

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

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 Annoncen-
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.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für **medizin.-chirurg. Nerven- und Herzranke.** ☞
Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ☞
Gebärdabteilung. ☞ **Stiftungsabteilung für Krebs-**
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. **In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich.** In Verkehr gesetzt von

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.

Fernsprecher: Aut. 227—67, Aut. 279—83.

Pöstyén

für die

"RHEUMAKRANKE WELT!"

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquellen erbaut: Thermia Palace Hotel, verbunden mit den Bädern. Literatur: Pistryan-Bureau, Budapest, VII., Károlyi-körút 3/a.



Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung :

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

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 Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt : Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat : Dr. **CYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt : Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — XVI. Tagung der ungarischen chirurgischen Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 20. Dezember 1930.

J. Csapó: *Pernasal behandelte Fälle von Diabetes insipidus.* Das einjährige Kind ist seit Monaten krank und entleert täglich 10—12 Liter Urin. Spez. Gewicht 1001, Eiweiss, Eiter, Zucker negativ. Pirquet, Wassermann negativ. Das Kind schnupfte zu Beginn dreimal, dann viermal, später fünfmal täglich von dem *Richter'schen* Hypophysis pars posterior pulver, und zwar bei jeder Gelegenheit 3—4 Zentigramm. Die Urinmenge ging auf 1—3 Liter zurück, spez. Gewicht 1016—1018. Rektal verabreichte Hypophysen-Suppositorien entfalteten keine so intensive Wirkung. Der andere Kranke ist ein 6jähriges Kind, es entleert seit zwei Wochen täglich 7—8 Liter Urin. Spez. Gewicht 1002, kein Eiweiss, Eiter oder Zucker, Pirquet, Wassermann negativ. Auch dieses Kind schnupfte drei-, vier-, sodann fünfmal von dem erwähnten Präparat. Die Urinmenge ging auf zwei Liter zurück. Das peroral verabreichte Pulver war unwirksam.

M. Érczy: *Operative Korrektion der mit inkompletter (operierter) Hasenscharte kombinierten Nasendeformationen.* Die Hasenschartenoperation wird gewöhnlich im Säuglingsalter durchgeführt, wo die Korrektion der Nasenveränderung noch unmöglich ist, eben deshalb streben die Chirurgen hauptsächlich nur den Kolobomverschluss an und lassen die mit der Hasenscharte verknüpfte Nasendeformität unbeachtet. Aus diesem Grund ist der kosmetische Erfolg solcher

Frühoperationen nicht ganz zufriedenstellend. Im Anschluss an Hasenscharte finden sich häufig die Abflachung, das Hängen, oder die Erweiterung der Nasenflügel, die nach *Escher* und *Joseph* korrigiert werden können. Findet sich im Anschluss an Hasenscharte eine Biegung des Septumknorpels nach der entgegengesetzten Seite, so ist der Naseneingang auf der Seite der Hasenscharte stark erweitert. Er korrigiert das mit Durchschneidung des Septumknorpels an seinen drei Haftstellen, Mobilisierung und Fixierung des Knorpels auf die andere Seite, womit die Benützung des Nasenformungsapparates überflüssig wird. Bleibt bei bereits operierten Hasenscharten eine Einziehung zurück, korrigiert er sie mit der *Mirault'schen* modifizierten Operation. Die Haut wird vom Muskel sowohl medial, wie auch lateral abpräpariert. Aus dem Muskel fertigt er mit zwei Schrägschnitten kleine Lappen an und schliesst die Wunde schichtenweise durch vierreihige Nähte. Die kleinen Lappen heben die Narbenlinie so, dass die Lippe überall gleichen Umfang erhält. Er legt keinen Verband an.

A. Telbisz: *Verschiedene Kampfgastypen vom ärztlichen Gesichtspunkt.* Die Kampfgase werden nach ihrer physiologischen Wirkung in vier Gruppen geteilt. 1. Reiz-, 2. Stick-, 3. ätzende- oder blasenziehende-, und 4. giftige Kampfgase. Die reizenden Kampfgase werden nach ihrer physiologischen Wirkung und chemischen Zusammensetzung in arsenfreie (Bromazeton, Chlorazetophenon, Xylolbromid usw.), arsenhaltige, oder Klark-typartige (Diphenilchlorarsin usw.) Verbindungen eingeteilt. Die Reizgase dringen durch die am Kopf befindlichen anatomischen Öffnungen ein und verursachen auf den Schleimhäuten verhältnismässig rasch vorübergehende, oberflächliche Entzündungen resp. Reizungen, die in der Form von Tränen, Niessen und Speichelfluss in Erscheinung treten. Bei Verbindungen vom Klark-Typ treten ausserdem kratzendes Gefühl im Rachen, motorische und sensorische Störungen des Nervensystems auf. Bei den arsenfreien Kampfgasen treten im Moment der Einwirkung die sehr unangenehmen Lokalsymptome in Erscheinung, bei Verbindungen vom Klark-Typ dagegen melden sich die Lokalsymptome, sowie die Fernwirkungen erst nach Ablauf einer Inkubationszeit. Die Stickgase (Phosgen usw.) greifen die oberen und tieferen Atemwege, besonders aber die Lunge an. Die Folgen sind: sehr umfangreiches Lungenödem und Bronchopneumonie. Das Blut wird stark eingedickt, was zur Ausbildung sehr schwerer sekundärer Veränderungen seitens anderer Organe (Herz, Leber, Milz, Nieren usw.) und Funktionsstörungen Anlass gibt.

Die ätzenden oder blasenziehenden Kampfgase (Senfgas) entfalten ihre Wirkung in Dampf- oder Tropfenform. In

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sitzung am 12. November 1930.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

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

(Fortsetzung.)

II. Sitzung. (Nachmittags.)

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

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

gelingen, einen Nährboden für Gonorrhoebazillenkulturen herzustellen. Das Serum, das aus den derart gezüchteten Bazillen gewonnen wurde, ruft keine Anaphylaxie hervor und erzielte im Tierversuch einen hohen Agglutinationstiter gegen Gonorrhoebazillen im Serum der geimpften Tiere. Das verwendete Serum macht den Organismus für die Vermehrung der Bazillen ungeeignet, setzt die Virulenz der Bakterien herab und steigert die Abwehrkräfte des Organismus. Der Vortragende hat seine Versuche noch nicht abgeschlossen und erstattet daher nur ein vorläufiges Referat über die erzielten Ergebnisse. Je nach der Schwere des Falles, verabreicht er den Kranken in einwöchentlichen Intervallen 10—40 ccm Serum, worauf nach 4—5 Stunden geringe Schmerzhaftigkeit auftritt. Temperaturanstieg selten, höchstens bis 38° C. Die Heilerfolge sind bei akuter Gonorrhoe noch ungünstig, was beweist, dass die Wirksamkeit des Serums noch zu steigern ist. In chronischen und subakuten Fällen waren gute Erfolge zu beobachten. Mit dem Serum werden in mehreren Kliniken Versuche durchgeführt, diese werden über die Ergebnisse referieren.

Franz Prochnow: *Statistische Gesichtspunkte zur Erklärung der Zunahme der postoperativen tödlichen Lungenembolien.* Zur Feststellung des Umstandes, ob die postoperativen Lungenembolien seit dem Weltkrieg tatsächlich eine Zunahme erfahren haben oder nicht, vergleicht er die Anzeichnungen über das Material der Budapester II. chirurgischen Klinik von 1904—1913 und von 1920—1929. Berücksichtigt wurden nur die durch Sektion bestätigten tödlichen Fälle von Lungenembolien in diesen Dezenien. Es wurden nur die postoperativen Fälle bei Personen berücksichtigt, die das 50. Lebensjahr überschritten hatten. Auf Grund der auf diese Weise zusammengestellten Statistiken stellte sich heraus, dass bei zahlreichen emboliegefährlichen Operationen (Bruch-, Gallenblasen-, Venenoperationen) eine Zunahme der operierten Fälle, jedoch eine prozentuelle Abnahme der tödlichen Embolien festgestellt werden konnte.

Iwan Reöck: *Eiter-, Exsudat- und Bluttherapie zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose.*

Tibor Verebely: Von den demonstrierten Fällen waren fünf nicht tuberkulotisch, die tuberkulotischen aber waren nicht definitiv geheilt. Nachdem die Fälle mit Fisteln die schönsten Resultate zeigen, sei es naheliegend anzunehmen, dass hier eine Heteroproteinwirkung vorliegt. Er empfiehlt das Ergebnis der Kontrollversuche anzuwarten.

Géza Turán: Das Verfahren sei keineswegs neu, und wurde in der chirurgischen Ambulanz des Prof. Verebely, wie auch von Makai schon vor Jahren angewendet. Die demonstrierten Resultate, wie auch die Behandlungsmethode seien unwissenschaftlich und zwecklos.

Referent **Wilhelm Manninger:** *Wundbehandlung und Drainage.* Zu dieser zur Diskussion gestellten Frage stellt er einleitend folgende Thesen auf: Der grösste Feind der Wundheilung ist die Infektion, die meisten Verfahren zur Verhinderung derselben sind jedoch für die Wundheilung nicht vorteilhaft, sondern verhindern dieselbe. Er schildert die schädlichen Wirkungen der antiseptischen Mittel, der physikalischen Verfahren, der Drains und Tampons.

Eine ideale Wundbehandlung mit Fernhaltung jeder mechanischen, physikalischen und chemischen Schädigung kann annähernd nur auf Körperteilen erzielt werden, die a priori keine Infektionskeime enthalten. Die ideale Amykose kann nur selten erzielt werden, trotzdem beträgt die Verhältniszahl der Heilung von reinen Operationswunden zirka 90—98%. Bei analoger amykotischer Apparatur steht die Verhältniszahl der Wundheilungen in direktem Verhältnis zur Feinheit der Operationstechnik. Die Möglichkeit der idealen Amykose ist ausgeschlossen bei Unfallsverletzungen und in Fällen, wo während der Operation die Atmungsorgane oder der Verdauungskanal eröffnet werden. In den letzteren Fällen kann sich die Operationstechnik nur darauf beschränken, das infizierte Gebiet von der Wunde zu isolieren. Den grössten Fortschritt auf diesem Gebiet bildet die von *Hümér Hüttl* angegebene Technik: Isolierung, Instrumentenwechsel, einmalige Verwendung der Tupper usw.

Die Wundheilung erfolgt in idealer Weise bei totalem Wundverschluss. Jede Drainage und Tamponade verzögert die Regeneration. Sie sind als notwendiges Übel nur dann und für möglichst kurze Zeit anzuwenden, wo sie zur Vermeidung der Lebensgefahr unvermeidlich sind.

Die Wundtamponade bezweckt weniger die Sekretableitung, als vielmehr die Ausschaltung der infizierten oder infektionsverdächtigen Wundhöhlen aus dem Organismus.

Drainage und Tamponade können der Zahl, wie auch der Zeit nach, eingeschränkt werden. Umschriebene Infektionsherde (Abszesse) können durch Punktion und antiseptische Waschungen behandelt werden. Erforderlich ist eine feine vorsichtige Technik und sie sind nur zu empfehlen, wo der kosmetische Erfolg entscheidende Bedeutung besitzt (Gesicht, Hals). Einen sicheren Erfolg liefert die Eröffnung des Abszesses durch einen kleinen Schnitt. Füllung der Abszeshöhle mit Chlumszky-Lösung und Jodoformtampon für 4—5 Tage. Nach Beseitigung des Tampons verkleben die Abszesswände. Glatte Heilung ohne Drain oder Tampon sichert die Einstreuung der infizierten Höhle mit Borsäurepulver. Wundverschluss mit Heftpflaster. Nachbehandlung mit Perubalsam oder Wetolsalbe.

Bei umfangreichen infizierten Höhlen (Empyem) gelingt die vollkommene Desinfektion in verhältnismässig kurzer Zeit durch systematische antiseptische Spülungen (Dakin-Lösung), wenn die Höhle nach der Spülung mit der antiseptischen Flüssigkeit gefüllt gehalten wird. Wird sodann Saugdrainage angewendet, so erfolgt die Erweiterung der Lunge binnen kurzer Zeit, und die Dauer der Drainage wird kürzer.

Bei frischen akzidentellen Verletzungen (innerhalb sechs Stunden) vermindert das Herausschneiden der Wundhöhle wesentlich die Gefahr der Wundinfektion, durch den Wund-

verschluss aber wird die Heildauer verkürzt. Ein weiterer Vorteil ist, dass wenig und weiches Narbengewebe produziert wird, was vom funktionellen Gesichtspunkt wichtig ist.

Jede Verletzung, die später (nach sechs Stunden) zur Behandlung gelangt, sowie jeder aus anderen Ursachen entstandene Defekt (Ulkus) kann in der antiseptischen nassen Kammer behandelt werden. Als sehr zweckmässig erwies sich die 5%ige Hydrargyrum oxyd. fl.-Salbe.

Zur Beschleunigung der Überhäutung ist es zweckmässig, die Salbe zu wechseln. (Arg. nitr., Pellidol oder Scharlachrot.)

Die Tiefenantiseptis ist allzu heikel und hat den an sie geknüpften Erwartungen nicht entsprochen.

Bei der offenen Wundbehandlung ist ein möglichst seltener Verbandwechsel zu empfehlen.

Ernst Temesváry: *Behandlung von Brandwunden.*

Ludwig Steiner: *Wundbehandlung und biochemische Wirkung der Desinfektionsmittel mit besonderer Rücksicht auf die Borsäurepulver-Methode von Vertan.* Der Vortragende schildert die Schutzvorkehrungen gegen die Bakterieninfektion. Das Desinfektionsmittel darf die Orgazellen nicht schädigen, oder die Schutzkräfte des Organismus vermindern. Er referiert über eine weniger bekannte ganz hervorragende von *Vertan* angegebene Methode der Wundbehandlung mit Borsäurepulver. Die durch Borsäure verursachte Exsudation wäscht die Keime aus dem Gewebe, wodurch diese unschädlich werden, das Borpulver verhindert die Wundinfektion. Er schildert mehrere frappante Fälle, in welchen, trotz erfolgter Infektion der Bauchhöhle die Borpulverbehandlung per primam Heilung sicherte.

Georg Lévai schildert die Behandlung von frischen Unfallverletzungen in der Unfallstation des Zentralspitals der Landessozialversicherungsanstalt. Schnittwunden, die durch reine Instrumente angelegt wurden, werden in Lokalanästhesie vernäht. Bei jeder anderen Verletzung werden die Wundränder zumindest ein Millimeter tief umschnitten und die Wunde geschlossen. Durchschnittene Sehnen und Nerven werden durch versenkte Nähte vereinigt, Faszien und andere tiefe Schichten nur durch Umfassungsnähte vereinigt. Mit diesem Verfahren können in nahezu allen Fällen per primam Heilungen erzielt werden. Tritt Eiterung auf, so kann durch Beseitigung der Nähte Abfluss gesichert werden. Der Vortragende schildert mehrere interessante Fälle.

Josef Lévai: *Revision der chirurgischen Drainage.* Er vertritt die Anschauung, dass die prophylaktische Drainage nach aseptischen Operationen, die bisher in vielen Fällen aus Sicherheitsgründen angelegt wurde, überflüssig und unmotiviert sei. Während der Behandlung werden Wunden drainiert, um das vorhandene und sich voraussichtlich weiter bildende Sekret abzuleiten. Diese Indikation sei dahin zu ergänzen, wenn die Sekretproduktion aufhört, sei auch die Drainage unnötig. Schliesslich erörtert er die Technik der Anlegung von feuchten Verbänden.

Julius Jaeger: *Wundbehandlung und Drainage.*

Béla Mezö: *Nachbehandlung der Prostataoperationen.* Zur Stillung der Blutung nach Prostataektomien hat der Vortragende einen birnenförmigen dünnen Gummiballon anfertigen lassen. Dieses

Instrument habe den Vorteil, dass aus diesem 24 Stunden nach der Operation die zur Füllung benützte Flüssigkeit allmählich abgelassen werden kann. Tritt neuerdings Blutung auf, so kann diese durch Auffüllung des Ballons leicht gestillt werden. Nach Entfernung des Ballons zieht sich das Prostata-Bett rasch zusammen.

Franz Fáykiss: *Drainage der Bauchhöhle bei eitrigen, vom Wurmfortsatz ausgehenden Peritonitiden.* Der Vortragende schildert die Verfahren von *Yates, Weil, Nötzel* und *Murphy*, welche letzterer das Hauptgewicht auf die Beseitigung des Infektionsherdes legt. Der Vortragende schildert die von ihm angewendete Methode der Kapillardrainage mit Gazestreifen ohne Entfernung des im Bauchraum befindlichen Eiters. Ist die Ursache der Peritonitis eine allgemeine Infektion, so ist der chirurgische Eingriff mit der Behandlung der allgemeinen Sepsis zu kombinieren.

Johann Loessl schildert jene Prinzipien und Verfahren die in der Debrecener chirurgischen Klinik angewendet werden und die mit den von *Manninger* dargelegten Prinzipien übereinstimmen. Bei Magenresektion, Amputation des Duodenums, sowie Cholezystektomie wird jedesmal drainiert. Die Beseitigung der Drains erfolgt leicht, wenn diese einige Tage vor der Beseitigung mit Wetol-Öl durchtränkt werden.

Andreas Kubányi erörtert eingehend die verschiedenen Methoden der Drainage und führt jene Fälle an, in welchen in der II. chirurgischen Klinik drainiert wird.

Andreas Dabasy schildert die Erfahrungen, die in der II. chirurgischen Klinik mit Heftpflasterverbänden gewonnen wurden. Die Pflaster mit den verschiedenen Grundsubstanzen werden unmittelbar auf die Wunde aufgelegt. Am auffallendsten ist die Verminderung der Bakterienzahl unter Pflastern mit Hydrarg. oxyd fl. weniger bei Verwendung von Arg. nitr. + Bals. peruv. am geringsten unter Trypaflavinpflastern.

Gabriel Zsedényi beschreibt die Versuche, die in der II. chirurgischen Klinik mit Kollodium (Zelloidin) als Drainmaterial gewonnen wurden. Zur Herstellung von Drainröhren wurde eine 7—8 Prozent Zelloidin enthaltende Ätheralkohollösung verwendet. In die Wand der auf Glasstäben hergestellten Kollodiumröhren wurde eine Gaseschicht gebettet, um das Spalten der Röhren zu verhindern. Das Kollodium wirkt im Organismus nicht als Fremdkörper, seine Permeabilität, Biogsamkeit und Festigkeit kann nach Belieben geändert werden, die Röhren sind leicht, sterilisierbar und billig und sie werden durch Wundsekrete nicht angegriffen.

Ladislaus Scheitz benützt zur Behandlung von Brandwunden eine Mischung von festen und flüssigen Paraffin. Das Verfahren ist schmerzlos und rasch.

Emmerich Gergő behandelt infizierte Wunden mechanisch und antiseptisch. Er schildert die in seiner Abteilung befolgten Verfahren.

Viktor Herepey-Csákány erörtert die Vorteile der Wundbehandlung mit ätherischen Ölen (Pyassan). Er hat bei Karbunkeln, tuberkulotischen und heissen Abszessen gute Erfolge erzielt.

Géza Lobmayer rühmt die Vorteile der Gipspulverwundbehandlung bei der Behandlung von Karbunkeln und infizierten Wunden. Sehr gute Erfolge sah er auch von der Borsäurebehandlung. Seit einem halben Jahr werden in seiner Abteilung Brandwunden mit dem Paraffinpräparat Ambrine behandelt.

Géza Turán erklärt, dass die Phag.-Therapie von *d'Herelle* sich in der Praxis nicht bewährt hat.

Theodor Huzella: *Die Rolle der interzellulären Substanz beim normalen und geschwulstartigen Wachstum des Organismus und der Gewebekulturen.* Der Vortragende beschäftigt sich in seinen Untersuchungen über das Problem der Organisation in erster Reihe mit der Klärung des Entstehens, der Bedeutung und des Mechanismus der interzellulären Substanz und des Fasergewebes. Er demonstriert mikrokinematographische Aufnahmen, und erläutert die vorgeführten Bilder des Fasersystems der Herzmuskelexplantate, Kulturen von Epithelzellen, Leber, sowie die Details der Wundheilungs- und Organisationsprozesse an Filmaufnahmen von Periostkulturen. Die mikrokinematographischen Bilder bieten instruktive Aufklärungen über die fortwährend wechselnden Zellformen, ein weiterer Film führt die Erscheinungen der Krebsinfiltration vor. Hinsichtlich der Rolle der Interzellulärsbstanz weist er nach, dass das aus den Zellsekreten sich bildende feine Fasersystem einen regulativen Faktor bildet. Auf das Tumorproblem bezogen beweist das, dass infolge einer Änderung der Zellsekrete das Gleichgewicht der Gewebe und die mechanischen Korrelationen regelnde Fasersystembildung Störungen erleiden.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Universitätsassistenten *Dr. Josef Bakucz* für die Physiologie und Pathologie des Neugeborenen, für Säuglings- und Kinderschutz, des Universitätsassistenten *Dr. Eugen Orsós* für chirurgische Krankheiten der Knochen und Gelenke an der medizinischen Fakultät der *Debrecener* Universität, der Universitätsassistenten *Dr. Dionys Klobusitzky* für die physikochemischen und colloidchemischen Grundlagen der Physiologie mit Übungen an der medizinischen Fakultät der *Pécs*er Universität und des emer. Universitätsassistenten *Dr. Béla Kanyó*, Chefarzt der Phylaxia-Serumproduktionsanstalt für Immunitätslehre an der medizinischen Fakultät der *Szegeder* Universität zu Privatdozenten zur Kenntnis genommen und bestätigt.

Die Ätiologie des Trachoms. Der Volkswohlfahrt- und Arbeitsminister hat einen Preis von 2000 Schweizer Francs für ein die Ätiologie des Trachoms behandelndes selbständiges Werk geschrieben. Die Preisarbeiten sind bis 30. Juni d. J. auf der *Augenheilklunik der Universität* (VIII., Mária-utca 39) einzureichen. Das Werk kann in *ungarischer, deutscher, englischer, französischer* oder *italienischer* Sprache verfasst sein. In die Jury wurden die folgenden ausländischen Gelehrten berufen: *Arthur Ferguson Mac Callan* M. D., London, *Dr. Victor Morax*, Paris, *Professor Dr. L. Maggiore*, Bari, Italien, *Professor Dr. Karl Prausnitz*, Breslau.

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 : Paul Márkus.)