

Dampfform lösen sie im Allgemeinen ähnliche Symptome aus wie die Stickgase, mit dem Unterschied, dass die Lungenverletzungen für sekundäre Infektion überaus empfänglich sind und dass die Dämpfe auch die Augen erheblich angreifen. In Tropfform können Hautverletzungen und Blasen auftreten. Am Auge entwickelt sich eine schwere Binde- und Hornhautentzündung, auch diese Verletzungen sind für sekundäre Infektionen sehr empfänglich. Durch Resorption kann das Gas als ausgesprochenes Zellgift dauernde Gleichgewichtsstörungen in ganzen Organismus herbeiführen. Die giftigen Kampfgase (Zyanhydrogen und Kohlenmonoxyd) und deren Vergiftungserscheinungen sind auch in Friedenszeiten bekannt. Über die Behandlung der Kampfgasverletzten will er ein andermal referieren.

K. Keller: In der Therapie des durch Inhalation von Stickgasen verursachten Lungenödems, wird die Hauptrolle die intravenöse Infusion hypertonischer Traubenzuckerlösungen, resp. die derart zu Stande kommende Osmose der Gewebsflüssigkeiten in die Blutbahn spielen. Redner hat 1922 durch seine in der Jendrassik-Klinik durchgeführten Versuche bewiesen, dass selbst die intravenöse Infusion von massiven Dosen im grossen Blutkreislauf keine genügende Wirkung übt. Die Ursache ist, dass die Traubenzuckerkonzentration infolge der andauernden Vermischung stark verdünnt wird, und selbst Lösungen hoher Konzentration verlieren in die Blutbahn eingeführt $\frac{4}{5}$ ihres Traubenzuckergehaltes bereits in der ersten halben Stunde, indem der Traubenzucker durch die Gefässwände in die Gewebsflüssigkeit übertritt. Derart entstehen dann sehr leicht verkehrte osmotische Prozesse. Ganz anders ist die Lage im kleinen Blutkreislauf. Die konzentrierte Traubenzuckerlösung gelangt nämlich aus der Vene mit nahezu unveränderter Konzentration auf kurzem Wege in den Lungenblutkreislauf und kann dort eine energische osmotische Wirkung entfalten. Zweifellos werden viel grössere Traubenzuckermengen, als die üblichen notwendig werden, u. zw. nicht so sehr hinsichtlich der Konzentration, als in Betreff ihrer absoluten Menge.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 29. Oktober 1930.

M. Kintzler: *Seltener Fall eines retropharyngealen Abszesses.* Das zwei Wochen alte, 3650 g schwere Mädchen erkrankte vor zwei Wochen mit hohem Fieber. Erschwerte Atmung, wiederholte Zyanosen. Erschwert ist besonders die Einatmung mit hochgradiger Einziehung in der Fossa jugularis und in den interkostalen Räumen. Hinten und links am Halse eine grosse, die ganze Halspartie ausfüllende, links vorne nahezu bis zur Mitellinie reichende, rechts sich nur auf das hintere Drittel erstreckende Volumenzunahme, welche die Halsform gänzlich verändert. Der Hals ist bei Bewegungs-

versuchen auffallend steif. Die Oberarme finden sich in Ad-dunktionshaltung eng an die Brust gedrückt. Die Unterarme in starker Flexion und Supinationshaltung. Beide obere Extre-mitäten zeigen spastische Tonussteigerung. Nachdem die Atem- und Schluckbeschwerden des Säuglings zweifellos von einem überaus umfangreichen retropharyngealen Abszess ver-ursacht werden, wurde sofort vom Mund aus ein Einschnitt durchgeführt, worauf zirka 15 cm³ dicker, grünlich-gelber Eiter entleert wurde. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab *Fränkel'schen* Pneumokokkus. Nach der In-zision liess die Spannung der Halsschwellung erheblich nach, als Beweis ihrer Kommunikation mit dem retropharyngealen Abszess. Gegen eine Tbc.-Wirbelentzündung sprach die Ju-gend des Säuglings (zwei Wochen) und der negative Ausfall der wiederholten Pirquet- und intrakutanen Tuberkulin-reaktion, sowie der im Eiter gefundene und gezüchte *Fränkel'sche* Diplokokkus. Mit Rücksicht hierauf, sowie auf den grossen, mit dem retropharyngealen Abszess kommunizieren- den Abszess der Scheitelgegend und auf die spastische Lähmung der oberen Extremitäten wurde eine akute Pneumo-kokkus-Osteomyelitis der Halswirbel angenommen. Nachdem die Halsschwellung hinten und seitlich kaum nachgelassen hatte, wurde der Abszess hinten eröffnet (*Milkó*). Einschnitt links von der Wirbelsäule in der Höhe der V.—VI. Hals-wirbel. Vordringen zwischen den tiefen Halsmuskeln bis zur hinteren Rachenwand. Die durchgeführte Sondenuntersuchung ergab Unebenheiten eines Wirbelkörpers. Die Halsschwellung liess aber auch hierauf nur langsam nach. Auch die spastische Lähmung der oberen Extremitäten besserte sich während der vierwöchentlichen Beobachtung nur langsam, u. zw. zuerst rechts, sodann links. Es entwickelte sich jedoch links eine Mittelohrentzündung, sodann in beiden Unterlappen konflue- rende Bronchopneumonie mit erheblichen Gewichtsverlust. Schliesslich trat bei ausgesprochener Genickstarre und mit den übrigen Symptomen der Gehirnhautentzündung der Tod ein. Bei der Sektion (*K. Wolff*) findet sich in der Kuppe der linken Brusthöhle subpleural, hinter dem Apex ein ungefähr erbsengrosser, stark vorgewölbter Abszess. Der Eiter hat von dem I. Rücken- und III. Halswirbel das Periost abge- hoben, so dass die Knochensubstanz nackt hervortritt. In der Gegend des III. Halswirbels erweckt die Anordnung und Farbe der Gewebe den Eindruck eines entleerten Abszesses. Ausserdem: Bronchopneumonia disseminata, Otitis media lat. sin. Meningitis basilaris fibrinosa. Die mikroskopische Unter-suchung des III. Halswirbels bestätigte die Diagnose.

J. Guszmann erörtert das bei Erwachsenen seltene Krankheits- bild des Gumma, das in der retropharyngealen Gegend vorkommt, manchmal fluktuiert und leicht mit einem Abszess verwechselt werden kann.

W. Milkó: *Einfacher Extensionsapparat zur Behandlung von Oberschenkelfrakturen kleiner Kinder.* Zur Behandlung von Oberschenkelfrakturen bei Säuglingen und Kleinkindern ist das einfachste Verfahren die *Schedl'sche* vertikale Suspension. Die verwendeten Apparate haben den gemeinsamen Fehler, dass sie schwerfällig sind, viel Raum beanspruchen, in der Höhenrichtung nicht einstellbar und kostspielig sind. Frei von diesen Nachteilen ist der einfache Apparat, den der hauptstädtische Instrumentenbetrieb nach seinen Anordnungen angefertigt hat. Der Apparat besteht im Wesen aus drei fingerdicken Metallstangen, zwei derselben stützen sich senkrecht an das Kopf- und Fussende des Bettes, sie können in einer Scheide nach Belieben auf- oder abwärts verschoben werden. Die dritte wagrechte Stange kommt über das Bett, und kann in den Hülsen am Ende der senkrechten Stangen nach vorne und hinten verschoben werden. Auf dieser Stange befinden sich die Gleitrollen mit den Gewichten, diese können nach Belieben eingestellt und fixiert werden. Der Apparat ist billig, erfordert wenig Platz, kann auf jedes Bett angebracht und nach Bedarf auch zur wagrechten Extension verwendet werden.

W. Milkó: *Die Appendizitis der Kinder.* Nach kurzer Erörterung der Pathogenese (Oxyuriasis, Angina usw.) beschäftigt er sich mit der Symptomatologie und Diagnostik des Leidens. Er betont die Inkongruenz, die namentlich bei der Appendizitis der Kinder zwischen den Veränderungen am Wurmfortsatz und dem klinischen Krankheitsbild oft zu finden ist. Vom Gesichtspunkt der Differenzialdiagnose betont er die Möglichkeit der Verwechslung mit Typhus, Pneumonie, Pyelitis und besonders mit Pneumokokkenperitonitis. Bei der letzteren ist er in Gegensatz zu *Salzer* Anhänger des frühzeitigen Eingriffes, nachdem es niemals möglich ist, das Leiden von einer Peritonitis appendikulären Ursprungs zu unterscheiden. Chronische Appendizitis ist bei Kindern selten, und nur ein kleiner Teil der sogenannten rezidivierenden Nabelkoliken kann mit dem Appendix in Verbindung gebracht werden. Bei Bauchschmerzen unbestimmten Ursprungs soll man ausser an Appendix an die Erkrankung der Harnorgane denken. Der Verlauf der kindlichen Appendizitis ist vollkommen unberechenbar, die Prognose immer zweifelhaft, deshalb ist die einzig mögliche Therapie die sofortige Operation in allen Stadien des Leidens. Die Ergebnisse sind umso besser, je einfacher der Eingriff. (Kurze Narkose, kleiner Bauchschnitt, Vermeidung von Spülung und Tamponade, womöglich totaler Verschluss des Bauchraumes mit Ausnahme der schweren perforierten Fälle.) In der Nachbehandlung der Peritonitisfälle ist die totale Nahrungsentziehung per os für längere Zeit (eventuell auch 7—8 Tage lang) bei dauernden

Katzenstein wichtig. Zur Einleitung der Darmtätigkeit haben sich Sennatininjektionen als vorteilhaft erwiesen. Trotz der zahlreichen traurigen Erfahrungen gibt es noch immer zahlreiche Versäumnisse bei der Frühoperation. Eigenartigerweise vertreten selbst manche der neueren Fachwerke (*Gonrband*) einen auffallend konservativen Standpunkt und empfehlen nur in den schwersten Fällen die Operation. Das ist unbedingt ein irrtümlicher, ja gefährlicher Standpunkt, ein wahrer Anachronismus, der mit allen Waffen zu bekämpfen ist.

G. Papp: Bei der Appendizitis des Kindesalters gibt es mehr diagnostische Irrtümer und verspätete Operationen, als bei Erwachsenen. Die Ursache ist einerseits, dass die Angaben der Kinder nicht immer verlässlich sind, andererseits, dass zahlreiche Krankheiten die Symptome der Appendizitis nachahmen können. Neuropathische Kinder klagen oft über intensive Bauchschmerzen. Hieher gehört auch die Nabelkolik, die von einzelnen Autoren mit einer Knickung oder Verwachsung des Wurmfortsatzes in Verbindung gebracht wird. Hat das Kind z. B. wegen Pharyngitis Fieber und klagt es zur gleichen Zeit aus anderen Ursachen über heftige Bauchschmerzen, so ist die Differenzierung von Appendizitis-Peritonitis durchzuführen. Wir erhalten Bescheid durch das gute Aussehen der Kinder und durch den Mangel objektiver Symptome. Schwankt die Diagnose zwischen Typhus und Appendizitis, so entscheidet die Diagnose nicht in jedem Fall das Blutbild, sondern die Hämokultur. Das Blutbild kann ganz atypisch sein. Sepsis kann ebenfalls heftige Bauchschmerzen, manchmal sogar Appendizitis (Embolie) verursachen.

J. Csiky: *Zusammenhang zwischen Knochen-, Gelenks-Tbc. und Trauma.* Nach Darlegung der Literatur wirft der Vortragende folgende Fragen auf: 1. Kann durch eine offene Verletzung Knochen- oder Gelenktuberkulose entstehen? 2. Kann in einer vorher gesunden Skelettpartie resp. in einem Gelenk durch Trauma auf hämatogenem Wege eine Tbc.-Erkrankung auftreten? 3. Kann ein bestehender, oder sich bessernder resp. latenter Prozess nach Trauma eine Verschlimmerung, resp. Fortschritt aufweisen? Er beantwortet die Fragen 1. und 3. bejahend, die 2. Frage verneinend. Schliesslich betont er, dass in allen Fällen, wo chirurgische Tuberkulose mit Unfall in Verbindung gebracht wird, alle Angaben zur Feststellung des Zusammenhanges genau zu untersuchen sind.

W. Milkó: Die Entscheidung über die Frage, ob ein tuberkulöser Knochen- oder Gelenkprozess mit einem Trauma im Zusammenhang steht oder nicht, besitzt in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht erhebliche Bedeutung. Die Entscheidung der Frage erfordert in jedem Fall gründliches Studium und grosse Vorsicht, weil durch einen irrtümlich festgestellten Zusammenhang die Unfallversicherungsinstitute unmotiviert schwere materielle Schädigungen erleiden. Empfehlenswert sei bei der Beurteilung des Zusammenhanges folgende Prinzipien zu befolgen. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges soll nur anerkannt werden, wenn 1. bei

einem zweifellos nachgewiesenen Unfall die betreffende Partie der Extremität ein solch intensives Trauma erlitten hat, das den Verletzten wenigstens provisorisch sofort arbeitsunfähig machte; 2. das Intervall zwischen Unfall und der Manifestierung des Tbc.-Leidens kann nicht weniger als 2—3 Monate sein; 3. die Zwischenzeit kann nicht vollkommen symptomtenlos sein, sondern es müssen sich die sogenannten Überbrückungssymptome zeigen in der Form von Schmerzen, Beschränkungen der Beweglichkeit usw. In der Mehrzahl der Fälle stehen wir erdichteten, nachträglich gemeldeten und konstruierten Unfällen gegenüber, in welchen der Zusammenhang in Ermangelung der erforderlichen Bedingungen nicht festzustellen ist.

D. O.-Kuthy: *Meissen* vertrat 1900 hinsichtlich der Lungen-Tbc. den Standpunkt, „die Disposition ist wichtiger als die Infektion“. Dem Trauma kommt unter den disponierenden Faktoren zweifellos in den verschiedensten Krankheiten eine Rolle zu. Beschrieben wurden: Arteriosklerose (*Goldscheider*), Arthritis deformans (*Schmidt*), Ozäna und symmetrische Lipomatose traumatischen Ursprungs. *Marcus* hat in der Berliner Arztegesellschaft im Februar d. J. die Entwicklung einer Darmgangrän nach einer stumpfen Krafteinwirkung auf den Unterleib beschrieben, das Entstehen von Appendizitis nach Trauma wurde wiederholt gemeldet, *Géza Fabinyi* aber hat in einer März-Sitzung unserer Gesellschaft ein infolge Krafteinwirkung entstandenes Adenokarzinom demonstriert. *Zimmermann* hat in der „Unfallheilkunde“ 1928 einen überaus interessanten Fall von Knochenlues beschrieben, wo nach einem Pferdehufstoss, der das Gesicht traf, zuerst eine Nekrose des Jochbeins, sodann multiple Osteomyelitis auftrat, deren Fisteln, nachdem die latente Syphilis des Patienten erkannt wurde, auf Jodkali und Salvarsanbehandlung heilten. Während das Auftreten einer traumatischen Darmgangrän nach *Marcus* aus einer funktionellen Zirkulationsstörung noch erklärt werden kann, sei der Standpunkt von *Meissen* bei Infektionskrankheiten in Betreff der traumatischen Disposition als übertrieben zu bezeichnen. Bezüglich des Zusammenhanges von Tbc. und Trauma sei er geneigt die Ansicht zu akzeptieren, die auch *Wilhelm Friedrich* anlässlich des VI. Tuberkulosekongresses vertreten hat, dass von aussen einwirkende mechanische Schädigungen eine vielleicht für immer ruhende Tuberkulose zum Aufflammen bringen, einen aktiven tuberkulotischen Prozess aber bösartiger gestalten können. Dass der Chirurg das seltener beobachtet wie der Phthisiologe, könne damit erklärt werden, dass in der Lunge häufiger latente Herde vorhanden sind als in den Knochen, weil ja der Tuberkulosebazzillus absolut aerob ist.

J. Karaliáth: *Liebermeister* hat Tbc.-Bazillen in der Blutbahn in letalen und miliaren Fällen nachgewiesen. Er führt in seiner Abteilung bei jedem Lungenprozess diesbezügliche Untersuchungen durch.

E. Gellért: Es sei ein Fehler, dass die Ärzte sich nicht streng auf die Feststellung des Unfalles beschränken. Nicht jeder Unfall bilde ein Trauma. Ein sehr intensives Trauma kann Miliar-Tbc. herbeiführen, solche Fälle hat er häufig gesehen. Die Kranken führen mit Vorliebe ihr Leiden auf ein Trauma zurück.

J. Guszmann: Syphilis und Trauma zeigen eine ähnliche Relation, wie Tuberkulose und Trauma. Spirochäten bleiben in loco zu-

rück, diese können nach einem Trauma neue Rezidiven verursachen. Bei einer infizierten Person kann jeder Reiz den syphilitischen Prozess auslösen.

J. Csiky: Die Versuche liefern keinerlei Stützpunkte zur Klärung dieser Fragen.

Sitzung am 12. November 1930.

A. Orentsák: *Seltenere Extrauterinfälle.* Nach einer kurzen Darlegung der Pathogenese und Symptome der interstitiellen Schwangerschaft demonstriert er je eine interstitielle Schwangerschaft im III. und II. Monat. In der überwiegenden Mehrheit der in der Literatur veröffentlichten ähnlichen Fälle, ist der Uterus bei der Operation entfernt worden. In diesen beiden Fällen gelang es den Uterus nach Abtragung der Tubenecke zu erhalten. Der Fall im III. Schwangerschaftsmonat betrifft eine sehr junge tubare Schwangerschaft, wo das in der isthmischen Partie der Tube haftende Ei eine Tubenruptur verursacht hat. Er demonstriert ferner die einen Tag früher entfernte Tube einer Patientin, wo das Gebilde, welches das Tubenblumen versperrt, auch mit freiem Auge wahrnehmbar ist. Bei derselben Kranken wurde vor 1½ Jahren in einer anderen Anstalt wegen linkseitiger Schwangerschaft eine Laparotomie durchgeführt. Damals zeigten sich bei der Kranken während der Beobachtung die Symptome einer akuten Anämie, nach der Operation wurde die Reinfusion durchgeführt. Diesmal gelang es mit Hilfe der Probepunktion die Diagnose schon zu einer Zeit festzustellen, wo die Kranke noch kaum 50 cm³ Blut verloren hatte, so dass die Operation unter günstigeren Umständen durchgeführt werden konnte.

I. Szelenzky: *Zwillingsschwangerschaft mit einer lebenden und einer toten Frucht.* Er schildert kurz sämtliche Formen der Zwillingsschwangerschaft und deren Zustandekommen ohne Eingehen auf die Fragen der Superfötation und Superföundation. Sein Fall bezieht sich auf eine einzige Zwillingsschwangerschaft mit einer lebenden und einer toten, frühzeitig mazerierten Frucht. Spontane Plazentageburt. Eine Plazenta, ein Chorion, zwei Amnien. Er untersuchte, zu welcher Zeit vor der Geburt die mazerierte Frucht gestorben ist, und was die Todesursache war. An der toten Frucht und deren Nabelschnur waren ausser der Mazeration ersten Grades makroskopisch keine krankhaften Veränderungen wahrnehmbar, woraus er folgert, dass der Tod 3–4 Tage vor der Geburt eingetreten sein kann, weil so viel Zeit für das Zustandekommen der Mazeration ersten Grades (Abhebung der Haut in Blasen und deren Ablösung in Streifen) notwendig ist. Die Todesursache bildete ein umfangreicher plazentarer Infarkt auf dem Ursprungsgebiet des Gefäßnetzes der Nabelschnur der gestorbenen Frucht. Hiedurch

wurde die Atmungs- und Ernährungsfläche der verstorbenen Frucht erheblich verringert, was Entwicklungsstörung und sodann den Fruchttod herbeiführte.

J. Bud: Die Demonstration ist praktisch sehr wichtig und interessant. Das intrauterine Fruchsterven ist manchmal die Folge von Entwicklungsabnormitäten, manchmal aber von placentaren Erkrankungen.

J. Crosilla: *Entwicklungsabnormität als Geburtskomplikation.* Die 23jährige III. P. wurde aus der Provinz von den Rettern mit einer bis zum Nabel extrahierten toten Frucht in die Anstalt gebracht. Der Kollege, der die Extraktion nicht durchführen konnte, nahm eine Zwillingsschwangerschaft mit Verwachsung der beiden Köpfe an. In der Abteilung gelang die Extraktion ohne Schwierigkeit, es wurde eine tote weibliche Missgeburt mit dreifacher Entwicklungsanomalie zur Welt gebracht. Hydrocephalus internus, Struma kongenita und Spina bifida. Die Extraktion gelang in der Abteilung gleich, weil die Flüssigkeitsansammlung im Hydrokephalus durch die Spina bifida sich entleerte. Den diagnostischen Irrtum hat das kongenitale Struma verursacht.

A. Bossányi fragt, woraus festgestellt wurde, dass die mächtige Halschwellung tatsächlich ein Struma sei?

J. Crosilla: Der Fall ist pathologisch-anatomisch noch nicht vollkommen aufgearbeitet, er will über den Fall in einer Publikation referieren.

B. Nádory: *Bossi-Dilatator bei Geburten.* Soll die Geburt wegen Lebensgefahr der Mutter oder der Frucht sehr rasch beendet werden, so kann mit diesem Instrument der noch nicht entsprechend erweiterte Muttermund, wenn der Cervix bereits verstrichen ist, innerhalb 5—10—20 Minuten derart vollkommen erweitert werden, dass die Operation zur Beendigung der Geburt ohne Schädigung der Mutter oder der Frucht rasch durchgeführt werden kann. Das ist besonders für den praktischen Arzt wichtig, der in den chirurgischen Schnittmethoden nicht so geübt sein kann, die unverlässliche langwierige Ballonenerweiterung aber nicht imstande ist, mit entsprechenden Resultat zu verwenden. Nach Beleuchtung der widersprechenden Literaturangaben betont er, dass die als grösster Nachteil des Bossi-Dilatators bezeichneten Cervixrisse zu vermeiden sind, wenn bei verstrichenen Cervix nur der noch vorhandene Muttermund langsam und vorsichtig erweitert wird. In sechs Jahren wurden in 24 von 5765 Geburten die Bossi-Dilatation durchgeführt, zu Lasten des Verfahrens ergab sich kein einziger Todesfall. Unsere drei Todesfälle traten im eklamptischen Koma ein. Es gab vier Cervixrisse, keiner derselben schwerer, als bei anderen operativen Geburten. Es wurden 16 lebende und 9 tote Früchte geboren, der Fruchttod fiel in keinem einzigen Fall dem Verfahren zu Last. Es wurden 11 Extraktionen mit Wendung

(einmal Zwillinge), 11 Kielland-Zangen (von diesen 7 hohe Zangen) und 3 Perforationen (an toten Früchten) durchgeführt. Der Vergleich mit den Ergebnissen, die während der gleichen Zeitdauer durchgeführten 24 Ballonerweiterungen ergibt nahezu vollkommen gleiche Resultate. Die Bossi-Dilatation sei daher nach keiner Richtung hin gefährlicher, ihr grosser Vorteil aber sei das rasche, innerhalb kurzer Zeit erzielbare Resultat: die Beendigung der Geburt in 15—20 Minuten ohne Schädigung der Mutter oder Frucht.

G. Bud: Der Bossi-Dilatator wird zur Zeit nicht mehr allgemein verwendet. *Winter* hat in seinem Referat anlässlich des XVI. internationalen Kongresses in Budapest die Methode als gefährlich bezeichnet. Bei Placenta praevia ist die Methode selbst in der Hand des Fachmannes nicht gefahrlos. Redner empfiehlt dem praktischen Arzt die Verwendung des Bossi-Dilatators wegen der Gefahr von schweren Cervixrissen nicht. Die Naht derselben in der Privatwohnung ist äusserst schwierig und die bei den Rissen auftretenden schweren Blutungen können dort selbst vom Fachmann kaum bekämpft werden, es fehlen die Anstaltseinrichtung, deren Personal und in gegebenen Fällen die Möglichkeit des lebensrettenden chirurgischen Eingriffes.

K. Schmidlechner: Zu Beginn des Jahrhunderts, als er Assistent war, beschäftigte man sich in der Tauffer-Klinik intensiv mit der *Bossi*-Methode, sie wurde wegen der ungünstigen Ergebnisse vollkommen aufgegeben. In seiner Abteilung ist das Instrument gar nicht vorhanden. Die Resultate von *Nádory* lenken nun wieder die Aufmerksamkeit auf das Instrument. Sein Anwendungsgebiet in Gebäranstalten ist verhältnismässig eng, weil die geburtshilfliche Tätigkeit sich immer mehr nach der chirurgischen Richtung hin entwickelt. Die Methode ist jedoch vollkommen ungeeignet, von dem unter sehr ungünstigen Verhältnissen arbeitenden Arzt in der Privatpraxis in der Wohnung der Kranken angewendet zu werden. Bei Eklampsie kann durch andere Verfahren Erfolg erzielt werden, eine forcierte rasche Beendigung der Geburt wird selten notwendig. Die Methode ist bei Placenta praevia sehr gefährlich. Die Fruchtmortalität ist bei *Nádory* sehr hoch, das gleiche Resultat kann auch mit der viel einfacheren und ungefährlichen Ballonerweiterung erzielt werden. Bei Anwendung des *Bossi*-Instrumentes sind tiefe Cervixrisse sehr häufig und die Versorgung heftiger Blutungen bei solchen kann katastrophal werden. Sehr gross ist auch die Infektionsgefahr. Die Methode gelangt bei verzögerten Geburten zur Anwendung, bei solchen kann der Geburtskanal wegen der wiederholten Untersuchungen nicht keimarm bleiben und selbst oberflächliche Cervixrisse öffnen der Infektion Wege. Sehr gefährlich sei auch die häufig notwendig werdende Plazentaablösung.

B. Nádory hat sich weder mit der Methode der Beendigung von Geburten, noch mit Geburtskomplikationen, sondern ausschliesslich mit den im Notfall durchzuführenden Muttermunderweiterungen beschäftigt, welche eine rasche Beendigung der Geburt ermöglichen. Er betont gegenüber der Berufung auf klinische Erfahrungen, dass es Kliniken sind, die auf Grund ihres Materials die Bossi-Dilatation empfehlen. Eklampsiefälle gibt es nicht nur in Budapest, sondern auch in entlegenen kleinen Dörfern, wo weder eine Anstalt, noch

fachkundige Ärzte zur Verfügung stehen. Der Hinweis auf Placenta praevia sei gegenstandslos, weil er in solchen Fällen die Bossi-Dilatation ebenso wenig empfohlen hat, wie die Anwendung der hohen Zange. Die in der Literatur angeführten schweren Cervixrisse traten bei erhaltener Portio auf, für diese Fälle hat auch Redner betont, dass sie für die Bossi-Dilatation nicht geeignet sind. Es sei überflüssig, den praktischen Arzt vor der Anwendung des Bossi-Dilatators wegen der eventuellen Gefahr von Cervixrissen zu warnen, denn Cervixrisse sind ja auch bei Extraktionen mit der Zange oder Wendungen auf dem Fuss ziemlich häufig. Die Wendungsoperation sei aber ein viel schwererer und gefährlicher Eingriff, doch werden diese vom praktischen Arzt durchgeführt. Er beharrt dabei, dass die Bossi-Dilatation in entsprechenden Fällen und bei erforderlicher Vorsicht gefahrlos angewendet werden kann, und die Methode kann jedenfalls leicht angeeignet werden, im Gegensatz zu den sogenannten chirurgischen Operationsmethoden, die keinesfalls für den praktischen Arzt geeignet sind, wo doch der praktische Arzt in der Provinz jede Form der Geburtskomplikation zu lösen hat. Die geschilderte Methode bietet hierfür eine Möglichkeit.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

Von Dr. **Wilhelm Manninger** Sekretär und Dr. **Georg Matolay** Schriftführer.

(Fortsetzung.)

II. Sitzung. (Nachmittags.)

Stefan Szacs vay: *Die Rolle des Gefäßsystems und der zirkulierenden Blutmenge für das Zustandekommen des Operationskollapses.* Der Vortragende definiert den Shock als extrem gesteigerten Spasmus des Gefäßsystems, den Kollaps aber als Erschlaffung oder Lähmung desselben. Unter normalen Verhältnissen zeigt das Gefäßsystem des Splanchnikusgebietes ein gegensätzliches Verhalten zum peripheren resp. extraportalen Gebiet, der Erweiterung der Splanchnikusgefäße folgt die Zusammenziehung der extraportalen Gefäße und umgekehrt. Die entgegengesetzte Funktion der beiden Gebiete sichert unter normalen Verhältnissen die Stabilität des Blutdruckes. Tierversuche beweisen, dass ein Zerren der vom Splanchnikus innervierten Organe Kollaps auslöst, indem das Gefäßgebiet atonisch wird, und grosse Blutmengen aus der Zirkulation ausschaltet. Die Frage ist nun, welche Wirkung die Narkose auf das Gefäßsystem ausübt. Er stellte fest, dass bei Bauchoperationen sowohl in Lokal-, wie auch in Allgemeinnarkose der Blutdruck plötzlich stark sinkt, in der Allgemeinnarkose viel stärker als in der Lokalanästhesie. Er fordert daher die Narkose bei Bauchoperationen womöglich zu vermeiden, ebenso auch jede überflüssige Zerrung der vom Splanchnikus innervierten Organe. Nach seinen Erfahrungen sind subkutane und intravenöse Infusionen und physiologische Kochsalzlösung von guter Wirkung.

Julius Szilvássy: *Serumtherapie der Gonorrhoe.* Es ist ihm