

Die „Anguli vaginae“ und ihre Bedeutung für Geburtshilfe und Gynäkologie.

Von

G. Walcher, sen.

(Mit 1 Textfigur.)

Hinter dem Arcus pubis, zu beiden Seiten des Harnröhrenwulstes, tastet der untersuchende Finger je eine Grube, in welcher dem Periost der Hinterfläche des absteigenden Schambeinastes in etwa pfennigstückgrosser Ausdehnung die Vaginalwand unmittelbar aufliegt. Die Vagina ist hier mittelst kurzen, festen Bindegewebes direkt ans Periost und an die obersten Fasern des Levator ani angeheftet, die einzige direkte, feste Verbindung der Vagina mit den Knochen des Beckens.

Es ist mir seit über einem Vierteljahrhundert aufgefallen, dass ich diese prägnanten, so scharf abgegrenzten Punkte weder in anatomischen, noch gynäkologischen Lehrbüchern finden konnte, ja, es fehlt ihnen sogar der Name, wenn die Stellen auch von einzelnen Anatomen erwähnt werden.


Ich habe sie Anguli vaginae genannt und möchte auf ihre Bedeutung für die Gynäkologie in folgendem näher hinweisen. —

Sogar in der jüngst erschienenen, vortrefflichen, eingehenden und zusammenfassenden Arbeit von Ed. Martin: „Die Haftapparate der weiblichen Genitalien“¹⁾, ist dieser Punkte garnicht gedacht. Er sagt S. 61: „Eine Befestigung der Scheide tritt klinisch nur an zwei verschiedenen Stellen hervor: am Uebergang zum Uterus und am Durchtritt des Scheidenrohrs durch das Diaphragma urogenitale. Die Befestigung am Scheidenausgang tritt bei der hinteren Kolporrhaphie zutage. Von dem bogenförmigen Schnitte aus muss nur in der Ebene des Diaphragma urogenitale die Scheidenwand scharf von ihrer Unterlage getrennt werden, weiter beckenwärts lässt sich die stumpfe Ablösung dann ohne weiteres durchführen.“

1) Dr. Ed. Martin, Die Haftapparate der weiblichen Genitalien. I. Teil. Berlin 1911.

Auf Grund dieser Beobachtung muss angenommen werden, dass das Scheidenrohr zwischen Diaphragma urogenitale und den dichten Bindegewebszügen, die sich von der Cervix zur Beckenwand hinziehen, ausgespannt ist.“

Er kennt also den Haftapparat an den geschilderten Stellen überhaupt nicht. In meiner Habilitationsschrift habe ich erstmals auf ihr Vorhandensein hingewiesen.¹⁾

Die festeste Anheftung aber, welche die Scheide an der vorderen Beckenwand erfährt, ist diejenige an der Innenfläche der absteigenden Schambeinäste. Diese eminent straffe Anheftung, welche zwar von einigen Autoren angeführt ist, wurde in ihrer grossen Bedeutung für die Pathologie des Prolapsus nicht genügend gewürdigt. Diese Anheftung der Scheide ist häufig nicht auf einen einzelnen Punkt beschränkt, sondern zieht sich zu beiden Seiten der absteigenden Schambeinäste einige Zentimeter weit herab, wodurch der untere Teil der Scheide gewissermassen dachförmig am Schambogen aufgehängt ist. Es entstehen durch diese Verhältnisse zu beiden Seiten des Harnröhrenwulstes je ein Winkel, welcher auch nach vorne zu, oben an der Hinterwand der absteigenden Schambeinäste mit Schleimhaut bekleidet ist und das Endstück der oberen Zipfel der Henle'schen Figur bilden, die Vermittlung der  förmigen Figur des Scheidenlumens zur senkrechten spaltförmigen des Introitus.

In der Frage der Prolapsoperationen spielen diese Punkte eine wichtige Rolle. Ist die Anheftung der Vagina an diesem Punkte bei einem Prolaps der vorderen Scheidenwand eine gute, so wird man, bei zu ausgiebiger Anfrischung an dieser Stelle, die Kolporrhaphiewunde nur mit grosser Spannung oder garnicht mehr vereinigen können, da die Scheidenwand infolge ihrer festen Verwachsung am Becken nicht nachgeben kann, wie das bei weiter uteruswärts, hinten in der Scheide gelegenen Partien der Fall ist.

Ist aber die Anheftung der Vagina in den Angulis vag. verloren gegangen, wie dies bei vielen Prolapsen der Fall ist, dann schiebt sich die Vagina um den Arcus pubis herum nach vorn und aufwärts, so dass die Urethralmündung der Clitoris zu sieht, anstatt gerade aus.

Diese Prolapse sind es vor allen, welche, nach den gewöhn-

1) Senkung und Vorfall von Scheide und Gebärmutter, sowie die veralteten Dammrisse. Tübingen 1887. S. 12.

lichen Prolapsoperationsmethoden operiert, zum Recidiv neigen. — Ich habe deshalb in meinem Vortrag auf dem Gynäkologenkongress in Wien¹⁾, der wegen Zeitmangels nicht mehr gehalten, sondern nur in den Verhandlungsberichten gedruckt worden ist, eine Operationsmethode veröffentlicht, deren ich mich in diesen Fällen als Hilfsoperation bediene, um die Aufheftung wieder zu gewinnen.

Die genauere Beschreibung dieser Hilfsoperation möge in dem obengenannten Aufsätze nachgelesen werden. Sie besteht in kurzem darin, dass durch die Vaginalwand des gelockerten Angulus eine geeignete Nadel aufs Periost der Hinterfläche des absteigenden Schambeinastes (dem früheren Anheftungspunkte) eingestochen, um den horizontalen Schambeinast nach oben herum auf der Bauchhaut wieder ausgestochen wird, um einen doppelten Faden durchziehen zu können. Derselbe trägt unten einen erbsengrossen, festen Jodoformgazeknäuel. Durch Anziehen des Fadens nach oben wird der Angulus an die verlorene Anheftungsstelle angedrückt. Durch die in den nächsten zehn Tagen entstehende Druckgangrän bildet sich ein kleiner Granulationstrichter, dessen Narbenausfüllung nach Entfernung des Fadens und Jodoformgazeknäuels den Angulus mit seiner alten Anheftungsstelle wieder vereinigt.

Für die Pessarbehandlung von geringen Graden von Prolaps sowie von Retroversioflexio und Descensus kommen die Anguli ganz besonders in Betracht.

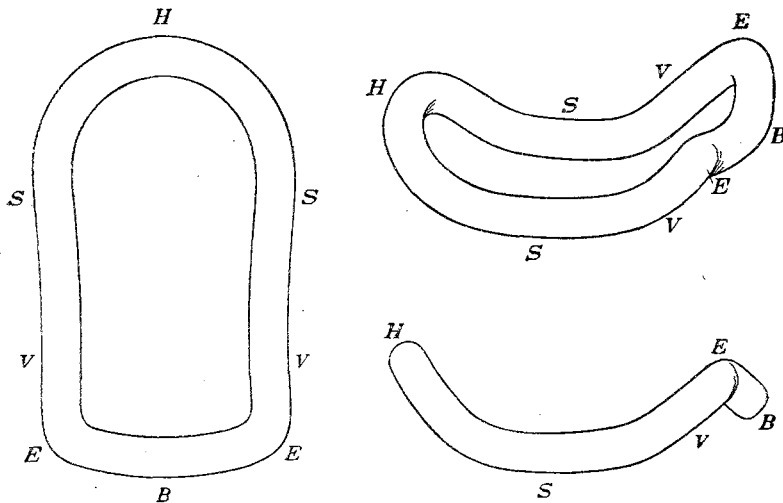
Die Pessarbehandlung leistet in den Händen des Meisters vortreffliche Dienste. Meister wird aber nur der, der die Formen der Vagina genauestens studiert hat und für jeden einzelnen Fall das Pessar zweckentsprechend zurecht biegt. In der Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins²⁾ habe ich ein Pessar veröffentlicht, das auf diese Verhältnisse Rücksicht nimmt, das zwar zur Erleichterung der Formung in der am häufigsten vorkommenden Form vorbereitet ist, aber doch noch für den speziellen Fall nachgebogen werden soll. Hodge- und Thomas-Pessare halten in vielen Fällen nicht genügend, weil schon bei geringer Steigerung des intra-abdominellen Drucks der vordere Bügel durch den weiten Introitus

1) Die Anheftung der Scheide, eine neue Hilfsoperation zur Behandlung schwerer Vorfälle der vorderen Scheidenwand. Verhandlungen der deutschen Gesellsch. f. Gynäk. 1895.

2) Zur Behandlung der Retroversio und des Descensus uteri. Festschrift des Stuttgarter ärztl. Vereins. 1897.

durchgleitet und dadurch das Pessar nach aussen führt, weil es keinen Widerstand im Introitus findet.

Die Anguli vaginae, die, wie oben gesagt, die oberen Zipfel der Henle'schen H nach vorne hin abschliessen, sind aber Flächen, welche im rechten Winkel zur Achse der Scheide gestellt sind und damit vortrefflich zu Stützpunkten passen gegen eine in der Richtung der Vaginalachse vordrängende Kraft. Sie habe ich also als Stützpunkte für das Pessar zu verwerten gesucht. —



Das runde Ende H sitzt im Blindsack der Vagina. Die beiden seitlichen Bügel S liegen in den unteren Henle'schen Zipfeln und ihr vorderer Teil V auf den Schenkeln des Musculus levator ani, während die beiden Ecken E in die Anguli zu liegen kommen und der vordere abwärts gebogene Bügel B den Harnröhrenwulst umgreift. Das Pessar hat neben allem anderen den grossen Vorzug, in vielen Fällen zu halten, wo die anderen versagen und dazu noch die nicht zu unterschätzende Eigenschaft, in den meisten Fällen den Coitus nicht zu stören.

Das Pessar ist in verschiedenen Grössen von der Firma Spring, Stuttgart, zu beziehen.

Es ist wie die Prochownik'schen Hodge-Pessarien so hergestellt, dass es in siedendes Wasser geworfen seine Gestalt beibehält oder, wenn vorher verändert, wieder annimmt. Ich habe mich entschlossen, diese Grundformen herstellen zu lassen, weil es schwer ist, an den gewöhnlichen Pessarien die Ecken E muster- gütig anzubiegen.

Das Pessar hat zu meiner Freude seit Jahren Eingang gefunden in England und Amerika — mehr als in Deutschland!

Bei den beckettrennenden, geburtshilflichen Operationen vollends sind die Anguli vaginae zum grossen Nachteil der Operierten von den meisten nicht genügend gewürdigt worden. Gigli selbst hat wohl unbewusst den Sägeschnitt so gelegt, dass die Anguli geschont wurden. Auch die anderen Operateure, die den Schnitt nach aussen von den Angulis legen, haben ihn nicht wegen der Schonung der Anheftungsstellen der Vagina nach aussen gelegt, sondern aus anderen Gründen.

Ich aber habe den Vorschlag der Durchtrennung des Beckens an dieser Stelle, d. h. ausserhalb der Anheftungsstelle der Vagina und ausserhalb der unpaarigen Organe: Vagina, Urethra und Clitoris als grossen Fortschritt, im Gegensatz zur Symphyseotomie begrüsst und als erster in Deutschland eine Pubeotomie ausgeführt.

Der Grund, warum der ausserhalb der Anguli gelegte Sägeschnitt dem andern medianwärts von den Anheftungsstellen gelegenen Schnitte so weit überlegen ist, ist darin zu suchen, dass beim Spreizen der Beckenhälften die Vagina nicht gezerzt wird, sondern mit dem median gelegenen Teil des durchtrennten Os pubis nach der anderen Seite in toto abweicht.

Bei medianwärts von den Angulis, also zwischen ihnen liegender Durchtrennung werden die Anguli beim Spreizen von einander entfernt, und so muss es entweder zur Zerreissung der Scheide, oder zur Abreissung der Anguli vom Periost kommen; wir haben uns dann nicht zu wundern, wenn ein Vorfall der Scheide das ungewollte Resultat der Operation ist.¹⁾ —

Die Ausserachtlassung dieser anatomischen Verhältnisse ist daher einer der Hauptgründe für den mangelhaften Erfolg der Hebosteotomie, welche bei Beachtung der geschilderten Verhältnisse weniger von ihrem anfänglichen Ansehen eingebüsst hätte, als dies leider der Fall ist. Und so habe ich die Hebosteotomie nicht fallen lassen, da sie in geeigneten Fällen doch noch eine leichtere Operation darstellt, als der bei infizierten Fällen so gefährliche Kaiserschnitt.

Ich empfehle den Herren Kollegen, nachzuuntersuchen, um sich von dem Gesagten zu überzeugen.

1) Zur Technik der Hebosteotomie. Centralbl. für Gyn. Nr. 30. 1907.