

gabe des Herztons möglich, sondern darüber hinaus eine feine Analyse der Herztöne und Geräusche. Mehrere amerikanische Kliniker weisen auf den großen Unterrichtswert des „Stethophons“ hin. Der weiteren Verbreitung der amerikanischen Apparatur dürfte einsteilen der hohe Anschaffungspreis im Wege stehen.

„Vaglavator, eine neue Erfindung.“

Von Dr. W. Berger in Dresden.

Auch in unserer Zeit, in der von der Homöopathie bis zur Augendiagnose alles nachgeprüft wird, gibt es meines Erachtens noch Methoden, die man nicht erproben, gegen die man sich sogar wenden soll, bevor eine allzu allgemeine Prüfung stattgefunden hat.

Zu solchen von vornherein abzulehnenden Methoden rechne ich auch die Scheiden-Wasch-Methode mit dem Vaglavator von Julius Frankenstein (Nr. 29).

Bei dieser Methode wird ein Hartgummirohr in die Vagina eingeführt, dessen mit einem „Textilüberzug“ versehener Gummimantel mittels eines Gebläses „durch Aufpumpen beliebig erweitert“, also mehr oder minder prall aufgepumpt werden kann. Der Textilüberzug wird vorher mit der stark antiseptischen flüssigen Seife Vaglavine beschickt. Dann wird „der Ueberzug gegen die dadurch auseinandergespreizten Scheidenwände waschend und imprägnierend verschoben“; auch „kann man die Einfettung der Vagina vornehmen und mit einer leichten Massage verbinden“, gegebenenfalls „die Dehnung des Introitus vaginae“ ausführen, und „durch leichtes Bewegen des Apparates in der Scheide“ mit der Vaglavine Schaum erzeugen, wobei sich „mit Sicherheit Beschädigung durch Anstoßen oder Reiben“ vermeiden läßt. Die Zeit für die Verseifung durch leichtes Bewegen des Apparates in der Scheide wird auf „eine halbe Minute Höchstdauer“ ohne weitere Erklärung angegeben.

Der Apparat soll in erster Linie ein Prophylaktikum gegen die venerische Infektion des Weibes sein, soll dann zur ärztlichen Behandlung des Fluors und „mancher Neurosen“ dienen, und schließlich sich „diese aus Gesagtem leicht abzuleitende Methode“ wegen der sich sofort äußernden keimtötenden Kraft der Vaglavine zur „antikonzptionellen Verwendung“ empfohlen für die Fälle, „in denen der Arzt eine solche für nötig hält“.

Wieweit das Publikum — Patienten möchte ich hier nicht sagen — nach ärztlicher Indikation für die Anwendung antikonzptioneller

Mittel fragt, weiß jeder Laie. Wert und Sinn dieser Betonung der ärztlichen Indikation ist also gar nicht einzusehen, und das um so weniger, als das Instrument naturgemäß nicht nur für den Arzt bestimmt ist und schon durch eine Deutsche Vaglavator-Co. vertrieben wird.

Das ist aber nicht der springende Punkt, obwohl es recht lehrreich ist, sich über den Zweck solcher offenbar nutzlosen, scheinbaren Indikationsstellung Gedanken zu machen. Es handelt sich auch nicht so sehr um die Frage, ob dieser Apparat Besseres leistet als ähnliche schaubildende antikonzptionelle Mittel, auch nicht um seinen durchaus zu bezweifelnden Wert als Prophylaktikum, das wie alle diese Mittel Urethra, Bartholinsche Drüse und Skenesche Gänge ungeschützt läßt, oder gar um seine Brauchbarkeit als Behandlungsinstrument.

Meine Warnung weist vielmehr auf die Gefahren hin, die beispielsweise, um nicht die Kuhnesche Methode anzuführen, viele Frauenärzte in der ohne Indikationsstellung und laienhaft angewandten Thure-Brandtschen Massage sehen.

Warum heißt das Instrument überhaupt „Scheiden-Wasch-Apparat Vaglavator“? Zum Waschen gehören doch im allgemeinen Wasser als das Wichtigste, dann Seife und mechanische Reibung. Diese Methode kennt nur eine antiseptische Seife und die mechanische Reibung als „leichtes Bewegen“, „leichte Massage“ zur Schaumerzeugung und Verseifung usw., also Bewegungen, die zum allermindesten leicht zur Masturbation führen oder ausarten können. Denn es ist nicht mit Sicherheit zu erwarten, daß von den Gebräuchern zu dieser Verseifung die verlangte „Höchstdauer von einer halben Minute“ immer eingehalten wird, zumal das Instrument zur Masturbation äußerst geeignet erscheint. Der Herr Erfinder scheint möglicherweise auch derartige Bedenken gehabt zu haben; wenigstens ist anders die Beschränkung der Verseifung auf eine halbe Minute Höchstdauer schwer zu erklären.

Die Anwendung des Vaglavators birgt also ernste Gefahren, während es durchaus zweifelhaft ist, ob damit die Frage nach einem sicher wirkenden antikonzptionellen Verfahren oder „der lange schon vergeblich ersehnten Scheidenprophylaxe“ weiter gebracht ist. Bei der Fluortrocknenbehandlung könnten mit dem Apparat nur viel zu kleine Pulvermengen eingebracht werden, und zur Behandlung des wahrscheinlich gemeinten Vaginismus sind starre Instrumente ausreichend oder nötig. Dem sogenannten dringenden Bedürfnis ist wenigstens für uns Aerzte mit dieser Erfindung nicht abgeholfen.

Fortschritte der gesamten Medizin.

Orthopädie.

Von Dr. Hans Debrunner in Zürich.

Die glücklicherweise nicht gerade häufigen Lähmungen der Glutäalmuskulatur bieten einer erfolgreichen Therapie immer wieder große Schwierigkeiten. Es ist daher nicht verwunderlich, wenn die Orthopäden versuchen, den Ausfall der Muskulatur durch plastische Operationen wettzumachen. Lange lehrte, die Kräfte des M. vastus lateralis in den Dienst der Hüftabduktion zu stellen. Er löst den Ursprung des Muskels vom Trochanter und befestigt eine Reihe von Seidenfäden in seinem abgelösten Ende, die er fächerförmig unter der Haut bis zur Crista ossis ilei führt und dort verankert. Krukenberg und Samter verlagern Teile des M. obliquus externus. Handelt es sich um isolierte Lähmungen des M. gluteus maximus, so verwendet Lange den M. erector trunci. Dies Verfahren baute Kreuzscher aus und beschrieb es an Hand von sehr schönen Abbildungen im 40. Band der Zeitschrift *Surgery, Gynecology and Obstetrics* (Mai 1925). Auch die amerikanischen Aerzte haben die Erfahrung gemacht, daß mit Apparaten oder Bandagen die Lähmung nicht oder nur sehr schwer und auf Wegen zu korrigieren ist, die für den Patienten große Unannehmlichkeiten mit sich führen. Die Arthrodesen der Hüfte schafft allerdings sofort einen guten Halt, bringt aber wiederum eine Reihe von Nachteilen mit sich, die man gerne umgehen möchte. Kreuzscher legt den M. sacrospinalis von einem hinteren Längsschnitt aus frei. Er spaltet die Faszie längs und löst darauf ein dickes Muskelbündel in der Höhe der Ansatzstelle vom Kreuzbein. Die mächtige Fleischmasse wird nach oben geschlagen, damit man darunter die Faszie wieder genau vernähen kann. Darauf versenkt der Operateur vier lange und kräftige Seidenfäden im distalen Ende des Muskels. Um so wenig Nekrosen als möglich zu erzielen, werden sie mit Fettbäuschchen überall da unterfüttert, wo sie ins Fleisch einzuschneiden drohen. Die Seidenfäden werden subkutan in die freigelegte Gegend des

Trochanter major geführt, am Knochen durch einen Bohrkanal gezogen und so befestigt. Damit nicht eine zu starke Streckfunktion die Abduktionskomponente beeinträchtigt, verbindet Kreuzscher die Trochanterspitze auch noch durch einen subkutan gelagerten Faden mit dem Vorderrande des Darmbeinkammes. Die gut ausgedachte Operation scheint sich nach den Erfahrungen des Erfinders zu bewähren und dürfte in den sonst aussichtslosen Fällen zur Anwendung empfohlen werden.

Im 23. Bande des Archivs für orthopädische und Unfallchirurgie (März 1925) berichtet Kortzeborn über 40 Fälle von Kniegelenksversteifungen, vornehmlich Quadrizepskontrakturen, die in der Payrschen Klinik auf operativem Wege behandelt worden waren. Das von Payr schon im Jahre 1917 aufgestellte Bild der myogenen Versteifung des Kniegelenks in Streckstellung bildet sich meist nach lange dauernder Ruhigstellung des Gelenkes aus. Eines der auffallendsten Symptome dieser Art von Knieversteifung ist die Erhaltung des eigentlichen Gelenkes als solches. Nur in mit Gelenkverletzungen komplizierten Fällen treten intraartikuläre Veränderungen schwerer Art auf, die zu ankylotischen Zuständen führen. Die Versteifung ist sonst bedingt durch eine Verödung des oberen Kapselrezessus, der, unter der Quadrizepsstrecksehne gelegen, zu Verwachsungen des Streckmuskels mit seiner Unterlage und dem Femur Veranlassung gibt. Payr sieht das Wesen der Kniestreckkontraktur in einer Erkrankung des muskulären Streckapparates, in einer rasch sich entwickelnden Atrophie der Strecker mit dem Ausgang in nutritive Verkürzung. Wahrscheinlich spielen die von W. A. Meyer nachgewiesenen Tonusveränderungen eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der Kontrakturen. Der in Streckstellung vollkommen entspannte Quadrizeps entbehrt eben wegen dieser Entspannung eines ernährungsfördernden Tonus, sodaß er einer ziemlich rasch einsetzenden Atrophie anheimfällt. Die Behandlung erstreckte sich hauptsächlich auf Maßnahmen außerhalb des Gelenkbereiches. Als Kontraindikationen haben zu gelten: Hohes Alter