II. Verletzungen der weiblichen Genitalien ausserhalb des Puerperiums.

Von

Dr. H. Braun,

Prof. extraord. für Chirurgie und Assistenzarzt
der chirurgischen Klinik in Heidelberg.

Im Anschluss an die Mittheilung von Dr. Leopold in No. 46 dieser Wochenschrift, welche ebenso wie die Publication von Prof. Kaltenbach (Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. IV, S. 287) im vorigen Jahre auf die Seltenheit von Beobachtungen über Verletzungen der weiblichen Genitalien ausserhalb des Puerperiums hinweisen, möchte ich mir erlauben zwei Fälle, welche zu diesem wichtigen, aber casuistisch vernachlässigten Capitel der Gynäkologie gehören, hier zu veröffentlichen.

1. Durchtrennung des rechten Corpus cavernosum clitoridis durch Fall auf einen Zaun.

Frau M. H., 35 Jahre alt, von Heidelberg, verletzte sich an den äusseren Genitalien am Abend des 18. August 1879 beim Uebersteigen über einen Zaun, indem eine Latte desselben, auf welche sie sich gerade mit einem Fusse gestützt hatte, unter der Last ihres Körpers zusammenbrach und ihr gegen die Dammgegend anstiess. Wegen der momentan auftretenden äusserst heftigen Schmerzen und der starken Blutung konnte dieselbe nur mit der grössten Mühe bis zu ihrer nahe gelegenen Wohnung zurückkehren, dort angelangt, brach sie zusammen und wurde in diesem Zustande von Herrn Dr. Fleischlen, der zur ersten Hülfeleistung geholt war, blass und pulslos in einer grossen Blutlache gefunden. Nach Compression der immer noch stark blutenden Wunde am Perinaeum wurde die Kranke in die chirurgische Klinik gebracht.

Bei der Untersuchung der hochgradig anämischen Patientin, die beständig Gähnen, Aufstossen, Erbrechen und Kollern im Leibe hatte, fand ich den Puls klein und beschleunigt (108), die Extremitäten kalt. Entsprechend der unteren Fläche der Symphyse und dem Anfange des absteigenden Schambeinastes sah man eine 4—5 Ctm. lange, glatte, etwa 1—2 Ctm. tiefe Wunde. Die Urethra war durch dieselbe von der Symphyse völlig gelöst und nach hinten gesunken. Während der mediane Abschnitt der Wunde wenig blutete, sah man weiter nach aussen beim raschen Auftupfen venöses Blut in starkem continuirlichem Strome direct aus den durchtrennten Maschen des Corpus cavernosum clitoridis hervorquellen. Nach Reinigung der Wunde und ihrer Umgebung mit 2procentigem Carbol-

wasser, vereinigte ich dieselbe mit 5 ihre ganze Tiefe umgreifenden Knopfnähten von carbolisirter Seide, die durch zweistündiges Kochen in 5 procentiger Carbollösung desinficirt war. Die Urethra wurde durch diese Suturen wieder nach vorn gezogen und die Blutung vollständig gestillt. Gegen die Perinaealgegend wurde eine Eisblase angedrückt, im Uebrigen der Kranken in Anbetracht der bedeutenden Schwäche, Wein und Kaffee gereicht. Die Temperatur zeigte einige Stunden nach der Verletzung 35,2°; Puls 102.

Von dem weiteren Verlaufe ist nur wenig mitzutheilen. In den nächsten 2 Tagen musste der Urin mit dem Katheter genommen, nach dieser Zeit konnte derselbe ohne jegliche Schmerzen spontan entleert werden. Die Wunde heilte ohne eine Spur von Nachblutung in das subcutane Zellgewebe, sie war, als am 5. Tage die Nähte entfernt wurden, völlig primar intentione geschlossen. Die Temperatur stieg am Morgen nach der Verletzung auf 37,4° C., am nächsten Abend auf 38,6°, von da an hielt sie sich auf 37—37,8°, nur noch einmal erreichte sie 38,2° C. Am 23. August konnte die Kranke geheilt, nur noch äusserst schwach, entlassen werden, sie eilte nach Hause, um ihr kleinstes Kind, das man ihr seither zum Stillen in das Krankenhaus gebracht hatte, besser abwarten zu können. Die Quantität der Milchsecretion hatte durch den starken Blutverlust keine nachweisbare Verminderung erlitten. Später sah ich Frau H. in bestem Wohlsein noch einige Male wieder.

Die Ursache, die Erscheinungen und der Verlauf dieser Verletzung waren ganz ähnlich, wie bei den von Leopold und Kaltenbach beobachteten Kranken. Auch in unserem Falle zeigte die Wunde, welche durch Auffallen aus nicht bedeutender Höhe auf einen Zaun entstanden war, glatte Ränder, und war wohl ebenso wie dort in Folge der plötzlichen Compression der Haut gegen den absteigenden Schambeinast und den scharfen unteren Rand der Symphyse entstanden. Wie dort trat eine mächtige, Gefahr drohende Blutung aus der relativ kleinen Wunde des Corpus cavernosum clitoridis ein, welche gestillt wurde, durch die einzige bei solchen Verletzungen indicirte Behandlungsmethode, durch tiefe, die ganze Wundfläche umfassende Nähte, welche zugleich die Wunde selbst zur schnellen Heilung brachten.

2. Completer Dammriss und Mastdarmscheidenfistel bei einem achtjährigen Kinde durch Fall auf eine spitze Latte.

Am 9. August d. J. spiesste sich die achtjährige L. W. von Muckenthal bei dem Falle von einem Baume mit der nackten Dammgegend auf einer spitzen Latte des unten befindlichen Zaunes auf. Die auf das entsetzliche Geschrei der Kleinen zu Hülfe eilenden Leute hoben das Kind nicht von dem Zaune herab, sondern rissen es in roher Weise herunter.

Herr Dr. Plaum in Mosbach (dem ich für die Ueberlassung seiner Notizen hier bestens danke) constatirte, als er das Mädchen wenige Stunden nach der Verletzung sah, eine von der Scheide bis in den After hineingehende Zerreiassung des Dammes und oberhalb des zum Theil erhaltenen Sphincter ani internus einen 5—6 Ctm. langen, von oben nach unten die ganze Dicke der Mastdarmscheidenwand durchdringenden Riss. Nach sorgfältiger Reinigung der verletzten Partien mit warmem Wasser, vereinigte Herr Dr. Plaum möglichst exact die beiden Wunden. Ihre Vereinigung hielt in der nächsten Zeit und auch noch nach Entfernung einiger Nähte am 7. Tage vollkommen Stand; der Stuhlgang erfolgte bis dahin täglich durch den After. Als aber am 8. Tage das Kind ohne Erlaubniss aufstieg und auf dem Nachtopf stark presste, gingen die Wundränder zum Theil wieder auseinander.

Da die Beaufsichtigung des Kindes, das entfernt von dem

Orte des behandelnden Arztes wohnte, zu schwierig war, wurde es am 20. August in die hiesige chirurgische Klinik geschickt.

Man fand bei der Aufnahme an Stelle des Dammes eine etwa 1 Ctm. tiefe noch granulirende Spalte, die von der Vagina bis in den After hineinging; höher oben davon, durch ein etwa $\frac{1}{2}$ Ctm. dickes Septum getrennt, eine für den Zeigefinger durchgängige Communicationsöffnung zwischen Scheide und Mastdarm; in Folge deren Incontinenz selbst für ziemlich dicken Stuhlgang vorhanden war.

Am 26. August nahm ich die Operation zur gleichzeitigen Heilung des Dammrisses und der Mastdarmscheidenfistel vor, nachdem das Mädchen durch Sitzbäder, zur Reinigung der noch ziemlich stark eiternden Wunde, durch schmale Diät und Abführmittel dazu vorbereitet war. Zunächst durchschnitt ich, um die Fistel besser zugänglich zu machen, das erwähnte Septum, frischte nachher möglichst exact, hoch über den Defect in die Scheide hinauf, die zum Theil übernarbten, zum Theil noch granulirenden Flächen des Dammes und der Fistel an und vereinigte dann triangulär die breiten Wundflächen. Besonders schwer hielt es den linken Wundrand, der schon fest durch Narbenstränge an das Tuber ossis ischii fixirt war, herbeizuziehen; man kam beim Anlegen der Nähte mit der Nadel dicht an diesem Knochen vorbei. Während die Wunde beständig mit 1 Proc. Carbolwasser überrieselt wurde, legte ich gegen die Scheide 13 meist tiefgreifende Knopfnähte von Silberdraht, gegen den Mastdarm 2 Silberdraht- und 4 Seidennähte, gegen den Damm 4 tiefgreifende Entspannungsnähte mit Silberdraht und dazwischen 6 oberflächliche Seidensuturen an. (Am Damme sollten die oberflächlich gelegten Seidenfäden nur die genaue Adaption der Wundränder besorgen, im Mastdarm wurden sie gewählt, weil sie weniger Beschwerden machen, während im Allgemeinen die Silberdrähte den Vortheil haben, dass man sie, ohne Eiterung der Stichkanäle befürchten zu müssen, länger liegen lassen kann.)

Der Wundverlauf war ein völlig glatter. Fieber trat während der ganzen Heilungsdauer niemals auf. Die Diät bestand bis zum 3. September nur in flüssiger Nahrung; an diesem Tage wurde zum ersten Male ein Zwieback und 2 Tage später Fleischnahrung erlaubt. Ausserdem wurden einen über den anderen Tag regelmässig 1—2 Löffel Ricinusöl gereicht, worauf meistens eine dünne Entleerung durch den After eintrat. Trotz dieser Vorsichtsmaassregel ging am 11. Tage ein fester Stuhlgang, jedoch ohne jeglichen Schaden für die Wunde, ab. In der Scheide kam niemals eine Spur von Koth zum Vorschein. Der Urin musste in den ersten Tagen mit dem Katheter geholt werden.

Am 1. September wurden die Seidenfäden aus dem Perinaeum, 4 Tage später die übrigen Damm-, die zwei oberflächlichsten Scheidensuturen und die beiden unten im Mastdarm gelegenen Drahtnähte entfernt, die übrigen Suturen wurden noch gelassen, da man sie nur durch starke Dehnung der Vagina hätte zugänglich machen können und eine solche bei der noch zarten Narbe jedenfalls nicht erlaubt war.

Am 10. September wurden wieder einzelne Drähte aus der Vagina entfernt. Alle übrigen Nähte blieben jedoch liegen, als am 17. September der Vater sein Kind, das er durchaus nicht länger im Spital lassen wollte, mit nach Hause nahm. Die Heilung der Defecte war bei der Entlassung des Mädchens völlig zu Stande gekommen, nur eine geringe Eiterung aus der Scheide war noch vorhanden, die aber weniger aus der Nahtlinie, als von oberflächlichen Verletzungen der Vaginalschleimhaut durch die scharfen Drahteenden herrührten.

Am 28. October stellte sich die kleine W. wieder vor, es gelang nur mit vieler Mühe in Chloroformnarkose unter An-

wendung von schmalen Haken und Elevatorien die letzten 8 Drahtnähte aus der engen Vagina zu entfernen, ebenso auch 3 Seidensuturen aus dem Mastdarm, die 4. musste schon früher spontan abgegangen sein. Die Wundflächen waren nach allen Seiten hin lineär geheilt, das Septum recto-vaginale war dick, der Damm etwa 5 Ctm. hoch; es bestand völlige Continenz auch für dünnen Stuhl und für Flatus. —

Die eben mitgetheilte Beobachtung ist abgesehen von der Aetiologie noch besonders interessant, weil sie bei einem Kinde gemacht wurde. In diesem Alter gehören derartige Verletzungen und demgemäss auch Erfahrungen über die Resultate von Damm- und Mastdarmscheidenfisteloperationen zu den Seltenheiten. Die Schwierigkeit der Heilung solcher Wunden bei Kindern liegt gewiss an der Enge der Vagina, durch welche die Zugängigkeit auf das äusserste erschwert wird und an der dünnen Beschaffenheit der Recto-vaginalwand. In unserem Falle wurde die vollständige Vereinigung der Fistel erzielt nach Spaltung des unterhalb von ihr gelegenen Septums und durch gleichzeitige Naht der exact wundgemachten Ränder der Fistel und des Dammes. Die Verhältnisse für die Heilung wurden durch dieses Vorgehen entschieden günstiger gestaltet, als wenn man erst die Fistel und nach ihrer Heilung den Dammriss zur Vereinigung gebracht hätte. Die Wundränder der Fistel wurden durch die in derselben Sitzung vorgenommene Damмнаht gleichmässiger herbeigezogen, und mehr entspannt, später bei der Defäcation aber weniger gezerzt.

Die Mastdarmscheidenfisteln dicht oberhalb des Sphincters, an der dünnsten Stelle der Recto-vaginalwand sind bekanntlich überhaupt schwierige Objecte der Behandlung, die häufig den Heilungsversuchen hartnäckigen Widerstand leisten, mögen sie für sich, oder mit Dammrissen complicirt bei Kindern oder bei Erwachsenen vorkommen. Bei der Kleinheit derartiger Oeffnungen ist man leicht versucht mit wenigen Stichen ihren directen Verschluss zu machen, der allerdings gelingen kann, aber viel häufiger noch ausbleiben wird, während die hinterher folgende Spaltung des Dammes und die etwas mühsamere Naht fast ausnahmslos zum Ziele führen wird. Die Technik dieser Plastiken ist in solchen Fällen einfach, da die analogen Punkte des Perinaeum, welche mit einander vereinigt werden müssen, direct gegeben sind; ein Wiederaufreissen des Dammes ist aber bei genauer Naht nicht zu befürchten. Der Werth dieses auch von Anderen schon empfohlenen Vorschlags wird durch die klinischen Erfahrungen bestätigt. Simon (Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Rostocker Krankenhauses Abth. II, S. 302) hatte lange Jahre immer nach diesem Grundsatz gehandelt und vorzügliche Resultate erzielt, nur einmal sah ich ihn in der letzten Zeit von der angegebenen Regel abweichen bei einer ganz kleinen leicht zugängigen Fistel. In diesem Falle war an einer sorgfältigen Vereinigung nicht zu zweifeln, aber trotzdem ging dieselbe vollständig auseinander und die Fistel wurde erst später in einer zweiten Sitzung nach Spaltung des Dammes geheilt. Professor Czerny (Nebel: Ueber die Verstärkung des Septum recto-vaginale Inaug.-Diss. Heidelberg 1880 S. 28.) hatte ebenfalls nach dem gleichen Vorgehen bei verschiedenen Kranken günstige Erfolge durch einmalige Operation erlangt. Auch mir gelang noch in einem zweiten Falle die vollkommene Heilung per primam intentionem bei einer etwa markgrossen, oberhalb des Sphincter ani gelegenen Mastdarmscheidenfistel, die bei einer Entbindung ohne gleichzeitige Dammruptur durch directen Druck entstanden war, nach Spaltung des Dammes, trianguläre Vereinigung durch 20 Scheiden-, 5 Mastdarm-, 10 Dammsuturen mit Silberdraht und Sphincterenschnitt.

Sicherlich empfiehlt es sich ganz allgemein für die genannten Mastdarmscheidenfisteln, seien sie durch eine Ver-

letzung, oder bei der Entbindung entstanden, seien sie nach unvollkommener Heilung von Dammrissen oder noch nicht völlig gelungenen Dammplastiken hinterblieben, wenn sie durch Aetzmittel (Höllensteinstift oder Ferrum candens) nicht geheilt werden können, an Statt ihrer directen Vereinigung den Damm, oder das unterhalb derselben vorhandene Septum zu spalten und dann ihre mit der grössten Sorgfalt breit angefrischten Wundränder zugleich mit dem Perinaeum wieder zu vereinigen. Die Chancen für die günstige Heilung werden weiterhin gewiss noch erhöht durch die Anwendung von Abführmitteln statt der noch vielfach beliebten Constipationsmethode und falls nach der Operation die Afteröffnung sehr fest geschlossen sein sollte, durch die Ausführung des Sphincterenschnittes in der Raphe nach hinten, wodurch ein Anstauen und Drängen des Kothes gegen die Nahtlinie, besonders während der ersten Zeit, mit ziemlicher Sicherheit verhindert wird.