III. Aus der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Dr. Czempin in Berlin.

Ueber mechanische Intrauterintherapie.

Von Dr. E. M. Simons, früherem I. Assistenten.

Ein häufiger Typ in der Clientel des Gynäkologen, zumal in Grossstädten ist das allgemein schlecht entwickelte chlorotische Mädchen mit einer Hypoplasie der inneren Genitalien.

Bei dem Mangel an einheitlichen Anschauungen über dieses Krankheitsbild in ätiologischer und namentlich in therapeutischer Hinsicht, wie er aus der betreffenden Litteratur zu erhellen scheint, vor allem aber bei der allgemein anerkannten Schwierigkeit einer erfolgreichen Therapie überhaupt, richtete ich mit grossem Interesse, angeregt durch meinen verehrten Chef, Herrn Dr. Czempin, in dessen Ambulatorium mein Augenmerk zunächst auf diese Fälle. Seit längeren Jahren aber hat in dem genannten Institut eine sorgfältige Sichtung aller Fälle von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe stattgefunden, und eine grössere Anzahl derselben sind von Dr. Czempin und seit nunmehr bald zwei Jahren auch von mir mit mechanischer intrauteriner Therapie: methodischer Sondirung oder Intrauterinstift behandelt worden. In dieser Arbeit kommen also ausser den oben erwähnten Fällen von Chlorose mit Hypoplasie der Genitalien des weiteren die verschiedenen Formen von Atrophia uteri in Betracht, sowie endlich an dritter Stelle die als „Col tapiroide“ der Franzosen oder „posthoruförmige Knickung der Gebärmutter“ bekannte, übrigens relativ häufige morphologische Verbildung des Uterus. Diese Arbeit, über ihren ursprünglichen Rahmen

hinausgewachsen, soll also über unsere Methode der mechanisch-„orthopädischen“ Intrauterintherapie überhaupt handeln.

Wir sind uns bewusst, in mancher Beziehung eine Rückkehr zum Alten und aus verschiedenen Gründen anscheinend gänzlich Verlassenen bewerkstelligt zu haben. Aber wie oft schon in der gesamten Medicin wie auch besonders in unserer Specialdisciplin inaugurierte diese Rückkehr zum Alten, etwa unter günstigen äusseren Bedingungen, sowie mit kleinen, neuen Modificationen dennoch einen Fortschritt.

Andererseits bestärkt uns in der Hoffnung, dass dieser kleine Beitrag Vielen nicht unwillkommen sein werde, die auffallende Seltenheit mit der man in der neueren Litteratur der Erörterung unseres Themas begegnet, eine Seltenheit, die mir nicht im richtigen Verhältniss zur Wichtigkeit desselben zu stehen scheint.

Schon zu einer Zeit, als die wissenschaftliche Gynäkologie in Deutschland noch in den Kinderschuhen steckte, haben uns tief blickende Beobachter, wie Kiwisch, Seanzoni, Beigel, Kussmaul in zum Theil classischen Arbeiten das pathologische und klinische Bild der verschiedenen Entwicklungshemmungen des Uterus, die als Krankheitssymptome in erster Linie Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Sterilität hervorrufen, in scharfen, einheitlichen Zügen geschildert, mag auch die Systematisirung der verschiedenen Formen, gerade wie ihre Benennung bei den einzelnen Autoren eine verschiedene sein: Uterus infantilis, Uterus foetalis, Uterus pubescent, Hypoplasia uteri etc. Es lässt sich für ein und dieselbe Anomalie jeder dieser Namen auch heute noch vertheidigen; hingegen muss man, wie dies früher öfter geschrieben wurde und auch heute noch selbst in Lehrbüchern zu finden ist, den Ausdruck „Atrophia uteri“ in allen Fällen aus dem Spiele lassen, wo es sich thatsächlich um ein Organ handelt, welches aus lokalen oder constitutionellen Veranlassungen niemals die dem betreffenden Alter entsprechenden normalen Grössenverhältnisse besessen hat. — Gleich hier sei übrigens die Beobachtung beigelegt, auf die wir später des nähern zurückkommen werden, dass es allerdings eine gewisse Gruppe von Fällen giebt, wo gerade die Verwechselung von Aplasia und Atrophia uteri leicht möglich ist.

Wir werden vorerst hier jene Fälle besprechen, bei welchen ein in das geschlechtsreife Alter eingetretenes Individuum eine Gebärmutter birgt, die entweder noch das aus dem fötalen Leben unverändert gebliebene Missverhältniss der langen, zäherben Cervix zu dem überaus kleinen, dünnen Corpus zeigt (Uterus infantilis), oder die bei richtiger, dem gesunden, geschlechtsreifen Organe entsprechender Proportion der einzelnen Abschnitte zu einander auffallend kleine und dürrtliche Entwicklung aufweist (Uterus aplasticus). Gerade diese letztere Form — wir bezeichnen sie mit Aplasia uteri — ist einer erfolgreichen Therapie sehr wohl zugänglich, wogegen eine in der Entwicklung bei der fötalen Form stehen gebliebene Gebärmutter in den allermeisten Fällen durch nichts zu späterer Fortentwicklung angeregt werden kann und zur Fortpflanzung dauernd untauglich bleibt. Aber auch gegen die erstere Form der Entwicklungsstörungen des Uterus verhalten sich die meisten älteren Autoren völlig passiv; und dass dann in der späteren Zeit die therapeutische Unthätigkeit auf diesem Gebiete das Feld weiter behauptet hat und selbst bei unseren modernen Anschauungen in grösseren Aerztekreisen einer zweckmässigen Intrauterinbehandlung, wie ich ihr des weiteren das Wort reden möchte, nicht hat Platz machen können, mag grossentheils darauf beruhen, dass überhaupt eine Art Bannfluch auf den mechanischen intrauterinen Behandlungsmethoden zu lasten scheint von jenen Tagen her, da man sich beschämt von einer irrthümlichen Polypragmasie abwandte, die für jede wirkliche oder vermeintliche Deviation des Uterus (Anteflexion!) sofort mit dem Uterinstift bei der Hand war.

Gehen wir in kritischer Weise die unser Thema irgendwie berührende Litteratur durch, so begegnet uns als einer der ersten, der die Aplasia uteri in activer Therapie zu bekämpfen lehrte, Puech, Annales de gynécologie 1874. Er widerlegt die früher verbreitete Ansicht, dass der „Uterus pubescent“ nicht curierbar sei, und empfiehlt gegen das zwanzigste Jahr bei derartigen jungen Mädchen: „il faudra chercher à agir sur l'utérus, soit par l'électricité soit par l'application de ventouses sèches sur le col utérin, ou bien encore, mettre à profit le pessair intra-utérin imaginé par Simpson.“ Dieser letztere hatte sich aber das Intrauterinpessar eronnen, lediglich, um, wie die meisten späteren Gynäkologen, durch dasselbe Falschlagen, resp. Falschkrümmungen der Gebärmutter zu beseitigen. Die intrauterine Sonden-, resp. Stiftbehandlung in unserem Sinne, nämlich um durch diese Fremdkörper Muskulatur und Schleimhaut durch künstliche (reflectorisch erzeugte) Bluteongestion in einen Zustand gesteigerter vitaler Energie zu versetzen, ist ihm noch unbekannt. In Schröder's Handbuch wird betont, dass bei dieser Hypoplasia uteri (3—5 cm Länge) „weder die fötale, noch die infantile Form“

irgend einer Behandlung zugänglich sei. Hingegen will Schröder bei der angeborenen „Atrophie des Uterus“ (dieselbe Bezeichnung behält auch Pozzi in seinem Lehrbuche bei), wo also das in dem Grössenverhältniss seiner einzelnen Theile zu einander richtig gebaute Organ nur einen geschlechtsreifen Uterus „en miniature“ darstellt — das ist also unser „Uterus aplasticus“ —, „die bekannten diätetischen und auch lokalmechanischen Mittel, Electricität, Intrauterinpassar“ angewendet wissen.

Schröder (Volkmann's Sammlung Heft 37) will ferner durch Stäbchen die Sterilität beseitigen, aber auch nur in dem Betracht, dass bei hochgradiger Stenose des inneren Muttermundes dem Sperma der vorher unmögliche Eintritt in das Uteruscavum ermöglicht werde. Schröder fürchtet dabei den „schädlichen Einfluss eines immobilen Intrauterinpassars.“

Von späteren Autoren empfiehlt Heyder (Sitzung der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, 14. Januar 1887) bei Stenosen des Uterus methodische Sondenbehandlung und berichtet von Erfolgen sowohl bei Dysmenorrhoe wie bei Sterilität.

Gottschalk (Deutsche medicinische Wochenschrift 1887, S. 913) hat zwar durch Scarification, Sondirung, Atrophia uteri, Amenorrhoe und auch in einem Falle Galaktorrhoe geheilt; des Intrauterinpassars, das unseres Erachtens nur eine intensive und extensive Steigerung der methodischen Sondenbehandlung bedeutet, thut er keine Erwähnung. Auch in seiner grösseren Arbeit auf diesem Gebiete (Volkmann's Sammlung Heft 49) nennt er in der Aufzählung der therapeutischen Mittel unter den „örtlichen Reizmitteln des Uterus“ nicht das Intrauterinpassar.

Ganz analog erwähnt auch Nagel in seiner Arbeit (Archiv für Gynäkologie No. 38) die Therapie durch Sondirung, resp. durch Intrauterinstift nur in dem Sinne, dass die am inneren Muttermunde bestehende Stenose, resp. Knickung der Gebärmutter rein mechanisch gedeht werden soll.

Mary Dixen Jones scheint in der Abhandlung „Sterilität des Weibes“ (Med. Record 1891, Sept. 19, S. 317, Referat Centralblatt für Gynäkologie 1892, No. 16) nichts unseren therapeutischen Maassnahmen ähnliches zu erwähnen.

Bockelmann (Berliner Klinik 69, 1894) erwähnt überhaupt nicht die auf Grund von Aplasia uteri bestehende Dysmenorrhoe und Sterilität.

J. E. Burton in Liverpool verwirft jede mechanische Therapie, speciell bei Dysmenorrhoe, weil er durch sechs Untersuchungen an unter heftigen Schmerzen menstruierenden Frauen die Cervix bequem durchgängig und also als Ursache für den Schmerz kein mechanisches Hinderniss fand, welches eventuell durch mechanische Therapie hätte beseitigt werden können. Demgegenüber mag betont werden, dass das Intrauterinpassar, auch ohne dass es Hindernisse in dem Lumen des Canals zu beseitigen berufen wäre, gerade durch reflectorische Einflüsse auf das Nervensystem schmerzlindernd wirken kann. Neben der erfolgreichen Bekämpfung der amenorrhoeischen und dysmenorrhoeischen Zustände haben wir von der mechanischen Intrauterintherapie gerade auch nach dieser Richtung hin günstige Wirkungen in einzelnen Fällen zweifelsohne beobachtet, ja es scheint sogar, dass bei „schwerer Chlorose mit Aplasia der grossen Gefässe und des Herzens“, die Virchow beschrieben und mit vollem Recht als unheilbar bezeichnet hat, die dabei auftretenden nervösen Störungen im Sexualgebiete wie Druckschmerz, Gefühl von Schwere und „Spannung“ im Unterleibe, Angstzustände durch lokale Therapie günstig zu beeinflussen sind. Hierbei mag ohne weiteres zugestanden sein, dass die Art der Wirkung der Intrauterintherapie bei diesen Zuständen unserem tieferen Verständnisse noch nicht erschlossen ist. (Suggestion?)

Sehen wir in den Händen der erwähnten Autoren, wenn sie überhaupt Fürsprecher der intrauterinen Therapie sind, Sonde und Stift nur als Erweiterungs-, resp. Streckungsmittel für Lumen und Wand der Gebärmutter functioniren, so finden wir in der jüngsten Litteratur auch einzelne Vertheidiger einer mechanischen Behandlung des Uterusinnern in der von uns gewählten Richtung der Massage der Uterusinnenwand und vor allem der Schleimhaut selbst.

Seeligmann (Centralblatt 1893, No. 50 und Berliner klin. Wochenschrift 1891, No. 41) übt gegen Sterilität des Weibes eine mechanische Behandlung der Cervix mucosa vermittels der elektrischen Sonde. Wenn Seeligmann die derbe, faltenreiche Schleimhaut der Cervix für die „Massage“ für geeignet hält und damit in besonderen Fällen Erfolge erzielt hat, so bleibt es auffallend, dass er die für eine ähnliche Behandlung doch weit zugänglichere Mucosa corporis völlig unberücksichtigt lässt.

Bummpfahl auf der Naturforscherversammlung in Nürnberg (Centralblatt für Gynäkologie 1893, 42, S. 981) neben zwei Arten der äusseren Massage des Uterus, resp. des hinteren Scheidengewölbes die Massage der Mucosa cervicis mittels bougieartiger Instrumente hauptsächlich bei Verhärtungs- und Verdickungs-

zuständen der Cervix — leichtes Hin- und Herführen eines metallenen Uterusdilators. Dabei citirt finden wir Kaltenbach, der bei angeborener Derbheit das Parenchym dermaassen verändern will, „dass es nunmehr unter bestimmten vasomotorischen Einflüssen einer abwechselnden An- und Abschwellung fähig wird.“ Also wir haben hier technisch ganz ähnliche, auch von ähnlichen Prinzipien ausgehende Methoden der Sondentherapie, die aber auffallender Weise sich nur gegen gewisse Zustände der Cervix wenden, ohne das Corpus selbst und seine Mucosa in Angriff zu nehmen.

Die Anwendung des Intrauterinpassars vollends, wenigstens als eines das Parenchym reizenden, das zu schlaffe oder zu torpide Gewebe zu neuem Saftreichtum, zu frischem Turgor anregenden Fremdkörpers scheint fast nirgends in Ansehen zu stehen. Von den Meistern unseres Faches giebt — so weit ich sehe — nur A. Martin in seinem Lehrbuche der Frauenkrankheiten näheren Bericht über eine Methode, nach welcher er allerdings mit geringerer Indicationsbreite als wir den Intrauterinstift anwendet. Er scheint sich desselben als Mittel lediglich gegen die Atrophia uteri zu bedienen, es bei Hypoplasia, resp. Aplasia uteri aber für ungeeignet zu halten. Wir geben gern zu, dass die Resultate da, wo es sich um die Wiederherstellung einer aus irgend welcher Veranlassung atrophirten, resp. degenerirten Gebärmutter handelt, sicherer sind als bei Entwicklungshemmungen. Aber einige Erfolge auch in der Behandlung dieser letzteren ermutigen uns, unsere Methoden zur Nachahmung zu empfehlen.

Die echten Charaktere der Entzündung, also die bedeutende Anschwellung und Druckempfindlichkeit des Uterus (metritis), sowie die Erscheinungen der wirklichen Endometritis haben wir, auch bei länger fortgesetzter, und zwar erfolgreicher Behandlung niemals beobachtet. Die reactive Schwellung, die wir allerdings in allen Fällen erzielen wollen, ist nur geringgradig und niemals mit Druckempfindlichkeit verbunden. Zur Beleuchtung der fast unglaublichen Meinungsverschiedenheiten in dieser Frage mag die Ansicht Schultze's Ausdruck finden, dass die Endometritis, also doch sicher ein entzündlicher Zustand, durch den „permanenten Druck eines Intrauterinpassars“ sogar vorthellhaft beeinflusst werden könne. Gegen diese Anschauung erhebt nun wieder Theilhaber Einspruch, „weil nämlich ein solcher Fremdkörper oft gerade Endometritis hervorruft.“

Die allermeisten von uns behandelten Fälle von Aplasia uteri zeigten übrigens, soweit dies in viva eruierbar war, die rudimentäre Entwicklung des Genitalapparates neben Chlorose ohne mangelhafte Bildung des Herzens und der grossen Gefässe, gehören mithin in diejenige Gruppe, die Fraenkel als vierte zu den von Virchow aufgestellten drei Gruppen hinzufügt. Diese letzteren sind bekanntlich: 1) Chlorose ohne gröbere Abweichung im Sexualapparate, 2) Zustände von vasculärer Hypoplasie, vergesellschaftet mit Mangelhaftigkeit des Geschlechtsapparats, 3) sogar excessiv grosse Entwicklung der Genitalien bei derselben Hypoplasie des centralen Theiles der Gefässe (sogenannte menorrhagische Chlorose) bei Hyperplasie der Genitalien mit Chlorose.¹⁾

Ausgehend nun von dem Gedanken, dass ein physiologisch einer grossen Mobilität sich erfreuendes, muskuläres, von grossen Gefässbahnen reichlich bevorzugtes Organ wie die Gebärmutter, falls es durch lokal beschränkte oder constitutionelle Entwicklungsstörungen klein, dünnwandig, schlaff, oder torpide geblieben, oder aus einer der verschiedenen möglichen Veranlassungen durch Atrophie in einen analogen Zustand gerathen ist, — durch Einführen eines Fremdkörpers gereizt, reflectorisch erregt und durch reflectorische Gefässerregung und hierdurch gesteigerten Blutzufluss zu regem Stoffwechsel, zu lebhafterem Wachstum getrieben werden könne, überzeugt vor allen Dingen, dass gerade die Mucosa uteri, analog den Schleimhäuten anderer Organe, durch methodische regelmässige Berührung mit Fremdkörpern zu frischer, gesteigerter Zellthätigkeit angeregt werden könne, haben wir in vielen Fällen von Aplasia und Atrophia uteri mit ihren hauptsächlichsten klinischen Symptomen: Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Sterilität, nervöse Schmerzen und vagirende Sensationen im Unterleibe — methodisch sondirt, mit oder ohne Massage über der Sonde, resp. das Intrauterinpassar eingelegt. Dabei besteht nicht ein prinzipieller, sondern nur ein quantitativer Unterschied in der Wirkungsweise der Sonde und des Stiftes, in dem Sinne der Ueberlegenheit des letzteren.

In einzelnen Fällen, bei jungen chlorotischen Virgines mit völliger Amenorrhoe gelang es mir nun nicht, selbst im Verlaufe mehrerer Sitzungen die dünne Sonde einzuführen. Die Ursache für dieses unangenehme Ereigniss kann verschieden sein. Einmal

¹⁾ Fraenkel bestreitet diese Veranlassung für die menorrhagische Chlorose, citirt hingegen einen Fall dieses Symptomencomplexes mit gleichzeitiger mangelhafter Entwicklung der Genitalien.

eine wirkliche Stenose des inneren Muttermundes; oder — und dies scheint mir nicht selten für die Fälle von allgemeinem kindlichen Habitus mit engem Becken, Bleichsucht etc. zuzutreffen — es haben sich die grossen Falten des Arbor vitae dermaassen in ihrer fötalen Ueppigkeit bis über das Kindesalter hinaus fortgehalten, dass die Sonde sich immer wieder in ihnen fängt. Analoge Schwierigkeiten können bekanntlich bei entzündlicher Schwellung der Schleimhaut entstehen.¹⁾

Man darf dann vor allen Dingen nicht die Geduld verlieren, vielmehr mache man immer wieder zarte, vorsichtige Versuche, bis plötzlich der Sondenknopf einmal spielend in die an und für sich gar nicht verengte Uterushöhle hineingleitet.

Anhaken der Portio mit der Kugelzange ist zur Erleichterung der Technik und zur besseren Wahrung der Asepsie dabei in vielen Fällen sehr empfehlenswerth.

In einem derartigen Falle hatte die in Narkose vorgenommene vorsichtige Dilatation der Cervix und ganz leichtes Curettement den praktischen Erfolg, dass unsere methodische Sondirung überhaupt eingeleitet werden konnte, nachdem vorher an drei Tagen der Versuch, die Sonde einzuführen, misslungen war.

In den ersten Sitzungen — es finden wöchentlich drei bis vier statt — bleibt die Sonde ruhig etwa drei Minuten liegen. Im letzten Jahre habe ich dann tetanische Zitterbewegungen mit der Sonde folgen lassen, mit veranlasst durch eine Veröffentlichung von Panecki (Therapeutische Monatshefte 1894), gemäss welcher Thure Brandt den Reiz auf die Uterusschleimhaut durch eine Art direkter Schleimhautmassage zu erhöhen sucht, indem er durch tetanische Zuckungen der gesammten Oberarmmuskulatur Zitterbewegungen ausführt. Es war mir übrigens bekannt, dass Rhinologen die Nasenschleimhaut massiren.

Ewer (Therapeutische Monatshefte 1895, Heft 3) führt mit eigens dazu erfundenen Instrumenten die zahlreichsten Vibrationen aus.

Löwenstein (Festschrift des Vereins der Aerzte des Regierungsbezirks Düsseldorf, 1895) hat Erfolge mit Vibrationsmassage bei den verschiedenen Formen der Rhinitis erzielt.

Bei dieser Art der mechanischen Intrauterintherapie, der methodischen Sondirung wird man sich, ohne zu dem gleichsam stärkeren Grade desselben therapeutischen Mittels, dem Intrauterinstift überzugehen, vor allem in jenen Fällen zu begnügen haben, in denen es sich um Virgines intactae handelt.

Ferner mussten wir einige Male zur Sondentherapie zurückkehren, weil der Intrauterinstift nicht vertragen wurde. Ein objectiver Befund liess sich dann als Ursache für diese Ablehnung kaum je eruiren, und es lag der Verdacht nahe, dass der Stift mit seinem Haltepessar aus gewissen Gründen mehr den persönlichen Wünschen der Patientin widersprach, als dass er ihr Schmerzen verursacht hätte. An dieses „sociale“ Moment wird man in Verfolge solcher Therapie natürlich nicht selten sich zu erinnern haben.

Die passendste Indication für die Sondenbehandlung bieten in erster Linie jene Fälle von virgineller,²⁾ sit venia verbo neuralgischer Dysmenorrhoe, bei denen ein auffallendes Missverhältniss zwischen der Entwicklung der Ovarien einerseits und derjenigen des Uterus andererseits in der Richtung der bedeutenden Inferiorität des letzteren besteht. Auf diesen wichtigen Punkt hinzielende Beobachtungen scheinen in der Litteratur nicht niedergelegt zu sein, obzwar sie zweifelsohne von jedem Gynäkologen häufig gemacht sein dürften.

Bleiben wir auf dem Boden der alten, in jüngster Zeit vielleicht mit Recht öfters angefochtenen Theorie der reflectorischen Wechselwirkung zwischen Ovulation und Menstruation, die von Winterhalter (Archiv für Gynäkologie Band 55) eine neue Beleuchtung erfahren hat durch die Entdeckung eines intraovariellen Ganglion sympathicum und direkter Beziehungen desselben zum Frankenhäuser'schen Ganglion,³⁾ — so liegt es doch auf der Hand, dass der von einem kräftig entwickelten saftreichen Ovarium, resp. der von dem geplatzten Graaf'schen Follikel ausgehende Reiz, falls derselbe in dem dünnen, kleinen, auf einer kindlichen Stufe der Entwicklung stehen gebliebenen Uterus, und zwar speciell in dessen dürriger Schleimhaut gleichsam nur einen unzu-

reichenden Apparat für seine reflectorische Auslösung zu finden vermag, schwere Dysmenorrhoe und, auch intercurrent, jene meist ungenau von den Patientinnen geschilderten, mit grosser Mattigkeit vergesellschafteten schmerzhaften Sensationen im Beckennervengebiete hervorrufen muss.

Schon Puech (Annales de gynécologie 1874) wies nach, dass bei sicher statthabender Ovulation die Menstruation wegen unvollkommener Entwicklung des Uterus sogar völlig ausblieb. — Bei solchen Fällen, wie gesagt, ist eine methodische Sondirung, besonders in der Woche vor dem Eintritt der Menses, drei bis vier Mal, von besonders günstigem Einflusse, und in dem Grade, wie die Stärke der Menstruation zunimmt, vermindern sich jene Beschwerden, die den betreffenden Patientinnen zeitweise den Stempel schweren Allgemeinleidens aufzudrücken vermögen. Als Beispiel möge folgender Fall kurz berichtet werden.

Fräulein Br., 19 Jahre. Menses seit zwei Jahren; unregelmässig, vier- bis fünföchentlich, schwach, mit krampfartigen Schmerzen. Seit 4½ Jahren epileptische Anfälle in zwei- bis vierwöchentlichen Intervallen. Einmal sistirten diese sechs Monate, während welcher Zeit die Menses regelmässiger und weniger schmerzhaft waren (was die Mutter bestätigt). Kleines, sehr blasses, zartes Mädchen. Brüste und äussere Genitalien auffallend gut entwickelt, Becken nicht infantil (gute Kreuzbeinlordose). Hymen erhalten. Virgo intacta. Uterus 4½ cm lang. Ovarien, besonders das rechte, übernormal gross.

Anfangs December 1895 nach zweimonatlicher methodischer Sondenbehandlung mit Zitterbewegungen — dreimal wöchentlich — und bimanueller Massage Uteruslänge noch fast dieselbe, 4¾ cm. Die Dauer der Sitzungen wird auf sechs Minuten gesteigert.

8. Januar 1896 Sonde 6½ cm. Die dysmenorrhoeischen Beschwerden gebessert.

Von besonderem Interesse ist in diesem Falle die Thatsache, dass mit Beginn der intrauterinen Sondenbehandlung die vorher sehr zahlreichen epileptiformen Anfälle wie mit einem Schlage aufhörten. Die Mutter bestätigt dies; auf deren allerdings ganz präcise Angaben mussten wir die Diagnose Epilepsie stützen, da wir selbst einen Anfall nicht beobachtet haben.

Aehnlich wie bei der Dysmenorrhoe verhält es sich mit der Sterilität in ihrer Beziehung zu einem bedeutenden Missverhältnisse zwischen normal oder übernormal grossen Adnexen und einem aplastischen Uterus. Beigel („Mechanik der Sterilität“), ein so scharf blickender Beobachter, der sogar als Ursachen der Sterilität Abnormitäten in der Grösse und Länge der Ovarien, der Fimbria ovarica und der Tuben erkannte, betont auffallenderweise nicht besonders dieses wichtige Missverhältniss. Und gerade für diese Fälle passt doch besonders seine Erörterung, der gemäss „die Befruchtung des Eichens, also die Conception, wohl statthabe, allein die Beschaffenheit der Gebärmutter eine derartige sei, dass die Entwicklung des in die Uterushöhle gelangten, befruchteten Ovulum entweder gar nicht oder nur während einer ungenügend langen Zeit vor statten gehen könne, dann jedoch das Ei ausgestossen werde“. Mehrere Fälle dieser Art haben wir mit mechanischer Intrauterintherapie behandelt, soweit uns bekannt, allerdings ohne Erfolg quoad sterilitatem. Es sei erlaubt, hier zu betonen, wie schwierig es ist, gerade derartig behandelte Fälle längere Zeit unter Controlle zu behalten. Die meist sehr lange dauernde Sondenbehandlung stellt grosse Anforderungen an die Geduld der Patientinnen. Das Intrauterinpestas wird nicht selten aus naheliegenden Gründen von den Frauen selbst entfernt, und dann geniren sie sich, wieder zur Behandlung zu kommen. Auf schriftliche Einladung selbst wurde vielfach nicht reagirt. (Schluss folgt.)

¹⁾ Schröder (sein Handbuch) hat das Bestehenbleiben dieser Falten bis in den Unterkörper hinein oder das Beschränktbleiben derselben auf die Cervix gerade als nothwendiges Unterscheidungsmerkmal zwischen Uterus foetalis einer- und Uterus infantilis andererseits hingestellt.

²⁾ Diese Form ist klinisch längst gut charakterisirt, während noch Marion Sims nur die rein mechanische Dysmenorrhoe gelten liess und behufs ihrer Heilung die Discission erfand.

³⁾ v. Herff in demselben Bande derselben Zeitschrift widerlegt wiederum die Behauptung über das Vorhandensein dieses Ganglion im Ovarium.