

Die Massage in der Gynäkologie.

Von

Dr. Emerich Berczeller,

Frauenarzt in Budapest.

Geschichtliches.

Strenge genommen sind es erst 3 Jahre, dass sich die Gynäkologen allgemeiner mit der Massage der weiblichen Sexualorgane befassen. Es erschienen zwar auch früher vereinzelte Mitteilungen über dieses Thema, sie konnten aber nicht das Interesse der beteiligten Kreise bleibend fesseln. Da kam 1887 Profanters Brochüre „Die Massage in der Gynäkologie“ mit einem Vorworte Schulzes, das wirkte, seit jener Zeit erhielt sie sich an der Oberfläche und nebenbei auch so ziemlich im Vordergrund.

Die Geschichte der Anwendung der Massage in der Gynäkologie ist eigentlich nur eine Schilderung der Wirksamkeit des Begründers der Methode, des schwedischen Majors Thure Brandt und seiner Schüler. Diese Geschichte ist sehr interessant und lehrreich.

Es fällt jedem auf, dass gerade ein Laie und dazu ein Soldat diese Behandlungsmethode begründete. Das wird verständlich, wenn man erfährt, dass Brandt einer jener Offiziere ist, die jährlich ins Stockholmer gymnastische Centralinstitut kommandiert werden, sich hier ausbilden und dann als Masseure und Gymnasten im In- und Auslande verteilt wirken. Die Schüler genießen da auch anatomischen und physiologischen Unterricht und befassen sich mit der Behandlung der verschiedensten Krankheiten. Brandt stand also der ärztlichen Wissenschaft nicht ganz fremd gegenüber, als er seine Wirksamkeit begann. Er absolvierte das genannte Institut

im Jahre 1842, im Alter von 23 Jahren, und massierte wie seine Kollegen bis zum Jahre 1861, als ein wichtiges Ereignis seiner Wirksamkeit eine ganz besondere Richtung gab. Es geschah da, dass ein Soldat mit Prolapsus ani ihn aufsuchte, den er in einer Sitzung durch Hebung des *S. romanum* heilte. Das erregte in ihm die Idee, ob nicht Prolapsus uteri ebenso durch Hebung der Gebärmutter behandelt werden könnte? Er versuchte es in zwei Fällen, es gelang in der kürzesten Zeit, in 2—3 Wochen. Diese Erfolge drängten ihn ganz auf die Gynäkologie. Die Frauen erfuhren davon, suchten ihn massenhaft auf, so dass ihm bald keine Zeit blieb für die Behandlung anderer als gynäkologischer Leiden. Mit der Zeit vervollkommnete er seine anatomischen und gynäkologischen Kenntnisse, er erwarb eine nicht gewöhnliche Uebung in gynäkologischen Untersuchungen, und heute hat er eine solche Praxis, dass ihn täglich circa 40 Patientinnen aufsuchen und von ihm massiert werden, gewiss ein grossartiger Erfolg. Jetzt hat er seinen Wirkungskreis bedeutend erweitert. Er begann mit der Behandlung von Descensus und Prolapsus uteri; behandelt aber jetzt auch Retroflexionen; Entzündungen und deren Produkte; Metritiden und deren Folgeerscheinungen (Fluor, Haemorrhagien); Amenorrhöe und Dysmenorrhöe; Haematocelen, Incontinentia urinae; Enuresis nocturna; ja selbst bei Myomen kann es seiner Meinung nach mit Erfolg versucht werden, um intramurale Knoten in die Höhle des Uterus zu bringen. Mit einem Worte, er empfiehlt seine Methode für den grössten Teil der gynäkologischen Erkrankungen.

Brandt hat zwar schon vor 20 Jahren Mitteilungen über seine Methode gemacht, auch wurde sein Buch ins Englische und Französische übersetzt, doch wie schon erwähnt, erst die Mitteilung Profaners lenkte dauernd die Aufmerksamkeit auf dieses Gebiet, wozu Schulzes Vorwort nicht wenig beitrug. Von dieser Zeit an folgen die Mitteilungen in Sturmschritt nacheinander. Brandt wurde bald von vielen Aerzten aufgesucht. Es gingen einige Professoren hin, wohlbekannte Gynäkologen, aber auch viele Streber, die von der neuen Methode die Lorbeeren erhofften, die zu erwerben die starke Konkurrenz jetzt so schwer macht. Kaum war man zurückgekehrt, versuchte man es, man hatte Erfolg und publizierte. Man musste Erfolg haben, denn die andern hatten ihn auch. Als bald kamen Autodidakten, die nicht bei Brandt waren, die nur nach der Beschreibung die Methode ausführten, auch sie hatten Erfolg. Es schien aus den Mitteilungen, dass Prolapsusoperationen und Pessarien bald nur antiquierte Begriffe sein werden.

Es charakterisiert die Situation, dass ein Autor, Dr. Fellner in „Klinische Zeit- und Streitfragen Bd. III, Nr. 4, 1889“ über die Methode sehr ausführliche Mitteilungen machte, bloss auf Grund von zwei Fällen, die er zwar nicht geheilt hat, aber zu heilen hofft. Um dann dem ganzen Spuk die Krone aufzusetzen, wurde von Badeärzten auch inseriert, dass man die Frauen nach dieser Methode behandle. Alle Mitteilungen stimmten darin überein, dass der Erfolg der Behandlung nach dieser Methode ein glänzender sei und Brandt wurde als Begründer derselben ganz enthusiastisch gefeiert. Nebenbei kamen die schwedischen Aerzte sehr schlecht weg, denn diese Herren sind gar nicht geneigt, in diesen Enthusiasmus einzustimmen, geben vielmehr ganz unverhohlen der Meinung Ausdruck, dass an der Sache nichts ist und erklären die ganze Methode für wertlos. — Es ist ein sehr sonderbares Moment in dieser Angelegenheit, dass die Schweden diesen Mann verkannt haben sollen und noch verkennen und ein Deutscher kommen musste, ihn zu entdecken. 25 Jahre arbeitete er unverdrossen und sie anerkannten ihn nicht, jetzt wird er überall genannt, gefeiert, doch zu Hause nur so wenig geschätzt wie früher. Wäre der Mann nur ein Schwindler, der die Frauen masturbiert, wie die schwedischen Aerzte zu meinen schienen? Wer ihn kennen gelernt hat, wird das aufs entschiedenste verneinen. Er ist ein solch vornehmer Charakter, dass man ihm Betrug nicht zumuten kann. Ja, aber das so oft auf ihn angewendete „Nemo propheta in patria“ genügt nicht zur Erklärung der Tatsache, dass er in den Augen der schwedischen Aerzte als gewöhnlicher Kurpfuscher dasteht. Denn Neuerungen dringen zwar schwer durch, aber nicht solche, die durch greifbare Beweise gestützt werden können und nicht die Menge, sondern nur wenige und zwar Sachverständige zu überzeugen haben. Kann man Prolapse, Retroflexionen etc. so erfolgreich behandeln, wie es da den Anschein hat, dann ist es ja ein Kinderspiel, den Beweis zu erbringen, so überzeugend, dass jeder Zweifel verschwinden muss. Es muss sich da jedem die Frage aufdrängen, wie denn die Menge der Resultate, die er durch 25 Jahre haben musste, seine Landsleute nicht überzeugen konnte? Auf Profanters Anregung ging Brandt zu Schultze in Jena, arbeitete da einige Monate und erwarb auch seine Anerkennung. Mancher Saulus wurde da zum Paulus, z. B. Reibmayr, der in seinem Werke „Die Massage und ihre Verwertung in den verschiedenen Disciplinen der praktischen Medizin, 1887“ sich sehr abfällig über Brandt ausspricht, in seiner neuesten Publikation aber „Die Unterleibsmassage, 1889“ sich dahin äussert: „Wir selbst fühlen

uns verpflichtet, manche irrige Ansicht über die Brandt'sche Methode, wie wir sie in frühern Auflagen der ‚Massage und ihre Verwertung‘ und der ‚Technik der Massage‘ ausgesprochen haben, hier zu korrigieren“. Doch bei den schwedischen Aerzten verursachte all das keinen Umschwung ihrer Auffassung, so dass man auf die Vermutung kommen muss, die Methode sei wirklich nicht das, was ihre Anhänger von ihr behaupten, oder die schwedischen Aerzte sind mit Blindheit geschlagen, denn, dass sie sich absichtlich der Wahrheit verschliessen, kann man doch wohl nicht annehmen. Diese Opposition der schwedischen Aerzte ist nicht ganz kritiklos. Im Jahre 1875 hat die Aerztegesellschaft in Stockholm auf Grund eines Kommissionsberichtes die Behandlungsweise besprochen und allgemein verurteilt, ja einer der Teilnehmer verstieg sich zum Ausspruche, dass „nach dem Gehörten kann er von Brandt nicht mit Hochachtung sprechen“. Die Aerztegesellschaft in Christiania kam zum selben Resultate. Seit dieser Zeit wird Brandt zu Hause nicht ernst genommen, was durch die Thatsache am besten charakterisiert ist, dass seit 10 Jahren ein einziger schwedischer Arzt ihn aufsuchte, das war im Herbste 1888, dagegen sehr viele Ausländer, und dass ein Arzt in Stockholm mich ausdrücklich ersuchte, seiner keine Erwähnung zu thun in einer etwaigen Mitteilung, obwohl er an der Behandlung der Patienten teilnahm.

Das ist das richtige, wahrlich nicht zu grell gemalte Bild der Brandtschen Methode, wie es sich einerseits aus den litterarischen Erscheinungen der letzten Jahre darstellt, und wie es in Wirklichkeit im Vaterlande der Methode besteht. Ich glaube, dass es sich sehr wohl lohnt, der Frage von dieser Seite nahe zu treten und zu untersuchen: was denn die Wahrheit sei? Das zu thun, ist der Zweck vorliegender Arbeit. Ich werde die Methode in allen Teilen besprechen, auf Grund eigener Erfahrung eine möglichst sachliche Kritik ihres Wertes geben und zum Schluss das Verhalten der schwedischen Aerzte zu erklären suchen.

Einleitung.

Die Thure Brandtsche Methode der Behandlung gynäkologischer Erkrankungen besteht aus zwei gleichwertigen Teilen: a) die lokale Behandlung der Genitalien durch Massage und gewisse derselben ähnliche Manipulationen; b) die Gymnastik, welche berufen ist, ebenso auf das Lokalleiden als auf das Allgemeinbefinden zu wirken. Jeder Teil allein geübt, gibt nur unvollständigen Erfolg,

beide müssen vereint angewendet werden, will man sein Ziel, die Frau gesund zu machen, erreichen. Die lokale Behandlung teilt sich in folgende Abteilungen:

- I. Behandlung des Descensus und Prolapsus uteri;
- II. Behandlung der Retroflexio uteri;
- III. Die Massage der Genitalien und ihrer Umgebung, d. i. die Behandlung der Metritis, Exsudate etc.
- IV. Dehnung und Lösung von Fixationen.

Ich muss wiederholt betonen, dass die Massage nur ein Teil des Systems ist, deshalb spreche ich nur in speciellen Fällen von gynäkologischer Massage, sonst aber von „Brandts Methode“. Der Ausdruck schützt vor Begriffsverwirrung. Unter Massage ist man gewöhnt, ganz gewisse Manipulationen zu verstehen, die nicht immer mit den von Brandt angewendeten identisch sind, denn z. B. jedem scheint es rationell Prolapsus durch Uterushebung zu heilen, aber gibt man an, durch Massage der Genitalien das zu thun, so wird es jedem unverständlich und von vornherein unglaublich sein. Das zu bemerken, hielt ich für notwendig zur Klärung der Begriffe.

Erster Teil.

Die lokale Behandlung der Genitalien.

I. Behandlung des Descensus und Prolapsus uteri.

Die Behandlung des Descensus und Prolapsus ist ganz gleich. Ich werde nur von Prolapsus sprechen, was da gesagt wird, das gilt von beiden.

Die Behandlung besteht aus 3 Teilen: a) Uterushebungen (lyftning); b) Knieteilung, indem das Kreuzbein gehoben wird; c) Kreuzbeinklopfung. Diese sind die speciellen für diese Leiden angegebenen Manipulationen, die hier eingehend besprochen werden. Ausser diesen gehören hierher gewisse gymnastische Uebungen, welche dann im zweiten Teile im Zusammenhang mit den übrigen abgehandelt werden.

a) Uterushebung (lyftning).

Zur Ausführung sind zwei Personen nötig: eine, welche die Hebung macht und eine zweite, welche von der Vagina aus die Be-

wegungen und die Lage des Uterus kontrolliert und die Hebungen unterstützt. Die Patientin liegt auf einem kurzen Sofa (Fig. 59), die Beine angezogen, den Kopf auf die Brust gebeugt. (Sie braucht ihre Kleider nur zu öffnen, nicht abzulegen, so wie die Figur zeigt. Bei Brandt wird die Patientin nie entblösst. In den Figuren ist die Patientin ohne Kleider, um die Verhältnisse anschaulicher zu machen.) Brandt nennt diese Lage Krock halfliggand, d. h. hock halbliegend. Die Beschreibung und Benennung der Lage trug nicht wenig bei zur Unverständlichmachung der ganzen Sache, durch die Figur wird es aber klar, dass die Lage so ist, wie man auf einem kurzen Sofa eben liegen kann. Der untersuchende Arzt setzt sich an die linke Seite der Patientin (Fig. 60), führt die linke Hand

Fig. 59.



unter dem Schenkel (also nicht wie bei gewöhnlichen Untersuchungen zwischen den Schenkeln) der Frau an die Geschlechtsteile, schiebt den Zeigefinger in die Vagina und legt die übrigen 3 ausgestreckt auf die Nates. Deshalb ausgestreckt und nicht eingeschlagen, weil so die Knöchel Schmerzen verursachen könnten. Der linke Ellbogen wird auf den eigenen linken Schenkel gestützt, mit welchem der linke Fuss der Patientin niedergehalten wird. So macht es Brandt. Man kann aber auch mit 2 Fingern untersuchen und muss auch im übrigen nicht sehr skrupulös folgen, denn das Wesen der Sache ist nur die Lage der Patientin. Die rechte Hand des Untersuchenden wird auf den Bauch aufgelegt, macht einige oberflächliche sanfte Streichungen in grösseren Kreisen, deren Zweck es ist, die Bauchmuskeln zu erschlaffen, um den Inhalt des Bauches gut betasten zu können. Es ist eine allgemeine Regel dieser Methode, immer sanft beginnen, um das Vertrauen der Patientin zu gewinnen und sie an diese Manipulationen zu gewöhnen. Verfährt man im

Beginne zu ungestüm, dann strengt die Frau die Bauchpresse an, und hat sie sich an das gewöhnt, wird es lange dauern, bis sie wieder davon lässt. Man begnüge sich eher vorderhand erfolglos zu arbeiten, als durch unrichtiges Verfahren den ganzen Effekt in Frage zu stellen. Der Zweck des Untersuchenden ist: 1) den Uterus in Anteflexion zu bringen; 2) durch die aufgelegte Hand dem Gehilfen, der die Hebung ausführt, anzuzeigen, wo er die Hände ansetzen muss; 3) aus der Bauchwand durch Abwärtsschieben der-

Fig. 60.



selben nahe an der Symphyse eine Falte zu bilden, um das Eindringen in die Tiefe möglich zu machen. Das alles wird auf folgende Weise ausgeführt: man bringt den Uterus in Anteflexionsstellung, legt die Hand in Nabelhöhe auf den Bauch, mit den Fingerspitzen gegen die Symphyse, schiebt die Hand abwärts, bis man den Fundus fühlt, und lässt sie da ruhig liegen (Fig. 61). Nachdem der Uterus in Anteflexion gebracht und die erwähnte Falte gebildet ist, wird die Hebung ausgeführt. Der Hebende, ein Arzt oder Wärterin, stellt sich an das Fussende des Sofas, kniet mit dem linken Knie darauf (Fig. 62), und setzt das rechte Bein vor das linke des sitzenden Arztes, damit er an diesem bei der Erhebung des Körpers eine Stütze finde.

Zwischen beiden Schenkeln hat er dann die Füße der Patientin. (Bei Brandt macht ein Mädchen die Hebung, die kniet aufs Sofa zwischen den Schenkeln der Patientin, was von seiten eines Mannes anstössig sein könnte.) Nun schiebt man mit den auf die Knie gelegten Händen die Beine der Frau an den Körper (Fig. 63), so dass die Oberschenkel beinahe den Unterleib berühren. Diese Position der Frau macht man, wie erwähnt, mit den auf die Knie gelegten Händen und sichert dieselbe durch den stark vorgebeugten

Fig. 61.



Oberkörper, welcher sich auf die Unterschenkel der Frau stützt. In dieser stark vornübergebeugten Haltung werden nun die Hände mit gestreckten Armen flach an den Unterleib gelegt, dorthin wo die Hand des Untersuchenden sich befindet. Es ist wichtig, dass der Körper stark vornübergebeugt, die Arme gestreckt seien und die Hände flach auf den Bauch zu liegen kommen, wie Fig. 64 zeigt. In dieser selben gestreckten Haltung werden nämlich die Hände nach Möglichkeit, tief an der hinteren Fläche der vordern Beckenwand in das Becken geschoben. Hält der Untersuchende die Hand richtig am Fundus, dann müssen die Hände des Hebenden vor dem

Uterus zu liegen kommen, und wird der Arm so gestreckt und supiniert in die Tiefe des Beckens geschoben, wie angegeben, dann kann man die Finger des Untersuchenden fühlen. Ist man so tief als möglich gelangt, werden dort die Spitzen der Finger nach vorne gekrümmt, oder man wird die Fingerspitzen der gestreckten Hand an das Kreuzbein drücken, wodurch der Uterus samt den Adnexen an das Kreuzbein gedrückt wird. Wenn dann die Hände an dem

Fig. 62.



Kreuzbeine in die Höhe geschoben werden, geht der Genitaltraktus mit, sofern er richtig gefasst, d. h. an das Kreuzbein angedrückt ist. Während der Uterus von aussen gehoben wird, muss der Finger des Untersuchenden die Portio zurückhalten, indem er auf die vordere Fläche derselben den Finger ansetzt. — Der Uterus kann so bis zum Nabel gehoben werden und soll auch jedesmal so weit in die Höhe gebracht werden, als es möglich ist. Wird der Uterus richtig gefasst und gut gehoben, dann kann man oft beobachten, dass durch die eindringende Luft die Vagina ballonartig gedehnt wird, wie bei

Einführung eines Simsschen Spekulum. Die Vorsichtsmassregeln bei Hebung des Uterus sind folgende: Nur in Anteflexion kann der Uterus richtig gehoben werden, wenn er eine fehlerhafte Lage hat, muss sie früher jedesmal korrigiert werden. Man begnüge sich im Beginne mit weniger Erfolg, und hüte sich vor Kraftanwendung. Die ersten 3—4 Tage dienen gewöhnlich nur zur Eintübung der

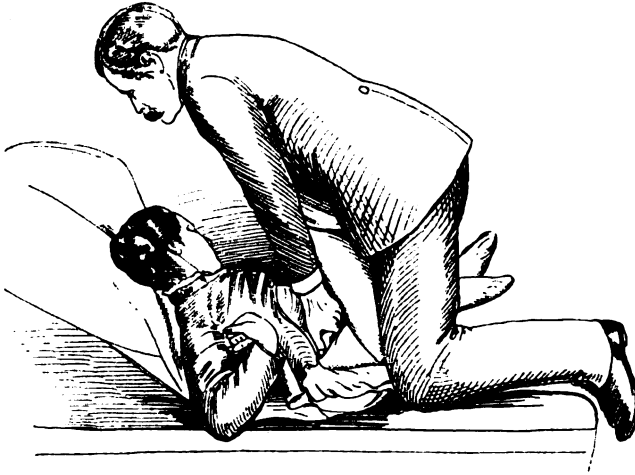
Fig. 68.



Patienten, der Erfolg kann erst später kommen. Der Untersuchende lege die äussere, also rechte Hand so auf den Fundus, dass der Hebende mit seinen Händen zwischen diesen und Symphyse komme. Legt er diese Hand mehr auf die hintere Fläche, dann wird der andere, statt zu heben, den Uterus in das Becken hineindrücken. Der Hebende suche sozusagen sich in die Tiefe des Beckens hineinzutasten, ohne Kraft anzuwenden. Er halte sich immer an die hintere Fläche der Symphyse und trachte so tief als

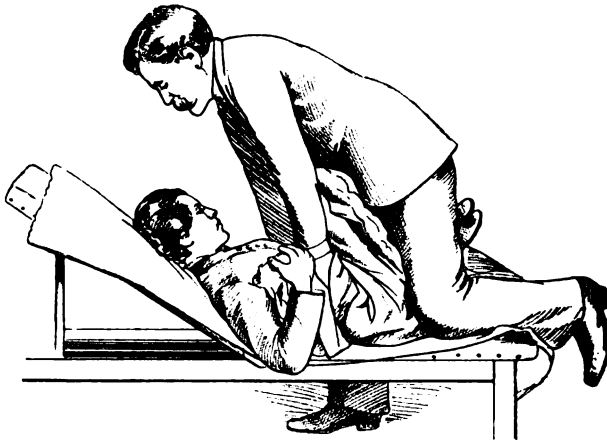
möglich zu kommen, was nur dann möglich sein wird, wenn die Bauchfalte in der Gegend des Fundus richtig gebildet ist. Kommt man nämlich nicht tief genug in das Becken, so fasst man den

Fig. 64.



Uterus zu hoch oder gar nicht. Zum selben Zwecke muss der Körper stark nach vorne gebeugt werden, schon damals, wenn man

Fig. 65.



beginnt, die Hände in die Tiefe zu schieben. Der Uterus darf nicht plötzlich losgelassen werden, sondern nur allmählich, sonst würde die Frau Schmerzen haben. Um das plötzliche Zurückfallen des Uterus

zu verhindern und auch seine Anteflexionsstellung zu sichern, hält der Untersuchende den Finger an der vorderen Fläche der Portio*).

b) Knieteilung, während das Kreuzbein gehoben wird.

Die Patientin hat dieselbe Lage wie bei der Hebung des Uterus. Sie muss das Kreuzbein in die Höhe heben, wobei sie sich auf die Ellbogen stützt. Der Rumpf bildet so eine nach dem Kopfe abfallende schiefe Ebene. Der Arzt sitzt an der Seite

Fig. 66.



der Patientin nahe am Fussende des Diwans, legt seine Hände an die innere Seite der Kniee (Fig. 60). Die Uebung besteht darin, dass die Patientin Widerstand leistet und die Schenkel vom Arzte auseinander gezogen werden, dann muss die Patientin unter Widerstand des Arztes die Schenkel wieder zusammenbringen. Es ist also eine Uebung der Adduktoren. Während dieser Uebung soll die Patientin regelmässig atmen und sich nicht überanstrengen, hauptsächlich den Atem nicht anhalten, denn so presst sie, was schaden könnte. Die Uebung wird 6mal gemacht.

*) Fig. 64 zeigt das Anlegen der Hände am entblössten Körper. Fig. 65 zeigt dasselbe, wenn die Patientin nicht gekleidet ist, so wie wir es bei der Behandlung machen.

c) Kreuzbeinklopfung.

Die Patientin stützt sich mit gestreckten Armen, die Hände in Schulterhöhe, gegen die Wand und nimmt mit dem Körper eine solche Stellung ein, dass derselbe eine schiefe Ebene bildet (Fig. 67). Der Arzt steht an ihrer linken Seite und klopft am Kreuzbein und die Lendengegend ungefähr in der Form eines mit den längeren Schenkeln nach abwärts gerichteten Trapezoids. Die angewendete

Fig. 67.



Kraft sei mässig. Die Haltung der Frau muss nach Brandt eine anstrengende sein, so wie sie hier angegeben ist. Ist sie nicht so und steht die Frau z. B. ganz gerade, dann kommt nicht ausschliesslich die Nervenreizung zur Wirkung, sondern auch eine verstärkte Blutzufuhr zu den Genitalien. Geschieht das kurz vor oder nach der Periode so könnte Blutung eintreten, wie das manchmal in Brandts Fällen vorgekommen sein soll.

d) Die Ausführung der Behandlung.

Die Reihenfolge dieser Manipulationen soll folgende sein:

- 1) Kreuzbeinklopfung ungefähr 1 Minute; 2) Uterushebung 3mal;

3) Pause von 10—15 Minuten, während welcher die Patientin ruhig liegen muss; 4) Uterushebung 3mal; 5) Knierteilung während das Kreuzbein gehoben wird; 6) Rumpfwechselfeldrehung (s. II. Teil); 7) Kreuzbeinklopfung 1 Minute.

Die Behandlung wird täglich gemacht, und nachdem sich die Patientin gewöhnt hat, auch 2mal täglich. Die beste Zeit ist vor dem Essen, oder 3—4 Stunden nach der Mahlzeit. Während der Dauer der Behandlung hütete sich die Patientin vor schweren Arbeiten, Treppensteigen. Der etwas unästhetische Rat, beim Stuhlgang den Finger von vorne in die Vagina zu führen, beim Urinieren von hinten, um so den Uterus zurückzuhalten, ist nicht gut durchführbar. Empfehlenswerter ist, dass die Frau auch täglich mehreremal mit einer geringen Menge kalten Wassers, ein Glas voll, Scheidenausspülung mache, das wirkt nach Brandt reizend. Ist Cystocele vorhanden, dann muss dieselbe mit „Schiebdrückung“ behandelt werden; das besteht darin, dass die vordere Scheidenwand mit dem Zeigefinger oder Daumen an der Symphyse unter sanftem Druck einigemal hinaufgeschoben wird. — Bei Rectocele wird Hebung des S. romanum angewandt (s. dass. II. Teil). — Eine wichtige Rolle haben bei Brandt die sogenannten Nervendrückungen. Bei Prolapsusbehandlung sollen in Anwendung kommen: Plexus hypogastricus- und Nervus pudendus-Drückung. Ersteres wird ausgeführt, indem der Arzt ungefähr in Nabelhöhe rechts und links 2—3mal auf die Wirbelsäule drückt; hierbei hat die Frau eine Schmerzempfindung, welche anzeigt, dass die richtige Stelle getroffen wurde. Zweck ist nach Brandt Nervenerregung. Die Plexus pudendus-Drückung hat zum Zwecke das Wollustgefühl zu beseitigen, welches die Massage möglicherweise hervorgebracht hat, sie besteht darin, dass rechts und links vom After auf die innere Seite der Tubera ischii 2—3mal gedrückt wird, das erregt auch Schmerz. Weitere kleinere Massregeln sind: man helfe der Patientin beim Aufstehen, damit die Bauchpresse nicht angestrengt werde, dann soll man, während die Frau aufsteht, den Daumen der linken Hand in die Vagina führen, die Portio hinauf und nach hinten drücken, um so eine Lageveränderung des Uterus zu verhüten. Anfangs verordnete er auch, die Frau möge zum Schlusse 10—15 Minuten auf dem Bauche liegen, jetzt ist er davon abgekommen, verlangt aber doch, dass die Frau sich eine halbe Stunde ruhig verhalte, d. h. sitze oder liege.

Die Dauer der Behandlung ist 2—4 Wochen. Dieselbe darf nicht ohne Uebergang abgebrochen werden, sondern wenn der Uterus

schon dauernd im Becken bleibt, die Beschwerden ganz geschwunden sind, dann macht man die Behandlung seltener, z. B. jeden zweiten Tag, dann nur zweimal die Woche, später nur einmal, dann hört man ganz auf. Im Beginne soll sich die Frau hüten, schwer zu arbeiten, sondern gewöhne sich allmählich wieder daran. Besonders zur Zeit der Periode hüte sie sich, da das Leiden dann sehr geneigt ist zu recidivieren. Deshalb ist es auch ratsam, die Behandlung immer bis zur nächsten Menstruation fortzusetzen. Wegen der Menstruation muss die Kur nicht unterbrochen werden, obwohl die Frauen während dieser Zeit grösstenteils nicht gerne behandelt werden.

Wie schon erwähnt, ist die Behandlung des Prolapsus und Descensus dieselbe, wird ja jeder Prolapsus, wenn er sich bessert, zum Descensus und dann kann der Uterus in normale Höhe kommen.

e) Meine Erfahrungen über die Brandtsche Behandlung des Prolapsus und Descensus.

Ich habe meine ersten Prolapsusbehandlungen in Stockholm gemacht, in Gemeinschaft mit Dr. Daniel Kernell aus Gothenburg. Er war zur selben Zeit bei Brandt als ich und es gelang ihm dort vom Docenten Dr. Westermarck 3 Fälle zur Behandlung überwiesen zu bekommen. Das war im Oktober 1888. Die eine Frau war 42 Jahre alt, totaler Prolapsus seit mehreren Jahren. Nach der vierten Behandlung blieb der Uterus im Becken, wir fanden ihn zwar am andern Tage immer etwas tiefer als normal, doch prolapiert war er vom 4. Tage bis zum Schlusse der Behandlung nicht mehr. Während der Menstruation fühlte sie Descensusbeschwerden, auch wenn sie Lasten hob, oder wenn die Behandlung nur einen Tag unterblieb. Im Mai 1889 erfuhr ich, dass sich die Frau noch immer gut befindet; untersucht wurde sie nicht.

Der zweite Fall war eine 28jährige Frau. Totaler Prolapsus. Nach der vierten Behandlung blieb der Uterus im Becken in nahezu normaler Höhe. Da bekam sie Darmkatarrh. Die Behandlung wurde fortgesetzt, doch erfolglos, da die Portio am folgenden Tage immer in der klaffenden Schamspalte sichtbar war. In diesem Falle war bemerkenswert, dass der stark vergrösserte Uterus während der Behandlung sich auffallend rasch verkleinerte und die Beschwerden vollkommen verschwunden sind, obwohl die Frau arbeitete und der Uterus so tief stand wie angegeben. Keine Heilung.

Der dritte Fall war eine stark herabgekommene Person von

28 Jahren. Sie wurde schwanger, als sie schon wegen ihres Descensus ein Pessarium trug. Nach der Geburt ward das Leiden schlimmer. Wir fanden Prolapsus totalis. Nach der ersten Behandlung war am folgenden Tage die Portio in normaler Höhe, Beschwerden verschwunden. Die Behandlung dauerte 27 Tage, der Uterus war kleiner, anteflektiert in normaler Höhe. Nachdem die Behandlung 6 Wochen hindurch unterbrochen ward, kam der Prolapsus zurück, ebenso wie vor der Behandlung. Die Behandlung wurde wieder aufgenommen, geduldig fortgesetzt, mit gutem Erfolge, doch nur während der Behandlung; sobald dieselbe aufhörte, kam das Leiden wieder.

In diesen 3 Fällen war keine Elongatio colli vorhanden, die Uteri waren grösser, doch nur infolge von Stauungshyperämie, welche während der Behandlung bald zurückging.

In Budapest habe ich 9 Fälle von Prolapsus uteri behandelt. 6 davon blieben nach kürzerer oder längerer Dauer der Behandlung weg, bevor ein Urteil zu fassen war, die 3 übrigen sind erfolglos behandelt worden.

Fall 4: 26 Jahre alte IIpara. Elongatio colli, Gesamtlänge des Uterus 13 cm. Nach zweiwöchentlicher Behandlung ist der Uterus im Becken geblieben. Da wurde die Kur unterbrochen, weil die Patientin Syphilis acquirierte. Nach 6 Wochen Prolapsus wie früher. Sie stand dann wieder 4 Monate in Behandlung, ganz erfolglos. Solange sie sich der Arbeit enthielt, wenig auf den Beinen war, befand sie sich gut, hob sie eine schwerere Last oder ging sie viel, war der Prolapsus bald wieder da.

Fall 5: Eine 72jährige Dame, Prolapsus seit 7 Jahren, erfolglos, nicht einmal Besserung.

Fall 6: Opara. Erfolglos. 3 Wochen stand sie in Behandlung; nach der Hebung war sie immer etwas besser, aber nach der kürzesten Zeit, 1—2 Stunden, war der Uterus wieder vorgefallen.

Von 12 Fällen haben sich 6 der Behandlung entzogen, bevor ich mir ein Urteil bilden konnte; von 6 ist eine geheilt, 4 sind während der Behandlung besser geworden, recidivierten aber bald; ein Fall ganz resultatlos. Descensus habe ich in 3 Fällen behandelt:

I. Fall: Ipara. Forceps: Ruptura perinaei, Naht, teilweise per primam geheilt, Fistula perinaeo-vaginalis. Mit der grössten Ausdauer von Seiten der Patientin wurde Wochenlang die Behandlung fortgesetzt und mit Erfolg. Doch als sie zu arbeiten begann, kamen die Beschwerden wieder.

II. Fall: Xpara, Descensus und Retractio ligamenti lati dextri.

Dollinger, Die Massage.

12

Neben dem Gefühl der Senkung Urinbeschwerden. Hebung des Uterus, Dehnung des verkürzten Ligamentum latum. — Vollständige Heilung in 14 Tagen, was die Beschwerden anbelangt, der Uterus kam aber nicht in normale Höhe.

III Fall: Resultatlos.

Ich war also mit meinen Behandlungen nicht sehr glücklich. Hätte ich in Stockholm nicht 3 erfolgreiche Fälle gehabt, ich würde es nicht gewagt haben, mit meinen Erfahrungen vor die Öffentlichkeit zu treten, denn ich hätte annehmen müssen, die Methode nicht gut erlernt zu haben, und es wäre jedem nahegelegen mir den Einwurf entgegen zu halten, dass ich es nicht verstehe. Nun aber steht der Fall so, dass ich in Stockholm als Anfänger mit den Patientinnen, an denen ich lernte, bessere Erfolge hatte, als mit den übrigen in Budapest behandelten. Dabei muss ich bemerken, dass wir zwei Anfänger diese Fälle vom Beginne an immer allein behandelten, ohne Brandts Rat oder Hilfe. Ich erwähne das, um schon hier darauf hinzuweisen, dass auf der Verschiedenheit der Fälle die Verschiedenheit des Erfolges beruht. Meine ersten 3 Fälle waren eben für die Behandlung passender als alle übrigen.

Auf dieses wichtige Moment, nämlich der Verschiedenheit der Fälle, komme ich am Schluss des nächsten Abschnittes noch zurück.

f) Die Wirkungsweise der Brandtschen Methode und Kritik derselben.

Ich habe bisher absichtlich nichts über die Wirkungsweise dieser Methode, wie Brandt sich dieselbe vorstellt, gesprochen. Ich habe mich bestrebt, das Technische der Methode möglichst klar darzustellen, damit es jeder nachmachen könne, und wollte durch theoretische Erörterungen den Zusammenhang nicht stören. Ich habe dann ganz sachlich meine Erfahrungen mitgeteilt, welche gewiss genug ungünstig sind, um mich vor dem Vorwurfe der Schönfärberei zu schützen. In Folgendem will ich eine Darstellung der Wirkungsweise geben und zu ergründen suchen, ob die Methode überhaupt solche günstige Erfolge geben kann, wie von vielen Seiten mitgeteilt wurde.

Von den Uterushebungen sagt Brandt, dass sie den erschlafften Ligamenten des Uterus die Elasticität wiedergeben. Die Erklärung nimmt also an, dass die Ursache des Prolapsus die Erschlaffung der Bänder sei, was doch ganz falsch ist. Die Ligamente des Uterus sind peritoneale Duplikaturen, diese können passiv gedehnt werden,

erschaffen aber nie so stark, dass infolgedessen der Uterus prolapsieren könnte. Dafür spricht: 1) Dass jeder Prolapsus mit Descensus beginnt und im Laufe der Zeit, grösstenteils nach Jahren zum Prolapsus wird; wäre die Erschlaffung die Ursache, was doch meistens nur eine Folge der Schwangerschaft wäre, dann bestünde sie vom Beginne in demselben Masse. 2) Jeder Prolapsus geht zurück, wenn die Frau liegt. 3) Wenn das Peritoneum durch Tumoren noch so gedehnt ist, so finden wir, dass bei Operationen dasselbe bald zum Zustande des Nichtüberspanntseins zurückkehrt und nach Schwangerschaft sollte das nicht ebensogut erfolgen? 4) Wir finden bei Nulliparen Prolapse, wo doch von Erschlaffung der Ligamente nicht die Rede sein kann, ebensowenig von Erschlaffung des Dammes. Wir müssen annehmen, dass die Erschlaffung der Ligamenta sekundär ist, d. h. richtiger, sie werden passiv gedehnt. Die Ursache des Prolapsus ist eben in dem weitaus grössten Teile der Fälle die Wirkung der Bauchpresse auf den Uterus, welcher am Beckenboden keine genügende Stütze findet. Dies tritt ein, wenn er infolge übermässiger Dehnung bei Geburten oder Fettschwund seine Widerstandsfähigkeit verliert. Zu all diesem muss dann noch ein gewisses prädisponierendes Moment kommen, nämlich das Verhältnis des Uterus und der Vagina zur Richtung des Druckes der Bauchpresse. Nur so ist es erklärlich, dass Frauen, die nie geboren haben, Prolapsus acquirieren, dann solche, die nur wenig geboren haben und gut geleitete Wochenbetten durchmachen; und endlich, dass es im ganzen kein so häufiges Uebel ist, als es sein müsste, wenn die Erschlaffung der Ligamente die Ursache wäre. Zu allem diesem wird dann noch das Gewicht des Uterus hinzukommen, welches unter den erwähnten Verhältnissen zum Zustandekommen des Prolapsus beitragen kann. Ist diese Erörterung richtig, dann können die Hebungen die erwähnte Wirkung nicht haben. Ich glaube, dass durch sie die Knickungen der Gefässe ausgeglichen werden, die Stauung im Uterus aufhört, wodurch derselbe kleiner wird. Daher stammt es, dass die Frauen Erleichterung fühlen, wenn auch die Gebärmutter nicht in normale Höhe gelangt ist; es ist also scheinbare Gesundheit, obwohl die Portio im Scheideneingange ist, weil eben die Hyperämie aufgehört hat. Meine Ansicht ist, dass die Hebung nicht gegen die Ursache des Leidens wirkt, sondern dadurch nützt, dass sie die Cirkulation ausgleicht und den Uterus verkleinern hilft.

Mehr Wirkung kann die Knieteilung haben. Die Annahme hat nämlich viel für sich, dass der Descensus uteri durch Erschlaf-

fung des Beckenbodens bedingt ist, welche wieder durch Dehnung während der Geburt, Fettschwund oder durch beide hervorgebracht ist. Dammverletzungen tragen dann auch dazu bei. Es ist das ungefähr dasselbe, wie der Hängebauch. Auch durch diesen wird Dislokation der Leber, Milz, Niere hervorgerufen, weil die erschlafften Bauchwände diesen Organen keine Stütze mehr bieten, so ist auch das Verhältnis zwischen Beckenboden und Uterus. Infolge des erschlafften Dammes entsteht Descensus, welcher sich mit der Zeit zum Prolapsus entwickeln kann. Gegen diese Erschlaffung würde die Knieteilung wirken. Durch dieselbe werden nämlich die Adduktoren in starke Aktion gesetzt, die Muskeln des Beckenbodens wirken synergetisch mit, der Beckenboden wird gestärkt. Es ist das ungefähr derselbe Effekt, wie bei Faradisationen eines erschlafften Muskels. Hierdurch verliert die Frau das äusserst lästige Gefühl des Klaffens, des Loseseins der Schamspalte. Ob aber das den Uterus mechanisch zurückhalten kann, das würde ich bezweifeln.

Dass die Kreuzbeinklopfung auf die Nerven des Genitaltrakts erregend wirken kann, ist einleuchtend, ebenso die Plexus hypogastricus-Drückung. Weniger klar ist die Wirkung der Nervus pudendus-Drückungen. Brandt meint, er könne so das Wollustgefühl unterdrücken, welches die Manipulationen hervorgebracht haben. War dieses Gefühl vorhanden, so hört es auf, wenn die Ursache, die Behandlung, aufhört, dann ist es zum mindesten überflüssig, etwas dagegen zu thun. Uebrigens ist ja dieses keine direkt heilende Manipulation, daher nebensächlich.

Aus der Zusammenstellung meiner Fälle würde sich also ergeben, dass Heilung zwar eintreten kann, aber nur als seltene Ausnahme; die Regel ist es nicht; und aus der Kritik der angenommenen Wirkungsweise der Prolapsusbehandlung ersehen wir, dass die empfohlenen Manipulationen nur wenig geeignet sind, heilend zu wirken. Sie können den Zustand der Frau bessern, indem der Uterus sich verkleinert und durch die Gymnastik der Beckenboden gestärkt wird, wodurch das erwähnte Schlaffsein und Klaffen der Vulva verschwinden. Aber auch das ist kein dauernder Erfolg. Ich muss es nach meinen Erfahrungen trotz der vielen günstigen Mitteilungen aufs entschiedenste bezweifeln, dass eine dauernde Heilung, d. i. Verbleiben des Uterus in normaler Höhe, als Regel erfolgen könnte.

Man kann den Uterus ganz leicht in normale Höhe bringen, durch fortgesetzte Behandlung kann man ihn da erhalten, schont sich dann die Frau, meidet sie jede Anstrengung, dann kann der

Erfolg länger dauern, aber eine auch nur Monate dauernde Heilung hervorzubringen ist mir nur einmal gelungen. Der Zustand war wochenlang ganz gut, aber dann kam der Prolapsus wieder. Wenn sich also ein Prolapsus zur Behandlung präsentiert, dann wäre es ungerechtfertigt, in der Patientin grosse Hoffnungen zu erwecken. Aussicht auf Besserung haben auch nur die, bei denen keine Elongatio colli besteht, bei denen der Damm resistent ist, nicht sehr verdünnt durch Fettschwund, nicht durch Einriss zu klein geworden, und bei denen die Bauchwand nicht zu dick ist, der Uterus daher von aussen gut gefasst werden kann. Wo alle diese Umstände so günstig sind, da wird man den Zustand der Frau bessern können, aber nur in Ausnahmefällen heilen. Nach meinen Erfahrungen muss ich annehmen, dass die Fälle, die als geheilt mitgeteilt wurden, grösstenteils nicht lange genug beobachtet waren, teilweise aber ganz unkomplizierte, für die Behandlung besonders gut geeignete Prolapsus waren. Es können das Prolapsus gewesen sein, wie man sie selten beobachtet, wo weder Cystocele noch Rectocele vorhanden ist, keine Hypertrophia colli, resistenter Damm. Hierfür spricht auch, dass manche bessere Erfolge hatten; daher kommt es, dass Brandt im Beginne ohne Knierteilung und ohne Assistenz, bloss durch Hebung von aussen vorzügliche Erfolge hatte; daher kommt es, dass manche ohne Uterushebung, bloss durch Hinaufschieben des Uterus von der Vagina aus Heilungen erzielten. Das Wesen der Methode kann also weder das eine noch das andere sein, sondern ein drittes Moment; es giebt seltene, für die Behandlung geeignete Fälle, aber der überwiegend grosse Teil ist ungeeignet. In den Publikationen war entschieden zu hell gemalt. Die Fälle wurden mitgeteilt, bevor man die Dauerhaftigkeit des Erfolges prüfte. — Meine Ansicht ist, dass der Erfolg die seltene Ausnahme bildet, der Misserfolg die Regel. Aber es lohnt die Mühe, den Versuch zu machen, weil man die Chancen einer eventuellen Operation bessern kann. Den Erwartungen entspricht sie von weitem nicht, die man an die Methode nach den ersten Mitteilungen knüpfen musste, weil da immer nur von Prolapsus im allgemeinen die Rede war. Nur ganz seltene, unkomplizierte Prolapse passen für die Behandlung.

II. Die Behandlung der Retroflexio uteri.

Bei Behandlung der Retroflexio muss unterschieden werden, ob dieselbe durch Fixationen bedingt oder ob der Uterus frei be-

weglich ist. In ersterem Falle müssen die Fixationen früher gelöst werden, und dann kann die Behandlung eingeleitet werden, deren Zweck es sein wird, den Bändern des Uterus den gehörigen Tonus zu verleihen. Die Behandlung besteht ebenso, wie bei Prolapsus, aus Hebungen, Knierteilung wie dort, Kreuzbeinklopfung. Bloss die eine Modifikation muss bei den Hebungen gemacht werden, dass der Uterus nur so hoch gehoben werde, bis der Untersuchende eine gleichmässige Spannung im Scheidengewölbe fühlt, bei Prolapsus dagegen wird so hoch gehoben als möglich. Fühlt er diese Spannung, dann kommandiert er „halt“, worauf im Heben eingehalten werden muss, den Uterus darf man aber nicht loslassen. Nun drückt der Untersuchende die Portio stark nach hinten und oben, commandirt „jetzt“, der Uterus wird plötzlich losgelassen, worauf er mit gewisser Kraft zurückschnellt und in Anteflexion geraten muss; die innere Hand kann das Zurückschnellen gut fühlen. Das wird in jeder Sitzung 3—4mal gemacht, dann Knierteilung unter Kreuzbeinhebung und Kreuzbeinklopfung. Die Wirkung dieser Behandlungsweise besteht nach Brandt darin, dass, wie schon erwähnt, die Ligamente ihre Elasticität zurückgewinnen, wozu noch die Wirkung auf die Blase käme.

Brandt meint, die Blase habe Einfluss auf die Sicherung der Anteflexionsstellung des Uterus, und durch dieses Zurückschnellen könne er ihre Wirkung in dieser Richtung verstärken. Die Erfahrung spricht nicht für die Methode. Die Anteflexionsstellung ist hauptsächlich durch die Ligamenta sacro-uterina gesichert, welche die Portio nach hinten ziehen, auf diese wirkt die Hebung am wenigsten. Brandt selbst giebt an, die Behandlung dauere oft 3—4 Monate. Ich hatte keinen Erfolg.

In allen Mitteilungen über diesen Gegenstand sind die von Brandt angegebenen Methoden zur Redression, d. i. „in normale Lagerung bringen“, des Uterus ausführlich besprochen. Es ist auch sehr richtig, wie er dieselben auszuführen empfiehlt. Die verschiedenen Handgriffe, welche er anwendet, sind sehr empfehlenswert. Es sind das Regeln, welche jeder Gynäkologe schon angewendet hat, denn anders kann man es eben nicht machen, nur hat man kein System daraus gebildet. Brandt giebt besondere Vorschriften für Fälle, in welchen das Corpus klein oder gross ist, der Cervix steif oder geknickt (d. h. Versio oder Flexio) ist. Für Laien-Masseure kann das gut sein, für Aerzte ist es überflüssig. Derlei detaillirte Vorschriften können die Uebung so auch nicht ersetzen. Wenn ich sie dennoch beschreibe, thue ich es nur der

Vollständigkeit des Systems halber und um zu zeigen, ein wie vorzüglicher Beobachter Brandt ist.

Er unterscheidet: a) recto-vaginal, b) ventro-vaginal redression. Bei ersterer liegt die Patientin in der schon oft angegebenen Position am Sofa oder sie steht. Der Zeigefinger der rechten Hand wird hoch in das Rektum geführt, über den Fundus, der Daumen in die Vagina. Der Zeigefinger drückt den Uterus nach vorne, der Daumen die Portio nach hinten und oben. Ist der Uterus gross, gelingt es so leicht, ihn in Antelexion zu bringen. — Bei ventro-vaginal redression hat die Patientin die bekannte Lage, der Zeigefinger der linken Hand kommt in die Vagina, die rechte Hand auf den Bauch. Diese Methode hat 4 Unterarten: 1. Umkipfung: gelingt leicht, wenn der Cervix steif ist, d. h. Retroversion vorhanden ist. Der Zeigefinger drückt die Portio nach hinten und oben, dann muss das Corpus nach vorne kommen. Unterstützt wird diese Bewegung durch die äussere Hand, welche dem Corpus nachhilft. 2. Klemmung (Klammern): man schiebt mit dem Zeigefinger der linken Hand die Portio und damit den ganzen Uterus in die Höhe, und in dem Momente, wo das geschieht, muss man mit der äusseren Hand hinter das Corpus kommen und es so nach vorne bringen. Wird empfohlen in Fällen, wo der Uterus flach gegen das Becken liegt. 3. Einhackung (Ikroknung): man muss mit den Fingern der äusseren Hand von der rechten Seite hinter den Uterus zu dringen suchen, um ihn so in die Höhe und nach vorne zu bringen. 4. Redressionsdruck: in der bekannten Lage der Patientin wird der Zeigefinger der linken Hand in die Vagina geführt und von ihm der Uterus nach vorne gegen die Bauchdecken gehoben. Die Finger der äusseren rechten Hand werden über der Symphyse ungefähr in der Gegend des Os internum angesetzt und drücken etwas nach hinten. Der innere Finger wird nun am Collum nach vorne gebracht, so dass die äussere Hand und der innere Finger zugleich das Collum nach hinten und oben schieben; das muss einige Sekunden dauern; hierdurch kommt das Corpus etwas nach vorne. Jetzt soll der innere Finger allein den Uterus halten, nach Möglichkeit unbeweglich bleiben und die äussere Hand zum Fundus nach oben geführt werden und ihn nach vorne bringen. Die Methode ist leicht und sehr empfehlenswert.

Ist der Uterus hoch, soll Ventro-vaginal-rectaledression angewandt werden; diese wird in der bekannten krummhalbliegenden Lage ausgeführt; der Name macht die Erklärung überflüssig, jeder Gynäkologe hat es schon oft gemacht. Hierbei kommt der Zeige-

finger der linken Hand ins Rektum, der Daumen auf die Portio. Der Zeigefinger muss im Rectum bis über den Fundus kommen und den Uterus gegen die Bauchdecken heben, der Daumen drückt die Portio nach hinten, um diese Bewegung zu erleichtern, und die rechte Hand muss von den Bauchdecken aus den Fundus nach vorne bringen.

III. Die Massage der Genitalien und ihrer Umgebung.

In der Gynäkologie werden von den üblichen Handgriffen nur Zirkelreibungen angewandt, welche je nach Umständen mit grösserer oder geringerer Kraft ausgeführt werden. Man massiert mit trockenen Händen, also ohne Fette. Als allgemeine Regeln für die Massage gelten: 1. Massiert wird in der liegenden Position nur mit der äusseren Hand, die innere bietet nur eine Stütze für den Teil, der massiert wird. 2. Die Massage muss immer schwach beginnen, und grössere Kraft darf erst dann angewendet werden, wenn man schon die Ueberzeugung gewonnen hat, dass die Patientin die Behandlung gut verträgt; deshalb soll die Massage im Beginne kürzer dauern, 3—5 Minuten, später länger, 10—15 Minuten. 3. Man macht die Zirkelreibungen so, dass man die Endglieder der Finger flach auf den Teil des Bauches legt, den man zu massieren wünscht, und führt sie in kleinen Kreisen rund herum; den Arm soll man immer im Schultergelenke bewegen, weil er sonst zu stark ermüdet. Hat man sich überzeugt, dass die Frau die Massage gut verträgt, dann kann man auch, will man grössere Kraft anwenden, mit dem Daumenballen oder den Knöcheln der eingeschlagenen Finger massieren. 4. Die Massage beginnt immer in der Umgebung des kranken Organes und kommt so dem Centrum immer näher. Zweck dieses ist, dem Säftestrom einen Weg zu bahnen. 5. Die Massage soll und darf keine Schmerzen bereiten.

Massage ist angezeigt: bei Exsudaten in der Umgebung des Uterus, Hämatomen, wo wir das pathologische Produkt selbst massieren, Metritis chronica und deren Folgeerscheinungen, nämlich Fluor und Blutungen, wo der Uterus selbst massiert wird. — Wir müssen im Beginn der Sitzung die Gegend des Promontorium massieren, um in den da verlaufenden Gefässen den Säftestrom zu eröffnen; bei Exsudaten und Hämatomen ebenso, als auch wenn der Uterus massiert werden soll, müssen immer erst einige einleitende Streichungen am Promontorium gemacht werden, und erst dann kommen wir zum Centrum näher. Für die Massage des Uterus giebt Brandt noch die besondere Regel, dass das Corpus

vom Fundus gegen das Os internum massiert werde, und der Cervix vom Os externum gegen das Os internum, weil die Gefässe so verlaufen. Er empfiehlt es, man kann es so machen, aber ich glaube, wichtig ist das nicht.

Als besonders wirkungsvoll empfiehlt Brandt einen Handgriff für die Massage der Genitalien, der von ihm „målning“ genannt wurde, „mahlen“. — Er besteht darin, dass der Zeigefinger hoch in das Rektum geführt wird und dann an der hintern Beckenwand Streichungen in grossen Bogen von unten nach aufwärts gemacht werden. Er wird in der gewohnten Lage der Patientin ausgeführt.

Die Besprechung der Erfolge, sowie der Nachteile erfolgt in einem besonderen Abschnitte.

IV. Dehnung und Lösung von Fixationen.

Lösung von Fixationen des Uterus und von adhärenenten Ovarien, Dehnung von Narbensträngen in der Umgebung des Uterus erfordern ein specielles Verfahren. In allen hierher gehörigen Fällen handelt es sich um Reste von Entzündungen perimetrischer oder parametrischer Natur, d. h. in ersterem Falle um Schwellungen, Knickungen der Tuben, Fixationen des Uterus oder der Ovarien, Schrumpfung der Ligamenta lata, mit einem Worte, um intra-peritoneale Prozesse; im zweiten Falle sind es Vorgänge extra peritoneum, im Beckenzellgewebe mit denselben Folgen. Denn immer sind beide mehr oder weniger miteinander kompliziert und vom Vorwiegen des peri- oder parametritischen Prozesses wird der Erfolg abhängen.

Je mehr der parametrane Charakter vorwiegt, um so sicherer ist der Erfolg, weil das Produkt der peritonealen Entzündung Pseudomembranen sind, das der Zellgewebsentzündung Infiltration, was der Massage zugänglicher ist.

Die Behandlung geschieht in der gewöhnlichen Lage der Patientin. Auch hier wird der linke Zeigefinger in die Vagina eingeführt und soll da der äusseren Hand eine Stütze bieten. Zuerst werden in der Gegend des Promontorium einige einleitende Zirkelreibungen gemacht, und so kommt man mit diesen Zirkelreibungen zur Stelle, wo die Narbe oder Fixation ist. Handelt es sich um den Uterus, so wird er mit dem inneren Finger und mit der äusseren Hand in die Höhe gehoben, dadurch dehnt sich die Fixation und wird eine kurze Zeit, einige Sekunden, so gedehnt gehalten; hierauf folgen Zirkelreibungen, wieder eine Dehnung

und so fort in jeder Sitzung 3—4mal. Ist das Ovarium fixiert, macht man Zirkelreibungen am Promontorium, dann an der fixierten Stelle, so dass man das Ovarium zwischen den äussern Fingern und dem linken in der Vagina liegenden Zeigefinger hält; jetzt wird es eine kurze Strecke $\frac{1}{2}$ —1 cm in der Richtung geführt, wo das Ovarium sein sollte. Auch das wiederholt man 3—4mal in einer Sitzung. Verkürzungen der Ligamente, Narbenstränge verursachen Verlagerungen des Uterus, der Ovarien. Die Dehnung dieser ist aus dem Gesagten klar.

Als allgemeine Regel gilt für alle diese Manipulationen, durch die einleitenden Zirkelreibungen und die schonende Behandlung eine vollständige Erschlaffung des Bauches zu erzielen, denn das Technische der Behandlung ist sehr einfach, nur darf man nicht zu viel wollen und muss sich begnügen, sehr langsam vorwärts zu kommen.

V. Erfolge und Nachteile der Massage, Vorsichtsmassregeln für ihre Anwendung.

Die Erfolge der Massage und der Dehnungen sind glänzende. Leiden, welche jahrelang allen medikamentösen und Badekuren trotzten, konnten mit dieser Behandlung aufs erfolgreichste bekämpft werden. Ich will nur einen Fall anführen: Eine Dame litt seit 21 Jahren an einem Exsudat mit Schmerzen, profusen Metrorrhagien und Retroflexio. Während der Behandlung wurden die Blutungen seltener, cessierten bis 7 Wochen, das Exsudat verschwand. Dieser Erfolg steht nicht vereinzelt da, in allen Mitteilungen kann man hierüber vieles lesen, und man braucht nicht zu verschönern, die Wahrheit genügt, um jeden zum Versuch zu ermutigen.

Leider hat aber diese Behandlung auch manche Nachteile und auch Gefahren, ja ganz unberechenbare Folgen können eintreten. Es ist eine allgemein bekannte Thatsache, dass auch sehr geübte Gynäkologen sich über den Charakter einer Entzündung täuschen können, es kann immer noch trotz jahrelangen Bestehens ein subakuter Zustand vorhanden sein, blennorrhische Infektion stattgefunden haben, dann kann die Massage die Ursache einer oft gefährlichen Verschlimmerung sein. Deshalb muss wiederholt darauf hingewiesen werden, wie vorsichtig man mit der Diagnose und im Beginne mit der Behandlung sein muss; aber auch so wird einem manche bittere Erfahrung nicht erspart bleiben. Ein zweites,

nicht minder wichtiges Moment ist, dass infolge der Behandlung bei manchen Frauen nervöse Symptome auftreten. 3—4 Wochen dauert die kürzeste Behandlung, gewöhnlich länger, und da kann es doch nicht gleichgültig sein, wenn die Frau täglich, manchmal 2mal im Tage, eine derartige Reizung der Genitalien auszustehen hat.

Abgesehen von der erotischen Wirkung, hat man Gelegenheit, manchmal einen sehr deprimierenden Einfluss auf das Nervensystem zu beobachten. Ich sah ein lästiges Gefühl im Rücken auftreten, ähnlich dem, welches die Menses einzuleiten pflegt, das plagte die Frau immerfort; in einem andern Falle hatte die Frau während der ganzen Behandlung Schwindel, der dann aufhörte, sobald die Frau weg blieb.

Wegen dieser Gefahren, welche die Behandlung in sich birgt, würde ich sie nur für Ausnahmefälle empfehlen. Wenn man hierzu rechnet, dass die Behandlung für den Arzt sehr zeitraubend ist, dann wird man leicht einsehen, dass die Indikationen, welche Brandt angiebt, stark eingeschränkt werden müssen. Es wird niemandem einfallen, eine zeitraubende Kur einzuleiten, welche auch gefährlich werden kann, wenn man einfachere Mittel zur Verfügung hat. Wenn also Brandt angiebt, Fluor mit Massage zu heilen, so wollen wir das glauben, denn wir sahen, dass der Ausfluss geringer wird; aber man kann das ebenso gut ohne Massage, ohne die Frau einer solchen Kur zu unterziehen, welche sie vielleicht zur Masturbation verleitet. Ebenso ist es mit der Indikation Blutung, mit Massage zu behandeln, selbst wenn Reste nach Abortus zurückgeblieben sind. Sollte da wirklich besser sein zu massieren als zu kurettieren? Ich bezweifle das.

Ich würde die Massage für Fälle vorbehalten, welche der gewöhnlichen Medikation Trotz geboten haben, als gleichsam als ultimum refugium betrachten, wie Prochownick es thut. Ich massiere und werde es auch in Zukunft thun, aber nur dann, wenn ich mit Medikamenten, Bädern keinen Erfolg haben werde. Dann werde ich mit sehr grosser Umsicht vorgehen, erst 8—10 Tage nur versuchsweise massieren und dabei regelmässig thermometrisieren, ob nicht etwa Fieber eintritt. Verträgt es die Frau gut, möge man in einer Folge bloss zwischen 2 Menstruationen, d. h. 4 Wochen lang massieren, dann eine Pause von 4—8 Wochen machen, und so wieder 4 Wochen Massage. Der Zeitpunkt, wann hier die Massage beginnen soll, wäre zum mindesten 4 Monate nach Beginn der Erkrankung, in welcher Zeit der Arzt Gelegenheit hat, zu erproben, ob die Frau ihre Gesundheit nicht auch ohne Massage

zurückgewinnen kann. Bei Adhäsionen, Schrumpfung, also chronischen Zuständen, muss auch diese Vorsichtsmassregel angewendet werden, nämlich höchstens 4 Wochen die Massage fortsetzen, dann eine Pause und so erst wieder beginnen. 3—4 Monate hintereinander zu massieren ist schädlich und nicht zu empfehlen. Die Massage und die beschriebene Art der Lösung von Fixationen und Adhäsionen sind also keine Universalmittel. Sie sind Bereicherungen unserer Therapie, welche aber nur dann angewendet werden sollen, wenn einfachere Mittel nicht hinreichen. Ich weiss sehr wohl, dass das eine Grundregel jeder Therapie ist, wenn ich aber doch besonders auf sie hinweise, thue ich es deshalb, um den Standpunkt klar zu stellen, den ich einnehme, dass nämlich die Brandtsche Methode durchaus keine Vereinfachung der Therapie ist, wie man es darzustellen suchte, und dass es nicht gut ist, ihr einen zu weiten Kreis von Indikationen einzuräumen.

Zweiter Teil.

Die Heilgymnastik.

Allgemeines.

Ich habe schon in der Einleitung darauf hingewiesen, dass die manuelle Behandlung der Genitalien nur einen Teil der Brandtschen Methode bildet und dass die Heilgymnastik ein gleichwertiger Teil derselben ist. Nach Brandt müssen beide immer zusammen angewendet werden, um Erfolg zu haben. Die Heilgymnastik ist noch viel zeitraubender als die lokale Behandlung. Schon das Erlernen erfordert viel Zeitaufwand und dann die Anwendung eine besondere Uebung, daher die Aerzte es vorziehen, die lokale Behandlung der Genitalien ohne Heilgymnastik auszuführen, wodurch sie den Anhängern der Methode jene Waffe in die Hand liefern, dass sie dieselbe nur unvollständig anwenden und so die Misserfolge diesem Umstande zuschreiben mögen. Dieser Einwurf ist, wie wir sehen werden, nicht ganz unbegründet, denn Heilgymnastik allein kann oft solche Besserung des Allgemeinbefindens hervorbringen, welche die Besserung des Grundübel vortäuschen kann. Die Heilgymnastik besteht aus einer Reihe aktiver und passiver Bewegungen, welche ausser der allgemeinen Wirkung, die dieselben

auf den Organismus durch Erregung der Cirkulation ausüben, noch den ganz besonderen Erfolg haben sollen, dass durch passende Kombination der Bewegungen die Verteilung des Blutes im Körper geregelt werden kann, je nachdem man den Zufluss zu, oder den Abfluss von gewissen Organen als Zweck betrachtet. Speciell in der Gynäkologie wird es in den meisten Fällen nötig sein, Blut von den Genitalien abzuleiten, nämlich bei Blutungen, Entzündungen; nur bei Dysmenorrhöe oder Amenorrhöe werden wir Blut zu den Genitalien leiten, wenn diese Zustände durch Ernährungsstörungen der Genitalien (Atrophie, Hypoplasie) bedingt sind. Diesem Zwecke entsprechend werden auch die Bewegungen der Heilgymnastik in der Gynäkologie in zwei grosse Gruppen geteilt: zuleitende und ableitende. Erstere sind die, bei welchen die Muskeln des Beckens und der Oberschenkel, hauptsächlich die Adduktoren in Wirkung treten; ableitend jene, welchen die Rumpf- und Oberarmmuskeln wirken. Die Einteilung beruht bloss auf Erfahrung. Es giebt zweifelsohne Bewegungen, welche nach beiden Richtungen wirken, bei diesen wird nun die Wirkung ausschlaggebend sein, welche nach Erfahrung die vorwiegende ist. Physiologisch könnte es zur Erklärung dienen, dass die sich in Aktion befindenden Muskelgruppen vermehrten Blutzufuss bedingen, wodurch eine Wechselwirkung in den Organen hervorgerufen werden könnte. — Tatsache ist, dass der Zustand der Frauen infolge dieser Behandlung sich sehr schnell bessert und zwar früher als das lokale Leiden, indem die äusserst lästigen Begleiterscheinungen verschwinden. Die Frauen machen im allgemeinen wenig Bewegung, acquirieren sie nun ein Genitalleiden, so werden sie oft wochenlang im Bette gehalten, wodurch bald Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung, Schwäche entstehen. Der Zustand wird immer lästiger. Bei Brandts Behandlungsweise können aber diese Symptome auf das energischste und erfolgreichste bekämpft werden. Dadurch wird die Behandlung der Genitalleiden auf das richtigste Princip der gleichzeitigen Behandlung des allgemeinen Zustandes basiert. Und damit hat Brandt ganz entschieden den Nagel auf den Kopf getroffen. Eine rationelle Heilgymnastik, welche die Appetitlosigkeit, Stuhlverstopfung behebt, wird das Schwächegefühl, Schwindel, Kopfweg, zu schnelles Ermüden u. s. w., was die Patienten so belästigt, mit Erfolg bekämpfen und so die Behandlung des Genitalleidens erleichtern. — Ich werde die Bewegungen so beschreiben, dass 1. die ableitenden Bewegungen, 2. die zuleitenden Bewegungen, 3. die Atmungsbewegungen, 4. einige besondere Bewegungen besprochen werden,

5. aktive Bewegungen, welche die Patientin ohne Arzt zu Hause machen soll. Die Anwendungsweise, Kombination der Bewegungen wird am Schlusse erörtert werden.

A. Ableitende Bewegungen.

Bei den hierher gehörigen Bewegungen werden Rumpf- und Oberarmmuskeln in Aktion gesetzt und die Abduktoren des Oberschenkels. Es sind das folgende:

1. Streckneigspaltsitzend Armbeugung: Die Patientin sitzt mit gestrecktem Oberkörper ein wenig nach vorne geneigt, die Knie auseinander gespreizt (spaltsitzend). Sie streckt die Arme nach vorne und oben, also schief aus. Der Arzt steht vor ihr auf einem Sessel und fasst ihre Hände. Nun muss die Patientin, während der Arzt Widerstand leistet, die Arme im Ellbogen gebeugt zurückziehen und dann zieht sie der Arzt, während die Patientin den Widerstand leistet, wieder nach vorne. Die Patientin soll die Ellbogen immer nach Möglichkeit stark nach hinten führen. Man macht die Uebung 5—6mal in einer Sitzung.

Fig. 68 zeigt die Ausgangsstellung, d. h. wie Patientin sitzen muss und wie der Arzt ihre Hände hält; Fig. 69 zeigt die Patientin mit zurückgezogenen Armen und wie der Arzt da sich beugen muss; aus dieser zweiten Stellung kehrt sie in die erste zurück, indem sie dem Arzte Widerstand leistet.

2. Streckspaltsitzend Rumpfdrehung unter Rücken-drückung: Die Patientin sitzt, den Rumpf gestreckt, die Knie auseinander, die Arme gerade in die Höhe. Der Arzt steht auf einem Sessel hinter der Patientin, fasst ihre Hände, setzt das rechte Knie an den Rücken derselben und dreht sie, indem sie Widerstand leistet, nach links, dann leistet der Arzt den Widerstand und die Patientin kehrt in die Ausgangsstellung zurück. Das macht man dreimal, setzt dann das linke Knie an den Rücken und macht dieselben Bewegungen nach rechts ebensovielmals (Fig. 70).

3. Streckneigspaltsitzend Rumpfwechseldrehung: Die Patientin sitzt mit gestrecktem Körper, etwas nach vorne geneigt, die Knie auseinander. Die Arme im Ellbogen gebeugt, Oberarme in Schulterhöhe wagerecht, Unterarme und Hände nach oben gerichtet. Der Arzt steht vor der Patientin, fasst ihre Hände und dreht sie, indem sie Widerstand leistet, nach der linken Seite, dann leistet der Arzt Widerstand und die Patientin kehrt in die Ausgangsstellung zurück. Nun wird sie, indem sie Widerstand

leistet, nach rechts gedreht, und kehrt unter Widerstand des Arztes zurück. So dreht man sie nach jeder Seite 3—4mal. Hierzu gehört noch, dass man nach diesen Bewegungen die gerade nach vorne gestreckten Hände der Patientin fasst, hierauf zieht sie sich

Fig. 68.



unter Widerstand des Arztes zurück, dann zieht sie der Arzt nach vorne, indem sie Widerstand leistet. Auch das macht man 4—6mal. (Diese Uebung ist bei der Prolapsusbehandlung erwähnt.)

4. Geneigtgegensitzend Rumpfbeugung: Die Patientin sitzt nach vorne gebeugt, gegenüber dem Arzt. Er setzt die Hände auf die Schulter oder wie in der Fig. 72 und zieht die Patientin, indem sie Widerstand leistet, nach vorne, dann leistet der Arzt den

Widerstand und sie kehrt in die Ausgangsstellung zurück. 4mal. Nun legt man die linke Hand auf die rechte Schulter, die rechte Hand führt man unter dem linken Arm der Frau auf das Schulterblatt und zieht die Frau unter Widerstand nach rechts (zur Rechten des Arztes), und sie erhebt sich unter Widerstand des Arztes 4mal (Fig. 73). Dann wechselt man die Hände und dreht die Frau ebenso 4mal

Fig. 69.



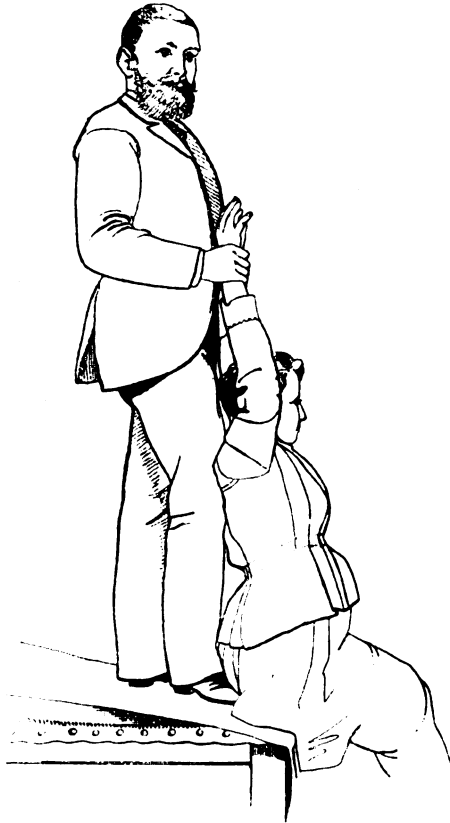
nach links, zum Schluss wieder nach vorne. — Soll ableitend wirken auf den Bauch und gegen Diarrhœe wirksam sein.

5. Stützstehend Beinabhebung und Anziehung: Die Patientin steht aufrecht an die Wand gelehnt, Hände an den Hüften; der Arzt steht an ihrer rechten Seite, legt die linke Hand auf ihren Bauch, um sie zu stützen, und hebt mit der rechten unter Widerstand der Patientin das rechte Bein derselben in die Höhe und sie zieht es unter Widerstand des Arztes zurück. Man macht das auf jeder Seite 3—4mal.

6. Neigfallend Beinniederdrückung: Die Patientin stützt sich mit den Händen an einen festen Gegenstand, streckt

die Beine stark nach hinten (siehe Fig. 75). Der Arzt legt die eine Hand auf den Bauch, um ihn zu stützen, mit der andern, welche an die Ferse gesetzt wird, leistet er Widerstand gegen das Aufheben des Beines und drückt es dann unter Widerstand der Patientin nieder. Stark soll der Widerstand des Arztes nicht sein, sonst müsste sich die Frau übermässig anstrengen. Mit jedem Beine

Fig. 70.



macht man die Bewegung. 3—4mal. Die Figur ist nicht ganz richtig, die Frau soll das Kreuz besser einbiegen.

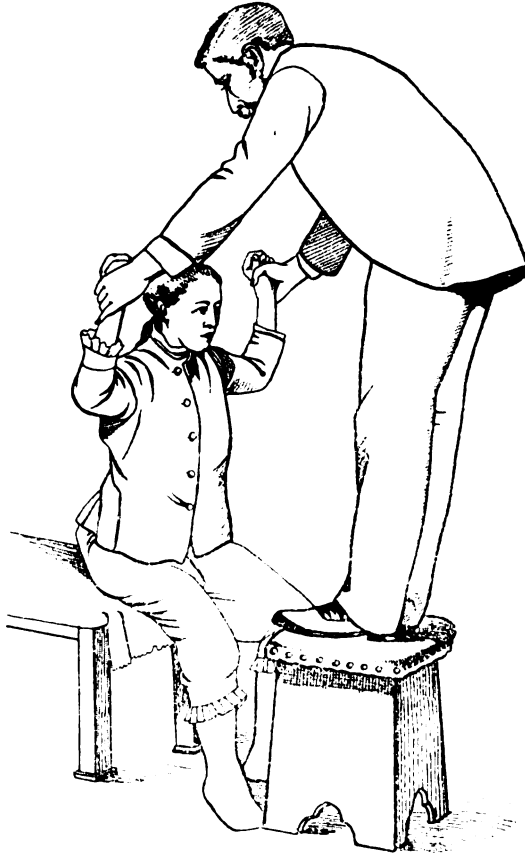
7. Krummhalbliegend Knieschliessung unter Kreuzbeinhebung: Die Patientin befindet sich in der Lage wie zur Untersuchung. Der Arzt sitzt an ihrer Seite. Sie hebt das Kreuz in die Höhe. Nun legt der Arzt die Hände an die Aussenseite der Kniee und indem er Widerstand leistet, macht die Frau die Kniee auseinander; dann leistet sie Widerstand und der Arzt bringt sie wieder an-

Dollinger, Die Massage.

13

einander. Es ist also eine Uebung der Abduktoren. 5—6mal. Die Lage der Patientin und die Ausführung der Uebung ist wie in Fig. 66; nur werden dort die Hände an die innere Seite der Kniee angesetzt und unter Widerstand der Patientin auseinander gebracht, es ist also eine Adduktorenübung; hier werden die Hände an die

Fig. 71.



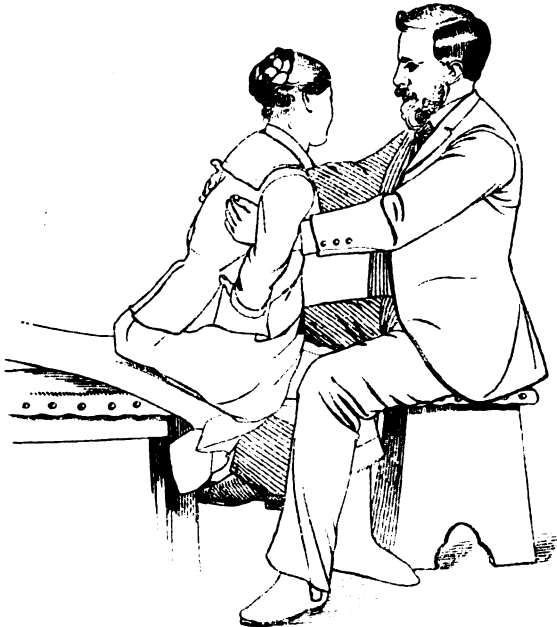
Aussenseite gesetzt, der Arzt leistet Widerstand und die Patientin muss die Kniee aktiv auseinander bringen, die Abduktoren sind also in Aktion.

8. Gestrecktliegend Beinabduktion: In der Wirkung dasselbe wie die frühere Uebung, nur anstrengender. Die Patientin liegt gestreckt auf dem Sofa, die Beine sind gestreckt; der Arzt fasst die Füße und nun muss die Patientin unter Widerstand des

Arztes die Beine abduzieren, und dann bringt sie der Arzt, unter Widerstand der Patientin aneinander. 5—6mal (Fig. 76).

9. Gespanntstehend Rumpfbeugung: Die Uebung wird von Zweien ausgeführt. Die Patientin steht aufrecht, die Füße auseinander, die Arme über den Kopf erhoben. Der Arzt steht auf der einen, der Gehilfe auf der andern Seite. Jeder legt eine Hand auf den Rücken, die andere auf den Bauch, letztere so, dass sie den Bauch zugleich in die Höhe schieben. Nun drücken sie die Patientin,

Fig. 72.



während sie Widerstand leistet, nieder, dass sie sich nach vornüber beugen muss; dann erhebt sie sich, während die Masseure Widerstand leisten. 3—4mal (Fig. 77).

10. Stützstehend Rumpfbeugung: Dieselbe Stellung wie in Fig. 77, nur muss die Patientin die Arme an einen festen Gegenstand stützen, und ist das Beste, sie steht in der Thür und stützt die Arme an die Pfosten. Der Arzt steht an der Seite derselben und legt die eine Hand auf den Bauch, die andere auf das Kreuz. Der Gehilfe steht der Patientin gegenüber, fasst sie an beiden Seiten unter den Armen und zieht sie nach vorne, so dass sie sich auf die Fussspitzen erheben muss und dadurch der Rumpf so gebogen wird,

dass er nach vorne konvex ist. Hierbei muss der an der Seite stehende Arzt die Patientin stützen, sonst könnte sie fallen. Gegen dieses Ziehen nach vorne leistet die Patientin Widerstand und kehrt dann, ohne Widerstand des Arztes in die Ausgangsstellung zurück. 3—4mal (Fig. 78).

Fig. 78.



11. Vornüberliegend Rumpfhaltung und Kreuzbeinklopfung: Die Patientin kniet auf dem Ende des Sofas; jemand hält ihre Füße fest. Nun stellt sich ein Gehilfe vor sie hin, sie legt ihre Hände auf die Schultern desselben und fällt ganz nach vorne, sie hängt also an den Schultern des vor ihr Stehenden, der seine Hände um sie legt, um sie zu stützen; nun wird schwache Kreuzklopfung gemacht. Dann kehrt sie in die knieende Stellung zurück, ruht aus und die Uebung wird noch zweimal wiederholt (Fig. 79).

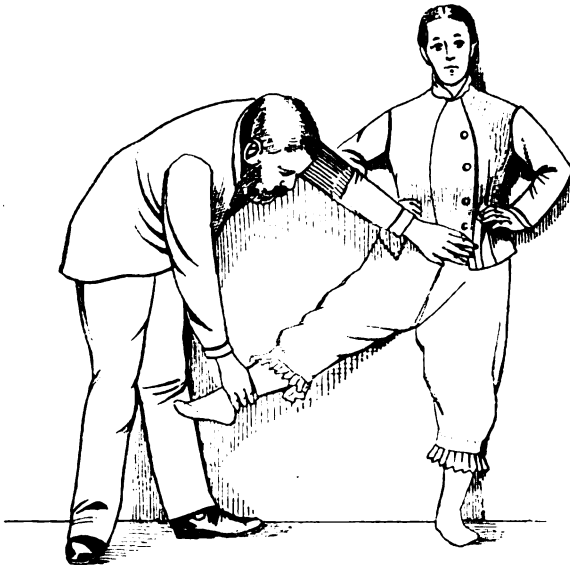
B. Zuleitende Bewegungen.

12. Halbliegend Brust- und Lenden-Streichschüttelung: Die Patientin liegt wie zur Untersuchung. Der Arzt streicht die Brust in der Richtung, wie die Rippen verlaufen, dann den Bauch ebenso von den Lenden nach vorne. Man beginnt bei den Wirbeln

und kommt so nach vorne. Man darf nicht einfach die Brust und den Bauch streichen, man muss vielmehr die Bewegung mit einem leisen Schütteln verbinden. Sehr wenig zuleitend. Man macht das 2—3 Minuten (Fig. 80).

13. Knieend Rumpf- Vor- und Seitwärtsziehung: Die Patientin kniet, hält die Kniee auseinander. Der Arzt steht hinter ihr, führt die Hände unter der Schulter nach vorne an die Brust. Nun fällt die Patientin nach hinten, so dass sie sich am Knie des Arztes stützt. Der Arzt leistet Widerstand und die Patientin zieht sich nach vorne, das macht sie 3mal; dann bleibt

Fig. 74.

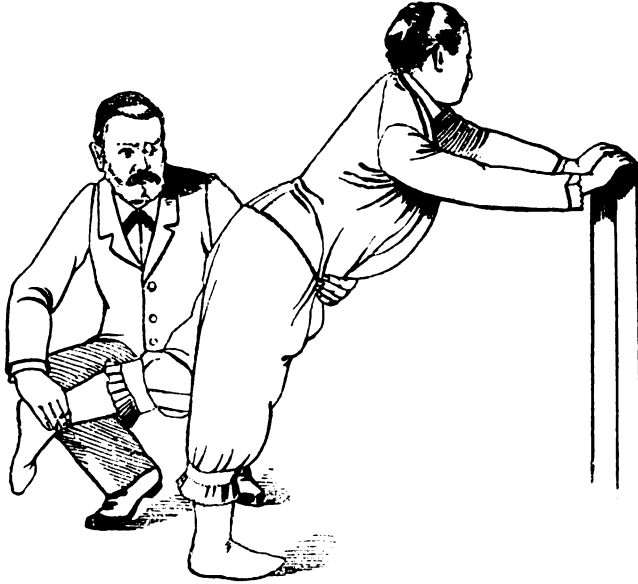


die linke Hand unter der Schulter, die rechte wird über die Schulter gelegt und nun zieht sich die Patientin 3mal nach der linken Seite zu; jetzt wechselt man die Hände, die rechte ist unter dem Arm an die Brust geführt, die linke über die Schulter gelegt und die Patientin zieht sich nach rechts. Zum Schluss noch einmal nach vorne. Die Bewegung wirkt zuleitend, kräftigend auf die Bauchmuskeln und ist sehr wirksam bei Opistipation (Fig. 81).

14. Aufrechtstehend Kreuzbeinklopfung: Die Patientin steht aufrecht, ohne sich zu stützen, und so wird die Kreuzbeinklopfung ausgeführt. In diesem Falle wird kräftig geklopft. Nach Brandt wirkt das sehr stark zuleitend; es sollen Fälle in

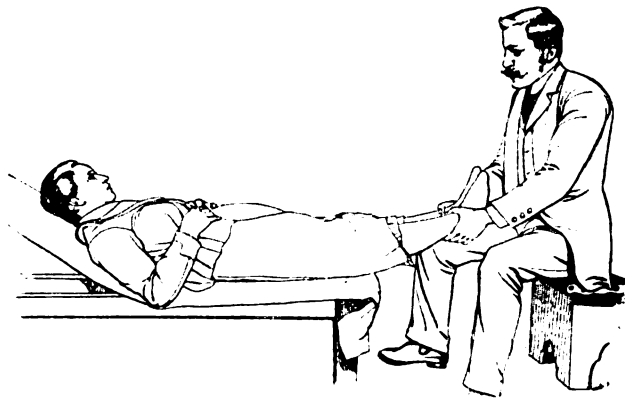
seiner Praxis vorgekommen sein, in welchen auf starke Kreuzbeinklopfung Blutung eintrat oder die erst vor kurzem geendete Men-

Fig. 75.



struationsblutung wieder begann. Das ist die Ursache, wegen welcher Brandt für die Fälle, in welchen Nervenreizung durch die

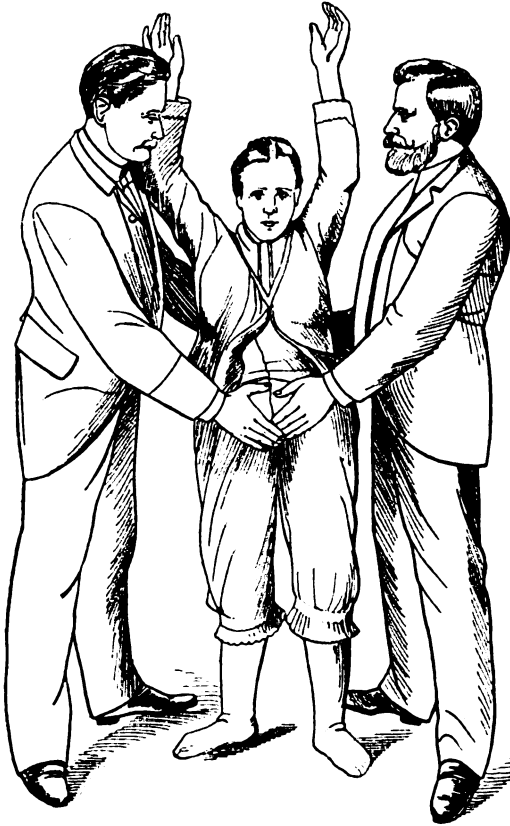
Fig. 76.



Kreuzbeinklopfung hervorgebracht werden soll, wie z. B. bei Proplapsus, eine anstrengende Körperhaltung vorschreibt; die soll dann

die zuleitende Wirkung ausgleichen. Wenn also die Patientin gerade steht und Kreuzbeinklopfung erhält, ist es zuleitend; steht sie so, dass der Körper eine schiefe Ebene bildet (wie bei Prolapsusbehandlung), dann ist es nervenreizend; hat sie eine noch anstrengendere Körperhaltung (wie bei 11), wirkt sie ableitend und die Nervenreizung kommt stärker zur Geltung.

Fig. 77.

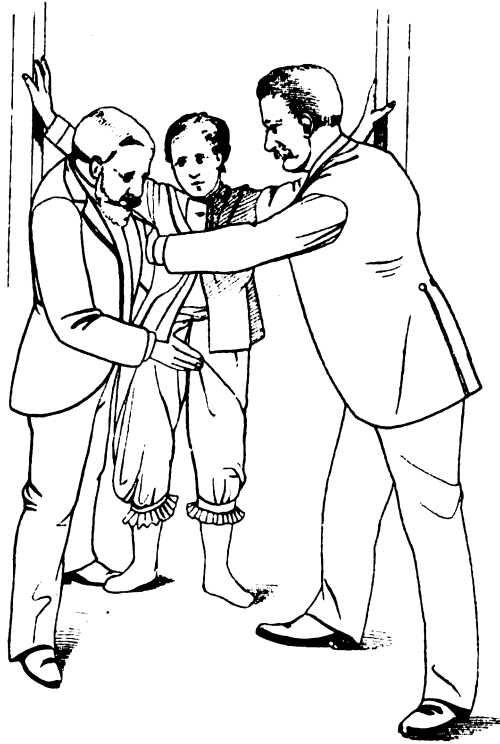


15. Halbliegend Fussbeugung und -Drehung: Die Patientin liegt oder besser sitzt stark zurückgelehnt. Der Arzt sitzt an ihrer Seite, sie legt das Bein auf sein Knie. Nun legt der Arzt die Hand auf den Fuss, drückt auf ihn unter Widerstand der Patientin, so dass er gestreckt wird, und die Patientin beugt ihn unter Widerstand des Arztes wieder. Das geschieht 3mal. Dann wird der Fuss einigemal im Kreise nach rechts gedreht, dann einigemal nach links, zum Schlusse wieder die Fussbeugung 3mal. Das-

selbe geschieht mit dem anderen Fusse. Brandt empfiehlt diese Uebung nicht so sehr, weil sie zuleitend wirkt, sondern gegen die kalten Füße, was bei Genitalleiden oft vorkommt (Fig. 82).*)

16. Gespanntstehend Schenkelrollung: Die Stellung wie in der Fig. 78. Die Patientin hebt das Bein im Knie gebeugt. Der Arzt fasst es beim Fuss und unter dem Knie und dreht es in der

Fig. 78.



Richtung von innen nach aussen, so dass der Oberschenkel mit seiner Bewegung ungefähr einen Kegel beschreibt, dessen Spitze der Schenkelkopf ist. Dann zieht man das Bein 3—4mal unter Widerstand der Patientin nach auswärts und ebenso oft zieht sie es an, unter Widerstand des Arztes. Dieselbe Uebung mit dem andern Bein. Es ist stark zuleitend (Fig. 83).

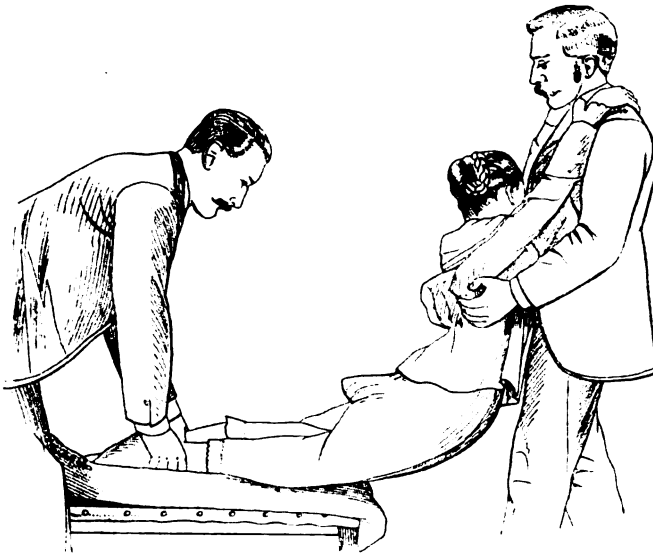
17. Halbliegend Schenkelrollung: Dieselbe Uebung wie 16, nur ist die Stellung für die Patientin weniger anstrengend.

*) Die Figur ist nicht ganz richtig, die Hand kommt auf die Zehen.

Sie liegt wie bei der Untersuchung, der Arzt fasst den Fuss und das Knie und rollt das Bein wie oben angegeben so, dass der Oberschenkel mit seinen Bewegungen einen Kegel beschreibt. Dann streckt der Arzt unter Widerstand der Patientin das Bein aus und sie beugt es unter Widerstand des Arztes. Das macht man 3—4mal. Dasselbe mit dem andern Beine (Fig. 84).

18. Gestrecktstehend Neigung: Die Patientin steht aufrecht, die Hände nach oben ausgestreckt. Der Arzt steht hinter ihr auf einem Stuhle und fasst ihre Hände. Die Patientin stützt

Fig. 79.



den einen Fuss auf den Sessel. Nun kommandiert der Arzt 1, hierauf erhebt sie sich auf die Fussspitze; auf 2 hockt sie nieder, indem der Arzt auch auf die Hände drückt; auf 3 erhebt sie sich in einem nach vorne gerichteten Bogen; auf 4 kehrt sie in die Ausgangsstellung zurück. Das macht man 3mal und lässt dann die Füße wechseln, d. h. der andere Fuss wird auf den Sessel gestützt und die Uebung so gemacht (Fig. 85).

19. Dieselbe Uebung wie 18 kann von der Patientin auch ohne Hilfe ausgeführt werden. Sie stützt ihre Hände auf eine Sessellehne und macht dann die Bewegungen wie früher angegeben. Es ist also eine aktive Bewegung, welche die Patientin zu Hause macht (Fig. 86).

20. Halbliegend Knieaufdrückung: Die Patientin hat die halbliegende Lage oder sitzt auf einem Sofa stark zurückgelehnt wie in Fig 84. Sie beugt das Bein im Knie, zieht es an, der Arzt fasst es am Fuss und am Knie und stösst es 3—4mal gegen das Becken. Dann streckt er es unter Widerstand der Patientin und sie beugt es unter Widerstand des Arztes, auch 3—4mal. Dasselbe mit dem andern Beine.

Fig. 80.



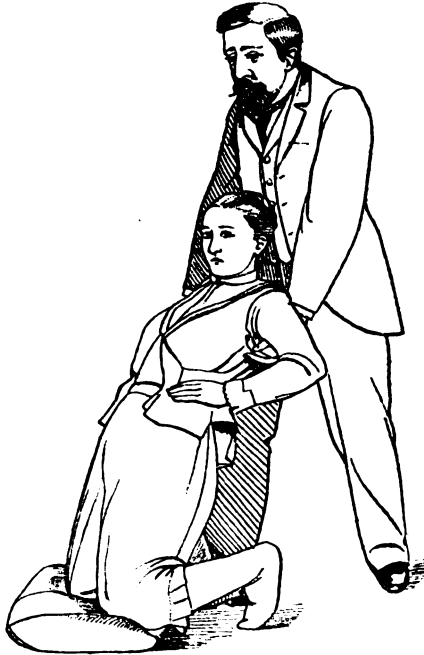
21. Schlaffknieend Schraubendrehung: Die Patientin kniet, lässt den Körper ganz schlaff und stützt sich auf den Arzt, der hinter ihr steht; er fasst sie unter den Schultern und dreht den schlaffen Körper mit mässiger Schnelligkeit in einer Kegelform herum, dessen Spitze das Becken bildet. (Die Stellung wie Fig 81.)

C. Atmungsbewegungen.

22. Plan Armbeugung: Die Patientin legt ihre Hände an die Seiten des ihr gegenüber stehenden Gymnasten, er legt seine Hände auf die ihrigen. Nun leistet der Arzt Widerstand und die Patientin bewegt ihre Arme in Schulterhöhe so weit seitwärts und nach rückwärts als möglich und der Arzt bringt sie dann, unter Widerstand der Patientin, in die Ausgangsstellung zurück. Das macht man 5—6mal (Fig. 87).

23. Schlaffsitzend Brusthebung: Die Patientin sitzt, der Arzt steht hinter ihr. Er fasst sie von vorne unter die Arme, hebt den Brustkorb in die Höhe, dabei muss die Patientin inspirieren; dann wird, während das Knie den Rücken drückt, der Brustkorb von rechts nach links gespannt, so zu sagen auseinander gezogen und dann unter Expiration losgelassen. Nach der Beschreibung

Fig. 81.



scheint die Ausführung schwer, trotzdem die Bewegung einfach ist. Man macht sie jedesmal 5—6mal (Fig. 88).

24. Aufrechtstehend Brustspannung: Ausgangsstellung wie bei 10 (Fig. 78). Der Arzt steht an der Seite der Patientin, legt die eine Hand auf den Bauch, die andere auf den Rücken. Nun schiebt er sie nach vorne, bis der Körper einen nach vorne konvexen Bogen bildet, indem auch die Patientin auf die Fussspitzen zu stehen kommt, dann lässt er sie zurück. Man macht die Bewegung 3—4mal.

D. Einige besondere Bewegungen.

25. Neigsitzend wechselnde Seitwärtsbeugung: Die Patientin sitzt, Kniee auseinander, Arme seitwärts ausgestreckt. Der Arzt sitzt ihr gegenüber, beugt sie auf die Seite unter Wider-

stand und Patientin kehrt in die Ausgangsstellung zurück unter Widerstand des Arztes. Ebenso geht es dann auf die andere Seite. Man macht es abwechselnd auf jede Seite 3—4mal (Fig. 89). Wirkt ableitend vom Herz und Becken.

26. Gestützt aufrechtstehend wechselnde Seitwärtsbeugung: Die Patientin steht aufrecht und stützt sich mit dem Rücken an die Wand oder einen Tisch. Die Arme hält sie, im Ellbogen gebeugt, in die Höhe. Der Arzt steht ihr gegenüber und

Fig. 82.



macht in dieser Stellung dasselbe wie bei 25, d. h. er beugt sie abwechselnd auf jede Seite 3mal (Fig. 90).

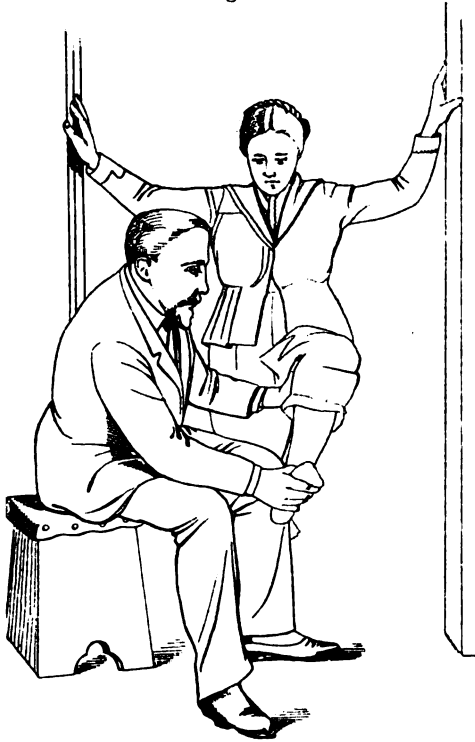
27. Geneigtsitzend Rumpfbeugung: Die Patientin sitzt die Kniee auseinander, die Hände an den Hüften, ein wenig nach vorne gebeugt. Der Arzt sitzt hinter ihr, legt die eine Hand auf das Kreuz, die andere auf den Rücken. Jetzt drückt er mit letzterer die Patientin nach vorne, indem sie Widerstand leistet, worauf sie sich unter Widerstand des Arztes erheben muss. 3—4mal. Wird bei Retroversio empfohlen (Fig. 91).

28. Reitsitzend Rumpffrollung: Die Patientin sitzt reitend. Der Arzt steht hinter ihr, zieht sie unter Widerstand nach hinten und sie zieht sich unter Widerstand des Arztes zurück, hierauf

drehen wir sie nach der einen Seite und machen es ebenso dann auf die andere Seite, dann wieder von vorne. So machen wir es auf jede Seite und nach vorne 3—4mal. Stärkt die Bauchpresse und wirkt gegen Obstipation (Fig. 92). (Diese Figur ist nicht ganz richtig, weil der linke Fuss nicht auf den Boden gestützt ist.)

29. Bauchmassage für Obstipation: Die Patientin liegt wie zur Untersuchung. Der Arzt sitzt an ihrer linken Seite, schiebt

Fig. 83.



die Hände an der linken Seite des Bauches tief ins Becken und macht da Zirkelreibungen in kleinen Kreisen, als wollte er den Darminhalt nach abwärts schieben; so geht er dann mit diesen Bewegungen in die Höhe am colon ascendens und transversum bis zum Cökum; dieses wird dem ganzen Traktus des Colon entlang 3mal oder 4mal gemacht. Dann legt man beide Hände flach auf den Bauch und schüttelt ihn leise beginnend immer stärker, dann wieder langsamer und hört so auf. Dieses Schütteln wird noch 2—3mal wiederholt (Fig. 93). Man macht die Massage am blossen Körper, ohne Fette, also mit trockenen Händen.

30. S Romanum - Hebung. Die Patientin liegt wie zur Untersuchung. Der Arzt steht an ihrer rechten Seite, legt die linke Hand auf ihre Schulter, die rechte in der Höhe der linken Spina ossis ilei anterior superior auf den Bauch. Nun muss diese Hand hier langsam so tief in das Becken geschoben werden wie möglich, dann an die hintere Beckenwand gedrückt und nach oben geschoben werden. Man wiederholt das 3—4mal. Soll es gut ge-

Fig. 84.



macht werden, muss die Patientin ruhig atmen, damit man gehörig tief in das Becken gelangen kann. Man fasst natürlich das S Romanum nicht direkt, sondern drückt es an das Becken und schiebt es so in die Höhe. Wird bei Prolapsus ani und Rektocèle empfohlen (Fig 94).

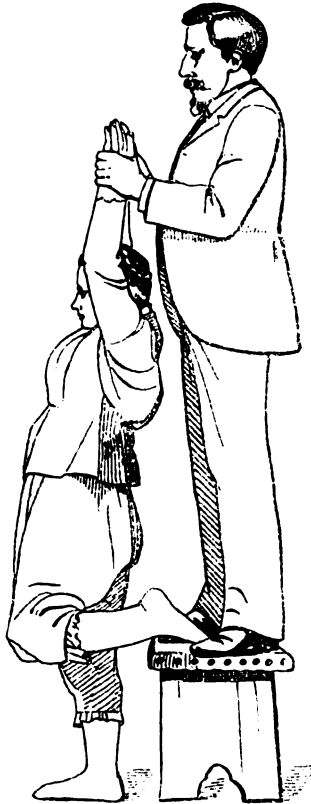
E. Aktive Bewegungen.

Sie dienen dazu, der Patientin die Möglichkeit zu bieten auch zu Hause, ohne ärztlichen Beistand, Uebungen machen zu können. Sie können in jedem Buch über Zimmergymnastik nachgesehen werden. Hier sind einige beigezeichnet, deren Ansicht genügt, um über die Ausführung ins klare zu kommen (Fig. 97—113).

Massregeln für die Ausführung der heilgymnastischen Bewegungen.

Die heilgymnastischen Bewegungen sollen nie zu sehr ermüden. Das richtige Mass zu treffen wird erst durch Uebung erlernt. Man muss immer besonders vorsichtig sein, wie stark der

Fig. 85.

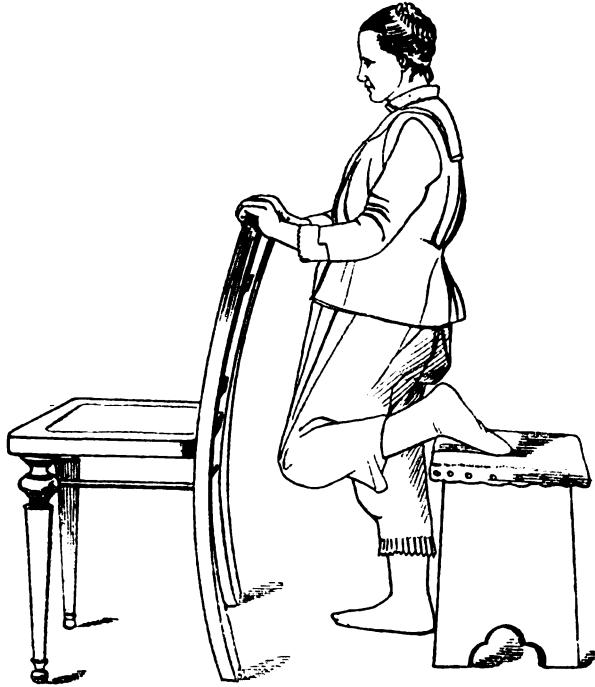


Widerstand bemessen werden soll. Auch die Patientin liebt es, durch Anhalten des Atems grössere Kraft zu entfalten. Gerade das giebt ein richtiges Mass: die Uebung darf nur so viel Kraftaufwand von seiten der Patientin erfordern, dass sie dabei ruhig atmen könne. Hierauf soll der Arzt ein besonderes Augenmerk richten, die Patientin muss bei den Bewegungen immer ruhig atmen.

Die Kombination der Bewegungen ist von Wichtigkeit. Das Beste ist, man macht sich ein Rezept für jede Patientin und

wechselt von Zeit zu Zeit mit den Bewegungen, indem man zu anstrengenderen übergeht. Das wird auch durch die Abwechslung das Interesse der Frau wach halten. Immer beschliesse man die Uebungen mit einer Atembewegung und lasse die Bewegungen nicht zu rasch aufeinander folgen, sondern zwischen zweien sei eine Pause, während welcher die Frau im Zimmer auf und ab geht.

Fig. 86.



Die Reihenfolge, die Kombination, die Zahl der Uebungen zu bestimmen ist Sache des Arztes. Hierbei muss vor Augen gehalten werden, dass bei Blutungen und Entzündungsprodukten ableitende Bewegungen notwendig sind, zuleitende nur bei Amenorrhöe und Dysmenorrhöe, wenn sie die Folgen von gestörter Nutrition der Genitalien sind, also Uterus infantilis, Atrophia uteri. Wie der Arzt nun im Rahmen dieser Regel verfährt, ist seinem Ermessen anheimgestellt; das richtige Mass wird er leicht treffen, wenn er nur nicht zu viel wird wollen. Man vergesse nie, dass die Heilgymnastik nur ein sehr wirkungsvolles Hilfsmittel ist, aber kein Heilmittel; von ihr darf man nur eine Wirkung auf das Allgemeinbefinden erwarten,

wobei nebensächlich etwas für das Grundleiden abfällt durch die oft erwähnte erfahrungsmässige Beeinflussung der Cirkulation. Sie muss daher mit Ausdauer fortgesetzt werden und wird dann immer segensreich wirken. Nicht die Zahl und Zeitdauer der täglich vor-

Fig. 87.



genommenen Uebungen macht es, sondern in der anhaltenden wochenlangen Fortsetzung liegt die Garantie des Erfolges.

Schluss.

Ich war bestrebt, alles das, was ich über Thure Brandt's Methode aus Erfahrung weiss, nach Möglichkeit klar auseinanderzusetzen. Ich glaube, es wird jeder fähig sein, die Sache nach diesen Erörterungen nachzumachen. Ich habe Citate und weitläufige Auseinandersetzungen absichtlich vermieden und beschränkte mich

Dellinger, Die Massage.

bloss auf das Allernotwendigste, was zum Verständnis der Methode und zur Begründung meines Urteils über dieselbe gesagt werden musste. Was hier beschrieben ist, das ist das Wesen dieser Behandlungsweise aller Nebensächlichkeiten entkleidet. Einen Zweck glaube ich gewiss erreicht zu haben, nämlich ein richtiges Bild gegeben zu haben von dem, was Brandt meint.

Fig. 88.



Meine Ansichten über diese Methode sind sehr verschieden von denen, welche so ziemlich allgemein verbreitet wurden. Die Prolapsbehandlung entspricht durchaus nicht den Erwartungen, die man an sie knüpfte, wenn auch in manchen seltenen Fällen Heilung erfolgt, aber die Massage der Entzündungsprodukte, die Dehnung und Lösung der Fixationen und hauptsächlich die Anwendung der Heilgymnastik in der Gynäkologie haben einen grossen Wert. Mit diesen werden wir da oft Erfolg haben können, wo uns die alten Heilmittel im Stiche lassen. Ihre Anwendung ist schwer, zeitraubend, aber in geeigneten Fällen auch wirkungsvoll. Doch ihre Anwendung erfordert nicht nur

Uebung in der Methode, sondern auch grosse Uebung in der gynäkologischen Diagnostik. Das wird für immer ein Hindernis der allgemeinen Verbreitung bleiben. Wenn Brandt bei den schwedischen Aerzten gar keine Anerkennung findet, so muss er das dem zuschreiben, dass er dieses Letzte nicht gut bedachte. Er hat für Masseure geschrieben, sie unterrichtet; er meinte, die weiblichen Genitalien seien ein ebenso gutes Objekt für Masseure, wie etwa ein rheumatischer Muskel. Diesem Missgriff verdankt er seinen Miss-

Fig. 89.



kredit. Hierzu kam, dass er sein Gebiet zu weit ausdehnte, wie Laien es immer thun, ein Universalmittel gefunden zu haben glaubte, und seine Schüler thaten dann auch durch Fehler das Ihrige dazu bei, die Methode bei den Aerzten verhasst zu machen.

Ich glaube den Beweis erbracht zu haben, dass Brandt diese schlechte Meinung wirklich nicht verdient. Er wird die Gynäkologie nicht umändern, wie man nach den ersten Mittheilungen hätte erwarten müssen, aber das Verdienst wird unvergänglich bleiben, dass er die Massage und Heilgymnastik in die Gynäkologie als System eingeführt hat.

Zur Massage in der Geburtshilfe.

Was an Massage in der Geburtshilfe zur Verwendung kommt, ist in jedem Lehrbuche über Geburtshilfe zu lesen; es ist hier überflüssig, dieses besonders zu besprechen, wie es in manchen Lehrbüchern über Massage geschieht. Die hier üblichen Handgriffe sind in der Geburtshilfe schon so eingebürgert, dass ihre Besprechung anderswohin gar nicht passt, sie können aus jenem Rahmen nur unzweckmässig und gewaltsam herausgerissen werden.

DR. F. N. MIZNER,
27. FRANKF. SGO.

J. 31

DIE MASSAGE.

FÜR ÄRZTE UND STUDIERENDE.

VON

DR. JULIUS DOLLINGER,
DOZENT IN BUDAPEST.

MIT 113 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN ABBILDUNGEN.

LANE LIBRARY

DR. E. STELTZNER

STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1890.