

Aus der Universitäts-Frauenklinik Freiburg i. Br.
(Direktor: Geh. Rat Prof. Dr. Opitz.)

Ueber Silikatpessare.

Von Otto Risse, Volontärassistent der Klinik.

In der M.m.W. vom 1. IX. 1908 fasst Cohn in einem Aufsatz „Zur Einschränkung der Pessartherapie“ die Anforderungen, die an ein ideales Pessarmaterial zu stellen sind, dahin zusammen, das bei gutem Sitz das Pessar „die Scheide nicht reizen, an der Oberfläche nicht rau werden, seine Form nicht verändern und nicht durch seine Schwere einen Druck auf die Schleimhaut der Scheide ausüben“ dürfe. Auch alle andern Autoren, die gelegentlich der Besprechung der Pessartherapie die Frage des geeignetsten Materials streifen oder an der Hand schwerer Folgezustände durch Tragen eines Rings die Ungeeignetheit eines bestimmten Materials demonstrieren, verlangen¹⁾ ein glattes, nicht imbibitionsfähiges, leichtes, hartes, nichtreizendes Pessarmaterial, das weder von den Sekreten der Scheide angegriffen oder erweicht, noch von ihnen inkrustiert wird.

Diesen Forderungen wurde bislang keines der angewandten Materialien völlig gerecht.

Die Metallpessare (aus Zinn, Aluminium)²⁾ ebenso wie die früher gebräuchlichen Weichgummiringe mit Kupferdrahteinlage sind allgemein längst verlassen, weil die Erfahrung lehrte, dass sie der Hauptforderung, die Scheide nicht zu reizen, allzusehr ins Gesicht schlugen. Scheusslicher Fluor und heftige Kolpitis durch Imbibition und Zersetzung des Gummis durch das Scheidensekret³⁾ ist die immer wieder aufs neue warnend hervorgehobene Folge.

Näher schon kamen dem Idealpessar die Zelluloidringe, und Zweifel stand nicht an, in seiner „Gynäkologischen Klinik“ das Zelluloid als das Pessarmaterial der Zukunft zu bezeichnen. Jedoch zeigte sich auch bei ihnen, dass sie allmählich von Sekreten durchsetzt, reichlich inkrustiert, brüchig und bröckelig wurden⁴⁾, und dass dann der haltgebende Kupferdraht bisweilen von Zelluloid entblösst und oxydiert in der hochgradig gereizten Scheide liegend gefunden wurde.

Als zweckmässigstes Material galt daher und gilt im allgemeinen auch wohl heute noch der Hartgummi, der als haltbares, relativ leichtes, hartes und angeblich reizloses Material in den meisten Lehrbüchern empfohlen und in der Praxis auch wohl am meisten verwandt wird. Und doch haben sich auch bei diesem Material im Laufe der Zeit die Fälle gehäuft, wo, sogar bei Verwendung bester Fabrikate trotz gutem Sitz, rationalsten hygienischen Massnahmen und trotz 2 bis 3 monatigem Pessarwechsel schon nach kürzester Zeit heftige Reaktion der Scheide mit beträchtlicher Vermehrung des Fluors und kolpitischer Reizung, bei Graviden sogar Dekubitus und bei Greisinnen Ulzerationen und Schrumpfungprozesse aufgetreten sind⁵⁾, gar nicht zu reden von den Fällen, wo, nach längerem Tragen, die Hartgummipessare mit aufgerauhter Oberfläche und stark inkrustiert wieder aus der schwer entzündeten Scheide entfernt werden müssen.

Unter solchen Umständen ist es durchaus am Platze, nach besseren Materialien zu suchen, will man nicht die Pessartherapie, deren man doch wohl nie wird ganz entraten können, in den Augen der Patienten an Ansehen noch mehr verlieren lassen, als sie schon verloren hat.

Der Krieg, der der leichten und billigen Beschaffung guten Kautschuks und damit seiner Verarbeitung zu Pessaren auch von aussen her ein starkes Hindernis entgegenstellte, liess daher den Direktor der hiesigen Klinik wieder auf ein Material verfallen, das schon früher gelegentlich zur Pessarherstellung verwandt worden war, und das schon Zweifel 1892 als das denkbar beste anspricht, da es „völlig unveränderlich gegen die Sekrete der Vagina“ sei — das Glas.

Schon in den 80er Jahren⁶⁾ waren auf Veranlassung von Fraenkel Thomaspessare aus Glas hergestellt worden, die in eine Form gegossen und dann geschliffen wurden. Sie waren jedoch sehr schwer⁷⁾ und auch sehr teuer⁸⁾, so dass sie sich nicht einbürgerten. In den 90er Jahren gab sich dann Weinhold mit der Verfertigung von Glasspessaren aus Hartglasstäben ab und brachte nach Ueberwindung vieler Schwierigkeiten seine „Hartglaspessare“ bei der Firma Haertel in Breslau in den Handel. Auch er rühmt⁹⁾ die völlige Reizlosigkeit des Glases, das auch bei beliebig langer Tragezeit nichts von seiner Reinheit und Glätte einbüsst und sich vor allem nicht inkrustiert, sondern nach einfachem Abwaschen des oberflächlich daran klebenden Schleims und Bluts wieder völlig rein, ja nach ev. Auskochen sogar für andere Patientinnen (z. B. in der poliklinischen Praxis) ohne weiteres zu verwenden sei.

Immerhin haben diese Pessare noch den Nachteil einer gewissen Schwere, und dies vor allem bewog Opitz, Pessare aus Hohlglas herstellen zu lassen. Das Glas, aus dem sie gefertigt sind — die Pessare werden freihändig an der Glaslampe aus Röhren gebogen und dann einem besonderen Kühlverfahren unterworfen — ist eine besonders haltbare und elastische Silikatmischung von tiefschwarzer Farbe, so dass die Aehnlichkeit mit Hartgummipessaren äusserlich gross ist. Farbe sowohl wie auch der Name „Silikatpessare“; unter dem die

Ringe in den Handel kommen, wurden gewählt, um bei ängstlichen Patienten etwaige Befürchtungen wegen leichter Zerbrechlichkeit der Glasspessare möglichst auszuschalten. Dass solche Befürchtungen tatsächlich unbegründet sind, zeigt die grosse Anzahl von Fällen, die in unserer Klinik mit den neuen Pessaren behandelt wurden, ohne dass, weder beim Einführen noch beim Pessarwechsel, je ein Zerbrechen vorgekommen wäre. Liegen die Ringe aber einmal im Körper, so ist ihr Lage zwischen den Weichteilen doch so geschützt, dass nur bei direkter Gewalteinwirkung auf das Glas eine Zertrümmerung denkbar erscheint.

Als ein besonderer Vorteil der Silikatpessare mag — neben dem billigen Preise von 8 M., den das heimische Material ermöglicht — manchem noch erscheinen, dass sie nicht nur in den gebräuchlichen Formen von Hodge, Meyer, Smith und der Form des dickbügigen Thomaspessars hergestellt werden, sondern auch nach jedem andern individuell gebogenen Zelluloidmodell angefertigt werden können.

Unsere eigenen Erfahrungen mit den Silikatpessaren decken sich im übrigen vollkommen mit denen aller derer, die früher Glas als Material verwandt haben: völlige Reizlosigkeit bei noch so langem Tragen, einfachste Möglichkeit dauernder Reinhaltung, absolute Glätte auch nach langem Gebrauch; obendrein aber noch ein so geringes Gewicht, dass auch empfindliche Frauen so gut wie nichts von dem Fremdkörper in ihrem Leibe spüren.

Die Behandlung der von den Händen ausgehenden Wundinfektionen der Aerzte.

(Bemerkungen zu Biers gleichnamiger Arbeit in Nr. 39, 1921, dieser Wochenschrift.)

Von Sanitätsrat Dr. Franz Honigmann, Breslau.

Biers Aufforderung, Erfahrungen über Händefektionen bei Aerzten mitzuteilen, hat bisher, soviel ich sehe, keine weitere Äusserung veranlasst. Das Schweigen ist wohl als Zustimmung zu deuten. In den meisten wesentlichen Punkten kann auch ich Biers Grundsätzen beipflichten; doch seien auch einige Einwendungen gestattet, die vielleicht nicht unwichtig sind¹⁾.

Bier wendet sich mit Entschiedenheit gegen den „Entspannungsschnitt“, der oft von den verletzten Kollegen dringend verlangt werde, aber bei Fehlen von Eiterbildung geradezu verhängnisvoll sei und einen unglücklichen Ausgang verursachen könne, indem er das Weiterschreiten der Infektion fördere. Bier spricht in gleichem Sinne auch von „Frühschnitt“, bevor noch ein Entzündungswall sich um die infizierte Stelle gebildet habe. Ich glaube, dass zwischen diesem „Frühschnitt“ und einem „Entspannungsschnitt“ scharf unterschieden werden muss. Die Eingangspforte der Infektion zu in- oder exzidieren, ehe noch die Zeichen entzündlicher Reaktion nachweisbar sind, halte auch ich für verfehlt. Ob dies Vorgehen verhängnisvolle Folgen haben kann, weiss ich nicht, da ich es nie geübt habe, auch keine von anderer Seite so behandelten Fälle je beobachtete. Dagegen sah ich sehr oft Fingerinfektionen, die vorher nicht mit einem „Frühschnitt“, sondern mit einem „Fehlschnitt“ behandelt worden, d. h. mit einem Schnitt, der zu oberflächlich war, um in den tatsächlich vorhandenen, aber vom Messer verfehlten Eiterherd einzudringen und ihn zu entleeren. Dieser nutzlose Fehlschnitt, der leider oft sogar ohne jede Betäubung ausgeführt wird, bewirkt keine Erleichterung, vielmehr erhebliche Steigerung der Schmerzen und flösst dem Patienten Misstrauen gegen den heilenden Schnitt ein, der später doch noch notwendig wird. Weder der Frühschnitt noch der Fehlschnitt verdienen jedoch die Bezeichnung Entspannungsschnitt, der erstere, weil er nicht in Spannung befindliches Gewebe durchtrennt, der letztere, weil er die erstrebte Entspannung nicht bewirkt. Es gibt aber zweifellos Fälle, in denen ein wirklicher Entspannungsschnitt in Frage kommt, wiewohl keine Eiterbildung besteht, aber trotzdem ein ständiges Fortschreiten des infektiösen Prozesses unter heftigen Schmerzen, Fieber, Schlaflosigkeit und schwerem Ergriffensein des Allgemeinbefindens zum Handeln auffordert. Dafür, das in solchen Fällen der Entspannungsschnitt alle Beschwerden auf einmal beseitigt und die Heilung einleitet, könnte ich aus meiner Erfahrung zahlreiche Fälle anführen. Wenige Beispiele mögen genügen:

43 jähr. Dreher²⁾. Am 1. XI. Hautabschürfung am rechten Daumen. Am 10. XI. verdrehte er sich angeblich bei der Arbeit das rechte Handgelenk. Nachts darauf heftige Schmerzen, besonders im 1. und 5. Finger. In den nächsten Tagen Fieber über 39°, zunehmende heftige Schmerzen, Schwellung der Hand und des Armes. Der Arzt verordnete heisse Hand-

¹⁾ Die Berechtigung, mich zu der Frage zu äussern, gründe ich auf die Tatsache, dass ich nicht allein selbst durch Finger- und Handinfektionen mehrfach genötigt war, chirurgische Hilfe in Anspruch zu nehmen, sondern auch verhältnismässig häufig Gelegenheit hatte, Aerzte, Schwestern usw. wegen solcher Erkrankungen zu behandeln. Aufzeichnungen besitze ich leider nur über 65 Behandlungsfälle bei 44 Kollegen und einer Pflegerin. Die tatsächliche Zahl ist viel grösser. Wenn ich in keinem Falle einen ungünstigen Ausgang quoad vitam oder funktionem zu beklagen hatte, so bin ich weit entfernt, dies lediglich dem Behandlungsverfahren zuzuschreiben. Die Hauptursache liegt wohl darin, dass es sich glücklicherweise meist um lokalisierte oder doch nach kurzer Behandlung lokalisierbare Infektionen handelte.

²⁾ Dass dieser Fall keinen Arzt betrifft, tut seiner grundsätzlichen Bedeutung wohl keinen Abbruch.

¹⁾ Hofmeier und Schroeder: Hb. d. Frauenkrkh. 1908; Zweifel: Gyn. Kl. 1892; Verhdl. d. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. in Leipzig 1907; Hofmeier: M.m.W. vom 21. VIII. 1916.

²⁾ Fritsch: Krankheiten der Frauen 1902; Nagel: Gynäkol. des prakt. Arztes 1889. ³⁾ Cohn: a. a. O. ⁴⁾ Nagel: a. a. O. ⁵⁾ Cohn: a. a. O.

⁶⁾ Weinhold: „Hartglaspessare“ in der Festschrift für Fritsch 1902.

⁷⁾ Fritsch: Krankheiten der Frauen 1902.

⁸⁾ Weinhold: a. a. O.; Zweifel: Gynäkol. Klinik.