

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.

KURHAUS SEMMERING

Chefarzt: Med.-Rat Dr. F. Hansy. 3 Hausärzte.

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien—Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw., Magendarmkranke, Anämien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebefrei, inmitten eigen r grossen Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ Sämtliche moderne Kurbefehle, Höhenkuren, Winterkuren, Diät-kuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten 18 1/2 Pengő aufwärts, österreichische Bahnermässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. * Näheres durch die Prospekte.

**LIPÓTVÁROSI
VIZGYÓGYINTÉZET
BUDAPEST
V., BÁTHORY-UTCA 3**

PETER FISCHER & 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.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm in Ungarn.



DIGESTOL seit Jahrzehnten bewährtes Stomachikum und mildes Abführmittel. Auch in Tablettenform erhältlich.

LIQUOR HYPNOBROMID schmackhaftes, Paraldehyd,

Kodein und Brom enthaltendes Hypnotikum und Sedativum. Für MÁV-(Staatsbahnen)Kassenmitglieder ordinierbar. Für Zuckerkrankhe eigene Packungen.

PRIMOVEROL vortreffliches Heilmittel der durch herbstliche Erkältungen verursachten oder ausgelösten Bronchitiden.

Heimisches Primulapreparat. Gelangt als Primoverol forte und Primoverol mite in Verkehr. Letzteres wird wegen seines Wohlgeschmackes auch von Kindern gern genommen. Für MÁV-(Staatsbahnen)Kassenmitglieder ordinierbar.

SEDIVAL das vollkommenste Brom-Valerianapreparat. Löst keine Bromache aus. Für MÁV-(Staatsbahnen)Kassenmitglieder ordinierbar. Für Zuckerkrankhe eigene Packung. Literatur und Muster sendungen stellt das „ST. PETER“ pharmazeutische Laboratorium, Budapest, V., Árpád-utca 7. Telephon: Aut. 215-43 bereitwilligst zur Verfügung.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. In allen Apotheken und Fachgeschäften erhältlich. In Verkehr gesetzt von

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53.

Fernsprecher: Aut. 227-67, Aut. 279-83.

Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

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. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — XXXV. Tagung der Ungarischen Balneologen. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 12. April 1930.

W. Scheiber: *Interessante und seltene Frakturen.*

a) *Infolge geringer Krafteinwirkung entstandene Schambeinfrakturen.* Das 28jährige Mädchen mit kräftigem Knochen-system ist von einem kleinen Wagen auf weichen Sand gefallen; der dreissigjährige Chauffeur, ein starker, muskulöser Mann, erleidet eine Karambolage und wird an die Wagen-seite geschleudert, er ist aus dem Auto nicht herausgefallen. In beiden Fällen zeigt die Röntgenuntersuchung die totale Querfraktur des absteigenden Schambeinastes. Er erörtert den Frakturmechanismus frontal gerichteter Krafte am menschlichen Becken, auf Grund der Leichenversuche von ihm selbst, sowie von *Kusmin* und *Messe*, sowie auf Grund seiner Versuche an Hunden, und erinnert daran, wenn die Beckengegend auch von einem geringen Trauma betroffen wird, eine genaue Röntgenaufnahme von dem in der Richtung der Kraftwirkung liegenden, am meisten verletzba- ren Punkt des Beckens anzufertigen.

b) *Isolierte Sesambeinfraktur der Hand.* Infolge eines Rodelunfalles ist bei dem 50jährigen Mann das Sesam-bein des rechten Daumens entzweigebrochen. Das normale Sesam-bein der anderen Seite, sowie die querverlaufende Bruchlinie sind die Beweise gegen eine Entwicklungsanomalie und für die Fraktur.

c) *Mit Knochen transplantation geheilter Fall einer Fingergliedfraktur infolge Zyste.* Bei dem 24jährigen Mädchen zeigt der Röntgen im I. Phalanx des kleinen Fingers der rechten Hand eine haselnussgrosse Zyste, das Fingerglied ist an Stelle der Zyste frakturiert. Er resezierte die Zyste und führte die freie Transplantation eines entsprechenden Knochenstückes aus der Tibia durch. Der transplantierte Knochen hat sich gut adaptiert, die Funktion des Fingers wurde vollkommen hergestellt.

V. Révész: Bei Beckenverletzungen darf man sich mit der Untersuchung der verletzten Stelle allein nicht begnügen, sondern man muss das ganze Becken untersuchen und von einer umfangreicheren Partie desselben die Röntgenaufnahmen machen. Bei der Diagnose von Sesambeinfrakturen kommt der Röntgenuntersuchung eine entscheidende Bedeutung zu. Am Fuss ist eine Zweiteilung des Sesambeines sehr häufig, wenn das Bein sich aus zwei Ossifikationspunkten verknöchert und lebenslang entzweit bleibt. Solche Fälle wurden nach Verletzungen oft für Frakturen gehalten. Die Zweiteilung findet sich manchmal nur auf dem einen Fuss. Bei kongenital geteilten Sesamknochen sind die einander gegenüberliegenden beiden Hälften glattgerändert, scharf, die Ecken sind abgerundet, bei Frakturen aber sind die korrespondierenden Flächen uneben und fein gezähnt. Bei angeborener Zweiteilung besitzt jede Hälfte eine dünne Kortikalschicht, welche bei Frakturen fehlt. Das sicherste, wenn auch nur recht retrospektive Symptom ist, wenn wir später bei Heilung der Fraktur Kallusbildung nachweisen können.

R. Holits: *Die Röntgendiagnostik der chronischen Wurmfortsatzentzündung.* Nach akuter Appendizitis bleiben zumeist solche Veränderungen zurück, die zum Teil neuere akute Entzündungen verursachen, zum Teil aber selbst Klagequellen bilden. Solche sind: die Verengung des Appendixlumens, seine Verklebung, seine Knickung infolge Zerung der zökalen Mündung, die Verklebung des Appendix mit dem Coecum, oder mit anderen benachbarten Organen. Die klinische Diagnose ist zumeist unbestimmt. Der Appendix kann mit dem Kontrastmittel gefüllt werden, wenn seine zökale Mündung und sein Lumen offen sind. Oft genügt jedoch der einmalige Füllungsversuch nicht, weil die Füllung Darminhalt sein kann. Eben deshalb ist die wiederholte Darreichung der Bariumsuspension notwendig, eventuell mit Hinzufügung von Bittersalz. Das letztere verdünnt den Darminhalt und erleichtert die Appendixfüllung. Der gefüllte Appendix ist bei der Durchleuchtung, noch besser aber auf den Aufnahmen sichtbar. Wir sehen 1. seinen Ort, 2. durch Handdruck überzeugen wir uns, ob er verschiebbar oder fixiert ist, 3. Wir sehen, ob er abnorm lang ist, was mit einer Stauung einherzugehen pflegt so, dass eine erhöhte Entzündungsbereitschaft vorhanden ist. 4. Bei Aufnahmen sind die im Appendix eingeklemmten Kotsteine als runde

Füllungsdefekte erkenntlich, um welche sich die Appendixwand spindelförmig hervorwölbt. 5. An wiederholten Aufnahmen sind die abnormen Knickungen, sowie die Fixierung des Appendix wohl erkennbar. 6. Ein allzu kurzer Appendix ist gewöhnlich die Folge einer Obliteration im mittleren Appendixdrittel. 7. Das am distalen Appendixende vorhandene Emphyem kann als bis haselnussgrosse, scharf konturierte Erweiterung des distalen Teiles erkannt werden. Hat sich der Appendix trotz wiederholter Darreichung der mit Bittersalz gemischten Bariumlösung nicht gefüllt, so beweist das mit grosser Wahrscheinlichkeit, dass die zökale Öffnung, oder der ganze Kanal des Appendix verschlossen sind. Der Verschluss der zökalen Öffnung kann auch durch eine scharfe Knickung oder durch Abdrückung mit Strängen entzündlichen Ursprungs verursacht werden. In all diesen Fällen ist eine Entleerung des Appendixinhaltes mit kolikartigen Schmerzen und dessen häufige Entzündung möglich. Die auf Grund der Röntgenuntersuchungen festgestellten Diagnosen wurden durch die häufigen Operationen vollkommen bestätigt. Die Röntgenuntersuchung des Appendix hat sich in der Zukunft in den Gang der Durchleuchtung des Magendarmkanals einzufügen. Wahrscheinlich wird derart die Zahl der negativen Befunde bei Röntgenuntersuchungen wegen Unterleibsklagen geringer werden.

V. Révész führt bei Magendarmuntersuchungen die Untersuchung des Appendix systematisch durch, er prüft das Coecum und mobilisiert dasselbe. Den Appendix untersucht er mit dem *Henzelmann'schen* konischen Kompressor. Er hat die *Czepa*-Methode deshalb nicht eingeführt, weil drei Tage hintereinander die mit Bittersalz vermischte Bariumsuspension und inzwischen eventuell noch ein-zweimal gewöhnlicher Bariumbrei zu verabreichen ist, so dass die Untersuchung drei Tage dauert und zumindest sieben Durchleuchtungen involviert. Er glaubt nicht, dass dies in der Privatpraxis durchführbar sei. Die Modifikation von *Holits* bildet eine vereinfachte Form und bedeutet einen Fortschritt in der Röntgendiagnostik der Appendizitis, sie ist aber nach *Czepa* nicht genügend, um sicher zu behaupten, dass der Appendix sich tatsächlich nicht füllt. Wenn wir das letztere mit Sicherheit behaupten können, so wird das tatsächlich im Verein mit den übrigen Symptomen ein sehr wichtiges diagnostisches Zeichen für die Appendizitis sein.

I. Záborszky demonstriert den seziierten Fall eines linksseitigen Blinddarmes auf Grund einer Entwicklungsstörung.

E. Schiffer untersucht den Appendix wiederholt durch kombinierte Verabreichung von Bitterwasser und Kontrastmittel. Füllt sich der Appendix nicht, oder zeigt sich am Coecum oder an dessen Rand eine zirkumskripte Druckempfindlichkeit, so spricht das (eine Ausnahme bildet vorgeschrittenes Alter) sehr entschieden für einen erkrankten Appendix. Bei den früheren Methoden war dieser Befund nicht zu erheben. Auf eine Fixierung des Appendix soll man nur auf Grund mehrerer Aufnahmen schliessen.

F. Polgár: In der Röntgendiagnostik des Appendix wird nun an Stelle von indirekten Symptomen der Nachweis von direkten Zeichen angestrebt. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die Untersuchung der passiven Lageveränderung des Coecum und Appendix, diese liefert gute Resultate für die Untersuchung von Verwachsungen.

R. Holits: Die Methode von *Henszelmann* bedeutete seinerzeit einen Fortschritt, gegenwärtig besitzen wir jedoch bessere Methoden; der Tubenschatten bedeckt einzelne Teile des Appendix. Die wiederholte Darreichung der Bariumsuspension und deren Kombination mit Bittersalz bietet keine Schwierigkeiten, wenn wir dem Kranken zu verstehen geben, dass dies für die genauere Diagnose seines Leidens wichtig ist.

F. Szarvas: *Neue Operationsmethode bei Nodus haemorrhoidalis.* Unter Vermeidung der rektalen Schleimhaut unterbindet er die zu den Nodi führenden Gefäße, und erzielt damit die Thrombotisierung und Organisation des Nodus. Zu den Blutgefäßen gelangt er durch Abpräparierung eines ovalen Hautlappens. Vorteil der Operation ist die rasche Heilung, die unversehrte Schleimhaut und die schmerzlose Defäkation nach der Operation.

A. Láng: Der Recamier-Kunstgriff ist bei Lokalanästhesie überflüssig, weil der Sphinkter sich lockert und die inneren Knoten vorfallen. Er fragt den Vortragenden, wie er bei hohen Hämorrhoiden die Knoten versorgt, weil die dargelegte Methode zur Behandlung von inneren Knoten nicht geeignet ist.

G. Lobmayer hat bei der Whithead-Operation in 2 von 500 Fällen Nachkomplikationen beobachtet (1 Striktur, 1 Inkontinenz bei einem Tabetiker). Er führt seine Mastdarmoperationen in epiduraler Anästhesie durch. Er hat keinerlei schädliche Folgen des Recamier-Kunstgriffes beobachtet.

F. Szarvas hatte keinen Fall von inneren Nodus, konnte daher diese Methode in solchen Fällen nicht versuchen.

I. Reök: *Neues Verfahren zur Therapie der chirurgischen Tuberkulose.* Die spontanen Heilungen von Tbc-Kranken beweisen, dass der menschliche Organismus imstande ist, Antigene zu produzieren. Auch die Remissionszustände finden in dem gesteigerten Schutz des Organismus ihre Erklärung. Die Tbc-Erkrankung des einem System angehörenden Organs disponiert für die Erkrankung anderer Organe des gleichen Systems, gleichzeitig setzen derartige Immunisationsprozesse ein, welche auf die anderen Organsysteme eine Schutzwirkung ausüben. Sehr bedeutungsvoll ist auch die Resorption des Virus. Das angegriffene Organ kann die Krankheitserreger nicht überwinden, solange es in dem Kampf auf sich allein gestellt ist, und nur wenn das Antigen bereits in solchen Mengen zur Resorbierung gelangt, dass auch die übrigen Organsysteme in den Kampf einbezogen werden, setzt der energische und erfolgreiche Kampf ein. Auf Wirkung des resorbierten Antigens setzen in den nicht angegriffenen Organsystemen Immunisationsprozesse

ein und die derart wirkenden Antigene kommen dem angegriffenen Organ zu Hilfe. Das am meisten resistente Organsystem ist die quergestreifte Muskulatur. Wenn der Krankheitserreger in ein empfängliches Organsystem gelangt, so verursacht er die Krankheit. Gelangt er jedoch in ein immunes Organsystem (quergestreifte Muskulatur), so leitet er Immunisationsprozesse ein. Er hat 65 Kranke behandelt. Diese erhielten intramuskulär das Blut, Exsudat, resp. den Eiter eines Kranken, der in einem anderen Organsystem erkrankt war, an aktiver Tuberkulose litt, sich jedoch im Remissionsstadium befand. Die Behandlungsmethode ist eine Kombination der aktiven und passiven Immunisierung. Blut, Exudat und Eiter enthalten nicht nur Antigene, sondern nachdem sie der Erkrankung eines anderen Organsystems entstammen, erzielen sie bei einem Individuum, das in einem anderen Organsystem erkrankt ist, gesteigerten Schutz und Heilung. Die Immunisierung ist eine aktive, indem der Virus bei Einführung in das immune Organsystem Immunisationsprozesse einleitet, sie ist ferner vorteilhafter, als die Vakzinationsverfahren, weil der Virus keinerlei Art fremdes Eiweiß enthält. Die Vakzination entfaltet ihre Wirkung in einer breiten Skala. Der Virus enthält nebst lebenden und virulenten Bazillen verstorbene, deren Endotoxine und zerfallene Eiweißprodukte. Die Einführung einer geringen Zahl von lebenden und virulenten Bazillen in den Organismus (Muskulatur) ist ungefährlich. Keine einzige der 1189 Injektionen vereiterte, oder hat Unannehmlichkeiten verursacht. Das Verfahren ist ungefährlich, verkürzt den Krankheitsverlauf wesentlich und verursacht keine Kosten. Wegen seiner Einfachheit und auf Grund der bisherigen Ergebnisse ist es der Mühe wert, dasselbe zu versuchen.

V. Meisels: Der Tbc.-Bazillus wurde im Blut von *Weichselbaum* und dem Redner 1885 zuerst nachgewiesen.

I. Záborszky hat mit dem empfohlenen homotypischen Blut zehn Lungenkranke (fünf Männer, fünf Frauen) eingestellt. Alle ergaben positiven Koch, es waren mildere mittelschwere Fälle, bei denen der Prozess zur Beruhigung neigte, und die fieberfrei waren. Das Blut entnahm er solchen Wa.-negativen Individuen, die bereits seit mehreren Monaten in Behandlung standen. Das Sputum der Blutgeber war zum Teil bereits Koch-negativ, und die Kranken erzielten eine Körpergewichtszunahme von 8—18 Kilogramm. Die Behandelten erhielten zuerst 10 cm³, später 5—3 cm³ mit Zitrat vermisches Blut, wöchentlich zweimal in den Gluteus eingespritzt. Nach der Injektion erhöhte sich die Temperatur bei allen zehn Personen und blieb dauernd erhöht. Sie waren am Tage der Injektion matt, niedergeschlagen, später unruhig, sie reagierten mit Schüttelfrost, bei einigen stabilisierte sich eine Temperatur 38—39° C. In einem Fall trat nach der sechsten Injektion Hämoptoe auf, bei den nach mehrwöchentlicher Pause wiederholten Injektionen neuerlich Lungenblutung. Die Blutinjektionskuren wurden hierauf eingestellt. Der Vortragende empfahl eine weitere Ver-

abreichung mit vielleicht mässigeren Dosen. Während der Pause sank die Temperatur sämtlicher Kranken, die Gewichtszunahme setzte neuerdings ein und die über den tuberkulotisch-infiltrierten Lungenpartien reichlicher vorhandenen Rasselgeräusche schwanden. Nach den neuerlichen Blutinjektionen bei den gleichen Individuen zeigten sich abermals die früheren Symptome wie: Fieber usw. Die weiteren Injektionen mussten eingestellt werden. Er hat den Bakteriengehalt des verabreichten Blutes nicht untersucht, dasselbe hat aber möglicherweise einige Bakterien enthalten. Die Herdreaktionen sind zum Teil diesen zuzuschreiben. Während bei der chirurgischen Tbc. die Auslösung von Herdreaktionen wünschenswert sein kann, wird die Lungen-Tbc. durch heftige Herdreaktionen schädlich beeinflusst. Bei einer 22jährigen Patientin, die einen beiderseitigen apikalen Prozess aufwies, und deren Lungenleiden infolge der seit zwei Monaten durchgeführten ununterbrochenen Behandlung sehr schöne, jedoch langsame Heilung aufwies, konnte nach der achten Blutinjektion die Tbc.-Entzündung des fünften Lendenwirbels diagnostiziert werden. Die Tbc.-Wirbelentzündung wurde in einen Gipsverband gelegt. Der Lungenprozess zeigte unter der Wirkung der Blutinjektionen gleichfalls eine Verschlimmerung, sie fieberte und zeigte Gewichtsabnahme. Derzeit hat sich der Lungenprozess bereits beruhigt. Die Anwendung der Bluttherapie ist bei Lungentuberkulotikern schädlich, sie ist für den Organismus nicht gleichgültig und kann sogar in anderen Organsystemen entzündliche Tbc.-Prozesse provozieren.

I. Nádor-Nikitics: Von den Wundermitteln vieler Jahrhunderte bis zu den modernsten immunisierenden und präventiven Verfahren haben die optimistischen Hoffnungen gar viele Enttäuschungen erlitten. Das Misstrauen jeder neuen Behandlungsmethode der Tuberkulose gegenüber sei daher motiviert. Die überraschenden Erfolge des Vortragenden, die auch Redner gesehen hat, seien augenscheinlich. Diesen gegenüber können folgende Einwände erhoben werden: Mangel, resp. Lücken der Kontrolle und der Röntgenaufnahmen, die Angreifbarkeit der Differentialdiagnosen der akuten Fälle, das refraktäre Verhalten der Lungenprozesse. Die Methode sei nicht einwandfrei, doch ermutigend und der Nachprüfung wert.

Z. Blen: Die Wirkung, welche dem Immuserum zugeschrieben wird, ist oft nur normale Serumwirkung. Das Verfahren ist mit von normalen Individuen entnommenen Serum zu wiederholen.

K. Mészáros: Die theoretischen Grundlagen der Methode des Vortragenden sind überaus labil und enthalten zahlreiche Widersprüche. Trotz alledem sind die Resultate derart überraschend, dass sie die Mängel der theoretischen Begründung vergessen machen. Ein erheblicher Mangel der Beweisführung ist, dass sie nur die Resultate vorzeigt, ohne dass sie den Ausgangsstatus daneben stellen könnte. Solange diese Daten fehlen, kann man über den Wert des Verfahrens kein Urteil abgeben.

I. Halmi: Es ist nicht wichtig, wie weit die neue Therapie theoretisch gestützt ist. Tatsache ist, dass sie schöne Resultate erzielt hat.

P. László hat allergische Untersuchungen durchgeführt und beobachtete: 1. dass diese bei früher negativen Kranken bei Abschluss der Therapie positiv wurden, 2. dass sie auch bei jenen, die positiv waren, eine Verstärkung zeigten, woraus er auf eine

Steigerung der Reaktionsfähigkeit des Organismus schliesst, mit Rücksicht darauf, dass im Allgemeinzustand keine Progression eintrat. 3. Er nimmt im eitrigen und blutigen Exsudat solche Immunkörper an, welche die durch Tuberkulin ausgelösten allergischen Reaktionen abstumpfen resp. deren Entfaltung verhindern.

I. Reök: *Záborsky* hat nicht die Methode des Vortragenden befolgt, weiter Blut von Lungentuberkulotikern an Lungenschwindsüchtige verabreichte. Eine kardinale These der Methode ist, dass die Erkrankung der Blutspender und Bluterhalter zwei verschiedene Organsysteme betreffe. Er hat ausschliesslich Fälle von schwerer Lungentuberkulose behandelt. Redner hat in seinem Vortrag betont, dass die Vakzination, also auch die Bluttherapie in schweren Fällen kontraindiziert sei. *Záborsky* hat auch die Dosis schlecht gewählt. Die Therapie der chirurgischen Tbc., bei welcher Herdreaktionen erwünscht sind, kann nicht ohne jede Änderung auf Lungenprozesse angewendet werden, bei welchen die Herdreaktionen überaus gefährlich sind. *Hochenburger* verabreichte wöchentlich zweimal 1 cm³ Blut und beobachtete auch bei schweren Fällen von Lungen- und Kehlkopf-Tbc. Besserungen. Auch *Pekanovits* hat besserungen beobachtet. Zur Zeit herrscht bereits einheitlich die Anschauung vor, dass die Lokalisation von Krankheitserregern in gewissen Organsystemen ihre Ursache nicht in den Krankheitserregern, sondern im Organismus finde. Mit Bezug auf den Kranken, dessen schwere Schädigung geschildert wurde, bemerkt Redner, dass bei diesem eine beiderseitige aktive exsudative Tbc. vorhanden war, und dass er bereits eine erfolglose Pneumothoraxbehandlung durchgemacht hat. Anzunehmen ist, dass seine Spondylitis verborgen vorhanden war. Er verweist auf die Darlegungen von *Bien*, wonach wirksame Antikörper ausschliesslich in Remissionsstadium der aktiven Erkrankung vorausgesetzt werden können. Hinsichtlich des Ultravirus bemerkt er, nachdem mit seiner Remissionsbluttherapie neben passiven auch aktive Immunisationsprozesse eingeleitet werden, könne vorausgesetzt werden, dass in dem zu Heilzwecken verabreichten Blut alle Varianten des Krankheitserregers vorkommen. Auf die Forschungen von *Huebschmann* und *Löwenstein* gestützt hält er es für ungenügend, den Organismus nur gegen Bazillen, deren Endotoxin, oder gegen verschiedene Partialantigene zu immunisieren. Die krankheitsregenden Faktoren sind nicht nur das freierwerdende Endotoxin, sondern auch die Zerfallsprodukte der Bakterienkörper. Der menschliche Organismus ist daher gegen diese zu kräftigen. Darin sieht er die Existenzberechtigung seiner Therapie. Sein Antigen führt alle vielleicht noch gar nicht entdeckten und benannten Faktoren der Krankheitsreger in den Kampf und durch die eingeleiteten Immunisierungsprozesse wird die Funktion des Organismus in eine spezifische Richtung geleitet.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 26. Februar 1930.

F. Müller: a) *Erythrocyanosis crurium feminarum*. Er demonstriert zwei Kranke, deren Unterschenkel von den Schuhen aufwärts bläulich rot verfärbt, geschwollen sind,

beim Betasten sind flache Infiltrate wahrnehmbar. Die oberen, wie auch die unteren Extremitäten zeigen ausgesprochene *Cutis marmorata* und *Perniosis follicularis*. Bei der einen Kranken besteht eine ovarielle Hypofunktion, die wahrscheinlich als prädisponierendes Moment diene. Bei der anderen Kranken fand selbst die genaueste Laboratoriums- und klinische Untersuchung keine wesentliche Veränderung, die als disponierendes Moment gedient hätte. Im Anschluss an diese Fälle beschäftigt er sich mit der Pathogenese und dem Verlauf der *Erythrocyanosis crurium*. Für das Auftreten des Leidens ist strenge Kälte nicht notwendig, sondern nur häufig wiederholte und länger dauernde Temperaturschwankungen, um bei disponierten Personen die *Erythrocyanose* herbeizuführen. Erfahrungsgemäss tritt der Prozess hauptsächlich bei jungen Mädchen auf. Als disponierende Momente führt er Störungen des endokrinen Systems, Blutkrankheiten, wie Chlorose und Anämie, verschiedene Vitien und eventuell die Tuberkulose an. Wo mangelhafte Ovarialfunktion nachweisbar ist, sei neben Röntgenbestrahlungen die Verabreichung von Glandubolininjektionen zu empfehlen.

b) *Ulerythema ophryogenes*. Bei einer 20jährigen Frau trat auf der linken Augenbraue vor zwei Monaten eine beginnende und seither langsam progredierende braunrote Verfärbung auf, diese zeigt trockene Abschuppung, sie ist auf Druck ein wenig empfindlich und heilt stellenweise unter Zurücklassung einer Atropie. Auf dem ganzen verfärbten Gebiet sind die Brauenhaare herausgefallen. Von differentialdiagnostischem Gesichtspunkte können in Betracht kommen: *Lupus erythematosus*, *Eccema seborrhoicum* und *Keratosis pilaris faciei*. Nachdem das Leiden von diesen je doch gut abgegrenzt werden kann, nimmt er mit Recht das von *Taenser* und *Unna* beschriebene selbständige Krankheitsbild, das sogenannte *Ulerythema ophryogenes* an. Mit Rücksicht darauf, dass die Wa.-R. positiv ist und die für luetische papulöse Veränderungen charakteristische Infiltration fehlt, sowie nachdem die durchgeführte antiluetische Behandlung keine Veränderung herbeiführte, kann Lues mit grosser Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden.

E. Fodor: *Durch Influenzabazillen verursachte Fälle von eitriger Meningitis, bei einem 6 und einem 3½ Monate altem Säugling zu einer epidemietreien Zeit.* Der eine Fall erkrankte im Mai, der andere im November 1929, das erste Kind mit Lungenentzündung, das zweite mit Pertussis, sodann mit Lungenentzündung, diesen schloss sich die Meningitis an. Bei der Sektion: eitrige Hirnhautentzündung mit dicken Auflagerungen und Bronchopneumonie. Bakteriologischer Befund: In beiden Fällen auf den Hirnhäuten In-

fluenzabazillen in Reinkultur, diese konnten auch im Mittelohr und in der Lunge nachgewiesen werden.

A. Szili: *Refraktometrische Untersuchungen zur Feststellung der Nierenfunktion.* Er veröffentlichte eine detaillierte Beschreibung der refraktometrischen Methode, deren Einführung er in die urologische Praxis als erster in der Publikation der Zeitschrift f. Urol. Chir. im Februar 1927 empfohlen hat. (Über die Karbamidbelastungsprobe von Dr. Radó und Dr. Deutsch.) Auf Grund von 175 untersuchten Fällen stellt er fest, dass die Refraktometrie mit den übrigen zur Zeit verwendeten Methoden sehr geeignet zur Feststellung der Nierenfunktion ist. Sie besitzt den besonderen Vorteil, dass sie eine sehr geringe Menge des Untersuchungsmaterials erfordert und dass sie bereits während der Dauer der Nierenfunktionsprüfung eine vorherige Orientierung über die Nierenfunktion bietet. Er stellt fest, dass zwischen der Kryoskopie und der Refraktion ein weitgehender Parallelismus vorhanden sei, so dass in der Mehrzahl der Fälle aus der refraktometrischen Differenz auf die Gefrierpunktverminderung gefolgert werden kann. Wie bei der Kryoskopie hauptsächlich die Abweichungen der Gefrierpunktniedrigung massgebend sind, ebenso besitzt auch bei der Refraktion hauptsächlich die refraktometrische Differenz eine Bedeutung.

J. Kiss: Die Vorteile der refraktometrischen Methode sind augenfällig, so dass das Verfahren sich zweifellos verbreiten wird. Man dürfe jedoch nicht vergessen, dass obwohl die Methode uns ein neues Verfahren schenkt, damit keine neuen Prinzipien in die Untersuchung der Nierenfunktion eingeführt werden. Bei der Prüfung der Nierenfunktion haben wir die Menge der normalen Bestandteile des Urins zu beurteilen. Wir können die Menge der einzelnen Bestandteile separat nicht feststellen, weil das technisch undurchführbar ist. Wir sind aber in der Lage das Gesamtgewicht der gelösten Bestandteile: das spezifische Gewicht des Urins festzustellen. Das ist die älteste Methode, doch begegnet die Feststellung des spezifischen Gewichtes bei geringen Flüssigkeitsmengen Schwierigkeiten. Eben deshalb erlangte ein anderes Verfahren die Gefrierpunktfeststellung Verbreitung. An Stelle der Feststellung des spezifischen Gewichtes, oder des Gefrierpunktes kann die refraktometrische Methode angewendet werden. Die Einführung der neuen Methode bedeutet eine Vervollkommnung der Laboratoriumstechnik.

J. Minder: Vom klinischen Standpunkt stimmen seine Ergebnisse mit den Feststellungen des Primarius Szili überein. Die Differenz in der Einteilung erklärt der Umstand, dass nach Feststellung des chemischen Laboratoriums der Züricher Nägeli-Klinik die Refraktion des destillierten Wassers 1.3321 beträgt. Nachdem die Refraktionen durch diese Anzahl durchgeführt wurden, kann er die Ursache der Differenz nicht erklären. Für die Praxis, sowie für die klinische Anwendbarkeit der Methode ergab sich hieraus keine Störung, weil bei der Refraktion nicht der absolute Wert, sondern die relative Differenz eine Bedeutung besitzt. Zweifellos

hat man in Zürich von den Versuchen *Szili's* nichts gewusst. Dort waren 1927 die bezüglichen Untersuchungen schon seit einem Jahre im Zuge, diese sind auf Initiative des Vorstandes des chemischen Laboratoriums Herzfeld in Angriff genommen worden.

A. Szili erklärt auf die Bemerkungen von **J. Kiss**, dass auch er die grosse Wichtigkeit der spezifischen Gewichtsfeststellung anerkennt. **J. Minder** gegenüber erklärt er, er zweifle nicht daran, dass die Züricher Klinik keine Kenntnis von seinen Untersuchungen hatte. Das ändert nichts an der Priorität, weil der Vortragende die erste Publikation über diese Methode veröffentlicht liess. Die klinischen Ergebnisse *Minder's* stimmen natürlich mit den refraktometrischen Differenzen überein, denn es sei selbstverständlich, wenn beiderseitig mit den gleichen Fehlern gearbeitet wird, der Fehler bei der Differenz von selbst verschwindet. *Minder* kann es nicht erklären, warum die Refraktion des destillierten Wassers im chemischen Institut 1.3321 war, nachdem die refraktometrischen Bestimmungen nicht vom Redner, sondern von der erwähnten Anstalt durchgeführt wurden. Die Ursache dessen könne nur sein, dass die Untersuchungen bei einer viel höheren Temperatur von ungefähr 30° C. durchgeführt wurden, weil bei einer Temperatur von 17.5° C. die Refraktion des destillierten Wassers 1.3332 ist, so dass die von *Minder* erwähnten wesentlich niedrigeren Indexzahlen nur bei höheren Temperaturen vorkommen können, keinesfalls aber bei Zimmertemperatur.

J. Erdélyi: *Pankreasverletzungen* mit Krankendemonstration.

XXXV. Tagung der Ungarischen Balneologen.

II. Tagung der wirtschaftlichen Sektion.

(Fortsetzung und Schluss.)

Im Direktionssaal des Széchenyi-Bades fand am 26. April vormittags 10 Uhr die Tagung der *wirtschaftlichen Sektion der Balneologischen Landesgesellschaft* statt.

Präsident **Geza Bánlaky** eröffnete die Tagung mit einer Ansprache, in der er darauf verwies, dass trotz der krisenhaften Lage der Bäder- und Quellenunternehmungen die Hoffnung auf eine bessere Zukunft begründet ist. Anlässlich der Generalversammlung des Plattenseebundes habe der Vertreter des Volkswohlfahrtsministers darauf hingewiesen, dass die Durchführungsverordnung des Bädergesetzes binnen kurzer Zeit erlassen wird. Andererseits sehen wir, mit welchem Wohlwollen die Staatsbahnen und die Südbahn alle Fragen des Fremdenverkehrs behandeln und die Vorschläge berücksichtigen, die von den Bade- und Kurorten in betreff von Reise- und Verkehrserleichterungen unterbreitet werden. Auch die Visumfrage scheint einer baldigen Lösung entgegenzusehen. Die ersten Schritte zur Aufhebung des Visumzwangs Österreich und Italien gegenüber sind geschehen, was hoffentlich zur baldigen Beseitigung dieses Verkehrshindernisses führen wird. Der Redner verwies

sodann auf die baldige Eröffnung von Lillafüred, die Erweiterung des St. Lukas-Bades und die Neugestaltung der Badeorte Balatonföldvár und Siófok, die neue Anziehungskräfte für Ausflügler und Bäderbesucher bieten werden.

Kolomann Saxlehner erörterte die Frage der *Beziehungen von Kur- und Badeorten zum ärztlichen Stand*. Er verwies darauf, welche Anziehungskraft der in einem Bade- oder Kurort wirkende hervorragende Arzt für das Publikum bildet, und gab der Hoffnung Ausdruck, dass sich die ungarische Ärzteschaft eingehend mit den Fragen der ungarischen Balneologie beschäftigen und unsere Heilquellen durch ihre wissenschaftlichen Forschungen, sowie durch die Publikation der in unseren Kurorten erzielten Resultate fördern wird.

Dr. **Béla Tausz** sprach über die Notwendigkeit eines engen *Zusammenwirkens der ungarischen Badeorte mit der Touristik*. Er verwies darauf, dass nach der statistischen Angaben im Jahre 1929 Budapest von 100,000, unsere Kur- und Badeorte aber insgesamt von 4800 Fremden aufgesucht wurden. Es besteht daher eine auffallende Disparität zwischen dem Besuch der Hauptstadt und dem der Kur- und Badeorte. Er stellt den Antrag, dass die Badedirektionen einen engeren Kontakt mit den Organen des Fremdenverkehrs und mit der Touristik schaffen sollen. Einerseits sollen die Badeorte billige, aber reinliche Massenherbergen für Touristen zwecke schaffen, die Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze allwöchentlich dem Fremdenverkehrszentrum mitteilen, so dass dieses in der Lage sei, die Ungarn aufsuchenden Touristen dorthin zu senden, wo sie einerseits Natur Schönheiten bewundern, andererseits entsprechende Unterkunft und Verpflegung finden können. Die Weekend-Ausflüge könnten gleichfalls in den Dienst der Propaganda für unsere Kur- und Badeorte gestellt werden.

Zu dieser Frage ergriffen Professor **Vámosy**, Badearzt **Wilhelm Schulhof** und Ministerialrat **Josef Harkányi** das Wort. Letzterer führte aus, dass Balatonföldvár für die Touristen Zimmer mit fließendem Wasser zu 1.50 Pengö, einfachere Zimmer zu 1 Pengö pro Tag zu Verfügung stelle.

Dr. **Josef Sümegei** unterbreitete die *Statistik der Frequenz der ungarischen Bäder im Jahre 1928*.

Im Jahre 1928 war die Gesamtfrequenz der ungarischen Bäder 109,959 Gäste. Von diesen ständige Gäste 65,032, Durchreisende 44,927. Inländer 105,436, Ausländer 4523, um 14.290 Personen mehr als im Vorjahre.

Der Besuch der Plattenseebäder ist um 300 gesunken.

Das Los unserer Bäder ist ein wichtiges finanzielles Interesse des Staates. Alljährlich werden mindestens hundert Millionen in das Ausland getragen, in ausländischen Bädern ausgegeben.

In der aller kürzesten Zeit sollte der Staat:

1. im Rahmen der grossen staatlichen Anleihe wenigstens 20 bis 25 Millionen Pengö Bäderobligationen emittieren;

2. das Bädergesetz sollte schnellstens ins Leben treten. In diesem sollen die 40jährige Haussteuerfreiheit, Expropriationsrecht und noch viele andere Begünstigungen gesetzmässig niedergelegt werden.

3. Im Interesse unserer Bäder soll sowohl im In- wie im Auslande die weitestgehende Propaganda eingeleitet werden.

Leopold Felber schilderte die *Fortschritte der modernen Balneotechnik* und stellte fest, dass zur Füllung der Quellenprodukte in Flaschen zurzeit derart vollkommene Maschinen zur Verfügung stehen, durch deren Einstellung bei sehr geringer menschlichen Mitarbeit täglich 150,000 bis 200,000 Flaschen mit dem Quellenprodukt gefüllt und versandbereit gemacht werden können.

In einem zweiten Vortrag erörterte er den *ungarischen Mineralwasserverkehr im Jahre 1929*. In diesem Jahre stand einem Export von 452 Waggon Bitterwasser ein Import von 319 Waggon Mineralwasser gegenüber. Von dem Import entfielen 201 Waggon auf die Quellenprodukte der besetzten Gebiete, so dass vom streng genommenen Ausland insgesamt nur 118 Waggon Mineralwasser importiert wurden. Der Mineralwasserkonsum in Ungarn zeigte im Jahre 1929 einen 20prozentigen Rückgang dem Vorjahre gegenüber, was in den wirtschaftlichen Verhältnissen seine Erklärung findet.

Martin Angyal sprach über die Rolle der mit *Kohlensäure imprägnierten Mineralwässer für die Trinkwasserversorgung der Hauptstadt*. Er betonte, dass Sport und Touristik viel dazu beigetragen haben, den Alkoholkonsum zu beschränken und den Mineralwasserverbrauch zu steigern. Dass auch die Verunreinigungen im Trinkwasser der ungarischen Hauptstadt dazu beitragen, den Mineralwasserkonsum zu fördern, beweist der Umstand, dass es unmöglich ist, in dem auf seine Hochquellenleitung stolzen Wien Mineralwasser als Tafelgetränk in grösseren Mengen abzusetzen.

* * *

Mit den am 27. April, Sonntag, mittags im Festsale des St.-Lukasbades stattgehabten Generalversammlungen der Balneologischen Landesgesellschaft und des Rheumaver eins der ungarischen Ärzte fand die diesjährige Tagung der ungarischen Balneologen ihren Abschluss.

In der unter dem Vorsitz des Universitätsprofessors Dr. **Zoltán Vámosy** abgehaltenen *Generalversammlung der Balneologischen Landesgesellschaft* unterbreitete Generalsekretär Universitätsprofessor **Zoltán Dalmady** den Jahresbericht. Die Gesellschaft hat an die kompetenten Stellen Memoranden in betreff der *Verlängerung der Schulferien* und zur Einführung der *Sommerzeitrechnung* gerichtet, doch erfuhren diese Vorschläge Abweisungen. In Angelegenheit der

Sommerzeitrechnung traten die ungarischen Delegierten anlässlich der Fahrplankonferenz in Wien für die Einführung der Sommerzeitrechnung ein, diese Vorschläge wurden jedoch von den übrigen Beteiligten abgelehnt, so dass *auch Ungarn von der Einführung der Sommerzeitrechnung abstehen musste*. Der Generalsekretär erstattete sodann Bericht über das Ergebnis der Preiskonkurrenz der Gesellschaft. Auf die Preisfrage: *St. Josef-Quelle* ist eine Arbeit eingegangen, die nach dem Gutachten des Preisrichterkollegiums absoluten wissenschaftlichen Wert besitzt. Der Preis von 300 Pengö wurde auf Grund dessen den Autoren der Preisarbeit, Universitätsassistent Dr. *Zoltán Rausch* und dem Praktikanten Dr. *Alfons Herzum* zugeteilt.

Es folgte die Wahl für die durch das Ableben des Universitätsprofessors Dr. *Rudolf Bálint* erledigte Präsidentenstelle der wissenschaftlichen Sektion der Gesellschaft. Zum Präsidenten wurde mit Akklamation Generalsekretär Dr. *Zoltán Dalmany* und an dessen Stelle zum Generalsekretär Dr. *Nikolaus Frank* gewählt.

Es folgte nun die **Generalversammlung des Rheuma-Vereins der Ungarischen Ärzte**, in welcher Chefarzt Dr. *Wilhelm Schulhof* den Vorsitz führte. Generalsekretär Dr. *Ludwig Pap* unterbreitete den Bericht und referierte über die Konstituierung des Vereins, den Verlauf der im Herbst stattgehabten internationalen Tagung zur Rheumabekämpfung in Budapest, und legte die Publikationen des Vereins vor, die den Mitgliedern, sowie den wissenschaftlichen Kreisen des Auslandes zugeschickt werden.

Nach der Zurkenntnisnahme der Berichte folgten die *Neuwahlen*. *Präsident* wurde Baron *Alexander Korányi*, Mitpräsidenten: *Ludwig Bakay*, *Kornel Scholtz*, *Zoltán Vámosy*, Vizepräsidenten: *Julius Benzur*, *Béla Johan*, *Wilhelm Schulhof*. Generalsekretär: *Ludwig v. Pap*. Sekretäre: *Balthasar Horváth*, *Michael Sereghy*. Schriftführer: *Max Dicker*, Kassier: *Otto Mandler*. Kontrollor: *Martin Farkas*.

Mittags veranstaltete die Direktion des St. Lukas-Bades ein Bankett zu Ehren der Mitglieder der Tagung, zum Nachmittagsteesah die Direktion des Svábhegyer Sanatoriums die Tagung zu Gast.

NACHRICHTEN.

Unsere Nummer enthält als Beilage das Programm der **X. Tagung der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Budapest vom 6–8. Oktober 1930.**

Der neue Leiter des Hochschulwesens. Der Reichsverweser hat auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers dem öffentlichen ordentlichen Professor an der Technischen Hochschule Dr. *Koloman Szily* den Staatssekretärtitel verliehen.

Auszeichnung. Die philosophische Fakultät der Friedrich Wilhelm-Universität in Breslau hat in Anerkennung der Arbeiten des Universitätsprofessors *Baron Alexander Korányi* über die Anwendung der physikalischen Chemie auf dem Gebiet der Physiologie und Klinik das Diplom eines *Doctor philosophiae honoris causa* an unseren hervorragenden Kliniker erteilt.

Die Societa medica-chirurgica in Bologna hat den Universitätsprofessor *Baron Alexander Korányi* zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Hochschulnachrichten. Der Reichsverweser hat den öffentlichen ausserordentlichen Professor des dritten chirurgischen Lehrstuhls an der Budapester königlich-ungarischen Péter Pázmány-Universität Dr. *Ludwig Ádám* zum öffentlichen ordentlichen Universitätsprofessor auf Vorschlag des Kultus- und Unterrichtsministers den Dozenten Dr. *Desider Miskolczy* zum a. o. Universitätsprofessor für den vakanten Lehrstuhl für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Szegeder Franz Josef-Universität ernannt, ferner dem Dozenten Dr. *Andor Kuncz* in Anerkennung seiner auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Literatur, der Ärzte- und Hebammenbildung erworbenen Dienste den Titel eines a. o. Universitätsprofessor erteilt. — Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Erteilung der Venia legendi an den Oberphysikus der Stadt Győr *Alexander Kovacsics* für den Gegenstand „*Die Hygiene des Dorfes*“ erteilt und ihn als Dozenten betätigt.

Ärztliche Ernennung. Der Minister für Volkswohlfahrt und Arbeitswesen hat den Primararzt Dr. *Stefan Zsakó* zum Direktor der staatlichen Irrenanstalt auf dem Angyalöld ernannt. — Der Oberbürgermeister hat den Obermedizinalrat Universitätsprofessor Dr. *Karl Borszéky* zum Zentralkurator der hauptstädtischen Spitäler, den Obermedizinalrat Dr. *Elemér Mihálkovics* zum Direktor-Chefarzt des St. Stefan-Spitals, den Obermedizinalrat Dr. *Alexander Furka* zum Direktor-Chefarzt des St. Ladislaus-Spitals, den Universitätsassistenten Dr. *Wilhelm Czunft* zum Röntgenprimarius des St. Rochus-Spitals und den Primarius Dr. *Béla Kollarich* zum Chefarzt der dermatologischen Abteilung des alten St. Johannes-Spitals ernannt.

Vom justizärztlichen Senat. Der Justizminister hat die öffentlichen ordentlichen Universitätsprofessoren Dr. *Géza Krepuska*, Dr. *Hugo Preisz*, Dr. *Karl Schaffer* und Dr. *Josef Szabó*, ferner die ausserordentlichen Universitätsprofessoren Dr. *Karl Münich*, Dr. *Josef Lovrich* und Dr. *Siegmond Ritoók* zu Mitgliedern des justizärztlichen Senats ernannt und Dr. *Siegmond Ritoók* mit den Agenden des Schriftführers des Senats betraut.

Todesfälle. Während der Sommerferien hat die ungarische medizinische Wissenschaft durch das Ableben von drei hervorragenden Gelehrten schwere Verluste erlitten. Der Kriminalpsychologe Universitätsdozent Dr. *Ludwig Hajós*, der die Fragen der Verhütung und Behandlung von Nervenleiden als gewandter Redner am Vortragstisch und als geistvoller Publizist in der wissenschaftlichen und Tagespresse in populärer Weise zu erörtern wusste, ist am 2. Juli im Alter von 60 Jahren in der Bakayklinik an den Folgen einer nach Influenza aufgetretenen Blutvergiftung gestorben. Er studierte in Budapest, Wien und Frankfurt, wurde Assistent des Professors *Laufenauer* und wandte sich vornehmlich dem Studium der Kriminalpsychologie zu. 1909 wurde er Dozent für Kriminalpsychologie und Psychopathologie an der juristischen Fakultät der Budapester Universität. Seine wissenschaftlichen Werke behandelten die Psychopathologie, Neurasthenie und Hysterie, als Publizist und Vortragender beschäftigte er sich mit Fragen der Hygiene und Erziehung, mit den Problemen der geschlechtlichen Enthaltsamkeit und der Charakterbildung. Er verstand es, die Probleme, die den Nervenarzt beschäftigten, in lichtvoller Weise vorzutragen und allgemein verständlich zu machen. — Am 19. Juli ist der Kliniker der Szegeder Franz Josef-Universität Universitäts-

professor Dr. *Nikolaus Jancsó* im Alter von 62 Jahren in Szeged gestorben. *Nikolaus Jancsó* hat seine Studien an der Kolozsvärer Universität absolviert, wo er 1892 promoviert wurde. Er wählte die wissenschaftliche Karriere, wurde Assistent des Klinikers *Siegmund Purjesz* und erhielt 1901 die *Venia legendi* für die innere Medizin. Nach einer Studienreise, bei welchem Anlass er das Robert Koch-Institut in Berlin und die Breslauer Interneklinik besuchte, wurde er 1911 Leiter der Kolozsvärer Universitätsklinik. Im Weltkrieg war er Direktor eines Kriegsspitals und Oberinspektor im Siebenbürger Invalidenamte. 1921 verliess er Siebenbürgen anlässlich der Verlegung der Kolozsvärer Universität nach Szeged. Er veröffentlichte grössere Arbeiten über die Malaria-Parasiten und über die säurefesten Bakterien. Er entfaltete als Arzt, Lehrer und Organisator eine rege Tätigkeit. — Mitte August verlor die Budapester Universität mit dem Ableben des Professor *Gustav Riegler* den Leiter des Hygienischen Instituts. Universitätsprofessor *Riegler* war der Lieblingsschüler und Nachfolger des Begründers der hygienischen Wissenschaften in Ungarn, *Josef Fodor*. 1868 geboren, errang er als Medizinstudent einen Preis mit seiner Arbeit „Die Eigenschaften des Typhusbazillus“. 1892 zum Doktor promoviert wurde er Assistent *Josef Fodor's* und 1899 Professor der Hygiene an der Kolozsvärer Universität. Er veröffentlichte zahlreiche hygienische Werke und Lehrbücher, und entfaltete namentlich auf dem Gebiet der Trinkwasserkontrolle in den Großstädten eine segensreiche Tätigkeit. Mit der Übersiedlung der Kolozsvärer Universität nach Szeged wurde 1928 zum Professor der Hygiene und Leiter des hygienischen Instituts der Budapester Universität ernannt. Sein Ableben bedeutet einen schwer ersetzbaren Verlust für die ungarische medizinische Wissenschaft.

Tagung ungarischer Ophthalmologen. Die Gesellschaft ungarischer Augenärzte veranstaltete ihre XXII. Tagung am 28. und 29. d. in der *Augenklinik der Stefan Tisza-Universität in Debrecen*. Hier hatten sich die ungarischen Ophthalmologen aus allen Teilen des Landes, sowie auch von den abgetrennten Gebieten — insgesamt ungefähr 50 — eingefunden, um die wichtigeren wissenschaftlichen Probleme und Standesfragen zu erörtern. Die Tagung wurde vom Primarius Dr. *Géza Vajda* (Miskolc) mit einer Ansprache eröffnet, in der er die Mitglieder begrüßte, und der als Gastgeber fungierenden Debrecener Augenklinik für die Aufnahme Dank sagte. Der Leiter der Debrecener Augenklinik Universitätsprofessor Dr. *Aladár Kreiker* dankte für die Begrüssung und wünschte den Arbeiten der Tagung Erfolg. In den nun folgenden Demonstrationen referierten *Tibor Kretz*, *Julius Singer*, *Béla Pelláthy*, *Zoltán Tóth*, *Julius Fejér*, *Géza Vajda* und *Johann Volkmann* über interessante kasuistische Fälle. *Alexander Szász* hielt über die medikamentöse Behandlung der reaktiven Hypertonie und des Eiweissgehaltes des Kammerwassers, *Béla Pelláthy* und *Karl Schneider* über die Ergebnisse der Natrium hydrocarbonicum-Behandlungen bei Binde- und Hornhauterkrankungen, *Georg Ldszló* über das Verhältnis der Gonokokken zu den Einschlusskörpern, *Franz Papolczy* über epibulbare Karzinome, *Franz Kukán* und *Julius Koczka*s über die Spektroskopie der Hornhaut, *Georg Szabó* über gutartige Epitheliome des Auges, *Josef Petres* über Berufsaugenkrankheiten und *Ladislau Glattstein* über Untersuchungsmethoden der Astigmatie Vorträge. — Nachmit-

tags stand das Thema „Die Trachomfrage“ auf der Tagesordnung, dasselbe wurde von den Referenten Professor *Aladár Kreiker* und Dozent *Andreas Rötth* referiert. Nach Professor *Kreiker* bestehen noch Unsicherheiten bei der Feststellung der Trachomdiagnose, ebendeshalb sei das Studium dieser epidemischen Krankheit, sowie eine Revision der auf diese bezüglichen amtlichen Verordnungen sehr wichtig. Dozent *Rötth* stellte fest, dass die Infektiosität und Gefährlichkeit des Leidens mit Sicherheit festgestellt seien. Er schilderte die verschiedenen ätiologischen Momente, wobei er feststellte, dass der Krankheitserreger noch nicht bekannt sei, weshalb auch die Schutzvorkehrungen nicht genau begrenzt werden können. In der hierauf folgenden Debatte betonte Universitätsprofessor Dr. *Emil v. Grósz* die ganz ausserordentliche Gefährlichkeit des Leidens. Die bisher befolgte Methode der Zwangsbehandlungen sei zu beseitigen. Die bestehenden behördlichen Verordnungen müssen revidiert werden. Die Impfungen auf Menschen zu Forschungszwecken würde er verbieten. *Nikolaus Blatt* (Marosvásárhely) referierte über den Stand der Trachombekämpfung in Siebenbürgen. Die dritte wissenschaftliche Sitzung Sonntag vormittag war der Erörterung neuer Operations- und Untersuchungsmethoden gewidmet. Vorträge hielten: *Konrad Albrich* zur Chirurgie des Ektropiums, *Ladislau Hollós*: Orbikulare Resektion bei Lagophthalmus, *Géza Vajda*: Tausend Staroperationen, *Ladislau Blaskovich*: Die Gonin-Operation, *Alexander Fazekas*: Reposition der Bindehautfalte als Pterygium-Operation, *Béla Horváth*: Technik der ophthalmologischen Röntgenaufnahmen, *Péter Illés*: Diathermie bei Glaskörpertrübungen. *József Dallós*: Korrektion hochgradiger Myopie mit Haftgläsern und über das *Tholometer*, *Nikolaus Klein*: Der Ursprung der Uveitiden, *Béla Boross*: Erfahrungen mit der Betti-Salbe hinsichtlich der Bindehaut-Bakteriumflora, *Alexander Fazekas*: Beitrag zum Mechanismus und der Anatomie des Tränensackes. Die diesjährige Tagung der ungarischen Ophthalmologen lieferte durch das hohe wissenschaftliche Niveau der Vorträge und Debatten den Beweis, dass die wissenschaftliche Forschung in der Budapester und Provinzklinden, im israelitischen Spital in Budapest und in den Spitalabteilungen durch bewährte Forscher gefördert wird. Besonderer Dank gebührt dem Vorstand und dem Adjunkten der Debrecener Augenklinik Professor *Kreiker* und Dr. *Andreas Fazekas*, die durch überaus wertvolle Beiträge und Publikationen zum Erfolg der Tagung beitrugen. Die zahlreichen Gäste aber werden der herzlichen Gastfreundschaft, mit der sie in Debrecen empfangen wurden, dankbar gedenken. Primarius Dr. *Julius Fejér*.

**Sanatorium Dr. Lakatos Baden bei Wien,
vis-à-vis dem Thermalstrandbad.
Herzstation (Chefarzt Doz. Dr. Singer).
Diätetik, Schwefelbäder im Hause.**

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. (Verantwortlich : Paul Márkus.)