



Über
Mastdarmscheidenfisteln.

Aus der Universitätsfrauenklinik zu Greifswald.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe,

welche

nebst beigelegten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Donnerstag, den 13. April 1893,

Nachmittags 1 Uhr,

öffentlich verteidigen wird



Carl Flandorffer

prakt. Arzt

aus Penkun in Pom.



Opponenten:

Herr Dr. med. Friedrich Herrmann.

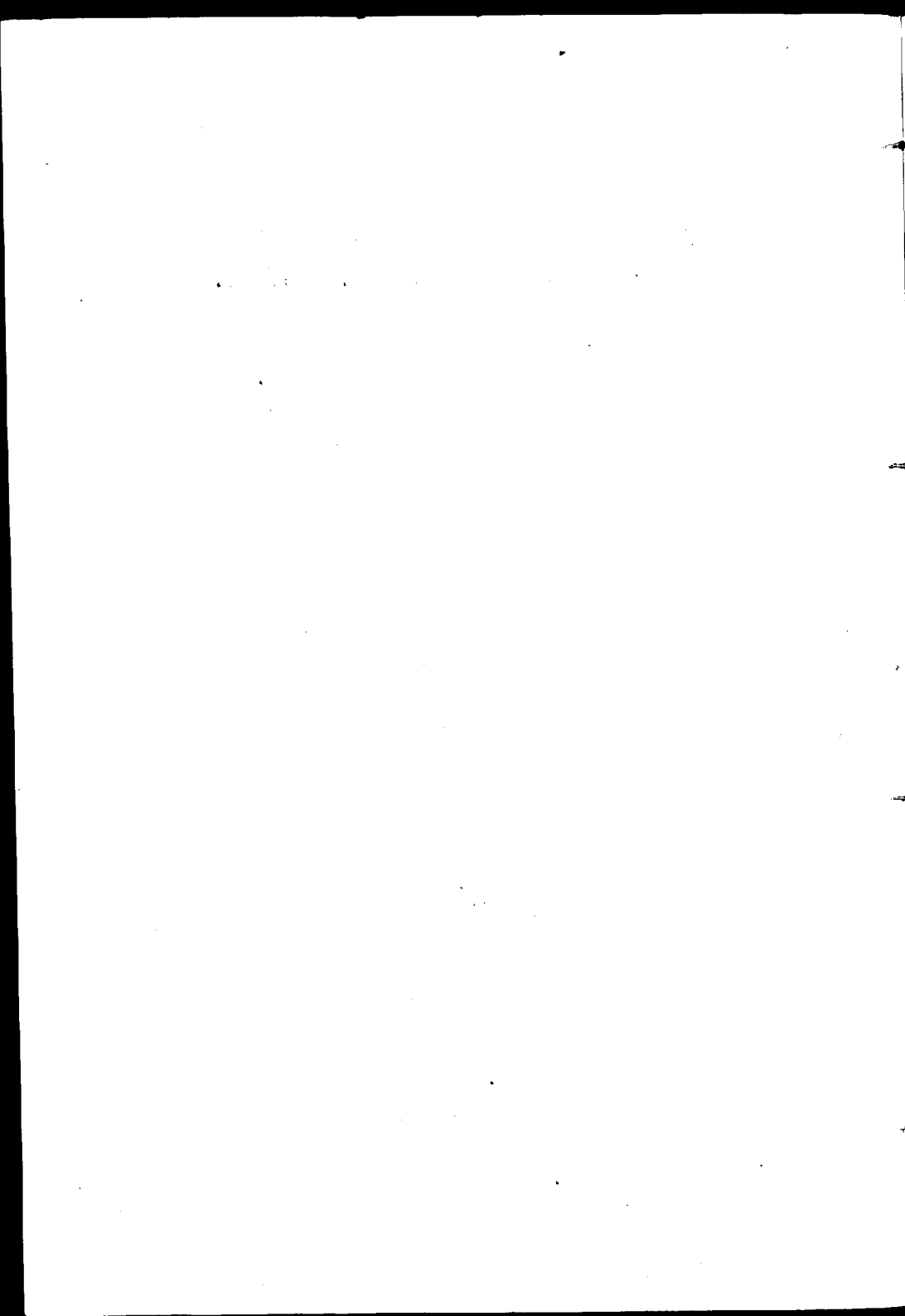
Herr Dr. med. Georg Kaps.



Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1893.



Seinen teuern Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

von

Verfasser.

Die Mastdarmscheidenfisteln gehören glücklicherweise zu den selteneren Erkrankungen. Dafür aber ist der aus ihnen resultierende Zustand für die Inhaberin einer solchen ein so qualvoller und unerträglich, dass dem Arzte für erzielte Heilung von den Patientinnen grosser Dank gebührt und in der That auch gezollt wird.

Während in früherer Zeit diesem Kapitel der Frauenkrankheiten sowohl in Lehrbüchern, wie auch in der übrigen Litteratur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, hat man sich in den letzten Jahrzehnten diesem Gegenstande mehr gewidmet. Möge es auch mir gestattet sein, anlässlich in hiesiger Frauenklinik beobachteter und behandelter Fälle etwas zu dem bereits vorhandenen Material hinzuzufügen.

Als ursächliche Momente für die Entstehung von Mastdarmscheidenfisteln kommen in Betracht:

1. Verletzungen und zwar sowohl unmittelbare, als auch an dieselben sich anschliessende Erkrankungen.
2. Fremdkörper.
3. Besondere krankhafte Prozesse.

Unter den in Frage kommenden Verletzungen sind die bei weitem häufigsten die während der Ge-

burt erzeugten. Sie entstehen dabei spontan durch zu starke Spannung oder Zerrung des septum recto-vaginale, namentlich bei Gegenwart tiefsitzender Geburthindernisse, wie Tumoren und Stenosen. Seltener besteht die Verletzung, wie es bei Entstehung der Blasenscheidenfisteln der Fall ist, in einer Quetschung gegen Knochenteile der Beckenwand, welche bis zur Druckgangrän führt. Dies ist ausnahmsweise beobachtet bei hochgradig verengtem Trichterbecken und Ankylose des Steissbeins, sowie bei Exostosen, welche das sogenannte Stachelbecken verursachen. Überhaupt führen die traumatischen Einwirkungen der Geburt an der hinteren Scheidenwand nach Hofmeier deshalb seltener, wie an der vorderen, Zerstörungen herbei, weil der Mastdarm seitwärts vom Promontorium liegt und oben durch dieses, unterhalb desselben durch seine Lage in der Aushöhlung des Kreuzbeins wesentlich vor direktem Druck geschützt ist.

Ein wohl am häufigsten unter allen diesbezüglichen Fällen beobachtetes Vorkommnis ist, dass eine Mastdarmfistel zurückbleibt nach einem kompletten Dammriss, dessen Vereinigung entweder durch nicht genügende Naht, durch starke Narbenverziehungen oder durch andere zufällige Störungen in der Wundheilung keine vollständige geworden ist. Es ist einleuchtend, dass bei einem Dammriss die unteren, perinealen Partien wegen grösserer Dicke der Gewebe günstigere Bedingungen zur Heilung bieten, als die dünne recto-vaginale Scheidewand.

Ausser diesen spontanen Verletzungen spielen natürlich die künstlich erzeugten eine bedeutsame Rolle. Hände und Instrumente des Geburtshelfers, mit grosser Gewalt verwendet, haben Fisteln verursacht; namentlich ist die Zange hier zu nennen, aber auch Haken, Kephalotribe etc. sind nicht zu vergessen. Auch Knochensplitter des zerkleinerten kindlichen Skeletts werden als Ursache angegeben.

Ferner sind es gynäkologische Operationen anderer Art, nach welchen Fisteln beobachtet sind. Es blieben solche nach Operationen von Atresien, Uterusprolaps, Erweiterung von Stenosen (Simon), Exstirpationen von Tumoren der hinteren Scheidenwand, Kauterisation von lupösen Geschwüren mit dem *ferrum candens*. Ja sogar durch Klystierrohre sind direkte Perforationen des septum recto-vaginale vorgekommen. Es lässt solches Ereignis natürlich auf rohe und ungeschickte Handhabung schliessen.

Breisky führt einen solchen Fall an, den er bei einer Wöchnerin zu sehen Gelegenheit hatte.

Auch nach zufälligen Verletzungen durch Fäll auf spitze Gegenstände, z. B. Heugabeln, sind Fisteln beobachtet.

Ätiologisch besonders interessant sind die Vulvo-rectal- oder Recto-vestibularfisteln, welche durch Coitusverletzungen, und zwar in der Regel per primum coitum entstanden. In der Litteratur sind verschiedene derartige Fälle verzeichnet, so von Barton Hirst,

(Sinajsky¹⁾, Springsfeld²⁾. Sawin³⁾ berichtet über eine Vulvorectalfistel, welche in der Brautnacht entstand: Sie fand sich bei einer 23jährigen Jüdin mit allgemein verengtem Becken bei intaktem, zweifenstrigem Hymen, liess den Finger passieren und bedingte in continentia ani. Als Ursache wird angegeben zu starke Beckenneigung (60°), Abnormität des Hymen und Straffheit des Septum, die Kürze der Schamspalte, die Retraktion der Scheidenöffnung gegen den Schambeinwinkel hin und die infolge der Schmerzen von der Frau eingenommene ausweichende, unpraktische Stellung während der ungestümen Angriffe des Gatten.

Neugebauer⁴⁾ sah im Jahre 1889 eine beim ersten Beischlaf bei intakt gebliebenem Hymen entstandene Vulvorectalfistel in der Klinik des Prof. Kosinski in Warschau.

Spaeth⁵⁾ beschreibt einen Fall von Rectovestibularfistel, welche nicht in der Hochzeitsnacht entstand, sondern erst später, nachdem zuvor der Coitus bereits des öfteren regelrecht stattgefunden hatte. Er nimmt an, dass ungewöhnliche Nachgiebigkeit der

¹⁾ Sinajsky, Dammriss beim ersten Beischlaf mit Bildung einer Rectovaginalfistel. Russk. Med. 1889 Nr. 6.

²⁾ Springsfeld, Vulvorectalfistel, entstanden durch ersten Coitus. Vierteljahrsschr. f. ger. Med. Berlin 1889.

³⁾ Sawin, Demonstration einer Vulvorectalfistel. Protok. der geb.-gyn. Ges. in Kijeff 1889. (Neugebauer, Jahresber. III 551).

⁴⁾ Neugebauer, Ref. Jahresber. III 1889, pag. 552.

⁵⁾ Spaeth, zur Kasuistik der Coitusverletzungen. Zeitschr. für Geb. u. Gyn. Bd. XIX, p. 277.

Gewebe bei übermässigem impetus coeundi die Schuld trage. Der Fall ist kurz folgender: Frau W., 31 J., Hamburg. Im Januar Hochzeit. Während der ersten beiden Tage der Ehe mässige Schmerzen beim Coitus, unbedeutende Blutungen nach demselben. Am 31. Januar während des Beischlafs heftiger Schmerz, Pat. hatte das Gefühl, als ob sich der Penis in falscher Richtung einbohrte. Heftige Blutung. 3 Tage darauf gehen Blähungen durch die Scheide ab, am 4. auch Stuhlgang. Coitus seit der Zeit sehr schmerzhaft und gefolgt von Stuhlentleerung durch die Scheide. Nach und nach gehen alle Flatus und ebenso die Faecalmassen durch die Scheide ab. Status: Gesunde Frau. Beckenneigung normal. Schamspalte an normaler Stelle, äussere Genitalien gut entwickelt. Hymen perforiert, Vagina bequem zugänglich. Die etwas verdickte columna rugarum posterior ist unten in ihrer ganzen Breite von ihrem Ansatz am Damme abgerissen. Hebt man dieselbe mit einem Haken in die Höhe, so erblickt man eine kleinfingerdicke, glattrandige wulstige Öffnung, aus welcher Kothpartikelchen hervorquellen. Dieselbe führt ins rectum, lässt sich durch Einführung des Katheters deutlich demonstrieren. Die Perforationsöffnung an der vorderen Rectalwand ist für die Zeigefingerkuppe durchgängig.

Auch v. Rosthorn⁶⁾ sah eine Fistel durch Coitus so ausgeweitet, dass Incontinenz eintrat.

⁶⁾ Centralblatt f. Gyn. XIV 1890 p. 336 (a. d. Wien. klin. Wochenschr. 1890 No. 10).

Von Fremdkörpern sind es hauptsächlich Pessaires, welche entweder durch unzweckmässige Form oder durch zu langes Liegenbleiben zu Drucknekrose mit folgender Perforation und Fistelbildung führen. Am meisten werden die Zwanck-Schilling'schen als Urheber beschuldigt.

Von besonderen Erkrankungen kommen zunächst solche Prozesse inbetracht, welche Strikturen des rectum zur Folge haben. Oberhalb derselben kommt es durch Ansammlung harter faeces zur Entzündung, Abscessbildung und schliesslich zur Perforation des septum recto-vaginale. Solche Fälle hat Février⁷⁾ veröffentlicht, desgleichen beschreibt Montgomery⁸⁾ einen, bei welchem sich Recto-vaginalfistel, strictura recti und prolapsus uteri vereinigt fanden.

Ferner sind es abscedierende phlegmonöse Prozesse puerperalen oder auch nichtpuerperalen Ursprungs (Butler⁹⁾), Ulcerationen syphilitischer, lupöser, diphtherischer Natur, partielle Gangrän der Scheide, überhaupt Ernährungsstörungen jeglicher Art. Winckel erlebte einen Fall bei einer tuberkulösen Patientin im Anschluss an Typhus. Bednar¹⁰⁾

7) Février. Des fistules dans le retrécissement du rectum. Paris 1877.

8) Ref. Centralbl. f. Gyn. XVI 1892 No. 43.

9) Butler. A case of fistula in ano following recto-vaginal abscess, cured by immediate operation. Cleveland. M. Gaz. 1888/89 IV. 503.

10) Bednar. Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1832. III p. 206.

beobachtete einen bei einem 4 Wochen alten Mädchen mit Gangrän der Scheide. Dasselbe starb am 21. Tage infolge metastatischer Zellgewebsentzündung am rechten Arm. Witter teilt einen Fall mit bei einem 7 monatlichen Kinde. Dasselbe hatte seit Monaten an Aphthen der ersten Wege gelitten, war sehr heruntergekommen und äusserte bei jedem Stuhlgang heftige Schmerzen, als die Eltern eines Tages Abgang von faeces durch die Scheide bemerkten. Es bestand eine ulceröse Communication zwischen Mastdarm und Scheide. Auf Besserung der Ernährung durch eine gesunde Amme, durch Klystiere und Tamponade der Scheide mit in Carbolglycerin getauchten Lintrollen genass das Kind innerhalb 10 Tagen.

Von Neubildungen sind es vor allem die Carcinome, welche vom rectum oder von der vagina aus Fisteln verursachen. Winckel¹¹⁾ giebt an, dass 8% der Cervixcarcinome zu Recto-vaginalfisteln führen. Neuerlich hat Komarewsky¹²⁾ einen derartigen Fall beschrieben.

Schliesslich nenne ich noch Exsudate und Abscesse im Douglas'schen Raum, vereiterte Cysten, welche nach Durchbruch von oben her Communicationen zwischen rectum und vagina hinterlassen.

Als Curiosum führe ich einen von Abel¹³⁾ be-

¹¹⁾ Winckel. Pathologie der weiblichen Sexualorgane. 1881 p. 153.

¹²⁾ Komarewsky. Arbeiten der geb.-gyn. Gesellsch. in Moskau 1891 No. 1 pag. 8.

¹³⁾ Abel, K. Fall von angeborenem Anus praeternaturalis vestibularis bei einer 20jährigen Nullipara. Archiv f. Gyn. XXXVIII.

schriebenen Fall an, bei dem es sich um einen *anus praeternaturalis vestibularis* handelt. Der Mastdarm endete vor dem *frenulum*; die Öffnung war enge und hatte einen eigenen Schliessmuskel. Da keinerlei Beschwerden vorlagen, wurde eine Operation nicht vorgenommen. Auf die Frage des 20jährigen Mädchens, ob es ohne Schaden heiraten dürfe, konnte eine bejahende Antwort gegeben werden.

Der Sitz der Mastdarmscheidenfisteln ist je nach ihrer Entstehung verschieden. Man kann unterscheiden *vuivorectale* oder *recto-vestibulare* Fisteln, deren Ausmündung nahe am *frenulum* liegt, *untere recto-vaginale* in der unteren Hälfte der *vagina* und *obere recto-vaginale*, welche im hinteren Scheidengewölbe in der Nähe des Muttermundes münden. Letztere sind gewöhnlich diejenigen, welche infolge einer Entleerung von Flüssigkeitsansammlung im *Douglas* entstehen.

Die Grösse hängt ebenfalls von der Ursache, aber auch von der Dauer des Bestehens ab. Es sind Defekte von der verschiedensten Form und Grösse bis zu engen Fisteln beobachtet, welche nur die Sonde passieren lassen. Sie verlaufen entweder senkrecht oder schräg durch die Wandung. Ihre vaginale Öffnung ist zuweilen klappenartig verdeckt durch Teile der *columna rugarum vaginalis posterior*.

Die Symptome der Mastdarmscheidenfisteln sind folgende: vor allem der unfreiwillige Abgang von *flatus* und *faeces* durch die Scheide. Natürlich entsprechen die diesbezüglichen Beschwerden der je-

weiligen Consistenz der faeces, sowie der Grösse und Verlaufsrichtung der Fistel. In der Folge davon entstehen Katarrhe und Erosionen der Scheide, durch das ausfliessende Vaginalsecret Reizungen der vulva und der äusseren Teile, Erscheinungen, welche von lästigem Jucken und Brennen begleitet sind. In anderen Fällen kann es zu Ulcerationen der Portio kommen. Auch das Auftreten von Dickdarmkatarrh ist nicht ausgeschlossen. Diese Leiden, vornehmlich die Incontinenz, üben auf die Kranken eine stark depressorische Wirkung aus, sie können durch das Meiden menschlichen Verkehrs und das Gemiedenwerden von der Umgebung zu schweren Gemütsverstimnungen Veranlassung geben.

Die Diagnose ist aus den Symptomen und mit Hülfe von Finger, Spekulum und Sonde meist leicht zu stellen; in vereinzelt Fällen gelingt sie erst durch Injektion von Flüssigkeit in das Rectum.

Vorgetäuscht kann das Bestehen einer Darmscheidenfistel werden, wenn das Entweichen von Luft aus der Scheide angegeben wird, ein eigentümlicher Zustand, welchen man vulva loquax benannt hat, und den Winckel besser als incontinentia vulvae bezeichnet wissen will: In Steissrücken-, Knieellenbogen- oder Seitenlage entsteht infolge des Zurücksinkens der Eingeweide aus dem kleinen Becken in der Bauchhöhle ein negativer Druck. Ist nun die Function des Constrictor cunni eine mangelhafte, wie es nach seitlichen Einrissen im Scheideneingang, bei Abmagerung



und Varicositäten der vulva (Löhlein) der Fall ist, oder ist dieselbe durch Einführen von Instrumenten aufgehoben, so entweicht bei Wiedereintritt höheren Druckes im Abdomen die in der Scheide befindliche Luft mit einem plappernden oder blasenden, gluckernenden zischenden Geräusch. Eine genaue Untersuchung wird ergeben, dass eine Kommunikation mit dem Darm fehlt.

Differential-diagnostisch kommen noch inbetracht Dünndarmscheidenfisteln. Bei diesen bestehen die abgehenden Fäkalmassen in einem dünnflüssigen, gallig gefärbten, mit halbverdauten Speisen untermischten Brei, welcher schon 1 bis 2 Stunden nach der Nahrungsaufnahme durch die Scheide entleert wird. Dagegen zeigt der durch eine Mastdarmscheidenfistel entweichende Koth einen mehr oder weniger consistenten Charakter, jedenfalls dieselbe Beschaffenheit, wie der im Mastdarm selbst vorgefundene. Injektionen von Flüssigkeiten in das Rectum bilden ein sicheres Unterscheidungsmittel. Während sie bei einer Recto-vaginalfistel durch die Scheide abfließen, gelangt bei der Dünndarmscheidenfistel nichts davon in die Scheide, auch wenn grosse Mengen eingegossen werden. (Simon).

Die Prognose ist im allgemeinen günstig, vorausgesetzt, dass es sich nicht um Fisteln carcinomatöser oder chronisch ulceröser Natur handelt. Von einigen Autoren werden sogar spontane Heilungen aufgeführt. Doch sind solche sicherlich nur in besonders günstigen

Fällen bei ganz frischen und nicht zu grossen Fisteln zu erwarten; bei älteren sind die Ränder vernarbt und epithelisiert, sie können daher von selbst nicht mehr zur Verheilung gelangen und bedürfen der operativen Behandlung. Diese liefert für gewöhnlich gute Resultate. Unsicher ist der Erfolg bei ausgedehnten Narbenbildungen im umliegenden Gewebe. Die Grösse des Defektes darf selbstverständlich einen gewissen Grad nicht übersteigen, es muss die Möglichkeit eines hinreichenden Verschlusses noch gegeben sein.

Hier seien kurz noch jene bekannten Fälle erwähnt, bei denen in grössere Fisteln andere Organe eingehüllt waren, so der retroflectierte Uterus, eine invertierte und in das Scheidenlumen prolabierte Dermoidcyste (Breisky), ein Teil der Flexura sigmoidea (Winckel).

Für die Therapie sollen hier nur solche Fisteln berücksichtigt werden, welche durch keine anderen Erkrankungen kompliziert sind, also vornehmlich die traumatischen. Ihre Behandlung besteht entweder in Kauterisation oder blutiger Anfrischung mit nachfolgender Nahtvereinigung.

Die Kauterisation ist nur anwendbar für kleine Fisteln, deren Lumen annähernd durch den Schorf geschlossen wird. Am geeignetsten sind für die Ätzung solche mit langem und schrägem Verlauf, aussichtslos dagegen meist diejenigen, welche in dem dünnen Teile des Septum liegen und dasselbe in senkrechter Richtung durchbohren; sie werden eher dadurch ver-

grössert und bieten für die später dann nötig werdende Operation wegen der narbigen Verhärtung der Umgebung ungünstigere Verhältnisse. Als Ätzmittel ist am gebräuchlichsten das *argent. nitric.* Energischer wirkt das *ferrum candens* in Form des Galvonokauter oder des Paquelin'schen Thermokauter. Ersterer verdient den Vorzug, da er sich sicherer durch die ganze Länge des Fistelganges hindurchführen lässt, als der bereits glühende Brenner des letzteren; auch ist er für das Glühlenlassen feiner Spitzen mehr geeignet. Dagegen sind die stärkeren Brenner des Paquelin für die Verschörfung der Fistelmündungen besser verwendbar.

Die Mehrzahl der Fälle bedarf der blutigen Operation. Für dieselbe sind viele Methoden angegeben und in Gebrauch. Welche von ihnen anzuwenden ist, ergibt die Beschaffenheit der einzelnen Fisteln in Bezug auf Lage, Grösse, Spannungs- und Narbenverhältnisse. Vorbereitung zur Operation und Ausführung geschehen nach den allgemeinen chirurgischen Grundsätzen. Operiert kann werden von drei Seiten *per vaginam*, *per rectum*, *per perineum*.

Der Anfrischung von der Scheidenseite stehen gegenüber der von der Mastdarmseite aus verschiedene Vorteile zur Seite. Zunächst ist die Zugänglichkeit eine leichtere, da die *vulva* besser dehnbar, als das vom Steissbein begrenzte *rectum*. Ferner besitzt die Vaginalschleimhaut eine grössere Derbheit; ihre Anfrischung gelingt deshalb leichter und die Blutung

ist weniger stark. Schliesslich ist die Naht weniger der Infektion ausgesetzt. Die Operation wird in Steissrückenlage ausgeführt, die vagina auseinandergehalten, die Umgebung der Fistel mit Kugelzangen fixiert oder die Fistel durch den ins rectum eingeführten Finger eingestellt. Sehr zweckmässig ist es, das rectum mit Jodoformgaze zu tamponieren. Die Anfrischung selbst geschieht tief, trichterförmig. Die Nähte, am besten mit Silberdraht, gehen bis auf die Schleimhaut des rectum unter der ganzen Tiefe der Wunde hindurch, dazwischen fassen oberflächlich gelegte nur die Vaginalschleimhaut. Ob die Vereinigung in querer oder sagittaler Richtung zu erfolgen hat, ergibt die Form der Fistel. Wenn möglich, ist die quere Vereinigung vorzuziehen, da das Septum in der Längsrichtung leichter verschiebbar und beweglich ist, daher eine geringere Spannung gewährleistet.

Fritsch zieht, namentlich bei tiefsitzenden Fisteln, von der Scheide aus, eine plastische Lappenbildung in Anwendung. Er excidiert oder frischt um die Fistel einen nach oben concaven, unten convexen Halbmond an, lockert die columna rugarum nach oben und zieht sie dann nach unten wie eine Klappe über den Defekt. Darauf wird der convexe Rand mit dem concaven vernäht.

Sänger¹⁾ verfährt folgendermassen: Es wird in der Längsrichtung der Scheide ober- und unterhalb

¹⁾ Sanger. M. The operative treatment of recto vaginal fistula. Philadelphia 1890. Ref. Jahresber. f. d. Fortschritte d. Geb. V. 1891.

der Fistel je ein Schnitt von $1\frac{1}{2}$ cm. Länge ausgeführt, der jedoch nur die Scheidenschleimhaut durchtrennt, letztere rund um jene lospräpariert und die Ränder angespannt. Die Fistel selbst wird nun durch Seiden-drähte, welche die Mastdarmschleimhaut aussen lassen, vereinigt; letztere separat vom Rectum aus vernäht. Die Scheidenschleimhaut indes wird durch Silkworm über die vernähte Fistel, deren Nähte demnach versenkt werden, geschlossen.

Bei hoch neben der Vaginalportion sitzenden Fisteln frischt Simon die vordere Muttermundlippe an und vernäht sie mit dem unterem Rand der Fistel, so dass das Menstrualblut seinen Weg durch das Rectum nehmen muss.

Fisteln, welche im oberen Drittheil der Scheidewand ihren Sitz haben, sind von der Scheide aus schwer zu erreichen, und Versuche, sie von hier aus zu operieren, sind daher des öfteren misglückt. Deshalb begann Simon, sie vom Rectum her in Angriff zu nehmen: Der Sphincter ani wird gewaltsam gedehnt und auseinandergehalten, die Umgebung der Fistel herabgezogen. Die Anfrischung kann durch einen in die vagina geführten Finger kontrolliert werden. Gewöhnlich entsteht reichliche Blutung; daher hat fortwährende Abspülung des Operationsfeldes zu erfolgen. Um bei der Naht eine für die Haltbarkeit hinreichende Gewebsschicht zu fassen, andererseits das Einkrämpfen der Rektalschleimhautränder zu verhüten, wird auf der vaginalen Seite $\frac{1}{2}$ cm von den Wund-

rändern, auf der rectalen unmittelbar neben denselben ein- oder ausgestochen.

Da im allgemeinen die Verfahren per vaginam und rectum doch bedeutende Schwierigkeiten wegen der unbequemen Zugänglichkeit bieten, so haben sich viele Operateure dem dritten Wege zugewendet, per perineum. Als erster, der diesen benutzte (1798), ist Saucerotte bekannt. Ihm schlossen sich einzelne an, bis Richet und Simon dieser Behandlungsweise allgemeinere Geltung verschafften.

Am besten für diese Methode passen natürlicher Weise die Fisteln, welche im unteren Drittel der Vagina ihren Sitz haben. Man kann hier noch unterscheiden zwischen solchen bei intactem Perineum und denen bei eingerissenem und unvollständig vernarbtem. Grade der unversehrte Damm ist es, welcher wegen seiner Dicke den Zugang von der Scheide aus erschwert und eine gehörige Anfrischung und Vereinigung vereitelt. Daher ist eine Spaltung der vorliegenden gesunden Partien am einfachsten zur Freilegung. Einige Chirurgen überlassen die Heilung der Natur oder suchen sie durch spätere Operation zu erzielen. Selbstverständlich ist die sofortige Naht hier vorzuziehen. Die Behandlung fällt dann zusammen mit der eines completen Dammrisses.

Simon empfiehlt die trianguläre Vereinigung von Scheide, Mastdarm und Damm aus. Hierbei ist namentlich den Perinealnähten eine besondere Sorgfalt zu widmen: sie sollen nicht allzu tief greifen, um eine unnötige Spannung zu vermeiden.

Ein älteres Verfahren besteht darin, durch einen queren Perinealschnitt bis über die Fistel hinaus zwei getrennte zu schaffen, eine recto-perineale und eine vagino-perineale. Beide werden besonders behandelt, die erstere als Analfistel durch Spaltung, letztere durch Kauterisation oder Naht. So verfährt neuerdings noch Félizet¹⁾ und berichtet über guten Erfolg.

Die bei unvollständig verheilten Perineum bestehenden Fisteln werden am einfachsten und radikalsten behandelt, wie veraltete komplette Dammrisse. Auf die in reichlicher Zahl hierfür vorgeschlagenen Methoden einzugehen, halte ich für den Rahmen dieser Abhandlung als zu weitgehend.

Bei den mir zur Veröffentlichung gütigst überwiesenen Fällen aus der hiesigen Universitätsfrauenklinik ist nach der Lawson-Tait'schen Lappenspaltmethode verfahren worden. Wie die folgenden Beschreibungen zeigen, haben die Operationen gute Erfolge erzielt und beide Patientinnen konnten geheilt aus der Anstalt entlassen werden.

I. Fall.

Frau T. aus Katzow bei Wolgast, 33 Jahre alt, war bis dahin immer gesund, menstruierte vom 14. Jahre an regelmässig ohne jede Störungen, zum letzten Male vor zwei Wochen. Bei der ersten Geburt musste die Zange angelegt werden. Dabei entstand ein kom-

¹⁾ Félizet P. Traitement nouveau de la fistule recto-vaginale. Paris 1891. Referat d. Jahresber. f. d. Fortschr. der Geb. V 1891.

pleter Dammriss, der sofort genäht wird. Am zweiten Tage danach gehen Koth und Gase durch vagina und anus ab. Es wird von neuem genäht. Nun wird nur noch durch vagina Koth entleert.

Status: Patientin ist von grosser und kräftiger Gestalt, blasser Farbe. Der Appetit ist schlecht. Es besteht Incontinenz des Stuhls. Urinentleerung geht normal von statten.

Der Damm ist von ziemlicher Länge und Dicke, $2\frac{1}{2}$ —3 cm lang, der anus vollständig schlussfähig. Etwa $1\frac{1}{2}$ cm oberhalb des Scheideneinganges befindet sich eine eiförmige, bis an die Grenze des unteren und mittleren Drittels der hinteren Scheidenwand reichender $2\frac{1}{2}$ —3 cm langer, gerade für den Zeigefinger durchgängiger Defekt mit scharfen und glatten Rändern, durch welchen die Schleimhaut der hinteren Mastdarmwand sichtbar ist. Koth dringt durch diese Fistel in die Scheide. Die Scheidenwände sind mässig ausgedehnt, der Introitus ziemlich weit. In der Umgebung der Fistel bestehen keine Narben.

Es gewinnt die Annahme an Wahrscheinlichkeit, dass der sehr tief in den Mastdarm reichende Dammriss von dem Arzt nur in der Damm- und Analgegend, nicht aber im Mastdarm vernäht wurde, oder dass die hier gelegten Suturen, von denen sich übrigens nichts sehen lässt, durchgeschnitten sind und die Naht wieder aufging.

Op. i. N. 28. 6. 1888. Nach sorgfältiger Vorbereitung, Bädern, Ausspülungen u. s. w. wird zunächst

die Brücke zwischen Scheide und Mastdarm sagittal durchschnitten. Hierauf wird der schmale, Mastdarm und Scheide trennende obere Fistelrand mit dem Messer quer gespalten, nachdem zur Erleichterung der Spaltung ein dicker Jodoformgazebausch in den Mastdarm eingeführt war. Der Querschnitt durch das septum recto-vaginale wurde nun nach beiden Seiten gehörig verlängert und vertieft und schliesslich nach oben und unten jederseits senkrecht ein Schnitt daraufgesetzt, so dass eine H-förmige Figur entsteht. Recht starke arterielle, venöse und parenchymatöse Blutung.

Die sehr breite Anfrischungsfäche wurde durch vier tiefgreifende Silberdrahtnähte und eine grosse Anzahl dazwischen gelegter oberflächlicher Silkwormnähte vollständig linear verschlossen. Auch der Pürzel in der Scheide wurde mit drei Silkwormfäden sorgfältig vernäht.

Der Wundverlauf war kompliziert durch Fieber. Dasselbe rührte wesentlich von massenhafter Anhäufung von Koth im Darm her, welcher erst nach manueller Entfernung sehr harter alter Ballen entleert wurde. Gleichzeitig nekrosierte der vordere Lappen und retrahierte sich der Rest.

Bei der am 7. Tage erfolgten Wegnahme der oberflächlichen Silkwormnähte war prima reunio der Dammwunde eingetreten, mit Ausnahme des vorderen Lappens, der nekrotisch war. Am 12. Tage wurden die tiefen, zum Teil etwas durchgeschnitten Silberdrahtnähte entfernt.

Patientin behauptete nun, wie auch schon früher, dass sie Winde und Stuhl in die Scheide bekomme, und war sehr ungebärdig. Wiederholte sorgfältige Untersuchung mit Sonde und Finger ergab jedoch nur an der Basis des abgestorbenen Scheidenlappens und an der Basis des Rectallappens je eine tiefe, blind endigende Einsenkung, höchstwahrscheinlich entstanden durch das seitliche Zusammenziehen des Dammes bei den tiefen Nähten. Es bestand dabei vollständige Continenz. Patientin konnte somit nach längerer, z. T. durch übergrosse Wehleidigkeit ihrerseits verlängerter Rekonvalescenz am 22. Juli vollständig geheilt entlassen werden.

II. Fall.

Frau F., 35 J. alt, aus Gr. Gastrow, verheiratet seit einem Jahre, immer gesund, befand sich am Ende der ersten Schwangerschaft Mitte Dez. vor. Jahres. Die Geburt begann am 17. Dez., die Wehen waren von Anfang an ausserordentlich schwach. Das Fruchtwasser ging bei noch nicht völlig verstrichenem Muttermund ab. Die Geburt dauerte bei tiefstehendem Kopf nahezu 48 Stunden. Der behandelnde Arzt legte schliesslich die Zange an, da der Fötalpulss anfangs langsamer zu werden, und extrahierte ein gut entwickeltes, 7 Pfund schweres Mädchen. Dabei entstand ein Dammriss, der nahezu $1\frac{1}{2}$ Zoll in die vordere Mastdarmwand heraufreichte. Die Wunde wurde gleich nach der Geburt durch eine Anzahl tiefer Dammnähte

geschlossen; sie heilte auch in den vorderen Parteeen, hinter denselben blieb aber eine Fistel, durch welche grosse Mengen festen Koths, sowie Darmgase nach aussen treten.

Bei der Untersuchung, die erst zwölf Wochen nach dem Unfälle vorgenommen wurde (es war abgewartet die erste Menstruation, die ziemlich stark anfangs März eingetreten war) zeigte sich ein höchstens $1\frac{1}{2}$ cm breiter Damm, hinter welchem eine Fistel lag, die bequem den Zeigefinger passieren liess. Von Ulcerationen war nichts zu sehen, im übrigen die Geschlechtsteile vollständig gesund.

Op. i. N. 13. 3. 1893. Es wird zunächst der $1\frac{1}{2}$ cm breite Rest des Dammes gespalten, sodass nun das Vaginalrohr und das Rectum in einer Länge von etwa $3\frac{1}{2}$ cm mit einander kommunizieren. Dann wird die vordere Rectalwand von der hinteren Vaginalwand einige cm weit nach oben abpräpariert, so dass es nun gelingt, das untere Ende des Rectalrohres bis an den durchschnittenen Schliessmuskel herunterzuziehen. 5 innerhalb des Rectum geknotete Silberdrähte schliessen die Rectalfistel in eine von oben nach unten verlaufende Wundlinie. Das Knoten der Enden erfolgt unter starker Einkrämpelung der Wundränder. Seitliche, von dem hinteren Rande der nach oben retrahierten hinteren Vaginalwand ausgehende Schnitte spalten beiderseits die Dammuskulatur. Von den Ecken dieses Schnittes nun werden zwei weitere nach vorne zu beiden Seiten der Vulva geführt unter

Einschliessung eines vorderen Lappens, sodass am Damm eine □ förmige Wundfigur entsteht. Abpräparieren des vorderen Lappens von der Unterlage. Drei starke, unterhalb der Wundfläche durchgeführte Silberdrähte vereinigen die gegenüberliegenden Wundränder oberhalb des Rectalrohres mit einander. Zur genügenden Vereinigung dienen dazwischen gelegte Silkwormfäden. Eben solche Fäden schliessen den vorderen Lappen in einer medianen Wundlinie zum vorderen Pürzel und heften die Enden des durchschnittenen Sphincter ani extern. genau aufeinander, sodass jetzt ein starker neuer Damm mit wieder verinähtem Schliessmuskel gebildet ist.

. 25. 3. Herausnahme der Silkwormfäden. Die Wundlinie sieht gut aus.

Am 13. Tage Herausnahme der silbernen Suturen, wovon die mittlere etwas tief durchgeschnitten hatte. Die kleine Wunde, die dadurch entstanden, ist am 14. Tage vollständig geheilt. Der neugebildete Damm ist 2—3 cm lang, etwas nach innen eingezogen, die Continenz des Sphincter vollständig wieder hergestellt. Entlassung am 17. Tage nach der Operation.

Zum Schluss der Arbeit spreche ich meinem verehrten Lehrer, dem Geh. Medicinalrat Prof. Dr. Pernice für die Überweisung des Themas meinen verbindlichsten Dank aus.

Litteratur.

Breisky. Die Krankheiten der Vagina. Deutsche Chirurgie. Stuttgart 1886.

Chrobak. Über Mastdarmscheidenfisteln nebst Bemerkungen über die Perinealnaht. Wien. med. Blätter 1887.

Fritsch. Die Krankheiten der Frauen. 1892.

Martin. Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten. Wien u. Leipzig 1885.

Pozzi. Lehrbuch der klinischen und operativen Gynaekologie. Basel 1892.

Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1886.

Lebenslauf.

Verfasser, Carl Friedrich Heinrich Flandorffer, evangelischer Confession, wurde am 18. November 1865 zu Penkun in Pommern geboren. Seine erste Schulbildung genoss er ebendasselbst in der Stadtschule, später in der Privatschule. Von Ostern 1878 ab besuchte er das Stadt-Gymnasium zu Stettin. Ostern 1885 verliess er diese Anstalt mit dem Zeugnis der Reife und bezog die Universität Marburg, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Er blieb daselbst sechs Semester; im letzten Winter 87/88 genügte er zugleich der Militärpflicht mit der Waffe beim hessischen Jäger-Bataillon No. 11. Zu Ostern 1888 siedelte er nach Greifswald über. Hier vollendete er im März 1889 die ärztliche Vorprüfung und bestand am 7. März 1893 die Staatsprüfung für Ärzte, desgleichen am 23. März d. J. das Examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

In Marburg:

Ahlfeld, Greef, Kohl, Külz, Lieberkühn, Melde, K. Roser, Strahl, Wagner, Wigand, Zincke.

In Greifswald:

Arndt, Grawitz, Helferich, Hoffmann, Krabler, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, Schirmer, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen meinen hochverehrten Herren Lehrern, insbesondere Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Mosler und Prof. Dr. Helferich, in deren Kliniken ich als Coassistent fungieren durfte, sowie Herrn Prof. Dr. Strübing, in dessen Poliklinik für Nasen- und Halskranke ich 9 Monate hindurch thätig sein durfte, spreche ich an dieser Stelle nochmals meinen aufrichtigsten Dank aus.

Thesen.

I.

Mastdarmscheidenfisteln, welche entstanden sind nach kompleten Dammrissen, sind am einfachsten und radikalsten wie veraltete komplette Dammrisse zu behandeln.

II.

Bei Phthisis laryngis ist neben der allgemeinen Behandlung eine locale indiciert.



12328

24800