Ich bitte, obige Vorschläge über Stoffeinteilung und Mitglieder der Kommission nur als durchaus erste Anregung betrachten zu wollen.

Der Vorstand schlägt vor, daß Herr *Winter* die Bildung und Leitung der Kommission zu übernehmen gebeten werden soll. Die Versammlung stimmt dem Vorschlag zu.

Als Ablieferungsfrist für die Manuskripte wird der 1. Juli festgelegt. Später einlaufende Schriftsätze können nicht mehr berücksichtigt werden.

Vor Beginn der Vorträge setzt der Vorsitzende im Einverständnis mit dem Vorstande die Sprechzeit für Vorträge auf 10, der Diskussionen auf 3 und der Demonstrationen auf 5 Minuten fest.

Es wird sodann in die wissenschaftliche Tagesordnung eingetreten.

---

1. Herr Stoeckel-Kiel: Zur Therapie der Placenta praevia.

Mortalität beim Kaiserschnitt 3% (1 Fall auf 31), bei den übrigen Methoden 11,5% (15 : 137). Der Todesfall beim Kaiserschnitt beruhte scheinbar auf Atonie. Bei einer schon recht ausgebluteten Frau trat er sehr plötzlich ein, so daß an Luftembolie gedacht wurde, wofür aber die Sektion keinen Beweis ergab. Von den mit Wendung und Metreuryse behandelten Fällen starben 9 an Atonie, 2 an Rißblutung, 3 an Infektion, 1 an Embolie. Die Mortalität der Kinder betrug beim Kaiserschnitt 0% bei ausgetragenen Kindern, 44,4% bei frühgeborenen (49–35 cm); bei den übrigen Behandlungsmethoden 58,9% bei den ausgetragenen und 74,6% bei den frühgeborenen. Die Indikationsstellung ist unverändert geblieben. Der Kaiserschnitt wird ausgeführt, wenn der eben zugängliche Muttermund ganz oder zum großen Teil von Placenta überdeckt ist, wenn das Kind lebt und lebensfähig ist, und wenn keine offensichtliche Infektion der Mutter besteht.

Blasensprengungen und Pituitrin genügen, falls bei lebensfähigem Kind und nichtinfizierter Frau nur wenig Placenta den Muttermund überdacht.

Bei totem Kind oder nicht lebensfähigem Kind oder sichtbarer Infektion wird gewendet, evtl. mit Hilfe des Metreurynters oder der Hysterotomia anterior und der nachfolgende Kopf perforiert. Die Nachteile des Kaiserschnittes liegen in der Narbe, sowie darin, daß bei Erstgebärenden die nächste Geburt dieselben Weichteilwiderstände findet. Die Zahl der Erstgebärenden, wenn ihnen nicht die Multiparae in der Gesamtheit, sondern als einzelne Gruppen von 2-, 3-, 4- usw.-Gebärenden gegenübergestellt werden, ist im Kieler Material am größten (27 von 167).

Unsere Anschauungen über die Atonie der Placenta praevia sind dringender Erweiterung bedürftig. Die Ausdehnung der Kaiserschnitt-

indikation gefährdet die geburtshilfliche Kunst, sowohl was Technik und Indikationsstellung wie die Beobachtung am Gebärbett anbelangt. Andererseits fördert der Kaiserschnitt die weitere Erkenntnis gerade bei Placenta praevia, weil er die direkte Besichtigung des unteren Uterinsegmentes gestattet. Dasselbe ist bei Placenta praevia stets ausgedehnt, was offenbar auf ein Wachstum der Placenta und nicht auf eine Dehnung durch Muskelaktion zu beziehen ist. Die Placenta sitzt nie ausschließlich am unteren Uterinsegment. Eine isolierte Atonie des unteren Uterinsegmentes gibt es nicht, wohl aber eine Atonie des ganzen Uterus, die im unteren Uterinsegment stärker in die Erscheinung tritt. Die Monographie von *Hitschmann* ist sehr verdienstlich, aber in vielen Punkten angreifbar. Die Behauptung, daß 50% der Todesfälle an Anämie auf Cervixrissen beruhen, ist ebenso falsch wie die Behauptung, daß eine fötale Indikation unberechtigt sei. Von 171 Placenta praevia-Kindern waren 157 lebensfähig. Unter allen Umständen sollte der Corpus-Kaiserschnitt gerade bei Placenta praevia zugunsten des intra-peritonealen abdominalen Cervixschnittes verlassen werden.

(Erscheint in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.)

---

2. Herr Schweitzer-Leipzig: Zur Therapie der Placenta praevia.

Die Erfahrung an 333 *klinischen Fällen* legt Votr. seinen Ausführungen zugrunde. 227 Plac. praev. partiales, 106 totales (davon 2 cervicales). Seit Ende 1907 galten folgende Grundsätze der Behandlung: Keine Scheidentamponade. *Blasensprengung* bei leichten Fällen von partialis und Kopflage (22 mit 0% mütterlicher Mortalität). In fast 80% der Fälle und stets bei engem Halskanal diene intraamniotische Metreuryse bzw. kombinierte Wendung. Die *Metreuryse* (128 mal) mit ihrem höheren Blutverlust (620) war vorbehalten für Fälle von relativ gutem Zustand der Mutter und lebensfähigem Kind — also vorwiegend im Interesse des Kindes. Die *kombinierte Wendung* (137 mal) als am meisten blutsparende (420) Methode bei geschwächtem Zustand der Mutter und lebensunfähigem oder abgestorbenem Kind — also hauptsächlich im Interesse der Mutter unter Verzicht auf das kindliche Leben. Entsprechend fielen die Resultate aus. Begreiflich war die höhere Gesamtmortalität der Mütter bei kombinierter Wendung (6,6% gegen 3,8 bei Metreuryse). Auffallend war aber die höhere Verblutungssterblichkeit der Metreuryse (3,8% gegen 2,9 bei kombinierter Wendung). Erhöhte Sepsisgefahr trifft für die Metreuryse nicht zu (0% Sepsismortalität). Die Sepsissterblichkeit der kombinierten Wendung (3,8%) ist belastet durch außerhalb tamponierte und bereits septisch eingelieferte Fälle. Die Kindersterblichkeit zeigt das erwartete Bild