen van de baarmoeder.

Hysterectomy per laparotomiam is, ter genezing van prolapsus uteri, slechts geoorloofd wanneer deze een gevolg is van een tumor van de baarmoeder, die op zich zelf de operatie noodzakelijk maakt.

De minder gevaarlijke hysterectomy per vaginam is toch altijd nog een veel ernstiger ingrijpen dan de plastische operaties.

Daarenboven kan na hysterectomie de prolaps der vaginaalwanden blijven bestaan en nog eene kolpo-perineorrhaphie noodzakelijk maken.

FRITSCH ³⁾ verbindt daarom aan de operatie eene uitgebreide resectie der vaginaalwanden.

f. Gecombineerde methoden.

De hieronder beschreven behandelingsmethoden van prolapsus uteri zijn alle gericht op meer dan één deel van den tractus genitalis.

¹⁾ EMMET. Transactions of the Americ. gyn. Soc. Boston. Sept. 1889. Americ. Journ. of Obst. Oct. 1889, p. 1068.

²⁾ CANEVA. Gazzetta degli Ospitali. Dec. 1882. N°. 102, p. 810.

³⁾ R. ASCH. Extirpation des Uterus met Resection der Scheide wegen Vorfalles (Arch. f. Gyn. Bd. 35. Heft 2. 1889.)

1. Operaties met aviveeren.

Kolpoperineorrhaphie van HEGAR.

Daar de resultaten der kolporrhaphia posterior van SIMON niet geheel aan de verwachting beantwoordden, om later te noemen redenen, heeft HEGAR de operatie in dien zin gewijzigd, dat de achterste vaginaalwand zoo stevig wordt gemaakt, dat hij gestrekt blijft en aldus de baarmoeder tegenhoudt; tevens heeft hij er eene perineoplastiek aan verbonden.

HEGAR aviveert in den vorm van een driehoek (fig. 19) waar-

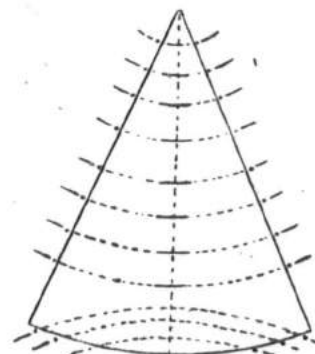


Fig. 19.

van de top zoo hoog mogelijk gelegen is, dus in den fornix posterior, terwijl de zijden uitkomen te halver hoogte van de vulva. Aan deze drie punten hangt men kogeltangen, met welke men den achtersten vaginaalwandspant, waarna men beide beenen van den driehoek omsnijdt. Men pakt nu den in den fornix posterior gelegen top met

eene pincet vast en scheurt den lap van het onderliggende weefsel af.

Men reponeert daarna de baarmoeder, terwijl men de kogeltang van den top in de vulva houdt en hecht met afwisselende diepe en oppervlakkige hechtingen, telkens den voorlaatsen draad afknippend.

Is men alzoo tot de vulva gekomen, dan doet men perineoplastiek volgens de methode van SIMON-HEGAR, waarbij men vooral zorgt een hoog en stevig perineum te krijgen.

Na de kolporrhaphia posterior wordt de vagina gereinigd en eene jodoformgaastampon in de scheede gebracht, die na

14 dagen wordt weggenomen. Overigens is de nabehandeling als bij de perineoplastiek. Na 3 weken mag de vrouw het bed verlaten en langzamerhand meer beweging gaan nemen.

Bij sterke afscheiding uit de scheede, doet men dagelijkse irrigaties en na 6 weken onderzoeken men met een klein speculum van SIMON de vagina, en neemt men de nog overgebleven hechtingen weg.

Perineauxesis van MARTIN ¹⁾.

Op het voorbeeld van FREUND wil ook MARTIN de columna rugarum posterior, het resistentste deel der scheede sparen.

Na de gewone voorbereiding, wordt de achterste vaginaalwand, vlak onder den fornix, met twee kogeltangen vastgepakt en sterk gespannen, de columna rugarum posterior wordt dan zichtbaar, als eene promineerende overlangsche plooi of is te voelen. Aan beide zijden (fig. 20) wordt nu langs de lengte der columna,



Fig. 20.

tot een vingerbreedte boven het frenulum labiorum, een kleine vierkante lap uitgepraepareerd en het defect met een doorlopenden étage-naad gehecht.

De columna rugarum wordt vervolgens boven het frenulum labiorum doorgesneden en deze snede naar beide zijde getrokken tot halverhoogte van de vulva. Deze beide eindpunten worden vereenigd door eene naar beneden convexe snede op den rand van vulva en huid. De aldus omsneden

¹⁾ A. MARTIN. Ueber den Scheiden- und Gebärmuttervorfal. (VOLKMANN'S Sammlung Klinischer Vorträge. N°. 183, 184).

halvemaanvormige lap wordt afgepraepareerd en tot eene ruit uitgetrokken, waarna het direct gehecht wordt met een doorlopenden étage-naad.

Kolpoperineorrhaphie van WALCHER ¹⁾.

Men begint op den achtersten vaginaalwand, zoo hoog mogelijk, te aviveeren, (bij volkomen prolaps van den achtersten vaginaalwand, reeds aan de achterlip der portio vaginalis) en praepareert van hier tot aan de commissura posterior een gerekt ellipsvormig stuk uit. (Zoo noodig kan men tevens eene wigvormige excisie uit de achterlip der portio vaginalis verrichten). In de mediaanlijn moet de uitgepraepareerde lap het dikst zijn. Nu wordt de wond door hechtingen, die de geheele wondvlakte omgeven, samengesnoerd, zoodat een dikke weefselstreng ontstaat.

Ten slotte wordt de perineoplastiek volgens WALCHER verricht.

2. Operaties met lapvorming.

Bij de operatie van SIMPSON ²⁾ maakt men in de mediaanlijn van den achtersten vaginaalwand eene incisie (fig. 21) ab ter lengte van 5 cM. ongeveer, zoodat b op den overgang van vulva en huid komt te liggen, en van b uit beiderzijds eene snede bc langs den buitenkant van de onderste helft der labia majora.

De aldus omsneden lappen bav worden van b uit losgepraepareerd,

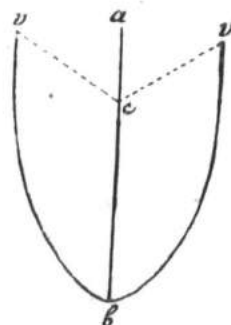


Fig. 21.

¹⁾ WALCHER. Senkung u. Vorfal von Scheide und Gebärmutter. Tübingen 1887.

²⁾ HART and BARBOUR. Manual of Gynecology.

terwijl men ze lateraalwaarts dikker laat worden en volgens *vc* naar boven omgeslagen.

De wond *v b v* wordt, van het perineum uit, met afwisselende diepe en oppervlakkige hechtingen gesloten, terwijl de randen *bc* der lappen met zilverdraadhechtingen vereenigd worden.

Aldus ontstaat in de vagina eene promineerende stevige weefsellaag, die in staat is een prolaps terug te houden.

Operatie van Winckel ¹⁾.

Vlak achter den rand der hymenaalresten en evenwijdig hieraan wordt van de medianlijn van den achtersten vagi-

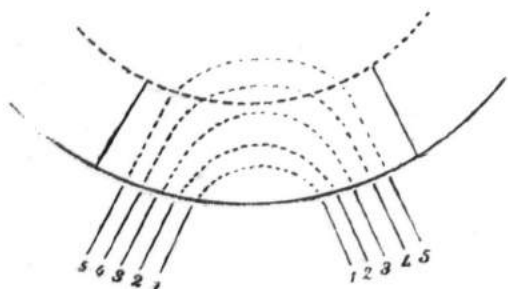


Fig. 22.

naalwand uit, (fig. 22) naar beide zijden, eene 6 cM. lange incisie gemaakt en van deze snede uit wordt een lap vaginaalwond losgepraepareerd, die 2 cM. breed is, zoodat de basis in verbinding blijft met den achtersten vaginaalwand.

Van de laterale einden wordt beiderzijds een 3 cM. lang stuk afgeknipt en de aldus verkorte lap moet nu op de geaviveerde vlakte gehecht worden en haar geheel bedekken.

Om dit gedaan te krijgen, begint men met door diepe hech-

¹⁾ WINCKEL. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1890. p. 351.

tingen 1, 2, 3 enz., het midden der geaviveerde vlakte aan elkaar te hechten, totdat deze klein genoeg is geworden om door den lap bedekt te kunnen worden, waarna de lap met oppervlakkige hechtingen genaaid wordt.

Aldus verkrijgt men eene versterking van het septum recto-vaginale en eene omknikking der vagina.

3. Operaties met aviveeren en lapvorming.

Bij de operatie van BISCHOFF ¹⁾ wordt ook de columna rugarum posterior gespaard. Daartoe wordt in het mediane achterste deel van den achtersten vaginaalwand een dikke tongvormige lap losgepraepareerd, welke dus het einde der columna bevat (fig. 23).

Vervolgens worden de zijwanden der scheede geaviveerd,

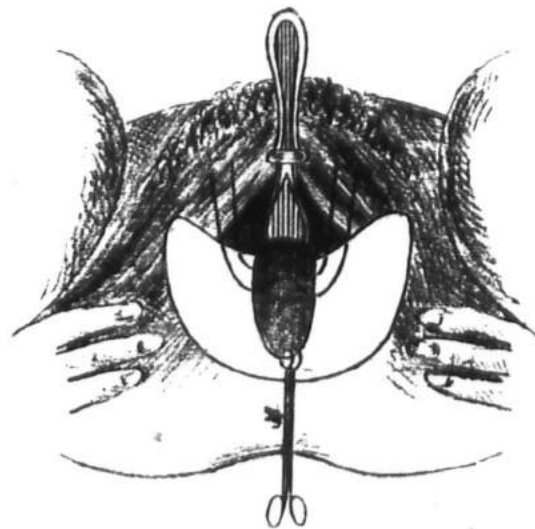


Fig. 23.

¹⁾ METZINGER. Zur Kolpo-perineoplastik nach BISCHOFF. [Wiener med. Blätter. 3 Jahrg. 1880. N°. 27II.]

beginnend aan de basis van den lap, tot halverhoogte de vulva, zoodat ten slotte de wonde vlakke, beginnend op de grens van vulva en huid, zich uitstrekt over den achterwand en een deel der zijwanden van de vagina.

Nu naait men de randen van den lap aan de randen der wonde vlakke, er ontstaat dan eene holte onder den lap die gesloten wordt, door, van het perineum uit, de zijwanden te hechten.

De scheede wordt nu naar voren omgeknikt, waardoor de as der baarmoeder en die van de scheede elkander onder een rechten hoek snijden.

4. Operaties met splijting.

Bij de operatie van FRANK ¹⁾ wordt het septum recto-vaginale gespleten en de vagina van het rectum losgepraepareerd. De aldus ontstane wondvlakten worden door een étagenaad met catgut in het sagittale vlak vereenigd en vervolgens wordt de perineaalwond door diepe en oppervlakkige zilverdraadhechtingen gesloten.

Hierdoor ontstaat eene prominentie in de vagina, zoodat deze vernauwd wordt en tevens steviger verbonden is met het onderliggende weefsel.

Van de verschillende operatie-methoden, die zijn aangegeven om prolapsus uteri te genezen, wordt tegenwoordig gewoonlijk eene combinatie toegepast.

¹⁾ Verhandlungen der Gyn. Section der 61 Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Cöln. (1888).

De kolporrhaphia posterior van SIMON toch, heeft niet aan de verwachtingen beantwoord. Door de uitgebreidheid der wondvlakte, welke gehecht moet worden, ontstaat groote spanning, die doorsnijden der draden veroorzaakt en zelfs na eene genezing per primam intentionem bleek het, dat de steunbalk langzamerhand gerekt werd, terwijl hij bij eene volgende baring moest wijken of inscheuren.

De operatie van MARTIN heeft het nadeel, dat zij niet zoo eenvoudig is als de kolpo-perineorrhaphie van HEGAR en langer duurt. Daarenboven treedt reeds spoedig weer prolaps van het middelste deel van den achtersten vaginaalwand op, wanneer men niet tevens eene hooggaande perineoplastiek verricht.

Men begint de z.g.n. volledige prolaps-operatie, met eene amputatie der portio vaginalis volgens SIMON, wanneer er eene belangrijke verdikking van de portio of ectropion bestaat.

Daarna wordt de kolporrhaphia anterior volgens MARSHALL HALL gedaan, gevolgd door de kolporrhaphia posterior van HEGAR en men eindigt met eene perineoplastiek volgens SIMON-HEGAR.

De resultaten dezer behandelingsmethode zijn zeer bevredigend, daar in de meeste gevallen eene blijvende genezing wordt verkregen.

De baarmoeder n.l. wordt kleiner en daardoor minder zwaar, de voorste vaginaalwand is aanmerkelijk smaller geworden, in den achtersten vaginaalwand komt een lang dik litteken, hetwelk verhindert dat hij wordt geïnverteerd, terwijl de perineoplastiek een hoog perineum levert, waardoor het primair uitzakken der vaginaalwanden onmogelijk wordt.

Toch kunnen zekere nadeelen niet ontkend worden. De introïtus vaginae is zoo nauw, dat dit bezwaren geeft bij de cohabitatie, zoodat het litteeken dikwijls inscheurt, terwijl bij eene volgende baring zijdelingsche incisies gemaakt moeten worden, wil men het nieuwe perineum niet opofferen.

Aan de operatie van ALQUIÉ zijn vele bezwaren verbonden. Allereerst zijn de ronde banden niet altijd te vinden. Van de toch reeds dunne ligamenten gaan in het lieskanaal overal strengetjes, uit spier- en bindweefsel bestaande, naar de wanden, en hetgeen ten slotte van de ronde banden overblijft, splitst zich dikwijls nog in verschillende uitloopers. Deze strengen maken het moeilijk om de banden naar buiten te halen, en als men ze alle verscheurd heeft, bestaat er groote kans dat het peritoneum geopend is.

Is de operatie gelukt, dan geeft men praedispositie voor het ontstaan van liesbreuken en heeft men moeite een goed sluitend verband aan te leggen, waardoor kans op infectie bestaat.

Ten slotte zijn de resultaten zeer onzeker; gewoonlijk toch treedt recedief op.

De verkorting der ligamenta sacro-uterina heeft het voordeel, dat hierbij de cervix uteri wordt gefixeerd en het corpus nagenoeg zijne vrije bewegelijkheid behoudt. Hiertegenover staat echter het nadeel, dat eene blijvende anteversio uteri als gevolg optreedt en de operatie zeer moeilijk uitvoerbaar is.

De directe mediane fixatie van het corpus uteri heeft het bezwaar, dat de verbinding tusschen corpus uteri en voorsten buikwand langzamerhand gerekt wordt, waardoor eene streng ontstaat, die gevaar voor knikking van den darm oplevert.

Totnutoe zijn deze theoretische bezwaren niet verwezen-

lijkt geworden en heeft men zelfs zwangerschap in eene aldus bevestigde baarmoeder normaal zien belooopen. Dit neemt echter niet weg, dat het genoemde gevaar wel degelijk bestaat. Daarenboven is de verbinding niet altijd bestand gebleken tegen de trekking van den uterus, vermeerderd met die van den prolabeerenden vaginaalwand.

De wijziging, welke door GULDENARM wordt toegepast, belet misschien het gerekt worden der verbinding, maar men moet nog afwachten, hoe hierbij het beloop eener zwangerschap zal zijn.

De extraperitoneale ventrofixatie zonder laparotomie is bepaald gevaarlijk te noemen. ROUX verhaalt, dat hij op het punt is geweest de operatie te doen; hij zou juist de hechtingen door buikwand en fundus uteri leggen, toen hij besloot liever den buik te openen. Het bleek nu dat eene darmliis platgedrukt zat tusschen fundus en buikwand, zoodat hij op het punt was geweest deze te doorboren.

Bij de beschrijving der hysterectomie is er reeds op gewezen, dat, na het wegnemen van de baarmoeder, de prolaps der vaginaalwanden kan blijven bestaan, zoodat in plaats van den prolapsus uteri, eene enterocele optreedt. Men is dus genoodzaakt na de hysterectomie toch nog eene kolpoplexis te verrichten.

Beter resultaten geeft de operatie van SIMPSON; men verkrijgt hierdoor een stevig septum recto-vaginale, maar moet er voor zorgen de lappen lateraalwaarts zoo dik mogelijk te nemen, omdat er anders gemakkelijk necrose aan optreedt.

Bij de methoden van BISCHOFF en WINCKEL geeft het veel bezwaar, om den lap met het onderliggende weefsel te doen vergroeien, waardoor gemakkelijk eene doode ruimte en abscesvorming optreedt.

Bij de operatie van FRANK ten slotte ontstaat, door de ver gaande splijting van het septum recto-vaginale, eene groote wondholte, voor welker sluiting vele catgutdraden vereischt worden, zoodat er dus groote kans op infectie bestaat. Daarenboven wordt de genezing bemoeijlikt door de groote spanning onder welke het weefsel wordt gehecht.

De volgende ziekteverslagen bevatten een overzicht van alle operaties voor prolaps, welke Prof. TREUB op de gynae-kologische kliniek heeft verricht tot aan 1 Juli 1891. Er zijn vier verslagen aan toegevoegd van private patiënten van den genoemden hoogleeraar, zoodat er in het geheel 48 gevallen tot onze beschikking waren.

Van twee dezer patiënten (Geval 8 en 14) is het mij niet gelukt inlichtingen te krijgen; Geval 8 echter heeft zich, drie maanden na haar ontslag, op het Ziekenhuis vertoond en had toen geen last meer van uitzakking. Geval 14 was na haar vertrek hertrouwd en bleek niet op te sporen te zijn. Wij kunnen dus van 47 patiënten de definitieve resultaten der operatieve behandeling mededeelen.

Zooals uit de ziekteverslagen blijkt, hebben 27 patiënten zich op het Ziekenhuis vertoond om onderzocht te worden, van de overigen hebben wij voldoende inlichtingen over haren toestand gekregen.

Daar Geval 1 en 2 tweemaal geöpereerd zijn, werden er in het geheel 50 operaties verricht, en wel:

- | | |
|---|---------|
| I. Ventrofixatie | 7 maal. |
| II. Kolporrhaphia ant. et post. | 2 „ |
| III. Amputatio colli, kolporrhaphia ant. et post. | 1 „ |

IV. Perineoplastiek volgens LAWSON TAIT . . .	1 maal.
V. Perineoplastiek volgens DOLÉRIIS	1 "
VI. Amputatio colli, perineoplastiek volgens LAWSON TAIT	1 "
VII. Kolporrhaphia post., perineoplastiek volgens LAWSON TAIT	2 "
VIII. Rectoperineoplastiek volgens SIMON	2 "
IX. Kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR	3 "
X. Kolporrhaphia ant., kolpoperineorrhaphie vol- gens HEGAR	14 "
XI. Amputatio colli, kolporrhaphia ant. et post., episiorrhaphie	1 "
XII. Amputatio colli, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens LAWSON TAIT	1 "
XIII. Amputatio colli, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens SCHRÖDER	1 "
XIV. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior, kol- poperineorrhaphie volgens HEGAR	13 "

Als hechtmateriaal werd bij de eerste operaties, behalve zijde, ook catgut gebruikt voor verloren hechtingen, maar, toen deze laatste, af en toe aanleiding gaf tot ettering, werden uitsluitend zijden hechtingen gebezigd.

Zooals reeds boven gezegd is, legt Prof. TREUB oppervlakkige vaginaal- en rectaal-, maar diepe perineaalhechtingen.

Bij groep I had de operatie van Geval 1 (recidief na kolporrhaphia anterior-et posterior) een volledig resultaat, evenals bij Geval 48. Bij Geval 23 trad ook geen prolaps meer op, maar pat. kreeg, na losscheuren der verbinding van den uterus met den buikwand, eene hernia ventralis. Geval 28 en 30 kregen beiden weer een geringen prolaps van den achtersten vaginaalwand, waarvan zij echter geen

last hadden, terwijl bij Geval 43 en 47 weer prolaps van beide vaginaalwanden optrad.

De resultaten van groep II bleken zeer weinig bevredigend te zijn; bij Geval 1 trad, eene week na haar ontslag, recidief op; later werd ventrofixatie verricht, waarna zij genezen is gebleven. Geval 2 werd reeds met recidief ontslagen; drie maanden later werd bij haar kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR gedaan, waarna een beter resultaat optrad.

Het eenige Geval van groep III leverde volkomen resultaat op; bij het eveneens eenige Geval van groep IV vertoonde zich vijf maanden, na het ontslag prolaps, van den achtersten vaginaalwand, welke door kolporrhaphia posterior blijvend genezen werd.

Het Geval van groep V had geene bezwaren van uitzakking, maar bij persen bleek een geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand te bestaan.

In de groepen VI en VII vonden wij een volledig resultaat.

Van groep VIII had Geval 41 geen last van uitzakking, Geval 42 bemerkte een gevoel van druk naar onder als zij een drukken dag had gehad. Beiden vertoonden bij persen een geringen prolaps van den voorsten vaginaalwand, bij beiden trad fistelvorming op.

Van groep IX heeft geen der patiënten meer last van uitzakking, bij Geval 2 vonden wij een geringen prolaps van den achtersten vaginaalwand.

Bij groep X werd Geval 17 ontslagen met eene kleine perineovaginaalfistel en Geval 22 met een perinealfisteltje.

Geval 44 had klachten over een gevoel van druk naar onder en vertoonde bij persen een geringen prolaps van den voorsten vaginaalwand; zij heeft echter altijd haar werk kunnen doen.

Bij geval 3 en 4 was na bevalling recidief opgetreden.

Geval 4 had er geen last van, terwijl Geval 3 de uitzakking met een banddoek gemakkelijk kon terughouden en altijd haar zwaar werk heeft kunnen verrichten.

Overigens was het resultaat dezer operatie volledig.

Groep XI en XII bevatten 2 volledige resultaten.

Het eenige geval van groep XIII had last van een gevoel van druk naar onder, wanneer zij een dag zwaar gewerkt had; bij personen bleek prolaps van den achtersten vaginaalwand te bestaan.

Van groep XIV klaagde Geval 36 over een gevoel van druk naar beneden, als zij een dag zwaar gewerkt heeft, bij personen vertoonde zich een geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand.

Geval 25 had weer het gevoel van uitzakking, er bleek descensus uteri te bestaan en bij personen kwam de portio vaginalis in de vulva.

Bij Geval 11 en 18 is na bevalling de uitzakking weer opgetreden, bij 11 is toen het perineum ingescheurd; als zij werkt voelt zij dat er iets uitzakt. Geval 18 heeft er geen last van.

De overige gevallen dezer groep vertoonden allen volledig resultaat.

Het blijkt dus dat 30 operaties een volledig resultaat hebben gehad; terwijl er na 6 volledig recidief is opgetreden. Geval 23 is genezen van den prolaps, maar heeft eene hernia ventralis als gevolg der operatie gekregen. Bij de overige patiënten is, wanneer zij personen, wel eene meestal geringe uitzakking te constateeren, maar 5 hebben hiervan geen last, 3 bemerken alleen bezwaren wanneer zij een dag zwaar werk hebben moeten doen, terwijl 6 vrouwen het gevoel van uitzakking hebben, maar altijd hunne inspannende bezigheden hebben kunnen verrichten.

Bij 4 der patiënten met volledig recidief, is dit na bevalling opgetreden, de 2 anderen zijn door eene tweede operatie genezen.

Daar de 50 operaties verdeeld zijn over 14 groepen, waarvan de meeste maar enkele gevallen bevatten, gaat het niet aan, statistisch over de waarde der operatie te oordeelen. Alleen de groepen X en XIV geven ons gelegenheid uit de resultaten een besluit te trekken, over de bruikbaarheid dezer handelingsmethoden.

Groep X vertoont op 13 gevallen 10 volledige resultaten, 2 recidieven na bevalling en 1 geringen prolaps van den voorsten vaginaalwand.

Op de 13 Gevallen van groep XIV zijn 9 volledige resultaten, 2 recidieven na baring, 1 Geval van descensus uteri en 1 Geval met geringen prolaps van den achtersten vaginaalwand.

Deze resultaten mogen dus zeer gunstig worden genoemd.

Wanneer wij nu ten slotte nagaan, dat slechts bij 11 Gevallen eene eenigszins vertraagde genezing plaats had, en van de daaronder begrepen 6 fisteltjes, 2 vóór het ontslag genazen, terwijl de overige 4 den patiënten geene bezwaren opleverden, wanneer wij hebben aangetoond dat onder 49 geöpereerden slechts 2 volledige recidieven zijn voorgekomen, behalve de 4 die ontstaan zijn na baring, dan hebben wij, zonder twijfel, recht om het oordeel over de groepen X en XIV uit te breiden over de geheele reeks van operaties.

GEVAL I. — H. v. d. S., 18 j. (C. 86—87. N°. 6).

Retroflexio uteri, prolapsus pariet. vagin. ant. et post. cum descensu uteri.

Patiënte vervoegt zich op 7 Februari 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is nooit zwanger geweest en klaagt over eene uitzakking, die zij sedert 3 maanden heeft en waarvan zij vooral last krijgt als zij veel heeft geloopt.

Er bestaat retroflexio uteri, prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand en descensus uteri.

Operatie op 28 Februari. Kolporrhaphia ant. et post.

Verwijdering van enkele hechtingen uit den achtersten vaginaalwand op 16 Maart, de overige blijven zitten.

De temperatuur blijft normaal; genezing per primam intentionem.

Patiënte wordt op 23 Maart genezen ontslagen.

Toestand op 29 Februari 1892.

Patiënte heeft eene week, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, weer gemerkt, dat er iets naar beneden zakte en als patiënte veel loopend werk doet, treedt de uitzakking weer op. Zij heeft altijd huishoudelijk werk verricht.

Zij heeft na haar ontslag niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat retroflexio uteri, prolapsus pariet. vag. ant. et post. cum descensu uteri; volgens patiënte is de uitzakking geringer dan vóór zij geopereerd werd.

23 j. (C. 91—92 N°. 64).

Op 10 Maart 1892 wordt patiënte weer in het Leidsche Zie-

kenhuis opgenomen. Bij onderzoek in narkose blijkt nog, dat het linker ovarium vergroot en gefixeerd is, buiten narkose is het zeer pijnlijk bij aanraking. De baarmoeder is zeer moeilijk te reponeeren en valt, als men haar loslaat, weer achterover.

Als de uterus in anteflexie wordt gehouden, zijn gespannen strengen te voelen, die loopen, van den overgang van corpus uteri in cervix, naar den achterkant van het cavum Douglasii. De strengen worden verscheurd en nu blijft de baarmoeder in anteflexie.

Het blijkt dat de uterus met een Hodge-pessarium niet in anteflexie wordt gehouden; een Thomas-pessarium kan niet worden ingebracht, wegens nauwte der vagina.

Operatie op 28 Maart '92. Ventrofixatie en wegnemen van het linker ovarium; Hodge-pessarium ingebracht, gesteund door eene jodoformgaastampon.

Geen temperatuursverhooging, genezing per primam intentionem. Wegnemen der hechtingen op 6 April.

Op 18 April wordt patiënte genezen ontslagen.

Op 6 December 1892 schreef patiënte, dat zij geheel van haar lijden genezen is, terwijl zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, altijd huishoudelijke bezigheden heeft verricht.

GEVAL II. — M. K., 23 j. (C. 86—87. N°. 7).

Prolapsus totalis pariet. vagin. ant. et post., prolapsus uteri.

Patiënte vervoegt zich op 15 Februari 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis.

Patiënte is begonnen te menstrueeren op haar 16^{de} jaar en heeft spoedig daarna last van eene uitzakking gekregen.

Er bestaat complete prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, de wanden zijn droog, leerachtig. De fundus uteri is in den prolaps te voelen, het cavum uteri is niet vergroot. Een gedeelte van de blaas is mee geprolabeerd. Er bestaan excooriaties in den vaginaalwand.

Op 21 Februari wordt de prolaps gereponeerd; er wordt eene glycerine-jodoformtampon ingebracht en een T-verband aangelegd, om het terugkeeren van de uitzakking te voorkomen, totdat de excoriaties genezen zijn en de vaginaalwanden weer normaal zijn geworden.

Operatie op 16 Maart. Kolporrhaphia ant. et post.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 31 Maart. Genezing per prim. int.

Op 5 April bestaat weer geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand.

Op 22 April, terwijl patiënte steeds te bed is gebleven, bestaat weer totale prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand en descensus uteri. Er worden glycerine-jodoformtampons ingebracht.

Op 26 Mei curettement van het endometrium.

De ingebrachte pessaria vallen er uit, totdat een pessarium van 8½ cM. doorsnee goed blijft zitten. Hiermee gaat patiënte naar huis; zij zal over 3 maanden terugkomen voor radicale operatie.

(C 87—88 N°. 23).

Patiënte vervoegt zich op 17 October 1887 weer aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft, sedert haar vertrek, het pessarium gedragen en daarmee alle mogelijke bezigheden kunnen verrichten. Het pessarium wordt nu verwijderd en de prolaps keert dadelijk terug.

Er bestaat prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand en descensus van den uterus.

Operatie op 16 November. Kolporrhaphia post. en perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur is 's avonds eenige keeren verhoogd.

Verwijdering der hechtingen op 29 November. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 30 December genezen ontslagen.

Toestand op 23 Februari 1892.

Patiënte heeft, sinds haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis,

geen last gehad van uitzakking, alleen tijdens de menses of als zij zwaar werk heeft verricht (zij is boerenmeid), heeft zij een gevoel van uitzakking. Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand.

GEVAL III. — Vr. A. v. d. W., geb. S., 30 j. (C. 86—87. N°. 14).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. cum descensu uteri.

Patiënte vervoegt zich op 28 Februari 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is ongeveer 2½ jaar gehuwd en in Mei 1885 voor het eerst bevallen. Veertien dagen vóór de bevalling kreeg zij last van eene uitzakking, die echter na de verlossing niet terugkeerde.

In Januari 1886 had zij eene miskraam van 3½ maand en een maand later kreeg zij weer last van de uitzakking.

In December 1886 heeft zij een ringvormig pessarium gekregen en daarna is zij in Februari 1887 weer bevallen.

Operatie op 7 Maart. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Verwijdering der hechtingen op 24 Maart; de hechtingen van den achtersten vaginaalwand en van het perineum hebben niet gehouden; genezing van de wond van den achtersten vaginaalwand en aan het perineum per granulationem. Hoogste temperatuur 39°.

Patiënte wordt op 2 April genezen ontslagen.

Op 9 April wordt zij weer onderzocht en heeft zij een geringen prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand.

Toestand op 4 Maart 1892.

Patiënte heeft dadelijk na de operatie de uitzakking teruggekregen, die zich gemakkelijk door een banddoek laat terughouden, maar bij zwangerschap in heviger mate optreedt. Zij heeft als waschvrouw meestal loopend en zwaar werk verricht.

Na haar ontslag is patiënte 3 maal bevallen, terwijl zij niet heeft geleden aan eene ernstige ziekte.

Er bestaat totale prolaps van den voorsten en een niet volkomen prolaps van den achtersten vaginaalwand, descensus en retroflexio uteri. Het perineum is normaal hoog.

GEVAL IV. — Vr. J. M. B., geb. v. H., 35 j. (C. 86—87. N°. 18).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. cum descensu uteri.

Patiënte vervoegt zich op 8 Maart 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is voor 4 jaar gehuwd en in September 1884 voor de eerste maal en kunstmatig verlost. Reeds spoedig daarop meende zij, dat er van onderen iets veranderd was, maar eerst na 3 maanden werd dit erger. Zes maanden na hare bevalling kwam de uitzakking naar buiten, zij heeft toen een ring gekregen. Na eene 2^e bevalling, in October 1886, hielp de ring niet meer; zij kreeg toen een grooteren, die echter weggenomen moest worden wegens de pijn.

Operatie op 9 Maart. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 38°.

Verwijdering der hechtingen op 15 Maart en 29 Maart. Het perineum is oppervlakkig wat uiteengeweken.

Patiënte wordt op 31 Maart genezen ontslagen.

Op 3 Mei bestaat geringe prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand; als zij loopt heeft zij het gevoel, dat er iets gaat zakken. Er wordt een ringvormig pessarium ingebracht.

Op 10 Maart 1892 schreef patiënte:

1°. dat zij spoedig, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis weer bevallen is, waarna de uitzakking weer is opgetreden;

2°. dat zij steeds veel loopend en staand werk heeft verricht en, na haar ontslag, niet geleden heeft aan eene ernstige ziekte.

GEVAL V. — Vr. W. M. L., geb. v. K., 34 j. — (C 86—87. N°. 10).

Prolapsus pariet. vagin. ant. cum hypertrophia port. vag.^o

Patiënte vervoegt zich op 18 Maart 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis.

Zij is sedert 3 jaar gehuwd en 4 maal bevallen. Voor 2 jaar, na hare laatste verlossing, heeft zij last van eene uitzakking gekregen. Als zij veel beweging neemt of bij ontlasting, komt deze naar buiten.

Er bestaat prolaps van den voorsten vaginaalwand en sterke hypertrophie van de portio vaginalis. Er zijn sporen van eene matige ruptura perinei.

Op 30 Maart kegelmantelvormige amputatie van de portio vaginalis.

Hoogste temperatuur 37°, 9.

Er is reunio per primam intentionem.

Verwijdering der hechtingen op 14 April.

Bij onderzoek op 1 Mei blijkt de uterus, die vergroot was, tot zijne normale grootte te zijn teruggekeerd.

Operatie op 2 Mei. Kolporrhaphia ant. et post.

Hoogste temperatuur 37°, 8.

Verwijdering der hechtingen op 12 Mei. De oppervlakkige lagen van het nieuw gevormde perineum hebben niet gehouden, zij genezen per granulationem.

Patiënte wordt op 10 Juni genezen ontslagen.

Toestand op 1 Maart 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij altijd haar huishoudelijk werk heeft verricht. Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte, en is in October 88 bevallen; de partus is forcipaal getermineerd. Er is geene inscheuring bij ontstaan.

Geval VI. — Vr. M. S., geb. P., 34 j. (C, 87—88. N°. 11).

Prolapsus parietis ant. et post. vaginae cum hypertrophia portionis supravaginalis uteri.

Op 12 September 1887 vervoegt patiënte zich aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is sedert 12 j. gehuwd, heeft 4 normale bevallingen en 1 miskraam (tusschen de 3e en 4e bevalling) doorgemaakt. Voor 7 j., na de derde bevalling, bemerkte patiënte eene uitzakking; toen zij weer opstond, na haar laatste bevalling is deze erger geworden. In het vorige jaar heeft zij hiervoor de hulp van haren geneesheer ingeroepen, die een ring inbracht. Geen enkel pessarium bleef echter zitten.

Patiënte heeft altijd geregeld gemenstrueerd, behalve eenigen tijd na de miskraam tot aan de zwangerschap van 't 4^e kind.

Wanneer er uitzakking was, had zij dikwijls last bij 't wateren, n.l. dikwijls aandrang zonder dat waterloozing volgde.

De fundus uteri is in de uitzakking niet te voelen, maar staat nog boven de symphysis, de pars supra-vaginalis is dus sterk hypertrophisch; de sonde gaat veel verder dan normaal in de uterus holte. Vlak bij het ostium uteri ext. bestaan 2 uitgebreide erosies. Er bestaat een breed perineum. Een gedeelte van de blaas is meegenomen in de uitzakking.

Patiënte wordt te bed gehouden en dagelijks wordt eene nieuwe jodoformgaastampon ingebracht, totdat de erosies genezen zijn.

Operatie op 8 October. Kegelmantelvormige amputatie van de portio vaginalis, kolporrhaphia anterior et posterior, perineoplastiek volgens LAWSON TAIT.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 26 October. Genezing per prim. int.

Op 25 November wordt patiënte genezen ontslagen.

Op 12 Februari verklaarde haar geneesheer:

1°. dat patiënte, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis,

geen last meer gehad heeft van uitzakking, hoewel zij sinds dien tijd, in eene fabriek, staand werk heeft verricht.

2°. dat patiënte, na haar ontslag, niet geleden heeft aan eene ernstige ziekte en niet bevallen is.

GEVAL VII. — Vr. V., geb. K., 49 j. (87—88. N°. 13).

Prolapsus pariet. ant. et post. vaginae cum descensu uteri et hypertrophia portionis supravaginalis uteri.

Op 7 October 1887 vervoegt patiënte zich aan het Leidsche Ziekenhuis.

Zij heeft 5 normale bevallingen doorgemaakt, de laatste voor 13 jaar en na dit kraambed heeft zij de uitzakking gekregen. Voor 5 jaar heeft zij voor 't eerst hiertegen de hulp van een medicus ingeroepen en werd een ring ingebracht. Deze bleef echter niet zitten, zoodat een andere ring werd ingebracht, die een jaar lang de uitzakking terughield, waarna zij weer optrad en zich door geen ring meer liet binnenhouden.

Patiënte heeft een totalen prolaps van voor- en achterwand der vagina, de fundus uteri is niet in den prolaps te voelen, de sonde gaat veel verder dan normaal in den uterus en is, terwijl de prolaps uit is, door den buikwand heen te voelen.

Patiënte wordt eene week te bed gehouden, terwijl de prolaps wordt verhinderd op te treden, door eene jodoformgaastampon.

Operatie op 17 October. Kegelmantelvormige amputatie van de portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post. en episiorrhaphie, met incisie beiderzijds tot den overgang van labium minus in labium majus, zoodat de vulva niet meer dan een vinger doorlaat.

Slechts aan het bovenste deel van het nieuw gevormde perineum, hebben de hechtingen gehouden, naar den anus toe bestaat eene wijde communicatie met de vagina.

Patiënte heeft koorts.

Naöperatie op 22 Februari 1888, doordat in het perineum

eene opening is gebleven ter grootte van een dubbeltje, die communiceert met de vagina. Doorsnijden van het voorste deel van het perineum tot aan de opening, (later wordt ook het achterste deel van het perineum gekliefd), wegnippen van het littekenweefsel en kolporrhaphia volgens HEGAR.

Wegnemen der hechtingen, 8 dagen na de operatie. De temperatuur is normaal gebleven. Genezing per prim. int.

Op 21 Maart wordt patiënte genezen ontslagen.

Op 15 Juni 1892 vertelde de moeder van patiënte mij, dat hare dochter, na het ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking meer had gehad.

GEVAL VIII. — Vr. E., geb. W., 24 j. (C. 87—88. N°. 15).

Prolapsus pariet. vagin. ant. post. et uteri.

Patiënte is 4 maal normaal bevallen, eenmaal van een dood voldragen kind, het laatst in 1887. Drie weken na hare eerste bevalling heeft zij last gekregen van eene uitzakking, die na elke volgende bevalling erger is geworden. Ook tijdens zwangerschap had zij er last van. Urineloozing en defaecatie zijn normaal.

Operatie op 5 November. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Temperatuur eenmaal 's avonds wat verhoogd.

Verwijdering der hechtingen op 14 November. Genezing per prim. int.

6 December. Patiënte genezen ontslagen.

Op 7 Maart 1888 vertoende patiënte zich weer op de polikliniek met klachten over witten vloed.

Patiënte had geen last meer van uitzakking.

GEVAL IX. — Vr. A. W., geb. O., 51 j. (C. 87—88. N°. 16).

Prolapsus pariet. vagin. ant., post. et uteri.

Patiënte vervoegt zich op 3 October 1887 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 19 jaar gehuwd en heeft 8 normale bevallingen doorgemaakt en eene miskraam; voor 10 jaar is zij het laatst bevallen. Na de geboorte van het tweede kind, kort nadat zij was opgestaan, heeft zij de uitzakking gekregen, die met de volgende bevallingen erger is geworden. Dezen zomer is zij voor 't eerst een ring gaan dragen, maar geen enkele bleef zitten. Den laatsten tijd kreeg zij aandrang tot wateren, zonder dat er iets kwam. De ontlasting is altijd hard. De voor- en achterwand der vagina zijn geheel geprolabeerd, de fundus uteri is niet duidelijk in den prolaps te voelen.

Operatie op 30 October. Kegelmantelvormige amputatie van de portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Eenmaal 's avonds is de temperatuur wat verhoogd.

Verwijdering der hechtingen op 16 November. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 1 December genezen ontslagen.

Op 15 Februari 1892 verklaarde hare geneesheer:

- 1°. dat patiënte, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last heeft gehad van uitzakking, terwijl zij als schoonmaakster allerlei werk heeft verricht.
- 2°. dat patiënte, na haar ontslag, niet heeft geleden aan eene ernstige ziekte en niet bevallen is.

GEVAL X. — Vr. J. S. C., geb. B., 42 j. (C. 87—88. N°. 42).

Prolapsus pariet. post. vagin. et ruptura perinei.

Patiënte vervoegt zich aan het Leidsche Ziekenhuis op 10 Januari 88. Zij is in 1887 voor het eerst verlost en wel met de tang, daarbij kreeg zij eene ruptura perinei, die ge-

hecht werd. In November '87 kwam zij op de polikliniek met klachten over eene uitzakking; een ingehrachte ring bleef niet zitten.

De fundus uteri staat een weinig lager dan normaal, de uterus ligt eenigszins in retroversie, de achterste vaginaalwand prolabeert.

Operatie op 24 Januari. Kolporraphia post. en perineoplastiek volgens LAWSON TAIT.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 4 Februari. Genezing per prim. int.

Op 26 Februari wordt patiënte genezen ontslagen.

In Juni 1888 werd patiënte geëpereerd wegens een ovariaaltumor.

Op 12 Februari 1892 schreef zij:

1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last had gehad van uitzakking, terwijl zij meestal een zwervend leven heeft geleid.

3°. dat zij, na de laatste operatie, niet geleden had aan eene ernstige ziekte en niet bevallen was.

GEVAL XI. — Vr. M. v. d. V., geb. B., 32 j. (C. 87—88. N°. 63).

Prolapsus pariet. ant. et post. vaginae.

Patiënte vervoegt zich aan het Leidsche Ziekenhuis op 4 April 88. Zij is sedert 7½ jaar gehuwd en is in dien tijd 3 maal verlost, het laatst in November 86, telkens met de tang. Zij weet zich niet te herinneren, bij eene der bevallingen eene ruptura perinei te hebben gekregen. Vier weken na haar eerste bevalling heeft zij last gekregen van eene uitzakking, die langzamerhand erger werd. Door onbevoegde handen werden achtereenvolgens verschillende soorten pessaria ingebracht, maar zonder succes.

De ontlasting gaat moeilijk, is traag en hard, de urine-loozing is normaal.

Er bestaat prolaps van beide vaginaalwanden, het laquear ant. bestaat bijna niet, het laquear post. is normaal diep, de portio vaginalis staat vrij laag, de fundus uteri normaal hoog.

Eene poging om den prolaps met een ring binnen te houden mislukt.

Operatie op 18 April. Kegelmantelvormige amputatie v. h. collum uteri, kolporraphia ant., post. en perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen, waarna patiënte genezen wordt ontslagen. Genezing per prim. int.

Toestand op 10 Februari 1892.

Patiënte is in 1891 bevallen, kreeg ruptura perinei en heeft 3 weken daarna de uitzakking teruggekregen, in geringeren graad dan vroeger, maar als zij werkt treedt de uitzakking op.

Zij heeft, sinds haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, hare huishoudelijke bezigheden verricht, waarbij zij veel trappen moest klimmen en is altijd gezond geweest.

GEVAL XII. — Vr. N. B., geb. R., 49 j. (C. 87—88. N°. 65).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post., elongatio cervicis uteri.

Patiënte vervoegt zich op 21 April 88 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is sinds 16 jaar gehuwd en voor ruim 12 jaar voor de eerste en tevens voor de laatste maal verlost en wel met de tang. Daags na hare bevalling, bemerkte zij, dat er iets naar buiten kwam; zij had in den eersten tijd veel last bij het zitten, maar langzamerhand ging dit beter. Eens is er aan gebrand.

De portio vaginalis is voor de vulva zichtbaar, de fundus uteri staat ongeveer op normale hoogte, terwijl de beide vaginaalwanden, ook bij persen, weinig of niet prolabeeren.

De uterussonde gaat ruim 10 cM. voorbij het ostium externum

naar binnen. Aan de portio is eene erosie aanwezig en de reden, waarom zij onder behandeling komt, schijnt voorn. te zijn, dat de waschvrouw er haar opmerkzaam op heeft gemaakt, dat er altijd bloed in haar hemd zit.

Operatie op 23 April. Kegelmantelvormige amputatie der portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Wegnemen der hechtingen op 25 April en volgende dagen. Genezing per prim. int.

Op 19 Mei wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 25 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking; terwijl zij altijd huishoudelijk werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XIII. — N. v. d. E., 24 j. (C. 87—88. N°. 75).

Inversio totalis pariet. vagin. ant. et post. c. hypertrophia portionis vaginalis uteri.

Patiënte vervoegt zich op 8 Mei 88 aan het Leidsche Ziekenhuis. Als kind heeft zij geleden aan prolapsus ani. Voor een jaar kreeg zij last van eene uitzakking uit de scheede, welke men tevergeefs heeft beproefd, met een pessarium, binnen te houden. Zij heeft nooit gebaard.

Er bestaat totale prolaps der vaginaalwanden; het ostium uteri externum ligt buiten de vulva, er is belangrijke hypertrophie van de portio.

Operatie op 14 Mei. Kolporrhaphia anterior et posterior, perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°.8.

echtingen uit het perineum worden verwijderd.

27 Mei. De wond is per prim. int. genezen.

10 Juni. Patiënte wordt genezen ontslagen.

Toestand op 13 Mei 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij als dienstbode werkzaam is geweest.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een hoog perineum, een nauwe introitus vaginae. Patiënte is sinds 7 maanden zwanger.

GEVAL XIV. — Vr. R., geb. Sch., 31 j. (C. 87—88. N°. 85).

Prolapsus pariet. ant. et post. vagin. cum descensu uteri.

Patiënte vervoegt zich op 5 Juni 1888 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is voor 12 jaar, voor 't eerst en tevens voor 't laatst, normaal bevallen. Dadelijk daarna had zij af en toe last van eene uitzakking. In den laatsten tijd heeft zij er meer last van gekregen in den vorm van schietende pijnen, hoewel de uitzakking zelf niet erger is geworden.

Er bestaat prolaps van beide vaginaalwanden, de uterus staat diep in het bekken in retroversie.

Operatie op 9 Juni. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Wegnemen der hechtingen op 15 Juni; er is genezing per prim. int.

Eenigen tijd later wordt patiënte ontslagen.

GEVAL XV. — E. v. B., 34 j. (C. 88—89. N°. 42).

Prolapsus pariet. vaginalis ant. et post.

Patiënt vervoegt zich op 24 October 88 aan het Leidsche

Ziekenhuis. Zij is voor 8 jaar, voor de eerste en tevens voor de laatste maal, normaal bevallen. Daarna trad langzamerhand eene uitzakking op, die zonder succes met pessaria en hysterophoren behandeld werd.

Er bestaat volkomen prolaps van den voorsten en bijna volkomen prolaps van den achtersten vaginaalwand. De sonde gaat maar weinig verder dan normaal in het cavum uteri.

Operatie op 11 December. Amputatio colli uteri, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 17 December. Genezing per prim. int.

Op 8 Januari 89 wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 17. Februari 1892.

Patiënte heeft, sinds haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij sinds dien tijd huishoudelijk werk heeft verricht, waarbij zij vooral veel trappen moest loopen.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet meer bevallen.

GEVAL XVI. — Vr. G. v. D., geb. W., 46 j. (C. 88—89. N°. 57).

Prolapsus pariet. vaginalis post.

Patiënt vervoegt zich op 30 November 88 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 10 maal normaal bevallen, het laatst voor ruim 3 jaar. Na dien tijd heeft zij eene uitzakking gekregen, zooals patiënte meent, door zich te vertillen. Veel last heeft zij er zelf niet van gehad, maar wel hare man bij pogingen tot cohabitatie.

Groote portio vaginalis met eene erosie, geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand; de uterus ligt normaal in anteflexie.

Operatie op 11 December. Kolporrhaphia post. en perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°.6.

Verwijdering van eenige hechtingen op 17 December, en van de overige op 19 December.

Op 8 Januari 89 werd patiënte ontslagen, met een paar granuleerende wondjes aan het perineum.

Toestand op 1 September 92.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geene last gehad van uitzakking, terwijl zij altijd loopend werk heeft verricht. Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een hoog perineum, de vagina is nauwelijks voor een vinger toegankelijk.

GEVAL XVII. — C. v. D. L., 21 j. — (C. 88—89. N°. 91).

Prolapsus pariet. vag. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 12 Januari 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is, volgens hare verklaring, virgo en lijdt sedert 5 jaar aan eene uitzakking, die haar weinig last veroorzaakt en waartegen nooit hulp werd ingeroepen.

De vetarme labia majora gapen een weinig. Het perineum is kort, het frenulum intact. De vagina is zeer wijd, er bestaat een zeer gerekte, niet ingescheurde hymenaalring.

De vaginaalwanden zijn slap, de portio vaginalis is verdikt, het ostium externum vormt eene wijde spleet, die een eindje den vingertop toelaat. De uterus ligt een weinig in retroversie. Bij persen prolabeert een groot deel van den voorsten en een klein deel van den achtersten vaginaalwand. De sonde gaat 7½ cM. in het cavum uteri.

Patiënte heeft van tijd tot tijd incontinentia alvi, zonder dat eene oorzaak is aan te wijzen.

Bij een later onderzoek, vindt men den uterus in retroflexie, het laquear posterius niet geheel verstreken, het laquear anterieus wel; er bestaat geringe cystocele.

Operatie op 20 Februari. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 39°,5.

Verwijdering der hechtingen op 27 Februari.

In het achterste deel van het perineum is een fisteltje, naar de vagina, ontstaan. Het wordt eenigen tijd met lapis infernalis en met het galvanocaustisch apparaat gecauteriseerd, maar sluit zich niet volkomen.

Daar patiënte er geen last van heeft, wordt zij op 19 April ontslagen.

Toestand op 19 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij veel loopend werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

In het achterste deel van het perineum bestaat een fisteltje dat naar de vagina voert.

GEVAL XVIII. — Vr. L. W., geb. S., 25 j. — (C. 88—89. N°. 74).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. c. cystocele. Ruptura perinei.

Patiënte vervoegt zich op 22 Januari 89 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is voor 7 jaar voor het eerst bevallen en heeft sinds dien tijd last van eene uitzakking.

Er bestaat een vrij sterke prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, de uterus ligt in anteflexie, het cavum uteri is 10 cM. lang. Het perineum is kort en draagt de sporen van ingescheurd te zijn geworden.

Blaas en rectum functioneeren normaal.

Operatie op 11 Februari. Wigvormige amputatie van de lippen der portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°,8.

De hechtingen worden, na eenige dagen, weggenomen, er is genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 4 Mei genezen ontslagen.

Op 12 Februari 1892 schreef zij:

1°. dat zij twee jaar, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, bevallen was en daarna de uitzakking had teruggekregen, maar er geen last van had.

2°. dat zij, sinds haar ontslag, haar huishouden had waargenomen en niet geleden had aan eene ernstige ziekte.

GEVAL XIX. — E. J., 63 j. (C. 88—89. N°. 80).

Prolapsus completus vaginae et uteri cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 1 Februari 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is eene zwakke vrouw en verklaart nooit zwanger te zijn geweest. Zij is sinds 18 jaar lijdende aan eene uitzakking.

De voorste vaginaalwand is geheel, de achterste bijna geheel geprolabeerd, bij persen komt ook de zeer atrophische uterus geheel in den prolaps. Het ostium uteri vertoont geen litteekens, het cavum uteri is 10 cM. lang. Verder prolabeert ook een groot gedeelte van de blaas. De geprolabeerde vaginaalwanden zijn droog, gelijkend op gewone epidermis, maar vertoonen geene excoriaties. Patiënte heeft soms moeite bij de urineloozing, terwijl de defaecatie zonder bezwaar geschiedt.

Operatie op 4 Maart. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°,7.

Verwijdering der hechtingen op 12 Maart. Genezing per prim. int.

Op 1 April wordt pat. genezen ontslagen.

Op 18 Februari 1892 schreef haar geneesheer:

1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last had gehad van uitzakking, terwijl zij een loopend leven had.

2°. dat zij, na haar ontslag, niet had geleden aan eene ernstige ziekte en niet was bevallen.

GEVAL XX. — Vr. A. S., geb. K., 30 j. (C. 88—89. N°. 117).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post., defectus perinei, hypertrophia port. vaginalis.

Patiënte vervoegt zich op 27 Mei 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 6 jaar gehuwd en heeft 2 abortus en 5 kinderen gehad, het laatste voor ongeveer 4 maanden. De verlossingen werden altijd met de tang getermineerd, de laatste maal ging dit zeer moeilijk. Vermoedelijk is reeds bij de eerste bevalling het perineum ingescheurd.

Er bestaat eene ruptura perinei, tot in den anus, en een matige prolaps van den voorsten en achtersten vaginaalwand. Het corpus uteri ligt in anteflexie en is een weinig vergroot, de portio vaginalis is gehypertropheerd.

Operatie op 8 Juni. Amputatie van de portio vaginalis en daarna staking der operatie wegens hevig bloedverlies.

De temperatuur blijft normaal. Genezing per prim. int.

Tweede operatie op 2 Juli. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 9 Juli. Genezing per prim. int.

Op 23 Juli wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 17 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last meer gehad van uitzakking, terwijl zij, sinds dien tijd, veel zwaar werk heeft verricht op bouwland.

Na haar ontslag heeft zij in November 1890 eene miskraam gehad; zij is nu weer zwanger.

Aan eene ernstige ziekte heeft zij niet geleden.

GEVAL XXI. — Vr. A. B., geb. B., 40 j. (C. 88—89. N°. 119).

Prolapsus pariet. vag. ant. et post., prolapsus uteri cum elongatione et cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 4 Juni 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is gehuwd en heeft 10 kinderen gehad, het eerste voor 20, het laatste voor 1 jaar. Na de voorlaatste bevalling kreeg zij langzamerhand last van eene uitzakking, die vooral na de laatste bevalling erger werd.

Zij heeft nu een totalen prolaps van den voorsten en een bijna totalen prolaps van den achtersten vaginaalwand; in den prolaps bevindt zich gedeeltelijk de verlengde uterus. Het cavum uteri is 22 cm. lang en de portio vaginalis is gehypertropheerd. De blaas is gedeeltelijk geprolabeerd.

Operatie op 15 Juni. Amputatie der portio vaginalis. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 22 Juni en volgende dagen. Genezing per prim. int.

Op 13 Juli wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 26 Januari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij den geheelen dag loopend werk heeft.

Aan eene ernstige ziekte heeft zij, na haar ontslag, niet geleden en zij is ook niet zwanger geweest.

GEVAL XXII. — J. L., 15 j. (C. 89—90. N°. 10).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. c. prolapsu uteri et cystoecele.

Patiënte vervoegt zich op 25 Juli 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is een, voor haar leeftijd, goed ontwikkeld doch slecht gevoed meisje en heeft nog niet gemenstrueerd.

Voor 10 weken is, volgens haar zeggen, bij het opheffen van een zwaren last, plotseling eene uitzakking ontstaan; zij hield de zaak gedurende 6 weken geheim, ofschoon zij bij het ontstaan en ook later hevige pijn had. Bij navraag zegt zij gedurende twee jaar dagelijks onanie te hebben uitgeoefend, door het invoeren van een vinger in de vagina. Verkrachting of coïtus worden ontkend.

De voorste vaginaalwand is geheel, de achterste bijna geheel geprolabeerd, de vaginaalwanden zijn hypertrophisch. De vrij groote uterus ligt geheel voor de vulva. Ook de blaas is gedeeltelijk geprolabeerd.

Na repositie wordt de introïtus vrij nauw, het hymen aan den rand ingescheurd gevonden. Het cavum uteri heeft eene lengte van $6\frac{1}{2}$ cM.

Operatie op 6 Augustus. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Verwijdering der hechtingen op 13 Augustus. Op $1\frac{1}{2}$ cM. van den anus, in het perineum, is een fisteltje ontstaan dat in de vagina voert. Door herhaalde cauterisatie wordt het naar de vagina toe gesloten.

Op 5 Sept. wordt patiënte genezen ontslagen, met een perinealfisteltje.

Op 15 Februari 1892 verklaarde hare moeder:

- 1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last meer had gehad van uitzakking, terwijl zij als bleekersmeid altijd loopend werk had verricht,
- 2°. dat zij, na haar ontslag, niet geleden had aan eene ernstige ziekte of bevallen was.

GEVAL XXIII. — Vr. S. W. geb. V., 37 j. (C. 89—90. N°. 14).

Prolapsus uteri, prolapsus pariet. vagin. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 17 September 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft sedert eenige jaren last van eene verzakking. Het perineum is intact, de voorste en de achterste vaginaalwand prolabeeren, de uterus staat laag in anteflexie en is niet vergroot.

Operatie op 1 October. Ventrofixatio.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 12 October. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 24 October genezen ontslagen.

Op 12 Februari 1892 schreef haar geneesheer:

- 1°. dat op een morgen, bij het opmaken van een bed, de verbinding van den uterus aan den buikwand losscheurde, waarna eene hernia ventralis ontstond, die door eene doelmatige bandage steeds in statu quo wordt gehouden.
- 2°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, bijna geen last meer van uitzakking heeft gehad, maar altijd een pessarium draagt, terwijl zij steeds loopend of staand werk heeft verricht;
- 3°. dat zij, na haar ontslag, niet aan eene ernstige ziekte geleden heeft of bevallen is.

GEVAL XXIV. — Vr. A. M. D. W., geb. v. W., 55 j. (C. 88—90. N°. 15).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. cum cystoecele.

Patiënte vervoegt zich op 17 September 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft 3 kinderen gehad, het eerste voor 24, het laatste voor 30 jaar. Sinds dien tijd heeft zij last van eene uitzakking.

Het perineum is gedeeltelijk defect, de voorste vaginaalwand sterk geprolabeerd, evenzoo de blaas, de achterste vaginaalwand prolabeert veel minder, de voorlip der portio vaginalis is vergroot, de uterus zelf niet.

Operatie op 26 October. Amputatie der portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°, 6.

Verwijdering der hechtingen op 2 November; genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 22 November genezen ontslagen.

Toestand op 15 Februari 1892.

Patiënte heeft, sinds haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij als schoonmaakster meestal loopend en dikwijls zwaar werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XXV. — Vr. J. B., geb. S., 34 j. (C. 89—90. N°. 46).

Prolapsus totalis pariet. vagin. ant. et post., prolapsus cum retroflexione uteri et cystocele. Ruptura perinei.

Patiënte vervoegt zich op 9 November aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is sedert 5½ jaar gehuwd en tweemaal bevallen. De eerste verlossing voor 4½ jaar beliep normaal, de tweede, voor 3½ jaar, werd met de tang getermineerd. Daarna kreeg zij een abortus. Zij weet niet bij welke bevalling eene ruptura perinei is ontstaan, maar na de tweede kreeg zij langzamerhand last van eene uitzakking die steeds erger werd, maar nooit pijn veroorzaakte.

De menstruatie geschiedt normaal, de mictie schijnt wat bemoeilijkt, de defaecatie is traag.

Het perineum is bijna geheel ingescheurd, er bestaat een totale prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, in den prolaps ligt de uterus, die meer in de breedte dan in de lengte

is toegenomen en sterk geretroflecteerd is. Ook de blaas is bijna geheel geprolabeerd. Aan de portio vaginalis bevindt zich eene uitgebreide erosie.

Operatie op 26 November. Amputatie der portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 38°, 2.

Verwijdering der hechtingen op 5 December. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 25 December genezen ontslagen.

Op 6 Juni 1890 komt patiënte op de polikliniek, omdat zij weer last van de uitzakking heeft. Bij persen komt de zeer groote portio vaginalis voor de vulva, waarom een ring wordt ingebracht.

GEVAL XXVI. — Vr. J. A. v. d. B., geb. D., 23 j. (C. 89—90. N°. 47).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. incipiens, ruptura perinei.

Patiënte vervoegt zich op 6 November 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 8 jaar gehuwd en heeft 4 kinderen gehad, het eerste voor 7 jaar, het laatste voor 3 maanden. Bij de laatste verlossing, waarbij extractie wegens prolapsus funiculi geschiedde, zou eene ruptura perinei ontstaan zijn, die niet werd gehecht.

Het perineum is ingescheurd tot 1½ cM. van den anus, er bestaat een geringe prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, de uterus is een weinig vergroot en ligt in retroversie.

Operatie op 2 December. Kolporrhaphia post. en perineoplastiek volgens LAWSON TAIT, waarbij echter ook naar de vagina wordt gehecht en de perineaalhechtingen door de huid worden gebracht.

Hoogste temperatuur 37°, 8.

Verwijdering der hechtingen op 10 December. Genezing per prim. int. Pat. wordt op 31 December genezen ontslagen.

Toestand op 26 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij huishoudelijk werk heeft verricht.

Zij heeft influenza gehad en daarna een miskraam gekregen, overigens heeft zij, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is zij niet bevallen.

GEVAL XXVII. — Vr. M. v. G., geb. V., 48 j. (C. 89—90. N° 54).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 24 November 1889 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 22 jaar gehuwd en heeft 5 kinderen gehad, het eerste voor 16 jaar, bij welke verlossing de tang is aangelegd en eene ruptura perinei is ontstaan.

Het perineum is over de helft ingescheurd, de beide vaginaalwanden zijn gedeeltelijk geprolabeerd. De uterus is een weinig vergroot, de portio is vergroot en hard.

Operatie op 13 Januari. Amputatie der portio vaginalis, perineoplastiek volgens LAWSON TAIT.

Temperatuurverhooging, waarschijnlijk door influenza.

Verwijdering der hechtingen op 19 Januari. Genezing per prim. int.

Op 9 Februari wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 23 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking en bij onderzoek blijkt die ook niet meer te bestaan, alleen heeft zij een gevoel van druk naar beneden en pijn bij het wateren.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XXVIII. — Vr. S. B., geb. S., 42 j. (C. 89—90. N° 77).

Prolapsus pariet. vagin. ant., retroflexio uteri.

Patiënte vervoegt zich op 29 Januari 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 16 jaar gehuwd en heeft 10 kinderen gehad, die allen kunstmatig ter wereld zijn gekomen. Voor 9 jaar werd patiënte, door eene operatie, met goed gevolg van een prolaps afgeholpen, voor 6 jaar is patiënte de laatste maal bevallen, waarbij het nieuwe perineum weer inscheurde. Een jaar later beviel patiënte van een dood kind van 8 maanden; — 10 maanden later volgde een abortus van 6½ maand; — 9 maanden daarna een abortus van 5 maanden en ongeveer 2 jaar geleden een abortus van 4½ maand. Tusschen den voorlaatsen en laatsten abortus is patiënte weer voor prolaps geopereerd maar zonder succes; patiënte heeft nu, bij het lopen, ook pijn aan de uitzakking.

Patiënte heeft een aanzienlijken prolaps, hoofdzakelijk van den voorsten vaginaalwand, het laquear ant. is geheel verstreken. De uterus is normaal groot, pijnlijk bij druk. Het perineum, dat tamelijk hoog reikt, is zeer dun.

Operatie op 3 Februari. Laparotomie en ventrofixatie.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 13 Februari. Genezing per prim. int.

Op 25 Februari wordt patiënte genezen ontslagen met een pessarium.

In April komt patiënte terug en prolabeert de voorste vaginaalwand weer.

Op 25 Februari 1892 schreef haar geneesheer.

- 1°. dat patiënte, sinds haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last heeft gehad van uitzakking, terwijl zij een meestal zittend en liggend leven heeft geleid;
- 2°. dat zij, na haar ontslag, zwak en ziekelijk is gebleven en niet bevallen is.

GEVAL XXIX. — L. W., 19 j. (C. 89—90. N°. 81, C. 90—91. N°. 2).

Prolapsus pariet. vagin. ant.

Patiënte vervoegt zich op 5 Februari 1880 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft nog nooit gemenstrueerd, heeft ook geene maandelijks terugkeerende pijnen of andere verschijnselen.

Voor 6 weken bemerkte patiënte voor het eerst eene uitzakking, welke sedert dien tijd is toegenomen.

Mictie en ontlasting zijn normaal. Onanie wordt ontkend.

Er bestaat een belangrijke prolaps van den voorsten vaginaalwand, het laquear ant. is gedeeltelijk verstreken.

De uterus is normaal van grootte, ligt in anteflexie.

De voorste vaginaalwand is sterk geïnfilteerd, hard en dik.

Na glycerinetamponade verdwijnt de infiltratie van den voorsten vaginaalwand. Bij persen komt nu het ostium uteri buiten de vulva.

Operatie op 4 Juli. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 39°, 2.

Verwijderen der hechtingen op 15 Juli en eenige dagen later wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 27 April 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij als dienstbode is werkzaam geweest.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een hoog perineum, eene nauwe vulva. De uterus ligt in anteflexie.

GEVAL XXX. — S. O., 18 j. (C. 89—90. N°. 106).

Prolapsus pariet. vagin. ant., prolapsus uteri cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 11 April 1890 aan het Leidsch. Ziekenhuis. Zij heeft sedert den zomer van 1889 eene uitzakking, waarover zij geen reden tot klagen heeft, behalve een gevoel van zwakte. Menstruatie geregeld.

Er bestaat een totale prolaps van den voorsten vaginaalwand, de portio vaginalis ligt ver buiten de vulva, de cervix is zeer sterk verlengd. De lengte van het cavum uteri bedraagt 13½ cM., de uterus ligt in retroflexie. Er bestaat eene vrij groote cystocele.

Operatie op 14 Juni. Laparotomie en ventrofixatie.

Hoogste Temperatuur 37°, 2.

Verwijdering der hechtingen op 24 Juni; genezing per prim. int.

Patiënte gaat op 10 Juli genezen naar huis.

Op 16 Juli komt zij terug, wegens prolaps van den voorsten vaginaalwand, en wordt een pessarium ingebracht.

Toestand op 15 Februari 1892.

Er bestaat een geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand, waarvan patiënte geen last heeft, hoewel zij geen pessarium draagt en sinds, haar uitslag uit het Leidsche Ziekenhuis, altijd loopend werk heeft verricht.

Na haar uitslag heeft zij niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XXXI. — Vr. M. v. K., geb. W., 37 j. (C. 89—90. N°. 113).

Ruptura perinei totalis, prolapsus pariet. vagin. ant. et post., cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 3 Mei 1890 aan het Leidsch Ziekenhuis. Zij is 11 jaar gehuwd en heeft 5 kinderen gehad, het eerste voor 10 jaar, bij welke verlossing zij eene inscheuring heeft gekregen, die niet gehecht werd en waarna zij dadelijk last kreeg van het gevoel van eene uitzakking, wat vooral na

de laatste bevalling, voor 3½ jaar, erger is geworden. Zij heeft moeite bij het wateren en last bij het loopen; de ontlasting is traag.

De ruptuur gaat tot eenige centimeters diep in den anus, het slijmvlies van het rectum prolabeert. Er bestaat geringe prolaps van den voorsten, een grootere van den achtersten vaginaalwand. Het laquear ant. is ondiep, het laquear post. is normaal, de portio is groot, week met een lichte erosie. De uterus ligt in anteflexie, de lengte van het cavum uteri bedraagt 7 cM. De blaas ligt gedeeltelijk in den prolaps.

Operatie op 22 Mei. Perineoplastiek volgens LAWSON TAIT. De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 29 Mei. Slechts het bovenste deel van het perineum is vereenigd, het overige sluit zich door granulatie.

Patiënte wordt op 22 Juni genezen ontslagen.

Op 29 October 1890 komt patiënte terug, wegens een kleine uitzakking. Er komt buiten de vulva een uitzakking van den achtersten vaginaalwand.

Operatie op 13 November. Excisie van het geprolabeerde stuk van den achtersten vaginaalwand en hechting van de wond.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 21 November. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 22 November genezen ontslagen.

Toestand op 19 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij veel loopend werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan een ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XXXII. — Vr. C. M. H., geb. K., 29 j. (C. 89—90. N°. 114).

Prolapsus pariet. vag. ant. et post. cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 5 Mei 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 4 jaar gehuwd en heeft 3 kinderen gehad, het eerste voor 3 jaar het laatste voor 9 maanden. Bij de eerste bevalling is zij ingescheurd maar niet gehecht en kort daarna kreeg zij last van een uitzakking, die in den laatsten tijd grooter is geworden. Ontlasting traag, mictie en menstruatie normaal. Er bestaat een kort perineum met litteekens eener genezen ruptuur, totale prolaps van den voorsten vaginaalwand, het laquear ant. is geheel verstreken. Er is geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand, het laquear post. is aanwezig. De portio is klein en vertoont een lichte erosie. De uterus is normaal, ligt in anteflexie; lengte van het cavum uteri 7 cM., groote cystocele.

Operatie op 29 Mei. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°,7.

Verwijdering der hechtingen op 5 Juni. Genezing per prim. int. Na eenigen tijd wordt patiënte genezen ontslagen.

Op 12 Maart 1892 schreef patiënte:

- 1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking had gehad, terwijl zij steeds hare huishoudelijke bezigheden heeft waargenomen.
- 2°. dat zij, na haar ontslag, niet geleden heeft aan een ernstige ziekte en 14 dagen geleden bevallen is, maar tot nu toe van een uitzakking niets gemerkt heeft.

GEVAL XXXIII. — Vr. E. J. V., geb. IJ., 53 j. (C. 89—90. N°. 119).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et uteri cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 13 Mei 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft 2 kinderen gehad, het laatste voor 23 jaar.

Voor een jaar heeft zij het eerst last gekregen van eene uitzakking, die reeds langer bestond. Zij heeft bemoeilijkte mictie, trage ontlasting, normale menses.

Patiënte zegt in den laatsten tijd te zijn vermagerd.

Er bestaat totale prolaps van den voorsten vaginaalwand, het laquar. post. is normaal diep. De portio is weinig vergroot en ligt ver buiten de vulva, de cervix uteri is verlengd, de lengte van het cavum uteri bedraagt 12 cM. De uterus ligt in anteflexia en het corpus is normaal groot. Het grootste gedeelte van de blaas is geprolabeerd. Sterke meteorismus.

Operatie op 5 Juni. Amputatie der portio vaginalis. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

's Avonds vindt men eene aanzienlijke bloeditstorting tusschen rectum en vagina.

Temperatuursverhooging tot 38° 9.

Op 9 Juni ontlast zich uit de scheede veel donker bloed en op 10 Juni komen groote stukken geronnen bloed uit de vagina. Er bestaat een hiaat in den achtersten vaginaalwand. De vagina wordt gereinigd. Jodoformgaas-tampon.

14 Juni. Weer ophooping van bloed achter de tampon, reiniging der vagina. Verwijdering der perineaalhechtingen, de wond is daar goed vereenigd.

De achterste vaginaalwand is vaneen geweken, zoodat het perineum zeer dun is.

Patiënte wordt op 12 Juli genezen ontslagen.

Op 12 Februari verklaarde haar geneesheer:

- 1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last had gehad van uitzakking, terwijl zij bij de waarneming harer huishouding veel had moeten loopen,
- 2°. dat zij, na haar ontslag, niet had geleden aan eene ernstige ziekte en niet was bevallen.

GEVAL XXXIV. — Vr. T. B., geb. R. 45 j. (C. 89—90. N°. 126.)

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 1 Juni 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is voor 13 jaar voor het eerst bevallen, voor 7 jaar voor de tweede en laatste maal, waarna patiënte last kreeg van eene uitzakking, vooral bij defaecatie: pijn, tenesmi, het gevoel dat er nog iets komen moet. Mictie normaal, menstruatie sinds 6 jaar opgehouden.

Er bestaat een prolaps, voornamelijk van den achtersten vaginaalwand, slechts weinig van den voorste. Het perineum is laag, er is een litteken van ruptuur.

De uterus is niet vergroot, — ligt iets in retroflexie.

Operatie op 21 Juni: Kolporrhaphia post en perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 40°.

Verwijdering der hechtingen op 28 Juni. Genezing per prim. int.

Op 18 Februari 1892 schreef haar geneesheer:

- 1°. dat zij, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking heeft gehad, terwijl zij als bedelares een loopend leven heeft geleid;
- 2°. dat zij, na haar ontslag, niet heeft geleden aan eene ernstige ziekte en niet is bevallen.

GEVAL XXXV. — Vr. M. K., geb. F., 25 j. (C. 90—91. N°. 7.)

Prolapsus pariet. vag. ant. et uteri cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 22 Augustus 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft 2 kinderen gehad, het eerste voor 2, het laatste voor 2 jaar. Na de laatste bevalling kreeg zij last van eene uitzakking, welke haar in den laatsten tijd bij het loopen

en bij elke beweging zeer hindert. De menstruatie, die vroeger normaal was, is voor 3 maanden, om de 14 dagen profuus, opgetreden, veel fluor albus. In den laatsten tijd heeft zij pijn bij de mictie; ontlasting normaal.

Er bestaat een groote prolaps van den voorsten vaginaalwand, de portio vaginalis komt ver buiten de vulva, het laquear ant. is geheel verdwenen, het laquear post. is normaal. Het perineum is intact, de uterus is niet vergroot en ligt in anteflexie.

De cervix is weinig verlengd. Bijna de geheele blaas ligt in den prolaps.

Operatie op 23 Augustus. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 39°, 7.

Verwijdering der hechtingen op 27 Augustus; er is eene fistula recto-vaginalis ontstaan, die in narcose door afkrabben en hechten gesloten wordt.

Op 21 September is deze wond genezen en worden de hechtingen verwijderd.

Na eenigen tijd wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 17 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij als bleekersmeid meestal loopend werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat eene kleine fistula recto-vaginalis.

GEVAL XXXVI.—Vr. M. M., geb. v. L., 45 j. (C. 90—91. N°. 21).

Prolapsus totalis pariet. vagin. ant. et post. cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 10 October 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 6 jaar geleden voor de eerste en tevens voor de laatste maal bevallen. Dadelijk na de verlossing gevoelde zij een gevoel van zwaarte onder op het lijf en kreeg zij last

bij het loopen. Ernstige bezwaren had zij er evenwel niet van, totdat, voor drie maanden, de prolaps open ging en veel meer pijn veroorzaakte. Sedert is de wond open gebleven met vrij veel afscheiding. Zij heeft soms last van retentio urinae, defaecatie normaal.

Er bestaat een volkomen prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, zoodat laquear ant. en post. beide verstreken zijn. Op de achterlip der portio vaginalis bevindt zich een atonisch ulcus met eenigszins opgeworpen randen. In den prolaps bevindt zich slechts de dunne zeer lange cervix uteri, terwijl het corpus uteri normaal groot in retroflexie ongeveer op de normale hoogte ligt; de lengte van het cavum uteri bedraagt 14 cM. De blaas ligt gedeeltelijk in den prolaps. De prolaps wordt voorloopig door jodoformgaastampons binnen gehouden, totdat het ulcus aan de portio geheel genezen is.

Operatie op 5 December. Amputatie van de portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 37°, 6.

Verwijdering der hechtingen op 12 December. Genezing per prim. int.

Op 14 Januari 1891 wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 29 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, alleen heeft zij, na een dag zwaar werk te hebben verricht, een gevoel van drukking naar beneden. Zij heeft altijd huishoudelijk werk verricht en als werkster veel zwaar werk als schrobben, wasschen enz.

Na haar ontslag heeft zij niet geleden aan eene ernstige ziekte en is zij niet bevallen.

Er bestaat een hoog perineum, eene nauwe vulva, een geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. De uterus ligt in anteflexie.

GEVAL XXXVII. — Vr. T. v. D., geb. B., 42 j. (C. 90—91. N^o. 36).

Ruptura perinei totalis. Prolapsus pariet. vagin. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 1 November 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft 8 kinderen gehad, het laatste voor 2 jaar. Bij de tweede verlossing, voor 11 jaar, is zij ingescheurd en 6 weken later gehecht. Na de derde bevalling, voor 5 jaar, bemerkte zij voor het eerst de uitzakking, welke langzamerhand toenam en haar veel last bij het loopen veroorzaakte.

Er bestaat eene ruptura perinei tot eenige centimeters in den anus, boven deze inscheuring bestaat een 1½ cM. breed perineum van littekenweefsel. De beide vaginaalwanden zijn gedeeltelijk geprolabeerd, de portio vaginalis is groot en hard, aan beide lippen is het cervicaal-slijmvlies geëctropioneerd. De uterus ligt in anteflexie, de cervix is weinig vergroot.

Operatie op 14 December. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 38°,8.

Verwijdering der hechtingen eenige dagen later. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 10 Januari 1891 genezen ontslagen.

Toestand op 19 Februari 1892.

Patiënte heeft, na het ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij als werkster veel staand en loopend werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

GEVAL XXXVIII. — Vr. G. d. L., geb. K. 55 j. (C. 90—91. N^o. 46).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post. cum rectocele.

Patiënte vervoegt zich op 1 December 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij heeft 9 kinderen gehad, het laatste voor 12

jaar en tusschentijds 3 abortus. Reeds eenigen tijd, voor de laatste bevalling, had zij eene geringe uitzakking, welke na de laatste verlossing, die kunstmatig ten einde werd gebracht, sterk toenam, zoodat zij er veel last van had. Voor 5 jaar kreeg zij een pessarium, dat eenige malen door een grooter vervangen werd, maar in den laatsten tijd wordt hierdoor de uitzakking niet ingehouden. Wanneer zij pas opstaat, kan zij moeielijk wateren, wel na eenige beweging. De ontlasting is traag en na afloop er van, heeft zij een gevoel alsof er nog iets achterblijft. De menstruatie was vroeger normaal, maar is sedert een half jaar ongeregeld en profuus.

Het perineum is niet belangrijk verkort. Er bestaat een groote prolaps van den achtersten vaginaalwand, een geringe van den voorste. De vagina is zeer wijd, de wanden zijn zeer slap. De portio vaginalis komt niet buiten de vulva, zij is groot en gezwollen. Het laquear post. is bijna geheel verstreken, het laquear ant. is aanwezig. De uterus ligt in anteflexie. Geen cystocele maar belangrijke rectocele.

Operatie op 15 December. Perineoplastiek volgens Doléris.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 24 December. Genezing per prim. int.

Op 14 Juni 1891 wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 17 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last van uitzakking gehad, terwijl zij meestal loopend werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat prolaps van den achtersten vaginaalwand.

GEVAL XXXIX. — Vr. J. A. H. geb. v. R., 48 j. (C. 90—91. N°. 47).

Prolapsus totalis pariet. vagin. ant. et post., prolapsus uteri cum cystocele.

Patiënte vervoegt zich op 1 December 1890 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 7 maal verlost, waarvan 6 maal kunstmatig, het laatst voor 12 jaar. Na de 2^e bevalling kreeg zij last van eene uitzakking, welke, vooral in den laatsten tijd, sterk is toegenomen en zeer hinderlijk is bij beweging. Is de uitzakking geheel uit, dan kan zij moeilijk wateren. De menstruatie is sedert 5 maanden weggebleven.

De vaginaalwanden zijn totaal geprolabeerd, behalve aan de linkerzijde waar een gedeelte teruggehouden wordt, zoodat ook de portio vaginalis naar links gericht is; zij is gezwollen met een klein circulair substantieverlies om het ostium.

De uterus ligt geheel in den prolaps en is niet vergroot, het cavum uteri is 6 cM. lang. Een groot deel van de blaas ligt in den prolaps; geen rectocele. Het perineum is niet verkort.

Het terughouden aan de linkerzijde geschiedt door een streng in het linker parametrium.

Operatie op 19 December. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

Hoogste temperatuur 38°, 1.

Verwijdering der hechtingen op 30 December. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 14 Januari 1891 genezen ontslagen.

Het is mij niet gelukt patiënte ter onderzoek naar Leiden te krijgen, alle brieven aan haar werden als onbestelbaar teruggezonden.

Een kennis van haar man vertelde mij echter, dat patiënte geen last meer had van uitzakking en dat haar man zeer opgetogen was over de revirginatio (s. v. v.), welke zijne vrouw had ondergaan.

GEVAL XL. — Vr. E. W., geb. v. d. B., 52 j. (C. 90—91. N°. 54).

Prolapsus totalis pariet. vagin. ant. et post. cum cystocele. Elongatio cervicis uteri. Ruptura perinei totalis.

Patiënte vervoegt zich op 9 Januari aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 16 jaar gehuwd en heeft 2 kinderen gehad, waartusschen een abortus. De eerste verlossing is met de tang getermineerd en hierbij is eene ruptura perinei ontstaan, die niet gehecht is. Na dien tijd heeft zij eene uitzakking gekregen. In den laatsten tijd heeft zij last bij het wateren. De menstruatie heeft sedert een half jaar opgehouden.

Er bestaat eene ruptura perinei tot aan den anus, een totale prolaps der beide vaginaalwanden, laqueur ant. en post. zijn, beide verstreken, het ostium is duidelijk zichtbaar, cystocele. De cervix uteri is dun en verlengd, corpus uteri niet vergroot, de fundus staat aan den bovenkant der symphysis.

Operatie op 8 Februari. Kegelmantelvormige excisie van de portio vaginalis, kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens SCHRÖDER.

Hoogste temperatuur 37°, 6.

Verwijdering der hechtingen op 16 Februari. Genezing per prim. int.

Patiënte wordt op 14 Maart genezen ontslagen.

Toestand op 26 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, alleen heeft zij, na een dag zwaar werk te hebben verricht, een gevoel van drukking naar beneden; zij heeft altijd eene drukke huishouding waargenomen.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat prolaps van den achtersten vaginaalwand.

GEVAL XLI. — Vr. E. Z., geb. D., 46 j. (C. 90—91. N°. 73).

Ruptura perinei totalis. Prolapsus pariet. vagin. ant.

Patiënte vervoegt zich op 9 Februari 1891 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 19 jaar gehuwd geweest en heeft voor 19 jaar een kind gekregen, waarbij zij is ingescheurd. Zij heeft de ontlasting altijd goed kunnen ophouden, den flatus niet. Het water kan zij overdag niet goed ophouden en zij moet dikwijls wateren.

Er bestaat eene totale ruptura perinei, die 1½ cM. in den anus loopt, het rectaalslijmvlies prolabeert. Ook de voorste vaginaalwand prolabeert.

Operatie op 20 Februari. Rectoperineoplastiek volgens SIMON. Hoogste temperatuur 37°,6.

Verwijdering der hechtingen op 27 Februari; er bestaan 2 fisteltjes in het perineum, die niet met rectum of vagina communiceeren.

Patiënte wordt op 20 Maart genezen ontslagen.

Toestand op 16 Februari 1892.

Patiënte heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, geen last gehad van uitzakking, terwijl zij allerlei werk heeft verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand.

GEVAL XLII. — Vr. J. de J., geb. B., 37 j. (C. 90—91. N°. 78).

Ruptura perinei et ani, prolapsus pariet. vagin. ant. et post.

Patiënte vervoegt zich op 18 Februari 1891 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 8 jaar gehuwd en heeft 7 jaar geleden een kind gekregen; de verlossing is met de tang getermineerd, waarbij eene ruptura perinei is ontstaan die niet gehecht is. Na dien tijd heeft zij last gekregen van eene uitzakking, die in

de laatste 3 weken erger is geworden. De urineloosung is normaal, zij kan dunne ontlasting niet ophouden, de menstruatie is normaal.

Er bestaat eene ruptura perinei tot in den anus, bij persen komen voorste en achterste vaginaalwand uit de vulva. De uterus ligt in anteflexie en is niet vergroot.

Operatie op 2 Maart. Rectoperineoplastiek volgens SIMON.

Hoogste temperatuur 38°,6.

Verwijdering der hechtingen op 11 Maart. Er bestaat, uitgaande van het rectum, vlak bij den sphincter, aan de voorzijde een fistel, die onder de huid van het perinium doorloopt, maar geen communicatie met de vagina heeft.

Patiënte wordt op 31 Maart genezen ontslagen.

Toestand op 9 Maart 1892.

Patiënte heeft, als zij veel werk heeft gedaan, een gevoel van druk naar beneden, terwijl zij zich, na haar ontslag, heeft bezig gehouden met de waarneming van hare huishouding, waarbij zij vooral veel trappen moet loopen.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een hoog perineum en eene nauwe vulva, met geringen prolaps van den voorsten vaginaalwand.

De uterus ligt in anteflexie.

GEVAL XLIII. — Vr. G. d. J. geb. R., 36 j. (C. 90—91. N°. 87).

Prolapsus pariet. vagin. ant. et post., hypertrophia cervicis uteri, retroflexio uteri, endometritis chronica.

Patiënte vervoegt zich op 10 Maart 1891 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 15 jaar gehuwd en heeft 9 kinderen gehad en 1 abortus. Toen patiënte 5 maanden van haar 1^e kind zwanger was, bemerkte zij de uitzakking, deze verdween een paar uur voor de verlossing. Zoo ging het ook in de volgende zwangerschappen; als patiënte niet zwanger was kwam de prolaps

niet uit. Gedurende de 4 laatste keeren, dat patiënte zwanger was, heeft zij, van de 6^e week harer zwangerschap af, een vleugpessarium gedragen. Zij had dan veel last van fluor albus. Een maand na de laatste bevalling (2½ jaar geleden) is patiënte ziek geweest met hevige pijn in de buik en koorts. Sinds bleven de menses ongeregeld, profuus, pijnlijk (ook middelpijn) en duurdan lang.

Patiënte had altijd obstipatie, soms is de defaecatie pijnlijk.

Er bestaat een geringe prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, die bij persen uitkomt. Laquar ant. en post. zijn aanwezig. De portio vaginalis staat laag, is vergroot en hard, de cervix uteri is lang, de fundus uteri staat normaal hoog, de uterus ligt in retroflexie en is een weinig vergroot. Het endometrium bloedt bij betasting met de sonde, maar is niet pijnlijk.

Aan de portio vaginalis bevindt zich eene kleine erosie.

Op 20 Maart. Repositie van den uterus en curettement, inbrengen van een Hodge-pessarium.

Daar na eenigen tijd de uterus in retroflexie over het pessarium heen ligt, wordt dit verwijderd.

Op 1 April wordt, na repositie van den uterus, een sterk gebogen Thomas-pessarium ingevoerd. Daar dit ook niet helpt wordt een groot Hodge-pessarium ingebracht en later een kleine ronde ring, alles zonder baat.

Operatie op 11 Juni. Ventrofixatie.

Toestand op 12 Maart 1892.

Reeds spoedig, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, kreeg patiënte weer dezelfde last van de uitzakking als vroeger, alleen had zij minder last van vloeingen; zij heeft sinds hare drukke huishoudelijke bezigheden altijd kunnen verrichten.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een laag perineum, prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand.

De uterus ligt in anteflexie.

GEVAL XLIV. — Vr. J. S., geb. J. v. d. V., 32 j. (C. 90—91. N°. 109).

Prolapsus pariet. vagin. ant. cum cystocele, prolapsus pariet. vagin. post., retroflexio uteri, ruptura perinei incompleta.

Patiënte vervoegt zich op 30 Mei 1891 aan het Leidsche Ziekenhuis. Zij is 11 jaar gehuwd en 7 maal bevallen, het eerst voor 11, het laatst voor 2 jaar. De 6 eerste kinderen zijn allen met instrumenten verlost. Na de eerste bevalling kreeg zij last van drukking naar beneden bij 't werken. De ontlasting is ongeregeld, soms moet patiënt dikwijls wateren, soms kan zij dat niet.

Zij heeft op haar 17^e jaar het eerst de menses gekregen, tegenwoordig komen zij geregeld om de 3 weken, profuus, voorafgegaan door pijn.

Er bestaat een prolaps van den voorsten vaginaalwand met cystocele; de voorlip der portio vaginalis is grooter dan de achterlip, de cervix is niet verlengd, de uterus is normaal groot, ligt in retroflexie. Geen hypertrophie der portio vaginalis. Verder ruptura perinei incompleta en geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand.

Operatie op 13 Juni. Kolporrhaphia ant. et post., perineoplastiek volgens HEGAR.

De temperatuur blijft normaal.

Verwijdering der hechtingen op 20 Juni. Genezing per prim. int. Na eenigen tijd wordt patiënte genezen ontslagen.

Toestand op 17 Februari 1892.

Patiënte heeft een gevoel van druk naar beneden en heeft, na haar ontslag uit het Leidsche Ziekenhuis, als werkster veel loopend werk verricht.

Zij heeft, na haar ontslag, niet geleden aan eene ernstige ziekte en is niet bevallen.

Er bestaat een geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand.

GEVAL XLV. — Mevr. N. N., 42 j. Multipara.

Ruptura perinei. Prolapsus parietis vaginalis ant. et post. Hypertrophia portionis vaginalis. Prolapsus uteri.

Patiënte heeft sinds, haar eerste bevalling (voor 18 jaar), last van eene uitzakking.

Het perineum is ver ingescheurd, voorste en achterste vaginaalwand zijn bijna geheel geïnverteerd. De portio vaginalis steekt buiten de vulva. Hypertrophie der portio vaginalis.

Operatie in April 89. Kegelmantelvormige amputatie der portio, kolporrhaphia anterior, kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR.

Na de operatie is de portio achter de vulva teruggekeerd en werd een kleine, ronde ring ingebracht. Patiënte klaagt, sinds de operatie, over pijn in den buik links en in het linker been. Er is geene afwijking te vinden.

GEVAL XLVI. — Mevr. N. N., 50 j. Multipara.

Prolapsus totalis parietis vaginalis anterioris et posterioris, prolapsus uteri, hypertrophia portionis vaginalis.

Patiënte heeft sinds eenige jaren last van eene uitzakking.

Er bestaat totale inversie der vaginaalwanden, prolapsus uteri en hypertrophie van de portio.

Operatie op 19 September 88. Kegelmantelvormige amputatie der portio vaginalis, kolporrhaphia anterior, kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR.

Genezing per prim. int.

Geen last van uitzakking meer.

GEVAL XLVII. — Mevr. N. N., 42 j. Multipara.

Ruptura perinei, Prolapsus totalis parietis vaginalis anterioris et posterioris, prolapsus uteri.

Patiënte vervoegt zich in 1887 bij Prof. TREUB, zij heeft 4 kinderen gehad, het laatste 8 jaar geleden. Zij heeft sinds ge-

ruimen tijd eene uitzakking, waarvoor zij een ringvormig pessarium droeg, dat haar vrij wel voldeed.

Wanneer men het pessarium uit de vagina verwijderde en patiënte liet persen, kwam door de wijdgapende vulva, waarachter het perineum tot aan den anus was ingescheurd, de prolaps voor den dag.

Er bestond totale inversie van beide vaginaalwanden en prolaps van den weinig vergrooten uterus.

Na reiniging der vagina werd een nieuw pessarium ingebracht, terwijl vaginaalirrigaties, met een oplossing van salicylzuur, werden toegepast. Patiënte kwam af en toe terug om den ring te laten reinigen.

Bij een dier bezoeken, in Mei 1889, werd een mansvuistgrootte, elastische tumor gevonden, aan den rechterzijde van den uterus. In September 1889 was het gezwel te herkennen als eene kinderhoofd-grootte cyste van het linker ovarium, zonder eenige abnormale adhaesie.

Operatie op 19 September 1889. Laparatomie, incisie van de cyste, vasthechten van den achterwand der baarmoeder aan den buikwand.

De hoogste temperatuur bedroeg 37°.6.

Verwijdering der hechtingen op 29 September. Genezing per prim. int.

Patiënt wordt 10 October ontslagen zonder pessarium.

Toestand in November 1890.

De zeer atrophisch geworden uterus is breed met den buikwand verbonden. Er bestaat prolaps van den voorsten vaginaalwand met cystocele en geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. Patiënte heeft last van den prolaps.

GEVAL XLVIII. — Mej. N. N., 19 j. virgo.

Prolapsus totalis parietis vaginalis anterioris et posterioris. Prolapsus totalis uteri.

Patiënte vervoegt zich in October 1888 bij Prof. TREUB. Sinds een paar jaar heeft zij moeilijke defaecatie en voor een

half jaar is, bij ontlasting, plotseling eene uitzakking opgetreden. Na zeven weken werd een ring ingebracht, die er spoedig uitviel. Daarna kreeg patiënte een ander pessarium dat wel bleef zitten, maar de uitzakking niet volkomen terughield en haar pijn veroorzaakte in de streek der art. sacro-iliaca en in de linker liesplooi.

Bij persen treedt totale inversie der vaginaalwanden en totale prolapsus uteri op.

Wegens de slapheid van den bekkenbodem en der ligamenta uterina zou, bij eene vaginale operatie, de vagina zoodanig vernauwd en het perineum zoo hoog gemaakt moeten worden, dat daaruit onoverkomelijke bezwaren zouden ontstaan, bij eventueele pogingen tot cohabitatie.

Gedurende 8 weken werd massage uitgevoerd volgens de methode van THURE BRANDT, maar zonder succes. Even weinig resultaat leverde de BRANDT'sche weerstandsgymnastiek met intravaginale faradisatie op.

Operatie op 25 September 89. Ventrofixatie.

De hoogste temperatuur bedroeg 37°,7

Verwijdering der hechtingen op 5 October. Genezing per prim. int. Op 16 October werd patiënte genezen ontslagen zonder pessarium.

Patiënte is later bevallen van een levend voldragen kind; 3 weken na de baring zat de baarmoeder nog vast aan den buikwand en bestond er geen prolaps.

I. Ventrofixatio.

TABEL.

	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 23. 37 j.		Prolaps. par. vag. ant. et post., prol. uteri.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 24. X 89.	Verbinding losgescheurd, hernia ventralis ontstaan. Heeft geene uitzakking; draagt sinds de operatie een pessarium. 12. II. 92.
Geval 28. 42 j.	X. p.	Prolaps. tot. par. vag. ant.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 25. II. 90.	In April 90 weer prolaps van den voorsten vaginaalwand; heeft er geen last van.
Geval 30. 18 j.	O. p.	Prol. par. vag. ant. tot., prol. uteri c. cystocoele.	Hoogste temp. 37°,7. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 10. VII. 90.	Geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand, waarvan patiënte geen last heeft. Draagt geen pessarium. 15. II. 92.
Geval 43. 36 j.	IX. p. I abort.	Prol. par. vag. ant. et post., hypertrophiea cervicis uteri, retroflexio uteri.		Genezen ontslagen.	Prolaps van voorsten en achtersten vaginaalwand, laag perineum. Kan hare drukke bezigheden verrichten. 12. III. 92.

	Leeftijd.	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 1.	23 j.	0. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Retroflexio uteri. Oophoritis chronica.	Geen temp.-verhooging. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 18. IV. 92.	Genezen. 6. XII. 92.
Geval 47.	42 j.	IV. p.	Ruptura perinei. Prol. tot. par. vag. ant. et post. Prol. uteri.	Hoogste temp. 37° 6. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 10. X. 89.	De uterus is breed met den buikwand verbonden. Er bestaat prolaps van den voorsten vaginaalwand en geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. 1. XI. 90.
Geval 48.	19 j.	0. p.	Prol. tot. par. vag. ant. et post. Prol. tot. uteri.	Hoogste temp. 37° 7. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 16. X. 89.	Genezen. 1. IX. 92.

II. Kolporrhaphia anterior et posterior.

Geval 1.	18 j.	0. p.	Retroflexio uteri. Prol. par. vag. ant. et post. c. descensu uteri.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 23. III. 87.	Zie pag. 130 boven.
----------	-------	-------	---	--	---------------------------------	---------------------

III. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior et posterior.

Geval 5.	j.	IV. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Hypertr. port. vagin.	Hoogste temp. 37° 9. Perineum gen. per sec. int.	Ontslagen met klein granulcerend wondje aan het perineum. 10. VII. 87.	Genezen. 1. III. 92.
----------	----	--------	---	--	--	----------------------

IV. Perineoplastiek volgens Lawson Tail.

Geval 31.	37 j.	V. p.	Ruptura perin. tot. Prol. par. vag. ant. et post. Cystocoele.	Temp. normaal. Onderste deel van perineum genezen per sec. int.	Genezen ontslagen. 22. VI. 90. Op 13 Nov. 90 geopereerd wegens geringen prolaps van den achtersten vaginaalwand. Kolporrhaphia post.	Genezen. 19. II. 92.
-----------	-------	-------	---	---	--	----------------------

V. Perineoplastiek volgens Doléris.

Leeftijd	Aantal bevalingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geva 38. 55 j.	IX. p. III abort.	Prol. par. vag. ant. et post. Hypertrophie cerv. ut. Rectocele.	Temp. normaal. Genezing prim.	Genezen ontslagen. 14. I. 91.	Geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. Patiënte heeft er geen last van. 17. II. 92.

VI. Amputatio colli, perineoplastiek volgens Lawson Tait.

Geval	Leeftijd	V. p.	Prol. par. vag. ant. et post.	Temp. verhoogd. (Influenza ?) Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Genezen.
27.	48 j.				9. II. 90.	21. II. 92.

VII. Kolporrhaphia posterior, perineoplastiek volgens Lawson Tait.

Geval	Leeftijd	I. p.	Ruptura perinei. Prol. par. vag. post.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Genezen.
10.	42 j.				26. II. 88.	12. II. 92.

VIII. Rectoperineoplastiek volgens Simon.

Geval	Leeftijd	I. p.	Ruptura perinei. tot. Prolaps. vaginae et recti.	Hoogste temp. 37° 6. Genezing per sec. int.	Ontslagen met 2 fisteltjes in het perineum.	Geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand. Patiënte heeft er geen last van.
41.	46 j.				20. III. 91.	16. II. 92.
Geval	Leeftijd	I. p.	Ruptura perinei. tot. Prol. par. vag. ant. et post.	Hoogste temp. 38° 6. Genezing per sec. int.	Ontslagen met eene rectaal fistel.	Geringe prolaps van den voorsten vaginaalwand. Als patiënte veel werkt, krijgt zij een gevoel van druk naar beneden.
42.	37 j.				31. III. 91.	9. III. 92.

IX. Kolpoperineorrhaphie volgens Hegar.

Geval	Leeftijd	0. p.	Prol. tot. par. vag. ant. et post. Desensus uteri.	Temp. verhoogd. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Er bestaat geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. Patiënte heeft er geen last van.
2.	24 j.				30. XII. 87.	

	Leeftijd	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 16.	46 j.	X. p.	Prol. par. vag. post.	Hoogste temp. 37° 6. Goed genezen.	Ontslagen met een paar granuleerende wondjes aan het perineum. 8. I. 89.	Genezen. 1. IX. 92.
Geval 34.	45 j.	II. p.	Prol. par. vag. ant. et post.	Temp. verhooging. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 19. VII. 90.	Genezen. 18. II. 92.

X. Kolporrhaphia anterior, kolpoperineorrhaphie volgens Hegar.

Geval 3.	30 j.	II. p. I abort.	Prol. par. vag. ant. et post. Descensus uteri.	Hoogste temp. 39°. Genezing per sec. int. (Hechtingen van perineum en achtersten vaginaalwand hebben niet gehouden.)	Genezen ontslagen. 1. IV. 87.	Er bestaat totale prolaps van den voorsten vaginaalwand, prolaps van den achtersten vaginaalwand en descensus uteri. Patiënte is, na haar ontslag, 3maal bevallen en heeft altijd zwaar werk verricht. De uitzakking laat zich gemakkelijk door een banddoek terughouden. 4. III. 92.
----------	-------	--------------------	--	---	----------------------------------	---

	Leeftijd	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 4.	35 j.	II. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Descensus uteri.	Hoogste temp. 38°. Genezing per sec. int. (Perineum op-pervlakkig wat uiteengegeweken)	Ontslagen met een granuleerend wondje aan het perineum. 31. III. 87.	Uitzakking weer opgetreden na eene bevalling. Heeft er geen last van. 10. III. 12.
Geval 8.	24 j.	IV. p. I abort.	Prol. par. vag. ant. et post. Prol. uteri.	Temp. verhooging. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 6. XII. 87.	Genezen. 7. III. 88.
Geval 13.	24 j.	0. p.	Inversio tot. par. vag. ant. et post. Prolaps uteri.	Hoogste temp. 37° 8. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 10. VI. 88.	Genezen. 13. V. 22.
Geval 14.	31 j.	I. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Descensus uteri.	Norm. temp. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	
Geval 17.	21 j.	I. p.	Prol. par. vag. ant. et post.	Hoogste temp. 39° 5. Genezing per sec. int.	Ontslagen met kleine perineo-vaginaalfistel.	Genezen. 19. II. 92.

	Leeftijd.	Aantal bevalingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 19.	63 j.	0. p.	Prol. tot. vaginae. Prol. uteri c. cystocele.	Hoogste temp. 37° 7. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 1. IV. 89.	Genezen. 18. II. 92.
Geval 22.	15 j.	0. p.	Prol. tot. vaginae. Prol. uteri c. cystocele.	Hoogste temp. 37° 9. Genezing per sec. int.	Ontslagen met kleine perinealfistel. 5. IX. 89.	Genezen. 15. II. 92.
Geval 29.	19 j.	0. p.	Prol. par. vag. ant. Prol. uteri.	Hoogste temp. 39°. Goed genezen.	Genezen ontslagen. 31. VII. 90.	Genezen. 27. IV. 92.
Geval 32.	29 j.	III. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Cystocele.	Hoogste temp. 37° 7. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 27. VI. 90.	Genezen. 12. III. 92.
Geval 35.	25 j.	II. p.	Prol. par. vag. ant. et uteri. Cystocele.	Hoogste temp. 39° 7. Genezing per prim. int. (Fistula recto-vaginalis, die door naöperatie gesloten wordt.)	Genezen ontslagen. 30. IX. 90.	Genezen. 17. II. 92.

	Leeftijd.	Aantal bevalingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 37.	42 j.	VIII. p.	Ruptura perinei tot. Prol. par. vag. ant. et post.	Hoogste temp. 38° 8. Genezing per prim. int.	Met een paar gra-nuleerende wondjes aan het perineum ontslagen. 10. I. 91.	Genezen. 17. II. 92.
Geval 39.	48 j.	VII. p.	Prol. tot. vaginae. Prol. uteri c. cystocele.	Hoogste temp. 38° 1. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 14. I. 91.	Genezen. 2. VI. 92.
Geval 44.	32 j.	VII. p.	Ruptura perinei. Prol. par. vag. ant. et post. Cystocele.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 1. VII. 90.	Geringe prolaps van den voorsten vaginalwand. Patiënte heeft gevoel van druk naar beneden, zij heeft altijd haar werk kunnen doen. 17. II. 92.

XI. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior et posterior, episiorrhaphia.

Geval 7.	49 j.	V. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Hypertrophiea port. vag. Descensus uteri.	Temp. verhoogd. Gen. per sec. int. (Fistula perineo-vaginalis, die door naöperatie gesloten).	Genezen ontslagen. 21. III. 88.	Genezen. 15. VI. 92.
----------	-------	-------	---	---	---------------------------------	----------------------

XII. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior, perineoplastiek volgens Lawson Tait.

Geval	Leeftijd.	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 6.	34 j.	IV. p. I abort.	Prol. par. vag. ant. et post. Hypertrophia port. vag.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 25. XI. 87.	Genezen. 12. II. 92.

XIII. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior et posterior, perineoplastiek volgens Schröder.

Geval 40.	52 j.		Ruptura perinei tot. Prol. tot. par. vag. ant. et post. Cystocole. Elongatio cervicis.	Hoogste temp. 37° 6. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 14. III. 91.	Er bestaat prolaps van den achtersten vaginaal-wand. Patiënte heeft, als zij een dag zwaar werk heeft verricht, een gevoel van druk naar beneden. 26. II. 92.
-----------	-------	--	--	---	------------------------------------	---

XIV. Amputatio colli, kolporrhaphia anterior, kolpoperineorrhaphie volgens Hegar.

Geval 9.	51 j.	VIII. p. I abort.	Prol. tot. par. vag. ant. et post. Prolaps. uteri.	Temp.-verhooging. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 1. XII. 87.	Genezen. 15. II. 92.
----------	-------	----------------------	--	--	-----------------------------------	-------------------------

	Leeftijd.	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 11.	32 j.	III. p.	Prol. par. vag. ant. et post.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Bij bevalling is het perineum ingescheurd. Als patiënte werkt, treedt de uitzakking op. 10. II. 92.
Geval 12.	49 j.	I. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Elongatio cervicis.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 19. V. 88.	Genezen. 25. II. 92.
Geval 15.	34 j.	II. p.	Prol. tot. par. vag. ant. Prol. par. vag. post.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 8. I. 89.	Genezen. 17. II. 92.
Geval 18.	25 j.	I. p.	Prol. par. vag. ant. et post. Cystocole. Ruptura perinei.	Hoogste temp. 37° 8. Genezing per sec. int.	Genezen ontslagen. 4. V. 89.	Na eene bevalling is de uitzakking weer opgetreden, maar zij heeft er geen last van. 12. II. 92.
Geval 20.	30 j.	V. p. II abort.	Ruptura perinei compl. Prol. par. vag. ant. et post. Hypertrophia port. vag.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 23. VI. 89.	Genezen. 17. II. 92.

Geval	Leeftijd.	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 21.	40 j.	X. p.	Prol. tot. par. vag. ant. Prol. par. vag. post. Prol. uteri c. elongatione cervicis. Cystocoele.	Temp. normaal. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 13. VII. 89.	Genezen. 26. I. 92.
Geval 24.	55 j.	III. p.	Ruptura perinei. Prol. par. vag. ant. et post. Cystocoele. Hypertrophie port. vagin.	Hoogste temp. 37°, 6. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen 22. XI. 89.	Genezen. 15. II. 92.
Geval 25.	34 j.	II. p.	Ruptura perinei. Prol. tot. par. vag. ant. et post. Prol. uteri. Cystocoele.	Hoogste temp. 38°, 2. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 24. XII. 89.	Descensus uteri; bij per- sen komt de portio vagina- lis in de vulva. 6. VI. 90.
Geval 33.	53 j.	II. p.	Prol. tot. par. vag. ant. Prol. uteri c. cystocoele. Hypertrophie port. vag.	Hoogste temp. 38°, 9. Genezing per sec. int. Bloeduitstorting tusschen vagina en rectum, hiaat in achtersten vaginaalwand, geneest per granulationem.	Genezen ontslagen. 12. VII. 90.	Genezen. 12. II. 92.

Geval	Leeftijd.	Aantal beval-lingen.	Toestand bij opname.	Wondverloop.	Toestand bij ontslag.	Toestand bij navraag.
Geval 36.	45 j.	I. p.	Prol. tot. par. vag. ant. et post. Elongatio cer- vices. Cystocoele.	Hoogste temp 37°, 6. Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen. 14. I. 91.	Geringe prolaps van den achtersten vaginaalwand. Als patiënte een dag zwaar gewerkt heeft, krijgt zij een gevoel van druk naar be- neden. 29. II. 92.
Geval 45.	42 j.	multi- para.	Ruptura perinei. Prol. par. vag. ant. et post. Hypertrophie port. vag. Prolapsus uteri.	Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Genezen. 1. XII. 92.
Geval 46.	50 j.	multi- para.	Prol. tot. par. ant. et post. Prolapsus uteri. Hypertrophie port. vag. vagin.	Genezing per prim. int.	Genezen ontslagen.	Genezen. 1. XII. 92.

STELLINGEN.

STELLINGEN.

I.

Bij prolaps van beide vaginaalwanden, verrichte men kolporrhaphia anterior volgens MARSHALL-HALL en kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR.

II.

Bij prolaps van beide vaginaalwanden en van de baarmoeder, met hypertrophie van de cervix uteri, verrichte men kegel-mantelvormige amputatie van de cervix, kolporrhaphia anterior volgens MARSHALL-HALL en kolpoperineorrhaphie volgens HEGAR.

III.

De extraperitoneale ventrofixatio uteri is niet geoorloofd.

IV.

De behandeling van habitueele skoliose besta in gymnastiek, onder toezicht van den medicus.

V.

Pharyngo-mycosis leptothricia is niet, zooals in de meeste handboeken beschreven wordt, een lijden met chronisch beloop.

VI.

De BELLOCQ'sche sonde is overbodig.

VII.

Voor het ontstaan van het meerendeel der iris-cysten, heeft de theorie van VON WECKER den meesten grond van waarschijnlijkheid.

VIII.

Tuberculeuze ulceraties of infiltraties, in pharynx en larynx, moeten worden gecuretteerd.

IX.

Bij eene chronisch beloopende, of eene niet de geheele larynx betreffende, organische aandoening van de centra of van de stammen der larynxzenuwen, treedt de posticus-parese (laryngeale paralyse) als eenig of eerste ziekteverschijnsel op.

X.

Bij albuminurie, tengevolge van nephritis, wordt, door het gebruik van strontium lacticum, het eiwitgehalte der urine niet verminderd.

XI.

De guajak-reactie verdient aanbeveling, om de aanwezigheid van bloed in urine uit te sluiten.

XII.

Men make geen onderscheid tusschen aneurysma verum en aneurysma spurium.

XIII.

Wanneer de diagnose ulcus ventriculi (ulcus rotundum) met zekerheid is gesteld, aarzele men niet, het ulcus te excideeren.

XIV.

De z. g. n. reglementeering der prostitutie worde niet alleen toegepast op de prostituées, maar ook op de bezoekers der bordeelen.

XV.

Het weerstandsvermogen van den, in de tropen wonenden, gezonden, volwassen Europeaan is, over het algemeen, niet kleiner, dan dat der tropische rassen.
