

bei denen sie vorgenommen wurde, nicht zum Ziele geführt; beide konnten erst durch Uterusinterposition geheilt werden.

Bei allen Frauen wurden Dauerkatheter für 8—12—14 Tage eingelegt.

Wie aus den Krankengeschichten hervorgeht, wurde die Mehrzahl aller Kranken in reiner Sakralanästhesie operiert. Auch bei der immerhin doch recht ausgedehnten Operation bei Beobachtung 13 (Laparotomie, Verwachsungslösung, Harnröhrenbildung, Interpositio uteri, Keilresektion aus dem Fundus) hat die Sakralanästhesie ausgereicht. Die Injektion wird aus verschiedenen Gründen in der Klinik immer vom Operateur selbst ausgeführt. Ich darf hier als einer der wenigen, die dem von Stoeckel in Deutschland eingeführten Sakralanästhesieverfahren treu geblieben sind, erwähnen, daß ich für große und mittelgroße Eingriffe die Sakralanästhesie allen anderen Verfahren vorziehe. Wir machen sie mit 40—60 ccm 0,75proz. Tutocainlösung. Man wird, wenn man nach und nach Erfahrungen mit ihr gesammelt hat, mit ihr zufrieden sein.

Auch aus diesem Rechenschaftsberichte dürfte hervorgehen, daß man sich bei der Behandlung der Harnfisteln nicht durch anfängliche Mißerfolge enttäuschen lassen soll. Eine richtige Methodenwahl kann noch bei scheinbar desolaten Verhältnissen zum Ziele führen. Die Dankbarkeit der Geheilten entschädigt für alle Mühe.

Aus der deutschen Universitäts-Frauenklinik Prag

Vorstand: Prof. Dr. H. Knaus

Heilung einer gleichzeitig aufgetretenen vesikovaginalen und ureterovaginalen Harnfistel

Von Hermann Knaus

Die außerordentliche Seltenheit des gleichzeitigen Auftretens einer vesikovaginalen und ureterovaginalen Harnfistel wird am besten durch die Tatsache gekennzeichnet, daß im deutschen Schrifttum überhaupt keine derartige Beobachtung veröffentlicht vorliegt und im Weltschrifttum anscheinend nur eine Arbeit von Odenov über die Schwierigkeiten in der Diagnostik und Therapie dieser doppelten Fistelbildung berichtet. Die erfolgreiche Behandlung einer Frau mit zweifacher Scheidenharnfistel ist somit ein so seltenes Ereignis, daß dessen Bekanntgabe fachliches Interesse erregen dürfte.

Am 11. VII. 1938 wurde mir von einem Kollegen die 42jährige J. L. mit folgender Anamnese zugewiesen.

Die Pat. stand etwa 3 Jahre wegen eines ständig wachsenden Myoms in Beobachtung und konnte erst am 5. IV. 1938 zur operativen Entfernung desselben bewogen werden. Bei der Laparotomie, die in Percain-Lumbalanästhesie durchgeführt wurde, fand sich ein von der Vorderwand des Gebärmutterhalses ausgehendes mannskopfgroßes Myom, das im kleinen Becken eingeklemt und besonders links stark parametran entwickelt war. Das normal große Corpus uteri saß dem Myom als relativ kleines Gebilde von hinten her auf und war gegen das Kreuzbein angepreßt. Bei der Durchtrennung des Bandapparates und Mobilisierung des Uterus mit seinem Myom mußte der linke Ureter auf mindestens 5 cm Länge freigelegt werden, bis schließlich die Totalexstirpation unter Mitnahme der beiden cystisch degenerierten Ovarien gelang. Am 4. Tage nach der Operation trat Harnträufeln auf, das durch eine am 20. IV. vorgenommene Cystoskopie und Spiegeluntersuchung und den damit erzielten Nachweis einer für den Finger durchgängigen Blasen-

Scheidenfistel aufgeklärt wurde. Mit dieser Harnfistel wurde die Pat. zunächst in häusliche Pflege entlassen. Die Pat. fühlte sich in der folgenden Zeit bis auf das ständige Nässen wohl, hatte keine Temperatursteigerungen und blieb in einem guten Ernährungszustand.

Bei der ersten Untersuchung am 11. VII. fand ich am Ende der ziemlich langen Scheide eine für einen Bleistift durchgängige Blasen-Scheidenfistel, die den unwillkürlichen Harnabgang völlig erklärte. Unter diesen Umständen verzichtete ich auf eine weitere Beobachtung und Cystoskopie, und dies um so mehr, als die aus Südmähren zugereiste Pat. zur Operation drängte und der nur am nächsten Tage (Samstag) abkömmlinge Kollege aus Brünn bei der Operation anwesend sein wollte.

So wurde bereits am folgenden Tage (12. VII.) in Percain-Lumbalanästhesie (1,2 ccm) die Operation ausgeführt, die nach einem linksseitigen Scheidendammschnitt zur Schaffung der notwendigen Zugänglichkeit zur Fistel keinerlei Schwierigkeiten bereitete. Dabei wurde die querovale Fistelöffnung zirkulär umschnitten, der Schnitt beiderseits in der Richtung der Fistel noch um etwa 1 cm weiter in die Scheide hinein verlängert und hernach ein sorgfältiges, genügend breites Dédoublement von Blase und Scheide angeschlossen. Damit ließ sich auch die hintere Lamelle, an der die Blasenschleimhaut etwas prolapiert war, in die Lichtung der Fistel umstülpen und diese durch feine Catgutknopfnähte verschließen. Darüber wurde in zweiter Schicht die Scheidenwunde mit breit fassenden Catgutknopfnähten versorgt. Dauerkatheter in die Blase.

Als ich nun nach Verschuß des linksseitigen Erweiterungsschnittes einen Jodoformgazestreifen in die Scheide einlegte, fiel mir auf, daß sich in dieser wieder etwas Harn angesammelt hatte. Da ich überzeugt war, daß die eben angelegte Naht der Fistel keinen Harn durchlassen konnte, war ich durch diese Beobachtung zunächst noch nicht beunruhigt, sah aber dem Nachmittagsbericht doch mit einer gewissen Spannung entgegen. Tatsächlich teilte mir der diensttuende Assistent am Nachmittag mit, daß die Pat., wenn sie auch unvergleichlich weniger näßte als vor der Operation, doch nicht ganz trocken wäre. Auch diese Tatsache konnte in mir noch immer keine Zweifel an der Dichtheit des Fistelverschlusses wach werden lassen, sie zwang mich jedoch zu der Annahme, daß neben der bereits verschlossenen größeren Fistel noch eine kleinere, von mir übersehene Fistel vorhanden sein mußte.

Um nun diesen ganz unerwarteten Harnabgang aufzuklären, füllte ich am 2. Tage post operationem die Blase mit einer dunklen Indigokarminlösung auf und stellte hernach fest, daß sich wohl weiterhin wasserheller Harn in der Scheide ansammelte, daß aber auch keine Spur der Blaulösung durch die Scheide austrat. Damit war das Bestehen einer zweiten vesikovaginalen Fistel ausgeschlossen und das Vorliegen einer ureterovaginalen Fistel als punktförmige Öffnung im linken Scheidenwinkel sichergestellt.

Der weitere Heilungsverlauf war ein vollkommen normaler, und die täglichen Harnmengen aus der Blase stiegen in den ersten 12 Tagen von 440 ccm bis über 1000 ccm an, was schon erkennen ließ, daß die rechte Niere bereits kompensatorische Arbeit leistete. In Übereinstimmung damit wies auch die am 25. VII. vorgenommene Chromocystoskopie nach, daß die rechte Niere das Blau nach 4 Minuten in kräftigem Strahl ausschied, während die linke Harnleitermündung wohl gelegentliche Kontraktionen ausführte, ohne jedoch bei 18 Minuten langer Beobachtung Harn zu entleeren. Erst nach 30—45 Minuten trat von der Ureterfistel blau tingierter Harn in die Scheide aus.

Ferner wurde cystoskopisch festgestellt, daß die Naht der vesikovaginalen Fistel schön geheilt und vollkommen dicht und sonst nirgends mehr eine Fistelöffnung zu sehen war. Damit konnte der Dauerkatheter aus der Blase definitiv entfernt und

die Pat. am 14. Tage post operationem bis zur zweiten Fisteloperation nach Hause entlassen werden.

Ende September berichtete mir die Pat., daß es ihr gesundheitlich gut ginge und daß sich auch das Nässen soweit gebessert hätte, daß sie an manchen Tagen vollkommen trocken gewesen wäre. Die äußeren Umstände ließen die Pat. aber damals nicht nach Prag kommen, so daß dieser Zustand, der die Pat. doch noch sehr belästigte, zunächst unbehandelt bleiben mußte. Erst am 26. I. 1939 war es der Pat. wieder möglich, an die Klinik zu kommen, wo ich folgenden cystoskopischen Befund erhob:

Blase vollkommen intakt, eine Narbe nach dem Verschuß der vesikovaginalen Fistel gar nicht mehr erkennbar, sondern nur drei kleine Schleimhauteinziehungen als letztes Residuum der im Juli 1938 vorgenommenen Operation. Bei der Sondierung des linken Ureters gelingt es, mit dem Katheder bis auf 5 cm vorzudringen, um dann auf unüberwindbaren Widerstand zu stoßen. Während der rechte Ureter in beschleunigtem Tempo und kräftigem Strahl reichlich Harn ausscheidet, ist ein Harnaustritt aus dem linken Ureterostium nicht wahrnehmbar.

Nach der Beobachtung der Pat., daß in den letzten Monaten nur mehr ein Harnträufeln aus der Scheide stattgefunden hatte und dem oben erhobenen Befund mußte ich eine wandständige Ureterfistel ausschließen und eine vollkommene Unterbrechung des Ureterverlaufes mit einer fast verschlußdichten zirkulären narbigen Struktur annehmen, was eine erfolgreiche Einpflanzung des renalen Ureterteiles in die Blase auf vaginalem Wege nicht mehr durchführbar erscheinen ließ.

Daher versuchte ich am 28. I. 1939 in Percain-Lumbalanästhesie per laparotomiam die transperitoniale Einpflanzung des Ureters in die Blase. Zu diesem Zwecke wurde das Peritoneum im Bereiche des Beckeneinganges gespalten und der hier leicht auffindbare, auf Fingerstärke gestaute und hypertrophierte Ureter freigelegt und bis zur Blase hinunter mobilisiert. Hier stieß man auf die narbige Strikatur, an der der Ureter mit einem Scherschlag quer durchtrennt und nunmehr emporgeschlagen werden konnte. Hernach wurde der unterste vernarbte Anteil des Ureters bis zur Eröffnung der darüber stark erweiterten Lichtung abgesetzt, aus der sich etwa 10 ccm wasserheller Harn entleerte. Obwohl sich der Ureter nach seiner Befreiung und Entleerung stark kontrahiert und damit verkürzt hatte, wurde dennoch seine Einpflanzung in den linken Blasenscheitel versucht. Dieser Versuch mußte aufgegeben werden, weil sich der Ureter nur unter größter Spannung in die bereits eröffnete Blase hätte hereinziehen und fixieren lassen. Nach diesem Fehlschlag in den Bemühungen um die Erhaltung der linken Niere wurde die Blasenöffnung wieder verschlossen und der fingerdicke Ureter einmal geknotet. Dazu mußte der Ureter bis unter die Niere freigelegt werden, damit sich dieser starke Strang in einen Knoten schlingen und genügend fest zuziehen ließ. Das Harnleiterende wurde mit einem Catgutfaden abgebunden und der Ureterknoten mit feinen Catgutnähten so gesichert, daß er nicht mehr aufgehen konnte. Darüber wurde das Peritoneum sorgfältig vernäht und die Bauchdecke schichtenweise verschlossen, Verweilkatheter in die Blase.

In den ersten 14 Tagen nach der Operation traten subfebrile Temperaturen, zweimal sogar Temperatursteigerungen bis über 39° C auf, die ihre Ursache anscheinend nicht in der ausgeschalteten Niere, sondern in einem retrovesikalen Infiltrat hatten, denn in der Gegend der linken Niere bestanden weder Schmerz noch Schwellung und die rechte Niere schied bei stetig ansteigenden Harnmengen bereits am 7. Tage post operationem 1300 ccm Harn aus. Nach Einlegen von Ichthyolglyzerintampons in das Scheidenende gingen das Infiltrat und die Temperaturen rasch zurück, so daß die Pat. am 21. Tage post operationem die Klinik geheilt und beschwerdefrei verlassen konnte. Einige Wochen nach ihrer Entlassung er-

Holtermann u. Becker, Einbruch einer Pyosalpinx in den pelvinen Teil des Ureters

hielt ich noch einen die postoperative Beobachtung abschließenden Bericht, daß sich die Pat. vollkommen wohl und arbeitskräftig fühlte und sehr glücklich wäre, endlich von dem schon unerträglich gewordenen Nässen ganz befreit zu sein.

Odenov, der, soweit ich das Schrifttum übersehe, als einziger über einen Fall von gleichzeitig aufgetretener Scheiden-Blasen- und Harnleiter-Blasenfistel berichtete, hat in seiner Arbeit auf die großen diagnostischen Schwierigkeiten bei dieser doppelten Fistelbildung hingewiesen und vier operative Eingriffe (drei Plastiken und eine Nephrektomie) nötig gehabt, bis es ihm gelang, diesen unwillkürlichen Harnabgang zu beherrschen. Im eigenen Falle war diagnostisch sehr bald Klarheit geschaffen, allerdings über den Weg, den Stoeckel als den gewöhnlichen hinstellt, nämlich, daß erst nach Verschluß der Blasen-Scheidenfistel die in der Regel viel kleinere Harnleiterscheidenfistel auffällt und mit den üblichen differential-diagnostischen Methoden festgestellt wird. Aber auch der sofortige Nachweis der Harnleiterscheidenfistel neben der das Krankheitsbild beherrschenden Blasen-Scheidenfistel hätte an dem hier geschilderten zweizeitigen therapeutischen Vorgehen nichts geändert.

Schrifttum

Odenov, Ref. Z. urol. Chir. 28 (1929). — Stoeckel, Gynäkologisch-Urologisches Handbuch Veit-Stoeckel 1938, 50.

Aus der Universitäts-Frauenklinik Köln, Direktor: Prof. Dr. H. Naujoks,
und der Chirurgischen Universitätsklinik Lindenburg Köln,
Direktor: Hofrat Prof. Dr. H. v. Haberer

Zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie des Einbruchs einer Pyosalpinx in den pelvinen Teil des Ureters

Von C. Holtermann und H. Becker

Mit 2 Abbildungen

(H.) Einbrüche von Eiterherden in benachbarte Hohlgorgane sind auch im kleinen Becken keine Seltenheit. Wir kennen Einbrüche von eitrigen Adnextumoren, parametranen Abszessen, Ovarialabszessen, infizierten Extrauteringraviditäten und anderes mehr in die Scheide, ins Rektum, in die Blase und vereinzelt selbst in den Uterus. Außerordentlich selten ist der Einbruch eines Eiterherdes in den pelvinen Teil des Ureters. Bisher ist 1mal (von Ottow¹) der Einbruch eines entzündlichen Adnextumors zunächst in die Blase, dann in den pelvinen Ureter und 1mal (von Necker²) der Einbruch einer gonorrhöischen Pyosalpinx direkt in den pelvinen Ureter beschrieben. Außerdem liegt nur noch ein Bericht (von Lindsjö³) über den Einbruch einer sequestrierenden Ostitis des linken Hüftbeins in den linken pelvinen Ureter bei einem 6jährigen Knaben vor.

Wir beobachteten folgendes: 49jährige Frau vom Lande erkrankte im Sommer 1938 an einem fieberhaften Unterleibsleiden (Rezidiv einer vor 14 Jahren durchgemachten Eileiterentzündung nach Abort?). Der vom Hausarzt zugezogene, regionär zuständige Chirurg inzidierte etwa 10 Tage nach Beginn der Erkrankung

¹ Zbl. Gynäk. 1929, 2551.

² Zitiert nach Stoeckel, Gynäk. Urologie Bd. II, S. 415.

³ Referiert in C. urol. Chir. 17, 405 (1925).