



# HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioaktive  
Thermalquellen.

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

Das Kurhotel ist mit den Bädern  
in unmittelbarer Verbindung.

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



## 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. **CZYZEWSKY**  
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*

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. — I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“. — II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 7. November 1931.

**T. Kertész:** *Mit Vakzination behandelte Bang-Infektion.* Die Diagnose wurde auf Grund der Anamnese, des klinischen Bildes der Komplementbindungsreaktion und der Erhöhung des Serum-Agglutinationstiters festgestellt. Der Kranke wurde auf spezifische Vakzine fieberfrei und ist es seit drei Monaten.

**A. Rejtő:** *Im Anschluss an Tonsillitis chronica auftretende Thyreoiden.* Infolge von Entzündungen erkrankt, wenn auch selten die Thyreoidea und es entsteht ein entzündliches Struma. Er sah viele Jahre hindurch die Schwellung der Schilddrüse bei Tonsillitiden, dachte aber an keinen kausalen Zusammenhang, bis dann einer seiner Patienten darauf verwies, dass seit der Entfernung seiner Tonsillen sein geschwollener Hals normal geworden ist. Seither hat er in drei Fällen die Rückbildung von geringen Strumen nach Tonsillektomie beobachtet. Seines Wissens wurde dieser kausale Zusammenhang bisher niemals beschrieben, weshalb er die Aufmerksamkeit darauf lenkte.

**P. Venetianer** referiert über zwei Fälle. Bei dem zehnjährigen Mädchen findet sich neben hohem Fieber und Halsschmerzen ein geschwollenes zyanotisches Gesicht. Im linken Schilddrüsenlappen eine empfindliche Resistenz. Nach Freilegung des linken Schilddrüsenlappens bildeten sich die Symptome rapid zurück. Bei dem 34jährigen Mann traten Fieber Halsschmerzen, Schüttelfröste und anfallsweise Atembeschwerden auf, im rechten Schilddrüsenlappen eine kinderfaustgrosse Schwellung, die sehr schmerzhaft ist. Nach der Freilegung rasche Besserung.

**T. Liebermann** hat kürzlich eine Serie seiner Fälle veröffentlicht, in welchen die Tonsillektomie das Struma, resp. die Hyperthyreose beseitigte. Er referiert über zwei neue Fälle.

**K. Csépai:** Eine Thyreoiditis darf nur mit Vorsicht angenommen werden. Oft werden Strumafälle als solche betrachtet, die in der Pubertät häufig auftreten und sich spontan zurückbilden. Treten Struma und Tonsillitis gemeinsam auf und bessert sich das Struma nach der Tonsillektomie, so bedeutet das noch keinen pathogenetischen Zusammenhang. Das Struma inkliniert zur Rückbildung und ist oft keine Thyreoiditis.

**D. Navratil:** *Justrebowa* fand, dass von 10 Ferkeln eines Wurfs die 6 tonsillektomierten Ferkel den nicht operierten gegenüber in der Entwicklung wesentlich zurückgeblieben. Die Gewichts-differenz war 64.3%. Das tonsillektomierte Schwein brachte später nur ein Ferkel zur Welt (gegenüber den nicht operierten Tieren, bei denen die Vermehrungsziffer normal war). Dieses eine Ferkel war auch unentwickelt. Bei diesem unentwickelten Ferkel und bei der Muttersau erinnerte der histologische Schilddrüsenbefund an Basedow-Struma. Er ist ein Anhänger der konservativen Tonsillennoperation und empfiehlt diese der Tonsillektomie gegenüber, die nur im extremen Fällen indiziert ist. Der gleichen Ansicht sei auch die Klinik in Saratow.

**A. Rejtő:** Die Fälle von *Venetianer* bieten wertvolle Beweise für den Zusammenhang zwischen akuter Tonsillitis und Thyreoiditis. *Liebermann* hat seine Beobachtungen mitgeteilt, er hat sie nicht gesehen, sind sie aber veröffentlicht, so macht er keinen Anspruch auf die Priorität. *Csépai* gegenüber betont er, dass zwischen Tonsillitis und Schilddrüsenentzündung ein kausaler Zusammenhang besteht, wobei der Namen nicht wichtig ist. Dem von *Navratil* zitierten russischen Autor gegenüber beruft er sich auf die Mäuseexperimente von *Voss*, bei welchen die tonsillektomierten Mäuse unfruchtbar blieben. Diesbezüglich sind die Tierversuche nicht entscheidend, weil bei Menschen der Rachenring die Mandelfunktion vollkommen ersetzen kann.

**G. Illyés:** *Frühzeitig konstatiertes kleiner Nierentumor.* Bei dem 43jährigen kräftigen Mann zeigte sich blutiger Urin ohne jede Schmerzen, im Urin fanden sich Eiweiss und Zylinder. Die Röntgenuntersuchung zeigte keinerlei Abnormität, das Zystoskop einen blutigen Harnstrom aus beiden Ureteren, der Kranke wurde mit der Diagnose Nephritis acuta haemorrhagica zu Bett gelegt und in Diätbehandlung genommen. Als der Zustand sich nach 17tägiger Liegekur nicht besserte, wurde der Kranke zum Vortragenden gebracht. Die zystoskopische Untersuchung zeigte bei dem

ziemlich blutarmen Kranken rechtsseitige Nierenblutung, aus dem linken Ureter entleerte sich normaler Harn. Nach Umbrenalfüllung des rechten Nierenbeckens zeigte sich von einer verkürzten Kelchspitze ausgehend ein knäueiförmig gegen die Rindensubstanz sich verbreitender, nussgrosser, scharfbegrenzter Schatten, der blässer war, als die Schatten des Nierenbeckens und der Kelche, welcher Schatten derart zustande gekommen ist, dass in das durch die Geschwulst verletzbarer gewordene Nierengewebe das in das Nierenbecken eingeführte Kontrastmittel eingedrungen war, was den beschriebenen Schatten verursachte. Nach Vergleich mit den übrigen klinischen Symptomen wurde sofort an eine kleine Nierengeschwulst gedacht, der Kranke wurde operiert und im Zentrum der entfernten Niere fand sich eine haselnussgrosse, schwefelgelbe, scharf begrenzte, weiche Markgeschwulst, die sich als bösartiges Hypernephrom erwies. Derart konnte daher die Diagnose in einem sehr frühem Stadium festgestellt werden. Jeder Bluthirn muss sehr ernst genommen, und je eher Ort und Ursache der Blutung festgestellt werden, weil dann bösartige Geschwülste zu einer Zeit operiert werden können, wo sie die Niere noch nicht überschritten, und keinerlei Metastasen gebildet haben.

**L. Hencz** demonstriert einen frühen Fall von Nierentumor bei einer 43jährigen Frau, die seit drei Monaten blutet. Die rechte Niere ist ptotisch und blutet. Geringe Verspätung der Indigokarminausscheidung rechts mit Funktionsausfall geringen Grades. Die retrograde Pyelographie zeigt die drei Kelchsysteme der rechten Niere ohne jede Verzerrung, die obere Ureterpartie ist bogenförmig nach aussen gekrümmt, was auch durch die Nierensenkung verursacht werden konnte. Bei der Freilegung scheint am oberen Pol der rechten Niere durch die Kapsel ein Tumor von der Grösse einer grünen Nuss durch. Nephrektomie, per primam Heilung. Die histologische Untersuchung zeigt ein Hypernephrom. Die Regel in der Abteilung des Redners ist, dass bei jeder einseitigen Nierenblutung die Freilegung durchzuführen ist, selbst wenn die Funktionsprüfungen und die retrograde Pyelographie auf keinen Tumor verweisen, weil eine Herdnephritis und ein beginnender kleiner Tumor nur derart differenziert werden können. Ist kein Tumor vorhanden, so wird die Dekapsulation durchgeführt.

**B. Rihmer:** Bei Nierenblutung sind sämtliche diagnostische Hilfsmittel zur Entscheidung der Frage in Anspruch zu nehmen, ob nicht ein Tumor die Ursache der Blutung ist. Vor Jahren wurde er von einer Dame mit r. Nierenblutung aufgesucht. Es war kein anderes Zeichen, als die Verzögerung der Ureums auf dieser Seite vorhanden, sie willigte in die Operation nicht ein. Nach zwei Jahren hatte sie ein Hypernephrom. In einem anderen Fall von Hämaturie wurde der Tumor operativ entfernt, trotz des glatten Verlaufes der Operation trat Metastase auf. Vor kurzem operierte er einen intraglutalen Tumor, in einem anderen Fall fand er Metastasen am Schädeldach. Bei Blutungen infolge von Steinen weisen die Symptome zurecht, bei Tbc.-Blutungen finden sich Eiterzellen. Er hat das Wort ergriffen, um die Aufmerksamkeit der

praktischen Ärzte auf die überragende Bedeutung der Hämaturie zu lenken.

**L. Bakay** und **D. Klimkó**: *Der heutige Stand der Tetanusfrage*. Die Vortragenden haben auf Anordnung des Staatssekretärs *Tibor Györy* die 1928—31 in Ungarn vorgekommenen und angemeldeten Tetanusfälle aufgearbeitet. Von 988 Tetanuskranken starben 603 und heilten 385. Die meisten Fälle im Verhältnis zur Einwohnerzahl gab es im Komitat Hajdu. Sie erörtern eingehend die Art der vorausgegangenen Verletzung, die Verteilung nach Beschäftigung, Alter, Körperteil und Monaten, die Inkubationszeit je nach den verletzten Körperteilen, die Verhältnisziffer der Mortalität im allgemeinen und in den einzelnen Altersklassen. Sie schildern die Folgen der Krankheit, die als Todesursache figurierende Erstickung, Herzlähmung und Allgemeininfektion. Die Bedeutung der prophylaktischen Impfungen wird durch statistische Daten nachgewiesen. Die Ergebnisse der verschiedenen Behandlungsarten werden in Tabellenform vorgeführt, diese zeigen, dass die reichliche Überschwemmung des Organismus mit Serum und gleichzeitige Anwendung von Betäubungsmitteln die besten Erfolge zeitigen.

**S. Tóth** betrachtet es als seine Pflicht, die Beschaffung der wertvollen Daten dem Ministerium für Volkswohlfahrt Dank zu sagen.

**K. Borszéký** liefert zu dieser wichtigen Frage Daten aus der Hauptstadt. In seiner überaus frequenten Abteilung wurden in den letzten drei Jahren nahezu 4000 Verletzungen behandelt, ein grosser Teil derselben betraf Fussverletzungen, doch trat in keinem einzigen Fall Tetanus auf. Ob deswegen, weil in jedem Fall präventiv geimpft wurde, oder weil vielleicht im Budapester Strassenstaub der Tetanus wegen der Verringerung der Zahl der Pferde keine so wesentliche Rolle spielt, wie in der Provinz, sei schwer zu entscheiden, doch dürfte die letztere Annahme der Wahrheit näher kommen. Im Anschluss hieran will er die alle Ärzte interessierende Frage an den Vortragenden richten, ob bei sämtlichen Verletzungen die Präventivimpfung vorgenommen werden soll, oder nur bei gewissen Verletzungen. Diese Frage ist umso wichtiger, weil bekanntlich Schadenersatzklagen gegen Ärzte erhoben wurden, die keine Tetanusimpfung verabreicht haben. Seiner Ansicht nach kann die Tetanusimpfung bei sämtlichen Verletzungen kein Dogma sein, weil das über das Ziel schiessen würde. Impfungen verlangen und erhalten auch solche, die durch die Kleider hindurch verletzt wurden, oder nur Hautabschürfungen erlitten, wobei die Wahrscheinlichkeit einer Infektion gering ist. In solchen Fällen ist seiner Ansicht nach die Impfung nicht unbedingt notwendig, wenn auch das Publikum sie fordert. Eine andere Frage ist, ob es auch andere Infektionswege gibt. Er beobachtete während des Krieges einen Fall, wo am Oberschenkel eines Kranken eine Lipomoperation durchgeführt wurde und nach der Operation Tetanus auftrat. Der Fall konnte nur damit erklärt werden, dass der Arzt die inneren Unterbindungen mit Katgut durchführte und dieses die Infektionsquelle bildete.

**J. Bókay:** Nach Ansicht des Vortragenden bleibt die auf Neugeborene bezügliche statistische Angabe wahrscheinlich hinter den Tatsachen zurück. In der Krankenhausstatistik zeigt die Zahl der Tetanusfälle von Neugeborenen im Material der Ambulanz keine auffallenden Ziffern und nimmt von Jahr zu Jahr infolge der schrittweise fortschreitenden Säuglingshygiene ab. Die Erfahrung zeigt, dass obwohl die Infektion der Neugeborenen durch den Nabel erfolgt, die Nabelwunde bei der Vorstellung der Kranken, also am 7—10. Tag bereits geheilt ist, und Ulcus umbilici oder Periomphalitis nur ausnahmsweise zu sehen sind. Die Tetanusb mortalität der Neugeborenen schwankt auch heute um 90% herum, weil die Fälle spät gebracht werden, zumeist am dritten Krankheitstag, wo die Antitoxintherapie schon verspätet einsetzt. Die Prognose der späteren kindlichen Tetanusfälle ist viel günstiger.

**Z. Bókay** demonstriert die Angaben der seit September vorigen Jahres in der Debrecener Kinderklinik behandelten 12 Tetanusfälle. Von diesen heilten 10 und starben 2. Er schildert eingehend den Verlauf der Behandlung, diese besteht in einer derartigen Zuführung von Tetanusantitoxin, dass das ausgeschiedene Antitoxin ständig ersetzt wird. Die Infektionsstelle wird freigelegt und mit Hydrogensuperoxyd tamponiert. Zur Beruhigung verabreicht er Magn. sulf. und vermeidet Morphin, das viel zu rasch ausgeschieden wird. Die Kranken dürfen nicht mit anderen Säuglingen gemeinsam untergebracht werden, sehr wichtig ist absolute Stille, das Zuschlagen von Türen, ja selbst die Berührung der Wiege ist verboten, auch die Ernährung erfolgt im Halbschlaf. Die Kranken gelangten gewöhnlich in der 1—2. Woche nach der Infektion zur Behandlung.

**T. Györy** hat die Datensammlung vor drei Jahren nicht als Beamter, sondern als Arzt eingeleitet, um sich von der Richtigkeit eines medizinhistorischen Dogmas zu überzeugen. Ein solches von einem Lehrbuch ins andere übernommene Dogma war die *Wunderlich* zugeschriebene Behauptung, dass das Fieber bei Temperaturen über 37.50 C beginnt. Daran ist kein Wort wahr. Ein anderes solches Dogma war, dass Tetanus durch Gartenerde verursacht wird. Der Krieg hat bewiesen, dass die Erde der Schützengräben ebenso mit Tetanus infiziert ist, wie die Gartenerde. Er hat nicht erwartet, dass sein medizinisch-historisches Interesse so weitreichende Folgen zeitigen wird, wie sie im heutigen Vortrag dargestellt wurden. Er verspricht die Datensammlung so lange fortzusetzen, wie das von den Vortragenden gewünscht wird.

**B. Kanyó** verweist auf die praktische Bedeutung der dauernden und hochgradigen Immunität die durch prophylaktische Impfungen mit Tetanusantitoxin erzielt werden kann und deren Anwendung bei Personen die Infektionen ständig ausgesetzt sind, berechtigt ist. Mit den guten Ergebnissen der Immunisationsversuche in den Heeren von Frankreich Holland und Böhmen stehen die von *Szélyes* durchgeführten Tierimpfversuche im Einklang. Nach diesen Tierversuchen wird die Wirkung des Tetanusantitoxin wesentlich herabgemindert, wenn der fragliche Organismus mit dem Serum jener Tierart bereits vorbehandelt wurde, die das antitoxische Serum geliefert hat. In solchen Fällen sei unter dem Schutz der sofortigen Serumbehandlung die mit Antitoxin kombinierte und unterstützte wiederholte Schutzimpfung besonders empfehlenswert.

**A. Lippay** referiert über 2 Tetanusfälle. Ein an Gallenstein

leidender Patient erkrankte drei Tage nach der Operation unter Tetanussymptomen. Er war nicht imstande die Infektionsquelle festzustellen, war aber überzeugt, dass die Ursache im Blumenschmuck der Abteilung zu suchen sei. Seitdem der Blumenschmuck in der Abteilung verboten ist, beobachtete er keinen neuen Fall. Im Vortrag von *Bakay* haben zwei Angaben sein besonderes Interesse erregt. Die erste ist die Ubiquität des Tetanusbazillus, dieser kann in der Kleidung und auf der Haut gewisser Volksschichten immer gefunden werden. Womit sei aber dann die Tatsache zu erklären, dass es trotzdem so wenige Tetanusfälle gibt? Zweitens will er darauf aufmerksam machen, wenn so überaus geringfügige Verletzungen Tetanus verursachen können, so taucht die Frage auf, wann Antitoxin verabreicht werden soll, was nicht nur eine Frage der rechtlichen Verantwortlichkeit, sondern auch des ärztlichen Gewissens ist. Die Frage ist auch für den Militärarzt wichtig, denn der Arzt eines Husarenregiments versorgt z. B. allwöchentlich viele hunderte kleine Verletzungen. Müssen die Verletzten in jedem Fall geimpft werden, so verteuert das sehr erheblich die Behandlung und ist mit zahlreichen Schwierigkeiten verbunden. Obwohl solche Fälle nicht geimpft werden, gab es schon seit vielen Jahren keine Tetanusinfektion.

**J. Donath** hat als Chirurg am russisch-türkischem Krieg teilgenommen und im Schipka-Pass gewirkt. Hier behandelte er mehr als 800 Frostverletzungen an Händen und Füßen, bei den Russen gab es mehr als 4000 Fälle. Schon damals war ihm aufgefallen, dass unter jenen Patienten, die auf Stroh oder auf der Erde lagen, zahlreiche Tetanusfälle auftraten. Damals wurde das als Folge der Gangraen betrachtet, während wir jetzt über die Krankheitsursache im Klaren sind.

**L. Bakay: Borszéky** antwortete, dass der Tetanus in Budapest deshalb seltener vorkommt, weil akzidentelle Wunden sorgfältig und rasch versorgt werden und die Verletzten die prophylaktische Impfung erhalten, die zumeist von ihnen selbst gefordert wird. **Lippay** kann er nur empfehlen, in Fällen, wo Erde in die Wunde gelangt ist, die prophylaktische Impfung durchzuführen. Er konnte sich nur mit einem Teil der Tetanusfrage beschäftigen, und auf die Antitoxinversuche nicht erstrecken, weil solche in Ungarn noch nicht durchgeführt wurden. Aus den Darlegungen von **Johann Bókay** geht hervor, dass der Tetanus der Neugeborenen viel häufiger vorkommt, als in der Statistik erfasst wird. Die Angaben von **Zoltán Bókay** bestätigen seine Beobachtung, dass der Tetanus im Komitat Hajdu sehr häufig ist. Die guten Erfolge dieses Redners sind auf die längere Inkubationszeit und auf die reichliche Serumdarreichung zurückzuführen.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 28. Oktober 1931.

**I. Bárdossy** und **G. Habán: Endometriumartiges Gewebe in einer Laparotomienarbe.** Bei der 40jährigen Frau wurde vor 15 Jahren eine Appendektomie durchgeführt. Nach Ausrottung des Appendix trat in der Bauchwandnarbe eine langsam wachsende, geschwulstartige Schwellung auf, die allmonatlich bei der Menstruation grösser und schmerzhaft



**F. Réffy:** *Carcinoma in lupo.* An der Nase des 40jährigen Landwirten entstand als er 12jährig war, ein Lupus vulgaris. Dieser griff immer weiter um sich, zerstörte allmählich die Nasenspitze, den grössten Teil der Oberlippe und verursachte narbige Veränderungen im Gesicht. Im letzten Frühjahr brach das Geschwür wieder auf und es entstand an Stelle der Nase eine auf das Gesicht und auf die Oberlippe sich erstreckende, ungefähr kindeshandtellergrosse, runde, solide Geschwulst mit aufgeworfenen Rändern und unebener Basis. Nach dem histologischen Befund findet sich eine Plattenepithelwucherung mit Hornperlen, das mehrschichtige Plattenepithel treibt Zapfen in die Tiefe, innerhalb derselben sind die Epithelzellen degeneriert, polymorph und zeigen atypische Kernteilungen. Der Kranke erhielt 1928 wiederholt Röntgenbestrahlungen, nach diesen trat die krebsige Degeneration auf.

**J. Guszman:** Das Schicksal der an Gesichtslupus leidenden Kranken ist entsetzlich. Die demonstrierten Fälle führen alle zum Exitus, zum Teil wegen der Metastasen. Er wendet Röntgenbehandlung nur bei schweren Lupusfällen an und hält den Lupus selbst als präkarzinomatösen Zustand.

**F. Müller:** *Interessanter Fall von Nagelpsoriasis.*

**G. Steiner:** *Beiträge zur Kenntnis der Müller-Reaktion.* Er führte die Müller-Reaktion in 1211 Fällen durch und bestätigt die Ansicht, dass diese sehr gut ist. Ihre Ergebnisse stimmen mit anderen genau durchgeführten Reaktionen — Wa.-R., Kiss-Reaktion, modifizierte Kahn-Reaktion — vollkommen überein. Der Vorteil dieser Reaktion ist, dass der Unterschied zwischen positiven und negativen Ergebnis auch mit freiem Auge sehr leicht und exakt festgestellt werden kann. Ihr Nachteil ist, dass sie komplizierter ist, als andere Verfahren und lange dauert. Die Vorschriften sind genau zu befolgen, doch gibt es auch so Schwankungen in der Antigenstärke und im Reaktionsverlauf.

## I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“.

I. Vollsitzung am 1. Juni 1931.

(Fortsetzung.)

### IV. Hauptthema Harnsteine.

Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft und der Ungarischen Urologischen Gesellschaft.

**Géza Illyés** (Budapest): *Nieren- und Uretersteine.* Referent erörtert die Verfahren zur Feststellung und Lokalisierung von Steinen. Dieser diagnostische Teil bildet das wichtigste Kapitel der Nierensteinfrage, weil auf diesem Weg festgestellt werden kann, ob und was für ein Eingriff notwendig ist. Verfahren in einfachen Fällen: Untersuchung auf



mehrfache Divertikel). In das Divertikel können deszendierte primäre Steine gelangen, und nach Infektion können sich dort sekundäre Steine bilden. Symptome: Steinklagen, Dysurie. Diagnose: Zystoskopische und Röntgenuntersuchung mit Kontrastfüllung, das erste Bild bei gefüllter, das zweite bei entleerter Blase. Findet sich neben Blasenstein ein Divertikel, so ist die Lithotripsie kontraindiziert. Wenn der Zustand des Kranken es zulässt, ist mit dem Stein auch das Divertikel zu beseitigen. Die palliative Operation besteht aus der nach der Steinextraktion durchgeführten Elektrokoagulation der Divertikelöffnung. Ist das Divertikel gross und finden sich Verwachsungen, so ist das Divertikel von der Blase abzulösen und separat zu drainieren. Am Blasenhalshindernisse (Prostatahypertrophie) sind immer zu lösen, sonst bleiben dysurische Klagen zurück.

**Aurel Koós** (Budapest): *Die Harnsteine des Kinderalters.* In diesem Alter sind Nieren- und Uretersteine ziemlich selten. Am häufigsten finden sie sich in der Blase und sind oft schon bei Kleinkindern sehr gross. Nach Erörterung der Ätiologie, Pathogenese Symptome, Diagnose, Differenzialdiagnose und Prognose beschäftigt er sich mit der Therapie. Behandlung der Nieren- und Uretersteine ist die gleiche, wie bei den Erwachsenen. Steine in der Urethra sind womöglich durch Extraktion zu beseitigen. Ist der Stein fest eingekellt, so kommt es bei Kindern oft zur externen Urethrotomie, weil wegen des geringen Urethradurchmessers rohe Manipulationen schwere Verletzungen in der Harnröhre verursachen können. Blasensteine sind operativ zu beseitigen. Viele erzielen mit speziell für Kinder adaptierten Lithotriptoren gute Resultate (1—2% Mortalität). Die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen beseitigt die kindlichen Blasensteine mit Sectio alta, die bei Kindern infolge der günstigeren anatomischen Konfiguration sehr leicht durchgeführt werden kann. Während früher die Statistik (*Güterbock* 1894) 23.6% Mortalität bei der Sectio alta wegen Blasenstein aufwies, wurde im Stefanie-Kinderspital bei den in den letzten 15 Jahren in 70 Fällen durchgeführten Sectio alta-Operationen wegen Blasenstein in jedem Fall Heilung erzielt.

**Aussprache.** **Johann Bókay** (Budapest) hat 1894 im Internationalen Hygienekongress 1621 Kinderharnsteine ausgestellt, 1912 die geographische Verbreitung von 1836 Fällen beschrieben und nachgewiesen, dass die meisten Fälle auf das Donau- und Theissgebiet entfallen. Er ist der Ansicht, dass diese Harnsteine renalen Ursprungs sind und Harnsäure-Infarkten der Neugeborenen entstammen. Die Heredität spielt seiner Ansicht nach keine bedeutende Rolle.

**Albin Schmidt** (Budapest): *Ungewöhnlich grosse Uretersteine.* Ungewöhnlich grosse Uretersteine sind sehr selten, weil der Stein so heftige Symptome auslöst, dass wenn er

nicht von selbst abgeht, der Fall zur Operation gelangt, so dass keine Zeit für das Wachstum des Steines vorhanden ist. Er referiert über drei ungewöhnlich grosse Uretersteine, die in den letzten Jahren in der I. Chirurgischen Klinik operativ entfernt wurden. Die Steine lösten in keinem Fall besondere Klagen aus, so dass diese sich wahrscheinlich in einer bereits bestehenden Uretererweiterung so erheblich entwickelt haben.

In der Aussprache wurden technische Details der operativen Behandlung erörtert.

**Eugen Dózsa** (Budapest): *Schwangerschaft und Nierensteine.* Bei mit Schwangerschaft komplizierten Nierensteinen tauchen die praktisch bedeutungsvollen Fragen auf, welche Wirkung der Stein auf die Niere der Schwangeren ausübt, die Bedeutung der Frühdiagnose, die Gefährdung der Schwangerschaft und des Lebens der Frucht durch die Steinerkrankung, wann Operation und wann Schwangerschaftsunterbrechung indiziert sind, in welchem Masse die Schwangerschaft die Durchführung der Steinoperation erschwert oder gefährdet und ob bei wegen Stein nephrektomisierten Frauen die abermalige Konzeption, resp. die Austragung der Schwangerschaft gestattet ist. Er erörtert eingehend das rasche Steinwachstum bei Schwangerschaft und die Gefahren die durch das Nichterkennen resp. durch die irrtümlich als Pyelitis diagnostizierten Steine erwachsen. Eben deshalb soll, wenn die Pyelitis auf die übliche Behandlung sich nicht bessert, eine Röntgendurchleuchtung der Nieren durchgeführt werden.

(Fortsetzung folgt.)

## II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte.

Budapest, am 4. und 5. April 1931

(Fortsetzung.)

**D. Raisz:** *Chorionepitheliom mit seltenen klinischen Symptomen.* Bei der seit zwei Jahren an Amenorrhoe leidenden Kranken trat fünf Jahre nach der Molenschwangerschaft ein Chorionepitheliom auf, das gegen den Bauchraum zu fortschritt. Die Ursache der Amenorrhöe sind die in den vorausgegangenen Jahren wiederholt durchgeführten Curettagen. 31 Tage nach der Operation Exitus infolge Lungenmetastase. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf den hohen diagnostischen Wert der *Zondeck-Aschheim*-Reaktion.

**I. Böhm:** *Lebensgefährliche Menstrualblutungen.* Er referiert über zwei junge Mädchen, die mit schweren Anämien, infolge starker Menstrualblutungen eingeliefert wurden. Die Blutung wurde in beiden Fällen durch Curettage sofort zum Stillstand gebracht, worauf zwei Milzbestrahlungen in dreiwöchentlichen Intervallen durchgeführt wurden. Der Zustand der Kranken besserte sich, ihre Men-

stration kam in Ordnung. Er empfiehlt diese vollkommen gefahrlose Methode.

**F. Strobl:** *Das Verhalten der Menses bei Ovarialgeschwülsten.* Im Anschluss an 211 Fälle fand er, dass der Menstrualtypus bei benignen Geschwülsten in 93% der Fälle normal war. In 37% fand er mittelstarke und in 28% unternormale Blutungen. Bei malignen Geschwülsten klagten die Kranken über sehr reichliche Blutungen.

**F. Kovács:** *Maligne Ovarialgeschwülste.* In der II. Frauenklinik wurden 30,8% der 3096 Laparotomien wegen Ovarialgeschwülsten durchgeführt, von diesen waren 173 bösartige Ovarialtumoren, was 18,2% ausmacht. Hievon entfallen 15,9% auf Karzinome, 1,6% auf Sarkome und 0,6% auf Keratome. Die meisten Fälle gab es im Alter zwischen 40 und 50 Jahren. Nach Erörterung der Bedeutung des Ascites und der Doppelseitigkeit, behandelt er die beobachteten Geschwulstarten vom morphologischen Gesichtspunkt. Die primäre Operationsmortalität war 2,3%, innerhalb eines Jahres nach der Operation starben 16,5%, in 5 Jahren 29%, innerhalb 9 Jahren aber 32%. Nach der Operation wurde systematisch die prophylaktische Röntgenbehandlung durchgeführt.

**Sz. Stefancsik:** *Mit freiem Auge kaum wahrnehmbare Ovarialgeschwulst.* Auf der Schnittfläche des etwas vergrösserten und einige Zysten aufweisenden Ovariums, tritt ein ungefähr hirschkorngrosses helles, gelblich-braunes, scharf begrenztes Gebiet hervor. Bei der histologischen Untersuchung fand sich typisches Schilddrüisengewebe. Der Tumor kann als *Teratoma ovarii strumosum* bezeichnet werden. Der Fall ist wegen seiner Seltenheit und seines geringen Umfanges interessant.

**K. Kovács:** *Seltener Fall von Ovarial-Tbc.* An Stelle des operativ entfernten Ovariums fand sich ein mannesfaustgrosses tumorartiges Gebilde, das im ganzen Umfang aus Kavernen besteht, die mit haselnuss-nussgrossen käsigröcklichen Massen ausgefüllt sind. Die Kavernenwände bildeten neben wenig normalen Ovarialgewebe typische Tuberkel enthaltende Granulationen.

**C. Fátyol:** *Aktinomykose des Ovariums.* In die II. Frauenklinik wurde eine Patientin mit der Diagnose: ovarialer Tumor aufgenommen. Bei der Operation wurde eine Geschwulst entfernt, die sich als Aktinomykose erwies. Das Becken war nach einer vier Wochen dauernden Kontrolle vollkommen frei.

**S. Stux:** *Fälle von Tubentorsion und tubarer Stiltorsion.* Der Vortragende schildert seine drei Fälle und empfiehlt die Verwendung dieser beiden Bezeichnungen im klinischen Sinn. Der eine Fall betraf die Torsion einer normalen Tube, die zwei anderen Fälle waren tubare Stiltorsionen, weil in dem einen Fall die Torsion eines Haematosalpynx, in dem andern die Torsion von Hydro- und Pyosalpynx vorlag.

**M. Ács:** *In die Blase perforierte Adnextumoren.* Er referiert über 5 Fälle von in die Blase perforierten Adnextumoren. Er betont, dass wegen der Gefahren der Operation in der Therapie der konservative Standpunkt zu beobachten sei, dieser sei wegen einer noch so geringfügigen Möglichkeit einer ascendierenden Infektion der Harnwege motiviert.

**E. Hints:** *Pseudomyxoma peritonei.* Das Leiden ist ernst, weil der geleeartige Stoff, welcher das Bauchfell bedeckt, den Lymphstrom des Bauchraumes verhindert und zum Funktionstod des Peritoneums, zur Kachexie und schliesslich zum Exitus führt. Die

Heilung hängt von der Frühdiagnose und der Operation ab. Die Symptomatologie des Leidens ist noch nicht geklärt. Charakteristisch sind das Alter über 40 Jahren, bestehende Ovarialzyste, plötzlich auftretender mässiger Schmerz im Bauchraum, Afebrilität, erhöhte Pulsfrequenz, freie Flüssigkeit im Bauchraum, die ihren Platz kaum ändert, normale Blutkörperchensenkung und normale Leukozytenzahl. Nach der Operation soll in jedem Fall die Röntgendurchstrahlung des Bauchraumes durchgeführt werden.

**I. Szentei:** *Die Anwendung von Calcutrin in der Geburtshilfe und Gynäkologie.* Das Calcutrin ist intravenös zu verabreichen. Es besteht aus 5 Kcm 10%-igen Calcosol (10%-iges Calciumchlorat + Carbamid) und 10 Einheiten Glanduitrin. Es wurde mit gutem Erfolg zur Blutstillung und als Uterotonicum bei Geburten, Atonie und bei mangelhafter Gebärmutterrückbildung im Wochenbett verabreicht. Das Mittel steigert den Blutdruck nicht. Es kann bei solchen gynäkologischen Blutungen mit Erfolg verwendet werden, wo die Blutung mit Adnextumor oder Ovarialentzündung im Zusammenhang steht.

**G. Mészáros:** *Diättherapie in der Frauenheilkunde.* In der Gynäkologie sind diätische Vorschriften oft erforderlichlich: bei Individuen mit entkräfteter Konstitution wegen der chronischen Obstipation, bei Verfettung und bei übermässiger Abmagerung, in solchen Fällen ist neben innersekretorischen und physikalischen Verfahren die Diät sehr wichtig. Bei Diätvorschriften sind die materielle Lage der Kranken, deren Arbeitsverhältnisse, sowie die Begleitumstände zu berücksichtigen. Durch Anwendung von lange dauernden, wenig anstrengenden Kuren sind bessere Resultate zu erzielen. Zwischen Wundheilung und Ernährung besteht kein nachweisbarer Zusammenhang.

**Aussprache. E. László:** In einer 1922 erschienenen Arbeit verwies er auf die Rolle der prophylaktischen Jodinjektionen in der Ätiologie der extrauterinen Graviditäten. 1924 lenkte er abermals die Aufmerksamkeit darauf, dass die im Anschluss an Jodinjektionen sich entwickelnde Endosalpyngitis catarrh. acuta die extrauterine Einbettung des Eies verursachen kann, besonders wenn die Jodinjektion zu einem Zeitpunkt erfolgt, wo die Eiwanderung noch nicht abgeschlossen ist. Es sei selbst in medizinisch streng indizierten Fällen wünschenswert, für die ersten 6 Wochen der Gravidität gesetzlich die unbedingte Verbotszeit gegenüber der relativen Verbotszeit im späteren Verlauf der Gravidität festzustellen.

**J. Lovrich** will die ethische Seite der Frage der Jodinjektionen nicht betonen, denn er ist der Ansicht, dass diese für jeden ungarischen Frauenarzt obligatorisch ist, der dieser Gesellschaft angehört. Die Jodinjektion ist nicht nur ethisch verboten, sondern auch überaus gefährlich. Nicht nur der chemische Reiz des Jods ist schädlich, sondern noch mehr die durch das Jod provozierte schwere, oft Monate dauernde Entzündung. Das Mittel verursacht Nekrosen, Aufflammen von ruhenden Entzündungen, sowie Bauchfellentzündung in der Umgebung der Gebärmutter. Das Verfahren ist auch deshalb gefährlich, weil bei verzögerten Menses kurz nach der intrauterin verabreichten Jodinjektion die Wand der graviden Tube reissen kann und die Frau, die ihre Schwangerschaft bekämpfen will, in Todesgefahr bringt. Derart kann jede Jodinjektion Entzündungen oder Ruptur bei der extrauterinen Gravidität verursachen.

**V. Zempléni:** Die gefährliche und schädliche Wirkung der intrauterinen Jodinjektionen ist den Ärzten bekannt, doch haben die Laien hievon kaum Kenntnis. Die Frage ist eine der schwierigsten Punkte der gynäkologischen Praxis.

**E. Burg:** In der Pécsér geburtshilflichen Klinik wurde in drei Fällen das Auftreten von extrauterinen Graviditäten nach vorausgegangenen Jodinjektionen beobachtet. Er fragt, ob in dem von *Frigyesi* erwähnten Fall die Tube total verschlossen war oder nicht, denn wenn ja, so kam die Befruchtung jedenfalls durch äussere Wanderung der Spermafäden zu Stande.

**S. Tóth** bemerkt zu dem von *Raisz* demonstrierten Chorionepitheliomfall, dass er die Kranke gleichfalls gesehen hat, und eine Schwangerschaft des wachsenden Uterus bei Amenorrhoe nicht ausschliessen konnte. Als er sich jedoch durch wiederholte Untersuchungen überzeugete, dass eine Geschwulst und keine Schwangerschaft vorliegt, empfahl er Ende Juni die Operation. Zur gleichen Zeit beobachtete er den amenorrhoeischen, im Wachstum begriffenen Uterus der Gemahlin eines Kollegen, wo er feststellte, dass weder Schwangerschaft, noch missed Abortion, sondern eine Geschwulst vorliegt. Er operierte und fand ein Sarkoma uteri. Der Uterus zeigte daher weder bei Chorionepitheliom, noch bei Sarkom Blutung, dagegen Wachstum in beiden Fällen. *Fritsch* erklärt in seinem Lehrbuch, dass es weder für die Familie, noch für den Arzt eine grössere Unannehmlichkeit gebe, als eine irrtümliche Schwangerschaftsdiagnose. Redner zögert eben deshalb nicht in Fällen, wo er in der Diagnose nicht sicher ist, das der Kranken mitzuteilen und diese immer wieder zur Untersuchung zu beordern.

**K. Lchóczy-Semmelweis:** Ebenso wie die Jodinjektionen, sei auch die Erzwingung der Durchblasung der Tube, die Einführung des zur Salpingographie verwendeten Kontrastmittels gefährlich. Wohl wirkt das Kontrastmittel nicht ätzend wie das Jod, es sei jedoch ungewiss, wie sich die empfindliche Tubenschleimhaut dem Kontrastmittel gegenüber verhält. Bei der Durchblasung der Tuben aber können solche Verletzungen entstehen, die zur extrauterinen Schwangerschaft führen. Er stimmt mit den von *Raisz* betonten Gesichtspunkten bei Myomoperationen überein, doch könne man auf Grund der wenigen — 4—6 positiven Befunde — die aus den späteren Untersuchungen gewonnen wurden, noch keine so weitgehenden Folgerungen ableiten, wie das der Vortragende getan hat.

**H. Singer:** Die Gefährlichkeit der prophylaktischen Jodinjektionen ist dadurch entschieden worden, dass die Salpingographie nachgewiesen hat, dass das Kontrastmittel schon wenige Minuten nach der Einspritzung in die Peritonealhöhle gelangen kann. Das geschieht namentlich bei den sogenannten Fällen von hypertensischen Uterus.

**S. Stux** analysiert einen Fall von Pseudomyxoma peritonei, wo er Paramucin feststellte. Er betont die Bedeutung der quantitativen Analyse.

**J. Frigyesi:** Die ätzende und bakterielle Krankheiten verursachende Wirkung der Jodinjektion ist allgemein bekannt. Viel häufiger sind dagegen solche von fieberhaften Erkrankungen nicht begleitete Veränderungen, die durch die Ätzwirkung des Jods in den Tuben herbeigeführt werden. Eben deshalb verabreicht er niemals und auf keinerlei Indikation hin eine Jodinjektion, nur bei Kurettagé, bei erweitertem Zervikalkanal. Er kennt die Publika-

tion von László. Es ist zur Zeit allgemein bekannt, dass die intrauterin verabreichten Mittel in die Tuben gelangen. Von den bei der Salpingographie verwendeten Jodipin- und Lipiodol-Lösungen wurden in zahlreichen Serienuntersuchungen festgestellt, dass sie weder das Tubenepithel, noch auch deren Flimmerepithel schädigen. In dem einen seiner demonstrierten Fälle war das Tubenlumen vollkommen verschlossen, im anderen Falle war ein kaum einem Drittel der Normalweite entsprechendes durchgängiges Lumen vorhanden. In diesem Fall konnte daher die extrauterine Schwangerschaft auch durch äussere Einwanderung zustande kommen.

**D. Raisz:** Jene Folgerungen, auf deren Grundlage derzeit die submukösen Myome operiert werden, wurden nicht aus den Ergebnissen von bakteriologischen Untersuchungen, sondern von der allgemein bekannten Tatsache abgeleitet, dass bei der supravaginalen Operation die submukösen Myome, oft unter Begleitung von Fieber heilen und in zahlreichen Fällen um den Stumpf sich bildende Exsudate die Rekonvaleszenz stören. Mit den bakteriologischen Untersuchungen war man nur bestrebt, die höhere Morbidität zu erklären.

**Hauptfrage: Harnorgane.**

**M. Ács:** *Die Ursachen der weiblichen Zystitiden.* Er gruppiert aus dem Material der II. Frauenklinik jene Faktoren, die für das Entstehen der weiblichen Zystitis eine wesentliche Rolle spielen. Solche sind die Katarrhe der Harnwege, die eitrigen Nierenkrankheiten, Nieren-Tbc, die verschiedenen pathologischen Prozesse der Genitalien: Utruskrebs, Myom, parametrale Exsudate, pathologische Lageveränderungen des Uterus. Schwangerschaft, Fisteln, sowie die Rolle des Katheterismus für das Entstehen der artefiziellen Zystitis. Er betont die Bedeutung der genauen Diagnose für die Therapie.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Habilitierungen.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Szegeder Oberphysikus h. c. Dr. *Marzell Falta* zum Privatdozenten für Pathologie des Trachoms und des Budapester Universitätsadjunkten Dr. *Johann Gáspár* zum Privatdozenten für Anthropologie an der medizinischen Fakultät der Szegeder Universität genehmigend zur Kenntnis genommen.

**Soziale Ausstellung im Museum für Volksgesundheit.** Im Museum für Volksgesundheit (VI., Eötvös-uca 3) wird im Mai 1932 eine soziale Ausstellung speziell für Ärzte, Pädagogen, Sozialpolitiker und auf sozialem Gebiet tätigen Beamten eröffnet werden. Die Ausstellung enthält Material über die Fragen der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, der sozialen Psychiatrie, der Sexualprobleme, der Prostitution, der Pornographie und des Alkoholismus. Die Ausstellungsleitung ersucht die Ärztekollegen, ihre bezüglichen Arbeiten und Separatabdrücke dem Museum für Volksgesundheitswesen (Präsident des Vorbereitungskomiteés Universitätsprofessor Dr. *Josef Guszman*) einzusenden.

**Professor Strasser über die Analyse der Bäderwirkungen.** Die Ungarische Balneologische Landesgesellschaft wählte jüngst den Wiener Universitätsprofessor Dr. *Alois Strasser*, einen der

hervorragendsten Vertreter der Bäderkunde zum Ehrenmitglied und Professor Strasser stattete seinen Dank für diese Ehrung mit einem auf überaus hohem wissenschaftlichen Niveau stehenden Vortrag über die *Analyse der Bäderwirkungen* ab, den er in Anwesenheit eines zahlreichen, aus den Professoren der Budapester medizinischen Fakultät, Balneologen und Ärzten bestehenden Auditoriums hielt. Der Präsident der Balneologischen Landesgesellschaft Professor *Zoltán Vámosy* begrüßte den Universitätsprofessor Strasser, der sodann das Wort ergriff und sich in seinem grossangelegten Vortrag mit den Grundlagen der balneologischen Forschung und deren Resultaten beschäftigte. Die bezüglichen Arbeiten sind schon sehr weit gediehen und haben zahlreiche Fragen der Wirkung balneologischer Heilmethoden klargestellt. Er verwies ferner darauf, welche Fragen noch einer weitgehenden Forschung zugänglich sind. Die erprobte empirisch gut fundierte balneologische Praxis bewegt sich in durchaus verlässlichen Bahnen so, dass die Behandlung mit diesen Mitteln auch dann wesentliche Erfolge verspricht, wenn intime wissenschaftliche Fragen der Forschung und Diskussion noch offen stehen. Es folgte eine lebhafte Diskussion, in der sich Prof. *Strasser* über die aufgeworfenen Fragen äusserte.

**Generalversammlung der Ungarischen Psychologischen Gesellschaft.** Die jüngst stattgehabte Generalversammlung der Ungarischen Psychologischen Gesellschaft wurde vom Präsidenten Universitätsprofessor Dr. *Ladislav Benedek* (Debrecen) mit einer Ansprache eröffnet, in der er sich mit den völkerpsychologischen Ursachen der Weltkrise beschäftigte, wobei besonders die Verminderung der Anpassungsfähigkeit zwischen den einzelnen Völkern, Staaten und Produktionszweigen auffällt. Zur Heilung müsse die wahre innere Kultur der einzelnen Individuen gefördert, die Anpassung zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Gruppen verbessert und die planlose Produktion den tatsächlichen Ansprüchen angepasst werden. Professor Dr. *Theodor Huzella* hielt unter dem Titel: „*Die Verbindungen zwischen Psychologie und Biologie*“ einen Vortrag, in welchem er jene Probleme erörterte, welche diese beiden Wissenszweige unterscheiden, sowie Beziehungen zwischen diesen herstellen. Sekretär Dr. *Stefan Boda* referierte über die Gründung der gesellschaftlichen Bibliothek, die Festigung der Beziehungen zu den ausländischen Fachkreisen, die Gründung der Sektion für Vererbungslehre und schliesslich über den Erfolg des populären Vortragszyklus. Die Gesellschaft wählte sodann den Grafen *Albert Apponyi* und Dr. *Albert Berzeviczy* zu Ehrenmitgliedern. Die Gesellschaft wird der Regierung eine Unterbreitung vorlegen, wonach die obligatorische Aneignung von entsprechenden psychologischen Kenntnissen auf dem Gebiet der Professoren-ärztlichen und richterlichen Ausbildung gesichert werde. Zu diesem Zwecke soll eine psychologische Lehrkanzel an der Universität und ein psychologisches Laboratorium errichtet werden.

---

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

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

---

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