

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

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

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

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 26. November 1930.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

J. Bud. Schlusswort.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

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

(Fortsetzung.)

III. Wissenschaftliche Sitzung am 27. Mai vormittags.

Bauchchirurgie.

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

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