

# MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT.

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. v. Angerer, Ch. Bäumlcr, O. v. Bollinger, H. Curschmann, H. Hcllerich, W. v. Leube, G. Merkel, J. v. Michel, F. Penzoldt, H. v. Ranke, B. Spatz, F. v. Winckel,  
München. Freiburg i. B. München. Leipzig. Kiel. Würzburg. Nürnberg. Berlin. Erlangen. München. München. München.

No. 34. 21. August 1906.

Redaktion: Dr. B. Spatz, Arnulfstrasse 26.  
Verlag: J. F. Lehmann, Paul Heysestrasse 20.

53. Jahrgang.

(Nachdruck der Originalartikel ist nicht gestattet.)

## Originalien.

Aus der K. Universitäts-Frauenklinik zu Würzburg.

### Ueber Pessarbehandlung. \*)

Von M. Hofmeier.

M. H.! Wenn ich mir heute erlauben möchte, über das viel erörterte und besprochene Kapitel der Pessarbehandlung zu Ihnen zu sprechen, so geschieht dies im wesentlichen aus den üblen Erfahrungen heraus, die wir Jahr für Jahr und besonders wieder in dem letzten Jahr über schlimme Folgezustände der Pessarbehandlung machen konnten. Wir haben in dem verflossenen Jahr nicht weniger als eine grosse Blasen-scheidenfistel und 2 Ureterenscheidenfisteln, in einem Fall doppelseitig und noch kombiniert mit einer Blasenscheidenfistel, durch Pessare verursacht gesehen, daneben aber in einer ganzen Anzahl von Fällen die greulichsten Folgezustände von Pessarbehandlungen in Form weitgehender ulzeröser Zerstörungen und narbiger Strikturen der Scheide. Da an diesen üblen Folgen eine ganze Anzahl der überhaupt zur Anwendung kommenden Scheidenpessare Schuld trägt, da andererseits bei der Verwendung derselben vielfach Aerzte beteiligt sind, so gibt mir dies einen willkommenen Anlass, in diesem Kreise zunächst einmal wieder auf diese verhängnisvollen Folgen aufmerksam zu machen und die Grundsätze eingehend darzulegen, welche mir bei der Pessarbehandlung die richtigen zu sein scheinen und dieselben hier zur Diskussion zu stellen.

Ich vermeide es dabei ausdrücklich, hier auf die Frage der operativen Behandlung aller hierbei in Betracht kommenden Lageveränderungen der inneren Genitalien einzugehen, und möchte nur erwähnen, dass grundsätzlich alle stärkeren Vorfälle, wenn nicht besondere Gegenanzeigen bestehen, operativ behandelt werden sollten. Die Dauerresultate dieser operativen Behandlung sind besonders unter Zuhilfenahme der plastischen Verwendung des Uterus nach den Vorschlägen von Freund und Schauta, ferner unter Zuhilfenahme der Ventrixfixur oder, bei ganz grossen Vorfällen, unter Fortnahme des ganzen Uterus und der Scheide so vortreffliche, dass man gegenüber den Schwierigkeiten oder der Unmöglichkeit der Pessarbehandlung in solchen Fällen absolut auf eine operative Behandlung dringen sollte. Denn es ist ohne weiteres klar, dass, je bedeutender der Vorfall ist, um so stärker der Gegen-druck zu seiner Zurückhaltung sein muss, und dass alle Pessarbehandlungen, so weit das Ziel nicht mehr mit den sogen. ungestielten Pessarien erreichbar ist, wegen ihrer Umständlichkeit, Unsauberkeit, Kostspieligkeit und auch Gefährlichkeit im Prinzip zu verwerfen sind. Es bleiben aber immer noch genug Fälle übrig, in denen wir, auch als grundsätzliche und überzeugte Anhänger einer operativen Behandlung zum Pessar greifen müssen. Auch wenn man den Rückwärtsbeugungen des Uterus als solchen nicht die grosse Bedeutung zuerkennen will, die ihnen früher vielfach beigegeben wurde (eine Ansicht, welche ich vollkommen teile), so bleibt sie als Ausdruck und Begleiterscheinung einer allgemeinen Enteroptose oder als direkte Ursache von allerlei Unterleibsbeschwerden doch noch oft genug Gegenstand unserer Behandlung. Ebenso auch die

zahlreichen Fälle von leichten Erschlaffungs Zuständen und Senkungserscheinungen der inneren Genitalien, besonders bei jüngeren Frauen, bei welchen weitgehende plastische Operationen mit Rücksicht auf neue Schwangerschaften und Geburten nicht angebracht erscheinen, oder wo aus anderen Gründen Operationen nicht indiziert sind oder die Frauen selbst sich zu solchen nicht entschliessen können.

Wenn ich nun kurz die Grundsätze bezeichnen soll, nach denen wir uns bei der Auswahl der Pessare in solchen Fällen leiten lassen sollen, so sind es zunächst zwei negative: keine Weichgummipessare und keine Pessare mit zu dünnen Bügeln. Die Vorteile, welche die eigentlichen Weichgummipessare (die früher so beliebten Maier-schen Ringe) und die Weichgummipessare mit Kupferdraht-einlagen bieten, liegen ja auf der Hand: es ist die leichtere Einführbarkeit infolge der Möglichkeit, sie zusammenzubiegen und die daraus für den weniger Geübten resultierende leichtere Handhabung und weiter die geringe Gefahr der Verletzung der Scheide durch das weichere Material. Aber diese Vorteile werden mehr wie ausgeglichen durch die grossen Nachteile des Materiales, welches die Scheidenschleimhaut fast immer in der unangenehmsten Weise reizt und zu übertriebenden Ausflüssen führt. Auch das beste Material schützt hiervor nicht, ebensowenig wie reinigende Ausspülungen und ein häufiger Wechsel des Pessars. Wir haben infolgedessen seit einer grossen Reihe von Jahren die auch von uns früher viel gebrauchten Kautschukpessare mit Kupferdrahteinlage durchaus verlassen oder höchstens noch in der Weise verwendet, dass aus dem biegsamen Material zunächst die passende Form und Grösse ausprobiert und diese dann in festem Material nachgebildet wurde.

Besonders seit der Einführung der Hartgummiringe und der Zelluloidringe, die in kochendem Wasser in wenigen Minuten so weich werden, dass man ihnen jede beliebige Form geben kann, die sie dann nach erfolgter Abkühlung beibehalten, ist die Handhabung derselben auch viel praktischer und die Verwendung der Weichgummiringe völlig entbehrlich geworden. Diese letzteren mit Kupferdrahteinlage haben nebenbei auch noch die (wenn auch nicht sehr grosse) Gefahr, dass die Metalleinlagen zerbrechen und perforieren und dadurch die übelsten Verletzungen machen können.

Dass ein erheblicher Teil der üblen Folgen dieser Weichgummipessare daher kommt, dass dieselben ohne Kontrolle zu lange liegen bleiben, soll ohne Weiteres zugegeben werden. Man könnte dies ja auch wohl als einen Beweis für ihre Nützlichkeit mit anführen; denn wenn sie ihren wesentlichen Zweck nicht erfüllten, würden ja die Frauen sie nicht so lange liegen lassen. Aber mit dieser Indolenz vieler Frauen müssen wir eben rechnen, und sehr oft bedarf es auch derselben durchaus nicht, um die schon erwähnten üblen Folgen bald herbeizuführen. Vor einigen Jahren hatte ich Gelegenheit eine solche, durch den Bruch und die Perforation des Kupferdrahtes durch den Kautschuküberzug entstandene Verletzung zu sehen, welche schliesslich zum Tode der betreffenden Frau führte. Es handelte sich um die Entstehung einer grossen Scheidenmastdarm-fistel, welche infolge der Perforation eines gebrochenen Kupferdrahtes durch das hintere Scheidengewölbe entstanden war. Es wurde zunächst versucht, unter gleichzeitiger Entfernung des senilen Uterus die Darmfistel zu mobilisieren.

\*) Vortrag in der XIII. Sitzung der fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten in Bamberg am 13. Mai 1906.

und direkt zu vernähen. Es gelang dies auch ganz gut, aber die Kranke ging nach 14 Tagen unter Ileuserscheinungen zu Grunde, und es fand sich als Ursache eine feste schwartige Verwachsung und Einschnürung der Flexur: augenscheinlich eine Folge der durch die Perforation erzeugten chronischen Beckenentzündung.

Besteht nun die Schädlichkeit der Weichgummipessare im Wesentlichen in dem chemischen und, bei längerem Liegen, in dem einfach mechanischen Reiz, den dieselben auf die Scheidenschleimhaut ausüben, so ist die schlimme Wirkung der dünnbügligen Pessare vor allem darin zu suchen, dass sie bei längerem Liegen und besonders bei stärkerer Spannung der Scheidenwände nach der Seite, also bei runder Form, in die Scheidenwände einschneiden und schliesslich vollständig umwuchert werden können. Hierdurch entstehen tiefe Verletzungen des Bindegewebes und eventuell Perforationen in die Blase. Wir sahen in der Klinik im letzten Sommer einen solchen Fall bei einer älteren Frau, welche allerdings 10 Jahre lang einen solchen harten Ring dauernd in der Scheide getragen hatte. Derselbe war fast ringsherum in die Scheide eingewachsen und hatte nach vorne ein 2—3 Querfinger grosses Loch in Blase gescheuert.

Dass die technische Entfernung derartiger, oft fast ringsherum von der Schleimhaut überwachsener Ringe zuweilen gleichfalls eine recht schwierige Aufgabe sein kann, soll nur nebenbei erwähnt sein.

In dieser Beziehung sind gewisse Zelluloidringe, so gut das Material an sich ist, recht bedenklich, eben weil sie zu dünn sind. Wir haben aber auch durch die Einwirkung eines Schultzeschen Pessars, das wahrscheinlich aus einem dünnen Kupferdrahtkautschukring gebogen war, eine Verletzung gesehen, wie ich sie bis dahin noch niemals beobachtet hatte.

Es war hier augenscheinlich durch die Kreuzungsstelle der Bügel die Vaginalportion vollkommen stranguliert, das vordere Scheidengewölbe vollkommen durchtrennt und die Blase von der Zervix vollkommen abgelöst worden, wobei durch den Druck beiderseits die Ureteren und links auch noch an der entsprechenden Stelle die Blase eröffnet war. Die ganze vordere Wand der Zervix lag, vollkommen überhäutet, auf 3—4 cm Ausdehnung dem Auge frei. Ob hier zum Zustandekommen dieser äusserst verhängnisvollen und weitgehenden Verletzung noch irgend ein besonderer Umstand mit beigetragen hat, kann ich nicht sagen, da wir selbst das Pessar nicht entfernt haben. Die Heilung erfolgte durch eine Reihe von Operationen, durch welche zunächst die abgelöste Blase in ganzer Ausdehnung wieder auf die Zervixfläche aufgenäht wurde und zugleich nach der B a n d l - S c h e d e sehen Methode die linke Ureterenfistel geschlossen wurde. Nach einem weiteren misslungenen Versuch, die rechte Ureterenfistel durch direkte Einpflanzung des Ureter in die Blase zu heilen, wurde dann auch diese Fistel nach derselben Methode geschlossen und einige Wochen darauf der wieder kolossal hervorgetretene Vorfal durch eine weitgehende Plastik und Ventrifixur beseitigt. Die kürzlich (8 Monate nach der letzten Operation) vorgenommene Untersuchung zeigte einen fast vollkommen normalen Situs. Insbesondere auffällig war die völlige Rückbildung der fast auf Armdicke angeschwollenen und hypertrophischen Portio. Zystoskopisch sah man neben den beiden normalen Ureterenöffnungen die beiden neugebildeten regelmässig funktionieren.

In die Rubrik der absolut zu verwerfenden Pessare gehört nun weiter vor Allem das leider immer noch wieder gebrauchte Z w a n k - S c h i l l i n g s c h e Hysterophor. Es ist fast unbegreiflich, dass immer wieder auf dieses, wenn nicht geradezu mörderische, aber doch höchst verhängnisvolle Instrument von seiten mancher Aerzte zurückgegriffen wird. Wir haben im Laufe der Jahre eine solche Fülle der greulichsten Folgezustände davon gesehen: tiefgehende Zerstörungen des Beckenbindegewebes, Blasen fisteln und im letzten Jahre sogar eine hohe linksseitige Ureterenfistel, dass vor dem Gebrauch dieses Instrumentes nicht genug gewarnt werden kann.

Der Vorteil dieser Hysterophore soll ja allerdings gerade darin bestehen, dass sie von den Frauen selbst am Abend durch Zusammenschrauben der Flügel herausgenommen werden können. Aber dies geschieht erfahrungsgemäss nicht; die Folge davon ist, dass die Flügel mit der Zeit tief in das Bindegewebe eindringen und nun, nachdem die Schrauben verrostet sind, sich überhaupt nicht mehr zusammenbringen lassen.

Wir haben in solchen Fällen mehrfach mit Hilfe von scharfen Zangen und ziemlich mühsam die metallenen Teile zertrümmern müssen, um die Bügel aus den tiefen seitlichen Löchern, die sie sich gebohrt hatten, überhaupt entfernen zu können.

Ich rekapituliere also: fort in erster Linie mit dem Zwank-Schilling! fort mit allen Weichgummipessaren und mit allen dünnbügligen Pessaren!

Gehe ich nun zum positiven Teil meiner Auseinandersetzungen über, so hätten wir hier in erster Linie prinzipiell auseinander zu halten die einfachen Retroflexionspessare und die bei Erschlaffungszuständen der Scheide und des Beckenbodens und Bindegewebes anzuwendenden Pessare.

Für die Zustände der ersteren Art, soweit sie überhaupt einer orthopädischen Behandlung bedürfen und derselben zugänglich sind (das Letztere sind sie durchaus nicht alle), eignet sich meiner Meinung nach immer noch am besten das alte Hodgepessar in seiner bekannten Form und für gewisse Fälle (besonders von stärkerer Erschlaffung des hinteren Scheidengewölbes) seine Abart: das Thomaspessar. Ich habe, um das Herunterragen des vorderen Bügels des Hodgepessars bis in den Introitus zu vermeiden, vielfach auch das Wiegenpessar mit mehr oder weniger starker Aufbiegung des vorderen Bügels in solchen Fällen angewandt und finde, dass es besonders auch bei mässiger Erschlaffung der vorderen Scheidenwand recht gute Dienste leisten kann. Aber es verschiebt sich leicht in der Scheide, liegt dann vollkommen quer vor der Portio oder dreht sich wohl auch völlig um und verfehlt somit ganz seinen Zweck.

Sollen diese Retroflexionspessare gut liegen und wirksam sein, so muss allerdings der Scheidenschlussapparat bzw. der Beckenboden noch einigermaßen normal funktionieren. Ist das nicht mehr der Fall, oder handelt es sich um stärkere Erschlaffungen der Scheidenwände, der Vulva und der Ligamente des Uterus mit Deszensus und Retroversio des letzteren, so bedarf es massigerer Pessare, um die Teile genügend zu fixieren. Ich finde für diese Zwecke die sogen. exzentrischen Pessare mit einem dünnen hinteren und einem voluminösen vorderen Bügel sehr brauchbar, wenn sie auch ursprünglich zu einem ganz anderen Zweck angegeben sind. Liegt der Uterus einigermaßen normal, so ist im hinteren Scheidengewölbe nicht viel Raum für einen dicken Bügel, und ich habe immer gefunden, dass die massigen, gleichmässig runden Hartgummiringe wenig gut auf die Dauer liegen und bei der Defäkation sich sehr leicht verschieben und dann herausfallen, während bei diesen exzentrischen Pessaren der dünne Bügel im hinteren Scheidengewölbe gut Platz findet, während gerade die vordere erschlaffte Scheidenwand durch den dicken Bügel gut getragen und zurückgehalten wird. Für ähnliche Zustände von stärkeren Erschlaffungen und mässigen Vorfällen finde ich auch von vortrefflicher Wirkung die sog. Schalen- oder Siebpessare, wie sie seinerzeit von Schatz und Prochownik angegeben sind. Sie haben einerseits den Vorteil, dass sie wenig voluminös sind, deswegen unter Umständen die Trägerinnen wenig stören und doch auf ihrer breiten Fläche die erschlaffte vordere Scheidenwand sehr gut und vollkommen und jedenfalls sich viel besser tragen, wie die einfachen runden Hartgummiringe. Auch in solchen Fällen, wo geringere entzündliche Prozesse im Douglas sind, bei denen infolge des Druckes des hinteren Bügels das Tragen anderer, besonders länglicher Pessare oft ganz unmöglich wird, werden diese flachen Schalenpessare noch ganz gut vertragen. Sie haben freilich neben den grossen Vorteilen, die sie mir zu bieten scheinen, auch einen Nachteil. Die Scheidenschleimhaut liegt der inneren Fläche der Pessare in relativ grosser Ausdehnung und oft unter starkem Druck auf. Sie presst sich gleichsam in die siebartigen Öffnungen hinein, und falls dieselben, ebenso wie die äusseren Ränder des Pessars, nicht gut abgerundet, sondern scharf und besonders auch etwas gross sind, so kann das wohl zu kleinen Läsionen führen. Auch wird durch das flache Anliegen an der Scheidenwand die Fortspülung der stagnierenden Sekrete bei den regelmässig zu machenden Scheidenspülungen nicht ausgiebig besorgt, so dass sich leicht hier auf der Innenfläche, wenn das Pessar einige Monate gelegen hat, eine relativ reichliche Masse von eingedicktem Sekret, abgestossenen Epithelien etc. findet. Doch lassen sich diese kleinen Unzutrag-

lichkeiten durch eine geeignete Beaufsichtigung wohl ganz vermeiden oder auf ein geringes Mass zurückführen.

Es bleiben nun noch diejenigen Pessare zu besprechen, welche bei grösseren Vorfällen mit weitgehender Erschlaffung dann anzuwenden sind, wenn keines der genannten Pessare mehr hält und doch aus irgend einem Grund nicht operativ vorgegangen werden kann, während, wie schon vorher gesagt, die an äusseren Bandagen angebrachten Hysterophore prinzipiell zu verwerfen sind. Für diese Fälle bevorzuge ich und habe es seit vielen Jahren als sehr brauchbar erprobt das sog. Loehleinpessar, welches von Loehlein seinerzeit nach Analogie der alten Martinschen Pessare aus Hartgummi konstruiert wurde. Dies Pessar verfolgt bekanntlich den Zweck, auch grössere Vorfälle dadurch zurückzuhalten, dass durch einen runden, an dem sehr massiven Ring angebrachten starren Bügel das Herumwerfen und das dadurch ermöglichte Herausfallen der Ringe verhindert werden soll. Die einzige, allerdings nicht zu leugnende Unannehmlichkeit beim Einführen und beim Herausnehmen dieser Pessare ist durch den festen unteren Bügel gegeben. Dieser Umstand hat bekanntlich Menge veranlasst, unter Festhalten des Prinzips das Pessar so zu modifizieren, dass an Stelle dieses festen Bügels eine Art Keule unten angebracht wurde, welche erst nach dem Einlegen des Ringes eingefügt und durch eine Art Bajonettverschluss befestigt wird und vor der Entfernung des Ringes wieder entfernt werden soll. Persönlich habe ich über die Anwendung dieser Pessare keine Erfahrung. An den Gebrauch des Loehleinpessars gewöhnt und mit demselben zufrieden, habe ich dieses vorläufig weiter verwendet. Prinzipiell möchte ich glauben, dass alle derartigen metallenen Charniere, sobald sie längere Zeit den Einflüssen der Scheidensekrete ausgesetzt sind, recht bald rostig werden und nicht mehr funktionieren<sup>1)</sup>, wengleich die Erleichterung beim Einführen und Herausnehmen nicht verkannt werden soll. Diese Loehleinpessare haben mir, wie früher übrigens auch die alten Martinschen Pessare in vielen Fällen vortreffliche Dienste geleistet, wo alle übrigen Pessare versagten.

Wenn ich nun nach dem Gesagten durchaus nur für die Verwendung von hartem Material mit absolut glatten Flächen eintrat, so soll die etwas grössere Schwierigkeit in der Handhabung desselben gewiss nicht verkannt werden. Das Einführen und Herausnehmen ist nicht immer ganz einfach und schmerzlos; aber diese Schwierigkeiten lassen sich durch Vorsicht und grössere Uebung überwinden. Die Hartgummipessare haben aber auch den grossen Vorteil, dass sie nicht so oft gewechselt zu werden brauchen. Ich teile hierin durchaus die gelegentlich von Fritsch ausgesprochene Ansicht, dass bei gutem Liegen des Pessars, von dem man sich freilich durch eine mehrtägige Beobachtung überzeugt haben muss, und bei einiger Reinlichkeit seitens der Trägerinnen eine häufige Kontrolle und ein häufiger Wechsel nicht notwendig sind. Diese sind für die Trägerinnen ja auch äusserst lästig, bei der Verwendung von Weichgummi freilich unerlässlich. Auf der anderen Seite aber muss betont werden, dass alle 4 bis 6 Monate doch eine Kontrolle stattfinden muss; denn die individuelle Reizbarkeit der Scheide solchen Fremdkörpern gegenüber ist doch äusserst verschieden. Und bei allen Pessaren, bei welchen die Schleimhaut, wie z. B. bei den Siebessaren, aber auch bei den Loehleinpesaren in grösserer Ausdehnung und fest dem Pessar anliegt, kommt es doch manchmal schon nach einigen Monaten zum Wundsein und zu stärkeren Reizungen. Jedenfalls muss man sich in der ersten Zeit durch eine etwas häufiger ausgeführte Kontrolle davon überzeugen, dass keine solchen üblen Folgen sich einstellen. Auch können unvermutet die Pessare sich einmal verschoben haben und dadurch relativ bedenklich werden. So sahen wir vor einigen Jahren einen Fall, in dem ein Loehleinpessar sich vollständig umgedreht hatte, mit dem Bügel nach oben, so dass dieser Bügel in der Art eines Ohrringes in die vordere Muttermundlippe eingewachsen war. Ein andermal sah ich von einem umgekehrt, d. h. mit dem dicken Bügel nach unten, mit dem schmalen spitzen Bügel nach oben im hinteren

Scheidengewölbe liegenden Thomaspessar eine Perforation des Douglas, infolge deren dieser spitze Bügel hinten eingedrungen und von der Scheidenschleimhaut umwachsen war. Nach Durchtrennung dieser Schleimhautbrücke und Entfernung des Pessars bestand hier tatsächlich eine Verbindung nach dem Cavum Douglasii. Auch hat manchmal die Scheide bei älteren Frauen eine sehr merkwürdige Neigung unter einem eingelegten Fremdkörper sich derartig zu verengen, auch ohne dass eine wirkliche Verwundung der Scheide stattgefunden oder ein Dekubitalgeschwür sich gebildet gehabt hätte, dass es unmöglich sein kann, die vor nicht langer Zeit ohne besondere Schwierigkeiten eingelegten Pessare wieder zu entfernen. So sahen wir z. B. bei einem Loehleinpessar, das 2 Jahre gelegen hatte, eine derartige Striktur um den unteren Bügel herum, dass es auch in Narkose erst nach der Durchtrennung des Pessars mit der Giglischen Drahtsäge entfernt werden konnte. Und kürzlich erst sahen wir in ähnlicher Weise bei einem siebartigen, nach Art der Martinschen Pessare mit einem daumendicken Hartgummistiel nach Art einer Tulpe gebildeten Pessar eine solche Verengung der Scheide um diesen Stiel, dass es erst nach mehrfachen tiefen Einschnitten in diesen strikturierenden Ring und in Narkose möglich war, das Instrument zu entfernen. Die über diesen Strikturen befindliche Schleimhaut war dabei vollkommen normal. Dasselbe sahen wir noch kürzlich wieder bei einem Schalenpessar, das vor 1½ Jahren wegen eines mässigen Deszensus der vorderen Scheidenwand bei einer Patientin eingelegt war, welche vor 5 Jahren wegen Vorfalles operiert war. Bei der absoluten Unmöglichkeit, das Pessar zu entfernen, musste es sehr mühsam mit Hilfe der Giglischen Säge verkleinert werden. Dieser Schrumpfungsvorgang in der Scheide kann unter Umständen bereits sehr schnell eintreten, so dass man nach einigen Monaten schon Schwierigkeiten haben kann, die ohne besondere Mühe eingelegten Pessare wieder herauszunehmen. Es erweist sich im übrigen dieser Prozess als eine Art von Heilungsvorgang, insofern man mit der Zeit mit immer kleineren Pessaren auskommt.

Als selbstverständlich betrachte ich es, dass, so lange ein Pessar überhaupt in der Scheide liegt, reinigende Ausspülungen mit Salzwasser, Sodalösungen oder schwachen Desinfizientien gemacht werden, um den stagnierenden Schleim mit den abgestossenen Epithelien etc. zu entfernen. Für nicht notwendig würde ich allerdings tägliche Ausspülungen ansehen, wenigstens in sehr vielen Fällen. Denn diese täglichen Ausspülungen sind doch für viele Frauen überaus lästig und bei gutem Material tatsächlich nicht nötig. Wie oft sie gemacht werden sollen, muss von den Verhältnissen des Einzelfalles abhängig gemacht werden. Im allgemeinen darf man dabei wohl annehmen, dass die Verordnung doch nicht regelmässig ausgeführt wird.

Aus dem Gesagten geht wohl hervor, dass die Pessarbehandlung auch mit gutem Material, in vielen Fällen wenigstens, keine ganz gleichgültige Behandlungsmethode ist. Wir haben sie als ein notwendiges, kleineres oder grösseres Uebel anzusehen, welches aber für absehbare Zeit in der gynäkologischen Therapie noch nicht wird entbehrt werden können. Den Trägerinnen der Pessare muss aber unter allen Umständen auf das Nachdrücklichste eingeschärft werden, dass eine Kontrolle von Zeit zu Zeit absolut notwendig ist, wenn sie sich nicht den schlimmsten Folgen aussetzen wollen.

Aus der medizinischen Universitätsklinik Bonn (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Schultze).

### Das neutrophile Blutbild beim natürlich und beim künstlich ernährten Säugling.\*)

Von Privatdozent Dr. Esser, Assistenzarzt an der Klinik.

Die sogen. multinukleären oder polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten bilden beim Menschen das Gros sämtlicher weisser Blutkörperchen. Im Verhältnis zu den anderen weissen Blutzellen sind sie unter normalen Umständen in einer Menge von durchschnittlich 70 Proz. vorhanden und nur im Säuglingsalter und darüber hinaus bis etwa zum 3. oder 4.

<sup>1)</sup> Dies trifft nach den in der Diskussion gemachten Bemerkungen von Herrn Menge allerdings nicht zu.

\* ) Nach einem am 21. V. 06 in der „Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde“ gehaltenen Vortrag.