

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.

**LIPÓTVÁROSI
VIZGYÓGYINTÉZET
BUDAPEST
V., BÁTHORY-UTCA 3**

KURHAUS SEMMERING

Chefarzt: Med-Rat *Dr. F. Hansy*. 3 Hausärzte.

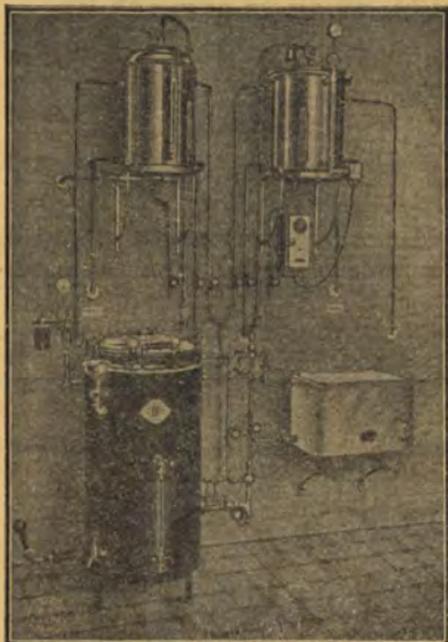
Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw. Magendarmkranke, Anaemien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebbelfrei, inmitten eigener grosser Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ 120 Zimmer, gedeckte Balkons und Terrassen, Lift, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, grosse Gesellschaftsräume, Freiluftliegehallen, Luft- und Sonnenbad, Lufthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.

PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher
Auszeichnungen.

TELEPHON: Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm

In Ungarn.

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Abgesonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**
Obermedizinalrat: Dr. **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 Alföldt*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Rhinologische und laryngologische Sektion. — Otologische Sektion. — Gynäkologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Rhinologische und laryngologische Sektion.

Sitzung am 12. März 1929.



Demonstrationen: G. Kalocsai: *Endotracheales Granulom.* Das siebenjährige Kind aspirierte die Samenschale eines Apfels, diese wurde mit Tracheotomie entfernt. Drei Monate später abermals stridoröses Atmen. In der Luftröhre hat sich von der Tracheotomienarbe ausgehend ein bohngrosses Granulom gebildet. Tracheotomia inf., endolaryngeale Entfernung des Tumors. Die histologische Untersuchung (Prof. *Johan*) wies im Inneren der operativ entfernten Hypergranulation Pflanzenfasern nach (zurückgebliebene Verbandstoffreste), ferner die Umwandlung der flimmernden Schleimhaut in Plattenepithel. Heilung.

Z. Lénárt: Der Verlauf zeigt, dass die Entfernung der Kanüle ohne laryngologische Kontrolle erfolgte. Granulationsbildung nach äusseren Operationen ist ziemlich häufig, ihre Erkennung und Beseitigung bei entsprechenden Untersuchungen einfach. Die Kanüle darf endgültig nur nach einer solchen Kontrolle entfernt werden, weil sonst der Kranke abermals der Gefahr der Suffokation und Tracheotomie ausgesetzt ist, wie das auch hier der Fall war.

M. Paunz: Das Granulom entstand infolge Knorpelnekrose. Legen wir bei der Tracheotomie auf der vorderen Trachealwand ein Fenster an, so tritt die Knorpelnekrose seltener auf.

L. Laub: *Zweckmässige Fixierungsmethode von Thiersch-Lappen bei der operativen Lösung von Kehlkopfstrikturen.* Zur Fixierung von Thiersch-Lappen wendet der Vortragende nach *Esser* die in der Zahnheilkunde verwendete Stentz-Masse mit sehr gutem Erfolg an. Nach Ausgestaltung des Laryngostoma und Exzision der Narben füllt er die Höhle mit Stentz-Masse aus, die in heissem Wasser erweicht wurde. Diese kann nach der Erhärtung leicht herausgeholt werden und gibt einen genauen Abdruck der Höhle. Die Form bestreicht er sodann mit Mastisol, die inzwischen herauspräparierten Thiersch-Lappen werden auf die Form gerollt und geklebt. Die Form wird in die Höhle zurückgebracht, acht Tage liegend gelassen, während welcher Zeit die Lappen festhaften.

Z. Lénárt: Die Methode ist seiner Ansicht nach verwendbar, doch hat ihn die Fixierung mit dem Mikulicz-Tampon nach jeder Hinsicht befriedigt und wenn das Verfahren mit der entsprechenden Vorsicht angewendet wird, so bleiben die Lappen tadellos an Ort und Stelle.

M. Paunz: *Marschik* fixiert die Lappen mit Hilfe einer Drainröhre.

I. Stamberger: *Malignen Tumor nachahmende Adenoidvegetationen.* Bei dem 15jährigen Knaben fand sich im Nasenrachenraum eine kleinapfelgrosse Geschwulst. Die sich oft wiederholenden heftigen Blutungen, sowie die metastatischen Lymphknoten am Halse erweckten den Eindruck der Malignität. Nach der histopathologischen Untersuchung bestand die Gewebswucherung im Nasenrachenraum ausschliesslich aus Adenoidgewebe.

Z. Lénárt: *Karotisaneurysma.* Die 65jährige Frau klagt über ein fremdartiges Gefühl im Rachen. Die linke Tonsillargegend und das Velum sind vorgewölbt, die Vorwölbung ist elastisch und setzt sich gegen den Epipharynx fort, auf derselben ist eine ausgesprochene Pulsation palpierbar, die mit dem Radialispuls synchron ist. Hals normal. Die mässige Ptose, Enophthalmus und Pupillengerade weisen die Läsion des Sympathicus. Brustorgane normal. Wassermannreaktion negativ. In der Anamnese figurieren Rachenkatarrhe, eine Verletzung hat sie nicht erlitten. Bei der Probepunktion wird arterielles Blut gewonnen. Der kleinapfelgrosse Tumor stammt weder von einem tonsillaren noch von einem Rachengefäss, sondern wird durch ein Karotisaneurysma verursacht. Es kann nicht entschieden werden, ob eine Veränderung der Carotis externa oder interna vorliegt. Vom prognostischen Gesichtspunkt aber ist das sehr wichtig, weil die Unterbindung der Carotis externa gefahrlos ist, wogegen die Ligatur der C. interna bei älteren Personen in $\frac{1}{3}$ der Fälle infolge der auftretenden Gehirnerweichung verhängnisvolle Folgen hat. Wir werden bei der Kranken demnächst beide Karotis herauspräparieren

und wenn bei der provisorischen Ligatur aus der Verminderung der Pulsation auf eine Veränderung der C. ext. gefolgert werden kann, so unterbinden wir diese. Im entgegengesetzten Fall wäre die Unterbindung der C. interna indiziert. Vor dem endgültigen Anlegen der Ligatur werden wir bei der mehrere Tage lang fortzusetzenden Kompression beobachten, ob Symptome seitens des Gehirns auftreten. Eventuell kann auch die systematische Digitalkompression in Frage kommen die in den Fällen von *Billroth, Rouge, Delbet* usw. Heilung zur Folge hatte. Während des Krieges wurden traumatische Aneurysmen ziemlich häufig beobachtet, im vorliegenden Fall können Rachenkatarrh oder Arteriosklerose als Ursache figurieren.

M. Paunz hat drei Karotis-Aneurysmen beobachtet, von diesen eines an der Carotis externa, zwei aber an der Carotis interna. Das Aneurysma an der Carotis externa, sowie das eine auf der Carotis interna entstanden infolge Schussverletzung. Im ersten Fall trat nach Ligatur der Carotis externa, in den zwei anderen Fällen nach Abbindung der Carotis interna Heilung ein. Bei einer alten Frau sah er eine Vorwölbung der hinteren Rachenwand, über welcher er Pulsation beobachtete. Er betrachtete den Fall als Aneurysma der Pharyngea asc. Er betont die Wichtigkeit der Palpation bei der Untersuchung, diese muss in jedem Fall durchgeführt werden, weil wegen des Übersehens von Aneurysma wiederholt Verblutungen mit tödlichem Ausgang vorgekommen sind.

Z. Lénárt: Die Punktion des Aneurysma ist bei entsprechender Vorsicht nicht gefährlich und zeigte auch in unserem Fall einen glatten Verlauf. Bei oberflächlichen Verlauf der Art. phar. asc. und der Art. palatina desc. zeigen diese ziemlich häufig sichtbare Pulsationen seitwärts am Rachen, dass bedeutet aber kein Aneurysma dieser Blutgefäße.

I. Zoltán: *Referat über die Tätigkeit des Laboratoriums der rhynologischen und laryngologischen Klinik im Jahre 1928.* Im Laufe des Jahres 1928 (ungefähr neun Monate) wurden 62 Substanzen untersucht u. zw. zwölf Kehlkopfkarzinome, drei Granulationsgewebe von radikalen Kehlkopferkationen, zwei karzinomatöse Lymphknoten, zwei Trachealkarzinome, ein durch Tracheostoma expectoriertes Fibrincoagulum, vier Kehlkopf-Tbc., eine Kehlkopflues, zwei Granulationsgewebe von Perichondritis laryngea, ein Kehlkopfpapillom, ein amyloider Kehlkopftumor, eine akzessorische Tonsille von der Epiglottis, zwei Tonsillen-Cc., ein Tonsillenmyxom, ein lymphoider Polyp von der Tonsille, ein Fibrom von der Rachenmandel, eine Tonsillen-Tbc., zwei chronische Tonsillitiden, eine Tonsillen-Lymphogranulomatose, einluetisches Tonsillengeschwür, lymphogranulomatöses Granulationsgewebe aus dem Rachen, ein lymphogranulomatöser Lymphknoten, ein amyloider Rachentumor, eine entzündliche Rachenzyste, ein Uvula-Papillom, ein Zungenbandkrebs, zwei Basalzellenkrebse aus dem äusseren Nasengang, ein epipharyngeales Sarkom, ein fibröser choanaler Polyp, ein Schleimpolyp aus dem

Highmoor, ein Polyp der Stirnhöhle, zwei Nasenpolypen mit angiomatöser Struktur, eine lupöse, eine skleromatöse Wucherung der Nase, eine papillär hypertrophisierte Schleimhautpartie der Muschel, ein Siebzellen-Schabsel von einer retrobulbären Neuritis, ein Siebzellensarkom, schliesslich aus einem Oesophagus-Diverticulum ausgestossenes nekrotisches Epithel.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 14. März 1929.

F. Mádi-Kovács: *Diphtherische chronische Mittelohr-
eiterung mit Mastoiditis.* Bei seinem Kranken hat er vor einem Jahr eine Trepanation durchgeführt, er konnte aus der Wundhöhle Diphtheriebazillen nachweisen. Auch die Tierimpfung ergab positives Resultat. Demgegenüber konnten aus dem Gehörgang ständig nur Eiterbazillen nachgewiesen werden.

J. Kelemen: *Diphtherische akute Mittelohrentzündung.* Die Pneumonie des sechs Monate alten Säuglings war bereits im Abklingen begriffen, als die neuerlich in Begleitung von hohen Fieber auftretende linksseitige akute Mittelohrentzündung auf Parazentese reichlich Eiter ergab. Das Fieber ging oft über 39°C hinaus, dabei bestand überaus profuser, ausserdem aber auch sehr übelriechender Ausfluss. Die nach dreieinhalb Wochen durchgeführte bakteriologische Untersuchung des aus dem Ohre fliessenden Eiters stellte neben Saprophyten grosse Mengen von Diphtheriebazillen fest. Gleichzeitig konnten auch aus dem klinisch ständig symptomfreien Rachen Löffler-Bazillen — wenn auch in wesentlich geringerer Menge, als aus dem Ohre — gezüchtet werden. Nach der sofortigen Serumapplikation gelang es nach 36 Stunden nicht mehr, aus dem Ohre Sekret zu gewinnen. Die Temperatur sank unter 38°C und war morgens zirka 36°C u. zw. zum erstenmal am Morgen nach der Seruminjektion. Erst nach mehreren Tagen zeigte sich etwas höheres Fieber, das in dem sich langsam lösenden Lungenprozess seine Erklärung fand und durch keinerlei lokale Reaktion seitens des Ohres begleitet wurde. Über genuine diphtherische Mittelohrentzündung hat in der vaterländischen Literatur nur *Géza Krepuska* referiert (1897). Der Diphtheriebazillus ist im Ohr in Reinkultur d. h. ohne Mischung mit Eiterkokken sehr selten, noch seltener aber ist ein solcher Fall, wo sich der diphtherische Prozess ausschliesslich auf das Ohr beschränkt. Diphtherische Mittelohrentzündung ohne Diphtherie des äusseren Gehörganges aber kommt äusserst selten vor.

S. Szathmáry: Bei dem zuletzt demonstrierten Fall liegt ein Prozess vor, in welchem die eitrige Mittelohrentzündung mit Diphtherie infiziert ist. Wichtig ist die Frühdiagnose. An einen diphtheritischen Prozess ist zu denken, wo eine Nasen- oder Rachendiphtherie vorhanden ist, wenn bei einem Bazillenwirt eine eitrige Mittelohrentzündung auftritt und schliesslich, wenn die Symptome darauf verweisen. Es gibt drei solche charakteristische Symptome: 1. Temperaturänderung: der bis dahin fieberfreie Kranke wird subfebril. 2. Das Ohrensekret wird profus, eitriges Sekret wird mehr katarrhätisch. 3. Regionale Drüenschwellung. Die Wunddiphtherie erscheint gewöhnlich im unteren Wundwinkel. Für die Therapie kommt ausschliesslich die Serumbehandlung in Betracht. Redner wendet bei Wunddiphtherie, ferner lokal einen in *Chlumszky-Lösung* getauchten Tampon an. Seiner Ansicht nach ist der Prozess keineswegs unschädlich, denn er sah in ähnlichen Fällen postdiphtherische Lähmungen.

F. Mádi-Kovács: Bei seiner Patientin war weder Fieber, Drüenschwellung oder typischer Wundbelag vorhanden, nur die das Antrum umgebenden Granulationen waren schmutziggrau, serös und mit wenig Eiter bedeckt.

J Kelemen: Als Infektionsweg konnte auch der Ductus parotideus und die Parotis durch Vermittelung des auf der Spitze des Warzenfortsatzes sitzenden Lymphknotens dienen.

S. Rejtő: *Nekrose des ganzen knöchernen Labyrinths infolge chronischer Mittelohreiterung.* Er schildert den Fall eines 29jährigen Landwirtes der im übrigen gesund ist und eine kräftige Konstitution hat. Er wurde am 16. Januar 1929 in seine Abteilung mit einer, angeblich seit einem Jahre bestehenden linksseitigen Mittelohreiterung aufgenommen, zu dieser gesellten sich in der letzten Zeit Schwindel und heftige Kopfschmerzen in der Nackengegend. Das rechte Ohr gesund, der linke Gehörgang ist durch viel Granulationsgewebe ausgefüllt, aus der rückwärtigen Partie desselben entleert sich wenig übelriechender Eiter. Auf der linken Seite kein Gehör. Das linke Labyrinth kann weder kalorisch noch durch Drehbewegungen gereizt werden. Der spontane Nystagmus des Kranken schlägt nach rechts, er zeigt spontan mit beiden Armen nach links. Kein Romberg, es ist kein auf Kleinhirnabszess verdächtiges Symptom vorhanden. Der Fazialis funktioniert links schwächer, angeblich war dieses Symptom wiederholt stärker aufgetreten.

Die bei dem Kranken vorhandenen Symptome zeigen die letzte Phase der Zerstörung des Labyrinths der linken Seite. Die Operation ergab ein umfangreiches Cholesteatom der Paukenhöhle und des Antrums, das Cholesteatom drang vom Promontorium in das Labyrinth ein, diese Partie war mit blutenden Granulationen gefüllt. Ich eröffnete das Labyrinth nach der Methode von *Hinsberg* von oben, aus dem oberen Bogengang entleerte sich Eiter, das Promontorium wurde nicht angerührt, um den Fazialis nach Möglichkeit zu schonen.

Während der Nachbehandlung ist der Kranke fieberfrei, er hat keine Gleichgewichtstörungen, sein Allgemeinbefinden ist gut, nur ist auffallend viel übelriechendes Sekret vorhanden. Die Ursache findet er in der Rauheit der Labyrinthwand. Am 14. Februar wird die Fazialislähmung, welche bisher nur geringen Grades war, plötzlich total, aus diesem Grunde wollte er den palpibaren rauhen Knochen operativ entfernen. Nach Freilegung des *Trautmann*-Dreieckes findet er die Dura der mittleren und hinteren Schädelgrube überall normal, worauf er den beweglichen Labyrinthsequester in zwei Stücken entfernte. Das demonstrierte Präparat enthält alle Teile von der Schneckenspitze bis zum Aquaeductus vestibuli und zeigt, dass das Vestibulum von oben, wie auch von vorne offen war.

T. Liebermann operierte 1922 einen ganz ähnlichen Fall, bei diesem blieb jedoch der Facialis unversehrt.

L. Fleischmann: referiert über beiderseitigen Labyrinthsequester. Das Kind hatte Scharlach überstanden. Bei beiderseitigen Labyrinthsequester ergeben sich ausser der totalen Taubheit auch vom kosmetischen Gesichtspunkt sehr traurige Folgen, weil das Gesicht infolge des Ausfalles der mimischen Muskelfunktionen vollkommen starr wird. (Totenmaske.) Die Labyrinthsequester reiten gewöhnlich auf dem Facialis, nachdem der Canalis facialis der Zerstörung am längsten Widerstand leistet und der Sequester gewöhnlich nur entfernt werden kann, wenn er entzweigebrochen wird.

K. Wagner: *Gehirnabszess im Schläfenlappen.* Der 23-jährige Kranke leidet seit Jahren an chronischer Mittelohrentzündung der rechten Seite. Seit drei Wochen Symptome einer akuten Exazerbation, u. zw. Ohren- und Kopfschmerzen mit intensiveren Ausfluss und geringen Fieber. Am letzten Tag zweimal Erbrechen und drei Schüttelfröste. Der Ausfluss aus dem kranken Ohr ist übelriechend, der Gehörgang ist so weit zusammengesunken, dass von der Paukenhöhle nur einige heraushängende Granulationen zu sehen sind. Gehör- und kalorische Reaktion fehlen. Im übrigen keinerlei Symptom einer Komplikation. Die Operation legt eine mächtige Cholesteatommasse frei, diese hat das Planum mastoideum in bohnengrösse bereits durchbrochen, den Platz des Zellsystems eingenommen, das Tegmen der mittleren Schädelgrube zerstört, so dass die Dura nahezu in vollem Umfang freiliegt. Die Dura weist die bekannten massigen roten Auflagerungen der zirkumskripten Meningitis auf. Der freie Sinus zeigt keinerlei Veränderungen. Nach der Operation zehn Tage lang wesentliche Besserung. Allmählich tritt Kopfschmerz der Stirngegend auf, dieser wird von Tag zu Tag intensiver. Die Untersuchung der Stirnhöhle ergibt ein negatives Resultat. Kein Symptom seitens des Labyrinths der Klein- und Grosshirnzentren. Das Ergebnis der Untersuchung des Augenhintergrundes — Hyperämie des Augenhintergrundes — bestätigt unsere Annahme, dass eine intra-

kraniale Komplikation sich vorbereitet. Am 28. Tag plötzlich aufgetretener unerträglicher Kopfschmerz, bei einer Temperatur von 37 C°, ausgesprochene Bradykardie, Doppelsehen und 12,000 Leukozyten. Infolge dessen punktieren wir den Temporallappen und erhalten ungefähr 10 Kubikzentimeter Eiter. Im Eiter fanden sich unter zahlreichen fusiformen Bazillen, stellenweise lange Streptokokken-Ketten und eine Unmasse von Eiterzellen. Abgesehen von einer, infolge Retention aufgetretenen transitorischen Verschlechterung, ist der Kranke seit der Eröffnung des Abszesses klage- und symptomfrei. Obwohl der Abszess auch heute noch offen steht, haben wir feste Hoffnung auf Heilung des Kranken und glauben, dass er über die Meningitisgefahr hinweg ist.

H. Lorenz: *Änderung der Schalleitung in Flüssigkeiten bei Druckenwendung.* Bei gesteigertem Labyrinthdruck verschlechtert sich das Gehör. Mit Rücksicht darauf, dass durch rasch wechselnde Drucksteigerung und Verminderung auch das Gehör in rascher Folge beeinflusst werden kann, ist es kaum möglich, die Ursachen dieser Änderungen in den Gehörzellen zu suchen. Der Vortragende dachte daran, dass die Labyrinthflüssigkeit unter höherem Druck vielleicht den Schall schlechter leitet. Zum Studium der Frage konstruierte er einen Apparat, in diesem war eine elektrische Klingel elastisch aufgehängt und von allen Seiten von Flüssigkeit umgeben, die wechselndem Druck ausgesetzt werden konnte. Der Druck konnte bis zu einer Atmosphäre gesteigert werden, was den im Labyrinth vorkommenden Druck weit übertrifft. Eine Änderung der Schalleitung war nicht zu beobachten. Die Ursache der Verschlechterung des Gehörs kann daher nicht die Druckänderung sein.

S. Rejtó: schreibt den Untersuchungen vom *Lorenz* grossen Wert zu und er freut sich seinerseits über das negative Resultat. Tatsache ist, dass bei der Drucksteigerung der Labyrinthflüssigkeit die Knochenleitung verkürzt und die Wahrnehmung von C¹ herabgesetzt ist. Diese experimentell nachweisbare Erscheinung hat er vor 14 Jahren durch gesteigerte Spannung der Membranen der elastischen Fenster bestimmt. Seither wurden wiederholt Versuche nach dieser Richtung hin durchgeführt und er will sich hier nur auf die Experimente von *Herzog* in Innsbruck berufen, der mit seinen neuen Instrumenten den Einfluss der Starrheit der Fenster auf das Gehör nachgewiesen hat. Es ist daher ein Irrtum, in diesem Falle die Ursache in der Schalleitung zu suchen, ein ebensolcher Irrtum ist es jedoch, von momentan auftretenden Zellveränderungen zu sprechen. Ausser der Starrheit der Fenster kann jedoch hier noch ein anderes Moment eine Rolle spielen, und auf dieses möchte er die Aufmerksamkeit *Lorenz* lenken, weil seines Wissens dasselbe noch von keiner Seite studiert wurde. Dieses Moment ist die Physik der Resonanz. Seit *Helmholtz* wissen wir, dass die Schallperzeption auf Grundlage der Resonanz erfolgt. Wir wissen ferner, dass die Membrana tectoria die resonierende Partie ist. Er hält es nun für wahrscheinlich, dass die Schwingungen dieser mikroskopisch kleinen

Membranen durch den Flüssigkeitsdruck beeinflusst werden. Die Aufmerksamkeit müsste auf diesen Umstand gelenkt werden.

S. Rejtő: *Der Ursprung des A. de Kleynschen Halsreflexes.* Das Ergebnis der Untersuchungen von Magnus und de Kleyn war die Entdeckung, dass bei dezerebrierten Katzen, wo die Funktion des Opticus und Olfactoricus aufgehört hat und wo auch die Labyrinth entfernt wurden, die Änderung der Kopflege Einfluss auf den Muskeltonus der Extremitäten ausübt. Diesen Einfluss drücken sie durch die Gesetzmässigkeit aus, dass bei Drehungen und Beugungen des Kopfes der Tonus der Extremitäten auf der einen Seite zunimmt, auf der anderen sich vermindert. Zur Erklärung dieser Tatsache wurde die Bezeichnung „Halsreflex“ angewendet. Der Vortragende kann die Hypothese des Halsreflexes als Endursache nicht annehmen, weil ja der Hals keine Reflexeinrichtung besitzt, d. h., das am Hals keine andere anatomische Einrichtung zu finden ist, wie in jedem anderen Körpergelenk. Aus diesem Grunde sucht der Vortragende den Ursprung des Halsreflexes in dem Synergismus der Muskel. Bei einer derartigen Auffassung kann der Halsreflex — ohne den Wert desselben als Hilfseinrichtung zu schmälern — nicht als gleichrangig mit den Labyrinthreflexen betrachtet werden.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 14. März 1929.

H. Singer: *Schwere Amenorrhöen im geschlechtsreifen Alter.* Bei jungen Frauen ist das jahrelang dauernde Sistieren der Menstruation ein schweres Krankheitsbild. Am hartnäckigsten und hormonal kaum behandelbar ist die Amenorrhöe der niemals menstruierten Frauen. Eine zweite Gruppe bildet die Atrophie der nach Abortus ausgeschabten Gebärmutter. Die Ursache ist auch in den seronegativen Fällen zumeist Lues latens oder hereditaria. Es ist dem Vortragenden gelungen, in mehreren Fällen den Zyklus selbst nach Jahren durch kombinierte Hormonbehandlung dauernd auszulösen. Eine dritte Gruppe ist die narbige Verklebung der Wand des Isthmus uteri mit konsekutiver Uterusatrophie, deren Ursache die in rascher Folge durchgeführten, sehr energischen Abschabungen der Isthmusschleimhaut sind.

A. Fischl: Die narbige Verklebung der Zervixwand nach Kurettag kann durch Einführung eines mit Jodtinktur getränkten Gazestreifen für zweimal 24 Stunden verhindert werden.

O. Mansfeld: Die sekundären Amenorrhöen sind gut beeinflussbar, die primären überhaupt nicht. Die nach Abortus auftre-

tenden Amenorrhöen sind wahrscheinlich die Folgen latenter Lues, indem die Lues häufig auch die Ovula vernichtet.

H. Singer: Die Gynathrophie kann mit Kurettagel selten in direkten kausalen Zusammenhang gebracht werden, indem auch endokrine Ursachen mitspielen. Er sah von der intravenösen Hormonbehandlung raschere und bessere Resultate, er hat niemals Unannehmlichkeiten beobachtet.

S. Tóth meldet, dass Professor *Schroeder* aus Kiel am 6. April einen Vortrag in der Ärztesgesellschaft halten wird.

Demonstrationen: **D. Örlei** demonstriert eine therapeutische Leibbinde und ein antikonzeptionelles Pessarium eigener Konstruktion.

I. Frigyesi hält es für unangebracht und den Zielen der Sektion nicht entsprechend, dass in diesen Sitzungen antikonzeptionelle Pessarien vorgeführt werden.

B. Schilling: *Plötzlicher Tod nach der Geburt.* Bei der Erstgebärenden traten während der Geburt drei Eklampsieanfälle auf. Nach dem dritten Anfall zeigte sich eine atonische Blutung von geringem Ausmass, kurz darauf trat der Tod ein. Die Sektion stellte fest, dass Lungenembolie die Todesursache war.

J. Tóth: *Während der Geburt zur Entwicklung gelangte Sepsis.* Die zum fünftenmal gebärende Frau wurde mit Blutung in das Spital am Bakáts-Platz aufgenommen. Sie war während der 5-tägigen Beobachtung fieberfrei, während der Geburt mässige, atonische Blutung, unmittelbar nach der Geburt Schüttelfrost mit 40,5 C°. Nach 6 Stunden Exitus. Bei der Sektion wurde eine entwickelte Sepsis gefunden. Auf der Innenfläche des Uterus grünlich-grauer nekrotischer Belag, septische Milz. Im Sekret waren Staphylo-Streptokokken nachweisbar.

Vortrag: **P. Salacz:** *Ärztliche Erfahrungen meiner ausländischen Studienreise.*

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 29. Mai 1929.

R. Schwertner: *Lungensyphiliställe.* In die Abteilung des Professors *Kovács* im St. Stefan-Krankenhaus gelangten im vorigen Jahre drei Kranke, bei denen als Ursache des bestehenden Lungenprozesses Lues angenommen werden musste. Im ersten Fall trat die Veränderung im Frühstadium nach extragenitaler Affektion (auf der rechten Tonsille) auf, und verursachte eine ungewöhnlich grosse Anschwellung des Hilus. Der Fall reagierte prompt auf die antiluetische Kur. Die beiden anderen Fälle entsprachen einer im tertiären Stadium aufgetretenen interstitiellen Pneumonie. Auf spezifische

Behandlung zeigten beide Fälle nicht nur klinisch, sondern auch röntgenologisch rasche und wesentliche Besserung.

I. Kovács betont, dass bei den demonstrierten Kranken auch die maxillaren und inguinalen Drüsen vergrössert waren, so dass mit Recht angenommen werden konnte, dass auch die Hilusdrüsen ähnliche Veränderungen aufweisen. Die oberflächlichen Drüsen zeigten auf die spezifische Behandlung Rückbildung. Er betont für die Diagnose der Lungensyphilis die Bedeutung des negativen Sputum — und positiven serologischen Befundes. Im Sputum sind Spirochäten sehr selten nachweisbar, ihm ist es 1912 einmal gelungen, bei einer bronchiektatischen Form Spirochäten nachzuweisen.

P. Décsi demonstriert einen *geheilten Fall von Penis- und Skrotumplastik*. Die Haut des Penis und Skrotums war infolge einer Maschinenverletzung vollkommen abgeschieden. Mit einer plastischen Operation wurden die Hoden unter die Schenkelhaut placiert, der Penis aber mit Bauchhaut bedeckt.

I. Katona: *Zwei Fälle von Tuberculosis papulo-necrotica*. Tbc. papulo-necrotica gehört zu einer Gruppe von Hautkrankheiten, die häufig nur einen Übergang zu anderen kutanen Erscheinungen bilden, deshalb finden wir ihr gemeinsames Vorkommen mit anderen tuberkulotischen Hautkrankheiten, wie Lupus vulgaris, Verrucosa cutis, Lichen scrophulosorum. In den vorliegenden zwei Fällen (aus der Abteilung des Prof. *Guszman*) demonstriert er das gemeinsame Vorkommen der subkutanen Form der Tbc. papulo-necrotica mit dem Erythema indurativum. Das Hautleiden des 16jährigen Mädchens begann anfangs 1928 gleichzeitig auf beiden Unterschenkeln. In den letzten Monaten hat es 5 kg an Körpergewicht abgenommen. Auf beiden Unterschenkeln finden sich in nahezu gleicher Lokalisation über den Knöcheln auf einer handteller-grossen Fläche zirkulär angeordnet, ferner handteller-gross auf der Streckseite der Knie abwechselnd Papeln und Narben. Auf dem tief lividen Gebiet sehen wir kutan und subkutan bohnergrosse, wenig hervorragende, zellig infiltrierte, konsistente, separierte Knoten.

Z. Doleschall: *a) Lues I—II, Ekthyma*. Bei dem 32jährigen technischen Maschinenfabriksteiter seit Februar d. J. am Penis auch heute noch bestehende Primärsklerose. Auf der Haut makulöses Syphilid. Auf der Stirnhaut, am Schädeldach, auf der rechten Seite der Nase und über beiden Schulterblättern finden sich linsen-hellergrosse Ekthymaflecken, welche aufluetischer Grundlage infolge äusserlicher Irritation entstanden sind. Dieluetische Grundlage wird durch die Infiltration der Ekthymaflecken, sowie ex juvantibus durch den Umstand bewiesen, dass die Plaquen auf spezifische Behandlung ohne jede äussere Therapie heller wurden und Heilungstendenz aufweisen. Wassermannreaktion ++, Spirochäten positiv.

b) Primärsklerose am rechten Arm. Bei dem 34jährigen

Tagelöhner findet sich am rechten Arm, eine kindeshandteller-grosse Primärsklerose (von seltener Lokalisation und Grösse), diese besteht seit 10 Wochen. Auf der Haut makulo-papulöses Syphilid. Erodierete Papeln auf der Haut des Skrotums, am Nabel, in den Schenkelbeugen und zwischen den Zehen. In beiden inguinalen Beugen in den kubitalen Vertiefungen und am Hals ausgesprochene Skleradenitis. Wassermannreaktion positiv, Spirochäten positiv.

E. Brezovsky: Die malignen Formen der beiden frischen Luesfälle aus seiner Abteilung sind deshalb vorgestellt worden, weil bei diesen die irritative äussere Behandlung (Jodtinktur, Kalium) die schweren Veränderungen ausgelöst hat. Übrigens können solch' schwere Veränderungen auch bei Kranken beobachtet werden, die infolge innerer Ursachen (z. B. Tuberkulose) geschwächt sind, doch wurden sie in den vorgestellten Fällen durch äussere Einwirkungen herbeigeführt. Man kann nämlich Spirochätenstämme verschiedener Malignität nicht annehmen.

Vorträge: D. Szelöczy: Basales Fibroid. Nach Schilderung der Genetik-, Pathologie und des klinischen Krankheitsbildes des basalen Fibroids referiert er über die verschiedenen, zur Entfernung des Tumors ausgearbeiteten Operationsmethoden. Er stellt das in der Abteilung des Professor *Winternitz* entfernte, abnorm grosse, aus mehreren Knoten bestehende (11 cm hohe, 6 cm breite und 5 cm dicke) Basalfibroid vor, dasselbe bedeckt die ganze rechte Regio parafideomasseterica und reicht mit einem Fortsatz unter dem Arcus zygomaticus in die Fossa infratemporalis. Die Geschwulst wölbt die hintere Rachenwand, sowie deren rechte Seite, die rechte Tonsille mit den Bögen in die Rachenhöhle vor. Ferner wird dem rechten Proc. alveolaris max. entsprechend die Schleimhaut der rechten oberen Backenübergangsfalte einquerfingerbreit in die Mundhöhle vorgewölbt. Die Geschwulst verursacht am rechten Auge Exophthalmus. Die Operation wurde in Narkose durchgeführt. Nach Unterbindung der rechten Karotis wurde vom Kocherschnitt ausgehend, nach Abschieben der Weichteile und Resektion der Highmoorhöhlen-Vorderwand festgestellt, dass diese durch einen Geschwulstknoten ausgefüllt wird. Zur Entfernung der in der Fossa retromaxillaris und Fossa pterygopalatina liegenden grösseren Geschwulstpartie wurde der weiche und harte Gaumen in der Mittellinie gespalten, der Proc. zygomaticus reseziert, die rechte Maxilla nach unten und seitwärts luxiert. Nach dem Herausrollen des kleineren Knotens aus der Fossa infratemporalis, musste zur Herauslösung des grösseren Gesichtsknotens der Masseter durchschnitten werden. Nach Mobilisierung der Geschwulst und Ablösung der am Körper des Keilbeines haftenden Basis wurde der Tumor exstirpiert. Die ungewöhnliche Grösse des Tumors bewog ihn, diesen zu demonstrieren.

S. Erdélyi hat drei Basalfibroide operiert. Er führte die Operation in allen drei Fällen beim sitzenden Patienten nach der Methode von *Denke* durch. Der Tumor war jedoch in allen drei Fällen kleiner, als der vorgestellte. Zwei Fälle heilten glatt, im dritten trat Lungenabszess als Komplikation auf, schliesslich heilte auch dieser.

A. Winternitz: Jene Tumoren, die hauptsächlich in der Rachenhöhle placiert, und nicht allzu gross sind, können durch die Mundhöhle nach Spaltung des weichen Gaumens und eventuell nach partieller Resektion des harten Gaumens entfernt werden. Ist der Tumor nicht allzu gross, so führt auch die Exstirpation durch die Highmoorhöhle zum Ziel. Zur Beseitigung eines solch abnorm grossen Tumors, der von aussen die ganze Regio parotideomasseterica und auch die Fossa infratemporalis, nach innen die Fossa retromaxillaris und Fossa pterygopalatina ausfüllt, sichern die üblichen Methoden nicht den erforderlichen Platz und können ohne Mobilisierung, resp. Luxation der Maxilla nicht beseitigt werden.

E. Salamon: Über Halsrippen (Manuskript nicht eingelangt).

Sitzung am 12. Juni 1929.

A. Gaál: *Perforiertes Duodenalgeschwür mit seltener Komplikation.* Die Vortragende demonstriert eine gastroduodenale Fistel, diese entstand durch Perforation eines chronischen Pylorusgeschwürs in das Duodenum. Bei dem Kranken waren keine Ulkussymptome vorhanden, er erreichte das 64. Lebensjahr. Die mittelbare Todesursache war ein im Okzipitallappen der rechten Gehirnhälfte entstandenes Gliom mit Erweichung, die unmittelbare Todesursache, eine, auf beide Lappen der linken Lunge sich erstreckende, konfluierende Bronchopneumonie.

L. Scheitz: *Auffallend grosses Cornu cutaneum.* Er demonstriert ein 5 cm langes Cornu cutaneum, das er vom Kopf einer weiblichen Kranken entfernt hat. Das Hawthorn besteht bereits seit 30 Jahren und zeigt Wachstum, es ging von einer Narbe aus. Ob das Hawthorn echt ist, oder nicht, war ohne Zerschneidung des Präparates nicht feststellbar. Auf Grund des langen Bestehens, sowie auf Grund der Anamnese und der Ätiologie kann es als echtes Hawthorn angesprochen werden.

D. Hudovernig: *Indikationen der Avertinnarkose.* Er schildert die Indikationen und Kontraindikationen der rektalen Avertinnarkose auf Grund von 160 Beobachtungen. Er betont jene Gesichtspunkte, durch deren Berücksichtigung er mit Avertin als Basisnarkotikum, sowie mit der Ätherkombination desselben in der Praxis gute und gefahrlose Narkosen erzielt hat. Er macht darauf aufmerksam, dass auch diese Methode, wie jede andere erlernt werden muss, weil mit der Anwendung der Avertin- und hauptsächlich der Gasnarkosen vollkommen neue und anders geartete Indikationen und Gesichtspunkte in die allgemeine Anästhesierung eingeführt werden, die eine gute und gefahrlose Narkose ergeben.

G. Fabinyi: *Die rhinologischen und laryngologischen Beziehungen der Influenzaepidemie des Jahres 1929.* Nach Vorausschickung von epidemiologischen, ätiologischen und symptomatologischen Bemerkungen über die Influenza, behandelt er von den Komplikationen des Nervensystems den Kopfschmerz, die supra- und infraorbitalen Neuralgien und die nach Influenza auftretenden Lähmungen vom rhinologischen und laryngologischen Gesichtspunkt, und erörtert die Differentialdiagnose der erwähnten Neuralgien und der Stirnhöhlenentzündung. Er beschäftigt sich dann der Reihe nach mit den Komplikationen der Influenza in den oberen Luftwegen: Nasenkatarrh, Nasenbluten, Entzündung der Nasennebenhöhlen, Laryngitis und Bronchitis. Nach kurzer Charakterisierung derselben, schildert er seine, während der Epidemie des Jahres 1929 in den Ladislaus- und St. Stefan-Krankenhäusern beobachteten Fälle, in denen die grosse Zahl der Stirnhöhlenentzündungen auffallend war. Die Nebenhöhlenentzündung konnte allgemein mit konservativen Verfahren gut beeinflusst werden, es musste insgesamt nur einmal wegen Siebbeinentzündung eine Radikaloperation durchgeführt werden. Verhältnismässig häufig waren die Kehlkopfkomplikationen, hartnäckige mit Hämoptoe einhergehende Laryngitiden. Bronchialkatarrhe und phlegmonöse Laryngitiden, die den Luftröhrenschnitt notwendig machten. Im Endergebnis gehörte die Epidemie des Jahres 1929 zu den Epidemien mit grosser Morbidität und geringer Mortalität, ihre rhino-laryngologischen Komplikationen zeigten gleichfalls mit wenigen Ausnahmen keinen schweren Verlauf und sie heilten auf entsprechende fachliche Behandlung bei verhältnismässig seltenen operativen Eingriffen.

Sitzung am 19. Juni 1929.

Emmerich Gergö: *Referat über die XX. Tagung der deutschen Röntgengesellschaft.* Der Vortragende schildert das Entstehen, die Entwicklung der deutschen Röntgengesellschaft, ihren grossen Einfluss auf die medizinische Forschung, Diagnostik und Therapie, sowie ihre erfolgreiche Tätigkeit für die Krebsbekämpfung. Er erörtert ferner das hohe Niveau der Beratungen und das einverständliche Zusammenwirken der Röntgenärzte mit den Physikern und Technikern, worauf er schliesslich die wichtigeren Vorträge schilderte.

Ludwig Weiser: *Über mesenteriale Pyämie.* Er schildert den Fall eines Kindes, wo nach Entfernung des Appendix ein Periappendizitisabszess auftrat, der im Wege einer mesenterialen Thrombophlebitis Leberabszesse verursachte.

Stefan Bézi: Die Bezeichnung „mesenteriale Pyämie“ sei nicht glücklich. Die metastatischen Leberabszesse, die aus der mesenterialen Thrombophlebitis, die häufig nach Appendizitis auftritt, entstanden sind, können kaum als Pyämie bezeichnet werden, weil in

solchen Fällen sich weder in anderen Organen, noch auf anderen Gebieten der mesenterialen Gefäße Abszesse finden. Das Mesenterium kann Ausgangspunkt einer Sepsis sein. In einem seiner Fälle entstand die Sepsis infolge einer eitrig-blutigen Lymphangitis-Lymphadenitis des Mesenteriums. Auf Grund der Exklusion musste angenommen werden, dass die Krankheitserreger durch die Darmschleimhaut eingedrungen sind, nachdem einige Wochen vorher der Kranke an häufigen Diarrhoeen litt, obwohl bei der Sektion auf der Darmschleimhaut keine wesentlichen Veränderungen nachgewiesen werden konnten. In dem erweichten Zentrum der erwähnten Drüsenknoten fanden sich Streptokokken in Reinkultur.

A. Gaál: *Die spezifische Therapie des Abdominaltyphus.* Er referiert über seine im St. Ladislaus-Krankenhaus durchgeführten Versuche. Das von der Pápaischen Serumproduktionsanstalt in Verkehr gebrachte Kraus'sche antitoxische Typhusserum wurde in 46 Fällen verabreicht. In Fällen, wo das Serum am ersten Krankheitstag gereicht wurde, konnten sowohl symptomatisch wie auch hinsichtlich der Krankheitsdauer günstigere Ergebnisse erzielt werden, obwohl die Behandlung die pathologisch-anatomische Einheit des Prozesses nicht verändert hat. Eigenblut und Serum wurden in 205 Fällen angewendet, das derart erzielte Resultat ist den mit der Serumtherapie erzielten Ergebnissen ähnlich, umso mehr, weil in Fällen, wo die Behandlung nach dem 10. Krankheitstag einsetzte, im Krankheitsverlauf keinerlei Änderung gefunden wurde. Von den nicht streng genommen spezifischen Verfahren wurde die Behandlung des Abdominaltyphus mit Neosalvarsan in 42 Fällen versucht. Die mit diesem Verfahren erzielten Resultate stimmen mit den sehr günstigen Ergebnissen, die von deutschen Experimentatoren gefunden wurden, nicht überein.

A. Furka: Für Abdominaltyphus gibt es kein spezifisches Mittel. Jene, die über günstige Erfolge referieren, hatten es wahrscheinlich mit frischen Fällen zu tun, in welchen sie die eine oder andere vom Vortragenden geschilderten Methode angewendet haben. Bei Abdominaltyphus ist die plötzlich auftretende Herzlähmung sehr unangenehm, die auf Toxinwirkung zurückzuführen ist und gegen die wir kein spezifisches Verfahren besitzen.

NACHRICHTEN.

Besetzung von Universitätslehrstühlen. Der Reichsverweser hat ernannt: den mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors bekleideten Privatdozenten an der Budapester Peter Pázmány-Universität Obermedizinalrat Dr. Josef *Frigyesi* zum ordentlichen öffentlichen Professor auf den vakanten Lehrstuhl Nr. I für Geburtshilfe und Gynäkologie an derselben Universität; den mit dem Titel eines ausserordentlichen Professors und mit dem Charakter der V. Gehaltsklasse bekleideten Privatdozenten, Direktor des Zentral-Röntgeninstituts der Budapester Peter Pázmány-Universität Dr. Béla *Kelen* auf den neu systemisierten Lehrstuhl für Röntgenologie zum ordentlichen Universitätsprofessor; den ordentlichen öffentlichen Professor an der Pécsér Elisabeth-Univer-

sität Dr. Paul *Heim* auf den vakanten Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Budapester Peter Pázmány-Universität zum ordentlichen öffentlichen Professor; den Medizinalrat Dr. Emerich *Szukováthy* zum Direktor der Hochschule für Körperkultur in die VI. Gehaltsklasse.

Mit der Ernennung von drei Hochschulprofessoren hat der Budapester medizinische Lehrkörper eine wertvolle Bereicherung und Auffrischung erfahren.

Dr. Josef *Frigyesi* ist heute 54 Jahre alt, 1897 trat er in den Dienst der II. Budapester Frauenklinik, wurde 1903 Assistent und 1912 zum Dozenten der gynäkologischen Operationslehre habilitiert, 1913 wurde er zum Leiter des hauptstädtischen Frauenspitals auf dem Bakáts-Platz ernannt und hat sich durch seine wissenschaftliche Publikationen, die sich in jüngster Zeit namentlich mit den Fragen der Lokalanästhesie beschäftigten und auch in deutscher Sprache erschienen sind, einen Namen gemacht. Rühmlich bekannt ist seine meisterhafte geburtshilfliche und operative Fertigkeit. Diese Eigenschaften sowie seine umfangreiche wissenschaftliche Tätigkeit lassen ihn als den am besten geeigneten Lehrer unseres medizinischen Nachwuchses erscheinen.

Dr. Béla *Kelen* hat sich als junger Arzt vor allem ein umfassendes pathologisch-anatomisches Wissen gesichert, praktizierte sodann an der internen Klinik des Professors Karl *Kétly* und später an der Frauenklinik des Professors *Bársony*, wo er die Leitung der Röntgentherapie übernahm. Von hier gelangte er an die Spitze des Universitäts-Röntgeninstitutes. Hier werden die Studenten in der Deutung und im Lesen der Röntgenogramme unterrichtet. Die Ernennung bedeutet nur eine Beförderung für diesen bewährten Fachmann.

Professor Paul *Heim* kommt von der Pécs-Universität nach Budapest, wo er den Lehrstuhl Johann *Bókay's* leiten wird, an dessen Seite er als Assistent Jahre hindurch wirkte. Er verbrachte zwei Jahre im Ausland an der Seite von Professor *Czerny*, wurde 1907 Dozent und 1918 Professor der Kinderheilkunde zuerst in Pozsony, sodann in Pécs. Er hat sich hauptsächlich mit den Fragen der Säuglingsernährung, deren Intoxikationen usw. beschäftigt und sich in seinem Fach eine hervorragende wissenschaftliche Stelle gesichert.

Von der Szegeder Universität. Der Reichsverweser hat auf den an der Szegeder kön. ung. Franz Josef-Universität erledigten Lehrstuhl für deskriptive und topographische Anatomie dem Privatdozenten und Adjunkten am I. Anatomischen Institut der Budapester kön. ung. Peter Pázmány-Universität Dr. Franz *Kiss* zum öffentlichen ordentlichen Universitätsprofessor ernannt.

Verleihung. Der Reichsverweser hat auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers dem kön. ung. Obermedizinalrat Dr. Alexander *Rejtő*, Privatdozenten an der Budapester Peter Pázmány-Universität und Spitalschefarzt, in Anerkennung seiner Verdienste um die Pflege der wissenschaftlichen Fachliteratur und der Ärztebildung den Titel eines *ausserordentlichen Universitätsprofessors* verliehen.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitation des Primarius am Szegeder Städtischen Spital Dr. Koloman *Kovács* als Privatdozenten an der Szegeder Franz Josef-Universität („Röntgendiagnostik und Röntgentherapie innerer Erkrankungen“), des Universitätsassistenten Dr. Josef *Treer* an der medizinischen Fakultät der Szegeder Franz Josef-Universität zum Universitätsdozenten für die Ohren-, Nasen- und Kehlkopfdiagnostik, des Spitalschefs Dr. Béla *Szász* über die gewaltsamen Todesarten und körperlichen Verletzungen, des Universitätsassistenten Dr. Georg *Scheff* über die biochemischen Kapi-

tel der Hygiene an der medizinischen Fakultät der Elisabeth-Universität in Pécs zur Kenntnis genommen und sie in dieser Eigenschaft bestätigt.

Betrauung. Der Minister für Volkswohlfahrt und Arbeitswesen hat den a. o. Universitätsprofessor und Direktor der hygienischen Landesanstalt Dr. Béla *Johan* mit der Organisierung und Leitung des hygienischen Musterdienstes in den hierfür geeigneten Orten betraut.

Der Minister für Volkswohlfahrt und Arbeitswesen hat den Spitaldirektor Obermedizinalrat Dr. Emmerich *Basch* zum Ministerialkommissär der antivenerischen Bewegung ernannt.

Opera collecta congressus v. internationalis medicorum pro artificibus calamitate afflictis aegrotisque. Unter diesem Titel liegen uns die Arbeiten des V. Internationalen Kongresses für Unfallheilkunde und Berufskrankheiten vom Präsidium Professor Tibor *Verebelyi*, Nikolaus *Pfeiffer* und Ludwig *Antal* redigiert, in einem stattlichen, bei Viktor *Hornyánszky* erschienenen Bande vor. Wenn uns das Redaktionskomitee die gesammelten Kongressberatungen auch mit einiger Verspätung zukommen lässt — es ist genau ein Jahr verflossen, seitdem dieser internationale Kongress vom 2.—8. September 1928 in Budapest tagte, so entschädigt der überwältigende Reichtum des gebotenen wissenschaftlichen Materials für die Verzögerung. Der Vielsprachigkeit solcher internationalen Zusammenkünfte entsprechend publizieren die Arbeiten, die einzelnen Vorträge in jener Sprache, in der sie gehalten wurden. Nach den offiziellen Verlautbarungen folgen die Sitzungsberichte der einzelnen Sektionen. Die einzelnen Fragen des Unfallwesens, der Gewerbehygiene, des Arbeiterschutzes erfahren in den Referaten, Vorträgen und Debatten eingehende Behandlung, wobei mit Genugtuung festgestellt werden kann, dass die ungarischen Beiträge zu den wissenschaftlichen Beratungen nicht nur der Zahl nach, sondern auch in wissenschaftlicher Bedeutung entsprechend vertreten sind. Im Unfallwesen sind es die traumatischen Folgen, Invalidität und Unfallversicherungsfragen, in der Gewerbehygiene die Berufskrankheiten, Verhütungsmassregeln, diagnostische und pathologische Fragen. auf dem Gebiete des Arbeiterschutzes aber besonders die Fragen der Prophylaxe, der Unfallversicherung, Unterricht von Gewerbehygiene an medizinischen Hochschulen, Jugendfürsorge, Wohlfahrtseinrichtungen und Versicherungsmedizin die den Kongress beschäftigten. Der reiche wissenschaftliche Inhalt, die eingehende Behandlung aller zeitgenössischen Probleme, der Unfallheilkunde, Gewerbehygiene, der Berufskrankheiten und der Sozialversicherung lassen das Werk nicht nur als Erinnerung an diesen Kongress, sondern vielmehr als Nachschlagwerk und Führer in allen Fragen dieses Gebietes erscheinen.

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

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

HEILANSTALT LASSNITZHÖHE
bei Graz. Für Nerven- und Internkranke (Atmungsorgane). Ganzjährig geöffnet. Leiter: Dr. Eduard Miglitz

ORGANOTHERAPEUTICAL PREPARATIONS

containing the whole of the active principles of glands with internal secretion.

Free of toxin and albumen! Sterile! Stable!

OVARIAN TABLETS „RICHTER“ GLANDUOVIN

For the treatment of amenorrhoea. In all troubles of ovarian function.
Boxes with 3 and 6 amps. of 1 cc. each.

Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“

Hydrochloric aqueous extract of by
kidneys (1 to 1000)

GLANDUITRIN

Aqueous extract of Pituitary Posterior Lobe, 1 cc. containing 10 international units.

PLURIGLANDULAR PREPARATIONS ACTING SYNERGISTICALLY

Hormogland „Richter“

the active principles of various glands,
in tablets and ampoules for individual organotherapy.

**CHEMICAL WORKS OF GEDEON RICHTER LTD.,
BUDAPEST X. (Hungary).**

ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

Toxin- und eiweißfrei! Steril! Haltbar!

TABL. OVARI „RICHTER“ GLANDUOVIN

Zur Behandlung der Amenorrhoea. Bei allen Störungen der Eierstockfunktion.
In Schachteln à 3 und 6 Ampullen zu 1 ccm.

Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“

Salzsaures wässriges Extrakt der
Nebenniere (1:1000)

GLANDUITRIN

Wässriges Extrakt aus dem Hinterlappen der Hypophyse. 1 cm³ enthält 10 internationale Einheiten.

SYNERGETISCH WIRKENDE, PLURIGLANDULÄRE PRÄPARATE

Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

**CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.
Budapest, X.**

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herz-
kranke. *•* Gebärabteilung. *•* Stillungs-
abteilung für Krebsforschung u. Heilung.
Zander, Orthopädie u. Wasserheilanstalt.

*Beachten Sie bei der echten, dauerhaften
englischen Schreibfeder*

die auf jede Feder
gravierte Firma

GEO. W. HUGHES



Für jede Hand passende Feder.
Die nebenstehende Abbildung ist
ein neues Originalmodell die am
leichtesten gleitende, bisher ver-
fertigte Feder.

Senden Sie dem Vertreter in Ungarn (Emil Alföldi, Budapest, VII.,
Peterdy-utca 4) ein Pengő und er schickt Ihnen eine Musterschachtel
mit 12 Sorten bester Federn.



Anglo - Danubian Lloyd

Általános Biztosító Részvénytársaság
magyarországi Igazgatósága.

Az orvos urak szíves figyelmébe ajánljuk az általunk kultivált **orvos ezavattossági és balesetbiztosítást.**

Társaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, betöréseslopás-, baleset-, hűtlen kezelési-, egyetemes automobil- és minden-

Alapítva 1825-1839.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS" Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Életbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerint.
Közös irodák: Budapest, V., Nádor-utca 34. Közös telefonok:
Terecz 257-58, 273-65, 214-51.

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