

Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri / von Paul Profanter.

Contributors

Profanter, Paul.

Publication/Creation

Wien : Wilhelm Braumüller, 1888 (Wien : C. Ueberreuter'sche Buchdruckerei M. Salzer.)

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/vpj62xs9>

License and attribution

This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

XL

DIE
MANUELLE BEHANDLUNG
DES
PROLAPSUS UTERI

VON
DR. PAUL PROFANTER

IN FRANZENSBAD.

„Wäre es möglich den Uterus zu heben und in normaler Lage zu erhalten, so würde er in aller Wahrscheinlichkeit zur normalen Grösse zurückkehren; jedenfalls aber werden durch eine Correction der Verlagerung die Vagina und die übrigen Stützen des Uterus in den Stand gesetzt, zum Normalzustande zurückzukehren. Bei weiter und erschläffter Vagina ist dies durch die jetzigen mechanischen Mittel nicht erreichbar.“

Th. Emmet „Gynaekologie pag. 267“.

MIT 4 ABBILDUNGEN.

WIEN 1888.
WILHELM BRAUMÜLLER

K. K. HOF- UND UNIVERSITÄTSBUCHHÄNDLER.



303950
Cynax Gl.

M19780

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY	
Coll.	welMOmec
Call	
No.	WR 400
	1888
	P96m

VORREDE.

Durch Veröffentlichung dieser wenigen Zeilen komme ich zum Theile meinem gegebenen Versprechen, Näheres über die Brandt'sche Methode der manuellen Behandlung gynäkologischer Leiden zu berichten, nach.

Ich habe versucht, die manuelle Behandlung des Pro-lapsus uteri zu schildern.

Wohl bewusst, nichts Vollkommenes zu bieten, hoffe ich doch, dass diese Zeilen vielleicht auch mit beitragen werden, jenen Mann, der vollkommen verkannt-sechszwanzig Jahre lang in seinem Heimatlande umsonst gestrebt und fruchtlos gekämpft, am Abend seines Lebens der medicinischen Welt gegenüber zu rehabilitiren und seiner Methode die wissenschaftliche Anerkennung zu verschaffen.

Bozen, 21. März 1888.

rer, grosser Uterus, der mächtig hypertrophirt ist, der Jahre lang prolabirt, dessen Aufhängeapparat gedehnt, dadurch, dass man ihn hebt und somit seine natürlichen erschlafften Befestigungsmittel auszerzt und noch weiter dehnt, sich wieder normal hoch im Becken stellen und bleiben?

Und doch verhält sich die Sache so.

Ich will nicht die Heilung jener Fälle erwähnen, die ich selbst in Stockholm bei Brandt zu sehen Gelegenheit hatte, sondern komme auf jenen einzigen Fall zurück, der während Brandt's Anwesenheit in Jena zur Behandlung kam.

Wie aus folgender Krankengeschichte ersichtlich ist, wurde Patientin nach einer vierwöchentlichen Behandlung geheilt entlassen.

Fall XVI.

Louise Sch., Bauersfrau, 34 Jahre alt, aus Cospeda, aufgenommen am 29. December 1886.

Klinische Krankengeschichte.

Anamnese. Pat. hatte als Kind Masern, war sonst immer gesund. Erste Menstruation mit 18 Jahren. Regel unregelmässig, schmerzhaft, schwach, setzte einmal drei Monate aus. Pat. ist seit 1875 verheirathet, hat dreimal geboren. Erste Geburt 1875 normal. Pat. blieb nach der Geburt nur zwei Tage im Bette und stand dann auf. In der Mitte der ersten Schwangerschaft entstand Descensus uteri beim Drehen einer Dreschmaschine, der sich bis zur zweiten Geburt fortwährend verschlimmerte. Die zweite Geburt 1877 war normal, Wochenbett dauerte acht Tage. Pat. stand dann auf und arbeitete trotz des bestehenden Prolapses. Dritte Geburt 1879 normal, jedoch sehr starke Wehenthätigkeit. Pat. strengte sehr stark die Bauchpresse an. Dann ist Pat. neun Wochen zu Hause im Bette gelegen und fünf Wochen in hiesiger chirurgischen Klinik wegen eines Fussleidens. Der Prolaps verschlimmerte

sich dann, als Pat. wieder schwere Arbeit verrichtete und trat einmal (1879) bei Heben eines schweren Korbes vollständig heraus. Seit der Zeit besteht vollständiger Uterusprolaps. Im Jahre 1884 consultirte Pat. eine Hebamme, welche ein Pessar einlegte. Der Ring lag sechs Wochen, wonach die Beschwerden aufhörten. Bald jedoch trat der Prolaps wieder heraus und seit der Zeit ist keine Therapie dagegen angewendet worden.

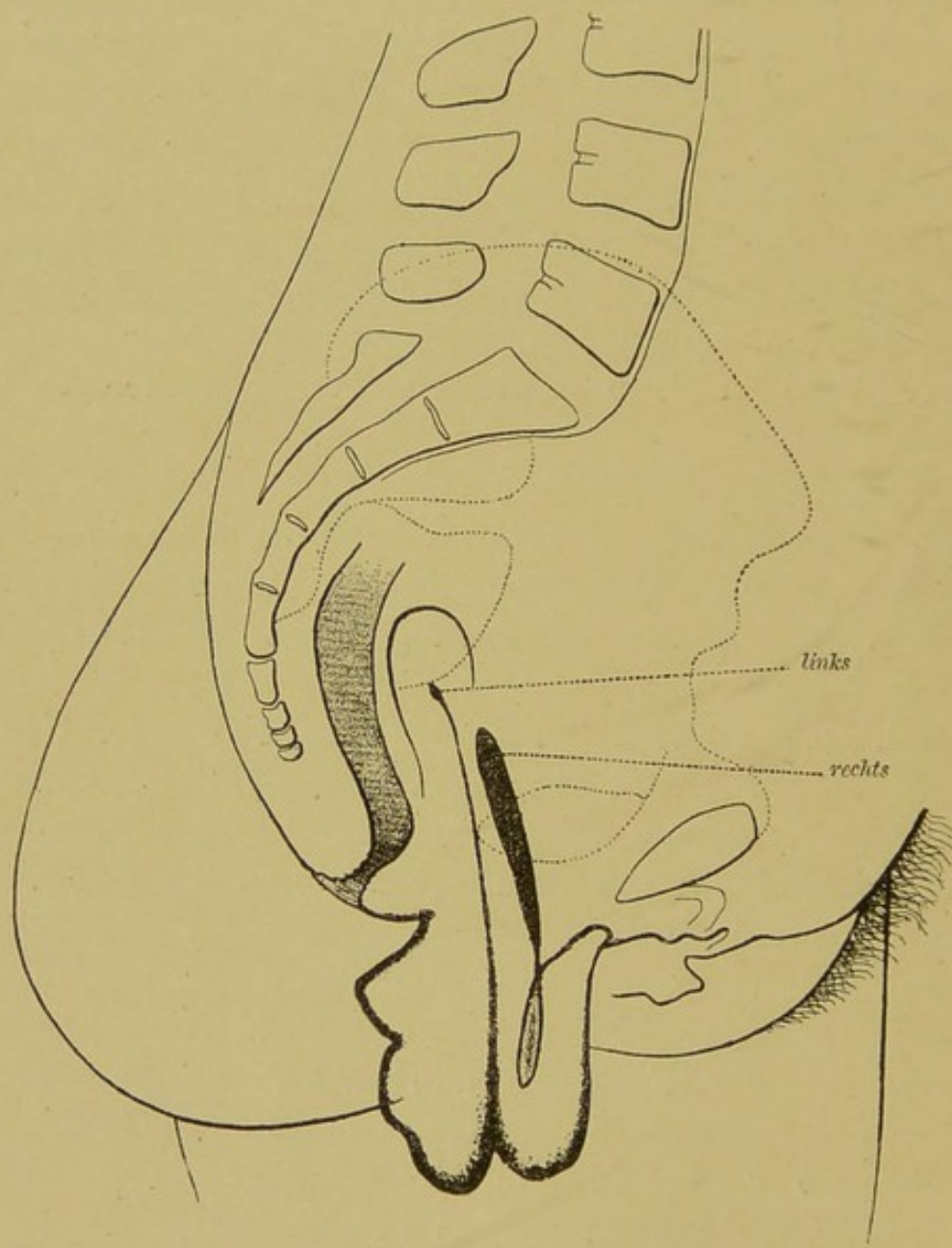
Pat. klagt über Schwere im Unterleib, Ziehen und Drängen nach unten. Harndrang. Schmerzen beim Uriniren. Starke Schmerzen im ganzen Unterleibe, besonders beim Eintritt der Regel sehr schmerzhafter Zustand, der die Pat. zwang, ein bis zwei Tage im Bette zu bleiben. Mässig starker Ausfluss und kalte Füße.

Stat. praes. 29. December 1886. Kleine, ziemlich kräftige Frau von gesunder Gesichtsfarbe. Schleimhäute etwas blass, Zunge belegt. Hals kurz, Thorax gut gewölbt, in den mittleren Partien etwas vortretend. Lunge und Herzgrenzen normal. Herztöne rein.

29. December 1886. Befund in Narkose. Uterus liegt nach links und hinten, Vagina rings herum soweit invertirt, dass man die Umschlagsfalte zu Gesicht bringen kann. 2 Ctm. circa oberhalb der Vulva Harnröhrenmündung ziemlich genau im Inversionswinkel. Sonde passirt in der Richtung gegen den aussen liegenden Muttermund 6 Ctm. (Urethra und Blase), in der Richtung nach oben hinten rechts 10 Ctm., nach oben hinten links $8\frac{1}{2}$ Ctm. Dabei hält die Blase etwa 150 Kbcm. Urin, welcher sich neben der Sonde hinterher vollkommen entleert. Rectocele nicht vorhanden. Die umgestülpte Vagina und der Uterus lässt sich bequem in's Becken hoch reponiren, wobei sich das Corpus bequem anteflectiren lässt. Muttermund beiderseits ziemlich breit, lacerirt, ectopirt, vordere Lippe deutlich ulcerirt. In anteflectirter Stellung hat die Sonde bei 8 Ctm. ein

Hinderniss. Im prolabirten Zustande bei gleichzeitiger Tastung vom Abdomen und Rectum aus ist mit Sicherheit mehrmals zu constatiren, dass die 14 Ctm.

Fig. 1.



im Uterus gelegene Sonde sich mit ihrem Knopfe im Fundus befindet.

(Vergl. Fig. 1.)

Diagnose. Prolapsus uteri totalis.

Uebernommen zur speciellen Behandlung gegen Prolaps am 30. December 1886.

Behandlung. Der prolabirte Uterus wird reponirt und normal anteflectirt gestellt, durch Uterushebung nach Brandt'scher Methode gehoben.

Pat. bleibt nach jeder Behandlung circa eine Viertelstunde ruhig liegen, die übrige Zeit kann sie herumgehen, soll jedoch vorläufig Treppensteigen vermeiden.

30. December. Mit der Behandlung begonnen. Nach der ersten Uterushebung hält sich der Uterus durch das sehr deutliche Anspannen der linken Douglas'schen Falte fixirt, mit Portio vaginalis 5 Ctm. vom Damme entfernt, von der hinteren Commissur der Labien aus gemessen im Körper. Der Uterus selbst liegt retroponirt, von der gespannten linken Douglas'schen Falte nach links gezogen, retrovertirt.

31. December. Uterus in gleicher Stellung wie am 30. December. Sämmtliche Symptome des Prolapsus haben seit gestern aufgehört.

1. Januar. Uterus in gleicher Stellung, vielleicht um $\frac{1}{2}$ Ctm. höher als am 31. December, hat sich bedeutend verkleinert, namentlich die Hypertrophie des Cervix hat abgenommen.

2. Januar. Uterus mehr median liegend ist ganz gerade gestellt, nicht mehr retrovertirt.

9. Januar. Eintritt der Menses. Uterus ist bei und während der Dauer der Blutung nicht tiefer gesunken.

11. Januar. Uterus liegt zum ersten Male genau in der Medianlinie und gering anteflectirt.

13. Januar. Menses zu Ende.

14. Januar. Uteruskörper sehr viel kleiner. Die Hypertrophie des Cervix hat ebenfalls weiter abgenommen. Ectropium beinahe verschwunden.

Pat. geht unaufgefordert eine volle Stunde ausserhalb der Klinik spazieren.

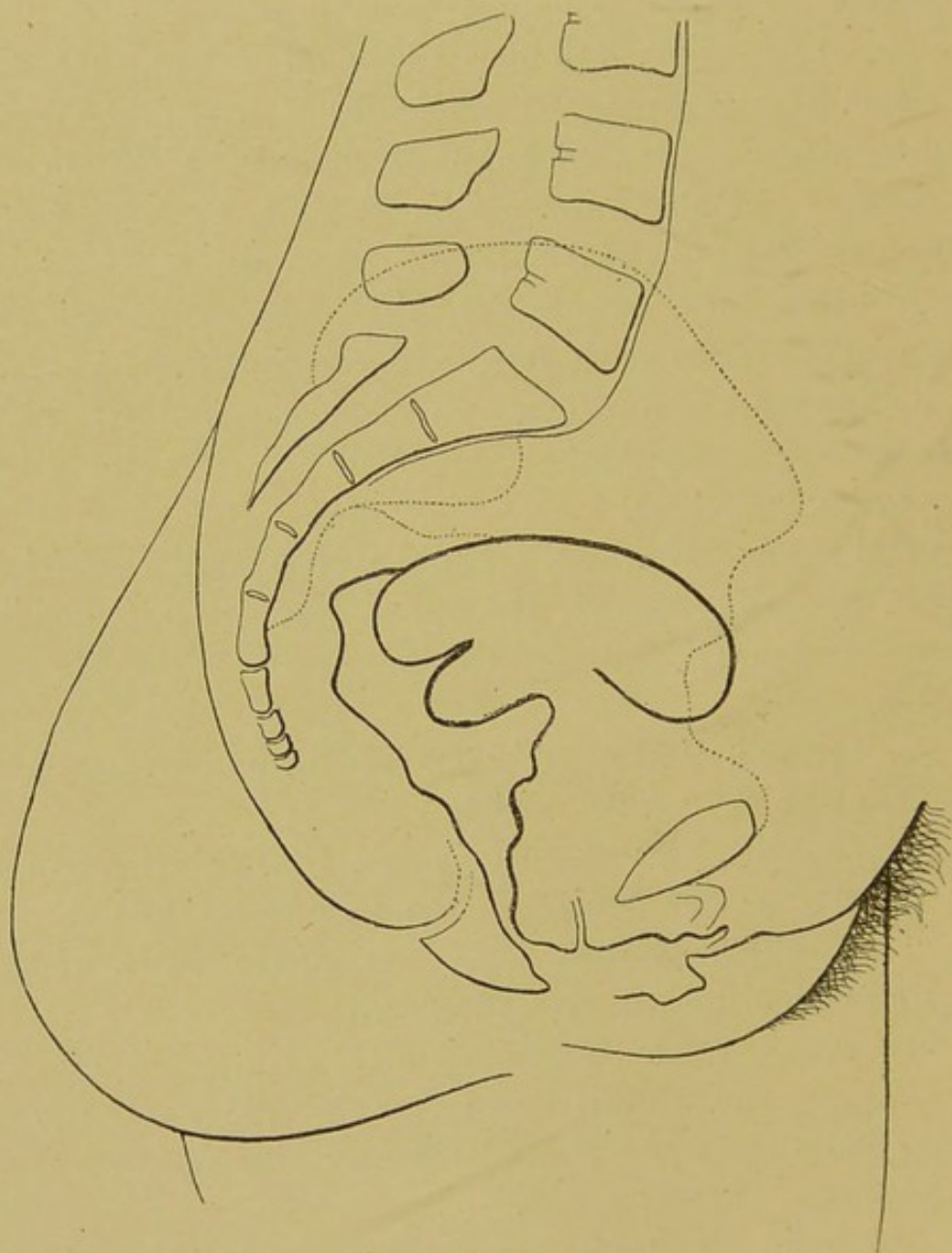
15. Januar. Uterus steht circa 1 Ctm. tiefer als am 14. Januar, liegt zwar median, aber wieder gering retrovertirt (Folge des zu langen Herumgehens). Nach der Uterushebung aber wieder normal hoch und anteflectirt.

16. Januar. Uterus normal hoch und anteflectirt.

17. Januar. Uterus behält die gleiche Stellung.

18. Januar. Uterus in der gleichen Stellung. Deutliches Anspannen beider Douglas'schen Falten.

Fig. 2.



19. Januar. Pat. wird aufgefordert, eine Viertelstunde in der Stadt herumzugehen. Uterus hat seine Stellung dadurch nicht verändert.

20. Januar. Uterus gleich hoch, normal liegend. Pat. geht eine halbe Stunde spazieren.

21. Januar. Uterus in derselben Stellung. Pat. geht eine halbe Stunde spazieren.

22. Januar. Uterus in gleicher Stellung. Ausgang eine Stunde.

23. Januar. Uterus in gleicher Stellung. Ausgang wieder eine Stunde.

24. Januar. Uterus in entschieden ganz normaler anteflectirter Stellung, steht mit Portio in der Spinallinie. Ausgang zwei Stunden.

25. Januar. Uterus in der gleichen Stellung. Ausgang $1\frac{1}{2}$ Stunden.

26. Januar. Uterus in der gleichen Stellung. Ausgang $1\frac{1}{4}$ Stunde.

27. Januar. Cervix uteri steht heute noch etwas weiter hinten, elastisch fixirt durch die Douglas'schen Falten. Die Spitze der lacerirten Portio vaginalis steht in der Höhe der Spina ischii, eher ein wenig darüber als darunter. Die vordere Wand der Vagina ist heute nicht mehr so schlaff als am 20. Januar. (Journalnotiz.)

28. Januar. Pat. geht eine Stunde aus.

29. Januar. Ausgang eine Stunde.

30. Januar. Letzte Behandlung. Ausgang eine Stunde.

31. Januar. Pat. entlassen.

Befund: zeigt Fig. 2. Portio etwas über der Spinallinie, Uterus normal anteflectirt. Uterus-cavum mit der Sonde gemessen beträgt 9 Ctm.

Pat. fühlt sich ganz gesund, sämtliche Prolapsbeschwerden haben vollständig aufgehört.

Die am 1. Februar 1887 ohne Pessar entlassene Pat. stellte sich auf mein schriftliches Ansuchen am 20. Februar 1888, also nach Ablauf von mehr als einem Jahre, in der Jenenser Klinik wieder vor behufs Aufnahme des gegenwärtigen Status. Docent Dr. Skutsch, klinischer Assistent, hatte die Freundlichkeit, folgenden Befund vom 20. Februar 1888,

sowie die schematischen Zeichnungen, die in einem Drittel natürlicher Grösse und unter genauer Berücksichtigung der angegebenen Masse angefertigt sind, mir zu übersenden:

„Pat. hat sich seit der Entlassung am 1. Februar 1887 stets wohl befunden, hat ihre häusliche Arbeit (schwere Feldarbeit, Tragen schwerer Körbe, Scheuern, Waschen etc.) ohne Mühe ausführen können. Sämmtliche Beschwerden, welche vor der Behandlung bestanden haben, sind geschwunden. Diese früheren Beschwerden waren hauptsächlich gewesen: Erhebliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, Schmerzen an den äusseren Theilen; beim Laufen Gefühl, „als ob Alles im Leibe lose wäre“; beim Wechsel von der Rückenlage in die Seitenlage war es, „als ob Alles im Leibe herüber- und hinüberfiele“; da bei Seitenlage starke Schmerzen eintraten, so war Pat. genöthigt, stets Rückenlage einzunehmen. Appetit war schlecht, Schlaf durch Schmerzen im Leibe gestört. Kreuz- und Leibschmerzen während jeder Menstruation, Kopfschmerzen am Tage vor Eintritt der Menstruation. Alle diese Beschwerden sind seit der Entlassung vollkommen geschwunden, nur die Kopfschmerzen vor Eintritt der Menses stellten sich noch bis Juni 1887 ein, seitdem haben auch diese aufgehört. Die Menstruation war stets regelmässig, vierwöchentlich, dreitägig, mässig reichlich. Es ist nie wieder etwas zur Scheide herausgetreten.

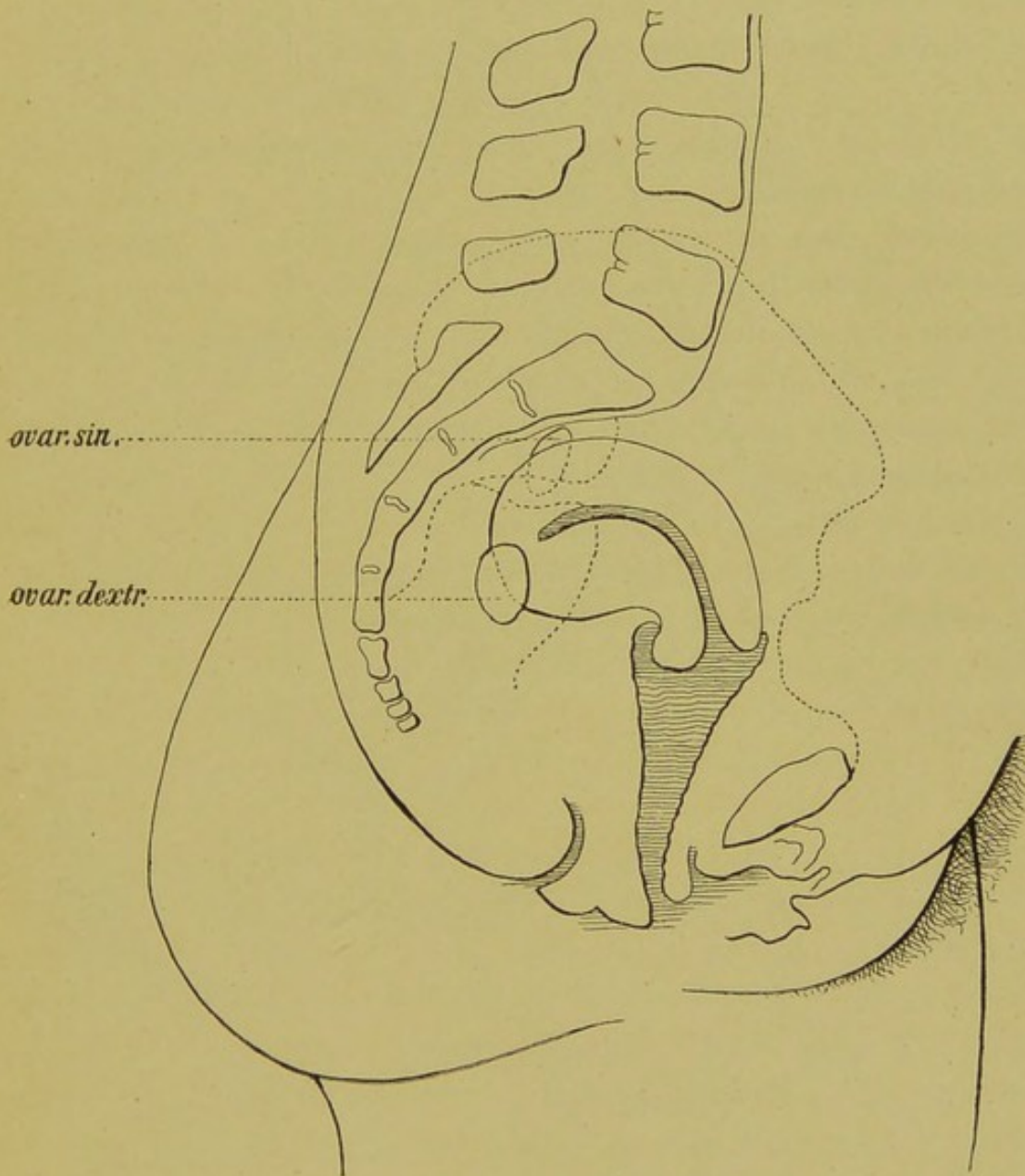
Status praesens am 20. Februar 1888:

Pat. sieht sehr gesund aus, sichtbare Schleimhäute gut geröthet, Herz und Lunge gesund. Abdomen etwas unter dem Niveau des Thorax. Geringe Diastase der Musculi recti, Bauchdecken ziemlich dünn, überall leicht eindringbar; nirgends Druckempfindlichkeit des Unterleibes.

Die Vulva klafft etwas; grösste Breite der klaffenden Partie 2 Ctm.; Damm $1\frac{1}{2}$ Ctm. lang. In der Vulva ist sichtbar die Columna rugarum posterior in einer Länge von 3 Ctm., der Harnröhrenwulst in einer Länge von $1\frac{1}{2}$ Ctm. Die kleinen Labien lassen sich vor den sichtbaren Partien der Scheide leicht zusammenlegen, ohne dass es nothwendig ist, diese

sichtbaren Theile vorher zurückzuschieben. Introitus vaginae weit, Vagina mittelweit, glattwandig, wenig Falten, Vaginalportion vor und oberhalb der Spinallinie, vordere Lippe 5 Ctm. nach hinten und oben vom unteren Symphysenrand. Die

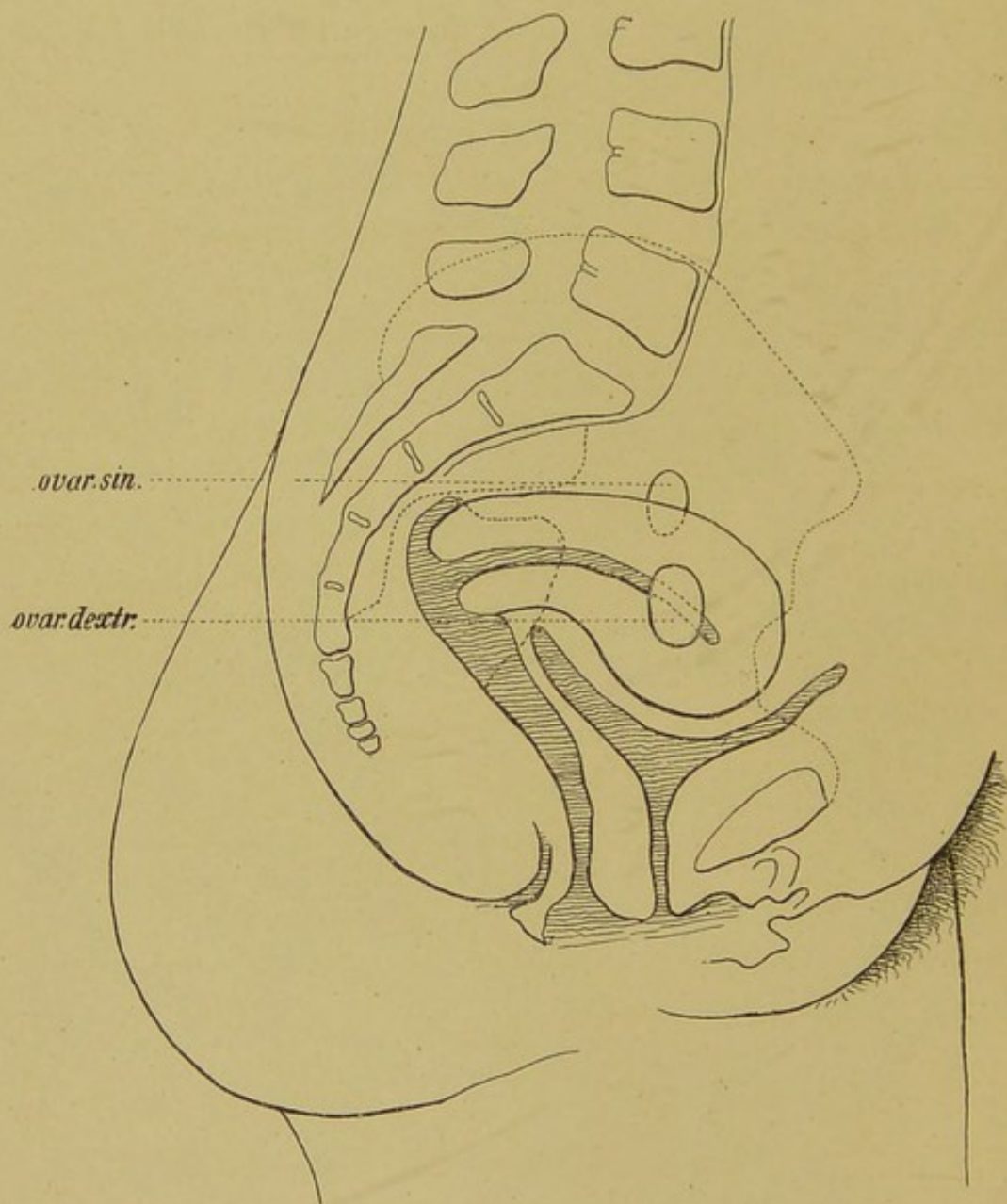
Fig. 3.



Portio ist beiderseits mässig lacerirt; die vordere Lippe ist kurz ($1\frac{1}{2}$ Ctm. lang) und dünn, die hintere Lippe $1\frac{1}{2}$ Ctm. lang und dick. Durch das hintere Scheidengewölbe fühlt man die glatte Oberfläche eines kugeligen Tumors. Dieser Tumor erweist sich bei der combinirten Untersuchung als das retro-

flectirte Corpus uteri. Der Fundus uteri liegt median in der Kreuzbeinaushöhlung und nicht bis an den oberen Rand des vierten Kreuzbeinwirbels herab. Der Uterus ist etwas vergrößert. Das linke Parametrium ist zart, nirgends druck-

Fig. 4.



empfindlich. Das linke Ovarium liegt an der Articulatio sacro-iliaca in der Höhe des zweiten Kreuzbeinwirbels, ist klein, auf Druck nicht schmerzhaft. (Vergl. Figur 3.)

Das rechte Parametrium ist ebenfalls zart, nirgends druckempfindlich. Das rechte Ovarium liegt im Douglas'schen Raum,

rechts vom Fundus uteri, ist etwas grösser als das linke, auf Druck nicht schmerzhaft.

Der Uterus ist frei beweglich und lässt sich mit Leichtigkeit bimanuell in normale Anteflexionstellung reponiren. Nach der Reposition steht die Vaginalportion hinten und oberhalb der Spinallinie, $1\frac{1}{2}$ Ctm. von dem vierten Kreuzbeinwirbel, die vordere Lippe zeigt jetzt gleiche Länge mit der hinteren ($1\frac{1}{2}$ Ctm.). (Vergl. Figur 4.)

Fundus uteri liegt hinter der Symphyse, das linke Ovarium liegt nach der Reposition in der Beckeneingangsebene, nahe der Mitte der Linea arcuata am inneren Rande des Musc. psoas. Das rechte Ovarium liegt nach der Reposition ein wenig unterhalb der Beckeneingangsebene, ziemlich nahe der rechten Uteruskante. Beide Tuben sind deutlich tastbar, nicht verdickt, nicht schmerzhaft. Sonde IV geht in die leere Blase nach oben median 9 Ctm., nach rechts hinten 11 Ctm., nach links hinten 11 Ctm., nach hinten bis vor die Vaginalportion 9 Ctm. (alle Masse vom Orific. urethrae ext. aus genommen). Die Inspection in Knieellenbogenlage ergibt, dass die Lippen überall mit Plattenepithel überkleidet sind, nirgends Erosionen. Sonde IV in den Uterus geführt, findet bei 3 Ctm. etwas Widerstand; Sonde III geht leicht $8\frac{1}{4}$ Ctm. ein.“

Wenn auch der bei dieser Pat. erzielte und nach Ablauf von mehr als einem Jahre controlirte Erfolg ein gewiss durchaus günstiger zu nennen ist und ein Resultat geliefert hat, wie der beste und glücklichst ausgeführte chirurgische Eingriff, wenn man ferner bedenkt, dass diese Pat. sofort nach ihrer Entlassung die schwersten Haus- und Feldarbeiten wieder aufnehmen musste, also sich durchaus nicht schonen konnte, so kann ich dennoch diesen einen Fall in Bezug auf seine endgiltige Heilung nicht als einen idealen hinstellen, nachdem ich weiss, dass in den meisten Brandt'schen Fällen, bei denen vollständige Heilung eintrat, die Lage des Uterus die Anteflexionsstellung war.

Nach allen erfolgreichen Operationen bei Prolapsus

und Descensus uteri ist die Lage des Uterus meist die der Retroversion oder Retroflexion.

In den erschienenen Listen der mit gutem Erfolg operirten Prolapsen sind nur vereinzelte Anteversionen des Uterus verzeichnet. Wodurch in einzelnen Fällen diese Anteversion- oder Anteflexionstellung bedingt wurde ist noch nicht ganz vollständig geklärt.

B. S. Schultze (Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter, Seite 204) spricht die Vermuthung aus, dass in diesen einzelnen Fällen nach der Operation Entzündungs- und Vernarbungsprocesse auf das parametrische Bindegewebe, speciell auf die Douglas'schen Falten in der Art eingewirkt haben, dass sie zur Verkürzung der ganz erschlafften Befestigungsmittel des prolabirten Uterus geführt und somit einen pathologischen Zustand geschaffen haben.

Bevor ich nun über die Ausführung der Uterushebung speciell berichte, will ich einiges in Betreff der Lagerung der Pat. und der Stellung des Operators überhaupt sagen.

Die Lagerung der Pat. ist auch bei Behandlung des Prolapsus durch Uterushebung eine „hockhalbliegende“ (krokhalfliggande n. Brandt). Die Pat. liegt, nachdem sie ihre Kleider vollständig um die Hüfte gelockert und das Corset geöffnet, mit womöglich vollständig entleerter Blase auf einem kurzen circa 116 Ctm. langen und 70 Ctm. breiten, fest gepolsterten, harten, ebenen Sopha, dessen Höhe dem Niveau der Sitzfläche des Sessels gleichkommt, dessen sich der Operator bedient, der zur linken Seite der Pat. sich setzt.

Die angegebene Kürze dieses Untersuchungssophas ist deshalb von Vortheil, weil die Pat. nur mit stark angezogenen, sowohl im Knie als in der Hüfte stark gebeugten Extremitäten liegen kann und in dieser angenommenen Stellung verharren muss, da ein Strecken der Extremitäten die Kürze des Sophas nicht erlaubt. Der Oberkörper, durch Kissen unterstützt, wird hoch und nach vorne gelagert, dadurch dreht sich das Becken um die Schenkelköpfe, sein Stützpunkt wird der unterste Theil des Kreuzbeines, sein

Neigungswinkel verringert sich, die Symphyse steht steil von hinten oben nach vorne unten, das Foramen ovale unter und hinter ihr, die Vagina nimmt eine mehr horizontale Richtung an. Eine besondere Berücksichtigung verdient noch die Stellung des Kopfes, um ein womöglich grosses Erschlaffen der Bauchdecken zu bewirken. Durch ein besonderes Kissen wird der Kopf so gelagert, dass das Kinn nahezu der Brust sich nähert. Durch diese Unterstützung des Kopfes und Oberkörpers kommt die gesamte Wirbelsäule passiv in eine kyphotische Krümmung. In dieser Stellung ist es für die Pat. schwierig, das Kreuz hohl zu machen und die Bauchmuskulatur anzuspannen.

Nachdem die Pat. so gelagert, setzt sich der behandelnde Arzt auf einen Stuhl zur linken Seite der Pat., sein Gesicht gegen die Pat. gewendet und führt seinen linken Zeigefinger unter der gebeugten linken Extremität der Pat. durch in die Vagina, zugleich legt er seine rechte Hand unter den um die Hüfte gelockerten Kleidern der Pat. zur bimanuellen Untersuchung auf das Abdomen. Der linke Ellbogen des Untersuchenden stützt sich auf sein eigenes linkes Knie, einerseits wird dadurch das Tasten sicherer und feiner, andererseits wird man weniger ermüden.

Diese Stellung, deren ich mich, seit ich selbe bei Brandt gesehen, fast ausnahmslos bediene, ist sowohl für den Arzt als für die Pat. eine überaus günstige, namentlich in der feineren Privatpraxis decenteren Frauen gegenüber, da man im Stande ist, eine äusserst exacte bimanuelle Untersuchung auszuführen, ohne die betreffende Pat. unnöthigerweise auch nur im mindesten zu entblößen.

Bei allen Ausführungen von Massagebehandlungen, sei es directe eigentliche Massage von Exsudaten oder Dehnung von Narben etc. dient der eingeführte linke Zeigefinger nur als Stütze, er bleibt vollständig ruhig und drängt nur die betreffenden Theile der äusseren rechten manipulirenden Hand entgegen. Es ist hier von Vorthail, ja nothwendig, die drei letzten Finger der linken Hand nicht einzuschlagen, da sonst

die Hand zu schnell ermüdet, Krampf in den Fingerbeugern eintritt und der Druck der Knöchel der eingeschlagenen drei letzten Finger auf den Damm, den man ja, um höher zu kommen, eindrückt, der Pat. äusserst unangenehm wird.

Ich komme nun zur Beschreibung der eigentlichen Handgriffe, welche die „Localbehandlung“ bei Prolapsus und Descensus uteri ausmachen.

Der Uterushebung vorausgeschickt wird ein leises Tapotement der Kreuzbeingegend.

Die Pat. nimmt nun, nachdem die Kleider um die Hüfte vollständig gelockert und das Corset geöffnet, nach vorher womöglich vollständig entleerter Blase die gewöhnliche hockhalbliegende Stellung auf dem niederen Sopha ein, die gelösten Kleider hängen voll herab. Um die Uterushebung sicher und gut auszuführen ist ein wohlgeschulter Assistent nothwendig, da derselbe von der Vagina aus die Controle übernimmt.

Der Assistent setzt sich, wie oben beschrieben, zur linken Seite der Pat., reponirt bimanuell den Uterus und bringt ihn in die normale Anteflexionstellung. Ist der Uterus bimanuell richtig gestellt, so setzt der Assistent den eingeführten linken Zeigefinger mit seiner Volarfläche an die Vorderseite des Collum uteri und drängt die Portio nach oben und hinten, wodurch der freibewegliche Fundus höher im Becken zu liegen kommt; die freie rechte Hand, mit den Fingerspitzen gegen die Symphyse gerichtet, legt nun der Assistent ganz leise auf das Abdomen gerade über den stark anteflectirt gehaltenen Uterus. Er zeigt dadurch dem Operateur genau die Stelle an, wo der Uterus liegt und wo er mit seinen Händen ins Becken eindringen und den Uterus erfassen kann.

Würde man versuchen, ohne Assistenz die Uterushebung auszuführen, so kann man einerseits bei anteflectirtem Uterus hinter denselben gelangen, also den Uterus gar nicht erfassen, oder aber bei retroflectirtem den Uterus noch tiefer in die Kreuzbeinhöhle pressen, somit also nur ausnahmsweise den Uterus richtig erfassen, sehr selten ihn regelrecht erheben und meistens eher schaden als nützen.

Der Operateur selbst stellt sich der Pat. gegenüber am Fussende des kurzen Untersuchungssophas und setzt sein linkes Knie auf das Sopha, während sein rechter Fuss auf dem Boden ruht, seine eigene Hüfte gegen die getrennten Knie der Pat. gestützt. Der Operateur setzt nun seine beiden Hände in sehr stark supinirter Stellung mit den Fingerspitzen gegen die Symphyse zu beiden Seiten der rechten Hand des Assistenten platt auf das Abdomen etwa in der Höhe des Promontoriums. Die sehr stark supinirt gestellten Hände bei gleichzeitig vollkommen gestreckten Armen führen nun zuerst eine leise Erschütterung und Streichung der Gedärme nach oben zu aus; dann führt selbe der Operateur, während er seinen Oberkörper stark nach vorne neigt, so dass sein Gesicht sich dem der Pat. beinahe vollständig nähert, bei fortwährend gestreckten Armen seine beiden platt am Abdomen liegenden Hände nach abwärts gegen die Symphyse. Die rechte Hand des Assistenten zeigt ihm genau die Stelle an, wo sich der Uterus befindet. Die beiden geschlossenen Hände des Operateurs dringen nun zwischen Symphyse und Uterus tief ins Becken ein zu beiden Seiten der auf dem Abdomen liegenden rechten Hand des Assistenten und erfassen von vorne und von den Seiten her den Uterus.

Sobald nun die Hände des Operateurs tief ins Becken eindringen, die Bauchdecken vor sich einstülpend, ohne jedoch noch den Uterus erfasst zu haben, fühlt der Assistent ein stärkeres Ausweichen der Portio nach hinten, das heisst der Uterus stellt sich noch mehr anteflectirt. Diese forcirte Neigung des Uterusfundus nach vorne entsteht dadurch, dass das eingestülpte und dadurch verkürzte Peritonäum den Uterusfundus, mit dem es ja innig verwachsen ist, mit sich zieht.

Ein ähnliches Experiment kann man an der Leiche bei geöffneter Bauchhöhle sehr leicht ausführen, wenn man den retrovertirten Uterus, welche Stellung ja fast ausschliesslich derselbe in der Leiche annimmt, aufrichtet, dadurch dass

man mit einer Pincette das Peritonäum der vorderen Bauchwand aufhebt und anspannt.

Hat nun der Operateur den Uterus von vorne und von den Seiten her richtig erfasst, so zwar, dass er durch die beiden Hände gehalten ist, so entfernt der Assistent seine rechte Hand, die bis jetzt auf dem Abdomen lag. Der Operateur selbst hebt nun sehr langsam und äusserst vorsichtig den Uterus, dessen Contouren man deutlich durchfühlt, und führt ihn bogenförmig aufwärts in der Leitlinie des Beckens.

Der Uterus richtig gefasst und geführt folgt leicht und lässt sich so weit über die „Gesundheitsebene“ heben als er unter selbe gesunken, ja noch mehr, da er ja so weit gehoben wird, dass alle tragenden Theile sich anspannen. Auf solche Weise kann man mitunter einen Uterus ohne Schmerz oder Nachtheil von Seite der Pat. bis nahe in die Nabelgegend heben. Der ad maximum gehobene Uterus entgleitet leise den ihn haltenden Händen und es ist die Aufgabe des Operateurs ihn sehr langsam und vorsichtig loszulassen.

Lässt man ihn aber plötzlich, nachdem man ihn ad maximum gehoben und dadurch seinen Aufhängeapparat passiv gedehnt, los, so schiesst er mit Gewalt zurück. Die gedehnten und dadurch zur Contraction gereizten Befestigungsmittel und Bänder reissen ihn nach abwärts und der Pat. wird Schmerz verursacht.

Lässt man ihn jedoch leise aus den Fingern gleiten, so sinkt er langsam ins Becken zurück. Der Assistent hat nun die Aufgabe, den zurücksinkenden Uterus mit seinem linken Zeigefinger, der während der ganzen Uterushebung zur fortwährenden Controle in der Vagina liegen bleibt, aufzufangen und ihn wieder so wie vor der Uterushebung normal hoch und anteflectirt gestellt zu halten. Ist der Uterus nach der Hebung z. B. wieder in die alte Retroflexionstellung zurückgefallen, so muss ihn der Assistent sofort bimanuell reponiren.

Wird die Uterushebung in dieser Weise regelrecht ausgeführt, so empfindet die Pat. ganz deutlich das Empor-

steigen des Uterus, sowie auch das Anspannen der erschlafften Partien, ja die Vagina umschliesst zuweilen ziemlich fest den Finger des Assistenten. Auch die anderen, niederen, schlaffen Beckenorgane werden nach innen und aufwärts gezogen, ja sogar die äusseren Theile der Geschlechtsorgane zusammen und nach innen, mit anderen Worten: alle den Uterus umgebenden Theile sind im Verhältniss zur Senkung auch schlaff und nachgebend nach oben.

Diese Uterushebung, welche stets bei vollständig entleerter Blase ausgeführt werden soll, wird schwächer oder kräftiger ausgeführt, je nach dem Verhältniss zu der Empfindlichkeit der Pat., jedoch am schwächsten im Beginn der Behandlung; gewöhnlich zweimal oder dreimal in jeder Sitzung. Zwischen jeder einzelnen Hebung tritt eine Pause von einigen Minuten ein, während welcher der Assistent durch leise Zirkelstreichungen vom Fundus gegen das Orificium internum zu von allen Seiten den zumeist sehr vergrösserten und in passiver Hyperämie befindlichen Uterus zur weiteren Contraction zu reizen und die durch varicöse Ausdehnung gefüllten Venen zu entleeren sucht.

Schon das gewöhnliche Heben des prolabirten Uterus von der Scheide aus und nachfolgendes Fixiren in normaler Anteflexionsstellung durch einige Minuten bewirkt ein Kleinerwerden desselben durch Freiwerden der Blutcirculation des Uterus selbst und seiner Adnexa. Dieses Experiment ist ja zur Genüge bekannt und das Kürzerwerden des reponirt gehaltenen Uterus ist oft ganz bedeutend, wie die Messung mit der Sonde vor und nach der Reposition deutlich zeigt.

Die Ausführung der Uterushebung darf für die Pat. nicht schmerzhaft sein. Es ist nothwendig und geboten, während der ganzen Zeit das Gesicht der Pat. fortwährend im Auge zu behalten; das geringste Zeichen von Schmerz oder stärkerem Unbehagen gebietet augenblicklich, aber sanft nachzugeben und den Druck oder Zug zu vermindern. Ueberdies muss der Assistent, dessen Finger von der Vagina aus controlirt, dem Operateur sofort anzeigen, falls der Uterus

nicht regelrecht gefasst oder zu rasch oder in falscher Richtung geführt würde. Es ist deshalb nicht blos von Vortheil, sondern sogar geboten, die Uterushebung stets mit Assistenz auszuführen.

Bei der Uterushebung, sowie auch bei allen anderen Manipulationen, sei es directe Massage von Exsudaten oder Auszerrung von Narben etc., werden weder die Hände des Operateurs noch die Bauchdecken der Pat. befettet; die Uterushebung wird sogar über dem Hemde ausgeführt, da die Hände dadurch mehr Sicherheit und Halt bekommen und weniger leicht über die Bauchdecken gleiten.

Nach vollendeter Ausführung der Uterushebung gibt Brandt eine eigenthümliche, sogenannte Widerstandsbewegung, die ebenfalls in der allgemeinen schwedischen Heilgymnastik üblich ist, die „Knietheilung und Kniezusammenführung“.

Diese Bewegungen bezwecken ausschliesslich die Stärkung des Beckenbodens, insbesondere die Contraction des Levator ani.

Diese Bewegungen werden in folgender Weise ausgeführt: Die Pat. schliesst in der gewöhnlichen hockhalbliegenden Rückenlage die bis jetzt getrennten Beine und Kniee, gleichzeitig erhebt sie das Gesäss, so dass nun der Körper auf beiden Ellbogen und Fusssohlen ruht.

Der „Bewegungsgebende“ trennt nun, indem er mit seinen Händen die Kniee der Pat. erfasst, die beiden fest zusammengeführten Oberschenkel, während die Pat. selbst Widerstand leistet, indem sie die Adductoren in Anwendung bringt. Sind die Beine so weit getrennt, wie ungefähr bei der Stellung, die die Pat. bei der gewöhnlichen gynäkologischen Untersuchung einnimmt, so führt die Pat. selbe wieder in die Ausgangsstellung zurück.

Diese Bewegung wird stärker oder schwächer gegeben, gewöhnlich dreimal.

Hierauf folgt die entgegengesetzte Bewegung, die „Kniezusammenführung“. Die Pat. führt bei ebenfalls erhöhtem

Gesässe die getrennten Knie zusammen unter Widerstand von Seite des „Gymnasten“. Diese Bewegung wird ebenfalls dreimal wiederholt.

Sowohl bei der „Knietheilung“ als „Kniezusammenführung“ werden die Adductoren enorm in Anspruch genommen, aber gleichzeitig contrahirt sich auch die Muskulatur des ganzen Beckenbodens, insbesondere der Levator ani.

Ich habe mich persönlich davon überzeugt, dadurch, dass ich an mir selbst diese Bewegungen ausführen liess.

Ich möchte diesen speciellen Bewegungen, die ganz bestimmt den Levator ani zur Contraction reizen und eine Kräftigung des Beckenbodens erzielen, eine ganz besonders wichtige Rolle bei der manuellen Behandlung des Uterusprolapses zuschreiben.

Uebersdies wird die Pat. unterrichtet, wie selbe auch selbstständig den Levator ani in Contraction versetzen kann.

Nimmt die Pat. die flache Rückenlage auf einem Sopha oder im Bette ein und kreuzt selbe ihre Füsse, so ist sie dadurch, dass sie willkürlich den Anus zusammen- und einzieht, im Stande, den Levator ani zu contrahiren.

Diese Bewegung soll die Pat. öfters des Tages über 10—20mal selbst ausführen.

Nachdem die oben beschriebene Knietheilung und Kniezusammenführung gegeben, bleibt die Pat. fünf bis zehn Minuten ruhig liegen, und zwar indem sie die Rückenlage langsam verändert und die Bauchlage einnimmt. Man kann der Pat. diese Lage erleichtern, indem man ihr ein kleines Kissen unterschiebt, auf dem ihr Abdomen liegt. In dieser Stellung athmet die Pat. mittelst des Thorax, die Eingeweide sinken nach vorne und unten und somit sinkt auch der Druck im Becken, er wird nahezu negativ. Der vor der Uterushebung prolaborirte oder retroflectirte, frei bewegliche Uterus bleibt also in der hergestellten normalen Antelexionsstellung liegen. Würde die Pat. sogleich nach der Uterushebung sich rasch aufrichten, so würden die dabei sich anspannenden Bauchdecken, das Diaphragma, sowie die

nach unten fallenden Gedärme sehr leicht gleich wieder den Uterus tiefer drängen oder ihn aus seiner Normalstellung bringen.

Nachdem die Pat. die Bauchlage eingenommen, folgt neuerdings ein ganz leises Tapotement der Kreuzbeingegend.

Diese Brandt'sche Methode der Uterushebung mit Assistenz ausgeführt, also der Uterus richtig gefasst und regelrecht geführt, ist wohl im Stande eine ausgiebige und gleichmässige Dehnung nicht blos der erschlafften Vagina, sondern gleichzeitig auch aller den Uterus haltenden Bänder, sowie aller Muskelemente, der zu- und abführenden Gefässe, der Lymphbahnen und des ganzen übrigen Beckenperitonäums mit seinen zahlreichen glatten Muskelfasern zu bewerkstelligen.

Diese mechanische Reizung der Muskelemente bewirkt nicht nur eine folgende von der gereizten Stelle sich fort-pflanzende Zuckung, sondern ausserdem eine kürzer oder länger andauernde Contraction der gereizten Stelle selbst. Ausserdem unterscheiden sich die Contractionen glatter Muskelemente in ihrem Verlaufe von denen der quergestreiften dadurch, dass bei ihnen die Stadien der Zusammenziehung von ungleich weit längerer Dauer sind, während ihre Contraction selbst später und langsamer eintritt, als die der willkürlichen.

Es folgt also dieser mechanischen Reizung eine Contraction.

Diese Contraction erstreckt sich auf alle den Uterus fixirenden Theile sowohl nach oben als auch nach unten wie nach allen Seiten hin, also nicht blos auf ein einzelnes bestimmtes Band, sondern auf den ganzen Befestigungsapparat des Uterus, das ganze Beckenperitonäum sammt allen glatten Muskelfasern und den Gefässen.

Die Muskelemente unseres ganzen Organismus können durch tägliche active Bewegungen gestärkt und besonders ausgebildet werden, denn jede Muskelfaser erlangt erst ihre vollkommene Reife und Ausbildung durch die häufig geschehene Contraction und Bewegung.

Die fortgesetzte tägliche passive Bewegung dieser Uterushebung entspricht somit der Activbewegung und kräftigen Ausbildung unserer übrigen willkürlichen Muskeln. Dazu kommt noch die arterielle Wirkung dieser Passivbewegung, eine vermehrte Strömung in den Capillaren und zugleich erleichterter Rückfluss des gestauten Venenblutes und der Lymphe. Dieser Rückfluss von Venenblut und Lymphe wird noch künstlich verstärkt dadurch, dass der Assistent die einzelnen Pausen zwischen den Uterushebungen dazu benützt, durch leise Zirkelstreichungen bei gleichzeitiger Fixation des Uterus von der Vagina aus vom Fundus gegen das Orificium zu den Uteruskörper noch mehr zu entleeren und ihn in Contractionszustand zu versetzen.

Ferner werden zweifellos durch die Uterushebung die Adhäsionen und Verbindungen, die bei Uterusprolaps stets zwischen Blase und Uterus sich finden, gedehnt und zum Schwinden gebracht. Auf diese narbig verlaufenden Adhäsionen wird nebenbei noch stets in der Weise eingewirkt, dass man selbe durch directe Massage zu beseitigen sucht. Der in der Vagina liegende Finger fixirt die Portio und drückt selbe nach hinten und oben, während gleichzeitig die äussere Hand auf die betreffenden Partien einwirkt und selbe auszerrt und dehnt.

Diese oben geschilderten Handgriffe machen somit die vollständige Technik der von Brandt erfundenen und geübten eigentlichen Localbehandlung gegen Prolapsus und Descensus uteri aus.

Wenn ich diese oben beschriebenen Handgriffe als die Localbehandlung bei Prolapsus und Descensus bezeichne, so will ich damit sagen, dass die Localbehandlung nur ein Theil der ganzen Behandlung ist, wie sie Brandt in Anwendung bringt. Brandt ergänzt und unterstützt diese Localbehandlung sehr vortheilhaft durch eine Reihe den speciellen Verhältnissen der Pat. angepasster activer, duplicirter und passiver Bewegungen nach dem allgemeinen Systeme der schwedischen

Heilgymnastik. Diese Bewegungen führen eigens jahrelang geschulte Gehilfen aus. Die Zahl dieser Bewegungen, die theils in der allgemeinen schwedischen Heilgymnastik üblich, theils von Brandt selbst modificirt und erfunden sind, ist eine enorme. Auf die Beschreibung und physiologische Wirkung dieser äusserst zahlreichen, man zählt einige Tausend verschiedener activer, duplicirter und passiver Bewegungen, kann ich hier nicht eingehen und verweise auf die einschlägige Literatur über schwedische Heilgymnastik. Es sei mir erlaubt an dieser Stelle zu bemerken, dass die Erlernung und Ausführung aller dieser verschiedenen Bewegungen durchaus nicht einfach und leicht ist.

Sie erfordert ein eigenes Studium, eine nothwendige Vorbildung, die allgemeine Kenntniss der Anatomie und Physiologie und eine praktische Ausbildung durch sehr lange Zeit.

Die in den, unter ärztlicher Leitung stehenden, königlichen Centralinstituten zu Stockholm geübten Bewegungen sind durchaus nicht zu verwechseln und auf eine gleiche Stufe zu stellen mit jenen planlosen Manipulationen, die da und dort unter dem Namen „schwedische Heilgymnastik“ von Wärtern und Badedienern etc. ausgeführt werden.

Der Einfluss einer richtigen und verständigen Anwendung der schwedischen Heilgymnastik ist namentlich bei Frauen, die durch jahrelanges Localleiden allgemein herabkommen, von geradezu staunenswerthem Erfolg.

Die Dauer dieser manuellen Behandlung gegen Prolapsus und Descensus uteri zur vollständigen Heilung ist sehr verschieden, im Allgemeinen vier bis acht Wochen, es sind jedoch nach Brandt's Angabe ausnahmsweise auch im Verlaufe von etlichen Tagen Heilungen erzielt worden.

Die beste Prognose geben natürlich die Fälle, bei denen der Prolaps erst kurze Zeit besteht, bei kräftigen, relativ jugendlichen Individuen, deren Gesamtorganismus nicht viel gelitten, und deren Beckenboden intact ist.

Ungünstiger stellt sich die Prognose bei sehr herabgekommenen, sehr alten, decrepiden Frauen oder bei Individuen, die lange Zeit hindurch übermässig grosse, unpassende Pessarien getragen, die die Vagina übermässig dauernd gedehnt und so Ursache von Atrophie, Erschlaffung und vollständigem Verlust des Tonus der Gewebe geworden.

Ob bei grossen Dammdefecten die Heilung des Prolapsus uteri durch die Brandt'sche Methode möglich ist, weiss ich nicht. Da meine bisherigen Erfahrungen zu gering sind, wage ich keine bestimmte Aeusserung zu machen; ich glaube jedoch, dass ein bestehender grosser Dammdefect die Heilung zweifelhaft erscheinen lässt, und ich würde mich in einem derartigen Falle ohneweiters entschliessen, zuerst durch den chirurgischen Eingriff den vorhandenen Dammdefect zu beseitigen.

Sehr vortheilhaft beeinflusst den Erfolg ein zweckmässiges Verhalten von Seite der Pat. namentlich im Beginn der Behandlung. Vieles Herumlaufen, Treppensteigen, schwerere Arbeit etc. muss vermieden werden; am besten ist es wohl, wenn die Pat. die ersten Tage sich vollständig ruhig hält.

Die Contraindicationen für die Uterushebung ergeben sich von selbst: Bestehende Schwangerschaft, feste, starre, para-perimetritische Adhäsionen, deren plötzliche Zerreiassung mir als ein sehr gewagter und gefährlicher Eingriff gilt, fixirte Ovarien, sowie auch acute Entzündungen des Uterus und seiner Adnexa.

Diese manuelle Behandlung des Prolapsus uteri fusst somit auf rein physiologischen Gesetzen. Sie bezweckt ein vollständiges Wiederherstellen normaler Verhältnisse dadurch, dass einerseits durch die Uterushebung der Tonus der erschlafften natürlichen Befestigungsmittel des Uterus wiedergewonnen, andererseits die stets bei Prolaps bestehenden abnormen Fixationen zwischen Blase und Uterus gedehnt und

beseitigt werden, und endlich wird durch Innervation und Stärkung des Beckenbodens dem Uterus der normale Halt und die Stütze von unten wiedergegeben.

Durch die Beseitigung der ungünstigen Lageveränderung wird die Blutcirculation im Becken wieder frei und somit ist es dem Uterus möglich, von selbst wieder normal zu werden.

