

## DIE HYPERTROPHIE DER PORTIO-VAGINALIS UND DEREN BEHANDLUNG. \*)

Von Dr. Gabriel Engel.

Die Erkrankung des Scheidentheiles der Gebärmutter ist, — trotz seiner verborgenen Lage oft Gegenstand ärztlicher Behandlung.

Als Theil der Gebärmutter spielt er sowohl in deren physiologischen Thätigkeiten, wie auch krankhaften Veränderungen theils eine passive, theils active Rolle, um auch selbstständig verhältnismässig öfter zu erkranken als die übrigen Geschlechtsorgane. Als Entwicklungsstelle von Neubildungen finden wir ebenfalls die Portio-Vaginalis in erster Reihe betheiligt. Betreffs des Ursprunges und der Entwicklung der Neubildungen, — abgesehen von den weniger sicheren Hypothesen wie z. B. die Cohnheim'sche, herrscht gegenwärtig die Ansicht, dass diejenigen Körpertheile, welche äusseren Einwirkungen am meisten ausgesetzt sind, auch zu Neubildungen die grösste Anlage haben; aus ähnlichem Grunde erklärt sich auch die Häufigkeit anderartiger Erkrankungen.

Gänzlich abgesehen von den Neubildungen des Scheidentheiles und den Operationen, welche wir zu deren Entfernung vornehmen, will ich diesmal nur von denjenigen Erkrankungen und deren Behandlung sprechen, welche wir als Hypertrophie der Portio-Vaginalis kennen.

Schroeder theilt, aus praktischem Gesichtspunkte, den Gebärmutterhals in drei Theile. Die obere Grenze des unteren, wirklichen Scheidentheiles giebt die vordere Scheidenwölbung, die des mittleren Theiles die Höhe der hinteren Scheidenwölbung, während sich der dritte Theil überhalb der Letzteren befindet.

An der Hypertrophie können diese Theile entweder einzeln

---

\*) Vorgetragen in der Sitzung vom 1-ten März, 1889. der medicinischen Abtheilung.

oder zusammen theilnehmen: im letzteren Falle können wir die Hypertrophie der ganzen Gebärmutter wahrnehmen.

Bei jenen Weibern, welche noch nicht geboren haben, behält der hypertrophisirte Scheidentheil seine ursprüngliche Gestalt, nur im vergrösserten Maasstabe. Bei jenen hingegen, die schon geboren haben, zeigen sich die einzelnen Lippen des Gebärmuttermundes in verschiedener Grösse und Gestalt, vorzüglich aber in den Breiten-dimensionen theilhaftig. Bei grösserer Hypertrophie der vorderen Lippe dreht sich der Gebärmuttermund gegen die hintere Wand der Scheide, und zeigt die Gestalt der Tapirnase (col tapiroid), oder wie in Elisher's beschriebenen Falle, wo die Schleimhaut um den Gebärmuttermund ringsherum eine Falte bildete, die Form einer Schweinsnase.

Bei Nulliparen kommt meistens die längliche Kegelform (conoid) oder die des erigirten Penis vor.

Die bedeckende Schleimhaut ist bald glatt, bald mit Druck-, oder Reibungs-Erosionen bedeckt, deren Entstehung durch die reichliche katarrhalische Ausscheidung des Cervicalcanales begründet erscheint. Die Scheidenwölbungen sind mit dem untersuchenden Finger manchemal kaum zu erreichen, wenn die Gebärmutter ihren normalen Stand behalten hat, und die Schleimhaut an der Hypertrophie nicht theilnimmt. Die Hypertrophie der Scheidenschleimhaut kann aber auch derartige Dimensionen annehmen, dass bei oberflächlicher Untersuchung das Vorhandensein einer Gebärmutter-Senkung vorgetäuscht wird.

Bei Nulliparen behält die Gebärmutter ihre normale Höhenlage im Becken erleidet sie jedoch in der Richtung ihrer Achse Neigungen nach vorn oder hinten, und da der hypertrophirte Scheidentheil der Gebärmutter die Richtung der Scheide behalten muss, knickt der von den Rundbändern gezogene Gebärmutter-Körper nach vorne (anteflexio uteri retroversi).

Wir sind nicht in der Lage die Ursache der Hypertrophie in jedem Falle zu finden, und können deshalb den Entstehungs-Grund oft nur annähernd andeuten. Martin's Annahme erweist sich bei Jungfrauen und Nulliparen als warscheinlich, nämlich dass die Erkrankung der Gebärmutter durch Bildungs-Anomalien oder Traumen bedingt sei. In zwei meiner Fälle wurde -- bei Jungfrauen -- als Ursache Herabfall und Sprung, also grosse körperlichen Erschütte-

rungen, angegeben, ebenso in zwei anderen Fällen, wo dem Trauma eine Fehlgeburt folgte. Es ist nicht zu läugnen, dass in vielen Fällen auch die künstliche Geschlechtsreizung eine Rolle spielt, wie bei Hypertrophie des Kitzlers- und der Schamlippen.

Bei Weibern, welche schon geboren haben, sind die in Folge der Geburt entstandenen Gebärmutterhals-Einrisse, die fehlerhaften Involutionen, Neigungen und entzündlichen Geschwülste, welche alle Störungen in der Blutcirculation hervorrufen, als Gelegenheits-Ursachen zu betrachten, so wie auch alldiejenigen Krankheits-Zustände, welche unter dem Sammelnamen der chronischen Gebärmutterentzündung bekannt sind. Ein Theil dieser Fälle könnte auch Stauungs-Hypertrophie genannt werden, wie wir dies nicht selten bei Retroversion der Gebärmutter Gelegenheit haben zu beobachten. Indem nach dem Climacterium zumeist bösartige Neubildungen zur Behandlung kommen, kann dieser Umstand als Beweis dienen für diejenige Annahme, gemäss welcher alle während der Geschlechtsreife vorkommenden die Gebärmutter treffenden physiologischen oder pathologischen Veränderungen auf die Entwicklung der Hypertrophien einen nachahmenden Einfluss üben.

Die bezeichneten Veränderungen der Portio-Vaginalis sind natürlich auch auf die übrigen Geschlechtsorgane nicht ohne Nachwirkung. Die Gebärmutterbänder werden gezerrt, in den Beckenorganen zeigen sich in Folge des Druckes und der Zerrung Schmerzen, welche sich während den Perioden manchenmal bis zur Unerträglichkeit steigern. Die Vagina ist fortwährendem Reize ausgesetzt, durch die Reibung, welche die vergrösserte Portio-Vaginalis bei jeder Bewegung des Körpers verursacht, weshalb auch stets ein acuter oder subacuter Katharrh mit reichlicher Ausscheidung vorhanden ist. Die Schleimhaut des Halskanales ist in den meisten Fällen in katharrhalischem Zustande und ihre Ausscheidung sowohl wie jene der Scheide hält die äusseren Geschlechtsorgane in fortwährendem Reizzustande. Bezeichnend ist die Äusserung der an diesem Übel Leidenden, dass sie fortwährend das peinliche Gefühl haben, als hätten sie einen erigirten Penis in der Scheide. Häufig kommt das Jucken vor, und bei überaus reichlicher Ausscheidung das Wundwerden der Schamlippen, was sich zeitweise auch an den Innenflächen der Schenkel in Gestalt von Hautentzündungen zeigt.

Die Funktion des Mastdarmes ist — trotz öfterem Stuhldreiz — träge. Ist die Portio-Vaginalis soweit vergrössert, dass sie zwischen den Schamlippen erscheint, so finden wir die Reizerscheinungen noch mehr gesteigert: der Coitus wird schmerzlich, sogar unmöglich, und jede Conception ausgeschlossen. In den meisten Fällen sind es die zwei letzteren Gründe die die Leidenden ärzliche Hülfe in Anspruch zu nehmen zwingen.

Beim grössten Theil der Kranken finden wir, wenn sie in Behandlung kommen, hochgradige Gemüths-Verstimmung, grosse Neigung zur Melancholie, und meistens ausgeprägte Erscheinungen der Hysterie vorhanden.

Nicht selten kommen darunter auch Morphiniisten vor. Derartige Kranke erzählen oft ganze Reihen der durchgemachten Kuren, und wandern häufig als Zeichen diagnostischen Irrthums mit Pessarien versehen, von einem Arzt zum anderen.

Die einzig richtige Behandlung der Hypertrophie der Portio-Vaginalis ist die operative Beseitigung des kranken Theiles. In Fällen wo auch die oberen Theile der Gebärmutter hypertrophirt sind genügt auch die Beseitigung des eigentlichen Scheidentheiles. Nach Braun's Untersuchungen kommt es nach der partiellen Operation in den zurückgebliebenen hypertrophirten Theilen, zu einem der Kindbett-Involution ähnlichen Vorgang, wonach somit auch durch eine kleinere Operation ein grosser Erfolg erzielt werden kann.

Es ist daher nicht nöthig den ganzen Scheidentheil der Gebärmutter zu entfernen. Es genügt einen nur so grossen Theil wegzunehmen, dass die durch die Hypertrophie erweiterten Blutgefässe der Portio-Vaginalis durchgeschnitten werden; hiedurch ändern sich die Ernährungsverhältnisse der zurückgebliebenen Theile, und es kommt in demselben in verhältnismässig kurzer Zeit, zur gewünschten Rückentwicklung. Aehnliches Verfahren und ähnlichen Erfolg sehen wir nach Ausrottung der Tonsillen, wo ebenfalls nur ein Theil derselben beseitigt wird, während der übrige Theil durch den eingeleiteten Rückbildungsprocess sich allmählig verkleinert.

Beim Operations-Verfahren müssen wir vor Augen halten, dass der Desinfections-Anforderung durch minutiöse Reinlichkeit Genüge gethan wird; dass nach der Entfernung der hypertrophirten Theile dem zurückgebliebenen Stumpf in der Scheide auf plastischem Wege

die natürliche Gestalt wieder gegeben wird, dass die Störungen in der physiologischen Function der Gebärmutter verhindert werde; und dass endlich die Operation mit womöglich wenig Blutverlust zu Ende geführt wird.

Gegenwärtig entspricht diesem Zwecke die blutige Resection der Portio vaginalis am besten.

Die früheren Verfahren, nämlich: mit der Drahtschlinge, dem Galvanokauter oder dem Paquelin, obwohl dieselben von ausgezeichneten Operateuren, wie Spiegelberg, Byrne, Leblond und Braun mit Erfolg durchgeführt wurden,—werden jetzt, nur mehr in beschränkter Weise angewendet. Angezeigt sind diese Methoden meines Erachtens nur, wenn in Folge vorangegangener perimetraler Entzündungen und deren Residuen, das Herabziehen des Gebärmutter-Halstheiles bis zur Schamspalte nicht ausführbar ist, oder wenn Wiederholungen, ähnlicher Entzündungen beim Herabziehen gefürchtet werden müssen, und das Operiren mit dem Messer in der Tiefe der Vagina nur mit grossen Schwierigkeiten möglich ist. Bei der mit der Schlinge ausgeführten Operation ist die Blutung kaum geringer, als bei der mit dem Messer durchgeführten. Ferner kann die sich bildende Narbe mit der Zeit den Gebärmuttermund — derart verengern, dass eine nachträgliche Dehnung desselben nöthig wird, was auch Braun in einigen Fällen zu thun gezwungen war, um die entstandene Hämatometra zu beseitigen.

Bei der Operation mit der Schlinge ist auch die Desinfection nicht gehörig durchführbar. Der zurückgebliebene Stumpf bietet eine der Infection geeignete Oberfläche, welche man mit der benachbarten Schleimhaut zum Schutz gegen die äussere Luft nicht bedecken und mittelst Nähte nicht verschliessen kann.

Die Heilung dauert dabei lange, und während der Ablösung des Schorfes, können grosse Nachblutungen auftreten. Schliesslich vermag man es nicht bestimmt festzustellen wie hoch die Portio vaginalis abgeschnitten, und welche Form und Dimension die sich bildende Narbe annehmen wird.

Die Resection mit dem Messer lässt dasselbe Ziel, ohne alle diese Nachtheile erreichen. Die hypertrophirte Portio vaginalis ist derart unempfindlich, dass die ganze Operation ohne Narcose durch-

geführt werden kann. Nur das Herabziehen der Gebärmutter verursacht eine unangenehme Empfindung. Bei geringgradiger Hypertrophie oder wenn das Gewebe der Portio vaginalis nicht zu hart ist, entfernt man das Krankhafte mit senkrechtem Schnitt: und nachdem man die Oberfläche des Schnittes vom Blute gereinigt hat, vereinigt man die Schleimhaut des Halskanales oberhalb des Stumpfes mit der Vaginal-Schleimhaut. (Hegar'sche-Naht). Um der Blutung Einhalt zu thun werden — nach Martin — oberhalb der Resectionsstelle zwei gerade Nadeln Kreuzweise durchgesteckt und ober diesen mit einer Gummischnur abgebunden. Hiedurch blutet während der Operation nur die Schnittfläche ein wenig, wogegen die plastische Bedeckung des Stumpfes mit der Schleimhaut ohne Blutung gemacht werden kann.

In einigen meiner Fälle habe ich die Resection derart ausgeführt, dass ich die Portio vaginalis, nachdem ich dieselbe mit Muzeux'scher oder Kugelzange womöglich bis in die Schamspalte herabgezogen hatte, hart an der Scheidenwölbung mit einer Leinenbinde — welche in eine Schlingen-Schraube statt Draht eingefügt worden war, unterband, wodurch ich sodann die Operation sozusagen ganz ohne Blutung zu Ende führen konnte. Mittelst dieser Binde vermochte ich auch die Gebärmutter in herabgezogener Stellung zu erhalten, was das Einhäcken der Zange in dem zurückbleibenden Stumpf vermeiden liess.

Die Resection habe ich nicht mit einem einzigen Schnitte vollbracht, sondern in zwei Tempo's, dadurch dass ich mit einem Rundschnitte zuerst die Schleimhaut trennte und dieselbe gegen das Gewölbe hinaufziehend die Portio vaginalis mit einem zweiten Rundschnitt viel höher resecurte, als wie der Schleimhautschnitt vorerst gemacht worden war. Beim Durchschneiden der Schleimhaut des Cervicalekanales wurde ein geringer Zug am zu entfernen den Theile angewendet. Auf diese Weise gelang es am Stumpfende eine concave Schnitt-Oberfläche zu erzielen, aus deren Mitte die Schleimhaut des Halskanales sich um einige mm. hervorhob. Nach Vereinigung der Vaginal- und Cervical-Schleimhaut, — wozu durchschnittlich 8—10 Nähte genügten — ward die ganze Oberfläche der Stumpfwunde gänzlich bedeckt.

Die Vortheile, dieser Operationsweise sind, dass sich einerseits

die Schleimhaut-Ränder leicht aneinander passen, andererseits, dass das Spannen und durchschneiden der Nähte vermieden wird.

Bei höherem Grade der Hypertrophie scheint die einfache Resection nicht vortheilhaft zu sein, weil die Oberfläche des Stumpfes mit Schleimhaut nicht gehörig bedeckt werden kann. Und wird sie auch bedeckt, so erleidet die Schleimhaut eine derartige Zerrung, dass die Nähte zerreißen, partielle Necrosen der Schleimhaut zu Stande kommen, oder kleinere Nachblutungen auftreten, welche Letztere die Schleimhaut zur Ablösung bringen und hiedurch die rasche Vernarbung vereiteln.

In solchen Fällen ist die Simon-Marekwald'sche lappenförmige Resection angezeigt. Nach dem Herabziehen der Portio vaginalis, vermittels der Zange, wird nämlich bei dieser Methode der zu entfernende Theil in der Höhe der Resection durch zwei Seitenschnitte in einen vorderen und einen hinteren Lappen getheilt. Hernach wird von vorderen Lappen der zu amputirende Theil Keil-förmig herausgeschritten.

Ähnlich wird auch der hintere Lappen behandelt. Wegen Verringerung der Blutung, und besseren Fixation der Gebärmutter ist es vortheilhafter, zuerst den vorderen Lappenschnitt zu machen.

Die gewonnenen Wundoberflächen können so dann durch Vereinigung der Cervical und Vaginal-Schleimhaut bedeckt werden. Durch die Vereinigung der nach den vorerwähnten Manipulationen noch offen gebliebenen Wundoberflächen vermittelst der aneinander passenden Vaginal-Schleimhautränder gewinnt man schliesslich einen Ei-förmigen, genügend weiten Gebärmuttermund.

Die Nähte können mit Seide, Draht oder mit Catgut gemacht werden, wovon Letztere wegen der leichten Entfernbarkeit der Nähte noch die vortheilhafteste ist. Die Nähte bleiben 6—7 Tage liegen, wodann dieselben nach Einführung des Bandl'schen Spiegels, leicht herauszunehmen sind. Es ist vortheilhaft den Kranken bis nach dem Entfernen der Nähte im Bette zu halten.

Die Mithilfe eines Assistenten genügt bei dieser Operation.