

# 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.

## 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**

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.

## Bei Hämorrhoiden Anugen—Zäpfchen

Anfertigung:

**APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN**

**Budapest, V., Szabadság-tér**

## HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

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

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

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

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



# 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*

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:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft  
der Spitalsärzte. — XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen  
Gesellschaft. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 13. Dezember 1930.

**L. Puhr:** *Interne Inkarzeration bei einer bisher unbekann-  
ten Entwicklungsanomalie.* Die 47jährige Frau gelangte mit den  
charakteristischen Symptomen von Darmverschluss in das  
Spital der Staatsbahnen und starb nach der Operation. Bei der  
Sektion fanden sich an beiderseitigen Blättern des Ligamentum  
latum Defekte, resp. Löcher u. zw. rechts eine, links zwei Öff-  
nungen. In die linke obere Öffnung waren einige Dünndarm-  
schlingen mit ihren Mesenterium eingedrungen, um mit einem  
Teil der Tube unter dem Lig. rotundum in der unteren Öffnung  
wieder zu erscheinen. Die durch das Lig. rotundum kompri-  
mierten Organe zeigten Inkarzerationssymptome. Er betrach-  
tet die Erscheinung als Entwicklungsanomalie, die in einem  
Frühstadium des fötalen Lebens infolge einer zirkumskripten  
Aplasie des Coelemaepithels entstehen konnte.

**G. Fettich:** *Mit Magenpräparaten behandelte Fälle von  
perniziöser Anämie.* Die Behandlung mit Magenpräparaten  
wurde in der unter der Leitung des Prof. *Bence* stehenden in-

ternen Abteilung versucht. Als Präparat wurde das Ventrozythol (Chionin) gewählt. In allen drei Fällen war eine überaus rasche Vermehrung und bald darauf das ebenso rasche Verschwinden der Retikulozyten (Retikulozytenkrise) auffallend, ferner die plötzliche Verminderung des hohen Serumbilirubins. Das schwere klinische Bild besserte sich sozusagen von einem Tag zum andern. Die grösste Gewichtsvermehrung war in einem Monat 8.85 kg. Die kürzeste Zeit innerhalb welcher es gelang, eine Remission zu erzielen, war 25 Tage mit 4.410,000 Erythrozyten 76% Hb. Bei der schärfsten Remission fanden sich 6.2 Millionen Erythrozyten und 112% Hb. Die Verabreichung von separierter Magenschleimhaut in Pulverform ergab ebenso gute Resultate, wie das Ventrozythol (aus dem ganzen Magen hergestellt) mit mächtiger Retikulozytenkrise (41.5%) rascher Serumbilirubinverminderung und in allen drei Fällen mit Remissionen von über 5.000.000. Bei Verabreichung von Magenmuskulatur zeigten sich die geschilderten Reaktionen nicht, die wirksame Substanz befindet sich daher im Gegensatz zur Auffassung von *Wilkinson* ausschliesslich in den Schleimhäuten. Die Magenpräparate sind billiger als die Leberpräparate, und die Kranken vertragen sie besser.

**L. Holló** referiert über ein von *Gaenslen* hergestelltes injizierbares Leberpräparat. Er behandelte mit dem intramuskulär injizierbaren, weder Reaktion noch Schmerzen verursachendem Präparat (2 cm<sup>3</sup>) die sogenannten leber- und magenresistenten Fälle. Bei einem Kranken, bei dem die Erythrozytenzahl trotz der peroralen Leber- und Magenextraktbehandlung nicht über 1.400,000 anstieg, vermehrte sich diese Ziffer auf die parenterale Behandlung bis 3.4 Millionen, in einem zweiten Fall von 2 auf 4 Millionen, in einem dritten von 2 auf 3 Millionen. Der Umstand, dass die Dosis (12 cm<sup>3</sup> entsprechend 5 g frischer Leber) den peroral verabreichten Mengen gegenüber sehr gering ist, lässt folgern, dass die Leber eine hormonale Rolle bei der Vermehrung der Erythrozyten spielt.

**J. Bence:** Der Vortragende hat nur die mit Magenpräparaten behandelten Fälle angeführt, doch wurden in der Abteilung seit 1927 18 Fälle von perniziöser Anämie mit Magen, resp. Leberpräparaten behandelt. In der Abteilung fand sich kein einziger dieser Behandlung gegenüber resistente Fall. Wenn zu Beginn infolge der Schwäche der Kranken die Besserung nicht rechtzeitig einsetzte, oder die Patienten aus diesem Grund das Heilmittel nicht einnehmen konnten, so liess er vorerst die Transfusion von 500—1000 cm<sup>3</sup> Blut mit sehr gutem Erfolg durchführen, hiéauf konnte die Leber und Magenbehandlung erfolgreich fortgesetzt werden. Ekelt sich der Kranke vor dem Mittel, so kann es auch per rectum verabreicht werden.

**A. Láng:** *Die Ergebnisse der Radiumbehandlung beim Karzinom verschiedener Organe.* Er betont, dass er heute für viele Organe nur über rezente Heilungen referieren kann, doch gibt es unter diesen mehrere über drei Jahre alte Heilungen. Er will hier die verschiedenen Applikationsarten des Radiums, die chirurgische Technik und die erzielbaren Erfolge darlegen.

Seine Ergebnisse bleiben in keiner Weise hinter den Heilerfolgen der Institute in Stockholm und Paris zurück, obwohl uns nur eine unvergleichlich geringe Radiummenge zur Verfügung steht. Die Ursache der mit der verhältnismässig geringen Radiummenge erzielten guten Erfolge, findet er in der von ihm eingeführten Behandlungsmethode, die sich den Verhältnissen anpasst und nach manchen Richtungen hin von den Methoden der genannten Institute abweicht. Die Erfolge hängen auch beim Radium davon ab, wer es anwendet und in welcher Weise das erfolgt. Will ein Chirurg massgebende Erfolge erzielen, so muss er seine Tätigkeit auf die Radiumchirurgie konzentrieren. Unsere Erfolge werden sich bessern, wenn das Radium nicht als letztes Hilfsmittel nach misslungenen und erfolglosen Röntgenbestrahlungen in Anspruch genommen wird. Bei Karzinom des Gesichtes, des Mundes und der Rachenhöhle, ferner des Kehlkopfes, wenn der Tumor sich auch auf den Rachen erstreckt, oder eine nicht zu beseitigende Drüsenmetastase vorhanden ist, besitzt das Radium Vorteile gegenüber dem Messer.

**T. Liebermann:** Der demonstrierte Fall zeigte am 19. Juli das Bild einer Peritonsillitis. Nachdem er keinen Abszess fand, führte er beim Kranken die Exstirpation durch. Nun war der Kranke bis zum 12. Oktober geheilt. Zu dieser Zeit erschien der Tumor abermals in der Form einer Peritonsillitis, der Tumor war histologisch nicht typisch, klinisch aber ein Sarkom, was auch das Ergebnis von *Lång* bestätigt. Ein Kieferbeinkarzinom heilte vollständig. Seines Wissens heilte ferner ein (histologisch negativer) Mittelohrtumor bei einer älteren Dame gleichfalls, nach Verlauf von sechs Jahren wurde die Patientin durch eine Lebermetastase getötet. Zur Zeit beobachtet er einen ähnlichen Mittelohrtumor, der histologisch gleichfalls negativ ist, und bisher trefflich in Schranken gehalten wird.

**B. Grünwald:** Von der Radiumtherapie sind verlässliche Resultate nur dann zu erwarten, wenn das Karzinom von den gesunden Geweben ausgehend gegen das Zentrum der Geschwulst angegriffen wird. Die geeigneteste Methode hiefür ist die Verletzung mit kurzen Nadeln, die mit Hilfe eines Troikars auch in tiefer gelegene Tumoren eingeführt werden, und mit Hilfe von eingefädeltten Fäden leicht wieder entfernt werden können. Werden Portiokarzinome an der Geschwulstgrenze mit Nadeln gespickt, so tritt die Heilung rascher ein, als bei der Röhrenmethode von *Dominici* und sie hat auch dauernderen Erfolg. Das Radium kann mit Hilfe des Troikars bis zu den Infiltrationen der Parametrien vorgeschoben werden und ist für Vulva- und Klitoris-Cc. die beste Behandlung. Mundhöhlen-Cc. können durch Spicken mit Radiumnadeln mit dem gleichen Erfolg behandelt werden, wie die Uterus-Cc., wollen wir jedoch eine Dauerwirkung erzielen, so muss die Radiumbehandlung in sechswöchentlichen Intervallen noch zweimal wiederholt werden, auch dann, wenn anscheinend bereits eine vollkommene Heilung vorliegt. Bei Lungen- und Ösophagus-Cc. soll die Geschwulst durch Thorakotomie freigelegt werden, das gleiche Verfahren ist auch bei Karzinomen der Unterleibsorgane zu be-

folgen. Bei Blasenkrebs spickt er nach extraperitonealen Eindringen ohne Blaseneröffnung, weil die mit Blasenschnitt behandelten Fälle ungünstig verlaufen. Die Behandlungsmethode der Prostatahypertrophien resp. Cc. hat Redner ausgearbeitet, und sie wurde seines Wissens von anderen noch nicht versucht. Er hat sein Verfahren bisher nicht publiziert. In Lokalanästhesie führt er mit Hilfe eines dicken Troikars zwei Radiumtuben in die Prostata ein. Dieses Verfahren sollte bei jedem, wenn auch nur im mindesten zweifelhaften Fall von Prostatahypertrophie durchgeführt werden, weil der dignostizierte Krebs bereits generalisiert ist. Die Radiumtherapie wird durch die Röntgenbehandlung ergänzt. Seit einem Jahr hat er auf Grund der guten Erfolge der Münchener Schule auch die Gehirnbasis bestrahlt. Nach dieser kräftigten sich die Kranken in mehreren Fällen viel rascher. All das wird durch Diätvorschriften nach einem Vortrag von *Caspari* ergänzt. Für die symptomatische Krebsbehandlung ist heute das Radium eine mit dem Messer gleichwertige Waffe, ja im Ausland wird die Durchführung von verstümmelnden Operationen in Fällen, wo Radium noch hilft, als Kunstfehler betrachtet.

**F. Gál** ergreift zur Frage auf Grund seiner Erfahrungen an mehr als 2000 in der II. Frauenklinik mit Radium behandelten Patienten das Wort. Die Ergebnisse des Vortragenden können noch nicht als Heilung bezeichnet werden, weil deren allgemein akzeptiertes Kriterium die fünfjährige Symptomenfreiheit ist. Er fragt, ob bei den mehrere Tage lang dauernden Behandlungen keine Nebenverletzungen vorgekommen sind, und betont, dass auch eine histologische Bearbeitung der Fälle nicht erwähnt wurde. Redner hat über seine bei Karzinomen der weiblichen Genitalien erzielten Erfolge vor drei Jahren in der Gesellschaft der Ärzte referiert und damals 26 inoperable Krebskranke demonstriert, die seit mehr als fünf Jahren geheilt waren. Die Strahlenbehandlung ist überaus wirksam, sie wird jedoch mit Rücksicht auf die zahlreichen refraktären Fälle wenigstens vorläufig die Operation nicht verdrängen, umso weniger, weil Prof. *Tóth* in Fällen von Uteruskarzinom nach der modifizierten vaginalen Methode von *Schauta* die totale Exstirpation durchführt, mit welcher bei einer kleinen Mortalität von zirka 3% nicht nur Initialfälle gelöst werden können. Auffallend ist, dass oft umfangreiche Fälle heilen, dagegen anscheinend initiale resistant bleiben. Der Standpunkt von *Wintz*, wonach jedes Karzinom heilbar ist, wenn es mit der sogenannten Karzinomdosis bestrahlt wird, ist widerlegt. Die Strahlen verursachen im Organismus neben der Zellzerstörung viele andere Reaktionen, u. a. Blutkoagulation, Änderungen des Fibrinogengehaltes, der Immunstoffe, des Cholesterins, der Leuko- und Erythrozyten, des Grundumsatzes und des Blutzuckergehaltes. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die gute Wirkung der Radiumbestrahlung bei gutartigen Uterusblutungen und Metropathien. In der Klinik sind die bezüglichlichen Versuche im Zuge und die Ergebnisse der bisherigen Behandlungen sind ermutigend. Wir haben derart klimakterische Metropathien, glanduläre Hyperplasien und kleinere Myome behandelt. In die Uterushöhle wurde eine kleine Dosis 20 Mmgr. Radium eingeführt und nach ein, höchstens zwei Sitzungen verschwanden die Blutungen endgültig und die Kranken gingen ohne Ausfallsymptome in das Klimax über.

**W. Manninger:** Zur Vermeidung von Missverständnissen wäre besser gewesen, wenn der Vortragende statt von Heilung, von Bes-

serungen gesprochen hätte, weil eine endgültige Heilung nur nach fünf Jahren festgestellt zu werden pflegt. Nur durch den Vergleich auf identischer Grundlage zusammengestellter Statistiken gelangen wir zu einer richtigen Beurteilung der einzelnen Methoden. Seiner Ansicht nach ist das Radium vielleicht die mächtigste Waffe der Krebstherapie, doch nicht die einzige. Die Verheerungen dieser furchtbaren Krankheit können nur durch konzentrischen Angriff beschränkt werden.

**L. Rohrer** beobachtete mit Freude die vom Vortragenden besonders bei Zungenkrebsen erzielten schönen Erfolge, diese haben jedoch den Vortragenden anderen Methoden gegenüber vorgezogen. Bei Hautkrebsen hat *Miescher* mit Röntgenbestrahlungen 85—90% Heilungen erzielt. Bei anderen Krebsformen bildet die von *Coutard* eingeführte Methode, kleine 10—20mal nacheinander täglich wiederholte Dosen, einen erheblichen Fortschritt. Auf dem Gebiet der Krebsbekämpfung wird das Zusammenwirken der Chirurgen, Röntgenologen und der Radiologie die schönsten Ergebnisse zeitigen.

**I. Rothmann:** Der basalzellige Ulcus rodens bildet einen verhältnismässig benignen Tumor, der langsam wächst und keine Metastasen verursacht, er heilt auf Röntgen-, Radium- und Elektrokoagulation in gleicher Weise gut und rezidivenfrei. Die demonstrierten Hautkrebsfälle sind alle basalzellige Ulcus rodens, mit Ausnahme der Lupuskarzinome. Das Radium wird zumeist bei inoperablen spinözellularen Hautkrebsen angewendet.

**G. Lobmayer:** Sehr wichtig wäre die Vorführung des histologischen Befundes zu Beginn und am Ende der Behandlung. Photographische Aufnahmen sollen unter identischen Umständen erfolgen. Zu diesem Zweck wäre wünschenswert, wenn die Gesellschaft der Ärzte dem deutschen *Oehlscher'schen* Aufnahmenormativ entsprechend, Weisungen ausarbeiten liesse. Gesichtskrebse und Hypophysentumoren heilen auch auf Röntgen ganz gut. Auffallend war an den vom Vortragenden als geheilt bezeichneten Aufnahmen der linsengrosse Rest, dessen histologischen Befund wir mit Bedauern entbehrten. Trotz dieser schönen Erfolge wäre zu fordern, dass der Krebs nicht bis zu einem Stadium fortschreitet, wo das Radium notwendig ist, weil die Krebsprognose auch weiterhin von der frühzeitigen Durchführung der Operation abhängt.

**Z. Lénárt:** Die Annahme, als ob die Radiumbehandlung des Krebses der Operation vorzuziehen wäre, ist irrig. Die umfangreichsten Operationsstatistiken beweisen, dass bei einem Drittel der operierten Kranken auf definitive Heilung gerechnet werden könne, dieses Resultat wurde auch vom Redner in seinen operierten Fällen erzielt. Unter Heilung ist die Rezidivenfreiheit zumindest drei Jahre lang zu verstehen. Von den fünf Fällen des Vortragenden war das Radium in einem Fall unwirksam, in drei Fällen erzielte es eine transitorische Verkleinerung des Tumors, in einem Fall aber, den der Vortragende als geheilt betrachtet, verschwand wohl der Tumor aus dem Kehlkopf, es trat jedoch am Hals eine Drüsenmetastase auf. Es sei daher festzustellen, dass ein dauerndes, oder in Betracht kommendes Resultat in keinem einzigen Fall erzielt wurde. Wenn dem gegenüber die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung besonders im Frühstadium des Leidens geprüft werden, so gelangen wir zu dem Ergebnis, dass die einzige Therapie des Kehlkopfkrebses noch immer die Operation ist. Die Radium-, so-

wie die Strahlenbehandlung ist nur in inoperablen oder Rezidivfällen motiviert, indem oft eine gewisse Besserung erzielt wird.

**P. Kisfaludy:** Radiumtherapie ohne Röntgen ist undenkbar. Kleine Radiumdosen sind zur Krebsbehandlung ohne andere Hilfsmittel ungenügend. In der Stockholmer Radiumkanone sind 30,000 Milligramm enthalten, doch erfordert die Behandlung dennoch weitere sieben Röntgenapparate für die Tieftherapie. Mit Radium können nur zirkumskripte Tumoren behandelt werden, die metastatische Umgebung ist mit Röntgenstrahlen zu behandeln. Grössere Tumoren werden mit der Radiumkanone oder ausschliesslich mit Röntgen behandelt. Gewisse Organe, wie z. B. die Mastdarmschleimhaut sind Strahlen gegenüber sehr empfindlich und nekrosieren leicht.

**A. Lång:** *Liebermann* gegenüber bemerkt er, dass mit Radium in refraktärer Dosis kein Erfolg erzielt werden kann. Die Anregung von *Grünwald* Ösophaguskrebs mit der Thorakotomie mit Radium anzugehen lehnt er ab, weil die sich schlecht nährenden marastischen Kranken selbst die Anlegung einer Magenfistel kaum erdulden. *Gál* sowie den übrigen Teilnehmern der Debatte erwidert er, dass er in seinem Vortrag nur über die unmittelbar erzielten Resultate gesprochen hat. Sämtliche Fälle seiner Abteilung werden histologisch von Professor *Johan* untersucht. Die Igniexzision *Manningers* kennt er gut, und schätzt sie hoch, doch hat der Vortragende weder diese, noch die Elektrokoagulation verwendet, weil er klar feststellen wollte, was mit Radium allein erzielt werden kann. Seine Statistik ist überaus sorgfältig und wahllos zusammengestellt. *Rohrer* gegenüber gibt er zu, dass bei Hautkrebsen auch die Röntgentherapie erfolgreich sein kann doch versagt der Röntgen bei den meisten Karzinomen anderer Lokalisation. Die brillante Operationsstatistik des Professor *Lénárt* hat er zum erstenmal gehört, dieser hat jedoch die furchtbar hohe Mortalität bei gleichzeitiger Resektion von Kehlkopf und Rachen nicht widerlegt. Eben deshalb hat er in solchen Fällen, ferner bei nicht zu beseitigenden Drüsenmetastasen die Laryngofission und Umspickung der Geschwulst mit Radiumnadeln empfohlen, weil in zwei von sechs Kehlkopfkrebsfällen die Beseitigung des Kehlkopftumors gelungen ist.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 26. November 1930.

**B. Mártonii:** *Bei der Geburt einer Riesenfrucht entstandene komplette Uterusruptur.* Die Geburt einer mehr als 5 kg schweren Frucht ist eine Seltenheit, sie kann zu operativen Eingriffen Anlass bieten, die eventuell das Leben der Frucht, wie auch der Mutter gefährden. Der Geburt einer 7 kg schweren Frucht in der Abteilung auf dem Gyöngyösi-út fielen das Leben der Mutter und der Frucht zum Opfer. Die Riesenfrucht konnte weder vor, noch während der Geburt diagnostiziert werden. Die eingetretene spontane Uterusruptur mit tödlichem Ausgang war die Folge der Riesenfrucht und des bei der Mutter vorhandenen allgemeinen

Ödems. Ausser einer Anämie lenkte keinerlei Symptom die Aufmerksamkeit auf diese furchtbare Komplikation.

**K. Farkas:** *Bei Schwangerschaft aufgetretene Kolpitis emphysematosa.* Er referiert über einen im St. Margit-Spital beobachteten Fall. Bei der Beendigung des Abortus Mens. II—III waren erbsen- bis haselnussgrosse, mit Gas gefüllte dunkellivide Blasen am Scheidengewölbe, auf der Portio und auf der ganzen Scheide palpierbar und sichtbar. Nach Beendigung des Abortus heilte die Kranke fieberfrei und die Kolpitis heilte ohne jede Lokalbehandlung. Es lag zweifellos eine mit der Schwangerschaft zusammenhängende Erkrankung mit ungeklärter Ätiologie vor.

**E. Ormós:** *Pyelitis, Cholezystitis, Beckenverengung, vaginaler Kaiserschnitt.* XIV. P. mit ausgetragener Schwangerschaft gelangte wegen Cholezystitis-Pyelitis fiebernd, mit schief gelagerter grosser Frucht, stehender Blase, rachitischen flachen Becken mit Verengung I. Grades in die Gebärdabteilung des St. Margit-Spitals. Die Ursache der Schief Lagerung war, dass die vier Querfinger breit unter dem Rippenbogen sich erstreckende Leber und Cholezyste den Uterusfundus nach links verschoben hatten. Die Situation erforderte eine möglichst rasche Beendigung der Geburt. Der Kaiserschnitt wäre für die Frucht entschieden vorteilhaft gewesen, dagegen gefährden die länger dauernde Operation, die Narkose und der Operationsschok das Leben der Mutter. Bei der Frau mit sieben lebenden Kindern wurde der das Leben der Frucht weniger respektierende, weil mit Wendung und Extraktion verbundene vaginale Kaiserschnitt durchgeführt. Es wurde dafür gesorgt, dass bei der Extraktion der kleinere bitemporale Durchmesser in den verkürzten geraden Durchmesser des Beckeneinganges gelange. 3900 g schwere Frucht. Mutter und Kind wurden nach einigen Wochen gesund entlassen. Die Wahl des Operationsgebietes und der Methode wurde nach Berücksichtigung zahlreicher Gesichtspunkte getroffen.

**O. Mansfeld** führt in solchen komplizierten Fällen bei Pyelitis den Ureterkatheter ein und plaziert in den Geburtskanal einen mit Wasser gefüllten Ballon.

**J. Bud:** Die Ursache der raschen Beendigung der Geburt durch Sectio caesarea vaginalis ist vom Vortragenden motiviert worden. Die Richtigkeit des Verfahrens beweist die Rettung des Lebens von Mutter und Kind.

**O. Ehrlich:** *Interessante Myomfälle.* Der Vortragende referiert Fälle von nekrobiotischen, subserösen und submukösen Myomen mit Gravidität, vor und nach dem Klimakterium diagnostizierte und operierte Myome von der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung des St. Margit-Spitals. Er wünscht die Aufmerksamkeit darauf zu lenken, dass die Myombehandlung in der Praxis noch immer nicht

auf Grund einheitlicher Prinzipien erfolgt, der Grund hiefür sei in diagnostischen Irrtümern zu suchen. Symptomenlose Myome werden beobachtet, solche, die Symptome auslösen, werden symptomatisch oder kausal behandelt, u. zw. operativ und mit der Strahlentherapie, wobei die letztere der operativen gegenüber immer mehr in den Hintergrund gelangt.

**J. Bud:** *Seltener Fall von Cc. portionis und ausge-tragener Schwangerschaft.* Die Patientin gelangte mit auffallend grossem Blutverlust, Hüftgelenksankylose, Tbc. und eiternder Fistel zur Aufnahme. Zur Vermeidung des Blutverlustes wurde nach der Laparotomie der Uterus mit der Frucht in der Weise amputiert, dass nach Durchschneidung der Lig. rotunda und der Anhänge die Blase abgehoben und die Zervikalpartie des Uterus abgeklemmt wurde. Nach Eröffnung des derart amputierten Uterus, wurde aus diesem die 3400 g schwere Frucht entwickelt. Die Operation verlief nahezu ohne Blutung, der Stumpf wurde mit sehr geringem Blutverlust nach *Wertheim* versorgt und gegen die Scheide zu drainiert. Die Patientin wurde nach wenigen Wochen mit dem gesunden Kind entlassen und wird einer Strahlenbehandlung unterzogen.

**J. Bud:** *Gynäkologie ohne Geburtshilfe und viceversa.* Der separate Unterricht der Gynäkologie und der Geburtshilfe in den Kliniken, sowie die gemeinsamen Übungen sind angesichts der gemeinsamen Entwicklung, sowie der theoretischen und praktischen Wechselwirkung von Gynäkologie und Geburtshilfe selbstverständlich. Die bei uns in neuer Zeit geschaffenen, ausschliesslich geburtshilflichen oder gynäkologischen Anstalten bezwecken die Separation der beiden Fächer, wo man sie z. B. in Amerika nach deutschem Beispiel eben jetzt vereinigen will. Die Ursachen der Separation bei uns sind 1. wirtschaftliche, 2. die irrtümliche Beurteilung der Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 3. die berechnete, jedenfalls aber übertriebene Bevorzugung der Geburtshilfe, 4. ausländische (englische, französische) Beispiele. Nach einem historischen Rückblick verweist er darauf, dass die Separation auch vom theoretischen Gesichtspunkt ein Fehler wäre. An der Hand praktischer Beispiele zeigt er, dass die dauernde Übung der gynäkologischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einen weitgehenden Einfluss auf die Durchführung der geburtshilflichen und Schwangerschaftsuntersuchungsmethoden, Eingriffe und chirurgische Behandlungsarten ausübt. Die Geburtshilfe übt gleicherweise einen nicht geringeren Einfluss auf die Frauenheilkunde aus. Nicht nur der Institutsleiter, sondern auch der praktische Arzt muss ein tüchtig ausgebildeter Gynäkolog sein. Der Vortragende leitet seit einem Jahre die geburtshilfliche Abteilung des St. Margit-Spitals. In dem wegen Renovationen unvollständigen Jahr gab es dort 600 Geburten mit einem mütterlichen Todes-

fall. Er unterlässt die Schilderung der schablonenhaften Kaiserschnitte, geburtshilflichen und gynäkologischen Operationen und beschäftigt sich nur mit den schwereren Komplikationen. So hatte er schon zu Beginn seiner Tätigkeit schwere Probleme zu lösen: Cc. portionis und Grav. IX; in das Becken eingeklemmter Myomherd und Grav. VIII; mit dem Finger perforierter Uterus nach Grav. IX; subseröser Myomherd und Grav. III; verklebter Tumor im Douglas und Grav. V; extrauterine Schwangerschaft VII. usw. Die mütterliche Mortalität einer gut geleiteten Gebäranstalt kann nur mehr in pro Mille-Ziffern ausgedrückt werden, wobei es fraglich ist, ob in Ermangelung der gynäkologischen, technischen und diagnostischen Kenntnisse diese Ziffern nicht wesentlich höher wären. Er stimmt mit *Stoekel* darin überein, dass der Leiter einer Gebärabteilung ein trefflich gebildeter Geburtshelfer und Gynäkologe sein muss, und beide Zweige ständig zu üben hat. Eben deswegen nimmt er gegen die Absonderung von Geburtshilfe und Frauenheilkunde Stellung.

**K. Borszéký** betont, dass niemand diese Zweiteilung durchführen will. Als in der Hauptstadt die Errichtung von separaten Gebärabteilungen beschlossen wurde, kam man nur einem dringenden Bedarf nach. Können Gebärende und abortierende Frauen sonst nicht untergebracht werden, so müssen selbst die für gynäkologische Zwecke vorbehaltenen Betten hierfür in Anspruch genommen werden, weil deren Unterbringung und fachliche Versorgung keinen Aufschub duldet.

**J. Frigyesi:** Jeder stimmt mit dem Vortragenden überein, dass der Unterricht und die Ausbildung der Gynäkologie und Geburtshilfe derart zusammenhängen, dass die zum Unterricht dieser Fächer dienenden Anstalten und Kliniken überall der gleichen Hand anvertraut sind. Die Pflege der Gynäkologie durch fachlich nicht gebildete Frauenärzte (Chirurgen usw.) könne weder wissenschaftlich, noch im Interesse der Kranken in Betracht kommen, weil die Feststellung der Diagnose und die Indikationsstellung einen auf der Höhe des Berufes stehenden Fachmann erfordern. Sehen wir jedoch vom Unterricht und der wissenschaftlichen Pflege des Faches ab, und erwägen wir die Frage vom Standpunkt der Spitalserhalter (Staat oder Stadt), so ist es verständlich, dass angesichts der Tatsache, dass in den Städten zur Zeit 70—80% der Geburten in Anstalten erfolgen, hauptsächlich die Vermehrung der Betten in den Gebäranstalten notwendig ist. Staat und Stadt streben in erster Reihe die Befriedigung dieser Ansprüche an. Die heimischen und ausländischen Beispiele beweisen, dass die Mutterheime diesem Zweck entsprechen. Nachdem die Leitung derselben überall fachlich gebildeten Geburtshelfern anvertraut ist, kann man vom Standpunkt der Kranken keine Einwendung dagegen erheben, dass sich in diesen Anstalten gynäkologische Patienten nur in geringer Zahl finden. Dies bezieht sich besonders auf nicht aseptische Kranke. Bekanntlich finden sich auch in den Hebammenbildungsanstalten nur wenig gynäkologische Betten. In den hauptstädtischen Spitälern herrscht seit langer Zeit die Übung, dass während der Universitätsferien, wo die Aufnahme von Gebärenden an den Kliniken mehr-minder

restringiert ist, ein grosser Teil der für Frauenkranke reservierten Betten monatelang geleert wurde und nur Gebärende aufgenommen wurden. Redner hat gleichfalls alljährlich 3—4 Monate hindurch diese Praxis befolgt, wo er in seiner 100—110 Betten umfassenden Abteilung kaum 8—10 Betten für Frauenkranke reservierte, die übrigen wurden mit Gebärenden belegt. Seiner Ansicht nach können alle Ansprüche befriedigt werden, wenn ungefähr 10% der Betten in den im Bau befindlichen neuen Anstalten für Frauenkranke reserviert würde.

**O. Mansfeld** betont, dass die jungen Ärzte zuerst Geburtshilfe und erst dann Gynäkologie lernen sollen.

**J. Bud.** Schlusswort.

## XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

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

(Fortsetzung.)

### III. Wissenschaftliche Sitzung am 27. Mai vormittags.

#### Bauchchirurgie.

Referent **Ludwig Schmidt**: *Im Bauchraum vergessene Fremdkörper.* Über die Frequenz solcher Unfälle bei Operationen liegen folgende Daten vor: **Hans Haberer** hat bei mehr als 8000 Laparotomien sechsmal Fremdkörper vergessen, was ungefähr 0·7‰ ausmacht. In der Debrecener chirurgischen Klinik wurden bei 5000 Laparotomien dreimal je eine kleine Kompressen vergessen, was 0·5‰ beträgt. Bei 4000 Laparotomien einer anderen ungarischen chirurgischen Abteilung ereignete sich der Unfall zweimal, was gleichfalls 0·5‰ ausmacht. Ältere statistische Arbeiten geben 1‰ und 2‰ an, so dass mit dem Ausbau der Technik und der Prävention ein entschiedener Fortschritt erzielt wurde. Der Unfall ereignet sich zumeist bei schweren, dringlichen, auf Grund unbestimmter Diagnosen durchgeführten Operationen. Im Allgemeinen entfallen auf die sogenannten chirurgischen Laparotomien  $\frac{1}{5}$ , auf die gynäkologischen  $\frac{4}{5}$  der bisher publizierten Fälle.

Was das weitere Schicksal der im Bauchraum vergessenen Fremdkörper betrifft, so kann es, obwohl selten, vorkommen, dass der sterile Fremdkörper abgekapselt wird. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle wird jedoch der Fremdkörper entweder schon primär, oder von den benachbarten Darmpartien sekundär infiziert, nachdem auf den mechanischen Insult des im Bauchraum befindlichen Tampons die Darmwand mit

einer Entzündung antwortet, worauf die Darmwand für die Bakterien passierbar wird. Unterbleibt nun die Abkapselung des Fremdkörpers, so entwickelt sich eine letal endigende diffuse Peritonitis. Er hatte fünf solche Fälle. Kommt eine Abkapselung zu Stande, so hängt das Schicksal des Fremdkörpers von seiner Lage ab. In der Nähe der Bauchwunde bildet sich ein Abszess eventuell mit Öffnung der Bauchwunde, im Douglas und zwischen den Därmen bilden sich gleichfalls Abszesse, die in den Darm einbrechen, oder eine chronische peritoneale Sepsis verursachen können. Der in den Darm gelangte Fremdkörper kann einen kompletten Ileus verursachen, oder per vias naturales entfernt werden. Das klinische Bild zeigt infolgedessen wechselvolle Symptome. Der Verdacht auf vorhandene Fremdkörper wird geweckt, wenn ein entzündlicher Tumor eventuell kompliziert mit mechanischen Passagestörungen vorhanden ist. Zwischen diesen Symptomen und der Operation findet sich in den meisten Fällen ein freier Intervall. Für die Diagnose ist die Feststellung der Anamnese wichtig: bei dem Kranken wurde eine Laparotomie durchgeführt, nach dieser tritt zumeist nach einem symptomfreien Intervall ein entzündlicher Tumor, Darmobturation auf. Bei Metallgegenständen, wie auch bei Passagestörungen, liefert die Röntgendurchleuchtung entscheidende Beweise. *Cahn* empfiehlt Tupfer aus Kontrastmull, in welches parallele, mit einem Kontrastmittel imprägnierte Fäden gewebt sind und die bei Röntgendurchleuchtung sichtbar werden. Die Prognose ist immer sehr ernst. Von den gesammelten 26 Fällen sind 7 gestorben. Spontanheilungen sind wohl möglich, zumeist jedoch nur unter schweren Schmerzen, Ileus oder mit Bildung von Kotfisteln. Eben deshalb muss für eine entsprechende Beseitigung der Fremdkörper gesorgt werden. Eventuell notwendige Operationen nehmen gewöhnlich wegen der umfangreichen Verwachsungen und Verklebungen einen schweren Verlauf. Der Vortragende beschäftigt sich schliesslich mit den Präventivvorkehrungen und mit der rechtlichen Seite der Frage. Nach der bestehenden Rechtspraxis wird der Chirurg freigesprochen, wenn er unter ungünstigen Verhältnissen eine dringliche, lebensrettende Operation durchgeführt hat, oder solche Schwierigkeiten bei der Operation aufgetaucht sind, die seine Aufmerksamkeit vollkommen in Anspruch genommen haben. Um die Operationskomplikationen beweisen zu können, ist es ratsam, diese in jedem Fall im Protokoll aktenmässig zu fixieren.

**Ladislaus Hauber:** *Im Bauchraum vergessene Fremdkörper.* Er schildert die vier Fälle, in welchen bei Laparotomien Fremdkörper im Bauchraum zurückgelassen wurden und zählt die Vorsichtsmassregeln auf, die in der Klinik zur Vermeidung solcher Unfälle beobachtet werden.

**Ernst Elischer:** *Zahlreiche Fremdkörper in einem ulzerösen Magen.* Demonstration eines Falles, in welchem in selbstmörderischer Absicht Fremdkörper verschluckt wurden. Bei der durchgeführten Gastrotomie wurden aus dem Magen entfernt: 226 Eisennägel, 9 Schreibfedern, 1 Hufnagel, 4 Schrauben, 1 Sacknadel, 2 Sicherheitsnadeln, 1 Federhalterkopf. Der auf der kleinen Kurvatur sitzende talergrosse Ulkus wurde mit dem Paquelin ausgebrannt und die Schleimhautränder vereinigt. Die Gegenstände lagen mehr als drei Monate lang im Magen. Heilung per primam.

**Béla Varga:** *Metallgegenstände im Unterleib.* Er schildert vier Fälle, in welchen die Patienten selbst die Fremdkörper entweder durch die Bauchwand in den Unterleib gedrückt hatten, oder in welchen diese durch Verschlucken eingeführt und aus dem Verdauungskanal in den Bauchraum gelangt waren. Die Fälle beweisen, dass in den Bauchraum gelangte Metallgegenstände lange Zeit hindurch herumgetragen werden können, ohne Beschwerden zu verursachen.

**Josef Lévai** schildert die von ihm bei Laparotomien beobachteten Vorsichtsmassregeln.

**Wilhelm Uray** demonstriert den Verlauf zweier Fälle in welchen sich im Bauchraum nach Laparotomien Fremdkörper befanden.

**Albin Cserey-Pechany:** Kasuistischer Fall.

**Ludwig Bakay:** Kasuistische Fälle.

**Karl Klekner:** Trägt der Chirurg Sorge dafür, dass im Bauchraum kein Fremdkörper vergessen werde, so liege keinesfalls eine Fahrlässigkeit vor, wenn dennoch ein Fremdkörper im Bauchraum zurückbleibt. Das sei eine bedauerlich Eventualität, die wir mit unserem menschlichen Verstand nicht verhüten können und wegen welcher der Chirurg nicht zur Verantwortung gezogen werden könne.

**Ernst Pető** empfiehlt bei in den Magen- und Darmtrakt gelangten Fremdkörpern die konservative Beobachtung, weil nach seiner Erfahrung selbst sehr spitze Gegenstände ohne Perforation ausgeschieden werden können. Er referiert über mehrere kasuistische Fälle.

**Stefan Sándor.**

**Ludwig Ádám** erörtert die Vorsichtsmassregeln gegen das Vergessen von Fremdkörpern im Bauchraum.

**Wilhelm Manning** ist überzeugt, dass nur das Mechanisieren und Normieren des Operationsverlaufes einen relativen Schutz gegen das Vergessen von Fremdkörpern im Bauchraum bietet.

**Tibor Verebély** beruhigt den Kongress, dass der justizärztliche Senat in allen Fällen, die ihm unterbreitet werden und wo seitens des Arztes keine ausgesprochene Fahrlässigkeit begangen wurde, der ärztliche Standpunkt Schutz findet.

**Karl Klekner.**

Referent **Géza Jung:** *Strittige Fragen auf dem Gebiet der Chirurgie der Gallenwege.* Auf Grund von 390 Gallensteinoperationen erörtert er die relative Indikation dieser Operationen. Bei chronisch rezidivierenden fieberfreien Kolanfällen, wie auch bei komplizierten Anfällen mit Ikterus infolge Choledochusverlegung ist er Anhänger der Früh-

operation. Er erörtert die Indikationen der Eröffnung des Choledochus. Bei Anfällen mit Fieber und Entzündungen soll die Operation ebenfalls sofort im akuten Stadium durchgeführt werden. Er erörtert sodann die Bedingungen des Verschlusses der Bauchwunde nach Cholezystektomie.

**Tibor Verebély** legt eine Statistik der von ihm operierten 2078 Gallensteinfälle vor. Die Mortalitätsziffer seiner glatten Cholezystektomien beträgt 0·65%. Mit Ikterus komplizierte Gallensteinfälle operierte er in 297 Fällen, in diesen waren auch andere Komplikationen vorhanden, ihre Mortalitätsziffer war 23·8%. Er tamponiert nach Gallensteinoperation in jedem Fall. Von seinen früher operierten Fällen sind 92·7% beschwerdefrei. In 90% der Fälle von Karzinom der Gallenwege findet sich neben dem Karzinom auch der Stein, ein Grund mehr um bei chronischen Gallensteinleiden die Operation durchzuführen.

**Desider Róna:** *Die periduodenalen Adhäsionen.* Der Vortragende schildert die Pathologie, Ätiologie und Symptomatologie der Periduodenitis und beschäftigt sich sodann eingehend mit den Schwierigkeiten der Diagnose. Die Therapie kann zu Beginn nur eine interne Physiotherapie mit Diathermiebehandlung sein. Bleibt diese Behandlung erfolglos, so tritt die chirurgische Behandlung ins Recht, für welche der Vortragende die Lösung der Stränge (Duodenolysis) als genügend erachtet. Der Vortragende hat seit 1926 insgesamt acht Fälle nach dieser Methode behandelt. Die Nachprüfung erstreckt sich auf fünf Fälle, von diesen waren zwei gebessert, drei beschwerdefrei.

**Alexander Adler:** *Ohne wahrnehmbare Läsion der Gallenwege auftretende Gallenperitonitis.*

**Árpád Jamniczky:** *Cholelithiasis nachahmende Krankheitsbilder*

**Vinzenz Szabó:** *Irrtümer und deren Vermeidung in der Diagnostik der Gallenwege.* Sehr häufig spielen atypische Gallenblasenerkrankungen eine Rolle bei diagnostischen Irrtümern der Gallenwege. So findet man bei Kranken mit typischen Symptomen der Gallenblasenentzündung bei der Laparotomie keinerlei oder nur geringfügige Veränderungen in der Gallenblase. Zur Entscheidung der Frage, ob die Gallenblase gesund oder krank ist, dienen die genaue Anamnese, Untersuchung mit der Duodena!sonde nach *Lyon-Stepp*, Röntgenuntersuchung, Cholezystographie. Er schildert sodann die Symptome, nach denen bei erfolgter Laparotomie in der Gallenblase und deren Umgebung zu forschen ist. Von entfernteren Organen ist die Untersuchung der weiblichen Genitalien, des Appendix und der Ureteren wichtig, weil diese reflektorisch Krämpfe auslösen können.

**Béla Matuschek:** *Über Gallensteinileus.* Erörterung der Pathologie dieser schwer diagnostizierbaren Krankheitsform. Wichtig ist die frühzeitige Erkennung der Obliteration, dann könne der obliterierende Stein durch einfache Enterotomie entfernt werden. Der Vortragende schildert die sechs Fälle von Gallensteinileus, die in der III. chirurgischen Klinik behandelt wurden. Ein im Voraus diagnostizierter Fall heilte spontan, fünf Fälle wurden operiert, von diesen starben drei, zwei wurden geheilt. Das Leiden ist am häufigsten bei älteren Frauen, die Verschlussstelle zumeist die untere Ileumpartie, die beste Therapie aber die Frühoperation.

**Ladislaus Kaulich:** *Gallenblasenförmige Erweiterung des Zystikusstumpfes.* Kasuistischer Fall.

**Vidor Révész:** *Fortschritte der peroralen Cholezystographie.* Die Kombinationsmethode. In der peroralen Technik der Cholezystographie ist die trinkbare Form des Kontrastmittels als grosser Fortschritt zu betrachten. (Oraltetragnost, Chadocol usw.), deren Einnahme angenehmer und ihre Resorptionsverhältnisse verlässlicher sind. Die gewonnenen Bilder nähern sich besser denjenigen der intravenösen Methode und ihre Verlässlichkeit ist ebenfalls viel grösser als diejenige der anderen peroralen Methoden. Vortragender hat die Dosis bis auf 6.0 gm entsprechend dem Körpergewicht des Patienten gehoben (eine Originalflasche Oraltetragnost enthält 0.4 g Jodtetragnost) und hat mit Oraltetragnost die besten Erfahrungen gemacht. In manchen Fällen kombiniert er die intravenöse Methode mit der peroralen womit er die Vorteile beider, ohne die Nachteile derselben erzielen will. Dies wurde hauptsächlich bei Leuten mit grossen Bauchumfang und schwachem Herzen angewandt, u. zw. mit dem besten Resultate.

**Ladislaus Hauber:** *Operation der Choledochusobliteration.* In der chirurgischen Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals gab es in 2.8% der behandelten 570 Gallenwegerkrankungen Choledochusverschlüsse. In 20.5% dieser Fälle figurierte die Geschwulst des Pankreaskopfes. Diese Erkrankung ist inoperabel, doch müssen die durch diese verursachten Schmerzen durch eine palliative Operation behoben werden. Bei der explorativen Laparotomie wird die Cholezysto- oder die Choledochöenterostomie mit der Gummiprotosenmethode durchgeführt. Der Vortragende schildert die einzelnen Phasen der Operation.

**Emil Vertán:** *Operativ und diagnostisch interessante Fälle der Leber- und Gallenchirurgie.* Der Vortragende demonstriert einen Fall von isoliertem Leberabszess mit einem ungewöhnlich grossen Gallenstein, der aus den Gallenwegen einer 71jährigen Kranken sowie einen hühnereigrossen Kotstein, der aus dem Ileum eines 77jährigen Kranken operativ entfernt wurde.

*Aussprache.* **Wilhelm Uray** erörtert die von ihm bei Operationen der Gallenwege angewendete Operationstechnik.

**Stefan Czukor.**

**Ernst Elischer** hat in 41 von 100 Gallensteinfällen die Cholezystektomie durchgeführt. Er erörtert die Methoden der Choledochotomie und lenkt die Aufmerksamkeit auf den hohen Wert der Cholezystographie.

**Johann Kovács:** In der II. chirurgischen Klinik wurden im letzten Dezennium 43 primäre Fälle von Leber- und Gallenwegerkarzinom beobachtet. In Ermangelung von typischen Symptomen gelangen solche Kranke zumeist im inoperablen Zustand zur Beobachtung. Es gelang nur in zwei Fällen Heilung zu erzielen. In 35% der Fälle wurde das gemeinsame Auftreten von Gallenstein und Karzinom beobachtet. Die durch Gallenstein und chronische Entzündungen geschaffene lokale Gewebsdisposition spielte eine hervorragende Rolle beim Entstehen der Karzinome.

**Eugen Fodor** schildert die von ihm ausgearbeitete Methode der *Füllung der Gallenblase mit Kontrastmittel* und erörtert die Ursachen, die das Eintreten der Kontrastmittel in die Gallenblase

verhindern. Der Vortragende hat das von ihm verwendete Tetragnost besonders bei korpulenten Personen in etwas höheren Gaben verabreicht, um einen genügenden Schatten zu erzielen. Bei aus dem Pankreaskopf ausgehenden Karzinomen gelingt es niemals, die Gallenblase mit dem Kontrastmittel zu füllen. Dieser Erscheinung kommt eine diagnostische Bedeutung zu.

**Aladár Fischer:** Die Gefahren, die bei der *Operation von ikterischen Kranken* drohen, sind die Blutung und die Hepatargie. Zur Abwehr der Verblutungsgefahr behandelt er solche Kranke vorbereitend mit Gelatine- und Koagulinjektionen. Der Hepatargie gegenüber, die eine schwere Autointoxikation des Organismus infolge des Ausfalles der Leberfunktion ist, stehen wir vorläufig wehrlos gegenüber. Einfach ist jedoch die Prophylaxe, indem bei Kranken mit Choledochusverschluss mit der Operation über zwei Wochen hinaus nicht gewartet werden darf.

**Erwin Siegmund** referiert über die *Cholelithiasisoperationen* in der Debrecener chirurgischen Klinik. Die Mortalitätsziffer war bei 837 Operationen bei Kranken vor dem erreichten 40. Lebensjahr 3·2%, bei älteren Kranken 8·56%. Die höhere Mortalität der älteren Patienten wird durch die Vermehrung der Komplikationen beim längeren Bestehen des Leidens erklärt. Er beschäftigt sich eingehend mit den Todesursachen, der cholaemischen Kranken und empfiehlt bei solchen die Bluttransfusion vor der Operation.

**Anton Genersich** schildert die von ihm bei Gallensteinoperationen verwendete Operationsmethode und referiert über die Ergebnisse seiner Operationen.

**Zoltán Berzsenyi.**

**Nikolaus Novák** referiert über die von ihm durchgeführten Gallenstein- und Gallensteinileusoperationen.

**Vidor Révész** betont, dass Cholezystographie niemals den Stein, sondern nur die Obliteration zeigt, Steine sind nur sichtbar, wenn sie Kalk enthalten oder wenn die Gallenblasenwände verdickt und so in der Aufnahme sichtbar sind. Er schildert jene Kunstgriffe, mit welchen sich nicht füllende Gallenblasen sichtbar gemacht werden können.

**Karl Klekner** referiert über die von ihm angewendete Operationsmethode und über die Ergebnisse seiner Gallensteinoperationen.

**Emil Troján.**

**Ludwig Adám** verschliesst die Bauchhöhle nach der Operation nur in geeigneten Fällen, weil einmal nach dem Verschluss eine lebensgefährliche Nachblutung auftrat. Die Drainage hat nach seiner Erfahrung keinerlei Nachteile. Er macht darauf aufmerksam, dass die Steine in der Gallenblase oft nicht palpirt werden können, so dass diese dann mit einer zweiten Operation entfernt werden müssen. Er pungiert deshalb die freigelegte Gallenblase.

**Karl Jellinek:** Kasuistischer Fall.

**Artur Lippay** erörtert die Frage, ob die Drainage oder der Verschluss der Bauchhöhle nach Gallenoperationen vorteilhafter sei. Er verwendet die oberflächliche Äthernarkose nach *Manninger*.

**Stefan Szabó.**

**Wilhelm Manninger:** Die Drainage nach Gallenblasenoperationen verzögert keineswegs die Heilung, deren durchschnittliche

Dauer in einer 500 Fälle umfassenden Serie durchschnittlich neun Tage war.

**Kamillo Vidakovits:** Wenn wir schwere Komplikationen und eine später durchzuführende Operation vermeiden wollen, müssen wir uns rücksichtslos für die Frühoperation einsetzen. Steine bilden sich nur in der Gallenblase, wird diese entfernt, so können sich Steine nicht mehr bilden.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Jubiläum der Balneologischen Landesgesellschaft.** Die Balneologische Landesgesellschaft hält am 24—26. April d. J. unter dem Präsidium des Universitätsprofessors Dr. *Zoltán Vámosy* anlässlich des Jubiläums ihres 40jährigen Bestehens eine wissenschaftliche Tagung und Generalversammlung, im Rahmen einer wissenschaftlichen Feier. Aus diesem Anlass werden seitens der verwandten Gesellschaften entsendete Referenten wissenschaftliche Vorträge halten. Als Referenten fungieren seitens des Ungarischen Ingenieur- und Architektenvereins der Professor der technischen Hochschule *Julius Waelder*, seitens der Meteorologischen Gesellschaft Obermeteorolog *Ernst Massány*, seitens der Hydrologischen Sektion der Geologischen Gesellschaft Staatssekretär *Hugo Böckh*, im Namen des Plattensee-Verbandes *Ladislau Neogrády*, seitens der medizinischen Fakultät die Professoren *Ludwig Bakay*, *Zoltán Dalmady* und *Julius Bence*. Referenten entsenden ferner der Fremdenverkehrsband, der Tuberkuloseverein, der Ungarischen Ärzte und der Ungarische Rheumaverein. Staatssekretär *Hugo Böckh* wird in seinem Vortrag das volkswirtschaftlich überaus wichtige Thema der Trinkwasserversorgung der Plattenseegegend erörtern und eine Lösung dieses Problems vorschlagen, Universitätsprofessor *Ludwig Bakay* aber wird über eine neue Therapie der chirurgischen Tuberkulose sprechen. An der Jubiläumsgeneralversammlung am 26. April nimmt auch der erste Präsident der Gesellschaft, Universitätsprofessor i. P. Regierungskommissär *Wilhelm Tauffer* teil, der aus diesem Anlass den Mittelpunkt zahlreicher Ehrungen bilden wird. Professor *Tauffer* wird in seiner Ansprache sich retrospektiv mit den wichtigeren Ereignissen im Leben der Gesellschaft beschäftigen.

Um auch den Kollegen aus der Provinz die Teilnahme an der Jubiläumsfeier zu ermöglichen, erwirkte die Balneologische Landesgesellschaft eine 33%-ige Fahrpreismässigung auf den Linien der Ungarischen Staatsbahn und der Donau-Save-Adria-Bahn, ferner sicherte sie den nach Budapest kommenden Ärzten für die Dauer der Jubiläumsfeier freie Unterkunft. Bezügliche Aufklärungen erteilt: Dr. *Nikolaus Frank*, Budapest, I., Attila-körút 19.

---

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.)