

# 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.

## HEILANSTALT LASSNITZHÖHE

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

## Sanatorium Dr. Pajor

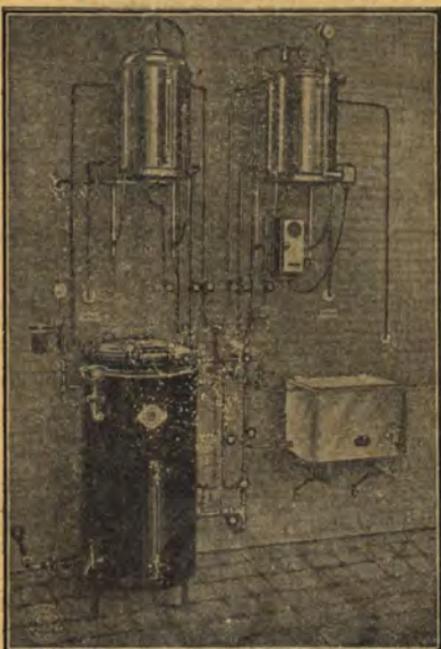
**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. ✱  
**Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für  
 Asthma, Heuheber etc. Allergische Krankheiten. ✱  
 Gebärabteilung. ✱ Stützabteilung für Krebs-  
 forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und  
 Wasserheilanstalt.**

# 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 Herzkranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von DALMADY  
Obermedizinalrat: Dr. CZYZEWSKY  
Sanatoriumchefarzt: Dr. BASCH

# 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 Alföldi*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Sektion für Neurologie und Psychiatrie. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — V. Jahresversammlung der Gesellschaft Ungarischer Kinderärzte. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 30. November 1929.

*Aussprache zum jüngsten Vortrag von Nikolaus Róth und Arnold Winternitz über den gegenwärtigen Stand der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.*

**J. Sebestyén** hat bei seinen 40 operierten Fällen die Erfahrung gewonnen, dass mit der extrapleurale Plombage auch subapikale Höhlen kollabiert werden können. In solchen Fällen darf die Lungenspitze nicht vollkommen gelöst werden. Dagegen soll in der Nachbarschaft der Kaverne die Lunge tief im Gesunden abgelöst werden. Zur Füllung der so gewonnenen Höhle sind durchschnittlich 600 Gramm Paraffin notwendig. Selbstverständlich können bei der extrapleurale Plombage die Menge des verwendeten Paraffins und dessen mechanische Wirkungen nicht unberücksichtigt bleiben.

Eine ideale Indikation bilden die isolierten Höhlen, leider kommen diese in der Praxis selten vor. Relativ indiziert ist das Verfahren in allen Fällen, wo die Thorakoplastik nicht angezeigt ist, besonders bei Personen über 40 Jahren mit der Phrenikotomie zusammen. Was die Thorakoplastik betrifft, hält er die *Sauerbruch*-Methode nur in Ausnahmefällen für genügend. In schwereren Fällen kann nur die Methode nach *Brauer* zum Erfolg führen.

**G. Matolay** demonstriert das Rumpfskelett einer Person, bei der die Thorakoplastik durchgeführt wurde. Das Skelett zeigt deutlich die verengende Wirkung der Operation auf den Brustkorb; er demonstriert an einem Gipsabguss der Brusthöhle die Hohlraum-differenz der beiden Brusthälften.





den Plastiken der ersten Zeit die Misserfolge zum grossen Teil in die Periode der Ausgestaltung der Operationstechnik und des Indikationsbereiches fallen. Treffliche Erfolge sah er von der Plastik bei malignem Pyopneumothorax. Die Lungenplombe schaltet nur die kranke Lungenpartie aus, ohne gesunde Partien zu opfern, eben deshalb ist die Methode gut und vielseitig verwendbar. Sie kann primär oder sekundär nützlich angewendet werden. Das Infiltrat kann nicht plombiert, höchstens disloziert werden, was jedoch keinen Erfolg zeitigt. Von den unvollkommen komprimierten Kavernen heilt nur ein Teil mit fortschreitender spontaner Schrumpfung, der Rest bleibt jedoch auch weiterhin offen, bildet einen ständigen Sputum- und Bazillenherd und macht eine Reoperation notwendig. Bei chirurgischen Eingriffen ist der Erfolg in günstigen Fällen ein ziemlich prompter und lässt nur ausnahmsweise länger als drei bis vier Monate auf sich warten.

**A. Marberger** knüpft Bemerkungen an jenen im Vortrag erwähnten Fall, wo nach der in zwei Sitzungen durchgeführten Thorakoplastik eine korrektive Plombenoperation vorgenommen wurde, jedoch auch diese den gewünschten Erfolg nicht erzielte. Die zweite Phase der Thorakoplastik konnte nach 2—3 Wochen nicht durchgeführt werden, nachdem der Kranke sich erst in der siebenten Woche wieder meldete. Bis dahin hatten sich jedoch aus dem bei der Resektion abgelösten Perioest so kräftige falsche Rippen entwickelt, die eine vollkommene Kompression der oberen Partie und so auch der Kaverne verhinderten. Bei der Thorakoplastik ist daher grosses Gewicht darauf zu legen, dass die zweite Phase der ersten je rascher folge. Was die Erfolglosigkeit der Korrektionsplomben betrifft, so spielt hier die Schwierigkeit der genauen Kavernenlokalisation infolge der durch die Thorakoplastik verursachten Retraktion eine hervorragende Rolle. Ein grosser Teil des eingeführten Paraffins sank unter die Kaverne und hat diese nicht komprimiert. Er ist der Ansicht, dass eine genaue Lokalisation mit der dorsoventralen, frontalen und axialen Durchleuchtung nach *Bársony* erzielt werden könne.

**L. Peschky:** Bei schonender Anwendung der Forlanini-Technik hat er bei einer ganzen Reihe von Pneumothoraxbehandlungen kaum jemals das Auftreten von Exsudat beobachtet.

**S. Nádor—Nikitits:** Bei Pneumothorax kommen Exsudat und Pyopneumothorax viel seltener vor, als dies *Sauerbruch* angegeben hat. Er schätzt die Zahl der ersteren Fälle auf 8—10%, der letzteren auf 1—1½%. Die Abneigung gegenüber dem Pneumothorax sei daher nicht motiviert. Sein Indikationskreis tritt übrigens nur selten mit dem der grösseren chirurgischen Eingriffe in Berührung. So fehlerhaft das Unterlassen des Eingriffes in den geeigneten Frühfällen ist, ebenso irrig sei auch dessen Forcierung längere Zeit hindurch, wo sich kein Resultat zeigt, andererseits aber umfangreiche chirurgische Eingriffe noch durchgeführt werden könnten. Der Oleothorax verursacht weniger subjektive Klagen und mit der Durchleuchtung nachweisbare Dislokationen als ein Seropneumothorax entsprechenden Umfangs. Er fand auch nach grösseren Plomben von 600 cm keine Dislokation, dagegen wurden in mehreren Fällen in der Nähe des Hilus befindliche und im mittleren Lungenfeld befindliche Höhlen komprimiert. Die durch Anwendung von grossen Plomben und der Phrenikotomie erzielten zahlreichen schönen Erfolge ermutigen zur aktiven Behandlung auch solcher Krankheits-

formen, wo gegen die Thorakoplastik sich Bedenken erheben. Wenn die frühzeitige Erkennung der subklavikularen Infiltrate und deren rechtzeitige Pneumothoraxbehandlung im gewünschten Umfang verwirklicht wird, so werden bei viel zahlreicheren fortschreitenden Phthisen umfangreiche chirurgische Eingriffe überflüssig werden. Im Frühstadium seien nämlich Verwachsungen des Oberlappens viel seltener und daher auch der Pneumothorax erfolgreicher. Auch die primären Kavernen der sequestrierenden Frühinfiltrate sind sehr oft und was die Hauptsache ist, rasch verschwunden, denn diese besitzen kaum eine Wand und ihre Innenfläche ist uneben.

**W. Manninger** hält einen Satz des Referates von **Róth** für unrichtig. Exsudate, die nach Pneumothorax durch sekundäre Infektion zu Empyemen wurden, können durch konservative Drainage, eventuell durch Waschungen zur totalen Heilung gebracht werden.

**N. Róth:** Das in der Aussprache vorgebrachte Material deckt sich zum grössten Teil mit den Darlegungen der Vortragenden. Der soziale Faktor als Indikation kann in Betracht kommen, ja es kann die Thorakoplastik auch auf Grund der sozialen Indikation durchgeführt werden. **Pekánovich** hat die Darlegungen über die Indikation des Pneumothorax nicht mit Aufmerksamkeit verfolgt, denn in diesen ist nicht nur von den proliferativen, sondern auch von den exsudativen Fällen die Rede. Ein Exsudat soll man nur im Notfalle drainieren, denn hiedurch kann der Prozess eventuell aktiviert werden. Zu den Darlegungen von **Manninger** bemerkt er, dass er bei infizierter Pleura nur von der Thorakoplastik Erfolg sah.

**A. Winternitz** hält Plomben nur innerhalb der dargelegten engen Indikationsgrenze für statthaft und ist ein Gegner von allzu umfangreichen Plomben.

#### **G. Matolay: Lungenchirurgische Fälle.**

#### **T. Verebely: Operierter Fall von primären Leberkrebs.**

In der Literatur der primären Leber-Epithelgeschwülste zeigen die Kurven des Interesses der pathologischen Anatomen und der Chirurgen in den letzten 50 Jahren einen sich kreuzenden, gegensätzlichen Verlauf. In der pathologischen Anatomie hielt man die Existenz von primären Leberkrebs in den achtziger Jahren für sehr zweifelhaft. Seitdem auf Grund histologischer Untersuchungen ein solcher Ursprung gesichert wurde, steigerte sich das Interesse für diese Geschwülste, so dass die Literatur dieser Frage heute kaum mehr zu übersehen ist. Demgegenüber wendete sich das Interesse der Chirurgen zu Beginn der aseptischen Epoche in lebhafter Weise den Lebergeschwülsten zu, dieses Interesse wurde jedoch alsbald durch die riesige Operationsmortalität und die erbitternden schlechten Aussichten abgekühlt, namentlich wegen der rasch auftretenden lokalen Rezidiven. In der Zusammenstellung von **Phoele** finden sich sechs Adenome und zehn Karzinome, in der Literatur konnten zu diesen noch acht weitere Fälle gesammelt werden, von den 24 operierten Fällen haben acht die Operation überlebt. Vor sieben Jahren demonstrierte er einen Fall mit einem anderthalb mannesfaustgrossen Adenom, der erfolgreich operiert wurde, diesem schliesst er nun die Demonstrierung seines gegenwärtigen

Falles von kindskopfgrossen, primären Leberkarzinom an, der gleichfalls geheilt ist. Der 38jährige Mann gelangte mit der Diagnose: zerstörte Echinokokkusgeschwulst zur Operation. Die Geschwulst erwies sich als eine im rechten Lappen sitzende, beim Eindringen scheinbar inoperable, kindskopfgrosse, solide Lebergeschwulst. Nachdem die Geschwulst in der Leber einen einzigen Knoten bildete und das die Geschwulst umgebenden Lebergewebe von der härteren Geschwulst durch Palpation gut abgegrenzt werden konnte, versuchte er die Exstirpation der Geschwulst, die schliesslich auch gelang. Die Blutung wurde für die Dauer der Exstirpation und der Naht durch Fingerkompression der Porta, sowie des rechten und linken Leberlappens in der Nachbarschaft der Geschwulst verringert. Von den grossen Gefässen wurden nur zwei separiert abgebunden. Die intensive parenchymatöse Blutung wurde durch Anlegung tiefer Matrazennähte gestillt, über und unter diese legte er Kapselnähte an. Auf die Nahtlinie wurden unten die Gallenblase, oben das Netz gelegt, das letztere wurde durch ein kleines Drucktampon auf die Leber gedrückt. Die Heilung verlief — abgesehen von einer halbnussgrossen Implantationsrezidive, die nach vier Monaten in der Bauchwandwunde auftrat — ungestört, der Kranke ist auch heute arbeitsfähig und gesund. Die Projektion der mikroskopischen Bilder der entfernten Geschwulst ergänzte er aus seinem älteren Material mit Photographien über die Leberregeneration und Leberadenome, zum Beweis dessen, dass von der komplementären Hypertrophie und Regeneration bei Leberschrumpfung eine ununterbrochene Reihe über die Adenome bis zu den Karzinomen führt.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

### Sektion für Neurologie und Psychiatrie.

Sitzung am 26. April 1929.

**A. v. Sarbó:** *Interessanter Fall von Meningitis tuberculosa.* Nach Beginn mit Kopfschmerzen und Erbrechen trat Kribbeln am Halse, sodann motorische Aphasie auf, worauf sich die charakteristischen Symptome der Meningitistuberkulose entwickelten. Bei der Sektion wurde die älteste tuberkulotische Veränderung in der Gegend des Operkulum gefunden. Die Meningoenkephalitis war daher der Ausgangspunkt der Gehirninfektion. Der primäre Herd fand sich im Unterlappen der einen Lunge als käsige Veränderung.

**P. Büchler:** *Zwei Fälle von Wilson-Krankheit.* Die Diagnose der Wilson-Krankheit stützt sich auf drei Grundsymptome. Der am Limbus auftretende *Kaiser-Fleischer-Ring*







dieser entlang nach rechts auf die Streckseite des Oberarmes und reicht bis zum unteren Oberarmdrittel. Bei der Besichtigung finden sich eine Mischung von Hyperkeratose, Follikulum, papillären Ekreszenzen und an Mollusca pendulanta erinnernden Bildungen. Histologischer Befund: Naevus papillomatosus sebaceus. Therapie: Kohlensäureschnee.

**Vorträge: O. Kárpáti: Einige lehrreiche Fälle von subkutanen Bauchverletzungen traumatischen Ursprungs. Wann sollen wir in zweifelhaften Fällen operieren?** Er referiert über drei in der I. chirurgischen Abteilung des St. Rochus-Spitals beobachtete lehrreiche Fälle. In den ersten zwei Fällen handelte es sich um Darmrupturen, die infolge von Fußstößen auf den Bauch zustande gekommen sind. Die Rupturen waren zu Beginn symptomfrei, sodann boten sie nach unbestimmten zweifelhaften Symptomen nach mehreren Tagen das ausgesprochene Bild der Bauchfellentzündung. Ausgang im ersten Fall: Heilung, im zweiten: Exitus. Im dritten Falle handelte es sich um eine infolge Erdbeben entstandene innere Blutung mit Ruptura hepatis, diese war zu Beginn vollkommen symptomfrei und verdeckt, ja selbst nach 8 Stunden erweckten nur die Druckempfindlichkeit der Lebergegend und die mässige Muskeldéfense den unbestimmten Verdacht auf Leberverletzung. Auf innere Blutung deutende Symptome fehlten vollkommen. Die nach anderhalbstündigen Zuwarten vorgenommene diagnostische Laparotomie bestätigte den unbestimmten Verdacht. Der Kranke heilte. Der Vortragende — durch diese Fälle gewitzigt — empfiehlt bei unbestimmten und eventuell folgeschweren akuten Sensationen im Bauchraum, innerhalb 1—2 Stunden die Durchführung der Laparotomie zu diagnostischen Zwecken.

**M. Vermes** ergreift vom Gesichtspunkt der Unfallheilkunde zum Vortrag das Wort. Er wünscht über die traumatischen Geschwüre zu sprechen, die zum Teil unmittelbar nach dem Trauma auftreten, wo also der Zusammenhang nicht zu bezweifeln ist, es gibt jedoch auch solche, die latent auftreten. Die Feststellung dieser letzteren ist schwierig. Er beschreibt einen lehrreichen Fall, wo er bei dem Unfallsentschädigungsverfahren einer 30jährigen Frau ein Fachgutachten zu geben hatte.

**L. Strausz: Intestinale Sklerose.** Die Krankheit wurde zuerst von *Ortner* beschrieben, vom ihm stammt die Bezeichnung: *Dyspragia intermittens angiosclerotica intestinalis*. Die Krankheitssymptome sind: periodisch auftretende Magenschmerzen, der sogenannte tote Meteorismus: häufige quälende Flatulenz. Symptome der allgemeinen Arteriosklerose: gespannter Puls Verdoppelung des Aortentones, sowie die Symptome des gesteigerten Blutdruckes. *Teissier* hält das „*signe de la pedieuse*“, das sogenannte Fussrückensymptom für wichtig, dessen Wesen ist, dass bei intestinaler Sklerose der Blutdruck in der Art. dorsalis pedis 2—3 Hg. mm. höher

ist, als in der Art. radialis. Die Schmerzen haben einen drückenden, brennenden Charakter und treten gewöhnlich eine Stunde nach Genuss von blähenden Speisen auf, sie werden manchmal auch durch heftige körperliche Anstrengung ausgelöst. Bei der Differentialdiagnose sind zu berücksichtigen: die organischen Magenkrankheiten (Cc. ventriculi, Ulcus, Cholelithiasis, Appendicitis usw.), sowie die dyspeptischen Störungen nervösen Ursprunges. Manchmal ist die Differenzierung von den verschiedenen stenokardischen Anfällen, Nikotinvergiftung und den Gastralgien bei Angina pectoris schwierig. Auch mit dem von *Roemheld* jüngst beschriebenen sogenannten gastrokardia'len Symptomenkomplex wäre zu rechnen. Unter diesem sind von seiten des Herzens auftretende derartige Klagen zu verstehen, die vom Magen ausgelöst werden. Die häufigste Ursache derselben ist die grosse Magenblase.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 27. Mai 1929.

**Ladislaus Hönig:** *Normale Menstruation nach einer Chrobak-Operation.* Er referiert über eine im Mai 1928 mit typischer *Chrobak*-Operation behandelte Kranke, bei der trotzdem die Regeln bis heute normal auftreten, obwohl die Uterusschleimhaut nicht in solchem Umfang geschont wurde, wie das *Zweifel* vorschreibt, auch wurde für eine entsprechende Blutversorgung der Uterusschleimhaut nicht vorgesorgt. Sein Fall beweist, dass nach der *Chrobak*-Operation, wenn auch selten, normale Menstruationen auch dann auftreten, wenn der Uterus nicht hoch amputiert wird, also die Uterusschleimhaut auf einem engeren Gebiet erhalten bleibt, als dies *Zweifel* feststellt und auch durch Unterbindung der Arteria uterina für eine reichliche Blutversorgung des Stumpfes nicht vorgesorgt wird. Umso wahrscheinlicher erscheint daher das Auftreten der normalen Menstruation bei hohen Amputationen nach *Zweifel*, eben deshalb erscheint deren Durchführung in all jenen Fällen angezeigt, wo die Möglichkeit hierfür vorhanden ist und dabei auch auf die Erhaltung der Regeln ein besonderes Gewicht zu legen ist.

**Stefan Szépe:** *Nach Laparotomien auftretende Darmverschlüsse im Anschluss an einen einschlägigen geheilten Fall.* Nach Schilderung der Literatur dieser Frage referiert er über einen einschlägigen Fall bei einer Kranken, deren Leiden infolge eines Wochenbettes rezidierte und bei der die systematische, konservative Behandlung erfolglos war. Bei ihr wurde am 3. II. 1928 in Äthernarkose die Exstirpation



Vortragenden im Institut des Prof. *Entz* mit *Eröss* durchgeführten pathologisch-anatomischen Untersuchungen. Die Pertussislunge zeigt daher ein charakteristisches Röntgenbild. Andere Prozesse können wohl mehr-minder ähnliche Bilder zeigen, wenn wir jedoch das Röntgenbild der Pertussis-Lunge kennen und an dasselbe denken, so können wir es auch differentialdiagnostisch — besonders Tbc. gegenüber — verwenden, denn während die Tbc.-Veränderungen stabiler sind, zeigen die durch Pertussis verursachten Veränderungen innerhalb 1—2 Wochen Veränderungen nach irgendwelcher Richtung hin. Nach Ansicht des Vortragenden ist die ganze Pertussis-Frage einer Revision zu unterziehen, weil es sich hier nicht um einen minimalen Katarrh der oberen Luftwege handelt, wie das heute allgemein angenommen wird, sondern um eine chronische interstitielle Lungenentzündung.

## V. Jahresversammlung der Gesellschaft ungarischer Kinderärzte in Budapest am 6–7. Mai 1929.

(Referat)

Vorsitzender: *Dr. Franz v. Torday*, Schriftführer: *Z. v. Barabás*.

(Fortsetzung.)

**J. Duzar:** *Über die Behandlung der Pyodermien im Säuglingsalter.* Duzar gibt für die Behandlung der Pyodermien im Säuglingsalter eine kombinierte Methode an. Sie wird, ausser der üblichen Regelung der Ernährung (Unterernährung?) und täglichen, ausgiebigen Lokalbehandlung (Öffnung!) der Furunkeln, Abszesse und Phlegmonen durch Darreichung von Insulin und nötiger Menge eines Salzzuckertees eingeleitet. Sobald, als es der allgemeine Zustand des Kindes ermöglicht: Bluttransfusion, eventuell in Abständen von  $1/2$ — $1\frac{1}{2}$  Woche wiederholt. Ergänzung der Behandlung durch Vakzinetherapie und künstliche Höhensonne. Letztere kann auch für Nachbehandlung warm empfohlen werden.

Die bisherigen Beobachtungen beziehen sich auf beinahe 50 Fälle, deren Mehrzahl in einem schwer-toxischen, fieberhaften Zustande zur Behandlung kam. Der Erfolg war sehr gut. Es starben insgesamt nur 2, ganz vernachlässigte, hochfiebernde, moribund eingelieferte, junge Säuglinge mit ganz ausgedehnten Phlegmonen und allgemeiner Sepsis.

**Béla Steiner:** *Über die Vermehrung der schweren Anämien des Kindesalters.* Die Zahl der schweren Anämien zeigt am Krankenmaterial der Budapester Universitätsklinik im Laufe der letzten anderthalb Jahre eine auffallende Er-

höhung. Fünf Fälle spielten sich im Rahmen der Anaemia aplastica ab. Verfasser weist auf den geringen Wert dieser Diagnose hin und betont, dass die Qualität des Blutbildes keine Schlüsse auf den Zustand des Knochenmarkes zulässt. Er hält die Hervorhebung der Erfahrungstatsache für wichtig, wonach die Anaemia aplastica oft eine Leukämie verdeckt. Bei Anaemia pernicioso-artigen Erkrankungen konnten mit Bluttransfusion und Leberdiät günstige Erfolge erzielt werden.

**Paul Kiss und Zoltán Teveli:** *Die absolute Blutmenge normaler Kinder.* In 28 Fällen wurde die absolute Blutmenge gesunder Kinder zwischen 2—10 Jahren untersucht, benutzt wurde die kolorimetrische Brillantvitalred Methode. Die Grenzwerte der absoluten Blutmenge für dieses Alter sind 1130.0—3417.0 ccm, diejenigen der absoluten Menge des Plasma 690.5—2083.0 ccm. Auf das Kilogrammkörpergewicht fallen 80.0—122.5 g. Blut und 43.0—66.0 g. Plasma. Die Menge des Blutes beträgt  $1\frac{1}{8}$ — $1\frac{1}{12.5}$  des Körpergewichtes und diejenige der Plasma  $\frac{1}{15}\cdot 0$ — $\frac{1}{23}\cdot 0$  desselben. Prozentuell ist das Blut 8.0—12.25% des Körpergewichtes und das Plasma 4.33—6.63% desselben. Im Laufe ihrer Untersuchungen beobachteten Verfasser vom angewandten Farbstoff keinerlei störende Symptome.

**Eduard György:** *Die Verwendung der Bluttransfusion bei verschiedenen Krankheiten des Kindesalters.* Verfasser berichtet über 98 Transfusionen, welche bei 67 Kindern durchgeführt wurden. Die Transfusionen wurden teils mit direkter, teils mit indirekter Methode vorgenommen. Mit Ausnahme von 2 Fällen wurde das Blut intravenös in die Vena saphena magna gespritzt, diese ist für die Bluttransfusionen auch bei Säuglingen gut verwendbar. Bei der indirekten Methode wurde eine möglichst schwache Nitratlösung (0.2%) verwendet. Die Transfusion wurde bei 12 verschiedenen Krankheiten vorgenommen. Die Indikation der Bluttransfusion betreffend ist der Standpunkt des Verfassers, dass diese in gewissen Fällen, wenn nur möglich, unbedingt zu machen ist (absolute Indikation): Anämien, hämorrhagische Diathesen, schwerere Kombinationen; in anderen ist sie nur ratsam, beziehungsweise soll sie versuchsweise gemacht werden, (relative Indikation): Empyema, Osteomyelitis, Sepsis, Erysipel, Bronchopneumonia, Pseudodysenteria, Atrophia, Infiltratio pulmonum incipiens, Chorea minor.

**Josef Csapó und Ilona Szongott:** *Das Äquivalenzgewicht und der reaktionsfähige Amidonitrogengehalt der Serumproteine im Kindesalter.* Verfasser haben durch die Kombination bisher bekannter Methoden das Äquivalenzgewicht und den reaktionsfähigen Amidonitrogengehalt der

Serumproteine im Kindesalter bestimmt. Das Äquivalenzgewicht der Serumproteine beträgt bei gesunden Kindern im Mittel 800 gr, der reaktionsfähige Amidonitrogengehalt 10,96%. Bei Empyem, Osteomyelitis, Pleuritis, Lungen und Knochentuberkulose ist das Äquivalenzgewicht etwa 10% höher, der reaktionsfähige Amidonitrogengehalt 10% niedriger, als bei gesunden Kindern.

**Marie Péterfy:** *Die Bestimmung des K im Blutserum nach einem modifizierten Verfahren.* Die Bestimmung des K im Blutserum gesunder Kinder wurde nach einem modifizierten Verfahren ausgeführt, dessen Wesen darin besteht, dass das K aus dem Serum mittels Natriumkobaltnitrit gefällt wird. Nach dem Zentrifugieren des frisch entnommenen Blutes wird das Serum verascht und aus der Asche das K in Form von Kaliumkobaltnitrit ausgefällt. Der Niederschlag wird auf einem zu diesem Zwecke hergestellten Asbestfilter gesammelt, mit Alkohol gewaschen und nachher mit Natronlauge gekocht; das auf dieser Weise entstandene K und Na.-nitrit wird mit K.-permanganat oxydiert und der Überschuss des K.-permanganats jodometrisch titriert. Der bei 25 gesunden Kindern mit dieser Methode bestimmte Gehalt des Serumkaliums betrug im Durchschnitt 21·5 mgr. Prozent. Der niedrigste Wert war 19·4 mgr. Prozent, der höchste 23·5 mgr. Prozent.

**Margarethe H. Révész:** *Über die psychologische Ausbildung der Kinderärzte.* Der Kinderarzt — als intimer Ratgeber der Familie — hat am leichtesten Gelegenheit, beide Seiten des ärztlichen Berufes, den der Prophylaxe und der der Heilung, auszuüben. In den letzten 20—25 Jahren wurde dies schon in der psychophysischen Leitung der Säuglings-erziehung mit glänzenden Erfolgen durchgeführt. Die Dominanz dieser ärztlichen Führung begnügt sich aber bei den Kindern im Alter von 3—15 Jahren allein mit der somatischen Kontrolle. Nun ist das umso bedauernswerter, da die, dem Arzte bekannten konstitutionellen Faktoren, unter entsprechenden konditionellen Verhältnissen, eben in diesem Alter, die besten Möglichkeiten zur optimalen Entfaltung der Individualität bieten. Die pünktliche Beobachtung der oberen und unteren Grenzen, der normalen zeitgemässen Perioden der intellektuellen Persönlichkeit, sowie der psychophysischen Persönlichkeit und die rationelle Wertung des eventuellen pathologischen Einschlages der Pubertäterscheinungen usw. sollten in erster Reihe in dem Wirkungskreis des Kinderarztes gewiesen werden. Die primäre pädagogische Befähigung des Weibes spricht insbesondere auf diesem psychologisch erweiterten Terrain zugunsten der Ärztinnen.

**Ernö Deutsch:** *Somatische und psychische Diagnostik.* Psychologie und Pädagogie sollten im Rahmen der wissen-

schaftlichen Pädiatrie gepflegt werden. Der Vortragende beschäftigte sich seit altersher mit, in diese Sphäre gehörigen Problemen und wünscht in der Zukunft unter Taubstummen, Blinden und anderen Abnormen und Degenerierten pünktliche somatische und psychische Aufnahmen vom Standpunkt der Diagnostik, Therapie und Heilpädagogik zu machen.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

**Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte.** Die Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte veranstaltet ihre III. Tagung am 11. und 12. April 1930 in Budapest. Der Direktionsrat hat das Thema: *Begriff, Bedeutung und Behandlung des vorzeitigen Blasensprunges* zur Diskussion gestellt und als Referenten Dr. *Ete Burg* und Dr. *Stefan Sztéhló* bestellt. Vorträge und Demonstrationen sind beim Sekretär der Gesellschaft Dr. *Koloman Lehoczky-Semmelweis* (Budapest, Elisabeth-Spital vom Roten Kreuz, I., Györi-ut 17) anzumelden. Anmeldungstermin: 15. März 1930. Mitglieder, die mit den Mitgliedsbeiträgen der Jahre 1925—1928 im Rückstand sind (Jahresbeitrag 20 Pengő, für klinische Praktikanten 10 Pengő), werden ersucht, die Beiträge bei dem Kassier Dr. *Ivan Tassy* (Budapest, IX., Lónyay-utca 41) umsommt einzuzahlen, weil die Publikationen und die für die Kongressteilnehmer in Aussicht gestellten 50%igen Eisenbahnfahrpreismässigungen nur gegen Vorweisung der Mitgliedskarte erhältlich sind.

Die November-Nummer der vom Universitätsprofessor Oberhausmitglied Dr. *Zsigmond Gerlőczy* redigierten Monatsschrift „*Egészség*“ veröffentlicht einen Vortrag von Dr. *Eugen Gergely* über Gesundheit und Krankheit in der Literatur, warmempfundene Nachrufe der jüngst verstorbenen hervorragenden Kinderärzte *Paul Heim* und *Felix Szontágh*, Bücherbesprechungen, sowie überaus interessante Beiträge von Dr. *Ludislaus Aujeszky* über die geeignete Badezeit, den Einfluss des Wetters auf den körperlichen Zustand und von *Alexander Posta* über den Zusammenhang zwischen Sport und Hygiene. In einer eigenen Rubrik werden die vom Leserkreis einlangenden gesundheitlichen Fragen beantwortet. Mitglieder des Landes-Sanitätsvereins erhalten die Zeitschrift unentgeltlich.

**Die Gesellschaft Ungarischer Augenärzte** hat in ihrer ausserordentlichen Generalversammlung am 29. November Universitätsprofessor Dr. *Leo Liebermann* zum Präsidenten, Universitätsprofessor Dr. *Gabriel Ditrői* und den Dozenten Dr. *Stefan Csapody* in den Ausschuss gewählt.

---

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.)