

II. Aus der gynäkologischen Klinik in Freiburg i. Br. Entstehungsweise und kurze Andeutungen betreffs der Prophylaxis und Therapie des Scheiden- und Gebärmutter-Vorfalles,

von

Dr. W. Tauffer, Assistenten daselbst.

(Fortsetzung aus No. 23.)

G. Primäre Senkung und Vorfall des Uterus mit partieller oder totaler Inversion der Scheide.

Das schematische Bild des completen Uterusvorfalles hat viel Gemeinschaftliches mit demjenigen, welches wir über den unvollständigen entworfen haben. Die invertierte Scheide sammt Gebärmutter bildet auch hier die bekannte Geschwulst, deren epidermisartige Oberfläche wir schon an dem betreffenden Orte erwähnten. Bei der Betastung fühlt man im Innern den ganzen Uteruskörper mit seinem — vor der Schamspalte liegenden und — umgrenzbaren Fundus, und zwar nur ausnahmsweise nach vorne, in der Regel nach hinten vertirt oder flectirt. Der objective Befund an der vorderen und hinteren Hälfte der Geschwulst ist von denselben Verhältnissen der Blase und Rectum abhängig, welche wir an der vorher genannten Stelle schon bereits würdigten. Die detaillirte Beschreibung erachte ich — mit Hinweis auf das Nachfolgende — hier überflüssig.

Es wurde gelegentlich schon erwähnt, dass die Gebärmutter in ihrer Lage, ausser durch die peritonealen Duplicaturen, durch

die Scheide unterstützt wird; die Widerstandsfähigkeit derselben gewinnt nach oben durch die Beckenfascie, durch die Bindegewebsbefestigung zwischen Scheide und Blase, unten durch den Splincter und durch die zwischen beiden Lamellen der Perinealfascie eingelagerten Dammuskeln.

Jene pathologischen Veränderungen, welche die Volumszunahme der Gebärmutter selbst bewirken, z. B. chron. Metritis und Endometritis, Leucorrhoe und Menorrhagien bewirken gleichzeitig die Auflockerung und den Verlust der Elasticität der genannten Bandapparate. Als bedeutendes Moment gesellt sich zu all diesen das Schwinden des Beckenfettgewebes, (wie dies neuerdings durch Veit l. c. bewiesen wurde) namentlich bei alten Personen, mit welchem Zustand gleichzeitig der verminderte Tonus sämtlicher Gewebe einhergeht.

Bei alten Personen schwindet das Fettgewebe zwar meistens, das Bindegewebe ist aber glücklicher Weise sehr oft narbig und schrumpft in solchem Maasse, dass in Ermangelung von anderen ursächlichen Momenten, ein Prolaps des ebenfalls verkleinerten Uterus wegen dieses Umstandes allein relativ doch nur selten entsteht.

Der primäre Vorfall bei Nulliparen, derjenige nach Abortus und rechtzeitiger Geburt, so auch derjenige bei alten Personen, finden ihre Begründung alle in den erwähnten Verhältnissen.

Wenn die Gebärmutter in toto primär tiefer sinkt, so wird sie die Scheide sich nach invertiren; nach dem Grade der Senkung verkürzt sich der Scheidenkanal allmähig und bei dem vollständigen Prolaps mit totaler Inversion hört er auf als solcher zu existiren.

Während der Entwicklung der Inversion, namentlich während der obere Theil der Scheide herabgezerrt wird, finden wir in den meisten Fällen, dass die vordere Wand sich dabei bedeutender betheiligt als die hintere; so kommt ein dem completen Vorfall vorangehendes Uebergangsstadium zu Stande, wo bei der totalen Inversion der vorderen Scheidenwand das hintere Scheidengewölbe zwar tief herabgesunken, doch noch erhalten ist.

Wenn der Vorfall vorwiegend durch jene oben erwähnten entzündlichen Ernährungsstörungen bedingt wurde, so finden wir den Uterus in seinen sämtlichen Durchmessern vergrößert. Weit häufiger ist aber der primäre Prolaps bei alten Personen, wo Resorptions- und atrophische Zustände das Organ in seinem Volumen verringert erscheinen lassen.

Das Collum uteri erleidet weder anatomisch noch mechanisch eine selbständige Beeinflussung, somit kann auch eine isolirte Veränderung desselben ausgeschlossen werden. Wir haben auch nie einen klinischen Beweis dafür vorgefunden, noch von Anderen vorgebracht gesehen, aus welchem jene Consequenz zu ziehen wäre, dass der Cervix sich bei dem primären Uterusvorfall in einer späteren Zeit hypertrophisch verlängere, d. h., dass von dem completen Vorfall sich ein incompleter herausbilde, wie dies von Veit (l. c. P. 165) zwar nicht beobachtet ist, jedoch zugegeben wird.

Bei jenem Grade der primären Senkung, wo die Gebärmutter sich noch in der Beckenhöhle befindet, nimmt dieselbe bei mässig bogen-

förmiger Krümmung meistens die retrovertirte Lage ein mit Uebergang in die Retroflexion; diese letztere Lage des Uterus ist der häufigste Befund auch bei dem completen Vorfalle; die Antelexion ist sowohl bei der Senkung wie bei dem completen Vorfalle relativ selten. Die Ursache dieses Verhaltens ist in den anatomischen Verhältnissen zu finden: die vorderen Uterusligamente befestigen das Organ nicht so straff in seiner Lage als die hinteren und demgemäss ist die Neigung der Gebärmutter zu Retroversion viel grösser als zu Anteversion; weiterhin, es bildet die enge Verbindung zwischen dem Cervix uteri und dem Blasenhalss ein augenblickliches Hinderniss für den vollständigen Vorfalle der Gebärmutter, während sie zu derselben Zeit die Retroversion des Organs begünstigt.

Verhalten der Blase, des Rectums, der vorderen und hinteren Bauchfellfalte,

In den Veränderungen dieser benachbarten Organe finden wir auch viel Aehnliches mit dem im vorigen Abschnitte Besprochenen, und wir können uns daher, mit Verweisung auf jene Stellen, kürzer fassen.

Die Blase kann in ihrer normalen Lage verbleiben, mit jener Voraussetzung, dass die Verbindung zwischen ihr, Gebärmutter und Scheide gänzlich aufgehoben ist; bei dem auf diese Weise mangelnden Widerstand kann sich die hintere Blasenwand derart ausdehnen, dass sie in die Aushöhlung des Kreuzbeins zu liegen kommt, ja sogar bei Antelexion auf der hinteren Wand des Uterus ruht.

Wenn die Bindegewebsvereinigung zwischen Uterus, Blase und Scheide erhalten ist, so wird bei dem Vorfalle der Gebärmutter ein grosser Theil, ja möglicher Weise die ganze Blase mit herabgezerrt. Im Verhältniss zur Grösse des prolabirten Blasenheiles kann diese die verschiedensten Formverhältnisse zeigen. Ist die ganze Blase in dem Vorfalle enthalten, so kann ihr tiefster Punkt den äusseren Muttermund überschreiten und die Spitze des Vorfalles bilden.*

Betreffs des Rectums sind dieselben Verhältnisse obwaltend, welche wir in dem vorigen Abschnitte bereits würdigten. Der bindegewebige, muskulöse Keil, das Septum recto-vaginale, erleidet durch die gänzlich invertirte Scheide bedeutende Zerrung, und zwar in solchem Maasse, dass dasselbe zu einem dünnen strangartigen Gebilde reducirt wird.

In jenen Fällen, wo die Bindegewebsvereinigung zwischen Blase, Uterus und Scheide gelöst wurde und die Blase an ihrer normalen Stelle verhieb, wird das Peritoneum, nachdem es durch die Gebärmutter herabgezerrt wurde, die ganze hintere Wand der Blase, die Urethra und selbst die Vagina bis zu jener Tiefe bedecken, wo der innere Muttermund sich — den pathologischen Veränderungen gemäss — befindet.

Wenn die Blase an dem Vorfalle ebenfalls betheiligt ist, so wird das Peritoneum, mit Wahrung der normalen Ansatzpunkte an Blase und Gebärmutter, im Verhältniss zu diesen Organen in die Tiefe herabtreten.

Die hintere Bauchfellfalte reicht, in Folge ihrer Verbindung mit der Gebärmutter, beinahe bis zur tiefsten Stelle des Vorfalles herab; sie überzieht die ganze invertirte hintere Scheidenwand und erreicht den Mast-

darm an einer viel tieferen Stelle als sonst, wie wir dies schon in den vorigen Capiteln besprochen haben.

Verhältnisse der Adnexa und der Ureteren.

Die Veränderungen der Adnexa nehmen im gleichen Maasse mit dem Grade des Vorfalles zu, daher sind auch deren verschiedene Abstufungen nicht schwer zu vergegenwärtigen.

Der durch den Vorfalle gebildete, mit seiner Spitze nach abwärts gerichtete Trichter enthält, von der Bauchhöhle aus betrachtet, ausser den raumausfüllenden Gedärmen, in der Tiefe die Gebärmutter, vorne die Blase und nach hinten (eventuell) das Rectum, beiderseits die Ovarien, die Tuben, die ausgedehnten Ligamente und am weitesten nach aussen die Ureteren.

Bei dem äusseren Betasten fühlt man alle diese Organe ziemlich deutlich durch; ganz klaren Einblick erlangen wir aber erst durch die combinirte Untersuchung per Mastdarm und Geschwulstwand; es gelingt auf diese Weise die genaue Betastung der Conturen des Uterus, die Anheftungsstellen der Ligamente, so auch die Betastung der Ureteren, der Tuben und im günstigen Falle der Ovarien, welche letztere unmittelbar hinter den absteigenden Schambeinast liegen; natürlicherweise ist dabei vorausgesetzt, dass Adhäsionen oder Exsudate die Orientirung nicht behindern; und selbst die negativen Resultate, wodurch das Vorhandensein von Exsudat und membranöser Schwarten bestätigt wird, sind von hohem practischem Interesse. Die Ureteren erleiden ausser der Zerrung, bei dem Durchtritt unter den Schambeinen leicht einen Druck und eine Knickung und als Folgezustand eine Erweiterung, welche letztere zu den bekannten Consequenzen der chronischen Urinstauung führen kann.

(Schluss folgt.)