Scheidenverletzung bei der Spontangeburt einer Multipara.

Von Dr. E. Vogt.

Zerreißen der Scheide sind eine häufige Geburtsverletzung. Ihre Gefährlichkeit hängt vor allem von ihrer Lage ab. Die Risse, welche oberhalb des Diaphragma pelvis liegen, können durch übermäßige Dehnung der Vagina in der Längs- oder Querrichtung entstehen.

Die durch Längsdehnung entstandenen Risse verlaufen quer, nach Berry Hart (1) Dehnungsrisse, nach Sängner Schlitzrisse in der Scheide. Diese Verletzungen beschränken sich entweder nur auf ein Scheidengewölbe oder sie verlaufen zirkulär. Die Scheide kann dann vollständig von der Zervix abgetrennt werden, Kolporrhexis.

Die Längs- oder Spaltrisse der Vagina kommen durch Ueberdehnung in zirkulärer Richtung zustande, sie beginnen fast stets oberhalb der Mitte und gehen meist in infra-diaphragmatische über.

Fast immer ist es der Kopf, welcher als vorangehender Teil zu einer Ueberdehnung und Verletzung der Vagina führt. Besondere Begleitumstände sind da wichtig: zu stürmische Wehen, enge und rigide Scheide, sehr starrer Beckenboden, alte Narben, besondere Zerreißlichkeit des Gewebes.

Bei Spontangeburt, besonders bei Mehrgebärenden, sind Längsrisse im oberen Drittel allein selten. Nur im Fall von Daniel war es zu einer isolierten Ruptur im oberen Drittel der Vagina bei einer Spontangeburt gekommen. Ueber einen ähnlichen Fall möchte ich kurz berichten:

Geburtsgeschichte: 11. Para, 10 Spontangeburt. Die letzte Periode Ende Oktober, wie gewöhnlich. Die äußere Untersuchung ergab: Beckenmaße: 24, 26, 30, 19. Erste Schädellage, Kopf schwer beweglich im Beckeneingang, Herztöne links unterhalb des Nabels, 126, regelmäßig. Wehenbeginn 6. August 1911 9 Uhr vormittags. Wehen ganz

unregelmäßig, schwach, alle 4—6 Minuten. 3,40 Uhr nachmittags innere Untersuchung: Muttermund fünfmarkstückgroß, Kopf im Beckeneingang, Pfeilnaht im ersten schrägen Durchmesser. Blase steht. Becken ohne Besonderheiten. 4,50 Uhr nachmittags springt die Blase, es entleert sich wenig klares Fruchtwasser.

5,05 Uhr nachmittags wurde der Kopf in der Tiefe sichtbar.

5,15 Uhr nachmittags erfolgte die Spontangeburt eines 50 cm langen, 2900 g schweren Mädchens, das sofort lebhaft schrie.

Die Besichtigung des Scheideneinganges und des Dammes post partum ließ keine Verletzung nachweisen.

5,45 Uhr nachmittags wurde auf leichten Druck die gelöste Nachgeburt ausgestoßen, Fruchtkuchen und Eihäute waren vollständig.

In der Nachgeburtsperiode hatte die Frau nicht mehr als gewöhnlich geblutet. Obwohl die Gebärmutter überwacht wurde, ging etwas dunkles Blut ab, doch war der Uterus sehr gut kontrahiert. Die Nachwehen waren kräftig. Aus der Gebärmutter, d. h. von der Hafffläche des Fruchtkuchens, konnte die Blutung nicht stammen. Als bei weiterer Beobachtung sich die Blutung verstärkte, die Frau blaß wurde und der Puls auf 120 stieg, war es klar, daß es sich nur um eine Blutung aus einer versteckten, tieferen Rißverletzung handeln konnte, daher wurde sofort zur Einstellung geschritten. Die Blutung konnte nur noch aus der Zervix, dem Muttermund oder aus dem Scheidenrohr stammen. Bei der Entfaltung der Vagina mit ganz breiten Rinnen zeigte sich im mittleren Drittel der Scheide rechts der Columna rugarum posterior eine weit klaffende Wunde mit zerfetzten Rändern, die schräg nach oben zog, um sich im oberen Drittel der Scheide bis fast an das Scheidengewölbe auf der rechten Seite fortzusetzen. Im Scheidengewölbe selbst zog dann die Wunde im Bogen von außen rechts mehr nach der Mittellinie zu bis fast zur Ansatzstelle der Portio. Aus der Wunde quoll andauernd dunkles Blut. Bei der Entfaltung der Scheide fiel es auf, daß die Venen der Submukosa varikös entartet waren, verschiedentlich waren große, klaffende Gefäßlumina zu sehen.

Zur Vereinigung der Wunde und zur Blutstillung mußte eine größere Reihe von Katgutknopfnähten gelegt werden.

Nach der Naht dieser Wunde auf der rechten Seite stand aber die Blutung nicht; jetzt kam das Blut von der linken Seite her aus einer ähnlichen Verletzung wie rechts; hier verlief, im hinteren Drittel der Scheide beginnend, eine ungefähr 7 cm lange, klaffende Wunde zwischen der Columna rugarum posterior und der linken seitlichen Scheidenwand in die Höhe, bis ungefähr einen Quersfinger unterhalb des Portioansatzes. Erst nachdem auch diese Wunde durch mehrere Katgutnähte versorgt war, stand die Blutung. Die ganze Scheide wurde dann vorsichtig mit steriler Gaze tamponiert; die ziemlich beträchtliche Anämie der Frau wurde durch subkutane Kochsalzinfusion und durch Kampferinjektionen bekämpft. Darauf erholte sich die Frau schnell.

Das Wochenbett war bis zum elften Tage fieberfrei. Plötzlich stieg die Temperatur auf 39° C; der Puls war dabei stets unter 100.

Es hatte sich eine Parametritis ausgebildet. Die entzündliche Schwellung im hinteren Scheidengewölbe ging zurück, gleichzeitig kehrte die Temperatur zur Norm zurück, sodaß die Frau am siebzehnten Tage beschwerdefrei entlassen werden konnte. Die Verletzung der Scheide war per primam geheilt.

Wenn man sich die Verletzungen zu erklären versucht, muß man zunächst den Geburtsverlauf berücksichtigen.

Aus dem geht hervor, daß die Geburt bei anscheinend ganz normalen Becken- und Weichteilverhältnissen ohne jede Kunsthilfe verlief. Sicher bestand kein Mißverhältnis zwischen Frucht und Becken. Das Kind lag in erster Hinterhauptslage, dem entsprach auch der Geburtsmechanismus.

Die Größe des Kindes kommt dann auch in Frage.

Es war 50 cm lang, 2900 g schwer, der Kopf war nicht besonders hart und so gut wie garnicht konfiguriert, ein Beweis dafür, daß er schnell und, ohne ein Hindernis zu finden, durch den Geburtskanal hindurchgetreten war. Das Kind zeigte die Zeichen der Reife, es war wohlgebildet, besonders fehlte jede Mißbildung am Schädel.

Eine stürmische Wehentätigkeit, welche die Scheide zu plötzlich dehnt, war nicht beobachtet worden.

Offenbar lagen aber doch ganz besondere prädisponierende Momente vor.

Zunächst ist da wohl der allgemeine Ernährungszustand der Frau von Bedeutung. Ein krankhafter Befund an den inneren Organen ließ sich nicht erheben, auch von Konstitutionskrankheiten, wie Lues, Nephritis, Tuberkulose, fand sich nichts, nur war der Ernährungszustand der Frau sehr dürrig. Das Fettpolster war schlecht entwickelt, die Gesichtsfarbe und die sichtbaren Schleimhäute blaß, die Gesichtszüge eingefallen, die Frau mußte stets während der ganzen Schwangerschaft schwer körperlich arbeiten.

Sodann hat die Frau in zwölf Jahren elf Schwangerschaften durchgemacht, sodaß zweifellos eine mangelhafte Rückbildung der Genitalien und allgemeine Unterernährung vorlag.

Vielleicht war auch die Zerreißlichkeit des Gewebes durch lokale Momente bedingt, entzündliche Prozesse, alte Narben, Mangel an elastischen Fasern. Es fehlte aber jede Spur eines Katarrhs oder eines Neoplasmas. Ein Hängebauch, bei dem gerade die hintere Vaginalwand beim Durchtritt des Kopfes besonders beansprucht wird, bestand nicht.

Der knöcherne Geburtskanal kann nicht in Frage kommen, die Beckenneigung war normal, der Schambogen weit, Exostosen fehlten. Für Hypoplasie oder Infantilismus der inneren Genitalien sprach nichts. Ob die variköse Entartung der Venen der Submukosa der Scheide, welche fast in kleinfingerdicke Gebilde umgewandelt waren, nicht die Hauptdisposition anatomisch abgab, diese Vermutung liegt sehr nahe. Das lockere, weitmächtige, fetthaltige Bindegewebslager, in dem der supradiaphragmatische Teil der Scheide liegt, ist sehr reich an Venenplexus. Nur dadurch ist es möglich, daß sich die Scheide infolge ihrer großen Verschieblichkeit dem Füllungszustand ihrer Nachbarorgane anpassen kann.

Zur feineren Anatomie der Vagina bildet unserer Fall einen klinischen Beitrag.

Die Risse verliefen seitlich, weil hier die Muskulatur am schwächsten entwickelt ist. Sie gingen nicht ganz bis zum Scheidengewölbe, nur auf der rechten Seite; das kommt daher, daß die hintere Vaginalwand am Zervixansatz die dickste Muskulatur und größte Dicke besitzt, nach Waldeyer 0,3—0,4 cm. Unterhalb des Scheidenansatzes liegt anatomisch die dünnste Stelle der Vagina. Sodann liefen die Risse lateral der Verdickung, welche Waldeyer als Portiopolster beschrieb, und lateral der Columna rugarum posterior, welche in der Scheidenmitte beginnt.

Die Seitenwände der Vagina sind anatomisch für Längsrisse prädestiniert. Die Muskulatur ist hier am dürrigsten entwickelt. Nach J. Kocks wird die Columna rugarum posterior selten in den Riß hineingezogen, weil hier das Gewebe straffer und dichter ist. Sodann ist die Elastizität der hinteren Scheide geringer als die der vorderen. Auch disponiert die hintere Vaginalwand viel mehr zu Geburtstraumen, weil sie sehr stark ausgedehnt werden muß, bevor sie in die Konkavität des Kreuzbeins eingedrückt wird, und hier an Knochen Stütze und Schutz und ein Widerlager findet.

Das Gesetz von J. Kocks (2), wonach die Stellung und Bewegungsrichtung des Kopfes die Seite des Risses bestimmt, oder die Regel von W. A. Freund (3): die Stirn bezeichnet die Lage und Richtung der Läsion, vorausgesetzt, daß die Scheide außer der Engigkeit keine komplizierenden Anomalien bietet, wird bestätigt. Der Riß war rechts ausgedehnter und tiefer als links. Es handelte sich um eine erste Hinterhauptslage, Rücken vorn.

Die Blutung stammte aus den Venen des Plexus uterovaginalis, die varikös entartet waren. Die Hämorrhagie aus diesen Venen kann letal werden, trotz sofortiger Hilfe in der Klinik, wie in dem Fall von Sietzenfrey (4).

Auch E. Kaufmann sezierte eine Frau, die sich aus einem geplatzten Varix im Plexus uterovaginalis verblutet hatte.

Für die Behandlung solcher Risse kommt nur Bloßlegung mit breiten Rinnenspekula und Vereinigung durch die Naht in Frage, welche ja auch die sicherste Blutstillung gewährleistet. Tamponade ist nur als Notbehelf erlaubt, denn wenn die Blutung stehen soll, muß die Ausstopfung sehr fest sein, was wieder infolge starker Schmerzhaftigkeit ohne Narkose unmöglich wird. Sodann kann man die Tamponade höchstens 24—48 Stunden liegen lassen; abgesehen von der Gefahr der Nachblutung, sofern jetzt nicht eine Sekundärnaht gelegt wird, droht dann die große Gefahr der Infektion, wenn die bakterienreichen Lochien über die Wunde fließen.

Prognostisch sind die schwereren Scheidenverletzungen, sofern keine Infektion eintritt, nicht ungünstig, wie unser Fall zeigt. Nur bei Eröffnung des Peritoneums ist die Gefahr der Peritonitis sehr groß. Wichtig ist, jede Stauung der Lochien durch Hochlegung des Oberkörpers oder entsprechende Seitenlagerung zu vermeiden. Nur in seltenen Fällen kommt es zu Verwachsungen, Stenose und Atresie der Vagina.

Auch für die gerichtsarztliche Geburtshilfe dürfte die Kenntnis derartiger seltener Komplikationen von Bedeutung sein.

Literatur: 1. Berry Hart u. folgende, Siehe Handb. d. Geburtshilfe von Winckel. — 2. Arch. f. Gyn. 43. — 3. Gyn. Klinik, Straßburg 1895. — 4. Zschr. f. Geburtsh. 56.