

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.

Einladung zum Abonnement.

In den ungarischen Kliniken, Laboratorien und Versuchsanstalten herrscht ein reges Leben und über die Ergebnisse dieser Forschungen wird in den Sitzungen, Tagungen und Kongressen der ungarischen medizinischen Körperschaften berichtet. Dass diese Berichte Gemeingut der medizinischen Welt werden, wurde bisher durch den engen Bereich der ungarischen Sprache verhindert, in der diese Ergebnisse veröffentlicht wurden. Die führende Körperschaft des ungarischen Ärztestandes, die *Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte* hat nun beschlossen, um der auf medizinischen Gebiet in Ungarn geleisteten Arbeit weite Öffentlichkeit zu sichern, die Schaffung der in deutscher Sprache erscheinenden Zeitschrift, „*Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften*“ zu unterstützen, und sie hat einen Schriftleitungsausschuss zur Mitwirkung an der, dem Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi* anvertrauten Schriftleitung, entsendet.

Der Präsident der Budapester kön. Ärztegesellschaft, *Baron Alexander Korányi* erklärte anlässlich der General-

versammlung dieser Körperschaft: „Diese als Manuskript erscheinende Zeitschrift wird ein zusammenfassendes Bild des ungarischen ärztewissenschaftlichen Vereinslebens bieten. Für uns bildet es ein eminentes Interesse, dass wir das Ausland über die hier im Zuge befindliche Arbeit informieren.“ Um dieser Aufgabe nachzukommen, veröffentlichen die halbmonatlich erscheinenden „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“, die wissenschaftlichen Sitzungsberichte sämtlicher in Betracht kommenden ärztlichen Körperschaften Ungarns, ferner Hochschul- und ärztliche Nachrichten, Besprechungen der Neuerscheinungen der ungarischen medizinischen Literatur, sowie der Schöpfungen der sanitären und sozialhygienischen Gesetzgebung.

Wir laden hiemit zum Abonnement für die halbmonatlich erscheinenden „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ ein. Der Abonnementspreis beträgt jährlich 26 Pengő, für Deutschland und das Ausland 20 Mark, für die Übersee 5 Dollar U. S. A. Der Abonnementspreis kann durch Postüberweisung, Einzahlung auf das Scheckkonto der ungarischen Postsparkasse Nr. **41710, oder auf das Konto der Banca Ungaro Italiana S. A. Budapest, Filiale: Andrassy-út, überwiesen werden.

Invitation for Subscription.

The Hungarian clinical hospitals, laboratories and experimental establishments are very active and the results of their researches are reported to the sessions, meetings and congresses of the medical institutions. These reports, however, could not so far attain publicity in the medical world, owing to the fact that they were published in Hungarian, and hence could not be understood but within a limited circle. The

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. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — X. Landestagung der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft. — Nachrichten: *Universitätsprofessor Dr. Josef Csiky*. — Die Syphilis.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 15. Dezember 1928.

Árpád Torday: Dieluetische Aortitis. Während die Zahl der primären Sklerosen, der Haut- und Knochenlues eine Abnahme zeigt, weisen die Lues der inneren Organe, besonders aber die Aortitiden, eine hochgradige Zunahme auf. Diese Vermehrung ergibt sich auch aus der Sektionsstatistik des St.-Stefan-Spitals. In seiner Abteilung litten 50% der Kranken mit Vitium anluetischer Aortenerkrankung. Die meisten Erkrankungen traten zwischen dem 40—50. Lebensjahr auf, die Mehrzahl bildeten Kranke über 50 Jahren. Obwohl die Zahl der weiblichen Herzkranken grösser war, gab es dennoch mehr Männer mitluetischer Aortitis. Die ersten Symptome der Krankheit zeigten sich durchschnittlich 20 Jahre nach der Infektion, in einem Fall traten sie jedoch drei Jahre nach der Behandlung auf. Die Meisten, mehr als 80% haben sich nicht behandeln lassen, und besonders die Frauen wussten oft gar nicht von ihrer Infektion. Bei einem Kranken bestand aufluetischer Grundlage eine Leitungsarythmie. Nach einer Darlegung der Symptomatologie, Differentialdiagnostik und Prognostik der Aortitiden, beschäftigte sich Vortragender mit der Frage:

was die Ursache der Zunahme der spezifischen Erkrankungen der Blutgefäße ist. Auf Grund seines Materiales ist er nicht in der Lage, zu behaupten, dass die Ursache die intensive Salvarsantherapie wäre, umso weniger, weil der grösste Teil der Infektionen der Zeit vor der Salvarsanära angehört, und es konnte nur in vereinzelt Fällen nachgewiesen werden, dass die energische antiluetische Behandlung nicht imstande war, das Auftreten der Aortitis zu verhindern. Er ist ein Anhänger der kombinierten und allgemein vorsichtigen Behandlung. Besonders vorsichtig müsse man bei der Erkrankung der Koronarien, sowie der Aortenklappen und in inkompensierten Fällen vorgehen. Ein Erfolg der Behandlung ist hauptsächlich im Initialstadium zu erwarten. Die Wassermann-Reaktion allein ist zur Orientierung der Behandlung nicht genügend, sondern diese hat unter Berücksichtigung sämtlicher klinischen Symptome und des Kräftezustandes des Organismus zu erfolgen.

Alexander Rejtö: Beiträge zur Lehre der otogenen Kleinhirnabszesse im Anschluss an sechs Fälle.

Der Vortragende hat in den letzten 30 Monaten 400 Operationen des Warzenfortsatzes durchgeführt, unter diesen fanden sich 53 intrakranielle Komplikationen, uzw.: 18 extradurale Abszesse, 22 Fälle von Sinusthrombose, 7 Grosshirnabszesse und 6 Kleinhirnabszesse.

Der Vortragende erörtert bei dieser Gelegenheit die Einzelheiten von sechs Kleinhirnabszessen. Aus den vorgelegten Krankenprotokollen geht hervor, dass alle sechs Fälle im Anschluss an alte Mittelohreiterungen auftraten und in jedem einzelnen Fall eine akute Exazerbation beobachtet wurde. Von den sechs Patienten waren vier 30, zwei aber 18 Jahre alt; drei von ihnen waren Männer und drei Frauen. In vier Fällen war Sinusthrombose, in drei Fällen aber eitrige Labyrinthitis, in vier Fällen ausserdem noch ausgesprochene Meningitis vorhanden. Diese Angaben, sowie die ausgedehnten Enkephalitiden erklären die hohe prozentuelle Letalität, indem von den sechs Fällen fünf starben.

Von den zur Sektion gelangten Fällen legt der Vortragende die Bilder zweier Abszesse vor: das eine ist das häufiger beobachtete typische Bild der unter der kortikalen Substanz langgestreckten Eiterung mit zahlreichen Ausbuchtungen, das andere ist ein Bild der selteneren scharf begrenzten Form. Er legt auch zwei histo-

logische Präparate der Fälle vor, diese beweisen, dass nicht nur die weiße Substanz erkrankt, sondern auch die Rindenpartie, die letztere aber in viel geringerem Maße.

Bei der eingehenden Prüfung der klinischen Symptome stellt sich heraus, dass die hochgradigen Kopfschmerzen der Kranken durch den gesteigerten intrakraniellen Druck herbeigeführt werden, weil diese nach der Operation infolge der Dekompression in allen Fällen sich milderten. Von den Gehirnnerven fand sich die Erkrankung des N. III. in einem Fall, die Parese des N. VII. aber in drei Fällen, diese Erkrankungen waren jedoch in keinem Fall eine Folge des Kleinhirnabszesses, sondern vielmehr die der Meningitis und der Mittelohrprozesse. Das Studium der Nystagmusfälle zeigte, dass Nystagmus nach der kranken Seite, der sich binnen kurzer Zeit zum Nystagmus nach beiden Seiten umwandelt, in jedem Fall ein sicheres, wenn auch kein Frühzeichen des Kleinhirnabszesses ist. Von den Koordinationsstörungen wurde die Finger-, Nasenspitzenprobe in jedem Fall untersucht, das Vorhandensein derselben bildet eine Indikation für den sofortigen Eingriff. Bei zwei Abszessen waren keinerlei Kleinhirnsymptome vorhanden.

Die Fälle bestätigen die bekannte Feststellung, dass die Kleinhirnabszesse zur Hälfte aus Labyrintheiterungen stammen. Wir wissen ferner, dass der Kleinhirnabszess häufig infolge von Sinusthrombose entsteht, doch zeigt unser Fall Nr. 4, auch diesbezüglich eine neue Möglichkeit. In diesem war nämlich der Kleinhirnabszess früher vorhanden, als die Sinusthrombose, es ist daher möglich, dass sie ohne kausalen Zusammenhang nebeneinander bestanden, oder dass vielleicht der Sinus durch den Kleinhirnabszess infiziert wurde.

Was das therapeutische Vorgehen betrifft, hat der Vortragende seine ersten fünf Fälle der Methode der deutschen Schule entsprechend operiert, d. h. er schnitt den Durasack auf und drainierte den Abszess, indem er ihn breit öffnete. Vor seinem letzten Fall lernte er das Verfahren des Professors *Lemaitre* kennen, der den Durasack unversehrt lässt und eine filiforme, dünne Drainröhre in die Punktionsöffnung einlegt. Damit erzielt er einerseits, dass die Drainröhre dort als Fremdkörper wirkt und eine Verklebung zwischen den Meningen herbeiführt, andererseits aber den Inhalt des Abszesses entleert.

Möglicherweise ist die erfolgreiche Heilung seiner mit dieser Methode in Budapest zum erstenmal durchgeführten Operation ebenso ein Zufall, wie die frappante Heilung des ersten Wiener Falles, über welchen vor kurzem Professor *Neumann* referierte, ein Zufall gewesen sein kann, aber die treffliche, auf zehn Jahre zurückreichende Statistik *Lemaitres* verdient jedenfalls, dass diese Methode überall versucht werde.

Man kann natürlich nur ähnliche Fälle miteinander vergleichen und eben deshalb werden die bewusstlosen Fälle mit Meningitis, wo die Enkephalitis bereits sehr ausgedehnt ist, zu jeder Zeit und jedem Verfahren Widerstand leisten. Aufgabe des praktischen Arztes ist, die Fälle rechtzeitig in die Behandlung des Facharztes gelangen zu lassen. Zur Erkennung dieser Fälle ist keinerlei besondere Kenntnis oder Untersuchungsmethode erforderlich, man muss nur gewissenhaft und folgerichtig all das tun, was die Fachärzte seit Jahrzehnten verkünden, nämlich: 1. jede Mittelohreiterung soll als eine Erkrankung betrachtet werden, die einer Behandlung bedarf; 2. jede akute Exazerbation soll als ernste Erkrankung betrachtet werden, bei der ein Facharzt erforderlich ist; 3. bei jedem Symptom, das eine intrakranielle Komplikation anzeigt, in erster Reihe bei Schwindel mit Nystagmus und Schüttelfrost, soll der Kranke dringend in das Sanatorium oder in die Spitalsabteilung des Facharztes überführt werden.

Aussprache: Zoltán Wein: Seiner Ansicht nach ist die Methode von *Lemaitre* chirurgisch nicht entsprechend, denn wenn wir den Hirnabszess finden, so ist es von grösster Bedeutung, denselben rasch zu entleeren. Die Gefahr der Infizierung des subarachnoidealen Raumes kommt praktisch nicht in Betracht, weil der Eiter, der nach dem Orte des geringsten Druckes in der Richtung der Inzision vordringt, das ödematöse Hirngewebe bei der Entleerung vordrängt und dadurch die Lücken der Dura und Pia verschliesst.

Tibor Germán: Die postoperative Meningitis bildet eine wenig häufige Komplikation. Eben deshalb fühlen wir kaum den Mangel eines solchen Operationsverfahrens, dessen Zweck die Verhinderung derselben wäre. Die breite Freilegung kann gute Ergebnisse bieten. Der grosse Unterschied in der Prognose von Hirnabszessen im Kleinhirn und im Schläfenlappen wird durch die mit

dem Kleinhirnabszess gleichzeitig vorhandenen anderen schweren Komplikationen (Sinusthrombose, Labyrinthitis purulenta, bereits bestehende Meningitis) erklärt. Komplikationsfreie Kleinhirnabszesse können ebenso heilen, wie solche im Schläfenlappen, was am besten durch jene Erfahrung der Ohrenklinik bewiesen wird, dass die als akzidenteller Befund in der latenten Periode gefundenen und eröffneten Kleinhirnabszesse — besonders, wenn sich diese abgekapselt haben — eine gute Prognose bieten.

Paul Kepes: Steht ihm die Wahl der Operationsmethode frei, so wählt er die alte chirurgische Freilegung. Die meningitische Komplikation kommt nämlich nicht nur dadurch zustande, dass Eiter in die arachnoidealen Räume fließt, sondern bei Grosshirnabszessen auch in der Weise, dass der Abszess in die Seitenventrikel einbricht. Bei Kleinhirnabszessen wird die letale Komplikation nicht nur durch die Meningitis herbeigeführt, sondern es kann durch den Druck des Abszesses auf das verlängerte Mark der Erstickungstod eintreten.

Wissenschaftliche Sitzung am 12. Januar 1929.

Demonstration. Andreas Hedri: Geheilter Fall eines zum viertenmal operierten Icterus nach Cholecystektomie. Bei der 40jährigen Frau wurde in einem anderen Spital vor vier Jahren wegen gangränöser Cholecystitis eine Cholecystektomie durchgeführt. Darauf Icterus mit Krämpfen. Bei der zweiten Operation wurden aus dem D. choledochus zahlreiche Steine entfernt und der Choledochus drainiert. An Stelle der Choledochotomie bildete sich eine Striktur, wegen dieser wurde sie zum drittenmal operiert und eine Choledochoduodenostomie vorgenommen. Nach einem halben Jahr verschloss sich auch diese und es trat abermals Gelbsucht mit Krämpfen, Fieber, Schüttelfrösten auf, wegen dieser nahm er die Hepatico-Duodenostomie vor. Sie ist seit der Operation gesund und hat an Körpergewicht 20 kg. zugenommen.

Ulcus pepticum jejuni. Wegen Ulcus duodeni wurde im Jahre 1927 die hintere Gastroenterostomie durchgeführt. Nach einem Jahr, 2—3 Stunden nach der Mahlzeit, heftige Schmerzen. Die Röntgendurchleuchtung zeigt an Stelle der Anastomose Druckempfindlichkeit und an der gleichen Stelle Kontrastschatten an. Ulcus pepticum jejuni postoperativum, wegen diesem, im Juni 1928 neuerliche Operation. In der Anastomose findet sich ein pengögrosses Kratergeschwür, dasselbe wird in toto reseziert. Der Dünndarm wird zirkulär, Magen und Darm nach *Reichel-Pólya*, vereinigt. Primäre Wundheilung,

seit der Operation beschwerdefrei. Das alte Duodenalgeschwür war bei der zweiten Operation, trotz der Anastomose, offen.

Vortrag. Emil v. Grösz: Das Sarkom der Uvea macht wegen seiner hochgradigen Malignität die frühzeitige Entfernung des Auges notwendig. Bedingung hierfür ist die Frühdiagnose. Zur Sicherung derselben hat der Vortragende bereits im Jahre 1895 eine Methode vorgeschlagen: die mikroskopische Untersuchung der durch Punktion gewonnenen subretinalen Flüssigkeit. Er hat schon damals nachgewiesen, dass die Flüssigkeit bei einfacher Retina-Ablösung keine solchen Zellen enthält, die mit den zumeist stark pigmentierten Zellen verwechselt werden könnten. Die diasklerale Durchleuchtung hat diese Methode zurückgedrängt, aber *Meisner* empfiehlt sie im Jahre 1923 neuerdings und mit Rücksicht darauf, dass sehr oft von der Entfernung eines sehenden Auges die Rede ist, muss die Diagnose mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln gesichert werden. Seine Methode bietet mehr Sicherheit, als die Betastungsmethode von *Schmidt-Rimpler* und die Punktionmethode von *Hirschberg* und *Fuchs*. Die Analyse der histopathologischen Befunde führt zu lehrreichen Konklusionen. Aufgearbeitet wurden während 25 Jahren 200 mit der Diagnose Sarcoma uveae enukleirte Augen. Seine Schülerin *Margit Péterfi* wies im Jahre 1926 nach, dass bei allen noch Sehkraft besitzenden Augen die Diagnose bestätigt wurde. In 68 blinden und aus anderen Ursachen, aber mit Sarkomverdacht enukleirten Augen war jedoch in 42 Fällen kein Tumor sondern Glaukoma absolutum, Iridochorioiditis chronica, Tbc. chorioideae, *Cysticercus subretinalis* vorhanden. Die zweite Frage, ob vielleicht die aus anderen Ursachen enukleirten Augen Sarkom enthalten, hat auf seine Anregung *Franz Papolczy* zu beantworten versucht. Von dem während 25 Jahren enukleirten 4004 Augen wurden 1600 aufgearbeitet. Unter diesen finden sich 25 solche Augen, in welchen kein Verdacht auf Sarkom war, die histologische Untersuchung jedoch einen Tumor entdeckte. Die Diagnose in vivo lautete: Atrophia, Phthisis bulbi, Iridocyclitis plastica. 16 absolut primäre und 6 sekundäre Glaukome, also war in 22 Fällen Glaukom.

Von den 166 aufgearbeiteten sarkomatösen Augen befanden sich im I. Stadium (Ablatio retinae) 25%, im II. (sekundäres Glaukom) 50% und im III. (Durchbruch) 25%. Nach dem Alter waren unter dem 40. Lebensjahr 17%, 40—50 : 58%, über 60: 25%. Es ist sehr schwer, festzustellen, in wie viel Fällen Metastasen vorhanden waren, weil eigentlich nur die mit der Sektion bestätigten Fälle sicher sind. Zweifellos treten auch unter den im ersten Stadium Enukleirten sehr oft Metastasen auf und mehr als die Hälfte der Kranken sterben an Lebermetastase. Um so seltener ist die lokale Rezidive.

Er demonstriert an Diapositiven von 50 Fällen den histopathologischen Befund. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle war pigmentiertes Sarkom vorhanden, seltener sind das Leukosarkom und das Angiosarkom. Es sind zum Teil Spindelzellen-, zum Teil Rundzellensarkome.

Aussprache: Tibor Verebely: Die einzige Indikation der chirurgischen Freilegung der Augenhöhle ist der Exophthalmus, so dass das Kapitel des Exophthalmus eigentlich die ganze Orbitalchirurgie umfasst. Wenn man von den konstitutionellen und neuro-muskularen Formen der Vortreibung des Bulbus absieht, die kaum Gegenstand eines chirurgischen Eingriffes bilden können, teilt er in seinem Material den Exophthalmus in zwei grosse Gruppen ein, in die Gruppe von Exophthalmen infolge Raumenge und infolge von Inhaltsvermehrung. In die erste Gruppe gehören die Fälle, wo wegen des Vorrückens der Orbitalwände, die aber dabei unversehrt bleiben, die Orbita für ihren normalen Inhalt zu eng wird, welches räumliche Missverhältnis nur in der Weise kompensiert werden kann, dass die einzige bewegliche Wand, die Vorderwand vorgerieben wird. Bei Exophthalmus infolge Inhaltsvermehrung bleiben andererseits die Orbitawände, also die Umrisse der Orbita bestehen und die Ursache der Vortreibung des Bulbus ist die Vermehrung des Orbitalinhaltes. Diese Unterscheidung ist vom Gesichtspunkt der Wahl des Ortes und der Methode des Eingriffes von grundlegender Wichtigkeit, obwohl die Unterscheidung in der Praxis zweifellos nicht mit voller Genauigkeit durchgeführt werden kann, wie überhaupt die pathogenetische Diagnose des Exophthalmus zu den schwierigsten Fragen der Praxis gehört. Die bösartigen, Exophthalmus verursachenden Geschwülste sind zum Teil Karzinome, zum Teil Sarkome. Die überwiegende Mehrzahl der Karzinome ist epibulbär, gelangt also von der Bindehaut, oder vom Augenlid ausgehend hinter den Bulbus, oder sie sind periorbital, sie entwickeln sich also in einer der Nasennebenhöhlen und verursachen infolge der Raumverengung den Exophthalmus, Ein geringes Prozent der Karzinome ist parabulbär, unter diesem Namen vereinigt er die aus den Tränenorganen ausgehenden und Exophthalmus verursachenden Epithelialgeschwülste: Zylindrome, Basalzellenkrebe und alveoläre Karzinome. Zu den Exophthalmus verursachenden Sarkomen zählt man ausser den pathologisch-anatomisch streng genommenen Bindegewebstumoren, also ausser den eigentlichen Sarkomen die Melanome, die lymphatischen Geschwülste wie auch die Gliome, ohne Rücksicht auf ihre Histogenese. Diese Sarkome im weiteren Sinne sind ungefähr im gleichen Verhältnis bulbären Ursprungs, resp. retrobulbär, d. h. aus dem retrobulbären Bindegewebe, ferner orbitoparietale, d. h. aus der Orbitawand ausgehende Geschwülste und nur in sehr geringer Verhältniszahl periorbitale Geschwülste die aus den Nasenhöhlen stammen. In seinem Material musste die breite seitliche Freilegung der Orbita insgesamt wegen 42 Sarkome durchgeführt werden, von diesen waren 19 bulbären Ursprungs, also aus dem Bulbus nach rückwärts durchgebrochene Melanome oder Gliome. Diese Tumoren bulbären Ursprungs können in zweierlei Weise Exophthalmus verursachen. Der eine Typus ist der, wo der Bulbus selbst noch vorhanden ist, usw. entweder durch die Geschwulst vergrössert, oder durch deren Zerstörung verkleinert, dieser Bulbus wird durch die hinter ihm wachsende Ge-

schwulst vorgedrängt, wobei die Grösse der Vordrängung nicht unbedingt mit der Grösse der bulbären Geschwulst im Verhältnis steht. Bei dem zweiten Typ fehlt bereits der Bulbus und das Geschwulstgewebe wächst aus dem retrobulbären Bindegewebe hervor, indem es einen Exophthalmus nachahmt. Nach seinen Erfahrungen nehmen diese bulbären Sarkome hinsichtlich ihrer Malignität eine Mittelstelle zwischen den eigentlichen Bindegewebssarkomen: den Fibro-, Myo-, Osteosarkomen und den absolut malignen Lymphgewebesarkomen, namentlich deren gefürchteten Vertreter den Chloromen ein. Diese letzteren wachsen mit wahrnehmbarer Raschheit, sind wenige Wochen nach dem Erscheinen des Exophthalmus bereits tödlich und jeder operative Radikalismus erweist sich diesen gegenüber vergeblich. Bei der radikalen Exstirpation der gewöhnlichen Sarkome aber sind die Erfahrungen verhältnismässig günstig. Diese Fälle zeigten weder Rezidive, noch Metastasen. Das Schicksal der Exophthalmus verursachenden Bulbussarkome kann dahin zusammengefasst werden, dass wenn das Geschwulstgewebe nicht in den Stamm des Sehnervens eindringt, wie das vor allem bei den Gliomen der Fall ist, und das Geschwulstgewebe in dem retrobulbären Bindegewebe keine zerstreuten kleine Knoten bildet, wie das wieder die Gewohnheit der Melanome ist, so kann die Gefahr der Rezidive nach der radikalen Exstirpation, die natürlich nur mit der Krönleinoperation und Eviszeration vollkommen durchgeführt werden kann, vorgebeugt werden. Eine endgültige Heilung zeigten rund 50 Prozent seiner Fälle, die andere Hälfte ging durchschnittlich innerhalb eines Jahres an Rezidiven zugrunde, die hauptsächlich bei Stumpfrezidiven einen stürmischen Verlauf zeigen.

Julius Singer referiert über einen Fall von Chorioidealsarkom infolge einer Metastase aus der Blase. Es ist das der einzige Fall in der Literatur, wo der primäre Herd in der Blase war.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 12. Dezember 1928.

(Fortsetzung.)

Vortrag. Franz Faykiss: Die Wunddiphtherie. Nach Anführung der Literaturangaben, schildert er seine eigene Beobachtungen, die er in zwei Gruppen einteilt. In der ersten erörtert er die von ihm beobachteten Fälle wahrer Wunddiphtherie, von diesen hat er 53 beobachtet, sieben dieser Fälle erhielten keine Serumbehandlung. Von den 46 mit Serum behandelten Fällen, heilten 41. Auf Grund dieser Erfahrungen betrachtet er die Serumbehandlung als wirksamstes Heilmittel der Wunddiphtherie und empfiehlt zurzeit die Anwendung von 16,000 I. E. für die Impfung. In der zweiten Gruppe referiert er über die bakteriologische Untersuchung von 54 tuberkulotischen Fisteln. Das

Ergebnis war in vier Fällen virulente Diphtheriebazillen, in 16 Fällen avirulente Diphtheriebazillen, in 33 Fällen Staphylokokken, in einem Fall Streptokokken. Mit der Serumimpfung konnte er auch in diesen Fällen die Diphtheriebazillen aus den Fisteln zum Verschwinden bringen. In diesen Fällen kann man nicht von Wunddiphtherie sprechen, weil keine Symptome vorhanden sind. Diese Kranken sind Wundbazillenwirte, bei denen das Serum — abweichend von den Rachenbazillenwirten — auf die Bazillen wirkt. Bei den Kranken, wo sich in der Wunde Diphtheriebazillen fanden, konnte der Bazillus in 50% der Fälle auch im Rachen oder in der Nase nachgewiesen werden, so dass sich die Wunde durch die im Organismus bereits ansässigen Bakterien infiziert hat.

Aussprache: Sigmund Gerlóczy: Seine praktischen Erfahrungen stimmen mit den Feststellungen des Vortragenden nicht vollkommen überein, er hat nämlich nicht beobachtet, dass die Bazillen auf die Serumtherapie in allen Fällen verschwinden würden. Auch *Behring* war der Ansicht, dass das Antitoxinserum keinerlei Einfluss auf die Diphtheriebazillen ausübt. Das Verschwinden derselben ist daher keinesfalls die Folge einer spezifischen Wirkung, sondern vielleicht eine allgemeine Serum- oder Proteinreaktion. Die Wunddiphtherie ist in der letzteren Zeit tatsächlich häufiger vorgekommen, jedoch mit keinem so schweren klinischen Verlauf, wie die Rachendiphtherie, weil sie z. B. niemals von Lähmungen begleitet ist. Es ist möglich, dass bei der Wunddiphtherie die avirulenten Bakterien provisorisch virulent werden.

Alexander Furka: Anlässlich seiner Studienreise in Deutschland beobachtete er, dass Bazillenwirte nach zwei bis drei Wochen langer Beobachtung auch von den Kliniken ohne jede besondere Impfung, oder andere Behandlung entlassen werden. Der Amtsarzt kontrolliert die Bazillenwirte noch zwei bis drei Wochen nach der Entlassung aus dem Spital, weiter aber nicht.

Julius Kiss: Während des Krieges gab es viel Diphtherienbazillenwirte. Leider wurden damals die Wunden auf Wunddiphtherie nicht untersucht. Von epidemiologischen Gesichtspunkt besitzt diese Untersuchung sofern Interesse, weil die Infektion auch von dort ausgehen kann. Die virulenten Bazillen verlieren mit der Zeit ihre Virulenz, jedoch kann die Möglichkeit, dass aus avirulen-

ten Bazillen auch virulente werden, nicht vollkommen ausgeschlossen werden. In der Nase, im Rachen und in den Wunden können überall Pseudodiphtherie- und avirulente Diphtheriebazillen vorkommen. Vom epidemiologischen Gesichtspunkt wären in der Zukunft die Wunden auch auf Diphtherie zu untersuchen.

Franz Fáykiss schreibt dem Serum gleichfalls keine bakterizide Wirkung zu. Das Verschwinden der Bakterien aus der Wunde kann nur auf mittelbarem Wege erfolgen, indem die kräftige Granulation die Diphtheriebazillen zum Verschwinden bringt, wie das die, in jedem einzelnen Fall zur Kontrolle durchgeführte bakteriologische Untersuchung festgestellt hat. Die Behandlung mit Tampons, die mit Serum befeuchtet wurden, ist eben deshalb vollkommen zwecklos. Während die Rachen- und Nasenbazillenwirte mit Serumimpfung nicht zu beeinflussen sind, ist dies bei Wundbazillenwirten möglich, weil in der Wunde eine kräftige Granulation einsetzt.

Alexander Biró: Die Prostatuentzündungen gonorrhöischen Ursprunges. Obwohl die Erkrankung nur eine Teilerscheinung der gonorrhöischen Infektion des urogenitalen Systems darstellt, ist die Verhältnisziffer der Erkrankungen 75—80%, also sehr hoch. Er schildert eingehend den Palpitationsbefund jeder einzelnen Krankheitsform. Hinsichtlich der Sekretuntersuchung bemerkt er, dass man bei akuten Entzündungen selbst zu diagnostischen Zwecken nicht exprimieren darf. Weiterhin schildert er eingehend die Technik der Massage, und beschäftigt sich eingehend auch mit den Kontraindikationen. Er schliesst seinen Vortrag mit einer zusammenfassenden Schilderung der Therapie der Prostatitiden.

Aussprache: Emil Brezovszky: Der Vortragende wollte der ärztlichen Praxis einen Dienst erweisen, als er dieses Thema hier vorbrachte, denn nicht nur die Fachärzte, sondern auch sämtliche praktischen und besonders die jüngeren Ärzte behandeln Gonorrhoeerkrankte. Wir sehen alltäglich, dass Nichtfachärzte die im Anschluss an Gonorrhoe auftretenden Prostatitiden entweder gar nicht berücksichtigen, oder ohne jeden Grund täglich roh und energisch massieren, womit sie den Kranken ausser überflüssigem Schmerz auch schwere Komplikationen verursachen. Fieberhafte akute Prostatitiden dürfen nicht massiert werden.

Sitzung am 16. Januar 1929.

Semmelweis-Vortrag. *Zoltán Lénárt: Die narbigen Kehlkopfstrikturen.* Nach Erörterung der Ätiologie, pathologischen Anatomie und Diagnostik der narbigen Kehlkopfstrikturen schildert er die von ihm befolgten Behandlungsmethoden der Strikturen, deren Indikationen und die erzielte Resultate. Sein Material umfasst 57 Fälle, die Ursache der Striktur war in zehn Fällen Diphtherie, in sechs Fällen Syphilis, dreimal Typhus, fünfmal Perichondritis, in vierzehn Fällen Sklerose, einmal Laryngitis hypoglottica, fünfmal Schussverletzungen, dreimal Schnittwunden, in sieben Fällen Laugenvergiftungen, dreimal chirurgische Eingriffe. Von den Kranken trugen 51 Kanülen, sechs Kranke waren nicht tracheotomisiert. Er ging nach dem Prinzip vor, dass er die leichter überwindbaren Strikturen einer Dilatationsbehandlung unterzog. Diese Kategorie umfasste 23 Patienten, von diesen waren sechs nicht tracheotomisiert, 17 trugen Kanülen, bei neun Patienten führte er zur Unterstützung der Dilatation endolaryngeale Eingriffe durch. Als Ergebnis der Behandlung konnte die Kanüle bei fünfzehn Patienten entfernt werden, mit verstopfter Kanüle atmeten sechs, bei einem Patienten unterblieb die Behandlung, ein Patient ist gestorben.

Bei ausgedehnten Vernarbungen, tumorartigen Verdickungen, sowie bei Fixations-Stenosen hält er die Operation für indiziert. Bei 29 seiner Kranken nahm er Operationen vor, zw. bei sechs Kranken die Laryngofission mit Exstirpation der chordalen Verdickungen; bei allen sechs Kranken konnte die Kanüle entfernt werden. Laryngofission und *Thiersch*-Transplantation führte er bei sechzehn Kranken durch, bei diesen trat Heilung ohne nachträgliche Dilatation in sechs Fällen ein, die nachträgliche Dilatation wurde bei neun Patienten notwendig, von diesen heilten sechs, einer atmet mit verstopfter Kanüle, einer steht in Behandlung, einer blieb weg, einer starb an Pneumonie. Laryngofission mit submuköser Narbenexstirpation, die in geeigneten Fällen die *Thiersch*-Transplantation ersetzen kann, führte er bei zwei Kranken durch und erzielte in beiden Fällen Heilung. Laryngostomie wurde in fünf Fällen durchgeführt mit zwei Heilungen, zwei Patienten stehen in Behandlung, ein Patient starb an Pneumonie.

In seinen Resultaten sieht er eine Bestätigung der Tatsache, dass die früher ausschliessliche Dilatationstherapie der narbigen Kehlkopfstrikturen durch die neuere operative Richtung erfolgreicher geworden ist, die Heilungsmöglichkeiten haben zugenommen und die Behandlungsdauer wurde gekürzt.

X. Landestagung der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft.

(Gekürzter Bericht)

Mitgeteilt von Primarius *Dr. Julius Nyirő* Dozent, Sekretär der Gesellschaft.

Die Ungarische Psychiatrische Gesellschaft hielt am 21—23. Oktober 1928 ihre X. Landestagung. Die Verhandlungen eröffnete der Präsident der Gesellschaft *Dr. Rudolf Fabinyi*. Er schilderte die neueren Fortschritte des ungarischen Irrenwesens, indem er besonders die schönen Ergebnisse der praktischen Lösungen auf dem Gebiet der Prävention und der sozialen Psychiatrie hervorhob. Mit Freude stellte er fest, dass das wissenschaftliche Niveau der Tagung dauernd in die Höhe strebt, er konstatierte jedoch mit Bedauern, dass im Programm Standesfragen nicht enthalten sind, obwohl die materielle Lage der ungarischen Psychiater schlechter ist, als die von Pflégern in anderen Kulturstaaten. Das Gehalt der deutschen Psychiater ist drei-viermal höher, als bei uns, und der Verband der deutschen Psychiater kündigt nur dann Hilfsärztstellen an, wenn diese zumindest mit einem Jahresgehalt von 4400 M. dotiert werden.

Der Protektor der Tagung Staatssekretär *Dr. Kornel Scholtz* versicherte nach einer kurzen Begrüssung die Tagung, dass sie in ihren Bestrebungen seitens der Verwaltung der Volksgesundheitswesens auf die weitestgehende Unterstützung rechnen kann. Er verwies auch auf die bezügliche Tätigkeit des Ministeriums und betonte, dass die wichtigsten Fragen des Irrenwesens derzeit die Fürsorge und die Ausgestaltung der Arbeitstherapie sind.

Julius Nyirő schilderte im Sekretariatsbericht die zweijährige Tätigkeit der Gesellschaft, referierte über das Schicksal der in der vorausgegangenen Tagung unterbreiteten Anträge und gedachte pietätvoll weil. *Karl Hudovernigs*. Er meldete, dass sich 40 Behörden und Körperschaften in der Tagung vertreten liessen.

Der erste wissenschaftliche Vortrag der Tagesordnung war das Referat *Edmund Némeths*, in dem er auf die von *Karl Szludits* in der IX. Tagung unterbreiteten Ideen reflektierte und seine Auffassung in folgenden Punkten zusammenfasste:

1. Im Falle einer zweifellosen (unbestrittenen) Geisteskrankheit ist die juridische Aktionsfähigkeit des Kranken als ausgeschlossen zu betrachten.

2. Sogenannte klare Momente während der Dauer der Geisteskrankheit sind vom ärztlichen Standpunkt nicht vorhanden.

3. Wenn die wegen Geisteskrankheit unter Kuratel gestellte Person während der Dauer der Kuratel gesundet, so besitzt sie — gleich jeder anderen gesunden Person — Aktionsfähigkeit. Ob aber eine solche Person als geheilt betrachtet werden kann oder nicht, ist nur mit Berücksichtigung des ärztlichen Fachgutachtens zu entscheiden.

4. Sofern während der Dauer der Kuratel die Symptome der Geisteskrankheit anscheinend längere Zeit sistieren, hat der Richter festzustellen, ob innerhalb dieser Zeit die Geisteskrankheit selbst als geschwunden zu betrachten sei, und wenn ja, von welchem Zeitpunkt angefangen, er kann dies aber nur nach vorausgehender Einvernahme des ärztlichen Sachverständigen tun.

5. Jede an der Grenze von Geisteskrankheit und geistiger Gesundheit befindliche Person ist in ihrer Aktionsfreiheit in dem gleichen Maße als beschränkt zu betrachten, wie der Minderjährige, wenn sie infolge ihrer mangelhaften geistigen Fähigkeiten nicht imstande ist, ihre Angelegenheiten selbständig zu versehen, so dass es infolge dessen notwendig ist, sie unter Kuratel zu stellen, ferner solche Personen, die infolge ihrer Trunksucht und überhaupt infolge des masslosen Genusses von betäubenden Mitteln zur Verwaltung ihres Vermögens, sowie zur selbständigen Erledigung ihrer Angelegenheiten nicht fähig sind. In beiden Fällen kann der Grad des Defektes nur auf Grund der Untersuchung des ärztlichen Sachverständigen festgestellt werden.

6. Personen, auf die Punkt 2 und 4 des § 18 des Gesetzentwurfes über das ungarische Privatrecht anwendbar sind, und die unter Kuratel stehen, kann für die Durchführung folgenschwerer Rechtsgeschäfte, einseitiger Rechtsverzichte, für den Abschluss von Verträgen mit Gegenverpflichtung zwischen Lebenden und für den Todesfall, Schenkungen im Ablebensfalle, Errichtung eines Testamentes usw. — die juridische Aktionsfähigkeit nur entsprechend der Feststellung des medizinischen

Sachverständigen in Betreff des Grades der Beschränktheit erteilt werden.

Aussprache: Karl Szladits, Andreas Kluge, Ludwig Hajós, Oszkár Herz, Ladislaus Benedek, Karl Minich.

Bartholomäus Nádas hielt unter dem Titel „Die psychologischen Bedingungen der Erziehbarkeit und Bestrafbarkeit Geisteskranker“ einen Vortrag. Seine praktischen Folgerungen sind: 1. Die obligatorische ärztliche Meldepflicht der Geisteskrankheit ist zum Zweck der strafrechtlichen Prävention wünschenswert. 2. Einheitliche und wissenschaftliche Einteilung der Diagnosen für das übereinstimmende Verfahren in den strafrechtlichen und psychiatrischen Wissenschaften. 3. Die strafrechtliche Behandlung soll nicht von wenigen Willens- oder Verstandesmomenten ausgehen, was unwissenschaftlich ist, sondern von den psychologischen Bedingungen der Erziehbarkeit. 4. Das psychiatrische Fachgutachten soll neben den psychiatrischen Tatsachen sich auch auf die psychologischen Bedingungen der Erziehbarkeit der Kranken erstrecken. 5. Wir bedürfen juridischer Fachspezialisten, die neben den juridischen Fachkenntnissen sich auch die Grundzüge der Psychiatrie und Erziehungswissenschaften aneignen. 6. Weder das englisch-amerikanische progressive System, noch die Gefängnismethode des deutschen Stufensystems soll übernommen, dagegen die wissenschaftlichen Methoden der menschlichen Erziehung berücksichtigt werden.

Ignaz Mandel sprach über die „Imbezillität“, und hält die Annahme der Imbezillität als Krankheitseinheit für unberechtigt, weil die einzelnen Formen der Imbezillität mit einem der drei Hauptprozesse (Schizophrenie, Mania depressiva, Epilepsie) identisch sind.

Aussprache: Paul Ranschburg.

Ladislaus Nagy betonte in seinem Vortrag über *pädagogische Biologie* die Notwendigkeit, die pädagogischen Biologie als praktische Wissenschaft zu betrachten. Gegenstand der pädagogischen Biologie ist die universale, zusammenfassende und einheitliche Persönlichkeitsprüfung von Kindern und jungen Personen, sie erstreckt sich daher nicht nur auf die psychologische Prüfung, sondern auch auf sämtliche Lebenserscheinungen, erbliche Neigungen, sowie auf die ärztliche Untersuchung des Kindes und des Jünglings. Die pädagogische Biologie begnügt sich bei der Aufarbeitung der Untersuchungs-

ergebnisse nicht mit der graphischen Darstellung der einzelnen Fähigkeiten, sondern sie fertigt vom Schüler ein zusammenfassendes biologisches Bild, das sogenannte *Psychobiogramm* an.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN

Universitätsprofessor Dr. Josef Csiky. Der Vorstand der internen Universitätsklinik an der Universität in Debrecen, *Dr. Josef Csiky*, ist am 26. Januar plötzlich gestorben. Josef Csiky wurde im Jahre 1881 in Marosvásárhely geboren, absolvierte seine Hochschulstudien in Budapest und trat im Jahre 1904 als Praktikant in die interne Klinik des Professors *Jendrassik* ein. Er beschäftigte sich vorwiegend mit neurologischen Studien, wurde Assistent der Klinik, und Dozent. Im Jahre 1921 wurde er als o.-ö. Universitätsprofessor zum Vorstand der internen Klinik in Debrecen ernannt. Er betätigte sich hervorragend beim Neubau der Klinik und organisierte einen Kurs zur Ausbildung von Pflegerinnen.

A syphilis (Die Syphilis), redigiert von *Dr. Josef Guszman* und *Dr. Karl Engel*. Mit 207 Abbildungen (16 Farbendruck-, 49 Schwarzdrucktafeln, 53 Textillustrationen und 4 Tabellen). Verlag der Franklin-Gesellschaft, 1928, 715 Seiten. Preis 52 Pengő.

Der von den Redakteuren im Vorwort vertretene Standpunkt erscheint vollkommen berechtigt, wonach der praktische Arzt die mächtigen Fortschritte unbedingt kennen zu lernen hat, die in den abgelaufenen zwei Jahrzehnten auf dem Gebiet der Syphilis, dieser nach der Tuberkulose wichtigsten Volkskrankheit erzielt wurden. Ebenso berechtigt ist auch die Stellungnahme der Redakteure, dass ein Mensch allein zurzeit der Aufgabe nicht mehr gewachsen ist, das Thema erschöpfend zu behandeln, weder der Dermatolog, noch auch der Angehörige eines anderen Faches. Die Redakteure des Werkes haben mit glücklicher Hand jene Mitarbeiter ausgewählt, die auf Grund ihrer bisherigen Tätigkeit und literarischen Arbeiten geeignet waren, die einzelnen Teile zu verfassen. Auf Grund des Zusammenwirkens der Mitarbeiter entstand das vorliegende, eine Lücke in der ungarischen Literatur ausfüllende Werk, das den vollen Umfang der Klinik der Syphilis auf einheitlicher Grundlage und von den gleichen Gesichtspunkte geleitet dem Leser vorführt.

Den pathologisch-anatomischen Abschnitt hat *Béla Entz* geschrieben. Wenn der Leser, der sich auch nur einigermaßen in diesen Gegenstand vertiefen will, welches immer der ausländischen Werke über den gleichen Gegenstand zur Hand nimmt, ist er gezwungen, schmerzlich die Lücken zu fühlen, die dieses Kapitel aufweist, welches aber in diesem Band genügend detailliert, aber nicht zu weitschweifig, ein vollkommenes Bild der pathologischen Anatomie der Syphilis zeichnet. Den Abschnitt über die allgemeine Pathologie, die Kapitel über die tierische Syphilis, die Therapie und Prophylaxe der Syphilis, die Syphilis der Haut, der Schleimhäute, der Muskeln und der Genitalorgane, über Syphilis und Ehe, also nahezu den grössten Teil des Werkes hat Dozent *Josef Guszman* verfasst, mit der um-

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. OVARIII „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 Hinter-
lappen 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.**

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

Dr. E. BASCH

Sanatorium Dr. Pajor

BUDAPEST
VIII., Vas-utca 17.



Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke.

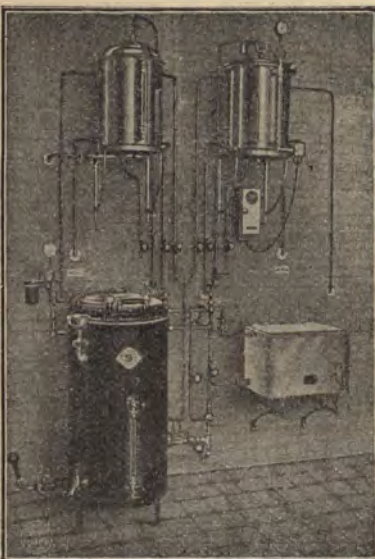
Gebärabteilung. Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung.

Zander, Orthopädie u. 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 massigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragenden 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.



ANGLO-DANUBIAN LLOYD

Általános Biztosító Részvénytársaság magyarországi Igazgatósága.

Az orvos urak szives figyelmébe ajánljuk az általunk kultivált
orvos szavatossági és balesetbiztosítást.

Társaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, betörésselopás-, baleset-, hűtlen kezelési-, egytetemes automobil- és mindennemű szállítmánybiztosítást.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS"
Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Alapítva 1825-1839.

Életbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerint.

Közös irodák: Budapest, V., Nádor-utca 34.
Közös telefonok: Teréz 257-58, 273-65, 214-51.

EGGER'S Hypophosphit Syrup

Seit Jahrzehnten bestbewähr-
tes Roborans und Tonikum bei
allen mit Kraftverfall einher-
gehenden Krankheiten.



Dr. Leo Egger und I. Egger
Budapest, VI.

Schwabenberg-Sanatorium Budapest, Ungarn



Subalpin-,
klimatisch-
diätetische
Kur- und
Heilanstalt
für Stoll-
wechsel-
Herzranke,
Anämiker,
Nerven-
leidende und
Rekonvales-
zenten.

Dir.-Chefarzt
Dr. L. JAKAB.



Liget- und Parksanatorium, Ungarn,

Budapest, VI., Arena-ut 84, Leiter Dr. L. JAKAB

Moderne diagnostische, diätetische und chirurgische Heilanstalt für
alle Zweige der Therapie vollkommen eingerichtet.