

Erregungsnerven operativ ausschalten. *Cotte* erzielt das durch die relativ einfache Resektion des N. praesacralis, *Violet* durch die wesentlich kompliziertere Unterbrechung der hypogastrischen Nerven am Grunde des Ligamentum latum und zu beiden Seiten des Rektums, *Blos* durch die technisch auch nicht einfache Lähmung des Ganglion cervicale mit Alkoholinjektionen. — Unübersichtbar ist die Zahl der Medikamente, die zur Kupierung der dysmenorrhoeischen Schmerzen empfohlen worden sind. Einige dieser Präparate, die *Dreyer* in einer dankenswerten Arbeit zusammengestellt hat (*»Ars Medici«* 1928, S. 469), sollen die Krampfbereitschaft der glatten Muskulatur des Genitales und seines nervösen Apparates herabsetzen. Hieher gehören Atropin, Papaverin, Benzylbenzoat, Uzara und Ephetonin, welche in einer Reihe von Fabrikspräparaten (Aleuthan, Spasmalgin, Methyrin, Dysmenural, Betilon, Dismenol usw.) enthalten sind. Sie werden zweckmäßig mit Mitteln kombiniert, welche die Aufnahmefähigkeit des Gehirns für schmerzhafte Reize herabsetzen, z. B. Antipyrin, Pantopon, Chinin, Pyramidon, Kodein usw. Wenn die Schmerz-anfälle mit verminderter Blutausscheidung einhergehen, ist die Kombination mit Yohimbin (z. B. in dem Präparat Menolysin) oft nützlich, während bei starker Menstruation mit Abgang klumpig geronnenen Blutes ein Zusatz von Hydrastis und ähnlichen blutstillenden Mitteln angezeigt ist.

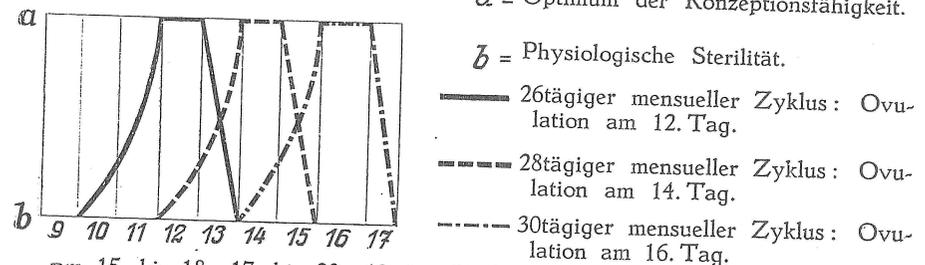
Einen großen Fortschritt in der Behandlung der Dysmenorrhoe bedeutet sicherlich die Aufdeckung des oft psychogenen Ursprungs dieses Leidens und die Anwendung der Psychotherapie zu seiner Bekämpfung. Nachdem schon mehrere Autoren darauf hingewiesen hatten, daß sich der Beginn der Dysmenorrhoe manchmal an ein psychisches Trauma anschließe, konnten Verfasser und *Harnik* (*»Ars Medici«* 1929, S. 238) durch Beobachtungen an einem großen Material nachweisen, daß die typische und häufigste Form des dysmenorrhoeischen Schmerzes, die Menstrualkolik, in allen Fällen psychogenen Ursprungs ist. Gegenüber dieser Form treten die anderen, durch organische Veränderungen bedingten Dysmenorrhoeformen, der Wehenschmerz, der mit der Ausstoßung eines abnormen Uterusinhalt verbunden ist, und der Hyperämie- oder Kapselspannungsschmerz bei entzündlichen Erkrankungen des Genitales, an Häufigkeit und praktischer Bedeutung stark in den Hintergrund. Wenn man dem Beginn der Menstrualkolik nachforscht, erfährt man immer wieder, daß sich die erste schmerzhafte Periode an ein psychisches Trauma anschloß, das in der Mehrzahl der Fälle, aber durchaus nicht immer, eine Beziehung zum Sexualleben hat. Dieser erste Schmerz-anfall wird, bewußt oder unbewußt, mit der Vorstellung einer Erkrankung der Genitalsphäre in Zusammenhang gebracht, und die Angst vor der nächsten Menstruation genügt zur Auslösung von neuen Kolikanfällen. Je häufiger sich dieses Spiel wiederholt, um so präziser und heftiger wird dank der zunehmenden Bahnung die Reaktion. Günstige äußere Verhältnisse, welche Zufriedenheit und Glücksgefühl auslösen, können die größtenteils im Unterbewußtsein sich abspielenden psychischen Vorgänge unterdrücken und damit die Dysmenorrhoe vorübergehend oder dauernd beheben. Verschlechterung der äußeren Verhältnisse und der Stimmung führt zu Rückfällen. Zur Behandlung benötigen wir in der Regel nicht die langwierige Psychoanalyse oder andere komplizierte psychische Behandlungsmethoden; es genügt in den meisten Fällen die Aufklärung der Patientin, die Aufdeckung des psychischen Traumas und die Klarlegung des Zusammenhanges von Trauma und Dysmenorrhoeangst. Damit schwinden die Angst und das Gefühl der sexuellen Minderwertigkeit, welches man bei Dysmenorrhoeerkrankten regelmäßig antrifft. Diese Behandlungsmethode ist jedem Arzt zugänglich, der sich in die Psyche seiner Patientin einzuleben weiß, und führt meist zu einem vollen Erfolg. Rückfälle sind natürlich bei neuerlichen ungünstigen Einwirkungen möglich und dann ebenso zu behandeln. Verschlussenen, mißtrauischen Patientinnen gegenüber bleibt freilich jede psychische Behandlung machtlos. (Fortschr. d. Ther. Nr. 4, 1931.)

## Die Entfernung gequollener Laminariastifte

bereitet bekanntlich manchmal große Schwierigkeiten. Der Stift ist ober- und unterhalb des Muttermundes keulenförmig angeschwollen und der Muttermund um die Schnürfurche fest kontrahiert. *A. Rieck* (Altona) konnte sich oft mit starken Seidenfäden helfen, die er etagenförmig um das kurze Endstück legte; aber der Uterus wird dabei abnorm stark nach außen gezerrt. Bei einem Falle, wo alle angewandten Methoden versagten und Verfasser schon die blutige Spaltung der Zervix in Erwägung zog, kam er schließlich auf den Gedanken, neben dem Laminariastift den feinsten Hegarschen Dilatator einzuschieben, und zwar je einmal vorn, hinten und zu beiden Seiten, und ihn jedesmal sofort wieder herauszuziehen. Darauf ließ sich der Quellstift mühelos entfernen. Das Verfahren hat sich dem Verfasser später wiederholt bewährt. Es wirkt wohl weniger durch Erweiterung der Zervix als durch Aufhebung der Adhäsion und durch die eindringende Luft, die das enge Anliegen des Stiftes lockert. (Ztrbl. f. Gyn. Nr. 9, 1931.)

## Über Konzeptionstermin und Konzeptionsverhütung.

Nach Prof. *H. Knaus* (Assist. d. Univ.-Frauenklinik, Graz) können Frauen mit regelmäßig vierwöchentlichem Monatszyklus in den ersten zehn Tagen (vom ersten Menstruationstage an gerechnet) und nach dem 18. Tag nicht empfangen. Der Konzeptionstermin ist auf den 11. bis 17. Tag beschränkt. Das Optimum der Empfänglichkeit liegt in der Zeit der Ovulation zwischen dem 13. und 14. Tag. Bei regelmäßigem Zyklus von 26, 30 bis 32, 32 bis 34, 34 bis 38 Tagen liegt der Konzeptionstermin am 9. bis 15., bzw. am 13. bis 21., 15. bis 23., 17. bis 25. Tag mit dem Optimum (Ovulation) am 11. bis 12., bzw.  $\alpha$  = Optimum der Konzeptionsfähigkeit.



am 15. bis 18., 17. bis 20., 19. bis 23. Tag. Der Autor hat sogar ein »technisches Hilfsmittel« angegeben (offenbar eine Art Kalender), das einfach und sicher die Zeit der Empfänglichkeit regelmäßig 26- bis 30-tägig menstruirender Frauen zeigt (erhältlich bei *H. Heybler*, Stübing bei Graz, Österreich).

Es handelt sich hier nicht um eine bloße Hypothese, sondern um eine praktisch bereits bewährte, unter anderem von *K. Ogino* (*»Ars Medici«*, S. 267, 1930) bestätigte, biologische Tatsache. Nach diesem Autor erfolgt die Ovulation am 12. bis 16. Tage vor den Menses (manchmal von leichten, menstruationsartigen Beschwerden, selbst Schmerzen in einer Ovargegend begleitet, regelmäßig am selben Tag in der Mitte des Intermenstruums auftretend). Tritt also keine Befruchtung ein, so erfolgt die nächste Periode am 13. bis 17. Tag nach der Ovulation. Diese Zeitbestimmung ist unabhängig von der Dauer und der eventuellen Unregelmäßigkeit des Menstruationszyklus. Die Eizelle der Säuger bleibt nach *G. Pinkus* allem Anscheine nach nur wenige Stunden imprägnationsfähig, da sie sich kurz nach ihrem Eintritt in die Tube mit einer soliden Eiweißhülle umgibt, welche das Eindringen von Spermatozoen verhindert. Auch die Spermatozoen verlieren in den weiblichen Genitalien ihre Befruchtungsfähigkeit, und zwar nach drei (nach *Knaus* sogar schon nach zwei) Tagen, während ihre Beweglichkeit länger erhalten bleibt. Ebenso hat das Corpus luteum spurium

eine autonom beschränkte Lebensdauer von etwa 14 Tagen. Wird das Ei befruchtet, so sondert es nach der Implantation ein Inkret ins mütterliche Blut ab, welches die Umwandlung des Corpus luteum spurium in das C. l. verum s. graviditatis bewirkt. Daraus ergeben sich nach *Ogino* (l. c.) folgende Schlüsse: 1. Der Konzeptionstermin liegt zwischen dem 12. und 19. Tag vor den erwarteten Menses (= fünftägiger Ovulationstermin und drei Tage davor). 2. Da aber in seltenen Fällen die Spermatozoen bis zu acht Tagen fruchtbar bleiben können, ist eine Konzeption noch weitere fünf Tage, bis zum 24. Tag, nicht ganz ausgeschlossen. 3. Zwischen dem ersten und elften Tag vor den erwarteten Menses ist die Konzeption unmöglich.

Zur Frage der Konzeptionsverhütung bringt *H. Albrecht* eine eingehende Schilderung der »anglo-amerikanischen Kombinationstechnik« (s. »*Ars Medici*«, 1930, S. 449). Er verwendet das Scheidenokklusivgummipessar Ramses, dessen Rand durch eine Spiralfeder kreisförmig gespannt wird. Vor der Einführung wird das Pessar mit Rp. Acid. lact. 1.0, Acid. bor. 10.0, Ungt. Glyc. ad 100.0 eingeschmiert. Sodann wird die Spiralfeder zusammengedrückt und das gefaltete Pessar so eingeführt, daß der vorausgehende Rand möglichst weit nach hinten oben gelangt, worauf der vordere Rand möglichst weit nach vorn oben, hinter die Symphyse geführt wird. Die Anleitung erfolgt zuerst nach einer Zeichnung über die gewünschte Lage des Pessars. Dann hat die Frau, während der Arzt sich wewendet, mit einem Gummifingerling ihre Portio abzutasten, worauf man das Pessar soweit einführt, daß der obere Rand hinten und der untere vorn hinter dem Scheideneingang liegt. Während man sich wieder wewendet, palpiert die Frau diese Lage des Pessars, worauf man es durch Hochschieben des vordern Randes in die richtige Lage bringt und diese durch die Frau abermals kontrollieren läßt. Dann muß die Frau wiederholt selber Einlegen des Pessars unter Nachkontrolle des richtigen Sitzes und Wiederherausnehmen üben, wobei sie besonders darauf zu achten hat, daß der Zapfen der Portio ganz von der Kappe bedeckt ist. Wichtig ist, daß kein zu kleines Pessar gewählt wird. Unter Nr. 60 soll man auch bei Nulliparen nicht heruntergehen, für Multiparae nehme man Nr. 70 bis 80. Das Pessar wird am besten regelmäßig bei der Abendtoilette eingeführt, nachdem es mit obiger Salbe bestrichen wurde oder nachdem vor dem Einlegen des Pessars ein Antikonzipiens (Speton, Semori, Patent-Ex, Speton-Ex usw.) eingeführt wurde. Am nächsten Morgen Spülung, Herausnahme des Pessars, neuerliche Spülung. Das Pessar wird mit Glycerin bestrichen aufbewahrt. — Empfohlen wird auch das »Garantopessar«, eine Portiokappe aus Gummi mit starrem Ring, deren Einführung für die Frau etwas schwieriger ist. (M. m. W. Nr. 9, 1931.)

### Puerperalfieber — Jodbehandlung.

Wir wissen heute, daß die Anfachung der dem Körper eigenen Abwehrkräfte durch Roborantia, Wärme, Bestrahlungen und Reizkörperwirkungen unsere beste Waffe gegen das Puerperalfieber ist. Bakterientötende Mittel kommen erst in zweiter Linie in Betracht, müssen aber trotzdem bei jedem Falle angewendet werden, da wir einem Fieber nach Geburt oder Abortus nicht ansehen können, ob es nur einen Tag dauern oder sich zu einer schweren Sepsis entwickeln wird. Die kolloidalen Metalle und die Farbstoffzusammensetzungen (Akrindinderivate usw.) haben sich wenig bewährt und sind vor allem nicht ganz unschädlich für Leber, Herz und Nieren. Auffallend gut haben sich, wie Oberarzt *H. Schultze* (Städt. Krankenh., Berlin-Wilmersdorf) berichtet, in den letzten Jahren nach übereinstimmenden Mitteilungen die Jodpräparate bewährt. Die zur Verfügung stehenden Jodpräparate haben aber ihre Mängel; von der Pregel-Lösung muß man, um eine Wirkung zu erzielen, 30 bis 150 cm<sup>3</sup> venös verabfolgen, was technisch nicht einfach ist; die Jodzerverbindungen wiederum haben keinen sicher nachweisbaren Einfluß gezeigt. Deshalb erprobte Verfasser gern ein neues derartiges Präparat, welches das Sächsische Serumwerk

A.-G. unter dem Namen »Inoid« in den Handel bringt, von dem man nur 2 cm<sup>3</sup> venös zu injizieren braucht. Das neue Mittel enthält 0.15% Jod und 2% Jodkali. Bei 50 Fällen von Fieber im Wochenbett nach Geburten und Frühgeburten hat sich das Inoid gut bewährt, 28mal war nur eine Injektion erforderlich, 14mal zwei bis fünf Injektionen. Zweimal entwickelte sich trotz mehrerer Injektionen später ein lokalisierter puerperaler Prozeß (Thrombophlebitis, Adnexitis) und in sechs Fällen, bei denen schon puerperale Manifestationen vorlagen, war das Inoid erfolglos. Ungünstige Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Das Inoid ist natürlich kein Universalmittel gegen puerperale Infektionen, kann aber unbedingt zu einem Kupierungsversuch im Initialstadium empfohlen werden. (D. m. W. Nr. 6, 1931.)

## Pädiatrie.

### Empyeme im Säuglings- und Kindesalter.

Die Grundkrankheit des Empyems ist im Säuglingsalter und in den ersten Lebensjahren des Kindes eitrige Bronchopneumonie, später die kruppöse Pneumonie. *C. Stamm* (Kinderkrankh. Rothenburgsort e. V., Hamburg) hält die Prognose nur bei älteren Kindern für günstig; metapneumonische Empyeme geben eine bessere Heilungsaussicht als synpneumonische; metastatische Empyeme bei Sepsis sind infaust zu beurteilen. Auch die Grippeempyeme haben eine ungünstige Prognose wegen der meist vorhandenen Mischinfektion mit Streptokokken. Bei diesen Formen wird die Rippenresektion wegen der Gefahr des Mediastinalflatterns nach vollständiger Entleerung eines sehr dünnflüssigen Exsudates nicht mehr vorgenommen und ist höchstens auf jene Fälle zu beschränken, wo bei älteren Kindern nach der Punktion eingedickter Abszeßleiter zurückblieb. Es genügt aber dann auch die Thorakotomie. Bei großen, dünnflüssigen Ergüssen beginnt man mit der Punktion, an die eine Bülausche Drainage angeschlossen werden kann. Manchmal genügt schon die einmalige Punktion zur Heilung. Bei doppelseitigem Empyem kommt nur sie in Betracht. Nach der Punktion macht man eine Spülung mit physiologischer Kochsalz-, 1%iger Rivanol- oder 1/8%iger Vuzinlösung. Auch in bedrohlich scheinenden Fällen vermeidet man frühes operatives Eingreifen und verwendet nur die Punktion mit anschließender Spülung, eventuell öfters wiederholt. Erst vom dritten Lebensjahre an kann man, wenn die Probepunktion Pus bonum et laudabile ergeben hat, die Rippenresektion in Erwägung ziehen. (Monatsschr. f. Kinderhk., Bd. 49, H. 1, 1931.)

### Ernährungsfragen im Säuglings- und Kleinkindesalter.

Aus einem Vortrag von Prof. *A. Reuß* (Wien).

Bei Ernährungsstörungen ist es oft am besten, Frauenmilch mit der Heilmilch (Eiweißmilch, Kalziummilch, Buttermilch, Mandelmilch usw.) zu mischen, und zwar meist zu gleichen Teilen. Bei appetitlosen, atrophischen Säuglingen bewährt sich ausgezeichnet eine leicht herzustellende Mischung aus Frauenmilch mit einer Doppelnahrung aus Vollmilch (4% Kindermehl und 13% Zucker, respektive 11% Zucker und 1% Butter).

Dyspepsien gut gedeihender Brustkinder dämpft man zuerst mit Tannalbin, Eldoform o. dgl. und füttert dann künstliche Nahrung zu, wenn das Gedeihen gestört ist. Meist genügen die gewöhnlichen Milchmischungen.

Zur künstlichen Ernährung eignet sich am besten im ganzen ersten Halbjahr Zweidrittelmilch mit Zusatz von 6% (des Gemisches) Kochzucker. Da es sich um eine Gleichnahrung handelt (Nährwert gleich der Frauenmilch), so ist die Dosierung wie bei der Frauenmilch, also in der zweiten Woche 1/2 Liter täglich, Ende des zweiten Monats 800 g, Ende des fünften Monats 900 bis 1000 g. Die Größe der Einzelnahrung erhält man durch Division