

Den schnellsten Erfolg sah ich bei weiblicher Urethritis (23 Fälle), wo ich mit warmer Kal. permang.-Lösung auf dem Bidet Waschungen vornehmen und danach einen mit meiner Lösung getränkten Wattebausch vor die Urethra legen ließ. Meine Erfahrungen erstrecken sich nur auf Urethritis, die Einwirkung auf Zervixkatarrh bedarf noch der Prüfung.

Hier möchte ich aber nicht verfehlen, vor der bei neuen Mitteln so häufigen Uebertreibung, sowohl nach der günstigen wie nach der ungünstigen Seite zu warnen. Es können Fehler vorkommen, die eine Heilung verzögern oder hindern, wie Alkoholgenuß oder sogar — leider — der Koitus, und zweitens kann irgendeine alte Komplikation, besonders ein Infiltrat der Schleimhaut, vorliegen.

Können aber die genannten Ursachen des Mißerfolges ausgeschlossen werden, dann hat man die Pflicht, schon nach einigen Tagen nach einer Komplikation zu suchen und diese in Behandlung zu nehmen.

Scheint eine schnelle Heilung einzutreten, so warne ich vor dem Fehler der Alkohol- oder der Provokationsprobe. Denn diese bedeutet eine Düngung, d. h. Verbesserung des Nährbodens für die Gonokokken, bewirkt also das Gegenteil der vorliegenden Methode. Zur Feststellung, ob noch Gonokokken vorhanden sind, müssen alle Injektionsmittel bei gänzlicher Abstinenz in Baccho et Venere fortgelassen und das Hornröhrensekret öfter, bis 10 Tage lang, mikroskopisch untersucht werden.

Meine Erfahrung erstreckt sich auf eine große Anzahl von Urethritis gonorrhoeica bei Männern, rund 2400. Die Lösungen wurden in Salzen und Konzentrationen häufig geändert, um die bestwirkende Form zu ermitteln.

Um meine Methode, ohne Anwendung der Antiseptika den Bakterien die Lebens- und Fortpflanzungsbedingungen zu nehmen, unter Benutzung indifferenten Kristalloidlösungen allgemein den Ärzten zugänglich zu machen und eine dauernd gleichmäßige Herstellung zu gewährleisten, übergab ich die Herstellung des „Intraxyls“ einer Fabrik.

Die Behandlung nach meiner Methode mit „Intraxyl“ ist nur an Hand genauer mikroskopischer Untersuchung von Wert, da nur diese über die Zellneubildung und das Verhalten der Zellen Aufschluß geben kann.

„Vaglavator, eine neue Erfindung“.

Von Dr. Julius Frankenstein in Berlin-Schöneberg.

Bei der Stellungnahme Dr. W. Bergers (Dresden) zu meiner Erfindung (Nr. 29), dem Apparat „Vaglavator“ (in Nr. 32 S. 1325), den er nicht kennt und dessen allgemeine und eingehende Prüfung ihm höchst unerwünscht scheint, handelt es sich nach seinen eigenen Worten nicht um eine Würdigung des Wertes oder Unwertes der Erfindung, sondern seine „Warnung“ weist vielmehr auf die Gefahren hin, die viele Frauenärzte „in der ohne Indikationsstellung und laienhaft angewandten Thure-Brandtschen Massage sehen“. Berger meint nämlich als tertium comparationis zwischen der Thure-Brandt-Massage und meinem zu völlig anderen und von ihm auch ausdrücklich genannten Zwecken konstruierten Apparat die Möglichkeiten, „die zum allermindesten leicht zur Masturbation führen oder ausarten können“.

Darauf ist zu erwidern: 1. Die Notwendigkeit ärztlicher Indikation und geschulter Anwendung einer Methode gilt für alle Methoden ohne Ausnahme auf medizinischem Gebiet von der Ohrenausspritzung bis zur subkutanen Injektion. Nach Berger müßte man alle diese Methoden von vornherein ablehnen, weil sie ja selbstverständlich auch indikationslos und laienhaft angewandt werden könnten. 2. Die Möglichkeit aber der Masturbation bei Anwendung des Vaglavators — und diese Möglichkeit ist der „springende Punkt“, wie Berger ausdrücklich hervorhebt — ist natürlich gar nicht an den Vaglavator gebunden, sondern einzig und allein an den Willen, an die Neigung und an die Neuropathie der Frauen; gleichgültig, ob der Vaglavator oder Irrigator oder Siccator oder sonst etwas gebraucht wird.

Berger hat sich aber nicht mit dem Hinweis auf Masturbationsmöglichkeiten begnügt, sondern hat auch — und das ist meines Erachtens ein Novum in der medizinischen Kritik — ohne Kenntnis und prüfende Anwendung des Vaglavators durch theoretische und hypothetische Bemängelungen und Anzweiflungen den Apparat herabzusetzen versucht. Er hat dabei Sinn, Zweck und Neuartigkeit des Vaglavatorapparates so völlig verkannt, daß ihm das Unglück begegnet ist, diesen einzig und allein zur Sprache stehenden Apparat mit irgendwelchen existierenden, schaubildenden Medikamenten zu verwechseln, zu identifizieren und zu vergleichen. Bei gründlicher Ueberlegung hätte Berger erkennen müssen: Es gibt keinen anderen Apparat, der in so einfacher und exakter Weise und in so kurzer Zeit die Vagina in ihren Ausbuchtungen derart glättet und somit auszustreichen imstande ist, wie der Vaglavator (siehe Patentschrift). Ob man zum Ausstreichen Kamillentee, essigsaurer Tonerde, ob man Protargol, Vaglavine oder Wasser oder sonst ein Mittel nimmt, steht — das ist ausdrücklich gesagt — völlig im Belieben des Arztes. Damit fällt auch die Bemängelung der Bezeichnung als Waschapparat fort.

Aus der Angabe, daß zur Bestreichung der Vagina höchstens eine halbe Minute nötig ist, hat Berger sehr merkwürdigerweise Schlüsse und Gedanken gefolgert, die ich gehabt haben soll! Derartige ist mir nie eingefallen. Die bekannte Tatsache, daß das Publikum bei Aspirin und Adalin, bei Präservativs und Scheidenspülungen usw. nicht erst auf die ärztliche Anweisung wartet, ist für mich im Gegensatz zu Berger gerade ein Grund, auf die Betonung der ärztlichen Indikation besonderen Wert zu legen, zumal ich mich an Aerzte wende. Wenn nun aber gar Berger aus dem natürlichen Umstande, daß der Vaglavator „schon durch eine Deutsche Vaglavator-Co. vertrieben wird“, die Verdächtigung ableitet, daß der Vaglavator nicht nur für den Arzt, sondern mit Ausschaltung des Arztes für das Publikum bestimmt ist, so weise ich diese ebenso verunglimpfende, wie in der Art der Schlußfolgerung geradezu verblüffende Unterstellung auf das allerentschiedenste zurück.

Eine von mir mit Unterstützung staatlicher Anstalten ausgearbeitete und mit Hilfe des Vaglavators durchführbare Methode der Prophylaxe des Weibes gegen beide venerischen Krankheiten harret noch der endgültigen Durchprüfung im Reichsgesundheitsamt. Die Veröffentlichung hierüber erfolgt selbstverständlich nach Erledigung dieser vor ihrem Abschluß stehenden Prüfung.

Fortschritte der gesamten Medizin.

Aus der Medizinischen Klinik der Universität in Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat O. Minkowski.)

Die Insulintherapie des Diabetes mellitus.

Von Dr. A. Wagner, Assistent der Klinik.

(Schluß aus Nr. 37.)

Zu den Nebenwirkungen des Insulins gehört in erster Reihe der hypoglykämische Symptomenkomplex, der als Folge einer zu starken Insulinwirkung auftritt. Klinisch macht sich das Krankheitsbild im Beginn durch Schwäche, Angstzustände, Zittern, Heißhunger bemerkbar und geht dann — wenn nicht eingegriffen wird — in Bewußtlosigkeit und Krämpfe über. Das Auftreten der hypoglykämischen Reaktion ist weder an eine bestimmte Blutzuckeremenge gebunden, noch ist die Insulindosis, nach der sie auftritt, einheitlich. Nach Priesel und Wagner (12) sind die Faktoren für den Eintritt hypoglykämischer Symptome: 1. Die Höhe des Blutzuckerausgangswertes, 2. die Größe der Insulindosis, 3. der Füllungsstand der Speicher mit mobilisierbarem Reservekohlenhydrat und die Kor-

relation der übrigen im Kohlenhydratstoffwechsel mitwirkenden Blutdrüsen, 4. die individuelle Empfindlichkeit der Zentren für Blutzuckerstürze.

Aus der Literatur erwähne ich die Fälle von Fletcher und Campbell (42), von denen 2 bei Blutzuckerwerten von 0,09% bzw. 0,06% hypoglykämische Reaktionen bekamen, während andere bei viel niedrigeren Werten (0,04) keine klinischen Erscheinungen boten. Staub (2) beschreibt Prodromalerscheinungen bei 0,104%, Fischer endlich (bei 0,067) macht ein zu rasches Sinken des Blutzuckers verantwortlich. Bornstein und Holm (43) sahen ein typisches Vergiftungsbild nach 10 Einheiten Insulin — die derselbe Patient vorher anstandslos vertragen hatte — ohne jede Senkung des Blutzuckers. Joslin (1) warnt vor großen Insulindosen besonders dann, wenn Durchfälle und Erbrechen bestehen und dadurch die Nahrung des Körper ungenutzt verläßt. Er sah in einem solchen Falle nach einer einzigen Einheit eine schwere hypoglykämische Reaktion. Bei schwachen, kachektischen, unterernährten Patienten scheint die Gefahr der Hypoglykämie viel stärker zu sein: ein Patient Allens und Sherills (44) geriet nach 1/2 Einheiten Insulin in einen Zustand schwerster Benommenheit, aus dem er nicht mehr erwachte; Woodyatt (45) sah einen schwer unterernährten Patienten, dem er Kohlenhydrate und das zu deren Verwertung notwendige Insulinäquivalent gab, an schweren Krämpfen bei niedrigem Blutzucker zugrundegehen. Es ist dies