HEILGYMNASTIK

IN DER

GYNAEKOLOGIE.

NACH

THURE-BRANDT.

DIE HEILGYMNASTIK

IN DER

GYNAEKOLOGIE

UND DIE

MECHANISCHE BEHANDLUNG VON ERKRANKUNGEN

DES

UTERUS UND SEINER ADNEXE

NACH **THURE BRANDT**

VON

PROF. DR. A. JENTZER UND M. BOURCART

DEUTSCH BEARBEITET

VON

DR. MAX DOLEGA

INHABER DER VORMALS DDR. SCHREBER-SCHILDBACHSCHEN ORTHOPÄDISCHEN UND MECHANOTHERAPEUTISCHEN HEILANSTALT ZU LEIPZIG

MIT EINER EINFÜHRUNG

VON

PROF. DR. MAX SÄNGER

ZU LEIPZIG

MIT 75 ABBILDUNGEN

LEIPZIG

VERLAG VON JOHANN AMBROSIUS BARTH

(ARTHUR MEINER)

1895

Das Original dieser Übersetzung erschien 1891 im Verlage von H. Georg in Genf unter dem Titel:

Gymnastique gynécologique

et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes

(Méthode de Thure Brandt)

par le

Dr. **A. Jentzer**

ancien assistant à la clinique d'accouchements et de gynécologie du professeur Breisky; ancien professeur de gynécologie opératoire à la Faculté de medecine de Genève, etc. etc.

et

M. Bourcart

médecin diplomé de la Confédération suisse

ancien prosecteur d'anatomie normale à l'Universite de Genève; ancien assistant à la clinique privée de MM. les professeurs Jentzer et Valliet.

Zur Einführung.

Gern komme ich der Aufforderung von Herrn Dr. Dolega nach, seinem Werke einige empfehlende Worte vorauszuschicken.

Ich hatte ihn seinerzeit darin bestärkt, das Jentzer-Bourcartsche Buch einem weiteren deutschen Leserkreise zugänglich zu machen, da es bei knapper und klarer Darstellung die Thure Brandtsche Massage und Gymnastik zum ersten Male durch eine grössere Anzahl vortrefflicher Abbildungen illustrierte.

Diese äusserst geschickt entworfenen originellen Figuren sind für diejenigen, welche die Technik jener nicht bei Meistern des Faches erlernen konnten, eine bessere Anleitung als weitläufige Beschreibungen. Fast alle Stellungen und Handgriffe sind bildlich wiedergegeben. Einzelne Kapitel sind von besonderem Werte für den Gynäkologen, wie die verschiedenen Verfahren der Normallagerung des retrodeviierten Uterus, deren figürliche Wiedergabe das Verständnis ungemein erleichtert.

Es ist eine Thatsache, dass selbst Gynäkologen, welche die Thure Brandtsche Massage und Gymnastik wertschätzen, sie doch wenig oder gar nicht selbst ausüben. Öfter lassen sie solche noch von einem eingeschulten Assistenten vornehmen. Die Gründe hierfür mögen hier unerörtert bleiben. Es würde der guten Sache sehr förderlich sein, wenn da, wo es angängig ist, in grösseren Städten, zwischen dem Gynäkologen und dem vor allem die Gymnastik besser beherrschenden Mechano-Therapeuten eine Teilung der Arbeit stattfände, derart, dass der Gynäkologe unter genauer Stellung der Diagnose die geeignete Auswahl der Fälle träfe und der Mechano-Therapeut dann die Behandlung durchführte. Auf chirurgischem Gebiete besteht diese Arbeitsteilung ja ebenfalls.

Ich würde es für eine günstige Weiterentwickelung der guten Sache der gynäkologischen Mechanotherapie halten, wenn sie sich in dem geäusserten Sinne, welcher auch in dem Dolegaschen Buche zum Ausdruck kommt, gestaltete.

Durch freie Bearbeitung und eigene Zuthaten, sowie durch Heranziehung der neuesten Litteratur ist dasselbe aus dem Rahmen einer blossen Übersetzung herausgetreten. Möge es denn auch recht weite Verbreitung finden!

Leipzig, 16. Februar 1895.

Prof. **Sänger.**

Vorwort des Übersetzers.

Wenn jemand in den Tagen der heutigen litterarischen Uberproduktion es unternimmt, die Zahl der vorhandenen eingeführten Arbeiten über einen Gegenstand noch um eine zu vermehren, so fühlt er sich diesbezüglich zu einem erklärenden Worte verpflichtet.

Über das Thure Brandtsche Verfahren in der Behandlung weiblicher Sexualerkrankungen existiert, vor allen aus dem Ende der 80er Jahre, eine ausserordentlich reichliche Zahl deutscher Veröffentlichungen.

Dann wurde es auf diesem Gebiet wieder stiller, bis in allerletzter Zeit, als ich den grössten Teil des vorliegenden französischen Werkes übersetzt hatte, die Publikation von Ziegenspeck: „Anleitung zur Massage-Behandlung bei Frauenleiden" erschien.

Trotz dieser letzteren Veröffentlichung aber, und trotzdem, dass Thure Brandts eigenes Buch inzwischen in zweiter Auflage vorliegt,[1]) glaube ich doch, dass die durch mancherlei Hinzuthaten meinerseits vervollständigte Übersetzung des Jentzer-Bourcartschen Buches eine immerhin noch vorhandene Lücke ausfüllen dürfte.

In allen den früheren deutschen Publikationen von gynäkologischer Seite ist entweder die Methode nur sehr kurz und mit Berücksichtigung einzelner Teile wiedergegeben, oder z. Teil durch eigene Hinzuthat und Modifikation beeinflusst. Weiterhin aber wurde der heilgymnastische Teil ganz ausserordentlich nebensächlich behandelt und war, vor allen Dingen zufolge des gänzlichen Fehlens instruktiver Abbildungen, für den Leser nur sehr wenig zum Studium verlockend.

---

[1]) Anm.: Thure Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. Berlin. Fischers Verlag. 2. Aufl. 1893.

Eine relativ nur kurze Behandlung wird demselben auch in der schon erwähnten letzterschienenen, sonst so vortrefflichen und gründlichen Arbeit Ziegenspecks zu teil. Dieser verweist bezüglich des näheren Unterrichtens für den, der überhaupt Lust hat, sich eingehender mit der heilgymnastischen (im engeren Sinne) Seite der Methode zu befassen, auf die deutsch erschienene Originalarbeit Brandts selbst.

Gerade der Umstand aber, dass dieser letztere nun wiederum den ganzen Stoff vom Standpunkt des Erfinders der Methode aus gar zu ausführlich und, wie dies trotz aller Bemühungen Brandts nicht anders sein kann, in doch immerhin sehr laienhafter Darstellungsform, behandelt, erschwert meiner Ansicht nach eine eingehendere Kenntnisnahme von Seiten gynäkologischer Fachkreise.

Ziegenspeck bringt die Massage-Behandlung Brandts ausführlich und auch mit einer Reihe sehr guter Original-Abbildungen ausgestattet, aber ganz ausschliesslich vom Standpunkt seiner, sicher allerdings sehr grossen Erfahrung. Dabei giebt er in seiner Arbeit eine Fülle speziellen klinischen und pathologisch-anatomischen Materials, welches zwar ausserordentlich interessant ist, aber immerhin die Orientierung über die Originalmethode etwas umständlicher macht.

Die Übersetzung und Bearbeitung des Jentzer-Bourcartschen Buches in der vorliegenden Form steht meines Erachtens ihrem Charakter nach in der Mitte zwischen der Thure Brandtschen Original-Publikation und der klinisch-kritischen Studie Ziegenspecks.

Die vorliegende Arbeit bringt 1. Die Technik der Thure Brandtschen Verfahrens in engem Anschluss an die Vorschriften des Erfinders selbst. 2. Eine Illustration des Gegebenen durch ausserordentlich instruktive, wenn auch nur schematische Abbildungen. 3. Kritische Bemerkungen über Anwendung und Wert der Thure Brandtschen Methode auf Grund des jetzigen Standes der gynäkologischen Fachlitteratur.

Was den ersten Punkt anbelangt, so glaube ich, dass trotz aller beherzigenswerten Erfahrungen der Nachanwender, der Erfinder einer Behandlungsmethode sicher das Recht beanspruchen darf, dass jeder, der seine Methode kritisch nachprüfen will, mindestens den Inhalt der von ihm gegebenen Originalvorschriften ganz und gar kennt.

Den Anstoss zur Übersetzung des Jentzer-Bourcartschen Buches gab eine Aufforderung des Herrn Verlegers, der ich aber

erst nach Rücksprache mit und auf Ermunterung von gynäkologisch-autoritativer Seite, meinem hochverehrten einstigen Lehrer Prof. Sänger, hin, nachzukommen mich entschloss.

Es ging mir auf den ersten Blick, wie sicher jedem Leser, dass vor allen Dingen ein rein äusserlicher Eindruck mich unsympatisch berührte: nämlich die bizarre Darstellung der heilgymnastischen Bewegungen. Genaueres Zusehen aber liess mich erkennen, dass ihr der grosse Vorzug grösstmöglicher Deutlichkeit unbedingt zuzuerkennen sei. Gerade dadurch, dass die Figuren nur als reine Schemata aufzufassen sind, haftet ihnen nichts Pikantes an, und sind sie noch viel deutlicher als z. B. die Abbildungen in Thure Brandts eigenem Buche.

Der Ruhm der absoluten Originalität der Idee, überhaupt gymnastische Bewegungen in dieser skelettierten Form dargestellt zu haben, kann ich allerdings meiner Überzeugung nach den französischen Autoren nicht zugestehen. Ich glaube, dass diesen die betreffende Anregung aus dem, ihnen zum mindesten bei ihrem Aufenthalt in Stockholm bekannt gewordenen, Buche von Rothstein „Die Gymnastik nach dem System des schwedischen Gymnasiarchen Ling," geworden ist.

Dieselben Vorzüge wie die obengenannten gymnastischen Abbildungen weisen ferner auch die speziell gynäkologischen Bourcarts auf.

Eine einfache Übersetzung des Jentzer-Bourcartschen Buches zu geben, konnte ich mich nicht entschliessen. Die Art der französischen Darstellung wissenschaftlicher Fragen widerstrebt dem Deutschen vielfach.

Es war mir zwar nicht möglich, ohne dass ich alle Kapitel hätte ganz und gar umstürzen müssen, alles, wie ich gewünscht, sowohl in stofflicher, wie formaler Hinsicht darzustellen. Ich habe indes doch vieles gekürzt und manches hinzugefügt, den Stoff in den letzten Kapiteln anders und meiner Ansicht nach dadurch etwas übersichtlicher geordnet, und habe vor allem eine kurze Beleuchtung des Wertes und der Indikationen der Thure Brandtschen Methode in dem entsprechend überschriebenen Kapitel zu geben versucht. Durch Wiedergabe einer Anzahl sogenannter gymnastischer „Rezepte" nach Thure Brandt im Anhang glaube ich auch einem rein praktischen Gesichtspunkte Rechnung getragen zu haben.

Weiterhin möchte ich gleich vorweg noch spezieller auf zwei Punkte eingehen: Was zunächst die Stellung der gymnastischen Übungen neben der eigentlichen Massage und den speziellen Manipulationen anbetrifft, auf welche Thure Brandt selbst grossen Wert legt, so haben gerade diese von ärztlicher Seite, vor allen Dingen Spott und dementsprechende Geringschätzung erfahren. Andererseits sind auch rein praktische Gesichtspunkte gegen die Anwendung derselben geltend gemacht worden, indem sicher mit Recht hervorgehoben wurde, dass ein beschäftigter Gynäkologe unmöglich die Zeit finden könnte, sich um die Verordnung und Durchführung einer heilgymnastischen Kur zu kümmern.

Von vornherein müssen auch jene ausführlichen Beschreibungen gymnastischer Übungen mit ihren anscheinend sehr gekünstelt schwülstigen Bezeichnungen[1]) denjenigen, welche dem Gebiet einer so speziellen therapeutischen Disciplin, wie der Gymnastik fernstehen, befremdend, ermüdend und überflüssig erscheinen.

Dazu kommt, dass die von den Begründern und deren Schülern den einzelnen gymnastischen Übungen supponierten, speziellen physiologischen Wirkungen z. Teil den Beigeschmack einer naturphilosophischen Spekulation tragen, zum Teil mindestens eines exakt physiologischen Beweises entbehren.

So sind z. B. die von Thure Brandt als Blut zuführend und Blut ableitend bezeichneten Bewegungen selbstverständlich bezüglich dieser speziellen Wirkungsweise als durchaus noch hypothetisch vom streng wissenschaftlichen Standpunkte aus zu betrachten.

Allein man darf nicht verkennen, dass doch auf Grund einer reichen Erfahrung sich bestimmte Übungsformen, wie den Vertretern der schwedischen Gymnastik überhaupt, so auch Thure Brandt für seine speziellen Zwecke ergeben haben. Gerade aus diesem Grunde meine ich, soll man auch seine Vorschriften nicht von vornherein gänzlich missachten.

In erster Linie glaube ich auf Grund eigener Erfahrungen, dass eine systematische Bewegungskur nach den Vorschriften, wie sie

[1]) Anm. Dabei muss jeder, der sich mit den heilgymnastischen Methoden etwas näher vertraut gemacht hat, zugeben, dass jene Bezeichnungen treffender und kürzer nicht zu geben sind, denn in ihnen ist die ganze Bewegung klar ausgedrückt.

Brandt gegeben hat, auf das Allgemeinbefinden der betreffenden Patientin und die mit dem Unterleibsleiden zusammenhängenden Reflex-Symptome und sekundären Störungen von überaus günstigem Einflusse ist.

Es ist dann ferner sicher, dass für einzelne Bewegungen auch bestimmte physiologische Effekte nachweisbar sind (z. B. die sogenannten Kneifungen bei Prolapsus uteri und recti), welche die lokale Behandlung thatsächlich unterstützen; es kann dann ferner auf Grund der klinischen Beobachtungen als wahrscheinlich angenommen werden, dass man mittelst gymnastischer Bewegungen eine beschleunigte Zirkulation sowohl, wie auch eine Hyperämie der Beckenorgane erzielen kann, während für eine Wirkung der Bewegungen im wirklich ausgesprochen von den Beckenorganen ableitenden Sinne, auch die klinischen Nachweise am schwächsten fundiert sind.

Was nun einen zweiten Cardinalpunkt anbetrifft, so fragt sich, in wie weit liegt denn die Möglichkeit der praktischen Anwendung und Durchführung der Thure Brandtschen Methoden, soweit diese in der That als wertvolle Bereicherung der Therapie zu bezeichnen sind, in der Gynäkologie vor.

Sicher ist, dass ein hervorragender und überbeschäftigter operativer Gynäkologe, noch dazu, wenn für ihn die ganzen Verpflichtungen eines Lehrstuhles in Betracht kommen, nicht in der Lage sein kann, dieses mühsame Behandlungsverfahren auch nur an einer kleinen Reihe streng ausgewählter Fälle selbst anzuwenden. Da haben eben jüngere Hilfskräfte einzusetzen. Den Assistenten gynäkologischer Kliniken aber muss das Verfahren auch technisch genügend bekannt sein. Es muss speziell von diesen Stätten aus der gute Kern dieser Methoden den jungen Medizinern für ihre Praxis mitgegeben werden.

Denn gerade der praktische Arzt, vorausgesetzt, dass er in der gynäkologischen Diagnostistik hinreichend geschult ist, wird sich eine grosse Zahl dankbarer Patientinnen durch sachkundige Ausübung der gynäkologischen Massage erwerben können.

In einer Reihe von grossen Städten wird Gelegenheit zur Durchführung der heilgymnastischen Seite des Verfahrens, während der Gynäkolog die lokale Behandlung durchführt, in einer der immer zahlreicher auftretenden mechanotherapeutischen Anstalten gegeben sein. Hoffentlich wird aber mit der Zeit die Zahl derjenigen Ver-

treter der Mechanotherapie in dem Sinne, wie ich deren Bedeutung und Stellung anderen Orts gezeichnet habe,[1]) immer grösser, welche das Thure Brandtsche Verfahren in dem vollen Umfange, wie es wissenschaftlich fundiert ist, in kollegialer Wechselbeziehung mit dem gynäkologischen Spezialisten, auszuüben befähigt sind.

Voraussetzung dafür ist allerdings, dass auch diesem therapeutischen Fache im klinischen Unterrichte grössere Beachtung zu teil wird als bisher.[2])

Bis vor wenigen Jahren war eigentlich die einzige Möglichkeit, die Technik des Thure Brandtschen Verfahrens zu erlernen, beim Erfinder selbst gegeben.

Auch ich habe bei meinem mehrmonatlichen Studienaufenthalt in Stockholm die liebenswürdige Unterweisung des greisen, eigenartigen Mannes genossen und habe die grösste Hochachtung vor seinem Geschick, seiner Thatkraft und seiner Wahrheitsliebe gewonnen.

Ich hoffe, dass mir bei dem Versuche, dieses französische Werk, unter dem Hinzuthun eigener Arbeit, der Öffentlichkeit zu unterbreiten, nicht a priori eine abfällige Kritik berufener Fachleute zu teil wird.

Mein Wunsch wäre allerdings, dass das vorliegende schlichte Buch, in Ergänzung mit den Publikationen Brandts und Ziegenspecks, mit dazu beitragen möchte, der heilgymnastischen und Massage-Behandlung bei weiblichen Sexual-Erkrankungen, noch mehr als bisher, Beachtung in ärztlichen Kreisen zu verschaffen.

Leipzig, Januar 1895.

Dr. Max Dolega.

---

[1]) Anm.: Über Mechanotherapie und Medico-Mechanik und ihre heutige Stellung in der praktischen Medizin. (Deutsche medizin. Wochenschrift 1894 Nr. 43.)

[2]) Anm.: Vgl. Dolega: „Über Mechanotherapie und ihre Berücksichtigung im klinischen Unterricht.“ Verhandlungen der 66. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte, Wien 1894.

Inhaltsverzeichnis.

Einleitung.

Wenn wir unseren französischen Kollegen das Ergebnis unserer, während eines mehrwöchentlichen Aufenthaltes bei Thure Brandt in Stockholm gesammelten Beobachtung unterbreiten, werden sie uns keinen Vorwurf machen können, dass wir damit einen schon hinreichend bekannten und auch ziemlich erschöpfend behandelten Gegenstand berühren.

Während nämlich die deutschen und österreichischen Gynäkologen sich lebhaft die Ideen und Resultate des schwedischen Masseurs (vgl. das Kapitel über Geschichtliches) zu eigen gemacht haben, müssen wir bekennen, dass nicht ein einziges französisches Buch existiert, welches dieses Thema speziell behandelt. Unsere französischen Sprachgenossen sind demnach ausser stande eine Methode zu beurteilen, deren Prinzipien seit 2 oder 3 Jahren sehr interessante Erörterungen bei unseren Nachbarn jenseits des Rheins hervorgerufen haben.

Wir hoffen mit der Veröffentlichung vorliegender Abhandlung nicht nur eine Lücke unserer medizinischen Litteratur auszufüllen, sondern auch noch die Aufmerksamkeit der Specialisten in höherem Grade als bisher auf diesen, mit auf der wissenschaftlichen Tagesordnung stehenden Gegenstand zu richten.

Die von Thure Brandt gebrachten Gesichtspunkte dürften unserer Überzeugung nach manche Anschauung und Indikation der operativen Gynäkologie beeinflussen.

Wir wollen seine Methode in kurzem zergliedern, um derselben zur grösseren Anerkennung zu verhelfen und hoffen, dass ihre dauernde Einführung in die Therapie sich rascher vollzieht, als dies z. B. mit der Methode der Antiseptik einstens der Fall war.

Zunächst wollen wir ganz kurz die Frage erörtern, inwieweit in Frankreich die Massage in der Behandlung der Beckenorgane Beobachtung und Verwertung gefunden hat.

In den bekannten Werken von Laisné und Philippeaux findet sich nichts diesbezügliches; Estradère (1863) widmet ihr in seiner ausgezeichneten Arbeit nur einige Zeilen. Die Übersetzung einer Broschüre Thure Brandts (Cherbuliez, Paris 1869) blieb so gut wie vollständig unbeachtet und fand nur einige wenige Kritiker, welche zum Teil die Methode, zum Teil den Charakter ihres Urhebers in den Staub zogen.

Die ersten Spuren überhaupt, welche auf unseren Gegenstand Bezug haben, reichen bis ins Jahr 1844 zurück.

Caseaux (Traitée des Accouchements, Paris 1844) spricht von einer Art Massage des Uterus bei Atonie desselben nach der Entbindung. Dann muss man bis zur Arbeit Norströms (1876) gehen, um die ersten Beweise für Anwendung der Massage bei Frauenkrankheiten zu finden. Die hier gegebenen Gesichtspunkte haben aber mit denen Thure Brandts durchaus nichts gemein.

Sicher hat Dr. Petit seinen Kollegen mit Veröffentlichen seines Buches „Le Massage par le médecin" (Paris 1885) einen grossen Dienst erwiesen. Unglücklicher Weise bearbeitet er aber das Kapitel, welches sich auf die Gynäkologie bezieht, nach dem Buch von Reibmayr, welches ganz fundamentale Irrtümer enthält, und welches allerdings in ärztlichen Kreisen nicht den Wunsch erwecken konnte, die Methode Thure Brandts in ausgedehnterer Weise praktisch angewendet zu sehen.

Ferner muss hier eine Arbeit von der Doktorin der Medizin, Goldspiegel, einer alten Schülerin Brandts, erwähnt werden (1889).

Die Arbeit derselben muss als die beste französische über diesen Gegenstand bezeichnet werden. Wir sind indes bezüglich einiger Punkte anderer Meinung als diese Autorin und glauben besonders, dass sie nicht genügend den Wert der gymnastischen Bewegungen, wie sie von Thure Brandt angewendet werden, gewürdigt hat.

Die letzteren wirken nicht allein auf den Organismus im allgemeinen, indem sie zur Anregung des Stoffwechsels beitragen, sondern sie regen auch die Resorption von Becken-Exsudaten an und unterstützen die Heilungen gewisser pathologischer Prozesse der

Sexual-Organe. Bei dem näheren Eingehen auf die heilgymnastische Seite der Methode Thure Brandts werden wir sehen, wie viel z. B. gewisse Bewegungen der Oberschenkel-Adduktoren zu den günstigen Erfolgen bei prolapsus uteri beitragen.

Pozzi, dessen bemerkenswertes Lehrbuch der Gynäkologie zum Teil ganz meisterhaft geschrieben ist, beschäftigt sich nur ganz oberflächlich mit der Massage, allerdings ohne eine definitive Meinung auszusprechen; indessen scheint er doch nur ein sehr geringes Zutrauen zu den mit der Methode Thure Brandts bei der Behandlung des prolapsus uteri erhaltenen Erfolgen zu haben, denn er sagt pg. 553: „Es würde in der That ganz illusorisch sein, auf ein dauerndes Zurückgehaltenwerden der auf diese Weise reponierten Organe zu rechnen; man wird mit dieser Methode nie etwas anderes erreichen als eine vorübergehende Erleichterung, ohne uns von der Notwendigkeit einer plastischen Operation zu entbinden.“ Hinsichtlich alter Entzündungs-Residuen fügt er allerdings hinzu, dass in derartigen Fällen die Massage einen günstigen Einfluss ausüben und die Resorption der entzündlichen Produkte begünstigen könne.

Er lässt absolut die Behandlung von Adhäsionen und Narbenschrumpfungen des Becken-Bindegewebes unbeachtet, pathologische Prozesse, welche gerade besonders schnell und vollständig mittelst Brandts Methode einer Besserung entgegengeführt werden.

Ausser dem Mangel an genügendem Bekanntsein der genannten Methode besteht aber auch in der medizinischen Welt noch ein fundamentaler Irrtum, nämlich darin, dass man meint, dass Brandt bei der Behandlung von Uterus-Affektionen etc. ausschliesslich die Massage im engsten Sinne des Wortes zur Anwendung bringe. Derselbe legt jedoch neben derselben einen grossen Wert auf ganz bestimmte heilgymnastische Bewegungen, wie sie zum Teil von ihm modifiziert worden sind. Dank seiner speziellen gymnastischen Ausbildung auf dem gymnastischen Central-Institut in Stockholm, wandte er gymnastische Übungen an in der Absicht, dadurch, dass er bestimmte Muskelgruppen in Thätigkeit versetzte, auf den Allgemeinzustand seiner Kranken zu wirken und ausserdem je nachdem eine Blutzufuhr zu oder eine Blutableitung von den Beckenorganen durch bestimmte Bewegungen zu erzielen.

In dem Kapitel über „Gymnastik“ werden wir sehen, dass die „Massage“ nur ein Zweig der schwedischeu Heilgymnastik ist

und zu den sogenannten passiven Bewegungen gehört. Es ist deshalb nicht richtig ausschliesslich von „gynäkologischer Massage“ zu reden, und wir haben deshalb unserem Buche den Titel „Die Heilgymnastik in der Gynäkologie“ gegeben.

Denen, welche in der vorerwähnten Richtung jenen Irrtum des einseitigen Betonens der „Massage“ begangen haben, möchten wir indes keinen zu schweren Vorwurf machen und bekennen, dass wir selbst in den ersten zwei Jahren, in denen wir die Massage in Genf ausgeübt haben, nicht nur die gymnastischen Bewegungen vollständig vernachlässigt haben, — und zwar zum Nachteil unserer Kranken — sondern auch unser Verfahren nicht streng nach Thure Brandt geübt haben. Trotz der deutschen Publikationen über die Methode des letzteren und eigener Anwendung auf unserer gynäkologischen Klinik, haben wir die Methode in ihrem vollen Umfange nicht gekannt. Wir tappten im Finstern, und auch unsere Resultate entsprachen weder unseren Erwartungen noch den Erfolgen, wie sie Thure Brandt mitteilt.

Um über diese Punkte Aufschluss zu erhalten, gingen wir zwei Monate nach Stockholm zu Thure Brandt selbst. Schon nach einigen Tagen wurden uns unsere Irrtümer klar, und erkannten wir, dass die Technik Thure Brandts so kompliziert ist, dass man sie sich nicht so leicht zu eigen macht, und dass, um ihre Details zu verstehen, es selbst für einen geübten Gynäkologen nicht genügt, eine Anzahl Publikationen über den Gegenstand zu lesen, selbst nicht das Buch Thure Brandts, welches ins Deutsche übersetzt ist.

Es ist absolut notwendig, zunächst die wichtigsten Handgriffe der Methode unter der Aufsicht Thure Brandts selbst oder eines seiner Schüler geübt zu haben. Erst dann wird man die Litteratur mit wirklichem Nutzen verwerten können.

Zur korrekten Anwendung gehört weiterhin in erster Linie, dass die Diagnostik so sorgfältig und genau sein muss, wie bei jedem anderen gynäkologischen Eingriff, wenn sich nicht der Operateur Misserfolgen und unangenehmen Vorkommnissen aussetzen will.

Man darf ferner nicht vergessen, dass die Behandlung viel Geduld und auch körperliche Kraft erfordert. Der Leser wird sich in nachfolgendem überzeugen können, dass die Ausübung der Methoden Thure Brandt's nicht so leicht ist. Wir nehmen deshalb seine Nachsicht in Anspruch, wenn wir einige Wiederholungen, welche für

die Klarheit des Gegenstandes notwendig sind, nicht vermeiden können.

Um ihm das Verständnis dafür zu erleichtern, fügen wir eine grosse Anzahl Original-Abbildungen bei, von uns selbst unter Anleitung Brandts nach der Natur gezeichnet.

Zum Schluss werden wir noch einige Krankheiten besprechen, welche nicht in den Rahmen der Gynäkologie gehören, z. B. die chron. Obstipation, den Prolapsus recti etc., welche gleichfalls mit Erfolg mit Gymnastik und Massage behandelt werden.

Geschichtliches.

Obwohl die Massage nunmehr seit längerer Zeit hinreichende Berücksichtigung in der Behandlung chirurgischer Affektionen gefunden, hat sie sich jetzt auch auf dem Gebiet der Gynäkologie, wenn auch nur mit grosser Mühe, in einzelnen Ländern Eingang verschafft, während sie in anderen vollständig unberücksichtigt geblieben ist.

Trotzdem der Mangel einer rationellen Behandlungs-Methode sich nur allzuoft fühlbar machte in Fällen, wo die operative Behandlung allein nicht ausreichte und eine zweckentsprechende Nachbehandlung sich erforderlich erwies, oder die bestehenden Veränderungen überhaupt einen operativen Eingriff nicht als hinreichend geboten erscheinen liessen, wurde dieses neue Verfahren in den Hintergrund gestellt und oft genug auf das Heftigste bekämpft.

Denn diese Methode hatte unglücklicher Weise einen grossen Fehler: sie war das Werk eines Laien und genoss daher von vornherein kein Zutrauen. Selbst in seinem eigenen Vaterlande wurde ihr Schöpfer verhöhnt; die medizinischen Gesellschaften von Stockholm und von Christiania erklärten diese neue Methode der Behandlung von weiblichen Geschlechtskrankheiten für gefährlich und unmoralisch. Prof. Malmsten war einer ihrer hauptsächlichsten Gegner; die schwersten Angriffe wurden gegen sie gerichtet. Trotz aller dieser Schwierigkeiten hat sich Thure Brandt seit mehr als 30 Jahren dem Studium der weiblichen Geschlechtskrankheiten gewidmet. Er hat die verstecktesten Stellen des Beckens zu erforschen gesucht. Unabhängig von der ärztlichen Wissenschaft hat er sich selbst eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode geschaffen, mit welcher er Tausende von Hei-

lungen erzielt hat. Dank seiner unermüdlichen Ausdauer uud Überzeugung hat er einem Teil der medizinischen Welt seine Ideen beigebracht, und aus allen Ländern kommen Kranke zu ihm.

Die bitteren Enttäuschungen, welche er lange Jahre hindurch hat ertragen müssen, finden jetzt eine reiche Entschädigung in der Thatsache, dass seit einigen Jahren sich Gynäkologen ersten Ranges nach Stockholm begeben, um den „Vater der Massage auf dem Gebiet der Gynäkologie" kennen zu lernen.

Wir freuen uns ihm öffentlich zu seinen Erfolgen Glück wünschen zu können.

Jeder, der Thure Brandt kennen gelernt hat, hat sich überzeugen müssen, dass er vor sich einen hochachtbaren, wahrheitsliebenden, alle Unexaktheit verabscheuenden Mann hatte. In liebenswürdigster Weise öffnet er seine Behandlungsräume allen denjenigen Ärzten, welche sich für seine Methode interessieren und speziell gynäkologisch geschult sind. Er spart keine Zeit, um sich mit ihnen mehrere Stunden am Tage zu beschäftigen und lässt sie bereitwilligst seine eigenen Untersuchungsbefunde jederzeit kontrollieren.

Trotz aller seiner Erfolge und trotz seiner unantastbaren Persönlichkeit hat Thure Brandt doch erst seit 1887 seine Behandlungsmethode in ärztlichen Augen zu Ehren bringen können, und zwar dank folgender Umstände.

Dr. Profanter aus Wien, welcher im Winter 1885—1886 bei Thure Brandt dessen Behandlungsmethode studierte und sich von deren Wert überzeugte, überredete Brandt und seinen Schüler Dr. Nissen aus Christiania, nach Jena zu gehen und dort unter der Kontrolle von Prof. Schultze eine Anzahl Kranker zu behandeln. Die Richtigkeit der Behandlungsmethode desselben wurde vollauf bestätigt.

Brandt behandelte in Jena 16 Fälle und zwar chronische und subakute Parametritis, Oophoritis, Perioophoritis, Retroflexio und descensus uteri, Totalprolaps und Hämatoma uteri. Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 2 und 8 Wochen, in der Mehrzahl der Fälle trat vollständige Heilung ein, in dem Rest eine erhebliche Besserung des Zustandes.

Profanter kommt das Verdienst zu, die gynäkologische Massage in Deutschland allgemeiner bekannt gemacht zu haben,

indem er sie aus dem bescheidenen Arbeitszimmer des schwedischen Gymnasten in den Palast der wissenschaftlichen Medizin einführte. Profanter beschreibt den Aufenthalt Brandts in Jena im Nov. 1886 in einer Abhandlung, welche 1887 unter dem Titel: „Die Massage in der Gynäkologie“ erschien.

Prof. Schultze steht in der Vorrede dieser Arbeit nicht an, die Methode Brandts in ihrem vollen Umfange zu empfehlen und sagt: „Wir haben die Überzeugung gewonnen, dass man mit der Brandtschen Methode in der Behandlung parametritischer Affektionen des Uterus gute Resultate erhalten kann, indem man diese Fixationen dehnt und löst; in anderen Fällen ist man im stande, bestimmten Ligamenten ihre Elasticität wiederzugeben, welche sie unter dem Einfluss einer Senkung oder eines Prolapsus uteri verloren haben.“

Schultze, den wir in Stockholm kennen gelernt haben, hat uns selbst erklärt, dass er ein warmer Verteidiger der Methode Brandts sei.

Von anderen Publikationen über diesen Gegenstand wollen wir speziell die von Dr. Nissen aus Christiania erwähnen, dem ersten skandinavischen Arzt, welcher die Methode Thure Brandts anwendete und lebhaft vertrat.

Weiterhin seien erwähnt Reves Jackson (Transactions of the amer. gynecological Society V, 1881), welcher gute Resultate bei Fällen chronischer Metritis erhalten hat, und Asp (Virchow u. Hirsch, Jahresbericht 1879 XIII, 11, 3), Direktor eines heilgymnastischen Instituts in Helsingfors, welcher Peri- und Para-Metritiden und chronische Metritis mit Erfolg behandelt zu haben angiebt.

Von den deutschen Ärzten nennen wir Prochownik, der sich eine von der Thure Brandtschen unabhängige Methode geschaffen hat. Obwohl er angiebt, dass die Massage sehr schmerzhaft sei, so macht er doch von ihr Gebrauch, um die Resorption pathologischer Produkte zu beschleunigen und Narben im Becken-Bindegewebe zu dehnen (Berichte der 57. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte 1884).

Rosenstein (Centralblatt für Gynäkologie V pg. 13. 1881), berichtet über einen Fall von Hämatocele retro-uterina, entstanden durch Anwendung des galvanischen Stromes auf den schwan-

geren Uterus, mit der Absicht einen künstlichen Abort hervorzurufen; Anwendung der Massage bewirkte schnelle Resorption. Peters und Bunge berichten ebenfalls über Erfolge bei Hämatocele. Von österreichischen Autoren seien Chrobak, Bandel, Heitzmann, Reibmayr, Winiwarter und Gussenbauer angeführt. Aus Frankreich eine Publikation von Norström; aus der Schweiz von Vulliet.

Wenn man diese Arbeiten zergliedert — was wir bis auf die Arbeit von Nissen, welche norwegisch geschrieben ist, und welche wir nur im Auszug gelesen haben, gethan haben — so ist man erstaunt, über die Methode und das ganze Prinzip Thure Brandts z. Th. die oberflächlichsten Angaben zu finden, mit geradezu entgegengesetzter oder zum mindesten sehr unexakter Indikationsstellung.

Chrobak z. B. beschreibt die Uterus-Massage folgendermassen: „Nachdem der Operateur den Uterus wie bei einer bimanuellen Untersuchung zwischen die Finger der beiden Hände genommen hat, übt er einen gleichmässigen, leichten Druck auf denselben aus und lässt dann eine leichte Knetung (Pétrissage) der unteren Bauchwand folgen.“ Ziegenspeck findet, das die von Thure Brandt bei der Behandlung von narbigen Schrumpfungen angewandte Kraft zu gering sei und rät dieselbe etwas zu vermehren.[1]) Brandt hat aber uns jederzeit darauf aufmerksam gemacht, dass man diesem Vorschlag nicht folgen dürfe, wenn man nicht Nackenschläge erleiden wolle. Einen sehr lehrreichen Beweis für die Richtigkeit dieser Ansicht bot uns eine Kranke, die bei Thure Brandt von einem seiner Schüler zu energisch behandelt worden war, und im Anschluss daran ein Exsudat bekam.

Heitzmann empfiehlt je nach Umständen in die vagina ein oder zwei Finger, ja selbst die halbe Hand einzuführen, während Brandt sich zu dem Zweck nur eines Fingers bedient.

Im allgemeinen mag das jeder Arzt halten, wie er will, wenn er nur ebenso günstige Resultate wie Thure Brandt erhält. Die Mehrzahl der Autoren glaubt ferner, dass man die Massage erst

[1]) Anm. des Uebersetzers: Bei einem etwas grösseren Kraftaufwand, als Thure Brandt selbst rät, scheint Ziegenspeck auch seiner neuesten, eben erschienenen Publikation nach stehen geblieben zu sein, denn er sagt in derselben im Kapitel Massage: „wie die innere Hand soll auch die äussere einen geringen Schmerz erzeugen.“

anwenden solle, wenn alle anderen Behandlungsmittel schon erschöpft wären, weil, wie Prochownik sagt, dieselbe schmerzhaft ist, sehr viel Zeit kostet und die Patienten sie leichter über sich ergehen lassen, wenn man sie ihnen gewissermassen als ultimum refugium vorschlägt.

Nachdem nun Thure Brandts Methode in Jena die Probe bestanden hatte, kamen eine Reihe von Gynäkologen nach Stockholm, um dort dieselbe zu studieren. Diejenigen Arbeiten, welche von der Zeit ab erschienen, sind folgende:

Profanter: „Die Massage in der Gynäkologie, Wien 1888." Schauta: „Über gynäkologische Massage" (Prager medizin. Wochenschrift Nr. 43, 1887), giebt eine gute Beschreibung von der Methode Thure Brandts, wenn schon etwas sehr knapp, und schlägt vor, den Ausdruck „gynäkologische Massage" durch den Ausdruck „manuelle Behandlung der weiblichen Beckenorgane" zu ersetzen. Resch: „Über die Anwendung der Massage bei Krankheiten der weiblichen Sexualorgane" (Centralblatt für Gynäkologie, No. 32, 1887). Resch, Übersetzung von Brandts Originalarbeit 1888, enthält zahlreiche Irrtümer. Theilhaber (Münchner medizin. Wochenschrift No. 27—28, 1887), welcher eine ziemlich ausführliche Abhandlung im Einklang mit Brandts Auffassung über die Dehnung von Adhärenzen giebt, vernachlässigt das, was sich auf die gymnastische Behandlung bezieht. Von Preuschen, (Centralblatt für Gynäkologie No. 13, 1887), stellt Heilungsfälle von Prolapsus uteri zusammen und weist speziell auf den günstigen Einfluss der Gymnastik auf die Muskulatur des Beckenbodens hin. Er weist nach, ohne indes eine Erklärung zu dieser Erscheinung zu geben, dass sich mit einer Widerstands-Gymnastik der Adduktoren die Beckenmuskulatur kontrahiert, ganz speziell der M. levator ani. Die letztere Wirkung werde durch eine leichte Hebung des Beckens während der Ausführung der Bewegung noch verstärkt.[1])

Mit der Zusammenziehung des levator werde das Becken-Diaphragma gehoben und dadurch die Vaginalportion verhindert herabzutreten. Die Uterus-Lüftungen hätten keinen anderen Zweck als die Retroversion zu beseitigen. Derselbe Autor berichtet weiter-

[1]) Anm. Ziegenspeck kann diese Erscheinung nicht bestätigen; ebenso wenig bin ich bisher in der Lage gewesen, dieselbe konstatieren zu können.

hin (Centralblatt für Gynäkologie No. 30, 1888) über drei Heilungsfälle von Prolapsus uteri.

Lindblom: „Über Thure Brandts gynäkologische Gymnastik“ (Münchener medizin. Wochenschrift No. 46 ff. 1888) lässt in seinen Ausführungen erkennen, dass er von der Wichtigkeit gerade auch der gymnastischen Behandlung überzeugt ist. Leider enthält seine Arbeit keine Tafeln, um das Verständnis des Lesers zu erleichtern. Fränkel: „Über manuelle Behandlung des Scheiden-Gebärmutter-Vorfalles“ (Breslauer Ärzte-Zeitschrift No. 10, 1888), führt einen Fall von Prolapsus uteri an.

Seiffart: „Die Massage in der Gynäkologie“ (Stuttgart, Enke 1887), welcher die Methode als Assistent Schultzes zu lernen Gelegenheit hatte, spricht die Ansicht aus, dass es unmöglich wäre, die Technik aus Büchern zu lernen und verzichtet daher auf jede Wiedergabe der Technik. Er berichtet über 12 eigene Fälle von Parametritis, Oophoritis, Perimetritis und einen seit 26 Jahren bestehenden Prolaps; im ganzen hat er die Massage 60 mal angewandt.

Winawer: „Über die Thure Brandt'sche Methode als Mittel die erkrankten Tuben palpierbar zu machen“ (Centralblatt für Gynäkologie No. 52, 1888.)

Kumpf: „Heilung des Prolapsus uteri durch Gymnastik“ (Wiener klinische Wochenschrift 1889, No. 36, 37) berichtet über zwei Fälle von Heilung, von denen besonders der eine, welcher in interessanter Weise den Einfluss der Hebungen zeigt, ausführlicher abgehandelt wird.

Profanter: „Die manuelle Behandlung des Prolapsus uteri“ (Wien 1888) giebt ein Bild von der Behandlung im allgemeinen und beschreibt dann noch ganz ausführlich einen Fall von Prolaps, welcher durch Brandt in Jena geheilt wurde. Unter vergleichender Heranziehung der Krankengeschichte von Skutsch und dessen status ein Jahr nach der Behandlung, sagt er, dass er die Vaginal-Portion vor und über der Verbindungslinie der spinae ossis ischii fand; die vordere Muttermundslippe 5 cm hinter und ein wenig oberhalb des unteren Symphysen-Randes. Der Uterus stand retroflektiert. Es handelte sich also um das gleiche Resultat, welches man mit der Mehrzahl der Kolporrhaphien erhält, d. h. Heilung des Descensus, aber Fortbestehen der Retroflexion.

Gielsky (Centrallblatt für Gynäkologie 1889 No. 14) giebt die Prinzipien der Methode Brandts mit bestimmten Modifikationen wieder und will z. B. den eingeführten Finger durch ein Instrument ersetzt wissen, eine überaus unglückliche Idee, bei deren Befolgung natürlich alle Vorteile der bimanuellen Massage verloren gehen müssten.

Fellner: „Die Thure Brandtsche Behandlung der weiblichen Sexualorgane“ (klinische Zeit- und Streitfragen, Band III, Heft 4, Wien 1889) berichtet über teils in Stockholm bei Brandt, teils in seiner eigenen Praxis gesammelte Resultate.

Reibmayr: „Zur Technik der Thure Brandt-Massage und Heilgymnastik in der Gynäkologie“ (Wiener mezdiin. Wochenschrift 1889.)

Weissenberg: „Zur gynäkologischen Becken-Massage“ (Centralblatt für Gynäkologie 1889.)

M. Braun: „Klinische Beiträge zur manuellen Behandlung der Frauenkrankheiten“, (Wien 1889.)

Pawlik: „Behandlung des Prolapsus uteri“ (Centralblatt für Gynäkologie 1889, No. 13) ist mit den erhaltenen Resultaten nicht zufrieden.

Streynowsky: „Über Verwendung der Massage bei Prolapsus uteri nach der Methode von Thure Brandt“ (Wiener medizin. Presse 1888, No. 33.)

Goldspiegel: „Du traitement manuel des maladies de femmes selon la méthode de Thure Brandt“. (Paris, Archiv de Toxologie 1889.)

Freudenberg: „Die mechanische Behandlung von Unterleibs-Tumoren“ (Berlin 1890) sagt in seiner sehr gewissenhaften Arbeit, dass er sehr gute Resultate bei Hämorrhagien erzielt habe. Er führt 6 Fälle an; 1 Fibrom von der Grösse einer Wallnuss, in der vorderen Uterus-Wand sitzend; 2 subseröse Fibrome von der Grösse eines Kindskopfes und 3 Fälle multipler Myome, bei denen der Uterus etwa die Grösse wie bei einer Gravidität vom 6. bis 7. Monat hatte.

Hertzsch: „Klinische Beiträge zur Thure Brandtschen Behandlung“ (1890) hat über gute Resultate zu berichten.

Landau: „Untersuchung und Diätetik Schwangerer und Wöchnerinnen“ (Verh. der Berliner medizin. Gesellschaft 1890), brachte

die Methode Brandts bei schwangeren Frauen zur Anwendung, bei denen der Uterus die Erscheinungen einer Kompression der Harnblase hervorrief. Er wendete sie ferner an bei Obstipation, welche durch Druck des graviden Uterus auf rectum und colon bedingt sind, sowie auch bei Insufficienz der Bauchpresse. Er bedient sich ferner der Methode bei durch die Schwangerschaft bedingten Kreuzschmerzen und Nervenschmerzen, ferner bei den Zirkulationsstörungen (Oedem, Varicen) welche sich nicht nur allein zufolge des direkten Druckes des Uterus, sondern auch zufolge spontaner der Erweiterung der Becken-Venen entwickeln. Während sonst derartige Schwangere mit Worten getröstet würden, zum Bettliegen veranlasst und symptomatisch behandelt würden, giebt Landau an, dass er mittelst Gymnastik und vorsichtigen Lüftungen rasch die Beschwerden der Kranken lindere. Der Uterus kehre nicht, wie man etwa zu vermuten geneigt sein könnte, nach vorgenommener Lüftung in seine alte Stelle zurück, sondern er bliebe etwas höher stehen und die Druckerscheinungen gingen zurück. Möglicherweise lagerten sich einige Eingeweideschlingen vor und verhinderten so das Rückkehren des Uterus in seine alte Lage, während die Fäkalmassen und die Darmgase nach dem S Romanum und dem rectum entweichen könnten[1]) mit Bezug auf Fälle von unstillbarem Erbrechen bei Schwangeren, spricht er die Vermutung aus, dass die Fälle, welche angeblich nach der Methode von Copemann geheilt seien, sich vielleicht dadurch erklären liessen, dass unbewusst eine Lüftung des Uterus von der Scheide her stattgefunden habe. Er fügt dieser Behandlungsmethode ergänzend noch gymnastische Bewegungen, welche Blut-ableitend vom Becken wirken sollen, hinzu.

Zum Schlusse wollen wir nun noch einige Worte über Thure Brandt selbst hinzufügen. Im Beginn seiner Thätigkeit besass Brandt, wenn auch Laie, doch einige oberflächliche medizinische Kenntnisse. Er gehörte zu der Zahl derjenigen schwedischen Offiziere, welche eine Reihe von Jahren einen Kursus in der Heil-Gymnastik an dem königlichen gymnastischen Central-Institut durchmachen, wo man ihnen Anatomie unter Hinzunahme von Secier-

---

[1]) Anm. des Übersetzers. Dieser Auffassung stehen aber sehr triftige anatomische und physiologische Bedenken entgegen, auf welche näher einzugehen sich der Übersetzer hier nicht gestatten kann.

übungen, Physiologie, Allgemeines aus der Hygiene und Pathologie, und die Gymnastik selbst praktisch und theoretisch lehrt. Diese Leute behandeln dann am Institut unter Aufsicht bestimmter Ärzte auch die verschiedenartigsten Kranken. Nachdem er seine Studien im Jahre 1842, unter dem Direktorium von Branting und Georgy beendet hatte, wirkte er 1843 und 1844 als sogenannter Repetitor am Institut, erhielt dann im Alter von 23 Jahren den Titel eines sogenannten Gymnastik-Professors in Norköping, wo er in der Folgezeit bald Gelegenheit fand, viele Frauen mit Gymnastik zu behandeln.

Im Jahre 1847 ereignete sich ein Fall, der auf die ganze Laufbahn Brandts von entscheidendem Einfluss war und ihn gewissermaassen indirekt auf das Gebiet der Gynäkologie führte. Es konsultierte ihn ein junger Soldat mit einem rectum-Vorfall. Da kein Arzt bei der Hand war, so nahm Brandt der Kranken in seine Behandlung und zwar mit dem Gedanken, dass er vielleicht, wenn er von aussen einen Zug auf den Darm ausüben könnte, das rectum reponieren könne. Er lagerte den Patienten in entsprechender Weise, grub mit seiner Hand langsam sich in das linke Hypochondrium ein, suchte die Schlinge des S Romanum zu erfassen und zog sie vorsichtig nach oben, während er leichte Zitterbewegungen ausführte, welche auf die Muskulatur und die Darmnerven wirken sollten. Der Darm wurde reponiert und der Kranke geheilt. Man findet dann in Brandts Schrift: „Gymnastiken“ noch den Bericht über einen Fall von Prolapsus recti, der 23 Jahre bestand und in 2 Monaten geheilt wurde. Brandt las nun in der Arbeit eines Dr. Liedbeck, dass in bestimmten Provinzen Schwedens, besonders in Dalekarlien, der Descensus uteri ausserordentlich häufig wäre. Er kam auf die Idee, derartige Patienten in analoger Weise zu behandeln. Er studierte zu dem Zwecke die Anatomie der Beckenorgane und kam zu dem Schluss, dass er die reponierte Gebärmutter bimanuell in die Höhe ziehen könnte und sie so zu sagen wieder an ihren eigenen Bändern aufhängen könnte. Am 10. August 1861 consultierte ihn eine Frau von 47 Jahren, welche seit 27 Jahren an Prolapsus uteri litt. Indem er bei ihr seine theoretisch konstruierte Methode zur Anwendung brachte, heilte er sie in 14 Tagen.

Kurze Zeit darauf glückte ihm eine zweite solche Behandlung.

Diese Heilungen machten natürlich viel von sich reden, und viele Patientinnen mit den verschiedenartigsten Erkrankungen strömten ihm zu. Allmählich schuf er sich so eine Methode, welche aus bestimmten lokalen Handgriffen mit speziellen gymnastischen Übungen bestand. Letztere wandte er deshalb an, weil er bemerkt hatte, dass derartige unterleibskranke Patientinnen häufig noch anderweitige Symptome darboten, auf welche eine gymnastische Behandlung einen sehr wohlthätigen Einfluss äusserte.

Er übertrug dann ferner auf die Gynäkologie den Erfahrungssatz, dass man mittelst Massage entzündliche Produkte zur Resorption bringen könne und behandelte infolgedessen sehr erfolgreich Fälle von chronischer Metritis, von Becken-Exsudaten und Adhäsionen. Im Jahre 1862 hatte er Gelegenheit eine Frau, welche wiederholt geboren hatte, zu behandeln, welche zufolge von Erschlaffung des sphincter vesicae an incontinentia urinae litt. Er gab ferner mehrere Methoden zur Reposition des Uterus an und schuf sich ein ganzes gynäkologisches Arsenal.

Wir können nach alledem unsere Bewunderung einem Mann nicht versagen, welcher ohne eigentliches Studium der Medizin uns eine Methode beschert hat, welche berufen ist, eine grosse Rolle in der Gynäkologie zu spielen, und welche, mag sie andere Behandlungsmethoden ersetzen oder sich mit ihnen ergänzen und vereinen, manchmal die Operationswut einer ganzen Reihe moderner Gynäkologen in die rechten Grenzen weisen wird.

Zu guter Letzt wollen wir noch zur Beruhigung derer, welche Brandts Methode als gefährlich zu brandmarken versuchen, nicht verschweigen, dass Brandt während seiner ganzen, langen Laufbahn nicht eine Patientin an Peritonitis oder Embolie verloren hat.

Physiologisches
über
Gymnastik und Massage.

Zum Verständnis des Einflusses der Gymnastik und Massage auf den Organismus gehört in erster Linie die Kenntnis vom Blut- und Lymphstrom in den einzelnen Gebieten und Organen des Körpers. Unter gewöhnlichen physiologischen Bedingungen geben die Gewebe die Menge von Blut-Serum, welche sie zu ihrer Ernährung empfangen hatten, nach entsprechender chemischer Veränderung an ihre Umgebung wieder ab. Diese Flüssigkeit tritt dann in die Lymphspalten, welche den Anfang der Lymphgefässe bilden. Diese Lymphspalten haben einen Endothel-Überzug und gehen in das Lymph-Kapillarnetz über, aus dem dann die grösseren Lymphgefässe hervorgehen. Die grösseren Lymphgefässstämme besitzen eine bindegewebige Wand und eine mehr oder weniger ausgeprägte Schicht von glatten Muskelfasern, welche ringförmig und schräg angeordnet sind. Die Muskelschicht ist besonders an den Lymphstämmen der unteren Extremitäten, sowie an dem ductus thoracicus entwickelt. Ausserdem haben die Lymphgefässe ein System von Klappen. Die Lymphgefässe münden auf der konvexen Oberfläche der Lymphdrüsen, und breiten sich hier aus, während an der konkaven Seite die ausführenden Stämme die Drüsen verlassen. Für die Lymphzirkulation sind eine Reihe von Faktoren von Wichtigkeit, unter denen besonders Muskelbewegungen eine grosse Rolle spielen. Braune hat weiterhin gezeigt, dass die grossen Aponeurosen der unteren Extremitäten und besonders auch das ligamentum Poupartii eine rhythmische Aspiration der Lymphe in zentripetaler Richtung bewirken. Herzog wies

einen ähnlichen Einfluss der Aponeurosen in der regio clavicularis nach. Auf die Hauptstämme innerhalb des Thorax übt der dort herrschende negative Druck ebenfalls eine aspirierende Wirkung aus. So hat das Lymphsystem kein eigenes Pumpwerk, wie es das Herz für den Blutkreislauf darstellt, sondern die treibenden Kräfte für den Lymphstrom sind Aspiration, Druckpumpbewegung von den umgebenden Weichteilen aus und wahrscheinlich auch ein gewisser Eigenstrom. Die Lymphe besteht aus dem Plasma, den sogenannten Lymphkörperchen, aus ganz kleinen anderweitigen molekulären Körnchen und vereinzelten roten Blutscheiben. Die Lymphe befördert nicht nur allein die Stoffe, welche zur Ernährung und zum Aufbau der Gewebe notwendig sind, sondern auch alle Fremdkörper und Stoffe, soweit sie nicht mechanisch ein Kreisen im Lymphstrom unmöglich machen.

Die direkte Wirkung der Massage auf das Blutgefässsystem besteht mutmasslich in einer Wirkung auf die Gefässnerven. Man weiss, dass ein leichter Hautreiz eine Gefässkontraktion hervorzurufen im stande ist, während ein starker Reiz eine Lähmung der Vasomotoren und Gefässmuskulatur, und somit eine Gefäss-Dilatation hervorzurufen im stande ist. Auch indirekt, d. h. auf reflektorischem Wege, wirkt die Massage auf die Blutzirkulation und die Schlagfolge und das Schlag-Volumen des Herzens. Wir können annehmen, dass wir durch vorsichtige Massage-Handgriffe, welche durch eine bestimmte Zeit hindurch fortgesetzt werden, auf die Blutverteilung in bestimmten Organen oder bestimmten Gebieten des Körpers im zuleitenden oder im ableitenden Sinne auszuüben im stande sind.

Die Erregbarkeit sensibler Nerven kann durch leise Reize gesteigert, durch stärkere abgeschwächt, durch sehr starke vorübergehend oder dauernd aufgehoben werden.

Mittelst der Massage kann man in dem angegebenen Sinne auf periphere Nerven wirken.

In analoger Weise, wie wir es eben bezüglich der Massage darzuthun versucht haben, haben wir uns die Wirkung der Gymnastik vorzustellen, welche mit der Massage auf das innigste Hand in Hand geht und sich mit derselben ergänzt.

Mit dem Namen Heilgymnastik bezeichnen die Schweden aktive und passive Bewegungen, erstere zum grossen Teil in der

Gestalt von sogenannten Widerstandsbewegungen, sowie die Handgriffe der Massage und anderweitige spezielle Manipulationen.

Während die Massage in mehr indirekter Weise, d. h. durch Beeinflussung der Blut- und Lymph-Zirkulation und dadurch der Ernährung der Organe wirkt, werden spezielle Manipulationen angewandt, um ganz direkt auf den Zustand, besonders die Lagerungsverhältnisse ganz bestimmter Organe zu wirken, z. B. des Uterus, der Ovarien, der Tuben, des Rektum.

Diese Manipulationen bestehen in dem Verfahren der Reposition, der Redressierung, Dehnung, Hebung und Festhaltung dieser Organe, je nach der gegebenen Indikation und den anatomischen Verhältnissen.

Die Gymnastik dient entweder dazu, durch Beeinflussung der Zirkulationsverhältnisse, der Innervation oder des Spannungszustandes der Gewebe, auf die Massage vorzubereiten oder auf den Allgemeinzustand des Körpers zu wirken, auf Gesamtzirkulation, Verdauung, Respiration etc.

Der Arzt muss bei der Anwendung der Massage wie der gymnastischen Bewegungen anfangs vorsichtig sein und vor allen Dingen nicht zuviel des Guten thun, er muss vor allem bezüglich der aufzuwendenden Kraft sehr langsam und vorsichtig zu Werke gehen. Darin liegt das Geheimnis guter Resultate.

Allgemeine Beschreibung und Einteilung der gymnastischen Übungen und Massage-Handgriffe.

Die Gymnastik im engeren Sinne des Wortes zerfällt in aktive, passive und Widerstandsbewegungen.

Aktive Bewegungen sind solche, welche der Patient allein ausführt. Es gehören dazu alle die körperlichen Übungen und Bewegungen des täglichen Lebens und auch die sogenannte Zimmergymnastik. Diese Übungen begünstigen die Entwickelung der Muskulatur, die Zirkulation des Blutes und den Zustand unseres Nervensystems im allgemeinen.

Passive Bewegungen sind solche Bewegungen, welche eine andere Person mit dem Patienten ausführt, während die Muskeln des Kranken selbst erschlafft sind.

Die Widerstandsbewegungen, speziell in dem System Linggs ausgebildet, haben vor allen Dingen den Zweck, ganz bestimmte Muskelgruppen in Thätigkeit zu setzen und dadurch zu üben, dass bald von seiten des Bewegungsgebers, bald von seiten des Patienten, bestimmten Bewegungen gegenüber ein gewisser Widerstand entgegengesetzt wird. Die Widerstände müssen gut abgestuft werden und dürfen niemals zu starke sein. Giebt z. B. ein Patient zu starken Widerstand, so wird er die Atmung anhalten, das Diaphragma überanstrengen, die Bauchmuskeln kontrahieren und auf die Weise bestimmte Körpergebiete, z. B. den Kopf oder das Becken hyperämisch machen, während die Übungen gerade eine Ableitung des

Blutes von den betreffenden Teilen zum Zweck haben sollten. Gerade diese Widerstandsübungen sind wichtig für die Blutverteilung im Körper.

Die „Massage", im eigentlichsten Sinne des Wortes, setzt sich aus einer grossen Reihe von Handgriffen zusammen.

Jeder schafft sich mehr oder weniger seine Methode selbst, denn jeder bestrebt sich und glaubt das Beste zu finden. Die hauptsächlichsten Handgriffe sind folgende.

1. Die sogenannte Effleurage. Dieselbe besteht in Streichungen mit einem oder mehreren Fingern, mit den Fingerspitzen oder den ganzen Fingern, dem Daumen oder der Handfläche in zentripetaler Richtung längs der Oberfläche der Haut jederzeit in der ungefähren Verlaufsrichtung der Lymphgefässe. Man wendet grösseren oder geringeren Druck an, je nach dem anatomischen Ort und der bestehenden Empfindlichkeit. Man beginnt stets leise, legt nach und nach an Kraft zu und lässt nach und nach dieselbe wieder abschwellen.

Beim Massieren direkt auf der Haut fettet man dieselbe am besten mit etwas weisser Vaseline leicht ein.

2. Die sogenannten Frictions, d. h. Reibungen, welche man mit den End-Phalangen der Finger kreisförmig oder halbkreisförmig langsam von der Oberfläche nach der Tiefe zu vordringend ausführt.

3. Die Pétrissage oder das Kneten, welches darin besteht, die Weichteile, mit ein oder zwei Händen dieselben zwischen Daumen einerseits und den vier anderen Finger andererseits fassend, gewissermassen zupfend aufzuheben und gegen eine gegebene Unterlage oder gegen einander zu drücken. Bei der gynäkologischen Massage drücken die Finger der äusseren Hand gegen den in die Vagina eingeführten.

Der Masseur muss bei allen diesen Manipulationen darauf sehen, einer unnötigen eigenen Ermüdung vorzubeugen und vor allen Dingen eine bequeme Stellung einnehmen.

4. Tapotement: Hackungen und Klopfungen. Die Hackungen werden mit offener Hand, gespreizten Fingern und vollkommen schlaffem Handgelenk ausgeführt, indem man mit der Ulnar-Seite der Hand aufschlägt und die gespreizten Finger federnd gegen einander schlagen lässt. Die Klopfungen giebt man mit den Endgliedern der Finger oder mit der halbgeschlossenen Hand. Für

gynäkologische Zwecke geschieht das Tapotement vor allem in der Form von Klopfungen mit kurz auf einander folgenden Schlägen auf die Lenden- und Kreuzbein-Gegend. Dieselben werden über der Gesässgegend mit leicht geschlossener Faust, über der Kreuzbeingegend in der Weise ausgeführt, dass man unter Beugungen im Ellbogen- und dem vollständig lockeren Handgelenk die leicht geschlossene Hand mit einem gewissen Schwung niederfallen lässt, nachdem man kurz vor dem Aufschlagen der Finger gestreckt hat. Man wendet diese Kreuz- und Lendenklopfungen besonders an bei Lagerungs-Anomalien des Uterus und bei Erschlaffung der Ligamente. Liegt eine einseitige Relaxation vor, so werden besonders auf der betreffenden Seite die Klopfungen gegeben. Bei Neigung zu Blutungen wird das Tapotement nur sehr leicht ausgeführt und lässt man auf dasselbe einige sogenannte ableitende Bewegungen folgen. Wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, werden kurzdauernde Klopfungen eine Kontraktion der Gefässe bewirken, solche von längerer Dauer rufen eine beträchtliche Gefässerweiterung hervor, die sich bis zur vorübergehenden Paralyse steigern können.[1])

5. Vibrationen oder Erschütterungsbewegungen. Man führt dieselben in mehrfacher Weise aus. Einmal geschehen sie in der Weise, dass man ein Organ mit den leicht gekrümmten Endphalangen der Finger fasst und in leicht „schüttelnde“ Bewegung setzt. Die Bewegungen geschehen mit ruhig gestellten Hand- und Fingergelenken im Ellbogengelenk.

Andrerseits tragen die Vibrationen mehr den Charakter von zitternden Drückungen und werden dann je nach Bedarf mit den Endphalangen der Finger, oder mit der flach aufgelegten Hand ausgeführt. In der gynäkologischen Massage kommt ausschliesslich die erstere Weise zur Anwendung.

Nach kurzer Schilderung dieser hauptsächlichen Handgriffe der Massage gehen wir zunächst zur Schilderung derjenigen Bewegungen über, welche von Thure Brandt bei der Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten Verwendung finden.

---

[1]) Anm. des Übersetzers. Diese Annahmen stützen sich zum Teil auf klinisch gewonnene Thatsachen, sind im Grunde genommen aber sehr hypothetischer Natur. Jedenfalls liegen exakte, experimentelle Beweise für dieselbe noch nicht vor.

I.

Gymnastik.[1]

Aktive Bewegungen. Freiübungen.

1. Gangstehend Armheben unter Tiefatmen.

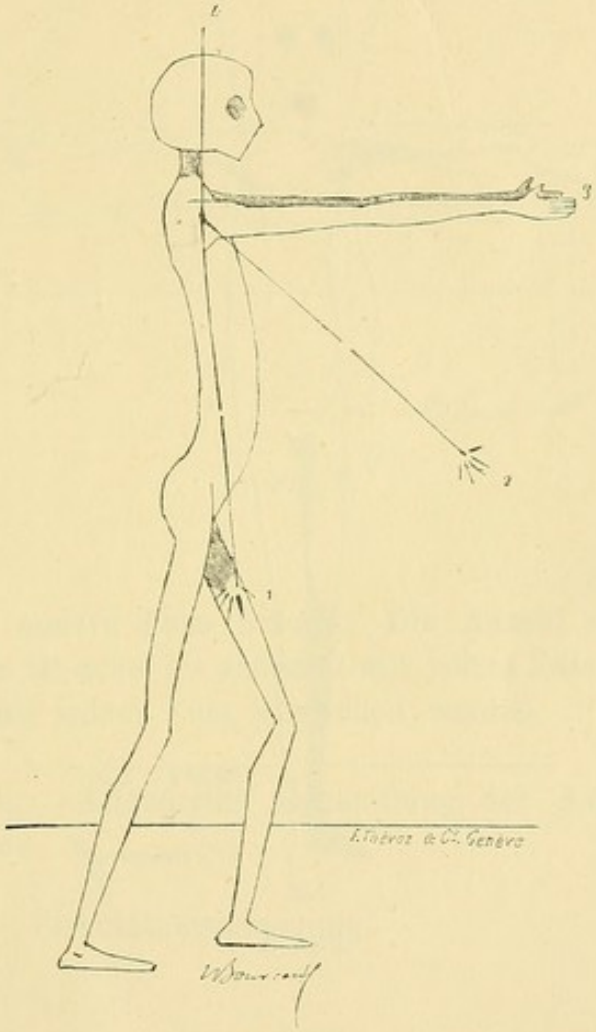


Fig. 1.

Die Patientin hebt in Schrittstellung beide Arme vorwärts aufwärts mit einander zugekehrten Handflächen, und senkt dieselben dann

[1]) Anm. des Übersetzers. Man vergleiche zu diesem Kapitel die Bemerkungen über den Werth und der physiologischen Wirkung der gymnastischen Übungen im Vorwort des Übersetzers.

langsam seitwärts abwärts, wobei die Handflächen nach unten gedreht werden. Beim Heben der Arme atmet dieselbe tief ein, beim seitlichen Senken langsam aus. Die Übung wird fünf- bis

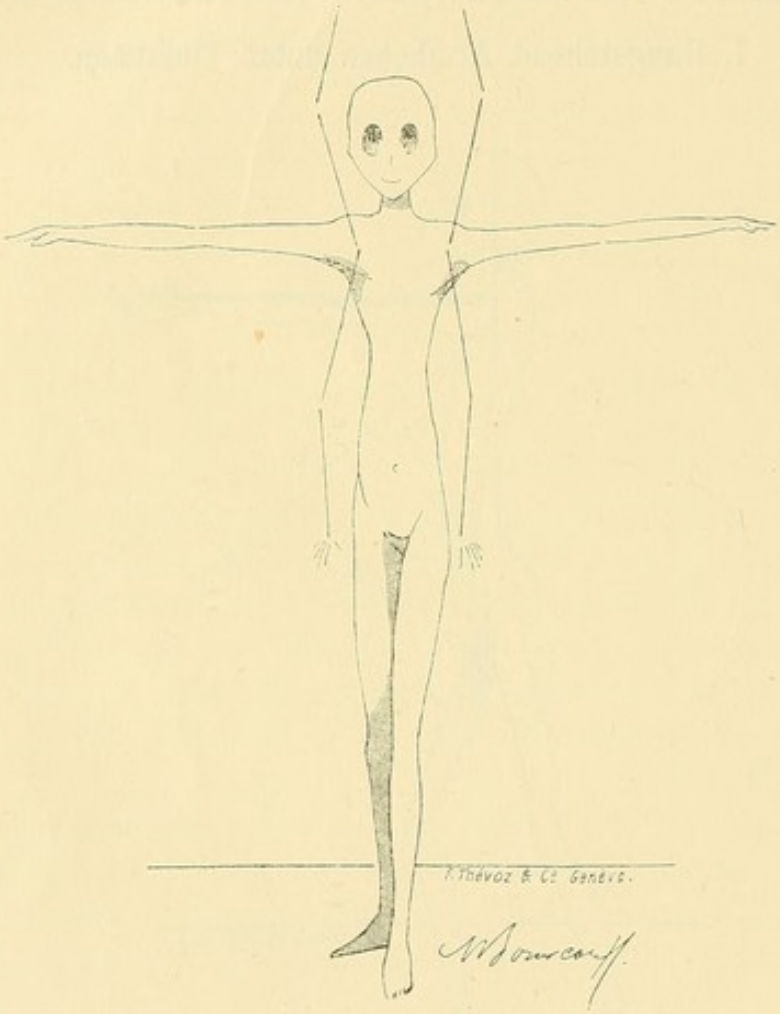


Fig. 2.

zehnmal hintereinander gemacht und nach kurzer Pause nochmals wiederholt.

Anwendung: Allgemeinbehandlung der Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Hauptsächlich Atembewegung.

2. Halbliegendes Fusskreisen.

Patientin liegt mit etwas erhöhtem Kopf und Nacken, das eine Knie gestreckt, das andere darüber hinweggekreuzt und führt im Fussgelenk kreisende Bewegungen des übergeschlagenen Fusses von innen nach aussen aus. Die Stellung der Füsse wird dann gewech-

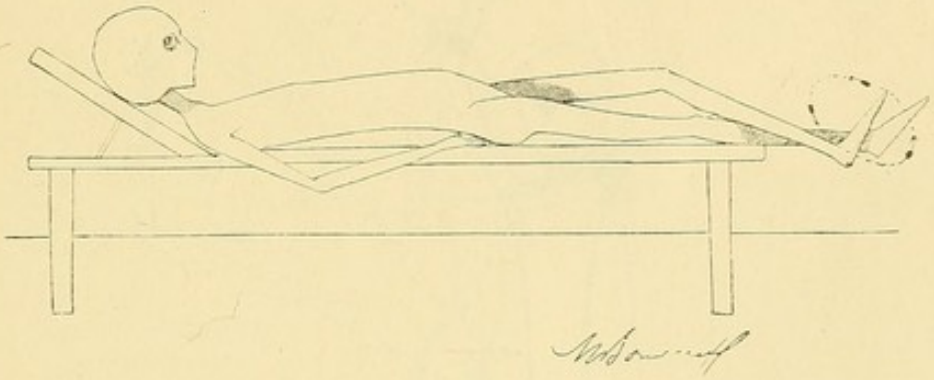


Fig. 3.

selt und der andere Fuss bewegt. Die Anzahl der ausgeführten Kreisführungen ist acht- bis zehnmal mit jedem Fuss, können aber in 2—3 Serien mit jedem Fuss wiederholt werden.

Anwendung: Allgemeine Behandlung der Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Zirkulationsbewegung.

3. Streck-, Stütz-, Spalt-stehend, Rumpf-, Wechsel-, Seitwärts-Beugung.

Die Patientin steht mit dem Kreuz gegen einen Gegenstand gelehnt, mit gespreizten Beinen und aufwärts gestreckten Armen, und führt

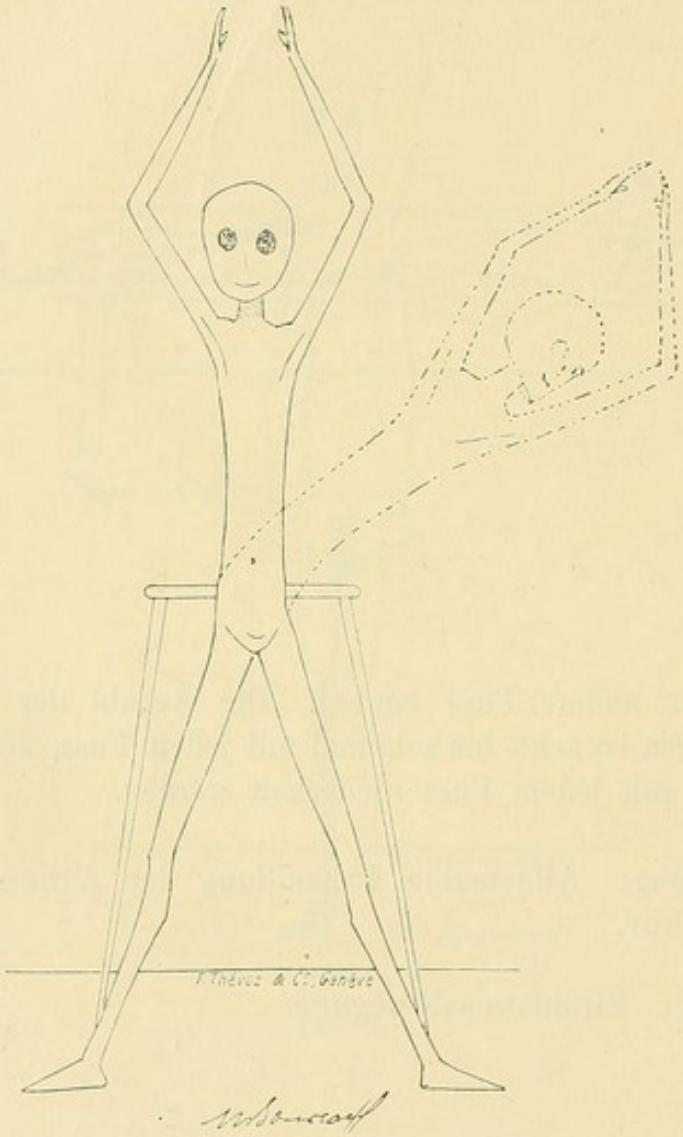


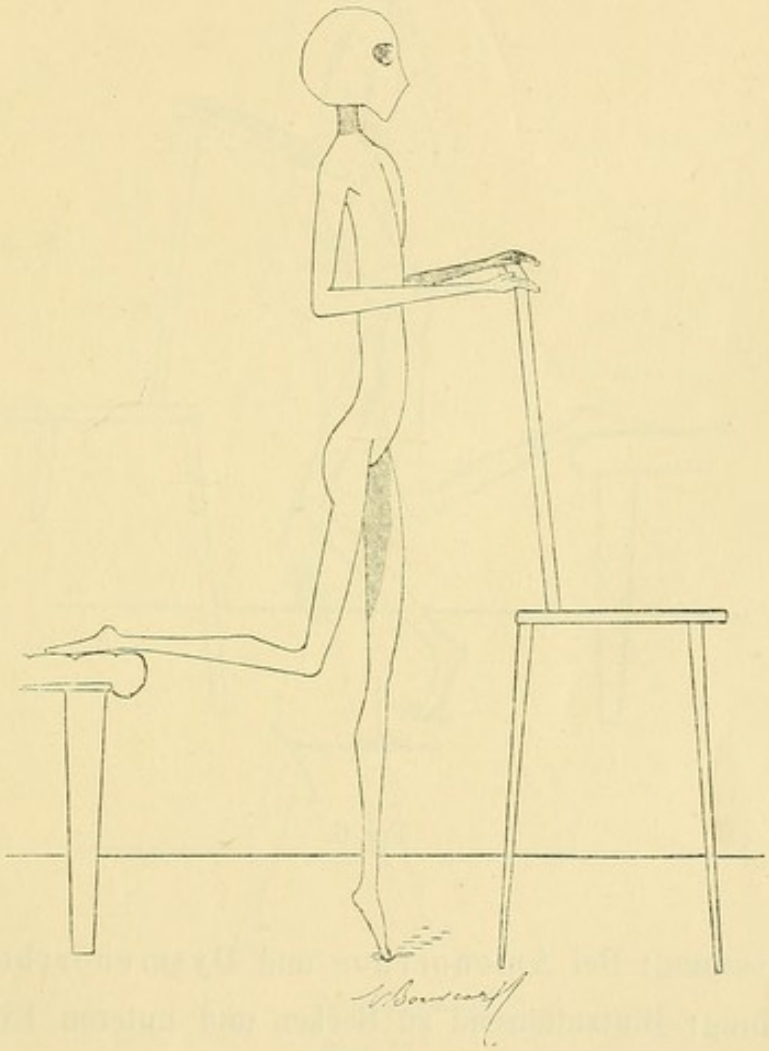
Fig. 4.

nach vorn halb rechts und halb links Rumpf-Beugungen aus. Die Übung wird nach jeder Richtung hin vier- bis fünfmal ausgeführt.

Wirkung: Blutleitend vom Kopf.

4. Gegen-Fuss-stützstehend Kniebeugen und Strecken.

Die Kranke steht, sich an einem Stuhl oder einer Barriere festhaltend, mit einem nach rückwärts gebeugten Beine und mit dem



Figur 5.

Fussrücken desselben auf einen Schemel oder Stuhl aufgelegt. Sie führt nun die Bewegungen in 4 Zeiten aus: Erheben in Zehen-

stand, Kniebeugen, Hochgehen im Zehenstand, Rückgehen im Sohlenstand. Die Übung wird fünf- bis zehnmal mit jedem Bein ausgeführt.

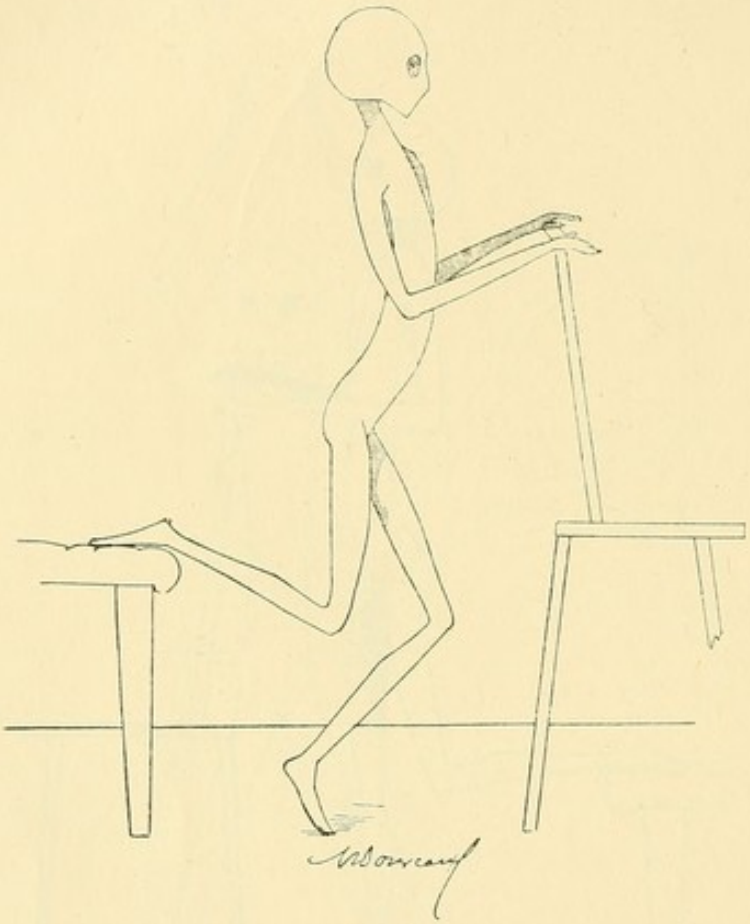


Fig 6.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuführend zu Becken und unteren Extremitäten.

5. Streckstehend Rumpf vorwärts und rückwärts beugen.

Die Patientin steht mit gespreizten Beinen und senkrecht über den Kopf gehobenen gestreckten Armen und beugt den Rumpf langsam vorwärts, kehrt in die Ausgangsstellung zurück, macht eine kurze Pause, beugt denselben leicht nach rückwärts, kehrt wieder in die

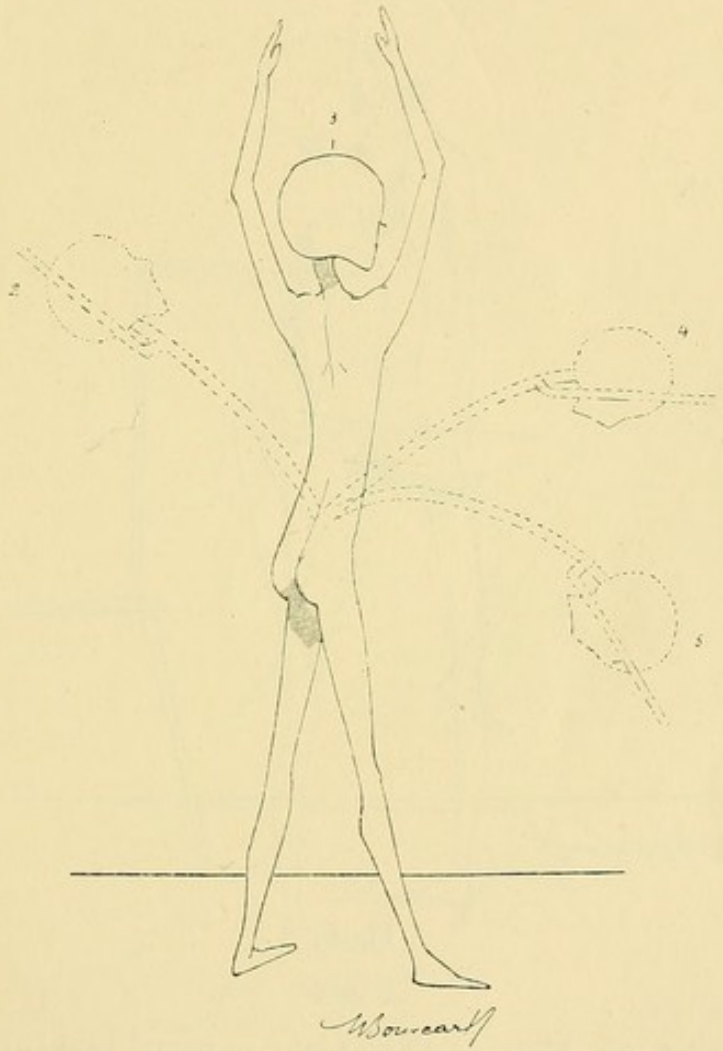


Fig. 7.

senkrechte Stellung zurück und so fort. Diese Übung wird sechs- bis zehnmal wiederholt. Die Kniee sollen bei derselben nicht gebeugt werden, sondern jederzeit gestreckt bleiben.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken.

6. Knickstehend Oberschenkel-Rollung.

Die Patientin hält sich an einem Gegenstand, z. B. einer Stuhllehne mit ein oder zwei Händen fest, und steht auf einem Bein.

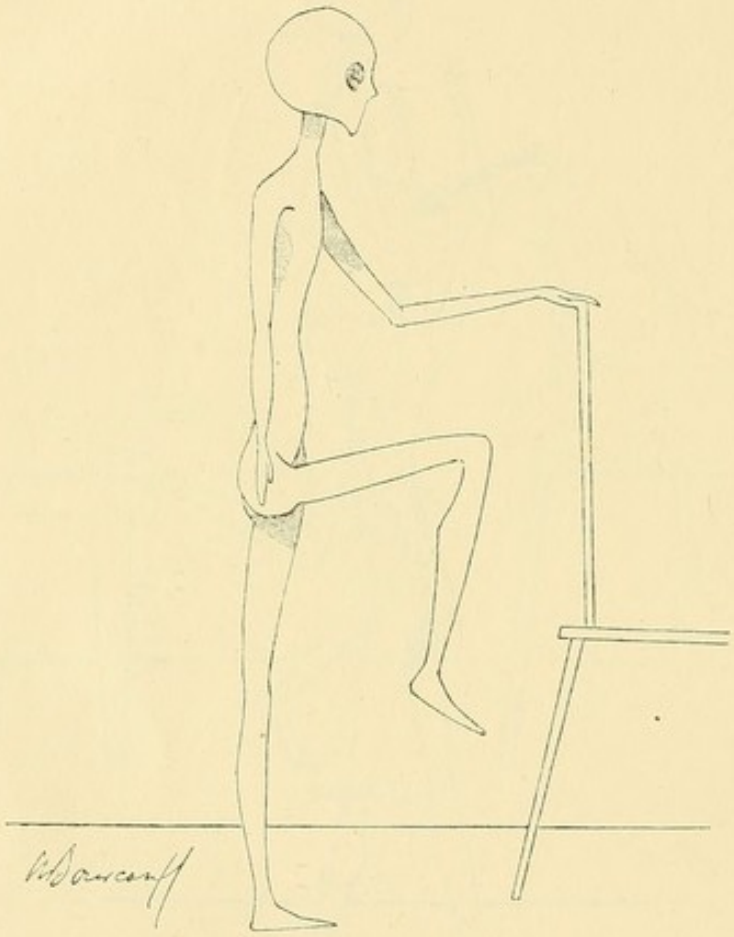


Fig 8.

Das andere ist im Knie rechtwinkelig aufwärts gebeugt und wird von innen nach aussen im Kreise gerollt. Die Übung wird mit jedem Bein fünf- bis zehnmal ausgeführt.

Anwendung und Wirkung wie bei Übung 5.

7. **Tretbewegung auf der Stelle mit hoch-aufwärts-Beugen des Knies.**

Die Patientin führt diese Tretbewegung freistehend mit Hüftstütz der Hände, ungefähr zehnmal hintereinander in mässig raschem Tempo aus, und wiederholt diese Übung drei- bis viermal.

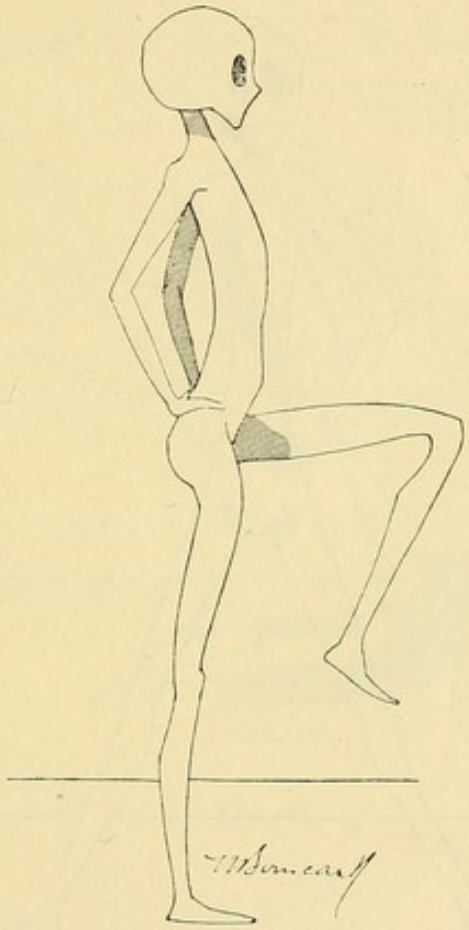


Fig. 9.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken.

8. Spreizstehend Rumpfkreisen.

Die Patientin steht im Kretschstand mit Hüften fest und führt langsam Kreisbewegungen mit dem Rumpfe aus. Die Übung wird sechs- bis zehnmal von rechts nach links und umgekehrt ausgeführt.

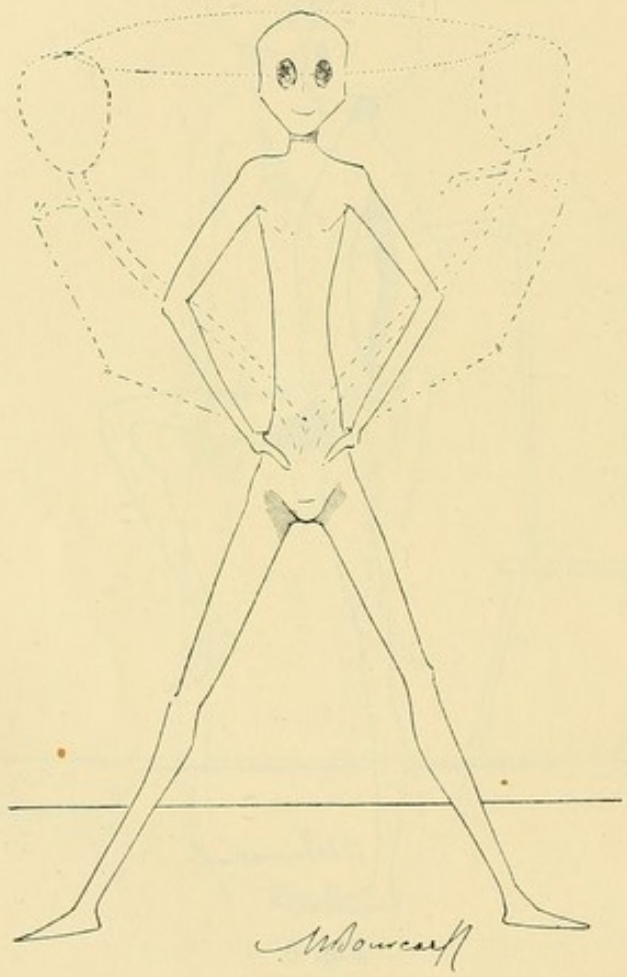


Fig. 10.

Anwendung: bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, ebenso auch bei habitueller Obstipation.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken und mechanisch erregend auf die Baucheingeweide.

9. Spalt-knieend-Rumpf rückwärts Fällung.

Die Patientin kniet mit gespreizten Knieen auf einem Kissen, die Hände hüftfest; beugt langsam den Rumpf rückwärts und richtet sich langsam wieder auf.

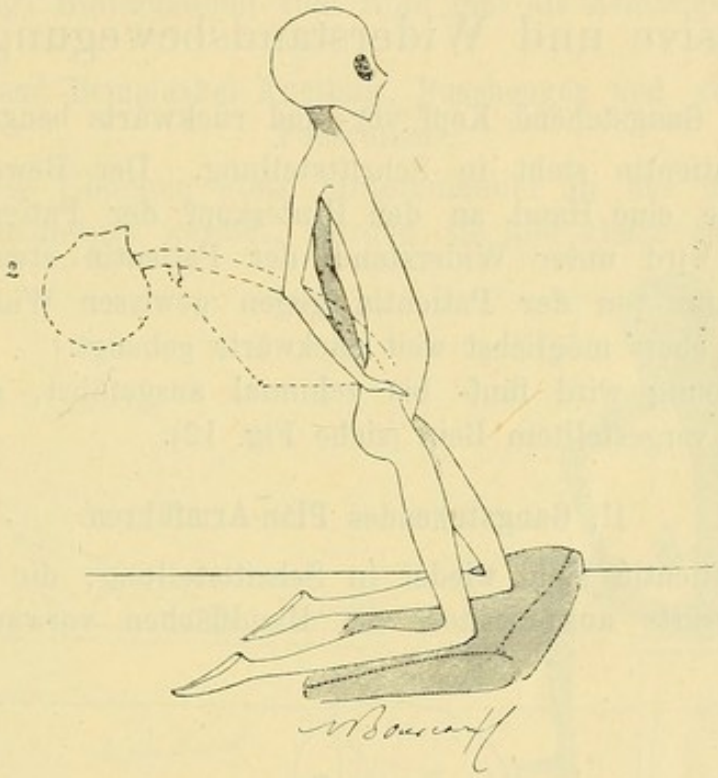


Fig. 11.

Anwendung: Bei Amenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken.

II.

Passive und Widerstandsbewegungen.

10. Gangstehend Kopf vor- und rückwärts beugen.

Die Patientin steht in Schrittstellung. Der Bewegungsgeber vor ihr, die eine Hand an den Hinterkopf der Patientin gelegt. Der Kopf wird unter Widerstand der Patientin etwas vorwärts gebeugt, dann von der Patientin gegen gewissen Widerstand des Bewegungsgebers möglichst weit nackwärts gebeugt.

Die Übung wird fünf- bis zehnmal ausgeführt, mit je links und rechts vorgestelltem Bein (siehe Fig. 12).

11. Gangstehendes Plan-Armführen.

Die Patientin steht wieder in Schrittstellung; die Arme horizontal seitwärts ausgebreitet, die Handflächen vorwärts gekehrt.

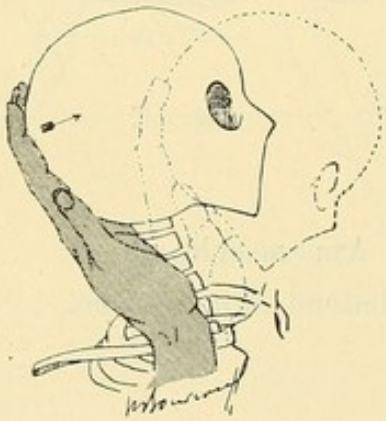


Fig. 12.

Der Bewegungsgeber steht vor ihr, die Hände von oben oder unten um die Handgelenke der Patientin gelegt. Er führt die Arme der Patientin unter Widerstand derselben langsam vorwärts und ein-

wärts bis zur horizontalen Parallelstellung, während die Patientin selbst die Arme gegen den Widerstand des Bewegungsgebers in die ursprüngliche Stellung zurückführt. Bei letzterer Phase der Bewegung atmet die Patientin ein, bei ersterer aus. Die Bewegung wird fünf- bis zehnmal ausgeführt.

Anwendung der beiden vorgenannten Übungen: Vorzugsweise bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutableitend vom Kopf und als Atmungsübung.

12. Halbliegend Beinmuskel-Knetung, Fussbeugen und -strecken und Fussrollen.

Da diese Übungen stets hintereinander in der angegebenen Weise vorgenommen werden, werden sie hier gleich zusammenge-

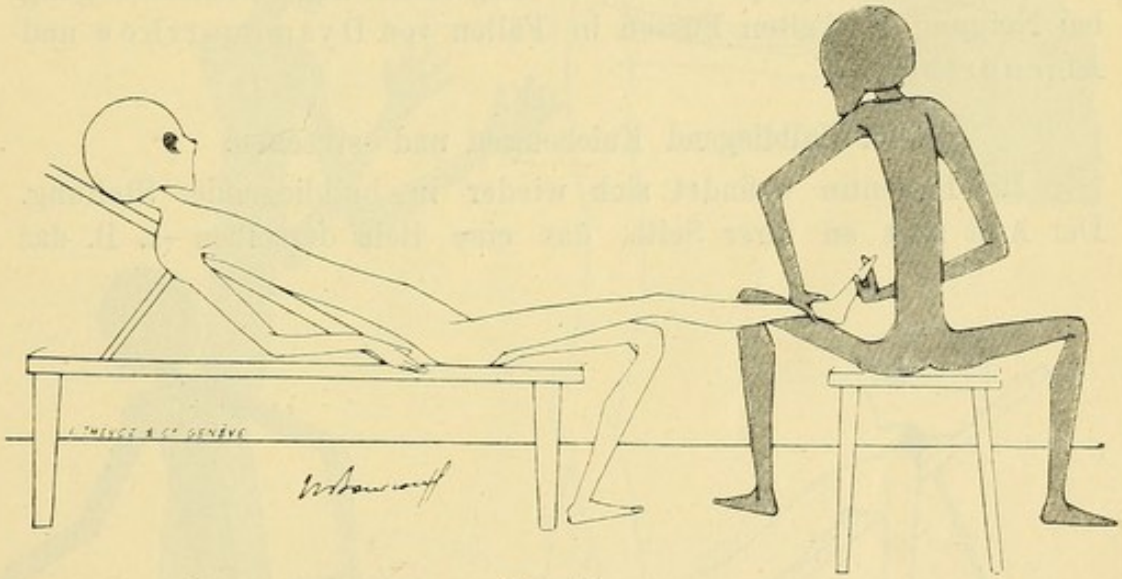


Fig. 13.

fasst. Zunächst wird die Muskulatur der Oberschenkel und auch der Waden kräftig durchgeknetet, wobei der Bewegungsgeber jedesmal das betreffende Bein über seine Kniee hinweglegt. Dann wird dasselbe so gelagert, dass der betreffende Fuss der Patientin mit der Ferse auf dem Knie des Bewegungsgebers aufliegt. Letzterer fasst den frei überhängenden Fuss mit der einen Hand zwischen Daumen und übrige Finger und giebt je nach Befinden mit dem ersteren, je nach Befinden mit den letzteren der ausgeführten Dorsal- wie Plantar-Flexion Widerstand. Die andere Hand des Bewegungsgebers fixiert das Fussgelenk von oben (siehe Fig. 13 u. 14).

Mit gleicher Handstellung führt der Bewegungsgeber auch passive Rollungen mit den Füssen der Patientin aus.

Fig. 14.

Anwendung: Symptomatisch als allgemeine Zirkulationsbewegung bei Neigung zu kalten Füssen in Fällen von Dysmenorrhoe und Amenorrhoe.

13. Halbliegend Kniebeugen und -strecken.

Die Patientin befindet sich wieder in halbliegender Stellung. Der Arzt sitzt an ihrer Seite, das eine Bein derselben (z. B. das

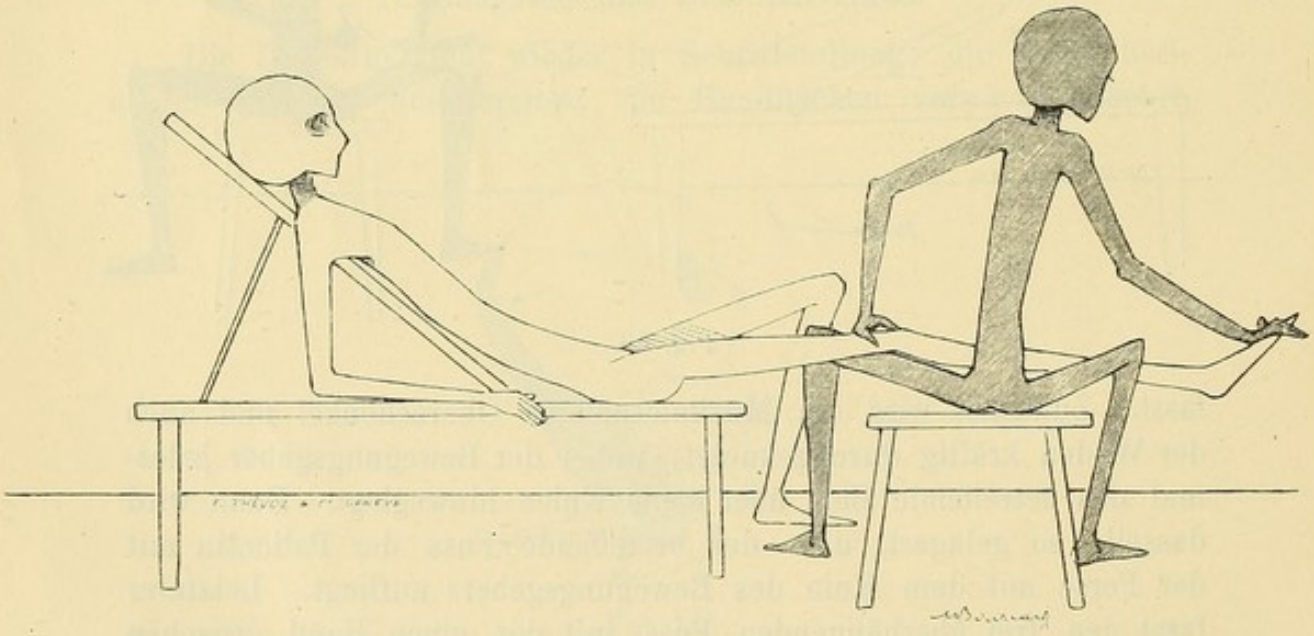


Fig. 15.

rechte) über sein eines Knie gelegt. Mit der linken Hand fixiert er dann den Oberschenkel oberhalb des Kniegelenkes, die andere Hand legt er auf den Fussrücken und giebt der Patientin beim

Strecken des gebeugten Knies Widerstand, während er das gestreckte Bein gegen Widerstand von seiten der Patientin beugt. Die Übung wird fünf- bis zehnmal mit jedem Beine ausgeführt.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken und unteren Extremitäten.

14. Stütz-gegenstehend a) Rückenhackung, b) Kreuzbein- und Lendenklopfung.

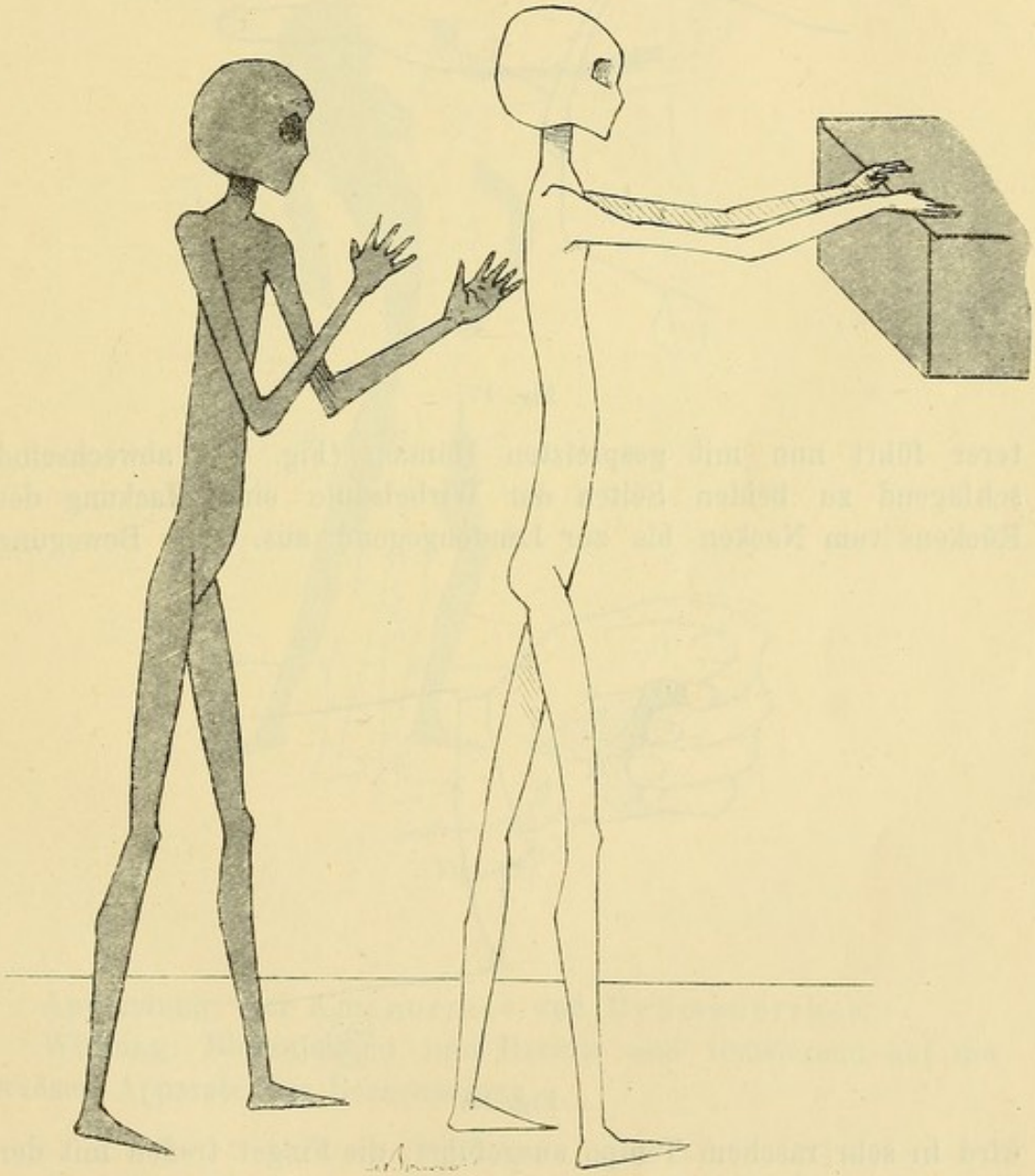


Fig. 16.

Die Kranke steht mit etwas gespreizten Beinen leicht gegen eine Wand geneigt, der Bewegungsgeber hinter ihr. (Fig. 16.) Letz-

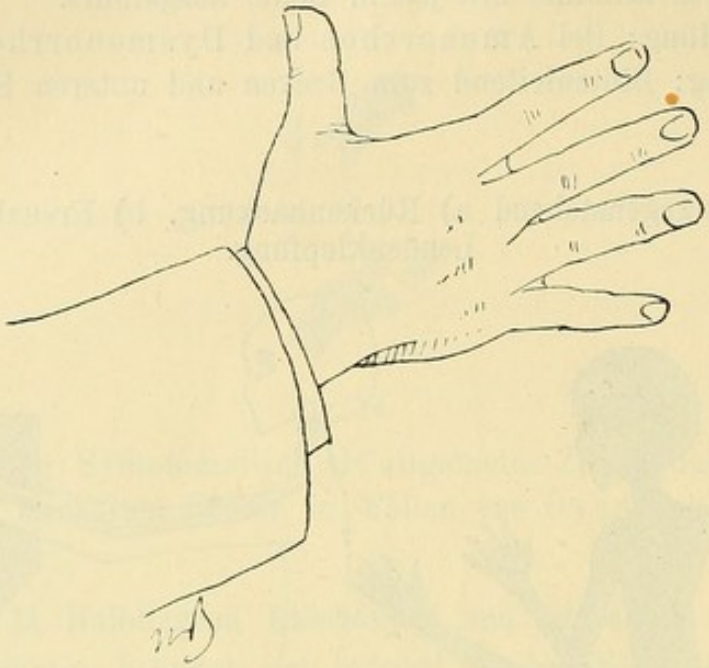


Fig. 17.

terer führt nun mit gespreizten Händen (Fig. 17) abwechselnd schlagend zu beiden Seiten der Wirbelsäule eine Hackung des Rückens vom Nacken bis zur Lendengegend aus. Die Bewegung

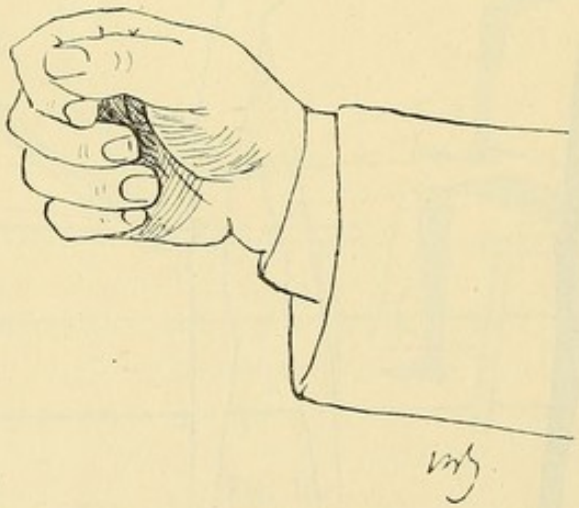


Fig. 18.

wird in sehr raschem Tempo ausgeführt; die Finger treffen mit der Ulnar-Seite auf, die Handgelenke sind ganz lose. Bei der Lenden-

und Kreuzbein-Klopfung wird die rechte Hand halbgeschlossen gehalten (Fig. 18) und werden mit derselben zu beiden Seiten des Kreuzbeins im Verlauf der Beckenschaufeln leichte, elastische Schläge gegeben, zum Schlusse etwas kräftigere, direkt über die Kreuzbeingegend. Die linke Hand wird auf den Leib gelegt (Fig. 19).

Fig. 19.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken und tonisierend auf die nervösen Apparate der Beckenorgane.

15. Krumm-halbliegend Oberschenkel-Rollung.

Die Patientin befindet sich in halbliegender Stellung, der Bewegungsgeber steht seitlich von ihr, mit der einen Hand das eine leicht aufwärts gebeugte Bein der Patientin in der Gegend der Kniekehle, den Fuss desselben von unten her umfasst haltend, und führt nun den Oberschenkel kreisend im Hüftgelenk von aussen

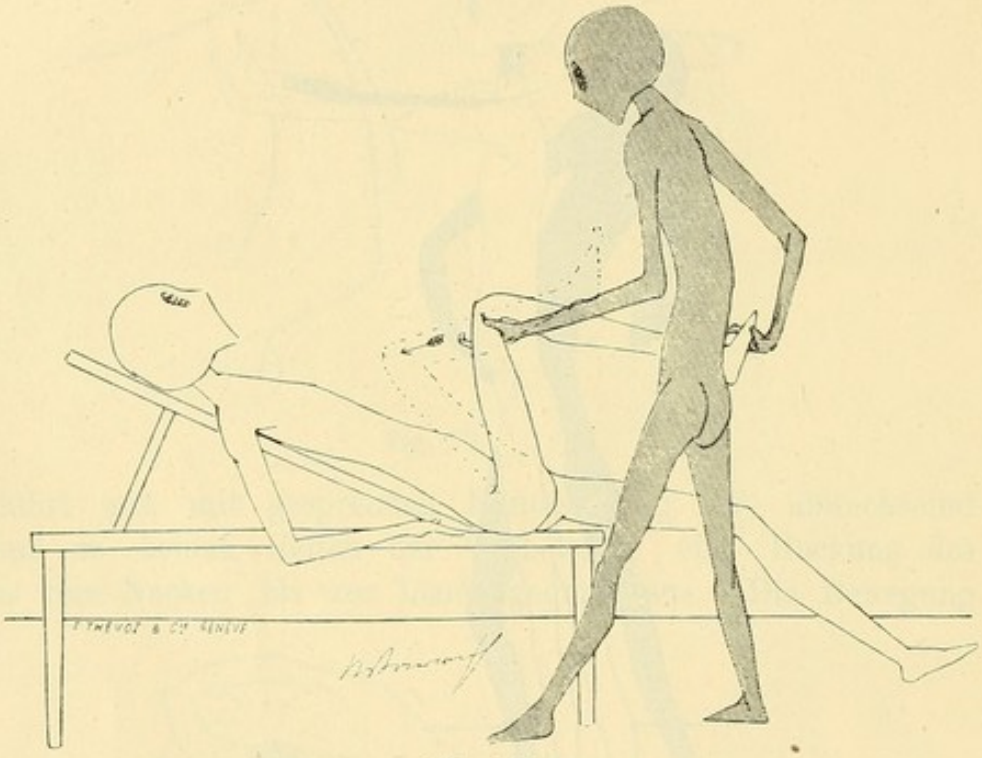


Fig. 20.

nach innen herum. Die Patientin verhält sich dabei vollständig passiv. Auf diese rein passive Bewegung folgt ein Knie-aufwärtsbeugen und Bein-strecken der Patientin, der Bewegungsgeber hat dabei die eine Hand auf die Streckseite des Beins dicht oberhalb des Kniegelenkes gelegt, mit der andern, wie vorhin angegeben, den Fuss umfasst und leistet den Bewegungen der Patientin einen gewissen Widerstand.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken.

16. Reitsitzend Rumpfrollen.

Die Patientin sitzt im Reitsitz auf einer schmalen Bank oder einem etwas erhöhten sogenannten Plint, die Hände in Hüftstütz. Die Füsse oder Oberschenkel werden in irgend einer Weise, eventuell durch Halten von einer Person fixiert. Die Übung wird nun am besten von zwei Bewegungsgebern gegeben, welche seitlich hinter der Kranken stehen, ihre Hände auf die Schultern derselben

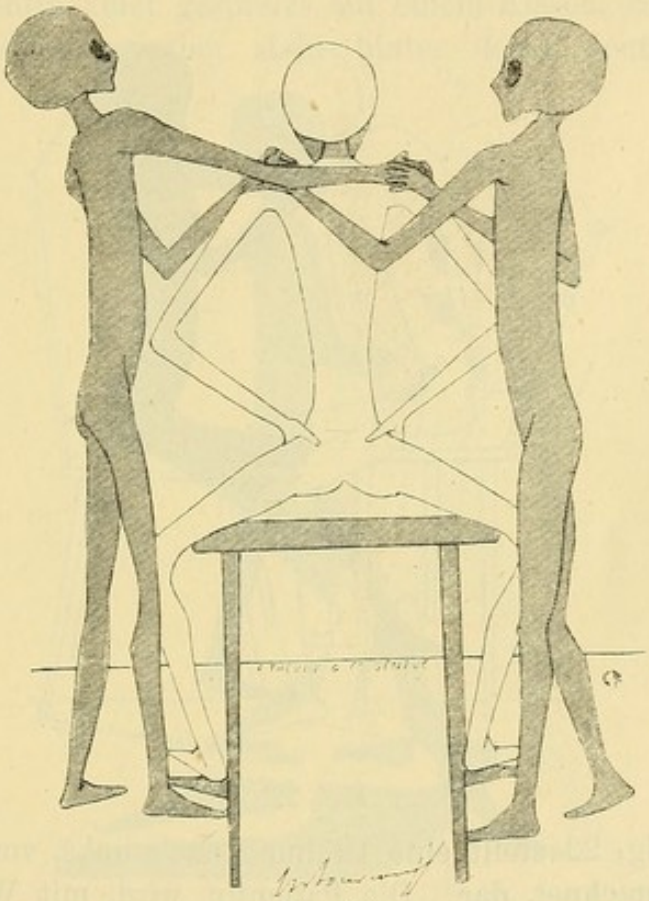


Fig. 21.

legen und nun den Oberkörper derselben in eine gleichmässige Kreisbewegung versetzen. Die Patientin sitzt aufrecht, aber locker in den Hüften und verhält sich ganz passiv. Die Übung wird erst zehnmal links herum, dann zehnmal rechts herum gegeben.

Anwendung: Bei Amenorrhoe und Dysmenorrhoe, sowie bei habitueller Obstipation.

Wirkung: Zirkulationsbefördernd im Gefässgebiet des Unterleibes, besonders auch der Pfortader, und mechanisch auf die Baucheingeweide.

17. Vorneig-spaltsitzend Rumpfdrehen.

Die Patientin sitzt mit leicht gespreizten Knieen dem Bewegungsgeber gegenüber, die Hände in Hüftstütz. Der letztere legt der Patientin die eine Hand, (z. B. bei Drehung nach rechts die linke) in die rechte Achselbeuge der Patientin, die andere (rechte z. B.) von oben her hinter die betreffende (linke) Schulter der Patientin. Die Hände wechseln entsprechend bei der umgekehrten

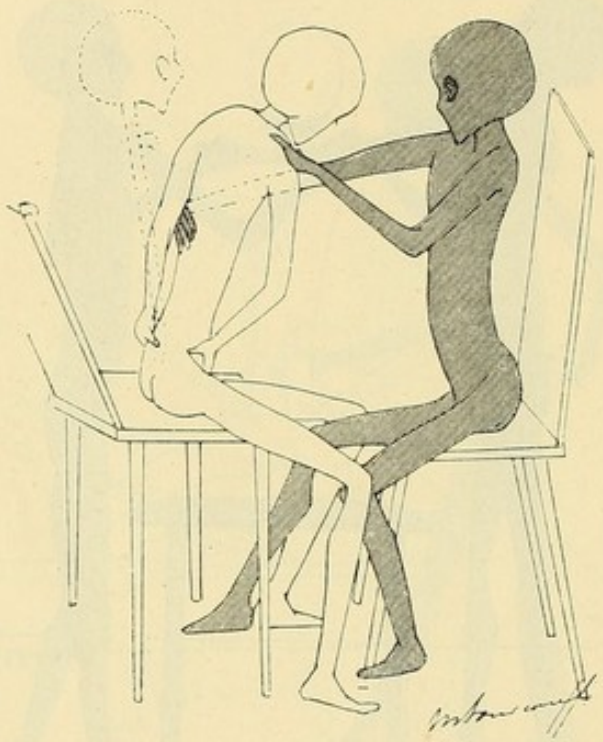


Fig. 22.

Drehung. Fig. 22 stellt eine Drehung nach links, vom Bewegungsgeber aus gerechnet, dar. Die Patientin wird, mit Widerstand von ihrer Seite, nach rechts (z. B.) gedreht, d. h. ihre linke Schulter nach vorn geführt, und dreht sich gegen den Widerstand des Bewegungsgebers wieder nach hinten, d. h. führt die linke Schulter wieder zurück. Die Übung wird in dieser Weise fünf- bis sechsmal mit Drehung nach jeder Seite hin gegeben. Nach Thure Brandt folgen stets einige Rumpfaufrichtungen als Nachbewegungen, indem der Bewegungsgeber beide Hände auf die Schultern der Patientin legt, den Rumpf derselben unter Widerstand von deren Seite nach vorn zieht und dann andererseits der Patientin beim Rumpfaufrichten zur Ausgangsstellung Widerstand leistet.

Anwendung: Bei Neigung zu Menorrhagien und Metrorhagien auf dem Boden von Endometritis und Atonie des Uterus.

Wirkung: Blutableitend vom Becken.[1])

18. Niedrig-Bogen-spaltknieend Rumpf-Schraubendrehung. (Passive Bewegung.)

Die Patientin kniet gespreizt auf einem Kissen, Hände in Hüftstütz. Der Bewegungsgeber steht hinter der Patientin und stellt

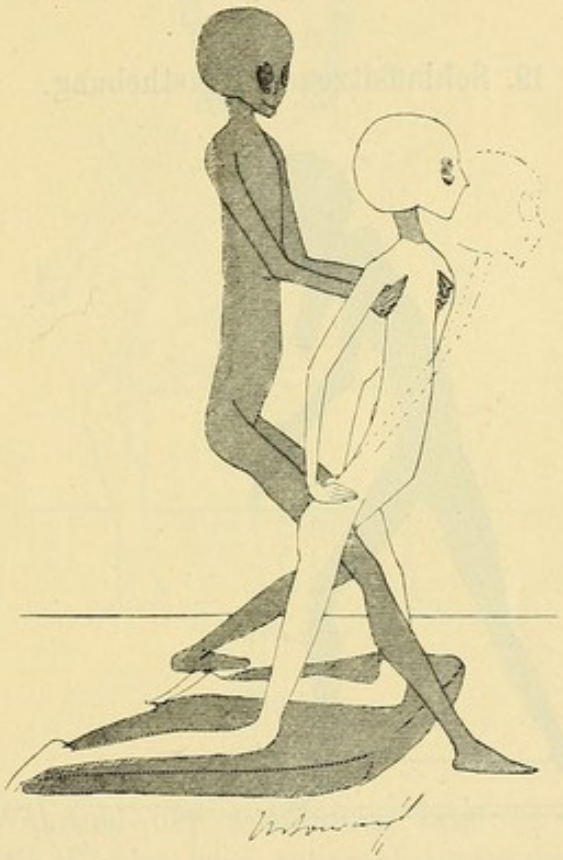


Fig. 23.

[1]) Anm. des Übersetzers: Dass diese von Brandt supponierten physiologischen Wirkungen der einzelnen Übungen nur als sehr hypothetisch aufzufassen sind, geht z. B. daraus hervor, dass er die erwähnte Übung No. 17 als ableitend vom Becken kennzeichnet, sie aber doch in den Rahmen einer „zuführenden" Behandlung bei Dysmenorrhoe und Amenorrhoe mit verordnet und diese nach eigener Erfahrung des Übersetzers in der That durchaus angebracht bei derartigen Kuren sich erweist (vgl. Thure Brandt: Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten, Berlin, Fischers Verl. 1891, pg. 73, 74 und pg. 101).

den einen Fuss zwischen die Kniee der letzteren soweit vor, dass er mit seinem Knie das Kreuz der Patientin stützt. Mit den Händen fasst er von hinten durch die Achselhöhlen hindurch um die Schultern herum und dreht den Rumpf abwechselnd nach beiden Seiten in der Hüfte in ziemlich raschem Tempo acht- bis zwölfmal. Diese Bewegung wiederholt er nach jedesmal kurzer Pause drei- bis viermal (siehe Fig. 23).

Anwendung: Bei Dysmenorrhoe und Amenorrhoe.

Wirkung: Zuleitend zum Becken.

19. Schlaffsitzende Brusthebung.

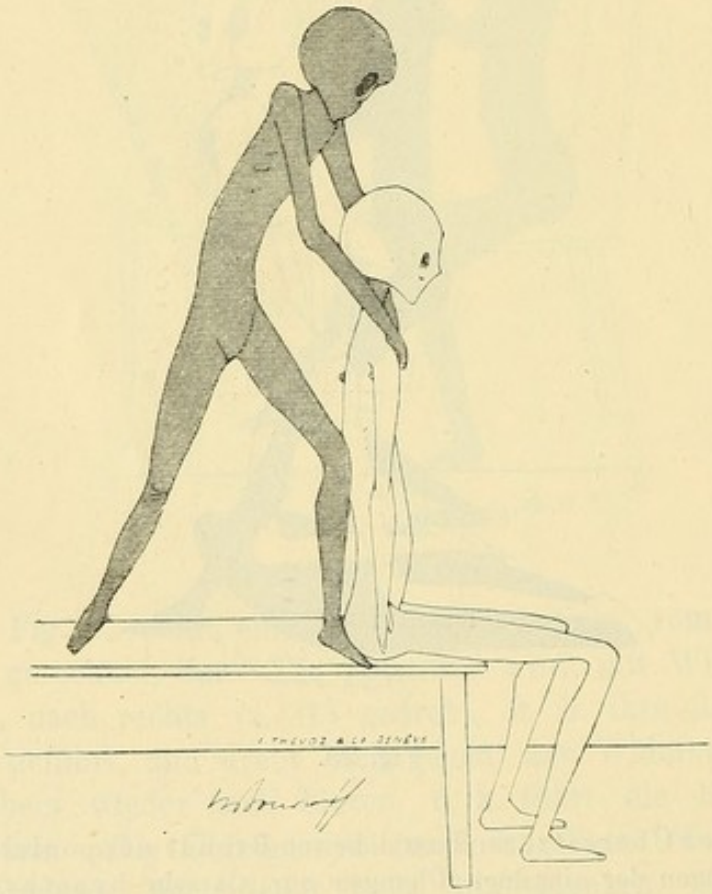


Fig. 24.

Die Patientin sitzt mit schlaff herabhängenden Armen, der Bewegungsgeber hinter ihr, das eine Knie in den Rücken der Patientin gestellt, die Arme derselben von vorn fassend. Unter

gleichzeitiger tiefer Einatmung der Patientin erweitert er den Brustkorb derselben, indem er ihre Schultern und Arme nach oben und

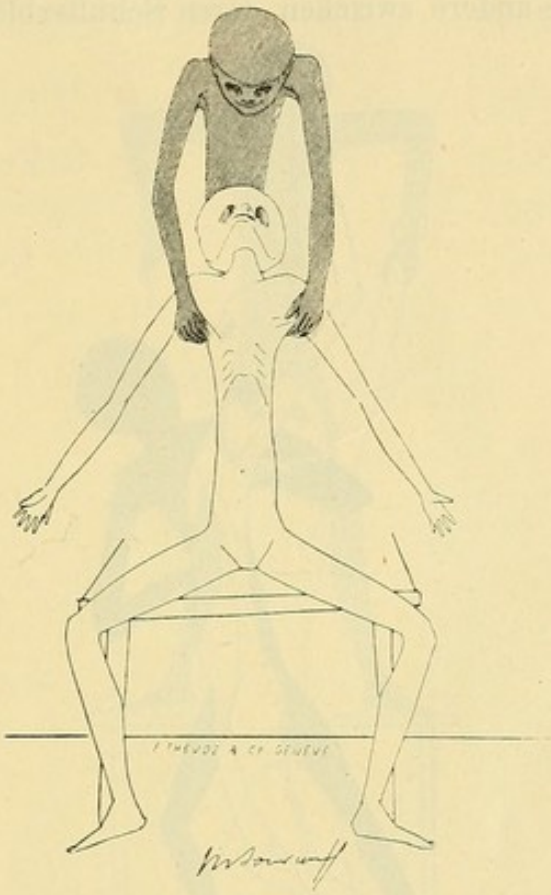


Fig. 25.

hinten zieht. Während der Ausatmung lässt er die Arme wieder herabgleiten. Die Übung wird zehnmal hintereinander ausgeführt.

Anwendung und Wirkung: Allgemeine Atemübung.

20. Heb-halt-stehend Brust-Spannung.

Die Patientin steht mit halb aufwärts gebeugten Armen, sich an zwei Stangen oder dergl. festhaltend. Der Bewegungsgeber steht etwas seitlich und hinter ihr, die eine Hand auf den Leib der Patientin, die andere zwischen deren Schulterblätter gelegt. Er

Fig. 26.

drückt nun die Thorax-Gegend der Patientin so weit vor, dass sich der Oberkörper in Bogen-Extension nach vorn befindet. Gleichzeitig atmet die Patientin ein und beim Rückkehren in die Ausgangsstellung aus.

Die Übung wird zehnmal hintereinander wiederholt.

Anwendung und Wirkung: Wie No. 19 allgemeine Atemübung.

21. Streck-Stütz-Spalt-stehend Rumpfwechsel-Drehung.

Die Patientin steht mit dem Kreuz gegen eine Stütze gelehnt mit aufwärts gestreckten Armen. Der Bewegungsgeber steht er-

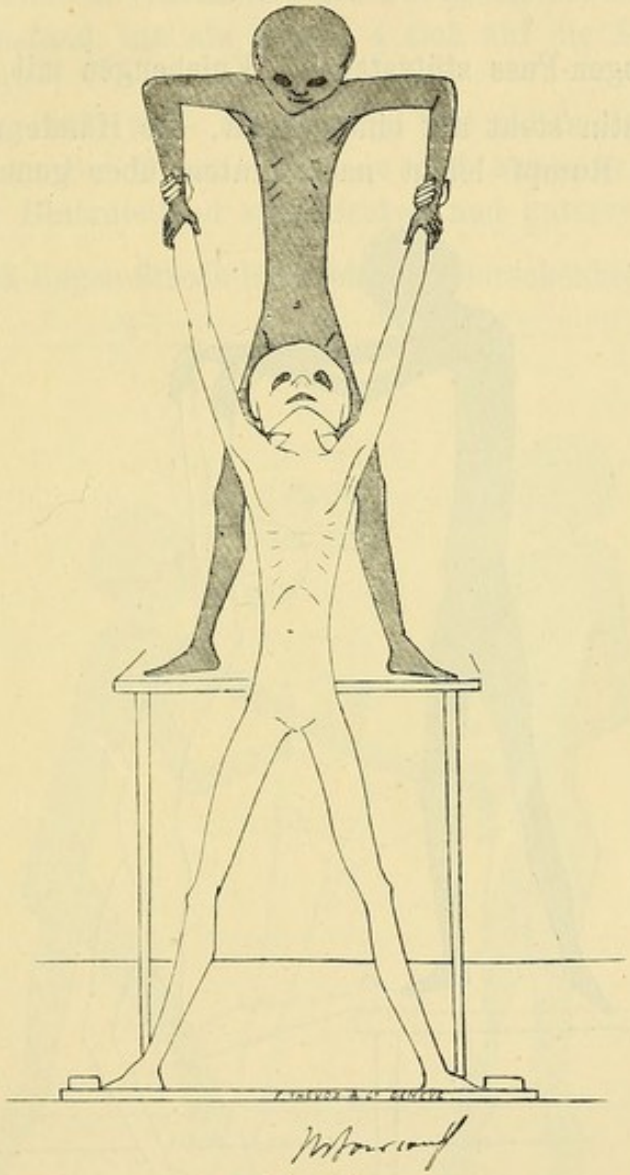


Fig. 27.

höht hinter ihr und umfasst die Handgelenke der Patientin von vorn. Die Patientin wird unter Widerstand vom Bewegungsgeber nach einer Seite gedreht und kehrt dann in die Frontal-Ebene zurück, wobei der Bewegungsgeber Widerstand leistet. Die Rück-

führung wird jedesmal nur von dem Arm des Bewegungsgebers geleitet, welcher der betreffenden Seite entspricht. Die Übung wird nach jeder Seite fünf- bis sechsmal ausgeführt.

Anwendung: Bei Dysmenorrhoe und Amenorrhoe.

Wirkung: Blut zuführend zum Unterleib.

22. Streck-Bogen-Fuss stützstehend, Kniebeugen mit Widerstand.

Die Patientin steht auf einem Bein, die Hände nach auswärts gestreckt, den Rumpf leicht nach hinten über geneigt. Der eine

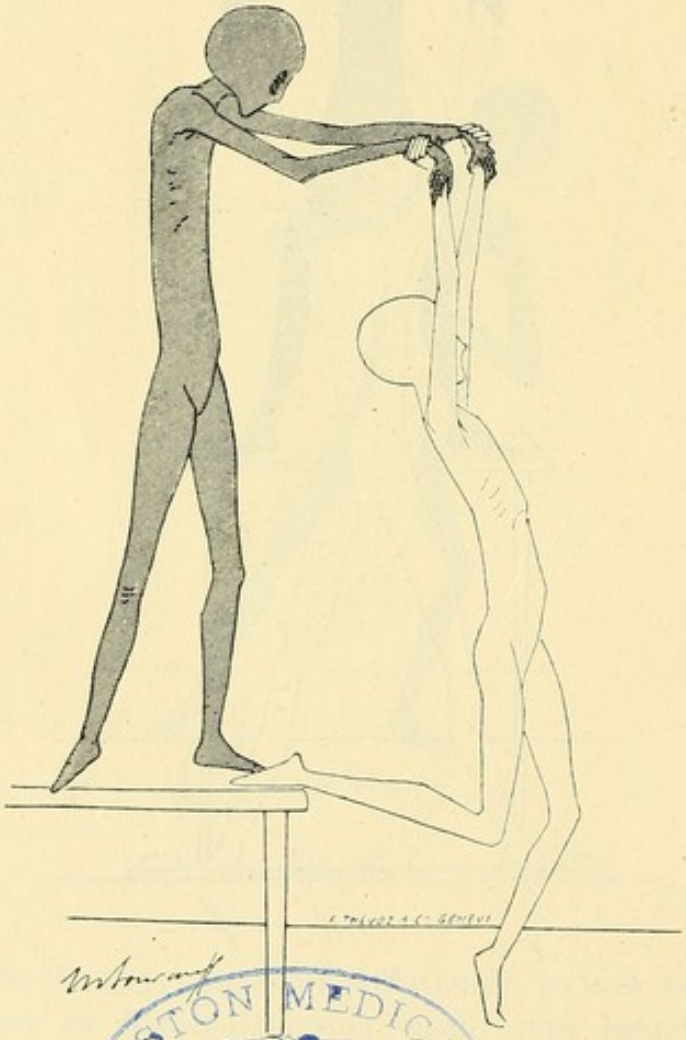


Fig. 28.

Fuss liegt mit dem Fussrücken auf einer Bank oder einem Stuhle auf, während das Knie nach rückwärts ungefähr rechtwinkelig gebeugt ist. Der Bewegungsgeber steht hinter der Patientin, umfasst von

vorn ihre Handgelenke, oder fasst so mit seinen Händen in die Hände der Patientin hinein, dass Daumenballen gegen Daumenballen zu liegen kommt. Die Patientin hebt sich mit dem gestreckten Beine auf die Zehen, beugt das Bein langsam und hebt sich unter Strecken desselben gegen leichten Widerstand des Bewegungsgebers wieder empor bis zum Zehenstand, um als Tempo 4 sich auf die Ferse nieder zu lassen (Fig. 28).

Die Übung wird fünf- bis zehnmal mit jedem Fusse wiederholt.

Anwendung: Bei Dysmenorrhoe und Amenorrhoe.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken und unteren Extremitäten.

23. Rück-Bogen-Streck-haltstehend Oberschenkelrolluug.

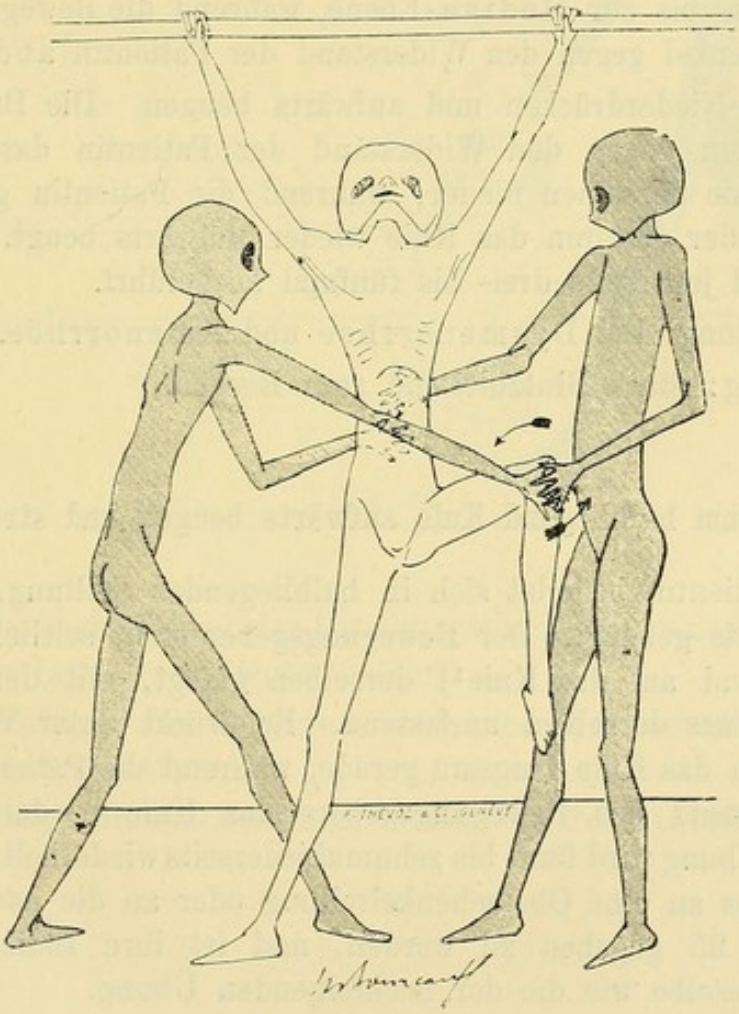


Fig. 29.

Die Patientin steht auf einem Bein, den Oberkörper mit gestreckten Armen nach hinten gebogen und mit den Händen sich an

einer Stütze festhaltend. Das eine Bein wird rechtwinkelig aufwärts gebeugt. Zwei Bewegungsgeber stellen sich seitlich von der Patientin, je eine Hand auf die Kreuzbeingegend der Patientin gelegt und mit je einer das aufwärts gebeugte Knie der Patientin fassend. Sie führen nun das letztere in gleichmässiger Kreisbewegung von innen nach aussen, die Median-Linie des Körpers nicht überschreitend, acht- bis zehnmal herum. Die Übung wird dann mit dem anderen Bein ebenso wiederholt (Fig. 28).

Es folgen zwei Nachbewegungen:

a. Knie auswärts und einwärts führen: Die Patientin führt in obiger Stellung unter Widerstand von seiten der Bewegungsgeber nach einwärts bis zur Median-Ebene, während die Bewegungsgeber den Oberschenkel gegen den Widerstand der Patientin abducieren.

b. Knie-Niederdrücken und aufwärts beugen. Die Bewegungsgeber drücken gegen den Widerstand der Patientin das aufwärts gebeugte Knie derselben nieder, während die Patientin gegen den Widerstand der ersteren das Knie wieder aufwärts beugt. Die Bewegung wird jederseits drei- bis fünfmal ausgeführt.

Anwendung: Bei Dysmenorrhoe und Amenorrhoe.

Wirkung: Stark Blutzuleitend zum Becken.

24. Krumm halbliegend Knie aufwärts beugen und strecken.

Die Patientin befindet sich in halbliegender Stellung, das eine Knie aufwärts gebeugt. Der Bewegungsgeber steht seitlich von ihr, die eine Hand auf das Knie[1]) derselben gelegt, mit der anderen Hand den Fuss derselben umfassend. Er drückt unter Widerstand der Patientin das Knie langsam gerade, während die Patientin gegen den Widerstand des Bewegungsgebers das Knie wieder aufwärts beugt. Die Übung wird fünf- bis zehnmal jederseits wiederholt. Sie pflegt im Anschluss an eine Oberschenkelrollung oder an die nachfolgende Übung Nr. 25 gegeben zu werden, und ist ihre Indikation und Wirkung dieselbe wie die der nachfolgenden Übung.

---

[1]) Anm. des Übersetzers: Die Stellung ist nach Analogie von Fig. 30 leicht verständlich.

25. Krumm-halbliegend Knie-Aufschwingung.

Stellung der Patientin wie in Nr. 24 beschrieben, nur dass die eine Hand des Bewegungsgebers in die Kniekehle gelegt wird. Der

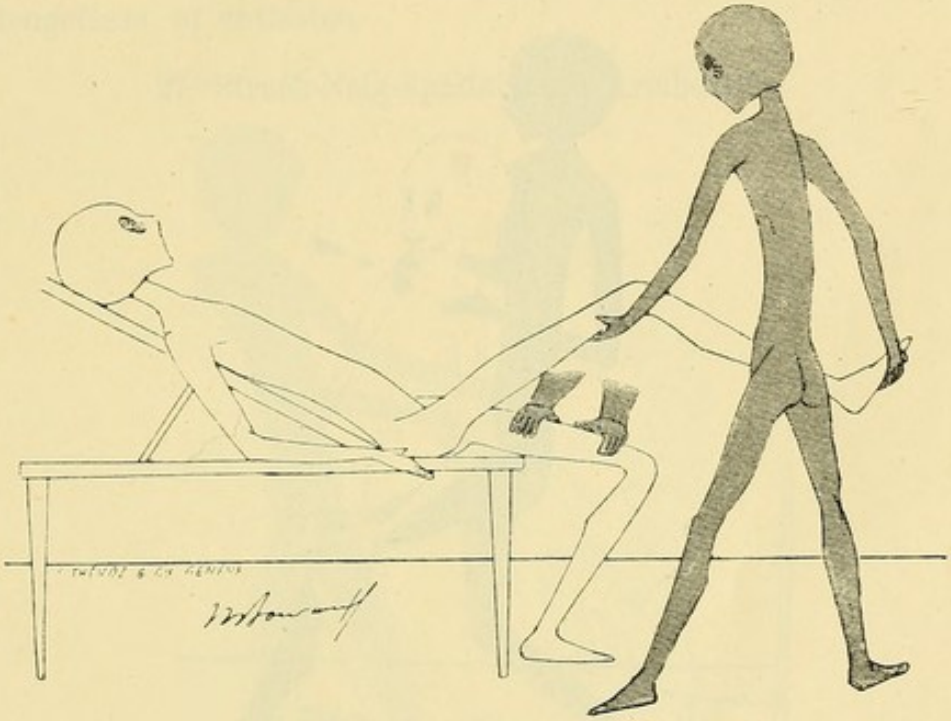


Fig. 30.

betreffende Oberschenkel der Patientin wird sechs- bis zehnmal rasch gegen den Leib der Patientin geführt.

Anwendung: Bei Dysmenorrhe und Amenorrhoe und bei habitueller Obstipation.

Wirkung: Blutzuleitend zum Becken und Peristaltik befördernd.

26. Niedrig-Bogen spaltknieende Schraubendrehung (Widerstandsbewegung).

Die Stellung der Patientin und des Bewegungsgebers ist, wie bei Übung Nr. 18 beschrieben wurde, nur dass die Patientin noch etwas mehr nach hinten über geneigt ist, und der Bewegungsgeber

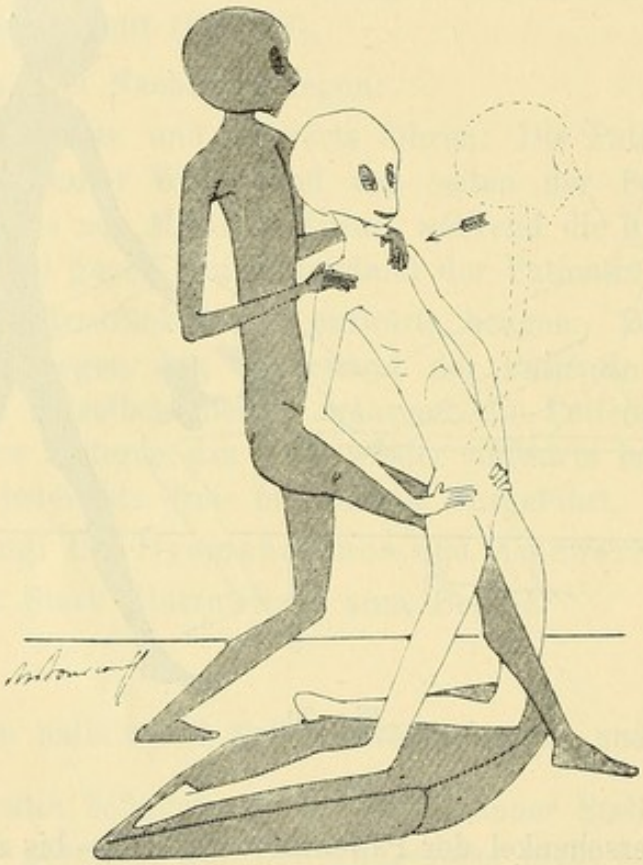


Fig. 31.

die Hände von hinten oben auf die Schultern der Patientin legt. Er zieht die Patientin nach hinten seitwärts, während dieselbe gegen den Widerstand des Bewegungsgebers die betreffende Schulter nach vorn zurückführt. Die Übung wird jederseits fünf- bis zehnmal gegeben.

Anwendung und Wirkung wie bei Nr. 18.

Die nachfolgenden Übungen Nr. 27—34 werden bei Metro- und Menorrhagien angewandt. Sie haben den Zweck, mehr oder weniger vom Becken entfernte Muskelgruppen in Thätigkeit zu versetzen, um somit das Blut zu diesen hinzuleiten und die Beckengefässe zu entlasten.

27. Streck-Neig-Spaltsitzend Armbeugen.

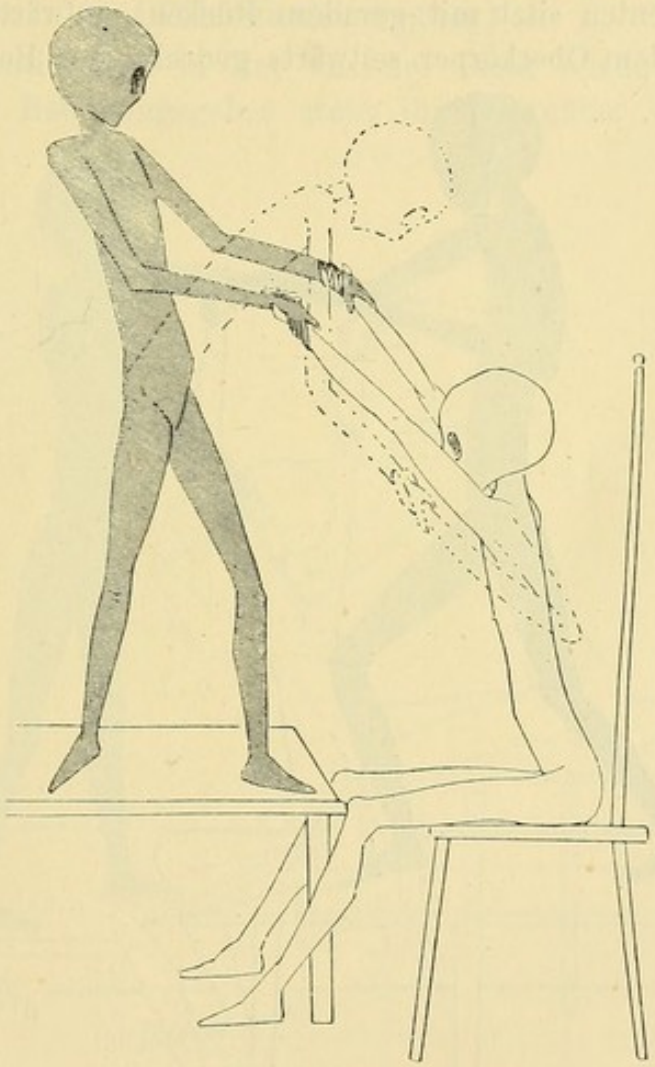


Fig. 32.

Die Patientin sitzt mit gestrecktem, aber vorwärts geneigtem Oberkörper, gespreizten Oberschenkeln und aufwärts gestreckten Armen. Der Bewegungsgeber steht vor ihr erhöht und umfasst die

Handgelenke der Patientin. Letztere beugt die Arme unter Widerstand des Bewegungsgebers und setzt der Streckung von seiten des Bewegungsgebers ihrerseits Widerstand entgegen. Die Ellbogen werden bei der Übung so weit als möglich nach auswärts geführt, die Übung endigt mit Beugestellung der Arme (Fig. 32).

Die Übung wird fünf- bis zehnmal eventuell in zwei derartigen Serien hintereinander wiederholt.

28. Streck-spaltsitzend Rumpfdrehung.

Die Patienten sitzt mit geradem Rücken, aufwärts gestreckten Armen, mit dem Oberkörper seitwärts gedreht, der Bewegungsgeber

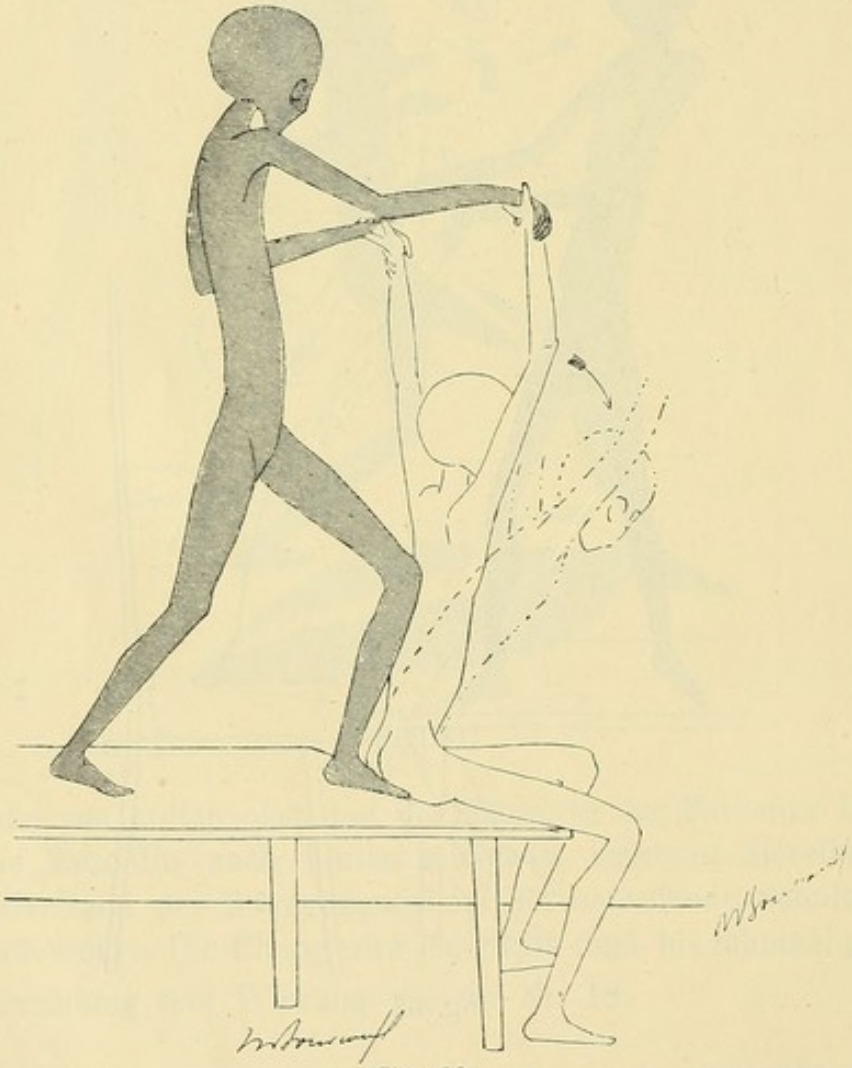


Fig. 33.

steht hinter ihr erhöht, ein Knie in den Rücken derselben gestemmt, die Hände von oben in die Handflächen der Patientin hineingelegt,

so die Hände derselben fest fassend. Bei beispielsweiser links Seitdrehung der Patientin leistet der Bewegungsgeber der Vorwärts-Drehung der Patientin mit seinem mehr rückstehenden, also linken Arm Widerstand und zieht dann die Patientin gegen deren Widerstand in die Seitdrehung zurück, wobei er seinerseits hauptsächlich den linken Arm anspannt. Die Übung wird auf jeder Seite vier- bis fünfmal wiederholt.

29. Heb-halt-vorneig-spaltsitzend Rumpf-Wechseldrehung (Widerstandsbewegung).

Die Patientin sitzt in der aus der Figur leicht ersichtlichen Stellung, der Bewegungsgeber steht ihr gegenüber erhöht, seine

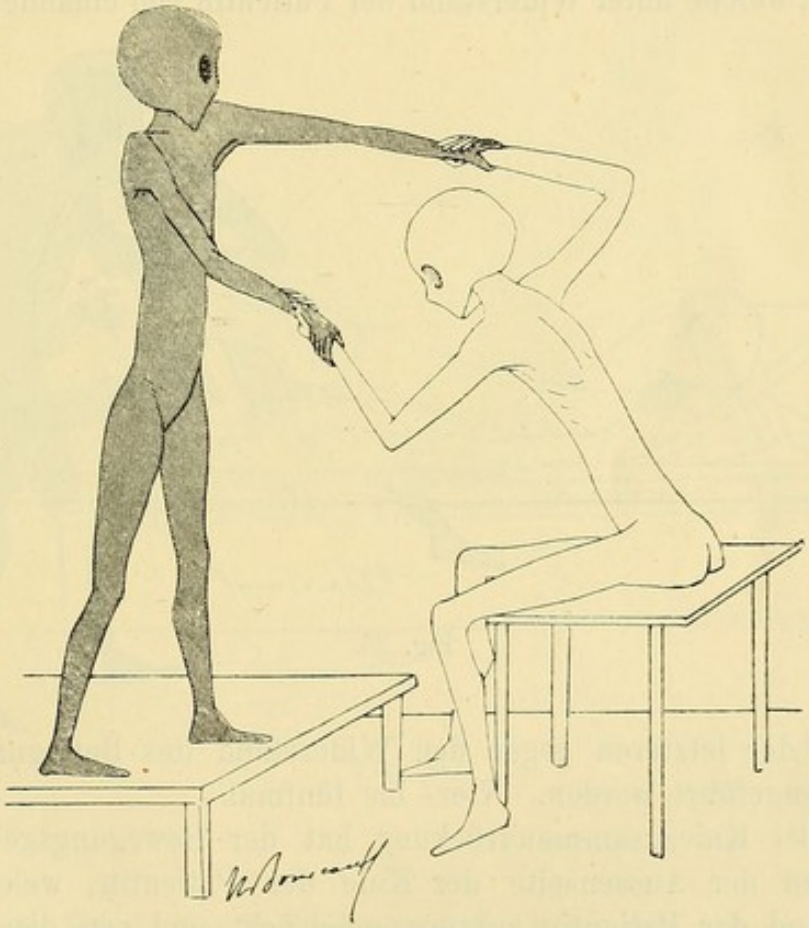


Fig. 34.

Hände um die Handgelenke der Patientin gefasst. Er führt Drehungen des Rumpfes der Patienten nach rechts und links aus, wobei letztere Widerstand leistet, während sie in die Ausgangsstellung gegen Wider-

stand des Bewegungsgebers zurückkehrt. Die Übung wird vier- bis fünfmal nach jeder Seite ausgeführt.

Dieser Übung folgt ein Rumpf-Aufrichten und Rumpf-Vorwärtsziehen der Patientin in der oben genannten Stellung.

Dieser Übung folgt gewöhnlich die Uterus-Massage und dann die gleich unter Nr. 30 zu beschreibende Übung.

30. Krumm halbliegend Knieteilung und Zusammendrückung unter Kreuzhebung.

Die Patientin liegt in aus Figur ersichtlicher Stellung mit erhöhtem Kreuz, der Arzt sitzt seitlich von der Patientin.

a. Bei Knieteilung hat derselbe seine Hände an den Innenseiten der Knie, welche unter Widerstand der Patientin von einander entfernt

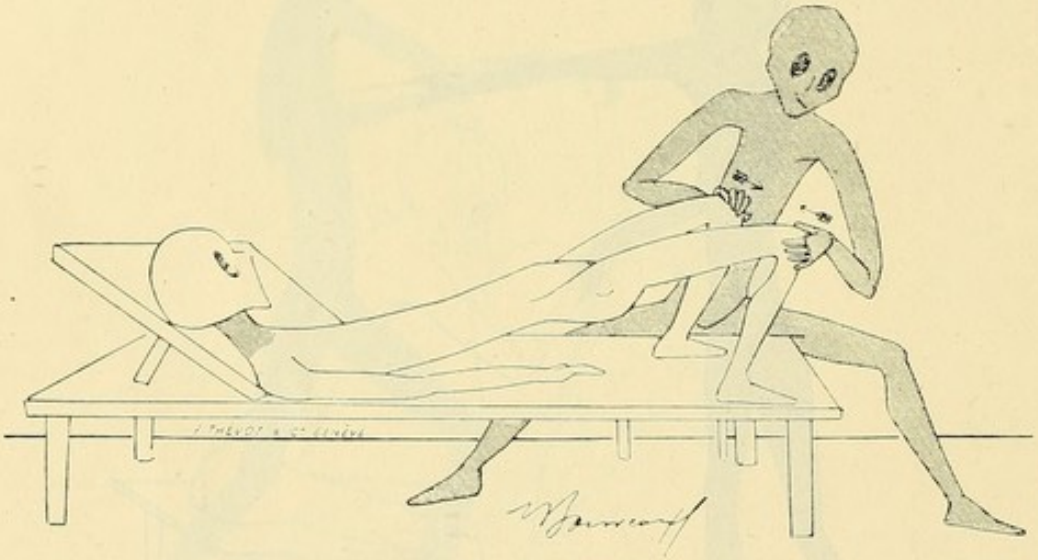


Fig. 35.

und von der letzteren gegen den Widerstand des Bewegungsgebers zusammengeführt werden. Vier- bis fünfmal.

b. Bei Kniezusammendrückung hat der Bewegungsgeber seine Hände an der Aussenseite der Knie der Patientin, welche unter Widerstand der Patientin zusammengedrückt und von dieser gegen Widerstand des Bewegungsgebers von einander entfernt werden.

Anwendung gleich nach Hebung bei Prolapsus uteri und vaginae, bei Senkung und Retroversion des Uterus, ausserdem bei Blutungen.

Bei sehr schwachen Patientinnen, welche das Bett nicht verlassen können, kommen vor allen Dingen die zwei nachfolgenden Übungen, Nr. 31 und 32 zur Anwendung, auf welche dann die Uterus-Massage und dann die Übung Nr. 30 folgen.

31. Krumm halbliegend Armrollen, Armbeugen und -strecken.

Die Patientin liegt mit etwas angezogenen und gespreizten Beinen, den Kopf und Nacken leicht erhöht, die Arme nach hinten aufwärts gestreckt. Der Bewegungsgeber steht zu Häupten derselben,

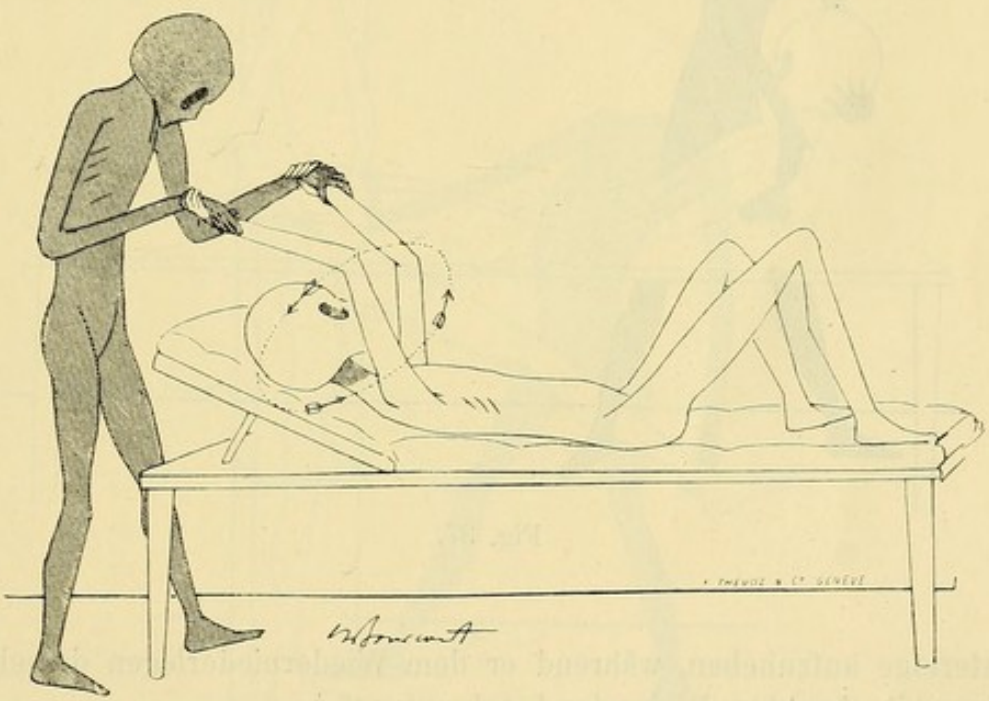


Fig. 36.

umfasst die Hände der Patientin und führt mit den Armen derselben rasche Rollbewegungen von innen nach aussen aus, worauf einige Armbeugungen und -Streckungen folgen, bei deren ersteren der Widerstand auf seiten des Bewegungsgebers, bei deren letzteren auf seiten der Patientin liegt.

32. Krumm halbliegend, Rumpf-aufwärts-Hebung.

Die Patientin liegt mit seitlich angelegten Armen, der Bewegungsgeber steht zur Seite derselben, eine Hand auf den Nacken, die andere auf das Hinterhaupt der Patientin gelegt. Er sucht nun, während die Patientin den Rücken steif macht, dieselbe von der

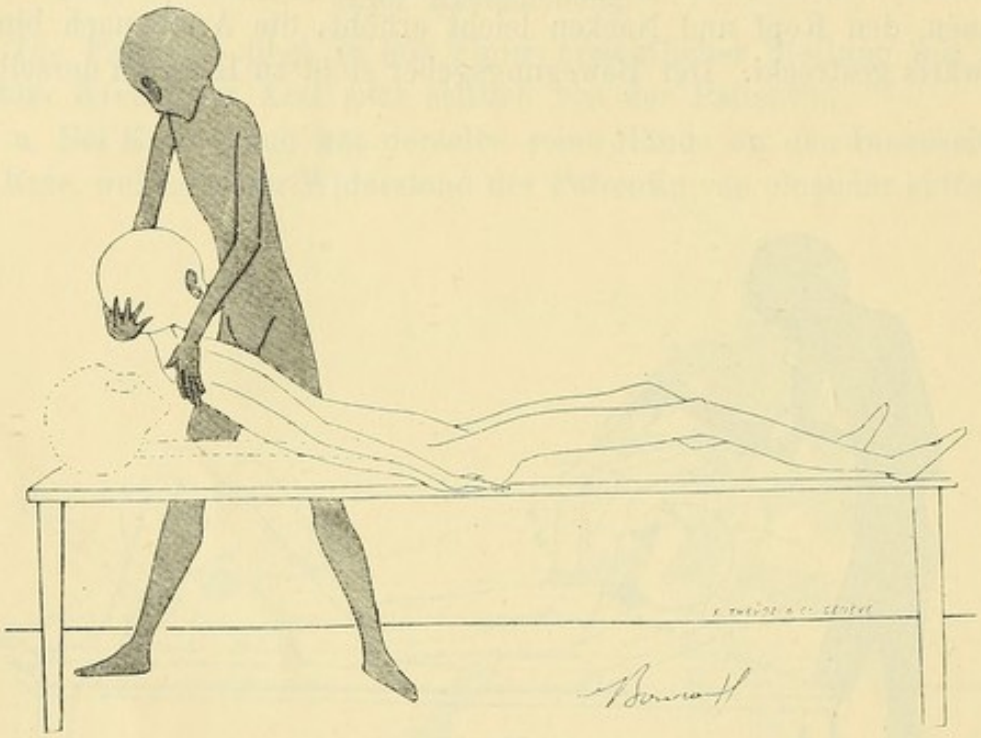


Fig. 37.

Unterlage aufzuheben, während er dem Wiederniederlegen derselben seinerseits leichten Widerstand entgegensetzt.

Die Übung wird vier- bis fünfmal ausgeführt. Hierauf folgt dann die Uterus-Massage, Knieteilen und -schliessen und dann eventuell bei schon etwas kräftigeren Patientinnen die Übung wie sie unter Nr. 28 und 27 beschrieben worden ist.

33. Rück-stütz-stehend Bein vorwärts heben.

Die Patientin steht gegen eine Wand gelehnt;[1]) der Bewegungsgeber seitlich von ihr, eine Hand auf die Inguinal-Gegend gelegt, mit der anderen Hand das entsprechende Bein oberhalb des Fussgelenks umfasst. Er führt dann das Bein nach oben und ein wenig nach aussen, so hoch, als es ohne Änderung der

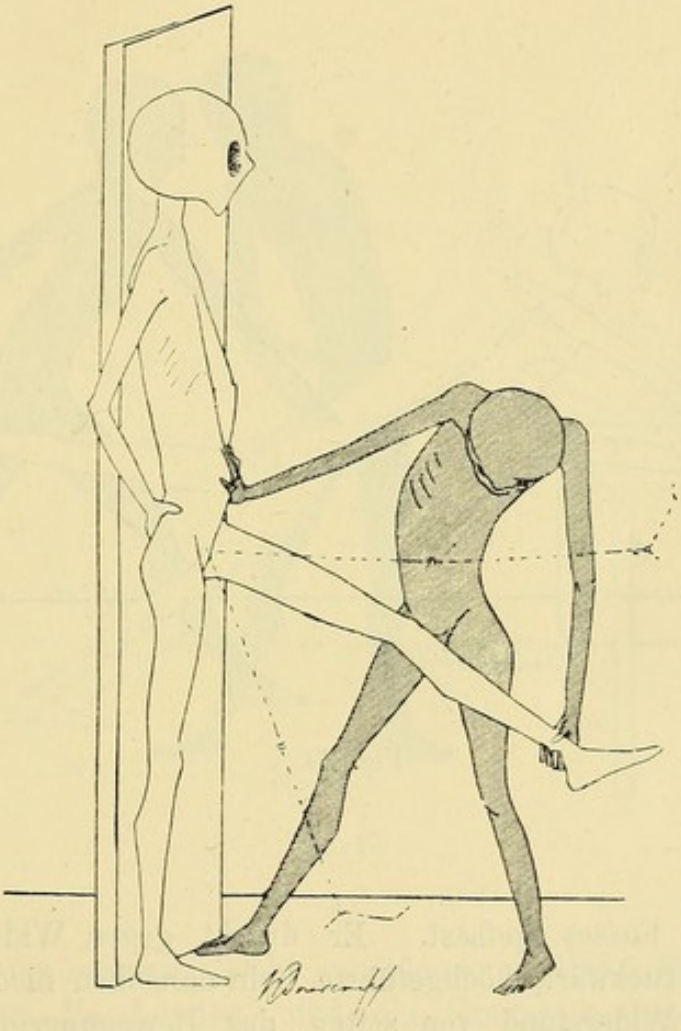


Fig. 38.

Stellung der Patientin möglich ist. Die Patientin setzt der Hebung Widerstand entgegen, führt aber ihrerseits aktiv gegen den Widerstand des Arztes das Bein zur Ausgangsstellung zurück. Die Übung wird mit jedem Bein drei- bis fünfmal ausgeführt.

---

[1]) Anm. des Übersetzers: Bequemer für den Bewegungsgeber giebt sich die Übung, wenn die Patientin erhöht auf einem Schemel oder dergleichen steht.

34. Vorfallstützstehend, Bein niederdrücken.

Die Patientin stützt sich in einer Stellung wie beim Vorwärtsfallen gegen eine Bank oder dergleichen; der Bewegungsgeber steht seitlich, die eine Hand auf den Leib der Patientin, die andere Hand wieder um den Unterschenkel des entsprechenden Beines

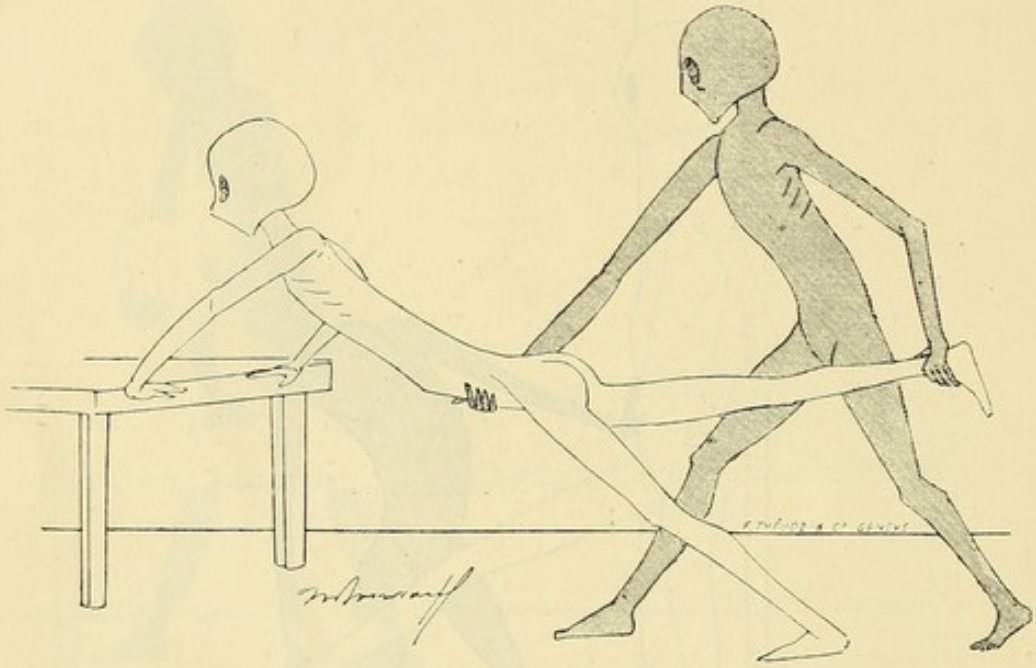


Fig. 39.

oberhalb des Fusses gefasst. Er drückt gegen Widerstand der Patientin das rückwärts hochgeführte Bein derselben nieder, welches letztere ohne Widerstand von seiten des Bewegungsgebers wieder erhebt.

Die Übung wird drei- bis fünfmal mit jedem Beine wiederholt.

35. Gegenstehend oder Vorfallstützstehend Lenden- und Kreuzklopfung.

Die Patientin steht entweder etwas nach vorn über, mit den Händen gegen eine Handhabe, Wand oder Bank gestützt, oder, wie bei Übung No. 34 in Vorfallstütz[1]) (vgl. Fig. 40). Der Bewegungsgeber steht seitlich links, seine linke Hand auf den Leib der Patientin

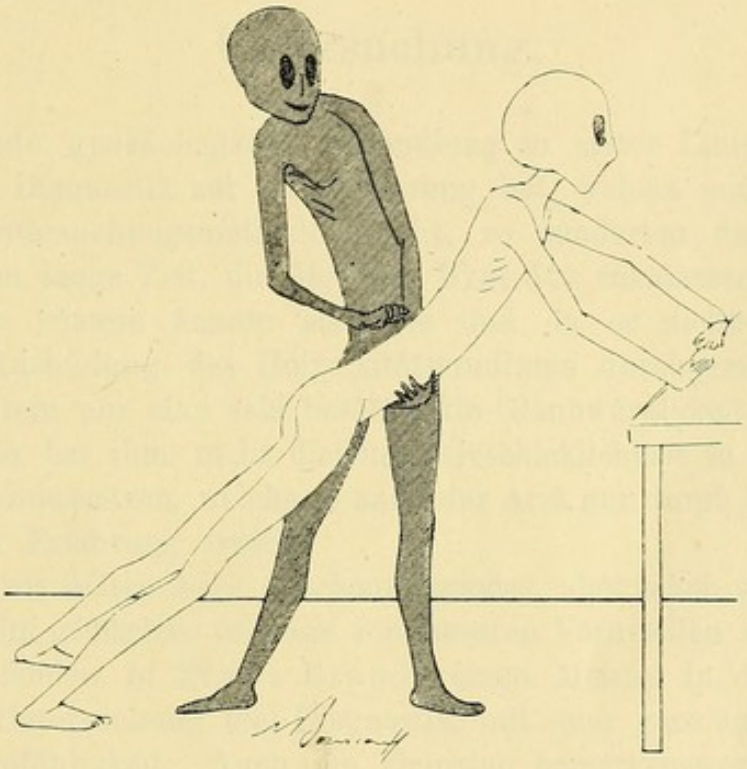


Fig. 40.

gelegt; mit der rechten, leicht geschlossenen Hand führt er kurze Schläge gegen die Lenden- und die Kreuzbein-Gegend der Patientin aus.

Die Wirkung der Übung soll erregend auf den plexus sacralis, in aufrechter Stellung und stark gegeben Blutzuführend, in Vorfallstütz und leicht gegeben Blutableitend vom Becken wirken.

---

[1]) Anm. des Übersetzers: Nach Thure Brandt wird die erstere Stellung bei einer Blut zuleitenden Behandlungsform, die 2. bei einer ableitenden angewandt.

Untersuchung.

Da jede gynäkologische Behandlung in erster Linie eine sehr sorgfältige Diagnostik zur Voraussetzung hat, welche auf der bimanuellen Untersuchungsmethode beruht, so zauderten die Vertreter der Medicin lange Zeit, die Methode Brandts zuzulassen.

Dieser letztere konnte als Laie und da er nicht die regelmässige Ausbildung des Universitätsstudiums durchgemacht hatte, von vornherein nur eine sehr beschränkte Glaubwürdigkeit geniessen; man konnte bei ihm nicht diejenige Geschicklichkeit in der Untersuchung voraussetzen, welche ja auch der Arzt nur durch lange Jahre praktischer Erfahrung erwirbt.

Auch wir teilten diese Anschauungsweise, aber schon wenige Tage in Stockholm genügten, um uns von unseren Vorurteilen zu befreien.

Wir fanden in Thure Brandt einen Meister in der gynäkologischen Untersuchung und Diagnostik, mit einer ganz ausserordentlichen Feinfühligkeit. Auch die kleinsten bemerkenswerten Punkte entgingen ihm nicht, und der ganze Befund wurde in durchaus sachlicher und vollständiger Weise entwickelt: die Stellung der Gebärmutter, die Verhältnisse der ganzen Umgebung, die Grösse und Beschaffenheit, bes. Konsistenz der Beckenorgane, so dass alle krankhaften Veränderungen hinreichend klar dargestellt wurden. Ganz unabhängig von den in der Medicin gebräuchlichen Untersuchungsverfahren hat sich Brandt eine Methode geschaffen, mittelst deren er ganz besonders gut zum Ziele kommt.

Im Grunde genommen überflüssiger Weise, sei nur hinzugefügt, dass er das Schamgefühl der Frauen in der vollkommensten Weise wahrt, wie dies bei seiner Eigenschaft als Laie ja ganz besonders zwingende Notwendigkeit war. —

Zwei Punkte seien gleich hier noch vorweg erwähnt: Einmal darf sowohl die Untersuchung wie die Massage nur bei entleerter Blase und leerem Rektum stattfinden; 2) muss die Patientin nüchtern sein; am besten findet die Behandlung ungefähr 2 Stunden nach einer leichten Mahlzeit statt.

Brandt pflegt seine Patientinnen zunächst in stehender Stellung zu untersuchen und geht dabei folgender Weise vor: Der Arzt sitzt

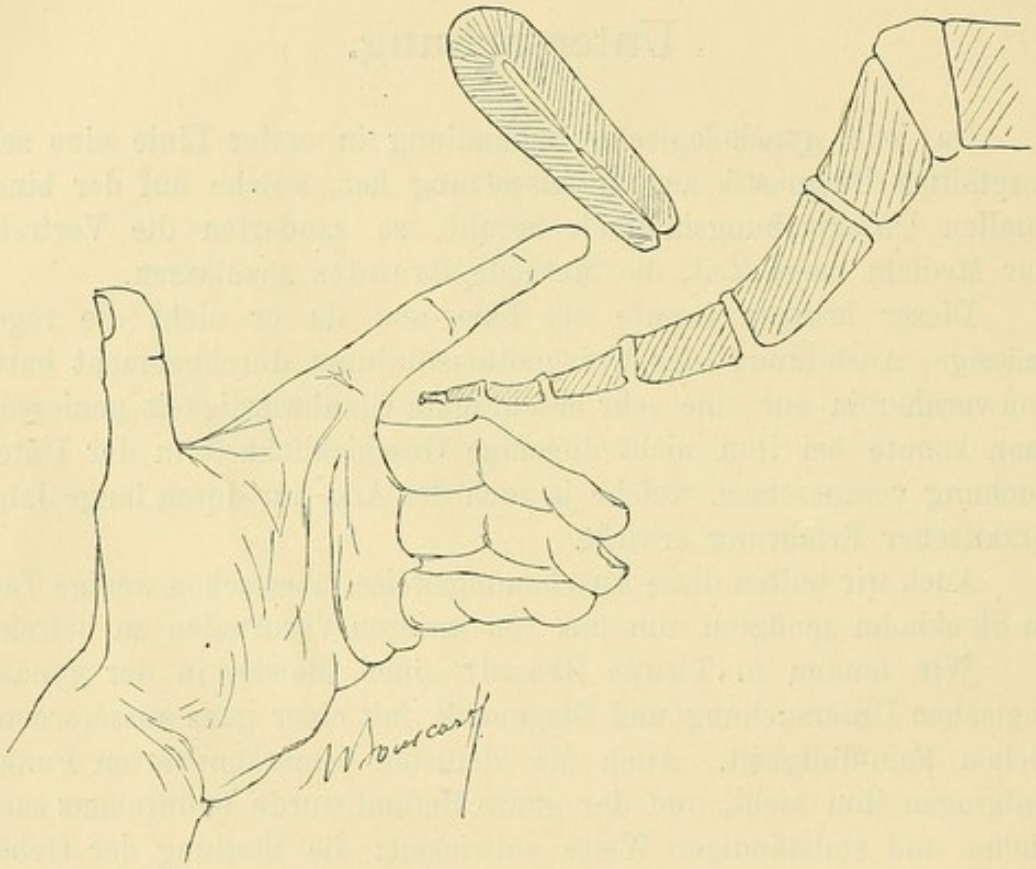


Fig. 41.

vor der Patientin, den linken Ellbogen auf sein linkes Knie gestützt, die rechte Hand auf die Gesässgegend der Patientin gelegt, dieselbe stützt sich mit der linken Hand auf die Schulter des Arztes. Dieser untersucht zunächst per vaginam und hierauf per rectum. Er führt den linken Zeigefinger in die Vagina ein, indem er die grossen Labien etwas auseinander hält, um jede Verletzung der Harnröhre und der Klitoris zu vermeiden. Der Daumen wird in voller Extension nach oben gehalten. Die 3 übrigen Finger werden ebenfalls

gestreckt gehalten und in die Intergluteal-Falte gelegt. Brandt behauptet, auf diese Weise im Becken höher hinaufreichen zu können und ebenso das Gefühl des Unbehagens zu vermeiden, welches besonders bei der Methode, wo jene drei Finger halb gebeugt gehalten und gegen den Damm gepresst werden, hervorgerufen wird.

In jener aufrechten Stellung der Patientin kann er alle Beckenorgane leichter abtasten, weil sie tiefer herabtreten, als dies bei Horizontallage der Fall ist. Er findet so selbstverständlich gegebenen Falles einen Uterus in Anteversion, der bei Rückenlage der Patientin sich in Retroversion befinden wird, und ist so im stande, die Leichtbeweglichkeit desselben von vornherein sehr gut zu beurteilen.

Nachdem die Stellung und Beweglichkeit des Uterus durch die Untersuchung per vaginam festgestellt worden ist, wird der Untersuchungsbefund durch die exploratio per rectum erweitert.

Diese letztere ist besonders wichtig, wenn man sich von der Ausdehnung der Fixation eines Uterus nach hinten Rechenschaft geben will, die Stellung oder Beweglichkeit eines dislocierten Ovariums feststellen, oder sehr hochgelegene Becken-Exsudate palpieren will.

Besonders dient auch die Rektal-Untersuchung zur Differentialdiagnose zwischen einer Erkrankung der Ovarien und der Tuben.

Diese Art zu untersuchen ist durchaus nicht schmerzhaft, besonders wenn man in der Weise vorgeht, dass man zunächst nur die Kuppe des Zeigefingers in die Analöffnung einführt und die vordere Wand des Rektum gegen die Vagina zieht. Langsam mit dem Finger vorgleitend kann man nun bis zum sphincter tertius vordringen.

Ist die Patientin sehr fett, so lässt Thure Brandt je nach Befinden den rechten oder linken Fuss auf einen Schemel stellen und hebt den Ellbogen, indem er sein untergestelltes Knie nach aufwärts beugt. Auf diese Weise reicht er höher hinauf und schiebt das Perineum leichter nach oben.

In ganz bestimmten Fällen von Retroversion, wie sie weiter unten beschrieben werden, führt er bei aufrecht stehender Stellung der Patientin den Zeigefinger ins Rektum und den Daumen in die Vagina ein.

Nach dieser Voruntersuchung geht er zur bimanuellen Untersuchung über, wobei sich die Patientin in sogenannter krumm-halbliegender Stellung befindet.

Die Patientin liegt am besten auf einem sogenannten Plint;[1])

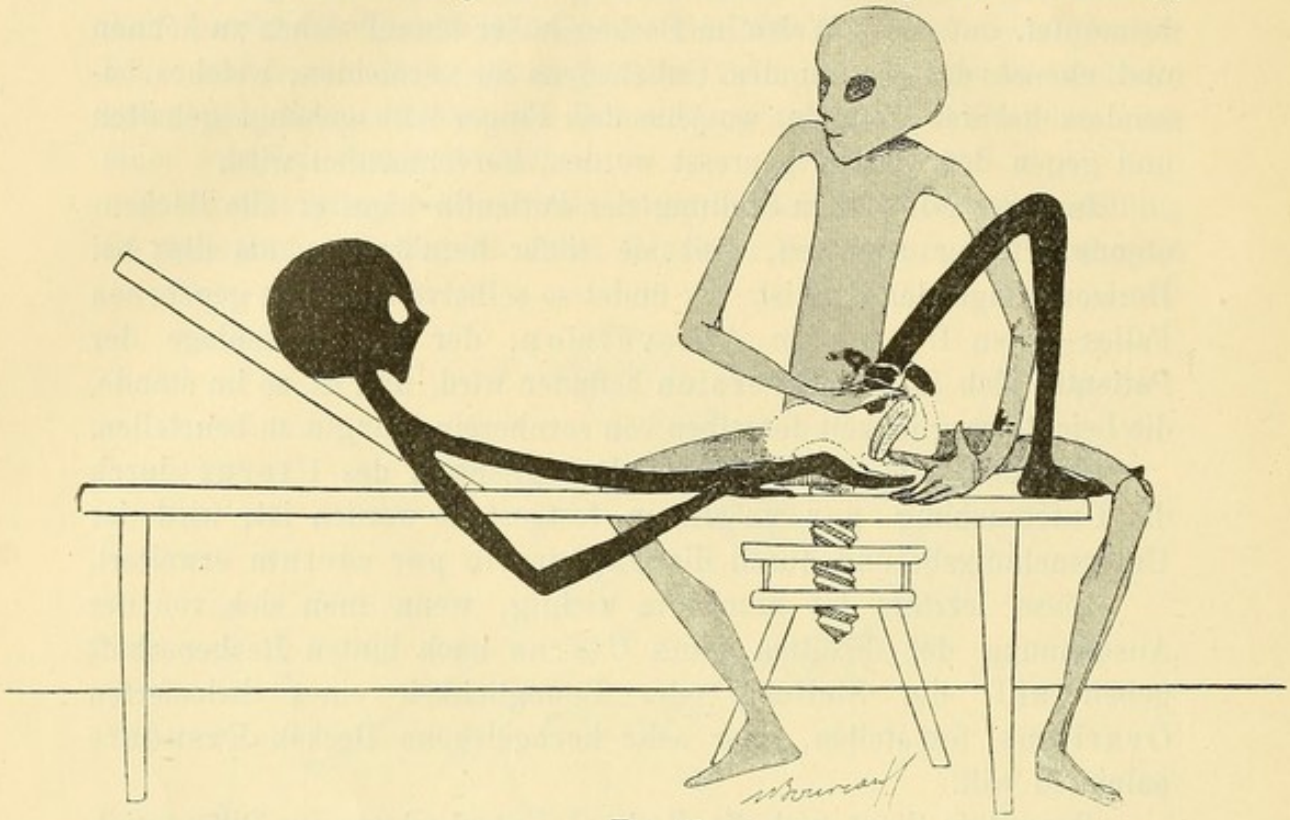


Fig. 42.

die Kleidung ist geöffnet, das Korset abgelegt; Thure Brandt lässt den Leib vom Hemd bedeckt und palpiert durch dieses hindurch.[2])

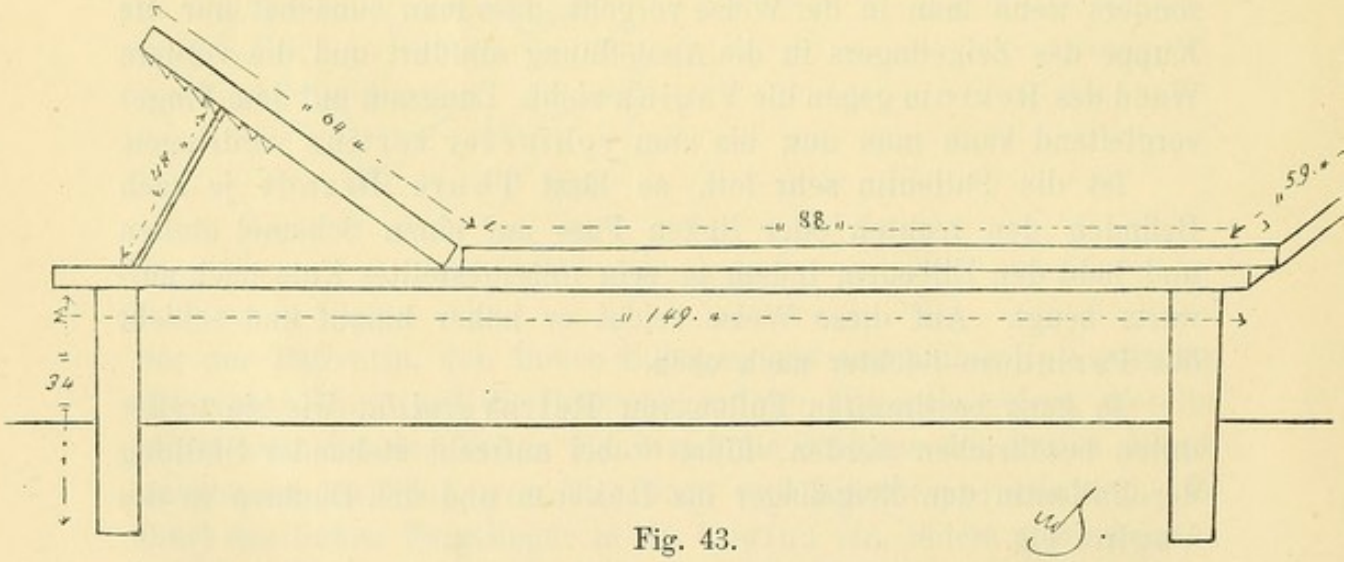


Fig. 43.

[1]) Das Plint ist eine Art niedriger Sophabank, deren einer kürzerer und anderer längerer Teil gegeneinander aufstellbar sind. (Vgl. Fig. 43.)

[2]) Für den Arzt erscheint diese Art, das decorum zu wahren, überflüssig, ja geradezu wider die Regel.

Der Arzt nimmt zur linken Seite der Patientin Platz, auf einem etwas höherem Stuhle als das Plint ist. Seine rechte Hüfte steht seitlich von der linken Inguinal-Gegend der Kranken. Er führt dann unter dem linken Knie der Patientin und ohne die Genitalien zu entblössen den linken Zeigefinger in die Vagina oder je nach Umständen in das Rektum ein. Dabei fixiert er das rechte Bein der Patientin, indem er sein linkes Knie über deren Fusszehen hinwegsetzt. Dann führt er mit seiner rechten, direkt auf das Abdomen gelegten Hand einige leichte Kreisreibungen aus, während er die Kranke zu ruhigem Weiteratmen auffordert. Unter dem Einfluss dieser leichten Massage erschlaffen die Muskeln. Die Bauchdecken lassen sich leichter eindrücken und gestatten eine tiefergehende Untersuchung. Man kann in einer Reihe von Fällen die normalen Tuben palpieren, die sich den tastenden Fingern wie zwei Gänsefedern darstellen.

Brandt hat uns nachgewiesen, wie unter dem Einfluss einer katarrhalischen Entzündung die Tuben sich etwas verdicken und ihre Wände dabei eine weiche Konsistenz zeigen, dass sie dagegen bei einem schwer entzündlichen, besonders eiterigen Prozess sich als derbe Stränge anfühlen.

Um sich die Untersuchung noch weiterhin etwas zu erleichtern, fordert Brandt die Patientin auf, z. B. wenn er das linke Hypochondrium untersucht, die linke Hüfte etwas zu heben. Auf diese Art gleiten die dort gelagerten Darmschlingen etwas nach der entgegengesetzten Seite und die betreffenden Organe sind leichter erreichbar.

Brandt wendet die Uterus-Sonde nur ausserordentlich selten an und zwar fast ausschliesslich nur in Fällen von Amennorrhoe.

Des Speculums bedient er sich nur, um Erosionen und Polypen der Inspektion zugänglich zu machen.

Alle Ärzte, welche Thure Brandt besucht und bei ihm seine Untersuchungs-Methode gelernt haben, erkennen die Überlegenheit derselben gegenüber allen übrigen Untersuchungsmethoden an.

Nur eine Form der Untersuchung ist ausserdem für spezielle Fälle absolut erforderlich, welche Brandt zufolge seiner Eigenschaft als Laie nicht übt: die Untersuchung in Narkose.

Massage.

Wie schon in der Einleitung hervorgehoben wurde, ist die Technik der Massage nach Thure Brandt nicht leicht, und in der Darstellung muss daher zuweilen auf Einzelheiten eingegangen werden, die manchmal anscheinend überflüssig, in Wahrheit aber doch zum Verständnis notwendig sind.

Der Arzt massiert zur Linken der Kranken sitzend wie bei der Untersuchung der Patientin im Liegen derselben. Er stützt am besten seinen linken Ellbogen auf sein linkes Knie, um weniger leicht zu ermüden. Er sitzt fernerhin etwas über die Kranke gebeugt, den rechten Ellbogen freihaltend, um, wenn auch in vorsichtiger und leichter Weise, mit seinem Körpergewicht zu arbeiten. Der linke Zeigefinger ist unter dem linken Knie der Patientin hindurch in die Vagina eingeführt und wird ruhig gehalten, um auf diese Weise jede Reibung an der vorderen Scheidenwand und damit verbundene sexuelle Reizung zu vermeiden. Die rechte Hand befindet sich auf dem Abdomen. Sie ist es, welche massiert. Man soll nicht mit den Fingerkuppen arbeiten, sondern mit der ganzen Palmar-Fläche der dritten Phalangen des 2. und 3. Fingers oder der drei mittleren Finger. Die Finger und das Handgelenk sollen keine Bewegung machen, sondern diese geschieht im Ellbogen und in der Schulter.

Um die Bauchwände zu erschlaffen und so tiefer ins Becken hineinzudringen und leichter den Uterus oder ein Ovarium oder ein infiltriertes Ligament zwischen die beiden Hände zu bekommen, macht man mit der äusseren Hand vorsichtige Cirkelreibungen, wobei man allmählich die Bauchdecken tiefer und tiefer eindrückt, um schliesslich die erkrankten Partien selbst zu massieren. Die massierenden Finger rücken dann allmählich in der Richtung der abführenden Lymphwege vor.

Die Massage wird nun nach Brandt nicht ausschliesslich durch die Bauchdecken hindurch ausgeübt, sondern ausnahmsweise auch vom Rektum aus, z. B. bei jungen Mädchen mit Ovarial-Erkrankungen. Bei bestimmten Exsudat-Formen bedient sich Brandt eines Verfahrens, welches er „Målning“[1]) nennt. Dies besteht darin, dass der mit seiner Palmarfläche nach hinten gerichtete, hoch ins Rektum eingeführte Finger Streichbewegungen längs der Wände des kleinen Beckens ungefähr im Verlauf der Venae iliacae ausführt, um eine Resorption zu befördern.

Während die Finger der rechten Hand die obenerwähnten Cirkelbewegungen ausführen, bleibt der linke Zeigefinger, welcher in die Vagina oder das Rektum eingeführt ist, vollständig unbeweglich, nur die massierten Teile gegen die äussere Hand andrückend. Bei bestimmten Fällen von Exsudat kann der in die Vagina eingeführte Finger gelegentlich allerdings auch Streichungen ausführen, aber nur mit der 3. Phalange. Der hintere Teil desselben nach dem Scheideneingang zu bleibt möglichst ruhig. Es sei dies nur gegenüber denjenigen bemerkt, welche die Methode Brandts als eine privilegierte Onanie bezeichnet haben.

Der in die Vagina eingeführte Finger dient hauptsächlich als Unterlage für die zu massierenden Teile, kontrolliert die Bewegungen der äusseren Hand und folgt der Massage derselben.

Man muss sich bei der Massage immer der gegebenen anatomischen und physiologischen Verhältnisse erinnern und darf nicht jene ungeübten Masseure nachahmen, die ohne alle Spezialkenntnisse reiben und drücken, um eine Hyperämie der Unterleibsorgane zu stande zu bringen.

Man kann ferner mit dem inneren Finger die zu massierenden Teile nach vorn und oben gegen die Bauchwand zu führen. Indem man dann diese Teile leichter erreicht, kann man sie auch besser und ohne so leicht zu ermüden massieren. Der innere Finger hat ferner die Aufgabe, den Uterus in der normalen Stellung zu erhalten, wenn dieser die Tendenz hat, nach rückwärts zu fallen.

---

[1]) Anm. des Übersetzers. Der Ausdruck målning = Malen bezeichnet ganz gut die Ausführung der Bewegung, welche der eines Streichens mit einem breit aufgesetzten Pinsel ähnelt. Dieses Verfahren wird besonders bei chron. peritonitischen Prozessen im cul de sac angewandt.

Man darf dabei nicht ausser Acht lassen, dass man bei diesem letzteren Mannöver häufig recht heftige Schmerzen erzeugt, welche jedoch mit Aufhören des Druckes gegen das Collum nachlassen.

Bei sehr schmerzhaften Affektionen übt Brandt einen Druck gegen die perinealen Endäste des N. pudendus und zwar gegen das Perineum, gegen die beiden Seiten des Anus und der Vulva aus.

Zu dem Zweck legt er die Endglieder der Finger ausserhalb und ein wenig oberhalb der grossen Schamlippen an und drückt den Nerv unter gleichzeitigen Vibrationen gegen den aufsteigenden Schambeinast.

Die Dauer der Massage-Sitzungen schwankt zwischen 5 und 10 Minuten, dieselben werden täglich gegeben. Bei bestimmten Fällen von grossen Exsudaten und entzündlichen Zuständen, wo man gezwungen ist, ausserordentliche Vorsicht und Zartheit anzuwenden, nimmt man diese Sitzungen zweimal täglich vor.

Allgemeine Vorschriften: Man beginnt mit einer leichten Massage in der Umgebung der erkrankten Teile und massiert nur dann etwas kräftiger, wenn die Reizbarkeit abgenommen hat. Von Zeit zu Zeit macht man kleine Ruhepausen und endet mit einigen vorsichtigen Zitterbewegungen über der erkrankten Partie. Je vorsichtiger man die Massage ausübt, um so besser wird sie von der Kranken ertragen, desto weniger Schmerz empfindet sie hinterher, und desto besser sind die erhaltenen Resultate. Nirgends kann man so wie in der gynäkologischen Massage sich davon Rechenschaft geben, was man mit genau abgewogener Kraft und zielbewusstem Handeln erreichen kann.

Wir persönlich sind davon überzeugt, dass sehr häufig Misserfolge auf zu übermässig angewendete Kraft und nicht genügende Vorsicht zurückgeführt werden müssen.

Niemals dürfen die Manipulationen des Masseurs der Patientin Schmerzenslaute entlocken, denn dann werden die Bauchdecken gespannt und die Möglichkeit genommen, die Organe wirksam zu massieren.

Die Kranke wird ihre linke Hand am besten auf das rechte Knie des Masseurs legen und ihm dadurch rein reflektorisch Kunde von etwaigen Schmerzempfindungen geben.

Die Patientin darf weder während noch nach der Massage erhebliche Schmerzen haben. Das ist das Kriterium für eine wirklich sachgemässe Ausführung der Massage.

Ein grosser Irrtum ist es, zu glauben, dass eine gynäkologische Massage immer einen Zufluss von Blut bedingt, welcher vom Grad der angewendeten Kraft und den ausgeführten Bewegungen abhängig sei. Eine leichte Massage wird am besten die Innervation und ebenso auch den Blutkreislauf und die Ernährungsbedingungen für ein Organ anregen.

Auf diese Weise wird man in Verbindung mit zuleitenden Bewegungen tonisierend auf einen atrophischen und schlaffen Uterus wirken. Wenn man andrerseits den Transport der Lymphe beschleunigen, eine Resorption und Regeneration (bei chronischer Metritis, alten peritonitischen Verwachsungen) erreichen will, dann wird man energisch massieren, indem man gleichzeitig mit Hilfe entsprechender gymnastischer Übungen ableitend auf das Becken zu wirken sucht.

Uterus-Massage.

Der Uterus ist dasjenige Organ, welches relativ am häufigsten Gegenstand der Massage wird. Nachdem man denselben, wo dies erforderlich ist, in Anteversions-Stellung gebracht hat, wird derselbe, vom inneren Finger gestützt, von aussen her an seinen hinteren und seitlichen Flächen massiert. In Fällen, wo die Bauchdecken abnorm fettreich sind, kommt man am ersten von der Seite hinzu. Man beginnt am fundus uteri zu massieren gegen das orificium internum hin und vom orificium externum gegen das internum zu. Die empfindlichsten Stellen für die Massage sind die Gegend des orificium internum.

Die Vorderfläche des Uterus wird nur ganz selten massiert, da man sehr leicht die Blase reizt. Zu diesen Ausnahmefällen gehören die Fälle von Retroversion und fixierter Knickung, wobei dann der linke Zeigefinger vom Rektum aus den Uterus von hinten stützt. In Fällen von Anteflexion, welche durch vordere Adhäsionen bedingt sind, wird man ebenfalls, aber ganz ausserordentlich vorsichtig, die vordere Fläche zu massieren haben. Vor und nach jeder Massage lässt Brandt einige gymnastische Übungen ausführen.

Massage von Becken-Exsudaten.

Bei Becken-Exsudaten beginnt Brandt mit einer Einleitungs-Massage, indem er die Lymphgefässe und Lymphdrüsen in der Nähe des Promontoriums massiert. Dann geht er auf die Peripherie der entzündeten Partie über, um die abführenden Gefässe zu entleeren und so dieselben für den Abfluss der Lymphe vom Centrum her frei zu machen. Dies steht im Einklang mit den Resultaten der Untersuchungen von Glax (Beiträge zur Lehre von der Entzündung, Wiener akademische Sitzungsberichte, III. Abt. LXXXIV. p. 216 bis 326). Diese haben erwiesen, dass die Lymphräume inmitten eines Entzündungsherdes auf Grund der entzündlichen Transsudation so erweitert sind, dass genügender Abfluss nicht möglich ist. Auf diese Weise werden die ausführenden Gefässe komprimiert und es entsteht eine Lymph- und venöse Stauung. —

Jedesmal nach der Massage einer Parametritis massiert Brandt die Ligamenta lata, indem er mit Cirkelreibungen auf dem Uterus selbst beginnt und dann im Verlauf derselben weiter fort geht. Brandt erzielt mit seiner Methode schnell gute Resultate, selbst bei ganz alten Exsudaten, deren Beseitigung den Druck gegen die Nerven und dementsprechend auch die bestehenden Schmerzen zum Verschwinden bringt.

Als Beispiel sei ein von Thure Brandt in Jena behandelter typischer Fall von Parametritis chronica, wie er in Profanters Abhandlung angeführt ist, wiedergegeben:

Anna M., ländliche Arbeiterin, 29 Jahr alt, aus der Umgegend von Schleiz. Aufnahme in die Schultzesche Klinik 4. Okt. 1886.

Anamnese: Keine erhebliche Vorkrankheit; von Jugend auf hysterische Angstzustände in der Form eines globus hystericus; Patientin menstruiert seit dem 14. Jahr, unregelmässig, schwach, mit Schmerzen im Unterleib, welche nach den Oberschenkeln ausstrahlen. Dieselben treten hauptsächlich an den Tagen vor der Regel auf und wiederholen sich dann in rascher Folge. Ausserdem bestehen heftige Schmerzen beim Urinieren bis zum Eintritt der Regel.

Status vom 5. Okt. 1886: Schlechtgenährte Person mit blassen Schleimhäuten. Brustorgane: nichts besonderes.

Leib: keine Schwangerschaftsnarben, Perineum normal, Hymen nach hinten zu eingerissen, Vagina weit, glatt. Vaginal-Portion vor der linea spinalis. Uterus klein, in anormaler Stellung. Der Fundus liegt nach links (vgl. Fig. 44).

Das Collum steht fixiert rechts unten. Die beiden seitlichen Scheidengewölbe sind gespannt und schmerzhaft, das linke mehr als das rechte. Das Collum ist gegen Berührung schmerzhaft. Ein vorgelegter Tampon, der einige Zeit liegen gelassen wurde, weist keine Spur Eiter auf.

Untersuchung in Narkose ergiebt: Sehr resistente Fixation der breiten Bänder, das corpus uteri schnellt mit Gewalt zurück, wenn man es durch Druck gegen das vordere Scheidengewölbe nach vorn zu bringen versucht.

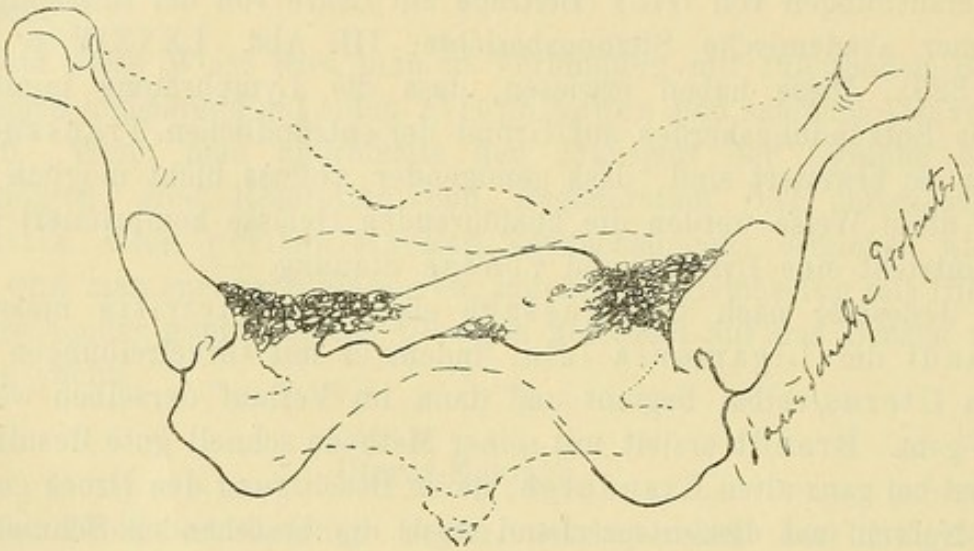


Fig. 44.

Die Infiltration reicht im linken ligamentum latum weiter als rechts. Diagnose: Chronische Peri- und Parametritis. Ausserdem Cystitis.

Die Behandlung bestand anfangs in Bettruhe, Priessnitz-Umschlägen, heissen Scheiden-Douchen, Blasen-Ausspülungen. Am 22. Okt. Einsetzen der Massage-Behandlung. Die Behandlung setzt sich zum Ziel: Freimachen des Uterus von den zahlreichen, sehr derben und resistenten Verwachsungen, die ihn fixiert halten, Zerteilung der para- und perimetritischen Exsudat-Massen.

21. Nov. Das Collum ist soweit beweglich geworden, dass es leicht bis in die Median-Linie geführt werden kann. Der Tenesmus ist verschwunden, die Stuhlgänge erfolgen regelmässig ohne Schmerzen.

26. Nov. Der Uterus ist beweglich bis zu dem Grade, dass er in toto bis zur Medianlinie geführt werden kann. Die Fixation in den ligamenta lata ist beiderseits lockerer geworden.

1. Dez. Man kann das linke Ovarium ein wenig vergrössert und druckempfindlich fühlen.

23. Dez. Eintreten der Menses, welche bis zum 28. dauern. Die praemenstruale Zeit war nur wenig schmerzhaft, der Eintritt der Menses und ihr weiterer Verlauf ohne alle Schmerzen. Der Uterus ist so beweglich, dass man ihn leicht hin und her bewegen und nach rechts über die Median-Linie hinausführen kann. Das rechte Ovarium beginnt fühlbar zu werden.

7. Jan. Der Uterus ist etwas herabgerückt, sehr beweglich, kann leicht nach rechts gelegt werden; das Collum steht links oben. Das corpus uteri kann vollständig redressiert werden.

12. Jan. Die Konturen des linken Ovariums können leicht palpiert werden, dasselbe ist aber ebenso wie das rechte noch fixiert.

20. Jan. Wiederum Eintritt der Menses, ohne Schmerzen, dieselben dauern bis zum 25.

23. Jan. Der Uterus ist vollständig beweglich, leicht redressierbar, beide Ovarien beweglich, ungefähr von normaler Grösse, nicht druckempfindlich.

Mit dem 24. Jan. wird die Kranke aus der Klinik entlassen.

Die Massage während der Regel.

Man ist vielleicht geneigt, von vornherein zu glauben, dass eine Massage während der Menstruation Nachteile mit sich bringen könnte. Brandt hat aber gerade konstatiert und wir haben uns davon überzeugen können, dass ein rückwärts gelagerter Uterus während der Menstruation leichter als sonst zu redressieren ist und dass, wenn man diese Zeit unbenutzt vorübergehen lässt, man sich eines Vorteils für die vorbereitende Behandlung begiebt.

Gerade unter den bei der Menstruation gegebenen Verhältnissen lassen sich Verwachsungen des Uterus und der Ovarien, die sonst allen Lösungsversuchen widerstanden haben, leichter lockern, indem die Adhärenzen sich zufolge der vorhandenen Congestion erweichen und somit leichter dehnen lassen. Es würde ein Fehler sein, diesen physiologischen Vorteil nicht wahrzunehmen.

Brandt hat hierfür während seines Aufenthaltes in Jena ein sehr lehrreiches Beispiel geliefert. Er hatte einen fixierten Uterus schon 13 Tage ganz ohne Erfolg behandelt und begann schon am Erfolge seiner Bemühungen zu verzweifeln, als ihm am 14. Tage mit Hilfe der inzwischen eingetretenen Menstruation gelang, denselben zu mobilisieren. Er hat ausserdem bemerkt, dass, wenn er während der Regel para- und perimetritische, beziehentlich perioophori-

tische und pelveoperitonitische Exsudate weiter massierte, sie keine Anschwellung intra menstruationem erlitten, wie dies der Fall war, wenn er mit der Behandlung pausierte. Ebenso bietet ein vergrösserter, mangelhaft involvierter Uterus während der Menses eine weiche, succulente Beschaffenheit dar, welche für eine Resorption und Heilung die günstigsten Verhältnisse zeigt.

Brandt giebt weiter an, dass sich zufolge der Behandlung während der Menses, die Dauer derselben verkürze, und der Zwischenraum zwischen denselben sich verlängere. Wir können dies auf Grund eigener Erfahrungen nur bestätigen.

Während der Menstruation verdoppelt allerdings Brandt seine Vorsicht. Rückenklopfung in vertikaler Stellung wird nicht gegeben, um den Blutabgang nicht zu steigern. Er wendet vorzugsweise das Knieteilen und andere ableitende Bewegungen an. Auch wenn Brandt Metrorrhagien bei Patienten, welche bettlägerig sind, behandelt, unterlässt er die Massage nicht, er lässt dann derselben, wie wir schon oben gesehen haben, einige Bewegungen folgen, welche blutableitend vom Becken und speziell vom Uterus wirken.

Nur bei jungen Mädchen mit Menorrhagien wendet er ausschliesslich ableitende Gymnastik an und keine Lokalbehandlung.

Massage der Tuben und Ovarien.

In gleicher Weise wie bei parametritischen Exsudaten wird auch bei perioophoritischen verfahren.

Bei entzündlichen Processen der Tube selbst, in denen dieselbe geschwollen, hart und schmerzhaft ist, muss mit grosser Vorsicht massiert werden. Bei infektiös eiterigen, d. h. virulent-eiterigen, Processen ist, wie Thure Brandt selbst sagt, die Massage kontraindiciert.

Die Massage beginnt stets an dem Uterus-Ende der Tube, man massiert immer nur eine kleine Stelle in der Richtung gegen den Uterus zu und rückt erst weiter ovarialwärts vor, wenn sich der Inhalt jenes Teiles in das cavum uterinum entleert hat. Der Beweis, dass Tuben-Inhalt sich mit der Massage in den Uterus entleert, ist dadurch gegeben, dass man den Ausfluss aus dem orificium colli sich am Ende der Sitzung erheblich vermehren sieht, wenn man diesbezüglich spezielle Beobachtungen anstellt.

Bei einer echten chronischen Oophoritis wird die Massage eine Verkleinerung des Ovariums herbeizuführen nicht im stande sein, aber wohl einer weiteren Vergrösserung desselben vorbeugen können.

Bei Einbettung der Ovarien in ein Exsudat, welches mit der Peritoneal-Wand verlötet ist, ist ganz besondere Vorsicht nötig, um peritonitische Reizerscheinungen und Entzündungen zu vermeiden. Man beginnt mit ganz vorsichtiger Massage an der Peripherie, während der Stützfinger in die Vagina oder noch besser ins Rektum eingeführt ist. Man sucht dann bald mit dem äusseren, bald mit dem inneren Finger zwischen Ovarium und Beckenwand zu gelangen, die Verwachsungen zu dehnen und so das Ovarium allmählich zu mobilisieren.

Dehnung von Verwachsungen und narbigen Schrumpfungen des Becken-Bindegewebes.

Die Dehnung entzündlicher Bindegewebsstränge etc. geschieht durch mechanische Zerrung nach Auflockerung der betreffenden Teile mittels Massage, durch welche deren Blut- und Lymph-Zufluss gesteigert wird. Diese vorbereitende und erweichende Massage, sowie ferner die ausserordentlich vorsichtige Ausführung der Dehnung sind die Kernpunkte für eine erfolgreiche Behandlung.

Vordere Verwachsungen. Die Kranke steht aufrecht, der Operateur ihr gegenüber, den linken Ellbogen auf sein linkes Knie gestützt, seinen Daumen in das vordere Scheidengewölbe eingeführt. Indem er nun sein Knie leicht hebt, übt er einen langsamen und dauernden Druck gegen die Verwachsung aus, ohne jemals rohe Gewalt anzuwenden (vgl. Fig. 45).

Sobald er fühlt, dass er bis an die Grenze der Dehnbarkeit gelangt ist, verweilt er einige Zeit auf derselben. Er wiederholt dieses Verfahren auf der Vorderfläche und den Seitenflächen des Collum so lange, bis die Verwachsung eine gewisse Verlängerung wahrnehmen lässt. Sobald die erhaltene Elasticität genügend ist, um dem Uterus eine gewisse Beweglichkeit nach hinten zu gestatten, wird die Kranke in Rückenlage gebracht und die Behandlung bimanuell fortgesetzt. Zu diesem Behufe hebt Brandt das corpus uteri mit

dem in das hintere Scheidengewölbe eingeführten Zeigefinger nach vorn, und so weit als möglich medianwärts. Er kommt dann leichter

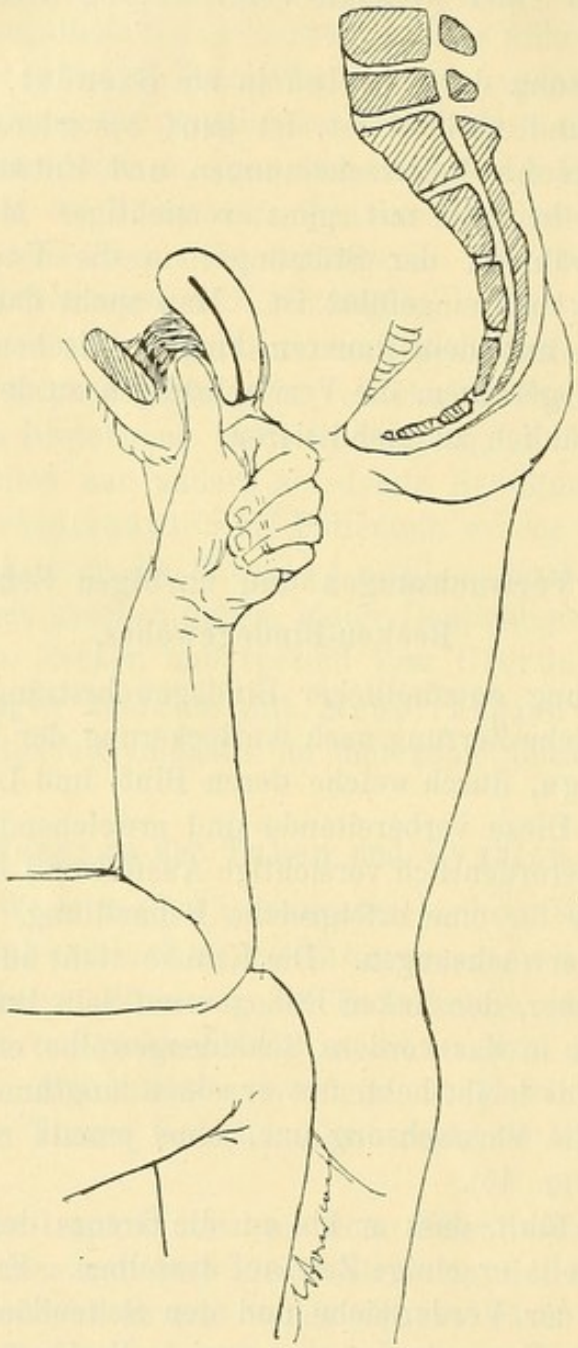


Fig. 45.

mit der äusseren Hand hinzu, welche den Uterus nach hinten drängen muss, um so den Bindegewebsstrang möglichst zu dehnen.

In diesem Augenblick gleiten dann die Finger der äusseren Hand langsam längs der Bauchdecken eindringend gegen das Collum vor und drängen es zurück, während der linke Zeigefinger aus dem hinteren Scheidengewölbe in das vordere herumgleitet, um sich mit der äusseren Hand zu begegnen. Dann werden die Finger beider Hände in der Höhe des isthmus uteri fest angelegt, um den Uterus in der Weise zurückzudrängen, dass der linke Zeigefinger nach hinten oben, die äussere Hand nach hinten unten führt. Zum Schluss führt ein Assistent seine zwei Hände in der Stellung, als ob er eine Uterus-Hebung ausführen wollte (siehe weiter unten), ins Becken ein und übt mit dem Gewicht seines Körpers einen Druck zur Dehnung jener vorderen Verwachsung aus. Hierauf lässt Brandt gewöhnlich noch eine Hebebewegung folgen und massiert dann die breiten Mutterbänder und die Douglas'schen Falten.

Seitliche und hintere Verwachsungen. Die Dehnung derselben

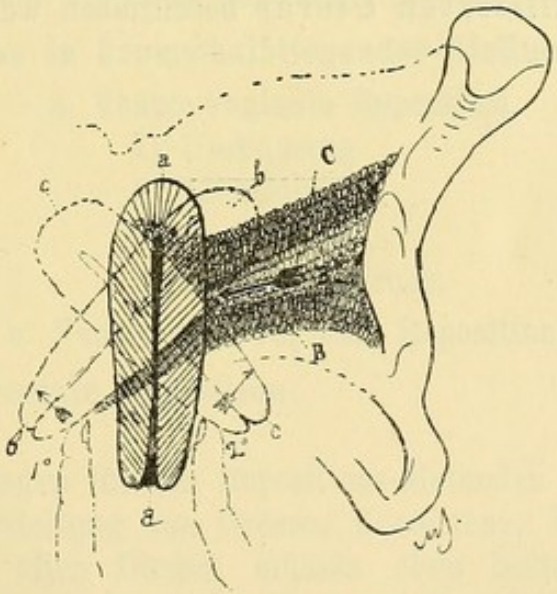


Fig. 46.

kann, soweit sie den Uterus betreffen, in aufrechter Stellung geschehen. Sind dagegen die Ovarien oder die Tuben fixiert, so sind beide Hände erforderlich, und somit wie zur bimanuellen Massage die Horizontallage. Handelt es sich um eine narbige Verkürzung

eines der breiten Mutterbänder, z. B. des linken, so führt Brandt seinen Daumen in die Scheide der aufrecht vor ihm stehenden Patientin und drückt das Collum nach rechts. Dabei dehnt er die unteren Partien dieser Schrumpfung; darauf drückt er die portio vaginalis nach links und dehnt die oberen Partien (vgl. Fig. 46, C).

Dann wird der linke Zeigefinger in das Rektum eingeführt, hinter den fundus uteri geschoben und drängt diesen nach vorn, im schrägen Beckendurchmesser. Der Daumen drängt das Collum nach hinten und zwar sehr langsam und vorsichtig, um nicht Blutungen oder Exsudate zu setzen. Dann lässt Thure Brandt seine Patientin auf ein Plint legen, indem er die Finger an dem einmal eingenommenen Platz lässt und versucht nun allmählich den fundus uteri nach vorn zu ziehen. Zur allmählichen Dehnung hinterer Verwachsungen des fundus uteri, welche eine Rückwärtslagerung der Gebärmutter bedingen, werden je nach Umständen in modifizierter Weise diejenigen Handgriffe angewandt, welche im nachfolgenden Kapitel als Repositions-Methoden für den mobilen beziehentlich mobilisierten Uterus beschrieben werden.

Repositions-Methoden
bei
Rückwärtslagerung der Gebärmutter.

I. Reposition in aufrechter Stellung oder in Bauchlage.

Recto-vaginale Reposition (Umwerfung).

II. Reposition in krummhalbliegender Stellung.

a. **Ventro-vaginale Reposition.**

1) Umkippung.
2) Klemmung.
3) Einhakung.
4) Repositionsdruck.

b. **Ventro-recto-vaginale Reposition.**

III. Ventro-rectale Reposition.

Vorbedingungen für die Repositions-Methoden sind genaue Diagnose und Klarstellung von Grösse, Konsistenz, Beweglichkeit des Uterus. Vor allen Dingen müssen etwa bestehende Verwachsungen gedehnt und parametrische etc. Exsudaten möglichst beseitigt sein.

Ein Fehler, der sehr häufig von Anfängern gemacht wird, besteht darin, dass der Uterus zu hoch gegen das Promontorium geführt wird. Man kann dann den fundus uteri nicht mehr mit der Hand erreichen, was Vorbedingung für das Gelingen der Operation ist.

I. Reposition in aufrechter Stellung oder in Bauchlage.

Recto-vaginale Reposition.

Diese Methode kommt vor allen Dingen bei vergrössertem, besonders auch bei gravidem Uterus zur Anwendung. Die

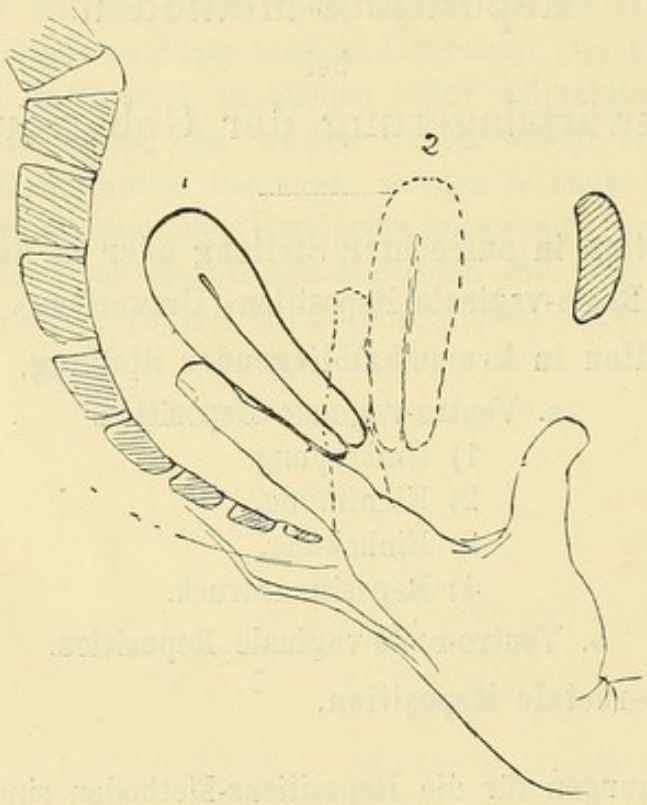


Fig. 47.

Patientin steht aufrecht vor dem Operateur, dieser stützt den linken Ellbogen auf sein Knie, während er seinen linken Zeigefinger so hoch als möglich ins Rektum einführt. Er übt nun einen vorsichtigen, aber energischen Druck gegen die Gebärmutter, indem er sie nach vorn und unten zu stossen sucht, während der Daumen in

die Vagina eingeführt ist und das Collum nach oben und hinten zurückzuführen sucht. Der Operateur wiederholt dieses kombinierte Verfahren so lange, bis es gelingt, den Uterus in Anteversion zu bringen.

Fig. 48.

Nur wenn die Reposition in aufrechter Stellung nicht gelingt und bei ganz besonders vergrössertem Uterus wird das Verfahren in Bauchlage ausgeführt.

II. Reposition in krummhalbliegender Stellung.

a. Ventro-vaginale Reposition.

1) Umkippung.

Die Methode kommt nach Brandt zur Anwendung, wenn der Uterus klein und hart ist, so dass er als Ganzes bewegt werden kann. Man übt mit dem linken Zeigefinger einen Druck auf die Vorderfläche des Collum, um den fundus uteri leicht nach vorn

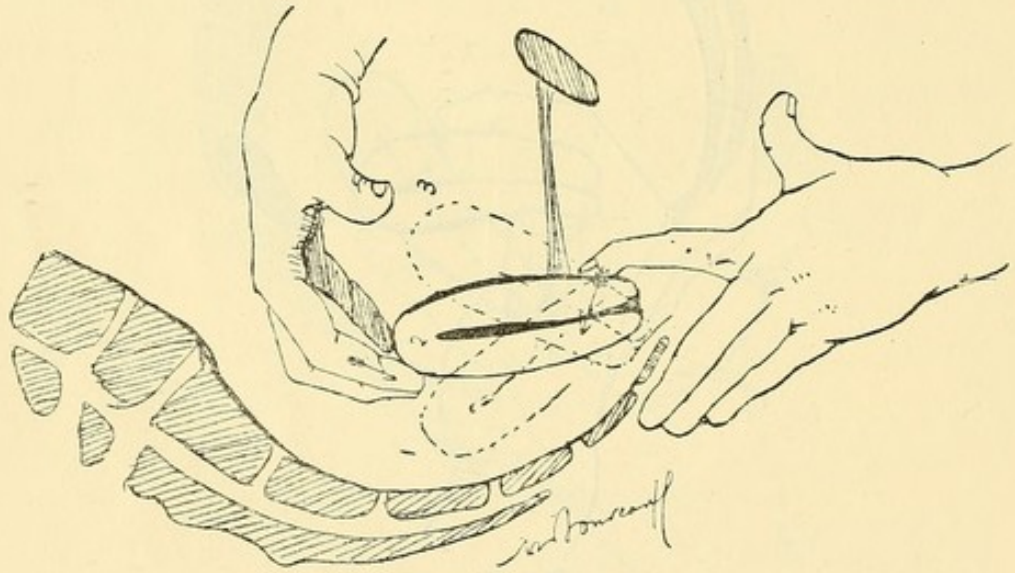


Fig. 49.

zu wippen. Diesen Augenblick benutzt man, um die rechte Hand von den Bauchdecken aus hinter den fundus uteri zu schieben und ihn nun nach vorn zu führen (vgl. Fig. 49).

2) Klemmung wird angewandt, wenn die Gebärmutter klein und hart ist, aber ziemlich fest am Kreuzbein aufliegt. Man sucht in

dem Augenblick, wo der eingeführte linke Zeigefinger den Uterus nach oben drängt, mit der rechten Hand von den Bauchdecken aus

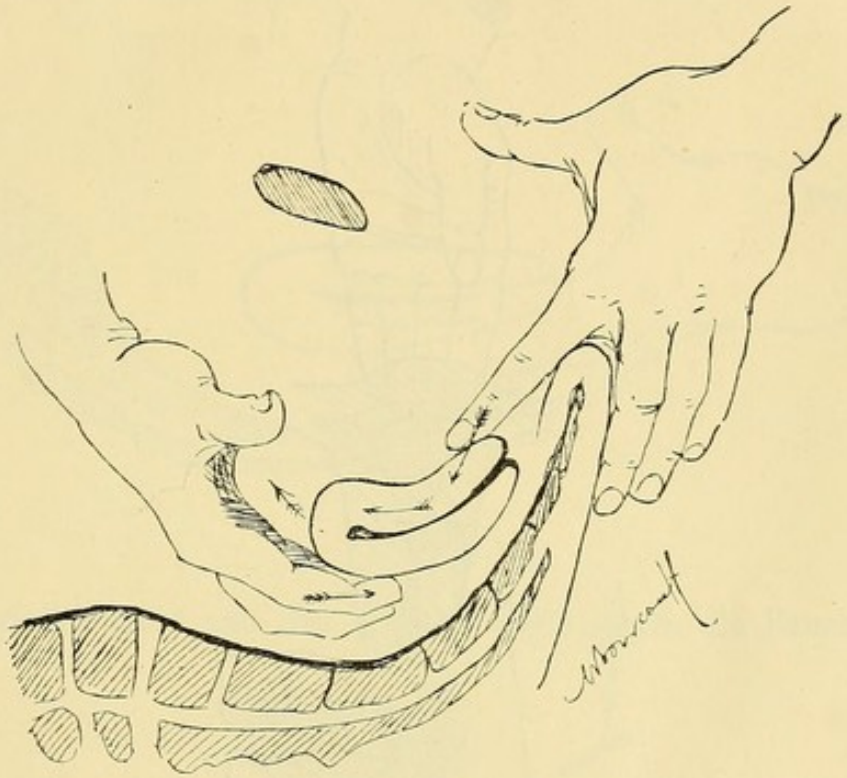


Fig. 50.

hinter den fundus uteri zu gelangen und ihn so bimanuell nach vorn zu führen (vgl. Fig. 50).

3) Einhakung wird angewandt, wenn der Uterus sehr weich und biegsam ist und der Flexionswinkel nur noch durch Druck gegen das Collum vergrössert wird.

Man sucht dabei mit dem Endglied des linken Zeigefingers vom rechten seitlichen Scheidengewölbe aus hinter den fundus uteri zu gelangen und sucht diese durch Krümmung des Fingers etwas nach vorn zu drängen. Dann schiebt man die äussere Hand durch

die Bauchdecken hindurch ebenfalls hinter den Fundus und sucht so den Uterus nach vorn zu bekommen (vgl. Fig. 51).

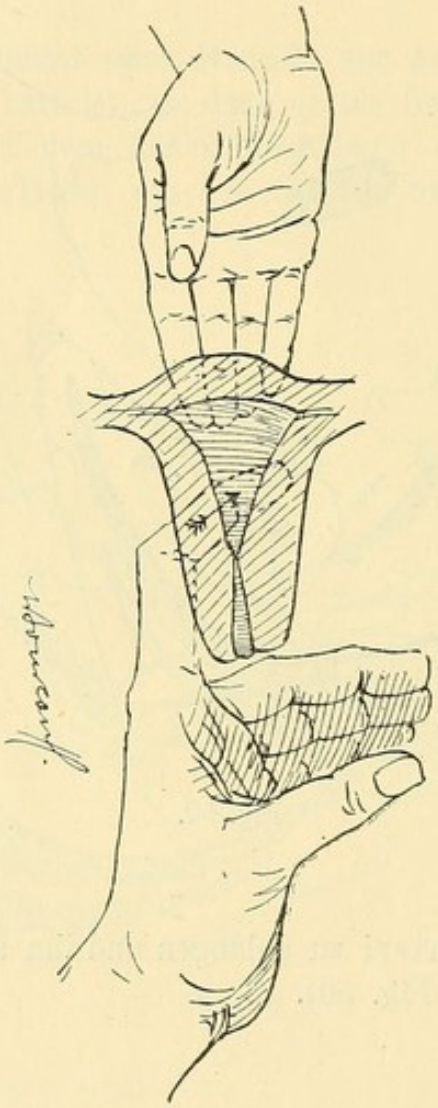


Fig. 51.

4) Repositionsdruck.

Besonders dann zu versuchen, wenn der Uterus in reiner Retroversions-Stellung steht. Zunächst wird der linke Zeigefinger

so hoch als möglich in das hintere Scheidengewölbe eingeführt (vgl. Fig. 52).

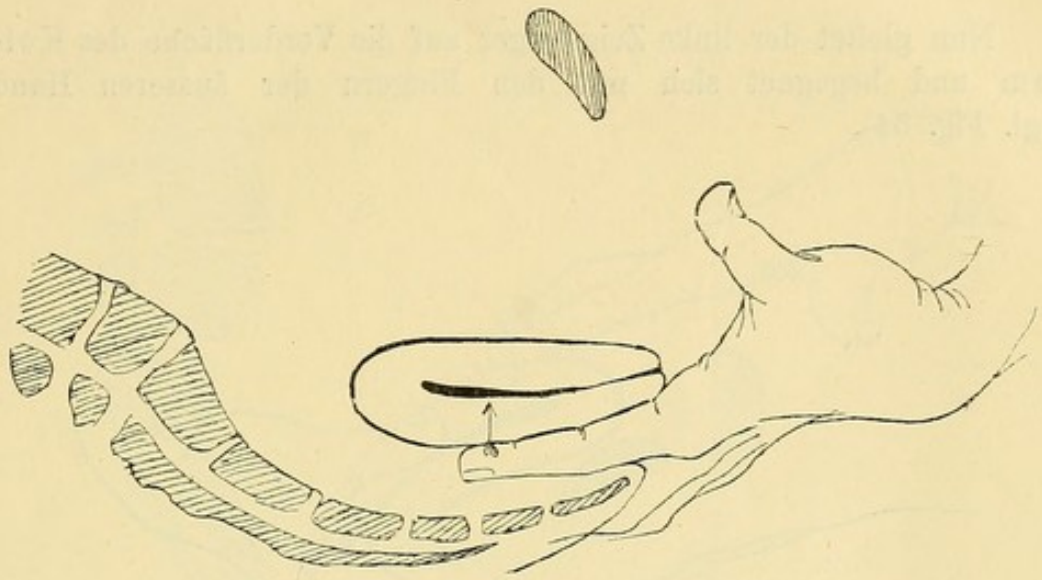


Fig. 52.

Derselbe sucht nun den Uterus etwas gegen die Bauchdecken

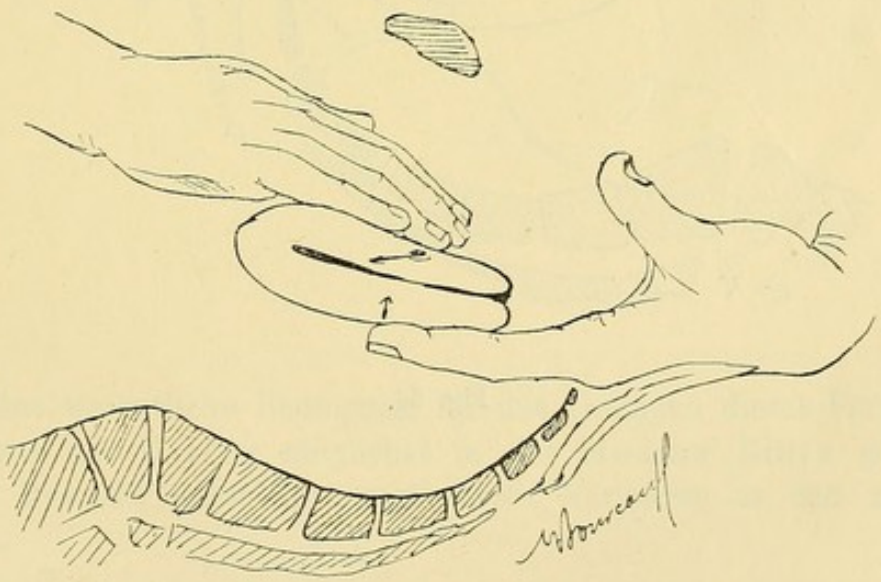


Fig. 53.

vorzudrängen. Nun schiebt man die äussere Hand vorsichtig über der Symphyse auf die Vorderfläche des Uterus bis zum Isthmus

und sucht nun unter Mithilfe des linken Zeigefingers diesen nach rückwärts zu drängen (vgl. Fig. 53).

Nun gleitet der linke Zeigefinger auf die Vorderfläche des Kollum und begegnet sich mit den Fingern der äusseren Hand (vgl. Fig. 54).

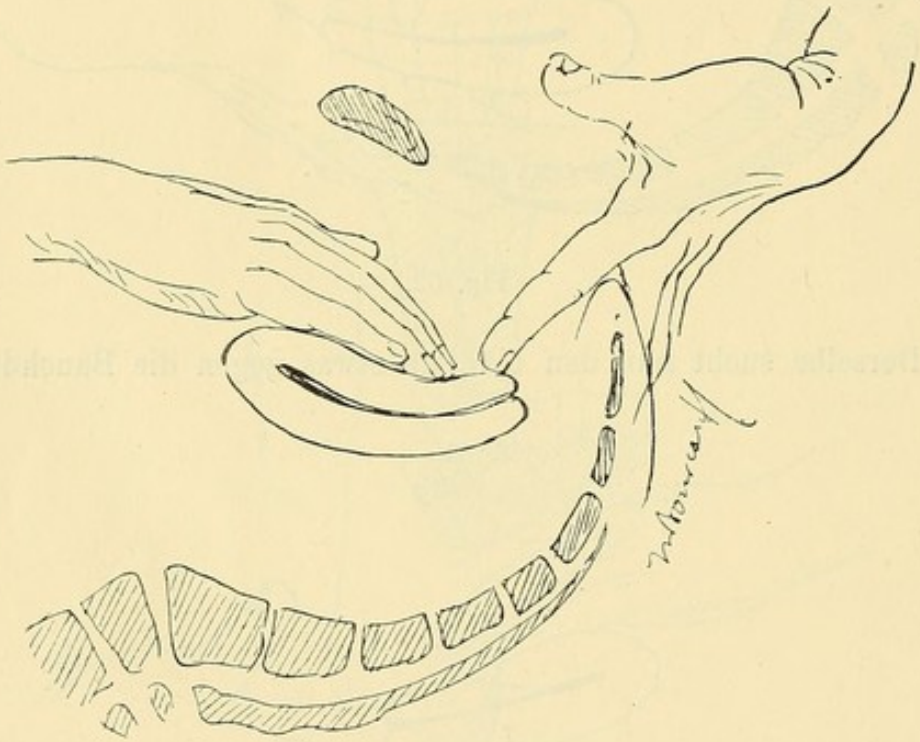


Fig. 54.

Die Finger beider Hände drängen nun zusammen nach hinten und oben längs des Kreuzbeins in die Höhe, bis eine leichte Vorwärtsneigung des Fundus eintritt. Während nun der linke Zeigefinger den Uterus in seiner Stellung zu erhalten sucht, sucht die

rechte Hand vom rechten Rand her hinter den fundus uteri zu kommen und nun den Uterus nach vorn umzulegen (vgl. Fig. 55).

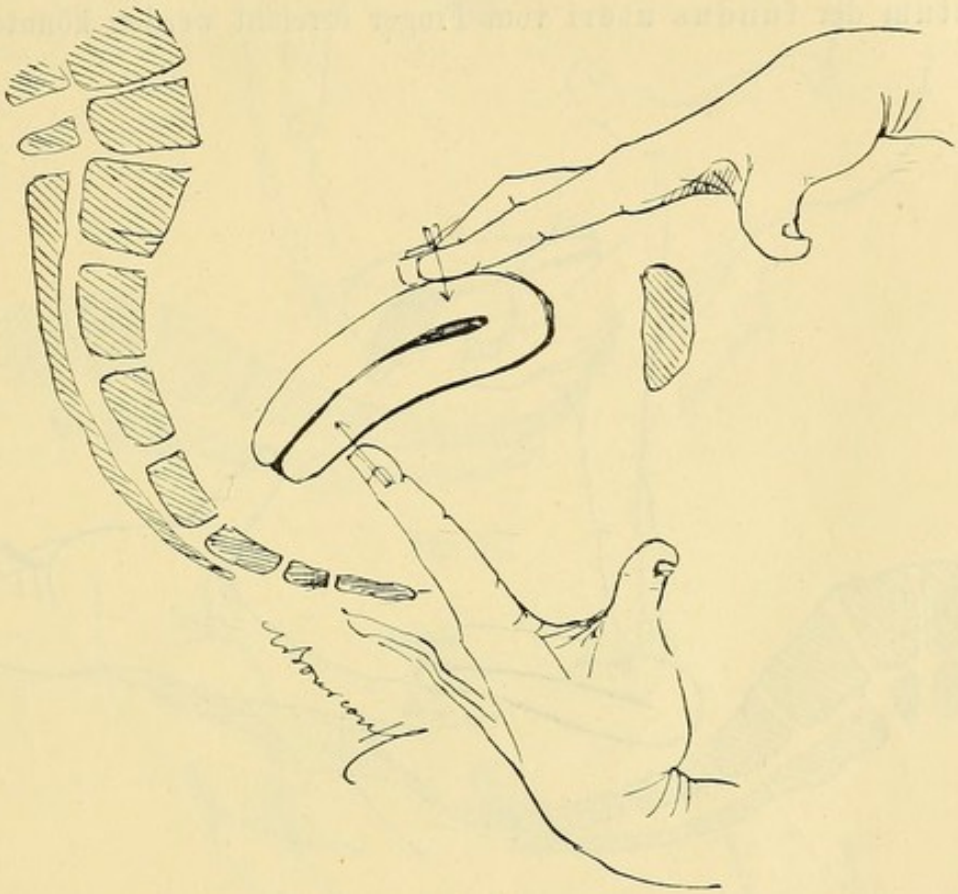


Fig. 55.

Eine wesentliche Bedingung für das Gelingen dieses Verfahrens ist, dass der Uterus möglichst in der Median-Linie gehalten wird. Brandt selbst bevorzugt dieses Verfahren in den meisten Fällen.

b. Ventro-recto-vaginale Reposition.

Dieselbe ist in allen den Fällen indiciert, in denen der Uterus sehr weich und lang ist und zu hoch steht, als dass auch per rectum der fundus uteri vom Finger erreicht werden könnte.

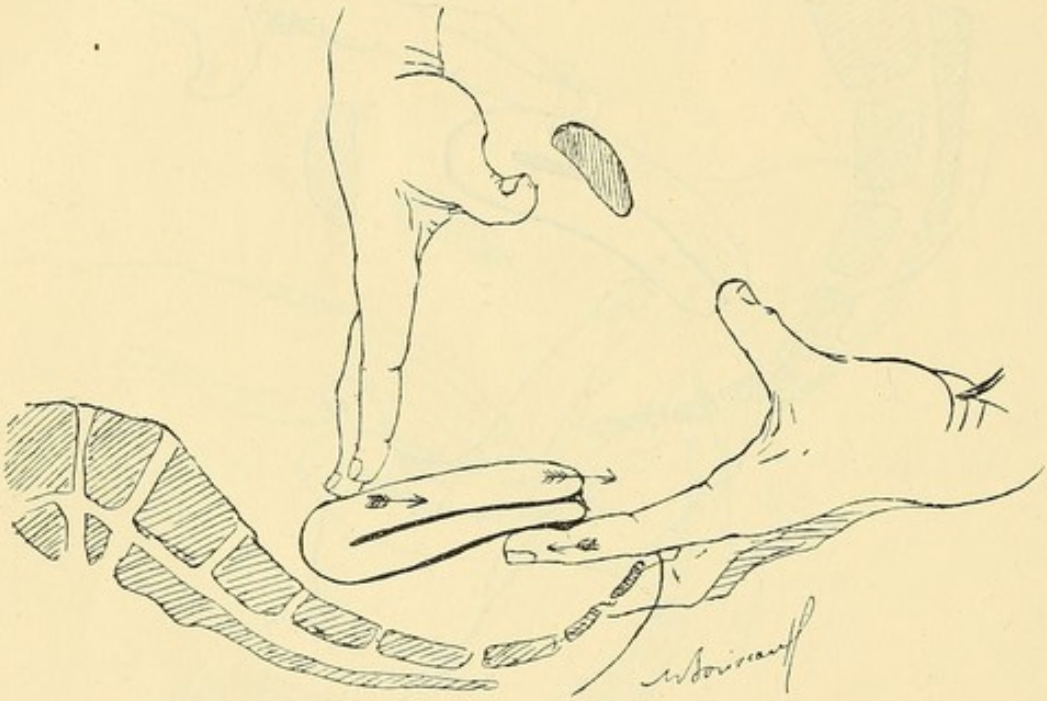


Fig. 56.

Die Ausführung geschieht in der Weise, dass man den linken Zeigefinger so hoch als möglich ins Rektum hinaufführt. Gleichzeitig wird der Daumen in die Vagina eingeführt. Dann wird die äussere Hand von den Bauchdecken her angelegt (vgl. Fig. 56) und sucht, während der Zeigefinger die Gebärmutter etwas nach vorn zu lüften strebt, sich von der Seite her hinter den fundus uteri hereinzuarbeiten (vgl. Fig. 57). Ist dies geglückt, so drängen der eingeführte linke Daumen und der rektal eingeführte Zeigefinger das Collum etwas nach hinten (vgl. Fig. 58), und die äussere Hand den Fundus nach vorn.

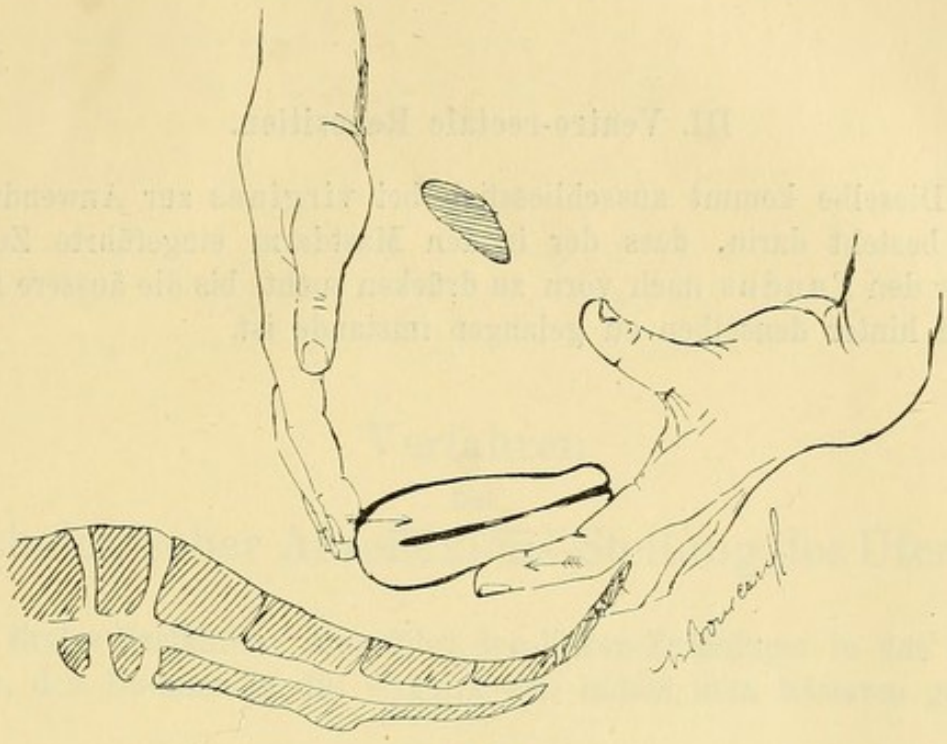


Fig. 57.

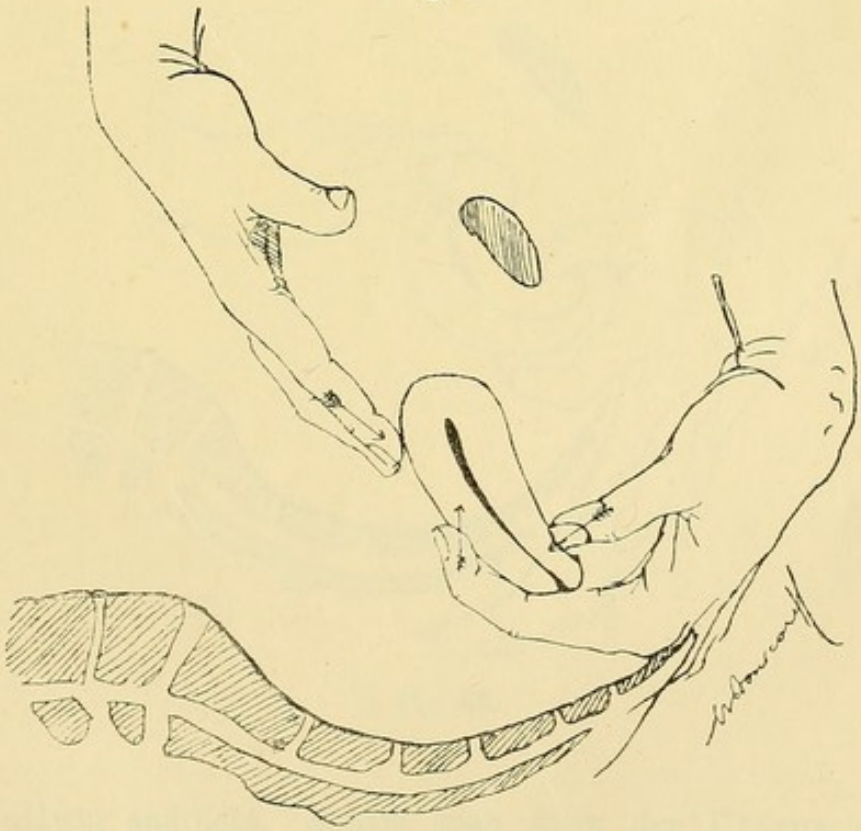


Fig. 58.

III. Ventro-rectale Reposition.

Dieselbe kommt ausschliesslich bei virgines zur Anwendung, und besteht darin, dass der in den Mastdarm eingeführte Zeigefinger den Fundus nach vorn zu drücken sucht, bis die äussere freie Hand hinter denselben zu gelangen imstande ist.

Verfahren
bei
pathologischer Anteflexions-Stellung des Uterus.

Erstes Verfahren: Man führt den linken Zeigefinger in das rectum, den Daumen in die Vagina ein, indem man letzteren gegen

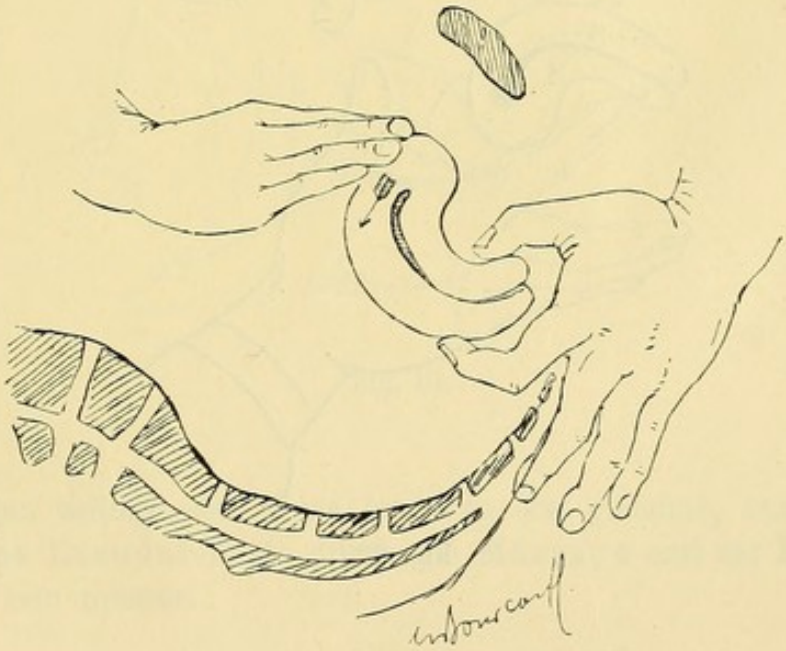


Fig. 59.

das Collum andrückt. Sobald man dann den Uterus zwischen seinen beiden Fingern fühlt, sucht die rechte Hand von aussen den

fundus uteri nach hinten zu drängen (vgl. Fig. 59). Indem man dann den Uterus auf den linken Zeigefinger zu lagern sucht, so dass die dritte Phalange ungefähr der Mitte desselben entspricht, hält die äussere Hand den Uterus einige Momente in dieser Lage.

Zweites Verfahren. Der Operateur macht sofort aus einer Anteflexion eine Anteversion. Zu dem Zweck drängt der linke Zeigefinger vom vorderen Scheidengewölbe aus das Collum nach hinten

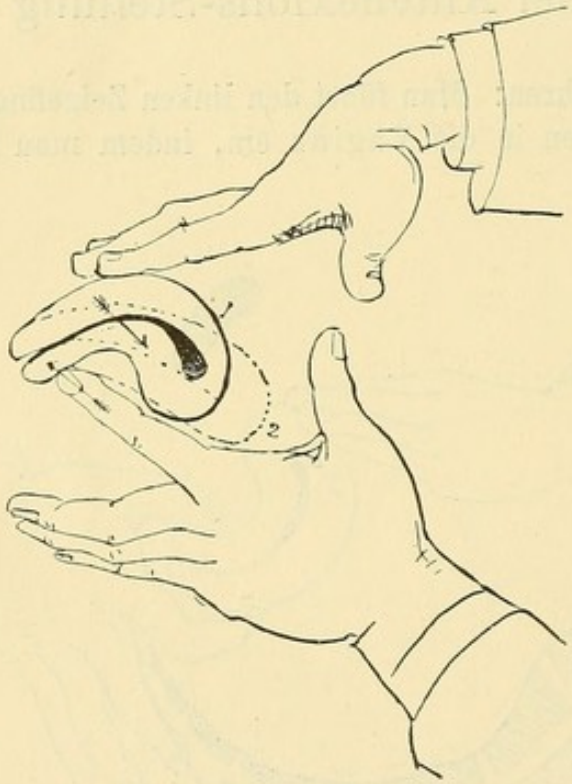


Fig. 60.

und oben, während die äussere Hand einen Druck gegen das Corpus uteri in der Richtung nach vorn unten ausübt. Der Uterus wird auf diese Weise gestreckt (vgl. Fig. 60 und 61).

Es mag hier nochmals ausdrücklich erwähnt werden, dass für den Fall, dass die Anteflexion durch vordere entzündliche Ver-

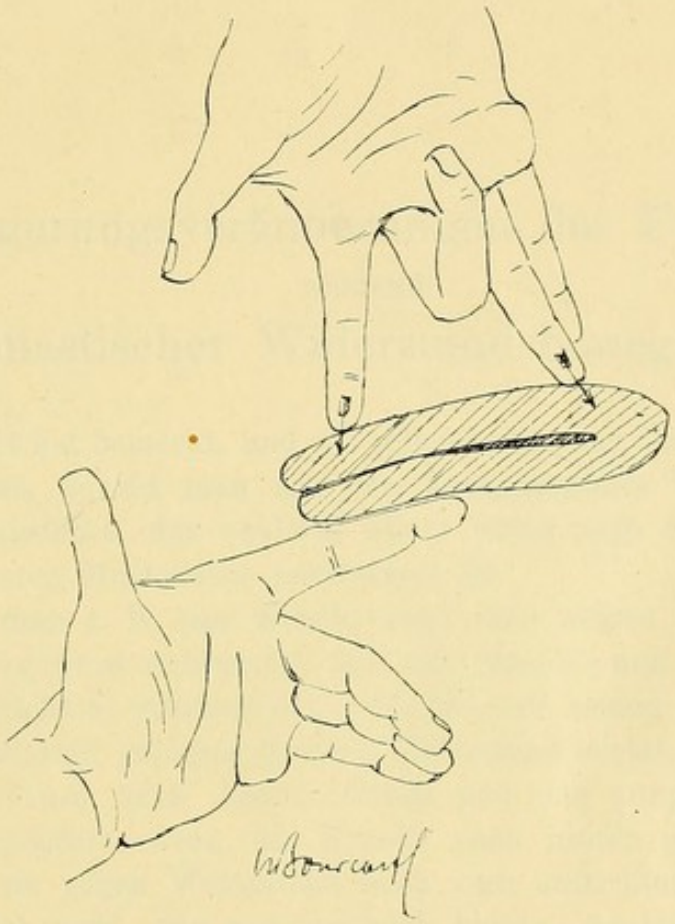


Fig. 61.

wachsungen bedingt ist, diese letzteren erst gedehnt, beziehentlich vorhandene Exsudat-Reste durch die Massage erst zur Resorption gebracht sein müssen.

Lagerungsveränderungen des Uterus
während
gymnastischer Widerstandsbewegungen.

Brandt hat bemerkt, und wir selbst haben uns davon überzeugen können, dass, sobald man mit den Rumpfmuskeln Widerstandsbewegungen ausführt, das collum uteri etwas nach der Körperseite abweicht, deren Muskulatur kontrahiert ist.

Wenn man z. B. eine Kranke nach vorn neigen lässt, während man per vaginam untersucht, und man lässt sie nun sich zur Senkrechten aufrichten, während ein Assistent mit seinen auf die Schultern der Patientin gelegten Händen Widerstand leistet, so fühlt man, wie das collum nach hinten drängt und das corpus nach vorn neigt. Umgekehrt, wenn die Kranke nach hinten geneigt ist und man lässt sie gegen Widerstand nach vorn aufrichten, so tritt das collum nach vorn, das corpus nach hinten. Analoge Verhältnisse liegen für Seitwärts-Beugungen vor.

Es erscheint demnach nicht ungerechtfertigt, bei der Behandlung von Lageveränderungen bestimmte gymnastische Übungen neben den entsprechenden Manipulationen zur Anwendung zu bringen.

Hebungen und Lüftungen des Uterus.

Die „Hebungen“ sind durchweg eine selbständige Erfindung Brandts, welche bisher Analogien in der Therapie nicht hatten. Brandt wendet dieses Verfahren auf Grund seiner reichen Erfahrung an in Fällen von Prolapsus uteri, von Cystocele und Rektocele, von Retroversion und Flexion, sowie Lateroversion des Uterus und von Rektum-Vorfall.

Hebungen bei Prolapsus uteri.

Nachdem die Kranke die verschiedenen einschlägigen gymnastischen Übungen und speciell auch die Kreuzbeinklopfung erhalten hat, wird sie in krummhalbliegender Stellung auf das Plint gelagert. Der Leib wird entblösst, kann aber auch nach Thure Brandt vom Hemd bedeckt bleiben. Die Kranke muss mindestens seit 2 Stunden nüchtern, Blase und Rektum müssen entleert sein.

Die Uterus-Hebung wird nun vom Operateur und einem Assistenten ausgeführt.[1]) Zu dem Umstand des Hinzuziehens geeigneter Assistenz ist Brandt auf Grund nachfolgender Erfahrung gekommen. Er fand, dass, wenn die Stellung des in Anteflexion gehaltenen Uterus dem Assistenten, welcher die Hebung ausführt, nicht genau angegeben wird, dieser dann leicht den Uterus verfehlt und ihn gar nicht zu fassen bekommt. Andrerseits fand er auch, dass, wenn die Stellung des Uterus nicht durch den Arzt kon-

---

[1]) Brandt selbst hat zur Assistenz eine langjährig unter seiner Leitung arbeitende, sehr geschickte Gymnastin. Auch ich selbst bediene mich jederzeit einer geschulten weibl. Gehilfin für diese Zwecke.

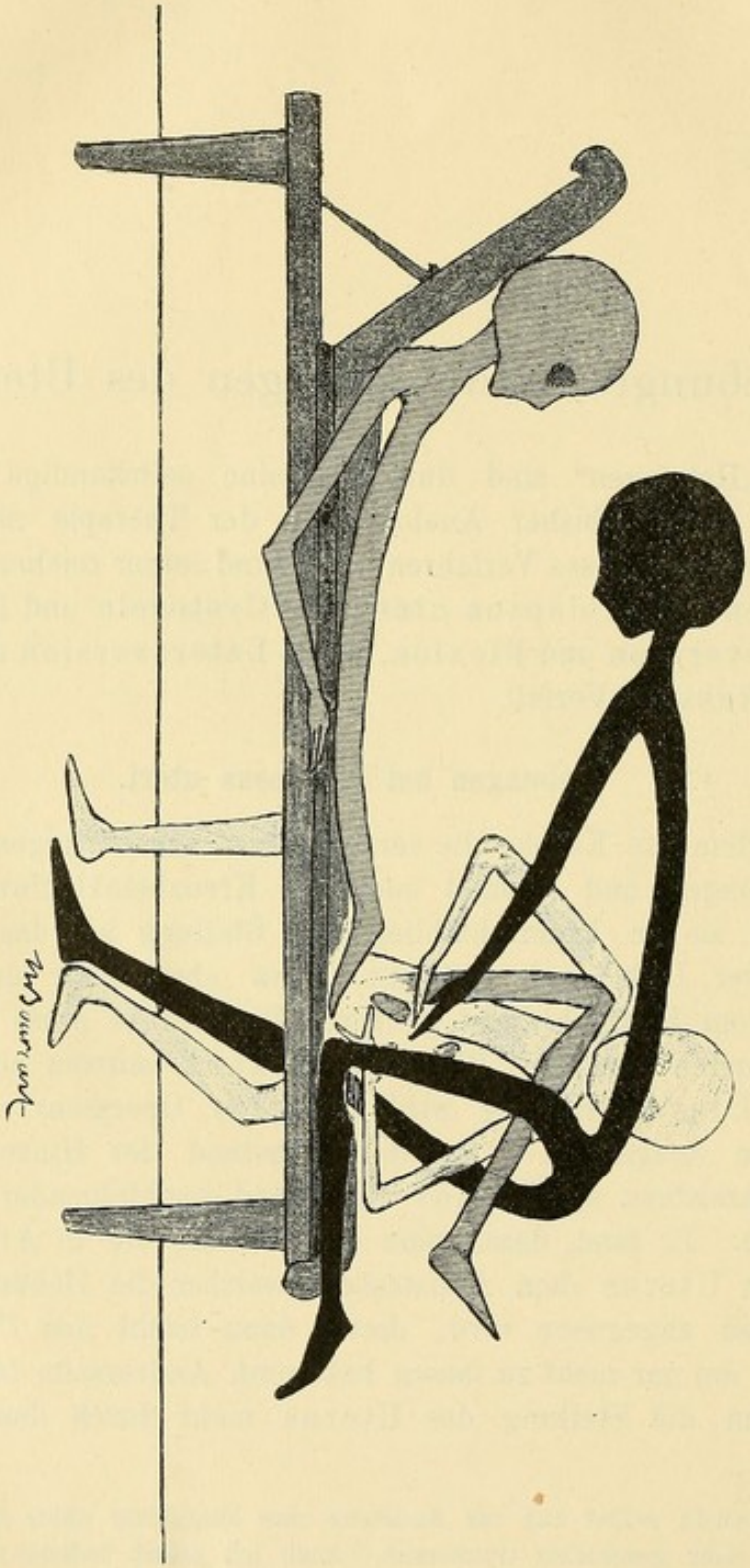


Fig. 62.

trolliert wird, derselbe sehr leicht nach hinten umkippt und vom Assistenten geradezu nach hinten gestossen wird. Der Arzt begiebt sich wie bei der Untersuchungs-Stellung auf die linke Seite der Kranken, reponiert den eventuell zurückgelagerten Uterus und hält ihn bimanuell in Anteversion.

Dann legt er den linken Zeigefinger auf die Vorderfläche des collum oder noch besser auf die Ansatzstelle des Scheidengewölbes und drängt nun die Portio vaginalis nach oben und hinten zu. Auf diese Weise wird der bewegliche Teil des Uterus höher ins Becken hinaufgeschoben. Indem er nun seine rechte Hand flach auf das Abdomen legt, schiebt er die Bauchdecken nach unten hinter die Symphyse, aber vor den in starker Anteflexion stehenden Uterus.

Dies geschieht zu dem Zweck, einmal dem Gehilfen die Stelle zu bezeichnen, wo er seine Hände einzusetzen hat und andrerseits zu verhindern, dass Hautfalten in störender Weise entstehen oder die Bauchdecken nicht genügend nachgeben, wenn der Uterus in die Höhe gezogen wird.

Der Assistent steht am unteren Teil des Plints, der Kranken gegenüber, soviel als möglich über sie gebeugt. Sein rechter Fuss ist soweit als möglich nach vorn gesetzt, das Knie nach hinten gegen das linke Bein des Arztes gestützt (vgl. Fig. 62). Von besonderer Wichtigkeit für das Gelingen einer Hebung ist gerade die Stellung dieses Beines des Assistenten, denn derselbe ist wie gesagt gezwungen, sich sehr weit nach vorn zu neigen und bedarf in seinem vorgesetzten rechten Bein einer kräftigen Stütze, um nicht nach vornüber zu fallen.

Mit dem linken Knie kniet der Assistent auf der Aussenseite des rechten Unterschenkels der Patientin, deren Knie stark aufwärts gebeugt und gegen die Hüften des Assistenten gestemmt, während die Füsse zwischen den Beinen desselben hindurchgestreckt und hochgehalten sind (vgl. Fig. 62).

Der Assistent legt dann seine beiden Hände in stark supinierter Stellung am Abdomen an, die Fingerkuppen in der Höhe der Symphyse einsetzend. Die Arme sind dabei vollständig gestreckt (vgl. Fig. 63).

Alsdann neigt er sich stark nach vorn über, so dass er mit seinem Körper fast den der Patientin berührt, immer mit gestreckten Armen und schiebt nun seine beiden Hände so tief als möglich ins Becken

hinein, indem er vorsichtig und allmählich mit seinem Körpergewicht wirkt. Sobald der Assistent seine Hände richtig eingesetzt hat, nimmt der untersuchende Arzt seine äussere Hand weg. Sein per vaginam eingeführter Finger aber giebt dem die Hebung ausführenden Assistenten Kenntnis von der Stellung des Uterus. Sobald der Assistent mit seinen Häuden das collum uteri erreicht hat, fasst er die Gebärmutter von vorn unten. Während er nun seine Hände tief ins Becken einschiebt, fühlt der Untersuchende, dass die Portio vaginalis stark zurückweicht, d. h., dass der Uterus sich mehr nach vorn stellt.

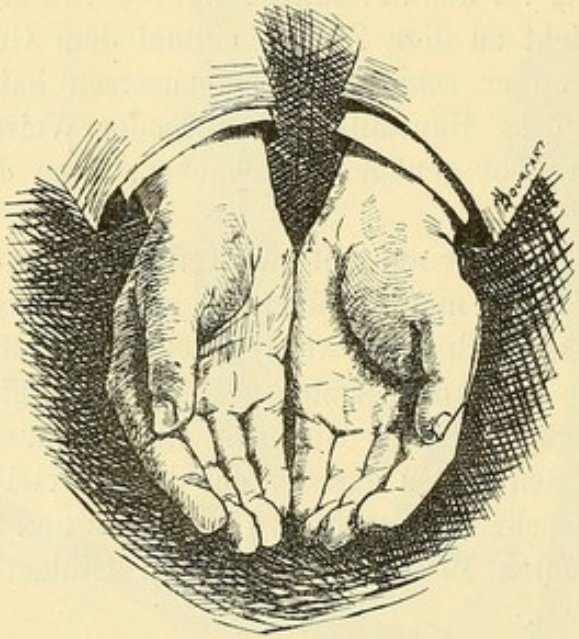


Fig. 63.

Diese sehr starke Vorneigung des Uterus kommt daher, dass das Peritoneum gewissermassen durch das Zusammenschieben von oben nach unten verkürzt ist und zufolge seines Zusammenhängens mit dem Uterus einen Zug auf den letzteren ausübt.

Sobald nun der Assistent den Uterus von vorn und beiden Seiten deutlich über seinen Fingern fühlt, geht er zum 2. Akt der Hebung über. Indem er seine Finger leicht krümmt (Fig. 64), hebt er den Uterus langsam und vorsichtig, indem er ihn längs des Kreuzbeines bis zum Promontorium führt (vgl. Fig. 65). Während

dieser Bewegung richtet er sich langsam aus seiner vornüber geneigten Haltung auf, wobei er gegen das Ende der Bewegung die anfangs gestreckt gehaltenen Arme im Ellbogengelenk etwas beugt.

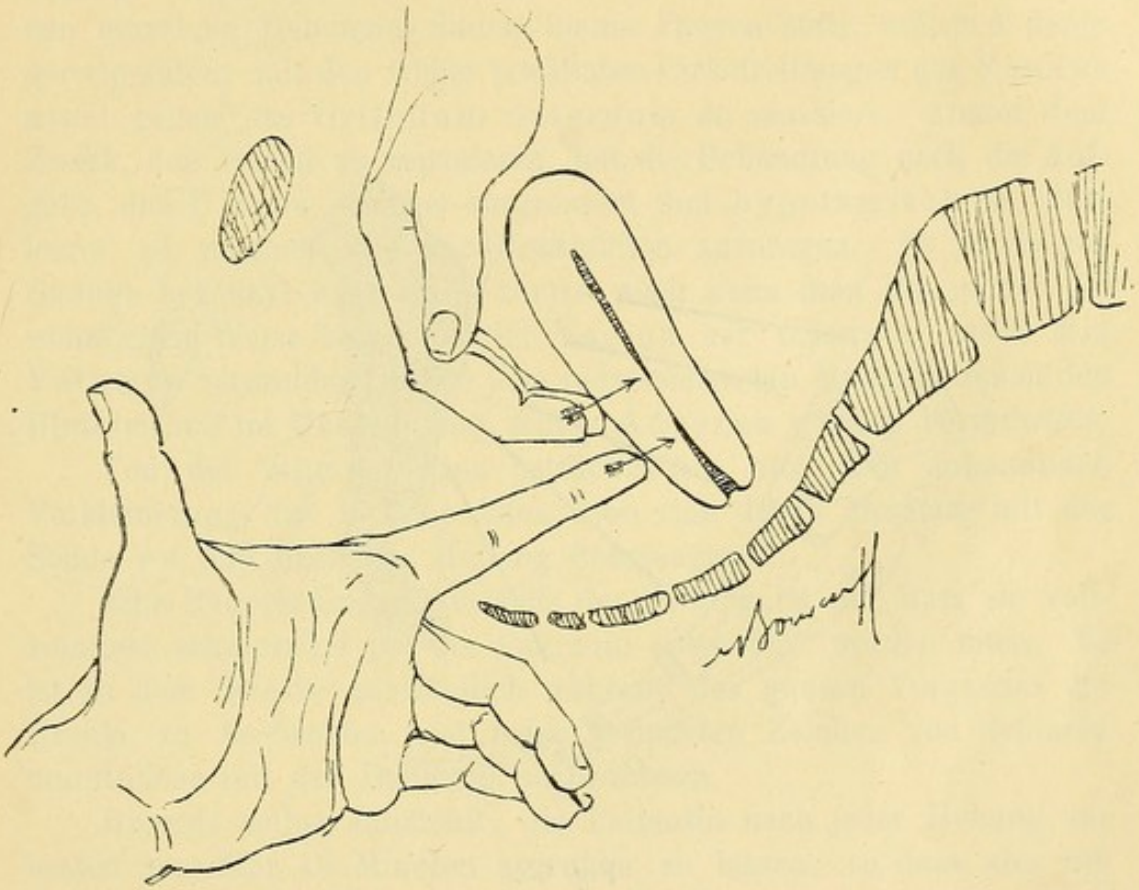


Fig. 64.

Die Hauptsache für das Gelingen des Handgriffes liegt darin, dass die Finger ihren Angriffspunkt am Isthmus nicht verlieren, sonst kippen sie den Uterus nach hinten um.

Der Finger des Untersuchers verfolgt, wie schon oben erwähnt, diesen ganzen Vorgang.

Bei Total-Prolaps ist es oft notwendig, den Uterus bis über das Promontorium hinaus zu heben. Man muss dann sorgfältig

darauf achten, immer dicht an der Wirbelsäule zu bleiben. In einzelnen Fällen ist es möglich, den Uterus bis in die Nabelgegend hinaufzuziehen, ohne der Kranken Schmerzen oder Beschwerden zu bereiten. Der Hebende darf — und wird hierin von dem Untersuchenden überwacht — nur bis an die Grenze eines entstehenden Widerstandes von seiten der Haltapparate gehen. Geht er über diese hinaus, so liegt die Gefahr vor, dass er am Uterus

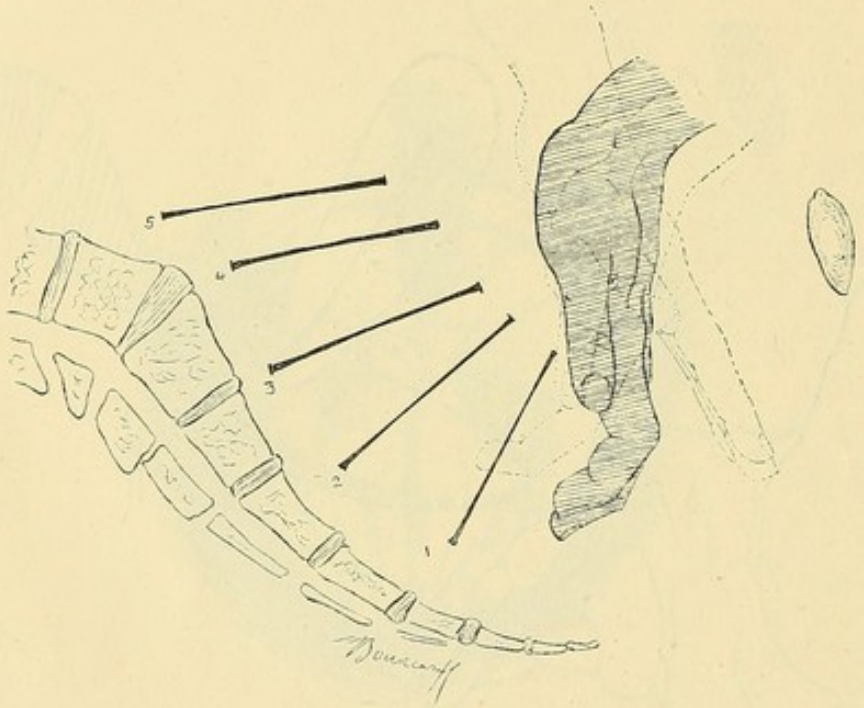


Fig. 65.

hinaufrutscht, wie schon erwähnt, denselben dann nach hinten umkippt und eventuell auch capilläre Zerreissungen setzt. Sobald sich nun der Uterus auf der Höhe der Hebung befindet, lassen die Hände vorsichtig und langsam mit ihrem Griffe nach. Ein schnelles und unvermitteltes Loslassen ist zu vermeiden, der Uterus würde sonst heftig zurückschnellen und dadurch starke Schmerzen verursachen. Der Untersuchende ist mit Hilfe seines Fingers bestrebt, eine Rückwärtslagerung des Uterus zu verhindern.

Gleichzeitig mit der Uterus-Hebung wird auch ein Zug auf die übrigen Becken-Organe ausgeübt. Ferner werden auch die äussern Genitalien zur Kontraktion und Retraktion angeregt.

Die Hebungen müssen je nach der Empfindlichkeit des Individuums in ihrer Intensität abgestuft werden; besonders vorsichtig müssen sie im Anfang jeder Behandlung ausgeführt werden. In jeder Sitzung werden sie 2 oder 3 Mal hintereinander wiederholt. Zwischen den einzelnen Hebungen finden kleine Pausen statt, während deren der Operateur mit den früher erwähnten Cirkelreibungen den Fundus uteri gegen das Orificium externum zu massiert. Ausser dem Zweck, den Vorfall zu reponieren, hat die Behandlung noch die Aufgabe, den Uterus, welcher vergrössert und hyperämisch ist, blutleerer zu machen und zur Kontraktion anzuregen. Es ist ja zur Genüge bekannt, dass ein Uterus, auch wenn man ihn in der gewöhnlichen Weise bloss von der Vagina her reponiert, rasch sein Volumen vermindert, indem jene redressierenden Manipulationen den Blutkreislauf im Uterus und seinen Adnexen günstig beeinflussen.

Von der mitunter ganz beträchtlichen und auch anhaltenden Verkleinerung des Uterus kann man sich durch Messung mit der Sonde vor und nach der Hebung überzeugen.

Eine Hauptbedingung betreffs der Hebung ist die, dass sie vollkommen schmerzfrei für die Patientin ausgeführt werden muss. Es ist zu dem Zwecke unerlässlich während des ganzen Vorganges die Kranke zu beobachten und beim geringsten Zeichen von Schmerz unmittelbar mit der Dehnung nachzulassen.

Brandt selbst empfiehlt, die Patientin nach jeder Hebung am besten ungefähr 10 Minuten ausruhen zu lassen, so dass also zur Ausführung von 3 Hebungen etwa 30 Minuten erforderlich sind. Nach der Hebung folgt eine Massage der Ligamenta sacrouterina und zitternde Drückungen der Vaginal-Wände gegen die Hüftbeine, welche eine Reizung der Nn. hypogastrici zum Zweck haben sollen. — Dann folgt Knieteilen und Zusammendrücken (vgl. Fig. 66, u. pg. 58 Fig. 35), ausgeführt unter gleichzeitiger Beckenhebung der Patientin.

Was die Dauer einer erfolgreichen Behandlung betrifft, so giebt Brandt an, dass, wenn nach 14 Tagen die Gebärmutter ihre reponierte Stellung nicht dauernd behält, die betreffende Behandlung im gegebenen Falle als aussichtslos angesehen werden müsse. Be-

züglich der Gesamtzahl der von ihm behandelten Fälle behauptet er 70—80% Heilungen erzielt zu haben.

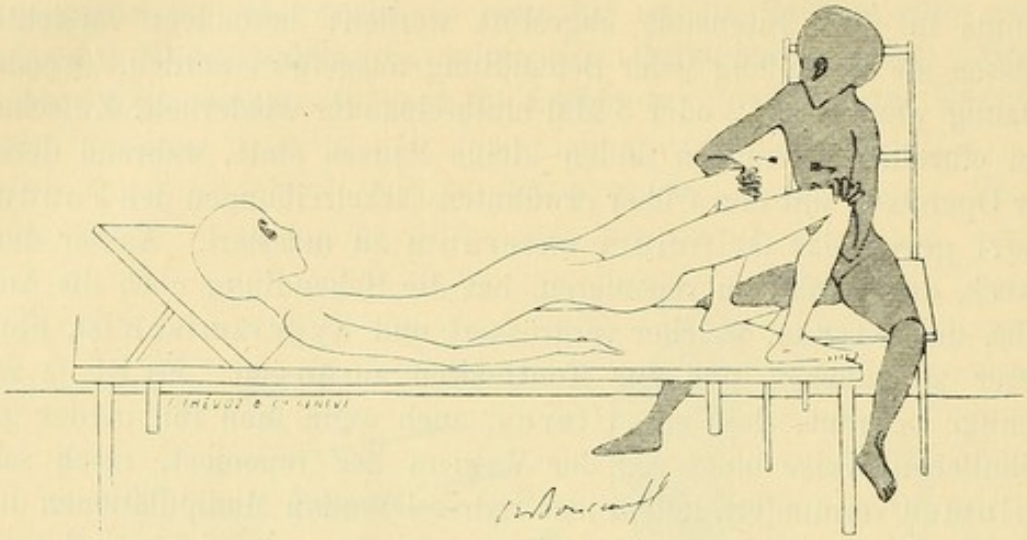


Fig. 66.

Zur besseren weiteren Klarlegung der Wirkung der vorstehenden Behandlungsmethode sei ein von Brandt in der Schultzeschen Klinik behandelter Fall angeführt, dessen Resultat dem der besten plastischen Operation gleichkommt.

Krankengeschichte. Louise Sch., Bauersfrau, 34 Jahr alt, kam am 29. Dez. 1886 zur Aufnahme in die Klinik.

Sie war niemals erheblich krank gewesen; menstruierte seit dem 18. Jahre unregelmässig, schwach, unter Schmerzen. Seit 1875 verheiratet hatte sie 3 Partus durchgemacht. Die erste Geburt 1875 verlief normal, die Kranke blieb nur 2 Tage zu Bett. In der Mitte der 1. Schwangerschaft bekam sie einen descensus uteri, der sich bis zur 2. Geburt, i. J. 1878 noch verschlimmerte. Beim 2. Wochenbett blieb sie 8 Tage zu Bett, arbeitete dann aber wieder trotz ihres Vorfalls. Die 3. Entbindung i. J. 1879 verlief normal, allerdings unter grossen Beschwerden. Es trat eine hochgradige Erschlaffung der Bauchdecken ein, die Kranke lag 9 Wochen zu Haus und dann noch 5 Wochen in der chirurgischen Klinik in Jena wegen eines Fussleidens zu Bett. In der Folgezeit trat der Vorfall bei jeder anstrengenden Arbeit stärker hervor und wurde später (1883) vollständig, als sie einen schweren Korb zu heben versuchte. Seitdem blieb ein totaler Prolapsus uteri bestehen.

Die Kranke klagt über ein Gefühl von Schwere im Unterleib und hat die Empfindung, als ob ihr ein Organ nach unten aus dem Leib herausgezogen würde. Ausserdem bestehen Blasen-Tenesmus,

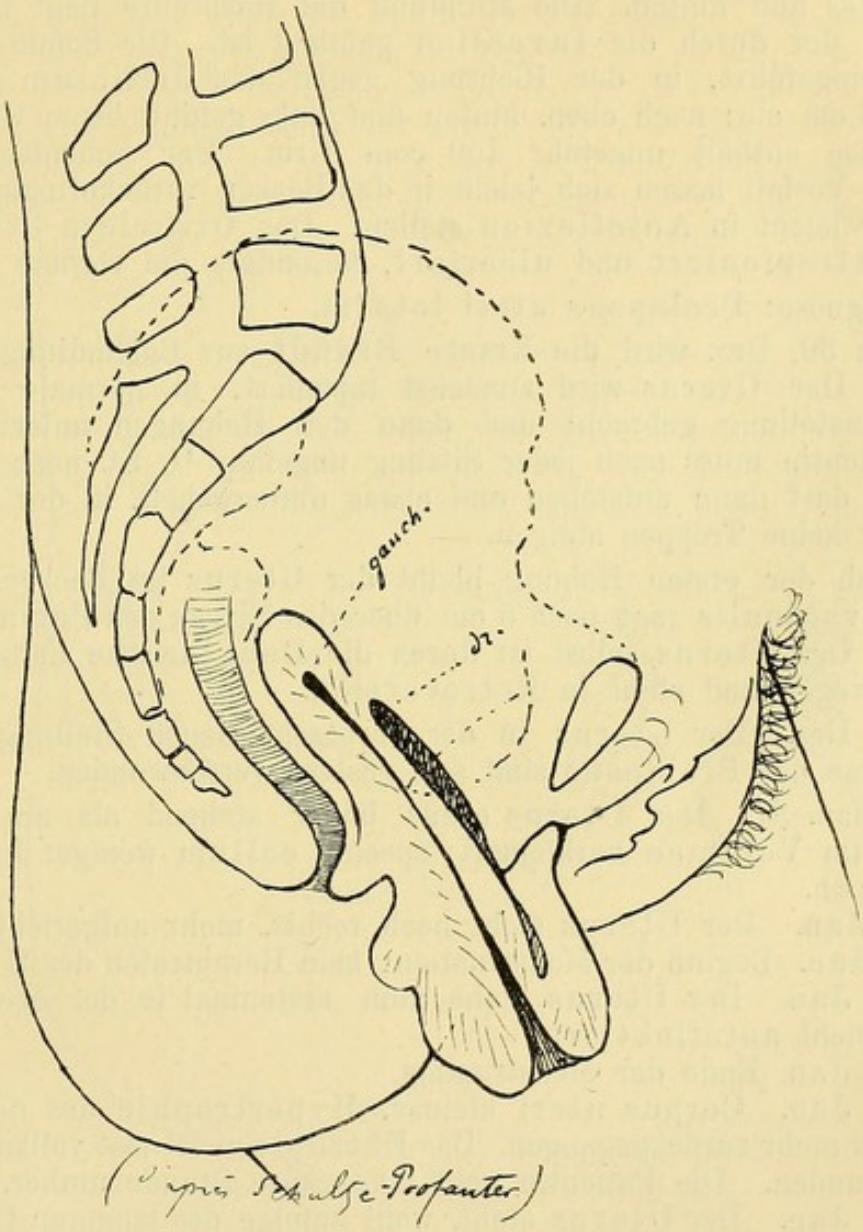


Fig. 67.

Schmerzen beim Wasserlassen, heftige Schmerzen im Leib, besonders während der Menstruation, so dass sie gewöhnlich 1 oder 2 Tage während derselben zu Bett liegen muss.

Status praesens vom 29. Dez. 1886: Kleine, ziemlich kräftige Frau von gesunder Gesichtsfarbe. An den Brustorganen nichts besonderes.

Die Untersuchung des Unterleibes, in Narkose vorgenommen, ergab totalen Vaginal-Prolaps unter Abweichung des Uterus nach links und hinten. Die Mündung der Harnröhre liegt in dem Winkel, der durch die Inversion gebildet ist. Die Sonde in die Blase eingeführt, in der Richtung gegen das Orificium uteri, dringt 6 cm ein; nach oben, hinten und links geführt bis zu $8^1/_2$ cm. Die Blase enthält ungefähr 150 ccm Urin. Der Scheiden- und Uterus-Vorfall lassen sich leicht in das Becken zurückbringen, und letzterer leicht in Anteflexion stellen. Das Orificium uteri ist weit, ektropioniert und ulceriert, besonders die vordere Lippe.

Diagnose: Prolapsus uteri totalis.

Den 30. Dez. wird die Kranke Brandt zur Behandlung zugewiesen. Der Uterus wird zunächst reponiert, in normale Anteflexionsstellung gebracht und dann den Hebungen unterworfen. Die Patientin muss nach jeder Sitzung ungefähr $^1/_4$ St. noch liegen bleiben, darf dann aufstehen und etwas umhergehen, in der ersten Zeit nur keine Treppen steigen.

Nach der ersten Hebung bleibt der Uterus im Becken. Die Portio vaginalis ragt noch 5 cm über das Niveau des Perineums hervor. Der Uterus selbst ist durch die Douglas'sche Falte nach links gezogen und steht in Retroversion.

31. Dez. Der Uterus in der vorbeschriebenen Stellung, alle Symptome des Prolapsus sind seit gestern verschwunden.

1. Jan. 87. Der Uterus etwas höher stehend als am Tage vorher, im Volumen verkleinert; speciell collum weniger hypertrophisch.

2. Jan. Der Uterus steht nach rechts, mehr aufgerichtet.

9. Jan. Beginn der Menstruation; kein Herabtreten des Uterus.

11. Jan. Der Uterus steht zum erstenmal in der Median-Linie, leicht anteflektiert.

13. Jan. Ende der Menstruation.

14. Jan. Corpus uteri kleiner, Hypertrophie des collum ebenfalls mehr zurückgegangen. Das Ektropium ist fast vollkommen verschwunden. Die Patientin geht eine ganze Stunde umher.

15. Jan. Der Uterus steht, wohl zufolge des längeren Umhergehens, ungefähr 1 cm tiefer als am Tage vorher, immer in Median-Stellung, aber wieder etwas nach hinten abgewichen. Nach der wiederum vorgenommenen Hebung bleibt er wiederum oben in normaler Höhe und Anteflexion.

18. Jan. Der Uterus in derselben Stellung, deutliche Spannung der Douglas'schen Falten.

24. Jan. In den Zwischentagen Spaziergänge der Patientin von $^1/_4$ bis zu 1 stündiger Dauer. Uterus in vollständig normaler Stellung, anteflektiert; Portio vaginalis steht in der Verbindungslinie der Spinae. Spaziergang von 2 Stunden.

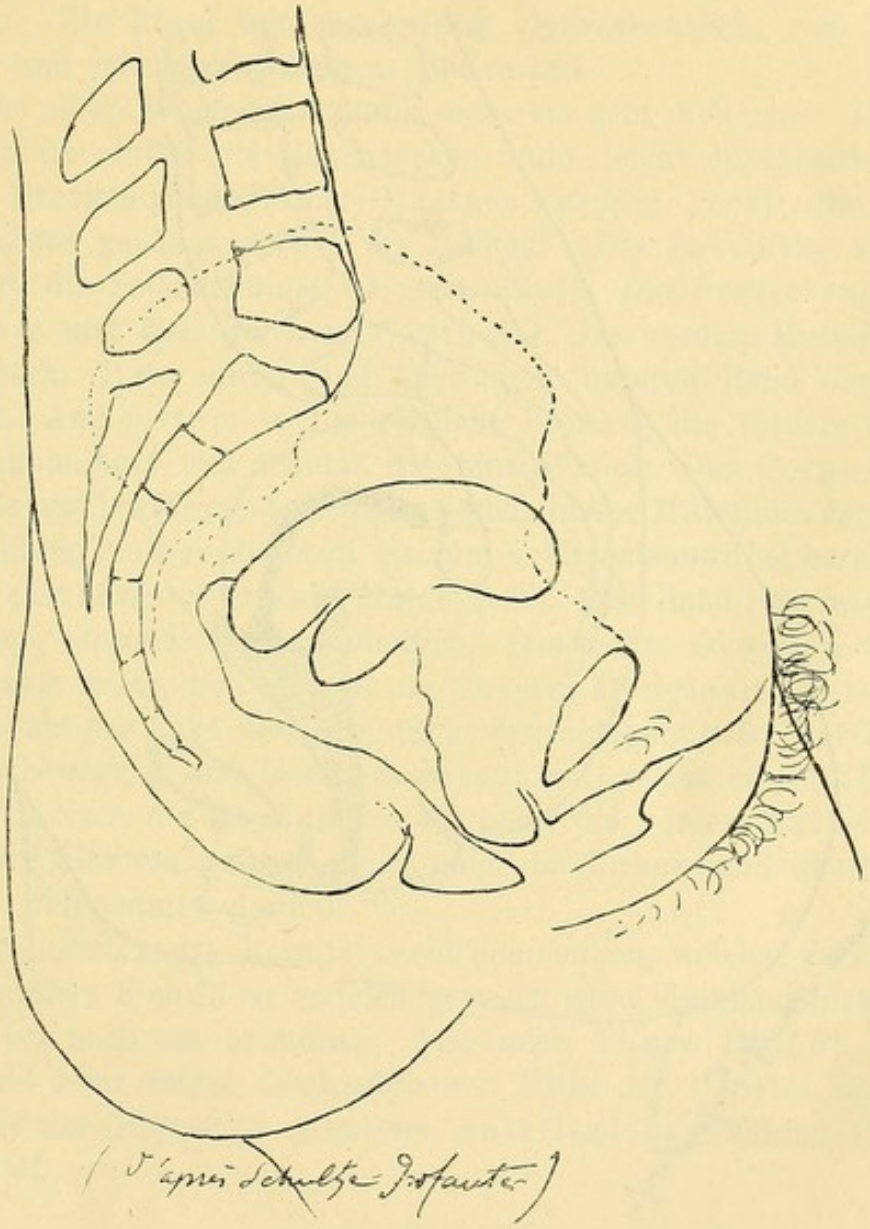


Fig. 68.

27. Jan. Collum uteri noch etwas mehr nach hinten stehend. Die vordere Scheidenwand ist noch weniger schlaff als bei der letzten Untersuchung.

31. Jan. Die Kranke wird entlassen.

Der Entlassungsbefund war folgender.

Die Portio vaginalis steht etwas über der Spinal-Linie; der Uterus in normaler Anteflexion-Stellung, Uterus-Höhle misst

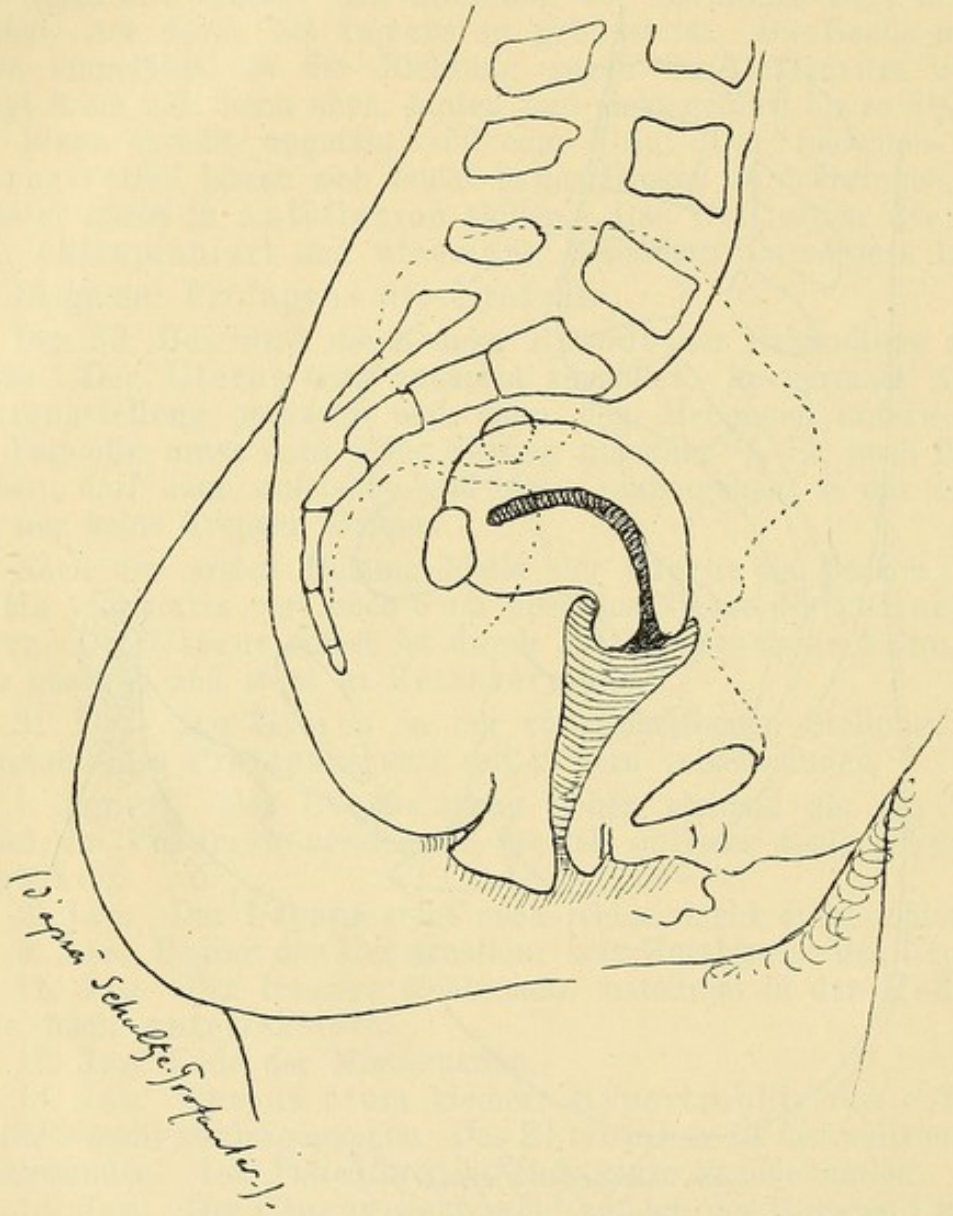


Fig. 69.

9 cm. Die Kranke fühlt sich subjektiv durchaus wohl, alle früheren beim Bestehen des Prolapsus vorhandenen Beschwerden sind verschwunden. Ein Pessar wurde nicht eingelegt.

Auf Wunsch von Dr. Profanter stellte sich die Kranke am 20. Februar 1888 in Jena wieder vor. Der damals aufgenommene Bericht und Befund lautete folgendermassen: Die Kranke hat sich seit ihrer Entlassung vollkommen gesund gefühlt und hat ihren häuslichen, wie auch landwirtschaftlichen Beschäftigungen nachgehen können. Die Regel war regelmässig vierwöchentlich, von 3tägiger Dauer und mit ganz mässigem Blutverlust.

Bei ihrer Wiedervorstellung sieht sie sehr wohl aus. Das Abdomen ist schlaff, die Bauchdecken dünn, leicht durchtastbar; nirgends Druckempfindlichkeit; Diastase der Mm. recti. Die Vulva steht etwas geöffnet, etwa 2 cm klaffend. Der Introitus vaginae ist weit, die Scheidenwand ist glatt, weich. Die Portio vaginalis steht vor und über der Linea spinalis. Die vordere Muttermundslippe steht 5 cm hinter und über dem unteren Rand der Symphyse. Am collum leichte seitliche Einrisse, die vordere Muttermundslippe kurz und schmal, die hintere dick. Das Corpus uteri steht retroflektiert; der Fundus steht in der Mittellinie der Kreuzbeinhöhlung und reicht etwa bis zum 4. Kreuzbeinwirbel herab. Der Uterus ist etwas vergrössert (vgl. Fig. 69). Das linke Parametrium ist weich, nirgends druckempfindlich. Das rechte Ovarium befindet sich rechts neben dem Uterus im Cavum Douglasii; es ist etwas grösser als das linke und keine Spur druckempfindlich. Der Uterus ist frei beweglich und lässt sich bimanuell leicht in Anteflexion bringen. Nach der Reposition erscheint die vordere Muttermundslippe der hinteren nahezu gleich lang, die Tuben sind deutlich abtastbar, vollkommen normal.

Das geschilderte Resultat steht demjenigen, welches durch einen chirurgischen Eingriff zu erzielen gewesen wäre, durchaus nicht nach. Dabei ist noch zu erwähnen, dass nach Thure Brandt in der Mehrzahl aller seiner diesbezüglichen Fälle der Uterus sogar die ihm bei der Reposition gegebene Anteflexions-Stellung dauernd beibehielt.

Es kommen nun noch einige **Modifikationen der Hebungen** in Betracht. Abgesehen vom Prolapsus uteri wendet Brandt die Hebungen auch an, um bestimmte schwer reponible Rückwärtslagerungen oder Seitwärtslagerungen; auf Grund von einseitiger Fixa-

tion, zu bessern, und vor allem auch bei bestehender Schwangerschaft, um so etwa durch den vergrösserten Uterus hervorgerufene Druckerscheinungen aufzuheben. Besonders angeführt seien:

a) **Die sogenannte kurze oder niedrige Gebärmutterhebung**, welche statthat bei bestehenden Retroflexionen, nachdem wiederum durch vorbereitende Massage alle vorhandenen parametritischen und anderweitigen entzündlichen Veränderungen beseitigt und bindegewebige Stränge gedehnt und gelockert sind, der Uterus also beweglich gemacht worden ist.

Bei dieser Hebungsform wird der Uterus längs der Kreuzbeinhebung vom Assistenten, wie S. 104 u. 105 beschrieben worden ist, emporgehoben und auf der Höhe der Spannung der vorderen Halteteile — deren Erreichtsein der innerlich Untersuchende kontrolliert — gehalten und dann kurz losgelassen. Der Uterus pflegt dabei nach vorn zu fallen.

b) **Die sogenannte schräge Gebärmutterhebung**. Dieselbe hat den Zweck, einseitig bestehende Bindegewebsstränge zu dehnen, nach Thure Brandt allerdings auch die gleichzeitigen antagonistischen Halteteile durch ausgeführte Zitterdrückungen zu tonisieren. Der letztere Gesichtspunkt ist indes als durchaus hypothetisch zu bezeichnen.

Der Wert der schrägen Hebung besteht eben hauptsächlich in der Dehnung der narbig verkürzten Bänder und entzündlicher Bindegewebsstränge.

Indikation und Wert
der
Thure Brandtschen Methode bei Behandlung von Erkrankungen des Uterus und seiner Adnexe.[1]

Nachdem im bisherigen Teil des Buches die Technik des Thure Brandtschen Verfahrens und seine Indikationen im allgemeinen in engstem Anschluss an die Vorschriften des Erfinders der Methode selbst abgehandelt worden sind, erscheint es zweckmässig, jetzt eine kurze Zusammenfassung und kritische Beleuchtung des Wertes der Methode bei den hauptsächlichen, in Betracht kommenden Erkrankungsformen der weiblichen Geschlechtsorgane zu geben.

Es geschieht dies sowohl auf Grund eigener Anschauungen und Erfahrungen, wie vor allem gestützt auf die Resultate der zahlreichen über diesen Gegenstand erschienenen Fachlitteratur unter ganz besonderer Berücksichtigung der neuesten überaus sorgfältigen und reichhaltigen Arbeit Ziegenspecks, der sich wohl von allen deutschen Gynäkologen am eingehendsten mit Thure Brandts Methode beschäftigt hat.

Sein Buch erschien, als die Uebersetzung des vorliegenden französischen Werkes bereits weit vorgeschritten war.

Auch der von Prof. Sänger in Landerers jüngst erschienener „Mechanotherapie" redigierte Abschnitt konnte noch mit berücksichtigt werden. Ferner habe ich ganz kurz vor beendigter Druck-

[1]) Nachstehendes Kapitel ist im französischen Original nicht enthalten, sondern vom Bearbeiter eingeschaltet worden.

legung dieses Buches durch Prof. Sängers Güte noch von der neuesten Arbeit von Hertzsch: „Zur Massage nach Thure Brandt" im Korrektur-Abzug Kenntnis nehmen können, welche erst demnächst in der von Prof. Martin und Sänger herausgegebenen Monatsschrift für Gynäkologie erscheinen wird.

Ein principieller Punkt für die Ausübung der lokalen Massage sei noch vorweg genommen:

Wenn augenscheinlich unter dem Einflusse einer solchen, bei irgend einer Affektion, erhebliche andauernde Schmerzen und Fieberbewegungen auftreten, so ist dieselbe mindestens vorläufig zu unterlassen und hat einer exspektativen Behandlung Raum zu geben. Vor allen bei denjenigen Affektionen, bei denen der Verdacht des Zugrundeliegens einer gonorrhoischen oder septischen Infektion besteht, darf eigentlich nur unter steter Kontrolle des Thermometers massiert werden.

Man kann damit beginnen zu sagen: dass die gynäkologische Massage ihre Haupterfolge und ihre Überlegenheit gegenüber allen konkurrierenden Methoden am deutlichsten erweist in der Behandlung der Residuen entzündlicher Processe, welche die Umgebung des Uterus, der Tuben und Ovarien, sowie auch zum Teil diese Organe selbst, betroffen haben.

Vor allem ist der Erfolg jener mechanischen Behandlung die Erweichung und die Dehnung entzündlicher, bindegewebiger Stränge und Adhärenzen, welche entweder an sich oder durch Erzeugung von pathologischen Lageveränderungen der Gebärmutter, zufolge Druck und Zerrung von Nerven und Blutgefässen, die schmerzhaften lokalen Symptome und Störungen des Allgemeinbefindens hervorrufen.

Wenn wir die betreffenden Affektionen und vor allen Dingen die entzündlichen Affektionen des Bauchfelles, welche dabei eine besondere Rolle spielen, mit ihren speciellen Bezeichnungen anführen wollen, so sind es vor allen Dingen die chronischen Formen der Parametritis und Perimetritis, der Perioophoritis und Perisalpingitis und jener Formen von Peritonitis fibrinosa, die sich z. B. an eine Hämatocele retrouterina anschliessen, welche hier in Betracht kommen. Während die Mehrzahl aller Autoren fast ausschliesslich nur die chronischen Formen und die Residuen dieser Entzündungen als Gegenstand der Massage gelten lassen, hebt Thure Brandt immer wieder hervor, dass er vor allen Dingen auch ganz

frische akut-entzündliche Exsudate in durchweg günstiger Weise mit Massage behandle, sofern sie nach unserem Sprachgebrauch nicht unter die virulent-infektiös eiterigen Processe gehören.

Unter dem Einfluss der lokalen Behandlung, wie eventuell gleichzeitiger, nach der Vorschrift Thure Brandts ausgewählter gymnastischer Übungen, von deren lokal-physiologischer Wirkung man ja denken kann, wie man will, schwinden die entzündlichen Infiltrate rascher und dehnen sich die entzündlichen Verwachsungen ausgiebiger, als unter jeder anderen Behandlung.

Es ist selbstverständlich, dass neben dem Thure Brandtschen Verfahren die anderweitigen erprobten Methoden: warme Scheiden-Douchen, Kataplasmen und Priessnitz-Umschläge etc., ebenfalls zur Anwendung kommen können. Es ist aber von grosser Wichtigkeit, dass Thure Brandt hauptsächlich mit zur Befestigung der Überzeugung beigetragen hat, dass übertrieben lange Bettruhe, oder überhaupt übertriebene körperliche Ruhe, sicher nicht zur definitiven rascheren Heilung entzündlicher Exsudat-Restzustände beiträgt und das Auftreten hysterischer Erscheinungen nur begünstigt.

Was die entzündlichen Veränderungen der betreffenden Unterleibsorgane selbst anbetrifft, so ist kein Zweifel, dass die Massage bei einer chronischen Metritis von grossem Nutzen ist und zur Rückbildung des vergrösserten Organes wesentlich beiträgt.

Was den überaus häufigen Morbal-Nexus von Endometritis, Metritis und Parametritis, beziehentlich Perisalpingo-Oophoritis anbetrifft, so ist es vor allen Dingen Ziegenspeck, welcher, auf Grund von augenscheinlich ganz besonders sorgfältigen Beobachtungen, auf das entschiedenste dafür eintritt, dass, mit Ausnahme von einer geringen Zahl von Fällen, die Massage-Behandlung der intrauterinen, specifischen medikamentös-chirurgischen Behandlung der Endometritis voranzugehen habe, wenn nicht gerade unter dem Einfluss der letzteren Exacerbationen der parametritischen etc. Processe eintreten sollen.

Bei chronischer Oophoritis, die selbstverständlich zumeist gleichzeitig mit einer Perioophoritis verbunden ist, können natürlich entzündlich-plastische Veränderungen erhebliche Rückbildung nicht erfahren, wohl aber alle entzündlich ödematösen Zustände des Ovariums. Vor allen Dingen fällt, wie schon in den ersten Zeilen erwähnt, die Mobilisierung fixierter Ovarien im prognostisch

günstigen Sinne der Massage zur Aufgabe. Überall da aber, wo man Ursache hat, Neubildungen der Ovarien oder Abscessbildungen etc. in denselben anzunehmen, wird, je nach den Umständen verschieden, auf operativem Wege die sedes morbi zu beseitigen sein, jedenfalls aber eine Massage-Behandlung von vornherein als aussichtslos, ja als contraindicirt, erscheinen.

Was die Salpingitis mit der begleitenden Perisalpingitis anbetrifft, so kommt, wie überhaupt für alle akut entzündlichen Processe der Beckenorgane für die akuten Stadien, vor allen aber die infektiös eiterigen Erkrankungen einzig und allein die hergebrachte exspektative Behandlung, Ruhe, Eis, Opium etc., in Betracht.

Anders dagegen liegen die Verhältnisse für die chronischen Entzündungsformen der Tuben. Der relativ leichte und häufig ohne Beschwerden verlaufende Hydrosalpinx wird in den hartnäckigeren Fällen durchaus zweckmässig mit Massage behandelt.

Betreffs des chronischen Pyosalpinx, allerdings nicht früher als nach dem vollständigen Verschwinden aller akut entzündlichen Symptome, sind nach Angabe der Autoren gute Heilungsresultate, mittelst der hier ganz besonders vorsichtig und sachkundig anzuwendenden Massage erzielt worden; vor allem ist es das sehr günstig wirkende Ausstreichen des Eiters nach der Uterus-Höhle hin, welches in Betracht kommt. Während nun Thure Brandt, vielleicht zufolge seiner ganz besonderen Vorsicht und Technik, versichert, nie einen Fall von artificieller Peritonitis verloren zu haben, oder überhaupt schwere Folgezustände erzeugt zu haben, ist in der Litteratur über eine Reihe von Fällen berichtet, — in denen es sich anscheinend fast ausschliesslich um gonorrhoische Processe handelte, deren Infektionsträger ja bekanntlich zu den aller resistentesten und lebensfähigsten gehört, — in welchen im Anschluss an eine lokale Massage schwere akute Exsudat- und auch peritonitische Erscheinungen auftraten. Es ist deshalb auf das strengste zu beachten, dass in solchen Fällen der Beginn der Massagebehandlung je nach Umständen nicht früher als $^1/_2$ bis 1 Jahr und noch länger nach Ablauf der akuten Erscheinungen begonnen werden darf, und auch dann zuerst mit der äussersten Vorsicht und, wie schon erwähnt, unter steter Kontrolle des Thermometers.

Wenden wir uns nun zu den Lageveränderungen der Gebärmutter, für deren Behandlung Thure Brandt ja besonders detail-

lierte Vorschriften gegeben und vor allen Dingen die sogenannten Hebebewegungen in die Therapie eingeführt hat.

Es ist ausserordentlich interessant zu sehen, wie Thure Brandts feiner Instinkt ihn zu Anschauungen geführt hat, welche die wissenschaftliche Forschung in einigen Hauptpunkten durchaus bestätigt hat.

Thure Brandt selbst giebt als Hauptaufgabe seiner Behandlungsverfahren für die Reposition pathologischer Lageveränderungen an, die begleitenden Beschwerden zu beseitigen. Erst in zweiter Linie sei die Normallage anzustreben und zwar deshalb, weil die Lageveränderungen manchmal genau mit den Beschwerden oder deren Ursache zusammenhänge und besonders auch für Recidive derselben disponiere, ebenso wie auch zu eventuellem Prolaps-Eintritt. — In der That sprechen nun wissenschaftliche Untersuchung und Beobachtung dafür, dass die Hauptbeschwerden bei Rückwärtsverlagerungen von begleitenden Para- und Endometritiden herrühren. Mit der Beseitigung dieser schwinden in einer Reihe von Fällen die Beschwerden vollständig, obwohl eine dauernde, vollständig korrekte Lage der Gebärmutter nicht erzielt wird.

Andrerseits giebt es häufig nur zufällig entdeckte Retroflexionen oder überhaupt Rückwärtslagerungen, die ohne alle Symptome bestehen. Die häufigste Ursache für Lageveränderung der Gebärmutter sind die Folgen chronisch-entzündlicher Processe ihrer Umgebung und auf dem Boden derselben entstandene narbige Fixationen; die häufigste Form wiederum sind fixierte „Retrodeviationen“ (nach Ziegenspeck) bez. Retroflexionen.

Auf Grund des schon Eingang des Kapitels gesagten haben wir nun in sachkundiger Massage nach Thure Brandt ein souveränes Mittel, die vorhandenen Bindegewebsstränge zu erweichen und zu dehnen, vor allen Dingen auch unter Anwendung der Thure Brandtschen modifizierten Lüftungen und Hebungen.

Thure Brandt giebt dann eine ganze Reihe ausgezeichneter Handgriffe an, die in richtiger Weise kombiniert oder variiert, sich als ausgezeichnete Repositions-Methoden erwiesen haben.

In welcher überaus sorgfältigen und erfinderischen Weise Thure Brandt im Einzelfalle vorgeht, dafür mögen die nachfolgenden eigenen Worte von ihm als Beispiel angeführt werden[1]):

[1]) Anm.: Thure Brandt: „Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten“, 2. Aufl., S. 151.

„Es giebt eine Anzahl von Fällen, wo die Gebärmutter, sei es in Vorwärts- oder Rückwärtslage, nach der einen Beckenseite festgezogen ist, und zwar manchmal ihrer ganzen Länge nach. Wenn der Fundus nach hinten seitwärts und die Vaginalportion gleichzeitig nach vorn seitlich festgezogen ist, kann mitunter die Losziehung eine gewisse Schwierigkeit bereiten. Dann suche ich in erster Linie die cervix beweglicher zu machen, indem ich zuerst in aufrechter Stellung der Patientin mit der Daumenspitze in der Scheide möglichst tief zwischen der Vaginalportion (bezw. der cervix) und der Beckenwand hineindringe und erstere von der Wand medianwärts abziehe, dann aber die Vaginalportion mit derselben Fingerspitze gegen die Wand dränge und längs derselben nach hinten verschiebe. Um die Ausdauer ohne Ermüdung zu erhalten, stütze ich hierbei den entsprechenden Ellenbogen auf das Knie, so dass die dehnende Verschiebung des Fingers durch Heben auf die Zehen erreicht werden kann. Nachher führe ich den Zeigefinger in den Mastdarm möglichst hoch oben auf die Hinterseite des Körpers und suche mehr von oben die Fixation auszudehnen, wobei ich den Körper teils nach vorn, teils von der seitlichen Beckenwand weg drücke. Darauf gehe ich, bei krummhalbliegender Stellung der Patientin, mit der äusseren Hand längs der Beckenwand in die Tiefe, um mit den Fingerspitzen zwischen der Wand und dem Gebärmutterkörper einzudringen, und suche so denselben gleichzeitig mit diesen und dem Zeigefinger in der Vagina medianwärts und allmählich bis über die Mittellinie zu verschieben. Alles dies wird täglich wiederholt, und erst wenn dies einigermassen gelungen ist, kann man eine Reposition der Gebärmutter versuchen. Dabei sucht man zuerst in aufrechter Stellung der Patientin die Gebärmutter möglichst zu reponieren, lässt dann die Patientin sehr behutsam die krummhalbliegende Stellung einnehmen, um die Reposition möglichst und nötigenfalls unter Massage der behindernden Stränge zu vollenden. In der reponierten Lage werden die straffen Teile massiert. Wenn die Reposition einigermassen gut gelingt, werden schräge Gebärmutterhebungen versucht etc. Man darf jedoch nicht früher heben, ehe es gelungen ist, den Fundus über die Mittellinie in die andere Seite hinüber zu führen.“

Von ausserordentlich feiner Beobachtung sprechen auch die Angaben Brandts über die Prognose der Verlagerungen, für welche

vor allem das Alter des Bestehens, nicht das Alter des Patienten massgebend sei.

Sehr beherzigenswert ist ferner auch die Bemerkung, dass nach geglückten schwierigen Repositionen auf das Vorsichtigste alles vermieden werden müsste, dass nicht (durch Heben, Pressen oder sonstige Anstrengung, eventuell auch nur durch unvorsichtiges Erheben aus der Rückenlage) der Erfolg wieder zu nichte gemacht werde.

In solchen Fällen hat dann eben die Pessar-Behandlung einzusetzen, aber nur neben der mechanischen einherzugehen.

Was die Pessar-Frage überhaupt betrifft, so wird dieselbe unter schwierigen Praxis-Verhältnissen wohl noch lange ihren Platz als alleiniges Behandlungsmittel von häufig recht wenig mobilen und daher unzweckmässigen Fällen von Uterus-Verlagerungen behaupten.

Der Fachmann aber hat die Verpflichtung, wo nur irgend möglich, der durch Thure Brandt angegebenen besseren Methode den Vorrang zu geben und das Pessar, wie schon erwähnt, nur als Ergänzungsmittel hinzunehmen. In der Behandlung schlaffer Lageveränderungen wird selbstverständlich die Pessarbehandlung immer im Vordergrunde stehen, und die Massage die Rolle des tonisierenden Unterstüzungsmittels spielen.

In einer Anzahl von Fällen ist bekanntlich die manuelle Ablösung fixierter Retroflexionen ausserordentlich schwierig. Führen nach einigen Tagen, höchstens Wochen, die vorsichtigen Dehnungen nicht zum Ziele, so hat die forcirte Ablösung in Narcose, Ruhe, Eis und Pessar-Behandlung der lokalen Massage vorherzugehen.

Es mag nicht unerwähnt bleiben, dass Thure Brandts besonderer Geschicklichkeit auch häufig noch die schwierigsten Fälle glücken, wie z. B. der Fall in Jena beweist, wo Thure Brandt noch die Ablösung eines Uterus gelang, nachdem Schultze dieselbe als unausführbar aufgegeben hatte.

Im weiteren kommen wir zu der Behandlung des Prolapsus uteri mittelst der von Thure Brandt angegebenen Hebungen.

Gerade die Misserfolge, welche eine Reihe von Gynäkologen, von dem Thure Brandtschen Verfahren bei der Behandlung dieser pathologischen Lagerungs-Anomalie gesehen haben — von denen allerdings wohl auch eine Anzahl auf nicht ganz korrekte oder vielleicht nicht genügend konsequente Anwendung des Verfahrens zu setzen sind, — haben anfangs am meisten dazu beigetragen, den

Wert der gesamten heilgymnastischen und Massage-Behandlung auf dem Gebiet der weiblichen Sexual-Erkrankungen in den weiteren Kreisen der Fachleute herabzusetzen.

Andrerseits liegen aber eine grosse Reihe von Bestätigungen der relativ sehr günstigen Statistik Thure Brandts selbst, bezüglich des Erfolges der Uterus-Hebungen bei Prolaps, vor.

Um zu einem einigermassen klaren Überblick über diese Verhältnisse zu gelangen, seien ganz kurz die hauptsächlichsten ätiologischen und physiologisch-anatomischen Verhältnisse, welche hier in Betracht kommen, erwähnt.

Thure Brandt selbst supponiert einem Prolaps in erster Linie eine Erschlaffung der Haltapparate des Uterus, und zwar ganz besonders der breiten Mutterbänder und der Douglasschen Falten. In 2. Linie sieht er dann die Ursache in einer Erschlaffung und Nachgeben des Beckenbodens. Dem entsprechend bezweckt er mit seinen unter leichten Zitterbewegungen ausgeführten Hebungen eine Tonisierung und Reizung zur Kontraktion jener erschlafften Teile und eine gleichzeitige Dehnung der seiner Meinung nach geschrumpften antagonistischen Bänder.

Nach alledem, was aber an der Hand exakter Untersuchungen jetzt über die ätiologischen Momente der Entstehung eines Prolapses vorliegt, ist gerade diese Auffassung von der Erschlaffung der genannten Haltapparate als ziemlich unhaltbar zu bezeichnen.

Ganz besonders gegen die obige Auffassung Brandts sprechen vor allen Dingen die sehr sorgfältigen Untersuchungen Ziegenspecks, wie er sie schon früher publiziert, aber auch in seiner neuen Publikation wieder hervorgehoben hat.

Von all den vielen Theorien über das Zustandekommen eines Prolapsus, auf welche hier im einzelnen nicht eingegangen werden kann, scheinen mir, zum mindesten für eine grosse Mehrzahl der betreffenden Fälle, die Ausführungen des vorgenannten Autors am einleuchtendsten.

Derselbe äussert sich folgendermassen[1]): „Die Bedingungen zur Entstehung von Vorfall der Gebärmutter sind gegeben, sobald sich die cervix über der Öffnung im Levator ani befindet, wo sie dann

[1]) Anm.: s. Ziegenspeck: „Anleitung zur Massagebehandlung bei Frauenleiden“ S. 144.

der Einwirkung der Druckdifferenz zwischen Atmosphäre und intra-abdominalem Druck ausgesetzt wird. Und zwar kann diese Bedingung gegeben werden 1. durch Schrumpfungen im Beckenbindegewebe, welche die Portio nach vorn über diese Öffnung ziehen; 2. durch Erschlaffung des Levator ani, resp. durch mangelhafte Rückbildung der Öffnung in demselben nach einer Geburt, sodass diese Öffnung grösser ist und weiter nach hinten sich erstreckt."

Aus dieser Auffassung erklärt sich auch, wie der Autor selbst sagt, das so häufige Zusammentreffen von Prolaps mit Retroflexion.

Unter Zugrundelegen dieser Auffassung würden die Thure Brandtschen Hebungen und die Massage und Gymnastik den Causal-Forderungen entsprechen: Dehnung der bestehenden Fixation und dadurch Reponieren der Gebärmutter in ihre ungefähre Normallage, Rückbildung der sekundären Hypertrophie der Vaginal-Portion, Kräftigung des Beckenbodens.

Da nun, wie schon oben erwähnt, eine erhebliche Zahl zweifelloser Heilungen von Prolapsus uteri, vor allem durch Thure Brandt, aber auch durch zuverlässige Gynaekologen erzielt worden sind, so glaube ich, wie auch Ziegenspeck ausspricht, dass man in einem Fall von Prolaps zunächst das Thure Brandtsche Verfahren, genau nach den Vorschriften des Erfinders, versuchen soll.

Für die Prognose kommt, wie schon im vorigen Kapitel erwähnt, nach Thure Brandt hauptsächlich die Dauer des Bestehens des Prolapses, nicht aber das Alter der Patientin an sich in Frage. Frische Prolapse geben die relativ günstigere Prognose.

Wenn nach 14 tägiger systematischer Behandlung ein Prolaps nicht beginnt, auch bei vorsichtigem Umhergehen und sonstigen Bewegungen der Patientin, zurückgehalten zu werden, ist nach Thure Brandt selbst die Aussicht auf Erfolg eine geringe.

Es haben dann, besonders bei zu weitem Klaffen des Beckenbodens, die plastischen Operationsmethoden in ihr Recht zu treten. Zuvor ist wohl auch auch die Pessar-Behandlung versuchsweise anzuwenden.

Es seien jetzt noch einige Zustände des Uterus angeführt, bei denen die Massage versucht worden ist, und eventuell auch mit gutem Erfolg angewendet werden kann.

Was zunächst hypertrophische Prozesse des Uterus anbetrifft, so ist sicher, dass unter dem Einfluss der Massage eine Rückbildung des Volumens in einer Zahl von Fällen erzielt werden kann. Besonders gilt dies, wie schon erwähnt für die Hypertrophie der Portio vaginalis bei Prolaps.

Das nahezu völlige Zurückgehen derselben, wie die vollständige Heilung bestehender Erosions-Geschwüre ohne jede medikamentöse etc. Lokal-Behandlung einzig und allein unter dem Einfluss der reponierenden Hebungen und von den Bauchdecken aus geübter Massage, sind einwandsfrei beobachtet.

Die Massage wirkt ferner günstig auf die mangelhafte Involution und bestehende Atonie nach Puerperien.

Bei Neigung zu Metrorrhagien, soweit sie nicht auf dem Boden schwerer Endometritis oder maligner Aetiologie beruhen, sind in der That Erfolge von einer sogenannten ableitenden gymnastischen Behandlung Thure Brandts, kombiniert mit der lokalen Massage gesehen worden.

Über das Verhältnis einer mechanischen äusseren Behandlung, z. B. bei Metritis zur lokalen Behandlung der Endometritis, mittelst Ausspülungen, Auskratzungen etc., ist schon Eingang des Kapitels gesprochen worden.

Es ist selbstverständlich, dass maligne Tumoren in der gleichen Weise, wie schon früher erwähnt, vorhandene akute virulentinfectiös-eitrige Prozesse, eine absolute Kontraindiktation gegen das Thure Brandtsche Verfahren abgegeben. Der Gynaekolog wird sich aber selbstverständlich auch nicht mit der mechanisch symptomatischen Behandlung bei gutartigen Tumoren abgeben, wie Thure Brandt dies allerdings thut.

Bei **Amenorrhoe** und **Dysmenorrhoe**, soweit diese virgines betreffen, hat vorerst nur eine heilgymnastische Allgemeinbehandlung stattzufinden, und nur wenn diese nicht zum Ziele führt, ist eventuell die lokale Massage, dann meist unter Einführung des Stützfingers per rectum, zu versuchen. Selbstverständlich ist, dass genaueste Diagnose und gegebenen Falls forcierte, bez. blutige, Erweiterung des Cervical-Kanales vorhergegangen sein muss.

Zum Schlusse sei noch erwähnt, dass Thure Brandt eine ganz vorsichtige gymnastische Behandlung auch bei Schwangerschaft zur

Beeinflussung des Allgemeinbefindens und angeblich auch zur Förderung der Milchsekretion, empfiehlt.

Dass von dem schwangeren Uterus ausgelöste Druckerscheinungen durch vorsichtige Hebungen günstig beeinflusst werden, ist ebenfalls sicher.

Deutscherseits hat, wie schon S. 13 u. 14 erwähnt ist, besonders Landau dieser Methode in der Diätetik Schwangerer das Wort geredet.

Die Behandlung des Rectum-Vorfalls.

Von ganz besonderem Werte ist die Methode Thure Brandts auch zur Behandlung des Prolapsus recti. An derselben ist vor allem bemerkenswert, dass dieselbe so leicht und einfach zu erlernen ist, dass sie nicht nur von jedem praktischen Arzte geübt, sondern sogar von Laien ausgeführt werden kann.

Der letztere Umstand bezieht sich darauf, dass bei Kindern sehr leicht die Mastdarmhebung, wie sie nachfolgend beschrieben werden soll, sehr erschwert und sogar unmöglich gemacht wird, wenn das Kind beim Anblick des Arztes und Betasten durch denselben, schreit und die Bauchdecken anspannt. In solchen Fällen instruiert Brandt die Mutter des Kindes bezüglich des erforderlichen Handgriffs und lässt denselben durch diese ausführen.

Die radikale Heilung eines Mastdarm-Vorfalles wird oft im Verlauf einiger Tage, in einzelnen Fällen sogar in einer Sitzung erreicht. Nur in seltenen Fällen wird die Geduld des Patienten auf eine längere Probe gestellt und ist erst im Verlauf einiger Monate vollständige Heilung zu erzielen.

Selbst Kranke, welche bereits mit Kauterisationen oder mit amputatio recti behandelt worden waren und doch immer wieder Recidive hatten, haben bei Thure Brandt die gesuchte Heilung gefunden.

Die Erfahrung Brandts stützt sich auf über 100 Fälle, und er behauptet, niemals vollständigen Misserfolg gehabt zu haben.

Nachfolgender Fall Kumpfs (beschrieben Wiener klin. Wochenschrift 1886, No. 36 u. 37) dient am besten zur Erläuterung des Wertes der Methode.

Der Fall ist nicht nur vom operativen Standpunkte aus sehr interessant, sondern er beweist auch schlagend den tonisierenden Effekt der Hebung auf die Muskulatur des Rectum. Ein sphincter war nicht mehr vorhanden, der Levater ani und das Rectum waren voneinander getrennt.

Es handelt sich nun um ein neugeborenes Kind, dem wegen Atresia ani ein künstlicher After 1 cm hinter dem Punkt, wo die natürliche Anus-Öffnung zu sein pflegt, angelegt worden war, nachdem man ihm vorher das Steissbein reseciert hatte. Das Kind verliess nach geglückter Operation die Klinik. 2 Tage später wurde es in einem elenden Zustande mit Gastro-Enteritis und einem

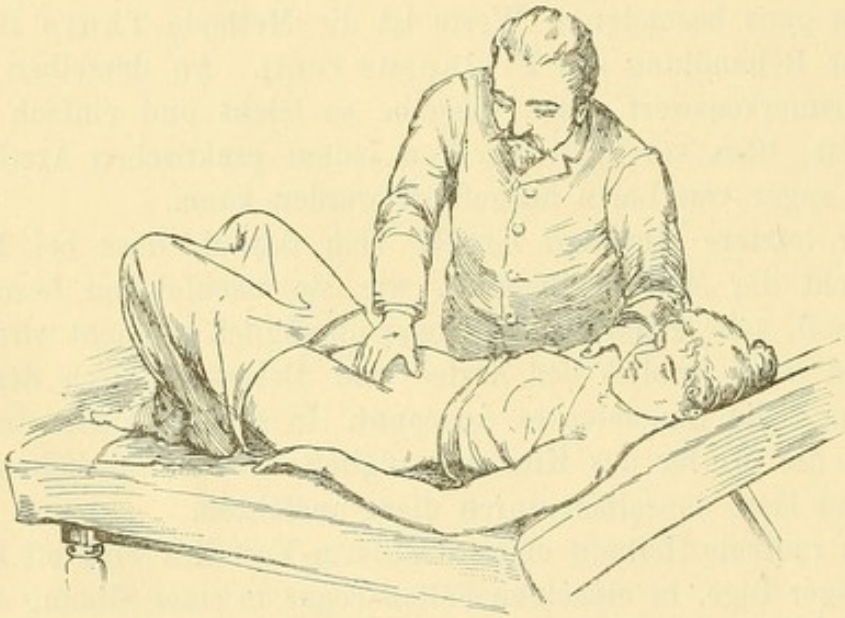


Fig. 70.

Rectum-Vorfall von 6 cm Länge zurückgebracht. Mit Hilfe des Thure Brandtschen Verfahrens wurde es in 10 Tagen vollkommen geheilt. Ein 2. Fall Kumpfs von 12 cm Länge wurde ebenfalls in 6 Wochen mit der Thure Brandtschen Methode geheilt.

Die Hebung wird in folgender Weise ausgeführt: der Arzt steht rechts vor der krumm-halbliegenden Patientin, seine linke Hand auf die rechte Schulter der Patientin gelegt, mit seinen Augen das Mienenspiel der Patientin verfolgend. Letztere muss jederzeit ruhig atmen und die Bauchdecken schlaff lassen. Seine rechte Hand legt der Arzt auf das linke Hypogastrium der Patientin, drückt seine

Finger unter leichtem Schütteln gegen das Becken hinein und sucht das S Romanum von unten zu fassen (s. Fig. 70). Sobald er glaubt, dass er unter dasselbe gekommen ist, zieht er es an der hinteren Beckenwand gegen den Nabel der Patientin zu. Von der hebenden Wirkung dieses Handgriffs kann man sich am Gesunden überzeugen, indem man unter seinem Einfluss die Anal-Gegend sich trichterförmig einziehen sieht.

Nach jeder Hebung lässt Thure Brandt die früher beschriebene Lenden-Kreuzbein-Klopfung, vorneigspaltsitzend Rumpfdrehen (vgl. S. 44) und besonders Knieteilen und -schliessen unter Kreuzbeinhebung zum Schlusse ausführen.

Nach der Reposition werden um den Anus herum Drückungen ausgeführt, um den sphincter zu reizen und zu tonisieren (Drückungen des N. pudendus). —

Ferner empfiehlt Brandt seinen Patientinnen jeden Tag 20 oder 30 mal folgende Übung, die sogen. „Kneifung", auszuführen: die Patientin hält sich an irgend einen festen Gegenstand an und führt mit dem Gesäss eine Bewegung aus, als ob sie Neigung zum Stuhlgang gewaltsam unterdrücken wollte. Dabei wird der Anus zusammengepresst und der sphincter und levator ani kontrahiert. Nach jedem Stuhlgang lässt Brandt einen Einlauf mit überschlagenem Wasser nehmen.

Brandts Behandlung der incontinentia urinae, der Inguinalhernien und der Wanderniere.

Brandt hat oft Gelegenheit gehabt, Fälle von incontinentia urinae, besonders bei Patientinnen, welche wiederholte Wochenbetten durchgemacht haben, zu beobachten. Zufolge ungenügenden Sphincter-Schlusses bestand Harnträufeln bei Husten oder sonstiger Anstrengung der Bauchpresse. Den ersten derartigen Fall behandelte er i. J. 1888 und heilte ihn in einer Sitzung.

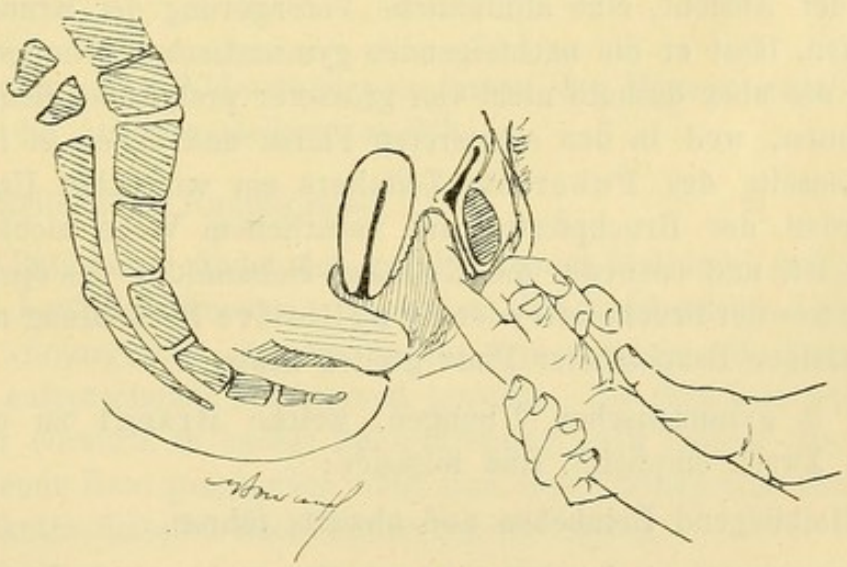


Fig. 71.

Das relative einfache Verfahren ist folgendes: Der Arzt sitzt der krummhalbliegenden Patientin gegenüber und legt den wohl eingefetteten linken Zeigefinger in leichter Krümmung von der Scheide

aus hinter der Symphyse herum, bis zum Blasenhals. Letzteren sowie die Harnröhre fühlt er dann zwischen Finger und Symphyse. Dann stützt er die linke Hand, indem er das linke Handgelenk mit der rechten Hand umfasst und drückt nun mit dem linken Zeigefinger 3 bis 4 mal von links und rechts unter leichten Vibrationen kräftig gegen die Symphyse.

Um den Blasenhals zu erreichen empfiehlt Brandt auch das Eingehen vom rectum aus.

Es steht fest und ist von einer Reihe von Autoren bestätigt, dass das Verfahren in der gleichen Weise wie das Sängersche Verfahren, welches bekanntlich in Dehnung des Sphincter vesicae mittelst eingeführten Katheters besteht, häufig in wenigen, ja sogar in einer einzigen Sitzung Heilungen erzielt hat. Besonders empfiehlt es sich bei Enuresis nocturna der Kinder.

Bei **Inguinalhernien** reponiert Thure Brandt den Bruch, indem er einen Handgriff anwendet, der dem bei Mastdarmhebung beschriebenen analog ist. Dann schliesst er eine Massage der Bruchpforte mittelst kurzer rascher Zirkelreibungen an.

In der Absicht, eine allmähliche Verengerung der Bruchpforte zu erzielen, lässt er die nachfolgenden gymnastischen Übungen vornehmen, die aber deshalb nicht von grösserer praktischer Bedeutung sein können, weil in den schwereren Fällen und denen in Lebensjahren jenseits des Pubertäts-Zeitalters ein wirkliches Undurchlässigwerden der Bruchpforten auf natürlichem Wege nicht mehr erzielbar ist, und entweder die Radikal-Behandlung des operativen Verschlusses der Bruchpforte oder die palliative Behandlung mittelst zweckmässiger Bruchbänder Platz greifen muss.

Die 2 gymnastischen Übungen, welche Brandt zu obengenanntem Zweck empfiehlt, sind folgende:

1. Halbliegend Beinheben und abwärts führen.

Vorausgesetzt, es handelt sich um eine rechtsseitige Inguinalhernie, so wird die Übung folgendermassen ausgeführt:

Die Patientin befindet sich in halbliegender Stellung, das linke, längs ausgestreckte Bein durch Assistenz fixiert. Der Bewegungsgeber hebt dann das rechte gestreckte Bein bis zur Höhe seiner

Brust und senkt es dann in einem Bogen nach unten aussen, während die Patientin dieser Bewegung Widerstand leistet. Die Patientin

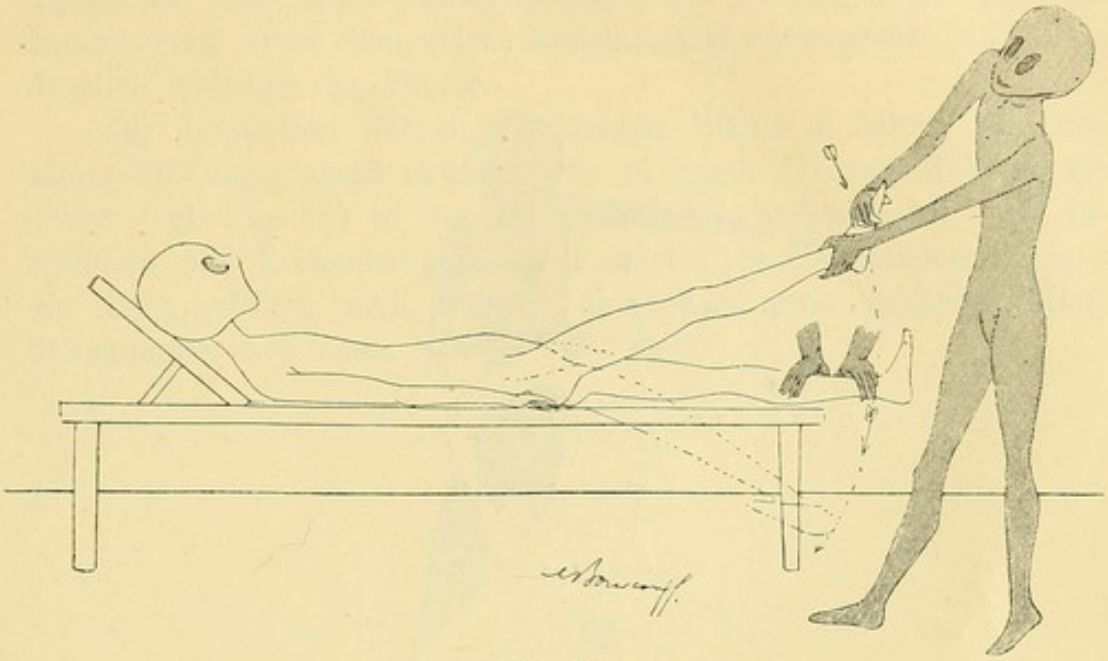


Fig. 72.

führt dann ohne Widerstand von Seiten des Bewegungsgebers das Bein in die Ausgangsstellung zurück.

2. Reitsitzend Rumpfdrehen.

Die Patientin befindet sich in reitsitzender Stellung[1]) mit fixierten Füssen, bezüglich Knieen. Wiederum eine rechtsseitige Inguinalhernie vorausgesetzt, ist der rechte Arm erhoben, die linke Hand auf die entsprechende Hüftgegend gestützt. Die Patientin neigt sich nach vor einwärts in halber Rumpfdrehung nach rechts. Der hinter ihr stehende Bewegungsgeber zieht nun unter Widerstand von Seiten der Patientin dieselbe nach hinten wieder zurück.

[1]) Anm. des Übersetzers: Am besten und günstigsten für den Bewegungsgeber wird die Übung in sogenannter „hochreitsitzender" Stellung der Patientin gegeben; d. h. die Patientin sitzt auf einem besonders hohen Plint, so dass der Sitz etwa in Unterbauchhöhe des stehenden Bewegungsgebers sich befindet.

Dann macht die Patientin wiederum die anfangs beschriebene Bewegung gegen den Widerstand des Bewegungsgebers nach vorn einwärts.

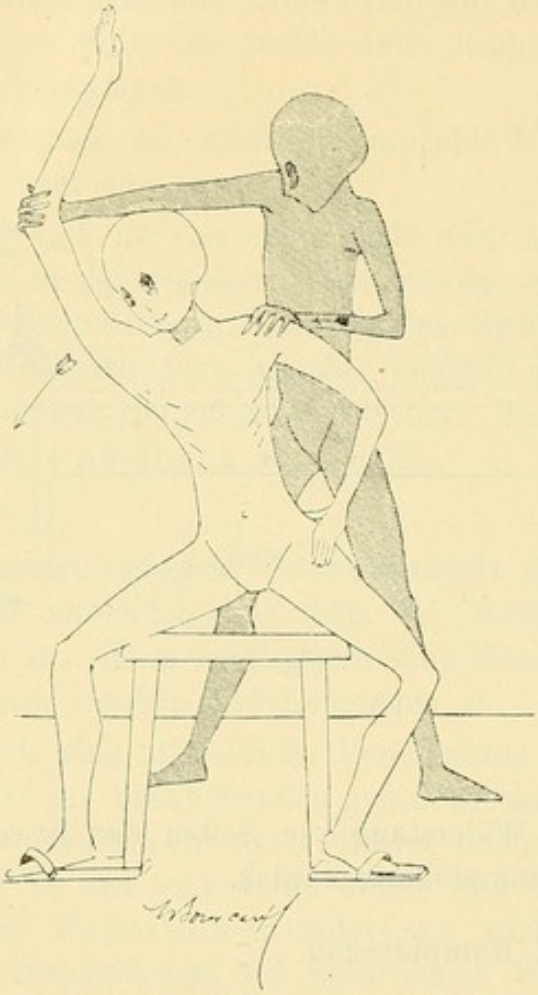


Fig. 73.

Die beiden genannten Bewegungen wirken übend auf die schrägen Bauchmuskeln.

Zum Nachweis und zur Reposition der Wanderniere wendet Thure Brandt folgenden Handriff an:

Zum diagnostischen Griff legt er den Daumen der linken Hand auf den Rippenbogen etwa in der Höhe der 9. Rippe und die anderen Finger in die Nierengend von hinten her, indem er dieselbe

etwas nach vorn oben zu hebt. Die rechte Hand wird auf das entsprechende Hypochondrium gelegt. Die Patientin liegt in krummhalbliegender Stellung und wird aufgefordert, unter gleichzeitiger leichter Beckenhebung tief Atem zu holen. In diesem Augenblick drängt die linke Hand von unten gegen das Zwerchfell zu. Man bekommt dann, nicht allzu starke Bauchdecken vorausgesetzt, die Niere deutlich zwischen die Finger.

Zur Reposition werden die beiden Hände in halber Supinations-Stellung, etwas weniger wie zu einer Uterus-Hebung geöffnet (vgl. Fig. 63) in das Hypochondrium, während einer Inspiration und Beckenhebung der Patientin hineingeschoben, gegen die Niere geführt, und drängen diese nun unter leichten Zitterbewegungen nach oben.

Behandlung der Obstipation.

Die Patientin befindet sich in krumm-halbliegender Stellung. Der Arzt steht zu ihrer Linken und geht in folgender Weise vor:

Er legt seine beiden Hände mit den gestreckten Fingerspitzen einander berührend auf die linke untere Bauchgegend und massiert von aussen oben schräg nach innen einwärts in der Richtung des S. romanum, um dessen Inhalt in das rectum zu entleeren (vgl. Fig. 74).

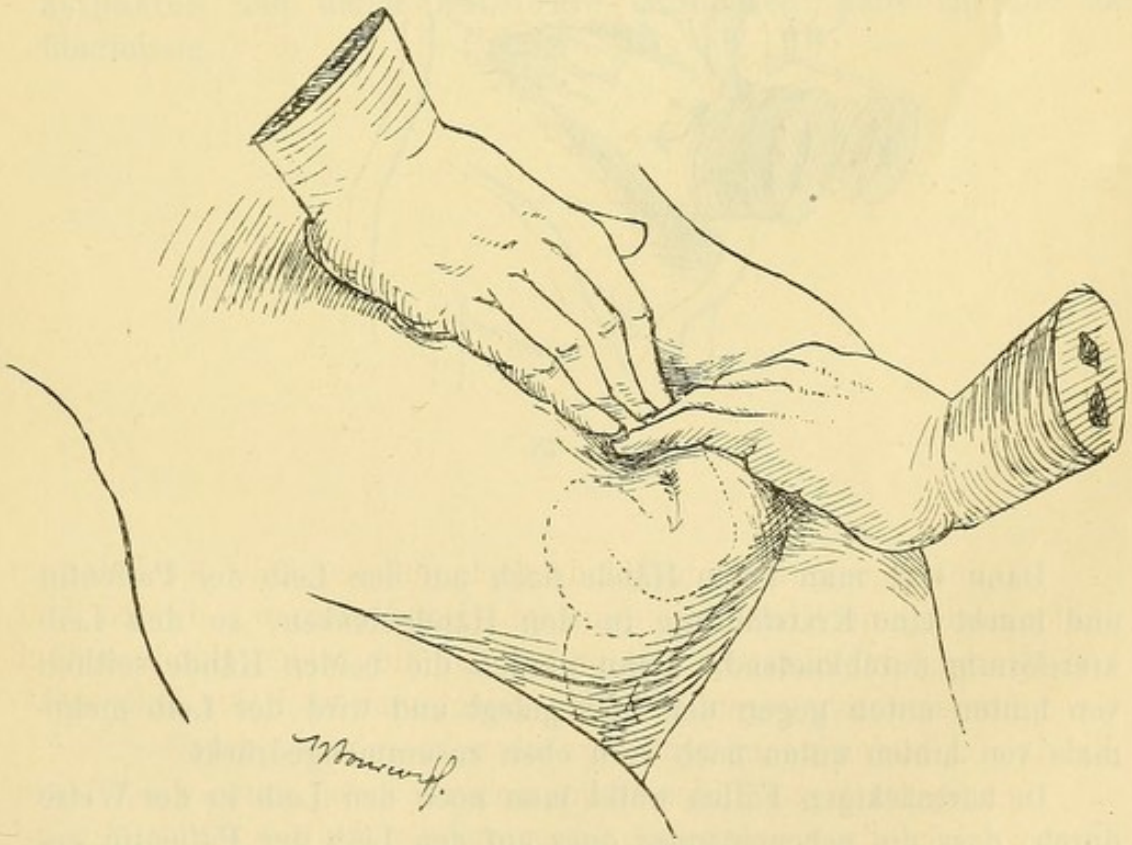


Fig. 74.

Dann werden beide Hände nebeneinander mit den Fingern gelegt und man massiert in kurzen, halbkreisförmigen Reibungen, jederzeit die Bauchdecken entsprechend eindrückend, und immer gewissermassen von oben nach unten zu drückend, allmählich immer wieder ein Stückchen höher einsetzend im Verlauf des colon descendens und colon transversum und schliesslich auch des colon ascendens.

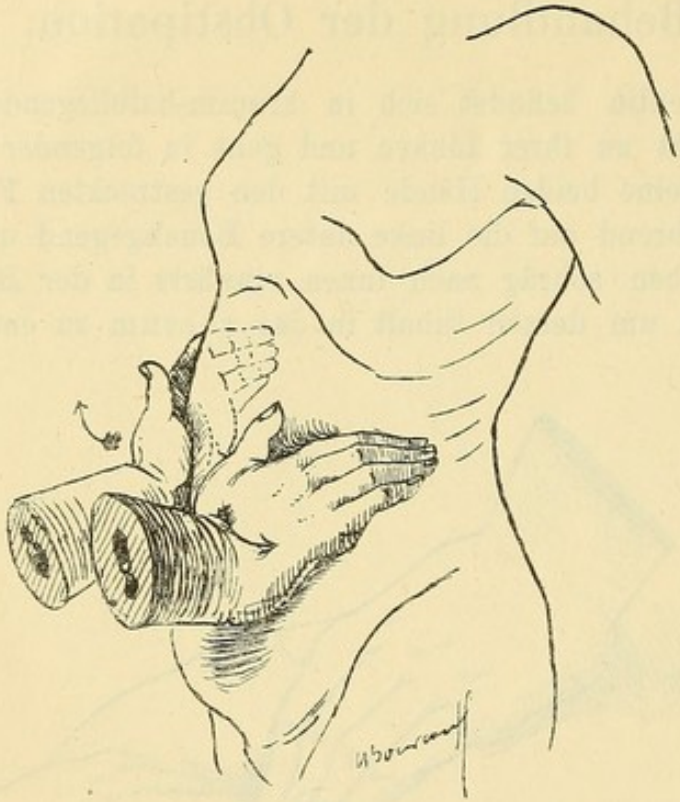


Fig. 75.

Dann legt man beide Hände flach auf den Leib der Patientin und macht eine Kreisführung in den Handgelenken, so den Leib kreisförmig durchknetend. Dann werden die beiden Hände seitlich von hinten unten gegen den Leib gelegt und wird der Leib mehrmals von hinten unten nach vorn oben zusammengedrückt.

In hartnäckigen Fällen walkt man noch den Leib in der Weise durch, dass die nebeneinander quer auf den Leib der Patientin gelegten Hände erst mit den Fingerspitzen die rechtsseitigen Darm-

teile nach links und etwas oben, die dann eingedrückten Ballen die linksseitigen Darmteile nach rechts unten der Patientin drücken, und dass diese Bewegung dann alternierend fortgesetzt wird.

Ferner kann mit seitlich aufgelegten Händen der Leib der Patientin, welche dabei am besten, zwischen 2 Stangen sich festhaltend steht, kräftig durchgeschüttelt werden (vgl. Fig. 75).

Von gymnastischen Bewegungen werden dann vor allen Dingen alle Rumpfbewegungen, besonders die passiven Rumpfrollungen und Rumpfschüttelungen angewandt.

Der günstige Erfolg der mechanischen Behandlung, neben anderweitigen, diätetischen Vorschriften, bei den Formen der habituellen Obstipation darf als in weitesten ärztlichen, aber auch Laienkreisen, als hinreichend bekannt angenommen werden.

Ich glaube, man darf sagen, dass zum mindesten dieses Verfahren in allen Fällen der genannten Funktionsstörung in erster Linie von allen therapeutischen Massnahmen einzuschlagen ist.

Näher auf das verschiedene Vorkommen der habituellen Obstipation und deren Ätiologie einzugehen, halte ich hier für überflüssig.

Anhang.

Im Nachfolgenden sei zur besseren Orientierung, wie auch zur eventuellen Nachanwendung eine Anzahl von Beispielen für eine heilgymnastische Behandlung in speziellen Fällen nach den Original-Vorschriften Brandts angeführt (vgl. dessen Buch).

Es sind zum Teil sogenannte „Rezepte“ von Kurverfahren, welche unter ärztlicher Aufsicht und unter Zuhilfenahme geeigneter Assistenz durchgeführt werden, zum Teil auch solche, welche die Patientinnen nach entsprechender Unterweisung für sich allein durchzuführen imstande sind. Die Massage, beziehentlich die indicierten anderweitigen Handgriffe, werden bei den ersteren an geeigneter Stelle eingeschoben.

Bei **Dysmenorrhoe**:

1. Gangstehend Kopf vor- und rückwärts beugen (S. 36).
2. Gangstehend Plan-Armführen (S. 36).
3. Streck-Bogen-Fuss-stützstehend Kniebeugen mit Widerstand (S. 50).
4. Rückbogen-streckhaltstehend Oberschenkelrollung (S. 51).
5. Stützgegenstehend Rückenhakung, Kreuzbein- und Lendenklopfung (S. 50).
6. Reitsitzend Rumpfrollung (S. 43).
7. Vorneigspaltsitzend Rumpfwechseldrehen (S. 44).
8. Niedrigbogenspaltkniend Rumpf-Schraubendrehung (S. 45).
9. Halbliegend Kniebeugen und Strecken (S. 38).
10. Stützgegenstehend Kreuzklopfung (S. 39).
11. Hebhaltstehend Brustspannung (S. 48).

Bei **Amenorrhoe:**

I.

1. Gangstehend Kopfbeugen (S. 36).
2. Gangstehend Plan-Armführen (S. 36).
3. Halbliegend Beinmuskelknetung, Fussbeugen und Strecken (S. 37).
4. Halbliegend Kniebeugen und Strecken (S. 38).
5. Stützgegenstehend Rückenhakung u. Kreuz-Lendenklopfung (S. 39).
6. Krumm-halbliegend Oberschenkelrollung (S. 41).
7. Reitsitzend Rumpfrollen (S. 43).
8. Vorneigspaltsitzend Rumpfwechseldrehen (S. 44).
9. Niedrigbogenspaltkniend Rumpf-Schraubendrehung (S. 45).
10. Schlaffsitzend Brusthebung (S. 46).
11. Hebhaltstehend Brustspannung.

Etwas anstrengender ist folgende Bewegungs-Folge:

II.

1. Streckstützspaltstehend Rumpf-Wechseldrehung (S. 49).
2. Streckbogen-Fussstützstehend Kniebeugen mit Widerstand (S. 50).
3. Rückbogen-streckhaltstehend Oberschenkelrollung (S. 51).
4. Stützgegenstehend Rückenhackung, Kreuzbein-Lendenklopfung (S. 39).
5. Reitsitzend Rumpfrollen (S. 43).
6. Niedrigbogenspaltkniend Rumpf-Schraubendrehung (S. 43).
7. Stützgegenstehend Kreuzbeinklopfung (S. 39).
8. Hebhaltstehend Brustspannung (S. 48).
9. Krummhalbliegend Knie-Aufschwingung (S. 53).
10. Rückbogen-streckhaltstehend Knieniederdrücken und Aufwärtsbeugen (S. 52).

III. Selbstbehandlung:

1. Stehend (bez. gangstehend) Armheben unter Tiefatmen (S. 25).
2. Halbliegend Fusskreisen (S. 27).
3. Streckstützspaltstehend Rumpf-Wechselseitwärtsbeugung (S. 28).
4. Gegenfussstützstehend Kniebeugen u. Strecken (S. 29).
5. Streckstehend Rumpf vorwärts- und rückwärtsbeugen (S. 31).

6. Knickstehend Oberschenkelrollung (S. 32).
7. Tretbewegung auf der Stelle (S. 33).
8. Spreizstehend Rumpfkreisen (S. 34).
9. Spaltkniend Rumpf-Rückwärtsfällung (S. 35).
10. Stehend Armheben unter Tiefatmen (S. 25).

Bei **Menorrhagieen.**

I. Bei bettlägerigen Patientinnen:

1. Krummliegend Armrollen, Armbeugen und Strecken (S. 59).
2. Krummhalbliegend Rumpfaufwärtshebung (S. 60).

Beide Übungen werden nach der dann gegebenen lokalen sehr leichten Massage wiederholt.

II. Bei ambulanten Patientinnen:

1. Streckneigspaltsitzend Armbeugen (S. 55).
2. Streckspaltsitzend Rumpf-Wechseldrehung (S. 56).
3. Hebhaltvorneigspaltsitzend Rumpf-Wechseldrehung (S. 57).
4. Massage.
5. Krummhalbliegend Knie-Zusammendrückung unter Kreuzbein-Lendenklopfung.
6. Wiederholung von No. 3.
7. Wiederholung von No. 1.

Bei **Lageveränderungen des Uterus:**

1. Rückenhackung und Kreuzbein-Lendenklopfung (S. 39).
2. Eventuelle Reposition, Massage, Dehnungen und Hebungen.
3. Krummhalbliegend Knieteilen und Zusammendrücken unter Kreuzbeinhebung (S. 58).
4. Aufrichten der Patientin unter Fixation der cervix durch den Arzt.
5. Wiederholung der Kreuzbeinklopfung. Eventuell eine Zeitlang nachfolgende Bauchlage.

Bei **Prolapsus uteri und Vaginalprolapsen.**

1. Stützgegenstehend Rückenhackung und Kreuzbein-Lendenklopfung (S. 39).

2. Krummhalbliegend Gebärmutterhebung (S. 104).
3. Krummhalbliegend Knieteilung unter Kreuzbeinhebung (S. 58).
4. Vorneigspaltsitzend Rumpf-Wechseldrehung (S. 44).
5. Wiederholte Ausführung der sogen. „Kneifungen“ (S. 127).

Bei Subinvolutio uteri nach Geburten.

1. Strecksitzend Armrollen[1]) (S. 59).
2. Lokale Massage.
3. Krummhalbliegend Knie-Zusammendrücken unter Kreuzbeinhebung (S. 58).
4. Vorneigspaltsitzend Rumpf-Wechseldrehen (S. 44).
5. Übung wie No. 1.

---

[1]) Anm. Die Übung ist in der Ausführung gleich dem sogen. „krummhalbliegend Armrollen“ (S. 59), nur dass die Patientin aufrecht mit hochgestreckten Armen sitzt.

Druck von C. Grumbach in Leipzig.