

und Leistungsfähigkeit der Frau sind um so stärker behindert, je mehr sich zum Genitalprolaps Senkung und Inkontinenz der Harnorgane hinzugesellt. Eine Prolapsoperation hat also immer auch das Ziel, gleichzeitig bestehende urologische Komplikationen dauerhaft zu beseitigen. Viele der in den klassischen Monographien von E. Wertheim und von J. Halban beschriebenen Prolapsoperationen stellen im Greisenalter einen riskanten Eingriff dar. Jenseits des 60., erst recht des 70. Lebensjahres sind zur Beseitigung des Subtotal- oder des Totalprolaps mit dem geringsten Risiko verknüpft: Abdominal-Operation nach F. A. Wahl, Vaginal-Operation nach H. Kahler oder nach Neugebauer-LeFort. Die klassische Operation nach Neugebauer-LeFort wurde ursprünglich nur als Vernähung relativ kleiner, elliptischer Anfrischungen, etwa in der Mitte der beiden Scheidenwände, durchgeführt, Blasenhalshals und Urethra blieben frei. Erst spätere Operateure haben die Exzision der rechteckigen Scheidenlappen vom Scheidengewölbe bis zur Urethra erweitert. Dadurch entstanden infolge postoperativen Narbenzuges lästige Harninkontinenzen in 12 bis 41% der Fälle (Tischer, Tauchmann, Schulte, Labhardt). Diese postoperativen Inkontinenzen haben manche Kranke stärker belästigt als das ursprüngliche Prolapsleiden. Die wegen ihrer geringen Gefahren im Greisenalter gerne geübte Prolapsoperation nach Neugebauer-LeFort kam dadurch etwas in Mißkredit. Wir haben sie deshalb zu den Methoden der „Querriegel-Kolporrhaphie“ und „Querriegel-Interposition“ umgestaltet. Der „Querriegel“ hat sein Vorbild in der freien Faszientransplantation (E. Bumm, H. Freund, J. Halban, C. Menge, G. Schubert). Die Interposition geht auf Wertheim, nach ihm auf Schauta zurück. Die Technik der Querriegeloperationen wird an Farbbildserien dargestellt. Man ersehe sie aus Zbl. Gynäk. 1947, 1948, 348; Medizinisches Bild 1959, 104; H. Martius: Die gynäkologischen Operationen, VIII. Auflage, S. 279. Die „Querriegeloperationen“ beseitigen im Greisenalter nicht nur mit geringstem Risiko auf vaginalem Wege das Prolapsleiden; sie beseitigen auch mit Sicherheit eine gleichzeitig bestehende Harninkontinenz und verhüten deren Entstehung durch postoperativen Narbenzug. Deshalb sollte die Querriegeloperation künftig an die Stelle der klassischen Plastik nach Neugebauer-LeFort treten. Die Querriegeloperationen haben wir an der Jenaer Klinik bisher in 185 Fällen durchgeführt. Primäre Mortalität: ein Fall einer 75jährigen Frau an diabetischer Gangrän. Rezidivquote unter 2%.

**Festvortrag Prof. H. Knaus:** Zu den Begriffen „Reif und Ausgetragen“ und deren Bedeutung im Vaterschaftsprozeß. In allen Lehrbüchern der Geburtshilfe wird das neugeborene Kind als „reif“ bezeichnet, wenn es ein Gewicht von mindestens 3000 g und eine Mindestlänge von 50 cm aufweist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hingegen hat unter dem Einfluß von Pädiatern im Jahre 1958 den Fehler begangen zu erklären, daß auch Früchte mit einem Geburtsgewicht von 2500 g und einer Länge von 48 cm als reif und daher nicht als Frühgeburten anzusehen seien. Diese beratenden Kinderärzte sind aber der Identifizierung von zwei ganz verschiedenen Begriffen erlegen, indem sie „Reif“ mit „Lebensfähig“ gleichsetzten, was nach der vorherrschenden Lehrmeinung der Geburtshelfer nicht hätte geschehen dürfen. Nur unter 2 Bedingungen kann auch das ausgetragene Kind die Zeichen der Reife vermissen lassen: 1. wenn die Plazenta zu klein angelegt oder zu einem großen Teil durch Infarkte außer Funktion gesetzt ist und 2. wenn die Schwangerschaft, berechnet nach Nägele, nur scheinbar normal lang gedauert hat, tatsächlich aber durch einen sehr verspäteten Ovulationstermin bei abnorm langem Zyklus in ihrer wahren Dauer um Wochen verkürzt war. Für die Gutachtertätigkeit in Vaterschaftsprozessen spielt aber eine noch größere Rolle die Frage, bis zu welcher Verkürzung der wahren Schwangerschaftsdauer Kinder mit allen Zeichen der Reife geboren werden können. Während die Beantwortung dieser Frage der früheren Generation der Geburtshelfer größte Schwierigkeiten bereitete, kann bei dem heutigen Stand unseres Wissens gar kein Zweifel mehr darüber bestehen, daß Kinder auch nach einer Tragzeit von nur 230 Tagen post conceptionem mit allen Zeichen der Reife geboren werden können, wenn ihr intrauterines Entwicklungstempo durch eine abnorm große Plazenta entsprechend beschleunigt wurde. Die genaue Kenntnis des Gewichtes der Plazenta gibt also dem Geburtshelfer und dem Gutachter den Schlüssel in die Hand, mit dem er nunmehr eine Frühgeburt mit allen Zeichen der Reife von einem ausgetragenen und daher reifen Kind zu unterscheiden vermag.

Diskussionen: keine angemeldet. — Schlußwort: G. Halter.