

# 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 Annonce-expeditionen 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.

**Erfolgreiche  
Wundbehandlung**

**WETOL-WUNDÖL**

**Ätherische  
Öltherapie der Wunden**

**KURHAUS SEMMERING**

Chefarzt: Med.-Rat Dr. F. Hansy. 3 Hausärzte.

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Ahhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw., Magendarmkranke, Anämien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grossen Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrain-kurwege. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätkuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten  $18\frac{1}{2}$  Pengő aufwärts, österreichische Bahnmässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. & Näheres durch die Prospekte.

# St. Margaretheninsel

## BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzkrank. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. CZYZEWSKY

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

## Die neue Pflegeanstalt für Heilbedürftige:

## Dr. Mandler Sanatorium

Budapest, VI., Szabolcs utca 3.

Für geburtshilfliche, chirurgische und interne Patienten.  
Gemeinae Zimmer von 8 Pengö auf-  
wärts mit Verpflegung.  
Separatzimmer von 11 Pengö.

## Röntgen- und chemische Laboratorien in beiden Anstalten

## **Direktor-Chefarzt Dr. Otto Mandler.**

**Fernsprecher: Sanatorium Aut. 276-50 und 256-63, Heilanstalt Aut. 865-01.**

Die beliebte, seit jeher bewährte Kuranstalt der Heilbedürftigen ist die

## Heilanstalt am Kalvin-Platz

Budapest, IX., Kalvin-tér 10.

## Entfettungskuren

## Rheuma-, Ischias- und hydrotherapeutische Behandlungen. Kosmetik.



gelösten Bronchitiden. Heimisches Primulapräparat. Gelangt als Primoverol forte und Primaverol mita in Verkehr. Letzteres wird wegen seines Wohlgeschmackes auch von Kindern gern genommen. Für MAV-(Staatsseisenbahn)Kassenmitglieder ordnbar.

**SEDIVAL** das vollkommenste Brom-Valerenapräparat. Löst keine Bromacne aus. Für MAV-(Staatsseidenbahn)Kassenmitglieder ordnbar.  
Für Zuckerkranke eigene Packung. Literatur und Mustersendungen stellt das  
„ST. PETER“ pharmazeutische Laboratorium, Budapest, V., Árpád-utca 7. Telefon:  
Aut. 215-43 bereitwilligst zur Verfügung.

**DIGESTOL** seit Jahrzehnten bewährtes Stomachikum und mildes Abführmittel. Auch in Tablettenform erhältlich.

**LIQUOR HYPNO-  
BROMID** schmackhaftes,  
Paraldehyd,  
Kodein und Brom enthaltendes  
Hypnotikum und Sedativum. Für  
MÄV-(Staatsseisenbahn)Kassenmit-  
glieder ordnbar. Für Zucker-  
kranken eigene Packungen.

**PRIMOVEROL** vortreffliches Heilmittel der durch herbstliche Erkältungen verursachten oder ausgelangt als Primoverol forte und eines Wohlgeschmackes auch von **OKKASSEN** **WELLADER** erzielbar.

# 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*

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

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

Als Manuskript gedruckt.  
Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapest kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Urologischen Gesellschaft und der Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

## Sitzung vom 8. November 1930.

## B. Lükö (Szatmár, als Guest): *Dauerdrainage des Aszites.*

**E. Forfota: Hämophilische Gelenks- und Knochenveränderungen.**

E. Oriola: *Hämophilische Gelenks- und Knochenveränderungen.* Die hämophilischen Gelenksveränderungen sind bekannt und für das Leiden charakteristisch. In der einschlägigen Fachliteratur finden sich jedoch keine Mitteilungen über hämophilische Knochenveränderungen mit extraartikulärer Lokalisation. Er schildert die Krankengeschichte und Röntgenbilder des 30jährigen an Hämophilie leidenden Patienten, bei diesem finden sich hochgradige Gelenksdestruktion und zystöse Veränderungen am rechten Hüftbein, also extraartikulär. Er betrachtet die gefundenen Veränderungen als Folgen von hämophilischen Blutungen in die Beckenweichteile.

## J. Sebestyén: Fälle aus der Lungenchirurgie.

**I. Fälle von Lungengangrän und Abszess.** Er demonstriert die Rolle der extrapleuralen Plomben bei der chirurgischen Behandlung dieser Leiden. Der Hauptvorteil dieser Methode der älteren gegenüber ist, dass sie die pleurale Höhle beseitigt so, dass konsekutive Infektionen zu vermeiden sind. Die über der Kaverne befindliche Lungenpartie wird kollabiert, die Freilegung erleichtert, und die mit der Eröffnung der Abszesshöhle verbundenen Gefahren

ausgeschaltet. Das Verfahren ermöglicht die Lösung von chirurgischen Problemen, die bisher unlösbar waren.

**II. Operativ geheilter Lungenechinokokkus.** In der linken Lunge der 17jährigen Frau mannskopfgroße Zyste, die Diagnose wurde durch die Operation geklärt. Der Eingriff bestand nach Anlegung einer vorausgehenden extrapleuralen Plombe in der einphasigen Beseitigung der Zystenwand. Der Eingriff erfolgte durchwegs extrapleural.

**III. Durch Lappenresektion geheilte Bronchiektasie.** Im rechten unteren Lungenlappen des 25jährigen Mannes auch ohne Bronchographie feststellbare Bronchoektasie. Nebst anderen charakteristischen Veränderungen hühnereigroße Zyste mit Flüssigkeitsniveau. Vorerst Phrenikotomie, sodann extrapleurale Plombe, drittens Isolierung und Vorziehung des Unterlappens nach *Sauerbruch*. Nachdem der Prozess auf der rechten Seite besteht, und die Klagen auf Jahre ohne besondere anamnestische Momente zurückreichen, kann der Fall in die Gruppe der kongenitalen Bronchiektasien gereiht werden. Die Eingriffe erfolgten durchwegs in Lokalanästhesie.

**L. Bakay:** Die Plombage schafft eine günstige Operationslage und der Kranke kann damit über die kritische Zeit hinweggebracht werden. Bei Schussverletzungen ist die Plombage bei Abszess und Gangränbildung vorteilhaft anwendbar.

**A. Winternitz:** Die Plombe bedeutet einen grossen Fortschritt in der Lungenchirurgie, mit dieser können nach Bedarf Verwachsungen herbeigeführt werden. Bei sehr grossen Plomben geschieht es, dass infolge des hinter dieser sich bildenden Exsudates die beiden Pleurablätter nicht verkleben. Die Kompression des Abszesses mit der Plombe darf wegen der Aspirationsgefahr nicht forciert werden.

**J. Bence:** „Drüsensieber mit Mononukleose.“ Der 20jährige Mann litt vor ungefähr einem Jahr an Rachen- und Mandelentzündung, geschwollene Lymphdrüsen am Hals, später auch in der Achselgrube, Leber- und Milzvergrösserung. Remittierendes Fieber maximal 38° mit vierzehntägiger Dauer. Die geschwollenen Drüsen bilden sich in ungefähr vier Wochen zurück. Das Allgemeinbefinden während dieser ganzen Zeit befriedigend. Seine Mutter starb an Lymphogranulomatose. Die Erythrozytenzahl während der Krankheit durchwegs zirka 5.000.000, Hämoglobin 100%, Thrombozyten zirka 300.000. Die Leukozytenzahl variierte zwischen 2800 (22. November 1929) und 5500 (7. November 1930); das Verhältnis der polynuklearen Elemente war 25–36,2%, das der kleinen und grossen Lymphozyten 58–49%, das Verhältnis der Plasmazellen aber 4,1–0,3%. Wesentliche Vermehrung der Mononuklearen, diese besteht noch ungefähr ein Jahr nach der Krankheit. Unter diesen gibt es Zellen zweifelhaften Ursprungs die an Myeloblasten erinnern. Ihre Oxydasefärbung ergab in einer solchen Prozentziffer der Zellen positive Reaktion, welche der Summe der polynuklearen Zellen und Monozyten entspricht. Die übrigen waren Oxydase — negativ, diese letzteren sind demnach lymphoiden Ursprungs. Auf Grund dessen entspricht der Fall dem vom amerikanischen Autoren beschriebenen Drüsensieber mit Mononukleose, dasselbe ist mit dem *Pfeiffer*’schen Drüsensieber identisch. Das Leiden ist gutartig, wir kennen nur zwei Todesfälle wegen Komplikationen.

Das Leiden tritt sporadisch und epidemisch auf, nur die epidemischen Fälle sind kontagiös. Das Leiden kann mit der akuten lymphatischen Leukämie verwechselt werden, gegen diese spricht aber das gute Befinden der Kranken, die normale Erythrozytenzahl, deren Form und Grösse, der normale Hämaglobingehalt und die normale Zahl der Thrombozyten.

**J. Pogány** demonstriert das vollkommen analoge Blutbild eines von ihm beobachteten Kranken. Er hat den Fall auch veröffentlicht.

**A. Forró** diagnostizierte bei einer 86jährigen Kranken auf Grund der von **Bence** beschriebenen Symptome das **Pfeiffer'sche** Drüseneieber. Der Fall ist interessant wegen seines hohen Alters, zweitens wegen der trotz der Vereiterung einer Drüse bestehenden Vermehrung der Mononuklearen (69,5%), drittens weil das Blutbild selbst nach 16 Monaten nahezu unverändert ist.

**A. Torday:** Zur Feststellung der Wirkungen der vom Munde ausgehenden Infektionen auf den ganzen Organismus sei die Untersuchung des Blutbildes wichtig. Er erwähnt einen Fall, wo im Anschluss an Polyarthritis eine Nekrose des harten und weichen Gaumens auftrat und die Lymphozyten um 50% Prozent vermehrt waren. Die Monozyten und jungen lymphoiden Zellen sind schwer zu unterscheiden, weshalb von Lymphoidzellenangina, oder von atypischer Lymphadenie gesprochen wird. Werden die Zellen als Monozyten angesprochen, so ist eine Vermehrung derselben schwerer zu deuten, als wenn sie nach der Ansicht von **Aschoff** vom Reticuloendothel stammend betrachtet werden. Noch leichter wird die Deutung, wenn wir ihren Ursprung vom Knochenmark annehmen. Er teilt die Ansicht von **Naegeli**, weil derart ihre Vermehrung zu einem Symptom der abnormen Knochenmarkreaktion und seiner infolge der Infektion veränderten Funktion wird.

**J. Bence:** Zur Entscheidung des Ursprungs der fraglichen Mononuklearen erteilt auch die Oxydasereaktion keine befriedigende Aufklärung, weil die jungen myeloiden Zellen die Reaktion nicht geben. Wahrscheinlich sind die Zellen zum Teil die abgelösten und in die Zirkulation gelangten Sinusendothelzellen der im Reizzustand befindlichen Drüsen.

**L. Jankovich** (Szeged): *Beiträge zur Histopathologie der Laugenvergiftungen in Bezug auf die Frühsondierung.* Verfasser erläutert die mikroskopischen Ergebnisse, welche er bei der Obduktion von 70 Laugenvergiftungsfällen gewonnen hat. Seine Erläuterungen fasst er folgendermassen zusammen: 1. Im Ablauf der Laugenvergiftung kann man keine Stadien (Nekrose, Depuratio usw.) unterscheiden, weil die einzelnen Stadien nicht, wie bei den meisten pathologischen Prozessen nacheinander, sondern manchmal nebeneinander verlaufen, so z. B. unter nekrotischen Geweben oft Granulationsgewebe zu finden ist. 2. Im allgemeinen ist der Reaktions- und Heilungsprozess bei den schwereren Laugenvergiftungen der folgende: In den ersten Tagen nach der Vergiftung lösen sich die Ätzschorfe nur selten mechanisch ab. Die demarkative Entzündung beginnt aber nach Stunden, setzt sich dann fort und erreicht ihren Höhepunkt schon in der ersten Woche. Nach der ersten Woche, meistens zwischen dem 7-9ten Tag, löst sich der grösste Teil des nekrotischen Gewebes ab. Die Bildung von grösseren Geschwüren ist also ebenfalls um diese Zeit zu erwarten. Die

Abstossung von kleineren Gewebsresten kann sich aber bis in die 4—5te Woche erstrecken. In der 3—4ten Woche können die Geschwüre sich entzünden und ihre Heilung zieht sich oft bis zum zweiten Monat oder noch länger hinaus, da die Epithelisation von grösseren Defekten sogar ganz ausbleiben kann. Rings um die Geschwüre oder grösseren Defekte findet man die ersten Zeichen von Granulationsgewebe, in der zweiten Woche und in einigen Tagen nachher werden schon Fibroblasten, sogar Bindegewebsfibrillen beobachtet. Faseriges Bindegewebe begegnet man in der dritten, fibröses Narbengewebe in der vierten Woche. Daher können die von klinischer Seite, in den ersten zwei Wochen beobachteten Speiseröhrestrukturen, eigentlich nur spastische oder entzündliche Stenosen sein. Echte Strikturen kommen nur nach dieser Zeit vor.

3. Der verzögerte Heilungsprozess hängt nicht nur mit der Tiefe der Einwirkung, mit der verbreiteten Geschwürsbildung, mit dem Herabkommen der Kranken usw., sondern auch mit der zunehmenden Obliteration der kleinen Gefäße der Geschwürsumgebung zusammen.

4. Abgesehen von den Lymphknoten, haben wir auf Laugenvergiftung zu beziehende Einwirkungen in Milz und Leber festgestellt, bessergesagt, in dem Gebiet der Pfortader und deshalb kann man eine Art Fernwirkung der Lauge nicht in Abrede stellen, um so mehr, als wir in den schwersten Fällen in der grauen Substanz des Gehirns neben Kapillarenstase auch homogenisierte Massen von roten Blutkörperchen (Laugenwirkung) finden konnten.

5. Auf Grund des pathologisch-anatomischen Befundes kann der Beginn der Sondierung vor dem zehnten Tage, nicht motiviert werden.

**G. Faludy:** Die mit weichen Magensonden durchgeführte Früherweiterung des Ösophagus kann in der Kinderpraxis bei entsprechender Vorsicht wohl gefahrlos angewendet werden, jedoch in einem Teil der Fälle die Strukturbildung nicht verhindern. Nach einer kurzen Schilderung der Bekämpfung der Laugenvergiftungen stellte er die traurige Tatsache fest, dass trotz der Laugensteinerordnung vom Jahre 1928 die Zahl der Laugenvergiftungen im laufenden Jahre in Budapest wieder zunimmt, was durch die Angaben von *Sebők* und *Balázs*, sowie der Kinderabteilung des St. Stefan-Spitals bestätigt wird. Die Ursache sei die laxe Kontrolle des Handels und die Lücken der Verordnung. Er fordert, dass der Laugensteinhändel den Krämern entzogen und der Laugenstein als mit drei Kreuzen bezeichnetes Gift deklariert und so verhindert werde, dass Laugenstein in den Verkehr gelange. Ausländische Beispiele beweisen, dass der Laugenstein ein leicht entbehrlicher und ersetzbarer Artikel ist. Nur so kann die Beseitigung des beschämenden und beispiellosen Zustandes erzielt werden, dass in Ungarn noch immer so zahlreiche Kinder durch Laugenvergiftung verkrüppelt und getötet werden.

**B. Kenyeres** hält eine Beschränkung der Verabreichung von Laugenstein und dessen Ersatzmittel gleichfalls für notwendig.

**G. Petényi:** Die Untersuchungen von *Junkovich* beweisen, dass die allzufrühe Sondierung unzweckmässig sei. Es ist schwer, entsprechende statistische Angaben über die Schäden der frühzeitigen Sondierung zu erlangen, doch genügen diese theoretischen Untersuchungen um den Beginn der Sondierung auf eine spätere Zeit zu verlegen.

**L. Csik:** Der Laugenverkehr wird wegen der Interessen der Fabriksindustrie nicht verboten. Er stellt den Antrag, die Gesellschaft der Ärzte soll eine Zuschrift an den Landesärzteverband richten, und die Abgeordnetenmitglieder ersuchen, die Frage im Parlament zur Sprache zu bringen und dringende Verfügungen zu urgieren.

Dieser Antrag wurde angenommen.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 19. März 1930.

**E. Temesváry:** *Behandlung von Brandwunden mit Ambrin.* Die Anwendung von Paraffin bei der Behandlung von Brandwunden verspricht gute Resultate. Sie ist schonend, schmerzstillend, einfach, erfordert wenig Verbandzeug, reizt die Gewebe nicht und erzielt in der kürzesten Zeit Überhäutung. Er referiert über 28 Fälle, unter diesen mehrere schwere Verbrennungen III. Grades. Gute Heilerfolge.

**G. Lobmayer** hat im November eine grössere Ambrinmenge zu Versuchen erhalten. Er betraute den Assistenten *Weichherz* mit Versuchen an solchen Kranken der Ambulanz der Apponyi-Poliklinik, die Brandwunden erlitten hatten und er erzielte die besten Resultate. Auffallend ist, dass das verletzte Gebiet, selbst bei Verbrennungen II. und III. Grades mit tiefreichenden Substanzverlusten, sofort schmerzfrei wird und rasch heilt. Redner hat das Mittel bei Brandwunden, ausgedehnten Gesichtshautdefekten nach der Be seitigung von Krebsgeschwüren, sowie auch bei übelriechenden Unterschenkelgeschwüren angewendet. In allen Fällen war die rasche Ausfüllung und Reinigung der Wunden auffallend. Er teilt die Ansicht des Vortragenden nicht, dass wegen des speziellen Wärmekoeffizienten des Paraffins unter der Paraffindecke ein höherer Temperaturgrad vorhanden wäre, als die Maximaltemperatur im Körperinneren, die an den Peripherien höchstens zwischen 40—42° C. variieren kann. Er findet die Ursache der günstigen Wirkung in dem luftdichten Verschluss, in der Herabsetzung der Perspiration und infolgedessen in der Kumulierung der Wärme, denen sich die durch diese Faktoren herbeigeführte passive Hyperämie anschliesst. Ein wesentlicher Vorteil des Verfahrens ist die wesentliche Verbandmittlersparnis, indem die mit der Paraffinschicht bedeckten Wunden — zumindest in der Spitalsabteilung — ohne Verband belassen werden können. Er verweist einerseits auf die Wichtigkeit der Behandlung von Brandwunden, andererseits auf jene unrichtigen Behandlungsmethoden, die auf einer kritiklosen Überlieferung beruhen. Allgemein üblich ist die Brandwundenbehandlung mit Borvaselin, unter diesem vereitert jedoch alsbald die verbrannte Hautfläche, was oft zu Fieber, Lymphangoitis und manchmal auch zu septischen Erscheinungen führt. Die Ursache dessen erblickt er in der Infektion mit anäroben Bakterien, die in Vaseline und Fetten vorkommen. Seit ungefähr 10 Jahren verwendet er in der Ambulanz die Trockenbehandlung (Wismuth-Pulver, gepulvertes Gips) oder die einfache Versorgung der Verletzung mit einem sterilen Verband. In der Literatur werden zur Behandlung von Brandwunden fortwährend neue Verfahren publiziert, eben des-

halb wäre es wünschenswert, diese Frage auch bei uns vor einem kompetenten Forum kritisch zu revidieren. Das Ambrin ist für den praktischen Arzt sehr nützlich und infolge der schmerzstillenden und heilenden Wirkung ist dessen möglichst weite Verbreitung wünschenswert.

**L. Scheitz:** In der Abteilung des Herrn Prof. *Hüttl* werden Brandwunden mit einem Gemisch von Paraffinum liquidum und solidum mit sehr gutem Erfolg behandelt. Bei schweren Brandwunden III. Grades entfaltet das Mittel bis zur Abstossung der nekrotischen Gewebeteile keine unmittelbare Heilwirkung. Auf der reinen granulierenden Wundfläche setzt jedoch die Überhäutung rapid ein. Das Einschmieren mit dem Pinsel ist langwierig und schmerhaft. Eben deshalb hat er einen Verstäubungsapparat konstruiert, dessen elektrisch geheizter Behälter das Paraffin in Lösung hält, dasselbe wird mit komprimierter Luft auf die Wundfläche gespritzt. Das Anlegen des Verbandes ist ebenso, wie dessen Entfernung, rasch und schmerzlos, weil er mit der Wunde nicht verklebt, und sich von dieser mit der Paraffinschicht ablöst. Auffallend ist, dass die Schmerzen unter dem frischen Verband vollkommen aufhören, so dass die Kranken selbst um den Verbandwechsel ersuchen. Er demonstriert das Modell des Verstäubungsapparates.

**E. Temesváry:** In der Abteilung des Professor *Borszéky* wird bei Brandwunden das Borvaselin schon längst nicht mehr angewendet.

**F. Müller:** *Mit der Sauerbruch-Gerson'schen Diät behandelte Fälle von Hauttuberkulose.*

1. 16jähriges Mädchen leidet seit 13 Jahren an Caries multiplex, Lymphoma tbc. und Ulcera tuberculotica. Es wurde vorher wiederholt in der Provinz, zuletzt in der *Nékám'schen* Klinik mit den üblichen Medikamenten behandelt, doch hat sich der Zustand kaum gebessert. Während der 3 Monate durchgeföhrten Gerson-Diät heilten die Geschwüre und die kariösen Fisteln haben sich mit Ausnahme einer einzigen geschlossen. Das Mädchen hat während der Kur 18 Kilogramm an Gewicht zugenommen.

2. 18jährige weibliche Patientin leidet seit 16 Jahren am ganzen Unterkörper an einem sich auf die Nates erstreckenden Lupus vulgaris hypertrophicus. Sie steht seit 3 Monaten in Diätbehandlung, seither haben sich Entzündung und Ödem vollkommen zurückgebildet, die Wundfeuchtigkeit hat aufgehört und ein grosser Teil der Lupusknoten ist vollkommen verschwunden. Die Gewichtszunahme beträgt 9 Kilogramm.

3. Bei dem 15jährigen Knaben traten von drei Jahren am Gesicht lupöse Veränderungen auf, die immer umfangreicher wurden, später traten auch auf der Mund- und Kehlkopfschleimhaut Tbc.-Geschwüre auf. Die seit  $2\frac{1}{2}$  Monaten durchgeföhrte Diätbehandlung hat sowohl auf der Haut, wie auch auf den Schleimhäuten wesentliche Besserung erzielt. Gewichtszunahme 5 Kilogramm.

Alle drei Kranken erhielten mit der Diät Mineralogen, Phosphor-Leberthran, sowie auch Quarzlichtbehandlung. Nachdem früher bei ihnen mit den verschiedensten Behandlungen kaum irgendwelche Erfolge zu erzielen waren, ist die erhebliche Besserung zweifellos auf die Gerson-Diät zurückzuföhren. In unserer Abteilung stehen weitere 5 Kranke in der gleichen Behandlung, jedoch erst seit so kurzer Zeit, dass noch kein Urteil abgegeben werden

kann. Die meisten zeigten auch in dieser kurzen Zeit bereits ausgesprochene Besserung.

Im Anschluss an diese Fälle referiert er über die bisher erschienenen ausländischen Gutachten, die übereinstimmend die guten Resultate der Diät bei Haut- und Knochentuberkulose anerkennen, jedoch Erfolge bei Lungentuberkulose in Abrede stellen. Er beschäftigt sich sodann mit dem Wirkungsmechanismus der Diät und hält — nach *Jesionek* — die Entziehung des NaCl für den wichtigsten Faktor, diese steigert wahrscheinlich die spezifischen Affinität der Gewebsflüssigkeit und deren bakteriolytische Wirkung gegenüber den Tbc.-Bazillus.

**G. Faludi** referiert über die in der Kinderabteilung des St. Stefan-Spitals bei schweren Formen von Knochengelenks-Drüsen- und Hauttuberkulose mit der Gerson-Diät und Behandlung (Phosphor-Leberthran, Mineralogen) erzielten Resultate, mit denen er zufrieden ist. Der grösste Teil der Kinder hat die Diät bald liebgewonnen und zeigte auch erheblich Gewichtszunahme. Die Behandlung hat auch den tuberkulotischen Prozess sichtlich und rasch günstig beeinflusst. Besonders hebt er den Fall eines 9jährigen Mädchens hervor, bei dem ausser Spondylitis, vereiterten Drüsen und Nasenlupus auch noch ein Lungenprozess vorhanden war. In der dritten Behandlungswoche ist nun die bisher hochfiebernde Kranke fieberfrei geworden, der Lupus ist spurlos geheilt und sie hat in vier Monaten 5.60 Kilogramm zugenommen.

**W. Manninger:** Der demonstrierte Fall lenkt umso mehr die Aufmerksamkeit auf die Gerson-Diät, da es mit dieser gelungen ist, in den Wintermonaten eine Besserung zu erzielen. Die Diät ist kostspielig und die Patienten werden ihrer bald überdrüssig. Er lenkt die Aufmerksamkeit darauf, diese Kost schmackhafter zu gestalten.

**P. Kallós:** Mit Berufung auf die Untersuchungen von *Schade* und anderen, tritt er der Anschauung entgegen, als ob das Tbc.-Gewebe eine alkalische Reaktion aufweisen und die Gerson-Diät derart wirken würde, dass sie den Stoffwechsel acid gestalten würde.

**D. O. Kuthy:** Es finden sich in der Literatur tatsächlich Angaben, in welchen das Hauptgewicht auf den Leberthran gelegt wird, die allgemeine Auffassung hält jedoch die Kochsalzentziehung für überaus wichtig. Diesbezüglich erwähnt er die Angabe von *Falta*, dass die Gerson-Diät bei den Lungenprozessen vielleicht deshalb weniger wirksam sei, weil das Lungengewebe auch normal Kochsalz kaum enthält, dieses daher durch die Kochsalzentziehung weniger beeinflusst werde als die an Chlor reichste Haut.

**A. Torday:** Die Sanatoriumbehandlung legte auf die Diät grosses Gewicht in der Hoffnung, dass derart die Widerstandskraft des Organismus gesteigert, andererseits der Zustand des Organismus eine Umstimmung erfahren könnte, indem die Konstitution, resp. das Milieu ein wichtiger Faktor für den Verlauf des Tbc.-Prozesses sein kann. Die Gerson-Diät will dieses Ziel durch Salzentziehung, reichliche Darreichung von Fettpfanzenkost, Obst- und vitaminreiche Speisen, sowie durch Beschränkung von Eiweis und Kohlehydraten erreichen, nebstbei werden auch Phosphor, Leberthran und Mineralogen gegeben. Auf das letztere wird weniger Gewicht gelegt. Die Kochsalzentziehung wäre berufen die Ca-Apposition zu fördern. Die Kranken ertragen jedoch besonders die Kochsalzentziehung sehr schlecht, eben deshalb ist deren Durch-

führung bei Lungenkranken, wo auf reichliche Ernährung besonderes Gewicht zu legen ist, sehr schwierig. Er hat kein Mineralogen gegeben und mit der speziellen Diät bei seinen an Lungentuberkulose leidenden Kranken kein Resultat erzielt.

**I. Karafiáth** beantwortet die Bemerkungen *Manningers*. In Budakeszi versucht man die Gerson-Diät der ungarischen Küche entsprechend zu verbessern. In seinen Fällen haben die Kranken die Diät im Allgemeinen ziemlich gut ertragen.

**E. Brezovszky:** *Interessanter Fall von Jodempfindlichkeit.* Die infolge von Jodeinführung in den Organismus auftretenden Exantheme können uniform und benigne, oder polymorph verlaufende sein. Es wurden schwere Fälle beschrieben, die letal endigten. Die Symptome werden vom freien Jod verursacht. Die Ursache der Jodexantheme ist nach unserer gegenwärtigen Ansicht die Überempfindlichkeit des Organismus. Die frühere Ansicht, wonach das Jodexanthem als Folge der Überernährung des Organismus auftreten würde, ist bereits aufgelassen worden. Die Überempfindlichkeit kann Jodsalzen, Jodsalben oder Jodtinkturen gegenüber auftreten. Er demonstriert einen solchen Fall von Jodüberempfindlichkeit. Bei dem 33jährigen Fabriksarbeiter trat auf Darreichung von anderthalb Gramm Jodkali über dem Sternnabel und in der Gegend des linken Hypogastriums eine Veränderung auf, die eine Herpeseruptionsgruppe nachahmte. Am Gesicht, Rumpf und Rücken zeigte sich ein varizellenförmiger Ausschlag. Die Applikation von Jodkalisalbe oder Jodtinktur auf die Haut rief ähnliche Veränderungen hervor. Bei diesem Kranken ist die Jodempfindlichkeit angeboren. Der Lehner-Rajka-Kaninchenohrenversuch gab gleichfalls positives Resultat. Bei dem Kranken wird die Jodimmunisierung versucht.

**J. Guszmann:** *Der Hautkrebs und die sogenannten präkarzinomatösen Veränderungen.* Die Hautkrebs sind nach mehreren Richtungen hin bemerkenswert. Sie besitzen Wichtigkeit vom sozialen Standpunkt weil sie zumeist am Gesicht auftreten, wo sie zu schweren Zerstörungen und Entstellungen führen und die soziale Existenz des Individuums vollkommen erschüttern können. Sie sind auch in klinischer Beziehung wichtig, weil sie ebenso gefährlich werden können, wie Karzinome von inneren Organen. Schliesslich verdienen sie besondere Beachtung, weil auf der Haut jene pathologischen Prozesse, Krankheiten, kurz gesagt, präkarzinomatösen Zustände am besten studiert werden können, auf deren Grundlage der Krebs sich entwickelt. Der Vortragende teilt die Hautkrebs nach *Darier* auf Grund ihrer histologischen Struktur ein. Zwischen den zwei Haupttypen: den spinozellulären und den *Krompecher*-schen basozellulären Krebsen besteht nicht nur vom klinischen, sondern auch vom therapeutischen Gesichtspunkt ein ziemlich grosser Unterschied. Nach Demonstrierung der einzelnen Hautkrebsformen in Projektionsbildern schildert der Vortragende der Reihe nach die einzelnen präkarzinomatösen Hautveränderungen resp. die bezüglichen selbständigen Haut- und Schleimhauterkrankungen, auf deren Grundlage der Krebs mehr-minder häufig sich entwickelt. Er betrachtet jene Veränderungen als präkarzinomatöse Leiden, auf deren Grundlage der Krebs viel häufiger in Erscheinung tritt, als dies der Zufall erlauben würde. Es gibt präkarzinomatöse Prozesse, in deren Verlauf sich nur selten Krebs entwickeln. In diese Gruppen gehören die verschiedenen Hautdegenerationen des

vorgeschrittenen Alters, die Röntgenatrophischen Hautdegeneratio-  
nen, die Hyperkeratosen bei Arsenintoxikation, ferner die verschie-  
denen chronischen, geschwürigen und narbigen Prozesse (lupöse  
und gumöse Narben), die Brändnarben und die Folgen von ver-  
schiedenen reizenden Substanzen (Teere, Russ usw.). Eine gefähr-  
liche präkarzinomatöse Krankheit, als deren Folge sehr häufig die  
krebsige Degeneration auftritt, ist die Leukoplakia mucosae oris,  
die Leukoplakie der Zunge, die Bowen-Krankheit und besonders das  
Xeroderma pigmentosum. Die Leukoplakie bildet das Bindeglied  
zwischen Karzinom und Syphilis. Mit Rücksicht darauf, dass die  
Leukoplakie in der Mehrzahl der Fälle infolge von Syphilis (und  
starkem Rauchen) zustande kommt, dienen wir offenkundig mit der  
energischen Frühbehandlung der Syphilis — wodurch die Ent-  
wicklung der Leukoplakie vermieden wird — bis zu einem gewissen  
Umfang auch der Krebsprophylaxe. In den Fällen von Zungenleuko-  
plakie ist leider die Krebskomplikation verhältnismässig häufig und  
wir kommen der Wirklichkeit sehr nahe, wenn wir die Häufigkeit  
dieser gefährlichen Komplikation auf 20—30% schätzen. Die  
schwerste präkarzinomatöse Krankheit ist zweifellos das Xero-  
derma pigmentosum, weil in diesem die Karzinomkomplikation  
zumeist im zweiten Dezennium, manchmal sogar schon im frühen  
Kindesalter auftritt. Bei diesem familiärem Leiden, in welchem  
häufig auch die Blutverwandtschaft der Eltern eine Rolle spielt,  
weist die Überempfindlichkeit gegen die chemischen Sonnenstrahlen  
einen angeboren endogenen Charakter auf. Der Vortragende  
erörtert die einzelnen präkarzinomatösen Krankheiten an der Hand  
von Projektionsbildern.

---

## Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Urologischen Gesellschaft und der Gesellschaft der Spitalsärzte.

Am 2. April 1930.

**Präsident K. Borszéky** betont, dass die Spezialisierung der Medizin so hochgradig geworden ist, dass es unmöglich erscheint, mit dem Fortschritt der einzelnen Wissenszweige Schritt zu halten, und über alle Entdeckungen informiert zu sein. Wir lesen in den Zeitschriften einzelne Veröffentlichungen, können aber nicht beurteilen, ob gewisse Entdeckungen für die Praxis bereits reif geworden sind, oder nicht. Deshalb sei es bedeutungsvoll, dass die Pfleger der einzelnen Wissenszweige, die über Erfahrung verfügen, uns über die Fortschritte der betreffenden Fächer orientieren.

**B. Rihmer:** *Die Pyonephrose.* Unter dieser Bezeichnung behandeln die meisten Autoren die infizierte Hydronephrose — die Uropyonephrose der Franzosen und die sekundäre Pyonephrose der Deutschen — und die primär entstandene Pyonephrose gemeinsam, obwohl diese beiden Krankheiten, sowohl bezüglich ihrer Entwicklung, besonders aber in ihrer schädlichen Wirkung auf den Organismus von einander weit differieren. Wenn der Vortragende diese dennoch gemeinsam behandelt, geschieht das, weil der Ausgangspunkt der beiden eine Pyelektasie sein kann, und weil auch Übergangsformen bestehen. In 14 Fällen der infizierten Hydronephrose war der Ureter in zwei Fällen hydronephrotisch (1 Mann,

1 Frau — während der Schwangerschaft entstanden) in den übrigen Fällen bestand das Hindernis am Nierenbeckenausgang, dort entwickelte sich ein Sack mit manchmal mehreren Liter Inhalt. In einem Fall beobachtete er eine partielle Hydronephrose, die sich auf das untere Kelchsystem beschränkte. Die Infektion erfolgt von der Blutzirkulation aus, klinisch ist in solchen Fällen ein Tumor fühlbar, im Urin erscheint Eiter und es tritt Fieber auf. Diese Symptome sind mit denen der Pyonephrose identisch, doch ist der Befund ein anderer. Der Ureter ist grazil und in den Geweben des Perinephriums findet sich selten eine Veränderung. Selbst sehr grosse Säcke können durch Punktionsverkleinert und aus der Umgebung leicht herausgelöst werden. Bei der wahren Pyonephrose ist der Ureter zumeist verdickt, das Nierenbecken nur mässig erweitert, die Niere oft kaum vergrössert. Im Schnittpräparat der Niere fanden wir Bindegewebswucherung und infolge der Schrumpfung verengte Kelchkanäle, diese können sich sogar verschliessen. Auch die ganze Niere kann verschlossen sein (geschlossenes Pyonephrium 2 von 32 Fällen). Die Pyonephrose kann sich auf ein Kelchsystem beschränken (in 2 von 32 Fällen). In 43% der 32 Fälle war die Ursache des Verschlusses ein Stein, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sekundäre Steine. Der Sklerotisierungsprozess greift über die Niere hinaus, auf die Nierenhüllen und verklebt diese mit der Umgebung. Die Pyonephrose stammt aus der chronischen Pyelonephritis. Er erörtert die aszendierende und deszendierende Niereninfektion, die Verbreitung der Infektion in der Niere von der Pyelonephritis zur Pyonephrose, und zwar derart, dass die citrige Entzündung und der Sklerotisierungsprozess in tiefere Schichten des Nierenbeckens und Harnleiters dringen, was zur Verengung der Harnleitungswege und zur Steigerung der Eiterretention führt, worauf die Niere zu Grunde geht. Das Zentrum dieser Systemerkrankung bildet das Nierenbecken. Von den 32 Fällen waren 10 Männer, 22 Frauen, das durchschnittliche Lebensalter 37 Jahre, abweichend von dem Mittelwert bei infizierter Hydronephrose mit 33 Jahren. Diesen 32 einseitigen Fällen gegenüber beobachtete er in 10 Jahren 2 doppelseitige Fälle. Er erörtert die Symptomatologie und im Anschluss an zwei länger beobachtete Fälle den Übergang von der chron. Pyelonephritis zur Pyonephrose. Besonders zu beachten seien die toxische Albuminurie der restlichen Niere und die funktionelle Nierennuntersuchung. Hinsichtlich der Therapie erörtert er eingehend die Prophylaxe, die Behandlung der Pyelitiden und den Übergang von nicht heilenden Pyelitiden in Pyonephrose, in diesen Fällen wird es mit dem Fortschritt der Diagnostik in der Zukunft möglich sein, die Niere durch Nephrotomie zu retten. Ist die Pyonephrose bereits ausgebildet, so kann sie nur mit Nephrektomie behandelt werden. Vorherige Nephrotomie ist motiviert bei fieberhaften Kranken, schlechter Herzaktivität, toxischer Erkrankung und Verhärtung der anderen Niere, sowie bei sehr entkräfteten Kranken. Bei perinephritischen Verwachsungen ist die subkapsulare Nephrektomie durchzuführen. Er führte im Falle einer partiellen Pyonephrose (mit Steinen) die Nierenresektion, in 31 Fällen Nephrektomie durch, in drei dieser Fälle nach vorausgegangener Nephrotomie, ferner in 14 Fällen von Hydronephrose Nephrektomien ohne Mortalität. Bei 31 Nephrektomien und einer Resektion wegen Pyonephrose war die Mortalität vier.

**G. Ilyés** stimmt mit dem Gedankengang der interessanten und lehrreichen Ausführungen von Prof. *Rihmer* vollkommen überein. Dieser hat auch darin recht, dass in der Nomenklatur auf diesem Gebiet Verwirrung herrscht. Als Pyonephrose bezeichnen wir einen Retentionsprozess, wo die Infektion primär auftritt und die Retention sich dieser anschliesst. Das lässt sich an den bei den Operationen erhaltenen Präparaten pathologisch-anatomisch aus ziemlich sicheren Anzeichen erkennen. Die primäre Pyonephrose ist ein aus der Pyelitis, resp. Pyelonephritis sich langsam entwickelnder Prozess, bei welchem im Ureter eine konzentrische Hypertrophie zu Stande kommt, worauf sich infolge der Verengung, resp. Retention ein eitriger Nierenverschluss entwickelt. Gleichzeitig wird aber auch das die Niere umgebende Fettgewebe in den Prozess einbezogen und es entwickelt sich eine Perinephritis. Der Fettpolster der Niere verwandelt sich in eine sklerotische, massive, sohlenartige Rinde, in welcher sich oft auch Eitergänge finden. Das sklerotisch und bindegewebig umgewandelte Fett verhindert sodann eine stärkere Erweiterung des Nierenlumens und ein Wachstum des Nierensackes, weshalb die pyonephrotische Sackniere nicht gross wird. Die aseptische Retention heisst Hydronephrose. Diese hat vielerlei Ursachen wie z. B. Ureterverengung, Einkeilung von Steinen, Ureterkompression von Aussen, schliesslich abnorme Insertion. Besonders die Prozesse mit nicht kompletten Verschluss können zur Ausbildung von mächtigen Säcken führen. So hatten wir einmal Gelegenheit eine neun Liter Flüssigkeit enthaltende Sackniere zu entfernen. Dieser Sack kann sekundär infiziert werden, auch in solchen Fällen findet man Eiterretention und Eiterung, dabei aber einen sehr umfangreichen Sack, weil der Fettpolster der Niere nur spät in sekundärer Weise in den Prozess einbezogen wird. Der bei Pyonephrose palpierbare Tumor ist gewöhnlich nicht übermäßig gross. Auffallend ist, dass das bei Nierentumoren im Allgemeinen gut nachweisbare Ballottement, das besonders mit der rückwärts aufgelegten Hand gut fühlbar ist, in solchen Fällen fehlt und der Tumor auch den Atembewegungen nicht folgt. Die Ursache hievon ist, dass ein grosser Teil des Tumors nicht durch die Niere gebildet wird, weil die Niere selbst oft sogar abnorm klein ist, sondern durch das handbreitdicke verhärtete Fett. Nachdem dasselbe mit der Nachbarschaft verwachsen ist, fehlen sowohl das Ballottement, wie auch die mit der Atembewegung übereinstimmenden Bewegungen. Die Tumorgrenze ist, infolge der ödematösen Durchtränkung der Fettkapsel zumeist unscharf, diese erstreckt sich oft auch auf die Nachbarschaft. Über die Diagnose orientiert die Anamnese. Der Kranke gibt an, dass das er Pyurie und Fieber hat. Über die Ursache und Lokalisation der Pyurie kann man sich sodann leicht überzeugen. Mit der zystoskopischen Untersuchung kann festgestellt werden, dass bei einer Hydronephrose der betreffende Seite der Eiter dünnflüssiger ist. Es ist eigentlich gar nicht notwendig, auf der kranken Seite einen Ureterkatheter einzuführen, dagegen soll der Urin der gesunden Hälfte separiert werden. Infolge der bakteriellen Toxine und der lange dauernden Eiterung entwickeln sich in der andern Niere sehr oft degenerative Läsionen, toxische Nephrosen, resp. Nephritis und die Frage ist nun, welchen Grad diese erreicht haben. Wir finden nahezu in allen Fällen von Pyonephrose auf der gesunden Seite Abuminurie mit Zylindrurie. Besitzt die Niere genügende Konzentrations- und Far-

benausscheidungsfähigkeit, so ist es nicht nur zulässig die eiternde Niere zu entfernen, sondern das muss je eher geschehen.

Was die Therapie betrifft, so kann nachdem bei der genuinen Pyonephrose ein abgeschlossener Prozess vorliegt, mit einem derart zerstörten Organ nichts anderes gemacht werden, als dasselbe zu entfernen. In der urologischen Klinik wurden 110 wahre primäre Pyonephrosen operiert, in welcher Zahl die tuberkulotischen und Steinpyonephrosen nicht inbegriffen sind. Die Nephrotomie wird nur im Bedarfsfall durchgeführt, zumeist in Fällen von Steinpyonephrosen, so kann z. B. bei Kranken mit doppelseitigen infizierten Nierensteinen, wo auf der einen Seite Pyonephrose besteht, aber auch auf der anderen Seite in der Niere eine Läsion vorhanden ist, die Berechtigung vorliegen, mit der Nephrotomie zugleich auch den Stein zu entfernen, oder aber in Fällen, wo die Funktion der anderen Niere so schlecht ist, dass man die Nephrotomie in der Hoffnung durchführt, dass mit der Drainage des Sackes Zeit zur Erholung des Kranken gewonnen werde. Er stimmt mit der Auffassung von *Rihmer* überein, dass in solchen Fällen eine breite Freilegung zu vermeiden sei, weil diese einen zu grossen Eingriff bildet. Wird aber in einen Nierenkelch nur ein einfaches Drain eingelegt, so besitzt der Eingriff nur ephemere Bedeutung. Infolge der Regenerationsfähigkeit des Organismus wird die Wunde durch Granulationen verengt, das Drain schliesst sich und bereits nach kurzer Zeit steht man vor der Eventualität, entweder die Nephrektomie durchzuführen, oder den Kranken seinem Schicksal zu überlassen. Auch Redner operiert subkapsular. Das hat den Vorteil, dass er zwischen der Capsula fibrosa und der Niere jene Schichte aufsucht, in welcher die Verwachsungen ebenso, wie in der Fettkapsel sehr zähe sind. Er durchschneidet daher die Fettkapsel, wobei es ziemlich bedeutungslos ist, wenn auch das Parenchym ein wenig verletzt wird, und versucht unter die Capsula propria zu gelangen. Die Schwierigkeit der intrakapsularen Methode ist die Stielversorgung besonders dann, wenn die Vermehrung des Fettgewebes in der Hilusgegend sehr ausgesprochen ist, was wir bei Pyonephrosen infolge von Steinen ziemlich oft beobachten. Die Stielversorgung kann manchmal so schwierig werden, dass er — obwohl sehr ungern — die Gefäße mit Klammern komprimiert, und diese drei Tage lang liegen lässt, während welcher Zeit die Blutstillung gelingt.

Hinsichtlich der sekundären infizierten Hydronephrose, kann er die Ansicht von *Rihmer* nicht vollkommen teilen und hält es für unrichtig, den eiternden und zerstörten Nieren sack zu konservieren. Er stellt mit der Pyelographie den Umfang des Sackes fest, noch zweckmässiger sei die intravenöse Pyelographie, die in jüngster Zeit in der Klinik verwendet wird, weil diese die natürlichen Verhältnisse darstellt, wogegen mit der gewöhnlichen Pyelographie das Nierenbecken künstlich angefüllt wird, wodurch Täuschungen über dessen Umfang ermöglicht werden. Sind umfangreiche Erweiterungen nachgewiesen, so ist es seiner Ansicht nach für den Patienten besser, wenn der Sack radikal entfernt wird. In jenen Fällen jedoch, wo die Nierensubstanz noch erhalten ist, öffnet er das Pyelum, beseitigt die Abflussperre, durchbohrt durch Einführung eines harten Gegenstandes das Nierenparenchym an jener Stelle, wo dasselbe am dünnsten ist und führt durch diese Öffnung einen Nelatonkatheter in die Niere ein. Zweck der transrenalen

Drainage ist, dem Pyeluminhalt guten Abfluss zu sichern und damit die eventuelle Pyelumnaht zu entlasten. Die entleerte Niere erhält ferner Gelegenheit sich zu kontrahieren, wodurch das Nierenlumen verkleinert wird. Es gelang derart in zahlreichen Fällen, wo der Sack noch nicht allzu gross war, die Niere zu erhalten selbst bei vorhandener Infektion derselben.

**L. Bakay:** Primäre und sekundäre Pyonephrosen können von einander nicht immer geschieden werden. Es gibt Übergänge, wo die Stauung resp. ein Entleerungshindernis des Nierenbeckens nicht vollkommen ausgeschlossen werden könnte. Mit Hilfe der vorhandenen vollkommenen Untersuchungsmethoden können wir oft die Verhinderung der Urinentleerung durch Konstatierung der im Verlauf des Ureters vorhandenen Hindernisse feststellen, ohne dass diese Verhinderung irgendwelche nachweisbaren klinischen Symptome hätte, so dass wir als Hauptmoment für das Zustandekommen der Pyonephrose die Verhinderung der Nierenbeckenentleerung zu betrachten haben. Hinsichtlich der Erleichterung der Diagnosestellung wird uns, wenn unsere Aufmerksamkeit sich dauernd auf den uropoetischen Apparat richtet, die zystoskopische Untersuchung sicherlich leicht orientieren. Es gibt jedoch Fälle, wo der Untersucher, wenn die Pyonephrose ohne besondere Symptome auftritt, gar nicht an eine Nierenveränderung denkt, die Kapsel der pyonephrotischen Niere dicker wird, vernarbt und lipomatöse Entartung zeigt so, dass sogar der eitrige Inhalt diese Kapsel durchbricht. Die Durchbruchstelle ist oft die peritoneale Partie gegen den Bauchraum. Er hat einen Fall beobachtet, wo der Kranke sich mit den Symptomen der Appendizitis und Peritonitis gemeldet hat, wo sich bei der Operation herausstellte, dass die Peritonitis durch einen Durchbruch der rechten pyonephrotischen Niere in den Bauchraum verursacht wurde. In einem anderen Fall erfolgte der Durchbruch in der Gegend des oberen Nierenpols, unmittelbar in dem von der Gallenblase eingenommenen Raum, in welchem Fall die Operation mit der Diagnose Cholecystitis suppurativa vorgenommen wurde. Ungenügend erforscht ist die Pyonephrose vom bakteriologischen Gesichtspunkt. In einem Fall fand er die eitrige Niere durch Einwirkung von putriden Bakterien im totalen Zerfall und mit Gasblasen gefüllt. Vor Jahren, als er sich an einem umfangreichen Kindermaterial mit der Therapie von Cholezystitiden und Pyelitiden beschäftigte, sind ihm die guten Resultate aufgefallen, die durch eine reichliche Durchspülung des Dickdarmes mit physiologischer Salzlösung erzielt werden können. Das stimmt mit den Beobachtungen des Vortragenden überein. Er nimmt gleichfalls für die Methode der subkapsularen Ausschällung Stellung.

**S. Tóth:** Wenn er zu diesem hochinteressanten Vortrag das Wort ergreift, geschieht das unter zwei Titeln: der erste ist, dass er an der Seite von *Tauffer* die Zeit mitmachte, als sich die Chirurgen mit Nierenchirurgie kaum beschäftigt haben und vorerst kranke Nieren — auch die von Männern — vom Gynäkologen *Tauffer* entfernt wurden, ebenso wie dieser auch auf anderen Gebieten der Bauchchirurgie ein Bahnbrecher war. Angesichts der rapiden Entwicklung der ungarischen Urologie innerhalb von vier Jahrzehnten, honoriert er bereitwilligst den mächtigen Fortschritt dieses Spezialfaches.

Er will nun darlegen, welche Bedeutung diese Frage für die Gynäkologen besitzt. Als vor 25 Jahren im Auftrage von *Tauffer*

dessen Assistent *Otto Mansfeld* an dieser Stelle einen Vortrag über die Pyelitis gravidarum hielt, fanden sich Gynäkologen, die das Leiden als Seltenheit betrachteten, dem gegenüber behandelt die sogenannte Schwangerenambulanz der Klinik zur Zeit eine ganze Reihe von Schwangeren, die an Krankheiten der Niere und des Harnapparates leiden und nimmt solche zum Teil auch in die Klinik auf. Die Ursache der häufigen Pyelitis der Schwangeren ist nicht nur die Ptose und die durch den Druck des vorliegenden Teils auftretende Verengung des über die Linea innominata sich schlängelnden Ureterlumens, sondern auch die Hyperämie sämtlicher Beckenorgane während der Schwangerschaft lässt die Schleimhaut der Ureteren anschwellen. Die Folge ist eine Verlegung des Lumens. Die Ableitung, die Drainage des bereits vorher bakteriurischen Pyelons leidet und im Pyelon sammelt sich Eiterharn an. Die Frau fiebert mit erheblichen Schmerzen in der Nierengegend und mit allen Anzeichen einer akuten Pyelitis. In zahlreichen Fällen ist Diät und die medikamentöse Behandlung erfolgreich. Sind diese unzureichend, wenden wir uns an den Urologen, der die Sache besser versteht, und dieser leitet durch den eingeführten Ureterkatheter den Eiter aus dem Pyelon ab. Die Schwangere wird fieberfrei und trägt ihre Schwangerschaft ungestört aus.

Die Funktion und die Erkrankungen der Genitalorgane sind in enger Nachbarschaft und Beziehung zu den Harnorganen und bei schweren Komplikationen wird das Zusammenwirken des Gynäkologen mit den Urologen am erfolgreichsten die Leiden bekämpfen können. Die Hauptsache ist, dass die Kranken rechtzeitig in fachmännische Behandlung gelangen, damit die infolge der Nephropathie anurische Niere dekapsuliert, die infolge der Pyelitis entstandene pyelonephritische Niere operiert werde. In seiner Klinik gibt es hiefür alltäglich Beispiele und ein derartiges Zusammenwirken der beiden Fächer hat das Leben so mancher kranken Schwangeren gerettet.

**G. Päßl:** Die nahen Beziehungen der Urologie und der Gynäkologie bei Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und besonders bei gynäkologischen Operationen sind uns wohl bekannt. Im geburtshilflichen und gynäkologischen Material der I. Frauenklinik wurden in den letzten zwanzig Jahren in ungefähr 40,000 Fällen von Nachgeburtperiode, Schwangerschaft und Geburt 198 Pyelitiden behandelt. Als Komplikation bei unseren gynäkologischen Operationen sind in 38 Fällen konsekutive Pyelitiden aufgetreten. Bei unserem ambulanten Krankenmaterial werden alljährlich ungefähr 45—50 Fälle von Zystopyelitis behandelt. Mit eitriger Nierenentzündung haben sich in diesen zwanzig Jahren acht Frauen in die Gebärabteilung aufnehmen lassen, von diesen sind fünf unmittelbar nach der Geburt gestorben (Sektionsbefund: Pyelonephritis, Pyonephrose). Zwei Fälle wurden im Wochenbett nephrektomisiert, ein Fall besserte sich während unserer Beobachtung. Bei Todesfällen infolge puerperaler Sepsis wurden bei den pyämischen Sepsisformen auf Grund der Daten der letzten zehn Jahre in 8—9% der Fälle bei der Sektion auch in der Niere schwere Veränderungen gefunden. Zur Zeit werden die Entzündungen der unteren Harnwege mit Rücksicht auf mögliche Nierenschädigungen mit Aufmerksamkeit verfolgt. Dies bezieht sich besonders auf Nierenbeckenentzündungen, denn wenn diese nicht fachgemäß behandelt wer-

den, so gelangen Fälle mit Pyelonephritis und Pyonephrose zur Geburt, wo dann kaum mehr geholfen werden kann. Wir hatten wiederholt Gelegenheit in der Ätiologie der Pyelitis die Rolle von weit entfernten verborgenen Eiterherden (Tonsillen, Appendix, Cholezyste) zu beobachten. Die Nierenbeckenentzündungen bei Schwangeren werden nicht mit Unterbrechung der Schwangerschaft behandelt. Wichtig ist die Feststellung, dass auf konservative Behandlung sich nicht bessernde Fälle von Nierenbeckenentzündung dem Facharzt zu übergeben sind. Bei jenen Fällen von Nierenbeckenentzündung, die auf Ureterdauerkatheter und Waschungen nicht heilen, können nicht nur Retention oder Pyelitis allein vorhanden sein, sondern es liegt zumeist auch eine auf die Nierensubstanz übergreifende Erkrankung vor, deren Behandlung Aufgabe des Urologen ist. Hier schliesst sich auch die Frage der Nephrektomie bei Schwangerschaft an. Wiederholt beobachtete man nach Nephrektomien Spontangeburten, solche Kranke stehen natürlich während ihrer ganzen Schwangerschaftsdauer unter ständiger Kontrolle. Bei Pyelitis musste die Schwangerschaft in fünf Fällen unterbrochen werden. Eine Schwangerschaftsunterbrechung erfolgte ferner bei einer vor Jahren wegen Pyonephrose Nephrektomisierten, bei der bei einer neueren Schwangerschaft Pyelitis auftrat. Von den mit pyelonephritischen und pyonephrotischen Veränderungen sich meldenden Gebärenden, sind fünf gestorben. Bei zwei Kranken wurden im Wochenbett Nephrektomien durchgeführt, bei einer trat nach Nierendekapsulation Spontangeburt ein. Im Anschluss an gynäkologische Operationen aufgetretene postoperative Pyelitiden wurden in 38, Pyelonephritiden in 5 Fällen beobachtet. Bei grösseren Vaginaloperationen (vaginale Totalexstirpation, Vaginaefixation, Interposition) bei welchen die Blase mobilisiert wird, treten an Blase und Ureteren, die ihrer ernährenden Gefäße und Nerven in mehr-minder grossem Umfang beraubt wurden, Funktionsstörungen auf. Besonders tritt dies bei umfangreichen abdominalen Operationen (Totalexstirpation, Wertheim-Operation, beim Herausschälen von Myomen und intraligamentösen Geschwülsten) auf, wo günstige Bedingungen für das Auftreten von aszendierenden Entzündungen gegeben sind. Der Ausspruch Mackenrodt's ist noch heute in Geltung: die Pyelitis ist das Gespenst der Wertheim'schen Operation. Oft sieht man eitlige Nierenentzündungen als Endkomplikationen von Karzinomen auftreten, welche die Parametrien infiltrieren und die Ureteren komprimieren. Zusammenfassend sieht er die Prophylaxe schwerer Nierenveränderungen in einer fachgemässen frühzeitigen Behandlung der unteren Harnwege und besonders der Pyelitis. Hierbei spielen zwei wichtige Momente mit: 1. zu erkennen, dass im Pylon eine Retention vorhanden ist, die auf konservative Verfahren nicht mehr heilt; 2. bei Nierenbeckenentzündungen, welche bei Anwendung von Ureter-Dauerkatheter und Waschungen nicht mehr zu bessern sind, ist auch schon die Nierensubstanz angegriffen, deren fachgemäss Be-handlung dem Spezialisten obliegt.

## NACHRICHTEN.

**Landessenat für Naturwissenschaften.** Der Reichsverweser hat auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers den kön. ung. Staatssekretär a. D. Universitätsprofessor Dr. Ludwig v. Hosvay

zum Präsidenten und den Universitätsprofessor Dr. Baron *Alexander Korányi* zum Vizepräsidenten des durch G.-A. VI: 1930 konstituierten Landessenats für Naturwissenschaften für die Dauer bis 31. Dezember 1935 ernannt. Zugleich hat der Unterrichtsminister den ö. o. Professor der kön. ung. Pázmány Péter-Universität Dr. *Karl Tangl*, Mitglied der Ungarischen Akademie der Wissenschaften, zum geschäftsführenden Direktor des Senats bestellt. Mitglieder des Verwaltungsausschusses des Landessenats für Naturwissenschaften für die Dauer von fünf Jahren wurden: der ö. o. Univ.-Prof. Dr. *Ludwig Bakay*, der Generalsekretär der Ungarischen Akademie der Wissenschaften, Minister a. D., Dr. *Eugen Balogh*, der Direktor des Geologischen Instituts Dr. *Hugo Böckh*, der ö. o. Univ.-Prof. Dr. *Alexander Gorka*, der ö. o. Univ.-Prof. Dr. *Franz Orsós*, der Landwirtschaftsakademiedirektor Oberhausmitglied Dr. *Koloman Ruffy-Vargha*, der Professor an der Technischen Hochschule *Emil Schimannek*, der Staatssekretär. Univ.-Prof. Dr. *Kornel Scholtz*, der Professor an der Technischen Hochschule Dr. *Emerich Szarvassy*, der ö. o. Univ.-Prof. Dr. *Albert Szentgyörgyi*, der Professor an der Technischen Hochschule Staatssekretär Dr. *Koloman Szily*, der Ministerpräsident a. D., Univ.-Prof. *Graf Paul Teleki*, sämtlich Mitglieder des Landessenats.

**Die Hygienische Landesanstalt** wurde durch zwei neue Institutionen erweitert, indem in Verbindung mit der Anstalt ein staatliches *Pflegerinnen-Bildungsinstitut* und ein *Ärzteheim* errichtet wurde. Zweck des Pflegerinnenbildungsinstituts ist die Heranbildung von Pflegerinnen und Fürsorgerinnen, das Ärzteheim aber sichert jenen Provinzärzten, die an den Physikatskursen oder ärztlichen Fortbildungskursen teilnehmen wollen, Unterkunft und Verpflegung. Die Hälfte der Kosten für die Errichtung des Pflegerinnen-Bildungsinstitut hat die Rockefeller-Stiftung übernommen. Die beiden neuen Anstalten wurden vom Reichsverweser in Anwesenheit der Mitglieder der hygienischen Sektion des Völkerbundes, sowie zahlreicher Delegierten aus dem Ausland am 27. Oktober eröffnet.

**Ärztliche Fortbildungskurse.** Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet im Januar des nächsten Jahres zwei Kurse, den einen über rheumatische Erkrankungen vom 12. bis 17. Januar (Vortragende: Universitätsprofessor Dr. *Zoltán v. Dalmady* und Spitalschefarzt Dr. *Ludwig v. Pap*), den anderen über die diätetische Therapie vom 19. bis 24. Januar (Vortragende: Privatdozent Dr. *Aladár Soós*). Die Teilnehmer an diesen Kursen erhalten im Internat des Landes-Hygieneinstituts, bei vorheriger Anmeldung, in beschränkter Zahl Unterkunft und Verpflegung zum Vorzugspreise. In besonders berücksichtigungswerten Fällen wird der Pensionspreis ganz erlassen.

---

**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.