

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi*

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.

Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.



Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft
der Spitalsärzte. — Jubiläumstagung der Ungarischen Balneologi-
schen Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 24. Januar 1931.

(Fortsetzung und Schluss.)

J. Frigyesi: *Die Linderung der normalen Geburtsschmerzen durch Narkose, schmerzlindernde Mittel und Lokalanästhesie.* Das Streben nach Linderung der Geburtsschmerzen ist sehr alt. Eine wissenschaftliche Basis hiefür gibt es jedoch erst seit Mitte des vorigen Jahrhunderts, seit der Entdeckung des Chloroforms, und sie ist seit zirka 25 Jahren aktuell, seitdem *Krönig* und sein Schüler *Gauss* bestrebt waren, Schmerzlinderung und Dämmer Schlaf (die Ausschaltung des Erinnerungsvermögens) durch Scopolamin zu erzielen. Derzeit versuchen wir die Schmerzlinderung resp. den Dämmer Schlaf durch Anwendung verschiedener Mittel herbeizuführen. Über diese referiert der Vortragende auf Grund seiner 25jährigen Erfahrungen im folgendem:

Mehr-minder lange dauernde Schmerzlinderung kann erzielt werden 1. durch Allgemeinnarkose. Diese kann ent-

weder nur im Moment des Durchschneidens des Kopfes, oder längere Zeit hindurch in der Form eines Halbschlafes durch intermittierend verabreichte kleine Dosen durchgeführt werden. Am wenigsten gefährlich für diesen Zweck ist das Nitrogenoxydul, verwendet werden können ferner noch Äthylchlorid und Äther. Der Äther ist feuergefährlich, sonst aber weniger gefährlich als das Äthylchlorid.

Von den einfachen schmerzlindernden Mitteln kommen Novalgin, kleine Morphiumdosen, Metralginzäpfchen, per os verabreichte Tachin-Tabletten, sowie Scopan nach der von *Sellheim* empfohlenen Formel mit mehr-minder Erfolg in Betracht. Von den Mitteln, welche Dämmer Schlaf herbeiführen, hält er unter Avertin, Somnifen und Pernokton das Pernokton als das verlässlichste und ungefährlichste. Seine Wirkung dauert nur 1—2 Stunden, eben deshalb verabreicht man es speziell gegen Ende der Austreibungsperiode. Von den Methoden der Lokalanästhesie kann in der Austreibungsperiode die Anästhesie des N. pudendus oder die Damm-infiltration mit gutem Erfolg durchgeführt werden. In der Erweiterungsperiode kann mit der zur Schmerzlinderung von ihm empfohlenen sogenannten Hypogastricus-Anästhesie eine $1\frac{1}{2}$ —2 Stunden dauernde wesentliche Verminderung der Schmerzen erzielt werden. Diese verschiedenen Methoden können vom Fachmann derart kombiniert werden, dass für 3—4 Stunden und auch länger eine hochgradige Schmerzlinderung, oder für 2—4 Stunden die vollkommene Aufhebung der Schmerzen, resp. des Bewusstseins ohne Gefährdung der Mutter oder der Frucht erzielt werden können. So können miteinander kombiniert werden: Pernokton mit vor- oder nachher verabreichter kleiner Skopolamindosis, oder mit einer der in Betracht kommenden Methoden der Lokalanästhesie, oder aber all diese mit Nitrogenoxydul- eventuell Äthylchloridnarkose während des Durchschneidens des Kopfes. Es sei ein Fortschritt, dass auch der praktische Arzt bei Geburtsschmerzen zumindest für kurze Zeit eine wesentliche Schmerzlinderung, der Facharzt aber eine mehr-minder lang dauernde Schmerzfreiheit erzielen kann. Diese Verfahren werden hoffentlich in der Zukunft weiter vervollkommen werden, so dass auch empfindliche Frauen und solche, deren Nervensystem erschüttert ist, den Eintritt der Geburt nicht zu fürchten haben.

R. Kessler (Kiel): Die wichtigste Forderung gegenüber den Verfahren zur Linderung der Geburtsschmerzen ist, dass sie wirksam und dabei für Mutter und Frucht vollkommen unschädlich seien. Er betont, dass wir ein solches Verfahren weder für die klinische, noch für die Privatpraxis kennen. Im Wesen seien sie gezwungen, sich auf die sogenannte Durchtrittsnarkose zu beschränken. Mit dem Lachgas wurden in Kiel gute Erfahrungen

gemacht. Wir können uns während der bei Wehen durchgeführten Narkose mit der Kreissenden verständigen und dieser Umstand spielt für die Dirigierung der Presswehen eine wichtige Rolle. Bei den am Ende der Erweiterungsperiode auftretenden, manchmal sehr schmerzhaften Kontraktionen kann man gleichfalls Gas geben. Die rektale Narkose (Ciwathmay, Avertin) wurde eingestellt. Demgegenüber hat sich das Avertin als Basisnarkose bei gynäkologischen Operationen ausgezeichnet bewährt. Bei Pernocton ist die motorische Unruhe gefürchtet, vielleicht bedeutet dessen Kombination mit intramuskulären Injektionen einen Fortschritt, sowohl bezüglich der Dauer, wie auch der Wirksamkeit der Narkose. Das Scopan von *Sellheim* ist als Mittel zur Erzielung des Dämmerschlafes bekannt. Neben guten Erfolgen sahen wir Versager, ja auch schlechte Resultate. Oft ist es schwer, den Zeitpunkt für die Darreichung zu bestimmen, am besten sei es, die Dosis auf eine, respektive eine halbe Stunde vor Geburtsbeginn zu verteilen. Wir nehmen in Kiel bei Durchführung von Geburtsnarkosen einen konservativen Standpunkt ein und gehen individuell vor. Es wäre für die klinische Geburtshilfe ein bedeutender Gewinn, wenn die Lokalanästhesie von *Frigyesi* mit einer längeren Wirkung und Gefahrlosigkeit vereinigt werden könnte.

K. Lehoczky-Semmelweis: Jeder Geburtshelfer, sowie jede Lehranstalt hat sich mit der Frage der Schmerzlinderung während der Geburt zu beschäftigen. Er ergreift zum Vortrag nach drei Richtungen hin das Wort. 1. Ist die Schmerzlinderung bei glatten Geburten notwendig? 2. Nach welcher Methode soll diese erfolgen? 3. Soziale Seite der Frage. Ad 1. führt er an, dass er seit ungefähr einem Jahr ein als unschädlich betrachtetes Verfahren versucht und zwar zur Vermeidung von irrealen Resultaten nur in gewählten Fällen: bei überempfindlichen unruhigen und furchtsamen Frauen. Er verfügt nur über ein geringes geburtshilfliches Material, weil er keine gemeinsame geburtshilfliche Abteilung besitzt, doch hält er die Ergebnisse für lehrreich: von 153 Geburten fand er nur drei geeignet, bei den übrigen wäre die Schmerzlinderung überflüssig gewesen. Die überwiegende Mehrzahl seiner Gebärenden rekrutiert sich aus der Mittelklasse, die schwerer gebären, als die Aristokratinnen, oder die Arbeiterinnen und es gibt unter ihnen viele ältere Erstgebärende. 2. Gegenüber jener Ansicht des Vortragenden und *Sellheims*, dass die Methode der Schmerzlinderung während der Geburt bereits der Lösung nahe sei, zitiert er *Stöckel*, nach dessen Ansicht wir uns noch immer erst im Versuchsstadium befinden, was auch die grosse Zahl der Verfahren und deren Modifikationen bestätigt. Nicht nur die Austreibung und der Durchtritt des Kopfes, sondern auch das Ende der Erweiterungsperiode ist schmerzhaft, zu dieser Zeit haben wir aber die Beendigung der Geburt noch nicht in der Hand. Seines Wissens gibt es bisher keine einwandfreie Methode. Sämtliche Verfahren zur Schmerzlinderung — mit Ausnahme der Lokalanästhesie des Pudendus und des Damms — setzen gleichzeitig die reflektorische Reizbarkeit des Uterus herab, infolgedessen können Verzögerung der Geburt, Atonie, Asphyxie der Frucht usw. auftreten und man muss mit einer Steigerung der Operationsfrequenz und der Wochenbettmorbidity rechnen. Diese Eventualitäten sind die wichtigsten Nachteile der Schmerzlinderung während der Geburt. Der Vortragende hat sich mit diesen kaum beschäftigt. Er fragt,

in wieviel Prozent der Fälle in der Anstalt des Vortragenden Zangenoperationen durchgeführt werden? Die Bewusstlosigkeit der betäubten Gebärenden gefährdet die Asepsis und er hat in der Klinik Pernocton-Geburten gesehen, wo die Kreissenden von vier Personen gehalten werden mussten. Wenn nun eine Frau um jeden Preis fordert, dass ihre Geburt mit Schmerzlinderung geführt werde, so sei es Pflicht, sie auf diese Nachteile aufmerksam zu machen. Was den 3. Punkt betrifft, so erfordert die Gebärende vom Moment der Schmerzlinderung eine ständige ärztliche Kontrolle. Ein grosser Teil der bisherigen Methoden sei für die Praxis ungeeignet und nur in Anstalten zu verwenden, doch sind wir leider noch weit davon entfernt, dass jede Frau bei der Geburt eine Anstalt aufsuchen könne, noch weniger kann sich jede Gebärende den Luxus erlauben, dass während der ganzen Dauer ihrer Geburt diese von einem Arzt kontrolliert werde. In Budapest ist die Lage besser, 80 Prozent der Geburten erfolgt in Anstalten. Zurzeit kann höchstens davon die Rede sein, dass all jene, die in Gebäranstalten aufgenommen wurden, oder deren materielle Lage das gestattet, schmerzlos gebären können, dagegen müssten die übrigen armen Frauen auch weiterhin mit Schmerzen gebären. Das wäre eine grosse Ungerechtigkeit. Der soeben gehörte Vortrag kann seine Überzeugung nicht erschüttern, dass bei normalen Geburten eine Schmerzlinderung nur in seltenen Ausnahmefällen notwendig sei.

O. Mansfield: Die Schmerzhaftigkeit der Geburtswehen sei individuell überaus verschieden. Das ist nicht nur eine Folge von konstitutionellen Verschiedenheiten, sondern hängt in hohem Masse auch davon ab, was für psychische Einflüsse während der Schwangerschaft zur Geltung gelangt sind. So schadet schon die Abschreckung der Frauen, die Geburten bereits überstanden haben, günstig dagegen ist der beruhigende und aufklärende Einfluss des beratenden Arztes oder der Hebamme auf die Schwangere. Daß die Suggestion, respektive Autosuggestion eine dominierende Rolle spielt, bestätigte sich, als Redner mit dem Vortragenden bei Frauen, die während der Schwangerschaft hypnotisiert wurden, nahezu ausnahmslos schmerzlose Geburten erzielen konnten. Diese Geburten unter Hypnose mussten hauptsächlich deshalb aufgelassen werden, weil intelligentere Frauen gegen die Hypnose noch mehr abgeneigt sind, als gegen die Geburt. Das ist pathologisch verständlich: Frauen können es nicht akzeptieren, dass jener Schmerz, der sie so hoch über die Männer stellt, durch einfache Überredung, oder durch eine Betäubung ohne Medikamente behoben werden könne und sie wählen viel lieber das Leiden. Nach seinen in Freiburg über den Scopolamin-Dämmerschlaf gesammelten Erfahrungen ist er überzeugt, dass dieser nicht so sehr den Schmerz lindert, als vielmehr ihn vergessen macht. Das Scopolamin ist kein ungefährliches Mittel und er wendet es ungern an. Das Pernocton hat er hauptsächlich in der Bauchchirurgie erprobt. Er sah derartige Erregungszustände, dass er gezwungen war, die Versuche einzustellen. Zur Behebung der länger dauernden und wirklich sehr quälenden Schmerzen der Erweiterungsperiode kennen wir ausser der Suggestion kein wirksames und unschädliches Mittel. Eben deshalb sind die Persuasion des die Geburt leitenden Arztes oder der Hebamme, der Glaube und das Vertrauen in die die Geburt leitende Person die wirksamsten Mittel. In der Aus-

treibungsperiode sind während der Wehen verabreichte Ätherdosen in der Form einer Hypnonarkose überaus zweckmässig.

A. Fekete: Die Linderung der Geburtsschmerzen erfolgt nach zwei Richtungen. Vor allem sind wir bestrebt, die Dauer des schmerzhaften Zeitintervalles abzukürzen. Durch entsprechende Vorbereitung der Gebärenden und Regulierung der Wehen streben wir einen optimalen Verlauf der Geburt an. Sehr hilfreich sind in gewissen Fällen die wehensteigernden Mittel. Seit einem Jahr besitzen wir ein solches wehensteigerndes Mittel (Uterothymin), das die Herztöne nicht beeinflusst und auch in der Erweiterungsperiode verabreicht werden kann. Dadurch wird erzielt, dass die Geburt innerhalb möglichst kurzer Zeit verläuft. Der andere Weg ist die Schmerzlinderung. In den letzten zwei Jahren erfolgte diese bei uns durch Verabreichung von $N_2 O$ mit Oxygen gemischt. Wir liessen dieses Gas nur in solchen Fällen einatmen, wo wir durch den hochgradigen Reizzustand der Gebärenden hiezu gezwungen wurden. Wir verfügen über acht Fälle (unter 700 Geburten), wo wir $1/2$ —3stündige Narkosen und zwar jedesmal mit ausgezeichnetem Erfolg durchgeführt haben. Das richtig verabreichte $N_2 O$ beeinflusst die Uteruskontraktionen nach einer kurzen Pause zu Beginn in keiner Weise, behebt die Schmerzen, die Gebärende ist zumeist bei Besinnung, die Reflexe sind vorhanden und sie unterstützt die Uteruskontraktionen mit der Bauchpresse. Während der Wehen lassen wir reine Luft einatmen. Das Verfahren hat sich auch in der Austreibungsperiode bewährt. Natürlich wird die Narkose von einer besonderen Person durchgeführt und ein anderer Arzt beobachtet die Geburt.

E. Lukács hat sich mit der Lachgas-Pernoctonnarkose und der Percainanästhesie beschäftigt und über diese referiert. Er ist der Ansicht, dass die 6—8stündige Dauer der Percainwirkung für die in der Lokalanästhesie ohnehin beschleunigte Geburtsperiode genügt. Die Blutungen fördernde Wirkung könne durch Tonogen geschwächt werden, das selbst die Wehen steigert.

J. Frigyesi konstatiert aus den Darlegungen von *Kessler*, dass wir in nahezu allen Fragen den gleichen Weg beschreiten und auch die beiderseitigen Standpunkte übereinstimmen. Er freut sich, dass auch Professor *Schröder* der gleichen Ansicht ist. Wie aus seinem Vortrag und aus der grossen literarischen Aktualität der Frage hervorgeht, zeigen die einzelnen Details noch immer Veränderungen und Vervollkommnungen. Er stellte fest, und das beweisen auch die Erfahrungen von anderer Seite, dass man imstande ist, für kürzere oder längere Zeit, wenn auch nicht mit den idealsten Mitteln, aber doch gefahrlos die Leiden der Gebärenden zu beheben. In zahlreichen Fällen wurde mit dem in jüngster Zeit empfohlenen Percain experimentiert, doch hat er die zumeist von Chirurgen betonte lange (5—6 Stunden) dauernde Anästhesie nicht beobachtet. Die durchschnittliche Dauer der Percain-Anästhesie ist auch nur ungefähr zwei Stunden. Nach Ansicht erster Autoren ist das Percain kein ungefährliches Mittel. Die Erfahrungen von *Fekete* bestätigen seine Ansicht. Die Erfahrungen von *Munsfield* über den Scopolamin-Dämmerschlaf, die er vor 20 Jahren sammelte, sind heute nahezu gegenstandslos, denn den von ihm zu jener Zeit studierten Scopolamindämmerschlaf von *Gauss*

hat auch Redner nicht empfohlen und dieser wird derzeit, wo bessere moderne Verfahren zur Verfügung stehen, kaum jemals verwendet. Dass ein mit Pernocton vorbereiteter laparotomierter Patient in der Abteilung ohne Aufsicht belassen wurde, kann nicht gebilligt werden. Redner hat über die Anwendung von Pernocton bei Operationen nicht gesprochen, hat das Verfahren nicht angewendet und hält es auch nicht für zweckmässig. In den Darlegungen von Lehoczky gibt es zahlreiche Widersprüche, indem er sich anscheinend mit der Frage wenig beschäftigt hat. Redner weiss nicht, wie Lehoczky festgestellt hat, dass von seinen 140 Gebärenden nur bei dreien die Schmerzlinderung notwendig gewesen sei, das hätte man von den betreffenden Gebärenden fragen sollen. Auch die Aufwerfung des sozialen Gesichtspunktes sei unverständlich, denn während er einerseits in zwei Jahren nur in drei Fällen die Schmerzlinderung durchgeführt hat, wendet er dennoch ein, dass nicht sämtliche Gebärenden dieser grossen Erleichterung teilhaftig werden und diese Verfahren nur in der Austreibungs-, nicht aber in der Eröffnungsperiode durchgeführt werden können. Demgegenüber hat eben Redner darauf verwiesen, welche Verfahren derzeit auch dem praktischen Arzt zur Verfügung stehen und er hat jene Medikamente, sowie sein eigenes Verfahren angeführt, die gerade in der Eröffnungsperiode erfolgreich angewendet werden können.

Die Berufung auf ein Lehrbuch in einer noch strittigen Frage sei nicht statthaft. Im Gegensatz zum Lehrbuch von *Stöckel* ist im Werk von *Juschke-Pankow* eine noch wärmere Befürwortung der Schmerzlinderung enthalten, als dies der Redner getan hat. Aber auch die Berufung auf *Stöckel* sei nicht richtig, denn *Stöckel* selbst hat die Sacralanästhesie, in der neuesten Auflage seines Buches aber die Aethylchlorid- und die Nitrogenoxydulnarkose als gefahrlose Verfahren empfohlen. In betreff des Pernocton aber zitiert er die Erfahrungen anderer Autoren, wonach dasselbe anscheinend ein unschädliches Mittel ist. Lehoczky hat in den Darlegungen des Vortragenden die Daten über die Operationsfrequenz vermisst, obwohl er ja bei jedem einzelnen Mittel erwähnt hat, welcher seiner gegenwärtigen oder gewesenen Assistenten seinerzeit über diese referiert hat. Redner hat die Tätigkeit und Operationsresultate seiner Klinik unter seinen Vorgängern nicht geprüft. Die Frequenz der geburtshilflichen Operationen ist tatsächlich etwas grösser, als in den früheren Jahren, demgegenüber gibt es jedoch viel weniger totgeborene ausgetragene Früchte. Die Frequenzzunahme sei das Ergebnis der auf Grund von anderen, richtigeren Gesichtspunkten erfolgten Indikationsstellung. Redner hält diese Gesichtspunkte für richtig und wird sich auch in Zukunft an sie halten. Seine geburtshilfliche Operationsfrequenz sei noch immer geringer als in den meisten ausländischen Universitätsanstalten. Redner hält jenen Geburtshelfer für konservativ, der einige Zangenoperationen mehr durchführt, aber eben so viel Früchte vom Tod während der Geburt rettet. Diesbezüglich sei die Geburtsmortalität und Mortalität entscheidend. Mit Rücksicht auf diese kann er sein Material und seine Resultate beruhigt mit den Ergebnissen einer jeden heimischen oder ausländischen Anstalt vergleichen.