Trichterpessarien bei einfacher Incontinentia urinae.

Von

Friedrich Schatz.

(Mit 1 Holzschnitt.)

In der 3. Sitzung der gynäkologischen Section der 49. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 1876 hielt ich einen Vortrag über obiges Thema, welcher in diesem Archiv Bd. X, S. 390 nur unvollkommen referirt ist.¹⁾ Der Vortrag lautete nach dem Tageblatt jener Versammlung:

„Unter den Fällen von Incontinentia urinae giebt es eine Anzahl, welche weder durch allgemeine, noch durch örtliche, die Harnblase

1) Zur Richtigstellung der übrigen auf mich bezüglichen Stellen jenes Referates bemerke ich, dass ich in der Discussion über den Vortrag von Fritsch: „Ueber locale Behandlung des Puerperalfiebers“ (S. 387) bezüglich der Einspritzungen von Carbollösung in die Uterushöhle als unbedingt zu befolgende Regeln aufstellte:

1) dass man neben dem Injectionsrohr wenn irgend möglich noch den Finger bis über das Os uteri internum einführen und mit demselben zwischen ihm und dem Rohr ergiebigen freien Abfluss schaffen muss, der anders gleich sicher nicht zu erhalten ist;

2) dass der Wasserspiegel im Irrigator nie höher als 1 Fuss über dem Niveau der Symphyse stehen darf. Dieser Druck reicht bei genügend freiem Abfluss vollkommen aus. Höherer Druck bringt leicht zeitweilige Erweiterung des Uterus mit directer Injection von Spülflüssigkeit in das Uteringewebe, welche mit noch nicht genügend desinficirtem Uterusinhalt gemischt ist und so Schüttelfrost erzeugen kann.

3) Nach erfolgter Ausspülung ist am liebsten immer, wenigstens aber in den Fällen, wo der Uterus Neigung zu Antelexio, also zur Abknickung des Halskanals hat, das Injectionsrohr, das genügend dick und allseitig rund sein muss, noch eine Weile ($\frac{1}{2}$ —1 Stunde) als Drainage in Uterus und Scheide liegen zu lassen. Ohne diese Vorsicht wird der sich nach der Injection contrahirende Uterus seinen auch dann noch nicht immer ganz desinficirten, durch Verschluss des Halskanals eingeschlossenen Inhalt selbst in sein Gewebe eintreiben und so leicht Schüttelfrost erzeugt werden.

In der Discussion über den Vortrag von Bandl: „Ueber das Verhalten des Uterus und der Cervix am Ende der Schwangerschaft und während der Geburt“ bemerkte ich (S. 399), dass es allerdings viele Fälle giebt, besonders von Mehrschwangeren, bei denen schon während der Schwangerschaft ein Theil des Halses zur Uterushöhle herangezogen ist, so dass der Müller'sche Ring als Grenze zwischen dem schon erweiterten und dem noch nicht erweiterten Theil des Uterushalses von einem beliebigen mittleren Theil des Halses ge-

oder Harnröhre treffende, nöthigenfalls operative Behandlung geheilt oder auch nur genügend gebessert werden können. Es sind das zumeist Fälle, bei denen der Sphincter vesicae, sei es bei der Geburt, sei es durch oder nach operativem Eingriffe, sei es nur durch langdauernde Zerrung bei Prolaps oder nur starke Spannung der vorderen Scheidewand bei vetulöser Involution derselben etc., einen grossen Theil seiner Kraft eingebüsst hat. Ich habe eine Reihe von Fällen gesehen, bei denen sich mehrere Spezialisten, z. B. auch in einigen Simon, selbst durch operative Eingriffe vergeblich um die Heilung bemüht haben. In solchen Fällen, bei denen weitere Abnormitäten ausser der Incontinenz nicht vorhanden oder schon beseitigt sind, haben mir Pessarien sehr gute Dienste gethan, welche ich wegen ihrer Form, die der eines Wursttrichters ähnlich ist, Trichterpessarien nenne, und die ich mir erlaube in verschiedenen Grössen vorzuzeigen. Es sind solche Pessarien schon früher angewandt worden, doch finde ich sie in keinem neueren Buche angegeben. Sie werden auch nicht mehr verkauft, und konnte ich über die früher etwa geltende Theorie ihrer Wirkung nichts erfahren. Das schlechte Material, aus welchem sie gemacht waren, und welches zu dauerndem Schmutze Veranlassung gab, hat vielleicht zu ihrem Verschwinden wesentlich beigetragen. Ich habe sie von Hartgummi anfertigen lassen und bin mit ihrer jetzigen Beschaffenheit recht zufrieden. Die Anwendung ist so, dass der breite Rand des Trichters so in die Vagina zu liegen kommt, dass er rings (mit Ausnahme der Symphysengegend) auf dem Levator ani aufliegt, während der dünnere Theil des Trichters von diesem Muskel und dem Constrictor cunni umschlossen im Scheideneingang liegt. Die Application geschieht so, dass man, während der dünnere Theil des Trichters nach dem Anus hinsieht, die hintere Hälfte des breiten Trichterrandes unter Abdrängen des Dammes in

bildet wird und der Wulst des inneren Muttermundes mehr weniger hoch über dem Müller'schen Ringe von der Uterushöhle oder sogar von der Scheide her als deutlicher zweiter Ring zu fühlen ist. Ja es kommt dies sogar nicht allzuseiten bei Erstschwangeren vor, und ich habe einen Fall von unzweifelhaft erster Schwangerschaft gesehen, bei dem, ohne dass Wehen zu constatiren waren, schon 6 Wochen vor der Geburt der ganze Hals zur Uterushöhle einbezogen und dabei noch der äussere Muttermund thalergross erweitert war und bis zur rechtzeitigen Geburt blieb. Alle diese Fälle sind aber doch nur, wenn auch nicht seltene, Ausnahmen.

Die von Bandl als Os uteri internum der Schleimhaut aufgefasste Grenzlinie entsteht dadurch, dass die reichen Falten der Cervicalschleimhaut an demjenigen Theil des Cervix, welcher zur Uterushöhle bezogen und damit erweitert ist, ausgezert, in dem noch nicht erweiterten Theil des Cervix aber noch wie früher vorhanden sind.

Ueber das Acidum sclerodicum von Dragendorff bemerkte ich (S. 404), dass seine subcutane Anwendung sehr unangenehme Entzündungserscheinungen an der Einstichstelle und eine fortlaufende Hautentzündung ähnlich der eines Erysipels erzeugte.

der Richtung nach der Kreuzbeinhöhle in die Vagina einschiebt und dann die vordere Hälfte des Trichterrandes durch Druck in der Richtung nach der vorderen Beckenhälfte hin folgen lässt. Das Instrument macht, wenn richtig gewählt, weder beim Einführen noch beim Tragen Beschwerden und erleichtert nur. Die Frauen lernen bald dasselbe selbst einzubringen und mittels eines daran befestigten Fadens beliebig zu entfernen. Die Wirkung des Instrumentes ist die eines conischen Ventils, das bei nicht vermehrtem intraabdominalen Druck den Sphincter vesicae nur mässig unterstützt und das Uriniren leicht gestattet, bei vermehrtem intraabdominalen Druck aber proportional tiefer gedrängt, die hintere Hälfte des breiten Sphincter vesicae stärker gegen die vordere anpresst, so dass beim Gehen, Tragen, Pressen, Husten u. s. w. der Urin nicht mehr gegen den Willen der Patientinnen entweicht. Ich will nicht unerwähnt lassen, dass die Pessarien auch in Fällen sehr günstig wirken, wo ohne Incontinenz oder weitere Abnormitäten durch Zerrung des Trigonum und des Sphincter vesicae bei beginnendem Prolapsus vaginae anterior oder durch starke venöse Stase am Blasengrund, besonders bei der Menstruation Strangurie, Ischurie u. s. w., bestehen, und dass die Erleichterung, welche die Frauen, auch ohne Incontinenz zu haben, durch Beseitigung des Drängens nach unten beim Tragen der Pessarien erfahren, der Hauptgrund ihrer früheren Anwendung gewesen sein mag.“

Zu diesem Vortrag füge ich hier eine Durchschnittszeichnung von den in Hamburg vorgezeigten Trichterpessarien und weiter noch einige Bemerkungen, welche ich wegen der Kürze der dem Vortrag gewährten Zeit bei diesem nicht machen konnte, und welche sich theilweise schon bei der Discussion als nothwendig erwiesen.

Die beistehende Durchschnittsfigur stellt vier Grössen des Pessars vor. Die Länge des Pessars ist 5 Cm. und wird von einem Canal von 1 Cm. Durchmesser durchzogen, dessen scharfe Ränder oben und unten genügend abgerundet sind. Die unteren 3 Cm. des so entstandenen Hohlcyinders haben eine ganz gleichmässige massive Wand von 5 Mm. Dicke. Sie ist 5 Mm. vom unteren Ende ab beiderseitig mit einer Oeffnung durchbohrt, durch welche bequem ein Seidenfaden geführt werden kann, um zur Schlinge geformt zu werden. Die oberen 2 Cm. der Länge des Instrumentes zeigen einen ziemlich steil ansteigenden, allseitig gut abgerundeten Wulst, dessen Aussenrand bei den verschiedenen Nummern 40, 45, 50, 55 (oder noch mehr oder weniger) Mm. im Durchmesser hat. Auch dieser Wulst ist massiv, könnte aber auch, wie das ganze Instrument, wenn es von Metall gefertigt würde, des geringeren Gewichtes halber hohl sein. Man könnte das Instrument sogar in Hartgummi recht gut hohl herstellen lassen. Doch haben die Patientinnen, welche es tragen, bisher nie über irgend ein Gefühl von Schwere geklagt, das etwa durch das massive Instrument bedingt sein könnte. Die Abweichung des Instrumentes von der reinen Trichterform, d. i. die Vermeidung des Hohltrichters am oberen Ende, ist nöthig, weil durch einen irgend grösseren Hohltrichter die Portio vaginalis oder deren vordere Lippe bei

etwa vorhandener Retroversio uteri in Folge allmäligen Einpressens nach und nach entsprechend spitzconisch geformt und so rüsselförmig verlängert wird. Man will dies einmal an sich verhüten und dann auch weil der Kanal, der die Secrete abführen soll, dadurch verschlossen werden würde.

Wenn ich sagte, dass das Pessar, dessen untere Hälfte vom Levator ani und Constrictor cunni umfasst wird und dessen oberer breiter Wulst rings mit Ausnahme der Symphysengegend auf jenem Muskel aufliegt, nach Art eines conischen Ventils wirkt, so will ich dabei durchaus nicht missverstanden werden. Das eigentliche conische Ventil schliesst eine für eine Flüssigkeit gegebene Ausflussöffnung zu, und darf dabei natürlich nicht selbst in der Richtung der Ausflussrichtung durchbohrt sein, wie es das Trichterpessar ist. Nur wenn etwa eine Blasenscheidenfistel vorhanden wäre und so die Vagina mit Urin gefüllt würde, würde ein solches, aber nicht durchbohrtes Trichterpessar als wirkliches conisches Ventil und wahrscheinlich mit einigem Erfolg den Ausfluss des Urins aus der Scheide verhindern. Ich habe darüber keine Erfahrung, weil mir, seitdem ich die Trichterpessarien habe, keine Blasenscheidenfistel unter die Hände kam. Uebrigens würde ich natürlich den Versuch nur als solchen machen. Ob in

den Fällen von Blasenscheidenfisteln, welche Bandl in Hamburg erwähnte, und in welchen schon die behufs Präparation der Scheide zur Blasenscheidenfisteloperation in die Scheide eingeführten Kugeln von Boeman den Ausfluss des Urins verhinderten, diese Kugeln nicht auch lediglich als reine Ventile wirkten, welche die Scheide nach unten verschlossen, ist ohne genauere Kenntniss der Fälle allerdings nicht zu entscheiden. Ich möchte es aber glauben und nicht annehmen, dass sie dieselbe Wirkung wie die gleich näher zu beschreibende des Trichterpessars hatten.

Das Trichterpessar wird allerdings analog den conischen Ventilen mit Verstärkung des intraabdominalen Druckes beim aufrechten Stehen, Gehen, Husten, Lachen, Heben, Tragen u. s. w. durch den Inhalt des kleinen Beckens tiefer in die (Vagina)- Oeffnung im Beckenboden eingetrieben und verhindert dadurch auch, dass, wie es vor seiner Anwendung geschah, die vordere Scheidenwand tiefer gedrängt wird; seine Wirkung bei einfacher Incontinenz besteht aber darin, dass es beim Tiefertreten zugleich auch rings auf die Umgebung der Oeffnung im Beckenboden und damit auch auf die obere Hälfte der Harnröhre eine stärkere Pressung ausübt, und zwar eine um so stärkere, je stärker der intraabdominale Druck ist. Diese auf eine längere Strecke der Harnröhre ausgeübte Pressung unterstützt den etwa geschwächten Sphincter vesicae sehr ausgiebig und um so mehr, je grösser bei stärkerem intraabdominalen Druck der Druck in der Harnblase wird. Dies geschieht zugleich um so zweckmässiger, als das Lumen der geschlossenen Harnröhre auch normaler Weise im oberen Drittel der Harnröhre eine quere Spalte darstellt, so dass also die hintere Wand der Harnröhre durch den Wulst des Trichterpessars an die vordere Wand angepresst wird. Wählt man die Nummer des Trichterpessars zu gross, so kann diese Pressung auch bei nicht erheblich vermehrtem intraabdominalen Druck leicht so gross werden, dass sogar das willkürliche Wasserlassen verhindert wird. Nimmt man aber die Nummer so gross, dass der Wulst des Pessars ohne wirkliche Schmerzen, sondern nur mit einem Gefühl wie beim Einbringen eines relativ etwas grossen Cylinder-Speculums eingebracht werden kann, so wird der Druck auf die Harnröhre gewöhnlich allen Bedürfnissen entsprechen. Bei horizontaler Lage des Körpers, bei welcher der Druck in der Harnblase wegen des geringen intraabdominalen Druckes auch nur gering ist, drückt das Pessar so gut wie nicht auf die Harnröhre, weil es mit den Beckeneingeweiden zurückweicht. Bei aufrechter Stellung des Körpers ist der Druck nur mässig, weil das Pessar selbst von der Bauchhöhle her nur mässig tief gedrängt wird, so dass das willkürliche Wasserlassen sehr gut möglich ist. Nur darf dabei die Bauchpresse nicht irgend stärker angestrengt werden. Geschieht letzteres, sei es willkürlich oder unwillkürlich bei Anstrengung des Körpers, Husten, Niesen u. s. w., wo die Patientinnen bisher den Urin gegen ihren Willen verloren, so wird das Pessar dem Drucke proportional so tief gedrückt, dass die dabei selbst proportional zusammengepresste Harnröhre den Harnabfluss verhindert. Will jemand die Wirkung des Pessars so auffassen, dass es als Mittel-

glied zwischen Levator ani und Sphincter vesicae bewirkt, dass dieser letztere Muskel durch ersteren kräftig unterstützt wird, der erstere also gleichsam die Harnblase verschliessen hilft, so wird man gegen diese Auffassung nichts einwenden können, so lange nicht vergessen wird, dass gerade bei stärkerem intraabdominalen Druck, wo das Pessar wirken soll, der Levator ani gedehnt, seine Vaginalöffnung also grösser wird. Nur durch die stark conische Anschwellung des Instrumentes nach oben hin und durch das Einpressen dieser Anschwellung in die erweiterte Vaginalöffnung des Levator ani ist es möglich, dass dieser auch in seinem gedehnten Zustand einen grösseren Druck auf die Harnröhre ausübt. Da also der Levator ani beim Verschluss der Harnröhre eigentlich nicht activ theilhaftig ist, sondern nur durch den Widerstand wirkt, den er seiner weiteren Verlängerung entgegensetzt, so wird man die Vorstellung von der Unterstützung des Sphincter vesicae durch den Levator ani mittels des Trichterpessars als nicht ganz correct lieber fallen lassen und einfach die Wirkung des Pessars als die eines durch seinen peripheren Druck auf den Harnröhrenverschluss unterstützend wirkenden conischen Ventils bezeichnen.

Die Fälle, welche sich für das Trichterpessar eignen, sind vorzugsweise solche, bei denen ohne irgend weitere grössere anatomische Störungen die Kraft des Sphincter vesicae nicht hinreicht, den Urin auch bei irgend stärkerem intraabdominalen Druck zurückzuhalten.

Bei bestehender Blasenscheidenfistel kann natürlich von seiner Anwendung höchstens die Rede sein, wenn es nicht durchbohrt ist. Auch dann wird es wohl nur unvollkommen und meist wohl auch nicht bei horizontaler Lage der Kranken helfen. Man wird natürlich lieber operiren. Ist aber nach der Operation etwa eine grössere Schwäche des Sphincter zurückgeblieben, so kann das Trichterpessar ohne Zweifel diesen Mangel mehr weniger vollkommen corrigiren, wenn die Scheide zur Aufnahme des Instrumentes genügend weit geblieben ist. Ein nicht gar zu defecter Levator ani ist für die Anwendung des Pessars nöthig. Wäre der Damm sehr zerrissen, so würde man auch diesen erst vereinigen müssen.

Ich habe bisher nicht Gelegenheit gehabt das Instrument anzuwenden bei Frauen, welche operirt waren, sondern nur bei solchen, welche, sei es plötzlich bei einer Entbindung, sei es allmählig im Laufe der späteren Lebensjahre, eine Schwäche des Sphincter vesicae erworben hatten. Erstere Fälle sind seltener. Eine Kranke hatte sich seit ihrer ersten Entbindung vor 21 Jahren mit dem Uebel gequält. Sie konnte das Wasser wohl bei horizontaler Lage halten, nicht aber beim Gehen oder gar körperlichen Anstrengungen, litt von der beständigen Durchnässung der Wäsche sehr und zeigte hysterische Erscheinungen jeder Art. Erst nach mancherlei anderen Versuchen, ohne und mit Instrumenten zu helfen, wandte ich nach theoretischer Construction zum ersten Male das Trichterpessar an, und der Erfolg war gleich bei diesem ersten Versuche absolut gut. Die Kranke konnte gleich stundenlang gehen, ohne durchnässt zu werden,

bringt sich seit einem Jahre das Instrument selbst ein und aus und kann es nicht entbehren. In einem anderen Falle der Art hatten Simon, Winckel und ich nacheinander allerlei Versuche gemacht, die Continenz wenigstens für leichte Anstrengungen, Husten u. s. w. herzustellen. Erst mit dem Trichterpessar gelang es. Bei zwei weiteren Fällen war die Incontinenz erst im späteren Alter und nur allmählig entstanden. Ein nur mässig tiefes Herabpressen der vorderen Scheidenwand bei Husten, Niesen, Heben, Tragen u. s. w. öffnete durch Zerrung den nach und nach schwächer werdenden Sphincter vesicae und bewirkte starken Urinabfluss. Die Hülfe durch das Trichterpessar war gleich nach der ersten Consultation vollkommen und lernten die Frauen die Entfernung und das Einbringen des Instrumentes sehr leicht. In einem fünften Falle bestand zwar durchaus keine Incontinenz, sondern trotz mangelnden Tiefstandes der vorderen Scheidenwand und trotz unbedingt mangelnder Blasenaffection ein fast beständiges Drängen zum Urin, das das Uriniren sehr häufig nöthig machte. Zur Zeit vor, während und nach der Menstruation war die Qual so gross, dass die Kranke nur um dieserwillen die Periode fürchtete. Letzterer Umstand gab mir nach verschiedenen anderen vergeblichen Versuchen die Vermuthung, dass lediglich die venöse Stauung im Venennetz des Blasengrundes und Blasenhalses an dem Drängen und Harnzwang Schuld tragen könne. Die Absicht die Venennetze des Blasenhalses durch Druck theilweise von Blut zu befreien, gelang mir nur mit dem Trichterpessar ohne alle anderweitigen Beschwerden und mit vollkommenem Erfolg. Die Beschwerden waren alsbald so verschwunden, dass nicht allein für gewöhnlich das Drängen ganz aufhörte, sondern auch die Periode schmerzlos und ohne Urinbeschwerden verlief. Die Patientin hat in dem Jahre, seitdem sie das Pessar trägt, und es täglich herausnimmt und bequem wieder einbringt, zu verschiedenen Malen versucht, dasselbe ganz wegzulassen. Die alten Beschwerden kehren aber so constant und heftig wieder, dass Patientin überzeugt ist, bis zum gänzlichen Verschwinden der Periode das Instrument nicht entbehren zu können.

Wegen der Exactheit, mit welcher diese Erfolge mit dem Instrumente erzielt wurden, mag ich für die Collegen, welche das Instrument versuchen wollen, den Rath nicht unterdrücken, nicht etwa erst vom längeren Tragen des Instrumentes Erfolg zu erwarten. Tritt der Erfolg nicht alsbald ein, so ist die Indication eine falsche, oder es bestehen nebenher noch Complicationen in der Blase, Harnröhre u. s. w., welche erst beseitigt werden müssen. Die Wahl der Grösse des Instrumentes sei eine sorgfältige, und man habe am liebsten die Patientinnen während des nächsten Tages nach der Application in der Nähe, um bei etwa eintretender Retention des Urins bei zu grossem Instrument sogleich ein kleineres einführen zu können.

Ich habe angeordnet, dass die Trichterpessarien von der Gummiwaarenfabrik Julius Marx, Heine & Co. in Leipzig, in zwei Sortimenten in den Handel kommen: ein kleines Sortiment von 6 Pessarien, indem Nr. 45 und 50 je zwei Mal, Nr. 40 und 55 je

ein Mal vertreten sind und ein grosses Sortiment von 12 Pessarien, indem Nr. 45 und 50 je drei Mal, Nr. 40 und 55 je zwei Mal und Nr. 35 und 60 je ein Mal vertreten sind. Der Preis beträgt pro Pessar circa 3 Mark.

Beitrag zur Aetiologie der puerperalen Infection.

Von

Dr. Lühe,
Stabsarzt in Plön.

Wenn Winckel seine „Beiträge zur geburtshülflichen Statistik im Königreich Sachsen“ (s. Berichte und Studien, 2. Bd., 1876) mit der Betrachtung als dem Endresultate seiner Erhebungen schliesst, dass die Ursachen der puerperalen Infectionsfälle an den Personen der Hebammen resp. deren Instrumenten haften, so scheint es mir sachgemäss, dass die einzelnen Praktiker hierher einschlagende Beobachtungen veröffentlichen, wenn es ihnen in ihrem kleineren Wirkungskreise gelingt, einmal den Spuren einer Infection nachzugehen und sie vielleicht bis an ihre Quelle zu verfolgen. Es haben solche Mittheilungen auch noch insofern einen direct praktischen Werth, als dadurch vielleicht andere Aerzte veranlasst werden, häufiger den Ursachen infectiöser Krankheiten nachzugehen, als dies bis jetzt leider der Fall ist, da die Meisten sich damit begnügen, die Erkrankungsfälle als etwas Unvermeidliches hinzunehmen, statt wenigstens den Versuch zu machen, der Weiterverbreitung ein Ziel zu setzen.

Im Juli vorigen Jahres kamen hier am Orte und der nächsten Umgebung unmittelbar hintereinander drei Fälle von mehr oder minder rasch tödtlich verlaufender Puerperalperitonitis vor. Bei allen drei Patientinnen war dieselbe Hebamme beschäftigt; Recherchen ergaben, dass in dem Hause der zuerst Erkrankten, Frau S., diese selbst gerade zur Zeit der Geburt und eine Dienerin, die bei der Pflege der Wöchnerin beschäftigt war, 2—3 Tage später von Gesichtserysipel befallen waren; erst am 5. Tage nach der Entbindung trat das Puerperalfieber ein.

Da ähnliche ätiologische Beziehungen zwischen dem Erysipel und Puerperalfieber schon durch frühere Beobachtungen wahrscheinlich gemacht worden sind, und die Verwandtschaft der letzteren Processe mit phlegmonösen Entzündungen der Haut, namentlich von Virchow, seit Langem betont wird, so dürfte der Erklärungsversuch nicht ungerechtfertigt sein, dass auch hier ein ähnlicher ursächlicher