Klinika
Położn.
i Chorób
Kobiec.
U. J.
Nr. porz. 7146
48

Prof. dr. Rosnera
od wysokiego szacunku
ofiaruje

Dar Prof. Rosnera

BIBLJOTEKA KLINIKI POŁOŻN. GINEKOL. U. J.

Zur Operationstechnik schwieriger Fälle von Blasenscheidenfisteln.

Nach einem Vortrage, gehalten auf der letzten Naturforscher-Versammlung zu Berlin.

Von
Dr. Rydygier,
o. ö. Professor für Chirurgie in Krakau.

(Separat-Abdr. aus Berliner klin. Wochenschr., 1887, No. 31.)

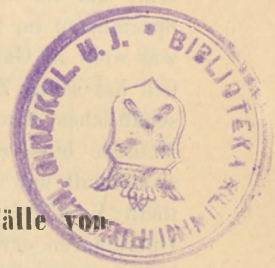
WP R992z 1887/5

2-138386

Akc. zI. 2023 nr. 448

1140

DarProf. Rosnera



Zur Operationstechnik schwieriger Fälle von Blasenscheidenfisteln.

Nach einem Vortrage, gehalten auf der letzten Naturforscher-Versammlung zu Berlin.

Von

Dr. **Rydygier,**
o. ö. Professor für Chirurgie in Krakau.

M. H.! Unter der verhältnissmässig grossen Anzahl von Blasenscheidenfisteln, die ich im Verlaufe der letzten Jahre zu operiren hatte, waren einzelne sehr schwierig und von diesen namentlich 2 so beschaffen, dass ich mit den üblichen Methoden sie nicht ohne Weiteres schliessen konnte, sondern gezwungen war, auf neue Verfahren zu sinnen.

Bevor ich zur Besprechung dieser Fälle übergehe, möchte ich ganz kurz einige bis jetzt zweifelhafte Fragen berühren, um vielleicht etwas zur Lösung derselben beizutragen auf Grund meines, wie gesagt, nicht ganz geringen Materials.

Ich habe in beiläufig 8 Jahren 21 Fälle von Blasenscheidenfisteln verschiedener Art operativ behandelt und alle bis auf eine zur Heilung gebracht; und diese eine gehörte nicht zu den schwierigsten und war gewiss direct zu verschliessen, aber die Patientin ist geisteskrank geworden und musste deswegen aus der Behandlung entlassen werden.

Zunächst scheint es mir wichtig zu sein, zu entscheiden, wie man nähen soll, oder ich will lieber die Frage allgemeiner stellen: kommt man bei der operativen Behandlung von Blasenscheidenfisteln im Allgemeinen mit den möglichst einfachen Methoden, wie es die Simon'sche ist, aus, oder sind die mehr weniger complicirten Methoden, wie

z. B. die Bozeman'sche, mit ihrem besonderen Operationstisch und sehr zahlreichen Instrumenten erforderlich oder besser?

Die Frage erscheint mir insofern principiell sehr wichtig zu sein, als im letzteren Falle im Allgemeinen nur ganz specielle Specialisten im Stande wären, Blasenscheidenfisteln zu operiren, was wohl im Ganzen nicht wünschenswerth sein dürfte. Bekanntlich hat seiner Zeit Simon und Bozeman gleichsam ein wissenschaftliches Tournir unternommen, um zu entscheiden, wessen Methode bessere Resultate ergiebt. Trotzdem blieb das Urtheil zweifelhaft und sind die Ansichten bis auf den heutigen Tag getheilt; namentlich hat sich Bozeman Anhänger unter den Wiener Operateuren erworben (Braun, Dittel, Bandl u. s. w.). — Ich habe alle meine 20 Fälle im Princip nach der Simon'schen Methode operirt und geheilt, und da darunter mehrere recht schwere Fälle waren, so glaube ich damit bewiesen zu haben, dass auch schwere Blasenscheidenfisteln im Allgemeinen ohne einen zu complicirten und theuren Instrumentenapparat zu heilen sind: ich lege die Patientinnen in die Steissrückenlage, operire in der Narcose, frische mehr weniger steiltrichterförmig fast ausnahmslos mit dem Messer an, ohne mich besonders davor zu hüten, die Blasenschleimhaut zu verletzen, nähe mit Seide und halte mich, wenn möglich, an den Simon'schen Satz, die beste Nachbehandlungsmethode sei eine möglichst indifferente. Das Hauptverdienst Bozeman's und das beste an seiner Methode ist unzweifelhaft das, dass er uns gelehrt hat, wie man in schwierigen Fällen durch entsprechende allmälige Vorbereitungscur die Scheide weiter, die Fistelränder und ihre Umgebung nachgiebiger und mobiler machen kann. Von diesem Theil der Bozeman'schen Methode habe ich so manchmal in schwierigen Fällen Vortheil gezogen. Als der schwächste Punkt erscheint mir seine Naht, wo gerade im wichtigsten Augenblick, beim Nahtschluss, die Bleiplatte dem Operateur die Wundränder zudeckt.

Eine zweite zweifelhafte Frage — freilich nicht die Behandlung, sondern die Art der Entstehung betreffend — ist die nach der mehr oder weniger häufigen Ursache der Blasenscheidenfisteln. Noch in letzter Zeit finden wir in zwei der besten Werke entgegengesetzte Ansichten: während Schroeder häufiger den Druck während der verlängerten Geburtsdauer beschuldigen zu müssen glaubt, meint Winkler, dass die Anwendung von Instrumenten wohl häufiger die Schuld an der Entstehung haben

mag. In meinen 21 Fällen konnte ich nur in einem Falle ganz mit Bestimmtheit dem angewendeten Instrumente die Schuld beimessen; es ist der nicht zu Ende behandelte Fall, wo die Blasenscheidenwand in Form eines Dreiecks angerissen worden war; in einigen Fällen war die Ursache zweifelhaft; in 12 Fällen ist der langdauernde Druck bei verzögerter Entbindung zu beschuldigen. Ich bin überzeugt, dass diese Frage noch lange nicht mit Sicherheit und für alle unzweifelhaft wird gelöst werden können, denn in allen Fällen, wo etwa nach 2—3 Tage langer Geburtsdauer die Zange oder sonstige Instrumente angewandt worden sind, werden die Anhänger der Meinung, dass die Instrumente häufiger Ursache an der Entstehung der Fistel sind, diesen die Schuld beimessen, während die andere Partei diese Fälle als durch den vorhergegangenen Druck entstanden erklären wird.

Eine Wahrnehmung möchte ich hier nicht unerwähnt lassen, welche entschieden dafür spricht, dass wohl doch der Druck bei verzögerter Entbindung häufiger Schuld ist an der Entstehung der Blasenscheidenfisteln. Ich habe gerade auf der diesjährigen Naturforscher-Versammlung mehrere Collegen, die sonst ein viel grösseres Material haben, als ich, nach der Anzahl der von ihnen operirten Blasenscheidenfisteln gefragt und dabei erfahren, dass diese bei ihnen selten sind. Wie käme es, dass gerade hier im Osten so sehr diese Fälle sich häuften? Ich kann mir dies nur dadurch erklären, dass hier die Communicationsmittel viel schlechtere sind, die Aerzte entfernter wohnen und deshalb auch viel später zu schwierigen Entbindungen zugezogen werden. In vielen meiner Fälle dauerte die Entbindung 2, 3 Tage, ja noch länger. Ueberdies stammen alle von mir operirten Fälle — mit Ausnahme von 2 oder 3 — aus der ärmeren Bevölkerungsclasse, wo eben auch der Grund mitspricht, dass der Arzt sehr spät geholt wird. Auf ähnliche Verhältnisse macht auch Matlakowski aus Warschau in einer eben erschienenen Arbeit aufmerksam, der bei einem sonst nicht grossen Material in 3 Jahren 6 Monaten 36 Fälle zu operiren hatte. In ähnlicher Weise haben sich schon früher Neugebauer und Jarnatowski ausgesprochen.

Nur mit einem Satz will ich noch einer anderen Controverse zwischen Schroeder und Winckel erwähnen: die mehr oder weniger grosse Behinderung der Conceptionsfähigkeit durch die Blasenscheidenfistel als solche. Bekanntlich ist Schroeder der Ansicht, dass die zu gleicher Zeit mit der Blasen-

scheidenfistel auftretenden pathologischen Zustände der Gebärmutter und ihrer Adnexa mehr Schuld sind an der seltenen Schwängerung, als die Blasenscheidenfistel als solche. Hier muss ich mich auf die Seite von Winckel stellen. Wenn auch Fälle von eingetretener Schwangerschaft bei bestehender Blasenscheidenfistel bekannt sind, so sind das immerhin Ausnahmefälle; während es garnicht so selten beobachtet worden ist, dass nach geheilter Blasenscheidenfistel Schwangerschaft eingetreten ist, ohne dass etwas sonst an den Verhältnissen der Gebärmutter geändert worden wäre, und zwar nicht selten auch in solchen Fällen, wo jahrelang vorher Sterilität bei vorhandener Fistel bestand. Keine meiner Patientinnen hat nach Acquisition ihrer Fistel concipirt; bei einer derselben war der nachtheilige Einfluss der Fistel als solcher und nicht etwaiger Veränderungen an der Gebärmutter dadurch eclatant bewiesen, dass sie nicht concipirte, so lange sie die Fistel hatte. Kaum geheilt, wurde sie schwanger. Nach der darauffolgenden Entbindung entstand von Neuem eine Blasenscheidenfistel. Fast ein ganzes Jahr, so lange die zweite Fistel bestand, concipirte die Frau wieder nicht, um dann kurz nach der zweiten Heilung wieder schwanger zu werden. Beiläufig bemerkt, ist bei der nächsten Entbindung die Fistel nicht aufgegangen.

Zum Schluss komme ich kurz auf die zwei schwierigsten Fälle zu sprechen, in denen ich — wie Eingangs bemerkt — mit der sonst geübten Simon'schen Methode nicht ganz auskommen konnte und auf neue Hilfsmittel sinnen musste.

Der erste Fall betrifft eine 17jährige Frau I. H., welche schon vorher anderswo in einer Universitätsklinik 2 Mal ohne Erfolg operirt war und wo ihr dann die Obliteration der Scheide vorgeschlagen war. Daraus ist ersichtlich, dass dieses gewiss ein schwerer Fall war, wie dies auch die weiter unten angeführten Verhältnisse deutlich zeigen. Es ist wohl leicht erklärlich, dass die so junge Frau auf die Kolpokleisis nicht eingegangen ist, und noch begreiflicher, dass der etwa 28jährige Gatte nicht weniger energisch dagegen protestirte. Als er die Patientin zu uns brachte, war seine erste Bedingung, ja nicht die Scheide zuzunähen, was wir ihm auch versprechen mussten. Das Versprechen war leichter gegeben, wie gehalten. Die an und für sich enge Scheide war vielfach durch Narben noch mehr verengt und sehr rigide. Die Fistel war gross, etwa 2 Ctm. hinter dem Orificium urethrae externum anfangend und bis dicht an die vordere Muttermundslippe reichend, nahm der Defect den grössten Theil der oberen Scheiden-

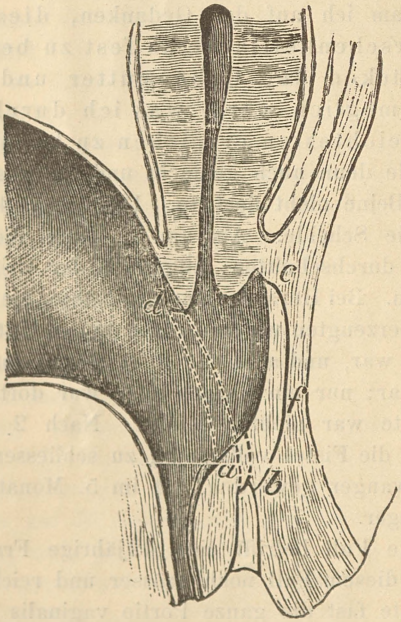
wand ein und klaffte breit. Der rechte vordere Fistelrand war fest mit dem Schambein hoch oben verwachsen. Dicht am hinteren Fistelrand sah man zu beiden Seiten die Uretherenmündung. Die Fistel ist entstanden bei der ersten Entbindung, die nach 4 tägiger Dauer von dem Arzt mit der Zange beendet wurde. Das Becken ist etwas verengt. Trotz Trennung der sich spannenden Nebenstränge und mehrwöchentlicher Einführung von Bozeman'schen Kugeln konnte man die Fistelränder nicht gut aneinanderbringen; die Gebärmutter stand hoch, wenig beweglich. Ich beschloss, die Portio vaginalis zu beiden Seiten hoch hinauf zu spalten, um so die vordere Muttermundslippe möglichst beweglich zu machen und nach entsprechender Anfrischung leichter in den Defect einzuheilen. Als trotzdem sich eine erhebliche Spannung einstellte, sobald wir die Bindenzügel, die durch die hintere Muttermundslippe gelegt waren, nachliessen, kam ich auf den Gedanken, dieselben an der inneren Oberschenkelfläche so fest zu befestigen, dass ein Hinaufrücken der Gebärmutter und Zerrung der Nahtlinie unmöglich wäre, was ich durch Annähen am besten und leichtesten erreichen zu können glaubte.

Dies wurde denn auch gemacht und dafür gesorgt, dass die Patientin ihre Beine nicht flectirte. Die ersten 4 Tage kam kein Urin durch die Scheide. Als am 5. Tage die Nähte an den Oberschenkeln durchschnitten, fing auch der Urin an, unwillkürlich abzufliessen. Bei Herausnahme der Nähte, die wir am 10. Tage vornahmen, überzeugten wir uns, dass in der Mitte der Fistel eine Brücke geheilt war, und auch die linke Hälfte zum grössten Theil verschlossen war; nur ein kleines Loch war dort offen geblieben; die rechte Seite war nicht vereinigt. Nach 2 Nachoperationen gelang es uns, die Fistel vollständig zu schliessen. Die Patientin ist später schwanger geworden, hat im 5. Monat abortirt und ist wieder schwanger.

Der zweite Fall betrifft eine 42jährige Frau, E. M. Der Defect war in diesem Fall noch grösser und reichte weiter in die Seiten; es fehlte fast die ganze Portio vaginalis — von der hinteren Muttermundslippe war nur ein kleiner Zipfel stehen geblieben, das Uebrige war narbig zusammengezogen, ebenso der obere Theil der Scheide. — Die Fistel ist entstanden bei der 6. Entbindung, bei welcher das Kind mit dem Steiss voran bis auf den Kopf geboren wurde, und dann die Frau so 36 Stunden liegen gelassen wurde, bis nachher der herbeigeholte Arzt ohne Instrumente

die Geburt beendete. Nur mit Mühe liess sich nach mehrmaligem vergeblichen Suchen der Gebärmutterkanal finden. Nach entsprechender Vorbereitung mit Bozeman'schen Kugeln und Cylindern versuchten wir zweimal durch directe Naht die Fistel zu schliessen, aber vergeblich; die Spannung war so gross, dass jedesmal die ganze Naht auseinander ging.

Ich entwarf mir darauf folgenden Operationsplan: Zuerst wollte ich in der Höhe des vorderen Fistelrandes (a) die quere Obliteration der Scheide machen. Dann, wenn das fest verheilt wäre, dicht unterhalb der Nahtlinie resp. Narbe die hintere Vaginalwand quer durchschneiden und von der Unterlage ablösen. Durch seitliche Einschnitte und einen oberen queren bei c wollte



ich mir aus der so abgehobenen hinteren Scheidenwand einen entsprechend grossen, bei a b künstlich gestielten Lappen bilden, um ihn dann in die Fistel hineinzunähen, wie es die punctirten Linien a d anzeigen in der beistehenden Zeichnung.

Die quere Obliteration ist in der angegebenen Weise ganz gut gelungen. Doch als wir die Patientin nach Hause zur Erholung entliessen, befand sie sich — ich möchte fast sagen „leider“ — so wohl, dass sie sich zu keiner weiteren Operation entschliessen wollte. So ist mein Operationsplan nicht zur Ausführung gekommen, ich glaube aber, dass er wohl ausführbar ist, und selbst bei sehr grossen Defecten mit Vortheil anzuwenden. Nur möchte ich nach weiterer Ueberlegung die einzelnen Acte der Operation zeitlich anders aufeinanderfolgen lassen, um sich die Operation zu erleichtern und noch sicherer die Einheilung zu erzielen. Ich würde zuerst hoch oben bei c den ganzen queren Schnitt und von den beiden seitlichen Schnitten die oberen $^2/_3$ machen etwa bis f und auf diese Weise mir einen zungenförmigen Lappen mit der Basis nach unten ablösen, der nach vorne dislocirt und in die Fistel eingenäht, den oberen Theil derselben schliessen würde. Wenn das eingeheilt wäre, würde ich die quere Obliteration der Scheide hinzufügen, aber nicht in der ganzen Ausdehnung der Scheide, sondern nur entsprechend der Breite der Fistel.

Erst wenn dies verwachsen wäre, würde ich unter der Obliteration die hintere Scheidenwand bei b quer einschneiden, die Seitenschnitte bis nach unten ergänzen, den Lappen ganz von der Unterlage ablösen und durch Einnähen der unteren seitlichen Partien des Lappens endlich die Fistel vollständig schliessen. Durch Einlegen von Jodoformgazestreifen und vielleicht auch durch Zusammenziehen — wenn auch nur theilweises — der geschaffenen Wundränder in der hinteren Scheidenwand müsste man bemüht sein, das Weiteranheilen des abgelösten Lappen an die hintere Scheidenwand zu verhindern. Die Vorzüge der geschilderten Operationsmethode vor der queren Obliteration der Scheide sind unzweifelhaft gross: es wird der Weg zur Gebärmutter offen erhalten und dadurch sowohl eine Conception möglich gelassen, als auch der directe Abfluss der Regel gesichert; während bei der queren Obliteration gerade das Abfliessen des menstruellen Blutes durch die Blase vielfache Beschwerden hervorruft.

Ich würde also bei grossen Defecten und nicht allzugrosser narbiger Veränderung der hinteren Scheidenwand im gegebenen Fall die Fistel mit einem künst-

lich gestielten, entsprechend grossen Lappen aus der hinteren Vaginalwand zu schliessen vorschlagen.

Anhangsweise gebe ich eine kurze Zusammenstellung der von mir operirten Blasenscheidenfisteln.

1. Fall. Oberflächliche Blasenmutterscheidenfistel. M. W., 46 Jahre alt, hat 8mal geboren ohne ärztlichen Beistand. Die letzte Entbindung dauerte 2 Tage und 3 Nächte; Schädellage. Nach leichter Zangenentbindung von einem lebenden Knaben fing am dritten Tage der Urin an unwillkürlich durch die Scheide abzufliessen. Fistel in der Mitte des vorderen Scheidengewölbes dicht vor der vorderen Muttermundslippe gelegen, ist für die Fingerkuppe durchgängig. Becken nicht verengt. Durch einmalige Operation wird die Fistel geheilt.

2. Fall. Oberflächliche Blasenmutterscheidenfistel. Die vorige Patientin ist im nächsten Jahre schwanger geworden, und es entstand von neuem die Fistel. Nach zweimaliger Operation gelang es, auch diese zur Heilung zu bringen. Bei der darauf folgenden letzten Entbindung entstand keine Fistel.

3. Fall. Oberflächliche Blasenmutterscheidenfistel. R. F., 40 Jahre alt, bekam die Fistel nach ihrer ersten Entbindung, welche vier Tage dauerte und ohne ärztlichen Beistand vollendet wurde; Schädellage; Becken platt verengt. Fistel fast thalergross, dicht vor der vorderen Muttermundslippe gelegen. Der vordere Fistelrand ist scharf, hinter dem os pubis versteckt, theilweise am Knochen adhärent, durch eine Schleimhautfalte in seiner linken Hälfte versteckt. — Nachdem die erste Operation misslungen, weil sie ausgeführt war in einer Wohnung, wo Nachts der Urin mit dem Catheter nicht abgelassen werden konnte, wurde die zweite in meiner Privatklinik mit Erfolg ausgeführt.

4. Fall. Blasenscheidenfistel. M. P., 24 Jahre alt, niedrig, rachitische Verkrümmung der Unterschenkel; platt verengtes Becken. Die Fistel entstand nach der ersten Entbindung, welche 5 Tage gedauert haben soll und endlich von einem Arzte mit instrumenteller Hülfe beendet worden ist. Erst in der dritten Woche nach der Entbindung trat unwillkürlicher Urinabfluss durch die Scheide ein. — Die Fistel liegt $^3/_4$ Ctm. vor der vorderen Muttermundslippe, ist durchgängig für den Zeigefinger. Nach einmaliger Operation trat Heilung ein.

5. Fall. Harnleiterscheidenfistel. K. L., 24 Jahre alt. Nach einer sehr schweren Zangenentbindung stellte sich unwillkürlicher Urinabfluss durch die Scheide ein. Bei der Untersuchung finden sich nur Reste von der Gebärmutter: Portio vaginalis fehlt ganz, das ganze Scheidengewölbe narbig verändert, sehr verengt. In der linken Seite dieses Narbengewebes findet man eine trichterförmige Oeffnung, die nach links oben sich fortsetzt, aber mit Bestimmtheit nicht bis zu Ende verfolgt werden kann. Beim Eingiessen von gefärbter Flüssigkeit in die Blase kommt nichts in der Scheide zum Vorschein und doch sickert Urin durch die Scheide, namentlich wenn Patientin auf der linken Seite liegt; beim Liegen auf der rechten Seite wird fast aller Urin durch die Harnröhre entleert. Bei der Untersuchung in der Narcose können wir einen dünnen Catheter weit hinanf in den rechten Urether schieben, nicht so in den linken. Diagnose: Harnleiterscheidenfistel der linken Seite. Nach der Untersuchung tritt starke Reaction ein; das Termometer zeigt hohes Fieber; pyaemische Metastasen im Knie- und Schultergelenk; allmälige Heilung der Zufälle; darauf Anfrischung der Trichterbasis und Naht. Heilung, die nach 7 Monaten noch constatirt wird.

6. Fall. Blasenscheidenfistel. M. D., 29 Jahre alt. Nach der langdauernden ersten Zangengeburt entstand die Fistel, welche $^1/_2$ Ctm.

vor dem vorderen Muttermunde liegt, quer über das Scheidengewölbe verläuft, 1 Ctm. lang und $^3/_4$ Ctm. breit ist; obere Blasenschleimhaut prolabirt ein wenig. — Nach einmaliger Operation tritt vollständige Heilung ein.

7. Fall. Oberflächliche Blasenmutterscheidenfistel. H. P., 28 Jahre alt, hat 4 Mal geboren; alle Entbindungen waren sehr schwer; die letzten beiden Kinder wurden todt geboren. Das letzte Kind wurde von der Hebamme ohne instrumentelle Hülfe entwickelt. Am 6. Tage nach der Entbindung fing der Urin an, unwillkürlich durch die Scheide abzufliessen. Die für die Fingerkuppe durchgängige Fistel liegt in der Mittellinie dicht vor der vorderen Muttermundslippe, die in der Mitte stark eingekerbt ist; einmalige Operation; Heilung.

8. Fall. Tiefe Blasenmutterscheidenfistel. M. S., 21 Jahre alt, bekam ihre Fistel bei der ersten Entbindung, die beendet wurde mittelst Perforation des Kindkopfs und Anlegung des Kranioklast. 14 Tage nach der Entbindung fing der Urin an unwillkürlich abzufliessen. Becken verengt; Conjugata externa 17 Ctm. — Die Fistel bildet einen 1 Ctm. langen, quergestellten Spalt; vordere Muttermundslippe vollständig zerstört. Operation: Vereinigung des vorderen Fistelrandes mit der angefrischten hinteren Muttermundslippe mittelst 9 Nähte; Heilung.

9. Fall. Blasenscheidenfistel. J. B., 2 Jahre alt. Bei der ersten Geburt, die mit der Zange vollendet wurde, entstand die Fistel. Sie liegt im vorderen Scheidengewölbe und ist für den Zeigefinger durchgängig. — Becken etwas verengt. Operation: Anfrischung, Anlegung von 7 Nähten; Heilung.

10. Fall. Blasenscheidenfistel. A. K., 36 Jahre alt, hat 3 Mal geboren. Alle Entbindungen waren schwer und dauerten lange; die letzte 6 Tage. Erst am 7. Tage wurde ein Arzt herbeigeholt und dieser zog den schon sehr tiefstehenden Kopf ganz leicht mit der Zange heraus. In den ersten Tagen nach der Entbindung entleerten sich ganze Fetzen durch die Scheide. — Das Scheidengewölbe vollständig narbig verändert und verengt; nirgends lässt sich die Gebärmutteröffnung finden. Vorn in den Narben eine den Catheter durchlassende Fistel. — Operation. Nach 3 Tagen fing etwas Urin an abzufliessen, doch nach Herausnahme der Nähte und 2maliger Cauterisation mit Lapisstift hörte das auf und Patientin ist vollständig geheilt; sie lässt den Urin nur 2—3 Mal täglich.

11. Fall. Zwei kleine Blasenscheidenfisteln. K. M., 55 Jahre alt, hat 8 Mal geboren; bei der letzten Entbindung, die mit der Zange beendet wurde, entstand unwillkürlicher Urinabfluss durch die Scheide. — Vor 8 Jahren wurde sie in Berlin ohne Erfolg operirt. Jetzt entschloss sie sich zu einer zweiten Operation: Beide Fisteln wurden durch Anfrischung in eine verwandelt; es bleibt in der rechten Ecke eine fadenförmige Fistel, die durch eine Nachoperation definitiv geschlossen wird; Heilung.

12. Fall. Blasenscheidenfistel. A. K., 29 Jahre alt, hat bei der 6. Entbindung ihre Fistel acquirirt; die Entbindung wurde mittelst Perforation beendet. Becken: Conjugata externa 18 Ctm. — Die Fistel befindet sich im vorderen Scheidengewölbe: ist für einen gewöhnlichen Methalcatheter durchgängig. Operation; Heilung.

13. Fall. Blasenscheidenfistel. W. S., 36 Jahre alt, bekam ihre Fistel bei der 5. Entbindung; sowohl die 4. wie die 5. waren Zangengeburten. Bei der 5. hatte man aber 3 Tage gewartet, ehe nach dem Arzt geschickt wurde. Das Becken etwas verengt. Im vorderen Scheidengewölbe eine etwa 1 Markstück grosse Fistel. Erst nach der 3. Operation trat Heilung ein.

14. Fall. Blasenscheidenfistel. M. H., 45 Jahre alt, hat 14 Mal

geboren. Die letzte Zwillingsgeburt vor 5 Jahren dauerte sehr lange, bis ein Arzt zugerufen wurde und mit Hülfe von Instrumenten dieselbe beendete. Bald nach der Entbindung bemerkte Patientin, dass der Urin durch die Scheide abfloss. 6 Wochen nach der Entbindung wurde sie anderweitig operirt: es wurde versucht, die Scheide zu obliteriren, aber ohne Erfolg: zu beiden Seiten waren breite Oeffnungen geblieben. — Nachdem wir die Brücke wieder durchtrennt hatten, fanden wir vor der vorderen Muttermundslippe, mehr in der linken Seite, einen dreieckigen, grossen Defect. Nach unten zu hing ein kleiner geschrumpfter Lappen. Durch den Defect war ein grosser Vorfall der oberen Blasenwand durchgetreten. Nach entsprechender Anfrischung der Fistel- und Lappenränder gelang es uns, den Lappen theilweise in den Defect einzuheilen, und an einer Seite trat keine Vereinigung ein. Nach einem weiteren, auf das Drängen der Patientin hin eigentlich etwas zu früh unternommenen Versuch wurde die Fistel eher grösser wie kleiner; die obere Blasenwand drängte mit Gewalt durch nach der Scheide. Trotzdem war sichere Aussicht vorhanden, die Patientin zu heilen, wenn sie nicht geisteskrank geworden, was ihre Entlassung aus unserer Anstalt nöthig machte; ungeheilt.

15. Fall. Oberflächliche Blasenmutterscheidenfistel. J. H., 17 Jahre alt, ist schon oben als erster der 2 schwierigsten Fälle beschrieben.

16. Fall. Blasenscheidenfistel. M. N., 30 Jahre alt, lernte erst am Ende des 3. Jahres gehen. Becken platt verengt; Conjugata ext. 17 Ctm. — Die Fistel acquirirte sie bei ihrer ersten Entbindung, die 5 Tage dauerte und mit instrumenteller Hülfe vom Aerzte beendet wurde (Perforation). Der Urin fing gleich nach der Entbindung an sich durch die Scheide zu entleeren. — 5 Jahre später zeigte sich die Menstruation unter starken Schmerzen. Jetzt, 6 Jahre nach der Entbindung, wurde sie von Dr. Panecki an unsere Klinik gewiesen. Das Scheidengewölbe und der odere Theil der Scheide narbig verengt; von der Portio vaginalis garnichts zu fühlen. — Nach blutiger Trennung der narbigen Verwachsung im oberen Theil der Scheide gelang es uns, mit Mühe den Gang zur Gebärmutter zu finden, in welchen hoch oben die Blasenfistel mündete. Zuerst wurde durch Einführung von Fritsch'schen Bolzen der Gang zur Gebärmutter erweitert; später die Fistelränder angefrischt und genäht. Erst bei der 2. Operation war die Fistel definitiv verschlossen. Der in dem Narbengewebe hergestellte Gang zur Gebärmutter hat grosse Tendenz zur Schrumpfung und wird dann die Menstruation schmerzhaft. Noch nach $1^1/_2$ Jahren müssen Bolzen von Zeit zu Zeit eingeführt werden.

17. Fall. Blasenscheidenfistel. P. Z., 28 Jahre alt, bekam bei ihrer 3. Entbindung, die $2^1/_2$ Tage dauerte und mit der Zange vollendet wurde, die Fistel, die etwa 2 Ctm. lang ist und von der vorderen Muttermundslippe etwa 1 Ctm. entfernt liegt. Operation; Heilung.

18. Fall. Blasenscheidenfistel. M. R., 27 Jahre alt, ist die sub No. 4 schon einmal mit Erfolg operirte M. P. Jetzt, seit $3^1/_2$ Jahren verheirathet, hat sie 3 Kinder geboren, von denen das vorletzte vermittelst der Zange entwickelt wurde und beim letzten Perforation nöthig war. Erst nach der letzten Entbindung entstand die Fistel von neuem, welche gut den Zeigefinger durchlässt. Operation; Heilung.

19. Fall. Sehr grosse Blasenscheidenfistel. E. M., 42 Jahre alt. Dieser Fall ist schon oben als der zweite der 2 schwierigsten Fälle näher beschrieben.

20. Fall. Blasenmutterscheidenfistel. M. Z., 30 Jahre alt, hat 5 Mal geboren. Alle Entbindungen waren schwer und haben lange gedauert, die letzte 3 Tage und 3 Nächte. Darauf entstand die Fistel. Becken platt verengt. — Die Fistel ist über 1 Markstück gross; es fällt

die obere Blasenwand durch sie vor; die vordere Muttermundslippe fehlt gänzlich. Trotzdem versuchten wir den vorderen Fistelrand mit den Rest der vorderen Wand des Cervix zu vernähen. Zu beiden Seiten heilte die Fistel; in der Mitte blieb eine Oeffnung. Erst bei der 2. Operation trat vollständige Heilung ein.

21. Fall. Blasenscheidenfistel. K. S., 63 Jahre alt, wurde anderweitig vor 6 Monaten an Gebärmutterkrebs operirt (totale Exstirpation des Uterus per vaginam), wonach eine Blasenscheidenfistel etwa 1 Markstück gross zurückblieb. Da ein Recidiv nicht vorlag und der Patientin sehr daran gelegen war, von den Plagen des immerwährenden Urinträufelns befreit zu werden, haben wir die Scheide hoch oben in der Höhe des oberen Fistelrandes quer obliterirt. Ein Fadenlöchelchen machte eine 2. Operation nöthig, worauf vollkommene Heilung eintrat.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.