

Ueber  
**Episio-Perineorrhaphie**  
nach Sänger.

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung der Doctorwürde  
in der  
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe  
welche  
nebst beigefügten Thesen  
mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät  
der Königlichen Universität zu Greifswald

am  
Dienstag, den 26. März 1889

vormittags 11 Uhr  
öffentlich verteidigen wird

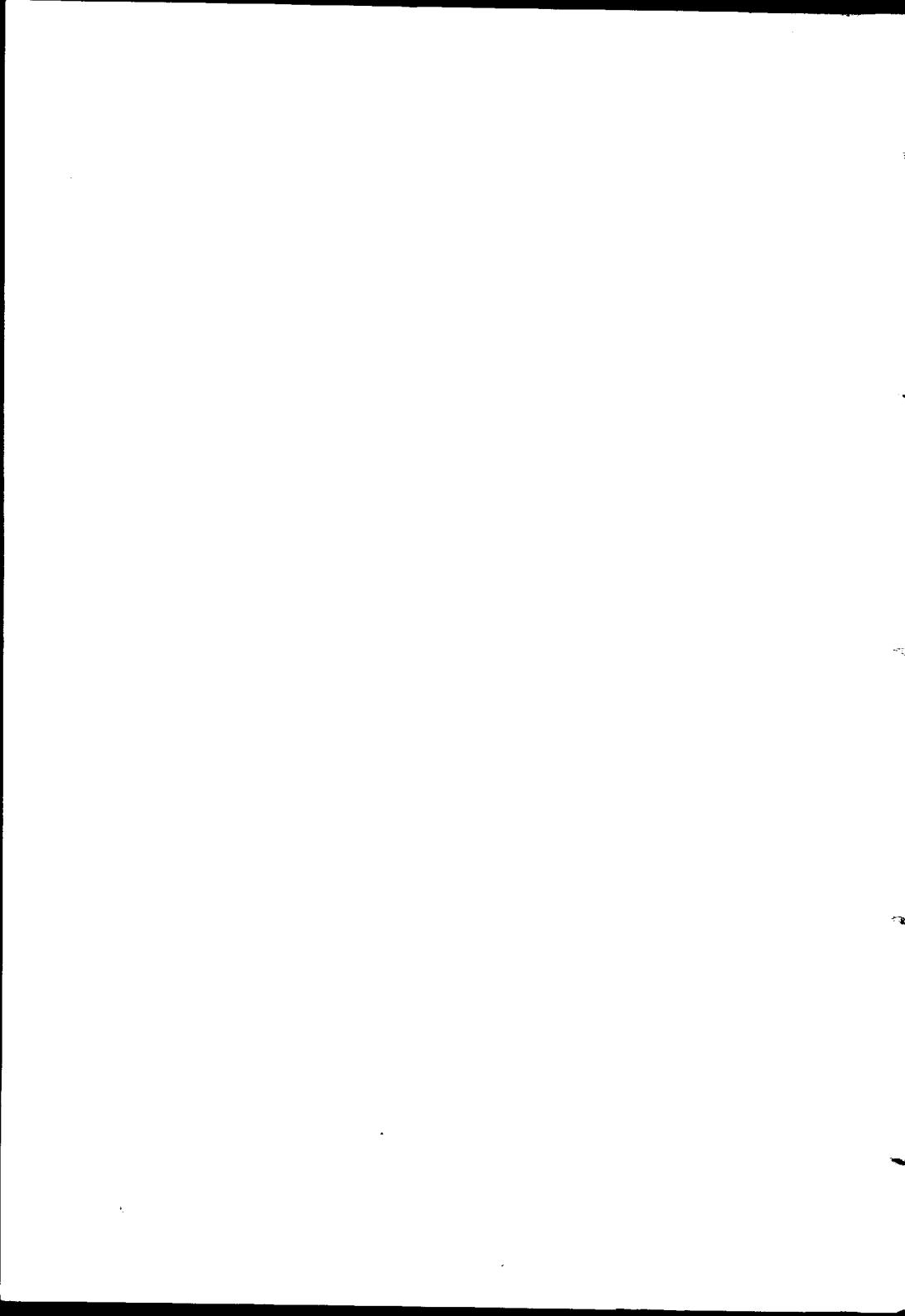
**Bronislaw Wysocki**  
prakt. Arzt aus Posen.

Opponenten:

Herr Stefanowicz, cand. med.  
Herr Jaczynski, cand. med.  
Herr Pellowski, Dr. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.  
1889.



**Seinen teuren Eltern  
sowie  
seinem lieben Onkel J. Tachowski  
auf Osterwick**

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Aus der grossen Anzahl der plastischen Dammoperations-Methoden und deren verschiedenartigsten Modificationen kann man ersehen, dass die Dammoperationen einerseits ein allgemeines chirurgisches und gynäkologisches Interesse seit jeher erregten, andererseits, dass die immer von Neuem auftretenden Verbesserungen auf diesem Gebiete keineswegs den erwünschten Erfolg darboten. Alle diese Methoden beruhten, um es kurz zu sagen, zum grössten Teil auf dem Principe der blosen Anfrischung. Was die Nachteile aller dieser Operationsverfahren anbetrifft, so bestanden dieselben darin, dass durch die Anfrischung Defekte in der Scheide geschaffen wurden, welche dieselbe stark verengten, und dass im Falle eines Misslingens der Operation eine zweite schwierig, mitunter unausführbar wurde. Dazu kommt noch, dass der so geschaffene Damm in der Regel nur kurz ausfiel und in keiner Weise auch nur annähernd einem normalen entsprach. Was nun endlich diese Art der Operation am meisten untauglich und unhaltbar machte, so waren es die nicht so selten vorkommenden Scheiden-Mastdarmfisteln, welche für die betreffenden Frauen einen noch lästigeren Zustand, wie zuvor, schafften.

Ein Umschwung in der Technik der Dammoperationen trat erst im Jahre 1887 ein, und gebührt dieses hohe Verdienst Sänger, welcher in Deutschland durch Veröffentlichung seiner Abhandlung „Über Perineorraphie durch Spaltung des septum recto-vaginale und Lappenbildung“, uns mit einem Verfahren bekannt machte, welches, wie die bis dahin erzielten Resultate nachweisen, alle Eigenschaften einer guten Operationsmethode in sich vereinigt und mit Recht berechtigt ist, die bis dahin geübten Verfahren zu verdrängen. Diese seine Methode, nach welcher Larson, Tait und andere schon lange operiert haben und welche sich sowohl für complete als auch incomplete Dammrisse, sowie für alle Fälle von erschlafftem Beckenboden eignet, ist kurz folgende:

Bei incompletem Dammriss (Dammriss I. und II. Grades) wird ein Wattetampon oder Schwamm in das Rectum gebracht und so die hintere Scheidenwand hervorgebuchtet. Durch zwei darauf ins Rectum eingeführte Finger wird der Damm breitgezogen und mit der Spitze des unteren Blattes einer horizontal gehaltenen Kniestehere in der Mitte zwischen hinterer Kommissur und dem Analrand das Septum rectovaginale 1,5 cm tief gespalten. Der Schnitt hat ungefähr eine Länge von 3,5—4 cm. Von den Endpunkten werden mit vertikal gehaltener Scheere zwei vertikale Schnitte nach vorn gemacht, welche bis zur Labionymphalgrenze reichen. Der so umschnittene Scheidenlappen hängt infolge der Retraction mit bogen-

förmigem Rand über die Wundfläche, während die Anfrischungsfläche eine viereckige  $\sqcup$  förmige Gestalt hat, deren Ränder überall von äusserer Haut gebildet werden. Durch Silberdrähte, welche mittelst einer Stielnadel durchgezogen, genau an den Wundrändern, doch innerhalb der Wundfläche, ein- und ausmünden, werden die Wundränder angezogen, die Suturenden darüber gekreuzt und torquiert. Hierauf kommen oberflächliche Silkwormnähte, durch welche auch eine hierbei etwa entstehende Wundplatte am Vaginallappen geschlossen wird. Darauf wird die Wunde mit Jodoformpulver bestreut und ein Jodosiformgaze-Verband angelegt. Am 7. Tage werden die oberflächlichen und am 14. Tage die Silberdrahnähte entfernt.

In ganz derselben Weise wird bei Vorfall der Scheide mit und ohne Dammdefekt die Operation ausgeführt, welche nur als Schlussakt zu den für die einzelnen Fälle nötigen Operationen, wie Amputatio port. vagin., Kolporaphia anterior et posterior etc. hinzu kommt, wobei je nach dem einzelnen Falle die verticalen Schnitte weiter nach vorn verlängert und eine Perineorrhaphie mit einer Episiorrhaphie kombiniert werden kann.

Was nun die veralteten completen Dammrisse anbelangt, so beginnt man auch hier mit der Spaltung des in einen scharfen Narbensaum auslaufenden Septum recto-vaginale in eine vaginale und rectale Lamelle, wobei je nach der Grösse des Defektes auch tiefer gespalten werden muss. Hierzu empfiehlt Sänger ein

feines Skalpell, da man damit die Mitte besser einhalten kann, und etwaige Verletzungen von Mastdarm resp. Scheide verhütet werden können. Mit der Scheere werden wiederum zwei seitliche Schnitte geführt, wie bei incompletten Dammrissen, jedoch werden dieselben nach hinten verlängert, so dass die Schnitte eine L-förmige Figur mit kürzeren hinteren Schenkeln bilden. Der dadurch geschaffene vaginale Lappen wird nach vorn, der rectale nach hinten geklappt, darauf beide Lappen mit einer Arterienpincette nach unten resp. nach oben angezogen, so dass die ganze Wundfläche in eine nahezu verticale Ebene zu liegen kommt. Das weitere Operationsverfahren — Durchziehen der Nähte etc. — ist ganz dasselbe, wie bei den beiden ersten Fällen, doch will ich hierbei bemerken, dass auch in diesem Falle sämtliche Nähte vom Damm aus angelegt werden.

Die Vorzüge dieser Methode den früheren gegenüber, liegen vor allem in der Einfachheit des Verfahrens und in der Sicherheit des Erfolges. „Einfacher ist die Aufgabe einer jeden Dammplastik wie Emporhebung der hinteren Scheidenwand zu ihrem früheren Niveau, Ersatz des Defektes der vorderen Mastdarmwand, Wiederherstellung des Mittelfleisches in früherer Form und Mächtigkeit durch keine Operationsmethode gelöst worden: Ein einziger Schnitt in horizontaler, zwei seitliche in vertikaler Richtung lassen Lappen gewinnen, welche nach vorn und hinten umgeschlagen, Scheide und Mastdarm wiederher-

stellen; in den Raum zwischen beiden fügt sich, nur durch einige in gleicher querer Richtung durchgelegte Nähte von den Seiten her zusammengezogen, wie von selbst das Mittelfleisch an.“

Dadurch, dass keine frischen Defekte zur Deckung alter gemacht werden, vielmehr das vorhandene Gewebe sinnreich ausgenützt wird, kann, falls die Operation misslingen sollte, was bis jetzt noch nicht vorgekommen ist, die Operation wiederholt werden, da sich in einem solchen Falle die früheren Verhältnisse wiederherstellen und man in derselben Weise verfahren kann, wie vorher.

Ein nicht minder wichtiger Vorteil dieser Operation ist der, dass die so häufig bei den früheren Methoden vorgekommenen Scheiden-Mastdarmfisteln fast gänzlich ausgeschlossen sind, wie denn auch in keinem der bis dahin operierten Fälle irgendwelche Störungen in der Heilung vorgekommen sind.

Alle diese so klar in die Augen springenden Vorzüge der Operation, welche sich auch in der Praxis so glänzend bewährt haben, haben mit Recht die Aufmerksamkeit vieler Gynäkologen auf sich gezogen, so dass schon heute zahlreiche Berichte über die vorzüglichen Resultate dieses Verfahrens vorliegen.

Endlich möchte ich noch erwähnen, dass von Martin in der letzten Zeit eine Modification des Verfahrens, namentlich aber der Naht anempfohlen wurde. Martin führt an Stelle der Silberdraht- und Silkewormnähte eine Etagennaht mit fortlaufenden Katgut-

fäden aus. Die Vorzüge dieses Verfahrens sieht Martin darin, dass durch die Etagennaht die Wundflächen sich inniger adaptieren und in solcher Breite zusammenkommen, dass eine sehr dicke Basis des septum recto-vaginale resultiert. Ausserdem soll die Umgebung dadurch nicht so gespannt werden. Wiewohl diese Vorteile des Martin'schen Verfahrens nicht geleugnet werden können, so scheint mir dieses Verfahren schon komplizierter und insofern unsicherer, als man nicht verhindern kann, dass die so genähte Wunde vor der Heilung aufgeht. Dagegen sprechen alle Erfolge des Sänger'schen Verfahrens dafür, dass man durchaus keinen Grund hat, irgendwelche Modifikationen vorzunehmen und aus diesem Grunde möchte ich empfehlen, auch bei der Sänger'schen Naht zu bleiben.

Nachdem Schubert im vorigen Jahre 6 nach der Sänger'schen Methode operierten Fälle aus der hiesigen Klinik publiciert hat, bin ich in der Lage, diesen Fällen 11 weitere hinzuzufügen, welche mir vom Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Pernice zur Publikation gütigst überwiesen worden sind.

#### Fall I.

Frau P. aus Anklam ist eine Privat-Patientin.

**Diagnose:** Ruptura perinei completa inveterata.  
Riss reicht 2 cm in den Mastdarm.

Die Operation wird am 4. Mai in Narkose nach der von Sänger angegebenen Weise ausgeführt.

Nach Spaltung des in einen scharfen Narbensaum auslaufenden Septum rectovaginale in eine vaginale und rectale Lamelle, werden von den Endpunkten dieses horizontalen Schnittes zwei seitliche nach vorn bis an die Labionymphalgrenze geführt und nach hinten bis zu der Stelle, wo die durchrissenen und eingezogenen Enden des Sphincter ani liegen, verlängert. Der so umgeschnittene Scheidenlappen wird nach vorn, der Mastdarmklappen nach hinten gezogen; die Längsränder der so entstandenen viereckigen breiten Wundfläche werden durch 4 tiefe Silberdrahtnähte und 6 oberflächliche Seidennähte exact vereinigt. Am 7. Tage erfolgte die Herausnahme der oberflächlichen, am 14. Tage die der tiefen Nähte. Die Wunden sind überall per primam intentionem geheilt, der Damm ist ausserordentlich dick und lang.

#### Fall II.

Frau D. aus Wollin ist ebenfalls eine Privat-Patientin.

**Diagnose:** Ruptura perinei incompleta inveterata.

Die Operation fand am 6. Juni vorigen Jahres in Narkose unter den üblichen peinlichen aseptischen Cautelen statt. Mittelst der Richter'schen Knie-scheere erfolgte zuerst die quere Spaltung des Perineal-Restes, von den Endpunkten dieses Querschnittes wurden zwei verticale Schnitte nach der Labionymphalgrenze geführt und der Scheidenlappen nach vorn gezogen. Die Vereinigung der Wundränder erfolgte

wiederum in der vorgeschriebenen Weise durch Silberdrahnähte. Darauf wird die Wunde mit Jodoform bestäubt und der übliche Jodoform-Gaze-Verband angelegt.

Die Heilung verlief glatt, am 3. Tage erfolgte Stuhl. Die Entfernung der oberflächlichen Suturen wurde am 7., die der tiefen am 14. Tage vorgenommen, worauf Patientin am 22. Juni geheilt entlassen wurde.

#### Fall III.

Frau D. aus Boltenhagen wurde am 5. Juni in die hiesige Frauenklinik aufgenommen.

Diagnostiziert wird eine ruptura perinei completa.

Patientin wird am 8. Juni in Narkose operiert. Es erfolgt zunächst die H förmige Anfrischung des Dammes nach Sänger. Hierauf werden die Wundränder durch tiefe Silberdraht- und oberflächliche Silk-wormsutures geschlossen. Die Heilung erfolgt durch unvorsichtige Verletzung von Seiten der Wärterin nicht glatt, sondern es tritt eine Vereiterung der mittleren tiefen Naht ein. Infolge dessen bildet sich in der 1. Woche nach der Operation ein tiefer klaffender Spalt in dem sonst ausserordentlich langen Damm. Der Spalt granuliert jedoch ohne Fistelbildung in 8 Tagen zu, so dass die Patientin am 23. Juni geheilt entlassen werden konnte.

#### Fall IV.

Die 43 Jahre alte Frau B. aus Greifswald ist bis

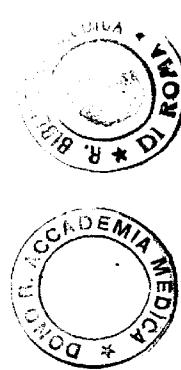
zu ihrem 14. Lebensjahre stets gesund gewesen. Menstruiert wurde sie zum ersten Male im 15. Lebensjahr. Die Menstruation fand von da ab regelmässig alle 4 Wochen statt, dauerte 5—6 Tage an, war reichlich, mit Schmerzen, mit Stücken, Fluor war vorhanden. Die letzte Menstruation hatte in der letzten Woche vor ihrer Aufnahme im Krankenhouse stattgefunden. Geboren hat die Patientin 7 mal, einmal abortiert. Vor zwei Jahren litt Patientin an Gallensteinkolik, welche in der hiesigen medicinischen Klinik beseitigt wurde. Die Beschwerden bestehen in Schmerzen im Kreuz, Drängen nach unten, Vorfall der Scheide.

#### Status praesens.

Patientin ist von mittelgrosser kräftiger Statur, gut genährt, von gesunder Farbe, gutem Appetit; der Stuhlgang ist angehalten, der Urin normal.

Bei der bimanuellen Untersuchung ergiebt sich, dass der Uterus anteflectiert, gross und retroponiert ist. Die Scheide ist weit und gewulstet, und beim Drängen wölbt sich die vordere Scheidewand als fleischroter Tumor vor den Scheideneingang vor. Die hintere Scheidenwand ist zwar auch sehr hypertrophisch, doch noch fixiert. Der Uterus tritt nur wenig nach unten. Der Damm ist kaum fingerbreit lang, vorne sieht man alte strahlige Narben.

Die Untersuchung mit dem Speculum ergiebt starken Cervikalkatarrh und ein mässiger Excoriations-ectropium.



Diagnose: Ruptura perinei incompleta inveterata, prolapsus vaginae anterioris parietis, anteflexio uteri, catarrhus cervicis.

Operation: Zunächst wird ohne Narkose nach sorgfältigster Desinfektion der äusseren Genitalien und der Scheide die vordere Scheidewand mit 4 Kugelzangen vorgezogen, gespannt und eine 9 cm lange, 6 cm breite Ellipse mit dem Messer umschnitten. Die umschnittene Schleimhaut wird mit Scheere und Pinzette in toto abpräpariert und sofort nach sorgfältiger Blutstillung mit Silber-Knopfnäthen vernäht. Hierauf wird zur Perineoplastik nach Sänger geschritten.

Unter recht beträchtlicher durch temporäre Anlegung von Klemms gestillter arterieller und venöser Blutung wird in Narkose mit der Richter'schen Knie-scheere eine L förmige Anfrischung des Dammes gemacht. Hierauf erfolgt die Anlegung dreier tiefer Silberdrahtsuturen mit der Peaslee'schen Nadel und Knüpfung derselben. Hierbei riss die erste (hinterste) und musste zum zweiten mal eingelegt werden. Endlich wurden mehrere oberflächliche Silber- und Silkworm-suturen angebracht; die Wundstelle wird mit Jodo-formpulver angeblasen, mit Jodoformgaze bedeckt und darauf eine T-Binde angelegt. Der Damm ist sehr lang und dick.

Die oberflächlichen Nähte werden am 7. Tage, die tiefen am 14. herausgenommen.

Am 30. September wird die Patientin entlassen

mit der Anweisung nach 10 Tagen wiederzukommen, damit die Nähte in der vorderen Scheidewand herausgenommen würden.

#### Fall V.

Patientin ist die 36 Jahre alte Frau B. aus Uecker-münde.

Diagnose: Ruptura perinei incompleta inveterata.

Die Operation wurde in der typischen Weise ausgeführt. Die Wundränder wurden mit drei tiefen Peaslee'schen Nadeln und mehreren oberflächlichen Silkwormnähten vereinigt und der übliche Verband angelegt. Die Heilung ging glatt von Statten und die Entlassung der Patientin erfolgte am 7. XI. 88.

#### Fall VI.

Bei der 42 Jahre alten Frau C. aus Strasburg i. U., bei welcher eine ruptura perinei incompleta inveterata diagnostiziert wurde, wurde ebenfalls die Perineoplastik nach Sänger ausgeführt. Auch hier wurden die Wundränder durch tiefe Peaslee'sche Nadeln und oberflächliche Silkwormnähte geschlossen. Mit Ausnahme einer kleinen Ulceration der Wundränder erfolgte die Heilung per primam intentionem.

Die Entlassung erfolgte am 17. XI.

#### Fall VII.

Frau W., 51 Jahre alt, aus Dobbersfuhl, Kreis Kamin, giebt an, dass sie stets gesund gewesen. Ihre

Regel, welche zum ersten Male mit 18 Jahren eintrat, war alle 4 Wochen eingetreten. Dieselbe war in den letzten Jahren reichlich, mit Schmerzen, mit Stücken und dauerte 4 Tage. Wann die letzte Menstruation eingetreten, weiss Patientin nicht genau anzugeben. Geburten hat dieselbe 6 zu überstehen gehabt; 4 Kinder wurden tot geboren, das 5. im 7. Monat abortiert.

Seit der ersten Geburt leidet Patientin an Prolaps, der nach der vierten Geburt total wurde. Seit circa 6 Jahren haben sich starke atypische Blutungen eingestellt, die bis jetzt angehalten haben und von heftigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz begleitet sind.

#### Status praesens.

Patientin ist von grosser Statur, kräftigem Bau, leidlicher Ernährung und gebräunter Gesichtsfarbe. Der Appetit ist gut, der Stuhlgang angehalten, Urin normal.

Bimanuelle Untersuchung ergiebt folgendes: Beim Pressen tritt der Uterus mit beiden Scheidenwänden vor die äusseren Geschlechtsteile. Der Uterus selbst ist vergrössert und der ganze Kanal — Cervix und Uterus — 14 cm lang.

**Diagnose:** Prolapsus totalis uteri et vaginae anterioris et posterioris.

Operation am 5. XI. 88. Es wird zuerst Kolporraphia anterior und posterior gemacht. Zu diesem Zwecke wird zunächst aus der vorderen Scheidewand

eine Ellipse excidiert, die Schleimhaut sorgsam mit der Scheere abgetragen und durch 4 Silberdrähte und dazwischen liegende Catgut-Nähte der Defect geschlossen. In gleicher Weise wird in der hinteren Scheidewand operiert und auch hier der Defect in gleicher Weise geschlossen.

Die Perineoraphic wurde in der bei den früheren Fällen von uns angegebenen Weise ausgeführt. Auch hier wurden Silberdraht- und Silkwormnähte gebraucht. Die Blutung war bei den drei Phasen der Operation mässig stark.

Am 12. XI. wurden die Silkwormnähte aus dem Damm entfernt.

Patientin musste ziemlich lange Zeit nach der Operation katheterisiert werden, da sie den Urin nicht genügend entleeren konnte.

Am 18. XI. erfolgt auch die Entfernung der Silberdrahtnähte aus dem Damm, wobei sich eine oberflächliche Ulceration dieser Wundränder ergiebt. Es wird noch immer der Jodeform-Watte-Verband gemacht, auch muss die Patientin noch dauernd katheterisiert werden.

Seit dem 22. XI. wird Patientin nicht mehr katheterisiert.

Am 1. XII. werden die Silberdrähte aus der vorderen und hinteren Scheidewand entfernt. Am Damm befinden sich keine Ulcerationen mehr.

Die Entlassung erfolgt am 4. XII. 88. Die Hypertrophie des Cervix hat sich völlig zurückgebildet; die

Sonde dringt nur noch in einer Länge von 5 cm in den Uterus ein. Fieber ist während der Wundbehandlung nie vorhanden gewesen.

#### Fall VIII.

Frau J., 24 Jahrc alt, aus Hinrichshagen ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre immer gesund gewesen. Mit 16 Jahren wurde sie zum ersten Male menstruiert. Die Menstruationen stellten sich unregelmässig alle 3—6 Wochen ein und dauerten 4—6 Tage an. Dieselben waren nicht reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücke; Fluor war vorhanden. Die letzte Menstruation war vor 8 Tagen. Patientin machte 2 regelmässige Geburten und Wochenbette und im Juli dieses Jahres 1 Abortus im dritten Monat durch. Von den Kindern lebt nur das älteste.

**Beschwerden:** Seit dem Abortus klagt Patientin über Schmerzen im Unterleib und über das Gefühl, als wolle der Uterus herausfallen, was sie auf schweres Heben zurückführt.

#### Status praesens.

Patientin ist von grossem, kräftigem Bau, guter Ernährung und gesunder Gesichtsfarbe. Der Appetit ist gut, Stuhlgang regelmässig, Urin normal.

#### Bimanuelle Untersuchung.

Sowie Patientin aufgefordert wird, etwas die Bauchpresse anzustrengen, tritt die vordere Scheidewand in der Schamspalte hervor und zieht den Uterus

mit herab. Der Uterus ist beweglich und hat Neigung in Retroflexionstellung überzugehen.

Diagnose: Prolapsus uteri et vaginae parietis anterioris.

Therapeutisch wird Massage nach Ture Brand angeordnet.

Am 6. VI. wird Patientin nach Hause entlassen. Die Untersuchung ergibt, dass der Uterus gut liegt und auch beim Pressen seine Lage nicht verändert. Doch senkt sich hierbei noch etwas die vordere Scheidewand.

Am 19. XI. kommt die Patientin wieder in die Anstalt, da der Erfolg der Massagekur, nicht von Dauer gewesen und der alte Zustand wiedergekehrt ist. Es wurde daher beschlossen, die Kolporaphia anterior und die Perineoplastik nach Sänger auszuführen.

Nachdem aus der vorderen Scheidewand ein elliptisches Stück entfernt und der Defekt durch 7 Silberdrahtnadeln und dazwischen gelegte Catgutnadeln zusammengezogen war, erfolgte die L-förmige Anfrischung des Dammes mit Kniescheere und Messer, wobei eine beträchtliche Blutung entstand. Die Wundränder wurden mit 3 Silberdrahtnadeln an einander gezogen und die noch klaffenden Spalten der Wunde mit Silkworm vernäht. Darauf wurde ein Jodoform-Watte-Verband mit T-Binde gemacht.

Am 5. XII. erfolgte die Herausnahme der ober-

flächlichen Silkwormnähte aus dem Damm. Hierbei zeigen die Wundränder Ulerationen.

Am 11. XIII. werden auch die Silberdrahtnadeln aus dem Damm herausgenommen. In der Mitte besteht noch eine grosse Ulceration, nach vorn hin ist die Wunde aber geschlossen.

Am 27. XII. wird der Defect, der nur sehr geringe Neigung zur Heilung hat, sekundär genäht und der übliche Verband angelegt.

Am 3. I. 89. werden die Nadeln entfernt. Die Wunde ist mehr zusammengezogen, jedoch noch nicht vernarbt.

Am 19. I. 89 wird die Patientin entlassen.

#### Fall IX.

Frau W., 18 Jahre alt, aus Demmin ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre stets gesund geblieben. Menstruiert wurde sie in ihrem 14. Lebensjahre. Die Menstruation war immer regelmässig alle 4 Wochen, dauerte 3—4 Tage an; sie war nicht reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücke.

Die letzte Menstruation trat im Anfang Oktober 1887 ein. Geboren hat Patientin nur einmal am 6. Juli 1888. Das Kind wurde in Steisslage mit Kunsthilfe geboren, starb aber nach 6 Stunden. Die Entbindung war eine schwere.

**Beschwerden:** Seit der Entbindung fühlt Patientin sich krank; sie hat die meiste Zeit im Bette gelegen und Abends stets gefiebert, wodurch sie

stark abgemagert ist. Dazu kamen heftige Schmerzen im Unterleib, starker Eiterabfluss aus den Geschlechts-teilen und hartnäckige Stuhlverstopfung; den Stuhl, wenn er einmal dünn war, zu halten war ihr völlig unmöglich.

**Status praesens:**

Patientin ist von mittelgrosser Statur, schlechter Er-nährung, blasser Gesichtsfarbe und ist durch ihr Leiden sehr heruntergekommen. Sie muss dauernd das Bett hüten. Der Appetit ist mässig, Stuhl angehalten, Urin normal.

Die bimanuelle Untersuchung ergiebt, dass ein completer Dammriss besteht, welcher bis in den Mast-darm 1 Ctm. hineinragt. Die Untersuchung ist sehr schmerhaft. Nachdem der stark mit Koth angefüllte Mastdarm entleert ist, fühlt man im Becken reichliche harte Exsudatmassen, besonders rechts, die den ganzen Uterus eingebettet halten. An der linken Seite der Scheide fühlt man zwei kleine Vertiefungen, wie nar-bige Contractionen. Der Scheideninhalt hat einen eitrigen, üblichen Geruch.

Das Becken ist ein allgemein verengtes. Es be-steht Symphysentrennung und starke Schmerhaftig-keit an der linken Synchondrosis sacro-iliaca. Druck auf diese beiden Stellen ist äusserst empfindlich.

**Speculum:** Es entleert sich fortwährend Eiter in die Scheide, dessen Quelle nicht aus dem Uterus kommt, sondern aus einer Fistel links neben der

Vaginalportion. In die Fistel selbst dringt die Sonde ungefähr 3 cm ein.

**Diagnose:** Ruptura perinei completa inveterata, Parametritischer Abscess. Fissura symphyseos et synchondroseos sacroiliacae sinistram, allgemein verengtes Becken.

Patientin hatte in den ersten Tagen ihres Hierseins des Abends ziemlich hohes Fieber, welches erst nachliess, als für reichliche Entleerungen gesorgt war, und der zuerst verschwundene Appetit sich wiedergefunden hatte. Es werden täglich Scheidenausspülungen gemacht und warme Umschläge um den Unterleib. Von Mitte Dezember an lässt die starke Eiterabsonderung nach; Patientin erholt sich sichtlich und der Zustand derselben wird dauernd besser. Mitte Januar fliest gar kein Eiter mehr ab, weswegen zur Dammoperation geschritten werden kann.

Dieselbe wird am 18. Januar 1889 in Narkose nach der üblichen Vorbereitung und Desinfection des Operationsfeldes und der Instrumente gemacht. Es wird eine l förmige Anfrischung des Damms mit Messer und Kniescheere gemacht. Die dabei aufstrebende Blutung wird mit Klemmpincetten gestillt; die Wundränder werden mit 4 tiefen Silberdrähten vernäht und zwischen diese und in den Wundwinkel oben und unten Silkwormnähte genäht. Darauf wird die Wunde mit Jodoform bestäubt und der übliche Jodoform-Gaze-Verband angelegt.

Am 24. I. werden die oberflächlichen Nadeln, am 31. I. die tiefen Silberdrähte entfernt. Die Wunde ist gut geschlossen, der Damm ist fest und gut geheilt. Es schien zuerst, als ob sich hinter dem neuen Damm eine Mastdarmscheidenfistel bilden wolle, da öfters kleine Kothpartikelchen vorn aus der Scheide herauskamen, doch verheilte diese Fistel später völlig. Die Patientin ist sehr wohl im Stande den sphincter ani zu gebrauchen.

Während Patientin das Bett hüten musste, nahm die Eiterung aus der Scheide wieder zu und wurde ziemlich stark. Trotzdem wird die Patientin am 9. II. mit einem Gurt um das Becken herum als Stütze für dasselbe entlassen mit der Weisung, sich nach einiger Zeit wieder vorzustellen und falls sie schwanger werden sollte, zur rechten Zeit sich in der Klinik zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt einzustellen.

#### Fall X.

Die 45 Jahre alte Frau R. aus Anclam ist eine Privat-Patientin. Nach ihrer Aufnahme wurde an ihr ein totaler Prolaps beider Scheidenwände diagnostiziert.

Die Operation bestand in einer Kolporraphia anterior et posterior und in der Perineoplastik nach Sänger.

Am Tage nach der Operation stellte sich sehr stark die Menstruation ein. Patientin wurde am 18. XII. geheilt entlassen.

#### Fall XI.

Frau L., 36 Jahre alt, aus Rappenhangen, giebt

an, dass sie im 15. Jahre zuerst menstruiert wurde. Die Menstruation war von da ab immer regelmässig alle 4 Wochen und dauerte 6—8 Tage an. Letzte trat vor ca. 4 Wochen ein. Patientin hat 4mal geboren, das letzte Mal am 12. October 1887. Seit der letzten Entbindung klagt Patientin über ein Druckgefühl nach unten, als ob aus der Schamspalte sich etwas herausdränge. Zuerst waren die Beschwerden gering, im Laufe der Zeit aber stellte sich ein Vorfall der Gebärmutter heraus, welcher sie die Hilfe der Klinik in Anspruch nehmen liess.

#### Status praesens.

Die Patientin ist von mittelgrosser Statur, kräftigem Bau, guter Ernährung und gesunder Gesichtsfarbe; Appetit ist gut, Stuhl regelmässig, Urin normal. Beim Pressen nach unten wölbt sich die vordere und hintere Scheidewand aus der Schamspalte hervor und zieht den Uterus mit sich nach unten. Am äusseren Muttermund sind starke Ulcerationen, der cervix ist verlängert. Die Sonde geht ca. 14 cm in den Uterus hinein. Der Damm ist sehr schlaff.

**Diagnose:** Prolapsus totalis vaginae, descensus uteri, elongatio cervicis.

**Operation:** Am 25. I. wird in Narkose unter peinlichster Antiseptik aus der Schleimhaut der vorderen Scheidewand eine  $\Delta$  förmige, aus der der hinteren ein  $\circ$  förmige Figur mit Messer und Cowper'scher Scheere abgetragen und darauf die Wund-

ränder mit tiefen Silberdrähten und oberflächlichen Catgutfäden vernäht.

Der Damm wird in L-förmiger Figur angefrischt und die Ränder der danach entstandenen Wunde mit tiefen Silberdrähten und oberflächlichen Silkwormnähten vereinigt. Darauf wird der übliche anti-septische Verband mit T-Binde angebracht. Wie bei den früheren Fällen werden auch hier die Nähte an den bestimmten Tagen entfernt. Die Heilung erfolgte per primam, der Damm ist fest und gut geschlossen.

Am Schlusse dieser Arbeit sei es mir vergönnt, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Pernice für die freundliche Überweisung der Fälle und für die gütige Unterstützung bei der Arbeit meinen innigsten Dank auszusprechen.

— • —

## Litteratur.

1. Sänger: Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge Nr. 301.
  2. Schubert: 6 Fälle von Episio-Perineorrhaphie. Inaug.-Dissert. Greifswald 1888.
  3. Zweifel: Krankheiten der weiblichen Genitalien und Dammrisse.
  4. Über Perineoplastik, Centralblatt f. Gynäk. 1887 Nr. 30.
  5. Martin: Über Lappen-Dammoperation.
-

## V i t a.

Bronislaw Wysocki, katholischer Konfession, Sohn des früh. Probsteipächters Johann Wysocki und der Marianna Wysocka, geb. Paczkowska, wurde am 10. April 1863 zu Wilcze, Kreis Bromberg, geboren. Den ersten Unterricht genoss er in seinem Heimatsorte und auf der Stadtschule zu Crone a./B. Von Michaeli 1872 bis Ostern 1883 besuchte er das Gymnasium zu Conitz, welches er auch mit dem Zeugnis der Reife verliess. Hierauf begab er sich nach Greifswald, um Medicin zu studieren und wurde unter dem Rectorate des Herrn Prof. Dr. Behrent immatrikulirt und von dem derzeitigen Decane Herrn Prof. Dr. Landois in das Album der medicinischen Facultät eingetragen. Das tentamen physicum bestand er im Sommersemester 1885, das Staatsexamen den 7. Februar 1889, das Examen rigorosum den 15. März 1889.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten.

Prof. Dr. Beumer. Geh. R. Prof. Dr. Budge †.

Prof. Dr. Budge †. Prof. Dr. v. Feilitzsch †.

Prof. Dr. Gerstäcker. Prof. Dr. Grawitz. Prof. Dr. Helferich.

Prof. Dr. Holtz. Prof. Dr. Krabler.

Geh. R. Prof. Dr. Landois. Geh. R. Prof. Dr. Limpricht.

Dr. Löbker. Geh. R. Prof. Dr. Mosler.

Prof. Dr. Münter †. Geh. R. Prof. Dr. Pernice. Dr. Peiper.

Prof. Dr. v. Preuschen. Prof. Dr. Rinne.

Prof. Dr. Schirmer. Prof. Dr. Schulz. Prof. Dr. Sommer.

Dr. Strübing. Prof. Dr. Vogt †.

Allen diesen hochverehrten Herren, welche zu seiner Ausbildung beigetragen, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen wärmsten Dank aus.



## Thesen.

### I.

Bei plastischen Dammoperationen ist die Sänger'sche Methode allen übrigen vorzuziehen.

### II.

Die Verordnung von Medicamenten in Pillenform ist möglichst zu beschränken.

### III.

Carcinome kommen in serösen Häuten primär nicht vor.



14936