

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor *Dr. M. Berliner.*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

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

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 29. November 1930.

O. Göttche: *Einfacher Apparat zur Röntgenuntersuchung von Säuglingen.* Der ganze Apparat besteht eigentlich aus einem gebogenen, auf eine Metallstange fixierbaren Zweiradsattel, dieser ist nach allen Raumrichtungen hin drehbar. Säuglinge und Kleinkinder werden darauf gesetzt und können derart nach allen Richtungen hin leicht untersucht werden. Die einfache Anwendbarkeit und leichte Instandhaltung des Säuglingssattels ermöglicht dessen Verwendung in der täglichen Praxis

A. Flesch: *Ein Fall von Coeliakia.* Das Gewicht des 5jährigen Knaben war bei der Aufnahme 7800 Gramm, Körperlänge 77 cm, aufgetriebener Unterleib, häufige, mässige, dünnbreiige, fetthaltige Stühle, Osteopathie, hochgradige Anämie, Hypotonie. Das Kind konnte weder stehen, noch gehen oder sprechen, obwohl es sehr intelligent ist. Hydrolabilität. Der Knabe bekam als Nahrung Buttermilch, Leber, Früchte, zellulosarme Gemüse, ferner Quarzbestrahlungen. Das Kind

nahm in einem halben Jahr zirka $2\frac{3}{4}$ kg zu und ist 6 cm gewachsen, lernte Stehen und Gehen und beginnt zu sprechen.

E. J. Vass: Englische Autoren betrachten dieses Krankheitsbild als Fettstoffwechselstörung, mit beträchtlicher Erhöhung des Blutfettspiegels. Redner hält das Leiden für eine Hypovitaminose, man sieht von vitaminreicher Nahrung Besserungen.

E. Hainiss: Die Coeliakia kann in den ausgesprochenen Fällen symptomatisch gut abgegrenzt werden, sei jedoch weniger eine selbständige Erkrankung, als vielmehr ein konsekutiver Zustand, für welchen die Disposition eine angeborene oder entstandene gastrointestinale Empfindlichkeit schafft, die Entfaltungsmöglichkeit liefern aber durch endogene oder exogene Infektionen entstandene akute oder chronisch gewordene Ernährungsstörungen. Das Krankheitsbild zeigt Ähnlichkeit zu jener Form von Atrophien des Säuglingsalters, wo die Atrophie nach chronischen Ernährungsstörungen entstanden ist. Die Ernährungsstörung ist nur eine sekundäre Erscheinung und eine Folge der Labilität des vegetativen Nervensystems der an chronischen Ernährungsstörungen leidenden Kranken. Wegen der Verlangsamung der Darmpassage und der Verminderung der Eiweissresorption empfiehlt er keine einseitig eiweissreiche Nahrung, dieser sollen der Anforderungen der Korrelation entsprechend stufenweise Kohlehydrate hinzugefügt werden.

A. Bossányi: Die Krankheit ist in den Vereinigten Staaten von Amerika überall häufig, auch auf den Gebieten, welche auf der gleichen geographischen Breite liegen wie wir, sie ist von der Pankreasinsuffizienz (pancreatic infantilismus, pancreas atrophia) zu differenzieren. Klinisch charakteristisch sind nebst der hochgradigen Kolonerweiterung die Stühle (60—70% Fett), weil Entwicklungshemmungen und Osteoporose allein noch nicht die Diagnose der Coeliakia ergeben. *Vas* gegenüber glaubt er, dass die Hypovitaminose in der Pathogenese des Leidens keine Rolle spielt, weil das D-Vitamin eher schadet, die übrigen aber nichts nützen. Die diätetische Therapie ist überaus schwierig, führt jedoch allein zum Ziel. *Hainiss* gegenüber akzeptiert er die Ansicht der amerikanischen Forscher, nach welchen sowohl eine primäre, wie auch eine konsekutive Genese möglich sind.

A. Flesch hält diese Fälle für keine Hypovitaminosen. Gewiss gibt es auch primäre Fälle, wo eine angeborene Schwäche der Verdauungsorgane vorliegt. Warum das Leiden bei uns und in gewissen anderen Ländern selten ist, kann verschiedene Ursachen haben.

Z. Wein: *Auf Röntgenbestrahlungen seit einem halben Jahr geheilter Kehlkopfkrebs.* Er beobachtet seit dem 24. April 1928 einen 62jährigen Patienten mit Kehlkopfkrebs. Der Kranke verweigerte die Operation und wurde am 9. Dezember 1929 mit einem durch den Kehlkopf in die Fossa pyramiformis eingedrungenen und das Kehlkopflumen nahezu vollkommen verlegenden Tumor, dem Ersticken nahe, in seine Abteilung im Roten Kreuz-Spital gebracht. Er führte eine dringliche Tracheotomie durch, versuchte sodann am 16. Januar 1930 die Kehlkopfexstirpation, doch musste er die Operation unterbrechen, weil sowohl beide Hälften der

Schilddrüse, wie auch der Schildknorpel sich als infiltriert erwiesen. Röntgenbestrahlung am 3., 6. und 8. Februar 1930 am Hals von drei Seiten mit 100%-iger P. D. (Nach *Kelen.*) Die Geschwulst heilte in drei Wochen. Der Kehlkopf gewann von geringen narbigen Veränderungen abgesehen, seine normale Gestalt und Beweglichkeit zurück. Bei dem Kranken findet sich heute, nach $\frac{3}{4}$ Jahren, keine Spur der Geschwulst und die Durchgängigkeit des Kehlkopfes ist so weit vollkommen, dass der Kranke mit der Tag und Nacht verstopften Luftröhrenkanule Nr. 9 atmet, von dieser will er sich aus Aberglauben nicht trennen. Bei nicht operierbaren Kehlkopfkrebs sollen Röntgenbestrahlungen unbedingt versucht werden.

A. Gál: In der Strahlentherapie bösartiger Geschwülste wird in neuerer Zeit die sogenannte Auffüllungsmethode verwendet. Bei dieser wird die Behandlung in mehrere Abschnitte geteilt; zuerst erhält der Kranke nur 50–80% der vollen Dosis, dann erhält er in 2–3tägigen Intervallen noch 3–4-mal 30–40%. Während nach der älteren Methode der Tumor eine einmalige Volldosis erhielt, bekommt er so eine Doppeldosis. In dieser Hinsicht erscheint diese Methode als die vorteilhaftere, sie wurde von *Pfahler* und *Holfelder* ausgearbeitet. Redner war in Frankfurt bei einer Demonstration von *Holfelder* zugegen, in welcher dieser über mehr als 20 bereits seit 3–4–6 Jahren rezidivfreie Sarkomfälle referierte. Nach der Methode der Franzosen *Regout* und *Goutard*, erhält der Kranke ungefähr 3 Wochen hindurch $\frac{1}{3}$ Strahlendosis täglich. Er erhält daher in 3 Wochen die 6–7fache Volldose, und zwar in der Weise, dass die Verabreichung der einmaligen Dritteldosis absichtlich verzögert wird und 50–60 Minuten dauert. Dies wird durch Verminderung der verabreichten Milliampère, Anwendung von härteren Filtern und Erweiterung der Fokusdistanz von der Haut erreicht.

G. Szabó hat den Patienten im Roten Kreuz-Spital der Röntgenbehandlung unterzogen. Dieser erhielt vorn auf den Kehlkopf 6×8 , auf beide Halsseiten 10×10 Felder mit 30 cm Fokusdistanz. In die Seitenfelder reichte auch der Kehlkopf hinein. Die zentrale Strahlrichtung verlief von hinten schräg nach vorwärts. In jedem Falle wurde die volle Pigmentdosis verabreicht.

A. Láng: Mit Röntgen kann man bei Kehlkopfkrebs in den seltensten Fällen Resultate erzielen. Das Radium ist verlässlicher. Je lebhafter die Mitosen in der Geschwulst, umso strahlenempfindlicher ist der Tumor. In diesem Falle stand der auffallende Erfolg der Röntgenbehandlung mit dem Gewebscharakter der Geschwulst in Verbindung.

T. Liebermann: Infolge der Indolenz des Kranken war der Fall so weit vorgeschritten, dass der Röntgenologe auf eine eventuelle Schädigung der noch gesunden benachbarten Partien keine Rücksicht nahm, sondern die Maximaldosis verabreichte. Man müsse den Standpunkt akzeptieren, entweder soll operiert oder bestrahlt werden und dann muss der tracheotomisierte Kranke die Maximaldosis erhalten. Es sei ganz irrelevant ob die Knorpel geschädigt werden oder nicht, und ob eine Substitutionstherapie der Thyreoidea und Parathyreoidea notwendig sein wird oder nicht.

J. Sebestyén: *Die Fortschritte der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.* Der Vortragende demonstriert ein neues chirurgisches Verfahren, mit dessen Hilfe bei ausgedehnten apikalen Verwachsungen eine Fortsetzung der Pneumothoraxbehandlung ermöglicht wird. Das Wesen der Behandlung besteht in einer extrapleurale Apikolyse, mit deren Hilfe ein inkompletter Pneumothorax komplettiert werden kann. Die extrapleurale Plombage sei bei günstig liegenden primären Höhlen, wo noch keine Dissemination eingetreten ist, eine frühzeitig durchzuführende Operation in der Chirurgie der Lungentuberkulose. Aus sozialen Rücksichten könne das Indikationsgebiet dieser Operation erweitert werden. Bei stationären apikalen Höhlen wendet er nicht die Plombage an und empfiehlt an deren Stelle die *Graf'sche* Methode, die im Wesen aus der Beseitigung der beiden ersten Rippen von deren Ursprung bis zu ihrer Haftstelle besteht. Bei den bisher durchgeführten 72 Plombenfällen beobachtete er bei der Einheilung von Plomben keinerlei Störungen. Die Menge des eingeführten Paraffins war 150—800 Gramm. Er war in jedem Fall bestrebt, das Kavum nach Möglichkeit zu kollabieren, weil die Plombenoperation einen definitiven Zustand schafft und der sekundären Schrumpfung nach der Plombage praktisch keinerlei Bedeutung zukommt. Die Bedingung des Operationserfolges sei die frühzeitige Indikationsstellung. In gewissen einseitigen benignen Fällen von Lungentuberkulose kann auch mit einer mässigen Verengung des Brustkorbes Erfolg erzielt werden. In kavernösen und zu Zerfall neigenden Prozessen empfiehlt er das *Brauer-Verfahren* mit der *Graf'schen* Modifikation. Er kann über die Resultate der bisher durchgeführten 35 Operationen zur Zeit noch nicht referieren. Todesfälle unmittelbar nach der Operation gab es keine, die Spätmortalität war 9, wesentlich gebessert sind 11, zur Zeit Kochnegativ, aber mit vorhandenen klinischen Symptomen 7, endgültig geheilt 5 Fälle.

S. Pekanovich: *Sebestyén* verdolmetschte den allgemein akzeptierten Standpunkt des unter der Leitung des Redners stehenden Lungentuberkulospitals. Er hält die Apikolyse mit der *Jacobeus-Operation* für die Operation der Zukunft. Auch die mit der Apikolyse verbundenen Komplikationen werden vermieden werden können, wenn es gelingt, die mechanischen Insulten gegenüber so hochgradige Empfindlichkeit der Pleura herabzusetzen. Ein treffendes Beispiel hierfür ist die *Jacobeus-Operation*, mit der sich Redner schon vor dem Krieg beschäftigt hat, um sie jedoch wegen der auftretenden Blutergüsse und Empyeme aufzulassen. Zur Zeit sind diese Komplikationen zumeist bereits vermeidbar. Eben deshalb wurde er mit Auflassung seines früheren Standpunktes ein Anhänger dieses Verfahrens und glaubt, dass dasselbe mit der Apikolyse zusammen in zahlreichen Fällen zur Anwendung gelangen wird.

R. Dvorzsák: Der grösste Teil der vom Vortragenden demon-

strierten und operierten Kranken entstammt dem Material des Ujpester Dispensaires. Die Operation der nicht versicherten Kranken wurde von den Professoren *Bakay* und *Winternitz* durchgeführt. Selbst der älteste Plombenfall ist erst zwei Jahre alt. Gute Resultate werden auch in frischen Kavernenfällen erzielt, wo der Pneumothorax die Kaverne nicht komprimiert. Am besten sind die Ergebnisse in jenen Fällen, wo die Mangelhaftigkeit der Pneumothoraxtherapie frühzeitig erkannt und die Operation sofort beschlossen wurde. Im gewissen Masse gilt auch für die Plomben- und Thorakoplastikbehandlung, dass frische Prozesse besser beeinflusst werden können. In den erfolgreichen Fällen von Thorakoplastik erfolgte die Operation bei einer vollkommen gesunden anderen Lungenhälfte, und unter guten biologischen Verhältnissen. Ein Hindernis der Durchführung der Frühoperation bei versicherten Kranken ist die Frage des Krankengeldes. Wünschenswert wäre eine ausgiebigere Unterstützung der Sanatoriums- und Spitalspfleglinge, sowie eine intensivere Einbeziehung der Kassenärzte in die Tuberkulosebekämpfung.

Z. Cserba hat neun von den dreizehn Plombenfällen operiert. Gebessert wurden sechs, unverändert fünf, unbefriedigend ein und gestorben ein Fall. Von grossen Plomben wurden keine Schädigungen beobachtet. Die Blutkörperchensenkung kann auch in günstigen Fällen eine beschleunigte bleiben, die Ursache ist vielleicht ein Zerfall des inaktivierten Lungengewebes.

A. Winternitz: Plomben seien nur in hoch in der Spitze liegenden dünnwandigen Kavernen angezeigt; er ist ein Gegner von grossen Plomben. Kavernenrisse kommen nach seinen Erfahrungen selten vor, einmal in seinen 99 Plombenfällen. Häufiger kommt es vor, dass die Plombe nach Monaten in die Kaverne eindringt und der Kranke Paraffinstücke aushustet. Dieser Zustand sei nicht gefährlich und wenn die Kranken bazillenfrei wurden, könne die Plombe liegen bleiben. Sei das nicht der Fall, so müsse die Plombe entfernt und eine Plastik durchgeführt werden.

I. Nádor-Nikitisch: Die Ergebnisse der Kollapstherapie haben sich in den letzten Jahren hauptsächlich Dank der Technik und der Änderungen in der Indikation gebessert. Auf diesem Wege könne man kaum mehr einen ähnlichen erheblichen Fortschritt erwarten. Ein Fortschritt sei durch Erweiterung in der Indikation zu erhoffen, bei solchen doppelseitigen Prozessen, wo bei einem schweren Prozess der einen Seite auf der anderen im Hilus eine chronische, nicht fortschreitende Veränderung vorhanden ist. Die Thorakoplastik kann noch bei exsudativer Veränderung des kontralateralen Hilus in Betracht kommen. Wird der Kranke unter optimale Verhältnisse gebracht, so kann ein solcher Prozess in einen chronischen Ruhezustand gelangen. Selbst bei der besten Kollapstechnik beträgt die Zahl solcher Fälle, bei denen dieses Verfahren erfolgreich nicht anwendbar ist, ungefähr 70%. Die Aufgabe der Zukunft ist die frühzeitige Diagnose und derart die Vermehrung jener Fälle, in welchen eine erfolgreiche Kollapstherapie noch anwendbar ist.

A. Zolnai empfiehlt an Stelle der Bezeichnung Lungenplombe die „Lungenfüllung“, weil der verwendete Fremdkörper kein Blei enthält.

J. Schön betont die Vorteile der *Kremer*'schen direkten Optik gegenüber der seitlichen Optik.