

imstande ist, jederzeit in willkommener Weise die Geburt zu beschleunigen« (Voigt).

Zum Schluß möchte ich noch bemerken, daß der mitgeteilte Fall der einzige unserer Beobachtungen ist, in dem eine so ungünstige Wirkung erzielt wurde. Im übrigen sind unsere Erfolge mit Hypophysenextrakt, über die an anderer Stelle demnächst berichtet werden soll, keine ungünstigen.

Literatur:

- 1) Hamin, Münchener med. Wöchenschrift 1912. Nr. 2.
- 2) Jäger, Ibidem 1912. Nr. 6.
- 3) Rieck, Ibidem 1912. Nr. 5.
- 4) Voigts, Ibidem 1911. Nr. 49.
- 5) Voigt, Frauenarzt 1912. Nr. 5.

IV.

Über das Schalenpessar.

Von

Th. H. Van de Velde in Haarlem.

Der Aufsatz E. Vogt's aus der Dresdener Frauenklinik (dieses Zentralblatt 1912, Nr. 52) über Einklemmung der vorderen Muttermundslippe in dem mittleren Loch eines Schalenpessars gibt mir Veranlassung zu der Mitteilung, daß ich seit vielen Jahren schon die Schalenpessare ohne mittleres Loch, d. h. ganz besetzt mit den üblichen kleineren Löchern, die bei den gewöhnlichen Modellen nur seitlich angebracht sind, habe anfertigen lassen.

Die Anleitung dazu fand ich in zwei Fällen von Strangulation der Portio vaginalis in dem mittleren Loch, die mir kurz nacheinander passierten. Ich vermute denn auch, daß derartige Fälle bei weitem nicht so selten sind, wie es nach dem Vogt'schen Artikel den Anschein hätte.

Die Herausluxierung des Pessars über die stark angeschwollene Portio gelang in meinen Fällen nicht. Ich habe deshalb die Befreiung des inkarzerierten Teiles vorgenommen, indem ich den Ring an zwei, einander ungefähr diametral gegenüberliegenden Stellen mittels Gigli'scher Drahtsäge durchtrennte, wonach sich die zwei Hälften leicht entfernen ließen.

Eine derartige Behandlung ist, wenn die Reposition nicht gelingt, gewiß schonender als die von anderen geübte Amputation des strangulierten Gebildes.

Wozu eigentlich das mittlere Loch der gewöhnlichen Schalenpessare gut sein soll, hat mir nie einleuchten wollen. Denn für die Aufnahme der Portio ist ein derartiges Lumen meistens zu klein. Und was wichtiger ist, wenn das Pessar richtig liegt, so befindet sich die Stelle dieser zentralen Öffnung nicht der Portio gegenüber. Wollte man dieses bei richtiger Lage des Pessars erreichen, dann müßte das zur Aufnahme der Portio bestimmte Loch exzentrisch angebracht werden. Dabei wäre es aber immerhin noch fraglich, ob das Pessar stets so liegen bleiben würde, wie es appliziert war. Überdies ist ein derartiges größeres Loch durchaus unnötig. Sekretanhäufung findet beim Gebrauch der Schalenpessare doch sowieso statt. Deshalb hat die Herausnahme und Reinigung denn auch öfters — alle 6 Wochen — zu geschehen. Und jedesmal soll sich der Arzt überzeugen, ob keine Läsionen oder Reizerscheinungen da sind. Ist das der Fall, so lasse ich das Pessar einige Tage fort.

Unter Voraussetzung einer derartigen regelmäßigen Kontrolle halte ich das Schalenpessar, besonders in der Behandlung der senilen Prolapse, für sehr

wertvoll. Und bei Weglassung der unnötigen größeren zentralen Öffnung ist auch eine Portioeinklemmung ausgeschlossen.

V.

Aus dem gynäkol. Institut der Kaiserl. Universität Moskau
A. P. Schelaputina. Direktor: Prof. Snegirew.

Reflektorische Schmerzempfindungen bei Druck auf den Plexus coeliacus bei entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Von

Dr. M. S. Alperin.

»Man kann nicht umhin, anzuerkennen,« sagt Prof. Snegirew in seiner Rede auf dem Kongreß im Jahre 1903, »daß das Studium der Krankheitssymptome, namentlich der subjektiven, sich noch im rudimentären Zustande befindet . . . Wir begeistern uns für die objektive Untersuchung dermaßen, daß wir den subjektiven Beschwerden der Kranken, beispielsweise den Schmerzen, nur wenig Aufmerksamkeit entgegenbringen.«

Dieser Aufruf zum Studium der ersten Beschwerde der Kranken war das Resultat seiner Beobachtungen zunächst an der vorkommenden gesteigerten Schmerzsensibilität der Uterushöhle (Endometritis dolorosa. Archiv für Gynäkologie, 1899, Bd. LIX, Hft. 2), dann an dem Zusammenhang zwischen den Schmerzen und der Blutfüllung und dem Nervensystem des betreffenden Gebietes (Über die Schmerzen in dem Becken und in der Bauchhöhle der Frau. Archiv für Gynäkologie 1900, Bd. LXII, Hft. 1).

3 Jahre später erschien in seinem Werke »Gebärmutterblutungen« ein Kapitel über Schmerzen, welches dieselben nach den Ursachen, welche dieselben hervorrufen, nach dem Zeitpunkt ihres Auftretens und nach dem Stempel, den sie dem Organismus aufdrücken, klassifizierte.

Dieses Kapitel führt uns nicht nur in die Welt der Leiden und Beschwerden ein, an denen wir stets vorübergingen, indem wir nach anatomischen Substraten fahndeten, sondern lehrt uns auch, daß wir, indem wir diese Beschwerden aufmerksam anhören und uns dann in denselben zu orientieren suchen, imstande sind, uns häufig in Gedanken dasjenige anatomische Bild zurecht zu legen, zu dessen Besichtigung wir zu eilen so gewöhnt sind.

In demselben Kapitel ist auch der Zusammenhang zwischen den Schmerzen mit dem Zustande der Blutzirkulation und dem Zustande der Blutfüllung, sowie der Zusammenhang der letzteren mit dem Zustande des Nervensystems besprochen.

In einer zweiten Arbeit von J. Snegirew: »Beiträge zur Frage der klinischen Bedeutung der Schmerzen in der Gynäkologie« ist ein ausführliches literarisches Verzeichnis der Arbeiten der westeuropäischen Forscher von den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts an gegeben, die sich mit der klinischen Untersuchung der Schmerzen, der diagnostischen Bedeutung derselben, sowie mit dem Studium der Organe der Bäuohöhle in bezug auf ihre Empfindlichkeit und in bezug auf die mutmaßlichen Wege ihrer Übermittlung befaßt haben.

Aus den erwähnten Arbeiten ersehen wir, daß wir in der Frage der Schmerzen,