

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

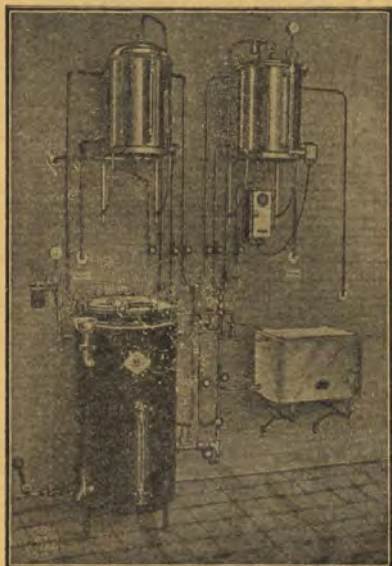
Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. *o*
 Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für
 Asthma, Heutleher etc. Allergische Krankheiten. *o*
 Gebärabteilung. *o* Stiftungsabteilung 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
Anzeichnungen.

TELEPHON: Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr inässigen 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. Absonderter 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 Alföldi*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Rhinologische und Laryngologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Ungarische Urologische Gesellschaft. — V. Jahresversammlung der Gesellschaft der Ungarischen Kinderärzte. — Nachrichten.

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

Sitzung am 14. April 1929.

A. Campian: Geheilte Schildknorpelfraktur. Vor dem Gesicht des 23jährigen männlichen Patienten explodierte eine Karbidlampe und ein Eisensplitter hat die Haut des Halses links in der Schildknorpelgegend aufgeschlitzt. Unmittelbar nach der Verletzung hatte er Blutspucken, wurde heiser und hatte Lufthunger. Nachdem die Haut in der chirurgischen Abteilung mit Klammern vereinigt worden war, wurde er in die rhino-laryngologische Klinik gebracht, wo folgender Befund erhoben wurde: stridoröses Atmen, auf der linken Halsseite eine schief verlaufende ungefähr 4 cm. lange, mit Michel-Klammern vereinigte Hautwunde, der Hals ist erheblich geschwollen, auf Berührung besonders links, sehr schmerzhaft. Das Gesicht des Kranken ist gedunsen, bei der Palpation kann unter der Gesichts- und Halshaut ausgesprochenes Knistern gefühlt werden, diese Veränderung erstreckt sich nach unten bis zu den Schlüsselbeinen. Kehlkopfspiegelbefund: der Giessbeckenknorpel ist nach innen gegen das Kehlkopflumen gedreht, seine Umgebung ist ödematös. Im Kehlkopffinnen ist die Schleimhaut umfangreich gedunsen, so dass das linke Stimmband vollkommen verdeckt und auch vom rechten Stimmband nur ein kleiner Teil

zu sehen ist. Die gedunsene Schleimhaut verengt das Kehlkopflumen erheblich. Dem linken Taschenband entsprechend sieht man ein ungefähr bohnergrosses, graubraunes, flottierendes Gebilde. Auf Grund dieser Symptome wurde ein Bruch des Schildknorpels angenommen und zur Verhinderung der Weiterverbreitung des Unterhautemphysems wurden vor allem die Michelklammern entfernt. Wegen der zunehmenden Kehlkopfstenose wurde die Tracheotomie durchgeführt und gleichzeitig auch der Kehlkopf freigelegt. Nun stellte sich heraus, dass der linke Flügel des Schildknorpels — etwas links von der Mittellinie — eine Vertikalfaktur zeigt, die Bruchlinie setzt sich unter dem oberen Schildknorpelrand in einer Länge von ungefähr 1 cm horizontal nach links fort. Es wurde die Thyreotomie durchgeführt, wobei sich herausstellte, dass die Weichteile vom Schildknorpel innen und aussen im grossen Umfang abgerissen sind. Das im Kehlkopfspiegel als Fremdkörper erscheinende Gebilde erwies sich als zerstörte Schleimhaut, diese wie auch kleinere abgelöste Knorpelpartien wurden entfernt. Über den Schildknorpelflügel wurden die Weichteile durch drei Knopfnähte vereinigt. Der Mikulicz-Tampon wurde nach acht Tagen entfernt. Von dieser Zeit angefangen erhielt der Kranke auch bei geschlossener Kanüle genügend Luft. Dekanuliert vier Wochen nach der Operation. Von der heiseren Stimme abgesehen wurde totale Heilung erzielt. Er schreibt die Heilung dem frühzeitigen operativen Eingriff zu und verweist im Anschluss an diesen Fall auf die Seltenheit und hohe Mortalität der Kehlkopffrakturen als Folge dessen, dass bei Kehlkopffrakturen die kausale Therapie nicht allgemein angewendet wird. Er schildert den Standpunkt der rhino-laryngologischen Klinik betreffs der Behandlung der Kehlkopffrakturen, wonach bei mit Weichteilzerstörungen komplizierten Knorpelfrakturen die Tracheotomie mit der Freilegung des Kehlkopfes verknüpft und derart die Herstellung der normalen Verhältnisse angestrebt wird, nur in dieser Weise können Frühkomplikationen vermieden und die Ausbildung von später auftretenden narbigen Strukturen verhindert werden.

Z. Lénárt: Die Unterlassung der systematischen Kehlkopfuntersuchung übt einen wesentlichen Einfluss auf die ungünstige Prognose der Kehlkopffrakturen aus. Die Mehrzahl der Verletzten gelangt in chirurgische Abteilungen und nachdem am Hals oft nur geringe Veränderungen vorhanden sind, bleibt die Zerstörung des Kehlkopfes unbemerkt. Das kann später zu septischen Komplikationen führen, welche den Kranken zugrunde richten, in anderen Fällen bleiben nach der Heilung schwere narbige Strukturen zurück. Die Kranken müssten in jedem Fall der laryngoskopischen Untersuchung unterzogen werden, und falls Schädigungen vorhanden sind, sollen die zerstörten Partien durch Freilegung des Kehlkopfes beseitigt und die Kehlkopfwände durch entsprechende Tamponade fixiert

werden. Mit diesem Verfahren kann die Zahl der ungünstig verlaufenden Fälle vermindert und die Mehrzahl der Kranken ohne konsekutive Stenose geheilt werden.

M. Paunz stimmt mit dem Vorredner hinsichtlich der Frakturenbehandlung vollkommen überein. Er schildert seinen etwas leichteren Fall, als den hier angeführten, weil der eine Schildknorpelfraktur verursachende Eisensplitter die Kehlkopfschleimhaut nicht verletzt hat, so dass keine Tracheotomie durchgeführt werden musste. Im Verlauf der Heilung wurde die vordere Kommissur durch eine flache Narbe überbrückt, die eine Stenose geringeren Grades verursachte. Er konnte das Lumen durch systematische Dehnungen sichern.

L. Dénes referiert über die *einjährige Tätigkeit der phonetischen Ordination der rhino-laryngologischen Klinik*. Ungefähr 2% der Patienten der Klinik litten an phonetischen und Sprachstörungen, diese gelangen nach den allgemeinen Nasen- und Kehlkopfuntersuchungen in die Spezialordination, wo eine eingehende Sprach- und funktionelle phonetische Untersuchung durchgeführt wird. Es wurden folgende Krankheiten beobachtet: Aphasia subcorticalis 1, Audimutitas 4, Gehirnanamnesie (articularis) 1, Aponia functionalis 2 (bei der Behandlung derselben wird eine neue Methode befolgt, indem Elektrisierung und Suggestion vermieden werden), Aphasia associativa 35 (diese Kranken werden den *Höpfner-Fröschels*-Entwicklungsstadien entsprechend behandelt), Dysathria paralytica 1, Dysphonia habitualis 6 (bei aus dem Kindesalter stammenden Heiserkeiten wurde vollkommene Heilung erzielt), Dyslalia laryngis 1 (bei dem Kranken wurden die Taschenbänder zur Phonation ausgebildet).

Nach Exstirpatio laryngis tot. wurden bei fünf Kranken vikariierende Gaumentöne ausgebildet. Mutatio tarda 10, alle wurden geheilt. Mutatio perversa gab es bei drei kranken Mädchen. Laesio n. recurrentis 2, Palatoschisis submucosa + Rhinolalia aperta 2, Palatoschisis operata 1, Paresis musculi intern. 4 (die Behandlung erzielte nahezu in allen Fällen die vollkommene Aufhellung des Tones), Phonesthenia 4. Die Diagnose ist leicht, die Behandlung erfordert viel Geduld und Ausdauer, ist aber gewöhnlich erfolgreich. Verschiedenartige Kranke mit nasalen Tönen gab es 15. Bei einem Kranken war der nasale Ton nur von symptomatischer Bedeutung, indem er infolge Thrombose der Art. cerebelli inf. aufgetreten war. Die verschiedenartigsten Sprachfehler, namentlich Sigmaticus universalis, lateralis und nasalis, sowie Rhotarismus nasalis und Parasigmatismus können gleichfalls vorkommen. Sowohl diese, wie auch die Fälle von Tumultus sermonis (überstürzte Sprache) sind verhältnismässig leicht heilbar. Die Ordination wird mit einem experimentellen phonetischen Laboratorium und einem Phonogrammarchiv ergänzt werden.

J. Némai schildert die von ihm beobachteten pathologischen Sprachstörungen. Er zählt die diagnostischen und therapeutischen Schwierigkeiten bei diesen Krankheitsformen auf.

Z. Lénárt: Der Vortrag wollte nur dokumentieren, wie notwendig die Einführung der Behandlung von Sprachfehlern in der Klinik war und welche Lücke sie ausfüllte. In der nächsten Zukunft wird diese Abteilung durch phonographische Aufnahmen erweitert werden, was für die Behandlung und den Unterricht sehr vorteilhaft sein wird. In dieser Arbeit rechnet er auf die Mitwirkung der Mitglieder der Fachsektion.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 20. November 1929.

Zoltán Doleschall: *Tertiäre Lues.* Der 56jährige Arbeiter hat seit 12 Jahren am Rücken und auf der Brust neben einer dunklen, an Schussverletzungen erinnernden Narbe und aus verschiedenen pigmentierten Flecken bestehenden Veränderung auch einige geheilte, ulceröse, knotige Syphiliden. Wassermann-Reaktion und Kiss +. Diagn.: Geschwüriges tubero-serpiginöses Syphilid.

Desider Hudovernig: *Bau und Beleuchtung des Operationssaales nach den Prinzipien von Heller.* Der Operationsaal soll eine derartige Beleuchtungseinrichtung haben, dass nicht nur bei Arbeiten an der Oberfläche, sondern auch bei solchen in der Tiefe die Möglichkeit des optimalen Sehens gegeben sei. Unter optimalen Sehen ist nicht nur der einfache scharfe Visus zu verstehen, sondern auch das rasche, ohne vorzeitige Ermüdung erfolgende Perzipieren und physische Verarbeiten alldessen, was während des Arbeitsverlaufes auf dem Operationsfelde wahrnehmbar wird. Um diesen Bedingungen zu entsprechen, sind die Beleuchtungsverhältnisse durch richtige Fensteranlage, sowie durch Ausschaltung schädlicher Reflexe zu verbessern. Dieses Ziel kann durch verschiedenartige Kombinationen des oberen Frontlichtes mit Jalousien und durch Ersatz der weissen Farbe mit irgendeiner blauen oder grauen „Indantren“ Farbe angenähert werden. Bisher wurden nach den Prinzipien von *Heller* in Deutschland und in den Nordstaaten ungefähr 30 Operationssäle umgebaut oder neu eingerichtet, bei uns entstand der 1913 erbaute, rote Operationssaal Professor *Hülll's* aus ähnlichen Erwägungen.

Stefan Somogyi sen.: *Bedeutung der Heredität für die Tuberkulose.* Von väterlicher Seite wird die Frucht auch dann nicht infiziert, wenn das Sperma zahlreiche Tuberkelbazillen enthält. Von mütterlicher Seite ist die Möglichkeit der placentaren Infektion vorhanden, doch gingen die infizierten Früchte bis zum 84sten Tag zugrunde, so dass auch diese Infektionsart bedeutungslos ist. Aus infizierter Uterus-

höhle stammende Früchte besitzen der Tuberkulose gegenüber einen gewissen Schutz. Nachdem die einschlägigen Untersuchungen ergeben haben, dass nur ein vorhandener tuberkulotischer Herd Schutz sichert, taucht die berechtigte Frage auf, welchem Umstand die Abwehr des Angriffes der ersten Infektion zu verdanken sei? Seit den Untersuchungen von *Fontés* nehmen zahlreiche Autoren an, dass auch der Tuberkulosebazillus eine ultrafiltrierbare Form besitzt, die durch die normale Plazenta passieren und eine sehr milde Infektion herbeiführen kann. Das wäre also sehr wahrscheinlich jener Faktor, der den Angriff der ersten Infektion abwehrt. Nachdem diese Infektion den Organismus von der mütterlichen Seite erreichen kann, wird es verständlich, warum die Fälle mit Belastung von mütterlicher Seite gutartiger sind.

D. O.-Kuthy: Vor drei bis vier Jahrzehnten war, trotz der Entdeckung des Koch-Bazillus der Glaube an die Erbllichkeit der Tuberkulose allgemein. Redner war einer jener, die dieses Dogma heftig bekämpften und für die Verbreitung des Leidens im Wege der extrauterinen Infektion Stellung nahmen. Gegen die Heredität sprachen auch seine späteren Erfahrungen, über die er auf Grund von 1000 selbstgefertigten Krankengeschichten referierte. Es entfielen nämlich 55% der leichten und mittelschweren Fälle, dagegen 67% der schweren und schwersten Fälle auf nicht Belastete, ja von den kavernösen Fällen hatten 73% keine Kenntnis von Tuberkulosefällen in der Familie. Bei 12 Kranken waren Vater und Mutter tuberkulös, von diesen waren 9 leichte und nur ein sehr schwerer Fall. Es kam neunmal vor, dass einer der Eltern an florider Tbc starb, wobei von den neun mit Tuberkulose sich meldenden Nachkommen nur einer schwer krank war. Nach Fertigstellung seiner Arbeit erschien eine deutsche Statistik über ein viel umfangreicheres Material, diese kam zu ähnlichen Konklusionen. Demnach würden die Nachkommen tuberkulotischer Eltern eine gewisse gesteigerte Resistenz der Tuberkulose gegenüber aufweisen, was vor mehreren Jahrzehnten bereits von *Reibmayr* behauptet und von *H. Langer* gleichfalls betont wurde.

Nun soll die Revision des Standpunktes folgen, wonach das Kind der tuberkulotischen Mutter gesund geboren wird. Hier ist eine Korrektur notwendig. Seitdem *Fontés* in Rio de Janeiro 1910 die filtrierbare Form der Tuberkulose entdeckte und *Vaudremer* darauf verwiesen hat, dass der Tuberkulose-Virus unter ungünstigen Verhältnissen seine Säurefestigkeit verliert, hat *Couvelaire* die Fähigkeit des Tuberkulose-Virus, die Plazenta zu durchdringen, nachgewiesen, ja *Lumière* und *Chevroitier* haben bei Tieren auch vom tuberkulotischen männlichen Tier die direkte Übertragung der Krankheit auf die Nachkommen bewiesen. Es ist naheliegend anzunehmen, dass *Hayek* recht hat, wenn er fragt: „Bleibt der menschliche Körper, der neun Monate hindurch in der tuberkulotisch vollkommen infizierten Mutter wächst, tatsächlich frei von der tuberkulotischen Infektion und bringt er wirklich nur die Neigung zur Tuberkulose zur Welt, wo wir heute wissen, dass die Tuberkulosebakterien durch die Blut- und Lymphwege sich verbreiten und die Tatsache gesichert ist, dass die kranke, besonders aber die tuber-

kulosekranke Plazenta die Tuberkelbazillen keineswegs abfiltert?“ Zahlreiche Symptome und Erscheinungen, von denen wir bisher glaubten, dass sie aus der Disposition stammen, sind daher derart aufzufassen, dass diese Folgen einer frühzeitigen und sehr langsam sich entwickelnden Infektion sind. Eine gewisse Person hat daher eine schwächere Konstitution, weil sie bereits im intrauterinen Leben an einer tuberkulotischen Infektion gelitten hat, und sie wird nicht deshalb tuberkulös, weil ihre Konstitution eine derartige ist. Der reifende Organismus wird nicht lungenkrank, weil er hochgewachsen ist, sondern er ist deshalb hochgewachsen, weil die in ihr latente tuberkulotische Infektion die Höhedurchmesser der Wirbelkörper verlängert hat. Bei dieser Frage stehen jedoch einander zwei Faktoren gegenüber: die Schutz- und die krankheitsregende Wirkung der Frühinfektion. Welcher Faktor das Übergewicht gewinnen wird, das hängt — abgesehen von manchem anderen — von dem Grad, von der Natur der väterlichen oder mütterlichen Erkrankung, von der Natur der Keimzellen, den extrauterinen Lebensverhältnissen und den das Individuum heimsuchenden Reinfektionen ab. Die Revision unseres früheren Standpunktes ergibt daher im Wesen, dass neben der Beibehaltung der Wichtigkeit der extrauterinen Infektion auch die Bedeutung der intrauterinen Infektion anerkannt wird, diese kann das Konstitutionsbild der sogenannten erblichen Disposition zustande bringen.

Julius Vály: *Dermatosen im Anschluss an die Funktion der weiblichen Genitalien.* Die im Anschluss an weibliche Genitalfunktionen auftretenden Dermatosen bilden einen erheblichen Teil der Hautkrankheiten. Sie sind unbestimmten Ursprunges und reagieren auf therapeutische Eingriffe nicht. In der Ätiologie dieser Hautleiden glaubte man in neuerer Zeit hormonale Störungen zu finden. Hautkrankheiten mit Menstruationsursprung treten vor Beginn der Blutung auf, während der Blutung sind die Hautveränderungen am meisten ausgesprochen und hören nach Ende derselben auf, wiederholen sich jedoch periodisch. Ihr Auftreten kann die verschiedensten Formen annehmen. Sie treten verstreut, oder an gewissen Körperteilen auf: am Gesicht, am Rücken, ja auch am Stamm, seltener an den Extremitäten. Die im Anschluss an Gravidität auftretenden Dermatosen sind bereits bedeutungsvoller. Eine solche Graviditätsdermatose ist der Pruritus gravidarum, dieser hört nach der Geburt auf, rezidiert jedoch bei neuen Schwangerschaften. Das Leiden beginnt häufig an den äusseren Genitalien oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft und kann sich von dort auf den ganzen Körper verbreiten. Es stört die Nachtruhe der Schwangeren, im Anschluss an die Kratzwunden können sekundäre Infektionen auftreten, welche die bei der Geburt erforderliche Asepsis erheblich gefährden. Eine andere Graviditätsdermatose ist die Purpura hämorrhagica. Sie beginnt mit Fieber, Gelenkschmerzen, Neuralgien, Schwellungen in der Knöchelgegend, ferner können auch an den Schleimhäuten Blutaustritte beobachtet werden. Die Impetigo herpetiformis

ist schon ein schweres Leiden. Sie beginnt mit gruppenweise, auf hyperämischer Grundlage sitzenden Pusteln trüben Inhaltes. Diese treten mit Vorliebe in den inguinalen und krunalen Beugefalten auf, erstrecken sich auf den Bauch und sind später am ganzen Körper zu finden. Der Tod tritt unter septischen Symptomen ein. Auch im Klimax können unangenehme Hautleiden auftreten: starke Schweissabsonderung, Intertrigo, klimakterialer Pruritus mit konsekutiven Ekzemen, sowie Acne rosacea. Bleibt die Lokalbehandlung erfolglos, so ist immer die Anwendung von Ovarialextrakten zu versuchen. In der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Spital in der Kun-utca wurde von der hormonalen Therapie in mehreren Fällen guter Erfolg beobachtet.

A. Fischl sah vor 28 Jahren im St. Rochus-Spital eine Rosacea im Anschluss an extrauterine Gravidität, die nach der Operation heilte.

Ungarische Urologische Gesellschaft.

Sitzung am 3. Juni 1929.

E. Remete: *Ulcus simplex vesicae*. Die 32jährige Frau erkrankte im Alter von 17 Jahren während einer Schwangerschaft an Cystopyelitis, als deren Folge ein schweres Blasengeschwür mit sehr quälendem häufigen Harnrang und Blutharn zurückblieb. Das Geschwür zeigte trotz fünfzehnjähriger Behandlung keine Besserung. Der Vortragende stellte auf Grund der Blasenspiegeluntersuchung *Ulcus simplex vesicae* fest. Zehn Wochen hindurch hat er mit dem Blasenspiegel das Geschwür geätzt und zeitweilig tamponiert. Totale Heilung bei ambulanter Behandlung. Er nimmt an, dass der schwangere Uterus die Blase an die Symphyse gedrückt hat, infolge dieses Druckes bildete sich in der Blase eine anämische Zone, in dieser hat sich sodann das Geschwür gebildet.

B. Rihmer: Die Ätiologie solcher Geschwüre ist noch nicht geklärt. Es gelang in seiner Abteilung bei der Untersuchung von Gewebepartien, die solchen Geschwüren entnommen waren, Bakt. pyocyaneus und Bakt. proteus Hauseri nachzuweisen. Möglicherweise sind diese Geschwüre embolischen Ursprungs, es ist jedoch nicht geklärt, warum das Geschwür in dem einen Fall nur einfach, im anderen aber inkrustiert ist. Seiner Ansicht nach ist eine operative Entfernung des Geschwürs nur dann motiviert, wenn es durch konservative Verfahren nicht gelingt, ein Resultat zu erzielen, oder wenn das Geschwür einen solchen Sitz hat, dass es mit dem Zystoskop nicht erreicht werden kann.

R. Picker fragt, ob die Wassermann-Reaktion geprüft wurde und weshalb tamponiert worden ist.

F. Keve: Die Aufmerksamkeit der Pathologen soll auf die Autopsiefunde gelenkt werden. Die Frage ist, ob mechanische Insulte eine Rolle bei dem Zustandekommen der Geschwüre spielen.

M. Sirovicza: In der Literatur ist bei der Sektion eines Kindes die Perforation eines solchen Ulkus erwähnt.

J. Remete: Eine Operation kann in solchen Fällen indiziert sein, wo eine heftige Blutung vorhanden ist, oder die Ätzung mit dem Blasenpiegel nicht durchgeführt werden kann. Die Frage *Picker's* beantwortet er dahin, dass er die Tamponade in der luftgefüllten Blase durchgeführt hat.

B. Radó: *a) Aplasia renis d. et Dystopia renis sin. b) Hypoplasia renis d. c) Dystopia lumbalis.* Der einseitige angeborene Nierenmangel ist eine verhältnismässig selten vorkommende Entwicklungsanomalie, die eine hervorragende klinische Bedeutung besitzt. Der Vortragende konnte zu den bisher bekannten 453 Fällen noch 28 sammeln. Im Durchschnitt ist jede 5.—7. solitäre Niere dystopisch. Er erörtert an embryologischen Modellen die verschiedenen Formen der einseitigen renalen Aplasie vom Standpunkt der Diagnose. Das Vorhandensein von zwei Uretermündungen im zystoskopischen Bild ist kein Grund zur Ausschliessung, das auf der einen Seite fehlende Orifizium aber kein Beweis für den Mangel einer Niere. Die wertvollsten Angaben liefert das Röntgenbild. Er schildert den Fall eines 23jährigen Mannes, bei dem die rechte Niere und Hode fehlten, die Därme bildeten in der Fossa iliaca einen nahezu zweifach grossen Tumor. Auf dem Pyelogramm liegt die Niere im Beckenzentrum, die Kelche in medialer Richtung. *b)* Er demonstriert die beiderseitigen Pyelogramme einer 51jährigen Frau. Die linke Niere ist etwas grösser als normal, die rechte Niere halb so gross, als die linke. Die Differenzierung der pyelonephritischen Schrumpfniere von der Nierenhypoplasie ist *in vivo* nicht immer leicht. Im vorliegenden Fall gab es keinen Stützpunkt zur Annahme einer Schrumpfniere. *c)* Auf dem Pyelogramm drang der Ureterkatheter gegen den lateralen Nierenrand vor, die Kelche sind in die mediale Richtung gedreht.

A. Noszkay: *Nierenektopie und Gravidität.* Die linke Niere der 34jährigen, zum erstenmal schwangeren Frau liegt vor dem Promontorium, rechts Wanderniere mit Ureterknickung. Die Funktion der Nieren ist normal. Sie stand wegen Pyelitis in Behandlung. Während der Geburt kann die vor dem Promontorium liegende Niere dem Druck nicht ausweichen und ist eventuell traumatischen Verletzungen ausgesetzt, eben deshalb erfordert die Niere während der Geburt genaue Beobachtung.

I. Farkas hat eine dystopische Niere in ähnlicher Lagerung wegen Tbc operiert, er fand damals, dass die Niere fest an das Promontorium fixiert war und es gelang nur nach Aufschlitzen der Kapsel, sie aus ihrer Lage zu befreien. Es ist daher nicht wahrscheinlich, dass die Niere imstande wäre, dem Druck des Uterus auszuweichen. Ob diese Niere ein Geburtshindernis bilden, oder

irgendwelche Verletzungen erleiden wird, kann man im vorhinein nicht wissen.

K. Hegedüs: *Seltenere Nierentuberkulosefälle.* Der zwanzigjährige Kranke litt als Neunjähriger an Lungenspitzenkatarrh und Entzündung des rechten Elbogengelenkes, später aber an einer Nierenentzündung. In der jüngsten Zeit traten mit Schüttelfrösten verbundener häufiger Harndrang und Blutharn auf. Bei der Blasenpiegeluntersuchung findet sich die Umgebung des linken Ureters injiziert, sie ist kraterförmig, der Ureterkatheter bleibt in 1 cm Tiefe stecken und auf dieser Seite kann weder Harnentleerung, noch Indigokarminausscheidung beobachtet werden. Die Umgebung des rechten Ureters ist normal, die Indigoausscheidung nach fünf Minuten lebhaft und in dem von dort aufgefangenen Urin finden sich in jedem Gesichtsfeld 15 Leukozyten und zahlreiche Kochbakterien. Auf Grund dessen wurde die Diagnose auf linken Verschluss der tuberkulotischen Niere und rechtsseitige beginnende Nierentuberkulose, oder Kochbakteriurie gestellt. Nachdem die globale Untersuchung erfolgreich war, wurde die linke verschlossene Niere entfernt. Die zwei Wochen nach der Operation vorgenommene Harnuntersuchung zeigte keine Kochbazillen und die Tierimpfung war negativ. Möglicherweise lag eine durch die verschlossene tuberkulotische Niere aufrechterhaltene Kochbakteriurie vor. In einem anderen Fall entstand nach länger dauernder Koli-pyelitis in der rechten Rindensubstanz ein mit dem Nierenbecken nicht korrespondierender Tbc-Herd. Dieser Fall beweist, dass obwohl minimale Eiterung besteht und die miteinander verglichene Funktion der beiden Nieren nahezu die gleiche ist, dennoch sehr schwere tuberkulotische Veränderungen vorliegen können.

B. Rhimer: *1. Starrheit des inneren Blasenorifiziums:* a) durch einfache Hypertonie verursachte chronische Retention; b) chronischer Prostatitis und Vesikulitis sich anschliessende Retention infolge der Hypertonie des inneren Orifiziums mit Steinbildung. *2. Operation des Blasendivertikulums und der Kontraktur des innren Orifiziums bei einem Tabetiker.* a) der 59jährige Kranke leidet seit 12 Jahren an Beschwerden der Harnentleerung. Er hat 450 gr. Restharn, Wassermann negativ. Die Prostata ist bei Untersuchung durch den Mastdarm normal. Die Blasenpiegeluntersuchung ergibt eine trabekuläre Blase mit zirkulär vorstehenden Hals und Blasenkatarrh. Nach vierwöchentlichen Dauerkatheter führte er nach Besserung der Nierenfunktion die partielle Exzision des inneren Orifiziums nach hohem Blasenschnitt durch, und berührte die Wunde leicht mit dem Paquelin. Tamponade. Ein Faden des Tampons wurde durch die Harnröhre, der andere durch die drainierte Blasenwunde herausgeführt. In sechzehn Tagen vollkommene Heilung, normale

Harnentleerung, zwei bis fünf gr. Residuum. Die histologische Untersuchung zeigte eine mässige Bindegewebsvermehrung mit glatten Muskelbündeln und in die Tiefe reichenden Rundzelleninfiltrationen. Dieser Fall beweist, dass die infolge der Starrheit des inneren Ringes bestehenden Retentionen durch partielle Exzision des Sphinkters geheilt werden können. *b)* Der 44jährige Mann hat vor Jahren Gonorrhoe aquiriert, weshalb seine Harnentleerung gestört wurde. Er hatte mehrmals Prostatitis und Epididymitis, in den letzteren Jahren häufig Harnstauung, ja auch totale Retention. Die Prostata ist klein und hart. Er führte die früher erwähnte Operation mit partieller Beseitigung des Sphinkters durch. Die unter dem Sphinkter vorhandene sklerotisierte Prostatapartie entfernte er nicht. In diesem Fall wurde die Starrheit des inneren Orifiziums durch eine seit langem bestehende Prostatitis und Spermatocystitis aufgelöst. Seit der Operation uriniert der Kranke spontan und sowohl die Samenblase, wie auch die Prostata zeigen erhebliche Besserung. *c)* Der 53jährige Mann hat Harnentleerungsbeschwerden. Bei der Blasenspiegeluntersuchung findet sich eine trabekuläre Blase und über dem linken Ureter eine typische Divertikulöffnung, dieser Befund wird durch die Röntgenuntersuchung bestätigt. Nach vorausgegangener antiluetischer Kur wird der Divertikel, der schwer zu erkennen war, mit Extraperitonisierung der Blase entfernt und gleichzeitig auch die untere Partie des vorspringenden Sphinkters exstirpiert. Die histologische Untersuchung ergab reines Drüsengewebe, im Divertikulum aber eine durch alle drei Blasenschichten reichende entzündliche Infiltration. Glatte Wundheilung mit Abrechnung einer kleinen Fistel; ungestörte Harnentleerung. Die Kontraktion des inneren Harnröhrenorifiziums ist hier ein tabetisches Symptom. Die Drüse am inneren Sphinkter aber ist nur eine akzidentelle Erscheinung.

B. Röhmer: *Bei einem Tabetiker durchgeführte Lithotomia alta, sodann Prostatektomie.* Dass tabetische Retentionen ebenso zu behandeln sind, wie andere Fälle, diesbezüglich stellt er einen 65jährigen Tabetiker vor, der sich seit zwei Jahren selbst katheterisiert und bei dem Cystitis, sowie sekundär Steine auftraten. Wir entfernten die Steine mit Sectio alta, zwanzig Tage später die in die Blase vorspringende Prostata. Der Kranke heilte in sechzehn Tagen und hat die Harnentleerungsfähigkeit vollkommen zurückgewonnen.

F. Keve: Ausser den mechanisch verursachten Retentionen können auch spinale, zerebrale Erkrankungen, ja auch Hysterie und Neureasthenie Retentionen verursachen. Er schildert einen Fall, wo eine solche psychische Retention nicht nur bei Frauen, sondern auch bei einem Manne aufgetreten ist.

I. Farkas: In den letzten zwei Jahren hat er dreimal wegen Retentionen infolge Sklerose des inneren Orifiziums operiert. In einem Falle konnte der Betreffende elf Jahre hindurch den Harn

nur mit Hilfe des Katheters entleeren. Die Blasenspiegeluntersuchung stellte die Starrheit des inneren Orifiziums fest. Er hat durch hohen Blasenschnitt den ganzen Sphinkter zirkulär entfernt. Totale Heilung in 14 Tagen ohne Retention. Der innere Sphinkter kann nicht nur partiell, sondern auch total beseitigt werden, ohne dass Harntröpfeln auftreten würde, wie das die Prostataktomieoperationen beweisen. Er fragt, warum die Anwendung des Paquelines notwendig war.

R. Picker erörtert das Zustandekommen von Harnretentionen mit Anschluss an akute und chronische Prostatitiden und Vesikulitiden vom klinischen und anatomischen Gesichtspunkt und lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass durch die zu entsprechender Zeit begonnene mechanische Adnexbehandlung mit intermittierender ständiger Katheterisierung spätere schwere Veränderungen vermieden werden können.

A. Karácsony: In der Abteilung des Prof. *Hülll* war ein 15jähriges Mädchen, das nach Wirbelsäulenfraktur an Blasen- und Mastdarmlähmung litt. Es wurde mit gutem Erfolg Glissonstreckung angewendet. Die spontane Harnentleerung kehrte nicht wieder, nach Hypnose urinierte jedoch die Kranke spontan ganz gut.

B. Rihmer beobachtete, dass bei parasakraler Anästhesie, wo sämtliche Nervenbahnen gelähmt sind, der Sphinkter starr bleibt, ein funktioneller Zustand kann daher ausgeschlossen werden. Den Paquelin hat er in hypertensiven Fällen, die stark bluteten, zur Blutstillung angewendet.

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

(Referat)

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

(Fortsetzung und Schluss.)

Alfred Lajta: *Alimentäre glykämische Reaktion oligophrener Kinder*. Die Klinik der Oligophrenie überschritt bisher kaum die Grenzen der rein psychologischen Typologie. Dies ist die Ursache, dass noch heute in den meisten psychiatrischen Lehrbüchern die alte Aufteilung der Oligophrenie aufzufinden ist, die auf rein charakterologischer Grundlage die *a)* apathische, anergische oder torpide, und *b)* erethische oder irritierte Form der Oligophrenie unterscheidet. Wir haben in 41 Fällen den Ablauf der A. G. R. nach 50 g. Glukose Belastung untersucht. Physiologisch waren 19 Kinder apathisch, 22 erethisch. Ihr Lebensalter variierte zwischen 8 und 16 Jahren. Der Mittelwert der Nüchtere werte betrug bei Apathischen 0·102%, bei Erethischen 0·102%. Für apathische Oligophrenie ist ein flacher Verlauf der A. G. R. (18 von 19 Fällen) charakteristisch. Die hohe Blutzuckerkurve ist charakteristisch für erethische Oligophrenie. Bei apathischen Kindern fanden wir nie eine hohe Blutzuckerkurve. Die Pathogenese des Erethismus ist keine einheitliche.

Zoltán v. Barabás: *Traubenzuckermikroklysmen bei Säuglingsdystrophien.* Vortragender hat Mikroklysmen von 5 gr einer 20%igen Traubenzuckerlösung dystrophischen Säuglingen serienweise gegeben. In 45% der Fälle hat er Erfolg gesehen, in einzelnen Fällen sogar eine Gewichtszunahme von 450—480 g. binnen 10 Tagen, begleitet von dem Besserwerden aller Symptome. Der Erfolg wurde ohne diätetische Behandlung erzielt.

Ladislaus Ágoston: *Die Ursachen der verzögerten und minderwertigen Entwicklung der Säuglinge.* Wenn wir die Zahl der Geburten und Todesfälle nach der sozialen Lage der Eltern betrachten, finden wir, dass die Zahl der Geburten bei den wohlhabenden Familien sehr gering, aber auch das Sterblichkeitsprozent nicht über 4% ist.

Im Elendviertel der Stadt dagegen ist der Kindersegen gross, aber auch der Sterblichkeitsprozess 16% und bei den unehelichen Kindern sogar 30%.

Der andere Übelstand ist, dass nicht nur das Sterblichkeitsprozent sehr hoch ist, sondern auch 80% der am Leben bleibenden Kinder bleiben in ihrer Entwicklung zurück und das Körpergewicht bleibt in den ersten drei Jahren mit zirka 2—3 kgr vom normalen Durchschnittskörpergewicht zurück.

Der Staat kämpft gegen das Einkindersystem, obzwar dieser Kampf ganz aussichtslos ist, da man gegen dieses Übel auf bürokratischem Wege nichts erreichen kann.

Wir müssen unsere volle Aufmerksamkeit der Rettung der geborenen Kinder zuwenden, damit diese nützliche Mitglieder der menschlichen Gesellschaft werden.

Paul Ferencz: *Über pharmakodynamische Wirkung einiger in der Kinderheilkunde gebräuchlichen Fiebermittel.* Fiebernde Säuglinge erweisen gegen zentralwirkenden Antipyretica oft hohe Resistenz. In Untersuchungen über peripheren Wirkungsmechanismus der Antipyringruppe wurde festgestellt, dass sowohl die Immunkörperbildung, wie die spezifische Allergie durch medikamentöse Fieberstillung beträchtlich herabgesetzt wird. Im Zusammenhang damit wurde ermittelt, dass unter Wirkung von Fiebermitteln eine mit dem Grad der Antipyrese parallel verlaufende, relative Hydrämie entsteht, bzw. die Fieberexsikkose des Blutes wird gelöst. Diese Effekte bleiben bei fieberkranken Säuglingen oft aus. Als Grund dieses refraktären Verhaltens wird angenommen, dass dabei die überaus kräftige Wasserretention bei Säuglingsinfekten die geringe Ansprechbarkeit der Gefässerweiterung und des Schwitzapparates und die charakteristische Generalisierungstendenz von Infekten dadurch eine kräftige Retention von grossen Mengen Blutes und disponiblen Wassers ausschlaggebend sind.

Ludwig Fábián: *Über die Rolle der Leber im Wasserhaushalt.* In 39 Fällen wurden 15—30 cm³ 10% NaH₂CO₃,

bezw. NaH_2PO_4 intravenös gegeben und durch wiederholte Orthodiagramme die Volumveränderung der Leber festgestellt. (Die Orthodiagrammata wurden von Dr. *Irene Kollár angefertigt*.) Auf Laugenwirkung konnte eine Vergrößerung, auf Säurenwirkung eine Volumverminderung festgestellt werden. Das Maximum der Volumveränderung wurde nach zirka 40 Minuten, die ursprüngliche Grösse wieder nach 80 Minuten erreicht. Dies entspricht der Erfahrung, dass die mit Azidose einhergehende Intoxikation von einer Volumverminderung der Leber begleitet wird.

Auf Wirkung der intravenös zugeführten Laugen, bezw. Säuren wird die regulierende Arbeit der Leber im Gang gesetzt.

D. v. Móritz: *Zur Behandlung des Erythema nodosum bei Kindern.* Die Frage der Ätiologie des Erythema nodosum ist auch heute noch strittig, obzwar irgendwelcher Zusammenhang mit der Tuberkulose von jedem Autor anerkannt wurde. Anlehnend an diese Auffassung, versuchte Verfasser, die Krankheit mit ultravioletten Strahlen zu behandeln. Bei täglicher Bestrahlung trat eine Rückbildung der Erythemknoten nach 2—3 Tagen ein, nach 7—8 Tagen verschwanden sie vollständig. Ein Rezidiv wurde nicht beobachtet. Fasst man die Erythemknoten als Autotuberkulinreaktionen — im Sinne *Kundraditz* — auf, so besteht die Möglichkeit, eine Analogie zu suchen mit jener hemmenden Wirkung, die die ultravioletten Strahlen auf die kutanen Tuberkulinreaktionen ausüben. Verfasser erwähnt noch einige Versuche, in denen es ihm nach vollständiger Heilung der Ausschläge gelungen ist, mit intrakutaner Injektion von $\frac{1}{10}$ mgr Alttuberkulin rote, infiltrierte, den Erythemknoten ganz ähnliche Exantheme an den typischen Stellen zu provozieren.

Nikolaus Magyar: *Die rheumatoiden Infektionen im Kindesalter.* Die rheumatoide Infektion im Kindesalter ist ex juvantibus in drei Gruppen zu teilen:

1. Die subakute Entzündung des lymphatischen Rachenringes, bei der eine verschleppte subfebrile Temperaturkurve charakteristisch ist.

2. Akuter scharlachartiger Rachenkatarrh, hohes Fieber.

3. Polyarthrites acuta rheumatica, Endocarditis acuta und Chorea minor. In Fällen, bei denen es sich um eine akute bakterielle Infektion handelt, ist unser Eingriff durch bakterizid-antiseptisch wirkende Mittel erfolgreich. Wenn die toxisch-bakterielle Wirkung durch die Disposition des Organismus unterstützt wird, kann der therapeutische Eingriff zwar gelingen, es fehlt uns jedoch eine relative Sicherheit und wir sind oft machtlos. Die Erforschung der Rolle der Disposition bringt uns vielleicht zur Lösung des Problems näher.

Georg Török: *Beiträge zur Behandlung der kindlichen*

Diabetes mellitus. In der Insulin- und Diättherapie des Diabetes mellitus ist die Tendenz zu individualisieren; diese besteht nicht nur in der quantitativen Bestimmung der Nahrungen, sondern wir müssen auch die verschiedenen Quellen der Nahrungsgattungen mit individueller Unterscheidung anwenden.

Anton Huszár: *Von nichtdiabetischen Azetonurien.* 40 Fälle: 31 Knaben, 9 Mädchen. In 20% der Fälle wurde Influenza gravis, in 17½% fieberhafte Tuberkulose, in 10% Pneumonie, in 7·5% enter. Infektionen, in 5% Tonsillitis follicularis, in 2·5% Erysipel und in 37·5% entweder nur banale Infektionen, oder gar keine Krankheit festgestellt. Letztere stellten den Typ des schweren „azetonämischen Erbrechens“ dar, die meistens im Juli—August oder in der Zeit grippalen Epidemien erschien.

In sämtlichen Fällen konnte ausgesprochener Zuckerrückgang beobachtet und Inanition ausgeschlossen werden.

Nach der Auffassung des Vortragenden kommen die Azetonurien durch Läsion der Leberparenchymzellen (durch Bakterien, Toxine, Gifte usw.), sowie auch durch relativ primären Glykogenverlust der Leberzellen (Inanition, primäre Stoffwechselstörungen) zustande.

Theoretisch findet Vortragender, dass Fällen mit Leberzellenläsionen ausser kausaler Behandlung eine ausgiebige Kohlehydratdosierung, beim Glykogenverlust eine sofortige Einfuhr grosser Mengen von Kohlehydrate und Insulin zu empfehlen ist.

Julius Surányi: *Die Wirkung ultravioletter Bestrahlung auf den Zellstoffwechsel.* Seitdem die Aktivierung des Ergosterins durch ultraviolette Strahlung bekannt geworden ist, kann man eine *spezifische* antirachitische Wirkung der ultravioletten Strahlung als sichergestellt betrachten. Um entscheiden zu können, ob die Ultraviolettstrahlen auch eine nichtspezifische, allgemeine Wirkung auf den Zellstoffwechsel haben, wurde gemeinschaftlich mit *Vermes* der Einfluss vorheriger ultravioletter Bestrahlung auf den Sauerstoffverbrauch der Zelle gemessen. Unsere bisherigen Versuche erstrecken sich auf die Untersuchung von Vogelbluterythrozyten und Hefezellen. Auf Grund der eindeutigen, mit der *Warburg'schen* manometrischen Methode gewonnenen Resultate lässt sich feststellen, dass eine 2 bis 12 Minuten lang dauernde Bestrahlung, gleich ob sie bei aeroben oder bei anaeroben Bedingungen erfolgte, eine erhebliche, 25—75%ige Steigerung des Sauerstoffverbrauchs im Vergleich mit den unbestrahlten Kontrollen bewirkt. Das quantitative Verhältnis hängt in erster Linie davon ab, wie viel Zeit von der Bestrahlung bis zum Beginn der Messung des Sauerstoffverbrauchs vergeht. Nach anderthalb Stunden kehrt der Sauerstoffverbrauch zur Norm zurück. Demnach ist der beobachtete Effekt reversibel. Die

beobachtete Steigerung fällt grösstenteils (50—100%) auf die Zellatmung. Das Kennzeichen der Atmung ist die Hemmbarkeit durch kleine Mengen von Blausäure. Bei der von *Negelein* zur Hemmung kernhaltiger Blutkörperchen angegebenen Blausäurekonzentration trat die erwähnte, 50—100%ige Hemmung des Plusverbrauchs genau so ein, als die vollständige Hemmung der Normalatmung. Hieraus lässt sich der Schluss ziehen, dass die ultraviolette Bestrahlung *eine zeitweilige Steigerung der Zellatmung bewirkt*.

NACHRICHTEN.

An unsere Abonnenten. Mit der vorliegenden Nummer schliesst der erste Jahrgang der „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ ab. Wir ersuchen unsere Abonnenten, um Störungen in der Zustellung der Zeitschrift zu vermeiden, ihr Abonnement — im Inland, mit Benützung des beiliegenden Postsparkassenschecks — rechtzeitig zu erneuern.

Universitätsprofessor Julius v. Elischer †. Ein tragisches Geschick hat die ungarische medizinische Wissenschaft eines ihrer hervorragendsten Vertreter beraubt. Der bekannte Röntgenolog Dr. *Julius v. Elischer*, Professor an der Debrecener Universität, ist nach langem, qualvollen Leiden am 16. Dezember im Alter von 55 Jahren gestorben. Der namhafte Gelehrte ist ein Opfer seines Berufes geworden. Vor dreizehn Jahren hatte er sich einen Finger der rechten Hand wegen Röntgenkrebs amputieren lassen, und nun scheint der seltene Fall einer so späten Rezidive eingetreten zu sein. Professor *Elischer*, ein Sohn des verstorbenen ausgezeichneten Gynäkologen und begeisterten Kunstsammlers gleichen Namens, war ein Bahnbrecher auf dem Gebiete der Röntgentherapie, das Röntgeninstitut der Korányischen Klinik ist seine Schöpfung. Überdies hat er sich auch um die Bekämpfung der Tuberkulose verdient gemacht und war während des Krieges Regierungskommissär für die ungarischen Dispensaires. Das Begräbnis des auch wegen seiner edlen menschlichen Eigenschaften hochgeschätzten Gelehrten fand am 19. Dezember in Budapest, im Kerepeser Friedhofe statt.

Hochschulnachrichten. Der Reichsverweser hat auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers Dr. *Aladár Kreiker*, a. o. Professor der Augenheilkunde an der Debrecener Universität der Wissenschaften, zum o. ö. Universitätsprofessor ernannt.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Die Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte hielt am 21. Dezember unter dem Vorsitz des Universitätsprofessors Baron *Alexander Korányi* ihre hunderste Generalversammlung. Der *Präsident* betonte in seiner Ansprache, dass die Teilnahmslosigkeit der Mitglieder, die sich den allwöchentlichen Vortragsabenden gegenüber zeige, durch eine intensivere Heranziehung der in den Kliniken, Krankenhäusern und öffentlichen Anstalten wirkenden Ärzte bekämpft werden müsse. Es verwies darauf, dass gerade in der jüngsten Zeit interessante Debatten

und Vorträge vor einem vollen Auditorium stattfanden und solche Abende häufiger notwendig wären. Generalsekretär Dozent *Koloman Lehoczky-Semmelweis* unterbreitete sodann den Bericht über die Zuerkennung der gesellschaftlichen Preise. Der *Balassa-Preis* wurde dem Dozenten *Alexander Fekete* für sein Werk über die Funktion und Wirkungen der weiblichen Genitalorgane zuerkannt. Den *Karl Mészáros-Preis* erhielt Universitätsprofessor Dr. *Theodor Huzella* für seine Arbeit über den Zirkulationsmechanismus in den Kapillaren. Den *Dr. Eduard Szenger-Preis* erhielt *Eduard Hofhauser* für seine Arbeit über die Veränderungen des Grundumsatzes nach Kropfoperationen. Der *Ignaz Widder-Preis* wurde Dr. *Eduard Kubányi* für seine Arbeit über die provisorische Aufbewahrung von aufzubereitenden Gewebeteilen zugeteilt. Den *Orvosi Hetilap-Preis* erhielt Dr. *Josef Balló* für seine Arbeit über die Veränderungen des Herpesvirus unter der Einwirkung von Bakterien. Der Dr. *Johann Bókay sen.-Preis* wurde dem jüngstverstorbenen Universitätsprofessor Dr. *Paul Heim* für seine Arbeit über die Lungenentzündungen des Kindesalters zugesprochen. Den *Dr. Wilhelm Friedrich-Preis* erhielt Dr. *Josef Melly* für sein Werk über die Tuberkulosesterblichkeit von Budapest. Den *Baron Emanuel Herczel-Preis* erhielt Dozent *Ladislau Czierer* für seine Arbeit: Erfahrungen auf dem Gebiet der Magen Chirurgie in 13 Jahren. Den *Dr. Franz Tauszk-Preis* erhielt Dozent Dr. *Géza Mansfeld* über den Mechanismus und die Bedeutung der Herzerweiterung. Den *Béla Johan-Preis* Dr. *Nikolaus Melczér* für seine Arbeit: Bei Ratten durch Teer herbeigeführte Sarkome. Auf Antrag des Präsidenten wurde sodann mit Akklamation und grossem Beifall Universitätsprofessor Dr. *Johann Bókay* zum Ehrenmitglied der Gesellschaft gewählt. Ausländische korrespondierende Mitglieder wurden: die Professoren Dr. *A. Bielsowszky*, Dr. *L. Fraenkel*, Dr. *F. Henke* und Dr. *H. Küttner* (Breslau), Sir *Thomas Lewis* (London), Dr. *E. Mathias* (Breslau), Dr. *A. Mayer* (Tübingen), Dr. *C. Praussnitz* (Breslau), Dr. *O. Riesser* (Breslau), Dr. *F. Sauerbruch* (Berlin), Dr. *W. Stepp* (Breslau). Präsident Baron *Alexander Korányi* gedachte sodann in Worten tiefer Trauer des Ablebens des Debrecener Universitätsprofessor *Julius Elischer*, der einer der Bahnbrecher der Röntgentherapie und Diagnostik war. *Elischer* widmete sich mit voller Begeisterung dem Studium dieses Wissenszweiges, als die Gefahren der Röntgenstrahlen noch nicht erkannt und die Schutzmassregeln nicht ausgearbeitet waren. So ist er wahrscheinlich ein Märtyrer der Wissenschaft geworden, indem die Haut an den Fingern angegriffen wurde und geschwülstig entartete. Einen schweren Verlust hat die Gesellschaft auch durch das Ableben des Ministerialrates i. P. Dr. *Karl Kaiser* erlitten. Die Versammlung erhob sich zum Zeichen der Trauer, worauf die Sitzung geschlossen wurde.

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.