

# 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



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,



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 zeigten.

*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-







1. Im Falle einer zweifellosen (unbestrittenen) Geisteskrankheit ist die juristische 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 juristische Aktionsfähigkeit nur entsprechend der Feststellung des medizinischen





fassenden Fachkenntnis, von der der hervorragende Autor nunmehr seit 30 Jahren so zahlreiche Beweise gibt. Die zur Erkennung der Syphilis dienenden biologischen Verfahren schildert Professor *Bernhard Vas* verhältnismässig kurz, wobei er aber alle wichtigen Gesichtspunkte betont und hervorhebt, so dass auf Grund dieses Kapitels auch der praktische Arzt sich in dem komplizierten Labyrinth der Wassermann-Reaktion vollkommen zurechtfinden kann. Die Syphilis der inneren Organe schildert Dozent *Karl Engel*. Der Verfasser lässt an so manchen Stellen durchschimmern, dass die Klinik der Syphilis der inneren Organe erst jetzt in Ausgestaltung begriffen ist. All unsere bisherigen positiven Kenntnisse schildert der Autor in lichtvoller Weise, wobei besonders die Kapitel über die Syphilis der Aorta und der Leber hervorzuheben sind. Die Syphilis der Nase, des Rachens und Kehlkopfes hat Professor *Zoltán Lénárd* verfasst, er behandelt kurz dabei aber mit munitiöser Sorgfalt alle wichtigeren Erscheinungen. Das überaus wichtige Kapitel der Lues des Nervensystems stammt aus der Feder Professor *Artur Sarbós*, die Behandlung des Gegenstandes ist originell und selbständig. Wir wissen genau, dass seine Auffassung von der Schablone in manchen Belangen abweicht, doch gewinnt dieses Kapitel eben deshalb an Wert, weil es die Erfahrungen und wichtigsten Lehren eines an wertvoller Beobachtungen reichen Lebens übermittelt. Die Syphilis der Knochen und Gelenke erörtert Professor *Dr. Tibor Verebely* mit der Liebe des Gegenstandes und dem gründlichen Wissen, die er mit seinem meisterhaften Stil paart. Mit der Syphilis des Auges beschäftigt sich Professor *Dr. Ladislaus Blaskovics*, der die spezifischen Erkrankungen der einzelnen Bestandteile des Sehorgans gesondert, in übersichtlicher Form behandelt. Nach einer kurzen aber meisterhaften Schilderung der Syphilis des Ohres, welche aus der Feder von *Dr. Alexander Rejő* hervorgegangen ist, behandelt schliesslich Prof. *Paul Heim* das schwierige, aber umso wichtigere Kapitel der kongenitalen Syphilis. Mit glücklicher Hand löst der Verfasser die bekannten, zahlreichen gordischen Knoten dieses Themas und zeichnet mit gründlichem klinischen Wissen das Bild der unmittelbar nach der Geburt und der nur später in Erscheinung tretenden Krankheitssymptome.

Nach dieser eingehenden Schilderung können wir ruhig behaupten, dass dieses Werk eine Zierde der neueren ungarischen medizinischen Literatur ist. Bekräftigt wird dieser Eindruck durch die glänzende Ausstattung, die trefflichen Farbdrucktafeln und durch die zahlreichen Illustrationen, welche das Werk zu einem Atlas der Syphilis gestalten. Für dieses Werk gilt die in Buchkritiken leider viel zu oft angewendete Behauptung, dass jeder ungarische Arzt, sowohl der Fachmann, wie auch der praktische Arzt, diesen Band eifrig studieren muss, zur eigenen Belehrung und zum Nutzen seiner Kranken.

---

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

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

---

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



# 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.**

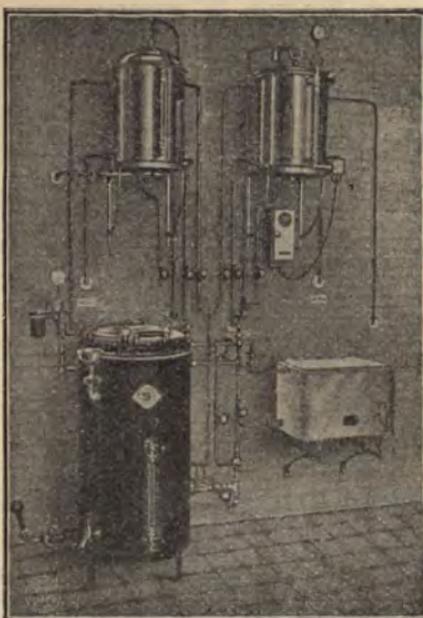
**Gebärabteilung. Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung.**

**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 bestbewährtes Roborans und Tonikum bei allen mit Kraftverfall einhergehenden Krankheiten.



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

## Schwabenberg-Sanatorium Budapest, Ungarn



Subalpin-, klimatisch-diätetische Kur- und Heilanstalt für Stollwechsel-, Herzranke, Anämiker, Nervenleidende und Rekonvaleszenten.

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.