

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

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

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

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

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

Josef Lévai schildert die von ihm bei Laparotomien beobachteten Vorsichtsmassregeln.

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

Albin Cserey-Pechany: Kasuistischer Fall.

Ludwig Bakay: Kasuistische Fälle.

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

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

Stefan Sándor.

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

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

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

Karl Klekner.

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

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

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

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

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

Árpád Jamniczky: *Cholelithiasis nachahmende Krankheitsbilder*

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

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

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

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

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

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

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

Stefan Czukor.

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

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

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

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

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

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

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

Zoltán Berzsenyi.

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

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

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

Emil Troján.

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

Karl Jellinek: Kasuistischer Fall.

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

Stefan Szabó.

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

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

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

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

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

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

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

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

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Direktor : Paul Márkus.)