

# 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., Vadasz-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.

## Sanatorium Dr. Pajor

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

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke.  Storm Van Leuven Allerglelele Abteilungen für Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten.  Gebärabteilung.  Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

## FASOR-SANATORIUM

**Budapest, VII., Vilma királynő-ut 9**

Sanatorium ersten Ranges für interne u. chirurgische Erkrankungen. Gebärabteilung. Mittelstandsabteilung: zweibettig mit Pauschalpreis von 16 Pengő inbegriffen sämtliche Untersuchungsmethoden für interne Erkrankungen.

== **Telephon : J. 315-26, J. 326-21.** ==

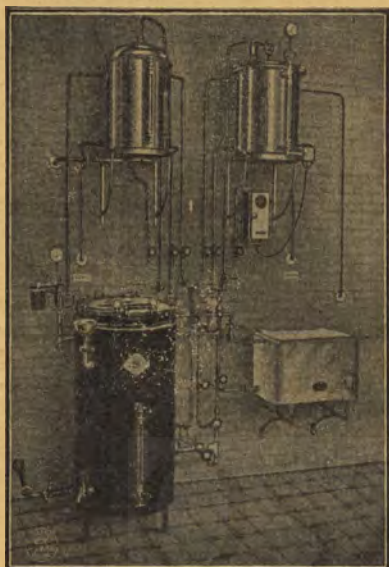
M. N. MUZEUM  
Hirlapkönyvtár  
Könyvtár

19. 30/36

# PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

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



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher  
Auszeichnungen.

**TELEPHON: Automat**  
**115-13 und 115-19.**

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

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

**Stilles Stockholm**  
**In Ungarn.**

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

# St. Margaretheninsel

**BUDAPEST, Ungarn**

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

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**  
Obermedizinalrat: Dr. **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:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Otologische Sektion. — Physiologische und pathologische Sektion der Kön. Ung. Naturwissenschaftlichen Gesellschaft. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Sitzung am 7. Dezember 1929.



**G. Mihalovics** und **F. Skrop:** *Interessanter Fall eines Leberechinokokkus im Kindesalter.* Die Vortragenden referieren über einen achteinhalbjährigen, an Leberechinokokkus leidenden Kranken, bei dem sie trotz des auf Echinokokkus verweisenden klinischen Bildes keine Eosinophilie fanden, auch die Komplementbindungsreaktion war negativ, diese Reaktionen wurden erst nach der Operation positiv. Sie nehmen an, dass bei dem Kranken vor der Operation die dicke, vielleicht im gewissen Mass impermeable Kapsel der Blase die Resorbierung von antigenbildenden Substanzen verhindert hat. Die nach der Freilegung der Zyste einsetzende Resorption hat sodann möglicherweise die hämatologischen und serologischen Reaktionen ausgelöst. Die Komplementbindungsreaktion zeigte während der Beobachtung des Kranken von der grössten Intensivität in der dritten Woche nach der Operation innerhalb zweieinhalb Monaten eine Abschwächung, und zwar in verschiedener Weise, je nach den einzelnen verwendeten Antigenen. Am ausgesprochensten war die Abschwächung mit dem aus der vom Kranken stammenden Blasenwand angefertigten Antigen, der Reihe nach folgt sodann die Wirkung des vom Kranken stammenden Echinokokkusblaseninhalts. Am ständigsten tritt die Bindung bei An-

wendung von aus Schweinen stammendem Antigen auf. Die Vermehrung und Verminderung der Zahl der eosinophilen Zellen zeigte gleichfalls keinen parallelen Verlauf mit den Intensitätsänderungen der Komplementbindungsreaktion.

**Z. Bókay:** *Symptome der Pylorus-Stenose nachahmende Entwicklungsanomalie des Duodenums bei einem acht Wochen alten Kinde.* Der vier Wochen alte Säugling leidet seit der Geburt an ständigem Erbrechen. Es zeigten sich die Symptome der Pylorus-Stenose genau nachahmende explosive Erbrechen, Magengruben-Vorwölbung und ausgesprochene Magenkontraktionen. Wegen der schweren und unaufhaltbaren Gewichtsabnahme wurde die Indikation der Ramstedt-Operation festgestellt. Bei der Operation wurde keinerlei Pylorus-Hypertrophie oder Erweiterung gefunden, es war nicht möglich, die Ursache des mechanischen Hindernisses zu eruieren.

Der Fall wurde als einfacher Spasmus aufgefasst und versucht, durch Atropin und Papaverin das unstillbare Erbrechen zu bekämpfen. Nach anfänglicher Besserung steigerten sich neuerlich die Symptome und das Kind starb infolge Aspiration während des Erbrechens. Bei der Sektion stellte sich dann heraus, dass das Hindernis durch ein im absteigenden Duodenalast befindliches, totales Diaphragma mit einer kleinen, für die Sonde passierbaren Öffnung verursacht wurde. Der Fall wäre auch operativ durch Gastro-Entero-Anastomose wegen des hinfälligen Zustandes des Kindes nicht zu retten gewesen.

**A. Flesch** referiert über einen Fall, wo die Passagestörung gleichfalls durch eine anatomische Veränderung verursacht wurde. Der Säugling hatte sich bis zum Alter von drei Monaten schön entwickelt. Daraufhin trat unstillbares Erbrechen und rapide Gewichtsabnahme ein, die nicht zu beheben waren. Er beobachtete keine Peristaltik und palpizierte keinen Pylorustumor. Mit Rücksicht hierauf, nachdem ferner das Erbrechen erst nach dem dritten Monat einsetzte, schloss er eine Pylorusstenose aus und nahm eine organische Ursache an. Die Operation hat diese Annahme bestätigt, indem infolge fötaler Peritonitis entstandene pseudoligamentöse Verwachsungen gefunden wurden, deren eine die Knickung des Pylorus verursachte. Der Pylorus wurde befreit und das Kind ist vollkommen genesen. Es ist das der zweite derartig geheilte Fall in der Literatur.

**J. Bókay:** *Beiträge zur Kenntnis der Masernepidemie, Reflexionen über den Artikel von Fischl und über die Erklärungen der deutschen Kinderärzte.* Nach Fischl zeigt der Charakter der Masern in der jüngsten Zeit anscheinend eine Änderung und verwandelte sich von einer obligaten in eine fakultative Infektionskrankheit. Der Vortragende erörterte diese Frage auf Grund der über 47 Jahre zurückreichenden hauptstädtischen Morbiditätsstatistik. Er weist nach, dass der Masern-Kontagiositätsindex bei uns auch heute ungefähr 95%

beträgt. Nach der Mortalitätsstatistik ist die Letalität seit 1926 ziemlich niedrig, was anscheinend eine provisorische Schwächung der Virus bei uns bedeutet. In dem Krankheitsverlauf sah er jedoch im Vergleich mit der Vergangenheit kaum irgendwelche Veränderung, besonders kann er ein häufigeres Auftreten von abortiven Formen nicht registrieren. Die Masernsterblichkeit blieb in der Hauptstadt zumeist unter 4% und hat sich nur selten auffallend erhöht, so z. B. 1917, wo sie 9.87% und 1921, wo sie 17% ausmachte, eine Mortalität, wie wir sie in Budapest in den 47 Jahren nicht einmal annähernd so hoch beobachtet haben.

**F. Torday:** Trotz der Änderung im Charakter der Masern-epidemien bleibt die Bekämpfung der Krankheit auch weiterhin eine volkshygienische Massregel. Die *Degkwitz*-Schutzimpfung könnte die Frage der Krankheitsbekämpfung lösen, nachdem jedoch das Serum in grösserer Menge nicht produziert werden kann und der Verkehr des Schutzserums durch Forderung von Kontrolluntersuchungen erschwert wurde, besitzt dasselbe nur wenig praktische Bedeutung. Kinder können mit einer Wahrscheinlichkeit von 70—80% durch unmittelbare intramuskuläre Einspritzung des frisch entnommenen Blutes von Masern überstandenen gesunden Individuen gegen die Krankheit geschützt werden. Redner hat sich durch grosszügig durchgeführte Versuche von dem Erfolg dieser praktisch leicht durchführbaren und nur strenge Asepsis erfordernden Methode überzeugt und empfiehlt das Verfahren.

**A. Bossányi:** Die Immunisierung mit menschlichen Blut hält er auf Grund seiner eigenen Erfahrungen für unzuverlässig und er würde es nicht wagen, sie zu propagieren, wie das Torday getan hat. Er wirft jedoch die Frage auf, ob es nicht möglich wäre, durch Maserninfektion von sich freiwillig meldenden erwachsenen Personen in grösseren Mengen Rekonvaleszentenserum zu erhalten, ebenso wie es möglich ist, für Transfusionszwecke durch freiwillige Meldungen Blut zu erhalten.

**Eugen J. Vas:** Die Anregung von Bossányi, bei Erwachsenen gegen entsprechendes Honorar Morbilli herbeizuführen und derart grössere Mengen vom Rekonvaleszentenserum zu gewinnen, sei keine glückliche, denn abgesehen von gewissen humanitären Gesichtspunkten, ist es fraglich, ob es bei uns gelingen wird, bei Erwachsenen Morbilli zu erzielen, weil ja die meisten Erwachsenen Masern bereits im Kindesalter überstanden haben.

**J. Duzár:** Die hohe absolute Ziffer der Mobillimortalität verpflichtet uns, die Krankheit zu bekämpfen. Die Bekämpfung durch Isolierung sei wegen der grossen Kontagiosität unmöglich, daher können nur Immunisationsverfahren in Betracht kommen. Die aktive Immunisierung ist noch nicht über das Versuchsstadium hinausgekommen. Von den passiven Immunisierungsmethoden liefern einzig die Rekonvaleszentenserumimpfungen einen sicheren Schutz. Impfungen mit dem Blut von Erwachsenen geben in 50% der Fälle Schutz. In kleinen Kinderabteilungen kann jedoch dieses Verfahren die Ursache tödlicher Komplikationen und durch Verlängerung der Inkubationsdauer Ausgangspunkt von II. oder III. Epidemiekreisen werden. Das Blut von Erwachsenen kann besonders zur Bekämpfung von familiären Infektionen trefflich angewendet werden, in

Anstalten jedoch nur in Ermangelung von Rekonvaleszenten Serum. Die Gewinnung von Rekonvaleszenten Serum durch künstliche Maserninfizierung Erwachsener sei im durchseuchten Ungarn nur bei einem kleinen Bruchteil der Erwachsenen zu hoffen.

**E. Tüdös:** Durch intramuskuläre Einspritzung von 15–30 cm<sup>3</sup> Erwachsenenblut können die Morbillinfektion ausgesetzten Individuen vor der Erkrankung geschützt werden, das Verfahren ist mit keinerlei unangenehmen Folgen verbunden. Steht genügend Rekonvaleszenten Serum zur Verfügung, dann soll in erster Reihe die Degkwitz-Schutzimpfung durchgeführt werden.

**J. Bence** will zum Vorschlag von Bossányi bemerken, dass nach seinen Erfahrungen die Masern bei Erwachsenen keine leichte, in 3–4 Tagen verlaufende Krankheit bilden, ja er hat sogar bei der geringen Zahl der von ihm beobachteten Kranken von Todesfällen Kenntnis. Man soll sich daher hüten, Menschen für Geld hierfür anzuwerben, weil die Betreffenden nicht wissen, was für Gefahren sie sich aussetzen.

**J. Bókay** bedauert, dass die Diskussion durch den Umstand auf ein Nebengeleise geraten ist, dass die meisten Redner über die prophylaktischen Degkwitz-Impfungen gesprochen haben, obwohl der Vortragende dieses Thema nur berührte. Was die Darlegungen von *Duzár* betrifft, hat dieser die vom Vortragenden angeführten Mortalitätsziffern irrig aufgefasst, weil die absoluten Ziffern der hauptstädtischen Masernmortalität im allgemeinen hinter den absoluten Ziffern der Scharlach- und Diphtheriesterblichkeit zurückbleiben.

**E. Burg:** *Die Verfahren zur makroskopischen Untersuchung des placentaren Gefässnetzes und deren Wert.* Der Vortragende referiert über jene Verfahren, die er in der Pécsér geburtshilflichen Klinik seit September 1927 bei der Prüfung und Präparierung der von 1200 Fällen ausgewählten 200 Plazenten verwendet hat. Er demonstriert mit Präparaten nach vorausgehender Füllung des Gefässnetzes durchsichtig gemachte, mit Teichmann-Masse injizierte und sodann paraffinierte Plazenten, die Füllung mit Kontraststoffen und die von diesen angefertigten Röntgenphotographien, ferner die vom Gefässnetz angefertigten Abgüsse und deren Anfertigung. Nach seinen Erfahrungen ermöglicht besonders das letztere Verfahren die genaueste Orientierung über das Gefässnetz von Zwillingplazenten, besonders wenn die vom Vortragenden empfohlene modifizierte Methode angewendet wird. Das Wesen derselben ist, dass das Gefässnetz vor der Injektion noch separat mit Azeton durchgespült wird. Nachdem derart die zur Injektion verwendete, in Azeton gelöste Zelluloidmasse mit der feuchten Oberfläche der Gefässe nicht in Berührung kommt, koaguliert sie nicht so schnell, so dass genügend Zeit für das Eindringen der Masse auch in die feinsten Gefässzweige vorhanden ist. Bei der Auswahl der Methoden leitete den Vortragenden hauptsächlich der Gesichtspunkt, dass das mit den verschiedenen Methoden zur Untersuchung vorbereitete Material nicht nur für die Ableitung

wissenschaftlicher Feststellungen geeignet sei, sondern auch zu musealen Zwecken aufbewahrt werden könne. Sein Vortrag soll übrigens die Veröffentlichung jener Untersuchungsergebnisse einleiten, die zum Teil bereits veröffentlicht sind, teilweise aber in der Zukunft zur Publikation gelangen.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

### Otologische Sektion.

Sitzung am 31. Mai 1929.

**J. Kerekes:** *Frühzeitige eitrige Meningitis im Anschluss an akute Mittelohrentzündung.* Bei der 19jährigen weiblichen Kranken trat vor drei Tagen eine akute Mittelohrentzündung auf. Bei der Aufnahme findet sich neben dem, einer seit drei Tagen bestehenden Otitis entsprechenden Bild, eine Meningitis purulenta; Labyrinthissymptome sind nicht vorhanden. Im Liquor konnten Pneumokokken und Streptococcus haemolyticus nachgewiesen werden. Die Antrotomie ergab einen negativen Befund, die Dura der mittleren und hinteren Skala, wie auch der Sinus zeigen ein normales Bild. Am nächsten Tag Exitus. Am demonstrierten Präparat ist der linsengrosse, in den Knochen versenkte Abszess sichtbar, von dem die Meningitis ausgegangen ist. Der Vortragende wirft die Frage auf, wenn bei einer seit einigen Tagen bestehenden Otitis eine Meningitis ohne Labyrinthssymptome auftritt, ob dann eine Meningitis cum Otitide oder Meningitis ex Otitide vorlianden sei? Soll im letzteren Falle bei negativem Antrotomiebefund die Labyrinthektomie durchgeführt werden oder nicht?

**A. Rejtő:** Es gibt otogene Meningitiden am dritten Tag, aber nicht im Anschluss an Labyrinthitis. Würde dieser Fall tatsächlich innerhalb drei Tagen Labyrinthitis und Meningitis erregt haben, so wäre er überaus interessant. Er empfiehlt jedoch die Stellungnahme zu dem Fall in Schwebelasse zu lassen, bis der Vortragende sein histologisches Präparat demonstriert.

**E. Pogány** erwartet von der histopathologischen Untersuchung die Entscheidung der Frage, ob in diesem Fall das Saccus-Empyem ein akutes oder chronisches ist. In solchen Fällen ist neben der Otitis die Meningitis nur akzidentell und die beiden zeigen keinen inneren Zusammenhang. Der operative Eingriff ist zu versuchen, obwohl er nicht viel Resultat verspricht.

**V. Zimány** glaubt, dass die bei akuten eitrigen Influenza-Mittelohrentzündungen in den ersten Tagen auftretende eitrige Meningitis auf Grund einer Allgemeininfektion zustande kommt. Erfahrungsgemäss hilft der operative Eingriff (Trepanation usw.) in solchen Fällen nicht.

**P. Tobl** hat im vorigen Jahr einen Kranken demonstriert, bei dem am fünften Tag der akuten Otitis eine Meningitis auftrat. Der Kranke wurde operiert, die Dura in weitem Umfang freigelegt, es

wurden häufige Lumbalpunktionen und Liquorretention durchgeführt; der Kranke wurde geheilt.

**I. Krepuska:** Eine eitrige Meningitis kann sich innerhalb sehr kurzer Zeit — zwei-drei Tagen — entwickeln, in diesen Fällen ist die Prognose sehr ungünstig, weil der Organismus keine Zeit hat, sich gegen die Infektion zu schützen.

**P. Kepes:** Man darf sich nicht auf den bequemen Standpunkt stellen, dass man in Fällen, wie der des Vortragenden, nicht operieren soll, weil man vor der Operation nicht in der Lage ist anzugeben, ob sich vielleicht im Prozess mastoideus ein Herd findet, der die Meningitissymptome verursachen kann. So kann z. B. Sinusthrombose, besonders bei Jugendlichen, ausgesprochene Meningitissymptome bieten, wobei auch der Liquor trüb werden kann. Es kann auch das Kernig-Symptom: Genickstarre auftreten, mit der Ausschaltung des Thrombus können sich diese Meningitissymptome vollkommen zurückbilden. Solange der Zustand des Kranken es erlaubt, soll unbedingt operiert werden.

**L. Fleischmann:** Die in den ersten Tagen der Otitis media auftretenden foudroyanten Meningitiden entstehen regelmässig auf präformierten, anatomischen Wegen (Facialiskanal, Labyrinthhöhlen, Blut- und Lymphwege) und nachdem sich so zeitlich ein Entzündungswall (Pachymeningitis externa, Verklebungen der Gehirnhäute) noch nicht ausbilden kann, führt die Infektion rasch zur diffusen Meningitis, im Gegensatz zu den in späteren Stadien der Otitis im Wege von Knochenerkrankungen auftretenden Meningitiden, die infolge des sich bereits entwickelnden Entzündungswalles einen langsameren Verlauf haben. Eben deshalb ist vom Gesichtspunkt der Meningitis die erste Woche der Otitis die gefährlichste.

**J. Kerekes:** Der Eingriff bei im Anschluss an Otitiden auftretender frühzeitiger Meningitis sei immer indiziert. Das demonstrierte Präparat beweist, dass in solchen Fällen Labyrinthektomie durchzuführen ist, wenn die Antrotomie keinen Anschluss über den Weg der Progression gibt, u. zw. auch dann, wenn die üblichen Indikationen der Labyrinthoperation nicht vorliegen.

**J. Kelemen:** 1. *Zwei Felsenbeinfrakturen* (vorläufige Demonstration).

a) 35jähriger Mann, Sturz in einem epileptischen Anfall, Exitus nach zwölf Stunden. Die Querfraktur am rechten Felsenbein beginnt auf der Squama, kreuzt das Tegmen tympani und endigt vor dem Sulcus sigmoideus.

b) Der 33jährige Mann wurde von einem Auto überfahren und lebte noch zwei Tage nach dem Trauma. Die Frakturlinie beginnt auf der Squama temporalis, zieht durch die mittlere Skala überall am Fuss der Pyramiserhöhung und setzt sich bis zur Sella fort.

2. *Mit Lähmung der hinteren Extremitäten und Manège-Gehen spontan erkranktes Meerschweinchen* (vorläufige Demonstration).

**P. Tobl:** *Ungewöhnlich umfangreicher otogener subduraler Abszess.* Bei dem 21jährigen Mann, der im bewusstlosen Zustand mit ausgesprochenen Meningitissymptomen in das Spital gebracht wurde, fand sich bei der sofort durchgeführ-



ten Operation eine ausgedehnte Entzündung des Warzenfortsatzes. Die Inzision der Dura und die Gehirnpunktion blieben erfolglos. Am Tage vor dem ungefähr eine Woche nach der Operation eingetretenen Exitus bildete sich bei dem nahezu dauernd bewusstlosen Kranken gleichseitige (rechtseitige) Hemiplegie aus. Bei der Sektion fand sich eine auf die ganze Gehirnhemisphäre erstreckende eitrige Meningitis und in der Gegend des r. Temporallappens ein ungefähr kindesfaustgrosser, subduraler Abszess. Der Abszess konnte wegen seiner Lage weit vorn nicht gefunden werden, weil er von der Operationshöhle aus selbst durch Gehirnpunktion nicht erreicht werden konnte.

**V. Révész und L. Fleischmann:** *Moderne Röntgenuntersuchung des Gehörorgans.*

**V. Révész** schildert die Entwicklung der otologischen Röntgenologie, beschreibt die bewährtesten Methoden der Aufnahmetechnik und demonstriert all jene Details, die auf den *Schüller-, Mayer- und Stenvers-*Aufnahmen zu sehen sind. Er verweist auf die grossen Schwierigkeiten der Aufnahmetechnik, sowie auf jene noch grösseren, mit denen das Ablesen, sowie die richtige Deutung der Befunde verknüpft ist. Diese letzteren erfordern neben Vorkenntnissen hauptsächlich sehr grosse Erfahrungen, diese aber können nur durch enges Zusammenwirken mit dem Kliniker erworben werden. Er betonte besonders die grossen Verdienste von *E. G. Mayer* (Wien) auf diesem Gebiet. Nach einer Normalserie demonstriert er die Bilder verschiedener anatomischen Abnormitäten (Sinus Anteponition, Lateralposition, Dura-Tiefstand, kongenitale Atresie usw.), sodann zeigt er die charakteristischen Symptome der akuten Otitis in verschiedenen Stadien, mit Abszessbildung, Tegmenerweichung, Arrosion der knöchernen Sinuswand usw. Er demonstriert ferner das typische Röntgenbild der chronischen Otitis, interessante Cholesteatomfälle, durch frühere Operationen verursachte typische Defekte usw. Die Mehrzahl der beobachteten Fälle wurde operiert und die Operation hat den Röntgenbefund bestätigt. Mit den zahlreichen demonstrierten Beispielen wünscht er zu beweisen, dass der Röntgen sowohl für die otologische Diagnostik, die Kontrolle des Krankheitsverlaufes, sowie auch für die Feststellung der Operationsindikation ein wichtiges Hilfsmittel bilden kann.

**L. Fleischmann:** Den Impuls zur Röntgenuntersuchung des Gehörorgans gaben die häufigen Mängel des otologischen klinischen Bildes. Die Röntgenaufnahme orientiert vor allem über die anatomischen Verhältnisse und ermöglicht die vorherige Aufstellung eines Operationsplanes. Grad und Ausmass der pathologischen Veränderungen können wohl auf dem Röntgenbild nicht so genau festgestellt werden, wie die anatomischen Verhältnisse, für die Prognose und die Operations-

indikation können jedoch sehr wertvolle, ja oft entscheidend wichtige Angaben gewonnen werden. Die bisherigen Beobachtungen zeigen, dass je umfangreicher und vorgeschrittener die Knochendestruktion ist, umso sicherer kann diese im Röntgenbild festgestellt werden. Deshalb erscheinen Knochenabszesse, Operationsdefekte, die Knochen hochgradig usurierende Cholesteatome am schärfsten im Bilde. Aus dem Röntgenbild kann nicht festgestellt werden, was für pathologischer Inhalt die Zellen füllt, sondern nur dass der Luftgehalt der Zellen vermindert, oder vollkommen geschwunden ist. Bei der klinischen Bewertung des Röntgenbildes ist festzustellen, dass bei der akuten Mastoiditis besonders im Spätstadium, wo die Abszessbildung bereits abgeschlossen ist, das Röntgenbild die wertvollsten Angaben liefert. Doch können auch Bilder aus dem Frühstadium der akuten Mastoiditis wertvoll sein, wenn das klinische Bild durch gleichzeitig ablaufende andere Krankheiten getrübt wird. Zunehmenden Wert gewinnen die vom gleichen Fall zu verschiedenen Zeiten gemachten Aufnahmen, weil diese über die Frage entscheiden, ob der Prozess im Warzenfortsatz eine progredierende, oder Heilungstendenz zeigt. Hieraus ist ersichtlich, dass das klinische Bild und die Röntgenuntersuchung einander ergänzen. Eben deshalb sollen sowohl der Röntgenologe, wie auch der Ohrenarzt sich die Methoden der otologischen Röntgenuntersuchung aneignen und diese systematisch anwenden.

**E. Pogány** beantragt, im Jahre 1930 eine oto-, rhino- und laryngologische Vollversammlung zu veranstalten.

Sitzung am 13. Juni 1929.

**G. Kelemen:** *Gehirnbasis- und Schläfenbeinfraktur.* Der 58jährige Mann wurde auf der Strasse unwohl und stürzte. Die Todesursache war Fraktur der Gehirnbasis und Gehirnblutung infolge Gegenstosses im Stirnlappen. Die Gehirnbasis zeigt eine vom Hinterhauptloch nach hinten rechts und nach oben verlaufende Fraktur, am rechten Schläfenbein aber einen feinen Sprung, der von der Squama gegen den Sulcus petrosus superior zieht, von hier nach vorne geht und an der vorderen Pyramidenwand verschwindet. Unter dem Tegmen schimmert eine umfangreiche Blutung durch.

**I. Krepuska:** *a) Operativ geheilter Fall eines subduralen Abszesses.* Bei der Nomenklatur der otogenen Erkrankungen der Hirnhäute ist es zweckmässig, die anatomischen Verhältnisse zu berücksichtigen, weil damit nicht nur die einzelnen Erkrankungen exakt gruppiert werden können, sondern es auch möglich wird, für die Prognose gewisse Stützpunkte zu erhalten. Er hat eine 25jährige weibliche Kranke wegen linksseitiger, seit zwei Jahren bestehender retroaurikularer Fistelöffnung operiert. Bei der Operation wurde

ein kleinapfelgrosser, subduraler Abszess freigelegt, eine Fortsetzung desselben zog sich in einer Länge von 5 cm. hinter dem Sinus transversus, mit diesem parallel hin. Die Wunde heilte durch Granulation. In dem demonstrierten Fall ist interessant, dass die Erkrankung während ihres zweijährigen Bestehens, von der Eiterung durch die Fistelöffnung abgesehen, keinerlei andere Symptome — auch keine im Nervensystem — verursachte. Die Ursache dieses Symptomenmangels war allem Anscheine nach, dass infolge der gutleitenden Fistelöffnung keinerlei Druckvermehrung, oder Eitersammlung zustande kommen konnte, andererseits wurde die totale Entleerung durch den in der Abszesshöhle gefundenen Knochensequester verhindert. Der demonstrierte Fall beweist gleichfalls die hochgradige Widerstandsfähigkeit der Arachnoidea und der Dura Infektionen gegenüber.

*b) Operative Entfernng eines durch Extraktionsversuche in die Paukenhöhle eingekeilten Fremdkörpers.* In den äusseren Gehörgang gelangte Fremdkörper können, wenn sie rechtzeitig in fachgemässe Behandlung gelangen, in einem grossen Teil der Fälle leicht entfernt werden. Unzweckmässige, gewaltsame Entfernungsversuche können jedoch schwere Komplikationen verursachen. Eine solche Komplikation ist — wie das der Fall des demonstrierten vierjährigen Knaben beweist — wenn der Fremdkörper im Verlauf der unzweckmässigen Extraktionsversuche aus dem Gehörgang in die Paukenhöhle gelangt. Die drei Tage lang in die Paukenhöhle eingekeilte Perle eines Rosenkranzes verursachte eitrige Otitis und seröse Mastoiditis, diese Symptome bildeten sich jedoch nach der im Wege einer Attico-Antrotomie erfolgten Extraktion alsbald zurück.

**L. Fleischmann** führt einen seinerzeit demonstrierten Fall an, den man als Unikum betrachten kann. In das Ohr des bis zur Bewusstlosigkeit berauschten Mannes haben seine gleichfalls berauschten Kameraden heisses Blei gegossen, dieses zerstörte die Haut des äusseren Gehörganges, sowie das Trommelfell und ergab nach der Erstarrung einen, die Paukenhöhle und den äusseren Gehörgang ausfüllenden Guss. Dieser war auf dem der Paukenhöhle zugekehrten Ende breiter und konnte deshalb durch Extraktionsversuche nicht herausbefördert werden. Es wurde daher, ebenso wie in dem demonstrierten Fall, eine partielle Ausmeisselung der hinteren Wand des äusseren Gehörganges notwendig.

**G. Krepuska:** Im Verlaufe der Jahre hatte er Gelegenheit, in dem grossen, klinischen Material zahlreiche Raritäten zu beobachten. So musste er vor Jahren eine, aus Liebeseifersucht in den äusseren Gehörgang geschossene und dort steckengebliebene 9 mm grosse Revolverkugel entfernen. Bei einem kleinen Knaben aber gelangte auf ganz ungewöhnliche Weise ein 3 cm langes Weidenstück in die Paukenhöhle. Der Knabe hatte während des Spielens eine Weidenrute im Mund und fiel. Das erwähnte abgebrochene Holzstück abgelaugte der Tuba Eustachii entlang in die Paukenhöhle, wobei in staunenswerter Weise eine Verletzung der grösseren Gefässe ver-

mieden wurde und die Beseitigung gelang nur durch eine radikale Operation des Ohres, worauf auch die durch das Holzstück verursachte, eitrige Mittelohrentzündung aufhörte. Die beiden geheilten Fälle sind seinerzeit in der Sektionssitzung demonstriert worden.

**J. Székér:** *Die diagnostische Bedeutung der künstlich (durch Kalorisierung, Drehung) ausgelösten konjugierten Deviation.* Er führt an, in welchen Fällen spontane konjugierte Deviation der beiden Augen auftritt. Nach Schilderung von zwei Fällen (1. disseminiertes Tuberkulom, 2. Gliosarkom in der hinteren Schädelgrube) beschäftigt er sich mit dem zentralen Ursprung der schnellen Phase des Nystagmus. Bei der vestibularen Untersuchung unterblieb in beiden Fällen die schnelle Phase des Nystagmus und es wurde nur die langsame Komponente ausgelöst, dem entsprechend trat eine konjugierte Deviation der beiden Augen auf, welche so lange dauerte, als dies mit der Dauer der vestibularen Wirkung übereinstimmte. Er mass dieser Reaktion deshalb eine topische, diagnostische Bedeutung zu, weil bei der Sektion festgestellt werden konnte, dass jenes Bahnsystem, welches die unter dem Ventriculus Quartus befindlichen Kerne der vestibularen und okulomotorischen Nerven verbindet, von aussen durch einen Tumor zusammengedrückt wurde (im ersten Fall durch das im Vermis superior sitzende Tuberkulom, im anderen Fall durch das Gliosarkom), und die rasche Phase des Nystagmus deshalb ausgeblieben ist.

## Physiologische und pathologische Sektion der Kön. Ung. Naturwissenschaftlichen Gesellschaft.

Sitzung am 27. Mai 1929.

**I. Törö:** *Die Rolle der Zellgranula in der Darmresorption.* Der Vortragende demonstriert an der Hand von Projektionsbildern die Mannigfaltigkeit der Darmwandzellen. Er teilt die granulierten Zellen in drei Gruppen: in eosinophile, basophile und in Mastzellen, die metachromatisch färbbare Granula enthalten. Die eosinophilen Granula in den zwischen den Epithelzellen der Darmschleimhaut vorhandenen und vom Vortragenden genauer untersuchten Chemoregulatorzellen identifiziert er hinsichtlich ihres Ursprunges mit den eosinophilen Zellgranula des Bindegewebes. Mit Hilfe von periodischen Fütterungsversuchen beobachtete er die Entwicklung der Zelle, respektive das Auftreten der Granula. Seine frühere Feststellung, dass bei einseitiger Ernährung den verschiedenen resorbierten Substanzen je ein charakteristisches Zellbild entspricht, respektive dass die Qualität der resorbierten Nahrung aus dem histologischen Bild festgestellt wer-

den kann, ergänzt er durch Schilderung des Entwicklungsganges des mit der Ernährung sich ständig ändernden speziellen Zellbildes. Die Entstehung der verschiedenen Granula führt er auf biochemische Prozesse zurück. Unter der Einwirkung der sich ständig ändernden und durch die resorbierten Substanzen geschaffenen chemischen Milieus wandeln sich die Zellen, hierfür ist der wichtigste Faktor die Änderung der Hydrogenionkonzentration. Die Granula entstehen in der Zelle während deren Anpassung an den neuen Zustand als Präzipitation eines Zellplasmateiles im Zellinneren. Er betrachtet die Granula als biochemische Abbauprodukte des Zellplasmas, diese können den einzelnen physiologischen Abschnitten der Resorption entsprechend nachgewiesen werden.

**T. Huzella:** *Das Fasersystem und die Zellkommunikation von Gewebekulturen.* Der Vortragende hat experimentelle Untersuchungen über das Entstehen, die histogenetische und strukturelle Bedeutung des Fasersystems von Embryonalgewebekulturen, sowie deren Rolle in der Zellkommunikation experimentell untersucht. Er weist nach, dass auf die Kräftwirkung eines durch die Gewebekultur geführten und elastisch gespannten Paragummifadens, oder eines Haares die Zellkommunikation und im Anschluss an diese der Faserverlauf dem trajektorischen Kraftfeld der Kraftlinien des elastischen Kraftfeldes folgen. Er weist in der Kultur des embryonalen Herzgewebes ein elastisches Gitterfasernetz nach, dasselbe figuriert als Stützapparat des pulsierenden Herzfragmentes und bietet mit seinem federnden Mechanismus einen Stützpunkt für das Pulsieren der Kultur. Als Skelett der Gewebekultur verwendete er erfolgreich an Stelle von Blutplasma auch Gewebsgefrierschnitte, die durch Verdauung von ihren Zellen befreit wurden. Auf dem die Verdauung widerstehenden Gitterfasersystem von Leberschnitten zeigt das Wachstum der Amnionkultur eine den Gewebebau der Leber nachahmende Struktur, sie tritt in Wechselwirkung mit dem toten Gewebe in Formen, die eine auffallende Ähnlichkeit zu entzündlichen Demarkationsprozessen zu den Strukturbildern von Epithelwucherungen und Geschwulstzellenninfiltrationen aufweisen. Er vergleicht seine Untersuchungsergebnisse mit den Parallelismen der Gewebekulturen, dem Problem der Entwicklungsdetermination, dem Verhältnis von Zwischenzellsubstanz, Fasern und Zellen mit der Zellkommunikation und der Flüssigkeitszirkulation mit Bezug auf die allgemeinen Theorien der Histogenese und der Organisation.

**M. Lenhossék** bittet um weitere Aufklärungen über jene Feststellung des Vortragenden, dass die Gitterfasern keine lebende Substanz seien. Seiner Ansicht nach ist es nicht leicht, festzustellen, ob irgendeine Faser lebt oder nicht, weil der Übergang zwischen den Begriffen lebend und tot auch sonst sehr problematisch sei. Er ersucht den Vortragenden, seine Feststellungen zu erklären, denn

er hält es für unmöglich, anzunehmen, dass die Gitterfasern als im Leben der Gewebe wichtige Gebilde nicht leben würden.

**T. Uzella** bemerkt, seine Feststellung sei derart aufzufassen, dass die Gitterfasern nur vom Standpunkt der Zellen als leblose Gebilde betrachtet werden können, doch komme auch den Gitterfasern Leben zu.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 10. Juni 1929.

**E. Barla-Szabó:** *Seltener Fall von chronischer Osteomyelitis.* Er stellt eine im Kindesalter seltener auftretende chronische Form der Osteomyelitis, die von *Ollier* beschriebene Periostitis albuminosa vor. Während der zwei Monate dauernden klinischen Beobachtung bildeten sich in sieben Fällen Metastasen — Sequester — ohne Fistelbildung. Die einzelnen Metastasen verliefen in vier bis fünf Tagen in Begleitung von heftigen Schmerzen, periostealer Schwellung, subperiostealer Fluktuation und hohem Fieber. In der spärlichen serösen Flüssigkeit, die mit der subperiostealen Punktion gewonnen wurde, Nachweis von Staphylokokken. Im Anschluss an die aufgetretene Sepsis wurden aus der Hämokultur gleichfalls Staphylokokken gezüchtet. Röntgenbefund: Verdickung des Periosteums, Verwaschenheit, fleckiger Charakter der Knochenstruktur. Nach ergebnisloser Verabreichung von polyvalentem Serum, Vakzine, Salizyl per os, Salizyl-Injektionspräparaten und nach fünfmaliger Bluttransfusion Exitus infolge Sepsis.

**O. Göttche** demonstriert die Röntgenbilder des vorhin beschriebenen Falles und bemerkt, dass die Knochenveränderungen im Kindesalter so häufig zu beobachtenden osteomyelitischen Veränderungen nicht entsprachen. Zu Beginn wurde auf Grund der minimalen periostealen Auflagerungen und Strukturstörungen an beginnende Osteomyelitis gedacht, doch entwickelte sich auch später keine tiefergehende Veränderung. Interessant war ierner, dass ausser an den Knochen, die infolge des Schmerzes und der Schwellung als verdächtig betrachtet wurden, auch an sämtlichen anderen Röhrenknochen die gleichen Veränderungen zu finden waren.

**Gedeon Erös** hat bei der Sektion neben Veränderungen, die auf Sepsis verwiesen, in den Röhrenknochen der oberen und unteren Extremitäten chronische Periostitis und Osteomyelitis gefunden. Die Periostitis zeigte serösen Charakter mit Bildung von Granulationsgewebe und Bindegewebsverdickung der Knochenhaut. In den Knochen fanden sich Nekrosen, die Knochensubstanz in der Umgebung der Nekrosen war stellenweise verdichtet, in einzelnen Knochen war auch die Rindensubstanz umfangreich rekrotisiert. Keine eitrigen Einschmelzungen, Abszesse in den Knochen. In diesem Fall war die entzündliche Knocheninfiltration unmittelbar in Bildung von Granulationsgewebe resp. in produktive Knochenentzündung übergegangen, welche letzterer sich später Nekrosen an-

schlossen, weil infolge der serösen Entzündung auch das Periost sich abgehoben hatte, eine eitrige Einschmelzung der Knochensubstanz ist jedoch, wie bei eitrigen Osteomyelitiden nicht eingetreten. Diese Form der infektiösen Periostitis und Osteomyelitis wird gewöhnlich durch Krankheitserreger mit geringerer Virulenz herbeigeführt und sie tritt als Teilerscheinung der allgemeinen Sepsis auf.

**O. Göttche:** *Operativ geheilter Fall einer Milzvenen-Thrombose.* Vier Jahre hindurch beobachtete Splenomegalie, die ausser mässiger Anämie, Leuko- und Thrombopenie keinerlei andere Symptome verursachte. Im fünften Jahr traten in der Form von Attaquen in viermonatlichem Intervall zweimal profuse Blutungen in der Form von Blutstühlen und Hämatemese auf, die ihren Ursprung im Magendarmkanal hatten. Das Kind wurde nach der zweiten Attaque in die Klinik aufgenommen und nachdem Professor *Heim* die Diagnose einer Milzvenen-Stenose aufgestellt hatte, indizierte er die dringliche Milzexstirpation, weil bei dem ohnehin stark ausgebluteten Kind die Milz stürmisches Wachstum zeigte, was eine Steigerung der Stagnation und erneute Blutungsgefahr bedeutete. Die Milzvenen-Stenose kann verschiedene Ursachen haben. Im vorliegenden Falle, der vom siebenmonatlichen Alter angefangen, ambulant in Beobachtung stand, erscheint es sicher, dass die Ursache der Milzvenen-Thrombose eine Thrombophlebitis des Neugeborenen war, wie das zuerst von *Kleinschmidt* betont wurde. Interessanterweise verstrichen vom Entstehen der Thrombophlebitis bis zum Manifestwerden der Symptome vier Jahre, während dieser Zeit konnte beim Kind ausser einer Milzvergrösserung keinerlei besondere pathologische Veränderung gefunden werden. Charakteristisch sind die profusen Blutungen, die infolge der varikösen Erweiterung und Ruptur der Oesophagus- und Magenvenen als Kollateralen entstehen, diese führten erst nach Jahren zur richtigen Diagnose. Seit der Exstirpation ist ein halbes Jahr verstrichen und das Kind kann sowohl klinisch, wie auch auf Grund des normal gewordenen Blutbildes als geheilt bezeichnet werden.

**E. Vertán:** Die Milzexstirpation erzielt bei hepato-linealen Erkrankungen nicht immer günstige Wirkungen, wie das auch von *Ranzi* anerkannt wurde. Im vorliegenden Fall war bei dem stark entbluteten, vor einer neuen Attaque stehenden Kinde der Operationerfolg besonders riskant. Die Operation selbst verlief glatt, selbst die vorbereitete Bluttransfusion war unnötig. Im Hilus war ein gänsekieldicker, harter Strang palpierbar, dieser entsprach, wie das später die histopathologische Untersuchung der exstirpierten Milz zeigte, der thrombotisierten Vene. Der Thrombus konnte nicht exstirpiert werden, das Aufstören desselben aber hält er für direkt gefährlich.

**K. Péchy** demonstriert die vom abwesenden *Dionys Görög* aufgearbeiteten histopathologischen Schnitte. Die histopathologische Untersuchung der exstirpierten Milz weist nach drei Richtungen hin Veränderungen nach: in der Bindegewebsgrundsubstanz, in den

Blutgefässen und schliesslich in der Gewebestruktur, diese entsprechen genau den durch Milzvenenstenose verursachten histopathologischen Veränderungen. Der Fall ist auch nach der Richtung hin interessant, dass in einer Vene des Milzhilus ein organisierter und rekanalisierter Thrombus gefunden wurde. Der progressive Charakter des Prozesses wurde auch durch den Umstand bewiesen, dass die Höhlen der rekanalisierten Vene abermals thrombotisiereten, ausserdem wurde in einer anderen Vene ein frischer Thrombus gefunden.

**L. Teschler** wirft die Frage auf, ob nicht Thrombopenie die Ursache der Blutungen war.

**P. Heim:** Die Milzvenenthrombose ist eine Krankheit mit solch charakteristischen Symptomen, dass die Diagnose — wenn wir von der Existenz des Leidens überhaupt Kenntnis haben — nicht schwer zu stellen ist. Die Prognose hängt von der rechtzeitig gestellten Diagnose und dem fachgemässen chirurgischen Eingriff ab. Nachdem die Blutungen hauptsächlich aus Magen und Darm stammen und deren Ursache zweifellos eine mechanische ist, können die eventuellen Hautblutungen auch durch die von *Teschler* erwähnten Thrombopenie erklärt werden.

**T. Nónay:** Nach einer kurzen Schilderung der bestehenden Auffassungen über die Pathogenese des Glaukoms referiert er über seine *Cholesterinuntersuchungen bei Glaukomkranken* der Pécsér Klinik. Mit der modifizierten kolorimetrischen Methode *Autenriech-Funk* fand er den Cholesteringehalt im Serum von Glaukomkranken in der Mehrzahl der Fälle vermindert. Er verweist auf die Umstände, durch welche das Cholesterin bei den Augen-Tensionsänderungen eine Rolle spielen kann. So lenkt er die Aufmerksamkeit auf endokrine Störungen, vegetative Tonusverschiebungen und auf Änderungen im Ionengleichgewicht.

#### Sitzung der medizinischen Sektion

der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 28. Oktober 1929.

**J. Ángyán:** *Gedenkrede über Professor Paul Heim.*

**E. Burg:** *Seltene Vulvageschwulst.* Er referiert über ein von der linken grossen Schamlippe einer 58jährigen Kranken stammendes Gebilde, das von dort wegen einer geringfügigen Blutung entfernt worden war. Die histologische Untersuchung stellte fest, dass das Gebilde aus rudimentär entwickelten Schweissdrüsen seinen Ausgang nahm. Seiner Ansicht nach gehört die Geschwulst in die Gruppe der von *Pick* „Adenoma hydradenoides tubulare“ benannten Gebilde. Er teilt den Standpunkt von *Ruge*, wonach solche warzenartige Vulvageschwülste selbst dann zu beseitigen sind, wenn sich diese klinisch vollkommen gutartig verhalten. Der Fall verdient übrigens wegen seiner Seltenheit Beachtung, denn der Vortragende fand in der Literatur insgesamt nur 23 ähnliche Fälle.

**J. Anday:** *Über Gewebekulturen.* Nach einer kurzen Übersicht der Geschichte der Gewebekultur schildert er deren



Technik und besonders die Methoden von *Harrison, Burows, Carrel* und *Edmund Bartha*. Er beschreibt das Schicksal des dem Organismus entnommenen, in vitro lebenden Gewebestückchens und die Bildung der Wachstumszone. Er führt jene Stoffe an, die imstande sind, das Wachstum zu fördern und zu hindern. Besonders intensiv ist die Wirkung des Embryonalextraktes, mit diesem kann bei Befolgung der Transplantationsmethoden eine Gewebepartie beliebig lange Zeit am Leben gehalten werden. Nach Schilderung der Auffassungen von *Lubarsch* und *Champy* erörtert er die einzelnen Wachstumstypen der Gewebe des entwickelten Tieres und des Embryo in vitro. Er demonstriert seine Darlegungen durch Projizierung von Mikrophotogrammen eigener Präparate und lebender Gewebekulturen. Er beschäftigt sich sodann mit einigen wichtigen Ergebnissen der Gewebekultur, den Untersuchungen von *Maximow, Fischer* und den Resultaten auf dem Gebiet der Geschwulstforschung. Schliesslich erörterte er die mit der Gewebekultur verbundenen Nachteile, aber auch die Vorteile, welche die leicht analysierbare, unmittelbare Untersuchung der Zellen unter vereinfachten Bedingungen bieten.

**B. Entz** freut sich, dass der Vortragende ein Thema angeschnitten hat, das für die Zukunft grosse Bedeutung besitzt. Seiner Ansicht nach werden diese Untersuchungsverfahren eine solche Umwandlung in der Medizin herbeiführen, wie das die bakteriologischen Untersuchungen getan haben. Er verweist darauf, dass die ersten Gewebekulturuntersuchungen in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von *Recklingshausen* und *Klebs* durchgeführt wurden sie züchteten Hornhaut im einfachen Bouillon, das als bakteriologischer Nährboden diente. Er fügte einige Bemerkungen zum Vortrag, indem er betonte, dass in Zellkulturen die Zellen viel länger am Leben gehalten werden können, als bei Einimpfung in die Iris. Nach den Untersuchungen von *Leopold* erreichen die embryonalen Knorpelzellen bei Impfung auf die Iris die dreihundertfache ursprüngliche Grösse, sodann siecht die ganze Gewebemasse dahin. Demgegenüber können die Zellen in Gewebekulturen für beliebige Zeit am Leben gehalten werden, und ihre Vermehrung ist sozusagen unbegrenzt. Grosse Bedeutung kommt den Untersuchungen von *Fischer* über die Sarkomzellen zu. Er fordert den Vortragenden auf, die biologische Diagnose maligner Tumoren in der Weise zu versuchen, dass er sie nach der Vorschrift von *Fischer* in den Muskel impft, denn sind die Untersuchungen von *Fischer* richtig, so müssen die Sarkomzellen in den Muskel stürmisch hineinwachsen und diesen vernichten, so dass diese von den explantierten Zellen einfacher Fibrome und Myxome sich wesentlich unterscheiden. Bekanntlich ist es sehr schwer, in einzelnen Fällen auf histologischen Schnitten festzustellen, ob eine Geschwulst ein Sarkom ist, oder nicht. Gelingt dieser Versuch, so gelangen wir in den Besitz eines einfachen diagnostischen Hilfsmittels, mit dem wir binnen 1—2 Tagen die Natur der Geschwulst sicher feststellen können. Er hält die Durchführung solcher Versuche für überaus wünschenswert.

## NACHRICHTEN.

**Hochschulnachrichten.** Der Reichsverweser hat den Assistenten der internen Klinik Nr. I. der Budapester Péter-Pázmány-Universität, Privatdozenten Dr. *Leon Gaston Béla Fornet* zum ordentlichen öffentlichen Professor auf den erledigten Lehrstuhl für interne Krankheiten an der Debrecener Stefan Tisza-Universität ernannt. — Der Vorstand des II. Anatomischen Instituts der Budapester Universitätsprofessor *Koloman Tellyesniczky* hat, wie wir erfahren, mit Berufung auf seinen erschütterten Gesundheitszustand um einen längeren Urlaub und nach Ablauf desselben um die Versetzung in den Ruhestand nachgesucht.

**Ärztliche Fortbildung.** Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet im Jahre 1930 in *Budapest, Szeged, Debrecen* und *Pécs* zahlreiche ärztliche Fortbildungskurse. Im Monat Januar finden vom 7. bis 11. Januar in den internen und chirurgischen Kliniken der Budapester Universität zwei Fortbildungskurse über die *neueren internen und chirurgischen Heilmethoden* statt. — Der zweite Kurs wird vom 13. bis 18. Januar in der I. internen Universitätsklinik, im St. Gellért-Heilbad und in der Hochschule für Körpererziehung über die physikalischen Heilmethoden mit praktischen Übungen veranstaltet. Jenen Ärzten, die ihren Wohnort verlassen und erhebliche materielle Opfer zu bringen haben, deren Einkommen und materielle Lage dies jedoch nicht zulässt, und die von Seite ihres Munizipiums oder aus anderen Quellen hiefür keine materielle Unterstützung erhalten, erteilt das Zentralkomitee Stipendien in beschränkter Zahl. Das ausführliche Programm wird den Interessenten auf schriftliches Ansuchen von der Kanzlei des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung, VIII., Mária-utca 39 (I. Universitäts-Augenklinik) bereitwilligst zugesendet.

**Fachwörter der Medizin.** Von Medizinalrat Dr. *H. Smend*. Ein Hilfsbuch für Studierende, Krankenpfleger, Schwestern, Heilpersonal und Leser medizinischer Werke. Montana-Verlag A.-G. Mediz. Abt. Benno Konegen, Luzern, Leipzig, Stuttgart. Die reiche deutsche medizinische Literatur enthält mehrere umfangreiche Lexika der medizinischen Fachwörter; diese grossen und teuren Nachschlagewerke sind jedoch ausschliesslich für den fachwissenschaftlichen Gebrauch bestimmt. Der Autor hat nun in diesem Werke ein, mehr für das Laienpublikum, Leser medizinischer Werke und das Heilpersonal bestimmtes, etwa 4500 medizinische Ausdrücke umfassendes Wörterbuch zusammengestellt. Die Anordnung ist auf den praktischen Gebrauch eingestellt, mit Erklärung der Stammwörter, leicht lesbarem Druck und gutem Papier. Auch Grenzgebiete, wie Chemie, Botanik, Hygiene u. a. haben Aufnahmen gefunden. Das Werk ist ein nützliches Hilfsbuch für jene, denen medizinische Fachausdrücke Schwierigkeiten bereiten.

---

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

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

Fernsprecher : Budapest 289—26.

---

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

# OSZK

Országos Széchényi Könyvtár



## MARTIN VON MASKOWSKY

Württ. Physicus, Rat und Leibmedicus

Badearzt in Göppingen und Boll.

Geb. Pudlein 7. November 1627.

Gest. Göppingen 15. November 1700.

Nach einem Ölgemälde im Besitze eines Nachkommens Dr. med. Walther Pfeilsticker,  
Frauenarzt in Stuttgart.