

(Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. Br.)

Bemerkungen zur Prolapsoperation.

Von

Prof. Dr. **B. Krönig.**

(Hierzu Tafel VI.)

In einer früheren Arbeit aus meiner Klinik hat einer meiner Assistenten Adolph, an der Hand von Nachuntersuchungen die Bedeutung des Levatorspaltes für die Recidiv-Prognose der Prolapsoperationen festgestellt. Er konnte — wie ich zusammenfassend wiederholen darf — zeigen, dass in alle den Fällen, in welchen der Levatorspalt im contrahirten Zustand der Levatormuskeln in der Mitte seines Verlaufs nicht weit über zwei Querfinger breit klappte, und die Levatormuskeln kräftig entwickelt waren, die alte Hegar'sche Kolporraphie mit Perineoplastik gute Dauerresultate gab, dass dagegen diese Operation die denkbar schlechtesten Resultate zeitigte, wenn wir es mit sehr schlaffen Levatormuskeln und sehr weitem, über vier Querfinger breitem Levatorspalt zu thun hatten. Alles dies wies schon darauf hin, dass die alte Hegar'sche Methode nur für einen Theil der Prolapsoperationen brauchbar ist und dass man der Verengerung des Levatorspaltes bei der Operation des Prolaps grössere Aufmerksamkeit schenken muss.

Am sichersten anatomisch fundirt erscheint mir die Lehre von der Bedeutung des Levatormuskels für die Entstehung und Heilung des Prolapses durch die anatomische Arbeit von Tandler und Halban; wenn auch gewiss schon andere vor ihnen die Frage discutirt haben, so gebührt ihnen doch zweifellos das Verdienst, an der Hand einer umfassenden Darstellung uns die anatomischen Verhältnisse erst nahe gerückt zu haben. Inzwischen ist durch klinische Beobachtungen die Lehre von Tandler und Halban gestützt worden. Man hat beobachtet, dass Traumen, welche die Continuität des Levatormuskels theilweise aufheben, prädisponirend für die Entstehung der Prolapse wirken. Die

tiefe seitliche Scheidendammnecision, die wir bei Primiparen als Voroperation des vaginalen Kaiserschnittes von Dührssen zur Extraction des ausgetragenen Kindes machen müssen, lässt in einem nicht kleinen Procentsatz der Fälle, vorausgesetzt, dass nicht durch exacte Naht der zerrissene Levatormuskel wieder vereinigt ist, später eine Senkung der Scheide und des Uterus entstehen. Bei der Hebosteotomie, bei der es, wie Pankow gezeigt, oft zu sehr ausgedehnten Zerstörungen der Levatormuskeln kommt, haben wir, wie die übereinstimmenden Untersuchungen der Autoren ergeben, einen erschreckend hohen Procentsatz von Totalprolapsen. Entsprechend den Erfahrungen, dass die typische Zange den Levatormuskel meist intact lässt, die hohe Zange und die Zange im tiefen Querstand dagegen oft mit ausgedehnten Zerreißungen der Levator-schenkel vergesellschaftet ist, sehen wir auch gerade nach hohen Zangen und schwierigen Zangen im tiefen Querstand bei alten Erstgebärenden später Senkungen auftreten. Schliesslich hat Fetzer in einer sehr interessanten Arbeit aus der Tübinger Klinik gezeigt, dass nicht gehäufte Geburten, sondern hauptsächlich Geburten bei alten Primiparen, bei denen es selbstverständlich leichter zu Ueberdehnung und Zerreißung des Levatormuskels kommt, zu Prolapsen disponiren.

Alle diese anatomischen und klinischen Erfahrungen weisen darauf hin, dass nicht so sehr die Dehnung der sogenannten Uterushaltebänder für die Aetiologie des Prolapses in Betracht kommt, sondern dass die Intactheit des musculären Beckenbodens, vornehmlich der Levatormuskel, wesentlich ist. Niemand wird die Bedeutung der Lig. rotunda, sacro-uterina und der Lig. transversa colli für die Fixation des Uterus und der Scheide leugnen wollen, aber diese Bänder halten nur dann dauernd den Uterus in seiner Lage, wenn die Unterstützung von Seiten des musculären Beckenbodens vorliegt.

Da gelegentlich einer Discussion über Prolaps in der Berliner geburtshilflichen Gesellschaft Bumm diesen Anschauungen entgegen getreten ist, so möchte ich kurz einige seiner Gegenstände anführen. Wenn Bumm die wesentlichere Bedeutung der Haltebänder des Uterus dadurch demonstrieren zu können glaubt, dass er im Plattenspeculum sich die Portio freilegt, dadurch den Levatorspalt als Stützpunkt ausschaltet und nun demonstriert, wie beim Pressen die Portio heruntertritt, um beim Aufhören der Bauchpresse wieder in ihre alte Lage zurückzukehren, so

hat niemand diese bekannte Thatsache geleugnet; aber diese Beobachtung sagt uns nichts darüber, ob auch der elastische Zug der Bänder genügt, um einem immer wiederkehrenden Bauchdruck Stand zu halten. Auch die anderen Gründe, welche Bumm als beweisend für die wesentlichere Bedeutung der Haltebänder des Uterus für die Entstehung des Prolapses im Gegensatz zu der des Levatormuskels anführt, erscheinen mir nicht stichhaltig. Bumm folgert: „endlich giebt es aber krankhafte Zustände, welche das Vorhandensein und die Wirksamkeit besonderer Fixationsmittel des Uterus darthun. Dazu rechne ich in erster Linie die zweifellos vorhandenen, wenn auch nicht sehr häufigen Fälle von wahren Prolaps bei Nulliparen und bei völliger Unversehrtheit des Beckenbodens. Hier kann das Herabgleiten des Uterus nur an einem Defect werden der oberen Haltebänder gesucht werden.“ Bumm übersieht hier meiner Meinung nach das Vorkommen von angeborener Weite des Levatorspaltes und angeborener Erschlaffung der Levatormusculatur. Tandler und Halban legen mit Recht weniger Werth auf das Intactsein der eigentlichen Dammusculatur als auf das Intactsein der Levatormusculatur. Wenn Bumm von einer angeborenen Schläffheit der Haltebänder des Uterus spricht, liegt kein Grund vor, warum man nicht auch von einer angeborenen Schwäche des Levatormuskels sprechen soll. Wenn man bei den wenigen Fällen von Prolaps bei Nulliparen den Levatormuskel betastet, fühlt man gewöhnlich in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Tandler und Halban gerade diese Muskelplatte ausserordentlich schwach entwickelt.

Auf einer gleichen Verwechslung von Seiten Bumm's zwischen Defect des Dammes und Defect des Levators beruht meines Erachtens auch die Heranziehung der Fälle von completem Dammriss zur Erhärtung seiner Ansicht, dass im wesentlichen die Haltebänder des Uterus zur Fixation der Lage dienen. Jedem sind solche Fälle, wie sie Bumm anführt, bekannt, nämlich, dass trotz jahrelang bestehenden completen Dammrisses der Uterus in seiner normalen Lage verharret; aber hier handelt es sich gar nicht, wie Bumm ausführt: „um eine vollständige Zerstörung und Insufficienz des Beckenbodens“, sondern eben nur um eine Zerreißung der eigentlichen Dammusculatur. Diese ist aber, wie wir heute wissen, von untergeordneter Bedeutung für die Fixation des Uterus gegenüber dem Levatormuskel, welcher auch bei complettem Dammriss fast vollständig intact sein kann. Weiter glaubt

Bumm die Bedeutung des Levatormuskels als Stützpunkt des Uterus und des oberen Theiles der Scheide deshalb geringer einschätzen zu sollen, weil beim Pressen sich der Levatorspalt in sagittaler und frontaler Richtung eher vergrössert, und weil ihm weiter bei der reflectorischen Contraction des Levators, beim Zusammenklemmen des Afters und beim Husten die verengende Wirkung der Levatorschenkel auf das untere Scheidenrohr nicht bedeutend genug erscheint. Ich kann mir diese Beobachtung Bumm's nur so erklären, dass er zufälliger Weise Fälle untersucht hat, welche grössere Defecte in der Levatormusculatur aufwiesen. Wenn man eine auf dem Untersuchungsstuhl liegende Nullipara mit gut entwickeltem Levatormuskel auffordert, das Gesäss etwas zu heben, den After stark einzuziehen, also die Uebung zu machen, welche Thure Brandt als Knipning bezeichnet, so kann man sich jeder Zeit überzeugen, wie fest der vom Rectum aus tastende Finger von den Levatormuskeln umklammert und wie ausserordentlich das Scheidenrohr in seitlicher Richtung verengt wird. Und wenn Bumm schliesslich behauptet, dass er trotz vielen guten Willens nur wenig Beobachtungen hätte machen können, die als Bestätigung der Ansicht von Tandler und Halban dienen könnten, dass der Muskelapparat des Hiatus genitalis, vornehmlich der Levator, in einer directen Beziehung zur Entstehung der Genitalprolapse stände, indem einmal bei grossen Prolapsen die Contraction der Levatorschenkel nicht selten eine recht energische war, während anderseits bei normaler Lage oft nur recht schwache Contractionen vorhanden waren, so kann ich nur sagen, dass dies meinen Beobachtungen nicht entspricht. Gerade seit der Zeit, wo wir principiell den Levatormuskel bei der Operation des Prolapses freilegen, habe ich mich immer wieder von der innigen Beziehung zwischen Beschaffenheit des Levatormuskels und Grösse des Prolapses überzeugen können; bei sehr grossem Totalprolaps ist der Levatormuskel oft so schwach entwickelt, dass man Mühe hat die dürftigen Levatorfasern in der Medianlinie zur Vereinigung zu bringen. Gerade die Beobachtungen bei Operationen lässt mir daher auch die Aeusserung von Bumm vollständig unverständlich erscheinen, dass der Levator ani nur selten Defecte und Functionsanomalien aufweise; ich habe immer und immer wieder Gelegenheit gehabt, nicht bloss Functionsanomalien, sondern auch weitgehende Defecte wie Absprengungen der Ansatzstellen, Zerreissungen des Levatormuskels, mitten in seinem Verlauf gelegentlich der Operation zu demonstrieren.

Im Gegensatz zu Bumm möchte ich infolgedessen vor wie nach daran festhalten, dass dem Levator nicht eine „untergeordnete Bedeutung“, sondern die wesentlichste Bedeutung für die Entstehung und die Art des Genitalprolapses zukommt.

Es ist ganz selbstverständlich, dass dementsprechend auch die Ansichten über die Therapie differiren müssen. Bumm legt hauptsächlich Werth auf die Verkürzung der überdehnten Fascien und Bänder, während ich mit Fritsch, Dührssen, Frank, Heidenhain, Tandler und Halban und Latzko den Hauptwerth auf die möglichst breite Vereinigung der Levatormuskeln lege. Zeigt sich bei der operativen Freilegung der Muskeln, dass der Levatorspalt ohne Spannung sich verengern lässt und dass die Musculatur noch kräftig ist, so kann man, primäre Heilung vorausgesetzt, nach unseren bisherigen Erfahrungen die Recidivprognose fast absolut günstig stellen; zeigt sich dagegen bei der Operation, dass der Levatormuskel defect ist, sodass man nur dünne Muskelplatten unter Spannung in der Mediallinie vereinigen kann, so ist die Prognose schlecht zu stellen und das Recidiv mit Sicherheit vorauszusehen; das sind die Fälle von Totalprolaps, welche jeder operativen Behandlung trotzen, die wohl vorübergehend durch eine Kolpokleisis mit Erhaltung des Uterus zurückgehalten werden können, bei denen aber doch schliesslich bei stärkerer körperlicher Anstrengung der Patientin eine Dehnung der Narbe eintreten wird.

In wenigen Zügen schildere ich an der Hand der Zeichnungen den von uns eingehaltenen Weg zur Freilegung und Vereinigung der Levatormuskel.

Ich folge im Allgemeinen der Methode von Dührssen-Heidenhain. Durch einen Schnitt längs der hinteren Commissur dringt man wie bei der Lappenplastik nach Lawson Tait zwischen Scheide und Rectum damit nach oben hin vor; dann wird wie in Figur 1 (Taf. VI) der unter lockerem Zellgewebe liegende Levatormuskel scharf mit dem Messer von der Seite her freigelegt; nach der Mitte und nach vorn zu bedient man sich dann besser der Scheere zur völligen Präparation der Muskeln wie in Fig. 2 und 3 (Taf. VI) dargestellt ist. Die Vereinigung der Muskeln durch Naht in der Medianlinie ist meist nur dann möglich, wenn man seitlich von den Levatormuskeln bis in das Fett des Cavum ischiorectale vorgedrungen ist und damit die seitlichen Parthien des Muskels mobilisirt hat. Die Naht der Muskeln ist in Fig. 4 und 5 (Taf. VI) dargestellt. Nach Vereinigung der Muskeln wird

zur Verengerung des Scheidenrohrs ein kleines Stück aus dem abgelösten Scheidenlappen reseziert und dann Scheiden- und Dammwundrand durch quere Nähte im Sinne der Hegar'schen Kolpoperineoplastik vereinigt.

Ob wir die Levatormuskel mit leicht oder schwer resorbirbarem Material vernähen sollen, wage ich nicht zu entscheiden. Heidenhain wählt Broncedraht oder dünne Seidenfäden zur Vereinigung der Levatormuskel, ich habe bisher in allen Fällen Weichcatgut verwendet. Aus der Publication von Heidenhain entnehme ich, dass er bei schwer resorbirbarem Materiale Recidive gesehen hat; jedoch will dies nichts bedeuten, da es in der Natur der Sache liegt, dass wir auch bei diesem Verfahren immer mit einem gewissen Procentsatz von Recidiven rechnen müssen.

Es ist zweifelsohne ein Nachtheil dieser Operation, dass sie oft sehr blutreich ist, dass sie infolgedessen länger dauert wie die Hegar'sche Kolpoperineoplastik und dass todte Räume, in welchen sich Blut ansammeln, und Zersetzung vor sich gehen kann, nicht immer ganz vermeidbar sind. Unter unseren 56 Fällen ist daher auch zwei Mal die primäre Reunio ausgeblieben, aber es ist ganz interessant, dass bisher wenigstens das Resultat in diesen beiden Fällen nicht ganz ungünstig war, weil die Naht der Levatormuskeln noch gehalten hatte. Die Operation ist ganz zweifelsohne wegen der grossen buchtigen Räume auch nicht ungefährlich für die Frau, da es bei einer Infection zu fortschreitender progredienter Phlegmone kommen kann; wenn uns auch bisher unter den 56 Fällen keine solche Infection unterlaufen ist, so möchte ich doch die Operation nicht für absolut lebenssicher ansprechen. Dies ist auch der Grund, weshalb ich die Naht des Levators nicht für alle Fälle von Prolaps empfehlen möchte, sondern nur für diejenigen Fälle von Prolaps, bei denen es sich um ein breiteres Klaffen der Levatorschenkel handelt. Denn wie Adolph an den nachuntersuchten Fällen der Klinik gezeigt hat, geben die Prolapse mit schmalen Levatorspalt auch mit der einfachen Hegar'schen Kolpoperineoplastik so gute Resultate, dass schon mit dieser einfachen Operation die Prognose quoad Recidiv fast absolut günstig gestellt werden kann.

Wie sollen wir uns zur operativen Verlagerung der Blase und des Uterus stellen? Heidenhain verzichtet auf jede Fixation. Ich kann dem Autor hierin nicht folgen, um so weniger, da uns doch Tandler und Halban klar gezeichnet haben, von welcher

Wichtigkeit die Retroversio des Uterus für die Entstehung der Prolapse ist. Handelt es sich um Frauen, nahe oder im Klimakterium, so machen wir die Vaginifixur nach Dührssen mit gleichzeitiger starker Raffung und Verlagerung der Blase zur Heilung der Cystocele. Da uns die Vaginifixur bei Frauen im gebärfähigen Alter wegen der unberechenbar auftretenden Schwierigkeit nachfolgender Geburten unthunlich erscheint, so machen wir bei diesen Frauen im Allgemeinen die Alexander'sche Operation, wenn wir uns auch der Häufigkeit der Recidive, die bei uns ca. 33 pCt. beträgt, hierbei bewusst sind; haben diese Frauen schon mehrere Kinder, ist ferner auf Grund des Levatorbefundes die Prognose quoad Recidiv an und für sich schon weniger günstig zu stellen, so proponiren wir ihnen die gleichzeitige tubare Sterilisation.

Wir halten uns hierzu berechtigt, weil a priori anzunehmen ist, dass ähnlich, wie erfahrungsgemäss nach der Hegar'schen Operation, eine erneute Geburt mit grösster Wahrscheinlichkeit ein Recidiv zeitigt, denn die Operation nach Dührssen-Heidenhain stellt durch die Vereinigung der Levatormuskeln in der Medianlinie keine normalen anatomischen Verhältnisse her, und dementsprechend wird mit hoher Wahrscheinlichkeit der vordringende kindliche Kopf die in der Medianlinie vereinigten Levatormuskeln wieder sprengen. Heidenhain hatte bei 4 Frauen, die nach der Operation nochmal geboren hatten, 2 Recidive, darunter ein schweres Recidiv.

Auf eine intensivere Verlagerung des Uterus nach vorn, nach der Methode von Schauta oder Wertheim habe ich zunächst verzichtet; ob aber diese Methode nicht doch bei sehr hochgradigen Cystocelen und fast vollständigem Defect des Diaphragma urogenitale in Betracht kommt, möchte ich dahingestellt sein lassen; leider habe ich auf Grund früherer Erfahrungen constatiren müssen, dass auch der so interponirte Uterus nicht die Senkung immer verhindert, sondern dass auch der zwischen Blase und Scheide interponirte Uterus in antevertirter Stellung vor die Vulva treten kann und dass dann gerade diese Dislocation den Frauen grosse Beschwerden verursacht.

Wie sollen wir uns schliesslich zur Totalexstirpation des Uterus stellen? Trotz der zahlreichen neueren Empfehlungen möchte ich mich principiell ablehnend gegenüber dieser Operation verhalten. Wie mein Assistent Adolph in seiner Arbeit gezeigt hat, hatten wir bei dieser Operation natürlich auch Dauererfolge zu verzeichnen, aber die Zahl der Recidive ist doch eine unver-

hältnissmässig grosse und die Art des Recidivs insofern ausserordentlich unangenehm, als bei totaler Inversion des Scheidenblindsackes die sehr verdünnte Narbe ausserhalb der Vulva liegt und den Patientinnen die unangenehmsten Beschwerden verursacht; es bleibt ferner zur Heilung dieses Recidivs dann nichts anderes übrig als die Kolpektomie, deren Dauerresultat dann auch noch zweifelhaft ist. Ich würde nicht so sehr gegen die Totalexstirpation des Uterus auftreten, wenn ausschliesslich nur meine Resultate schlecht wären, aber ich habe so oft Gelegenheit gehabt ganz gleiche Recidive bei Fällen, die von anderer autoritativer Seite operirt sind, zu beobachten, dass ich doch glaube annehmen zu sollen, dass nicht meine eigene, vielleicht mangelhafte Technik, sondern die Methode als solche, Schuld an den Recidiven trägt. Wir stehen auch hier ganz auf dem Standpunkt von Tandler und Halban, dass man sich nicht des Uterus, dieser so wichtigen Pelotte unnöthiger Weise berauben soll; am allerwenigsten dann, wenn es sich nicht um einen senil atrophischen, sondern um einen noch grossen Uterus handelt. Es liegt in der verschiedenen Auffassung für die Entstehung des Prolapses begründet, dass wir in der Frage der Totalexstirpation einen gerade entgegengesetzten Standpunkt wie Bumm einnehmen. Bumm führt aus: „ist der Uterus gross, dick und schwer, halten wir die Totalexstirpation des Uterus für das beste Mittel, die Beschwerden zu beseitigen und eine volle Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen.“ Wir dagegen möchten gerade solche Uteri unter allen Umständen, weil sie noch eine wirksame Pelotte darstellen, erhalten wissen. Wir unterschreiben ganz die Ansicht von Tandler und Halban in ihrer Monographie, die ich hier wiedergebe: „dass die Totalexstirpation häufig in Stich lässt, ist leicht zu erklären, da ja dadurch der Hiatus genitalis für gewöhnlich nicht verschlossen wird und dadurch die Gelegenheit für das neuerliche Entstehen einer Hiatushernie gegeben ist, deren Inhalt aber jetzt nicht mehr das Genitale, sondern Blase und Darm ist.“ Dies ist das Facit, das ich auf Grund eigener, sowie von anderen operirter Fälle ebenfalls ziehen muss.

Für die schwersten Fälle von Totalprolaps mit fast völligem Defect des Levators bleibt unserer Ueberzeugung nach als einzige Operation die Kolpokleisis mit Erhaltung des Uterus nach Peter Müller. Aus begreiflichen Gründen werden wir sie nur anwenden bei alten Frauen in der Menopause; aber hier hat sie uns die besten Resultate gegeben.
