

# 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 Allergieleirele Abteilungen für Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stillungsabteilung für Krebsforschung 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 Kom-  
fort 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 Schwefel-  
quelle, mit reichem Kohlensäure-, Erd-  
alkalien- und Kalkgehalt aus 970 m  
Tiefe. Die heilkräftige Therme speist  
Frauen- und Männervolksbäder, zahl-  
reiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-,  
Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie  
das anschliessende herrliche Strandbad.  
Trinkkuren, Mechanotherapie. ❖ Stän-  
dige 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:** Verhandlungen der Krebskommission — Ungarische Chirurgische Gesellschaft. — Mitteilungen der Budapester Zentral-, Kur- und Heilstättenkommission. — Nachrichten.

## Verhandlungen der Krebskommission, der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 14. Mai 1936.

**B. Tóth:** *Oxygenempfindlichkeit der Geschwulst-Tiere.* Bei der Schilddrüsen-Funktionsprüfung spielt neben der Untersuchung des Grundumsatzes, des Säurebasengleichgewichtes und des histologischen Bildes auch die Feststellung der Oxygenempfindlichkeit eine hervorragende Rolle. Der Vortragende hat bei 76 Geschwulst- und gleichviel normalen Tieren mit Hilfe der Asher-Streuli Unterdruckkammer Oxygenempfindlichkeits-Prüfungen durchgeführt. Es stellte sich heraus, dass Tumortiere im Vergleich zu den normalen Tieren — namentlich am 8—13-ten Tag des Tumors — in gesteigertem Masse die Symptome von Oxygenmangel in der Form von Reiz- und Erschöpfungszuständen aufweisen. Diese gesteigerte Oxygenempfindlichkeit lässt auf die Funktionssteigerung der Schilddrüse schliessen.

**G. Erös:** *Interessante Neuromfälle.* Demonstration von drei neurogenen Tumoren.

**P. Kisfaludy:** *Operative und Strahlentherapie des Karzinoms.* Im Kampf zwischen den Schutzvorrichtungen des Organismus und der Angriffsfiront der Krebsgeschwulst dienen die sogenannten unterstützenden Verfahren (Metallsalze, Farben, Protein, Diät, Organotherapie) hauptsächlich dem Zweck, die Kräfte der Schutzfront zu steigern. Bei den geschwächten kachektischen Kranken ist jede radikale operative und Strahlentherapie kontraindiziert, indem es in diesem Zustand nicht mehr gelingt, die entkräftete Schutzfront

zu mobilisieren, so dass diese nur weiter belastet wird. So können die bei vorgeschrittenen Geschwülsten beobachteten Rückfälle infolge der angewendeten Therapie erklärt werden. Die Kombination von chirurgischen und Strahlenbehandlungen in solchen Fällen, erzielen entschiedene Besserungen.

**Besprechung: I. Kövesligethy:** In der Therapie von Krebsen in der Frauenheilkunde liefert ebenfalls die Kombination von Operation- und Bestrahlung die besten Erfolge. Ein weiterer wichtiger Faktor der Krebstherapie ist die Kontrolle der Patienten. Bei uns ist die Radiumabteilung der Sozialversicherung nach dem Muster des Radium-Hemmet in Stockholm, organisiert und es sei wünschenswert, dass die bei uns geplanten Krebsheilstätten diesen wichtigen Ergänzungsfaktor der Krebstherapie entsprechend berücksichtigen.

**W. Manninger:** schliesst sich der Anschauung der Vorredner an, dass nur durch Kombination der zur Verfügung stehenden Heilfaktoren ein Erfolg erzielt werden kann. Angesichts der Ergebnisse der modernen Krebstherapie ist keine Ursache zum Verzagen vorhanden und es wird durch organisierte Zusammenarbeit möglich sein, die Ergebnisse weiter zu verbessern.

**A. Láng:** verweist darauf, dass bei Kehlkopfkrebsen die Radiumbehandlung die besten Erfolge aufweist, was die von ihm behandelten Fälle beweisen.

## Ungarische Chirurgische Gesellschaft.

XXI. Tagung am 29—30. Mai 1935.

(Fortsetzung.)

**Referent Tibor Verebely: Funktionelle Krankheitsbilder.** Die Rolle des Pankreas für den Kohlenhydrat-Haushalt, wie auch dass bei Pankreaserkrankungen der Zuckergehalt von Blut und Urin Änderungen erfahren kann, sind bekannt. Ältere Beobachtungen haben gezeigt, dass der Diabetes von Gallesteinleidenden nach Entfernung der kranken Gallenblase sich besserte. Die Idee der chirurgischen Behandlung von insulinresistenten jugendlichen Diabetikern wurde durch operative und experimentelle Beobachtungen aufgeworfen. Es mehrten sich die Fälle von dauernd geheilten Hypoglykämien mit schweren klinischen Erscheinungen nach der operativen Entfernung von Insulinomen. Das Studium der Zusammenhänge der innersekretorischen Funktionen zeigte, dass die Glykogen produzierende und ausschüttende Arbeit der Leber durch das Neuroadrenalin-System in der Weise beeinflusst wird, dass dieses die Kooperation von Leber und Pankreas reguliert. Hievon ausgehend versuchte man den Diabetes durch Enervation der Nieren zu behandeln und erzielte in einzelnen Fällen gute Resultate. **Mansfeld** fand bei seinen Tierversuchen nach Unterbindung des Parotis-Ausführganges Veränderungen im Zuckerstoffwechsel, indem der nach partieller Unterbindung des Pankreas auftretende Diabetes nach Parotis-Unterbindung heilte. Von der weiteren Beobachtung ausgehend, dass die Unterbindung des Pankreas-Ausführganges eine Zerstörung der Drüsen-

substanz, dagegen eine Vermehrung der Zellen des Inselapparates zur Folge hat, produzierte Mansfeld durch Unterbindung des Pankreaskörpers bei Tieren Hyperinsulinismus. Auf Grund dieser Versuche wurde diese Unterbindung zur Behandlung der Zuckerkrankheit verursacht, doch sind die Berichte über die Ergebnisse des Eingriffes widersprechend und die Frage ist zurzeit noch offen.

Referent **Josef Schaffler** (Budapest) schildert die physiologischen Funktionen des Pankreas, dessen Sekrete das Eiweiss spaltende Trypsin, die Kohlehydrate verdauende Diastase und die fettspaltende Lipase sind, wobei ferner die Drüse das Inkret Insulin produziert. Die Feststellung der Pankreaserkrankungen wurde früher auf Grund der subjektiven Klagen und objektiven Symptome durch Anwendung der physikalischen Untersuchungsmethoden: Palpation, Perkussion versucht, doch weder diese, noch die Röntgendiagnostik lieferten entsprechende Resultate, so dass schliesslich die Aufmerksamkeit der Kliniker auf die sekretorischen und inkretorischen Funktionen der Drüse gerichtet wurde. Die Ergebnisse der Biochemie und der Fermentforschung liessen hoffen, dass durch Prüfung der Drüsenfunktion diagnostische Hilfsmittel gewonnen werden können. Die funktionellen Prüfungen haben jedoch die erwarteten Ergebnisse nicht geliefert. Die Ergebnisse der Fermentprüfungen sind nicht genügend vollkommen, um sichere Folgerungen abzuleiten. Die Verdauungsprozesse erfahren von zahlreichen mehr minder wirkungsvollen Faktoren Beeinflussungen, so dass Pankreaserkrankungen mit tief greifenden anatomischen Veränderungen ohne Funktionsstörung verlaufen können, in anderen Fällen aber wirken die Erkrankungen des Magens, der Leber oder anderer Organe derart auf die Pankreassekretionen, dass bei funktionstüchtiger Drüse die Verdauung dennoch schwere Störungen erleidet. Nach einer Schilderung des histologischen Baues, der sekretorischen und inkretorischen Funktionen der Drüse werden jene Reize angeführt, die die Tätigkeit der Drüse auslösen. Der stärkste sekretorische Reiz ist der in das Duodenum gelangende saure Chymus, der das in der Darmwand vorhandene Prosecretin in wirksames Secretin aktiviert, welches den spezifischen Reiz für die Pankreassekretion bildet. Weitere Reize werden durch die Vagus- und Sympathicus-Äste des Pankreas der Drüse zugeführt. Die moderne Pankreasdiagnostik hat festgestellt, dass die Störungen der Eiweisspaltung in der Pankreasdiagnostik keine besondere Rolle spielen, dagegen sind die Störungen der Fettverdauung umso bedeutungsvoller. Praktisch pflegt man nur den Gehalt an Diastase zu bestimmen. Bei Pankreaserkrankungen finden sich Fettstühle, doch fehlen diese manchmal selbst bei schweren Erkrankungen. Die zahlreichen Fehlerquellen machen jedoch auch die Bewertung der Diastasebestimmung im Stuhl vollkommen illusorisch, sie wird nur verwendet, wenn die von *Boldireff-Volhard* eingeführte Ausheberung mit der Duodenalsonde nicht anwendbar ist. Kann mit der Sonde nicht genügend Sekret gewonnen werden, so werden mit verschiedenen Reizmittel künstliche Reflexe ausgelöst. Erfolgreich ist die Einspritzung von 1—4 ccm Äther in das Duodenum, neuerlich wird auf Empfehlung von *Simon* Magnesiumsulfat-Lösung eingespritzt, während nach *Deloche* die  $n/10$  Salzsäure der normale Reizstoff der Pankreassekretion ist und die besten Erfolge mit diesem Verfahren zu erzielen sind. Mit der Sondenausheberung ge-

winnt man ausser den Pankreasfermenten Magensaft und Galle, was das Untersuchungsergebnis einigermassen verändert. Leider werden selbst bei gesunden Personen mit normalen Magen-Darmtrakt und normaler Pankreasfunktion in so weiten Grenzen schwankende Werte gewonnen, dass der Normalwert selbst annähernd nicht bestimmt werden kann. Nach der Einspritzung des Reizstoffes werden in den in Intervallen von fünf Minuten gewonnenen Pankreassekreten die Fermente der Reihe nach bestimmt und derart eine dynamische Sekretionskurve festgestellt. Erfahrungsgemäss erlangt bei Pankreaserkrankungen die Fermentkonzentration selbst nach einer Stunde den Ausgangswert nicht. Bei weniger schweren Erkrankungen wird am Ende der ersten und zu Beginn der zweiten Stunde der Ausgangswert gewonnen. Unterbleibt der Ätherreflex, oder wird eventuell nach der Äthereinspritzung ein Kolikanfall ausgelöst, so ist mit einem Verschluss der Pankreas-Ausführungsgänge zu rechnen. Die Bestimmung der normal im Blut und im Urin vorhandenen geringen Trypsin- und Lipasemengen besitzt für die funktionelle Diagnostik keine Bedeutung, doch kann das diastatische Ferment im Blut und Urin sich vermehren. Die Vermehrung von Diastase erfolgt im Blut und im Urin von Hunden, deren Pankreas-Ausführungsgänge unterbunden wurden. Bei Menschen wurden in solchen Fällen Differenzen zwischen dem Diastasegehalt von Blut und Urin gefunden, z. B. bei vermehrter Blutdiastase normale Diastasemenge im Urin, oder umgekehrt. *Zohn* erklärt diese Differenz derart, dass das Blut hartnäckig bestrebt ist, seinen normalen physikochemischen Zustand im Gleichgewicht zu halten, eben deshalb werden diese Untersuchungen täglich durchgeführt, um festzustellen, ob die Werterhöhungen der Blut- und Urindiastase eventuell Zufallsbefunde sind, wie das bei kombinierten Erkrankungen der Gallenwege und des Pankreas oft vorkommt.

Bei der Prüfung dieser uns derzeit zur Verfügung stehenden Methoden der funktionellen Diagnostik finden wir, dass wir keine derartige diagnostische Methode besitzen, die allein die Frage sicher beantworten könnte, ob das Pankreas durch eine Erkrankung geschädigt ist oder nicht, weil alle Verfahren im besten Fall nur die Frage beantworten, ob das Pankreas zurzeit der Untersuchung funktionierte oder ob seine Tätigkeit gestört war. Die Untersuchungsmethoden beantworten jedoch die Frage nicht, was für eine Einwirkung die Störung verursacht hat. Mehr Sicherheit gestattet die gleichzeitige Anwendung von mehreren, zumindest von zwei Verfahren, z. B. neben der Fermentbestimmung mit der Duodenalsonde die Bestimmung des gleichen Fermentes im Blut und im Urin. Vorteilhaft kann auch die parallele Bestimmung von Diastase und Lipase im Urin und Blut sein. Bei chronischen Krankheiten ist das Studium der Anpassungsfähigkeit und der Kurven der Fermentsekretion des Pankreas eventuell vorteilhaft. Die Diagnose von funktionellen Pankreaserkrankungen ist deshalb sehr schwierig, weil funktionelle Störungen nur dann auftreten, wenn die Krankheit bereits einen erheblichen Teil des Pankreasparenchyms zerstört hat. Es ist daher unrichtig, ausschliesslich den chemischen Methoden Aufmerksamkeit zu schenken und dabei die klinischen Symptome zu vernachlässigen, die aus der Anamnese und bei der Krankenuntersuchung gewonnen werden. Erfahrungsgemäss ist das

auffälligste objektive Symptom der profuse Stuhl, dessen Menge nach *Noorden* bei mässigem Wassergehalt täglich 1 kg erreichen kann. Für Pankreaserkrankung kann auch die Anamnese charakteristisch sein. Oft figurieren in der Anamnese Gallensteinkoliken und nach der 12.078 Fälle umfassenden Statistik von *Guleke* litten 69.8 Prozent der Kranken auch an Krankheiten der Gallenwege. Eben deshalb soll man in Fällen, wo bei den Kranken heftigere Gallensteinkoliken auftreten, als bis dahin beobachtet wurden, und die Schmerzen durch die üblichen schmerzstillenden Mitteln nicht gelindert werden können, an Pankreaserkrankungen denken. Charakteristisch ist, dass nach einigen prodromalen Koliken mit blitzartiger Plötzlichkeit ein heftiger Schmerz mit Vernichtungsgefühl, oft auch mit Kollaps eintritt.

Den Kollaps erklärt das Eindringen des Pankreassekretes in die Bauchhöhle, eventuell die Spannung der Drüsenkapsel und die Infiltration des Mesocolon mit Druck auf den Plexus solaris und das Ganglion semilunare, die eine coeliakale Neuralgie auslösen. In solchen Fällen ist der Schmerz abweichend von dem kolikartigen Gallensteinschmerz ein dauernder, dieser kann infolge der angeführten Ursachen sich zum Shock steigern. Für den Schmerz ist ferner dessen Ausstrahlung nach der linken Seite charakteristisch. Die Schmerzen verbreiten sich vom Zentrum aus, das dem anatomischen Sitz des Pankreas entspricht, nach links in die obere Unterleibsgegend dem Rippenbogen entlang und nach unten gegen die linke Nierengegend, selten bis zum N. ischiadicus, im Wege des N. phrenicus aber in die linke Schulter. Fehldiagnosen entstehen zumeist deshalb, weil der Patient die ausstrahlenden Schmerzen als heftigere bezeichnet als die zentralen Schmerzen am Sitz des Pankreas. So entstehen die Fehldiagnosen: Lumbago, intercostale Neuralgie und Pleuritis diaphragmatica, die Schmerzen entlang des linken Rippenbogens aber können zur Annahme einer Angina pectoris führen. Differential-diagnostisch kommen in Betracht: Perforation der Gallenblase, des Magens, des Duodenums, gangrenöse Appendicitis, Ileus, mesenteriale Venenthrombose, Ureter-Steinkolik. Am häufigsten ist die Fehldiagnose der akuten Cholelithiasis, die zumeist von der vom Kranken angegebenen Anamnese gestützt wird, wonach er bereits ähnliche Anfälle hatte. Die anatomischen Verhältnisse erklären, dass die moderne klinische Diagnostik bei jeder noch so gering atypischen Gallensteinkolik an akute Pankreasnekrose denkt. Oft kommt bei der Diagnosestellung auch der Palpationsbefund zur Hilfe. Das Pankreas kann bei mageren, ausgehungerten Personen auch normal palpiert werden. Bei akuten Pankreaserkrankungen wird oft in der Höhe der I.—II. Lendenwirbel eine horizontale lappenförmige Resistenz gefunden. Bei mangelndem Fieber kann der Unterleib manchmal durchpalpiert werden und eine Defense ist nicht vorhanden. Infolge der frühzeitig auftretenden Toxikämie ist oft die Zyanose des Gesichtes und der Extremitäten auffallend. Zum beschleunigten Puls gesellen sich die Aufblähung des Unterleibs und Erbrechen, also das Bild eines Ileus-Bluterbrechen ist mit der ungünstigsten Prognose gleichbedeutend. Die anfangs niedere Temperatur steigt langsam an, wie bei der Perforationsperitonitis. Mit der Steigerung der Toxikämie entwickelt sich eine eigenartige Bauchdecken-Zyanose, die an Leichenflecken erinnert. Das Blutbild zeigt eine charakteristische Leuko-

zystose. Unter solch bedrohlichen akuten Erscheinungen entwickelt sich die am meisten gefürchtete Pankreaserkrankung: die *akute Pankreasnekrose*. Sie ist am häufigsten im Alter von 40—60 Jahren und sehr selten bei Jugendlichen, bei Männern seltener als bei Frauen: nach Müller entfallen auf 12 Frauen 3 Männer. Früher wurde angenommen, dass auch die Verfettung ein disponierendes Moment bildet, doch ist wahrscheinlich nicht die Fettablagerung, sondern die bei wohlbeleibten Leuten häufigen reichen Mahlzeiten die Ursache der Anfälle. Akute Anfälle treten sehr häufig nach reichlichen, üppigen Mahlzeiten auf. Nach der gegenwärtigen Auffassung bildet die Selbstverdauung der Drüse mit aseptischen Nekrosen den Ausgangspunkt des Leidens. Die Selbstverdauung tritt ein, wenn das Trypsin in der Drüse aktiviert wird. Die Aktivierung kann erfolgen, wenn die gemeinsame Mündung der Gallen und Pankreas-Ausführungsgänge aus irgend einem Grund verschlossen wird, z. B. durch Steine, Spasmen, Geschwülste und Divertikel. Das bei der Autodigestion frei werdende fettverdauende Ferment schreitet auf den Lymphgefäßen gegen die Peripherie zu. Die Fettnekroseherde in grösseren Entfernungen kommen wahrscheinlich auf hämatogenen Weg zustande. Es folgt nun die eingehende Schilderung der am Pankreas auftretenden Veränderungen. In ultraakut verlaufenden Fällen sind die mikroskopischen Veränderungen minimal. Bei vollkommen ausgebildetem Krankheitsbild finden sich diffuse Schwellung, blutige Infiltration mit verschwommenen Grenzen. Für die Nekrosen sind die strukturlösen graubraunen nekrotischen Flecke charakteristisch.

Die Zahl der Pankreaserkrankungen ist wahrscheinlich viel grösser als bisher angenommen wurde. Die Diagnose der chronischen Entzündungen ist überaus schwierig. Oft orientiert die Anamnese, in welcher sich eine charakteristische Pankreas-Attaque findet. Als Spätfolge der chronischen Entzündungen treten Pankreas-Diabetes Sekretionsstörungen und Steinbildungen auf. Als wichtiger ätiologischer Faktor figurieren Alkoholismus und Infektionskrankheiten. Für die Diagnose der Pankreas-Zysten kommt uns die Durchleuchtung zur Hilfe. Schwer diagnostizierbar sind die Pankreassteine, sie treten immer als Produkte von Entzündungsprozessen auf, und sind oft mit sekundärer Diabetes kompliziert. Die Diagnose kann nur dann mit Sicherheit gestellt werden, wenn im Stuhl Bilirubinsteine nachweisbar sind, oder die Röntgenaufnahme Steinschatten zeigt.

Die häufigste Pankreasgeschwulst ist das *Karzinom*. Das erste Symptom pflegt Ikterus zu sein, dieser zeigt keine Remission, sondern wird dauernd stärker. Charakteristisch sind ferner Appetitlosigkeit, Ermüdungsgefühl und Fettabscheu, verhältnismässig rasch tritt Kachexie ein. Auch das Karzinom kann schweren Diabetes auslösen. Die Schmerzen sind nicht immer charakteristisch und fehlen oft vollkommen, während sie in anderen Fällen andauernd zunehmen und das Krankheitsbild dominieren. Gutartige Pankreasgeschwülste sind sehr selten.

Die *Pankreas-Hämochromatose* ist im Wesen eine Leberzerrhose mit Diabetes und Pigmentablagerung in die Haut und in die inneren Organe. Diese übrigens seltene Krankheit ist in jüngster Zeit etwas häufiger beobachtet worden. Am wenigsten charakteristisch für das Leiden ist der Diabetes, so dass der Tod noch vor



dem Erscheinen der Zuckerkrankheit eintreten kann. Die Verfärbung erstreckt sich diffus auf den ganzen Körper, die für die Addison-Krankheit charakteristische Schleimhautverfärbung fehlt bei dieser Bronz-Diabetes. Eine weitgehende Differenz besteht auch in der Pigmentation, indem das Pigment der Addison-Krankheit eine der Melaningruppe angehörende Homogentisinsäure ist, wahrscheinlich ein Tyrosin-Spaltungsprodukt, dagegen lagert sich bei der Hämochromatose Hämosiderin ab, das ein Blutfarbstoff-Derivat ist. Zumeist findet sich die gemeinsame Sklerose von Leber und Pankreas. Als Ursache spielten jedenfalls Alkohol und Infektion eine Rolle.

Seitdem an Stelle der chirurgischen Eingriffe immer mehr die konservative Behandlung in den Vordergrund tritt, kommt der klinischen Therapie eine wichtige Rolle zu. Nachdem bei akuten Pankreaserkrankungen mit der Gefahr der Autodigestion zu rechnen ist, bildet die wichtigste Vorschrift die vollkommene Nahrungsentziehung bei dem Kranken, die eventuell lebensrettend ist. Nach dem Abklingen der Attaque wird eine kohlenhydratreiche Diät vorgeschrieben, z. B. Reistage, rohe und gedünstete Früchte; erst nach mehreren Monaten kann weich gekochtes, vollkommen fettfreies Fleisch gestattet werden, doch soll auch dann die Hauptnahrung des Kranken aus Kohlenhydraten bestehen. Es macht nichts, wenn der Kaloriengehalt der Nahrung anfangs ungenügend ist, nachdem später durch stufenweise Vermehrung der Kalorien das Gleichgewicht ohnehin hergestellt wird. Am längsten ist der Kranke von Fettüberlastung zu schützen. Wichtig ist die Stuhlkontrolle, weil die charakteristischen Befunde Diätfehler anzeigen. Die Einhaltung der Diätvorschriften bereitet kaum Schwierigkeiten, weil Pankreaskranke zumeist Fett verabscheuen. Die Kranken sollen die Speisen zerkauen, weil die mechanische Verkleinerung und die Vermischung mit Speichel die Kohlenhydratverdauung erleichtert. Der Fettgehalt der Nahrung ist sehr vorsichtig mit Hilfe von Eigelb zu vermehren, welches das Fett emulgiert. Medikamentös werden besonders bei höheren Graden der Insuffizienz tierische Pankreas-Präparate in grösseren Mengen, mindestens 10 g täglich verabreicht. Empfehlenswert sind die mit Schutzhülle gegen die Einwirkung des Magensaftes versehenen Präparate. Zitronensäure fördert die Sekretionsproduktion. Fehlt auch die Magensäure, dann soll Salzsäure-Pepsin in genügenden Mengen verabreicht werden. Insulin ist auch dann vorteilhaft, wenn keine Glycosurie besteht. Am wichtigsten ist die Frühdiagnose der Pankreaserkrankheiten und die sofort einsetzende entsprechende Therapie. Bei jeder Unterleibskrankheit, wo die Erkrankung des Pankreas nicht ausgeschlossen werden kann soll man an dieses Leiden denken.

**B. Lükö** (Szatmár) referiert über 29 operierte und 30 nicht operierte Pankreaserkrankungen.

**W. Manninger** (Budapest) verabreicht zur Behandlung des akuten Anfalles Zuckerlösung intravenös, 4 g Urotropin und zur Bekämpfung des Kollapses Sympathol.

**D. Klímkó** (Budapest). *Beiträge zur Chirurgie der akuten Pancreatitis*. Referat über 19 beobachtete Fälle. Die sofort operierten Kranken sind mit einer Ausnahme gestorben, demgegenüber waren die Heilerfolge bei den nach einer gewissen Wartezeit

operierten Kranken sehr günstig. Die Klinik nimmt in jüngster Zeit bei akuter Pankreatitis einen zuwartenden Standpunkt ein.

**L. Kaulich** (Budapest). *Die Röntgen-Diagnostik des Pankreas.* Das Pankreas ist bei der Durchleuchtung unsichtbar, und auf seine Erkrankungen kann nur aus den Veränderungen der Nachbarorgane gefolgert werden. Bei akuter Pankreatitis findet sich ein stundenlang unverändert bestehender Meteorismus des Querkolons, für das Leiden spricht eine Veränderung der Topographie und Motilität des Duodenums. Wird die Untersuchung mit wenig Bariumbrei durchgeführt, beobachtet man die langsame Bewegung des Breies, der sich im Pars horizontalis inferior anhäuft. Pathognomisch ist ferner die Druckempfindlichkeit des Pankreaskopfes.

**N. Dobay** (Debrecen). *Die Pankreaszysten.* Er empfiehlt die Beseitigung der zystischen Geschwülste und das Herausnähen der Pseudo-Zysten. Die zurückbleibenden Fisteln heilen auf Diät- und Röntgenbehandlung ziemlich rasch.

**G. Benkovich** (Debrecen). *Die akute Pankreatitis.* Referat über 12 Fälle, die seit 1921 zur Beobachtung gelangten.

**M. Erdélyi** (Debrecen). *Beiträge zur Röntgen-Diagnostik der Pankreaserkrankungen.* Demonstration von 3 Pankreas-Zysten.

**J. Hofbauer** (Budapest). *Experimentelle Untersuchungen über das Entstehen der einfachen Gallenblasen-Nekrose und der Pankreas-Nekrose.* Die Anamnese und das klinische Bild der beiden Krankheiten ist nahezu identisch. Ein Unterschied besteht im Charakter der Peritonitis, indem das Exsudat in der Bauchhöhle bei Gallenblasen-Nekrose Galle enthält, ferner ist die Behandlung verschieden, weil die Pankreas-Nekrose konservativ, die Gallenblase-Nekrose jedoch sofort chirurgisch zu behandeln ist. Seiner Ansicht nach ist die Ursache der Gallenblasen-Nekrose die Gewebsschädigung durch die veränderte Blasengalle. Die Pankreas-Nekrose wird hauptsächlich durch eine spezielle Enzymwirkung der aus der abnormen Gallenblasenfunktion stammenden Galle verursacht. Bei solchen Personen, deren Gallenblase entfernt wurde, kommt Pankreas-Nekrose niemals vor, doch kann infolge von Entzündungen eine gangrenöse Pankreatitis auftreten.

**A. Dick** (Budapest). *Operative Pankreasverletzungen.* Eine solche Komplikation kommt vor bei Magenresektion, Gallenoperationen, bei der Operation der Milz oder der Niere. Geringe Pankreasverletzungen verursachen nur dann schwere Schädigungen, wenn das Pankreasgewebe schon früher erkrankt war.

## Allgemeine Chirurgie.

**K. Vidakovits** (Szeged) referiert über Leichenoperationen zur Erweiterung der Pforte von inkarzierten Schenkelhernien. Die Operationsresultate dieser Hernien sind bekanntlich ungünstiger, wie die der Leistenhernien, weil die Hernio-Laparotomie nur dann durchgeführt werden kann, wenn das Leistenband nach oben durchschnitten wird. Dann begegnet jedoch die Vereinigung des Bandes Schwierigkeiten und die Hernie rezidiert. Auf Grund seiner Leichenversuche gibt er mehrere Verfahren zur Bekämpfung dieser Schwierigkeiten an. Weitere Versuche betrafen die Vereinigung der beiden Hepaticus-Ausführgänge nach Opera-

tionsverletzung, sowie die Versorgung der Schilddrüse bei Basedow-Operationen zur Vermeidung von Blutungen. Ferner schildert er Verfahren zur Operation narbiger Schwimmhäute und zur Überhäutung eiternder Wundflächen.

**F. Prochnow** (Budapest). *Die veränderte Bedeutung des Trauma in der Tumorgenese.* Nach den jüngsten Forschungsergebnissen kann das einmalige Trauma nicht als auslösende Ursache einer Geschwulst figurieren, sondern höchstens ihre Entwicklung auslösen. Diese Reizwirkung des Traumas ist jedoch keine spezifische oder ausschliessliche.

**P. Puky** (Budapest). *Die Werte der physiologischen Längenschwankungen des Körpers auf Grund genauer Messung.* Auf Grund zahlreicher Messungen konnte er feststellen, dass die Längenschwankungen des Körpers durchschnittlich 15.7 mm ausmachen. Die grössten relativen Schwankungen zeigen jugendliche Personen.

**B. Szabó** (Budapest). *Einfluss der Nebennierengeschwülste auf die Gestaltung des sekundären Geschlechtscharakters.* Nebennierengeschwülste vor der Pubertät finden sich zumeist in den ersten 5 Lebensjahren u. zw. bei Mädchen. Auffallend ist die Zunahme der Behaarung mit männlichem Typus. Bei Knaben unterbleibt diese Verschiebung in der Richtung des anderen Geschlechts. Für postpubertäre Geschwülste sind charakteristisch: Ausfall der Menses, gesteigertes Haar- und Bartwachstum, Vertiefung der Stimme und männliches Äussere. Bei Männern tritt vornehmlich Atrophie der Geschlechtsdrüsen, weniger eine Feminisation ein. Referat über ein 3½jähriges Mädchen, mit kindskopfgrosser Nebennierengeschwulst. Es fanden sich Vertiefung der Stimme, reichliche Behaarung des ganzen Körpers, namentlich der Schamgegend. Die Annahme, dass die Grawitztumoren nicht von der Nebenniere, sondern von der embryonalen Nierenanlage stammen, erklärt die Beobachtung, dass bei den häufigen Hypernephromen niemals, bei den von der Nebennierenrinde ausgehenden Geschwülsten aber sehr häufig die Änderung des Geschlechtscharakters beobachtet wird.

**S. Krompecher** (Budapest). *Beeinflussung der Kallusqualität durch Bestimmung der mechanischen Verhältnisse auf Grund von entwicklungsgeschichtlichen und experimentellen Untersuchungen.* Er beobachtete dass zwischen den gutadaptierten, mässig gegeneinander gedrückten frakturierten Knochenenden sich immer ein knorpeliger Kallus bildet, dessen Menge gering ist. Wurden jedoch die Frakturenden des Knochens auseinander gezogen, so bildete sich ein mässiger Bindegewebs-Kallus. Die mechanischen Verhältnisse sind daher für die Art der regenerativen Knochenbildung, also auch für die Art der Kallusbildung massgebend. Durch Bestimmung der mechanischen Verhältnisse kann daher nach Belieben ein bindegewebiger oder ein knorpeliger Kallus hervorgebracht werden. Unser Streben muss daher dahin gerichtet sein, dass zwischen den Bruchenden ein der späteren mechanischen Inanspruchnahme entsprechender Kallus gebildet werde.

*Besprechung. A. Pernyész* (Jászberény). *Demonstration.*

**F. Prochnow** (Budapest). *Neue Richtungen in der Prophylaxe der postoperativen Thrombose.* Von 1580 operierten Kranken wurden 102 prophylaktisch mit Sympatol behandelt. Auf diese ent-

fielen eine Thrombose und ein Infarkt, auf die übrigen 1478 Operationen entfielen eine tödliche Embolie, eine Thrombose und ein Infarkt.

**D. Szabó** (Szeged). *Die Rolle des Histamin in der Chirurgie.* Jene Fälle, bei denen nach Histaminverabreichung der Blutdruck steil ansteigt, können erfahrungsgemäss chirurgische Eingriffe schlecht vertragen. Es gelang ihm nach vielen Versuchen mit acht Tage hindurch fortgesetzten täglichen Histamineinspritzungen (zweimal täglich 1 mg Histamin subkutan) die Überempfindlichkeit zu beseitigen. Bei diesen vorbehandelten Kranken wurde in keinem Fall ein postoperativer Kollaps beobachtet und sie ertrugen die Operation anstandslos.

**A. Örlös** (Budapest). *Untersuchung der Histaminempfindlichkeit vor Operationen.* Zur Verhinderung des postoperativen Kollapses wurden auf Grund der von *Rusznyák, Karády* und *Szabó* ausgearbeiteten Methode zur Prüfung der Histaminempfindlichkeit 448 Patienten untersucht. Die Ergebnisse stimmen im allgemeinen mit denen von *Rusznyák, Karády* und *Szabó* überein. Infolge von Operationsschock wurde kein Patient verloren.

**S. Rusznyák** (Szeged). In jüngster Zeit ist es gelungen den II. Typus mit Inklinaton zum Kollaps durch Histaminbehandlung zu ändern und die Kollapsbereitschaft zu beheben.

**L. Simon** (Budapest). *Biologische Verfahren in der Behandlung von eiternden Wunden.* Durch biologische Behandlung sollen die Existenzbedingungen der Bakterien derart verändert werden, dass die Wundfläche für sie ein ungeeigneter Nährboden wird, ohne die Lebensfähigkeit der Gewebe zu beeinträchtigen. Zur Verwendung gelangen zwei bakteriologische Prozesse. Die von *Besredka* eingeführte Nährbodenerschöpfung, ferner der Antagonismus der Milchsäurebakterien gegen die Eiter erregenden Bazillen unterstützt durch die Wirkung der entstehenden Milchsäure. Nach den bisherigen Erfahrungen werden lokale Eiterungen durch die biologische Wundbehandlung günstig beeinflusst und die Heildauer abgekürzt.

**N. Téri** (Budapest). *Beiträge zu den angeborenen malignen Geschwülsten der Säuglinge.* Unter 16.000 Neugeborenen wurden vier angeborene maligne Geschwülste beobachtet. In einem dieser Fälle besteht die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen Trauma und Geschwulstentwicklung. Die angeborenen malignen Geschwülste sind überaus bösartig, zeigen rapides Wachstum und Metastasen. Nachdem die Säuglinge auch tiefgreifende Operationen anstandslos ertragen, soll die Operation selbst in schweren Fällen versucht werden.

**E. Novák** (Budapest). *Serumtherapie der Gasphegmone.* Als Gasphegmone fasst der Vortragende alle zum raschen Fortschreiten neigenden anaeroben Infektionen zusammen die mit Gasentwicklung einhergehen und schwere toxische Erscheinungen auslösen. Die Mortalität war in der ersten Hälfte des Weltkrieges vor Einführung der Serumtherapie cca. 50 Prozent. In der jüngsten Zeit zeigen die Gasphegmonen infolge der häufigen Verkehrsunfälle eine andauernde Steigerung. Der Vortragende schildert die Verfahren zur Prophylaxe und zur Behandlung des Leidens. Prophylaktisch werden die sogenannten Anaeroben-Seren verwendet, die auch vor Tetanus schützen. In schwer gefährdeten Fällen kann die übliche Dosis von 10 ccm auf 40 ccm erhöht werden, diese Menge wird

am zweckmässigsten in die Umgebung der Wunde eingespritzt. Die ausgebrochene Krankheit ist sofort chirurgisch zu behandeln. In schweren Fällen werden 100 ccm Serum in 500—1000 ccm physiologischer Kochsalzlösung und 10—20 Tropfen Adrenalin intravenös verabreicht. Nach Einführung der ersten 5 ccm der Lösung, soll eine Pause eingeschaltet werden, und die Einführung nur dann fortgesetzt werden, wenn keine anaphylaktischen Erscheinungen (Pulsbeschleunigung, Unruhe, Zyanose) auftreten. Die ganze Menge soll in 1—1½ Stunden in die Zirkulation gelangen. Sehr geeignet ist auch die intravenöse Tropfinfusion. Von den 13, seit 1914 behandelten Gasphegmone-Fällen starben 6, geheilt wurden sieben, Mortalität 46.1 Prozent. Wir konnten nur sechs Patienten Anaerob-Serum geben. Das Heilserum kann den chirurgischen Eingriff nicht ersetzen, sondern diesen nur unterstützen. Mit Hilfe des Serums ist es möglich den chirurgischen Eingriff schonender zu gestalten.

**S. Szabó** (Tatabánya). *Die Serumbehandlung der Gasphegmone.* Referat über neun Gasphegmonefälle, die mit intravenös verabreichten 50—100 ccm Serum behandelt wurden. Der Prozess kam in keinem Fall zum Stillstand, doch verlangsamte sich das Fortschreiten, so dass die eventuell notwendige Amputation durchgeführt und das Leben der Kranken gerettet werden konnte. Seit einem Jahr werden bei jedem Betriebsunfall prophylaktisch 20 ccm polyvalentes Gasphegmone-Serum verabreicht, seit dieser Zeit gibt es keinen Fall von Gasphegmone.

## Allgemeine Chirurgie.

**A. Kubányi** (Budapest). *Behandlung von Neuralgien der Gesichtsnerven mit Kobratoxin.* Der Vortragende behandelte sieben Fälle mit Kobratoxin. In allen Fällen zahlreiche Rezidiven. Bei vier Kranken sind vorher Nervenexzisionen und in drei Fällen wiederholte Alkoholinjektionen durchgeführt worden, bei vier Kranken seit 4 Monaten bestehende Symptomenfreiheit, in zwei Fällen vollkommenes Versagen der Behandlung. Bei weiteren drei Kranken, die bereits an starke Morfiumdosen gewöhnt waren, ist das Ergebnis unsicher.

**G. Halász** (Budapest). *Chirurgische Therapie von sellaren und suprasellaren Tumoren.* Nach Erörterung der Häufigkeit und der Symptome der Tumoren sowie der Methoden zum Aufsuchen derselben, schildert der Vortragende die Ergebnisse der von Professor *Winternitz* durchgeführten 22 Hypophysen-Operationen mit einer Mortalität von 31.8 Prozent. Suprasellare Tumoren fanden sich in acht Fällen, die Gesamtmortalität der Operationen war 25.5 Prozent.

**R. Balkányi** (Budapest). *Steine und Entzündungen der Speicheldrüsen.* Referat über 14 Fälle von Steinkrankheit und 89 Fälle von Entzündung der Speicheldrüsen.

**E. Neuber** (Pécs). *Operativ geheiltes Ösophagus-Divertikel.* Demonstration.

**E. Salamon** (Budapest). *Fälle aus dem Gebiet der Ösophagus-Chirurgie.* Demonstration von Röntgenogrammen

**J. Sebestyén** (Pestujhely). *Methoden der Lobektomie* (Filmdemonstration).

## II. Hauptfrage: Chirurgie des sympathischen Nervensystems.

L. Bakay (Budapest). *Chirurgie des sympathischen Nervensystems.* Überraschend in der Chirurgie des sympathischen Nervensystems ist der Wechsel von glänzenden Erfolgen und vollkommener Erfolglosigkeit, indem die operativ erzielte Besserung nach Wochen oder Monaten vollkommen verschwindet. Die Durchschneidung des Rückenmarks, des Grenzstranges, die Exzision der Rami communicantes und des perivascularen Geflechtes haben immer Gefässerweiterung zur Folge. Nachdem nach einer gewissen Zeit die Innervation der Gefäßwand hergestellt wird, muss ausser den erwähnten auch noch eine andere Regulationszentrale vorhanden sein. Ferner müssen auch die zahlreichen Anastomosen der Nerven berücksichtigt werden. Der Referent erörtert sodann die operativen Methoden zur Behebung der Angina pectoris-Schmerzen. Empfohlen wurden die Durchschneidung der Depressor und die Unterbrechung der Sympathicus-Leitung. Um das letztere Ziel zu erreichen, wurde die Beseitigung des Grenzstranges am Hals und des Ganglion cervicale inferius empfohlen. Referent führte die totale Grenzstrang-Exision in zwei Fällen aus mit gutem Erfolg der länger als ein Jahr dauerte. Der eine Patient starb plötzlich, das Schicksal des anderen ist unbekannt. Mit der paravertebralen Novocain-Injektion kann der Angina-Anfall sofort behoben werden und durch Wiederholung der Injektionen die Wirkung für Wochen verlängert werden. Die operativen Eingriffe bei Angina bieten zahlreiche Gefahren, die höchste Mortalität findet sich bei ausgedehnten Resektionen.

Die chirurgische Behandlung des Bronchialasthma ist in jüngster Zeit seltener durchgeführt worden, nachdem die empfohlenen Methoden: die Durchschneidung des Vagus unterhalb der Abzweigung des Recurrens, sowie der Bronchialäste des Nerves erfolglos blieben, in den Wänden der Bronchien sind autonome Ganglien vorhanden, die auf allergische Reize reagieren.

Wegen Epilepsie führte der Referent in sechs Fällen die Exzision des obersten Halsganglions durch. In einem Fall mit gutem Erfolg, in fünf Fällen erfolglos. Erfolglos blieb auch die Durchschneidung des obersten Halsganglions bei Basedow. Bei Trigemini-Neuralgien wurde Durchschneidung des Ganglion cervic. sup. empfohlen. Referent hat in mehreren Fälle die von Gaza empfohlene Ramisektion bei Unterleibschmerzen erfolgreich durchgeführt, die nur durch eine vasomotorische spastische Störung oder sekretorische Disfunktion verursacht wird. Die Chirurgie des Unterleib-Sympathicus befindet sich im experimentellen Stadium. So wurde bei Meteorismus, sekretorischen und motorischen Störungen, sowie bei tabetischen Krisen die Dehnung des Solarplexus versucht. Ebenso wurde zur Behandlung von Magengeschwüren und Pylorus-Spasmus die Unterbrechung der Sympathicus-Leitung empfohlen. Die Nierendekapsulation ist ebenfalls eine Ausschaltung des sympathischen Nervengeflechtes der Kapsel. Bei der Hirschsprung-Krankheit wurde die Durchschneidung des präsakralen Plexus und des N. mesent. inf. empfohlen, ähnliche Empfehlungen finden sich zur Behandlung von Blasenleiden. Der Referent hat die

Durchschneidung des präsakralen Geflechts in zehn Fällen bei chronischer Zystitis mit gutem Erfolg ausgeführt.

Schliesslich werden die Indikationen der periarterialen Sympathektomie erörtert. Der Referent hat bei vasomotorischen, trophischen Nekrosen und zur Heilung torpider Wunden die Operation erfolgreich durchgeführt.

**W. Milkó** (Budapest) referiert über seine Erfahrungen mit der periarterialen Sympathektomie die nur in mit strenger Kritik ausgewählten Fällen durchgeführt werden darf.

**G. Bakács** (Budapest). *Chirurgische Beziehungen des sympathischen Nervensystems*. Referat über fünf zervikale, drei präsakrale und 49 periarteriale Sympathektomien.

**L. Schmidt** (Debrecen) referiert über sieben Operationen des Sympathicus und zwar zwei Ramicotomien und fünf Ganglionectomien am lumbosakralen Grenzstrang. Die unmittelbaren Resultate waren günstig. Einige Fälle rezidierten.

**S. Baecker** (Debrecen). *Die Rolle des N. sympathicus in der Nierenchirurgie*. Die Dekapsulation der Niere hat den Charakter einer partiellen die Enervation des Nierenstranges den einer totalen Sympathektomie. Die beiden Operationen sind bei akuter Glomerulonephritis, bei reflektorischen Anurien, Oligurien, bei Blutungen und Algien infolge von Angiospasmen indiziert. Eine zweite Gruppe der Eingriffe bilden jene Verfahren, bei welchen die Nervenleitung durch Anaesthesie temporär unterbunden wird. Die temporäre Blockade wird vor Operationen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken durchgeführt. Als Methoden dienen die hohe lumbale, die Splanchnikus- und die paravertebrale Anaesthesie.

**A. Probstner** (Budapest), hat die Resektion des Pl. sympathicus sup. bei inoperablen Geschwülsten durchgeführt.

**L. Daniel** (Pécs). *Klinische Erfahrungen mi der Operation der Sympathicodiaphtheresen*. Referat.

**A. Kaufmann** (Budapest). *Die periarteriale Sympathektomie*. Nach den Erfahrungen der III. chirurgischen Klinik kann von dieser Operation Erfolg nur dann erwartet werden, wenn die gesteigerte Sympathikuserregung Gefässkrampf oder Ernährungsstörung der Extremität verursacht. Die Operation wird nur bei funktionellen Gefässkrankheiten und trophoneurotischen Störungen angewendet.

## Bauchchirurgie.

**L. Ádám** (Budapest). *Chronische vernarbende Darmentzündung*. Klinisch zeigt die Ileitis vier Phasen, die erste umfasst Entzündungserscheinungen, sie werden zumeist mit Appendizitis verwechselt. In der zweiten treten die Symptome der Darmgeschwüre: blutige Stühle, Fieber, Abmagerung in den Vordergrund. In der dritten Phase finden sich die Erscheinungen der Darmstriktur, sowie Spasmen, die oft sehr quälend sind. In der vierten Periode treten nicht heilende Zysten auf.

**V. Szabó** (Budapest). *Benigne Magengeschwülste*. Referat über fünf klinisch beobachtete Fälle.

**E. v. Elischer** (Budapest). *Gallenoperationen ohne Drainage*. Nach einem geschichtlichen Rückblick referiert der Vortragende über die in seiner Abteilung in acht Jahren durchgeführten 716 Gallenoperationen, von diesen ist der primäre Verschluss der Bauch-

höhle in 502 Fällen (70 Prozent) durchgeführt worden. Diese Operationsmethode ist an sehr strenge Kautelen gebunden: freie und nicht infizierte tiefe Gallenwege, gut passierbare Papilla Vateri, exakte Stillung der Blutung, vollkommene Peritonisierung exakte doppelte Unterbindung des Ductus Cyst. und der Art. cyst. Die Gallenblase wird auf retrogradem Wege herausgeschält, der Ductus cyst. bis zum Choledochus herauspräpariert und doppelt unterbunden. Von den 181 Patienten, die nachgeprüft werden konnten, waren 151 beschwerdefrei.

**L. Koleszár** (Kolozvár) referiert über die Operation der Cholezyste nach Pribram.

**E. Fodor** (Budapest). *Vorbereitung von Icteruskranken zur Operation.* Das Blut der an Gelbsucht leidenden Kranken zeigt eine Verminderung der Gerinnungsfähigkeit. Die verminderte Gerinnungsfähigkeit wird vor der Operation durch Transfusion von 250—300 ccm Blut, Infusion von Traubenzuckerlösung und Verabreichung von Leberpräparaten gesteigert.

**M. Jacob** (Budapest). *Röntgen-Symptome der Magenlues.* Referat.

**A. Gussich** (Budapest). *Serumlipase-Prüfungen im Anschluss an operative Eingriffe.* Der Serum-Lipase-Spiegel wird durch Operationen an Organen, die von dem Pankreas entfernt liegen, kaum beeinflusst, in den benachbarten Organen erfolgende Eingriffe steigern die Serum-Lipase-Werte. Abnorm hohe Lipase-Werte sprechen für Pankreaserkrankungen.

**M. Vertan** (Pécs). *1. Geheilte Fall einer Darmresektion wegen inkarzierter Herte bei einem 14 Tage alten Säugling.* Referat.

2. *Angeborene Nabelfisteln.* Referat über drei Fälle.

3. *Chylangioma cysticum mesentrii.* Demonstration eines Falles.

**E. Troján** (Szeged). *Operationsschwierigkeiten infolge von Entwicklungsanomalien des Dickdarmes.* Referat.

**T. Matolcsy** (Budapest). *Diagnose und Therapie der Beckenknochengeschwülste.* Referat über 20 in der I. chirurgischen Klinik beobachtete Beckenknochengeschwülste.

**S. Rosenak** (Budapest). *Beiträge zur Detoxikation des Ileus.* Der Vortragende versuchte die Detoxikation der vergiftenden Substanzen bei Ileus durch Einspritzung von Kohlepräparaten zu erzielen. Die Verabreichung kann durch hohe Eingüsse und Einspritzung erfolgen.

**O. Kárpáti** (Budapest). *Eine neue Methode zur operativen Behandlung von Jejunum-Geschwüren.*

**I. Farkas** (Budapest). *Ergebnisse der transurethralen Prostatak-tomien.* Referat.

**B. Mezö** (Budapest). (Aussprache.)

## Chirurgie der Extremitäten.

**F. Czeyda Pommersheim** (Budapest). *Über Gelenkseiterungen.* Referat über die Pathologie, Symptomatologie, Pathogenese und Behandlung der Gelenkentzündungen.

**E. Koplits** (Budapest). *Perimetrie des Schulter- und des Ellbogengelenks.* Demonstration eines Apparates zur Messung des Umfanges der Bewegungsebene von Gelenken.



**K. Mészáros** (Budapest). *Totaler Ersatz des Lig. patellae proprium*. Demonstration.

**L. Borsos** (Budapest). Demonstriert einen ähnlichen Fall.

**E. Hudacsek** (Budapest). *Über Sportverletzungen*. In den letzten fünf Jahren waren 15—20 Prozent sämtlicher Frakturen und Verrenkungen in der II. chirurgische Klinik Sportverletzungen. Die Vorkehrungen zur Vermeidung von Sportverletzungen sollen intensiver ausgestaltet werden.

**A. Pernyész** (Jászberény). *Indiktionen und Resultate der Knochennaht*. Referat.

**A. Cserey-Pechány** (Kecskemét). *Die Ergebnisse der subperiostalen Resektion bei akuter Osteomyelitis*. Referat über sechs subperiostale Resektionen mit Demonstration der Röntgenogramme.

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

**Balneologische Preisfragen.** Zur Hebung des Interesses für die wissenschaftliche balneologische Forschung hat die Kurkommission der medizinischen Fakultät der Budapester Peter-Pázmány-Universität Preise zur Verfügung gestellt. Das Professoren-Kollegium hat zwei Preisfragen ausgeschrieben. Die erste bezieht sich auf die praktische Wirkung der Schlammbehandlung, die zweite auf die der kapillaren Zirkulation auf das Blutbild.

**Internationaler Medizinischer Fortbildungskurs.** Univ. Professor Franz Kiss veranstaltete unter Mitwirkung der Professoren und Dozenten der Budapester medizinischen Fakultät einen internationalen medizinischen Fortbildungskurs. Die ausländischen Ärzte besichtigten unter fachlicher Führung die Heilbäder und Kurbetriebe.

**Ärztebesuch.** Der Präsident des Ärzteverbandes von Kairo *Latis Bey* hat während seines Budapester Aufenthaltes die Budapester Heilbäder studiert und leitete Verhandlungen darüber ein, unter welchen Bedingungen ägyptische Kranke die Heilfaktoren der ungarischen Hauptstadt benützen können.

**Studienbesuch portugiesischer Ärzte in Budapest.** Der Sanitätschef von Portugal *De Faria*, dessen Stellvertreter *De Furtado* und der Delegierte der Rockefeller-Stiftung Dr. *Hill* haben im Auftrage der portugiesischen Regierung die ungarischen sanitären Institutionen studiert. Sie hielten sich zwei Tage im Landes-Sanitätsinstitut auf und studierten auch die Tätigkeit des Grünen Kreuzes im Gödöllöer Kreise und in Komitat Baranya.

**Internationale Gesellschaft für medizinische Hydrologie.** Die Internationale Gesellschaft für Medizinische Hydrologie, die 1929 in Budapest tagte, veranstaltet heuer in Innsbruck, Bad-Gastein und Salzburg ihren Kongress in der Zeit vom 10. bis 15. Oktober. Die Themen der Hauptreferate sind: Balneotherapie der Alterskrankheiten, ferner die Radioaktivität der Heilquellen. Referenten sind: Sir *Humphry Rolleston*, Dr. *Werke* und Dr. *Stieffel*, ferner Dr. *Ludwig Pap*. In der Zeit vom 19. bis 22. Oktober ist für die Kongressteilnehmer ein Ausflug nach Budapest geplant.

An der Tagung der Gesellschaft kann jedes Mitglied unentgeltlich teilnehmen. Nicht Mitglieder haben 20 Schilling, Mediziner 10 Schilling Teilnehmergebühr zu entrichten. Die Mitglieder können unentgeltlich, nicht Mitglieder gegen Entrichtung von 10 Schilling Teilnehmergebühr eine angehörige Dame anmelden. Die Gesamtspesen der Eisenbahnfahrt nach Innsbruck, Bad-Gastein und Salzburg sind ungefähr 180 Schilling. Die Grenzübertretung organisiert auf Wunsch das Österr. Verkehrsbureau. (Wo möglich in der Form einer Gruppenreise.) Eisenbahn- und Visumbegünstigungen werden auf Grund der Mitgliedskarte erteilt. Ungarische Teilnehmer wollen sich beim Kongress-Sekretär Dozent Dr. E. *Freuná*, Wien, VII., Museumstrasse 3. melden. (Depot 20.— Sh.).

## NACHRICHTEN.

**Verleihung.** Der Reichsverweser hat dem Direktor des staatlichen Landes-Hygiene-Instituts Dr. Josef *Tomcsik*, vormaligen a. o. Professor an der Franz-Josef-Universität in Szeged, für seine Verdienste auf dem Gebiete der ärztlichen Bildung und der wissenschaftlichen Fachliteratur dem Chefarzt der Privatangestellten-Versicherungsanstalt Dr. Ludwig *Göczy*, dem Universitätsadjunkten Dr. Ernst *Gerger* und dem Universitätsassistenten Dr. Roland *Jendrasik*, Privatdozenten an der Elisabeth-Universität in Pécs, für ihre Verdienste um die Pflege der Fachliteratur und die ärztliche Bildung, dem hauptstädtischen Spitalsdirektor Dr. Stefan *Csupódy*, Dozenten an der Peter Pázmány-Universität, in Anerkennung seiner Verdienste um die Pflege der Fachliteratur und der ärztlichen Bildung den Titel eines a. o. Universitätsprofessors verliehen.

**Habilitierungen.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat folgende Habilitierungen zur Kenntnis genommen: An der medizinischen Fakultät der Franz-Josef-Universität in Szeged Spitalsdirektor Chefarzt Dr. Andreas *Szarvas* („Prophylaxe und Therapie der Tuberkulose“) und Universitätsassistent Dr. Georg *Ivánovics* („Bakteriologische Diagnostik und Epidemiologie der chronischen Infektionskrankheiten“). Ferner hat der Minister die Erweiterung der Privatdozentur des a. o. Universitätsprofessors an der Budapester Peter-Pázmány-Universität Dr. Heinrich *Salamon* von Odontotechnik auf die Lehre der Zahnregulierung genehmigend zur Kenntnis genommen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung an der medizinischen Fakultät der Szegeder Universität von Dr. Andreas *Korányi* für die Pathologie der Stoffwechselkrankheiten genehmigt.

---

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

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

---

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor : Ignaz Schulmann.)

*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 aetiotrope  
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 elweissirel! Steril! Haltbar!**

## TABL. OVARI „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-chirur-  
gischer Instrumente**

**BUDAPEST**

VI., Vilmos császár-út 53, I. Stock

**GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.**

Bealtzer 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.