

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

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

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

**Erscheint halbmonatlich**

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

## Sanatorium Dr. Pajor

**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

**Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. Storm Van Leuven Allergierele Abteilungen für Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.**

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzis, 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.

# 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 Herzkranke. 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*

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. — I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 14. November 1931.

**J. Weeber:** *Diabetes verursachende Pankreaspseudozyste.* Bei der 59jährigen diabetischen Frau trat infolge einer sich aus Dekubitus entwickelnden Sepsis der Tod ein. Bei der Sektion fand sich im Pankreaskörper eine Zyste mit 3 cm Durchmesser und geschrumpfter Wand, auf Grund der histologischen Untersuchung und ihrer makroskopischen Lage eine sogenannte Pseudozyste, ein Zystoid. Die vor der Zyste befindlichen Pankreaspartien, namentlich der Kopf und ein kleiner Teil des Körpers sind normal, während der dahinter liegende kaudale Teil nur aus Fettgewebe besteht. Doch finden sich auch hier Langerhans-Inseln, wenn auch ziemlich spärlich. Der Diabetes, der als sogenannter Pankreasdiabetes betrachtet werden kann, wurde durch den Ausfall von nahezu  $\frac{2}{3}$  des Pankreas verursacht.

**E. Kovács:** Aus der Untersuchung mehrerer Fälle, wo ein zystischer Tumor oder eine Krebsgeschwulst die Pankreassubstanz atrophisierte, folgerte er, dass kein Diabetes auftritt, wenn von der Pankreassubstanz zumindest eine Partie erhalten bleibt, die dem Umfang eines halben Hühnereies entspricht, und wenn in dieser

Partie normale sekretorische Substanz und gesunde Langerhans-Inseln vorhanden sind. Ist die Geschwulst ein aus der Drüsen-substanz des Pankreas ausgehendes Adenokarzinom, so tritt selbst nach totaler Drüsenatrophie keine Glykosurie auf. Ist jedoch andererseits nicht genügend sekretorische Substanz vorhanden, so tritt selbst bei Persistenz zahlreicher Langerhans-Inseln Diabetes auf. Die von den Pankreas-Ausführgängen, oder deren Schleimhautdrüsen ausgehenden Rundzellenkarzinome bieten keinen Schutz gegen das Auftreten der Glykosurie. Der demonstrierte Fall bestätigt diese Auffassung.

**A. Schmitt:** *Seltener Fall eines in der Rachenwand auftretenden Pseudoaneurysma.* Der vorliegende Fall gehört zur plurifokalen Gruppe der hämorrhagischen Diathesen und verdient wegen der ungewöhnlichen Lokalisation der Blutungen Beachtung. Bei dem 7jährigen Knaben traten in Begleitung einer follikulären Tonsillitis Sepsis, in der dritten Krankheitswoche Blutungen in der Nase, im Gehirn, in der Rachenwand und in der Bindehaut auf. Mit Rücksicht auf die linksseitige spastische Lähmung und l. zentrale Fazialislähmung supponiert er die Blutung in der r. Capsula interna, eine in der Rachenwand auftretende kleinapfelgrosse Schwellung (aus welcher bei der Punktion hellrotes Blut gewonnen wird) bildete eine seltene Erscheinungsform von Pseudoaneurysma. Durch rechtzeitige Unterbindung der Carotis comm. konnte das Kind vor Verblutungsgefahr gerettet werden.

**M. Paunz** hat an der diagnostischen Klärung des Falles teilgenommen. Er stellte fest, dass die Geschwulst kein Abszess sei, bei ihrer Palpation war schwache Pulsation wahrnehmbar. Die Probepunktion ergab rein arterielles Blut. Er schildert die Krankengeschichte einer Kriegs-Schussverletzung, die sehr ähnliche Symptome aufwies. In einem andern seiner Fälle, der spät zur Behandlung gelangte ist ein in der l. Rachenhälfte gebildeter Abszess spontan durchgebrochen und eröffnete eine Vene. Dort wurde gleichfalls die Car. ext. unterbunden, die Atmung stellte sich jedoch nicht wieder ein und der Kranke exitierte. Jede vom Rachen ausgehende Blutung zeigt eine imminente Gefahr an.

**F. Kiss:** *Die sympathischen Elemente der Kopfganglien.* Der Vortragende hat die kranialen Ganglien bei Menschen und bei verschiedenen Säugetieren mit einer neuen verlängerten Osmiummethode untersucht: Fixierung 24 Stunden in 4% Formol, 5—10 Tage in 1%iger Osmiumlösung; die Lösung wird am ersten Tag mehrmals geschüttelt, zur rascheren Mischung des Osmium; doppelte Einbettung (nach *Apáthy*). Bei dieser Methode werden in den Kopfganglien zwei Zellarten sichtbar: 1. Grosse, helle uni- oder apolare Zellen; 2. kleinere multipolare Zellen mit dunklen Zellkörpern. Die Lagerung und das Verhältnis dieser Zellen ist in den Ganglien, ja selbst in demselben Ganglion bei den verschiedenen Tierarten variabel. Auf Grund der Zellen, des Auftretens von marklosen Fasern, sowie auf Grund seiner komparativ-

anatomischen Studien betrachtet er die grossen hellen Zellen als sensible, die kleinen dunklen Zellen aber als sympathische Elemente. In den Ganglien des Truncus sympathicus finden sich ausschliesslich kleine dunkle Zellarten, wogegen in den Spinalganglien in überwiegender Mehrzahl die grossen hellen Zellen auftreten, doch fand er verstreut auch unter diesen kleine dunkle Zellen. Bei Menschen bestehen folgende Ganglien aus einer Mischung von hellen (sensiblen) und dunklen (sympathischen) Zellen: Ggl. cilare, sphenopalat., trigemini, je zwei Ganglien des Glossopharyngeus und Vagus; ausschliesslich aus dunklen (symp.) Zellen bestehen: Ggl. oticum, geniculi und submaxillare. Von all diesen Ganglien gehen neben dünnen markhaltigen Fasern auch marklose aus. Die intergangliären Anastomosen (z. B. N. petros. superf. major et minor) enthalten ebenfalls marklose Fasern und sind gleichzustellen mit den interganglionären Bündeln des Grenzstranges. Die Nn. ciliares bestehen aus Fasern mit dünner Markscheide und aus marklosen Fasern. Frühere Forscher haben die kleinen dunklen Zellen als Alters-, degenerierte, kleine usw. Zellen in die Reihe der Nervenzellen eingeteilt. Sie figurieren wahrscheinlich auch unter den *Dogiel*-schen 11 Ganglienzellenformen.

Zusammenfassung: 1. In den Kopfganglien sind die sensiblen Zellen mit zahlreichen sympathischen Zellen vermischt, einzelne Ganglien sind ausschliesslich sympathische. Deshalb befinden sich die Kopfganglien im allgemeinen in einem mehr embryonalen Zustand, als die spinalen und sympathischen Ganglien des Rumpfes. Der Sympathicus tritt nicht nur vom II. Thorakalsegment abwärts von dem Zentralnervensystem (*Gaskell*), sondern auch mit den Gehirnnerven vereint aus. 3. An Stelle des sogenannten kranialen Parasympathikus findet sich ein kranialer Sympathikus. 4. Die Gehirnnerven erhalten ihre marklosen Fasern von den kranialen Sympathikus-Zellen. 5. Anscheinend kann in diesen Ganglien der sensible (zentripetale) Reflexast unmittelbar in deren vegetativen (zentrifugalen) Ast übertreten, ohne in das Zentralnervensystem einzutreten. 6. Der Ursprung der von *Ranson* in seiner neuesten Arbeit (1931) in den sensiblen Rückenmarksnerven beschriebenen marklosen „sympathischen sensiblen Fasern“ ist in den vorher beschriebenen dunklen Zellen zu suchen.

**M. Lenhossék:** Bereits in den 80-iger Jahren des vorigen Jahrhunderts, sowie auch seither haben sich zahlreiche Forscher mit der Frage beschäftigt, dass in den intervertebralen Ganglien und in gleicher Weise auch in den Ganglien der Gehirnnerven sich in einem bunten Durcheinander sehr grosse, mittelgrosse und ganz kleine Nervenzellen finden; die grossen sind zumeist blass „chromatophobe“, die kleineren sind zumeist dunkler an Tigroid reiche: „chromatophile“ Zellen. Aus Foeten und jungen Tieren gewonnene Golgi-Präparate zeigen anscheinend, dass die grossen

und kleinen Zellen sich im Allgemeinen in gleicher Weise verhalten, ihr Fortsatz verzweigt sich in T-Form, Bisher war noch niemand im Stande, eine Erklärung für die Grössen- und Farbdifferenz zu geben. Der Vortragende stellt nun eine interessante Hypothese auf: dass die kleinen dunklen Zellen „Sympathicus“-Elemente sind. Eine interessante Hypothese, aber doch nur Hypothese. Mit dieser Anschauung kann unter anderen nicht vereinbart werden, dass in den intervertebralen Ganglien zahlreiche solche kleine dunkle Zellen vorhanden sind, obwohl gerade der Vortragende in einer mit Dr. *Mihalik* verfassten Arbeit nachgewiesen hat, dass in den Hintersträngen weder vor — noch nach dem Ganglion marklose sympathische Fasern vorhanden sind. Ich hätte noch zwei weitere Bemerkungen. Vom Ganglion geniculi habe ich 1894 mit meinen von der neugeborenen Maus angefertigten Goldpräparaten nachgewiesen, dass dasselbe in toto ein typisches sensibles Ganglion ist, das sensible Ganglion des N. intermedius. Es besteht aus pseudounipolaren Nervenzellen, deren Fortsätze sich in T-Form verzweigen, diese Auffassung wurde in der Wissenschaft allgemein angenommen. Der Umstand, dass dasselbe in entwickeltem Zustand den intervertebralen Ganglien ähnlich, aus grösseren hellen und kleineren dunklen Zellen besteht, kann mich in meiner Überzeugung nicht erschüttern. Ich muss ferner meine Ansicht aufrecht erhalten, dass das Ggl. ciliare weder ein sympathisches, noch ein gemischtes, sondern ein speziell parasymphathisches Ganglion ist. Am besten kann das bei den submammalen Wirbeltieren festgestellt werden: bei Vögeln, Reptilien, auf diese beziehen sich meine 1910—12 publizierten Untersuchungen, diese enthalten jedoch auch auf Menschen bezügliche Angaben. Die Nervenzellen der sympathischen Ganglien der erwähnten Tierarten sind multipolare mit weit ausstrahlenden Fortsetzen, die Nervenzellen des Ggl. ciliare haben dagegen zumeist einen Fortsatz und eine glatte Oberfläche, auf ihnen endet in einfacher Weise (Eidechsen, Vögel) oder mit einer komplizierteren Verteilung (Schlangen, Schildkröten) je eine Faser des Oculomotorius, wogegen sie selbst ihr mit dünner Markscheide versehenes Neurit in den Bulbus senden. Hier beginnt daher ein neues Neuron, dessen Endverzweigung den Akkomodationsmuskel und den Sphincter iridis innerviert. Aber auch beim Menschen sind die Nervenzellen des Ganglion ciliare von einem etwas abweichenden Typus, wie die des Ggl. sympathicum; die Zellen sind von einer breiten Amphicyten-Scheide umgeben ihre Dendriten sind kurzstämmig, enden stumpf und intrakapsulär zwischen den Amphicyten. Dass der Vortragende in seinen Osmiumpräparaten in den Nn. ciliares longi hell gebliebene kleinere marklose Faserbündel fand, ist nicht überraschend, und kann meiner Ansicht nach durch den intra- oder was noch wahrscheinlicher ist, postganglionären Anschluss von Sympathikusfasern (der sog. Radix sympathica Ganglii ciliaris) erklärt werden. Im übrigen freut er sich über die Untersuchungen des Vortragenden, die auf ein in der jüngsten Zeit vernachlässigtes Kapitel der Anatomie Licht zu verbreiten berufen sind.

**F. Kiss** führt in seiner Antwort folgendes aus: 1. Nach dem Zeugnis der Serienschritte, entstehen die mannigfaltigen Zellformen der Spinalganglien, sowie die sogenannten intermediären Zellen aus den verschiedenen Schnittrichtungen der multipolaren

Zellen, gehören jedoch der gleichen Zellart an. 2. Es ist möglich, dass das Ggl. geniculi der Maus und der Ratte ganz oder teilweise cerebros spinalen Charakter aufweist, wie er auch in seinem Vortrag betont hat, dass das gleiche Ganglion bei verschiedenen Tierarten einen ganz anderen Aufbau besitzen kann, das spricht jedoch nicht gegen seine Auffassung über die dunklen Zellen. 3. Einen Hauptgegenstand seiner Untersuchungen bildete das Verhältnis des Ggl. ciliare und des Oculomotorius. Aus dem N. oculomotorius treten nur Fasern mit dünner Markscheide in das Ganglion ein. Die demonstrierten Nn. ciliares stammen ausnahmslos aus lückenlosen Serien, die das ganze Ganglion umfassen und sie stammen nach dem Zeugnis der Serien zweifellos aus dem Ganglion. Er hat erwähnt, dass auch dieses Ganglion bei verschiedenen Tierarten eine abweichende Zusammensetzung aufweist. 4. Er ist der Ansicht, dass die kleinen Zellen nicht nur wegen ihrer Formeigenschaften, sondern auch deshalb zum Sympathikus gehören, weil aus den Ganglien marklose Fasern austreten, sowie auch auf Grund der demonstrierten komparativ-anatomischen Befunde.

**K. Mészáros.** *Pathologische Gesichtspunkte in der Therapie des Magengeschwürs.* Er teilt vom pathobiologischen Standpunkt die ulzerösen Magenprozesse in vier Gruppen ein: 1. Akute solitäre oberflächliche, 2. akute solitäre tiefe, 3. chronische solitäre und 4. multiple chronische Geschwüre. Er schildert eingehend die pathobiologischen Verhältnisse der einzelnen Ulcusarten und referiert über seine bezüglichen Untersuchungen. Auf Grund derselben stellt er fest, dass die interne Therapie nur bei den akut zustandekommenden Ulcera Erfolg verspricht, bei denen sich der Defekt auf die Schleimhaut beschränkt. Bei Ulcera, die auch auf die tieferen Magenwandschichten übergreifen, winkt der konservativen Therapie in den meisten Fällen kein Erfolg, weil die konservativen Verfahren nicht imstande sind, den Defekt mit Drüsenepithel zu bedecken, was aber das einzige pathologische Kriterium der Heilung ist. Bei solchen Geschwüren empfiehlt er die frühzeitige chirurgische Korrektur: die lokale Exzision oder aber den extrastomachalen Nahtverschluss und Revascularisation mit dem Netz. Werden nicht heilende Geschwüre sich selbst überlassen, so verursachen sie sekundäre Veränderungen von schwerer pathologischer Bedeutung nicht nur lokal im Magen, sondern mit Rückwirkung auf den ganzen Organismus. Bei solchen Geschwüren sind nur radikale chirurgische Methoden imstande, erfolgreich die Heilung zu fördern. Er urgiert eine Revision der therapeutischen Indikationen, damit durch frühzeitige lokale Eingriffe die Zahl der später Radikaloperationen erheischenden Fälle sich vermindere.

**F. Pommersheim.** Der ulceröse Prozess wird seiner Ansicht nach durch die Entzündung eingeleitet. Die Struktur der Magenschleimhaut spielt nebst der Lagerung und fehlenden Heilungstendenz des Ulcus eine Rolle. Es gibt keine Regeneration der

Schleimhaut. Hinsichtlich der Operationsmethode ist er Anhänger von umfangreichen Resektionen, wobei die Hauptsache die Exzision der pylorischen Partie ist.

**G. Matolay.** Nachdem das Magengeschwür keine lokale Erkrankung, sondern eine aus dem Zusammentreffen mehrerer Faktoren stammende Allgemeinerkrankung ist, kann aus amerikanischen Statistiken keine Folgerung auf heimische Verhältnisse abgeleitet werden. Die Konstitution und die Existenzverhältnisse der Amerikaner differieren von den unseren, so dass dort möglicherweise durch Exzision des Ulcus und GEA (Gastroenteroanastomose) gute Erfolge erzielt werden können. Bei unseren Lebensverhältnissen erscheint oft schon wenige Monate nach der Ulcus-Exzision die lokale Rezidive und nach der GEA in zirka 25 Prozent der Fälle der jejunale Ulcus. Eben deshalb wird — von einigen Ausnahmefällen abgesehen — in Europa derzeit allgemein die Resektion durchgeführt.

**L. Friedrich.** Die Ulcusaetiologie ist nicht einheitlich und zum Teil unbekannt deshalb kann auch die Therapie keine einheitliche sein. Auch die klinische Behandlung ist nicht einheitlich, und man muss die Fälle wählen, die auf die geeignete Therapie ansprechen. Die Ergebnisse des Nahtverschlusses nach Perforationen sind nach seinen Erfahrungen sehr ungünstig, diese Kranken rezidivieren ebenso oft, wie die übrigen Ulcuskranken. Die Exzision oder der Nahtverschluss stellen auch deshalb keine idealen Verfahren dar, weil sie nur aus einer lokalen Beseitigung des Geschwürs bestehen. Die Ulcuskrankheit wird dadurch nicht geheilt, weil sie ja keine Lokalerkrankung, sondern eine konstitutionelle Veränderung darstellt, weshalb eine Beeinflussung und Umstimmung des ganzen Organismus anzustreben sei.

**L. Bakay.** In meiner Klinik finden sich infolge der dort geübten Ösophaguschirurgie ziemlich zahlreiche Gastrostomiefälle. Durch die Gastrostomieöffnung kann mit der von uns verwendeten optischen Methode direkt beobachtet werden, dass im Magen kleine Schleimhauterosionen, ja auch tiefere Geschwüre ziemlich häufig vorkommen und deren weiteres Schicksal kann genau beobachtet werden. Der grösste Teil dieser Geschwüre heilt spontan oder auf konservative Behandlung. Leider kommt der Grossteil jener Patienten, die mit der Magenulcus-Diagnose zur Annahme gelangen, nicht mit solchen oberflächlichen Prozessen zur Operation, sondern der vorhandene Ulcustumor und die in dessen Gefolge auftretenden anderen schweren Veränderungen zwingen uns in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur Durchführung der Resektion.

**Baron A. Korányi.** Die Indikationsstellung der Frühoperation wird dadurch erschwert, dass kein anderes Verfahren zur Unterscheidung von Fällen zur Verfügung steht, die ohne Operation heilen, resp. nicht heilen, wie der Versuch, der in den zur letzteren Kategorie gehörenden Fällen mit grossem Zeitverlust verbunden ist. Aus älteren Untersuchungen von *Rosenthal* wissen wir, dass es Fälle gibt, die auch dann klinisch geheilt werden können, wenn mit Röntgen nachweisbare tiefgreifende Veränderungen vorhanden sind. Lokale Eingriffe allein entsprechen kaum der Natur dieses Leidens, das einen konstitutionellen Charakter aufweist. Der konstitutionelle Charakter erklärt auch die grosse Zahl der

mehr-minder zutreffenden Ulcustheorien, indem sie bald die eine, bald die andere der vielfach verzweigten Eigenschaften, der für Ulkus disponierenden Konstitution in den Vordergrund stellen.

**K. Mészáros.** Die Entwicklung der als Folge des Ulcus auftretenden sekundären Veränderungen kann mit unseren derzeitigen Untersuchungsmethoden genau verfolgt werden. Jene Fälle, die nach wiederholten konservativen Behandlungen nicht heilen, aber noch keine Veränderungen sekundärer Natur aufweisen, sind für die frühzeitigen lokalen Operationen geeignet. Die schlechten Resultate nach Nahtverschluss von perforierten Geschwüren finden ihre Erklärung in dem Umstand, dass diese Methode nicht wahllos, sondern nur auf Grund der angeführten Erwägungen appliziert werden darf. Dass in der Zukunft mehr Frühfälle der chirurgischen Behandlung zugeführt werden, ist nur dann zu hoffen, wenn das Publikum darüber im Klaren ist, dass die klinische Behandlung zumindest eine ebenso hohe Mortalität (Perforation, Blutung) aufweist, wie die chirurgische.

## I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“.

(Juni 1931.)

### XVII. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

**Julius Minder** (Budapest): *Steine und Anurie.* Die Anurie bildet eine schwere, lebensgefährliche Komplikation bei Nierensteinen, deren Behebung unbedingt anzustreben ist. Sie soll womöglich ohne operativen Eingriff gelöst werden, u. zw. in erster Reihe mit Hilfe des Ureterkatheters. Zur Operation gelangen nur jene Fälle, wo es nicht gelingt, die Anurie mit dem Ureterkatheter zu beheben, oder aber wenn Lage und Umfang des Steines keine Möglichkeit eines spontanen Abgehens bieten. Zum Nachweis der Retentionserscheinungen dient die Bestimmung des Gefrierpunktes und des Restnitrogens im Blut. Bei einem Blutgefrierpunkt von 0.60 und bei Restnitrogenwerten von mehr als 100 mgr kommt der operative Eingriff schon zu spät und es gelingt nur selten, den urämischen Exitus zu vermeiden. Bei den in der urologischen Klinik beobachteten 21 Anurien gelang es 11-mal diese mit dem Ureterkatheter zu beheben, in 10 Fällen trat die Steinanurie bei Nephrektomisierten auf.

**Béla Melly** (Budapest): *Nierensteinbildung nach Trauma.* Für die Bildung von Nierensteinen sind besonders die stumpfen Kontusionen der Nierengegend bedeutungsvoll. Trat nach der Verletzung Blutharn auf und zeigten sich Lendenschmerzen, so ist der später aufgetretene Stein wahrscheinlich infolge der Verletzung entstanden, mit Sicherheit kann das behauptet werden, wenn der Kern des Steines von Blutgerinsel gebildet wird. Erfordert die Blutung keinen sofortigen chirurgischen Eingriff, so ist die Behand-

lung extrem-konservativ, in unklaren Fällen ist die intra-venöse Pyelographie durchzuführen.

**Ernst Schiffer** (Budapest): *Zur Technik der Röntgenuntersuchung von Nieren- und Uretersteinen.* Bei der Pyelographie kann man im Schatten der Kontrastfüllung den Steinschatten manchmal nicht differenzieren. Als Ursache dieser Erscheinung bezeichnet er vor allem ein Übermass des eingeführten Kontrastmittels: der Stein wird auf der wiederholten Aufnahme sichtbar, wenn das Kontrastmittel teilweise zum Abfluss gebracht wird. Ferner geben die zur Verfügung stehenden Kontrastmittel sehr intensive Röntgenshatten, die eventuell den Steinschatten verdecken. In solchen Fällen ist das Kontrastmittel auf das 4—6-fache zu verdünnen. Schliesslich sei auch die richtige Feststellung der Expositionszeit bedeutungsvoll, da über- oder unterexponierte Bilder die Erkennung des Steines erschweren. Sodann erörtert er die Fälle, wo der Stein durch Knochenschatten oder wegen des Fettpolsters schwer zu erkennen ist. Im ersten Fall führt die axiale Aufnahme, im zweiten die lokale Kompression zum Ziel.

**Andreas Kaló** (Budapest) beschreibt die in der II. chirurgischen Klinik angewendete, von *Payr* angegebene Methode zur konservativen Uretersteinbehandlung. Die Kranken erhalten erhebliche Mengen von Papaverin (6—9—12 cg) mit subkutaner Injektion und unmittelbar nach der Injektion 1—1½ Liter Tee oder Mineralwasser zur Diurese. Nun wird der Kranke für 20—25 Minuten heiss gebadet und während des Bades eine lauwarme Eingiessung verabreicht, die 7—8 Liter betragen kann. Die Beobachtung der Uretersteine ergibt, dass der Stein am schwierigsten die im kleinen Becken liegende Ureterpartie passiert, wahrscheinlich deshalb, weil die Knochenwand die peristaltischen Ureterbewegungen beeinträchtigt. Hat der Stein durch totalen Verschluss des Ureters in der Niere bereits schwere pathologische Veränderungen herbeigeführt, so haben diese Versuche keinen Sinn. Oft führen diese Eingriffe sofort zum Ziel, manchmal muss dieses Verfahren mehrmals wiederholt werden, bis der Stein abgeht. Kann der Stein trotz wiederholter Behandlung nicht entfernt werden, so wird der chirurgische Eingriff notwendig.

**Emil Traján** (Szeged). Kasuistik.

**Anton Adler-Rácz** (Pécs). Kasuistik.

**Vidor Révész** (Budapest). Kasuistik.

**Gemeinsame Sitzung der Gesellschaft der Ungarischen Kliniker und der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.**

Referent **Béla Entz** (Pécs): *Die Resultate der Magengeschwürbehandlung.* Referent erörtert die Frage der Spontanheilung von Magengeschwüren und ihre prozentuelle Verteilung auf Grund der Sektionsstatistik, jene Fälle, in welchen der Ulkus keine besonderen klinischen Erscheinungen auslöste, so wie die Fälle von plötzlich auftretenden schweren Symptomen und Komplikationen bei latenten Ulkus: Perforation, Blutung. Auch nach Perforationen finden sich spon-

tane Heilungen eventuell mit narbigen Verwachsungen. Die verschiedenen Stufen der Behandlungsergebnisse der klinischen Ulkustherapie sind: Symptomenfreiheit, Vernarbung, totale Heilung. Der Ulkus rezidiert oft in der Narbe des geheilten Geschwürs, oder aber es treten vollkommen neue selbständige Geschwüre nach der Heilung auf. Er erörtert vom Gesichtspunkt der Ulkusbehandlung die Bedeutung von Magenleiden, welche das Auftreten von Geschwüren fördern. Bei der Schilderung der operativen Ulkusbehandlung beschäftigt er sich mit dem Früh- und Spätresultat der palliativen Operationen, der pathologischen Grundlage der Wirkung von Palliativoperationen, sowie mit der Frage, ob das Ulkusleiden durch palliative Operation beseitigt werden kann. Sodann erörtert er die postoperativen Komplikationen: Rezidiven und Perforationen, den postoperativen jejunalen Ulkus, um sodann die Ergebnisse und Aussichten der Radikaloperation zu behandeln. Schliesslich erörtert er die infolge der narbigen Ulkushheilung auftretenden Komplikationen und deren Beseitigung.

**Josef Szinnyei** (Budapest): *Die Ergebnisse der klinischen Behandlung des Ulcus pepticum.* Statistische Feststellungen über die Ergebnisse der klinischen Ulkusbehandlung sind verhältnismässig selten. Die Ursache ist die Schwierigkeit der klinischen Ulkusdiagnose und infolgedessen die Schwierigkeit, die klinische Heilung zu beurteilen. Er erörtert die Bedeutung und den Wert der einzelnen diagnostischen Symptome für die Beurteilung der Heilung. Der statistische Vergleich wird durch die Periodizität des Auftretens, durch das mehrfache Auftreten, sowie durch die Dauer des Bestehens von Magengeschwüren wesentlich erschwert. Er behandelt sodann die Chancen der Heilung nach der Lokalisation des Ulkus, sowie die Verschiedenheit der Heilungstendenz bei Frauen und Männern. Schliesslich werden die mit diätetischer, Heteroprotein-, Röntgen- und Duodenaltherapie erzielten Ergebnisse dargelegt.

**Theodor Hüttl** (Debrecen): *Behandlungsergebnisse des Magenulkus.* Die Behandlungsergebnisse des Magenulkus genau zu beurteilen ist schwer. Die Ätiologie der Krankheit ist unbekannt und eine kausale Therapie nicht durchführbar. Die Frage der Ätiologie wird durch den Umstand weiter kompliziert, dass neuere Untersuchungen das Magenulkus als entzündliche Krankheit betrachten und die Gastritiden verschiedenen Ursprungs vom Ulkus nicht scharf scheiden. Eine weitere Ursache der Schwierigkeiten ist, dass die einzelnen Statistiken die Fälle nach verschiedenen Gesichtspunkten gruppieren und daher zum Vergleich wenig geeignet sind. Die Beurteilung der Resultate wird ferner durch die Aufstellung der Operationsindikationen nach verschiedenen Prinzipien, durch die Verschiedenheit des Krankenmate-

rials, sowie durch den Umstand erschwert, dass nach der in der Literatur allgemein benützten Nomenklatur keine scharfe Grenze zwischen den im anatomischen Sinne akuten und chronischen Geschwüren besteht, obwohl deren Behandlung nach verschiedenen Prinzipien erfolgen sollte.

Die Spätresultate der chirurgischen Behandlung von Magengeschwüren ist von der richtigen Operationsindikation abhängig. Bei Berücksichtigung der individuellen Behandlung kann als Grundprinzip dienen, dass ausser bei vitalen Indikationen (Perforation, Striktur) die Operation dann durchzuführen ist, wenn die entsprechende klinische Behandlung erfolglos blieb. Die schwere, einmalige akute Blutung bildet keine vitale Operationsindikation, vielmehr jedoch rezidivierende kleinere Blutungen. Der Grad der anatomischen Veränderung allein ist für die Aufstellung der Operationsindikation nicht massgebend. Frische und oberflächliche Geschwüre sind klinisch zu behandeln ausgenommen, wenn sie wiederholt, oder dauernd bluten. Bei kallösen Geschwüren dagegen ist die Operation auch dann indiziert, wenn die klinische Behandlung wohl Symptomenfreiheit erzielte, doch eine Vergrösserung des Geschwürs nachweisbar ist. Zu berücksichtigen sind ferner bei der Indikationsstellung die Existenzverhältnisse des Patienten, die Lokalisation des Geschwürs, der Aziditätsgrad und die eventuellen vegetativ-neurotischen Symptome.

Ein zweiter Faktor ist die richtige Wahl der Operationsmethode. Im allgemeinen ist die Ulkusresektion durchzuführen, eine Anastomose nur bei narbigen Strikturen nach der Ulkushheilung. Die keilförmige Ulkusexzision, die segmentären, zirkulären Resektionen haben sich nicht bewährt. Kann das Ulcus wegen der anatomischen Verhältnisse radikal nicht reseziert werden, so gibt die palliative Resektion nach den bisherigen Erfahrungen gute Spätresultate. Bei Geschwüren in der Nähe der Kardia wird von manchen die Antrumresektion, von anderen die Jejunostomie durchgeführt. Indirekte Operationen, wie z. B. Eingriffe an den Magennerven, fanden keine Anhänger. Die Spätresultate der Operationen *Billroth* I oder II, resp. deren Modifikationen zeigen keine wesentlichen Unterschiede. Die postoperativen Funktionsveränderungen des Magens und die hierauf bezüglichen Klagen sind nicht nur Folgen von technischen Fehlern, sondern auch von anderen Faktoren. Postoperative jejunale Ulzera oder Ulkusrezidiven sind bei Berücksichtigung der angeführten Indikationen und Operationsmethoden selten.

Der dritte Faktor ist die richtige Nachbehandlung. Diese ist entsprechend durchzuführen und soll längere Zeit dauern, damit die im Anschluss an den Ulkus bestehende Gastritis und die veränderte Physiologie des Magendarmtraktes einen

glatten und klagefreien Übergang zur endgültigen Heilung finden.

**Aussprache: Aladár Fischer:** *Die Frage des Ulcus jejuni.* Die postoperativen peptischen Geschwüre können nach dem heutigen Stand der Chirurgie noch nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Besteht die Indikation der Gastroenterostomie, so empfiehlt er die Durchführung der vorderen Gastroenterostomie. Entstehen nach dieser Operation Geschwüre im Jejunum, so seien diese nach einer vom Vortragenden geschilderten Methode zu operieren. Bei der Operation des in den freien Bauchraum perforierten Ulcus jejuni sei man vorsichtig mit der Aufstellung der Indikation von radikalen Resektionen, nachdem auch mit der einfachen Naht des perforierten Geschwürs gute Resultate erzielt werden können.

**Johann Ángyán (Pécs)** unterscheidet zwischen kompensierten und dekompenzierten Ulkuskranken. Auf den Grad der Kompensation kann man einerseits aus der Nahrungsaufnahme und der unmittelbaren Wirkung der körperlichen Arbeitsbelastung, andererseits aus dem Verhalten des Körpergewichtes schliessen. Die wichtigsten Mittel zur ausgleichenden Kompensationsbehandlung sind die adaequate Diät und die adaequate körperliche Arbeit resp. Ruhe. Das wichtigste Medikament ist das Atropin und die Reiztherapie mit Alkali. Die Reiztherapie hat gewisse Vorteile, doch ist sie oft gar nicht notwendig. Im Interesse der Spätergebnisse soll der Kranke zur Wahrung der Kompensation erzogen werden. Dekompenzierte Ulkuskranke rezidivieren häufig. Die Gastroenterostomie und die palliative Resektion bilden chirurgische Kompensationsmethoden. Bei Wiederholten Blutungen Operation womöglich Magenresektion. Die grosse Verbreitung des Magengeschwürs beweist weniger die Mortalitätsstatistik, als vielmehr die grosse Zahl jener, deren Arbeitsfähigkeit infolge des Leidens vermindert wurde. Die planmässige und konsequente Durchführung der Kompensationsbehandlung bedeutet eine wirksame Prophylaxe. Schliesslich betont er die Bedeutung der Infektionsherde dentalen Ursprungs.

**Ernst Neuber (Pécs):** *Die palliative Resektion.* Er hat in seinen 58 Fällen keine Blutung beobachtet, auch haben sich seit 3½ Jahren keine jejunalen Geschwüre gebildet. Als Nachteil der Methode wird angegeben, dass das liegengelassene duodenale Geschwür karzinomatös entarten kann. Dieser Einwand habe jedoch keine besondere Bedeutung, weil Krebsbildung auch bei Entfernung des Geschwürs nicht sicher zu vermeiden ist. Das beweisen zwei seiner Fälle, wo nach radikaler Beseitigung des kallösen Geschwürs die Kranken mit Krebsrezidive in die Klinik zurückkamen. Der Vorteil der palliativen Resektion gegenüber der Gastro-Entero-Anastomose ist, dass die säureproduzierende Magenpartie beseitigt wird, und der Magenbrei mit dem Geschwür nicht in Berührung kommt. Die Ergebnisse sind nach seinen Beobachtungen ebenso gut, wie bei Ulkusresektionen.

**Béla Purjesz (Szeged):** In der Szegeder internen Klinik wurden in zehn Jahren 380 Kranke mit Magen- und Duodenalgeschwür behandelt, in 119 Fällen (30,26 Prozent) figurierte Blutung als Begleitsymptom. Die Blutungen und Perforationen zeigen eine Vermehrung im Herbst (Oktober) und im Frühjahr (März—Mai). In 84 Fällen traten im Anschluss an die Blutungen mehr oder minder grosse Temperatursteigerungen auf, die

anscheinend mit dem Blutverlust proportionell waren. Bei der Behandlung von blutenden Magengeschwüren wurden blutstillende Verfahren, die Sippy-Kur und die Parfait-Kur angewendet. Er referiert über die Ergebnisse der Wärmetherapie auf die Magensekretion, über die Ergebnisse der Behandlung mit Pepsininjektionen und über die alkalische Diät bei der Behandlung von chronischen Magengeschwüren.

**Nikolaus Novak** (Szekezárd): *Die perforierten Magen- und Duodenalgeschwüre.* Er referiert über 65 perforierte Ulzera, deren Zahl eine Zunahme aufweist, 92,3 Prozent der Fälle waren männlichen Geschlechts. Die Kranken wurden mit den Diagnosen Appendicitis, Cholecystitis und Ileus eingeliefert. Wichtig sei die Feststellung der genauen Anamnese, von den Symptomen das Verschwinden der Leberdämpfung, Empfindlichkeit der Colon- resp. Appendixgegend. In 57 Fällen (93,45%) wurde die Perforation einfach vernäht und der Bauchraum drainiert. Dieser in 8—10 Minuten durchführbare Eingriff lieferte zufriedenstellende Resultate. In zwei Fällen neuerliche Ulkusperforation nach 6—12 Monaten, in 6 Fällen nach 1—2 Jahren Resektion mit Totalheilung. Von den mit Naht behandelten Fällen hat er 12 (19,67%) verloren. Die Prognose ist nicht nur von der seit der Perforation verflossenen Zeit, sondern auch von der Menge und Infektiosität des ausgeflossenen Mageninhaltes abhängig. Bei gutem Kräftezustand und geringer Peritonitis kann die palliative oder Radikaloperation auch in Fällen durchgeführt werden, die mehr als 12 Stunden alt sind. Andererseits muss man sich auch bei weniger als sechs Stunden alten Fällen, die eine grosse Perforationsöffnung und schwere Peritonitis haben, mit dem einfachsten Verfahren begnügen.

**Aladár Henszelmann** (Miskolc): *Die Behandlungsergebnisse der Magen- und Duodenalgeschwüre.* Nach der Statistik der internen Abteilung des Miskolcer Krankenhauses gab es in den Jahren 1921—1930 jährlich 70—95, insgesamt 371 Fälle von Ulcus pepticum 4 Prozent der Fälle waren Röntgen-negativ. 79 Prozent männliche Patienten, 28 Prozent Ulcus duodeni, 8 Prozent Melaena. Zur Operation kamen jährlich insgesamt 3—4 Prozent der Fälle, mit der internen Behandlung wurde nahezu in allen Fällen totale Klagefreiheit erzielt. Der wertvollste Beweis der klinischen Heilung ist die bei Röntgendurchleuchtung observierbare sogenannte absolute antrale Ruhe. Der Präulkus beruht ausschliesslich auf der Röntgendiagnose, dass sie berechtigt ist, dafür sprechen klinische und Sektionsbeweise. Für die Behandlung empfiehlt er Atropin mit Proteinlösungen, sowie Silbernitratlösungen und das von ihm eingeführte Ventormon.

**Ladislaus Czirer** (Budapest): *Die Resultate von 2350 Magenoperationen.* In der ersten chirurgischen Klinik wurden in den Jahren 1914—1930 rund 2350 Magenoperationen und 1480 derselben wegen Ulkus durchgeführt. Die Klinik bevorzugt auf Grund der Ergebnisse der Spätresultate die Radikaloperationen. Die Operationsindikationen sind narbige Strikturen, Perforation, rezidivierende heftige Blutungen und der inneren Behandlung widerstehende kallöse Geschwüre. Nach der Schilderung der Operationsmethoden betont er, dass womöglich in allen Fällen die Resektion mit Endanastomose durchgeführt wird. Bei narbigen Strikturen, bei Blutungen, sowie bei kallösen Geschwüren ist die Resektion indiziert. Bei tiefliegenden Duodenalgeschwüren wurde auch die Resektion

nach *Finsterer* durchgeführt. Die Radikaloperationen waren in 81·4 Prozent erfolgreich, ein mittleres Resultat wurde in 16 Prozent ein ungünstiges in 2·6 Prozent erzielt. Bei der Resektion mit Endanastomose war das Resultat in 90 Prozent gut, in 8·5 Prozent mittel und in 1·5 Prozent ungünstig. In Zusammenfassung der Ergebnisse folgert er, dass die bei strenger Berücksichtigung der genau umschriebenen Operationindikationen durchgeführte Resektion die besten Spätresultate liefert.

**Eugen Rosenthal** (Budapest) hat vor 15 Jahren bei einer älteren Frau eine abgekapselte Perforation des Magenulkus beobachtet, die auf diätische Ulkuskur schön heilte. Während früher alle penetrierenden und kallösen Geschwüre operiert wurden, sind seither die Magengeschwüre konservativ behandelt worden. Die seither verstrichene Zeit hat die Richtigkeit dieses Standpunktes bestätigt, ja es gelang *Schindler* mit Hilfe des Gastroskops unmittelbar zu beobachten, dass das Geschwür im Laufe der Ulkuskur heilt und sich überhäutet. Unrichtig ist, die Dauer der Ulkuskur auf vier Wochen festzustellen, die Schonung des Magens mit Hilfe der Ulkuskur ist parallel mit der Verkleinerung des Ulkusschattens durchzuführen. Es gibt Fälle, wo die Kur 6—8 Wochen dauern kann und andere, wo der Ulkusschatten schon nach drei Wochen verschwindet. Die Ulkusdisposition besteht auch nach Heilung des Ulkus, deshalb muss der Kranke eine den Magen schonende Diät beibehalten. Ein charakteristisches Symptom des Leidens ist die Periodizität. Aufgabe der klinischen Behandlung ist die Dauer der günstigen Perioden möglichst zu verlängern, die schmerzhaften Perioden abzukürzen. Gute Dienste leisten hiefür die sogenannten Ruhetage, wobei der Kranke je nach seinem Zustand nach 2—4 Wochen einen Tag im Bett bleibt und die Diät des ersten Tages der Ulkuskur einhält, auch dann, wenn er sich vollkommen wohl fühlt. Es gibt Fälle, wo mit der Ulkuskur die Verkleinerung des Geschwürs und die Behebung der Klagen nicht erzielt werden kann. In solchen Fällen leistet die transduodenale Ernährung (*Einhorn*) gute Dienste. Die Stützpunkte der medikamentösen Behandlung sind das Belladonna und das Alkali. Die Atropinkur pflegt man im allgemeinen mit viel zu kleinen Dosen durchzuführen, man soll das Mittel in solchen Dosen verabreichen, die eine geringe Giftwirkung entfalten, diese Menge ist übrigens individuell und nach dem Körpergewicht der Kranken verschieden. Die Alkalibehandlung besonders in der Form der Sippy-Kur hat Phosphaturie zur Folge und er hatte mehrere Fälle, wo sie zur Steinbildung führte. Es sei daher zu empfehlen, Alkalien zu verwenden, die den Urin nur in geringem Masse alkalisieren. Solche sind Magnesia usta, Alukol und Neutralon. Exzessive Dosen von doppelkohlen-sauren Natron sind umso weniger empfehlenswert, weil die sich entwickelnde Kohlensäure schon zur Magenperforation geführt hat. Die Proteinbehandlung (*Holler, Pribram*) kann in gewissen Fällen vorteilhaft angewendet werden, doch ist sie bei Blutungsneigung nicht zu empfehlen. Auffallend gute Wirkung hat oft die Röntgenbestrahlung der Magengegend.

Die Operationsindikation besteht für Fälle mit Perforation, wiederholten Blutungen, Stenose und Unbeeinflussbarkeit der Klagen durch die Ulkuskur. Die Operationsmethoden haben manche Veränderungen erfahren. Diese Behandlung liefert frappante Heilresultate bei Pylorusstenose. Die Anastomose sei kein unbedingt

notwendiger Eingriff. Selbst in Fällen, wo die Anastomose auf Grund richtiger Indikation angelegt wurde, treten bei einem Teil der Kranken später mehr, minderschwere Klagen auf. Er zählt die Nachteile der zu engen und der zu weit angelegten Anastomosen auf und erörtert die Gefahren der totalen Magenresektion, die auch nicht imstande ist, aus dem kranken Körper das zu entfernen, was als Ulkusdisposition bezeichnet wird, ferner treten auch nach dieser Operation oft jejunale Geschwüre auf. Selbst jene Patienten, bei denen die Operation vollkommen gelungen ist, dürfen keine gemischte Diät genossen, und müssen oft medikamentös behandelt werden. Der Magenulkus ist eine interne Erkrankung, die im Rahmen der geschilderten Indikationen konservativ zu behandeln ist. Sofern eine operative Therapie erforderlich wird, ist es richtiger weniger riskante Operationen durchzuführen.

**Franz Czeyda-Pommersheim** (Budapest): *Gastritis, Ulkus und Karzinom*. Er referiert auf Grund von 500 histologisch untersuchten Magengeweben über Gastritiden im Anschluss an Magenulkus und Karzinom und teilt die gefundenen Formen ein in: Gastritis simplex, hyperplastica, atrophica, acida, ulcerosa, follicularis und erosiva. Er schildert kurz die Bedeutung der Gastritis ohne Ulkus und den Zusammenhang zwischen Gastritis und Magenulkus, sowie der beiden mit dem Karzinom. Bei Magenulkus fand er in 100 Prozent der Fälle Gastritis, diese erscheint im akuten Stadium als Gastritis erosiva, sie kann stellenweise zur Gastritis ulcerosa entarten. Die zur Bekämpfung des Leidens angewendete Diät bringt wohl eine Besserung, es bleiben jedoch stellenweise Defekte, aus diesen entwickelt sich langsam der wahre Ulkus. Oft kann man auch die Umkehrung dieser Reihenfolge beobachten, wenn bei Ulkuskranken das Ruhestadium plötzlich durch eine schwere Verschlimmerung unterbrochen wird. Wird der Magen in diesem Stadium reseziert, findet sich neben dem inveterierten Ulkus die schwerste Form der G. erosiva oder ulcerosa. Für die Einleitung und Entwicklung des Leidens spielt daher die Entzündung eine sehr wichtige Rolle. Jene Form der Gastritis, die beim Entstehen von Karzinom in Betracht kommt, ist die hyperplastische, mit glandulären Hyperplasien und Adenominseln, die zu polipösen Gewächsen führen können.

**Josef Schaffler** (Budapest): *Die Behandlungsergebnisse der in der II. internen Klinik 1914—1930 beobachteten Ulkuskfälle*. Auf Grund der gewonnenen Erfahrungen bewährte sich am besten die mit Liegekur vereinigte Diät bei Verabreichung von genügenden Alkalimengen. Die mit systematischer lokaler Wärmeapplikation durchgeführte Liegekur ist ein unbedingtes Erfordernis, wird diese unterlassen, so kann die Symptomenfreiheit nur selten erzielt werden. Am besten entspricht die Verabreichung von Magnesia usta + Natrium citricum. Atropinderivate sind zumeist entbehrlich. Die Proteintherapie und Röntgenbestrahlung sind sehr nützlich und zur Stillung der Ulkusschmerzen zumeist unentbehrlich.

**Stefan Weisz** (Budapest) verweist darauf, dass die Alkalidarreichung bei Ulkuskranken auch dann vorteilhaft wirkt, wenn diese hyp- oder anazid sind. Prof. *Bálint* und seine Schule haben nachgewiesen, dass das Alkali, die nach der aziden Richtung verschobene Blut- und Gewebereaktion von Ulkuskranken nach der alkalischen Richtung hin verschiebt und diese für die Wundheilung günstig ist.

**Karl Mészáros** (Budapest): *Pathobiologische Gesichtspunkte*

*in der Ulkustherapie.* Die unvollkommenen Ergebnisse der gegenwärtigen Therapie sowie die Resultate der neueren pathologischen Forschungen urgieren eine radikale Revision der Indikation der Ulkustherapie. Wenn das Ulkus auf die eine Zeitlang durchgeführte konservative Behandlung nicht heilt, so ist die operative Frühkorrektion notwendig. Hat man diesen Zeitpunkt verpasst so treten sekundäre Veränderungen auf, und angesichts der allgemeinen Bedeutung derselben, tritt der Ulkus selbst in den Hintergrund. Das Auftreten von irreparablen sekundären Veränderungen erfordert umfangreiche radikale Lösungen, die jedoch als Notbehelfe nur einen partiellen Erfolg aufweisen können. Zurzeit gelangen nur selten solche Frühfälle zur Operation, wo der Ulkus mit der Umgebung noch nicht verwachsen ist und keine sekundären Veränderungen verursacht. Er empfiehlt für diese Fälle als einfachen lokalen Eingriff den extrastomachalen Nahtverschluss und die Revaskularisation mit dem Omentum.

**Michael Lévy** (Budapest): *Per os — Behandlung von Magen- und Darmulkus mit Wismuth-Insulin.* Auf Empfehlung von Prof. Engel verabreichte er seinen Ulkuskranken morgens auf nüchternem Magen eine Wismuth-Insulinsuspension und liess sie in einer dem Magenulkus entsprechenden Lage eine halbe Stunde lang ruhen. Er überzeugte sich im Tierversuch, dass Wismuth das Insulin adsorbiert. Bei starker Hyperazidität fügte er dieser Suspension eine Messerspitze doppelkohlensaures Natron hinzu. In der ersten Woche der dreiwöchentlichen Kur wurde die Lenharzdiät beobachtet, später war die Ernährung liberaler. Die Kranken konnten während der Behandlung ihrer Beschäftigung nachgehen und hatten sich nach je fünf Tagen zur Kontrolle zu melden. Schon nach wenigen Tagen milderten sich die Schmerzen und der Zustand besserte sich. Zahlreiche Fälle konnten nach Schluss der Behandlung klinisch und röntgenologisch als geheilt bezeichnet werden.

**Zoltán Szilárd** (Pécs): *Alkaliwirkung und Magensäuresekretion.* Er prüfte die Wirkung von Magnesiumperoxyd und Natrium hydrocarbonat auf die Magensekretion. Das Magnesiumperoxyd steigert die Sekretion. Bei Verabreichung von doppelkohlensaurem Natron wird die Chloridausscheidung im Magen gesteigert sowohl in den an-, wie auch in den norm- und hyperaziden Fällen, was die günstige Wirkung dieses Mittels erklären kann.

**Georg Matolay** (Budapest) beschäftigt sich mit der Behauptung von Eugen Rosenthal, wonach das kallöse Ulkus nicht zu operieren sei. Demgegenüber verweist er darauf, dass die Heilung des Magenulkus mit den vorhandenen Untersuchungsmethoden nicht festgestellt werden kann. Er sah in drei Fällen die Perforation von geheilt bezeichneten Geschwüren, eben deshalb sei das kallöse Geschwür wegen der Gefahr der Perforation und Blutung zu operieren.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Ungarische Ärztestatistik.** Seit dem Ausbruch des Weltkrieges, wo sich die Zahl der Medizin Studierenden masslos vermehrt haben, zeigt die Zahl der ungarischen Ärzte eine ständige Zunahme, wobei das Maximum noch keineswegs erreicht ist. Gegenüber den zirka 4000 Ärzten Grossungarns in den Vorkriegsjahren zählt heute

Rumpfungarn, wie dem soeben erschienenen „*Jahrbuch der Ungarischen Ärzte*“ (Magyarország orvosainak évkönyve és címtára) von *Emil* und *Ernst Pesti*, Budapest, Petöfi-Verlag, entnehmen, doppelt soviel: 8343 Ärzte, um 300 mehr als im Vorjahre. In der Hauptstadt hat die Ärztezahle um zirka 100, in der Provinz um 200 zugenommen. Das Jahrbuch enthält ferner sämtliche auf die sanitären Einrichtungen, Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien usw. bezüglichen Daten, sowie das Namensregister und die Personaldaten sämtlicher hauptstädtischen und Provinzärzte.

**Auszeichnung.** Universitätsprofessor Dr. *Franz Orsós* wurde zum korrespondierenden Mitglied der Société Anatomique de Paris gewählt.

**Die Gesellschaft der Deutschen Internisten** hielt jüngst in Wiesbaden ihre 50. Tagung. Die Gesellschaft wurde vor einem halben Jahrhundert von *Leyden* gegründet. Aus Anlass dieses Jubiläums wurden die hervorragenden Kliniker: *Klemperer*, *Baron Korányi*, *Krehl*, *Fr. Müller*, *Romberg* und *Wenckebach* zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft gewählt.

Drei neue Hefte der Serie: **Der Arzt als Erzieher** (Verlag der Ärztlichen Rundschau Otto Gmelin) behandeln die Allgemeinheit rege interessierende Krankheitszustände. Es ist nur selbstverständlich, wenn ein intelligenter Kranker, dem der Arzt sein Leiden mitteilt, und ihm die Verhaltensmassregeln, sowie die notwendige Kur vorschreibt, Aufklärung sucht über die Natur, den Verlauf und die zukünftige Gestaltung des seinen Körper heimsuchenden Prozesses. Der Aufgabe diese Kenntnisse dem intelligenten Leser zu übermitteln, kommen diese populär geschriebenen Monographien in vorzügliche Weise nach. Der Kurarzt in Nauheim *Dr. Gottfried Hübener* erörtert die *Gicht, ihre Ursachen und Bekämpfung*. Gegenüber den von Tag zu Tag neu auftauchenden unfehlbar wirkenden Wundermitteln, die eine laute Reklame dem Publikum anhängt, unterstützt das vorliegende Werk den Arzt in seinem Bemühen, die Kranken durch eine konsequent vorgeschriebene Lebensweise von dem hartnäckigen Übel zu befreien.

Der Kurarzt in Marienbad *Dr. Rudolf Kolb* setzt sich in dem Band: **Die Fettleibigkeit und ihre Behandlung** mit der Fettsucht auseinander. In dem Werk wird nach der normalen Ernährung die Mast- und endokrine Fettsucht, deren Behandlung, die Diätschemen Abmagerungskuren, Badekuren, Trinkkuren und die medikamentöse Behandlung beschrieben.

*Dr. Georg Gubschuss* erörtert in dem Heft: „**Die Wechseljahre**“ die Ursachen, Erscheinungen, Beschwerden und Behandlung des Klimakteriums. Das Werk betont, dass die Frau zur Zeit die mit den Wechseljahren einhergehenden Leiden nicht mehr als unabänderliches Fatum hinnehmen muss, sondern dass die moderne Medizin wirksame Massnahmen zur Bekämpfung derselben besitzt.

---

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.