

Gynäkologische Ratschläge für den Praktiker.

Von W. Liepmann in Berlin.

I.

Die Lageveränderungen der weiblichen Genitalien.

a) Einleitung.

Man kann Diagnose und Therapie der Lageveränderung der weiblichen Genitalien nicht besprechen, ohne — wenigstens im kurzen Umriss — des anatomischen Substrates sich zu erinnern. Der Praktiker kommt so ganz von selbst wieder beim Studium der Lageveränderungen zur Anatomie der Genitalien zurück, wie er sich bei entzündlichen Erkrankungen der bakteriologischen Ergebnisse erinnern muß, um sicher und erfolgreich wirken zu können.

Das Wort Heraklis, *πάραγοι*, trifft auch für die Anatomie der weiblichen Genitalien zu: Kindheit, Geschlechtsreife, Schwangerschaft, Klimakterium und Greisenalter, immer eine andere Lagerung der Genitalien. Diese normal vorhandene Beweglichkeit aber erfordert einen ligamentösen Suspensionsapparat und eine muskuläre Stütze im Beckenraum, deren Studium allein die Erkenntnis pathologischer Zustände verbürgt.

Wie ein Handtuch schlägt sich das Bauchfell von oben her über den in der Norm anteflektierten Uterus und die Adnexe herüber, nur das Keimepithel des Eierstocks freilassend. Aber dieses Bauchfell hätte keinen Halt, wenn es nicht durch Bindegewebsstränge, denen reichlich elastische Fasern untermischt sind, gestützt würde. Dieses unterhalb des Bauchfells gelegene Bindegewebe ist der eigentliche Suspensionsapparat der Genitalien. Seine Hauptmasse erstreckt sich zu beiden Seiten des Uterus, geht von seinen lateralen Kanten aus und reicht bis zum knöchernen Becken, es ist das als Ligamentum latum bekannte Gebilde; also die dem Bauchfell zugekehrte Seite des Ligamentum latum ist ein Anteil des die Beckenorgane allseits umziehenden Peritoneums. Der der Uteruskante der Vagina, dem Beckenboden zugekehrte Anteil ist Bindegewebe = Para-

metrium. Dieses Bindegewebe ist fest und elastisch, eigentlicher Suspensionsapparat des Uterus, seine Entzündung macht es dick und unelastisch, die Beweglichkeit des Uterus vermindert sich: Parametritis; aus diesem Grunde habe ich die sonst als Ligamenta cardinalia, transversa oder lata genannten Gebilde als Ligamenta suspensoria bezeichnet.

Die Ausbuchtung des Peritonealraums, die allgemein als Douglas'scher Raum bezeichnet wird, und die sich zwischen Hinterwand des Uterus und Vagina auf der einen Seite, und dem Mastdarm auf der anderen Seite befindet, wird ebenfalls durch zwei analog unterhalb des Peritoneums liegende Bindegewebszüge verstärkt. Entsprechend ihrem Verlauf von der Zervix zum Os sacrum werden sie als Ligamenta sacro-uterina bezeichnet. Halten die Ligamenta suspensoria (lata) den Uterus wie ein Sprungtuch elastisch und doch nicht sinkbar in der Beckenhöhle, so ziehen die Ligamenta uterina die Zervix nach hinten. Schließlich geht noch ein dünnerer, aber bei entzündlichen Erkrankungen in die Erscheinung tretender, wiederum unterhalb des Peritoneums verlaufender Bindegewebszug, von der Vorderwand der Zervix die Blase umrandend, zur Hinterwand des Os pubis: Ligamenta pubo-vesico-cervicalia. Das Ligamentum rotundum aber hat als Analogon des Gubernaculum ovarii wohl Entwicklungsgeschichtlich, wie wir noch sehen werden, eine Bedeutung beim Descensus uteri, nicht aber eine Bedeutung für den Suspensionsapparat.

Die Ligamenta suspensoria halten mit den beiden genannten Hilfs-ligamenten (Ligamenta sacro-uterina und Ligamenta pubo-vesico-cervicalia) den Uterus in situ.

Der M. levator ani ist das eigentliche Diaphragma pelvis mit seinen beiden um Vagina und Urethra herumgehenden, an der hinteren Fläche des Os pubis inserierenden Schenkeln. Der Praktiker erinnert sich dieses Muskels aus der Anatomie und Physiologie, er weiß aber nicht, daß er in jedem Falle diagnostiziert werden kann!

Der linke Zeigefinger wird in die Vagina eingeführt und tastet dicht hinter dem Introitus den um die Vagina herumziehenden Muskelrand (Levator-Schenkel); deutlich kann er seine Kontraktion beobachten, wenn er die Patientin auffordert, den Anus fest einzuziehen oder die Bauchpresse in Tätigkeit zu setzen. Auch wenn man die Kniee der zu Untersuchenden adduzieren läßt und sich nun bemüht, diese voneinander zu entfernen, kontrahiert sich der Muskel. So können wir uns in überraschend einfacher Weise ein Urteil über seine Stärke und Wirksamkeit bilden.

Und schließlich haben wir noch ein als Stützapparat dienendes Organ zu erwähnen, die Harnblase. Bei normaler Anteflexio uteri ist sie hinten zwischen dem vom M. trigoni urogenitalis ausgefüllten Schambergwinkel gelagert, die durch die Bauchpresse auf die hintere Wand des Corpus uteri wirkenden Kräfte paralisierend.

Während aber Suspensions- und Stützapparat die Zervix elastisch fixieren, wird dem Corpus uteri seine Beweglichkeit im hohen Maße erhalten, wie es der wechselnde Füllungsgrad der Blase und sein Wachstum in der Schwangerschaft erfordern.

Die Stellungsanomalien¹⁾ des Uterus sollen uns nun, soweit ihre Diagnose und Therapie in Frage kommen, beschäftigen.

Wie zahlreich die Arten der verschiedenen Stellungsanomalien sein müssen, erhellt aus der einfachen Ueberlegung, daß erstens Corpus und Cervix uteri in verschiedenem Winkel zueinander stehen (Flexionen: Anteflexionen, normale und pathologisch spitzwinklige; Retroflexionen), daß zweitens die Lage des ganzen Organes (Corpus und Zervix) im Beckenraum seine Stellung ändern kann (Positionen: Ante-, Retro-, Sinistro-, Dextropositio); drittens kann bei nicht mehr flektierter, sondern gestreckter Verbindung zwischen Corpus und Zervix der Uterus um seine transversale Achse nach vorn oder hinten geneigt (Versionen: Ante-, Retroversio); und viertens kann das Corpus zur Zervix gedreht sein (Torsionen: Dextro- und Sinistrotorsio).

Bedenkt man nun noch, daß alle die Stellungsanomalien miteinander in Kombination treten können, so ist das Bild des Einzelfalles äußerst wechselreich.

b) Retroflexio.

Von allen diesen Modifikationen kommt für den Praktiker in erster Linie die Beugung des Korpus nach hinten, die Retroflexio, beziehungsweise die mit einer Neigung des ganzen Organes einhergehende Retroversio-flexio in Frage.

Die Diagnose ist einfach, der tuschierende Finger findet bei entleerter Blase den vorderen Douglasraum frei: äußere Hand und innerer Finger berühren sich. Geht nun der innere Finger an die Hinterseite, dem hinteren Douglas zu gerichtet, und drückt tief kreuzbeinwärts von außen die andere Hand, so fühlt man das Corpus im hinteren Douglas. Bildet es einen Winkel mit der Zervix, so spricht man von einer Flexio. Ist der Winkel stumpf, von einer Versio-Flexio, und ist er aufgehoben, von einer Versio.

So leicht demnach die Diagnose der Lageanomalie als solche gestellt wird, um soviel schwerer ist die diagnostische Forderung zu erfüllen: „Handelt es sich um eine fixierte oder um eine bewegliche Retroflexio?“ Und doch muß diese Forderung erfüllt sein, bevor eine ordentliche Therapie in die Wege geleitet werden kann.

Die Beweglichkeitsprüfung ist also der Schlußstein unserer Diagnose.

¹⁾ Die Senkung (Descensus) und Hebung (Elevatio) werden später gesondert besprochen.

Die Beweglichkeitsprüfung wird nach den von B. Schultze angegebenen Griffen ausgeführt.

1. Handgriff: Diesmal zwei Finger der inneren Hand drücken das Korpus aus dem hinteren Douglasraum heraus und nach oben.

2. Handgriff: Ist der Uterus aus dem Douglasraum heraus „gepumpt“, so gehen die inneren Finger schnell an die Portio, diese nach hinten drängend, während die äußere Hand das Korpus zwischen Promontorium und Uterus in die Tiefe gehend nach vorne, blasenwärts, drückt.

Im allgemeinen wird der Handgriff bei vernünftigen Frauen zum Ziele führen; gelingt er nicht, so muß man ihn in Narkose ausführen.

Die Aufrichtung mittels Zug an der Portio, der durch eine Kugelzange ausgeübt wird (nach Küstner), empfehle ich dem Praktiker nicht, obwohl die Methode dem Spezialisten in manchen Fällen gute Dienste leistet.

Nachdem man auf diese Weise festgestellt hat, ob die Lageveränderung, die Retroflexio, beweglich ist oder fixiert, wird man unter Zuhilfenahme der subjektiven Symptome der Patientin zu einer kausalen Therapie gelangen.

Die Therapie der Retroflexio wird sich also in zwei ganz verschiedenen Bahnen bewegen müssen, je nachdem es sich um eine bewegliche oder fixierte Knickung handelt. Die subjektiven Beschwerden der Patientinnen mit Retroflexio mobilis sind Legion, sie zerfallen ihrer Art nach in zwei: erstens in die lokalen und zweitens in die allgemeinen Symptome.

Hielt man in früheren Zeiten all die allgemeinen Symptome, wie: Kopfschmerzen, leichte Erregbarkeit, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und Stimmungswechsel, durch die Retroflexio bedingt, so ist man in neuerer Zeit vielfach zu dem Gegenteil übergegangen, auch die lokalen Beschwerden: Kreuzschmerzen, ziehende Schmerzen im Leib, Blasenbeschwerden, als Zeichen einer allgemeinen Hystero-Neurasthenie anzusprechen. Ich stehe nicht an zu behaupten, daß, ebenso wie die früheren Anschauungen nicht das Richtige trafen, auch die moderne Diagnose der Hystero-Neurasthenie oft falsch gestellt ist. Wenn man Fälle sieht, wo bei normalem Tuschierbefund und anteilektiertem Uterus fortgesetzt diese eben beschriebenen lokalen und allgemeinen Beschwerden geäußert werden, so muß jeder zu dieser Diagnose Hystero-Neurasthenie kommen. Läßt man sich nun durch die Klagen der Patientin bewegen zu operieren und findet dann, wie ich erst jüngst in zwei Fällen, bindfadendünne Verwachsungen zwischen Netz und Genitalapparat, so muß man, wenn man ehrlich ist, zu dem Ergebnis kommen, daß unsre Diagnose in vielen Fällen bei Adhäsionen versagt und wir dann zu Unrecht die Diagnose Hystero-Neurasthenie stellen.

Der hierdurch klar gegebene Gang unseres Heilverfahrens ist also kurzgefaßt folgender: Finden wir bei unseren Patientinnen, die mit den bezeichneten Klagen zu uns kommen, eine Retroflexio, so werden wir sie, falls sie beweglich ist, aufzurichten versuchen und in dieser Lage erhalten. Für den Praktiker wird hier in erster Linie die Ringbehandlung in Frage kommen.

Die Gebärmutter wird in der beschriebenen Weise aufgerichtet und nun am besten mit einem Pessar nach Hodge, von dem man alle Größen vorrätig halten muß, eingelegt; auch die Pessare nach Thomas sind für manche Fälle empfehlenswert. Während die linke Hand die Vulva entfaltet, wird das Pessar in folgender Weise mit der rechten Hand schräg gegen den Introitus gelegt: Das ovalgeformte, aus Hartgummi bestehende Pessar hat einen breiteren hinteren, etwas nach oben gekrümmten Bügel und einen vorderen schmäleren, nach abwärts gebogenen Rand. Die rechte Hand hält nun in der beschriebenen Weise das Pessar so gegen den Introitus, daß beim vorsichtigen Einschieben, wobei stets die vordere Kommissur und die Klitoris zu meiden ist, der breitere obere Bügel hinter die Portio zu liegen kommt, während der schmälere, abwärts gekrümmte Bügel vulvawärts sieht. Durch die Streckung der Scheide und durch den im hinteren Scheidengewölbe liegenden breiteren Bügel wird die Portio nach hinten gezogen und dadurch das Corpus uteri in Antelexio gehalten. Der nunmehr auf die hintere Fläche des Uterus wirkende intraabdominelle Druck befördert die Lagekorrektur.

Zwei Regeln sind beim Pessareinlegen zu beachten: 1. Das Einlegen eines Pessars darf nicht wehtun; 2. es darf stets nur die kleinste, gerade noch haltende Nummer gewählt werden.

Wird das Pessar in der geschilderten Weise eingelegt, so ist es nicht mit Schmerzen verbunden. In der Praxis werden, wie man immer und immer wieder sehen kann, im allgemeinen zu große Nummern gewählt. Uebermäßiges Ausdehnen des Scheidenrandes, Druckursuren und Schmerzen sind die Folge. Besser ist es, ein Pessar wird zu klein gewählt und fällt heraus, als daß ein zu großes drückt. Man lasse nach dem Einlegen des Pessars die Patientin mehrmals schnell durch die Stube gehen. Man bestelle sie am nächsten Tage zur Kontrolle wieder in die Sprechstunde. Wird ein Pessar verloren, so wählt man die nächstgrößere Nummer. Die Patientin muß täglich eine Scheidenspülung, am besten mit Kamillentee machen. Bei Beginn der Menstruation muß sie das Pessar selbst herausnehmen und nach der Menstruation es wieder vom Arzte einlegen lassen. Wie jeder Fremdkörper, reizt das Pessar die Scheidenschleimhaut, es lenkt die Psyche der Patientin auf ihr Gebrechen; so wird aus Gründen der Ästhetik von vielen Frauen die Pessarbehandlung abgelehnt.

Aber es gibt noch andre Kontraindikationen für die Pessarbehandlung: Es ist falsch, bei entzündlichen Erkrankungen

der Scheide und der Portio (Erosionen) Pessare einzulegen. Es ist falsch, bei den durchaus nicht seltenen Retroflexionen der Virgines, die als eine Entwicklungshemmung ein Analogon des Kryptorchismus darstellen, einen Ring einzulegen; Deifikationen sollen in der Sprechstunde nicht stattfinden.

Es ist falsch, bei Frauen mit schlecht erhaltenem Damm die Ringbehandlung zu beginnen. Der vordere Bügel, der nur bei gutem Vulvaschluß seinen Zweck erfüllt, wird hier herausgleiten müssen, und die Riesenpessare, die man in solchen Fällen zu sehen bekommt, eignen sich besser für die tierärztliche Praxis; sie pressen sich, statt ihre Stütze am fehlenden Damm zu finden, in die zarte Schleimhaut der Scheide und bewirken schließlich, statt zu helfen, Gangrän und aashaft stinkenden Ausfluß.

Für all diese Fälle, mögen sie nun psychisch oder anatomisch und pathologisch-anatomisch kontraindiziert sein, haben wir in der sachgemäß ausgeführten Operation eine bessere Methode, die die Frauen in kürzester Zeit gesund und arbeitsfähig macht. Daß neben der tatsächlichen Korrektur der Lageveränderung auch der psychische Effekt: jetzt bin ich gesund, mitspricht, ist selbstverständlich.

Rekapitulierend kann man also sagen: Jede bewegliche Retroflexio, die Beschwerden macht, wird aufgerichtet, ob mit Hilfe des Pessars oder mit Hilfe der Operation, ist im Einzelfall zu entscheiden: Jede bewegliche Retroflexio, die keine Beschwerden macht und als Gelegenheitsbefund festgestellt wird, wird zunächst nur protokolliert und der Patientin nichts davon gesagt. Aber man sei sich darüber klar, was in den Lehrbüchern viel zu wenig zum Ausdruck kommt, daß jede bewegliche Retroflexio mit der Zeit zu einer fixierten Retroflexio werden kann. Es ist gar keine Frage, daß das verschiebliche, durch den wechselnden Füllungszustand der Blase bewegliche Peritoneum des vorderen Douglasraumes statisch und physiologisch besser den Druck des Corpus uteri trägt als das an ihn nicht gewöhnte Peritoneum des hinteren Douglasraumes. Dort kommt es leicht zu Verwachsungen und Adhäsionen, besonders bei der Menstruation, zu Hyperämien und Reizungen des Mastdarmes und dadurch wieder zur Durchwanderung von Kolibakterien.

Mit anderen Worten, wir sind bei der Retroflexio uteri fixata angelangt. Die Retroflexio uteri fixata stellt also nichts anderes dar als eine chronische Bauchfellentzündung bei bestehender Lageanomalie, deren Ursache in der Lageanomalie zu suchen ist. Die Diagnose der Retroflexio uteri fixata muß immer dann gestellt werden, wenn es dem Geübten auch bei der narkotisierten Frau nicht gelingt, den Uterus aufzurichten, aber das Umgekehrte ist, wie wir uns bei unseren Operationen überzeugen können, nicht der Fall. Es gibt zahlreiche Retroflexionen; die sich mehr oder minder leicht aufrichten lassen, in Narkose oder ohne diese, und bei denen die schlaffen, die Aufrichtung nicht hindernden Adhäsionen dann erst recht Beschwerden machen. Meist führt uns aber die Anamnese auf den richtigen Weg: hatten wir doch schon am Ende des vorigen Abschnittes uns die Gründe klargemacht, warum eine bewegliche Retroflexio mit der Zeit fixiert werden mußte.

Besonders gefährdet ist die Frau in der Zeit des Wochenbettes. Der schwere, nach hinten sinkende puerperale Uterus findet in dem aufgelockerten Peritoneum eine vorzügliche Klebefläche. Wer gewohnt ist, am Ende eines jeden Wochenbettes die Wöchnerin darauf zu untersuchen, wird manche Retroflexio fixata ex puerperio verhindern können.

Aber auch die perimetritischen Prozesse können Ursache sein, mögen sie nun septischer, gonorrhöischer, tuberkulöser, seltener luischer Natur sein. Die Blinddarmentzündung spielt hier eine gewichtige Rolle. Die Blutkoagula einer Extrauterin gravidität werden organisiert und zu Adhäsionen gewandelt. All diese so entstehenden Pseudobänder überspannen in allen Richtungen und Variationen den Raum des kleinen Beckens, überziehen in erster Linie das Cavum Douglasii, ziehen zum Mastdarm und, wie die gespannten Saiten den Bogen, beugen sie den Uterus bei ihrem Schrumpfpfeß nach hinten. Daß bei diesen Adhäsionsbildungen in erster Linie die Adnexe mitbeteiligt sind, ist selbstverständlich und wird bei Besprechung der Adnexe an anderer Stelle noch abgehandelt werden. So variabel wie die Morphologie der Adhäsionen, die zur Retroflexio fixata führen, so variabel ist ihre Wirkung auf das Befinden der Patientinnen. Findet man bei Operationen, die aus anderen Gründen, z. B. Blinddarmentzündung, Bauchhöhlenschwangerschaft, ausgeführt werden, Adhäsionsbildungen schwerster Art, ohne daß die Patientinnen vorher jemals über Schmerzen geklagt haben, so ist manchmal eine Adhäsion von der Dicke einer Stricknadel imstande, die Trägerin um jede Lebensfreude zu bringen.

Therapie: Nur auf diese letzten beschwerdenmachenden Fälle hat sich im allgemeinen die Therapie zu beschränken. Wer Geld, Zeit und Geduld hat, kann durch resorbierende Diät, durch Sol- und Moorbäder, Ruhe bei der Menstruation, Einschränkung beim geschlechtlichen Verkehr, Priebnitzsche Umschläge, heiße Scheidenduschen, Ichthyoltamppons, Jodbäder der Portio¹⁾, Jodeinpinselungen des Unterleibes und einiges mehr den Zustand der Patientinnen bessern. Solche Behandlungsmethoden ziehen sich oft über Jahre hin.

In vielen Fällen kommt man schneller zum Ziel, wenn man sich der Thure-Brandtschen Methode, der Vibrationsmassage oder der

¹⁾ Bäder der Portio macht man in der Art und Weise, daß man ein Milchglaspekulum einführt, die Portio einstellt und nun 3–4 cm des zu verwendenden Präparates hineingießt. Nach 5–10 Minuten wird das Präparat, Jod z. B., entweder mit Watte entfernt oder, wie bei Ichthyol z. B., durch vorgelegte Wattetamppons in situ gehalten.

Diathermie bedient. Die Massageverfahren sind nicht ganz ungefährlich und nur bei völlig chronischen Prozessen gestattet. Aber auch sonst bin ich kein Freund der Thure-Brandtschen Massage, weil sie, wie begreiflich, manchmal nicht ohne schädlichen Einfluß auf die Sexualpsyche der Patientinnen ist. Besser ist die Vibrationsmassage, besonders mit dem von Stoeckel angegebenen Ansatz, aber auch diese erfordert Zeit, Ruhe und Geduld.

Von der Diathermie habe ich in manchen Fällen wesentliche Besserung der Schmerzen gesehen, eine anatomische Restitutio ad integrum ist wohl nicht zu erwarten.

In sehr vielen Fällen aber läßt sich die Operation nicht vermeiden. Die runden Mutterbänder werden im Leistenkanal freigelegt, alsdann wird mit kleinem Laparotomieschnitt der kleine Beckenraum dem Auge sichtbar gemacht und nun unter genauer Berücksichtigung der Adnexe, des Blinddarmes und des Intestinaltraktes überhaupt die Adhäsionen beseitigt, durch Anziehen der schon vorher freigelegten Ligamenta rotunda der Uterus in die richtige Lage gebracht, alsdann die Bauchhöhle geschlossen.

Fassen wir noch kurz die Gründe zusammen, die uns zur Operation der Retroflexio-versio uteri fixata veranlassen, so sind dieses:

1. Fälle, bei denen aus äußeren Gründen eine längere ambulante Behandlung unmöglich ist;
2. Fälle, in denen die Retroflexio fixata Ursache der Sterilität ist;
3. Fälle, in denen die konservative Behandlung ihren Endzweck: die Schmerzlosigkeit, nicht erreicht;
4. schließlich alle die Fälle, bei denen eine Operation sowieso notwendig ist, wie z. B. die Typhlitis.

Alle die andern eingangs erwähnten Anomalien der Gebärmutter bedürfen keiner speziellen Behandlung, wohl aber sind sie uns Wegweiser zu anderen Erkrankungen des Genitalapparates, und sie werden deshalb noch öfters bei diesen genannt werden.