

Mittel zur Reinigung der Schwangeren aus wegen der Gefahr des Eindringens von Badewasser in die Scheide und der damit verbundenen Schädigung des natürlichen Schutzapparates.

Herr **E. Zweifel** - Jena: **Ueber Lachgas-Sauerstoffnarkose.**

Die Lachgasnarkose hat in neuerer Zeit eine Erweiterung der Indikationsmöglichkeiten erhalten durch die Kombination mit Skopolamin, Morphin oder eines seiner Ersatzpräparate. Diese Art der Anwendung empfahl Neu, die Resultate wurden noch besser, wenn die Patienten am Abend vorher 0,5 bis 1,0 Veronal bekamen. Der Apparat von Neu gestattet mittels der Rotamesser eine exakte Dosierung des durchströmenden Volumens von Lachgas und Sauerstoff. In 40 Fällen wurde 17 mal Abrasio mit Dilatation oder Diszission vorgenommen, davon war 16 mal die Anästhesie sehr gut. Bei 8 Operationen diente die Lachgas-Sauerstoffnarkose nur zur Einleitung der Chloroform-Aethernarkose, wofür sie sich vorzüglich bewährte. Bei weiteren 8 Operationen kombinierte Zweifel die Lachgas-Sauerstoffnarkose mit vorhergehenden Injektionen von Morphin-Skopolamin. Es liessen sich damit eine Reihe von Eingriffen bequem ausführen. Auf Grund seiner Erfahrung kann Zweifel die Lachgas-Sauerstoffnarkose nur empfehlen. Später bediente sich Zweifel des Apparates von Gatsch, der auf der physiologischen Wahrnehmung beruht, dass die Kohlensäure einen Reiz auf das Atmungszentrum ausübt und zu tiefem Atmen anregt. Dieser Apparat gestattet ausserdem ohne weiteres Aether hinzuzugeben, wenn die Narkose nicht ausreicht. Mit diesem Apparat sind am Johns Hopkins Hospital allein mehrere tausend Narkosen ohne Todesfall ausgeführt worden. Die Lachgas-Sauerstoffnarkose ist von allen Narkosearten nicht nur die angenehmste, sondern auch die ungefährlichste. Auf 3-4 Millionen Lachgasnarkosen sind in der Literatur 14 Todesfälle bekannt geworden.

Herr **Hans Hermann Schmid** - Prag: **Ueber dauernde Erweiterung des knöchernen Beckens.**

Vortragender berichtet über 8 Fälle, an denen in der deutschen geburtshilflichen Klinik in Prag (Prof. Kleinhaus) die Promontoriumresektion ausgeführt wurde. Diese neue geburtshilfliche Operation besteht darin, dass der grösste Teil des 5. Lendenwirbels und der 1. und 2. Kreuzbeinwirbel auf transperitonealem Wege abgemeisselt werden. Auf diese Weise lässt sich bei engen Becken eine Erweiterung des verkürzten, geraden Durchmessers des Beckeneinganges ohne Schwierigkeiten um 1½-2 cm erzielen. Die Operation ist technisch nicht sehr schwierig; die Blutung aus dem Knochen ist minimal. Bei einer Frau wurde, nachdem eine Totgeburt und eine Sectio caesarea vorausgegangen waren, im 4. Monat ihrer 3. Schwangerschaft die Promontoriumresektion ausgeführt; am Ende der Gravidität erfolgte die Geburt eines reifen, ausgetragenen Kindes, wegen Querlage und Nabelschnurvorfal musste das Kind gewendet und extrahiert werden; die Entwicklung des nachfolgenden Kopfes war auffallend leicht. Durch diesen Fall ist zum ersten Male der Nachweis erbracht worden, dass die Promontoriumresektion imstande ist, eine dauernde Erweiterung des knöchernen Geburtskanales zu schaffen.

Herr **Rotter** - Pest: **Ueber meine beckenerweiternde Operation durch Promontoriumresektion.**

Vortragender spricht über die von ihm angegebene Operationsmethode der dauernden Heilung flacher Becken. Bisher wurden 9 Fälle operiert, 1 von dem Vortragenden, 8 andererseits. In keinem Falle wurde Kallusbildung nach der Operation beobachtet, und auch die Einwendungen hinsichtlich der Statik der Wirbelsäule haben keine Berechtigung.

Herr **Opitz** - Giessen: **Ueber Kaiserschnitt.**

Opitz kommt zu dem Ergebnis, dass es auch bei infektiösen Fällen nicht notwendig sei, rein extraperitoneal zu operieren, um ein Weitergreifen der Infektion bei nicht mehr ganz reinen Fällen zu verhüten. Vortragender glaubt, dass durch die Lage des Schnittes in der Zervix, die geringe Dicke der Uteruswand an dieser Stelle und die tiefe Lage der Wunde im Becken eine Ausbreitung der Infektion auf das Peritoneum verhütet wird. Für unwesentlich hält Vortragender das extraperitoneale Operieren. Er glaubt, dass die Infektion nach klassischem Kaiserschnitt durch primäre Infektion des Schnittes in der Uteruswand und Verbreitung der Infektion von da aus im Peritoneum zustande kommt. Vortragender hat nur 6 mal die Latzko'sche Methode angewandt, ist aber dann zu einer Methode übergegangen, bei der die Bauchhöhle breit eröffnet, dann die Blase abgeschoben, das Peritoneum vom Uterus nach oben ebenfalls abgelöst und dann durch die Bauchhöhle hindurch der Uterus entleert wird. Vortragender hat nach dieser Methode 37 Fälle mit teilweise schwer infektiösem Uterus entbunden ohne Todesfall. Wenn die Bauchhöhle durch Stopftücher sorgfältig abgedeckt wird, lässt sich das Einfließen grösserer Mengen von Uterusinhalt in die Bauchhöhle vermeiden. Wichtig ist, dass das Netz nach Schluss der Operation über den Uterus hinweg bis zur Blase herab ausgebreitet wird.

Herr **K. Hartmann** - Remscheid: **Ueber den subkutanen Symphysenschnitt.**

Hartmann spricht über die bisherigen Resultate des subkutanen Symphysenschnittes an der Klinik Frank in Köln. Die Operation wurde seit 1907 im ganzen 131 mal ausgeführt. Die Technik war dieselbe, die von Frank in wiederholten Publikationen beschrieben wurde. Die Operation wurde auch bei Frauen ausgeführt, die vorher fieberten. Es wurden nicht nur Mehrgebärende operiert, sondern auch 22 Erstgebärende, jedoch wurde die Geburt nach

Möglichkeit der Natur überlassen; in allen Fällen war dies jedoch mit Rücksicht auf die Gefährdung des kindlichen Lebens nicht möglich. Eine stärkere Blutung aus dem Schnitt trat nie auf. Für die Operation kommen im allgemeinen nur Verengerungen mittleren Grades in Frage, es soll weder die suprasymphysäre Entbindung, noch der klassische Kaiserschnitt ausgeschaltet werden.

Herr **Weibel** - Wien: **Extraperitonealer Kaiserschnitt und Beckenspaltung.**

Seit 5 Jahren wurden an der II. Frauenklinik in Wien 39 Hebesteotomien und 67 extraperitoneale Kaiserschnitte ausgeführt. Die ersteren ergaben 15,4 Proz. und die letzteren 3 Proz. Mortalität der Kinder. Die mütterliche Mortalität betrug für die Hebesteotomie 2,5 Proz. und für den extraperitonealen Kaiserschnitt 3 Proz. Die Morbidität der Mütter war nach der Hebesteotomie wesentlich höher, und zwar 31 Proz. gegenüber 22 Proz. Die reinen Fälle wurden mehr der extraperitonealen Sectio, die ebenso häufig unreinen den beiden Operationen gleichmässig zugewiesen. Bei Kontrollen post operationem fand man nach Hebesteotomie ausgezeichnete Knochenheilungen, nach extraperitonealem Kaiserschnitt häufig (fast in der Hälfte der Fälle) Verlagerungen des Uterus, die jedoch niemals Beschwerden machten. Spontangeburt mit lebendem Kinde kamen nach beiden Operationen vor. Die Hebesteotomie wurde meist nach Doederlein, die extraperitoneale Sectio anfangs nach Sellheim II, dann fast immer nach Latzko gemacht. Die Erfolge bei zuwartendem Verhalten nach Hebesteotomie waren schlecht. Schlüsse: Die Kraniotomie beim lebenden Kinde wird unbedingt abgelehnt. Bei Primiparis und einer Conjugata vera unter 7½ cm wird der extraperitoneale Kaiserschnitt ausgeführt, bei Multiparis und geringerer Beckenverengung entweder dieser oder die Hebesteotomie. Bei letzterer soll die Extraduktion des Kindes gleich angeschlossen werden. Bei bestehender schwerer Infektion sind beide Operationen kontraindiziert und ist, um das Kind zu retten, die Uterusexstirpation auszuführen, sonst die Kraniotomie auch des lebenden Kindes indiziert.

Herr **Werner** - Wien: **Erfolge und Technik der einzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung bei Tuberkulose.**

Bericht über 60 Fälle von einzeitiger Unterbrechung der Schwangerschaft und Tubensterilisierung bei Tuberkulösen. Als Indikation gelten akute Prozesse und chronische, wenn sie mit schlechtem Allgemeinbefinden einhergehen. Die Operation wird nur bei Multiparen mit lebenden Kindern ausgeführt. Die Technik ist ähnlich der von Schauta angegebenen, doch werden die Tuben vollständig entfernt und die Operation wird auch jenseits des 3. Schwangerschaftsmonats ausgeführt. Lumbalanästhesie. Die Nachuntersuchung nach Jahresfrist ergibt gute Resultate: 80 Proz. ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens und des lokalen Prozesses bei guter Arbeitsfähigkeit. Die übrigen 20 Proz. ohne Besserung beziehen sich ausschliesslich auf Frauen, bei denen die spezifische Erkrankung zur Zeit der Operation schon sehr weit fortgeschritten war.

Herr **G. A. Wagner** - Wien: **Gefahren des Hypophysenextraktes.**

Die Gefahren des Hypophysenextraktes für Mutter und Kind sind nicht gross, wenn dieses ausgezeichnete Mittel richtig angewendet wird. Die schädlichen Wirkungen sind in einem grossen Teil der Fälle Folgen einer unrichtigen Anwendung. Leider kommen aber doch auch bei Einhaltung der bereits hinreichend klar ausgearbeiteten Indikationsstellung und Dosierung unerwünschte, ja gefährliche Folgezustände zur Beobachtung. Bei den Müttern wurden leichte Störungen bis zu schweren, bedrohlichen Kollapsen beobachtet. Eine eigene Beobachtung betrifft einen stundenlang währenden, überaus schweren stenokardischen Anfall nach Glanduitrininjektion. Es dürfte sich um eine durch individuelle Disposition bedingte abnorme Steigerung der physiologischen gefässverengernden Wirkung der Hypophysenextrakte gehandelt haben. Diese trifft die Koronararterien in bevorzugter Weise und ist nach vorangegangener Blutdrucksenkung besonders intensiv. Bei Erkrankungen der Koronararterien und des Herzmuskels muss vor der Anwendung von Hypophysenextrakt gewarnt werden. Bei Nierenerkrankungen, bei Eklampsie scheint er wohl oft ohne Schaden gegeben worden zu sein, doch ist bei Eklampsie wegen Provokation der Anfälle auslösenden Sturmwehen seine Anwendung in diesen Fällen nicht ungefährlich. Bei unerwarteter starker Einwirkung auf den Uterus können die Wehen so exzessiv werden, dass es zu rasch sich entwickelnder Dehnung des unteren Uterusabschnittes, ja sogar zur Uterusruptur, zur Scheidenabreissung kommen kann. Die manuelle Plazentaablösung kann durch Hypophysenextraktinjektion sehr erschwert werden. Diese aber wird gerade in solchen Fällen gelegentlich wegen Blutung infolge abnormer Ablösung der Plazenta durch überstürzte oder ungleichmässige Uteruskontraktionen notwendig. Häufiger als die Mutter und in höherem Grade kann das Kind durch den Hypophysenextrakt geschädigt werden und zwar indirekt und direkt. Es kommt zu bedrohlicher Asphyxie, die eine rasche operative Entbindung nötig macht, durch die aber das Kind manchmal nicht mehr zu retten ist. Andererseits kann der durch die Plazenta auf das Kind übergehende Hypophysenextrakt dieses durch individuell verschieden abnorm starke Gefässwirkung gelegentlich gefährden, ja töten. Die Möglichkeit übler Folgen sollte von kritikloser, nicht streng indizierter Anwendung des sonst so wertvollen Mittels abhalten.

Herr **E. Kolisch** - Wien: **Ueber Eklampsiebehandlung.**

Kolisch berichtet über die Behandlungsmethode und deren Resultate bei Eklampsie, wie sie in den letzten 5 Jahren an der