

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

**Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn**

*Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-  
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte*

Für die Schriftleitung verantwortlich: Parlaments-Chefarzt Dr. Béla Alföldi

**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 Annnonce-expeditionen 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.

**SALVACID** das  
kausale Mittel  
bei Hyperazidität  
**Ulcus ventr. und duodeni**  
**Chron. Magenkataarrh**  
**Akut verdorbenem Magen**

Verordnung: täglich 3 × 2 Dragées unzerkaut, nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit zu schlucken.

Internationale Literatur auf Wunsch.

**GRAVOMIT** zuverlässig,  
klinisch erprobt  
bei Emesis und Hyperemesis gravid.

Enthält keine Alkaloide, noch irgendwelche sonst schädliche oder irritierende Stoffe.

Dragées und Ampullen (zur intramuskulären Injektion).

Verordnung: täglich 3 × 2 Dragées nach den Mahlzeiten, unzerkaut zu schlucken.

Literatur, Auszüge von Gutachten bereitwilligst.

Generaldepot für Deutschland:

**Simons Apotheke, Berlin, Spandauerstr. 17.**

# 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. CZYZEWSKY

Sanatoriumchefarzt: Dr. BASCH

## Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizin.-chirurg. Nerven- und Herzkrank. ◊  
Storm Van Leuven Allergieirele Abteilungen für  
Asthma, Neuleber etc. Allergische Krankheiten. ◊  
Gebärbabteilung. ◊ Stiftungsabteilung für Krebs-  
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und  
Wasserheilanstalt.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

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

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.

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

# 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*

# **Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien**

**für innere-, Stoffwechsel- und nervöse Erkrankungen.**

Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.  
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.  
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.  
Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte, otologische Sektion. — Neurologische und Psychiatrische Sektion. — Gynäkologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

## Otologische Sektion.

## Sitzung am 1. Mai 1930.

**J. Kerekes:** Zwei Fälle von mit Muskellappenplastik operierten retroaurikularen Fisteln. 1. 27jährige weibliche Patientin, vor fünf Jahren Radikaloperation. Bei der ersten Operation fand sich eine umfangreiche Sequestration im Warzenfortsatz. Die Heilung erfolgte mit einer retroaurikularen Fistel, die ständig eiterte. Vor fünf Monaten Freilegung der alten Höhle und Ausräumung des Granulationsgewebes. Er schnitt aus dem M. temporalis eine fächersektorartige Partie und legte diese unter Wahrung der unteren Haftstelle in die Wundhöhle, über welcher die Haut geschlossen wurde. Die Haut wurde durch Entspannungsschnitt mobilisiert. Heilung mit linearer Narbe. 2. 6jähriger Knabe, bei dem vor einem Jahr eine radikale Ohroperation durchgeführt wurde. Heilung mit einer tiefen Einsenkung, in deren Mitte eine nässende Fistelloffnung blieb. Die Narbe wurde durch einen, hinter der Fistel in der gesunden Haut geführten Schnitt abpräpariert und in der vorher beschriebenen Weise durch einen Muskellappen gestützt. Die Fistelloffnung heilte über dem

Muskel per sekundam. Die Höhlung sezerniert in das Ohr weiter, die Fistel ist verschwunden.

**Aussprache.** T. Liebermann erinnert an den vor ungefähr acht Jahren von ihm hier demonstrierten analogen Fall. Hier wie dort handelt es sich um radikal operierte Fälle, in welchen die Operationshöhle durch Plastik geheilt wurde. Die Beseitigung der Fistel ist eine sekundäre Erscheinung und von geringerer Bedeutung. Es sei jedoch bedenklich, nur einen Muskellappen zu transplantieren, denn es sei notwendig, dass die eine Fläche des Lappens mit Haut bedeckt sei.

**P. Kepes:** Der kosmetische Erfolg der demonstrierten Fälle erscheint vorläufig tadellos. Vom otologischen Gesichtspunkt sei jedoch die Frage nicht gelöst. Bei eitrigem Mittelohr sei der narbige verengte Gehörgang nicht unwesentlich, indem der Mittelohrprozess nicht kontrolliert werden kann. Richtiger wäre folgende Methode: Plastik der Hinterwand des Gehörganges so, wie bei der Radikaloperation, sodann retroaurikularer Verschluss der Höhle per primam.

**G. Krepuska:** Es widerspricht den chirurgischen Prinzipien, eine eiternde Höhle mit einem Muskellappen oder einer Faszie nach aussen abzuschliessen. Bei Cholesteatom ist die vom Vortragenden demonstrierte Methode direkt ein Kunstfehler, weil in den Havers-Kanälen des Knochens das von der Aussenwelt abgeschlossene Cholesteatom fortwächst und die Ursache von verschiedenen gefährlichen Komplikationen werden kann. Die Schliessung von retroaurikularen Fisteln sei nur statthaft, wenn das Mittelohr zumindest einige Monate hindurch sekretfrei und vollkommen trocken war.

**L. Fleischmann:** Die Muskellappenplastik dient nur zum Verschluss von sogenannten Antrumfisteln, ihre Vorbedingung ist die vollkommene Heilung der Mittelohrentzündung. Sie liefert treffliche Ergebnisse in alljenen Fällen, wo die Knochenwände der Antrotomiehöhle gesund sind, und die Höhle sich nur deshalb nicht mit Granulationen füllen kann, weil die Antrumschleimhaut die Wandungen der Höhle überzogen hat, bevor noch die Granulationen das Antrum ausgefüllt haben. Sie ist jedoch zur Beseitigung von Defekten nach Radikaloperationen weder indiziert, noch geeignet, denn wenn die Operationshöhle geheilt und mit Schleimhaut bedeckt ist, so ist der Nahtverschluss eventuell mit Bildung von Hautlappen einfacher. Sezerniert aber die Höhle noch, so erzielen wir mit dem Muskellappen im besten Falle, dass das Sekret sich von nun an vorne zeigen wird, wir können aber in der rückwärts verschlossenen Höhle auch auf andere Unannehmlichkeiten (Retention, Cholesteatom) vorbereitet sein.

**G. Kerekes:** Bei aller Berücksichtigung der berechtigten Bedenken der Diskussionsteilnehmer beweisen die demonstrierten beiden Fälle dennoch, dass es mit dem beschriebenen Verfahren gelang, eine Veränderung zu beseitigen, deren kosmetischer Verschluss auf anderem Wege voraussichtlich nicht gelungen wäre. Die Methode verringert die Heilungsmöglichkeiten der gut gesäuberten Höhle nach der Radikaloperation nach keiner Richtung hin.

# Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Neurologische und Psychiatrische Sektion.

## Sitzung am 28. März 1930.

### J. Schuster: 1. Erfahrungen mit der Enkephalographie und Myelographie.

## **2. Hirnabszess infolge Nebenhöhleneiterungen.**

**L. Haas:** Die Rolle der nuchofrontalen Schädelaufnahme in der neurologischen Diagnostik. Die typischen Aufnahmetethoden erzielen über zahlreiche Schädelpartien ungenügende Aufklärung. Die Sella und die perisellare Gegend, die Felsenbeine, das Foramen magnum und dessen Umgebung, das Planum nuchae, die Bregmata, können mit der von *Huas* empfohlenen nuchofrontalen Schädelaufnahme auf einer Aufnahme ohne störende Deckung der Gesichtspartie, gut sichtbar gemacht werden. Die Sella ist in ihrer ganzen Ausdehnung flächenhaft abgebildet und nicht von der Kante, wie auf den seitlichen Aufnahmen, die beiden Felsenbeine sind gleichzeitig und vergleichbar mit ihren feineren Details (Porus, Meatus ac. int., Vestibulum, Cochlea usw.), ferner das Foramen magnum und dessen Lage zum Atlas sichtbar. Ein den *Stenvers*-Aufnahmen ähnliches Bild erhalten wir durch die Modifikation dieser Methode: mit der nuchofrontal-diagonalen Aufnahme. Wichtig ist, dass alle erwähnten Details auf einer Aufnahme sichtbar und die Aufnahmen gut deutbar seien, weil die Richtung der Hauptsache in der natürlichen medianen Ebene verläuft. Das Verfahren sei geeignet, unter die typischen Aufnahmen eingereiht zu werden.

## Sitzung am 2. April 1930.

**F. Klauber:** *Geheilter Fall von Polioencephalitis acuta superior huemorrhagica.* Der 35jährige Kranke konsumiert seit 15 Jahren täglich drei-vier Liter Wein und vier-fünf Liter Bier, nach einem stärkeren Potus plötzlich Doppelsehen, Schluck- und Sprachstörung, unsicheres Stehen und Gehen. Der Kranke ist sehr hinfällig und schlaftrig; ist er wach, so greift er ziellos mit den Händen herum. Doppelseitige Ophthalmoplegia externa, Nystagmus, Fehlen der Konvergenz, Ataxie der oberen und unteren Extremitäten, Fehlen des Bauch- und Kremasterreflexes, spastische untere Extremitäten, ausgesprochene Hypotokinese. Temporale Papillendekoloration. Im Liquor geringe Eiweisszunahme. Nach 20 intramuskulären Jodisaninjektionen langsame Besserung, zweieinhalb Monate nach dem Krankheitsbeginn ist er außer der allgemeinen Schwäche, dem Nystagmus und der temporalen Dekoloration symptomenfrei. Differentialdiagnostisch ist es nicht ausgeschlossen, dass ein an multipler Sklerose leidender Potator an Polioencephalitis superior erkrankt ist.

**A. v. Sarbó:** *Interessanter Fall eines Akustikus-Tumors.* Die Hauptklagen des 55jährigen Kranken waren Kopfschmerz, Schwindel, Unsicherheit beim Gehen, und in den letzten Wochen Verschlechterung des Sehvermögens. Er hört am linken Ohr nicht. Nystagmus, linksseitige Kornealanästhesie, Fehlzeigen mit der rechten Hand, beim Gehen manchmal Schwanken nach rechts, keine Hypotokinese. Neuritis optica. Röntgenbild des Schädels negativ. Die Gesamtheit der Symptome verweist auf einen linksseitigen Prozess im hinteren Schädelraum. Wir nehmen einen vom linken

Kleinhirn ausgehenden raumverengenden Prozess an, der auf den linken Akustikus drückt. Das Schwanken nach rechts, das Fehlzeichen verweist auf eine Teilnahme der rechten Kleinhirnhälfte, doch betrachtet er dies nur als ein sekundäres Resultat. Gegen einen Prozess im Kleinhirn-Brückenwinkel spricht die normale Fazialisfunktion. Der Liquorbefund spricht für Lues, deshalb nimmt er ein Gumma an. Am dritten Tage der eingeleiteten antiluetischen Behandlung tritt plötzlich Erstickungstod ein. Die nussgroße Geschwulst sitzt in der linken Brückenecke, ist hart und erweist sich histopathologisch als Fibrom. Die Geschwulst geht von der Akustikkusscheide aus, übt auf das linke Kleinhirn starken Druck aus und komprimiert auch die linke Brücke und damit die Hirnnerven V, VI, VII, IX, X, XI, XII. Von den unter starken Druck stehenden Hirnnerven konnte abgesehen vom totalen Akustikusanfall nur die Beteiligung des Trigeminus (Kornealanästhesie) klinisch festgestellt werden. Der Fall demonstriert deutlich die Anpassungsfähigkeit des Nervengewebes gegenüber Druckwirkung, er bestätigt die vom Vortragenden wiederholt betonte Annahme, wonach Kleinhirnleiden keine Hypokinese verursachen. Die Kenntnis dieses Umstandes besitzt differenzialdiagnostische Bedeutung.

**Aussprache.** H. Richter meint, dass die neben der Läsion des linken Akustikus im klinischen Bild auftretenden Kleinhirnausfallsymptome (Schwanken nach rechts) auf eine stärkere Schädigung des rechten Kleinhirns verweisen. Man könnte annehmen, dass die Geschwulst vornehmlich auf die linke Brückenhälfte drückte, und durch Schädigung der aus den hier befindlichen grauen Kernen zur Kleinhirnhälfte der anderen Seite verlaufenden Brückenarmbahnen die rechtsseitigen Kleinhirnsymptome auslöste.

**K. Keller:** Ist die Akustikuslähmung das einzige Symptom, so kann auch die zentrale Lähmung des Akustikus der Gegenseite in Frage kommen. In einem seiner Fälle verursachte das Sarkom des rechten Parietallappens-Gehörverminderung auf der linken Seite. Wäre als Leitsymptom nicht die Perkussionsempfindlichkeit der rechten Schläfengegend vorhanden gewesen, so hätte man leicht an eine Läsion des linken Akustikusstammes denken können.

**A. v. Sarhó:** Das anatomische Präparat beweist, dass beide Hälften des Kleinhirns stark in das Foramen occipitale magnum gedrückt waren, woraus das Schwanken nach rechts und das rechte Fehlzeichen zu erklären sind.

**B. Hechst:** *Histopathologie der vegetativen Störungen bei Paralysis progressiva.* Zur Klärung der histopathologischen Grundlage der im Krankheitsbild der Paralyse häufigen vegetativen Störungen untersuchte der Vortragende an 12 paralytischen Gehirnen die Kerngruppen der hypothalamischen Gegend. Der paralytische Prozess hatte sich in allen 12 Fällen auch auf diese Gegend erstreckt. Die infiltrativen Symptome sind am meisten ausgesprochen in der zentralen grauen Substanz und in der Subst. innominata, der Verlust an Nervenzellen erreichte die höchsten Grade auf dem Gebiet der Nucl. supraopticus und paraventricularis, dagegen zeigten die grösste Widerstandsfähigkeit die Subst. innominata, Nucl. reuniens und Nucl. paramedianus. Diese verschiedene Labilität gegenüber die Paralyse kann mit der phylogenetischen Reihenerfolge nicht erklärt werden, und ist wahrscheinlich auf Marksubstanzgehaltsdifferenzen zurückzuführen. Sechs Fälle wiesen rasch fortschreitenden, in keiner Weise hemmbaren Marasmus auf, bei entsprechenden

der Nahrungsaufnahme und negativem internistischen Befund. In allen sechs Fällen war die Läsion der Nucl. supraopticus und paraventricularis ständig und hochgradig vorhanden. Drei Fälle zeigten Störungen der Wärmeregulierung, in diesen Fällen litten besonders die Kerngruppen des Tuber cinereum, besonders die mediale. Ein Fall wies hochgradige Schläfrigkeit auf, hier waren besonders die zentrale graue Substanz und die hinteren Thalamus-Partien lädiert. Sechs mit Malaria behandelte Fälle starben plötzlich, in allen sechs Fällen waren in der zentralen grauen Substanz Blutungen konstatierbar.

**Aussprache. K. Keller:** Die in der Gegend des III. Ventrikels vorhandenen vegetativen Kerne werden bei der epidemischen Encephalitis zumeist mitergriffen. Er hat beobachtet, dass die Wärme-regulation von Kranken nach Encephalitis im Heissluftkasten bei  $66^{\circ}\text{C}$  versagt; im Gegensatz zu normalen Individuen erhöht sich nämlich bei diesen die Körpertemperatur nach 30 Minuten in einem grossen Teil der Fälle für kurze Zeit um  $1\cdot5^{\circ}\text{C}$ . Diese Wärme-regulationsstörung verweist auf eine pathologische Veränderung der entsprechenden Kerne.

**H. Richter** verweist auf die bei der Paralysis progressiva auftretenden Stoffwechselstörungen, indem zu Beginn des Leidens hochgradiger Fettansatz oder Abmagerung eintreten, was nicht einfach damit erklärt werden kann, dass diese Kranken zu viel essen oder nicht essen wollen. Wahrscheinlich ist eine Schädigung des in Nucl. supraopticus angenommenen Fettstoffwechselzentrums. Alle Symptome des paralytischen Anfallen (ictus paralyticus) verweisen auf eine direkte Kortexaffektion.

**P. Büchler:** Obwohl der Hypophysen-Lappen aus der Rathke-Tasche sich entwickelt und keinen identischen Ursprung mit dem Hypophysen-Hinterlappen, sowie mit den vegetativen Zentren der grauen Höhlensubstanz besitzt, entstehen dennoch an Hypophyse, Infundibulum und den diencephalitischen Gebilden die gleichen Veränderungen. Wird dieses funktionell einheitliche System durch eine pathologische Veränderung betroffen, so treten thermische Störungen, sowie Flüssigkeitsausscheidungs-, Fett-, Kohlehydrat-, Stoffwechselstörungen, ferner Störungen der Gefässinervation und der inneren Sekretion auf. Die Untersuchungen des Vortragenden würden durch systematische Untersuchungen der Hypophyse an Wert gewinnen.

### Sitzung am 30. Mai 1930.

**A. Orbán:** *Drei Fälle von Friedrich-Ataxie mit Kleinfingerflexionskontrakturen und anderen Heredoanomalien in einer Familie.* Er schildert den Stammbaum einer Familie, in der die drei jüngsten Mitglieder der aus sechs Individuen bestehenden Familie an Friedrich-Ataxie leiden, und eine rezessive Vererbung aufweisen (das Leiden ist auch an der Grossmutter mütterlicherseits nachweisbar). In der gleichen Familie zeigen die Mitglieder zwei, vier, sechs der III. Generation eine Dupuytren-artige Flexionskontraktur des kleinen Fingers, mit dominanter Heredität, weil sie bei der Mutter (II. Generation Nr. 4) an beiden kleinen Fingern gleichfalls vorhanden ist. Die Individuen 2, 3, 5 der III. Generation zeigen eine Uvuladeformität (die Uvula ist nach rechts gewachsen) mit dominanter Heredität, weil die Mutter (Gen. II. Nr. 4) die gleiche Deformität auf-

weist. Er erklärt das Auftreten verschiedenartiger Heredogenerationsprozesse in einer Familie durch die klinischen, histopathologischen, und erbiologischen Lehren von Schaffer und Jendrassik, diese Fälle bestätigen und bekräftigen sogar diese Lehren in anschaulicher Weise.

**H. Richter:** *Sclerosis tuberosa mit Morbus Recklinghausen.*

Bei dem 24jährigen Mädchen traten im Alter von neun Jahren linksseitige epileptische Anfälle von Jackson-Typ auf, wegen derselben 1917 Trepanation. Die aus der rechten Zentralwindung herausgeschnittene Gehirnpartie zeigte das histologische Bild der diffusen Gliose, nachher zwei Jahre lang anfallsfrei, sodann auf sämtliche Extremitäten sich erstreckende Anfälle. Diese waren durch Brom-Luminalbehandlung nicht beeinflussbar. Die Untersuchung ergab bei dem Mädchen mit zurückgebliebener geistigen Entwicklung eine ausgedehnte Neurofibromatose und milchkaffeeartige Pigmentflecke auf der Haut. Der Augenhintergrund normal, links seit der Operation spastische Schwäche der Extremitäten, diese zeigt keine Verschlimmerung. Links Babinski, Bauchreflexe auslösbar. Auf dem nach Einblasung von 70 cm<sup>3</sup> Luft erhaltenen enkephalographischen Bild kann der ausgesprochene Füllungsdefekt der linken Kammer festgestellt werden. Dieser beschränkt sich auf das Cornu anterius und die Cella media, wogegen Cornu posterius und inferius erhebliche Erweiterungen aufweisen. Auf der operierten Seite sind die Füllungsverhältnisse der Kammern normal. Auffallend ist die Rechtsverschiebung der Kameraschatten. Auf Grund dessen ist eine Geschwulst in der linken Kammer anzunehmen, wie sie bei Sclerosis tuberosa häufig vorkommt. Nachdem hier multiple Herde vorliegen, kann von einer neuen operativen Behandlung keine Rede sein.

**H. Richter:** *Ein ungewöhnliches zerebrales Vergiftungsbild.*

In Pestszentlörinc traten bei einer Arbeiterfamilie, die auf einem Melonenfeld wohnt, in akuter Weise, ohne jede Magendarmstörung in Begleitung von geringen Temperatursteigerungen folgende Symptome auf: Hochgradige Unsicherheit beim Gehen mit Schwindelgefühlen, grobes Muskelzittern, das sich bei willkürlichen Bewegungen steigert, in Ruhestellung sind neben dem Tremor auf dem ganzen Körper kleine faszikuläre Muskelzuckungen wahrnehmbar. Ständiges Augenzittern, undeutliches Sprechen und hochgradige psychomotorische Unruhe, die bei der Durchführung von willkürlichen Bewegungen in panischen Zuständen zum Ausdruck kommt. Dabei zeitweise Halluzinationen, welche die Kranken zu allerlei Schutzbewegungen veranlassen. Abgesehen von diesen Reizzuständen ist weder das Bewusstsein gestört, noch finden sich andere psychische Defekte. Die Krankheit äussert sich bei den beiden Männern mit den gleichen Symptomen, wie bei den Kindern, deren jüngstes drei Jahre alt ist und es gibt nur gradweise Unterschiede. Die neurologische Untersuchung ist ausser den angeführten Symptomen negativ, so ist der Augenhintergrund normal, keine Pyramiden-Symptome usw. Das Blutbild zeigt mässige Anämie. Bei zwei Kranken milde Bronchitis. Bei zwei Kindern findet sich Gesichtsschwellung, bei der Mutter mässige Schwellung beider Mittelfüsse und der Unterschenkel. Im Urin keinerlei pathologische Bestandteile. Über die zur Klarstellung der Ursache der angenommenen Vergiftung durchgeführten Untersuchungen wird er demnächst referieren.

# Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

## Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 12. Februar 1930.

(Fortsetzung und Schluss.)

### O. Mansfeld: *Die Solomons-Methode der Ventrofixation.*

Nach der Methode des Dubliner Professors *Solomon's*, sind die Ligg. rotunda in der Höhe der Spinae iliac. ant. lateral von den Rektusmuskeln aus dem Bauchraum zu ziehen und an der Innenfläche der vorderen Rektusfaszie zu fixieren. Dieses Verfahren kombinierte *Mansfeld* mit dem von ihm publizierten „hohen subkutanen Faszienquerschnitt“. Der Vorteil der Methode ist die aus einem kleinen kosmetischen Schnitt durchgeführte Ventrofixation, welche die Möglichkeit des Ileus vollkommen ausschliesst.

**A. Fekete:** Es sind noch keine Angaben über die Spätresultate der *Solomons*-Operation veröffentlicht worden. Die vom Vortragenden durchgeführten 14 Operationen genügen nicht, um dieses Verfahren auf Kosten der früheren Operationsmethoden zu akzeptieren. Ein Nachteil sei, dass das Verfahren die Bauchwand gerade an der am wenigsten geschützten Stelle, am latralen Rand des Rektus schwächt, was die Gefahr einer postoperativen Hernie nach sich zieht.

**E. Lukács:** Der Operationsplan von *Solomons*, wonach er die Ligg. rotunda im Inguinalkanal verkürzt, scheint physiologisch begründet zu sein. Die Durchführung jedoch, besonders aus dem Pfannenstiel-Schnitt nach der *Mansfeld*-Modifikation ist weniger entsprechend. Die pararektale Linie bildet nämlich einen Locus minoris resistantiae und am Schluss der Operation müssen gewöhnlich M. rectus und obliquus separat vernäht werden. Es werden sehr viel Nerven durchschnitten, ein Teil der Bauchwand wird anästhetisch und die Entblössung der Faszie führt zu Nekrosen. Auch die Abpräparierung des Fettes im weiten Umfang ist nicht physiologisch, wenn auch danach eine kosmetische Narbe entsteht, wegen der zahlreichen Blutgefäßunterbindungen wird auch die Operationsdauer verlängert. Die Operation sei aber auch selten notwendig, weil sie bei mobiler Retroflektion kaum indiziert ist, bei der fixierten aber zumeist auch die Adnexotomie durchgeführt wird, wobei er bei der Peritonisierung die Ligg. rotunda und die Plica vesico-uterina über dem ausgeschnittenen Teil hinter dem Fundus zusammennäht. Das allein genügt zur Ventrofixation (*Baldy-Webster*) und eine besondere Ventrofixation ist nicht mehr notwendig. Die Indikation der *Solomons*-Operation kann daher nur eine sehr beschränkte sein.

**O. Mansfeld** bemerkt, dass der Wert seines Verfahrens oft schon aus wenigen Fällen beurteilt werden kann. Zweifellos ist der Operationserfolg der 300 *Doleris*-Operationen in der Tóth-Klinik ein glänzender. Andererseits kann nicht bestritten werden, dass in der Literatur nach der *Doleris-Gilliam'schen* Ventrofixation zahlreiche Ileusfälle beschrieben wurden. Deshalb erörterte er das Verfahren von *Solomons*. Die Durchziehungsstelle ist muskelfrei und das auch bei Appendektomien übliche Einfallstor. Das Durchstossen einer Arterienklemme und das Herausziehen der Rotunda

an dieser Stelle dürfte kaum zu Hernien führen. Die Kritik von Lukács über seinen hohen subkutanen Faszienquerschnitt beruht darauf, dass er einige Wochen lang in seiner Abteilung hospitierte. Dieser Schnitt hat sich bisher in mehreren hundert Fällen bewährt.

**F. Szarvas:** *Operationsmethode zum Ersatz der Eviszeration.* Bei Früchten in verschleppter Querlage ersetzt die Fraktur und Herausziehung der das Operationsfeld verlegenden Rippen und der Klavikula vollkommen die bisherige Eviszerationsoperation. Es gelang ihm bei Leichenübungen auch andere Formen der Querlagen in der von ihm geschilderten Weise ziemlich leicht zu lösen.

**S. Tóth** ist der Ansicht, dass es der Mühe wert sei, sich mit Vorschlag des Vortragenden zu beschäftigen. Er hat recht, dass nicht die sogenannten Eingeweide dem Operateur im Wege stehen, um an den Hals heranzukommen, sondern sehr häufig die Rippen und in solchen Fällen kann man nach Anbohren des Brustkorbes die Rippen mit der Dekapitationsschere durchschneiden. Nach der Be seitigung dieses Widerstandes und eventuell nach Durchschneidung des Schlüsselbeins ist der Hals wahrscheinlich leichter zu erreichen. Eben deshalb soll man bei Beendigung verschleppter Querlagen diese Methode versuchen, natürlich sei das Herausreissen der Rippen zu unterlassen, was auch der Vortragende für überflüssig hält.

**F. Szarvas** dankt für die anerkennenden Bemerkungen von Tóth und betrachtet die Erklärung, dass auch er diese Operations methode in Zukunft anwenden wird, als grosses Lob.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 16. April 1930.

**J. Steiner:** *Bacillus enteritidis Gärtner als Ursache einer schweren Allgemeininfektion und des zu Phthisis bulbi führenden Glaskörperabszesses.* In seinem Fall verursachte der Gärtner Bazillus die Bildung eines Glaskörperabszesses und die Zerstörung des Augapfels. Der Bazillus war im eitrigen Augensekret wochenlang nachweisbar, ferner wurde er auch im Urin des Kranken gefunden. Das Blutserum des Patienten agglutinierte den Gärtner Bazillus noch in 600-facher Verdünnung, aber auch den Typhusbazillus in 200-facher Verdünnung. Der herausgezüchtete Bazillus zeigte die biochemischen Eigenschaften des Paratyphusbazillus, wurde jedoch vom Immunserum des Paratyphusbazillus nur schwach agglutiniert, wogegen Typhusimmunserum bis zur Titergrenze agglutinierte.

**Aussprache. J. Kiss:** Jüngst haben sich Wiktorow und Sinai in mehreren Publikationen mit einer Typhusbazillenart beschäftigt, die von ihnen als Typhusbazillus Typus G. bezeichnet wurde. Sie haben diesen Bazillus in Moskau ziemlich häufig in Fällen gefunden, wo das Krankheitsbild dem Typhus entsprach. In solchen Fällen hat das Serum der Kranken den gewöhnlichen Typhusbazillus (Typus T.) nicht, sondern nur den Typus G. agglutiniert. Diese Bazillen sind bezüglich ihrer biochemischen Eigenschaften den Paratyphusbazillen ähnlich, andererseits entsprechen sie serologisch den Gärtner-Bazillen. Wir können jedoch diese zum G.-Typus ge-

hörenden Bazillen einfach zu den Gärtner-Bazillen zählen. Im demonstrierten Fall hat das Serum des Kranken den Typhusbazillus ziemlich stark agglutiniert, jedoch den Gärtner-Bazillus noch stärker. In den Fällen der russischen Forscher wurden ausschliesslich Bazillen des Typus G. agglutiniert. Jedenfalls ist es empfehlenswert, in typhusverdächtigen Fällen die Agglutination auch mit Gärtner-Bazillen durchzuführen.

A. Torday führt einen während des Krieges mit Augensymptomen beginnenden Typhusfall an, aus dessen Augensekret Typhusbazillen gezüchtet wurden. Die klinischen Symptome entwickelten sich erst später. Das Serum des Kranken agglutinierte Typhusbazillus nur schwach, auch der Krankheitsverlauf entsprach mehr dem Paratyphus.

P. Andor: *Das Erysypel.* Der Rotlauf tritt abweichend von anderen Infektionskrankheiten gewöhnlich nicht epidemisch auf, sondern zeigt nur geringere Wellenberge zur strengen Winters-, besonders aber in der Herbstzeit. Er demonstriert die Statistik der Rotlaufkranken des St. Ladislaus-Spitals der Jahre 1903—1929 zur Bekräftigung dieser Behauptung. Er widerlegt gleichzeitig an der Hand von statistischen Daten die Behauptung, als ob in den Wellenbewegungen der Rotlauf- und Scharlach- sowie von anderen durch Streptokokken verursachten Erkrankungen ein Zusammenhang konstruiert werden könnte. Der Rotlauf greift am häufigsten die unter ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebenden Individuen der ärmeren Volksschichten und auch unter diesen häufiger die Frauen an. Zur Entwicklung der Rotlauferkrankung genügt die Anwesenheit von Bakterien nicht, sondern es muss auch eine gewisse Disposition angenommen werden.

Bei Erörterung der verschiedenen Erscheinungsformen des Erysypels und deren Verlauf erinnert er an den mit Faszienekrosen einhergehenden septischen und anämischen Erysypel. Bei Geburten von Müttern mit Rotlauf und für den Schutz des Säuglings betont er die Wichtigkeit der Isolierung. In therapeutischer Hinsicht sind folgende Gruppen zu unterscheiden: 1. Lokale Desinfizientien, 2. mechanische Verhinderung der Verbreitung, 3. physikalische Behandlung, 4. Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus, 5. innere Desinfizientien, 6. Vakzination, 7. Antivirusbehandlung, 8. Serumtherapie, 9. symptomatische Behandlung. Die Mittel der ersten Gruppe hält er für ungeeignet und wertlos. In der zweiten Gruppe können Heftpflasterstreifen und elastische Stauungsverbände an gewissen Stellen verwendet werden, ebenso wie auch die physikalischen Behandlungsmethoden. Von den Proteinpräparaten zur Steigerung der natürlichen Abwehrkräfte hält er die parenteral verabreichte Milch für die beste. Von den inneren Desinfektionsmitteln seien das intravenös verabreichte Chinin und Resorzin separat oder zusammen wirksam zur Vermeidung der Sepsis. Von den Vakzinen sichere das Streptoyatren eine wirksame und ziemlich schonende Behandlung entweder allein, oder mit Yatrenasein zusammen. Von der Besredka-Antivirusbehandlung sah er keinen Erfolg. Der Zukunft der Erysypeltherapie gehöre der Serumtherapie. Ihre Vorteile sind die Abkürzung der Heilungsdauer, die Vorbeugung eines septischen Verlaufes und die Verminderung der Mortalität. Nachdem der *Streptococcus haemolyticus erysypelatis* nicht streng spezifisch ist, kommt es vor, dass eine gewisse Serumart unwirksam bleibt. In solchen Fällen soll man innerhalb drei-vier

Tagen die Behandlung mit einer anderen Serumart neuerlich versuchen, oder *lege artis* eine Menschenbluttransfusion durchführen. Nach Schäderung der bakteriologischen und serologischen Ergebnisse von *Birkhaug*, *Singer* und *Kaplan* betont er die Bedeutung der aktiven Immunisierung bei zu Rezidiven disponierten Individuen. Schliesslich erörtert er die Differentialdiagnose, Mortalität und Prophylaxe des Erysipels.

**Aussprache.** *G. Lobmayer* schliesst sich der Anschauung des Vortragenden an, dass der Rotlauf keineswegs so infektiös sei, dass es nicht gelingen würde, seine Verbreitung innerhalb einer Abteilung zu verhindern. Er hat das Auftreten von Rotlauf oft bei Bisswunden und bei Schutzimpfungen gegen Tollwut beobachtet. Den Spitalsbrand kennen wir nur noch von den Beschreibungen, diese Art der Infektionskrankheit ist bereits vollkommen verschwunden, die Ursache kann jedoch weder der Bakteriologe noch der Epidemiologe angeben. In einem Konstantinopeler Spital behandelte er zahlreiche an Skorbut leidende Verletzte, bei zweien derselben entwickelte sich binnen wenigen Stunden eine foudroyante Gangrän der unteren Extremität und selbst die sofort durchgeführte einseitige Amputation konnte das Leben der Kranken nicht retten. In seiner in der Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie erschienenen Arbeit, wie auch in der Konstantinopeler Deutschen Militärärztekongressgesellschaft gab er seiner Überzeugung Ausdruck, dass der Spitalsbrand nichts anderes sei, wie die Erysypelinfektion von Skorbutkranken. Er lenkt die Aufmerksamkeit des Vortragenden auf den Umstand, bei solchen auch in seinem Vortrag erwähnten Rotlauffällen mit foudroyantem Verlauf die Aufmerksamkeit auf Symptome der Avitaminose zu lenken.

**S. Záborszky** hat bei seinen Rotlaufkranken das in Ungarn hergestellte Antiflamin in der Form von Umschlägen mit sehr gutem Erfolg angewendet.

**N. Klein:** *Viscum album*. Einleitend schildert er kurz die weisse Mistel und ihre Rolle in der Mythologie des Altertums und erörtert sodann ihre Anwendung als Heilmittel. Nach einer Darlegung der chemischen Zusammensetzung des *Viscum* schildert er die von *Chevalier* und ihm selbst durchgeführten Tierversuche. Bei seinen Versuchen verwendete er das von der Richter'schen Fabrik hergestellte neue Präparat *Viscadyl*. In 12 von 14 Fällen erwies es sich als überaus erfolgreiches, Blutdruck herabsetzendes Mittel, in den übrigen zwei Fällen wurde der hohe Druck durch Nephrosklerose aufrechterhalten. Zur genauen Kontrolle der Blutdruckherabsetzung verwendete der Vortragende jene Beobachtung *Wiechmann's* wonach der Blutzucker mit dem Blutdruck proportional sinkt. Die Ergebnisse sind zufriedenstellend. Schliesslich erwähnt er, dass Versuche im Zuge sind, das Mittel in Tablettenform mit anderen Medikamenten zusammen verabreichen zu können.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 24. Februar 1930.

**B. Balló:** *Umfangreiche Akne nekrotica mit atypischer Lokalisation*. Abweichend vom gewohnten klinischen Bild, finden sich am Rücken von den supraskapularen Regionen abwärts ungefähr

bis zur Höhe des I. Lendenwirbels zum Teil zerstreut, zum Teil gruppenweise isolierte und der Akne nekrotica in jeder Beziehung entsprechende Elemente. An den typischen Stellen: Stirn und Schläfengegend gab es nur hie und da eine abortive Läsion. Das histologische Bild entspricht in jeder Hinsicht den bekannten histologischen Veränderungen der Akne nekrotica.

*Oppenheim'sches Sarcoid. Lues III.* Das 26jährige Mädchen erhielt 7 Jahre vor der Aufnahme in unsere Klinik als antiluetische Kur wahrscheinlich Hydrargyrum salicylicum in Paraffinöl. Die Injektionen wurden mit kurzer Nadel subkutan durchgeführt. Den Injektionsstellen entsprechend entstanden Knoten, die 7 Jahre hindurch bestanden und weder Entzündungsscheinungen, noch für die Kranke unangenehme Symptome verursachten. Nach 7 Jahren wurden jedoch die Knoten entzündlich, vergrößerten sich und eiterten. Klinisch boten sie nun das Bild der Lues. Histologisch zeigten sie neben Infiltrationen mit Lymphozyten und Plasmazellen aus Epitheloidzellen bestehende Inseln. Aus dem klinischen Bild und mit Unterstützung des histologischen Befundes stellten wir die Diagnose auf *Oppenheim'sches Sarcoid*, dieses gab als Locus minoris resistantiae Gelegenheit zur Entwicklung der Gummen.

**G. Erös, D. Gyüre und J. Kramár: Experimentelle Pneumonie.**

*Experimenteller Teil* (Gyüre): Im Laufe der immunbiologischen Untersuchungen über die Lungenentzündung tauchte die Notwendigkeit auf, Tierexperimente durchzuführen. Er orientiert kurz über die Literatur der experimentellen Pneumonie. Die bisherigen Methoden sind für Immunitätsuntersuchungen nicht geeignet, weil es nur durch massive Infektionen unter komplizierten Versuchsbedingungen gelang Pneumonie herbeizuführen, aber auch unter solchen Umständen nicht immer. Eben deshalb haben die Vortragenden eine neue Methode ausgearbeitet, mit deren Hilfe die Herbeiführung der Pneumonie an gewöhnlichen Laboratoriumstieren regelmässig gelang. Das Wesen der Methode ist, dass mit sehr virulenten Pneumokokken des I. Typus an Mäusen, resp. Ratten Serienpassagen durchgeführt und Pneumokokken reichlich enthaltendes Blut und Milz des letzten Tieres im Vacuum getrocknet und gepulvert werden. Mit einer minimalen Menge dieses Blutes wird das Tier tracheal infiziert. Eingehend schildert er sodann die bei dem Versuch anzuwendenden Kunstgriffe. Er referiert über eine Versuchserie, in welcher eine Gruppe der Tiere mit abgetöteten, der andere Teil mit sehr geringen Mengen von lebenden Pneumokokken behandelt wurde, während bei der dritten Tiergruppe überhaupt keine Vorbereitung erfolgte. Kontrollversuche mit sterilem Organpulver gesunder Tiere.

*Pathologisch-anatomischer Teil* (Erös): Er referiert über die pathologisch-anatomischen Versuchsergebnisse. Er bettete die Lungen mit den Brustorganen zusammen in Paraffin ein, und machte Serienschnitte der ganzen Lunge. In der Lunge der Kontrolltiere, die steriles Organpulver eingearmet hatten, fanden sich keinerlei entzündliche Veränderungen. Bei jedem der Tiere, die mit mikrobenhaltigen Organpulver behandelt waren, fand er ohne Ausnahme entzündliche Lungenvoränderungen. Er teilt die Fälle nach der Intensität der Lungenvoränderungen in drei Gruppen. In die erste Gruppe fallen Fälle mit nur kleinen subpleuralen Herden in den Lungen. Diese Herde erinnern an hämatogene entzündliche Metastasen, die im Anschluss an Sepsis zustande kommen. In die

zweite Gruppe fallen jene, wo die entzündlichen Herde auf grösseren Gebieten konfluieren. In diesen Fällen ist die entzündliche Reaktion der Lungen intensiver, als bei der ersten Gruppe, die Lungenveränderungen erinnern an die Säuglingsbronchopneumonie. In die dritte Gruppe teilt er Fälle mit auf den ganzen Lappen sich erstreckender krupöser Pneumonie und fibrinöser Pleuritis. Von den drei Typen fand sich bei dieser Gruppe die intensivste Reaktion in den Lungen. Er vergleicht diesen Typus mit der humanen krupösen lobaren Pneumonie. Er betont, dass sich bei den drei Typen hinsichtlich der Reaktionsintensität nur graduelle Unterschiede finden, es sei daher nicht gestattet, vom pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt eine scharfe Grenze zwischen der sogenannten zirkumskripten Bronchopneumonie und der krupösen lobaren Pneumonie zu ziehen, obwohl die letztere nur das Zeichen einer kräftigeren Lokalreaktion des bis zu einem gewissen Grade immunen Organismus sei. Es gelang aus diesen Versuchen auch Folgerungen über die Verbreitungswege der Pneumonie abzuleiten. Diese Resultate stehen in Übereinstimmung mit jenen Versuchsergebnissen, die er mit Professor *Heim* zusammen über die Verbreitung der Säuglingspneumonie durchgeführt hat. Auch in den experimentell herbeigeführten Rattenpneumoniefällen beobachtete er, dass die Entzündung aus dem Hilus den Lymphwegen entlang austrahlt, welche die Bronchien und Gefäße umgeben. Auch bei den Rattenpneumonien kann die Entzündung der peribronchialen und perivaskulären Lymphwege als Infiltration dieser Gebilde beobachtet werden. In den peribronchialen und perivaskulären Lymphwegen der pneumonischen Rattenlungen gelang es ferner Pneumokokkenmassen nachzuweisen. Auch dieser Befund beweist die wichtige Rolle der Lymphwege für die Verbreitung der Entzündung.

*Immunbiologischer Teil (Kramár):* Zweck unserer Versuche war, die Bedingungen des Zustandekommens der Pneumonien verschiedenen Typus zu erforschen. Er schildert die bisherigen Auffassungen (Rolle der Pneumokokken verschiedner Virulenz, durch das Alter des Organismus gegebene Reaktionsdifferenzen, immunbiologische Faktoren) und erörterte eingehend jene Anschauungen, die in der Pneumonie in erster Reihe ein immunbiologisches Problem erblicken. Aus den vorliegenden Versuchen geht hervor, dass zwischen den Lungenveränderungen der Versuchstiere und deren immunbiologischen Zustand zweifellos ein Zusammenhang besteht: je vorgeschrittener die Immunität des Tieres, umso kräftiger ist die entzündliche Reaktionsbereitschaft des Lungengewebes. Welcher Typus der Pneumonie zustande kommen wird, das hängt neben anderen Faktoren in erster Reihe von den Immunitätsverhältnissen des Organismus ab. Er verweist auf die wichtige Rolle der lebenden Pneumokokken für die Vorbereitung des Organismus und beleuchtet auf Grund der aus den Versuchen gewonnenen Analogien die Erscheinungsformen der Neugeborenen-, Säuglings- und Kinderpneumonie.

## NACHRICHTEN.

**Baron Friedrich Korányi-Gedenkfeier.** Die Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte widmete ihre wissenschaftliche Sitzung am 6. Dezember 1930 dem Andenken des genialen ungarischen Klini-

kers, weil Baron *Friedrich Korányi*. Aus diesem Anlass war der grosse Vortragssaal der Gesellschaft mit einem vornehmen, aus Professoren und Ärzten bestehenden Auditorium dicht gefüllt. Die Sitzung wurde vom Präsidenten Universitätsprofessor *Stefan Tóth* mit einer Ansprache eröffnet, in der er den tiefen Eindruck schilderte, den die ideale Persönlichkeit und der formvollendete Vortrag des grossen Klinikers auf ihn machte, als er als junger Mediziner vor 45 Jahren zum erstenmal Korányi hörte. Er schilderte, wie Friedrich Korányi bereits in den frühen Morgenstunden die Kranken besuchte, sich über jeden einzelnen von dem Mediziner, der mit deren Beobachtung betraut war, referieren liess und wie er seinen Hörern auch menschlich sich zu nähern, sie zu stützen und zu fördern wusste. Zwei Jahre hindurch, während er Schüler Korányis war, notierte er dessen Vorträge, sie enthalten gar manche geistvolle und wissenschaftliche Beobachtungen, die von den Fortschritten der Medizin erst viel später bestätigt worden sind, wie z. B. den heilsamen Einfluss des Pneumothorax auf Lungentuberkulose. Der Redner richtete am Schluss seiner mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Erinnerungen an Professor *Karl Schaffer* das Ersuchen, seinen Baron Friedrich Korányi-Gedenkvortrag zu halten.

Professor *Karl Schaffer* erörterte in seinem Festvortrag drei Themen der Neurologie und Psychiatrie, mit denen er sich in der jüngsten Zeit im Rahmen selbständiger Forschungen beschäftigt hat. Vorerst prüfte er die Wirkung endo- und exogener Schädigungen auf das Nervengewebe. Er wies nach, dass die endogenen Schädigungen durch angeborene Entwicklungsmängel des Zentralnervensystems entstehen, immer nur Elemente ektodermalen Ursprungs angreifen also das Neuron, die von diesem ausgehende Nervenfaser und deren Endapparat, demgegenüber beschränkt sich das Angriffsgebiet von der Aussenwelt stammender Schädigungen zumeist auf die mesodermalen Elemente, also auf die Gefäße, wobei er seine Darlegungen durch zahlreiche Beispiele unterstützte. Das zweite, von dem Vortragenden angeschnittene Thema bezog sich auf den optischen Muskeltonus, wobei er nachwies, dass die in der jüngsten Zeit von deutschen Augenärzten hierüber publizierten Beobachtungen von ihm bereits im Jahre 1905 in deutscher Sprache veröffentlicht wurden. Sein drittes Thema: Psychopathie und Genie behandelte ein Gebiet, das der Vortragende bereits in seiner über den Grafen *Stefan Széchenyi* veröffentlichten Studie beschritten hat. Jenen Psychologen gegenüber, die das Genie mit Psychopathie untrennbar vereint halten, wie Lombroso in „Genie und Irrsinn“ und auch neuere Forscher, steht der Vortragende auf dem Standpunkt, dass psychopathische Momente bei geistigen Grössen vorhanden sein können, dass diese aber keineswegs Grundlage oder Vorbedingung des Genies sind. Als Beispiele führt er das grösste menschliche Genie, Leonardo da Vinci, Helmholtz, Pasteur u. a. an. Wenn Verlaine ein Landstreicher und Einbrecher, Edgar Poe ein Dypsomane war, so seien diese Eigen-

schaften keineswegs Grundbedingungen ihrer genialen Leistungen. Dunkel sei auch die Herkunft geistiger Grössen, was man an dem Beispiel Goethes sieht, dessen Schwester an depressiver Psychopathie litt, dessen Sohn aber imbezzl war. Seiner Ansicht nach kann die Psychopathie die Triebkraft zur Schaffung von künstlerischen oder politischen Leistungen abgeben, sie ist aber nie die Grundlage der geistigen Höhe, diese selbst ist eine Zufallserscheinung, und wie im Falle Széchenyis ein Göttergeschenk für seine Nation. Der Vortrag wurde mit lebhaftem Beifall aufgenommen.

**Habilitierungen.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat folgende Habilitierungen an der Budapestener medizinischen Fakultät zur Kenntnis genommen: Universitätsadjunkt Dr. Franz Skrop (experimentelle Pathologie), Universitätsassistent Dr. Karl Pákozdy (Nervenkrankheiten), Universitätsassistent Dr. Stefan Went (pathologische Physiologie), Universitätsassistent Dr. Árpád v. Fejér (spezifische Diagnostik und Therapie der internen Krankheiten), stellvertretender Chefarzt des Landes-Sozialversicherungsinstituts Dr. Ludwig Horváth (Ondontotechnik), Universitätsdozent Dr. Árpád Herczeg (Geschichte der medizinischen Wissenschaft mit besonderem Hinblick auf die neue Zeit); ferner die Habilitierung zum Privatdozenten des Universitätsassistenten Dr. Alexander Zih (experimentelle pathologische Physiologie) an der medizinischen Fakultät der Debrecener Universität.

**Budapester Kön. Gesellschaft der Ärzte.** Die Budapester Kön. Gesellschaft der Ärzte hielt am 20. Dezember 1930 im Sitzungssaal des Gesellschaftshauses ihre 102. Generalversammlung. Präsident Stefan Tóth überreichte in Begleitung einer schwungvollen Ansprache dem zum Ehrenmitglied gewählten Universitätsprofessor Baron Alexander Korányi das Diplom der Ehrenmitgliedschaft. Seit den 93 Jahren des Bestehens der Gesellschaft sind nur 19 Mitglieder dieser Auszeichnung teilhaftig geworden, was wohl am besten beweist, dass diese hohe Auszeichnung bloss für ganz besondere Verdienste und nur sehr selten erteilt wurde. Der Präsident betonte, dass Baron Alexander Korányi nicht nur in Ungarn, sondern auch in unserer Relation zum Ausland der vornehmste und wissenschaftlich höchststehende Vertreter der ungarischen Medizin sei, und dieser Ehrungen und Anerkennung erworben habe. Dieses Diplom sei aber nicht allein die Anerkennung der Gesellschaft für die hohen wissenschaftlichen Verdienste und die glänzenden Vorträge des Geehrten, es sei auch der Dank für die vier Jahre dauernde weise Leitung dieser Gesellschaft durch Baron Korányi als Präsidenten. Redner überreichte sodann das Diplom dem Geehrten mit der Bitte, auch weiterhin als Wegweiser der ungarischen Medizin zu wirken. Baron Alexander Korányi dankte tief ergriffen für die Ehrung, die ihn darüber beruhigt, dass er in seiner Tätigkeit als Nachfolger seines verstorbenen Vaters, als Lehrer und Forscher den richtigen Weg eingeschlagen habe. Generalsekretär Dozent Dr. Edmund Zalka unterbreitete sodann den Bericht über das Ergebnis von drei Preiskonkurrenzen. Der

*Balassa-Preis* für die seit 1928 erschienene beste, auf eigenen Forschungen beruhende medizinische Arbeit wurde dem Professor Dr. *Konrad Albrich* für sein Werk über die Augenkrankheiten zugesprochen. Den *Eduard Senger-Preis* für die beste medizinische Publikation erhielt Dr. *Paul Kiss* für seine Arbeit über die Rolle des Elektrokardiogramms in bösartigen Diphtheriefällen. Der *Franz Tauszk-Preis* für den besten Vortrag in der Kön. Gesellschaft der Ärzte wurde Professor *Arnold Winternitz* für seinen in Gesellschaft mit Dr. *Nikolaus Röth* gehaltenen Vortrag über die neueren Ergebnisse der Lungenchirurgie zugesprochen. Zu korrespondierenden Mitgliedern wurden gewählt Professor *Walter v. Brunn* (Rostock), Professor *Franz Reiche* (Hamburg) und Professor *George H. Whipple* (Rochester, U. S. A.), ferner wurde beschlossen, dem Direktionsausschuss die Ermächtigung zur Durchführung einer finanziellen Transaktion zu erteilen.

**Das Konstitutionsproblem in der Auffassung der italienischen Schule.** In der Budapester Kön. Gesellschaft der Ärzte hielt am 22. Dezember Universitätsprofessor *Viola Giacinto* aus Bologna einen Vortrag über das *Konstitutionsproblem*. Präsident Professor *Stefan Tóth* begrüßte den Gast mit einer italienischen Ansprache, in der er mit Berufung auf die alten kulturellen Verbindungen der beiden Nationen und deren traditionelle Freundschaft betonte, dass die Gesellschaft jetzt zum ersten Male einen italienischen Gelehrten als Gastvortragenden begrüssen könne. Professor *Giacinto* dankte für den herzlichen Empfang und schilderte sodann die Entwicklung des Konstitutionsbegriffes, wobei er der hervorragenden Verdienste des ungarischen Forschers Professors *Stiller* gedachte, der auf Grund körperlicher Merkmale als erster den Begriff der asthenischen Konstitution präzisierte; ferner zitierte er die Arbeiten Baron *Korányis* auf diesem Gebiet. Nach der Schilderung der italienischen Arbeiten über dieses Problem beschäftigte er sich mit der von ihm eingeführten Präzisionsanthropometrie als Grundlage zur Feststellung der Konstitutionstypen, wobei er betonte, dass seiner Auffassung nach die Konstitutionslehre die individuellen Variationen durch Messung und Systemisierung zu studieren und gruppieren hat. Nach einer Darlegung der Methodik, die die interne und externe Anthropometrie, quantitative Anatomie und die Korrelation zwischen Form und Masse umfasst, stellte er die durch seine Methode ermittelten Typen, deren physiologische und pathologische Eigenschaften fest. Der in französischer Sprache gehaltene Vortrag wurde mit lebhaftem Beifall aufgenommen.

**Stefanie - Kinderspitalverein.** Der Stefanie-Kinderspitalverein hielt unter Vorsitz des Präsidenten, Oberhausmitgliedes Barons *Johann Harkányi*, eine ausserordentliche Generalversammlung. Direktor-Chefarzt Professor Dr. *Johann Bókay* schilderte in einem Festvortrag die seit 30 Jahren fortgesetzte selbstlose und hingebungsvolle Tätigkeit des Vizepräsidenten Oberregierungsrats *Friedrich Glück*, sowie die Geschichte des Vereins in diesen drei ereignisvollen Dezennien. Nach der Rede wurde das für den Fest-

saal des Spitals angefertigte Porträt des Vizepräsidenten Friedrich Glück enthüllt. Präsident Baron *Johann Harkányi* verdolmetschte den Dank des Vereins für die aufopferungsvolle Tätigkeit Friedrich Glücks, worauf der Geehrte für die Ehrung dankte. Professor Dr. *Johann Bókay* meldete, dass er mit Rücksicht auf sein Alter und seinen Gesundheitszustand von der Stelle des Direktor-Chefarztes des Vereins zurücktrete und für dieses Amt den neuernannten Universitätsprofessor für Kinderheilkunde Dr. *Elemér Hainiss* empfehlle. Die Generalversammlung wählte einstimmig Dr. *Elemér Hainiss* zum dirigierenden Chefarzt des Stefanie-Kinderspitals und Professor *Johann Bókay* zum Ehrenchefarzt des Vereins. Dr. *Hainiss* ist ein Sohn des verblichenen Privatdozenten Dr. Géza Hainisch. Er wirkte zuerst in der Kinderabteilung und kam dann unter Prof. Bókay an die Stefanie-Kinderklinik, von wo er im Krieg abberufen wurde. Nach dem Kriege wurde er erster Assistent des Professors *Heim*, und als die ungarische Universität in Pozsony aufgelassen wurde, kam er in das Budapester Spital des Vereins vom Weissen Kreuz. Im Jahre 1921 mit der Leitung der Kinderklinik der Szegeder Franz Josef-Universität betraut, wird er nach drei Jahren Ordinarius für Kinderheilkunde und Dekan der medizinischen Fakultät. Unter seiner Leitung wurde die Kinderklinik zu einer der modernsten Kinderheilanstalten Europas. In diesem Jahre erfolgte seine Ernennung zum ordentlichen Professor an der Budapester Universität.

Unter dem Titel „*Az orvos*“ ist eine von Dr. *Stefan Gara*, Arzt und Schriftsteller, redigierte Halbmonatsschrift erschienen, deren erste Nuinmer uns vorliegt. Die zahlreichen in der Fachzeitschrift veröffentlichten Beiträge vertreten die sozialen und wirtschaftlichen Interessen des Ärztestandes. Der aus der Feder von Dr. *Julius Biró* stammende Leitartikel zählt jene brennenden Fragen auf, deren Lösung die ungarische Ärzteschaft vor allem anzustreben hat. Es sind das: die freie Ärztewahl, die unentgeltlichen Ordinationen, die Massregelung der Krankenkassen der verschiedenen Unternehmungen, die Abschaffung des Systems freiwilligen Mitglieder, sowie die Wiederherstellung der Institution der Hausärzte. Die Zeitschrift beschäftigt sich ferner eingehend mit der Tätigkeit der Bezirksärztekvereine.

**Kongress für Psychiatrie.** Der Verein Ungarischer Psychiater hat den für den 7. bis 9. Dezember einberufenen Landeskongress für Ende Mai, bezw. die ersten Junitage 1931 verschoben. Der Kongress wird zu dieser Zeit im Rahmen der grossen Ärztewoche abgehalten werden.

---

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.