ziehung zu dem vorliegenden Thema steht eine Mitteilung von FRIEDRICH aus der BERGMANNschen Klinik, der eine Tonusabnahme des Magens bei Entleerung kleinster Flüssigkeitsmengen aus der Blase nachweisen konnte, nachdem schon BERGMANN darauf hingewiesen hatte, daß Magenschmerzen nach dem Urinieren nachlassen können. Wenn man nun berücksichtigt, daß Veränderungen in der Prostata sehr häufig zu einer Hypertonie der Blase führen, so rückt die Annahme durchaus in das Bereich des Vorstellbaren, daß die *Tonusrelation von Blase und Kolon das Substrat des klinisch beobachteten Einflusses einer Prostatitis auf die Darmmotilität darstellt.*

ZUR ENTSTEHUNG UND BEHANDLUNG DER MASTDARMFISTELN

Von

Oberarzt Dr. L. RICKMANN.

Aus dem Sanatorium für Lungenkranke in St. Blasien. (Leitender Arzt: Prof. Dr. BACMEISTER.)

Über die Entstehung der Mastdarmpfisteln, insbesondere über ihre Beziehungen zur Tuberkulose ist schon seit alter Zeit gestritten worden. Durch harte Kotpartikel, die sich durch Stagnation, Eindickung und Verhärtung des Darminhaltes im unteren Teile des Mastdarmes bilden, kommt es zu Excoriationen, durch welche in den Fäces vorhandene Mikroorganismen verschiedenster Art eindringen und bei der außerordentlich großen Resorptionsfähigkeit und dem regen Stoffwechsel dieser Partie in die Wand geführt werden. LACHMANN und SMITH erbrachten als erste den Nachweis von Tuberkelbacillen in Analfisteln und bewiesen dadurch den Zusammenhang zwischen Analfistel und Tuberkulose. LANZ glaubt trotzdem, daß die Mastdarmpfisteln meistens mit Tuberkulose nichts zu tun haben. FREY und THOSS können bezüglich des mikroskopischen Befundes nur in 5,3% und bezüglich der allgemeinen Verhältnisse der Patienten nur in 11,9% die Tuberkulose als Ursache der Mastdarmpfistel anerkennen. R. VOLKMANN und F. R. KÖNIG dagegen sind der Ansicht, daß die Analfisteln in der Mehrzahl auf Tuberkulose zurückzuführen sind. DE QUERVAIN fand, daß die Hälfte aller Mastdarmpfisteln tuberkulös seien und MELCHIOR kommt auf Grund langjähriger Beobachtungen zu dem Resultat, daß jede Mastdarmpfistel, bei der nicht eine spezielle Ätiologie, — Entwicklungsfehler, Trauma, Fremdkörper usw. — nachweislich in Betracht kommt, in dubio als tuberkulös aufzufassen ist.

Wir stimmen mit den meisten Autoren darin überein, daß bei weitem der größte Teil der Analfisteln tuberkulöser Natur ist. Zuverlässige statistische Angaben lassen sich darüber nicht machen, da man durch die bakteriologische und histologische Untersuchung, sowie durch den Tierversuch den spezifischen Charakter der Fistel nicht immer beweisen kann. In vielen Fällen wird man nur durch eine langjährige klinische Beobachtung den sicheren Zusammenhang der Analfistel mit der Tuberkulose bringen können.

Bei den Patienten unserer Anstalt war in Anbetracht ihres tuberkulösen Lungenleidens bei jeder Mastdarmpfistel der Zusammenhang mit der Tuberkulose naheliegend, wenngleich man auch bei tuberkulösen Patienten nicht tuberkulöse Analfisteln beobachten kann. HARTMANN fand unter 626 Phthisikern 39 mal = 4,9% und zwar unter 447 Männern 6% unter 179 Frauen 3,35% Analfisteln. Von den 489 Patienten, die im Jahre 1921 unsere Anstalt verließen, hatten 12 = 2,6% eine Analfistel. Daß diese Zahl hinter der von HARTMANN zurückbleibt, ist wohl in der Hauptsache dadurch bedingt, daß bei den Patienten einer Privatheilanstalt ein größeres Reinlichkeitsbedürfnis und eine größere Aufmerksamkeit auf die Verdauungsfähigkeit vorliegt, wodurch ohne Zweifel die Gefahr der Analfistel herabgesetzt wird.

Die Frage der Ätiologie der Analfistel kann vor allem für die Therapie und Prognose derselben von großer Bedeutung sein. Die Behandlung der Fistel ist bisher fast ausschließlich operativ: Spaltung des Fistelganges in seiner ganzen Aus-

dehnung; bei tuberkulösen Fisteln eventuell energische Auslöfflung, Kauterisation oder ausgiebige Excision. Bei einer großen Anzahl von Mastdarmpfisteln führt diese Behandlungsmethode zum Ziele. Für die tuberkulösen Fisteln dagegen ist es oft geradezu charakteristisch, daß sie nach der Operation gar nicht heilen oder sehr bald wieder käsig erweichen und aufbrechen. Von den 12 mit Analfistel behafteten Patienten des letzten Jahres waren drei zweimal und einer sogar viermal ohne Erfolg operiert worden. Eine durch operativen Eingriff geheilte Analfistel gehört bei unsern lungenkranken Patienten zu den Ausnahmen.

Diese Tatsache veranlaßte uns, zu versuchen, mit Röntgenstrahlen die Analfisteln zur Ausheilung zu bringen. Wenn gleich sich unsere bisherigen Erfahrungen auf insgesamt 20 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle beschränken, so darf man doch schon sagen, daß die Erfolge durchaus befriedigend waren und zu weiteren Versuchen berechtigen. Von den 12 Fällen des letzten Jahres kamen 6 = 50% zur völligen Ausheilung, darunter 3 Fälle, die 2 bzw. 4 mal ohne Erfolg operiert waren; bei den übrigen 6 bildete sich die Fistel wesentlich zurück, so daß sie kaum noch Erscheinungen machte und vielleicht durch spätere Bestrahlungen doch noch zur völligen Austrocknung kommen kann, zumal 3 dieser Patienten die Kur vorzeitig abbrechen mußten.

Technisch gingen wir so vor, daß wir wöchentlich 3 Bestrahlungen gaben und zwar für das Feld $10-15 \times 20-30\%$ der H.E.D. bei 30 cm Fokusabstand und 4 mm Aluminiumfilter; runder Bleitubus von 5 cm Durchmesser; nach 3 Wochen Pause Wiederholung der Bestrahlungsserie; nach der 4. Bestrahlungsserie evtl. längere Pause.

Zusammenfassend dürfen wir feststellen: Die Mastdarmpfistel ist in der Mehrzahl der Fälle tuberkulöser Natur. Die Erkennung der Ätiologie kann für die Therapie und Prognose von großer Bedeutung sein. Durch chirurgische Eingriffe läßt sich die tuberkulöse Mastdarmpfistel in vielen Fällen nicht zum Verschuß bringen. Durch Röntgenbestrahlungen dagegen gelingt es sehr oft, die tuberkulöse Analfistel zur Austrocknung und Verheilung zu bringen.

Literatur: MELCHIOR, Über die Rolle der Tuberkulose als Ursache der Mastdarmpfisteln. Berl. klin. Wochenschr. 1917, Nr. 26. — THOSS, Über die Ursache der Mastdarmpfisteln. Münch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 50.

VASOMOTORISCH-TROPHISCHE STÖRUNGEN UND DEREN HEILUNG MITTELS PERIARTERIELLER SYMPATHEKTOMIE.

Von

HEINRICH HIGIER (Warschau).

Prof. F. BRÜNING bespricht in einer in der in Nr. 15, S. 729, der Klinischen Wochenschrift publizierten Abhandlung¹⁾ die Entstehungsweise trophischer Gewebsveränderungen. Auf die neuere Physiologie der spinalen Vasodilatoren und der sympathischen Vasoconstrictoren hinweisend, gelangt er zum richtigen Schluß, daß die Nervenreizung gegenüber der Nervenlähmung in der Pathogenese der vasomotorisch-trophischen Störungen die überragende Rolle spielt, und daß es daher bei konsequenter Behandlung dieser Störungen die Beseitigung oder wenigstens Minderung des krankhaften Reizzustandes zu erstreben sei. Er stützt sich hier auf günstige Resultate der neuen, von LÉRICHE bei organischen Läsionen empfohlenen, von ihm nach FORSTERS Vorschlag bei einer vasomotorisch-trophischen Neurose nachgeprüften Methode der „periarteriellen Sympathektomie“. Auf solche Weise gelingt es, manches Leiden der Heilung zuzuführen, das bisher als kaum beeinflussbar galt, bzw. zu verstümmelnden Eingriffen, wie Amputation, Veranlassung gab. „Wir sehen hier wiederum, schließt BRÜNING, wie aus einer anderen Auffassung über die Pathogenese eines Leidens uns ein neuer vielversprechender Weg für die Therapie gezeigt wird.“

¹⁾ F. BRÜNING. Nervenlähmung und Nervenreizung in ihrer Bedeutung für die Entstehung trophischer Gewebsveränderungen.