IV. Beiträge zur orthopädischen Behandlung der Lageveränderungen des Uterus. — Quere Spreizung des Scheidengewölbes.

Von Dr. G. Zepler, Frauenarzt in Berlin.

Nachdem die Discussion über den Werth und die Gefahren der verschiedenen Methoden der Vaginaefixation zu einem vorläufigen Abschluss gekommen zu sein scheint, lässt sich zur Zeit die Frage darüber kurz wohl dahin entscheiden, dass die Vornahme dieser Operationen entschieden bedeutend einzuschränken und dieselben gewissermaassen nur als ultimum refugium und unter ganz bestimmten Vorbedingungen zulässig sind, wie dass andererseits aber diese Operationen als eine sehr nützliche und wesentliche Bereicherung unseres Heilschatzes anzusehen sind, unter Umständen sogar unentbehrliche Hilfsmittel, für deren Erfindung und sorgfältige Durcharbeitung wir den betreffenden Autoren grossen Dank schulden.

Neben diesen Bestrebungen, die Retrodeviationen des Uterus operativ zu behandeln und die Methoden dafür auszubilden, wie überhaupt neben der operativen Richtung in der Gynäkologie sind aber die Bemühungen um orthopädische Behandlungsmethoden der Lageabweichungen durch Pessare etc., wie überhaupt die Bemühungen um zwar kleinere, aber desto intimere Fragen der Gynäkologie, nämlich um die specialistischen Fragen im eigentlichsten Sinne, in den letzten Jahren doch ein wenig zu kurz gekommen.

Der Schreiber dieses hat zwar in einer Reihe von Fällen, wo dies geboten schien, zur Behandlung der Retroflexion ebenfalls die Vaginaefixation und die Ventrofixation ausgeführt, im wesentlichen aber sein gerade an Lageveränderungen reiches poliklinisches Material einer eingehenden orthopädischen Behandlung unterworfen.

Die alte Pessarbehandlung entbehrt präciserer Indicationen für die einzelnen Formen der Pessare, die Behandlung ist vielfach eine rein schematische und müsste viel mehr individualisiren, wie ja auch andere orthopädische Apparate nicht nach einem Schema und in einer für alle gleichnamigen Fälle von vornherein feststehenden und unabänderlichen Form, sondern genau nach Maass und unter Berücksichtigung aller Besonderheiten angefertigt werden. Betreffs der Pessare hingegen muss es oft bei dem einen unter allen Umständen diese, bei dem anderen jene Form schaffen; in anderen Fällen wird ganz empirisch, fast aufs Gerathewohl, ohne alle Berechnung irgend ein Pessar eingelegt, um bei sich herausstellender Zweckwidrigkeit durch eine andere Form oder Grösse, wiederum nur versuchsweise, ersetzt zu werden.

Und doch ist es in den meisten Fällen von vornherein möglich, die passende Form und Grösse des Pessars zu bestimmen. Dazu bedarf es freilich einer gewissen Schulung: eingehenderer technisch-diagnostischer Fertigkeiten und eines treffsicheren Urtheils über die Dignität der einzelnen Momente des Befundes, sowohl an sich wie in ihrer gegenseitigen Beziehung. Diesem Umstand wird, vielfach auch von den engeren Fachleuten, wie bereits angedeutet, allzu wenig Beachtung geschenkt.

Mannigfache Umstände sind zu berücksichtigen bei der Bestimmung der Form und dann der Grösse eines Pessars im einzelnen Fall, so die Form, Grösse, Consistenz und weitere Besonderheiten in der Beschaffenheit des Uterus, bezw. seiner einzelnen Theile, die genaue pathologische Lage sowie die Neigung, nach gänzlicher oder annähernder Wiederherstellung der normalen Lage wieder in die vorherige oder eine andere pathologische Lage überzugehen.

Mit letzterem Umstand eventuell in Zusammenhang kommt es an auf die Beschaffenheit der a priori vorhandenen, den Uterus umgebenden Bänder und Gewebe, sowie auf das Vorhandensein neugebildeter (Tonus, Erschlaffung, Verkürzung, Verdickung, Anschoppung, Schwarten etc.); ebenso ist auf Lage und Beweglichkeit oder abnorme Fixation der Adnexe zu achten. Schliesslich ist auch wichtig die Länge, Weite, Elasticität der Scheide und besonders auch ihres Gewölbes. — Besonders hinsichtlich des letzteren und der im Douglas vorhandenen Schwarten werden bei der Wahl eines Pessars häufig Fehler gemacht, und mangelt es da an Indicationen, die sich auf gründliche anatomische Erhebungen stützen. Die hier beliebten Thomas-Pessare werden häufig in ganz ungeeigneter, mitunter geradezu contraindicirt erscheinender Weise angewandt. Als Vorbedingung für ihre Anwendung betrachte ich ein geräumiges hinteres Scheidengewölbe, eine so reichliche Menge verschiebbarer oder dehnbarer Scheidenwandung an dieser Stelle, dass sie sich durch den voluminösen Bügel hoch in die Höhe drängen lässt, vor allem aber auch ein von allen entzündlichen Producten freies, von keinerlei Schwartenbildung eingegengtes, in seinen Wandungen nicht verändertes Cavum Douglasii; ferner noch ein Scheidenrohr von genügender Elasticität. Nur so kann der beabsichtigte Zug der Portio nach hinten und oben mit der Folge der Richtung des Corpus nach vorn erreicht werden. Ist der Douglas nicht frei, sind hier dicke Schwarten, so wird (abgesehen von sonstigen schädlichen Reizwirkungen) an Stelle der beabsichtigten vielleicht gerade die entgegengesetzte Wirkung eintreten, indem die möglicher Weise höher oben am Corpus inserirende (ursprünglich parametrane) Schwarte durch die Anspannung mittels des Pessars das Corpus direkt nach hinten zieht. Nach solchen Misserfolgen und eventuell nach neuen ebenso unzweckmässigen Pessarversuchen entschliessen sich Arzt und Patientin wohl zur Operation, mit der der letzteren indessen nur zu häufig ebensowenig gedient ist. Denn wenn es bei Vorhandensein solcher Stränge auch gelingt, sie vorher bis zur freien Beweglichkeit des Uterus zu dehnen oder bei der Operation selbst perimetritische Adhäsionen und dünnere Stränge zu trennen, später wirken nicht völlig getrennt gewesene parametrane Schwarten oft wieder von neuem retrahirend, die Retroflexio recidivirt, oder es tritt besten Falls an ihre Stelle eine ebenfalls nicht sehr angenehme Retroposition des ganzen Uterus, eventuell mit Neigung zu Senkung und Retroversion. Der Misserfolg der Pessarbehandlung, der keineswegs auf der Leistungsunfähigkeit der Pessare überhaupt, sondern auf der unzulänglichen Beherrschung dieser Methoden und zu wenig ausgebildeter Indicationen beruhte, zieht einen operativen Misserfolg nach sich: ein Ereigniss, um so unliebsamer, wenn dadurch Verhältnisse geschaffen werden, welche die Möglichkeit einer aussichtsreichen Pessarbehandlung, nach vollzogener

Operation zwar selbst kein sehr erbauliches Auskunftsmittel mehr, aufheben. Solche Befunde, wie sie jeder Gynäkologe auch an von anderer Seite operirten Frauen nachzuuntersuchen Gelegenheit hat, plädiren stark für die Einschränkung der Operationen zu Gunsten einer auf gründliches Studium aufgebauten Reform der Pessarbehandlung. Eine bisher wenig beachtete Thatsache ist die oft vorhandene hochgradige Ausdehnung des Scheidengewölbes an den Seiten, für sich allein oder mit gleichzeitiger Ausdehnung des hinteren Scheidengewölbes, nebst einer Vermehrung des Scheidenwandmaterials an dieser Stelle, welche indessen in einem Theil der Fälle auch nur als Erschlaffung dieses Bezirkes der Scheidenwand aufzufassen ist. Jedenfalls ist allen diesen Fällen gemeinsam die Möglichkeit, das Scheidengewölbe in seitlicher Richtung mehr oder weniger zu spreizen und dadurch dem Uterus einen grösseren Halt zu verleihen. Diese zunächst durch Spreizung des Gewölbes mittels Zeige- und Mittelfinger gewonnene Beobachtung hat mir den Gedanken nahe gelegt, die Querspreizung des Gewölbes und Stütze des Uterus dauernd zu bewerkstelligen durch im übrigen herkömmlich S-förmige Pessare mit einer hervorragenden Breite ihres hinteren, das Scheidengewölbe einnehmenden Abschnittes. Dieses Verfahren wandte ich sowohl bei freiem Douglas an, als auch besonders dann, wenn letzterer in oben gekennzeichnete Weise verändert war und die Hebung des hinteren Scheidengewölbes sich als unthunlich erwies. Voraussetzung war natürlich die leichte Dehnbarkeit in querer Richtung und vollständiges Freisein der Parametrien von resistenten Schwarten und frischeren Reizerscheinungen.

Mit dieser Querspreizung des Scheidengewölbes glaubte ich direkt einem physiologischen Erforderniss zu entsprechen, denn mit der Weitung und Erschlaffung der Wandung schien mir nothwendiger Weise eine Erschlaffung der Parametrien, also auch der Basis der Ligamenta lata einherzugehen.

Nach meiner Auffassung ist die Grundbedingung für die normale Anteversion des Uterus die gesunde Erhaltung der Parametrien und der Basis der Ligamenta lata, während die am Uterus inserirenden eigentlichen Bänder und intraabdomineller Druck zwar ebenfalls wichtige Factoren sind, aber erst in zweiter Reihe in Action treten.

Der von einer Seite des Beckens zur anderen quer gespannte Bandapparat, bestehend aus Peritonealblättern und Beckenzellgewebe, umschliesst mit seinem unteren Theil die Cervix uteri supravaginal und lässt so den Uterus gewissermaassen wie zwischen zwei parallel eng nebeneinander verlaufenden und angespannten Schnüren in pendelnder Lage verharren, bei aller Bewegungsfreiheit ihn in seinem labilen Gleichgewicht unterstützend. Dieser quer verlaufende Befestigungsapparat findet seine Ergänzung durch die Anheftung der unteren Cervixpartie an die Scheide, die dort an ihren Seitentheilen durch die direkte Fortsetzung jenes Beckenzellgewebes, also gemeinsam mit der Cervix, ebenfalls eine seitliche Befestigung findet und so zur Befestigung des Uterus beiträgt.

Wird bei aufgehobenem Tonus des Beckenzellgewebes das Scheidengewölbe künstlich quer gespannt, so wird sich dem Beckenzellgewebe und der Basis der Ligamenta lata in Folge des innigen Zusammenhangs diese Spannung mittheilen. Jedenfalls aber wird die Spannung des Scheidengewölbes schon an sich den Effekt haben, dass der Uterus wie zwischen zwei angespannten Schnüren in der ihm vorher mitgetheilten und dann durch die übrigen Factoren (intraabdomineller Druck etc.) begünstigten Lage erhalten wird — ohne Beeinträchtigung seiner Bewegungsfreiheit und ohne direkte Einwirkung auf ihn selbst. (Weiteres darüber siehe unten.)

Meine hier dargelegten, durch eigene praktische Erfahrung gewonnenen Anschauungen über den Mechanismus von Befestigung und Bewegung der Gebärmutter unter normalen Verhältnissen und über die Störungen desselben fanden zu meiner Freude eine Bestätigung durch eine Veröffentlichung von F. Westermarck in Stockholm,¹⁾ worin derselbe auf Grund ganz ähnlicher Erwägungen und von anatomischen Studien am menschlichen Cadaver zu einer neuen Operationsmethode gelangt, welche er zwar gegen den Prolaps des Uterus anwendet, die aber meines Erachtens ebenso gut bei den hier charakterisirten Fällen der Retrodeviation erfolgreich in Anwendung kommen könnte, welche

ätiologisch und pathologisch-anatomisch gewissen Uterusprolapsen ganz nahe stehen. Dass ich diese Operation oder die sich mir aufdrängende Modification, bestehend in Exstirpation von Lappen aus dem überschüssigen oder schlaffen Wandmaterial beider seitlichen Scheidengewölbe²⁾ gegen die Retroflexion nicht angewandt wissen möchte, als höchstens ganz ausnahmsweise und unter besonderen Cantelen — wegen der Gefahr grosser Blutungen und der Verletzung der hier ganz nahe verlaufenden Ureteren, sei hier nur beiläufig bemerkt.

Die Hauptsache für die aufgeworfene Frage aber ist, was Westermarck über die Befestigung des Uterus sagt. Er hält es für wenig wahrscheinlich, dass die Gebärmutter durch die in den Ligamenta rotunda, lata, sacro-uterina etc. gegebenen „schwachen Befestigungen im Becken“ getragen werden könnte. Und er hält für die wichtigste Befestigung „das kräftige Gewebe an der Basis der Ligamenta lata, das parametrane und paravaginale Gewebe.“

„Der obere Theil der Vagina — sagt er ferner — ist an der Beckenwand straff befestigt, und in diesem Theil derselben ruht die Gebärmutter etwa wie der Trichter in einem Flaschenhals.“

Dementsprechend geht seine Operation in einem wesentlichen Punkte darauf aus, zu beiden Seiten der Scheidenwand, zwischen Scheide und Becken, lebhafte Wucherung von Narbengewebe zu erregen, durch dessen spätere Schrumpfung der obere Theil der Vagina an den Seitenwänden des Beckens befestigt werden solle. „Die Vagina wird, wie unter normalen Verhältnissen, in querer Richtung ausgespannt, und die Gebärmutter bekommt hier ihre natürliche Stütze.“

Mackenrodt³⁾ beschreibt eine Modification seiner Vaginaefixation, welche er bei gleichzeitigem Descensus uteri anwendet und wodurch eine Anspannung des Scheidengewölbe-Wandmaterials, sowie der Basis der Ligamenta lata (Ligamenta cardinalia) in querer Richtung erzielt wird, durch Herauspräpariren eines Lappens im vorderen Scheidengewölbe, entsprechend querer Naht unter Miterfassung von Fasern der Ligamenta lata. Ähnlich muss auch die sagittale Vereinigung des Dührssen'schen Querschnittes wirken. Ferner hat auf der jüngsten Naturforscherversammlung in München Schücking über ein neues Operationsverfahren gegen Retroflexio berichtet, das seine Angriffspunkte lediglich im Scheidengewölbe hat.

Alle diese operativen Methoden stehen in Prinzip und Wirkungsweise meiner Spreizung des Gewölbes mittels Querpessars ebenfalls nahe.

Hier ist gerade die neue Methode Schücking's von Bedeutung, da bei dieser ohne jegliche Fixation des Uteruskörpers selbst die verbesserte Lage lediglich durch eine Umgestaltung der Raumverhältnisse des Scheidengewölbes mittels Einwirkung auf die dasselbe umgebenden Gewebe angestrebt wird. Eine Analogie seiner Methode mit der Pessarbehandlung erwähnt Schücking sogar selbst, wenn er auch den gewohnten Vorstellungen nach an die in der Längsrichtung wirkenden gewöhnlichen S-förmigen Pessare dabei denkt und in der erzielten Richtung der Portio nach hinten die Ursache zur Aufrechterhaltung des Uterus sieht. Ich glaube, dass hier wiederum ein nicht zu unterschätzendes Moment in der durch die sagittale Vereinigung seines Querschnittes erzielten Anspannung der Gewölbswandung in frontaler Richtung und in dadurch zu Stande gekommener grösserer Festigkeit, d. h. geringerer Verschieblichkeit und Dehnbarkeit der Schichten zu suchen ist, und glaube die eventuellen Erfolge dieser Methode als Belege für die Richtigkeit meiner Anschauungen über die basale Uterusbefestigung heranziehen zu dürfen.

Auch sonst werden betreffs der Befestigung des Uterus die Ansichten B. S. Schultze's, des Begründers einer exacteren Lehre für die normalen und pathologischen Lage- und Bewegungsverhältnisse der weiblichen Genitalorgane; nicht von allen Autoren getheilt. Selbst Küstner,⁴⁾ der in der Hauptsache Schultze's Standpunkt vertritt, sagt von den Douglasbändern, auf die Schultze ein so grosses Gewicht legt, er könne ihnen die hohe funktionelle Bedeutung nicht zuerkennen.

An Stelle davon setzt Küstner einen anderen Apparat von

¹⁾ vgl. übrigens auch später bei Mackenrodt.

²⁾ Weitere Erfahrungen mit der Operation der Retroflexio uteri. Berlin, S. Karger, 1898.

³⁾ „Lage- und Bewegungsanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane“ in Veit's Handbuch der Gynäkologie. Bd. I.

⁴⁾ Ueber die Prolapsoperationen und ihre Ergebnisse in Schweden. Centralblatt für Gynäkologie 1898, No. 35.

glatten Muskelfasern, welcher nach Mackenrodt¹⁾ unterhalb der Ligamenta lata von der Cervix nach der Fascia pelvis zieht und welchen er Ligamentum transversum oder latum colli nennt. Wiewohl ich in diesem fein-anatomischen Befund eine exacte Bestätigung meiner nur durch die klinische Beobachtung und Schlussfolgerung seit Jahren gewonnenen Ansichten erblicken könnte, kann ich mich doch nicht zu dem Glauben bekennen, dass so schwache, zerstreut verlaufende Faserbündel einen festen und im Verhältniss zu diesen Fasern immerhin schweren Körper, wie es der Uterus ist, zu bewegen im Stande sein sollen. Ich glaube vielmehr, dass diese Muskelfasern lediglich dazu dienen, den Tonus und die Spannung des Beckenzellgewebes zu erhalten und den darin verlaufenden Gefässen ein nicht collabirendes Gerüst darzubieten, durch welches sie vor Druck und vor dem Umknicken bewahrt bleiben. Nur das gesammte, zwischen den Seitenwänden des Beckens ausgebreitete Zellgewebe und mittels desselben die starke Befestigung der Scheidengewölbwandung reicht (unter normalen Verhältnissen) hin, dem Uterus Halt und Stütze zu verleihen, wozu allerdings die von Mackenrodt beschriebenen Muskelapparate ihren (nicht unwesentlichen) Theil beitragen werden. Die Beckenfascie, wie überhaupt der ganze Beckenboden, ist wegen der direkten Verbindung des Beckenzellgewebes und der Verbindung der Scheide mit der Fascie, sowie als Antagonismus gegen den intraabdominellen Druck ohne weiteres als wesentlicher Factor für die Haltung des Uterus anzusprechen; dazu bedarf es nicht erst der von Küstner betonten Insertion dieser Muskelbündel an der Fascie.

Küstner führt auch die Ansichten anderer angesehener Autoren betreffs der Uterusbefestigungen an, so die Fehling's: „Die Bedeutung der sogenannten Bänder des Uterus ist für gewöhnlich Null; diese treten erst pathologischer Weise in Thätigkeit.“ Emmet sieht das Befestigungsmittel im Beckenbindegewebe. Fritsch sagt in seinem bekannten Lehrbuch über die Krankheiten der Frauen: „So lange der Druck von oben (nämlich die Baueingeweide) und der Halt von unten (Beckenboden) physiologisch im Gleichgewicht sind, solange liegt der Uterus normal. Die Bänder kommen zunächst gar nicht in Betracht. Erschlafft aber z. B. der Beckenboden oder wird der Druck einseitig oder universell von oben zu gross, so wird der Uterus seine Lage verändern und dadurch an einem Bande zerren.“

Schultze²⁾ selbst erkennt zwar die Befestigung des Uterus am Beckenboden wohl an (Cap. I, § 2, 1 u. 2), legt aber das Hauptgewicht nicht darauf, sondern auf die Wirkung der Ligamenta rotunda und sacro-uterina. Ich glaube, ebenso wie Westermarck, Fehling etc., dass die Wirkung dieser Bänder überschätzt wird und dass sie nur als Hilfsbänder aufgefasst werden können. Dabei braucht aber ihre Wirkung nun keineswegs wieder ganz ausser Acht gelassen zu werden, und besonders sei hier auf diejenige Rolle hingewiesen, welche Schultze ihnen zukommen lässt für die Erhaltung der Anteversio eines in seinen Befestigungen normalen Uterus bei Rückenlage der Frau und zur Wiederherstellung der Anteversio nach Verschiebung in Folge der verschiedenen Füllungszustände von Blase und Rectum.

Aber die Sache lässt sich so darstellen: Die Action sämtlicher Befestigungen für den Uterus ist eine gemeinsame, harmonische. Die Hilfsbänder führen ihre Aufgabe so lange aus, als das Hauptbefestigungsmittel, Basis der Ligamenta lata und Beckenzellgewebe nebst Scheidenverbindung, im Anschluss an den gesammten Beckenboden, welcher Gesamtapparat dem Uterus die Balance ermöglicht, seine Aufgabe nicht versagt. Sowie aber durch die Erschlaffung des Beckenbodens oder die Lockerung des Bindegewebes der Uterus sozusagen den Boden unter den Füßen zu verlieren beginnt und damit zugleich tiefer zu treten neigt oder eine allzu flotte und ungehemmte, die Balance nicht mehr genügend gewährleistende Beweglichkeit an seiner Verbindungsstelle mit der Scheide erlangt, sowie er vom Gesetz der Schwere mehr beeinflusst und nicht sowohl mehr physiologisch in die Anteversion und Retroversion balancirend oder schwebend hin strebt, sondern vermöge seines Gewichtes, das im normalen Zustande durch den Tonus der Unterstützungsgewebe compensirt wird, pathologisch ganz passiv in diese Lagen hin fällt, beginnen

auch die bis dahin die Uterusbalance unterstützenden Hilfsbänder insufficient zu werden, da sie, auch im noch unveränderten Zustande, den gesteigerten Anforderungen nicht gewachsen sind. Dazu kommt aber, dass dieselbe Ursache, welche die Erschlaffung am Beckenboden verursachte, vielleicht auch die Bänder ungünstig beeinflusst hat, sowie dass in Folge der grösseren Beweglichkeit des Uterus in seiner Scheidenverbindung (man könnte hier auch von einem Gelenk sprechen) und der deutlicheren Wirkung seines Gewichtes mit der nothwendig stattfindenden Zerrung eine Erschlaffung der Hängebänder secundär auftritt. Durch die Funktionsanomalie des einen Factors ist also das harmonische Zusammenwirken auch der anderen Factoren, ist sozusagen die ganze Maschinerie gestört worden. Betreffs des weiteren Ganges in der völligen Ausbildung der Anomalie wird durch meine Auffassung an der von Schultze so anschaulich gegebenen Darstellung nichts geändert.

Wie viel mehr muss aber dieser secundäre Einfluss auf die Hilfsbänder stattfinden, wenn bei gleichzeitig vorhandener Erschlaffung des Beckenbodens der Uterus in Folge chronischer Entzündung oder von Tumoren, sowie durch schnell auf einander folgende Graviditäten und Puerperien mit mangelhafter Rückbildung grösser und schwerer wird und andererseits auch noch selbst durch sein Gewicht ungünstig auf die schon vorhandene Lockerung seiner Unterlage einwirkt.

Es müsste daher, wenn meine Auffassung über die Rolle des Beckenzellgewebes als Hauptstütze des Uterus richtig ist, bei einer Erschlaffung desselben, bezw. des Beckenbodens das erste Ziel jeder Therapie sein, durch eine ausgiebige Unterstützung des Scheidengewölbes, wie sie besonders einfach durch mein Querpessar zu erreichen ist, in den ersten Anfängen die Thätigkeit der Hilfsbänder zu erhalten und in den späteren Phasen das Fortschreiten der Erschlaffung der basalen (cervicalen) Uterusbefestigung, somit das Entstehen oder die Verschlimmerung von Descensus oder Retrodeviation des Uterus, welchen beiden, auch combinirt auftretenden Anomalieen die in Rede stehende Ursache gemein sein kann, zu verhüten. Dass in den letzteren Fällen für gewöhnlich der Spreizung des Gewölbes die Reposition voraufzugehen hat, versteht sich bei der heutigen Kenntniss der Dinge von selbst.

(Schluss folgt.)

¹⁾ Ueber die Ursachen der normalen und pathologischen Lagen des Uterus. Archiv für Gynäkologie Bd. XLVIII, Heft 3.

²⁾ Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter. Berlin 1881.