

c3605

c3606

Vor allem benutzte ich die Terpestralsalbe, da das Terpestralsalbpulver nicht selten starke Reizerscheinungen hervorrief. Bei der Verwendung der Salbe habe ich Reizung der umgebenden Haut niemals beobachtet.

Den überraschendsten Erfolg zeigte ein mit Terpestralsalbe behandelter Fall von Lupus exulcerans. Es handelte sich um einen seit mehreren Jahren bestehenden Lupus mit mehrfachen, von grau-schmierigem Belag bedeckten Geschwüren. Bereits nach 14 tägiger Behandlung war ein Teil der Geschwüre vernarbt. In der Umgebung sah man noch Knötchen. Bei systematischer Weiterbehandlung mit Terpestralsalbe vernarbt die letzten Geschwüre, und nach mehreren Monaten waren auch die Knötchen verschwunden.

Bei 8 Kranken mit ausgedehnten Dekubitalgeschwüren habe ich die Terpestralsalbe ebenfalls angewandt. Schon nach einer Behandlung von wenigen Tagen zeigte sich eine lebhaft Granulationsbildung. In mehreren Fällen gelang es, durch die systematische Behandlung die ausgedehnten Defekte in kürzester Zeit zur vollständigen Heilung zu bringen.

Dieselbe günstige Wirkung sah ich auch bei Unterschenkelgeschwüren, auch hier trat Granulationsbildung und oft schnelle Ueberhäutung ein; selbst bei Fällen, die sich anderen Behandlungsmethoden gegenüber vollständig refraktär verhalten hatten.

In einem Fall von über handtellergrössem Röntgenulcus der vorderen Brustwand, der lange Zeit vorher vergeblich behandelt war, sah ich ebenfalls rasche Granulationsbildung und beginnende Ueberhäutung. Leider verliess die Kranke zu früh die Klinik.

Aus naheliegenden Gründen bringe ich keine einzelnen Krankengeschichten, möchte aber die Terpestralsalbe besonders für die Behandlung schlecht heilender eitriger Wunden empfehlen und zur Nachprüfung anregen. Es liegt natürlich nahe, die ätherischen Öle auch als Salbengrundlage für andere Zwecke zu verwenden, z. B. sind Versuche mit einer Diphtheriegiftsalbe im Gange.

Literatur.

Heinz: D.m.W. 1921 Nr. 13. — v. Noorden: M.m.W. 1921 Nr. 38. — Platz: Ebenda 1922 Nr. 46. — Sticker: Heilwirkung der terpenhaltigen Öle und Harze. Wien. Hölder, 1917.

Aus der gynäkologischen Universitätspoliklinik in München (Vorstand: Prof. Polano.)

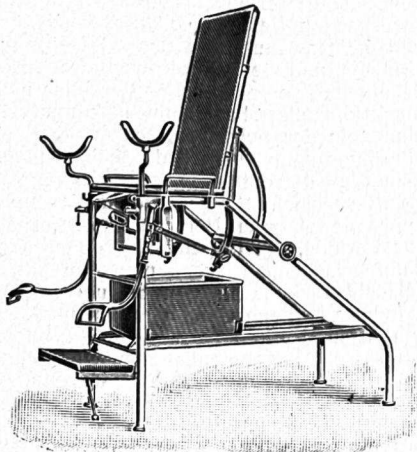
Ein neuer Untersuchungs- und Operationsstuhl.

Von Dr. F. Binz, Assistent der Poliklinik.

Es gibt eine Reihe von Untersuchungsstühlen, die den Zweck haben, die Herstellung der üblichen Untersuchungslage für gynäkologische Zwecke zu erleichtern. Sie vermochten sich nicht einzubürgern, entweder waren sie zu kompliziert und schreckten durch ihr ungewöhnliches Aussehen die Kranken mehr als nötig, oder sie bedurften zu ihrer Bedienung grosser Kraft von seiten des Arztes. Andere Modelle wiederum waren nur für spezielle Zwecke, nicht aber für die Bedürfnisse der allgemeinen Praxis geeignet. Diesen Mängeln soll der unten abgebildete Stuhl abhelfen.

Wie aus dem Bild ersichtlich, unterscheidet er sich auf den ersten Blick kaum von denen, an die das moderne Publikum bereits gewöhnt ist. Der neue Stuhl besitzt keinerlei Zahnräder, Kurbeln oder Hebel, die die Mechanik komplizieren oder der raschen Abnutzung unterworfen sind. Er gestattet die Trendelenburgsche Beckenhochlagerung. Mit Hilfe von Beinplatten, die im Bild weggelassen sind, entsteht ein Untersuchungs- und Operationsstuhl für chirurgische und andere Zwecke. 2 wegnehmbare Kniestützen dienen zur Lagerung der Kranken bei urologischen Untersuchungen und Operationen und bei vaginalen und Dammoperationen. Hierbei gestattet ein ausschaltbarer „Mitnehmer“ die Sitzfläche mehr oder weniger zu neigen, was dem Urologen wie dem Gynäkologen willkommen sein dürfte. Ein grosser, verschiebbarer Kasten nimmt die gebrauchten Tupfer etc. und die Spüllüssigkeit auf, ein unter der Sitzplatte befindliches Trichterspülbecken vermindert die Fallhöhe der Flüssigkeit und damit das unliebsame Verspritzen derselben.

Der neue Stuhl erfüllt also alle Anforderungen, die der chirurgisch, gynäkologisch und urologisch tätige Arzt an einen Universalstuhl für Untersuchung und Operation stellen kann. Darüber hinaus gestattet er aber besonders dem Frauenarzt die bequeme und dezente Herabsetzung der bei gynäkologischen Untersuchungen üblichen Steinschnittlage, eine Erleichterung, die Arzt wie Kranke nur angenehm sein kann. Eine Frau, die sich entschlossen hat, eine innere Untersuchung über sich ergehen zu lassen, empfindet diese selbst weniger peinlich, als die dazu nötigen Vorbereitungen, zu deren unangenehmsten Teil die Lagerung auf den Stuhl gehört. Die Beobachtung von Kranken zeigt, welche Ueberwindung es sie kostet, entweder aus eigener Kraft oder mit der vielleicht noch unangenehmer empfundenen Nachhilfe von der Hand des Arztes, ihre Beine in gespreizte Stellung bringen zu müssen, zumal der Arzt hierbei meist zu Füssen der Frau stehen muss. Der Vorteil des neuen Stuhles ist es nun,



diesen Akt der Initiative der Kranken zu entziehen, ohne dass der Arzt deshalb die Frau berühren muss. Die neue Vorrichtung, die diesem Zwecke dient, wird am besten durch den Vorgang bei der Lagerung selbst beschrieben:

Wie bei fast allen bisher üblichen Modellen setzt sich die Kranke mit Hilfe des Trittes auf die Sitzplatte. Die Fussstützen — bei den früheren Modellen hoch in der Luft und nur mühsam erreichbar — schweben hier kaum handbreit über dem Trittbrett und sind mühelos für die Füsse der Frau zu erreichen. Rücken und Kopf der Frau lehnen sich nun an die Lehne, für die Hände sind abnehmbare Handstützen vorgesehen. Der seitlich der Kranken stehende Arzt öffnet nun — entweder rechts oder links, je nach seinem augenblicklichen Standpunkt — die Arretierung (im Bild das kleine Rädchen am hinteren Stuhlbein). Mit der freien Hand regelt der Arzt die Neigung und Geschwindigkeit, mit der die Rückenlehne niedergelegt wird. Diese Bewegung wird durch eine Pleuelstange auf die Fussstützen übertragen und die Füsse werden gehoben. Gewicht der Beine und des Oberkörpers halten sich dabei derart die Wage, dass die Bewegung der Lehne keiner Anstrengung bedarf. Sobald die entsprechende Neigung der Lehne und Erhebung der Füsse erreicht ist, wird die Arretierung wieder zugekehrt, worauf die Untersuchung beginnen kann. Da es manchmal erwünscht ist, entweder die Beine übermässig stark zu heben, oder auch im Gegenteil nur wenig zu erhöhen, manchmal auch — etwa bei einseitigen Hüftgelenksaffektionen — ein Bein nicht die gleiche Exkursion wie das andere machen kann oder soll, so ist die Vorrichtung in diesem Sinne weitgehend mit je einem Griff auf jeder Seite verstellbar, ebenso auch vollkommen ausschaltbar. Die Länge der Fussstützen entspricht der bei anderen Modellen üblichen, doch ist für Fälle besonderer Länge oder Kürze der Beine eine Verlängerung oder Verkürzung mit je einem Griff möglich. Soll die Sitzplatte geneigt werden, so genügt ein Griff, um einen unter dem Sitz hängenden Bügel einzuklappen, der als „Mitnehmer“ wirkt die Sitzplatte mehr oder weniger neigt. Der Griff zum Verschieben des Trichterspülbeckens ist an geschützter Stelle, so dass er nicht mit Sekret oder Spülwasser beschmutzt eine Quelle der Uebertragung von Krankheiten wird. Der neue Stuhl ist aus Rohr, autogen geschweisst, weiss lackiert und hat vernickelte Armaturen. Er wiegt weniger als die meisten Modelle und ist trotzdem äusserst stabil.

Anmerkung: Herstellung und Vertrieb des geschützten Stuhles, D.R.M. Nr. 810755, liegt in den Händen der Firma L. Frohnhäuser, München, Sonnenstrasse. Der Preis ist etwa der gleiche wie der des Simsstuhles.

Aus meiner Gerichtsmappe. VI.

Sachverständigen Gutachten in einem Alimentationsprozesse.

Von A. Döderlein, München.

An das Amtsgericht N.

Betreff: L. gegen S. wegen Vaterschaft und Unterhalts.

Durch Beweisbeschluss des Amtsgerichts N. vom 7. VII. 1922 wurde ich zu einem Gutachten veranlasst über die Behauptung des Beklagten,

„es sei nach dem Reifegrad des am 18. XII. 1921 geborenen Kindes offenbar unmöglich, dass die Kindsmutter das Kind aus einer Beiwohnung des Beklagten vom 8. V. 1921 empfangen hat“.

Das klägerische Kind wurde am 18. XII. 1921 unter Hilfe der Hebamme E. geboren. Die Hebamme gibt darüber an: Das Kind hatte ein normales Aussehen; das Gesicht war rund und voll, die Farbe hellrot. Die Gliedmassen waren gut ausgebildet, die Knochen am Kopfe waren fest; man fühlte zwischen den Schädelknochen an der kleinen Fontanelle keine Lücke mehr, die Knochen lagen eng aneinander. Es waren Kopfhare in mässiger Zahl vorhanden. Keine Wollhäre. Keine sonst bei Frühgeburten beobachteten Anzeichen für Frühgeburten. Die Fingernägel waren fest und gut ausgebildet. Die Geschlechts-teile habe sie nicht genau angesehen, 9 Tage später habe sie das Kind gemessen und gewogen; es war 50 cm lang und 6 Pfund schwer.

Dr. M., prakt. Arzt in N., hat das Kind am 1. III. 1922, also etwa 3 Monate nach der Geburt gesehen und untersucht. Er gibt darüber an, dass die von ihm genommene Masse den Mittelwerten entsprechen hätten.

Nach den Aussagen der bei der Geburt anwesenden Hebamme muss angenommen werden, dass das Kind reif oder wenigstens nahezu reif, also am normalen Ende der Schwangerschaft, zur Welt gekommen ist. Ein am 18. XII. 1921 ausgetragenes Kind entstammt erfahrungsgemäss einem um Mitte März 1921 gelegenen Geschlechtsverkehr. Wäre das Kind dagegen erst am 8. V. 1921, dem Termin des Geschlechtsverkehrs mit dem Beklagten, gezeugt worden, so wäre sein Geburtstermin als am Ende der Schwangerschaft auf die Zeit um den 8. II. 1922 zu berechnen. Wäre dieses Kind aber am 18. XII. 1921 zur Welt gekommen, dann wäre es etwa 7 Wochen zu früh, also in der 33. Entwicklungswoche, geboren worden. Eine derartige Frühgeburt hätte eine Länge von etwa 40—42 cm gehabt und ein Gewicht von höchstens 2000 g. Ausserdem hätte es so augenfällige Zeichen der Unreife dargeboten — breite Fontaneln, breite Kopfnähte mit weit auseinanderstehenden Kopfknochen, Wollhäre am ganzen Körper, schwache, weinerliche Stimme — dass einer einigermaßen geschulten und erfahrenen Hebamme diese auffallenden Merkmale nicht hätten entgehen können. Und selbst wenn die 8 Tage später von der Hebamme vorgenommenen Längen- und Gewichtsmessungen nicht ganz genau stimmen, wie in den Akten wiederholt vermerkt ist, so könnte es sich bei solchen Messfehlern doch nur um ganz geringe Unterschiede handeln, also etwa 1—2 cm in der Länge und vielleicht 100—200 g im Gewicht, während die Unterschiede zwischen einem in der 32. Entwicklungswoche zur Welt ge-