Blasenscheidenfistel und Blasenkatarrh.

Von

Carl Hennig.

Indem es feststeht, dass die meisten Genitalfisteln sich von schweren Geburten herschreiben, so gewinnt die andere Thatsache an Bedeutung, wonach die namentlich im geraden Durchmesser verengten Becken ein wesentliches Contingent zu jener entsetzlichen Verstümmelung des Weibes liefern. Doch ist ein Factor von den neueren Geburtsärzten weniger als von den älteren beherrzt worden: die zu starke Beckenneigung.

Ein Becken mit mässig beschränkter Conjugata vera kann weniger gefährlich sein, als ein quoad dimensionem normales, oder nahezu normales, welches den Neigungswinkel von $55-60^{\circ}$ überschreitet.

Nachdem es ferner feststeht, dass langsame Quetschungen und Reibungen eher zur Fistel führen, als eine plötzliche Gewalt, ein enormer, aber bald vorübergehender Druck: so sieht man Durchlöcherungen von Blase und Harnröhre, von Scheide oder Mutterhals her, öfters nach Geburten, in welchen der Fruchtkopf, seltener der Steiss stundenlang auf genannten Theilen „reitet“ und dieselben gegen die hintere Wand der Schoossfuge drückt. Wie belangreich dabei eine zu grosse Beckenneigung wirkt, erkennt man daran, dass die Qualen des Druckes, beziehentlich der eingeklemmten vorderen Muttermundslippe sofort nachlassen und der vorliegende Fruchthteil bequem, ja plötzlich vorrückt, sobald die Gebärende auf eine Seite gelagert wird und besonders während der Wehe die Schenkel nach ihrem Schoosse heraufzieht, den Rücken stärker krümmt und ihren Kopf auf die Brust sinken lässt, falls nicht die noch schneller erlösende zeitweise Lage auf Knien und Ellenbogen vorgezogen wird. Die grosse Häufigkeit des zu stark geneigten

Beckens bei verzärtelten Nationen wird aber von Prochownik auf die schlafferen geraden Bruchmuskeln gegenüber den wilden Weibern bezogen.

Dass in engen Becken Blasen fisteln bei Weitem häufiger entstehen als Mastdarm fisteln, erklärt O. Wulff (Die Blasen-Scheiden fisteln etc. Berlin, Hirschwald 1896) aus dem Umstande, dass die vordere Vaginalwand während der Geburt gegen die Schambeine angepresst wird, während die hintere einen solchen knöchernen Widerstand nicht findet. — Hier kann Unglück nur passiren, wenn die Scheide bei schrägengem Becken über den Sacroiliacalraum straff hingepannt ist, oder an einer Stelle fest gehalten, von entgegengesetzter Seite gezerzt wird und mit dem Darm innig verwachsen ist.

Alle den Kopf seitlich zusammendrückenden Instrumente, wie die Zange, wirken in obigem Sinne nachtheilig.

Auch gewaltsames, ungeschicktes Einführen des Metallkatheters beschuldigt Wulff.

„Gewöhnlich liegt bei den Gebärenden die Blase so, dass dieselbe der hinteren oberen Kante der Symphyse aufliegt und hier morsch wird. Steigt sie aber, überfüllt, während der Geburt noch höher, so zieht sie die Harnröhre mit hinauf und das Loch nimmt einen Theil des Blasenhalbes und einen Theil der Harnröhre zugleich ein. Die Harnröhrenscheidenfistel allein kommt dann zu Stande, wann die prallgefüllte Blase sich so weit in die Höhe gezogen hat, dass das Orificium urethrae nicht mehr unterhalb, sondern hinter der Symphyse liegt und hier die Harnröhre den Druck erleidet.“

F. v. Winckel macht geltend, dass Blase und Scheide, in der Schwangerschaft loser verbunden, in partu häufig beträchtlich verschoben, in Falten gelegt werden und gegen irgend einen Punkt des Beckens (so in pelvi spinosa) und zugleich an anderen Punkten stark gequetscht werden. In diesem Sinne wirkt auch die Gesichtsg Geburt schlimm (Danyau).

B. Schultze fand bei scheinbar normal entbundenen Wöchnerinnen Spuren stattgefundener Quetschung, entsprechend dem oberen Rande der Symphyse, auch Blutaustritte in der Schleimhaut der Blase. Zum Druckbrand kommt die verderbliche mehrtägige Harnverhaltung.

Hennig und Zweifel beschuldigen Secale-Missbrauch und Wendungsversuche bei verschleppter Querlage ohne Narkose! Man führt auch den Hängebauch unter den Disponenten an. Hänge-

bauch aber deutet auf übermässige Beckenneigung. Unter 65 Entbindungen, welche Bouqué zusammenstellte, wurden 5 Wendungen Ursache der Fistel.

Sitz und nähere Beschaffenheit der Fistel variiren je nach den Ursachen. — Sehr selten sind primäre Diphtherie, Brand oder Krebs der vorderen Scheidenwand zu beklagen.

Hierzu kommen die Schwierigkeiten der Fisteloperation, welche schon nach einem ersten Versuche tödten kann. Ausserdem beeinträchtigen Genitalfisteln die Fruchtbarkeit.

Dennoch soll man nicht verzweifeln. Es kostet unsägliche Geduld und Langmuth, doch wird der Kranken Standhaftigkeit meist glänzend belohnt. Eine kurz dauernde Naht lässt sich durch Cocain schmerzlos machen. Längere Vornahmen erheischen meist Narkose; Aether, Chloroform, Methylenbichlorid haben jedes ihre Vortheile, ihre Bedenken. — Eine Kranke Wutzer's war erst nach der 33. Operation heil, eine andere nach der 4., wurde aber darauf schwanger. Wutzer erhielt bessere Resultate, als er die Methode vereinfachte.

Um die Cautelen betreffend den Blasenkatarrh daran zu knüpfen, ist bei so wichtigen und gefährvollen Unternehmen auch der näheren Umstände zu gedenken. Ulsamer erzählt, dass er einer 80jährigen Frau einen Mutterkranz zu entfernen hatte, welcher, 30 Jahre verhalten, sowohl die Blase wie auch den Mastdarm durchlöchert hatte. Einige Tage nach der Herausnahme war trotz der früheren Besudelung der Scheide mit Fäcalien etc. der Schaden heil.

Eisendraht zum Nähen verwirft B. Braun, weil er leicht Eiterung veranlasse.

Eine kräftige Constitution, welche gelegentlich auch Spaltpilze verdaut, wird auch mit einer katarrhalischen Genitalfistel fertig. Meist verzögert sich die Heilung wegen Katarrhs. Obgleich mehrere Gynäkologen in der Behauptung, eine Blasenfistel heile überhaupt nicht, so lange Blasenkatarrh besteht, zu weit gehen, so wird doch auf die Gegenwart des Katarrhs oft zu geringes Gewicht gelegt, oder er wird nicht erwähnt, wenn die plastische Operation nicht ganz gelingt.

In der von Fineke musterhaft geleiteten Klinik zu Halberstadt sah ich eine alte Blasenscheidenfistel. Die Hebamme hatte bei Abortus den Fötus an den Füßen ausgezogen und den Kopf zurückgelassen. Das Stirnbein klemmte sich vorn in die Scheide und durchbrach allmählig die Blase. Trotz dreier quer angelegter

plastischer Ersatz blieb zuletzt eine enge Fistel zurück. H. A. Kelly (Bull. of the Johns Hopkins Hospital, vol. VII, p. 59. Febr. 1896) wandte modificirt die Mackenroth'sche Methode an. Die Blase wurde oberhalb der Fistel vom zerstörten Mutterhalse, unterhalb von der Scheide getrennt und an den vorderen Rand der Vagina genäht. Die Blasencontinenz wurde erreicht, aber es blieb eine 1 mm breite Oeffnung zurück.

Schon H. Fr. Kilian (Operationslehre 1856) schreibt vor, dass man grosse Wachsamkeit aufbiete auf alle entzündlichen Symptome in der Harnblase und deren Bauchfellüberzüge, — löse sofort alle Nähte! Gegen Duparcque schlägt Kilian den nachtheiligen Einfluss des [zersetzten] Harnes auf die heilen sollende Wunde hoch an; auch den Lochien ist Aufmerksamkeit zu schenken.

Daher begünstigen aseptische und pilzfeindliche (Carbol- oder Borsäure-) Ausspülungen die Heilung. Unvorsichtiges Untersuchen kann auch durch Infection die geheilte Fistel wieder zerstören! In 5 Beispielen musste die Fistel wegen Blasenleidens angelegt werden. Gelegentlich können nämlich noch durch den Reiz des Harnes, durch Harnconcremente, durch einen sich durchzwängenden Stein, Katarrhe unterhalten werden. Andererseits kann Kolpokleisis — wegen Harnleiterscheidenfistel nach Simon — chronischen Blasenkatarrh und Steinbildung nach sich ziehen.

Nach Besorgung der üblichen Nähte für eine gewöhnliche Fistel empfiehlt es sich, die Blase mittelst Katheters zu entleeren und mit schwacher Salicyllösung (1 : 600) auszuspülen, die Scheide nur bei übelriechender Absonderung.

Courty, welcher einen einfacheren Fadenführer empfiehlt (Traité, Paris 1866, p. 1052), bspült die Wunde 2—3 mal täglich mit Theerseifenwasser, um stark katarrhalische oder eiternde Entzündung abzuhalten, welche, sobald sie die Einigungslinie erreicht, die Ränder wieder in Eiterung versetzen und die Verklebung hindern kann. — Wo Reizung, Absatz von Schleim oder Kalk im Harn vorhanden, meidet Courty den Bleibekatheter, sondirt dafür anfänglich alle 3—4 Stunden.

In einem Falle erregte der Bleibekatheter Entzündung und Brand der Blase und Harnröhre (Jac. Schlegel, Diss.). Hegar und Kaltenbach (Die operative Gynäkologie, 3. Aufl., Stuttgart 1886, S. 662) fürchten auch Blasenkrämpfe. „Das Hauptaugenmerk ist darauf zu richten, den Katheter so rasch als möglich entbehrlich zu machen, da dann meist die Erkrankung von selbst ver-

schwindet. Bisweilen hilft es, dass man Frauen, die in wagrechter Lage durchaus nicht von selbst uriniren können, frühzeitig aufsitzen, selbst aufstehen und Vichy trinken lässt.“ Vor der Operation Sorge man für Reinigung etwa belegter Fistelränder. Die bei mehrtägiger Retention eintretende Zersetzung des Harns muss den Zerfall in der Geburt gequetschter, vom Epithel entblösster Weichtheile befördern (B. Schultze). Sehr grosse Fisteln vermögen fast vollständigen Verlust der Zwischenwand zwischen Blase und Scheide darzustellen. Dann stülpt sich die Blasenschleimhaut durch die Oeffnung in die Scheide vor und veranlasst ausser Schmerzen auch einen beinahe fortwährenden Blasenkatarrh und Blutungen. An den äusseren Geschlechtstheilen findet man stets ein Erythem und an den Fistelrändern Uratablagerungen, die sich nach einigen Tagen unter leichter Blutung abtosseln und wiederkommen, sobald der Blasenkatarrh stärker wird. Ein Beispiel solcher durch Blasen- und Mastdarmkrämpfe bezeichneten katarrhösen Störung theilt O. Wulff a. a. O. mit. Die Fistel war, wie oft, eine *Crux et aegrotae et medici* und heilte erst nach der achten Operation, welche 18 Monate nach der siebenten ausgeführt wurde (die Frau ward zum zweiten Male, diesmal zu früh aus Querlage durch Wendung in Chloroformnarkose von einem todtten Kinde entbunden). Diesmal hatte die Schwangerschaft die Fistelränder erweicht und beweglich gemacht; auch hatte endlich der Blasenkatarrh aufgehört. „Wegen der zurückgebliebenen Incontinenz trägt die Operirte schon über zwei Jahre einen Tampon.“

Neugebauer dringt darauf, vor der Operation die etwaigen Katarrhe der Harnwege, eitrige Cystitis und Pyelonephritis zu behandeln; unter Umständen ist sogar wegen schleichenden Fiebers vor der Operation zu warnen.

Ebenso P. Baumann (Arch. f. Gyn. 39, 492): „Ist der Harn alkalisch, dann sind die Aussichten, eine erste Vereinigung zu erlangen, ungünstig; wird er alkalisch, nachdem er vorher sauer reagirt hatte, so möchte dies als sicheres Zeichen gelten, dass die Blase irgendwo undicht geworden ist.“

Das Gesagte wird durch folgendes Beispiel erhärtet: Harn ammoniakalisch; die Scheide war oben mit Bröckeln und grauen Fetzen angefüllt, von Harnsalzen überkrustet. Hoher Steinschnitt wegen Blasencervixfistel. Trotz Salzsäure (2 : 200, 2 stündl. 1 Essl.) wird der Harn am 6. Tage wieder alkalisch. Täglich 1—2 vor-

sichtige Spülungen der Blase mit Borsäure. Theilweiser Erfolg; starb irre in Kreuzburg, ohne Cystitis.

Trendelenburg rühmt zur Beseitigung des Blasenkatarrhs den inneren Gebrauch des Kampheräthers; ich habe für inneren Gebrauch und auch zu Spülungen der Harnblase Borsäure wirksamer gefunden als Salicylsäure.

Folgende Erzählungen werden die katarrhalische Störung der heilensollenden Blasenfistel noch ferner beleuchten:

Hochstetter (aus Gusserow's Klinik, Arch. f. Gyn. 45, 106. 1893) berichtet von einer linksseitigen Harnleiter-Scheidenfistel nach Ausrottung des im 2. Monate schwangeren, krebsigen Uterus. Fieber durch Pyelonephritis. Harn stark getrübt, von üblem Geruche. Man legt nahe der Ureterfistel eine Blasenscheidenfistel an, umschneidet beide Fisteln, um einen Canal zu bilden, durch welchen der Harn aus der oberen durch die untere Fistel in die Blase laufen soll. 10 Wochen später werden beide Fisteln geschlossen, dabei das Bauchfell geöffnet; Netz fällt vor. 6 Tage Dauerkatheter. 2 Stichcanäle verharren. 8 Wochen darauf Anfrischen, Silbernähte. Eine Blasenfistel bleibt. Ein Jahr nach Exstirpatio uteri letzte Umschneidung und Silbernacht. 4 Wochen danach heil, aber 3 Monate später Rückfall des Krebses.

P. Zweifel (Vorlesungen über klin. Gynäkol. S. 358, 1892): „Beim Entfernen der Nähte waren die Wundränder stark belegt; ward trotz zweimaliger Nachoperation nicht geheilt.“ — S. 264: „Harn trüb, voller Fetzen. Nach der Operation wieder Harn trüb, von üblem Geruche; rechts am Wundwinkel eitriges Belag. Noch 2 Operationen; anhaltend linke Seitenlage. Rückfall. Die Silkwormfäden werden nun 3 Wochen liegen gelassen; die Blase wird wegen noch trüben Harnes täglich gespült. Heilung.“ — S. 362: „7. Tag nach der Operation die Wundränder brandig belegt. — Kam nicht wieder.“

Neugebauer (Dieses Arch. 33 und 34), welcher einen fieberhaft eitrigem und, obwohl mit Höllenstein behandelt, ungeheilten Fall und einen Todesfall (Metrophlebitis nach Paquelin) aufweist, berichtet allein über noch 6 unglücklich verlaufene Beispiele.

Bemerkenswerth ist die Blasenfisteloperation Baumgärtner's in Baden-Baden (Berl. klin. Wochenschr. No. 19, 11. Mai 1896).

Die bis zur Exstirpatio uteri sich versteigenden eingreifenderen Operationen schwer zugänglicher Fisteln (Klien, siehe

A. Mackenrodt, Monatsschr. f. Geburtsh. etc. V. 445, 1897) sind hier nur der Vollständigkeit halber zu erwähnen. Da jedes Beispiel complicirter Genitalfistel lehrreich, so erwähne ich auch das folgende, namentlich wegen des danebenherlaufenden Blasenkatarrhs.

Frau L. H. in E. wurde am 21. Juni 1895 für meine Klinik gemeldet. Damals 29 Jahre alt, blühend und vorher nie krank, gebar sie zuerst ein reifes Kind, dann ein todttes Ende des VII. Monats; 6 Wochen vor ihrer Aufnahme ein Mädchen, welches während der Entbindung abstarb. Zwei Aerzte hatten, ohne Chloroform wiederholt in die Scheide eingehend, die querliegende Frucht aus dem platten Becken geholt, wobei ein Aermchen brach. Wegen Incontinenz hatte man die Blase in der Folge elektrisirt.

Ich fand Beckendurchmesser: Sp. 25, Cr. 29, Tr. 32, C. e. 17. Pericarditis. Im oberen Drittel der Scheide, etwas links von der Mitte, ein längsovals Loch, welches zwei meiner Finger sofort in die Harnblase gelangen liess, ausserdem ein 2 cm langes, nicht specifisches Geschwür an der linken Lefze. Die Menses wurden ehestens erwartet. Trotzdem schlug ich wegen der kläglichen Lage der Kranken die baldige Operation vor und verordnete zunächst Digitalis. Glücklicher Weise menstruirte die Kranke sofort und war binnen 3 Tagen frei.

Obgleich der Harn noch sauer reagierte, enthielt er doch Eiter und Tripelphosphatkrystalle, der Fistelrand Incrustationen. Blase und Scheide wurden mit verdünnten lauwarmen Lösungen von Borsäure, später von Salicylsäure, endlich von Milchsäure ausgespült.

Am 27. Juni ward mittelst Methylenbichlorids, am Schlusse mittelst Chloroforms Narkose ausgeführt. Als technischen Berather hatte ich Herrn Collegen Rudolf Graefe zur Seite. Die vordere Muttermundslippe zeigte eine granulirende Spalte, welche sich im oberen Winkel der Hauptfistel verlor. Die Nähe des linken Harnleiters war bei der breiten Anfrischung zu fürchten. Es wurden 3 silberne, 3 Silkworm-, 3 Seidennähte gelegt. Ein Trichtereinlauf ergab nahe dem Mutterhalse noch eine feine Lücke. Dauerkatheter; innen ward Salicylsäure verabreicht, welche am 29. Brechen erregte. Fieber trat nicht ein; am 30. Darmentleerung.

2. Juli erneuter Harnabgang aus dem oberen Wundwinkel. Harn schleimig, alkalisch, nach Entfernen des Katheters neutral, weniger Schleim. Früh entleert Pat. 150 g Harn spontan.

4. Juli. Die 3 Silbersuturen verbleiben; die anderen werden, soweit sie nicht schon herausgefallen, gelöst bis auf den vorderen Seidenknoten. Der obere Wundspalt führt in den wunden Mutterhals. Diese 1 cm lange Lücke wird mit dem Paquelin berührt; darauf geringe Blutung.

6. Juli träufelt die Wunde am vorderen Labium uteri.

8. Juli. Die wahrscheinlich menstruelle Blutung hört auf, die letzte Seidennaht geht ab.

18. Juli. Der Blasenkatarrh ist fast verschwunden. Nach Betupfen mit Cocain wird der obere Wundwinkel, welcher als besondere Uterovesicalfistel erkannt wird, nochmals gebrannt. Bleibekatheter.

31. Juli. Harn schwach sauer nach längerem Verabreichen von Borsäure. Chloroformnarkose. Die geschlitzte vordere Muttermundslippe

wird erst rechts, dann links gefasst, abradirt, durch Metrotom und Scheere bis in den vorderen Scheidengrund angefrischt. Die Blasen-schleimhaut dringt schwach blauröthlich, erbsengross aus der steck-nadelkopfgrossen Fistel vor.

Ich führe nun zwei feine geglähte Drähte von Feinsilber, mit einer passenden Nummer der Startin'schen gekrümmten Hohladeln versehen, mittelst des Matthieu'schen Ligaturführers, langsam hinauf-schraubend durch die am meisten klaffende Wundstelle. — Jedenfalls befand ich mich bei obiger Stielnadel sicher und gegen Misserfolg ge-deckt. College Arnold Schmidt vollendete den Schluss durch zwei Juniperus- und 4 sterile Seidenfäden, worauf Jodoformgaze sauft in die abgetupfte Scheide gestopft ward.

3. August. Die Borsäure war ohne mein Wissen einige Tage weg-gesetzt worden. Einzig hohe Abendtemperatur (38,0); Harn wieder alkalisch, schleimig. 4. T. 36,8. Menstruation tritt wieder ein; Schweiss, etwas Fluor vaginalis. Der Dauerkatheter wird am 8. entfernt. Trichter bezeichnen die früheren Fisteln; die obere Wunde wird mit Höllenstein kurz betupft, da Milch noch durchsickert. Blasenkrampf. Harn sauer.

12. August steht Pat. auf, kann auch meist die ganze Nacht den Harn halten. Nur während der Menses, wahrscheinlich vom ange-lötheten Mutterhalse, bisweilen Harnverhaltung. October 1896, 3 Monate darauf Genesung.