

kamen in den Jahren 1921—28 in Behandlung der Münchener Orthopädischen Klinik.

Diese Kinder hatten die Geburtsschädigung in einem Fünftel der Fälle (30) bei sog. normalen Geburten, in den übrigen Fällen bei sog. pathologischen Geburten erlitten. Ueber zwei Fünftel dieser Fälle (62) entfielen davon auf Geburten, bei denen eine Zange angelegt, oder eine Wendung ausgeführt war. Auffallend hoch war auch die Zahl der Fälle von Frühgeburten (21 bei 143).

Die Zahl von 143 Krüppelkindern erscheint im Vergleich zu der großen Zahl von gesunden Kindern, welche während der gleichen Zeit geboren wurden, gering. Diese kleine Zahl wiegt aber schwer, dabei über 50 Proz. der Fälle die Folgen der Geburtsschädigung so schwer waren, daß eine Entkrüppelung der Kinder nicht möglich war. D. h., diese Kinder bleiben sozial unselbständig und müssen von der Allgemeinheit unterhalten werden.

Man erhält einen Anhaltspunkt, wie groß die Gesamtzahl der Krüppel innerhalb Deutschland ist, deren Leiden auf ein Geburtstrauma zurückgeht, wenn man die Prozentzahl, welche die 143 Fälle unter dem Gesamtkrankenmaterial der Münchener Orthopädischen Klinik ergibt (bei 5537 Kranken 3 Proz.), auf die Gesamtzahl der in Deutschland festgestellten Krüppel überträgt. Dies sind nach Biesalski (Krüppelzählung des Jahres 1906 und übertragen auf den Bevölkerungsstand von 1916) 110 000. Auf Grund dieser Berechnung gäbe es 3300 jugendliche Krüppel in Deutschland, deren Erkrankung durch eine Geburtsschädigung entstanden ist.

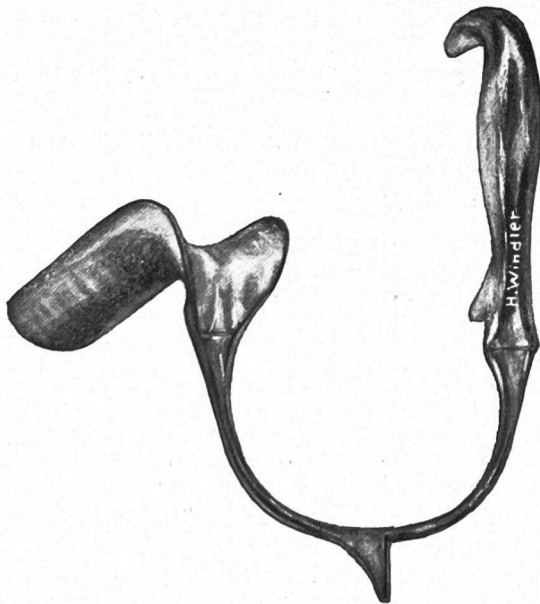
Eine Verminderung dieser Krüppelzahl ist sicher wünschenswert. Ob aber die mitgeteilten Zahlen ausreichen, eine grundlegende Aenderung der geburtshilflichen Operationsmethoden zu rechtfertigen, das zu entscheiden, ist Sache der Gynäkologen und Frauenärzte.

Aus der gynäkologischen Abteilung des Diakonissen-Krankenhauses in Witten a. d. Ruhr.

### Ein neuer Scheidenspiegel.

Von Dr. G. Espeut.

Beim Gebrauch der bisher üblichen Scheidenspiegel hat sich der Mißstand ergeben, daß dem den Spiegel haltenden Assistenten Sekret, Spülwasser, Gebärmutterinhalt usw., also bakterienhaltiges Material über die Hände läuft und diese infiziert. Das Halten des



graden Spiegelgriffes nach unten ist auch nicht bequem. Beide Mißstände vermeidet ein neuer Spiegel, dessen Handgriff nach oben gebogen, so in Mittelstellung zum Spiegelblatt gebracht ist, daß die haltende Hand einerseits beim Operieren nicht stört, andererseits den Körper der Kranken nicht berührt. Durch geringen Druck nach unten läßt sich der Spiegel, der die Scheide gut entfaltet, bequem halten. Ein Vorsprung am untersten Teil der Stielkrümmung leitet das Spülwasser in gradem Strahl nach unten. Der neue Spiegel

eignet sich für alle vaginalen Eingriffe, Untersuchungen und Operationen, Fehlgeburtströmungen und dergleichen. Er hat sich seit mehreren Jahren bei täglichem Gebrauche auf unserer Abteilung gut bewährt. Er wird in drei verschiedenen Größen, nach rechts und nach links — für beide Hände brauchbar — gebogen, von der Firma Windler, Berlin hergestellt.

### Ueber den Hartspann der Beckenhöhle.

Bemerkungen zu der Abhandlung von E. Kehler: Zur Würdigung der Parametritis posterior chronica, in Nr. 20 u. 21 der Münch. med. Wschr.

Von Sanitätsrat Dr. A. Müller in M.-Gladbach.

Die schmerzhafteste Verkürzung und Starre der Musculi rectouterini (wie die Ligamenta sacrouterina heute ihrem Bau entsprechend von den Anatomen genannt werden), die von den Gynäkologen als Parametritis posterior chronica aufgefaßt wird, kommt nicht nur beim Weibe vor. Der gleiche Zustand ist an den Mm. rectovesicales des Mannes ebenso häufig, und sehr häufig ist er schon bei Kindern beiderlei Geschlechts bis zum Säuglingsalter herab, wie mich 30jährige regelmäßige Tastuntersuchung der Beckenhöhle bei den verschiedensten Krankheitszuständen bei beiden Geschlechtern in allen Lebensaltern gelehrt hat. Der Sexualverkehr kann also nicht, wie Kehler meint, die Ursache dieses Zustandes sein.

Der Hypertonus, wie ich diesen Zustand nenne, beschränkt sich auch niemals auf die Mm. rectouterini (rectovesicales), er ergreift vielmehr immer in wechselnder Gruppierung die ganze Muskulatur der Beckenhöhle, sowohl die quergestreifte des Beckenbodens, wie die glatte des Beckendaches; infolgedessen wird beim Weibe der Uterus, der zwischen Zervix und Korpus im Beckendache aufgehängt ist, mehr oder weniger fixiert und diese Fixation ist die Ursache der durch den Hartspann der Beckenhöhle verursachten Beschwerden; dem Grade der Fixation geht die Stärke der Beschwerden parallel. Die volle Ausdehnung und Stärke des Beckenhartspanns läßt sich durch Untersuchung per vaginam in Rückenlage der Kranken nicht feststellen, und das ist wohl der Grund, weshalb derselbe von den Gynäkologen wenig beachtet wird. Zu dieser Feststellung ist die von mir vorgeschlagene Untersuchung in Seitenlage per rectum notwendig. Erst bei dieser Untersuchungsweise kann man sowohl die Muskulatur des Beckenbodens, wie die des Beckendaches von unten und von oben abtasten und die Beweglichkeit des Beckendaches einwandfrei prüfen.

Das Mißverhältnis des Phallus zur Vagina kann nicht die Ursache der Beschwerden der Parametritis posterior chronica sein, denn dieses Mißverhältnis ist von der Natur beabsichtigt. Der Phallus mißt nach Vierordt 21, nach Waldeyer 14—16 cm, die Vagina dagegen nur 8,5 cm. Allerdings ist letzteres Maß, als Leichenmaß unter Wegfall alles Tonus gemessen, sicher zu klein, die Vagina also intra vitam länger, aber sie erreicht, wie die Erfahrung bei der vaginalen Untersuchung lehrt, in der Norm niemals die oben angegebenen Maße des Phallus. Die Natur will also, daß der Uterus intra coitum vom Phallus gehoben wird und die Muskulatur des Beckendaches mit den Mm. rectouterini sich stark dehnt und wieder zusammenzieht. Diese Bewegungen müssen also normalerweise völlig schmerzlos sein, ja an sie ist höchst wahrscheinlich sogar beim Weibe der Höhepunkt des Orgasmus geknüpft, denn dieser fällt zusammen beim Manne mit der Umschließung der Wurzel des Phallus durch die erigierte Vulva, also mit der stärksten Hebung des Uterus und der stärksten Dehnung des Beckendaches und der Mm. rectouterini. Eine Ejakulation, die vor diesem Momente erfolgt, ist eben „praecox“. Dem entspricht es, daß in vollständig normalen Fällen, wie die Tastuntersuchung ergibt, die Beckenhöhle nicht nur schmerzlos, sondern vom Anus und der Vulva aufwärts überhaupt ohne Empfindung ist. Der sehr häufige Druckschmerz ist also schon abnorm und bei normalem Organbefund Symptom des Hartspanns. Der Hartspann der Beckenhöhle und mit ihm die „Parametritis posterior chronica“ ist also nicht Folge des Insults beim Koitus, sondern die Beschwerden beim Koitus und zwar nicht nur die des Weibes (Schmerzen und Frigidität als instinktive Angst vor dem schmerzhaften und deshalb wollustlosen Koitus), sondern auch die des Mannes (gelegentliche Schmerzen, Ejaculatio praecox) sind ebenso wie die Masturbation als Wirkung übergroßer sexueller Reizbarkeit Folge des Hartspanns der Beckenhöhle.

Hiernach ist die Empfehlung von Kehler, das völlige Eindringen des Phallus durch ein Zwischenlager zu verhindern, zwar geeignet, die Beschwerden der Frau beim Koitus zu verhüten, aber es verhindert auch die Steigerung des Orgasmus zur vollen Höhe, macht also für beide Teile den Koitus unbefriedigend. Vor allem aber beseitigt es nicht den eigentlichen Krankheitszustand, den Hartspann der Beckenhöhle. Die Behebung dieses Krankheitszustandes aber ist notwendig, weil er noch weitere Folgen hat. Ich erwähne nur die Stuhlverstopfung — auch diese ist nicht Ursache, sondern Folge des Hartspanns — und die „nervösen“ Fernwirkungen. Dieselben erklären sich dadurch, daß der Hartspann der Beckenhöhle niemals allein vorkommt, sondern sich immer verbindet mit einem latenten Hartspann der Hüften und des Rumpfes, häufig auch des ganzen Körpers bis zu den Füßen und dem Kopfe, und dieser latente Hartspann ist die Ursache und der Sitz der bei Parametritis