R. BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

Über
Genitalfisteln des Weibes.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Dienstag, den 8. Dezember 1891 Vormittags 11½ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Ernst Pallas,
approb. Arzt
aus **Halle a. S.**

R. BIBLIOTECA MEDICA ROMANA

Referent: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. **Kaltenbach.**

Opponenten:

Herr **Wilhelm Fichtner,** Cursist.
Herr **Hugo Lützenberger,** cand. med.

Halle a. S.
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1891.

Imprimatur

Kaltenbach

h. t. Decanus.

Den lieben Eltern

in Dankbarkeit.

Noch in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts waren die Erfolge, die selbst die berühmtesten Chirurgen bei der Behandlung der Urinfisteln des Weibes erzielten, keineswegs befriedigende. So weist eine Statistik Wutzers bei 35 Operierten nur in elf Fällen Heilung auf. Nicht besser waren die Erfolge Dieffenbachs und anderer. Dass diesen geschickten Operateuren die Behandlung dieses Leidens nicht recht gelingen wollte, führte dazu, dass man den Grund hierfür an ganz falscher Stelle suchte. So sollte die geringe Capacität und Ausdehnbarkeit der Blase oder auch der schwache plastische Process in diesen Geweben den Hinderungsgrund abgeben. In Wirklichkeit trat aber die Heilung nicht ein wegen der ungenügenden Freilegung des Operationsfeldes, der mangelhaften Anfrischung und wegen Unkenntniss antiseptischer Cautelen. Sobald diesen drei Punkten mehr Rechnung getragen wurde, wurden die Resultate sofort bessere. Es ist sonderbar, dass diejenigen Chirurgen die zuerst auf diese Dinge Rücksicht nahmen und dem entsprechend mit mehr Glück operierten, ihren Erfolg ganz unwesentlichen Dingen zuschrieben; So Jobert de Lamballe, dessen erfreuliche Statistik, als die erste, allgemeines Aufsehen hervorrief. Seine „Méthode autoplastique par glissement“ bestand darin, dass er mittels Museux'scher Zangen den Uterus herabzog und hierdurch so wie durch Hervordrängen der Fistel von der Blase aus mittels Katheters sich das

Operationsfeld leichter zugänglich machte; er frischte breit an durch die ganze Dicke der Blasenscheidenwand hindurch und verschloss die Wunde mit beiderseits die Ränder weit umfassenden Nähten. Seine guten Resultate führte er aber auf einige in Wirklichkeit ganz unbedeutende Entspannungsschnitte zurück, die er durch die Vaginalwand parallel mit den geschaffenen Wundrändern anlegte, um einer zu starken Narbenschrumpfung zu begegnen. — Sims, der die Methode wesentlich förderte durch die Erfindung seines Rinnenspeculums, das in Seitenlage oder in Rückenlage der Patientin eingeführt zu einer guten Freilegung führte, glaubte seinen Erfolg auf die Rechnung des von ihm in die Praxis eingeführten Silberdrahtes setzen zu müssen. Ein Schüler von Sims, Bozemann richtete sein Augenmerk hauptsächlich auf das preparatory treatment der meist narbig stenosierten Schiede. Das grösste Verdienst bei diesem Gegenstande hat ohne Frage sich Simon erworben, der in der Theorie, wie in der Praxis den Nachweis lieferte, dass Silberdraht und Entspannungsschnitt sowie preparatory treatment unwesentlich seien und dass es hier, wie bei einer jeden plastischen Operation nach genügender Freilegung des Operationsfeldes in erster Linie auf breite Anfrischung und exacte Vereinigung ankommt. Seine Methode ist in ihren Grundzügen noch heute die massgebende; ich komme an späterer Stelle zu näherer Besprechung auf die verschiedenen Arten der Behandlung zurück.

Es sei mir gestattet zu dem bisher veröffentlichten Material einige Fälle hinzufügen, die in der Frauenklinik zu Halle, mit einer Ausnahme, von Herrn Geh. Medicinal-Rat Prof. Dr. Kaltenbach operiert wurden.

1) Frau Minna B. aus P. 24 Jahr alt, früher stets gesund, mit dem 16. Jahre menstruirt, Menses regelmässig 4 wöchentlich 3 tägig schwach mit geringen Beschwerden verknüpft.

Am 18. 3. 90 wurde Patientin nach 20 stündiger Geburtsdauer mittels Forceps von einem toten Kinde

entbunden, das starke Impressionen an der Stirn zeigte. Das Wochenbett war schwer fieberhaft, übelriechender Ausfluss war vorhanden. Patientin war bettlägerig bis zum October. Gleich nach der Entbindung bemerkte Patientin Abfluss von Urin ex vagina. Im Krankenhause zu Magdeburg wurde sie zweimal und zwar am 30. 7. 90 und 28. 8. 90 ohne Erfolg operiert. Patientin fand am 6. 3. 91. Aufnahme in hiesiger Klinik.

Stat. praes. 6. 3. 91. Patientin ist eine gesund aussehende Frau mit anscheinend normalen Brust- und Verdauungsorganen. Am Abdomen findet sich nichts pathologisches, am Damm zeigte sich die Narbe eines ausgedehnten Risses der bis 1 cm. vom anus reicht. Die Vulva klafft, aus ihr geht tropfenweis Urin ab, im Liegen stärker als im Stehen. Beim Stehen besteht Continenz. An der anderen Wand der Vagina, etwa an der Grenze des oberen und mittleren Drittels findet sich ziemlich median eine pfefferkorngrosse Fistelöffnung, aus der Urin quillt. Zusammenhang mit der Blase wird durch Einführung des Katheters constatiert. Rings um die Fistel findet sich etwa $1-1^1/_2$ Querfinger breit straffes Narbengewebe. Uterus gut involviert anteflectiert. Adnexa ohne Narkose nicht tastbar.

Am 7. 3. wird zur Operation geschritten. In Narkose wird ca. 1 cm. angefrischt, die Fistelscheide excidiert, exacte Naht unter Vermeidung der Blasenschleimhaut mittels 7 Silberdrähten. Die Scheide wird mit Jodoformgaze tamponiert.

Schon am Abend wird der Urin spontan entleert, die Continenz bleibt bestehen; am 16. 3. werden die Suturen entfernt, die Fistel ist geheilt. Puls und Temperatur waren stets normal. Patientin unterzieht sich einer von Erfolg begleiteten Perinaeoplastik wegen das oben erwähnten Dammrisses und wird am 31. 3. vollständig geheilt entlassen.

2) Frau B. G. aus A., 38 Jahr alt. Von früheren

Krankheiten nichts sicheres zu eruieren. Sie ist seit dem 16. Jahre menstruiert. Menses regelmässig vierwöchentlich 5—6 tägig mässig. Sie hat 5 mal geboren: die 1, 3 und 4 Geburt verliefen normal, die 2. dauerte 4 Tage, wurde aber spontan beendet. Die letzte Entbindung fand 13. 3. 88. statt, die Geburt dauerte 36 Stunden von spontanem Verlauf, Kind tot, auffallend gross (12 Pfd. ?). Mässiges Fieber im Wochenbett, am siebenten Tage p. p. ging der Urin spontan ab, während die Woche vorher Harnverhaltung und Schmerzen bestanden. Wenn Patientin auf dem Rücken liegt, fliesst kein Urin ab, dagegen beim Gehen und Stehen die ganze Harnmenge. Patientin wird am 23. 4. 88 in hiesige Frauenklinik aufgenommen.

Stat. praes. 23. 4. 88. Patientin ist anscheinend an Brust- und Verdauungsorganen gesund. Intertrigo besteht — Aus der Vagina träufelt beständig Urin ab, es ist jedoch nicht möglich die Fistel freizulegen und sichtbar zu machen, da die vagina durch eine starke Narbenverschnürung dicht vor der Portio verengt ist. Erst nach stumpfer Dilatation und blutiger Umtrennung eines Narbenstrangs rechts gelingt es die etwa pfefferkorngrosse Fistel etwas mehr links sitzend sichtbar zu machen.

Am 30. 4. wurde die Operation ausgeführt. Die Freilegung des Operationsfeldes gelingt nach der vorbereitenden Dilatation leicht. Es wird ca. 1 cm. breit angefrischt und unter Schonung des Blasenmucosa der Fistelgang excidiert, mit 8 Silberdrähten wird die Wunde geschlossen und die Scheide mit Jodformgaze tamponiert.

Die Heilung war eine glatte. Vom Operationstage an ist Patientin stets continent. Am 8. 5. werden die Suturen entfernt und Patientin geheilt entlassen.

3) Frau R. K. aus C. 24 Jahr alt, will früher stets gesund gewesen sein. Menses traten im 13. Jahre ein, waren regelmässig, vierwöchentlich, 4 tägig, ohne Molimina. Geboren hat Patientin dreimal. Die erste Geburt vor

5 Jahren dauerte 2 Tage, ein totes Kind wurde spontan geboren. Die zweite Geburt verlief normal. Die letzte wurde am 16. 8. 86 nach 24 stündiger Geburtsarbeit durch Perforation beendet. Unmittelbar an diese Entbindung, an die sich ein viermonatliches fieberhaftes Wochenbett anschloss, bemerkte Patientin Abgang von Urin aus der Scheide und zwar sowohl beim Gehen und Stehen, als beim Liegen und Stitzen, doch kann Patientin von Zeit zu Zeit einen Theil ihres Urins selbst entleeren, zuweilen besteht Harndrang. Sie wurde am 27. 4. 88 in hiesige Klinik aufgenommen.

Stat. praes. 27. 4. 88. Patientin ist eine mässig gut genährte Frau mit anscheinend gesunden Brust- und Verdauungsorganen. An der vorderen Wand der Vagina ca. 3 cm. von dem orificium externum entfernt findet sich eine mit leicht blutenden Granulationen umgebene pfefferkorngrosse Fistel, durch welche der in die Blase eingeführte Katheter sichtbar wird. Das orificium ist ausserordentlich eng, im Übrigen finden sich normale Verhältnisse.

Die am 28. 4. 88 vorgenommene Operation bestand in einer ziemlich breiten Anfrischung, die in querer Richtung vorgenommen wurde. Die Mucosa der Blase wurde geschont, die Wunde mit 8 Silberdrahtsuturen geschlossen. In die Scheide wurden Tampons von Jodoformgaze eingelegt. Der Verlauf des Heilprocesses war ein guter, am 5. 5. 88 wurden die Nähte entfernt, die Heilung war eine absolute, Patientin gesund entlassen.

4) Th. E. aus Z. 25 Jahre alt. Patientin will als Kind vom Blitz getroffen sein, als Mädchen war sie chlorotisch, sonst nie schwer krank. Menses traten im 14. Jahre ein, waren regelmässig, vierwöchentlich 3—4 tägig ziemlich stark. Patientin hat einmal vor ca. 4 Wochen geboren (das Datum hat sie vergessen) die Geburt dauerte 3 Tage, es wurde nach dem Arzt geschickt, vor dessen Ankunft wurde die Geburt spontan beendet, Kind tot. Der Arzt „holte die Nachgeburt“. Einige Tage pp. begann

der Urin unwillkürlich aus der Scheide abzufliessen. Am 13. 1. 91 wurde Patientin in hiesige Klinik aufgenommen.

Stat. praes. 13. 1. 91. Patientin ist eine mittelgrosse kräftig gebaute Person von stumpfem Gesichtsausdruck und wenig entwickelter Intelligenz. Panniculus adiposus ebenso wie die Mammae sind kräftig entwickelt, letztere entleeren auf Druck wenig milchiges Sekret. Abdomen ziemlich voll und weich, wenig Striae. Vulva und Damm zeigen eine hellrothe bis bläulichrothe Verfärbung, stellenweise deutliche Verdickung des Papillarkörpers. Aus der Vagina tropfte permanent Urin aus. An der hinteren Wand der weiten faltigen Vagina findet sich die Narbe eines ca. 2 cm in die Vagina hineinreichenden Dammrisses. An der vorderen Wand befindet sich ziemlich in der Mitte eine erbsengrosse Öffnung mit gerötheten ziemlich scharfen Rändern, aus der Urin herausträufelt. Die durch sie geführte Sonde trifft den in der Blase liegenden Katheter und scheint die Blasenmündung der Fistel ziemlich median und etwa 1 cm. oberhalb der Basis des Trigonum Lieutaudii zu liegen. Dem der Zeit der Puerperiums entsprechenden Uterus entströmt ein gelblicher Lochialsecret.

Am 17. 1. 91 wird in Narkose die Fisteloperation vorgenommen, sie besteht in einer breiten Umschneidung der Blasenscheidenfistel, so dass die vaginale Wundfläche cr. 10-Pfennigstückgross, die Blasenwunde dagegen kleinerbsengross ist. Der Defect wird mit 5 Drahtnähten und 2 oberflächlichen Seidenknopfnähten geschlossen. In die Vagina werden Tampons von Jodoformgaze eingelegt.

Patientin lässt seit dem Abende des Operationstages spontan mässig blutig tingierten Urin von auffallend geringer Menge (18. 1. 600 ccm 19. 1. 800 ccm).

Am 20. 1. wird über 1500 ccm klarer Urin entleert, Patientin bleibt bei subjectivem Wohlbefinden andauernd continent. Am 26. 1. werden die Suturen entfernt, die Operationswunde ist per primam geheilt.

Am 29. 1. wird Patientin gesund entlassen.

5) Fr. Th. Sch. aus Gr. R. 42 Jahre alt. Patientin giebt an ausser Kinderkrankheiten keine schwerere Krankheit zu überstehen gehabt zu haben, sie ist seit ihrem 15. Jahre regelmässig, 4 wöchendlich 3 tägig menstruiert. Geboren hat sie fünfmal, die erste Geburt wurde mit. Forceps beendet, die zweite bis vierte verliefen in kurzer Zeit normal, die fünfte Geburt erfolgte am 6. 4. 89 Wegen Nabelschnurvorfalls wurde zum Arzt geschickt. Die Reposition misslang; ein Versuch zu wenden war ebenfalls erfolglos. Wegen drohender Uterusruptur wir die Cephalotrypsie des lebenden Kindes vorgenommen. Das Wochenbett verlief fieberlos. Am 2 Tage pp. bemerkte Patientin starken Urinabgang beim Aufstehen, während sie beim Sitzen und Liegen trocken blieb. Sie fand am 17. 5. 89 Aufnahme in hiesige Frauenklinik.

Stat. praes. v. 17. 5. 89. Patientin ist eine mittelgrosse mässig kräftige Person. Brust- und Verdauungsorgane sind gesund. An der vorderen Vaginalwand etwas rechts ca. 4 cm vom orific. extern. urethrae befindet sich eine starke Einziehung einer sondenknopfgrossen in die Blase führenden Fisteln, deren Freilegung sehr leicht gelingt.

Die am 18. 5. 89 vorgenommene Operation bestand in einer Umschneidung der Fistel, und zwar so, dass der Defect der Scheidenschleimhaut über 10 Pfennigstückgross war und sich nach der Blasenmuscosa zu verjüngte, so dass er dort die Grösse einer Erbse hatte. Die Wunde wurde mit 10—12 Drähten geschlossen. In die Scheide wurde nach sorgfältiger Ausspülung mit Sublimat nichts eingelegt. Die Heilung war eine glatte. Nach der Operation hat Patientin durch die Vagina nicht wieder Urin entleert, der Urin war etwas trübe, die Menge normal. Am 23. 5. konnte Patientin zeitweilig das Bett verlassen. Am 29. 5. wurden die Nähte entfernt, es hatte sich eine solide Narbe gebildet. Patientin wird als vollkommen geheilt an demselben Tage entlassen.

6) Frau E. D. aus R. 46 Jahre alt. Patientin ist in früheren Jahren stets gesund gewesen, die Menses traten im 15 Jahre ein und boten nichts abnormes. Geboren hat sie 6 mal. Vor c. 2 Jahren wurde wegen Collumcarcinoms die Totalexstirpation des Uterus vorgenommen Sie giebt an sich seit ihrer damaligen Entlassung aus der Klinik bis vor mehreren Wochen absolut wohl gefühlt, namentlich nicht Blutung oder Ausfluss aus der Scheide gehabt zu haben. Sie hatte an Körpergewicht zugenommen und hatte auch keine Beschwerden. Seit einigen Wochen nun stellten sich Schmerzen im Kreuz, namentlich beim Stuhlgang und Draengen auf den Mastdarm ein. Zugleich ist Patientin elender geworden und erheblich abgemagert. Vor 7 Tagen merkte sie zum ersten Male Abfluss von Urin aus der Scheide, womit zugleich die Unmöglichkeit der normalen Urinentleerung eintrat. Dem Urin waren bräunliche übelriechende Massen beigemischt. Sie wurde am 26. 3. 88 in hiesige Frauenklinik aufgenommen.

Stat. praes. 26. 3. 88. Patientin ist ausserordentlich anämisch mit cachectischem Aussehen, sie ist stark abgemagert. In der Vagina, deren Schleimhaut sehr anämisch und blass ist, und ferner Narben von der früheren Operation erkennen lässt, findet sich rechts etwas mehr nach vorn eine ca. erbsengrosse Öffnung, aus welcher bräunlich gefärbter, übelriechender Urin abfliesst. Die Ränder der Fistel nach der Tiefe zu sind mit leicht bröckelnden, bei Berührung leicht blutenden höckerigen Gewebsmassen bedeckt, während nach Aussen zu die Ränder normale Beschaffenheit zeigen: Der in die Blase eingeführte Catheter kann von der Scheide aus wahrgenommen werden.

In Anbetracht des überaus traurigen Zustandes der Patientin wird am 31. 3. der Versuch gemacht die Fistel zu schliessen. Die günstige Beschaffenheit der Vaginalschleimhaut ermutigt hierzu und lässt die Hoffnung auf Heilung erwecken. Nach Desinfection der Vagina mittels

Abreiben mit in Sublimat getränkten Stielschwämmen wird zunächst ein die Fistel oval umgebender Schnitt durch die Vaginalschleimhaut und ein Lappen von der Grösse eines Markstücks abpräpariert. Dabei massige Blutung aus den Rändern. Nun wird die Fistel auch in der Tiefe umschnitten, die bröckelnden Gewebsmassen entfernt und so auch in der Tiefe gut blutende Wundränder geschaffen. Die Naht wird in Etagen ausgeführt und zwar wird nach der Blase zu die Öffnung mit 6 Catgutnähten geschlossen und die Vaginalwunde mit 6 Silberdrähten vereint. Nach beendeter Operation wird die Blase mit Kal. hypermanganicum ausgespült: es zeigt sich hierbei, dass ein completer Schluss der Fistel erzielt ist. Die Wunde wird mit Jodoform bepudert und Jodoformgaze in die Scheide eingelegt.

Patientin wird angewiesen bei eintretendem Harndrang diesem Folge zu geben, dies stellt sich jedoch nicht ein bis ca 8 Stunden nach der Operation: durch Catheterismus wird fäculant riechender Urin entleert. Während der Nacht liess Patientin 2 mal spontan Urin. Es gelang dies in den folgenden Tagen in ganz normaler Weise. Die Therapie bestand in 2—3 mal täglich vorgenommener Ausspülung der Blase mit Kalium hypermanganicum. Durch die Vagina ist Flüssigkeit nicht mehr abgegangen. Am 9. 4. wurden einige von den Drähten entfernt. Die Wunde zeigte sich linear geheilt. Die Urinsecretion normal, wenn auch noch immer faeculante Massen dem Urin beigemischt sind. Patientin wurde am 10. 4. 88 aus der Klinik entlassen.

7. Frau A. W. 33 Jahr alt.*)

Bei der Patientin wurde am 22. 90. wegen Cervixcarcinoms die Totalexstirpation vorgenommen und hierbei der rechte Ureter verletzt. Am 15. 3. wurde die Kolpokleisis vorgenommen dergestalt, dass zunächst eine $1^1/_2$ cm

*) Die folgenden Fälle von Ureterenscheidenfisteln sind schon in der I.-D. von Gustav Nebe, Halle 1890 des näheren erwähnt, ich begnüge mich daher die Krankengeschichte kurz anzuführen.

ROMA

lange Blasenscheidenfistel durch Einschneiden auf den in der Blase liegenden Catheter hergestellt wurde, deren Ränder lippenförmig mit Schleimhaut umsäumt, dann das Ureterenende aufgeschlitzt wurde; in Anschluss hieran erfolgte nach doppelter circulärer Umschneidung und Anfrischung einer ca $1^1/_2$ cm breiten Wundzone der Verschluss der Scheide mittels Silberdrahtnähten. Ende Mai wurde Patientin vollkommen continent entlassen —

Am 12. 8. 90 kehrt Patientin zur Klinik zurück weil wiederum spontan Urin abgeht; es findet sich eine Fistelöffnung links in der Narbe von der früheren Operation. Die bequem eindringende Sonde stösst auf bröcklich harte Concremente. Mittels Kornzange werden am 13. 8. nach Erweiterung der Fistel die zahlreichen im Scheidenreservoir befindlichen Phosphatsteine entfernt, und dann nach erneuter Anfrischung die Kolpokleise vorgenommen. Es zeigt sich nach Entfernung der Drähte, dass die Wunde nicht geschlossen ist, dagegen die ganze Umgebung wahrscheinlich infolge carcinomatöser Infiltration eigentümlich knollig weich ist. Trotzdem geht wenig Urin ab, wohl weil eine weite Communication mit der Blase besteht. Es wird deshalb von einer weiteren Operation Abstand genommen.

8. Fr. Schl. aus H. 43 Jahr alt. Wegen Cervixcarcinoms wurde am 2. 5. 1888 die Totalexstirpation vorgenommen. Am 5. Tage nach der Operation stellt sich spontaner Harnabgang ein, es wird das Vorhandensein einer Ureterenfistel nachgewiesen. Am 25. 5. wird nach Anlegung einer künstlichen Blasenscheidenfistel die Kolpokleise ausgeführt und absolute Kontinenz erzielt. Der Ehemann, den die liegengebliebenen Silberdrähte genierten, entfernte dieselben mittels einer Zange, wodurch wiederum Incontinenz eintrat, die eine erneute erfolgreiche Kolpokleise notwendig machte.

9. Frau Sch. aus E. 26 Jahr alt. Patientin ist regelmässig menstruiert 4wöchentlich 3tägig. Ein Kind wurde vor 8 Jahren nach langdauernder Geburtsthätigkeit

spontan geboren. Die zweite und letzte Geburt wurde am 2. 8. 88 mittels Forceps beendet. Gleich nach der Geburt stellte sich Incontinenz ein. Bei der Untersuchung fand sich eine Verletzung des linken Ureter. Eine im September in Erfurt vorgenommene Operation führte wohl zur Besserung aber nicht zur Heilung des Leidens. Am 3. 5. 1889 wurde Patient in hiesige Klinik aufgenommen.

Bei der Untersuchung findet sich bei der sonst gesunden Patientin, die aber Trägerin eines stark abgeplatteten Beckens ist, in der linken vorderen Vaginalwand oben eine ausserordentlich feine Fistelöffnung; compliciert ist der Fall mit Inversion der vorderen und hinteren Vaginalwand.

Am 5. 5. wird die Fistelöffnung renalwärts ca. 5 cm gespalten und dicht davor eine Blasenscheidenfistel angelegt. Hierauf wird nach breiter Anfrischung die Wunde über den beiden Fisteln mit Draht geschlossen. Ungünstig für die definitive Heilung die dünne Beschaffenheit der an einander liegenden Wundflächen umsomehr, als hier ein nicht ganz zu entfernender Venenthrombus lag. Immerhin zeigte sich, als am 13. Tage p. oper. die Silberdrähte entfernt wurden, die Wunde per primam geheilt.

Auf der Heimreise erkrankte Patientin an Pyelonephritis, sie war 3 Wochen bettlägerig, die Schmerzen liessen erst nach, als wiederum Urin ex vagina abging. Am 15. 7. wurde sie wiederum in die Klinik aufgenommen. Bei der Untersuchung zeigte sich die Operationswunde gut verheilt, etwas weiter oben fand sich eine etwa stecknadelkopfgrosse Fistelöffnung, aus der permanent Urin floss. Offenbar war diese durch den Druck des angestauten eiterhaltigen Urins hervorgerufen.

Die am 20. 7. vorgenommene Operation bestand darin, dass zunächst die Fistelöffnung erweitert wurde und dann vesikalwärts wie renalwärts der Ureter gespalten wurde. Die Ureterenmündung in die Blase zeigte sich undurchgänglich, es wurde daher eine künstliche Blasenscheiden-

fistel angelegt, darauf durch Urethra, Blase, künstliche Blasenscheidenfistel in das renale Ende des Ureters ein elastischer Katheter eingeschoben, und über diesem das angefrischte Scheidengewölbe vereinigt. Naturgemäss bildete nach der Scheide zu die Decke nur die dünne Scheidenschleimhaut. Am dritten Tage post oper. wurde der Katheter entfernt und am 4. Tage lag Patientin wieder nass. Am sechsten Tage wurden die Nähte entfernt. Die Wunde war bis auf eine kleine Stelle in der Höhe des Scheidengewölbes geheilt. Da dieser letzte Versuch nicht gelungen war, entschloss man sich zur partiellen Kolpokleise im linken Scheidengewölbe.

Am 24. 7. wurde die Operation ausgeführt. Zunächst wurde eine neue Blasenscheidenfistel angelegt und deren Ränder lippenförmig umsäumt. Über dieser Fistel und im Bogen um die alte Operationsstelle wird ein $1^1/_2$ cm breiter Ring Scheidenschleimhaut entfernt. Mit Catgutnähten wurde dann der innere Rand des Anfrischungsringes vernäht und darüber der äussere mit Silberdraht vereinigt. Vorübergehende Erscheinungen von Harnstauung störten das Wohlbefinden der Patientin in den folgenden Tagen. Am 20. 7. lag Patientin wieder nass. Am 29. 7. wurden die letzten Nähte entfernt und an der Umschlagstelle des Scheidengewölbes fand sich eine Fistel in der Grösse eines Uterussondenknopfes, die in das künstlich geschaffene Harnreservoir und nicht in den Ureter führte. Diese Fistel wurde mit der am 22. 10. vorgenommenen vierten und letzten Operation, welche auf Wunsch der Patientin ohne Narkose ausgeführt wurde, geschlossen. Dieselbe bestand in einer reichlichen circulären Anfrischung mit darauffolgender Silberdrahtnaht. Die Heilung verlief glatt und Patientin erfreut sich bis jetzt eines dauernden Wohlbefindens.

10) Frau D. Sch. aus R. 44 Jahre alt.

Patientin will erst im 4. Jahre laufen gelernt haben, aber sonst gesund gewesen sein. Mit dem 18. Jahre ist sie menstruiert. Menses bis zum 30. Jahre unregelmässig 2—3 wöchent-

lich achttägig. Vom 30. Jahre an normal, vierwöchentlich 1—2 tägig. Geboren hat sie siebenmal, die ersten 6 mal verliefen die Geburten zwar etwas langsam aber normal. Die siebente Entbindung wurde vor 8 Jahren nach vergeblichen Wendungsversuchen durch Forceps beendet. Hinterher hat sie noch 2 mal abortiert: vor 5 und vor 4 Jahren. 8 Tage nach ihrer letzten Entbindung bemerkte sie, dass sie den Urin nicht mehr halten konnte, und zwar war die Incontinenz beim Liegen stärker als beim Sitzen und Gehen. Sie wurde am 22. März h. a. in die Klinik aufgenommen.

Stat. praes. Patientin ist eine magere Person mit gesunden Brust- und Verdauungsorganen. Es finden sich deutliche Zeichen von Rachitis namentlich am Becken. In der Umgebung der Genitalien findet sich Intertrigo. Aus der Vulva geht reichlich Urin ab.

Die Vagina ist kurz und weit, Wand entzündlich geröthet, Muttermund querspaltig, aus ihm quillt Urin. Links neben der Portio findet sich ein brückenartiger Lappen, unter welchem man den Finger durchschieben kann: ein abgerissener und teilweis angeheilter Schleimhautlappen. Am Übergang des vorderen Scheidengewölbes in die vordere Muttermundslippe findet sich eine erbsengrosse Fistel, durch welche die Sonde in den Cervikalkanal gelangt und von hier nach sondierenden Bewegungen in die Blase (nachgewiesen durch den in die Blase eingeführten Katheter). Es besteht also 1) eine vaginocervicale Fistel und 2) eine vesico-vaginale Fistel.

Die Operation wurde am 24. 3. 91 in Narkose vorgenommen: Zunächst wird die vordere Muttermundslippe bis zur unteren Fistel gespalten, alsdann mit frontalen Schnitten Cervix von der Blase getrennt. Hierauf werden die entstandenen 2 Cervixlappen angefrischt und von oben nach unten mit Suturen, die nach dem Cervicalcanal geleitet werden, vereint. Alsdann wird die geschaffene Blasenscheidenfistel nach Umschneidung unter Schonung der

Blasenmucosa mit Silberdrähten vernäht. Nun erübrigte es noch, den Rest der Cervixrisses zu vereinen. Es geschah dies nicht ohne Schwierigkeit wegen Enge des Operationsfeldes. Die Nähte werden nach der Scheide zu geleitet. Eine gründliche Desinfection mit Sublimat $^1/_{3}{}^{00}$ und Vorlegen von Jodoformgaze beendet die Operation, der Verlauf war ein ausserordentlich günstiger, Patientin war dauernd fieberfrei. Der Verband wurde am 26. 3. wegen eingetretener Menses entfernt, Urin ist ex vagina nicht wieder abgegangen. Am 6. 4. wurden die letzten Suturen entfernt, die Wunden zeigten sich geschlossen; die Patientin wurde an demselben Tage geheilt entlassen.

Fassen wir nun das in den vorstehenden zehn Krankengeschichten Gesagte statistisch zusammen, so ergiebt sich folgendes:

Bei den zehn Patientinnen fanden sich im ganzen elf Fisteln und zwar 6 Blasenscheidenfisteln, 3 Ureterenscheidenfisteln, je eine Blasencervix- und Cervixscheiden-Fistel. Sämtliche Fisteln gelangten zur blutigen Operation und alle wurden vollkommen geheilt bis auf eine (Fall 7), wo die Wundränder carcinomatös infiltriert wurden, doch wurde auch hier eine wesentliche Besserung der Incontinenz erzielt. Um zu diesem Resultate zu gelangen, wurden in hiesiger Klinik 15 Operationen ausgeführt, und zwar heilten prima intentione die Operationswunden bei Fall 1—6 (Blasenscheidenfisteln) und Fall 10 (Blasengebärmutterfistel) Patientin 7 und 8 (Harnleiterfisteln) wurden je zweimal operiert, während bei Fall 9 (Harnleiterfistel) es eines viermaligen Eingriffes bedurfte. Vor Aufnahme in die Klinik waren auswärts bei Patientin 1 zwei und bei Patientin 9 eine Operation ohne Erfolg ausgeführt worden.

Veranlassung zur Fistelbildung gab in einem Falle ein recidivierendes Carcinom, dass die Blasenscheidenwand zerstörte, in zwei anderen Fällen war die Verletzung des Ureters bei Totalexstirpation Ursache der Fistelbildung. In den sieben übrigen Fällen schloss sich diese an Geburten

an. Von diesen sieben Geburten wurden fünf künstlich, nämlich drei mit Forceps und zwei mit Perforation beendet. Bei der einen nicht mit Kunsthilfe beendeten Entbindung, dauerte die Geburtsarbeit drei Tage, während die bei dem anderen Falle ein Kind von dem erstaunlichen Gewicht von 12 Pfund ergeben haben soll Inwiefern der geburtshilfliche Eingriff zur Herbeiführung der Fisteln Anlass gegeben hat, muss dahingestellt bleiben, da es sich nicht feststellen lässt, ob die zur Fistelbildung führende Narkose nicht durch den vom vorliegenden Kopf ausgeübten Druck verursacht wurde; immerhin ist es auffallend, dass in drei von den künstlich beendeten Geburten die Incontinenz sich unmittelbar an die Entbindung anschloss, während bei den zwei normalen Geburten der Abfluss von Urin aus der Scheide sich erst am 5. resp. 6 Tage einstellte.

Von den Patientinnen standen vier in dem Alter zwischen 20 und 30, zwei in dem Alter von 30—40 Jahren, während die siebente 42 Jahre alt war.

Bei zwei Patientinnen schloss sich die Fistelbildung an die erste Geburt an, je eine waren Zweit- und drittgebärende, zwei fünftgebärende, eine siebentgebärende. Bei den Mehrgebärenden waren die voraufgegangenen Geburten durchweg langdauernde oder durch Kunsthilfe beendete, woraus wohl zu entnehmen ist, dass auch in den Fällen, wo in den Krankengeschichten dessen nicht Erwähnung geschieht, mehr minder bedeutende Beckenanomalien bestanden haben.

Was die Grösse der Fisteln anlangt, schwankte diese zwischen Stecknadel- bis Sondenknopfgrösse. Die Blasenscheidenfisteln lagen meist ungefähr im mittleren Drittel der Scheide, nur eine lag 2 cm. hinter dem Introitus, und zwar lagen sie in der Mehrzahl der Fälle median. Bei den Ureterenfisteln handelte es sich zweimal um den rechten und einmal um den linken Ureter.

Wesentliche Complicationen bestanden im Fall 3 und 4 durch das Vorhandensein von erheblichen Narbensträngen in der Scheide, im Falle 9 bestand gleichzeitig mit der Fistel prolapsus uteri.

Ich gehe nun über zur Behandlungsmethode der Urinfisteln. Was zunächst den zu wählenden Zeitpunkt für die Operation betrifft, so ist der früheste Termin die sechste Woche nach der Geburt. Um diese Zeit hat der Defect ihm anhaftendes nekrotisches Gewebe abgestossen, und die umgebenden Partieen sind hinreichend fest um den anzulegenden Suturen Halt gewähren zu können. Auch darf die Gefahr, dass Mikroosganismen zum Operationsfelde gelangen, keine zu naheliegende sein. Besteht eitrige Pyelitis, so wird man diese zunächst in Behandlung nehmen. Man wird ferner bei fliessenden Lochien nicht operieren und etwa complicierenden fluor albus zu beseitigen trachten. —

Weitere Vorbehandlung erheischen Complikationen, welche die Freilegung der Fisteln erschweren oder unmöglich machen. In einer Reihe von Fällen führt dieselbe schädliche Ursache die zur Fistelbildung Veranlassung giebt, zu mehr minder tiefen Einrissen in die Scheide, diese heilen meist spontan und dicke Narbenstränge durchziehen dann die Scheide. Der eingangs erwähnt Bozemann verfuhr bei der Beseitigung resp. Unschädlichmachung dieser Stränge so, dass er seichte Incisionen machte und allmählich die verengte Scheide erweiterte. Diese Methode ist nicht ungefährlich, da durch die eingeführten Cylinder der niemals aseptische Inhalt der Scheide in die angelegten Schnitte hineingedrängt wird. Häufig sind in Anschluss hieran nicht unbedeutende Temperatursteigerungen beobachtet worden. Dass dieses prepertory treatment nicht der einzige Weg ist um zum Ziele zu gelangen zeigte Simon, der mit tiefen Messerzügen die Stränge in einer Sitzung durchschneidet, hierauf in kurzer Zeit die Scheidenstenose beseitigt und so den gewünschten Überblick gewinnt. Da letztere Methode, von einem geschickten Operateur ausgeführt, keinerlei Gefahren in sich birgt, so giebt man ihr jetzt, als der bequemeren, fast allgemein den Vorzug. Hat man dafür gesorgt, dass von seiten

der Scheide Hindernisse nicht bestehen, so wird man durch passende Lagerung und unter Zuhilfenahme des Speculums sich das Operationsfeld möglichst bequem zugänglich zu machen suchen: Es sind da von den einzelnen Autoren die verschiedensten Vorschläge gemacht worden. Die früher vielfach empfohlene Knieellenbogenlage ist für die Patientinnen, soweit sie nicht narkotisiert sind, ausserordentlich unangenehm: sie ermöglicht allerdings einen vollständigen Überblick über die Scheide, da die Schleimhautfalten durch den Luftdruck, bei gleichzeitig aufgehobenem intraabdominellen Drucke geglättet werden, dies bringt wieder andererseits den Nachtheil mit sich, dass das Operationsfeld in die Tiefe gerückt wird. Auf hiesiger Klinik ist man mit Steissrückenlage und leichter Seitenlage noch immer zum Ziele gelangt. — Es liegt in der Natur der Sache, dass man eine allgemeingültige Vorschrift nicht aufstellen kann, da der Sitz der einzelnen Fisteln ein ganz verschiedener ist.

Von einigen Autoren, namentlich von Bozemann und Neugebauer sind ausserordentlich complicierte Specula empfohlen worden. Auf hiesiger Klinik hat man dergleichen Apparate nicht in Anwendung gebracht: Ein gewöhnliches Rinnenspeculum in der Hand eines geschickten Assistenten ist durch den compliciertesten Apparat nicht zu ersetzen.

Eine sehr einfache und bequeme Methode der Freilegung ist die, dass man den Uterus mittels Museux'schen Zangen herabzieht und so das Operationsfeld in die Nähe des Introitus verlegt. Allerdings ist sehr darauf Rücksicht zu nehmen, dass im Parametrium kein akuter entzündlicher Process sich abspielt. Auch bilden Verwachsungen, Überreste abgelaufener Parametritiden häufig genug den Hinderungsgrund. —

Es ist stets zu empfehlen, die Operation in Narkose vorzunehmen, da die geringste reactive Bewegung der Patientin eine sofortige Verschiebung des ganzen Operationsfeldes im Gefolge hat.

Was nun die verschiedenen Arten der Operation anlangt, so ist klar, dass das erstrebte Ziel, den Abgang von Urin durch die Scheide zu beseitigen, auf zwei Arten erreicht werden kann, nämlich erstens, indem man direct die Communikation zwischen Harn- und Sexualorgane verschliesst und zweitens indirect dadurch, dass man die Scheide zum Verschluss bringt und so in vagina ein Harnreservoir bildet. Die letztere Methode ist der ersten gegenüber nur als Notbehelf anzusehen, da naturgemäss die Operierte an der Conception, bisweilen selbst an der Cohabitation gehindert wird.

Deshalb ist es stets das Bestreben des Operateurs, direct die Fistel zum Verschluss zu bringen: es lässt sich dies auf blutigem und nicht blutigem Wege erreichen.

Es sind hauptsächlich bei kleineren Communikationen zwischen Blase und Cervix bisweilen Fälle bekannt geworden, wo kleinere Fisteln spontan sich wieder schliessen: man wird also in solchen Fällen stets den Versuch machen, durch Abhaltung von Schädlichkeiten eine spontane Vereinigung zu erreichen.

Weitaus in der Mehrzahl der Fälle aber ist man genötigt blutig zu operieren. Hierbei ist der erste und wichtigste Act die Anfrischung d. h. man sucht sich aus dem die Fistel umgebenden Gewebe glatte, gut aneinander passende und genügend breite Wundränder zu schaffen, deren Gewebe so beschaffen sein muss, dass die Verheilung leicht erfolgen kann, also kein schlecht blutendes Narbengewebe enthält.

Bei der Anfrischung ist die Blasenmucosa zu schonen um Blutungen in die Blase zuvermeiden, die abgesehen von dem Blutverluste deshalb unangenehm sind, weil Coagula in der Blase mit ziemlicher Sicherheit zu Blasenkatarrh Anlass giebt.

Wieviel in dem einzelnen Falle excidiert werden muss, darüber lässt sich keine allgemeine Regel aufstellen, dies muss der gegebene Fall zeigen. In hiesiger Klinik

wird meist der flachtrichterförmigen Anfrischung der Vorzug gegeben, dergestalt dass ein Kegel, dessen breite Basis in der Scheide liegt, während die schmale die Fistelöffnung in der Blase darstellt, excidiert wird.

Sehr wichtig ist es, darauf zu achten, dass nicht der Ureter, über dessen Verlauf man bei den fast immer bestehenden Verklebungen nicht immer im Klaren sein kann, sich in dem zu excidierenden Stücke befindet. Etwa vorhandene Unebenheiten der Anfrischungsfläche werden erst mit der Scheere beseitigt.

Nach erfolgter Anfrischung erfolgt der Verschluss der Wunde in der Art, dass die Blasenmucosa nicht mit in der Naht gefasst wird, sondern nur beiderseitig aneinander zu liegen kommt. Die Ausführung der Naht unterscheidet sich in nichts von der gewöhnlichen Vereinigung zweier wunder Flächen, sie ist die gewöhnliche Knopfnaht. Die von Bozemann empfohlene Methode die Drähte über einer Bleiplatte zu vereinen und durch ein durchbohrtes Schrotkorn zu führen, ist nicht nur ausserordentlich umständlich, sondern kann unter Umständen sogar gefährlich werden, insofern als die Bleiplatte zur Drucknarkose führen kann. Als Nahtmaterial bedient man sich am besten, wie auch in hiesiger Klinik geschieht, des Silberdrahtes. Da es auch bei der grössten Sorgfalt nicht gelingt die Scheide keimfrei zu erhalten, so darf man kein imbibitionsfähiges Material verwenden, da dieses sonst den Weg zu einer Wundinfection abgeben könnte. —

Eine gründliche Desinfection der Scheide mit darauffolgender Tamponade beschliesst die Operation.

Von üblen Zufällen bei der Operation ist oben schon die Verletzung eines Ureters bei der Anfrischung erwähnt. Bei derselben Gelegenheit kann auch die art. vesico uterina angeschnitten worden, die dann zu einer recht copiösen Blutung die Veranlassung giebt. Diese muss durch Umstechung des verletzten Gefässes innerhalb oder

ausserhalb der Wunde gestillt werden. Bisweilen ist auch bei der Excision der Fistelränder das Peritoneum verletzt und durch das Eindringen von Harn in den freien Bauchraum Ursache zu einer höchst gefährlichen Peritonitis gegeben worden. Es ist auch bisweilen vorgekommen, dass beim Schliessen der Suturen der unverletzte Ureter mitgefasst wurde und so typische Erscheinungen von Harnstauungen auf der einen Seite eintraten. Natürlich müssten in diesem Falle die Suturen wieder entfernt werden. Von diesen üblen Zufällen ist bei den angeführten Fällen keiner eingetreten.

In der angegebenen Weise werden weitaus die Mehrzahl der Blasenscheidenfisteln zur Heilung gebracht. Die Grösse einer Fistel giebt im allgemeinen keinen Hinderungsgrund ab, wenn sie von gesundem Gewebe umgeben ist. Auch der angeführte eine Fall von Blasengebärmutterfistel wurde von dem ersten Assistenten der hiesigen Klinik, Herrn Dr. v. Herff so operiert, dass man künstlich durch Abpräparieren des Uterus von der Blase diese Fistel in eine Blasenscheidenfistel verwandelte und dann wie angegeben zum Verschluss brachte. —

Sind die die Scheide verengenden Narbenstränge in zu grosser Ausdehnung vorhanden oder verfügt man — wie dies bei den Ureterenscheidenfisteln die Regel ist — nicht über eine genügende Menge haltbaren Gewebes, um den Defect zu decken, so ist man genöthigt, die Incontinenz durch Verschluss der Scheide unterhalb der Fistel zu beseitigen.

Die von Dieffenbach ausgeführte Episiostenose wird wohl zur Zeit nur noch in den Fällen zur Anwendung gelangen, wo der Defect den Blasengrund und einen grossen Teil der Harnröhre, somit auch den Schliessmuskel betrifft. In solchen Fällen muss auch das orificium urethrae verschlossen und dem Harnreservoir Abfluss nach dem Mastdarm geschaffen werden. Der Grund hierfür liegt darin, dass bei derart behandelten Patientinnen die Möglich-

keit der Cohabitation natürlich vollständig ausgeschlossen ist. Um diese, so weit es geht, zu erhalten, muss man bestrebt sein die künstliche Obliteration so hoch als möglich anzubringen. Die Operation wird so ausgeführt, dass man in querer Richtung einen ca $1^1/_2$—2 cm breiten Ring von Scheidenschleimhaut abträgt und die so gebildete Wundfläche sorgfältig durch eine doppelte Naht vereinigt. In dieses so gebildete Reservoir fliessen ausser dem aus der Fistel kommenden Urin noch die Sekrete des Uterus und das menstruelle Blut. In folge dessen muss man ihm, natürlich vor der Anlegung des Scheidenverschlusses Abfluss verschaffen. Es bieten sich da zwei Möglichkeiten, nämlich die, dass man die Verbindung mit der Blase oder mit dem Mastdarm herstellt. Das erstere ist aus mehreren Gründen vorzuziehen. Erstlich sind die Patientinnen nicht genötigt oft Urin zu entleeren, da der sphincter vesicae nicht so leicht reflectorisch erschlafft, wie der Sphincter ani. Die angelegte Communikation mit dem Rectum giebt ausserdem die Möglichkeit des Eintritts von faeculanten Massen und Gasen durch das Scheidenreservoir hindurch nach der Blase; der in Anschluss hieran entstandene eitrige Katarrh setzt sich demnach rückwärts durch den Ureter nach der Niere fort und es kommt dann zur Pyelonephritis und deren traurigen Folgen.

Wenn irgend möglich, wird man also die Communikation mit der Blase herzustellen suchen. Es geschieht dies in der Art, dass man eine möglichst grosse Blasenscheidenfistel anlegt und deren Ränder lippenförmig mit Schleimhaut umsäumt. Die Erfahrung hat jedoch gelehrt, dass es trotzdem nicht selten zur Verkleinerung der Fisteln infolge von narbigen Verengerungen kommt.

Ein sehr gutes Resultat ergiebt die von Simon angegebene und im Falle 9 von Herrn G. M.-R. Kaltenbach geübte Methode, den Verschluss einseitig im Scheidengewölbe anzubringen. Diese besteht darin, dass der Verschluss nicht, wie bei der gewöhnlichen Kolpokleise in

querer, sondern in schräger Richtung erfolgt und zwar so, dass der äussere Muttermund in die Scheide mündet. Es ist klar, dass nach dieser Operation ein Hinderniss für Cohabitation und Conception nicht besteht. Es steht wohl zu hoffen, dass mit Einführung dieser Methode bei einem grossen Theile von Patientinnen sich die complette Kolpokleise nicht mehr als erforderlich erweisen wird.

Eines Übelstandes möge hier noch Erwähnung geschehen, der sich häufig nach Kolpokleise findet: ich meine die Bildung von Concrementen — es sind dies meist Phosphatsteine — in dem künstlich angelegten Harnreservoir. Diese bilden sich entweder infolge von Harnstagnation bei kleiner Communikation mit der Blase, oder um verschendlich zurückgebliebene Suturen herum. Sind diese Steine zu gross, um durch die Blase und Harnröhre entfernt werden zu können, so muss das Scheidenreservoir von der Scheide aus geöffnet und die Steine extrahiert werden.

In Anschluss an die Urinfisteln erlaube ich mir einige von den in hiesieger Klinik operierten Mastdarmscheidenfisteln anzuführen.

1) A. Sch. aus R. 23 Jahr alt. Patientin hat erst mit $1^1/_2$ Jahren laufen gelernt, hat vor einigen Jahren Typhus gehabt. Menstruirt ist sie seit dem 20. Jahre, Menses regelmässig vierwöchentlich dreitägig. Patientin hat am 6. 11. 89 zum ersten Male geboren. Die Geburt begann bereits am 4. 11.; beendet wurde sie mit forceps nachdem dieser sechsmal abgeglitten war; das Kind war sehr gross und tot. Seit der Geburt bemerkt Patientin Abgang von flatus ex vagina. Am 5. 12. ging zum ersten Male Koth ab. Ausserdem klagt sie über in die Beine ausstrahlende Schmerzen; aus diesem Grunde ist sie bettlägerig.

Stat. praes. 11. 12. 89. Patientin ist eine blasse, stark abgemagerte kleine Person, die nur mühsam sich fortbewegen kann. Der Gang ähnelt dem bei angeborener Luxation des Hüftgelenkes.

Dicht hinter der hinteren Kommissur findet sich eine narbige Vertiefung offenbar herrührend von dem Abreissen der columnae rugar. poster. Portio für sich nicht zu fühlen, ein querer Spalt deutet sie vielleicht an. Unterhalb dieses befindet sich eine die ganze Scheide durchsetzende Narbe; von ihren seitlichen Endpunkten ziehen beiderseits mächtige Narbenzüge bis an den Introitus vaginae, links stärker als rechts. Einen Finger lang oberhalb des Scheideneingangs findet sich eine grübchenförmige Einsenkung, es stellt dies wahrscheinlich die oberhalb des Sphincter tertius liegende Fistel dar, wenigstens findet sich in den weiter unten gelegenen Partieen keine Communikation. Ausserdem besteht Parametritis auf beiden Seiten, der Uterus ist verdickt, unbeweglich, anteflectiert, retroponiert.

Die eingeschlagene Therapie bestand in völliger Ruhelage und öfteren desinficierenden Ausspülungen. Gleichzeitig wurde der Darm durch Darreichung von Opiaten ruhig gestellt.

Am 16. 12. (vier Tage nach der ersten Untersuchung) findet kein Abgang mehr von Faeces und Flatus statt, ebenso wenig an den beiden folgenden Tagen. Das Allgemeinbefinden ist gut. Sie wird wegen der noch bestehenden Myelitis der Nervenklinik zur Weiterbehandlung überwiesen.

2) Frau A. D. aus M. 25 Jahr alt. Patientin ist immer gesund gewesen und vom 16. Jahr normal menstruirt. Bei einer Geburt hat sie einen Dammriss sich zugezogen, der vernäht wurde, aber nicht vollständig verheilte. Wegen Kothabgang aus der Scheide liess sie sich am 12. 10. 87 in hiesige Klinik aufnehmen.

Stat. praes. Bei der sonst gesunden Patientin findet sich an der hinteren Vaginalwand, dicht hinter dem Introitus eine ca. erbsengrosse Fistel, die nach dem äussersten Ende des Rectums hinführt, nur von einer dünnen Hautdecke überbrückt.

Am 13. 10. wird diese Brücke gespalten, es findet sich hierbei noch eine zweite Fistel von wesentlich engerem Lumen als die erste, ca. 3 cm nach hinten. Auf der mit Mühe eingeführten Sonde wird nun das Gewebe vollkommen durchtrennt, hierauf zwei Anfrischungsflächen durch Abpräparieren zweier seitlicher Lappen geschaffen und diese durch die Naht vereint. Nach der Scheide hin werden Seidennähte angelegt, das Rectum dagegen mit Juniperusölkatgut vereinigt; es werden nur Knopfnähte verwendet. Nach beendigter Operation, die wegen der langwierigen Naht fast zwei Stunden gedauert, wird subkutan der Sphincter durchschnitten, die Scheide ausgespült und Jodoformgaze in dieselbe eingelegt.

Die Heilung erfolgte prima intentione, am 18. 10. wurden die Seidennähte entfernt und am folgenden Tage die Patientin gesund entlassen.

3) Frau L. Sch. aus R. 31 Jahr alt. Patientin war früher stets gesund und ist seit dem 15. Jahre regelmässig menstruiert.

Bei der ersten 1877 erfolgten spontanen Geburt zog sie sich einen Dammscheidenriss zu, der bis zum After reichte, das Rectum aber nicht betheiligte. Nach der zweiten wiederum spontan verlaufenden Geburt, die keine Vergrösserung des noch bestehenden Risses zur Folge hatte, wurde zur Operation geschritten und damit Heilung erzielt. Bei der 3. Geburt im Dez. 1885 ging der Riss wieder auf, wurde aber sofort von einem Arzte vernäht. Die Wunde blieb geschlossen bis zum Dezember 1887, zu welcher Zeit sich der Riss unter der Geburt durch teilweises Zerreissen des septum rectovaginale vergrösserte. Am 21. 2. 88 wurde Patientin in der Poliklinik der Perinaeoplastik unterworfen und Heilung erzielt bis auf eine dicht hinter dem Introitus liegende Fistel, die in das Rectum führte, geschlossen. Nach mehrmaligem Aetzen mit Lapis wurde die Patientin entlassen.

Am 19. 7. 88 liess sie sich wegen Abgangs von Koth und Blähungen aus der Scheide aufnehmen.

Stat. praes. 20. 7. 88. Ca 2—3 cm hinter dem Introitus findet sich ziemlich median eine für eine dünne Uterussonde passierbare fistula rectovaginalis, aus welcher dünner Stuhl und Blähungen abgehen.

Am 21. 7. 88 wird die Fistel nach dem Damm hin gespalten, auf beiden Seiten angefrischt und vernäht und zwar das Rectum mit Catgut, der Damm nach mehreren versenkten Catgutnähten mit Silberdraht und die Scheide mit Seide verschlossen.

Die Heilung war eine gute: am 6. 8. wurden die letzten Nähte entfernt und es zeigte sich die Wunde absolut prima intentione geschlossen, das plastische Ergebniss war ein vorzügliches.

4) Frau D. B. aus G. 50 Jahr alt. Patientin früher gesund gewesen. Seit ihrem 43. Jahre trägt Patientin ein Zwancksches Pessar. Wähend der ganzen Zeit ist dieses nicht entfernt worden. Auch Versuche des Arztes, dieses herauszunehmen misslingen und rufen starke Blutung hervor. Am 1. 2. 88 liess sie sich behufs Entfernung des Pessars in hiesige Klinik aufnehmen.

Am 2. 2. 88 wird, da ein Versuch ohne Narkose dasselbe zu entfernen, ebenfalls misslingt, in Narkose dasselbe extrahirt. Hierbei kann man den hinteren Bügel frei im Rectum fühlen. Nach Beseitigung des Pessars zeigt sich an der hinteren Scheidenwand eine grosse für drei Finger durchgängige Fistel, die von rechts vorn nach links hinten verläuft. Die Fistel wird umschnitten und dann unter sorgfältiger Vermeidung der Darmmucosa in einer Etage mit Seide genäht.

Der Heilprocess war ein glatter, die Wunde schloss sich prima intentione und die Patientin am 12. 2. vollständig geheilt entlassen.

In den vorliegenden vier Fällen von Rectovaginalfisteln handelte es sich in drei um solche, die in Anschluss an Geburten entstanden waren und zwar waren zwei (Fall 2 u. 3) nach unvollständiger Heilung von Dammrissen

zurückgeblieben und dem entsprechend unweit des Scheideneingangs gelegen, während die dritte (Fall 1) ihr Entstehen dem unter der Geburt auf die Weichtheile ausgeübten langdauerndem Drucke verdankte; diese war hoch oben für den Finger nur mit Mühe erreichbar gelegen. Im Falle 4 war die zur Fistelbildung führende Nakrose durch einen viele Jahre in der Scheide liegenden Fremdkörper (Zwarksches Pessar) verursacht.

Mit Ausnahme des Falles 1, der durch Ruhelage und häufige desinficierende Ausspülungen zur Spontanheilung gebracht wurde, wurden die Fälle der blutigen Operation unterworfen.

Die Operation nahm ihren Ausgang in einem Falle (Fall 4) von der Scheide aus, in den Fällen 2 und 3 vom Damm aus. Der dritte mögliche Ausgangspunkt, das Rectum, wurde in keinen der Fälle gewählt; überhaupt ist die Operation vom Rectum aus wohl nur aus Notbehelf, denn erstlich bietet der Introitus vaginae einen viel bequemeren Überblick über das Operationsfeld als der anus, dessen sphincter häufig genug erst ad hoc durchtrennt werden muss, und dann eignet sich das straffe Gewebe der Scheide viel mehr als Ausgangspunkt der Anfrischung als das schlaffere und dabei ausserordentlich blutreiche Gewebe des Mastdarms.

Die (im Falle 4 ausgeführte) Operation von der Scheide wird in Rückenlage der Patientin vorgenommen. Die weitere Freilegung geschieht so, dass man die vordere Scheidenwand mit Hebeln nach aufwärts drängt, sodann fasst man mit spitzen Häkchen den unteren Fistelrand und zieht diese dem Scheideneingang zu. Endlich führt man einen Finger in das Rectum und bringt so das umliegende Gewebe in Spannung.

Hat man sich das Operationsfeld zugängig gemacht, so erfolgt die Anfrischung in ähnlicher Weise wie bei den Blasenscheidenfisteln d. h. es wird in flachtrichterförmiger Richtung bis zur Mukosa des Darmes hin ein Ring ex-

cidiert und dann die Wunde je nach der Breite der Anfrischung in einer oder zwei Etagen vernäht. Hierbei ist hauptsächlich darauf zu achten, dass die Darmmucosa nicht in den Nähten mitgefasst wird, denn an den Stellen, wo dies geschieht, kann es nicht zu einer Verwachsung der Wundfläche kommen. Ausserdem würde mit Sicherheit die Wunde durch den Darminhalt inficiert werden. Welch eines Nahtmateriales man sich hierbei bedient, ist nicht vom principieller Wichtigkeit.

Die eben angegebene Operationsmethode ist jedenfalls die einfachste, leider ist sie nicht in allen Fällen verwendbar. Wenn, wie es in unsern drei Fällen 2 und 3 der Fall ist, die Fistel in der Narbe eines alten Dammrisses liegt, so würden bei der Länge der Fistel und den narbigen umliegenden Partieen einer ringförmigen Umschneidung der Fistel sehr grosse Schwierigkeiten im Wege stehen.

Bei diesen Fällen ist die Operation vom Damm aus indiciert. Die Operation wird so vorgenommen, dass man den Damm bis auf die in die Fistel eingeführte Hohlsonde spaltet. So hat man es leicht, die Fistelscheide zu excidieren. Ist dies geschehen, so werden die genau correspondierenden Wundflächen mit einander durch Nähte in der Scheide, am Damm und im Rectum vereint.

Es ist empfehlenswert, nach vollendeter Operation den Sphincter ani subkutan zu durchtrennen, um einer Kothstagnation, die durch Druck auf das neu sich bildende Narbengewebe ungünstig wirken könnte, zu vermeiden.

Die Prognose der Mastdarmscheidenfisteln ist als eine gute zu bezeichnen: quoad vitam ist so gut wie keine Gefahr bei der Operation und Heilung wird in allen Fällen mit sehr wenigen Ausnahmen erzielt.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Kaltenbach für freundliche Überlassung des Themas sowie für seine Unterstützung bei Ausführung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Ernst Franz Theodor Pallas, bin geboren am 19. Mai 1867 zu Halle als Sohn des damaligen Kreisgerichtssekretärs jetzigen Rechnungsrevisors und Rechnungsraths zu Torgau Franz Pallas, und bin evangelischer Confession. Meine Vorbildung erhielt ich auf den städtischen Gymnasien zu Halle u. Torgau. Letzteres verliess ich Ostern 1886 um mich in Halle dem Studium der Medicin zu widmen. Mit Ausnahme des S.-S. 88, wo ich in München studierte, habe ich hier meinen Studien obgelegen. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich am 29. Febr. 1888, das Staatsexamen beendete ich am 21. März 1891 und das examen rigorosum absolvierte ich am 23. Nov. 91.

Als Lehrer verehre ich:

in Halle:

Ackermann, Bernstein, von Bramann, Bunge, Eberth, Gräfe, Harnack, v. Herff, Hessler, Hitzig, Kaltenbach, Krause, Kraus, Knoblauch, Oberst, Pott, Renk, Seeligmüller, Schwartze, Schwarz, v. Volkmann, Volhard, Welcker, Weber.

in München:

Angerer, Bauer, Bollinger, Nussbaum, Winckel, v. Ziemssen.

Thesen.

I.

Die Prognose der Genitalfisteln des Weibes ist eine gute.

II.

Die sectio caesarea ist nur in seltenen Fällen nach der Porro'schen Methode auszuführen.

III.

Die Anlegung des Gipsverbandes bei frischen Fracturen ist in der Praxis gefährlich.

13549