

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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




**Erscheint halbmonatlich**

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

## Sanatorium Dr. Pajor

**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke.   
Storm Van Leuven Allergieleite Abteilung für  
Asthma, Neufieber etc. Allergische Krankheiten.   
Gebärabteilung.  Stillungsabteilung für Krebs-  
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und  
Wasserheilanstalt.

## Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

**APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN**

Budapest, V., Szabadság-tér

# HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

**47° C warme, radioaktive  
Thermalquellen.**

Die vollkommensten ärztlich-technischen Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden, Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern  
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Komfort eingerichtete Zimmer. Erstklassige Küche. Einbettiges Zimmer von 8 - 14 Pengő, zweibettiges Zimmer von 14 - 24 Pengő. Thermal-Wellenbad.



## Hauptstädtisches Széchenyi-Heilbad im Stadtwäldchen

73·9 C° heisse, radiumhaltige Schwefelquelle, mit reichem Kohlensäure-, Erdalkalien- und Kalkgehalt aus 970 m Tiefe. Die heilkräftige Therme speist Frauen- und Männervolksbäder, zahlreiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-, Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie das anschliessende herrliche Strandbad. Trinkkuren, Mechanotherapie. ❖ Ständige ärztliche Ordination

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Ungarische Chirurgische Gesellschaft. — Mitteilungen der Budapester Zentral-Kur- und Heilstättenkommission. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 16. November 1935.

**T. Matolcsy:** *Operierte Knochenzyste.* Referat über 45 operierte Knochenzysten, wo in die Knochenhöhle ein Knochenspan aus der Tibia transplantiert wurde. Bei der fortlaufenden Röntgenkontrolle des Transplantats wurde gefunden, dass die Assimilation des Transplantats und die Ausfüllung der Zystenhöhle erhebliche zeitliche Differenzen aufweisen. In einem der vom Vortr. demonstrierten Fälle erfolgte die Transplantation in die Zystenhöhle des Humerus eines 5jährigen Kindes mit der vollkommenen Assimilierung nach 8 Monaten, wogegen das Transplantat in der Zystenhöhle des Femurhalses eines 24jährigen Patienten erst nach 3 Jahren assimiliert wurde. Hieraus wird die praktische Folgerung abgeleitet, dass die chirurgische Behandlung der Knochenzysten in der Jugend keineswegs kontraindiziert, sondern im Gegenteil ein guter und rascher Erfolg nur bei Transplantationen vor Abschluss der Verknöcherung zu erzielen ist.

**L. Borsos:** *Operierte Oesophagus-Strikturen.* Demonstration von 4 operierten Fällen.

**G. Hetényi:** *Untersuchungen über das Entstehen der Obesität.* Seine Versuche haben erhebliche Differenzen in dem Fettstoffwechsel von verfetteten und normalen Menschen ergeben. 1. Nach einwöchentlicher ungenügender Ernährung sinkt die Fettkonzentration im Blut fatter Personen erheblich, in dem von nicht fetten Menschen findet sich kaum eine Änderung. Erklärung: die Fettmobilisation aus den Depots ist bei Obesität verhindert. 2. Nach Verzehrung von 200 g. Sahne ist die Erhöhung der Fettkonzentration im Blut bei fetten Personen wesentlich geringer. Erklärung: Bei fetten Personen weisen die Fettdepots eine ge-

steigerte Avidität für das zirkulierende Fett auf. 3. Die bei artefiziell herbeigeführtem Fieber zustandekommende Steigerung des Blutfettspiegels ist bei fetten Personen wesentlich geringer. Erklärung: wie bei Punkt 1. 4. Nach subkutaner Injektion von 50 ccm. Öl weist die Blutfettkonzentration fatter Personen eine geringere Steigerung auf, als die normaler Menschen. Erklärung wie 2. 5. Ähnliche Untersuchungen bei Fällen von Lipodystrophia progressiva ergaben, dass die obere, magere Körperhälfte sich normal, die untere, verfettete Hälfte aber so verhält, wie bei Obesität. Seiner Ansicht nach ist die Obesität eine Depotkrankheit. Die gesteigerte Fettavidität der Fettdepots einerseits und ihre verringerte Mobilisationsfähigkeit auf der anderen Seite führt zu stufenweisen Vermehrung der Fettansammlungen. Nachdem das in den Depots angesammelte Fett für den Energiehaushalt des Organismus unerreichbar ist, hungert eigentlich der fette Mensch. Die gesteigerte Nahrungsaufnahme und, verminderte körperliche Beweglichkeit der fetten Menschen sind daher nicht Ursachen, sondern Folgen der Obesität. Weitere Untersuchungen verfolgen das Ziel, die Funktion der Regulation der Fettdepots kennen zu lernen.

**S. Fényes und O. Göttche:** *Polyradiculoneuritis acuta curabilis Guillain-Barrée.* Schilderung von 2 Fällen, Mädchen im Alter von 15 und 13 Jahren mit dem typischen klinischen Syndrom: Paresen, fehlende Sehnenreflexe bei vorhandenen Bauchreflexen, Sensibilitätsstörungen der distalen Extremitätspartien, im Liquor Albuminvermehrung ohne Zunahme der Zellenzahl (dissociation albuminocytologique). Guillain-Barrée erkannten als erste, dass dieses Syndrom als primäre infektiöse, oder toxische Polyradiculoneuritis auftreten kann.

Sitzung am 23. November 1935.

**C. Wiethé:** *Kinematographische Stroboskopie des Larynx.* Demonstration der Stimmbandbewegungen mit dem von ihm konstruierten neuen Stroboskop.

**A. Réthi:** *Physiologie und Pathologie der Kehlkopfinnervation.* (Mit Filmdemonstration.) Die Adduktoren und Abduktoren des Kehlkopfes werden vom Recurrens mit motorischen Fasern versorgt; doch liefert der innere Ast des N. laryngeus sup. nicht nur sensible Schleimhautnerven, sondern auch Äste für die Adduktoren und Abduktoren. Er fand am menschlichen Kehlkopf nicht nur Äste des Laryng. sup zum Musc. crico-thyreoideus, sondern auch solche zu den Adduktoren. Nach Heraushebung des Kehlkopfes bei dem oberflächlich narkotisierten Hund, Reizung der Epiglottis und der Aryfalte erfolgten Schluckbewegungen und Glottisverschluss. Wenn er nun die beiden Recurrens-Nerven durchschnitt, so trat auf ähnliche Reizung der Epiglottis und der Aryfalte neben Schluckbewegung auch totaler Glottisverschluss ein. Es gibt daher ausser dem Recurrens eine weitere motorische Innervation. Weitere Beweise hiefür sind die Kontraktion des Musc. transversus nach Recurrens- und Laryngeus sup. Reizung, die Bewegungen des Aryknorpels der gelähmten Seite nach Recurrenslähmung. Die Kehlkopfmuskeln besitzen daher eine doppelte motorische Innervation. Der motorische Hauptnerv ist der Recurrens, der Laryngeus sup. unterstützt dessen Funktion

(Schemelinnervation), zwischen den beiden besteht keine qualitative, sondern nur quantitative Differenz. Der Recurrens sichert das feine Muskelspiel, der Laryngeus sup. aber unterstützt diese Funktion und verursacht bei Recurrenslähmung die tonische Muskelkontraktion. Von Ausnahmen abgesehen findet sich bei Menschen nach halbseitiger Recurrenslähmung intermediäre Position, bei doppelseitiger Lähmung paramediane Stellung. Diese Regel, wie auch die Ausnahmen finden in der Doppelinnervation volle Erklärung.

**J. Minder:** *Erfahrungen mit der intravenösen Pyelographie.* Referat über 786 Fälle von intravenöser Pyelographie. Wenig Vorteile bietet die Methode bei papillaren Initialformen der Nierentuberkulose, dagegen ist sie äusserst nützlich bei den schweren Formen, wo der Ureterkatheterismus nicht mehr durchführbar, die sekretorische Nierenfunktion jedoch noch nicht zerstört ist. Durch die intravenöse Pyelographie können die früher notwendigen doppelseitigen Nierenexplorationen vermieden werden. Erhebliche Vorteile bietet die Methode bei Nierensteinen, wo die Hinaufführung des Katheters über den Stein hinaus nicht gelingt, bei Blasentumoren, Divertikeln, Prostatapertrophien; Pyelitis gravidarum und Entwicklungsanomalien.

Sitzung am 30. November 1935.

Präsident **T. Györy** widmet dem verstorbenen vormaligen Präsidenten der Gesellschaft, Professor **Stefan Tóth**, einen Nachruf.

**A. Torday:** *Die Takata-Reaktion.* Sie wird auf Empfehlung von **Staub** und **Jesler** besonders zur Diagnose von Leberzirrhose verwendet. Von seinen 21 Fällen (4 gelangten zur Sektion) war die Reaktion in 16 Fällen, also in 76.3% positiv. Den Wert der Reaktion beeinträchtigt der Umstand, dass das Ergebnis auch bei anderen Leberveränderungen — wenn auch in einem geringeren Prozentsatz — positiv ist. So erhielt der Vortr. bei Leberschwellungen infolge organischer Herzleiden in 37.5%, bei Cholecystopathien in 15% selbst in höheren Verdünnungen Niederschläge. Die Reaktion ist in letzteren Fällen reversibel, dagegen bleibt sie bei Zirrhose bestehen und bietet bei dieser eine ungünstige Prognose. Bei schweren Tuberkulosen erhielt er in 17.4% positiven Ausfall. Die Reaktion verläuft weder mit der Globulinvermehrung, noch mit der Abnahme des Blutserumeiweisses, oder dem Ausfall der Blutkörperchensenkung parallel. Vergleichende Untersuchungen wurden mit folgenden Leberfunktionsprüfungen durchgeführt: Galaktosebelastung und Einfluss der Galaktose auf das Blutzuckerniveau. Die Takata-Reaktion gibt in einem grösseren Prozentsatz der Fälle von Leberzirrhose positiven Ausfall, als die zum Vergleich herbeigezogenen Methoden. Die Takata-Reaktion ist eine wertvolle diagnostische Hilfsmethode zur Feststellung der Zirrhose, doch sind die angeführten Fehlerquellen zu berücksichtigen.

**Besprechung: S. Recht:** Die Reaktion dient vor allem zum Nachweis grober Leberläsionen, doch können für viele andere Krankheitsformen charakteristische Kurven gewonnen werden, wenn die minimalste Trübung und Niederschläge berücksichtigt werden. Wichtig ist auch, bei welcher Dilution Niederschlag auf-

tritt. So verschiebt sich z. B. bei Säuglingstoxikosen das Auftreten des Niederschlages in der Richtung der geringeren, bei exsudativer Diathese in der höheren Dilution.

**S. Lang:** Die Zahl der von ihm und *Gsellmann* untersuchten Fälle ist bereits mehr als 140. Die Takata-Reaktion war in sämtlichen Zirrhosefällen positiv, so dass die T.-Reaktion bei Zirrhose geradezu als spezifisch zu betrachten ist, indem bei deren negativem Ausfall die Leberzirrhose mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann. Weitere Vorteile der Reaktion sind ihre leichte Durchführbarkeit, einfache Methodik, ferner dass sie mit Ausnahme des Liquors an allen Körpersäften angestellt werden kann.

**E. Baráth:** *Die thyreogenen Hypertonieen.* In Begleitung des Krankheitsbildes der Hyperthyreose finden sich oft mehrminder erhebliche Blutdrucksteigerungen, besonders bei dem sogenannten toxischen Adenom. Tachykardie, glänzende Augen, weite Lidspalte und Neigen zum Schwitzen zeigen die Möglichkeit eines Konnexes an, dessen Erkennung das Fehlen der Grundumsatzsteigerung oft erschwert. In solchen Fällen kann vielleicht die jüngst von *Paál* beschriebene Steigerung des Blutjodspiegels eine Orientierung bieten. Die Blutdrucksteigerung der an Hyperthyreose Leidenden kann starke Schwankungen aufweisen. Die Blutdruckkurven nach Arbeitsbelastung sind denen bei labiler Hypertonie ähnlich. Nach längerem Bestehen treten umfangreiche Veränderungen im Gefässsystem ein, die Blutdruckkurven zeigen starke Erhöhungen, mit unvollkommenem Ausgleich und mangelnder kompensatorischer Blutdruckerniedrigung. In solchen Fällen ist zumeist bereits der diastolische Druck erheblich gesteigert. Die subtotale Thyreoidektomie übt auf solche Hypertonien im Anschluss an Hyperthyreose einen günstigen Einfluss aus. In 14 derartigen Fällen folgten diesem Eingriff erhebliche Blutdruckerniedrigungen und dauernde Besserung der zur Dekompensation neigenden Kranken. In Fällen, wo neben den Symptomen der Hyperthyreose auch Hypertonie vorhanden ist, entscheiden wir uns leichter für die Operation, weil nach den klinischen Beobachtungen später Nephrosklerose auftreten kann. Die günstige Wirkung der Operation beruht vielleicht darauf, dass der Einfluss des Schilddrüsenhormons, welcher die Adrenalinwirkung steigert und so die Zirkulation ungünstig beeinflusst, beseitigt wird. Die von *Blumgart* empfohlene totale Thyreoidektomie dürfte bei dekompensierten Kranken wegen des eventuellen Myxoedems gefährlich werden.

*Besprechung:* **K. Hajós.** Charakteristisch für Hyperthyreose und Basedowkrankheit ist die Labilität des systolischen Druckes der nach seinen Beobachtungen durchschnittlich um 10% den normalen Druck übersteigt, wobei der diastolische Druck niedrig bleibt.

**B. Fornet** fragt, wie viel im Klimakterium befindliche Frauen sich unter den Fällen von hypertotonischer Hyperthyreose finden, weil bei diesen eine polyglanduläre Störung vorliegen kann, ferner fragt er, ob die gefährliche totale oder subtotale Strumektomie nicht durch Schilddrüsenbestrahlung erfolgreich ersetzt werden könnte.

**E. Baráth:** Schlusswort.

**P. Halász: Gasdiffusionsuntersuchungen bei Leberkranken.**

Es wurde die Wirkung der intravenös eingeführten Dextrose auf den Gasstoffwechsel mit Rücksicht auf die spezifische, dynamische Wirkung der Kohlehydrate untersucht. Der mit Umgehung des Magendarmtraktes eingeführte Zucker erhöht den Oxygenverbrauch. Der eingeführte Zucker wird in Glykogen umgewandelt und rasch verbrannt. Bei Leberkranken kann die Umwandlung des intravenös eingeführten Zuckers in Glykogen nicht immer nachgewiesen werden, die Verbrennung des Zuckers während der Untersuchungsdauer aber kann in keinem einzigen Fall nachgewiesen werden. Bei gleichzeitiger Verabreichung von Exhepar und Dextrose tritt eine ausgesprochene dynamische Wirkung auch in jenen Fällen auf, wo Dextrose allein keine Wirkung hatte. Diese Ergebnisse bestätigen die Annahme von *Fejér* und *Hetényi*, dass die dynamische Wirkung der Kohlenhydrate durch Leberfunktion, namentlich durch Leberglykogen-Fixation zustande kommt.

**Besprechung: G. Hetényi.** Die Untersuchungen von Halász liefern den Beweis, dass die sogenannte dynamische Wirkung der Kohlenhydrate infolge der Leberfunktion zustande kommt. Die Beobachtung, dass Leberkranke den ihnen verabreichten Zucker schwieriger verbrennen, beweist, dass der Stoffwechsel in der Muskulatur solcher Kranken eine Störung erlitten hat. Die Ursache ist entweder ein in der kranken Leber gebildeter Stoff, der die Zuckerverbrennung in den Muskeln verhindert, oder aber gehen Leberkrankheiten mit einer Funktionsstörung des Inselapparates der Pankreas einher, welche in latenter Form vielleicht häufiger vorkommt, als bisher angenommen wurde.

Sitzung am 7. Dezember 1935.

**B. Rác:** a) *Musculus adductor Hernie.* Der 26jährige berittene Gendarm stürzte beim Reiten vom Pferde und verrenkte den r. Oberschenkel, in dessen oberen und inneren Drittel eine enteneigrosse Muskelhernie entstand. Hernien der Adduktoren sind charakteristische Reiterverletzungen. Die beim Reiten stark beanspruchten Adduktoren hypertrophisieren, die Muskelscheiden werden gespannt und erleiden starke Reibungen, wodurch die Widerstandskraft herabgesetzt wird. Es genügt sodann irgend eine stärkere Einwirkung, um die Muskelscheide zu sprengen. Charakteristisch ist der Tumor, der bei Muskelspannung teilweise, bei Abduktion der Schenkel vollkommen verschwindet. Die Behandlung besteht in der Beseitigung der vorgefallenen Muskelpartie, Vereinigung der Muskelränder und Naht der Fascie.

b) *Tintenstift-Verletzung der Urethra.* Der 22jährige Infanterist onaniert seit der Kindheit und pflegt verschiedene Gegenstände in die Harnröhre zu stecken. Diesmal führte er einen 12 $\frac{1}{2}$  cm langen Tintenstift in die Harnröhre. Der Tintenstift befindet sich seit 5 Tagen in der Blase und in der Harnröhre. Der Urin war 2 Tage lang blutig und ist seit 3 Tagen violett. Wiederholte schmerzhafte Erektionen, dauerndes Harntropfen. Die Dammgegend ist vorgewölbt und schmerzhafte, der Stift ist durch den Mastdarm palpierbar. Longitudinale Perineotomie. Subkutanes Bindegewebe und Muskulatur sind violett gefärbt, die Harnröhrenwand schwarz.

das Gewebe morsch. Nach partieller Resektion der Urethra werden die farbig imbibierte Parteien beseitigt. Heilung nach 4 Wochen.

**Besprechung:** **G. Horay.** Die Augenärzte sehen die meisten Fälle von schweren Tintenstiftverletzungen. Die Bindehaut wird durch den Tintenstift violett gefärbt, abgebrochene in die Bindehautfalten eindringende Tintenstiftpartikel verursachen in allen Fällen eitrigen Zerfall, der auch das Sehvermögen gefährden kann. Die Beseitigung der eingedrungenen Splitter ist nicht immer leicht.

**B. Zemplén.** *In der Form einer akuten Myeloblast-Leukämie beginnendes Chlorom.* Die 38jährige Frau erkrankte mit an Appendicitis erinnernden Symptomen, diesen schloss sich Verminderung der Sehkraft und des Gehörs, sodann halbseitiger Exophthalmus, subkonjunktivale Suffusionen und eine peripherische Facialislähmung an. Die Blinddarmoperationsnarbe zeigte keloidartige Anschwellungen und es entstand ein mit der Haut verwachsener kindesfaustgrosser Tumor, der bläulich durch die Bauchwand schimmerte. Die Leukozytenzahl stieg von 6000 auf 49.800 an. Im qualitativem Blutbild vermehrten sich die Myeloblasten von 12 auf 60%, wobei Myelozyten und Jungkernige fehlten, was den Verdacht einer akuten Myeloblast-Leukämie erweckte. Die Sektion stellte Chlorom fest.

**Besprechung.** **A. Dudits** demonstriert die in diesem Fall festgestellten pathologischen Veränderungen. Bei der Sektion wurden Chloromknoten am Schädeldach, im Os maxillare, in den Rippen, in der Leber, in den Nieren, in der Gallenblase, in der Blase; im Duodenum, im I. Ovarium und kleiderknopf-grosse Knoten auf der Dura mater, in der Appendektomienarbe, in den periportalen und zoekalen Lymphknoten gefunden. Charakteristisch für die Herde sind histologisch Oxydase positive atypische polymorphe Zellen.

**S. Krepuska** demonstriert histologische Schnitte mit Chloromen im Felsenbein. Die Geschwulst zeigte myeloiden Typ, geht überall von Knochenmarkhöhlen aus und zerstört die dem Druck ausgesetzten Gewebe.

**E. Grósz** macht darauf aufmerksam dass im Augenhintergrund Stauungspapille vorhanden war, mit einer Vorwölbung von 5—6 Dioptrien also ungefähr 2 mm.

**A. Schmidt.** *Operative Behandlung des Hermaphroditismus.* Wiederholt wurde berichtet, dass Frauen operativ zu Männern oder Männer zu Frauen verwandelt wurden. Diese tatsächlich durchgeführten Operationen haben jedoch nicht das Geschlecht normal entwickelter Personen verändert, sondern das Geschlecht von doppelgeschlechtlichen bezw. geschlechtlich unbestimmten Personen in die richtigen Bahnen gelenkt. Fraglich ist, ob es wahre Hermaphroditen gibt, denn solche Individuen die reife männliche und weibliche Geschlechtszellen produzieren, kennen wir nicht. Da jedoch bei der Geschlechtsbestimmung das histologische Bild der sexuellen Drüsen entscheidend ist, ferner auch die Geschlechtsorgane und sekundären Geschlechtscharaktere zu berücksichtigen sind, muss zugegeben werden, dass es Hermaphroditen gibt, bei denen Geschlechtsorgane und sexuelle Drüsen beider Geschlechter wie auch die sekundären Geschlechtscharaktere im Verlauf der Entwicklung vermischt zu finden sind. Der Hermaphroditismus entsteht durch eine



Störung im Verlauf der komplizierten Entwicklung der Sexualorgane, doch wissen wir nicht, wodurch die Störung verursacht wird. Man unterscheidet Hermaphroditismus externus und internus, sowie die tubulare und glandulare Varietät des letzteren, doch überwiegt in jedem Fall das eine Geschlecht, so dass der Hermaphrodit maskulin oder feminin ist. Die Feststellung des wahren Geschlechtes bei Hermaphroditen ist nicht nur vom gesetzlichen Gesichtspunkt, sondern auch für das zukünftige Schicksal der Untersuchten unsere Pflicht. Zu berücksichtigen ist auch die seelische Struktur und wenn der Hermaphrodit um jeden Preis dem anderen Geschlecht angehören will, so ist es gestattet, die weitere Verstümmelung des vorhandenen Geschlechts im Wege der Kastration durchzuführen. Die rudimentären Geschlechtsdrüsen haben Geschwulstneigung, weshalb ihre Beseitigung in Betracht kommen kann. Der operative Eingriff besteht darin, die missgestalteten äusseren Geschlechtsorgane durch verschiedene plastische Verfahren für das Geschlechtsleben geeignet zu machen. In der I. chirurgischen Klinik wurden bei drei Hermaphroditen plastische Operationen durchgeführt, die als Frauen erzogen und operativ vermännlicht wurden. Sie fühlen sich vollkommen als Männer und haben im neuen Leben ihr seelisches Gleichgewicht wieder gefunden.

**Besprechung: J. Frigyesi.** Der Hermaphroditismus ist überaus selten. Gegenüber der Anschauung, dass es keinen wahren Hermaphroditismus gibt, verweist er auf die vorjährige Publikation des Professor Naujoks (Köln), dessen Fall tatsächlich beide Geschlechtsdrüsen aufwies, und sowohl Sperma wie auch Ovariumgewebe nachgewiesen werden konnte. Meritorisch wird die Frage durch den Charakter der Geschlechtsdrüsen entschieden. Zur Feststellung derselben kann heute bereits die Hormonprüfung des fraglichen Falles mehr positive Daten liefern, als die bisherigen Untersuchungen. Diese Hormonprüfung hat nicht qualitativ, sondern quantitativ durch Hormonfiltrierung zu erfolgen, weil die Hormonprodukte der beiden Sexualdrüsen geschlechtlich nicht spezifisch sind. Bekanntlich ist auch im männlichen Urin Follikulin nachweisbar, andererseits findet sich auch im weiblichen Urin das maskuline Sexualhormon. Bei der quantitativen Hormonbestimmung kommt nur dem Befund erhebliche Bedeutung zu, wenn die ausgeschiedene Menge des Ovariumhormons regelmässige zyklische Änderungen aufweist. Nachdem das Geschlecht einer Person durch die Qualität ihrer Geschlechtsdrüsen entschieden wird, würde er sich hüten, in Fällen von Pseudohermaphroditismus Geschlechtsdrüsen zu entfernen. Nachdem es wahre Fälle von Hermaphroditismus kaum gibt, wird durch solche Entfernung von Geschlechtsdrüsen der Geschlechtscharakter des Betreffenden nicht verändert, sondern vollkommen zerstört. Auf Grund dieser Erwägungen, würde er sich viel leichter dazu verstehen die äusseren Geschlechtsorgane in gewissem Sinne umzuändern als Geschlechtsdrüsen zu entfernen.

#### E. Tauffer.

**L. Schmidt:** *Das Seelenleben der Hermaphroditen.* Nach dem Zeugnis der Entwicklungslehre geht der Ursprung der männlichen und weiblichen Typen, die eine immer weitergehende feine Differenzierung anstreben, auf die monogame Fortpflanzung der Urzeit zurück. Die vergleichende Anatomie beweist, dass beim Mann die rudimentären Reste der weiblichen, und bei der Frau die der männ-

lichen Geschlechtsorgane immer zu finden sind. Dementsprechend treten sowohl bei Männern, wie auch bei Frauen die körperlichen und seelischen Eigenschaften beider Geschlechter vielfach vermischt in Erscheinung. Selten finden sich die der äusseren Sexualorgane beider Geschlechter bei einem Individuum: der genitale Hermaphroditismus. Das Streben zur Differenzierung der Geschlechter kommt auch bei den Hermaphroditen darin zum Ausdruck, dass sie sowohl körperlich, besonders aber geistig heterosexuell nach einer Richtung hin orientiert sind. Infolge dessen befindet sich der Hermaphrodit dessen Seelenleben mit den ihm aufgezwungenen Existenzbedingungen des anderen Geschlechtes im Widerspruch stehen, in einem dauernden seelischen Konflikt und seine Existenz ist eine ununterbrochene Kette von seelischen Traumen. Seine ihm selbst bewusst gewordene sexuelle Abnormalität hat ein ständiges Schamgefühl und zur Selbstverzehrung führende Heimlichtuerei zur Folge, die ihm aus dem gesellschaftlichen Leben, welches allein geistige und Gemütsbildung sichert, auszuschliessen vermag. Auf Grund dessen ist es medizinisch empfehlenswert, die richtig diagnostizierten Hermaphroditen eventuell auch durch Korrektur ihrer äusseren Geschlechtsteile jenem Geschlechtsverband zuzuweisen, dem er seiner seelischen Einstellung gemäss zugehört.

*Besprechung:* E. Tuszka.

J. Frigyesi.

L. Schmidt: Schlusswort.

## Ungarische Chirurgische Gesellschaft.

XXI. Tagung am 29—30. Mai 1935.

Präsident Dr. **Theodor Mutschenbacher** erinnerte in seiner Ansprache daran, dass mit der heutigen Tagung die Ungarische Chirurgische Gesellschaft in das dritte Dezennium ihrer Tätigkeit tritt. Das nach Trianon verarmte Ungarn besitzt keine achtzehn Stockwerke hohe Wolkenkratzer für Krankenhauszwecke, keine mit filtrierter und sterilisierter Luft versorgte Operationssäle, keine pneumatischen Niederdruckkammern für Brustoperationen, oder die Weltliteratur umfassende Bibliotheken, dennoch suchen uns selbst von der Übersee, aus den technisch vollkommen eingerichteten Krankenhäusern, wahren chirurgischen Fabriksstädten die Ärzte auf, um individuelle chirurgische Kunst zu lernen und sie äussern sich über ihre hiesigen Erfahrungen mit der grössten Ehrfurcht und Anerkennung, denn sie fanden hier keine seelenlose Massenarbeit, sondern hingebungsvollen Kampf für das Leben der Kranken. Nach einem Rückblick auf die Vergangenheit der Chirurgie, als dieser nur sehr beschränkte Mittel zur Verfügung standen, betont der Präsident, dass die Chirurgie der Gegenwart ebenso so sehr Kunst, wie Wissenschaft ist. Die Kunst der Chirurgie wurde von der Dekadenz durch die konservative Entwicklung gerettet, die auf den von Semmelweis, Lister, Billroth, Bergmann, Kocher und den übrigen Klassikern gefestigten Grundlagen auf das heutige Niveau entwickelt wurde. Nur auf einem Gebiet, dem der Behandlung der Krebskrankheit kann der erzielte Fortschritt nicht befriedigen. Die mit umfas-

senden anatomischen Kenntnissen und bravuröser chirurgischer Technik durchgeführten, sogenannten Radikaloperationen haben für die Heilung der Kranken nicht das Ergebnis gezeitigt, das erwartet wurde. Deshalb fand es die Ungarische Chirurgische Gesellschaft für notwendig, unter Mitarbeit der Krebskommissionen der Pathologen und des Landesvereins für Hygiene das Studium der neuen Krebsbehandlungsmethoden intensiver zu gestalten und als Grundlage für die weitere Forschung eine Krebsstatistik anzulegen.

Mit pietätvollen Worten gedachte sodann der Vorsitzende der Verluste der Gesellschaft durch das Ableben des Obermedizinalrates und Krankenhaus-Direktors *Aladár Bogdán*, des Komitats-Oberphysikus *Andreas Polereczky*, des Hofrates Professor *Wilhelm Tauffer*, des Medizinaloberrates *Primarius Béla Walla*.

Nach Erstattung verschiedener Berichte erklärte der Präsident die wissenschaftlichen Beratungen für eröffnet.

### 1. Hauptfrage: Pathologie und Therapie der Bauchspeicheldrüse.

**Referent:** *Tihor Verebely* stellte nach einem historischen Rückblick auf die Literatur der Pankreas-Krankheiten fest, dass die letzten zwei Dezennien nur die schon früher studierten Fragen der chronischen Entzündung, Zysten, Geschwülste und Verletzungen der Pankreas statistisch unterstützt, oder andere strittige Fragen entschieden, wesentlich jedoch kaum etwas neues gebracht haben. Die Schwierigkeiten der chirurgischen Therapie sind nicht nur durch die schwere Zugänglichkeit gegeben, das Aufsuchen der Drüse von vorne auf dem supragastrischen, gastrocolischen und infracolischen Wege ist ebenso exakt ausgearbeitet, wie die Technik des Eindringens von rückwärts. Die Schwierigkeit wird vielmehr durch das mächtige Gefäß- und Nervenetz gegeben, die die Drüse umgeben, andererseits durch das Verhältnis der Drüsenausführgänge zu den Gallenleitungen. Der Vortragende beschäftigte sich sodann eingehend mit den anatomischen Verhältnissen der Gefäße, der Nerven und der Ausführgänge und wies nach, dass die beiden Pankreasgänge: Ductus Wirsungianus und D. Santorini mit den Leitungen der Gallenblase in 10 Variationen vorkommen können. Die Verschiedenheiten finden in der Entwicklung der Drüse ihre Erklärung, die eingehend geschildert wird. Hinsichtlich der Einmündung der Wirsung-Santorini und Gallenleitungen in den Darm finden sich ebenfalls verschiedene Kombinationen, indem die drei Leitungen separat oder auch vereint einmünden können. Die chirurgische Literatur verzeichnet auch verschiedene Entwicklungsanomalien des Pankreas. (Pancreas annulare, aberrans). Die verhältnismässige Seltenheit der Pankreaserkrankungen beleuchtet der Umstand, dass von den in seiner Klinik durchgeführten 12.850 Bauchoperationen nur 165 auf Pankreaskrankheiten entfallen, was 1.28% entspricht. Diese Ziffer stimmt auch mit ausländischen Statistiken überein. Eine systematische Übersicht der Pathologie des Pankreas wird durch den Umstand erschwert, dass die Klinik nur einen verhältnismässig geringeren Bruchteil der Pankreasleiden als selbständige Krankheitsbilder zu erkennen imstande ist. Jedenfalls sind die Fragen der akuten Entzündung und der Behandlung der Geschwülste aktuell, die erstere bildet eine der schwersten Bauchkatastrophen, die andere aber ein trauriges Kapitel der Chirurgie.

*Akute Pankreatitis.* In dem überaus abwechslungsreichen anatomischen Bild des von Pólya als akute Pankreatitis bezeichneten Krankheitsbildes finden sich 3 Prozesse unlösbar verknüpft: Zirkulationsstörungen, nekrotische Prozesse und entzündliche Erscheinungen. Absichtlich werden diese allgemeineren Bezeichnungen an Stelle der üblichen: Hämorrhagie, Fettnekrose und Eiterung angewendet, weil diese sich viel zu eng gefasst erweisen. Als Teilerscheinungen der Zirkulationsstörung finden sich nicht nur mehr minder massenhafte Blutung, sondern oft sehr ausgedehnte Ödeme, Zirkumskripte oder umfangreiche blutige Gewebsinfarkte und Thrombosen. Die Nekrose ist nicht nur auf Fettgewebe beschränkt, sondern es nekrotisiert auch die epitheliale und bindegewebige Substanz der Drüse in zerstreuten Herden oder auch in grösserem Umfang. Die Entzündung ist gleichfalls nicht auf die Eiterung der Drüsenlappen und Ausführungsgänge beschränkt, sondern tritt als Reaktion auch in der Umgebung der nekrotischen Fett- oder Drüsengewebsherde auf und führt schliesslich zu deren Resorption oder Demarkation. Einer oder der andere der erwähnten pathologischen Prozesse kann so stark in den Vordergrund treten, dass dieser das Bild einer selbständigen Erkrankung bieten kann. Das ist die Ursache, dass neben den älteren Bezeichnungen: Apoplexia pancreatica, Pancreatitis haemorrhagica, Fettnekrose, Pankreatitis gangraenosa, Pancreatitis purulenta, in der neueren Literatur auch die Pancreatitis oedematosa als selbständiges Krankheitsbild verzeichnet ist. Die Schwere der klinischen Erscheinungen steht nicht notwendigerweise in Beziehung zum Ausmass der Drüsenveränderungen, was durch den Umstand erwiesen wird, dass bei Kranken, die einen initialen leichteren Anfall überstanden haben, später Zysten mit solch umfangreichen Veränderungen gefunden werden, die nur Folgen von vorausgegangenen sehr schweren Prozessen sein können. Bei der Beurteilung dieser Fälle sei übrigens zu berücksichtigen, dass der Sektionsbefund für das Ausmass der vor dem Tode vorhandenen Veränderungen nicht als massgebend betrachtet werden kann, weil die verdauende Wirkung des aktivierten Drüsensekretes auch postmortal fortschreitet, so dass sich bei der Sektion ein bedeutend schwereres Bild findet, als jenes, das vor dem Tode bestand. Der Vortragende führt aus seiner Praxis ein Beispiel hiefür an.

Vom klinischen Gesichtspunkte aus dürfte *Dreesmann* Recht behalten, der nur zwei selbständige Krankheitsbilder der akuten Pancreatitis feststellt: P. necrotica und P. purulenta. Dies stimmt auch mit der Auffassung der französischen Forscher überein, die „pancreatite aigue aseptique und septique“ unterscheiden, nur besteht der wesentliche Unterschied nicht im bakteriologischen Befund, wie das bereits Pólya nachgewiesen hat, sondern darin, dass im ersteren Fall den Grundcharakter des Prozesses die Auto-digestion und konsekutive Nekrose bildet, dieser schliesst sich sodann sekundär später die Eiterung an, das ist die P. necrotica, im zweiten Fall bildet den Grundcharakter die in den Gängen fortschreitende Infektion, der sich später die autodigestive Nekrose anschliessen kann. Diese letztere Form wurde von Pólya als subakute Pancreatitis von den akuten Formen abgesondert.

*Pancreatitis necrotica.* Ob die verschiedenen Erscheinungen der

Pancreasnekrose: die oedematöse, hämorrhagische Gewebs- und fettnecrotischen Formen, die aufeinander folgenden verschieden schweren Abschnitte, resp. Stufen desselben Prozesses sind, ob diese verschiedenen Bilder in Reihenfolge eines nach dem anderen sich entwickeln und der Prozess, wenn auch verschieden rasch alle diese Stadien durchläuft, oder ob gewisse bisher unbekannte pathologische Faktoren von Anbeginn die Schwere und den Umfang des Prozesses bestimmen: das sind heute noch Streitfragen. Sicher ist, dass alle Formen der Nekrose mit der Autodigestion des Pancreas in Beziehung stehen, wobei jedoch fraglich ist, ob das aktivierte Sekret imstande ist, normales Drüsengewebe zu verdauen, oder ob das Vorhandensein eines gewissen Grades von Gewebsläsion erforderlich ist. Für diese Annahme sprechen jene Fälle, wo als auslösende Ursachen stumpfe Verletzung der Drüsensubstanz, Arteriosklerose, Embolie, Vergiftung; Gefäßspasmen, Entzündungen oder Störungen der Ernährung der Gewebe figurieren. Die Aktivierung des Trypsinogens des Drüsensekretes gelang experimentell mit Galle, Bakterienkulturen und mit Duodenalsekret, wahrscheinlich wird auch in abgestorbenen Drüsenzellen eine aktivierende Substanz produziert (Zytokinase). In der humanen Pathologie kommt diesbezüglich die grösste Bedeutung der Wirkung der Galle zu; die in den nekrotischen Herden und hämorrhagischen Exsudaten oft nachweisbaren Keime wandern anscheinend sekundär in die nekrotisierenden Herde ein. Auf die aktivierende Bedeutung der Galle haben ursprünglich jene Fälle verwiesen, wo im Hintergrund des Krankheitsbildes Gallensteine oder schwere Gallenblasenentzündungen nachgewiesen wurden. In seiner eigenen Praxis finden sich Gallensteine in 32 von 39 Fällen. Der Vortragende erörtert sodann die Bedeutung der Spasmen des Oddi-Ringes beim Entstehen der Pankreasnekrose als Faktor, welcher Gallenstagnation und das Eindringen von Galle in die Leitungskanäle der Bauchspeicheldrüse herbeiführen könnte. Wahrscheinlich kommt auch beim Eindringen von Duodenalsekret in das Pankreas-System die Hauptrolle der Galle zu, hierfür spricht die Erweiterung des Duodenums bei retrograder Füllung infolge Ileus. Die durch Galle herbeigeführte Aktivierung erfolgt wahrscheinlich den anatomischen Verhältnissen entsprechend in der Ampulle, in den Endpartien der Choledochus — oder der Pankreasleitung in benachbarten Duodenalpartien, wobei die Diffusion mit der momentanen Geschwindigkeit einer chemischen Reaktion, in anderen Fällen aber langsam in die Drüsensubstanz fortschreiten kann. Auch die Frage ist noch ungeklärt, auf welchem Wege das aktivierte Verdauungsssekret in die verschiedenen Stellen des Fettgewebes gelangt und dort die charakteristischen Balserschen nekrotischen Herden verursacht.

Die Frage, welche von den drei Erscheinungsbildern der Krankheit: Blutung, Nekrose und Entzündung als primär zu betrachten ist, kann nur dahin beantwortet werden, dass die Nekrose des Drüsengewebes als primär zu betrachten sei. Eine sekundäre Komplikation ist die infolge der Zerstörung der Gefässe auftretende Blutung, deren Umfang von der Weite der lädierten Gefässe abhängt. Der nekrotische Herd und der Bluterguss bereiten den Boden für die Ansiedlung von Keimen und damit für die Eiterung vor. Je schwerer das Krankheitsbild und je rascher es verläuft, umso mehr treten Blutungen und Ödeme in den Vorder-

grund, bei schleppendem Verlauf kommt es zu Gewebs- und Fettnekrosen, noch später tritt die infektiöse Eiterung in Erscheinung, die aber nicht immer den Abschluss des Prozesses bedeutet. Aus diesem Verlauf der Aktivierung folgt, — worauf Pólya und Walzel hinwiesen — dass der Umfang der Nekrose schon wenige Minuten nach der erfolgten Aktivierung bestimmt ist. Zuerst wird das Trypsin aktiviert, als Folge treten Gewebsnekrose und Blutungen auf, später das Steapsin, was Fettnekrose zur Folge hat.

Die Ursache des sogenannten Pankreastodes wurde von verschiedenen Autoren auf reflektorische Herzreizung, auf Toxinwirkung und auf Blutdruckerniedrigung durch Pankreassekrete zurückgeführt. Der Tod kann auch durch Spätkomplikationen: Abszesse, Zysten, Pylephlebitis und Kachexie eintreten.

Die Diagnose der Pankreatitis ist auch heute, wo die Ergebnisse der Laboratoriums-Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen, keineswegs leicht zu stellen. Tatsächlich schätzen selbst die günstigsten Statistiken die vor der Operation gestellten richtigen Diagnosen auf  $\frac{1}{3}$ , manche auf die Hälfte der Fälle. Die klassischen klinischen Symptome sind in die linke Schulter strahlender heftiger Schmerz, in der Magenrube eine quer verlaufende druckempfindliche Resistenz, Meteorismus der oberen Unterleibspartie bei mangelnder Muskelresistenz, an Ileus erinnernde Magen-Darmsymptome, schwerer Kollaps mit fliegendem Puls und hohem Fieber. Die Laboratoriums-Untersuchung ergibt zahlenmässige Änderungen der Blutzellen-Elemente, Polyglobulie und Leukocytose, Diastasevermehrung im Blut und Urin, erhöhtes Blutzucker-Niveau, manchmal vom Anbeginn bestehende Glykosurie. Für Hämorrhagien sind nach *Stützer* und *Turner* grünlich-braune und bläulich-braune Verfärbungen in der Nabelgegend charakteristisch, nach *Popper* ist das Verschwinden der Schmerzen nach paravertebralen Novocain-Einspritzungen links in der VIII. — X. Dorsalsegmente charakteristisch. Auf Nekrose verweist nach *Dietrich*, wenn das Fettgewebe der Bauchwand nicht weich, sondern hart und steif ist. *Baily* hält das *Löwi*-Symptom für wertvoll, wonach bei Pankreatitis nach Einträufelung von 4 Tropfen 1% Adrenalin exzentrische oder eiförmige Pupillenverengung eintritt.

Was die Operations-Indikationen betrifft, betont *Pólya*, dass die leichten Fälle von selbst heilen, schwere Fälle aber seien kaum zu retten. Demgegenüber betonte *Schmieden* die Wichtigkeit der möglichst früh durchgeführten Operation. Die verschiedenen, nach der ersten Begeisterung veröffentlichten Statistiken brachten sodann eine grosse Enttäuschung, denn es stellte sich heraus, dass durch Radikaloperationen die Mortalität nicht herabgesetzt werden konnte, es erhoben sich sogar Stimmen, welche die Gefährlichkeit der Frühoperationen betonten.

Man versuchte sodann die Kranken über die gefährliche Vergiftungsperiode durch interne Behandlung hinüberzuretten, man gab 2—4 stündlich 0,3 g. Heparin in Tropfinfusion, Eigenblut- und Traubenzucker, Kongorot-Trypaflavin- und Rivanolinjektionen, gegen die Blutdrucksenkung Ephetonin etc. Sodann die von verschiedenen Autoren empfohlenen Operationsmethoden: Kapselinzision mit Lumbotomie, Querschnitt durch den vorher beiderseitig abgebundenen Drüsenkörper, Cholecystotomie, Cholecystectomy, Drainage u. a.

Die neueren Ansichten lassen sich aus dem Wirrsal der widersprechenden Empfehlungen folgendermassen zusammenfassen: Im Initialshock soll nicht operiert werden, hat der Patient den ersten Anfall überstanden, so wartet man zweckmässig bis das Krankheitsbild symptomatisch zur Ausbildung gelangt ist, was ungefähr innerhalb 6 Stunden geschieht. In leicht einsetzenden Fällen soll die Beruhigung abgewartet werden. Die Operation ist nachträglich indiziert, wenn die Nekrose oder die Eiterung lokalisiert ist, oder aber eine vorhandene ausgesprochene Gallensteinerkrankung zu rezidivierenden Anfällen Anlass geben kann. Sind schwere Symptome vorhanden, so ist die Operation am 4-ten, 5-ten Tag indiziert, wenn die Erscheinungen eines Verschlusses der Gallenwege, oder der fortschreitenden Infektion in den Vordergrund treten, von den Gallenoperationen ist die Hepatikus-Drainage, bei passierbarem Zystikus die Cholezystostomie, von den Pankreas-Operationen die Pankreatostomie mit reichlicher Drainage durchzuführen. Zeigen sich in schweren Fällen Olygurie und Vermehrung des Nitrogenrückstandes, eventuell Anurie, so ist die Operation aussichtslos. In den 39 Fällen des Referenten war die Mortalität 53,3%, was dem Umstand zuzuschreiben ist, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle nach dem 5-ten Tag des Krankheitsbeginnes zur Operation gelangte.

*Pancreatitis abscedens.* Wenn sich an Stelle der Bauchspeicheldrüse eine eitrige Höhle findet, so ist schwer zu entscheiden, ob die Höhle durch nachträgliche Vereiterung einer nekrotisierenden Zyste, oder durch Konfluieren einzelner Lappenabszesse zustande gekommen ist. Der Abszess besitzt erhebliche Neigung zur Wanderung und Senkung, so kann er in die Leisten-egend oder unter das Zwerchfell gelangen, oder in benachbarte Höhlenorgane einbrechen, auf diesem Weg entleert werden und sogar spontan heilen. Während die Entzündung, sowie die zerstreuten kleinen Abszesse dem Krankheitsbild der leichten Pancreopathien angehören, bilden die umfangreichen Abszesse und Pancreaszysten Gegenstand der chirurgischen Eingriffe: Eröffnung, Drainage und Tamponage.

*Chronische Entzündung.* Bei der chronischen Entzündung der Bauchspeicheldrüse tritt der Konnex mit den Erkrankungen der Gallenwege derart in den Vordergrund, dass die Bedeutung der Magen- und Duodenalgeschwüre für die Pathogenese der Pancreatitis chronica nahezu in Vergessenheit geraten ist. Die neueren Untersuchungen bestätigen, dass die Pathogenese dieses Leidens viel mannigfaltiger ist, als früher angenommen wurde, neben den die Krankheiten der Leber begleitenden hepatogenen Formen finden sich jene mit gastroduodenalen und cholangitischen enterogenen und hämatogenen Ursprung. Bei den enterogenen Formen figurieren gewisse Infektionen und Vergiftungen, bei den hämatogenen Formen Tuberkulose, Syphilis, Typhus; Variola; Scarlatina und Alkoholismus. Der Referent schildert sodann eingehend das bei der Krankheit auftretende anatomische Bild, dessen charakteristische Zeichen die Vermehrung und Schrumpfung des Bindegewebes und die Zerstörung der Drüsensubstanz sind. Die klinischen Symptome sind weniger bezeichnend. Zuerst zeigt sich immer ein stufenweiser Verfall des Organismus mit Abmagerung, Schwäche, Schlafsucht, zyanotische oder bronzefarbige trockene Haut, Blutungsneigung, Schmer-

zen in der Magenrube, die oft in die rechte Schulter ausstrahlen palpierbare Geschwulst in der Lebergegend, ferner Foetor ex ore, Eckel vor Fettspeisen, Übligkeiten, Flatulenz; Fettstühle, Glykourie und Gelbsucht. Oft bereitet die Differenzierung des subhepatischen Herden von Geschwülsten Schwierigkeiten. Sodann werden die üblichen chirurgischen Methoden erörtert.

**Zysten.** Nach Anführung einer reichen Kasuistik wird der Ursprung, die Aufteilung und die Symptomatologie der Zysten erörtert. Zumeist findet sich eine wenig Klagen verursachende Geschwulst in der Mittellinie des Epigastriums. Sodann werden die Operationsmethoden erörtert. Im Vordergrund steht die noch von *Gussenbauer* empfohlene Marsupialisation. Die verzögerte Heilung, hartnäckige Fisteln bewegen oft die Chirurgen bessere Methoden zu versuchen, doch zeigen radikalere Eingriffe hohe Mortalitätsziffern.

**Pankreas-Steine.** Die Steinkrankheit zeigt ebenfalls Beziehungen zu den chronischen Pankreaserkrankungen, sie ist entweder die auslösende Ursache, oder die Folge des Leidens. Die Publikationen stellen einmütig fest, dass Steine in der Bauchspeicheldrüse sehr selten vorkommen. Die klinischen Symptome stimmen mit denen der chronischen Entzündung und der Geschwülste überein, die Koliken wiederholen sich wie bei Gallensteinanfällen, mit links ausstrahlenden Schmerzen, im Röntgenbild ist der Steinschatten nachweisbar. Ein positives Zeichen für Pankreas-Stein ist, wenn nach einem Anfall im Stuhl Kalksteine gefunden werden. Pilocarpin-Darreichung kann kleinere Steine austreiben. Die Diagnose des Steinleidens vor der Operation ist bisher selten gelungen, die Entfernung des Steines ist jedenfalls empfehlenswert.

**Pankreasgeschwülste.** Die Kasuistik hat zahlreiche Formen von gut- und bösartigen Neubildungen der Bauchspeicheldrüse festgestellt. In Drüsenmetastasen findet Insulin- und Fermentproduktion statt. Die erstere verursacht Hypoglykämie, die letztere produziert zerstreute autodigestive Herde im ganzen Organismus. Bei Pankreaskarzinomen findet sich oft periphere Thrombose. Die Symptome gestatten infolge der vielfachen Beziehungen des Pankreas zu den Nachbarorganen ziemlich selten eine sichere Diagnose, der gleiche Umstand verhindert auch in den meisten Fällen eine radikale Behandlung. Zumeist muss man sich mit Behelfsoperationen begnügen, die nur die Ausschaltung des Ikterus und der Duodenalstruktur bezwecken. Die Operationsmortalität ist ziemlich hoch. In der Mayo-Klinik werden die Patienten vor der Operation reichlich mit Kohlenhydraten ernährt und erhalten Kalziumchlorid-Einspritzungen und Bluttransfusion, womit die Mortalität auf 1—2% herabgedrückt werden konnte. Über die Ergebnisse der Röntgenbehandlung liegen keine Berichte vor.

**Verletzungen.** Unter den Verkehrs- und industriellen Unfällen (Automobil, Eisenbahn, Strassenbahn, Fahrrad); sowie bei den Opfern von Sportverletzungen (Fussball) finden sich gegenwärtig viel mehr subkutane Pankreasverletzungen, als früher. Schussverletzungen des Unterleibes haben im Weltkrieg ebenfalls reichlich Beobachtungsmaterial geliefert, obwohl zweifellos die Pankreasverletzung in solchen Fällen gegenüber den Verletzungen anderer Unterleibsorgane in den Hintergrund treten. Die von *Scheitz* veröffentlichte Zusammenstellung schätzt die Zahl der bis 1934 ver-



öffentlichten subkutanen Verletzungen des Pankreas auf 70. Der Referent fand unter den 187 Unterleibsverletzungen, die in seiner Abteilung behandelt wurden, drei subkutane und zwei komplizierte Pankreasverletzungen, und ist der Ansicht, dass die stumpfen Verletzungen zum Teil durch Beugungsrisse entstehen, was die vertikalen Risse der Vorderfläche des Pankreas erklären würde. Bei heftiger Krafterwirkung kann natürlich die vollkommene Zerreißung oder Zermalmung der Drüse eintreten, wogegen die leichteren Verletzungen in der Form von punktförmigen Blutungen in Erscheinung treten, die jedoch zumeist glatt heilen. Bei partiellen Verletzungen hängt die Prognose davon ab, wie stark der Ausführungsgang und das bedeckende Bauchfell geschädigt sind. Zerreißung des Ausführungsganges mit Zerstörung von Drüsenpartien haben zumeist Zystenbildung zur Folge. Eine Fettnekrose tritt nur ein, wenn das ausfließende Sekret irgendwie aktiviert wird. Ist das Bauchfell verletzt, so gelangen das Drüsensekret und das Blut in die freie Bauchhöhle, was zumeist den Tod zur Folge hat. Sämtliche Publikationen stimmen darin überein, dass die Verletzungen zumeist bei Jugendlichen, zwischen dem 10—20. Lebensjahr, und zwar in erster Reihe bei Männern vorkommen. Die Ursache ist, dass das junge Pankreasgewebe leichter verletzlich ist, andererseits, dass Verletzungen zumeist in diesem Alter vorkommen. Die Symptome der Pankreasverletzung heben sich vom Rahmen der schweren Unterleibsverletzungen nur wenig ab, so dass sie kaum festgestellt werden können. Weder die Intensität des Schocks, noch die innere Blutung, oder andere Symptome bieten einen Fingerzeig für die Diagnose. Dies ist aber eigentlich gar nicht notwendig, weil ja die Operationsindikation bei Unterleibsverletzung auf der Grundlage festgestellt wird, dass bei jeder subkutanen Verletzung, wo Verdacht auf die Schädigung eines Unterleibsorgans besteht, die Laparotomie durchzuführen ist. Nach Erörterung der verschiedenen Operationsmethoden betont der Referent, dass die Tamponade selbst bei genauer Versorgung der Verletzung notwendig ist. Nach Verletzungen treten hartnäckige Zysten auf, die oft nach Monaten von selbst heilen.

(Fortsetzung folgt.)

## Mitteilungen der Budapester Zentral-Kur- und Heilstättenkommission.

**Professor Donato in Budapest.** Auf Einladung der Kurkommission hat der Vorstand der Laryngologischen Klinik in Rio-Allegre (Brasilien) Professor Donato zum Studium unserer Heilschätze Budapest aufgesucht. Der hervorragende Gelehrte hat unsere Heilbäder und Heilquellen besichtigt und ist mit seinen ungarischen Fachkollegen in Berührung getreten. Auf Grund seiner Erfahrungen hat Professor Donato beschlossen, unsere Hauptstadt im Herbst zum Studium unserer Thermalquellen zu einem mehrmonatlichen Aufenthalt wieder aufzusuchen und die Frage zu studieren, welche Wirkung unsere Thermalquellen auf die Erkrankungen der oberen Luftwege ausüben.

**Ein Vortrag von Dr. Gunno Willners über Budapest.** Der Generalsekretär des Schwedischen Ärzteverbandes, Dr. Gunno Will-

ner, hat im Herbst die ungarische Hauptstadt besucht und im Auftrag des schwedischen Ärzteverbandes unsere Heilbäder studiert. Vor kurzer Zeit hat nun Dr. Gunno Willner im Schwedischen Königl. Ärzteverband einen mit Projektionsbildern illustrierten Vortrag über die Heilfaktoren von Budapest in Anwesenheit eines vornehmen Auditoriums, gehalten. Aus den hier eingelangten Meldungen geht hervor, dass in schwedischen Ärztekreisen für die Heilfaktoren von Budapest ein gesteigertes Interesse zutage tritt. Der Vortrag Dr. Willners ist auch als Separatdruck erschienen und wurde sämtlichen in Betracht kommenden Klinikern zugeschickt.

**Studienausflug der katholischenn Ärzte von Brüssel nach Budapest.** Für Mitte April wurde die Ankunft einer namhaften Gruppe von belgischen Ärzten nach Budapest angezeigt. Die Ärztesgruppe wird sechs Tage lang in Budapest verweilen und vier Tage dem Besuch des Plattensees widmen.

**Die Errichtung des Rheuma-Krankenhauses in Budapest.** Der ungarische Minister des Innern, *Nikolaus Kozma*, erklärte jüngst anlässlich seines Presseempfanges, dass die Errichtung von weiteren Krankenhäusern in Budapest nicht notwendig sei. Eine Ausnahme bilde nur die Schaffung eines Bäderkrankenhauses für rheumatische Leiden, das berufen ist, einen längst gefühlten Mangel zu beheben, und dessen Verwirklichung aktuell und notwendig sei. In den Budapester Thermalbädern deren Quellen zur Behandlung von rheumatischen Leiden überaus geeignet sind, können unbemittelte Kranke nicht behandelt werden, für diese ist ein Bäderkrankenhaus zu errichten. Die möglichst rasche Lösung dieser Frage wird einerseits durch soziale Gesichtspunkte motiviert, andererseits kann auch eine wissenschaftliche Thermalquellenforschung nicht eingeleitet werden, wenn das geeignete Krankematerial nicht vorhanden ist, durch dessen Beobachtung und Behandlung die Wirkung der Budapester Thermalquellen auf den kranken Organismus wissenschaftlich nachgewiesen werden kann. Zurzeit werden unsere rheumatischen Kranken in den Krankenhäusern medikamentös behandelt.

## NACHRICHTEN.

**Habilitierungen.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des mit dem Titel eines a. o. Universitätsprofessors an der Budapester Peter Pázmány-Universität ausgestatteten Privatdozenten Dr. *Edmund Zalka* für Zellenpathologie und praktische histologische Diagnostik des Polizeiarztesrates Dr. *Béla Biró* für Polizei-Hygienewesen und des Universitätsassistenten Dr. *Franz Markovits* für Diagnostik der Blutkreislauforgane an der medizinischen Fakultät der Budapester Peter Pázmány-Universität als Privatdozenten genehmigt.

Schriftleitung und Verlag der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ : Budapest, V., Vadasz-utca 26.

Scheckkonto : Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.\*\*41710. Bankkonto Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher : Budapest 289—26.

*Beachten Sie bei der echten, dauerhaften  
englischen Schreibfeder*

**die auf jede Feder  
gravierte Firma**

**GEO. W. HUGHES**



**Für jede Hand passende Feder.  
Die nebenstehende Abbildung ist  
ein neues Originalmodell die am  
leichtesten gleitende, bisher ver-  
fertigte Feder.**

Senden Sie dem Vertreter in Ungarn (Emil Alföldi, Budapest, VII.,  
Peterdy-utca 4) ein Pengő und er schickt Ihnen eine Musterschachtel  
mit 12 Sorten bester Federn.

Durchschlagender Erfolg der ungarischen Pharmakotechnik.

# AMYDOSAN—INJEKTION

Potenzierte aetiotope  
Antineuralgicum,  
Antirheumaticum,  
Analgeticum

Wirkung als

Sowohl intravenös, wie auch intramuskulär anwendbar bei  
Arthritis rheumatica

Neuralgie

Myalgie

Arthralgie

Neuritis

Tonsillitis

Handelsform: Schachteln mit 6 Ampullen, Krankenhauspackung mit  
50 und 100 Ampullen. Ärztemuster stehen bereitwilligst zur Verfügung:

**Rex Chemisch-Pharmazeutische Fabrik  
und Medizinalwaren-Handels A.-G.**

**Budapest-Debrecen.**

## ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

**Toxin- und eiweißfrei! Steril! Haltbar!**

### TABL. OVARIUM „RICHTER“ GLANDUOVIN

Zur Behandlung der Amenorrhoea. Bei allen Störungen der Eierstockfunktion.  
In Schachteln à 3 und 6 Ampullen zu 1 ccm.

**Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“**  
Salzsaures wässriges Extrakt der  
Nebenniere (1:1000)

**GLANDUITRIN**  
Wässriges Extrakt aus dem Hinter-  
lappen der Hypophyse. 1 cm<sup>3</sup> enthält  
10 internationale Einheiten.

**SYNERGETISCH WIRKENDE, PLURIGLANDULÄRE PRÄPARATE**

### Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,  
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

**CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.**  
**Budapest, X.**

## SANATORIUM GRÜNWALD

**BUDAPEST**

VII., Vilma királynő-út 11-15.

Abteilungen für Chirurgie,  
Gynäkologie und Geburts-  
hilfe. Modern eingerich-  
tete Röntgen- und chemi-  
sche Laboratorien. Interne  
diagnostische und diäteti-  
sche Abteilungen. Radium-  
Behandlung. Kaltwasser-  
heilanstalt. Behandlungen  
auch für ambulante Kranke.  
Mässige Preise. Freie  
Ärztewahl.

TELEPHON: AUTOMAT 462—59

## PETER FISCHER & COMP. A.-G.

**Fabrik medizinisch-chirurg-  
ischer Instrumente**

**BUDAPEST**

VI., Vilmos császár-út 53, I. Stock.

**GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.**

Besitzer zahlreicher Auszeichnungen.

**TELEPHON:**

Automat 115—13 und 115—19.

Ärztliche Einrichtungen in erst-  
klassiger Ausführung und zu  
sehr mässigen Preisen. Allein-  
vertrieb der rostfreien Instru-  
mente von

**STILLES STOCKHOLM**  
**in Ungarn.**