

Normalmaß hinausschlagen und eine Behandlung erfordern und auch ermöglichen, dann, wenn die Situation richtig beurteilt wird.

Gehen die Symptome nicht völlig zurück, so wiederholen sie sich in verstärktem Maß in der nächsten Gravidität oder evtl. anlässlich eines anderen den Körper treffenden Ereignisses, und können dann schließlich bei Multiparen zu Osteomalaciesymptomen schwerer Art führen.

Betreffs die Dosierung des Adrenalins, über die ich befragt wurde, kurz folgendes: Intramuskuläre Injektion von 0,5 ccm 1 prom. Lösung 2mal wöchentlich, zunächst bei einer Serie von 10 Injektionen. Da Adrenalin sowohl substitutiv als excitativ wirkt, kann dann mit der Behandlung zunächst abgebrochen werden und der weitere Heilvorgang abgewartet werden. Wiederholung jederzeit möglich.

Es war mir darum zu tun, zu zeigen, wie sehr inner-sekretorische Drüsen auch auf den Mineralstoffwechsel einwirken, nicht bloß auf die den Genitaldrüsen spezifischen Funktionen.

74. Herr Hellmuth-Würzburg: Weitere Erfahrungen mit der medicomechanischen Methode der Wehenerregung.

Mit dem Vibrationsapparat „Seistes“ sind bis zum Mai 1927 im ganzen 49 Schwangere geschüttelt worden, bei denen die Schwangerschaft mit großer Wahrscheinlichkeit 288 Tage und mehr gedauert hat. Bei der Kritik der Resultate sind nur diejenigen Fälle als Erfolge bewertet, bei denen höchstens 5 Vibrationssitzungen zur Erregung regelmäßiger, vorher weder objektiv noch subjektiv vorhandener Wehen nötig waren, und die Wehen innerhalb der nächsten 24 Stunden nach der letzten Vibration ohne sonstige Therapie auftraten. Bei diesen 49 Schwangeren ist es uns 29mal, also in 59%, gelungen, mit dieser einfachen, *für Mutter und Kind ungefährlichen* Methode innerhalb der nächsten 24 Stunden nach der letzten Vibration, Wehen hervorzurufen.

Ein nachteiliger Einfluß der Vibrationsmethode auf Mutter oder Kind ist ebenso wie während der Vibrationssitzungen so auch bei den späteren Geburten bisher niemals beobachtet worden.

Zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt vor dem Ende der eigentlichen Schwangerschaftsdauer ist das Verfahren nicht geeignet. (Ausführlich wird über die Erfahrungen in der Münch. med. Wochenschr. berichtet werden.)

75. Herr Seynsche-Essen: Einschränkung des Dammschutzes durch die mediane Scheidendammpaltung.

M. D. u. H.! Wir haben uns die Frage vorgelegt: Ist der Dammschutz in der bisher gebräuchlichen Form überhaupt zweckmäßig und notwendig, leistet er das, was man von ihm erwartet?

Wir ließen zu diesem Zwecke ca. 200 Erstgebärende in Rückenlage ohne jeden Dammschutz entbinden. Es handelte sich vorwiegend um Frauen in jüngeren Jahren; die Lagen waren meist regelrechte Hinter-

hauptsachen, je 1 mal eine Vorderhaupts- und Gesichtslage und 5 Steißlagen. Bei den letzteren haben wir sowohl die Geburt der Schultern als auch die des Kopfes vollkommen den Preßwehen überlassen, also ohne Manualhilfe bzw. Veit-Smellie. Wir stellten fest, daß keine häufigeren und größeren Dammrisse auftraten als bei Dammschutzgeburten. Unter anderem hatten wir nur 8 Dammrisse, die man als Dammrisse II. Grades bezeichnen konnte. Es war oft erstaunlich, wie stark bei guten Preßwehen der Damm sich vorwölbte; man rechnete bereits mit einer totalen Ruptur. Wenn dann aber der Kopf blitzschnell vorschob, das Kind geboren wurde und man sich den Schaden besah, war es nur ein kleiner Frenulumriß. Wir hatten weiterhin den Eindruck, daß der letzte Teil der Austreibungszeit im allgemeinen kürzer war als bei Dammschutzgeburten. Die Frauen konnten ihre ganze Kraft den Preßwehen zuwenden, ohne daß sie durch die beim Dammschutz unvermeidbaren Schmerzen abgelenkt wurden. Dieser Schmerz wird besonders dann recht unangenehm empfunden, wenn die Hebamme ihren Ehrgeiz darauf richtet, unter allen Umständen einen heilen Damm zu bekommen, und nun den Kopf immer und immer wieder zurückhält und gleichzeitig den Scheideneingang und den Damm mit den Fingern spreizt und zusammenzieht.

Wir haben unsere Hebammen schon seit Jahren instruiert, daß wir auf einen erhaltenen überdehnten häutigen Damm gar keinen Wert legen, da dieser Zustand fast stets nur auf Kosten des muskulären Beckenbodens erreicht werden kann.

Wie *Henkel*, *von Ott*, *Bucura* u. a. haben auch wir bei Nachuntersuchungen viele Frauen gesehen, die bei vollständig erhaltenem, häutigen Damm mehr oder weniger große Vorfälle und Senkungen aufwiesen, ferner über Beschwerden klagten, die von *Sellheim* als „schwebende Pein“ bezeichnet werden. Andererseits sahen wir Frauen mit genähten größeren Rissen und Episiotomien, die nicht eine Spur von Senkung zeigten.

Wir lassen deshalb bei Erstgebärenden mit elastischem Damm und offenbar schnellem Durchtritt des Kopfes den Damm reißen oder aber, und das erscheint mir das bessere Verfahren zu sein, wir machen Gebrauch von der medianen Scheidendammspaltung, um dadurch einer Gewebsschädigung der Beckenbodenmuskulatur vorzubeugen und uns günstige Nahtverhältnisse zu verschaffen. Wir sprechen nicht mehr von einem Dammschutz, sondern von einer Dammhilfe; d. h. wir legen, wenn der Kopf nicht mehr zurückweicht oder auch schon, wenn bei sichtbarem Kopf der Damm sich stark vorwölbt, auf der Höhe der nächsten Wehe eine tiefe mediane Incision an, die ruhig bis zur Sphincter gehen kann. Gleichzeitig führt die Hebamme den Hinterdammgriff aus und hebt so den meistens schnell tiefertretenden Kopf um sein

Hypomochlion herum. Wenn die Geburt im leichten Chloräthylrausch beendet wird, unterstützen wir zuweilen durch leichten Druck auf den Fundus die Austreibung.

Auf diese Weise kürzen wir die 2. Geburtsperiode wesentlich ab und vermeiden fast stets die Beckenausgangszange. Letzteres ist besonders bei fetaler Zangenindikation von Bedeutung.

Bei der Naht suchen wir vor allem einen hohen und langen Perinealkanal herzustellen, der am besten Vorfälle und Senkungen verhindert. Bei späteren Geburten haben wir keine Schwierigkeiten gesehen; wiederholte Scheidendammschnitte heilten ohne Störung.

76. Herr Martius-Göttingen: **Beckenmessung mit Röntgenstrahlen.**

Die Beckenmessung mit Röntgenstrahlen hat sich bisher noch so gut wie gar nicht in die Geburtshilfe eingeführt, was darauf beruhen dürfte, daß die Beckenaufnahmen am Ende der Schwangerschaft bisher nicht mit der für den praktischen Gebrauch notwendigen Sicherheit gelangen. Heute kann man mit der modernen Apparatur und unter Benutzung der Buckyblende das knöcherne Becken auch am Ende der Schwangerschaft und unter der Geburt von jeder Aufnahmerichtung aus auf der Röntgenplatte sichtbar machen.

Ich möchte deshalb auf eine bereits früher von mir empfohlene Beckenmeßmethode zurückkommen, um zu zeigen, daß man mit dieser Methode nicht nur in der Lage ist, die Conjugata vera und die übrigen Durchmesser des Beckeneingangs in jedem Stadium der Schwangerschaft und unter der Geburt röntgenologisch exakt zu messen, sondern daß man mit ihr auch noch mehr erreichen kann. Die Methode ermöglicht es, die Indikationsstellung bei der Therapie des engen Beckens nach einer ganz bestimmten, bisher nicht zugänglichen Richtung hin zu verfeinern und auszubauen.

Zuerst möchte ich die Methode selber an einigen Bildern vor Augen führen. Die Beckenmessung mit Röntgenstrahlen geschieht so, daß die Frau in die Albertsche Sitzstellung gebracht d. h. der Beckeneingang durch eine einfache Lagerung plattenparallel eingestellt und der Oberkörper in der Wirbelsäule zurückgestreckt wird. Ich brauche auf die sehr einfachen methodischen Einzelheiten hier nicht einzugehen (s. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol., Septemberheft. 1927). Wenn man nun die Röntgenröhre senkrecht über die Beckeneingangsebene bringt und die Aufnahme mit einem bestimmten Fokusabstand macht, so bekommt man auf der Platte eine Beckeneingangsfigur, welche die natürlichen Formen hat, aber durch die zentrale Projektion des Strahlenganges um ein bestimmtes Maß vergrößert ist; und zwar hängt die Vergrößerung einmal von dem immer gleich gewählten Fokus-