

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.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

**Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ⚡
Storm Van Leuven Allergleirele Abteilungen für
Asthma, Heulieber etc. Allergische Krankheiten. ⚡
Gebärabteilung. ⚡ Stillungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.**

FASOR-SANATORIUM

Budapest, VII., Vilma királynő-ut 9

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

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

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.



Anglo - Danubian Lloyd

Általános Biztosító Részvénytársaság
magyarországi igazgatósága.

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

'ársaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, betöréseslopás-, baleset-, hűtlen kezelési-, egyetemes automobil- és mindenemű szállítmánybiztosítást.

Alapítva 1825-1839.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS" Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Élelbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerint.

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

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**
Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Otologische Sektion. — Sektion für Neurologie und Psychiatrie. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 18. Januar 1930.

L. Horvai und V. Révész. *Fälle von Paget-Krankheit.* Sie schildern die Krankengeschichte und Röntgenbilder von 3 männlichen Kranken. In ihren Fällen stand der geringe Grad der subjektiven Klagen und der klinischen Symptome im scharfen Gegensatz zu den durch Röntgen nachgewiesenen schweren Knochenveränderungen. Auffallenderweise fand sich in allen drei Fällen substernales Struma, doch ist die Bedeutung dieses Befundes noch nicht geklärt. Bei zwei Kranken wurden durch Vakzineurin-Injektionen, Röntgenbehandlung und bestrahltes Ergosterin günstige Erfolge erzielt.

R. Holits: Die Paget-Krankheit greift nicht immer mehrere Knochen an, sondern manchmal nur einen und es kommt sogar vor, dass nur eine Knochenpartie erkrankt. In solchen Fällen kann sie mit Sarkom verwechselt werden und es ist infolge dessen auch eine Extremität amputiert worden. Deshalb ist die Kenntnis des Krankheitsbildes notwendig, zu dessen Erkennung das Röntgenbild und dessen richtige Deutung unbedingt erforderlich sind.

S. Krausz erörtert den vierten Fall von *Holits*. Interessant ist, dass der Krankheitsverlauf zu Beginn ausschliesslich das Bild der Tabes inzipiens zeigte und nur das refraktäre Ergebnis der spezifischen Kur führte zur Röntgenuntersuchung und damit zur Diagnose der Paget-Krankheit. Die vorhandenen Symptome sind die für die dritte Schädelgrube charakteristischen Symptome der Druckzunahme und beginnenden Rekurrensparese. Er hatte tetanische Anfälle, das Chvostek-Symptom ist vorhanden, also Erschei-

nungen, die hinsichtlich der Frage der Ätiologie für die Argumentation jener Autoren wertvoll sind, die Lues und plurigland. Insuff. als Ursache annehmen.

J. Szemző: Bei der Paget-Krankheit kann die Frage auftauchen, ob der Kranke zu Knochenfrakturen inkliniert. Im gegebenen Fall ist es sehr schwer zu entscheiden, ob eine Fraktur spontan, oder durch Verletzung entstanden ist. Bei seinem 60jährigen Patienten entstanden heftige Schmerzen in der linken Schulter, als deren Ursache die Röntgenuntersuchung eine Skapulafraktur feststellte. Nachdem der Patient sich an keine Verletzung erinnerte, tauchte die Idee einer Spontanfraktur auf, doch war die Skapulastruktur normal, krankhafte Veränderungen waren am Humerus zu sehen. Es erschien wahrscheinlicher, dass der Patient im Anschluss an eine vorübergehende Bewusstlosigkeit ein Trauma erlitten hat. Der spätere Verlauf bestätigte diese Auffassung. Er hat seinem Kranken kein Vigantol verordnet, ja er hält die Darreichung desselben in solchen Fällen kontraindiziert, weil Arteriosklerotische, vielleicht auch in therapeutischen Dosen, dem D.-Vitamin gegenüber überempfindlich sind.

A. Róna. N₂ O-Narkose und deren Technik. Nach Schilderung der Narkosetechnik zählt er die wichtigsten Vor- und Nachteile der unmittelbaren Wirkung des Gases auf. Seine Vorteile sind, dass es das Epithel der Atemorgane nicht schädigt, die morphologische Blutzusammensetzung nicht verändert, die parenchymatösen Organe nur minimal beeinflusst, die Herzmuskulatur nicht schädigt, so dass es selbst bei Herzkrankheiten angewendet werden kann. Sein Nachteil ist die Zyanosegefahr, sowie dass man mit ausschliesslicher Anwendung von N₂ O—O₂ keine so tiefe Narkose herbeiführen kann, dass in dieser beliebige Laparotomien durchgeführt werden könnten. Zur Vertiefung der Narkose verwendet er die synergetische Wirkung der zur Vorbereitung verwendeten Narcotica, sowie die Ergänzung des Gases als Basis-Narcoticum mit Äther. Nach den Angaben seiner Patienten und auf Grund der an sich selbst durchgeführten Narkosen fasst er den subjektiven Verlauf derselben im folgenden zusammen:

Bei noch vollkommen erhaltenem Bewusstsein tritt eine auf den ganzen Körper sich erstreckende Hyp- und sodann Analgesie auf. Das Sehen ist für Gestalten und Formen lange tadellos. Töne und Sprache kann man selbst bei tieferer Narkose noch gut perzipieren. Manchmal treten Illusionen und Hallutationen auf. Im Verlaufe der Narkose zeigen sich zumeist die Symptome einer angenehmen Stimmung, das laute Lachen ist jedoch zumeist ein Zwangslachen. Für die Dauer der tiefen Narkose besteht immer eine totale Amnesie. Nach dem Urteil von Kranken, die mehrere Arten von Narkose durchgemacht haben, ist der subjektive Verlauf der N₂ O—O₂-Narkose günstiger als jede andere Einschläferungsmethode.

A. Fekete: *Die Ergebnisse der kombinierten N₂ O-Narkose*

bei gynäkologischen Operationen. Er referiert über 200 Narkosen, die Operationen waren: 132 Laparotomien, 44 Vaginaloperationen, 24 kleinere Eingriffe. Mit der N_2O-O_2 -Narkose können sämtliche Vaginaloperationen durchgeführt werden, bei Laparotomien ist Ätherzugabe notwendig. Die totale Relaxation der Bauchwand erzielt er durch die Novocain-Infiltration des M. rectus. Sehr wichtig ist die Vorbereitung der Kranken durch fraktionierte Verabreichung von Veronal, Morphinum und Atropin. Eine Exzitation ist kaum vorhanden, Erbrechen bei Narkoseneintritt sehr selten, beim Erwachen ist Ructus häufiger vorhanden. Zu Erbrechen inklinierende Kranke (Ileus, Peritonitis) können mit $N_2 O$ nicht narkotisiert werden. Zyanose und oberflächliche Atmung ist durch Vermehrung des O_2 zu bekämpfen. Bei Laparotomien sind stündlich 15 bis 40 gr Äther notwendig, in acht Fällen mussten 50, in acht Fällen mehr als 60 gr Äther verwendet werden. Das Erwachen ist rasch. Auffallend sind das gute Aussehen, der Tonus und das gute Allgemeinbefinden der Kranken, es gab vier postoperative milde Bronchitiden, zwei Phlebitiden am Unterschenkel, er hat keinen einzigen Kranken verloren. Besonders vorteilhaft ist die kombinierte Gasnarkose bei geschwächten Kranken, langen Operationen, oder wenn irgendein Organkomplex nicht tadellos funktioniert, ferner bei wiederholten Narkosen. Er führte fünf Sectio caesarea durch, wenn die Kranke vorher kein Morphinum erhalten hatte, so wurde das Kind ohne jede Asphyxie zur Welt gebracht. Der Preis des verbrauchten Gases betrug stündlich 6—8 Pengő.

E. Lukács: Die Narkose wurde in der chirurgischen Abteilung des Spitals in der Kun-utca in 170 Fällen angewendet. Mit der N_2O-O_2 -Narkose wurde eine verlässliche Anästhesie bei Extremitäten- und Rumpfoperationen erzielt, und nur bei Laparotomien musste das Mittel unbedingt mit Äther kombiniert werden. Es ist überaus geeignet für kurze ambulante Operationen. Das Erstickungsgefühl der Kranken, sowie auch länger dauernde Asphyxien können vermieden werden. Eine kurze Asphyxie macht keine ernste Komplikationen. Die Operationen waren allgemeine chirurgische, urologische und gynäkologische Operationen.

D. Hudovernig: In der I. chirurgischen Abteilung des St. Rochus-Krankenhauses wird die Gasnarkose seit einem Jahr angewendet, wobei er betonen will, dass gegenüber dem demonstrierten Dräger-Apparat die amerikanischen wie z. B. der Gwathmey-Apparat eine viel sichere, besser dosierbare und gleichmässige Narkose sichern.

D. Kilmkó referiert über 301 Lachgasoxygen-Narkosen in der II. chirurgischen Klinik. Die wichtigsten Indikationen sind lange dauernde grosse Operationen bei geschwächten, im schlechten Zustand befindlichen Patienten. Es ist seiner Ansicht nach das Beste der neuerdings in Verkehr gebrachten Narkotica.

A. Rothmann verwendet in der Zahnklinik der Apponyi-Poli-

klinik die N_2O-O_2 -Narkose zu Zahnextraktionen mit dem Dräger-Apparat und hat in 60 Fällen vorzügliche Resultate erzielt.

A. Fekete: Aus der Aussprache geht hervor, dass das Interesse der Ärzte für Narkosenfragen lebhafter geworden ist. Besonders freut er sich, dass die Ansicht der II. chirurgischen Klinik mit der des Referenten übereinstimmt. Den Roth-Dräger-Apparat hat er verwendet, weil auch dieser verlässlich ist und der Ersatz von Einzelteilen leicht durchgeführt werden kann. In Zukunft werden wahrscheinlich auch vollkommeneren Apparate konstruiert werden. Die mit einfachen Methoden der Lokalanästhesie kombinierte N_2O-O_2 -Narkose ist entwicklungsfähig, und bringt uns dem Ziel der idealen Schmerzstillung am nächsten.

Sitzung am 1. Februar 1930.

J. Kopits: *Heilung einer angeborenen Kniescheibenverrenkung durch Sehnentransplantation.* Der Fall ist wegen seiner grossen Seltenheit (von den 18,350 Kranken der orthopädischen Ordination in der Kinderklinik litten zwei an Kniescheibenverrenkung), sowie wegen des mit der Operation erzielten bleibenden günstigen Resultates sehr interessant. Die Kniescheibenluxation ist eigentlich eine Verrenkung der Sehne des ganzen Schenkelstreckapparates nach aussen hin, wodurch natürlich die in denselben eingebettete Kniescheibe als Sehnenknochen mitgerissen wird. Die Ursache der Luxation liegt in der Mangelhaftigkeit der anatomischen Gebilde, welche die Kniescheibe zu fixieren haben, infolgedessen sind diese nicht instande, das Abgleiten der Sehne bei Kniebeuge über den äusseren Knöchel zu verhindern. Bei Kniestreckung springt die Kniescheibe wieder auf ihren Platz zurück. Diese Verrenkung stimmt mit der im Anschluss an Trauma sich entwickelnden habituellen Kniescheibenluxation vollkommen überein, in deren Ätiologie nach seiner Ansicht ebenfalls die kongenitale Disposition als Ursache figurirt. Nachdem er in seinem Fall die schwache Entwicklung des *M. vastus medialis*, sowie die Spannungsverminderung der inneren Kniebänder als Ursache der Luxation betrachtete, glaubte er durch Überpflanzung des *M. semitendinosus* das Gleichgewicht des Schenkelstreckapparates wieder herstellen zu können. Die durchgeführte Operation ergab den Erwartungen entsprechend ein vorzügliches Resultat und es gelang ihm derart die Luxation zu heilen.

J. Bókay: *Beiträge zur Kenntnis der Rhinitis diphtheritica.* Der Vortragende schildert eingehend die verschiedenen Formen der *Diphtheria narium*: die lokalisierte, die toxische oder progredierende und die hypertoxische, respektive septische Form. Eingehend beschäftigt er sich mit jenen Fällen der toxischen oder progredierenden Form, wo sich ein massiges und ausgedehntes fibrinöses Exsudat gebildet hat, das die Nasengänge vollkommen obturieren kann. Die Prognose solcher Fälle ist immer zweifelhaft. Diesen stellt er die Rhinitis

diphtheritica des Säuglingsalters gegenüber, welche im allgemeinen eine gute Prognose bietet. Zur Diagnostik dieser letzteren Fälle betont er, dass das klinische Bild, also die charakteristische Nasenabsonderung und der pseudomembranöse Belag bei der Feststellung der Diagnose richtunggebend sein soll. (Rhinoscopia ant.) Bei Koryza anscheinend harmloser Natur ist in jedem Fall der bakteriologische Befund zu respektieren, die Ausserachtlassung desselben kann in stark belegten Säuglingsabteilungen unermessliche Schäden verursachen. Die Kritik muss zugeben, dass es schwer ist, zwischen der sogenannten diphtheritischen Koryza der Säuglinge und bazillenträgenden Säuglingen mit Koryza eine scharfe Grenze zu ziehen. Bei toxischer, respektive progredierender Rhinitis diphtherica ist die Anwendung von grossen (massiven) Serumdosen bei der Behandlung ebenso notwendig, wie bei ähnlichen Fällen von Kehlkopfdiphtherie. Hinsichtlich der Therapie dieser Fälle beschäftigt er sich eingehend mit den energischen Nasenspülungen, von denen er keinen Schaden sah und mit welchen er sehr oft massige Pseudomembranen aus der Nasenhöhle expulsieren konnte. Schliesslich erwähnt er die sogenannte nasale Intubation, die zuerst von *Northrup* empfohlen wurde.

M. Paunz lenkt die Aufmerksamkeit auf jene Fälle, die als ambulatoische, latente Fälle zur Behandlung gelangen. Ohne dass die Kinder sich unpäblich fühlen würden, zeigt die rhinoskopische Untersuchung sehr oft Pseudomembranen, ja sogar Granulosen mit positiven bakteriologischen Befund. Solche Fälle sind deshalb mit gesteigerter Aufmerksamkeit zu beobachten, weil sie die Diphtherie am leichtesten in der Familie, Schule oder in Kinderheimen verbreiten können.

J. Némai fragt, ob es für die Nasale Atmungsinsuffizienz charakteristisch sei, dass gleichzeitig auch die Rachengebilde geschwollen seien, ferner wie weit in solchen Fällen das zur Intubation dienende Gummirohr nach hinten, resp. nach innen vorzuschieben sei, weil anzunehmen ist, dass das Drainrohr nahezu den Kehlkopfeingang zu erreichen hat. Nasenspülungen gegenüber ist er skeptisch. Wenn die Pseudomembranen fest haften, so kann man sie nicht herauspülen, sind sie aber gelockert, so können sie mit dem Instrument herausgezogen werden. Hat jedoch der Vortragende von den Spülungen keine schädliche Wirkungen auf die Tuben beobachtet, so sei Empirie dennoch höher zu bewerten, als die theoretischen Erwägungen.

I. Berger betont die Wichtigkeit der bakteriologischen Untersuchung des Nasensekrets. Er prüft im Laboratorium des staatlichen Kinderasyls alljährlich 200—300 Nasensekrete, von diesen ergeben mehr als 40% positive Befunde. Es sei auch deshalb der Mühe wert, das Nasensekret zu untersuchen, weil in diesem sich nur wenig andere Bakterien finden. Es ist interessant, daß in der Nase zumeist die keulenförmigen Diphtheriebazillen vorkommen, körnige Typen finden sich nur in 10%.

K. Fischhof: Nachdem die Nasendiphtherie oft keinerlei Toxizität zeigt, gehen die Kranken wochenlang ohne Kontrolle herum und ge-

langen nur spät zum Arzt. Wo reichliches Sekret die Aufmerksamkeit erregt, ist die Feststellung der Diagnose nicht schwer. Es gibt jedoch Fälle, wo nur wenig eingetrocknetes Sekret vorhanden ist. Ein häufig vorhandenes Symptom in solchen Fällen sind die in der Umgebung der Nase am Gesicht auftretenden Akne, und zwar bei einseitigem Prozess auf der entsprechenden Gesichtshälfte. Wo man Akne sieht, soll man in jedem Falle mit dem Spiegel und bakteriologisch untersuchen. In welchen Fällen der positive bakteriologische Befund sich auf den Kranken, oder auf den Bazillenwirt bezieht, ist immer dem Judizium des Klinikers zu überlassen. Bei positivem bakteriologischen Befund beweist das Vorhandensein von minimalen klinischen Symptomen das Bestehen der Krankheit.

A. Bosányi,

A. Flesch verweist auf die hervorragende Bedeutung der Nasendiphtherie bei Säuglingen. Jene Fälle, wo Nasenfluss vorhanden ist, selbst wenn sich keine Pseudomembranen finden und dieser als einfacher Katarrh betrachtet wird, das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung aber positiv ist, betrachtet er als Diphtherie und hält die Serumbehandlung für notwendig. Dem gegenüber betrachtet er jene in Säuglingsabteilungen sehr häufigen Fälle, wo keine klinischen Symptome vorhanden sind und auch der Ausfluss aus der Nase fehlt, der bazillare Befund jedoch positiv ist, nicht als diphtheritisch, bei solchen sei eine Serumbehandlung nicht indiziert.

J. Bókay betont wiederholt die hervorragende Wichtigkeit der Rhinoscopia anterior bei dem Verdacht von Rhinitis diphtheritica. Die energischen Nasenspülungen sind bei obturierender Rhinitis diphtheritica notwendig, denn es sei wichtig, daß die Nasenhöhle von den massigen Fibrinmembranen je eher befreit werde. Wie er in seinem Vortrag eingehend dargelegt hat, sah er von der energischen Durchspülung niemals schädliche Folgen.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 21. November 1929.

A. Rejtő: *Geheilter Fall von Schläfenlappenabszess und Meningitis.* J. B., 36jähriger Drechsler, leidet seit dem Kindesalter an doppelseitiger Mittelohreiterung. Nach einer seit zwei Wochen bestehenden Exazerbation gelangt er mit Bewusstseinstörung, Schüttelfrost und Erbrechen in die Abteilung, wo sofort die Radikaloperation durchgeführt wird. Am sechsten Tag nach der Operation traten beim Patienten die ersten Symptome des Gehirnabszesses auf, eben deshalb wurde der temporale Abszess am elften Tag eröffnet und nach dem Verfahren von *Lemaitre* drainiert. Am vierten Tag trat Meningitis auf, im Lumbalpunktat fanden sich Streptokokken, binnen acht Tagen war jedoch auch diese Komplikation abgelaufen. Die eröffnete Abszesshöhle eiterte zwei Wochen lang und war zu jener Zeit noch immer kleinbirnengross, wie das

damals aufgenommene und demonstrierte Röntgenbild beweist. Der Kranke überstand sodann noch eine Endokarditis, diese heilte und er fühlt sich nun vollkommen wohl. Jene Faktoren, welche die Heilung förderten, waren ausser der Eröffnung und täglichen Durchspülung des Abszesses, die jeden zweiten Tag durchgeführten Lumbalpunktionen, bei welchen der Kranke intralumbal immer 5 cm³ Urotropin erhielt. An den Zwischentagen wurde 10 cm³ Urotropin intravenös verabreicht. Nach Überzeugung des Redners hätte man den Kranken mit Durchführung der Radikaloperation zu Beginn der Exazerbation von dieser lebensgefährlichen Komplikation verschonen können.

I. Krepuska, empfiehlt gegenüber dem *Lemaitre*-Verfahren die chirurgische Freilegung des Gehirnabszesses.

Z. Wein hegt den Verdacht, dass nach den serienweise durchgeführten, negativen Lumbalpunktionen die bei der letzten Punktion nachgewiesenen Streptokokken durch äussere Infektion in den Liquor gelangt sind, so dass dieser Befund keinen Beweis für die Meningitis bilde. Gegenüber dem *Lemaitre*-Verfahren zur Ableitung von Gehirnabszessen hält er die möglichst breite Freilegung des Abszesses, sowie die Entleerung des Eiters und Drainage als chirurgisch allein entsprechende Methode; indem nicht die bei der Abszesseröffnung erfolgende subarachnoideale Infektion die häufigste Ursache der im Anschluss an Gehirnabszessen auftretenden Meningitiden ist, sondern entweder die Propagaloenkephalitis, oder die infolge der mangelhaften Drainage auftretenden Nebenabszesse und deren sekundärer Durchbruch in den subarachnoidealen Raum. Oft bestand eine tödliche Meningitis bereits vor der Abszesseröffnung, wo der Prozess nicht durch die Abszesseröffnung eingeleitet wird, sondern dieser bereits vor der Abszesseröffnung bestand.

B. Szende: Herpes zoster mit otischer Fazialislähmung. Bei dem 22jährigen Patienten traten am zweiten Tag der akuten beiderseitigen Mittelohrentzündung herpetische Ausschläge an jenen Gesichtsbereichen auf, die dem zweiten und dritten Ast des Nervus V. entsprechen. Zwei Tage später zeigte sich totale peripherische Fazialislähmung. Bei dem Kranken verschwanden die Herpesblasen innerhalb acht bis zehn Tagen und mit der Besserung der entzündlichen Mittelohrscheinungen besserte sich auch die Fazialislähmung, deren Reste aber noch immer — nach ungefähr acht Wochen — zu beobachten sind. Der Vortragende schildert die Einteilung von *Heymann* über die Erscheinungsformen des Herpes zoster oticus und nimmt als Ursache des Leidens die Polyneuritis der Gehirnnerven — in erster Reihe der Nerven V, VII, VIII — an, wobei er die Bedeutung der Entzündung der Ganglien betont. Er erörtert sodann vom differentialdiagnostischen Gesichtspunkt die Ursachen der im Anschluss an akute Mittelohrentzündungen auftretenden Fazialislähmungen.

S. Szenes: Herpes oticus kommt tatsächlich selten vor. Er erinnert sich insgesamt an zwei Fälle, in beiden zeigte sich das Leiden zuerst am Trommelfell, einige Tage später sodann an der Ohrmuschel, resp. auf der betreffenden Gesichtshälfte, derart bestätigte der Herpes zoster die Richtigkeit der Diagnose: Trommelfellherpes. Beide Fälle waren linksseitig, jedoch ohne Fazialislähmung. Der erste Fall meldete sich 1885 in der Ambulanz des Professor *Böke* im St. Rochusspital. Die 20jährige Frau klagte über quälende brennende Schmerzen im linken Ohr, und es zeigte sich eine einzige, kaum stecknadelkopfgrosse Herpesblase auf der unteren Hälfte des übrigens normalen Trommelfells; am dritten Tag bedeckte der Herpes die linke Gesichtshälfte der Kranken. Auf innere Darreichung von *Natr. salic.* und Umschläge mit *Aqu. Goulardi* klang der Prozess bald ab. Der Fall wurde in dem 1886 in „*Gyógyászat*“ erschienenen Ausweis, sowie im Archiv f. Ohrenheilk. veröffentlicht. Im letzteren erörterte *Blau* (Berlin) in seinem Jahresreferat über die otologische Literatur diesen Fall als eine Seltenheit. Den zweiten Fall sah er 1901 bei einem 31jährigen Mann, wo auf dem sonst normalen Trommelfell drei Herpesblasen vorhanden waren, wenige Tage später trat das typische Bild des Zoster auf der linken Ohrmuschel und Gesichtshälfte auf. (Der Fall wurde 1903 in der ungarischen Literatur veröffentlicht.)

J. Zubriczky: *Zwei geheilte Felsenbeinfrakturen.* Er referiert über zwei geheilte Felsenbeinfrakturen, die in der otologischen Klinik beobachtet wurden, wo die Frakturen an der Stenvers-Röntgenaufnahme des Schädels gut sichtbar sind. In dem einen Fall war heftige (Sinus)blutung, Fieber und retroaurikulares Hämatom vorhanden. Auf dem Röntgenbild zeigten sich zwei Konturen, die eine war eine an der Treffstelle des Hinterhauptbeins und der Squama, in der Höhe des Proc. mastoideus befindliche klaffende Fraktur. Die andere beginnt vor der ersten auf der Squama und verläuft im Zick-Zack in der Tiefe bis zur Spitze des Proc. mastoideus. Der Fall heilte auf konservative Behandlung. Im anderen Fall gesellte sich zur Fraktur, die von der oberen Paukenhöhlenwand ausgehend wahrscheinlich bis zur Basis der Pyramis zieht, eine Fazialislähmung. Die Klinik befolgt das Prinzip, dass bei jeder Komplikation, oder bei einem Verdacht auf eine solche der chirurgische Eingriff notwendig ist. In dem demonstrierten Fall konnte die Operation nur durch sorgfältige klinische Beobachtung vermieden werden.

J. Kelemen demonstriert zwei *Felsenbeine*, wo das Trauma (Überfahren) einen das Tegmen durchdringenden Knochendefekt zur Folge hatte.

I. Krepuska: a) *Ungewöhnlich umfangreicher, vom Ohr ausgehender subperiostaler Abszess.* Das 11jährige Mädchen wurde von den Eltern erst dann in das Krankenhaus gebracht, als das rechte Gesicht und die rechte Schädelhälfte bereits so stark angeschwollen waren, dass die Kranke am rechten Auge nicht mehr, am linken nur durch eine schmale Spalte sehen konnte, den Kopf konnte sie aktiv überhaupt nicht mehr

bewegen, die passive Bewegung gelang nur unter erheblicher Kraftanwendung. Der bei der Operation abgelassene stark übelriechende Eiter war genau gemessen 1½ Liter. Obwohl das Os parietale, temporale und occipitale von der Knochenhaut entblöst, von Eiter umspült waren, nekrotisierten weder die Knochen noch die Haut. 37 Tage nach der Onkotomie wurde die radikale Ohroperation durchgeführt, worauf die Kranke geheilt entlassen wurde.

b) *Operierter und geheilter Fall eines nach geheimer akuter Mittelohrentzündung aufgetretenen Schädelbasis-Abszesses.* Bei dem 45jährigen Landwirten entwickelte sich zwei Wochen nach einer geheilten akuten Mittelohrentzündung eine Anschwellung zwischen dem linken Proc. mastoideus und der Protuberantia occipitalis. Bei der Operation stellte sich heraus, dass der unter dem Felsenbein und vor der Wirbelsäule aufgetretene kleinapfelgrosse und Diplococcus pneumoniae enthaltende Abszess dem Sinus entlang sich auf die Schädelbasis gesenkt hat. Dieser Fall bestätigt daher jene Feststellung der Ohrenklinik, dass die Lagerung der otogenen Senkungsabszesse nicht durch den Verlauf der Halsbänder bestimmt wird (Auffassung von E. Urbantschitsch, Engelhardt, Leidler), sondern, dass die Infektion entweder den Muskeln, oder den grösseren Halsgefässen entlang zu den tieferen Stellen gelangt.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Sektion für Neurologie und Psychiatrie.

Sitzung am 21. November 1929.

D. Miskolczy: *Metastatische Geschwülste in den Nerven der Cauda equina.* Die primäre Geschwulst, die sich bei der histologischen Untersuchung als Spindelzellensarkom erwies, sass an der Hinterwand der rechten Brusthöhle, zwischen der zweiten und vierten Rippe, sie verursachte Metastasen in der Lunge, im Dünndarm, im linken temporalen Pol des Gehirns und im linken Gyrus supramarginalis. Die Geschwulst infiltrierte ferner die Nerven und Ganglien der Cauda equina. Dieser Sitz der Geschwülste hielt während des Lebens mit unerträglichen Schmerzen einhergehende, an Tabes erinnernde Symptome aufrecht. Er fand in den Rückenmarkswurzeln mit der Silberfärbemethode neugebildete, vielfach verzweigte Achsenfäden, die, obwohl sie vollkommen im Geschwulstgewebe eingebettet waren, eine Markscheide hatten, was beweist, dass die Achsenfäden ohne Hilfe von Schwann'schen Zellen ihre Markscheiden selbständig bilden.

K. Schaffer: *Beitrag zur Ätiologie der Epilepsie mit Krankendemonstration.* Der 16jährige junge Mann erlitt im Alter

von sieben Jahren den ersten Anfall, dieser war eine Mischung von genuiner und Jackson-Epilepsie: bei Erhaltung des Bewusstseins Zuckungen in der linken oberen, später in der unteren Extremität und sehr schwache im Gesicht, nun verbreitete sich der Krampf unter Verlust des Bewusstseins auf den ganzen Körper, Zungenbisse, Harnentleerung, terminaler Schlaf. Diese Anfälle hörten im Anschluss an irgendeine „Schmierkur“ auf und zeigen sich nun nach acht Jahren in der gleichen Form. In der linken Körperhälfte angedeutete Hemiparesis spastica infantilis. Die Röntgenuntersuchung des Schädels zeigt im oberen Drittel der hinteren Zentralwindung einen Verkalkungsherd.

K. Sántha (als Gast): *Beiträge zur Pathologie und Histopathologie der endogenen Kleinhirntaxien.* In seinem Fall figurierte bei klinisch hochgradigem Schwachsinn eine im ersten Kindesalter beginnende und vier Jahrzehnte hindurch bestehende schwere, zerebellare Ataxie bei beiderseitigem Fehlen der Patellar- und Achillesreflexe, Sprachstörung ohne sensorischen Abweichungen. Bei der Sektion war das Kleinhirn stark atrophisch, bei der histologischen Untersuchung fehlten die Purkinje-Zellen vollkommen, das Str. granulosum und das Olivensystem waren bilateral-symmetrisch degeneriert. Im Rückenmark war keine Strangdegeneration vorhanden. Das Fehlen der Reflexe wird durch die sich auf das lumbosakrale Segment des Rückenmarkes erstreckende diplomyelitische Missbildung erklärt. In seinem Falle liegt eine durch das entwicklungsgeschichtlich und embryologisch bestimmte Keimblattsystem und durch Segmentwahl charakterisierte degenerative Veränderung vor, und obwohl in der Ätiologie die Heredofamiliarität nicht nachweisbar ist, sei sie nach der Deutung von *Schaffer* als endogen zu charakterisieren.

Sitzung am 20. Dezember 1929.

T. Wirkmann: *Gleichzeitige Besserung des Blutbildes und der neurologischen Symptome bei mit Leberdiät behandelter perniziöser Anämie.* Die seit einem Jahr bestehenden Klagen der 46jährigen Frau sind: Extremitätenschwäche, Zungen- und Extremitätenanästhesien, Ataxie, Harnentleerungsbeschwerden. Als Nebensymptome, die auf die Läsion der Pyramidenhinterstrang- und spinozerebellaren Bahnen verweisen, wurde hyperchrome Anämie mit Aniso-Poikilozytose und Polychromasie gefunden. Das Probefrühstück ergab gastrische Achylie, die Zunge *Hunter'sche* Glossitis. Auf Leberdiät besserten sich stufenweise sowohl das Blutbild, wie auch die neurologischen Symptome und nach acht Wochen konnte die Kranke praktisch als geheilt betrachtet werden. Die Leberbehandlung dauert nun seit acht Monaten an, und die Kranke ist sowohl nach dem Blutbild, wie auch im Nerven-

system frei von pathologischen Symptomen. In der Literatur wurde die auf Leberdiät erzielte Besserung der neurologischen Symptome nur in wenigen Fällen beobachtet.

H. Richter. Von der Durchführung der Lumbalpunktion wurde mit Rücksicht auf den schweren Zustand der Kranken, wie auch deshalb Abstand genommen, weil keinerlei Anhaltspunkt für die Annahme einerluetischen Nervenerkrankung vorlag und die Diagnose der Perniciosa durch das Vorhandensein aller klassischen Symptome gesichert war. Er verweist auf die neuesten Ergebnisse deutscher Autoren, wonach ausser den bekannten funikulären Myelossen, in den peripherischen Nerven schwere Degenerationen nachgewiesen wurden, wahrscheinlich haben diese die Zungensymptome und die sekretorischen Magenstörungen ausgelöst. Die Stoffwechselstörungen haben ihren Ursprung in der direkten Läsion der Stoffwechselzentren im Mittelhirn. Die Forscher nehmen an, dass die unbekannte Krankheitsursache eine neurotoxische und hämotoxische Wirkung ausübt, diese sind von einander bis zu einem gewissen Grade unabhängig. Ein Beweis hiefür ist, dass sie auf Leberbehandlung oft keinerlei Veränderungen zeigen.

K. Schaffer ist der Ansicht, daß bei der Anaemia perniciosa nicht zweierlei toxische Substanzen (Haemo- und Neurotoxicum) figurieren, sondern nur eine, das Haemotoxicum, welches infolge seiner neurotrophen Wirkung spinale und zerebrale Gewebsveränderungen herbeiführt.

E. Zalka: Die hier demonstrierte Anämie kann nicht auf Syphilis zurückgeführt werden. Büchler gegenüber führt er aus, daß von einem Bankerott der Lebertherapie keine Rede sein kann, weil bisher viele hundert Fälle behandelt wurden, die keine Remission, sondern eine lange Zeit andauernde Besserung aufweisen, die allem Anschein nach als Heilung betrachtet werden kann. Nach den amerikanischen Autoren sind solche Anämien, die auf Lebertherapie nicht reagieren, gar nicht als Perniciosa zu betrachten. Bei anderen Anämieformen ist die Wirkung der Leber oft verschwindend gering, aus einer schlecht angewendeten Therapie aber könne man nicht auf deren Bankerott folgern. Die bei perniziöser Anämie zustandekommenden Veränderungen braucht man nicht auf ein spezielles Neurotoxicum zurückzuführen, weil solche Veränderungen nicht nur bei der Perniciosa, sondern auch bei anderen schweren Anämien (z. B. Carcinoma) vorkommen.

A. v. Sarbó ist *Büchler* gegenüber der Ansicht, dass im vorliegenden Falle durch Liquoruntersuchung keinerlei Aufklärung gewonnen worden wäre, und dass diese infolge der Schwäche der Kranken eine gewisse Gefahr involviert hätte. Das Blutbild hat die Diagnose entschieden und das einzig richtige Vorgehen war die sofort eingeleitete Leberbehandlung, was auch das erzielte Resultat bestätigte. Im vorliegenden Falle ist die wesentliche Besserung der neurologischen Symptome hervorzuheben, was er dem Umstand zuschreibt, dass die Veränderungen vielleicht nur erst primitiv waren und noch nicht zu Faserdegenerationen führten.

I. Kunos: Für die auffallende Besserung des demonstrierten Falles war vielleicht nicht die Lebertherapie, sondern die Wirkung der Salzsäure-Pepsinbehandlung massgebend.

K. Minich schreibt die bei der perniziösen Anämie beobach-

teten Veränderungen im Nervensystem ausschliesslich der Änderung der strukturellen Blutzusammensetzung, also einer hämotoxischen Wirkung zu. Dies sei um so mehr anzunehmen, weil bei solchen anämischen Erkrankungen in bekannter Weise nicht nur auf dem Gebiet des Nervensystems, sondern auch im Organismus solche Veränderungen zustande kommen, die durch hämotoxische Wirkung erklärt werden können (eine solche ist die in der Herzmuskulatur auftretende inselförmige, fettige Degeneration).

T. Wirkmann: Von einer luetischen Anämie konnte in seinem Falle keine Rede sein, weil die Wassermannreaktion im Blut negativ war. Gegen die Annahme einer Tabes spricht das Vorhandensein der Pupillar- und sonstigen Reflexe, sowie die prompte Wirkung der Lebertherapie. Die Kranke erhielt auch salzsäures Pepsin und Arseninjektionen, doch war das erstgenannte Medikament separat verabreicht unwirksam, das Letztere aber erhielt sie nach einer wesentlichen Besserung ihres Zustandes.

L. Meduna: *Atypischer Tabesfall.* In diesem Fall sicherten das Fehlen der Knie- und Achillesreflexe, gastrische Krisen und positiver Liquorbefund die Diagnose der Tabes. Die vollkommene Unversehrtheit der Pupillen und deren gute Lichtreaktion bildet eine solche Atypie, die wir in ungefähr zwei bis vier Prozent der Fälle sehen.

K. Minich: *An Sinusthrombose sich anschliessende Gehirnveränderungen.* Bei dem einjährigen Mädchen konnte bis zur Mitte des achten Monates keinerlei Abnormität beobachtet werden. Im erwähnten Zeitpunkt fiel es aus 1 $\frac{1}{2}$ Meter Höhe herunter, verlor das Bewusstsein, erbrach, die Hautoberfläche zeigte einen bläulichen Ton, weshalb es in die Kinderabteilung des neuen St. Johannes-Spitals gebracht wurde. Hier wurden bei dem bewusstlosen Kinde in den ersten 24 Stunden vier, sich auf den ganzen Körper erstreckende, aber hauptsächlich auf der rechten Körperhälfte intensiv auftretende klonische Krampfanfälle beobachtet. Am zweiten Tag kehrte das Bewusstsein des Kindes zurück, das Sehvermögen war hergestellt, aber die rechte Körperhälfte war bei gleichzeitig vorhandenen klonischen Zuckungen gelähmt. Die Eiweissreaktion des unter hohem Druck entleerten wasserklaren Liquors ergab ein negatives Resultat. Am sechsten Tag der Behandlung zeigten sich auch an der linken unteren Extremität Zuckungen. Die Enkephalographie hatte gleichfalls ein negatives Ergebnis. Das Kind ist dauernd schläfrige. Die Blutuntersuchung ergab 10,600 Leukozyten und im Liquor erhöhte sich die Zahl der Zellen von 10 auf 48. Die Eiweissreaktionen blieben negativ. Bei stufenweiser Besserung des Zustandes wurde das Kind nach sechs Wochen heimbefördert. Abermalige Aufnahme nach 20 Tagen. Nun sind beide Augen der Kranken nach links gerichtet, die linke Pupille ist erweitert, die Extremitäten sind spastisch, die Reflexe gesteigert. Sieben Wochen später eine folliculäre Angina, der sich eine Mittelohrentzündung und Meningitis anschliessen. Als Todesursache

waren linke Mittelohrentzündung und eitrige Leptomeningitis feststellbar. Ferner ist auf beiden Seiten im Bereich des Schläfenlappens im Gebiet der vorderen Zentral- und der oberen Schläfenwindung auf der konvexen Oberfläche der Hemisphären unter der auffallend dünnen Pia, keine Rindsubstanz sichtbar, an deren Stelle findet sich eine zerfließende weiche weisse Masse, die ohne scharfe Grenze in die unversehrt gebliebene zentrale weisse Substanz übergeht. In den basalen Gehirnzentren und im Gehirn ist übrigens keine Veränderung zu finden. Die Schädelknochen sind unversehrt. Der Sinus sagittalis wurde nicht untersucht. Als Ursache der Veränderungen nimmt er thrombotischen Infarkt des Sinus sagittalis auf traumatischer Grundlage an und erklärt dessen Zustandekommen derart, dass die Thrombose sich auf die Venen der Pia fortsetzte, so dass im ganzen Versorgungsgebiet der mittleren Hirnarterie eine Nekrose des Gehirngewebes eingetreten ist.

I. Bézi: Bei Untersuchungen die er in Fällen von primärer Thrombose des Sinus sagittalis durchführte, sah er manchmal Anzeichen der Organisation. In einem Kontrollfall beobachtete er auf der Intima des Sinus in der Längsrichtung eine wallförmige Verdickung. Aus dieser könnte man an eine geheilte zirkumskripte Thrombose denken. Im vorliegenden Fall fehlt jedoch die Untersuchung des Sinus sagittalis, in den vorhandenen oberen Gehirnvenen findet sich kein Verschluss, an Stelle der umfangreichen Atrophie der Gehirnsubstanz ist kein Blutfarbstoff vorhanden, weshalb man daran denken könnte, dass die Gehirnveränderung eine angeborene ist, oder eventuell mit dem Geburtstrauma zusammenhängt.

K. Schaffer glaubt, dass im demonstrierten Fall an einen spät-fötalen Prozess zu denken ist.

K. Minich: Die im Verlauf von Infektionskrankheiten auftretenden Sinusthrombosen zeigen einen ausgesprochen marantischen Ursprung. Die Sinusthrombose löst nur dann Gehirnveränderungen aus, wenn sie einen obturierenden Charakter hat und sich auf ein weiteres Gebiet des Sinus erstreckt. Einem Geburtstrauma könne man deshalb keine Rolle zuschreiben, weil der Säugling bis zum achten Monat gesund war. Die Resorption könne im Säuglingsalter rascher vor sich gehen als bei Erwachsenen. Die Nekrose könne übrigens nicht nur im Anschluss an Blutungen, sondern auch als weisse Erweichung auftreten. Eine mikroskopische Untersuchung hat bisher nicht stattgefunden, es ist möglich, dass diese Blutfarbstoffschollen nachweisen wird.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen
Universitäts-gesellschaft am 25. November 1929.

R. Blaskó und A. Hank: *Unter eigenartigen Umständen angelegter Pneumothorax.* Die Demonstranten haben an dem vorgeführten Kranken nach doppelseitigen, sukzessive ange-

legten Pneumothorax und linksseitiger Phrenikus-Exairese einen neuen dritten Pneumothorax auf der rechten Seite angelegt. Dieser Fall bestätigt die allgemein akzeptierte These, dass in einer jeden Zweifel ausschliessenden Weise nur durch den Füllungsversuch entschieden werden kann, ob der Brustfellraum frei ist oder nicht. Der Kranke hat vorher wiederholt rechts an Lungenfellentzündung gelitten und der Füllungsversuch ist gleichfalls rechts nach dem vor anderthalb Jahren fünf Monate hindurch fortgesetzten, dann eingestellten und verschwundenen Pneumothorax in vollem Masse gelungen. (Demonstrierung von Röntgenbildern.) Der Kranke hat den Eingriff glatt überstanden und es gelang, in seinem Zustand eine anfängliche Besserung zu erzielen.

J. Szekér: *a) Ungewöhnlich grosser Rhinolith.* Der Vortragende demonstriert einen $9\frac{1}{2}$ g schweren Rhinolith, der aus dem linken Nasengang eines 39jährigen Mannes entfernt wurde. Der Nasenstein war bereits in seinem 21. Lebensjahr vorhanden und er wurde deshalb für den Militärdienst untauglich.

b) Geheilte Fall einer vom Ohr ausgehenden Sinus transversus-sigmoideus-Vena jugularis interna Thrombose mit ausgedehntem extraduralen Abszess. Bei dem 25jährigen Kranken operierte er wegen der vom Ohr ausgehenden Sinus-Thrombose und des sich dieser anschliessenden umfangreichen extraduralen Abszesses sechsmal. Er schlitzte den Sinus sigmoideus und den Sinus transversus auf, gelangte sogar auch in den Sinus transversus der anderen Seite. Er war gezwungen den Bulbus venae jugularis zu operieren und entfernte gleichzeitig die obere Partie der unterbundenen Vena jugularis. Er legte die Dura der mittleren und hinteren Skala in 17 cm Länge und 6 cm Breite frei und es gelang später, diese vollkommen zu bedecken. Der Kranke wurde nach einer Behandlung von zwei Monaten vollkommen geheilt.

L. Fodor betont gleichfalls das seltene Vorkommen von Rhinolithen. In seiner 25jährigen Praxis sah er nur zwei Fälle u. zw. in den ersten drei Jahren, seit 22 Jahren aber keinen einzigen. Er demonstriert einen derselben, in diesem ist der Fremdkörper sehr gut wahrnehmbar (Erbse); diese war 12 Jahre lang in der Nasenhöhle. Er demonstriert ferner einen Knopf, dieser wurde in 16 Jahren von verhältnismässig wenig anorganischen Salzen eingehüllt. Im Anschluss an die Ausräumung des Bulbus erwähnt er, dass er in seinen mehr als 100 Sinusphlebitis-Fällen diese Operation nur dreimal *lege artis* durchführte. Er operiert nach der Methode von *Tandler*. Er betont, dass dieser Eingriff derzeit nur im äussersten Fall in Anspruch genommen wird und im grössten Teil der Fälle zu vermeiden ist. In der Kinderklinik hatte er während des fünfjährigen Bestandes derselben z. B. 12 an Sinusphlebitis leidende Patienten — unter diesen überaus schwere Fälle — mit zwei Exitus. (Beide Fälle waren schon bei ihrer Einlieferung unrettbar: 1. Thrombose der Vena jugularis, Periphlebitis,

Mediastinitis. 2. Chronische Nephritis, Urämie.) Sämtliche chirurgisch noch behandelbaren 10 Patienten wurden durch 1—4 Operationen geheilt. Die Bulbusausräumung wurde in keinem einzigen Fall notwendig.

E. Neuber: *Chirurgie der Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren.* Er referiert über das dreijährige Material der Pécsér chirurgischen Klinik von perforierten Magen- und Duodenalgeschwüren. Er prüft die erzielten Resultate vom Gesichtspunkt der Lebenserhaltung und der späteren Geschwürsheilung. Die postoperative Mortalität beträgt 19·5%, was im Vergleich mit der Weltliteratur als günstig bezeichnet werden kann. Vom Gesichtspunkt der späteren Geschwürsheilung hält er jedoch die Ergebnisse nach der einfachen Geschwürsnaht und der Gastro-Enteroanastomose für ungünstig. Bei nahezu sämtlichen nachgeprüften Kranken gibt es zahlreiche Klagen. Günstige Resultate ergab nur die Resektion. Er hat zwei primäre und fünf sekundäre Resektionen durchgeführt.

J. Ángyán: Die grosse Zahl der Ulkusperforationen hängt mit der Häufigkeit der Ulkuskrankheiten zusammen. Es widerspricht keiner theoretischen Auffassung, wenn wir als herbeiführende Ursache des Ulkus neben den Nährschäden auch an den Zusammenhang mit Infektionskrankheiten denken, die den Magen-Darmtrakt schädigen und die seit dem Krieg eine so grosse Rolle spielen. Perforationen kommen natürlich häufig bei unrichtiger Diät der Ulkuskranken vor, eben deshalb sei die Behandlung des Ulkus, sowie die Vorbeugung von Komplikationen und der Perforation die Aufgabe der inneren Therapie. Für solche Kranke hält er die Anstaltbehandlung, Erziehung und ihre systematische Kontrolle notwendig und er hat auch im Sozialversicherungsinstitut die Organisierung solcher präventiven Einrichtungen beantragt. Die operative Gastroenterostomie wurde von den Internisten schon längst verworfen und sie liessen nur auf Grund von absoluten Indikationen: Blutung, Stenose und Perforation operieren. Die von *Neuber* mit hervorragender Technik durchgeführte Magenresektion und deren überzeugendes, schönes Resultat ermutigt den Redner, seinen reservierten Standpunkt bezüglich der, der internen Behandlung trotzenden, häufig rezidivierenden Ulkusleiden zu verlassen und mit ihm zu kollaborieren. Er erwähnt jedoch einen Fall, wo anderwärts eine umfangreiche Magenresektion durchgeführt wurde und der nun neuerlich mit einer Magenblutung und Geschwür in Beobachtung steht. Er kann daher auch diese Methode der chirurgischen Behandlung nicht als restlose Lösung der Ulkuskrankheit betrachten.

E. Neuber dankt für die wertvollen, zahlreiche Gesichtspunkte umfassenden Bemerkungen. Was die Magenresektion betrifft, will er nur bemerken, dass auch diese Operationsmethode unvollkommene Resultate geben kann, denn nur wenige unserer Behandlungsmethoden sichern einen hundertprozentigen Erfolg. Für die chirurgische Behandlung des Magengeschwürs sei jedoch seiner Ansicht nach die Resektion das vollkommenste und den besten Erfolg sichernde Verfahren.

NACHRICHTEN.

Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung. Der Professor für Pathologie an der Freiburger Universität Prof. *L. Aschoff* hält am 15. April d. J., Dienstag, nachmittags 6 Uhr im Lehrsaal der Universitätsaugenklinik (VIII., Mária-utca 39) unter dem Titel: „Zum Ikterus-Problem“ einen Fortbildungsvortrag für Ärzte. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung ladet hiemit die Ärztinnen und Ärzte zu diesem Vortrag ein.

Internationale Liga zur Trachomabekämpfung. Die anlässlich des XIII. internationalen Kongresses der Augenärzte gebildete Liga zur Trachomabekämpfung wird ihre erste Sitzung am 26. Juli unter Vorsitz des Universitätsprofessors Dr. *Emil Grosz* in *Genf* halten. Zur Teilnahme haben bisher die ophthalmologischen Gesellschaften aus 27 Staaten 50 Delegierte angemeldet. Die hygienische Kommission des Völkerbundes unterbreitet aus ihrer im laufenden Monat stattgehabten Sitzung dem Völkerbundsrat den Vorschlag, die Trachomabekämpfung der Unterstützung der Mitgliederstaaten zu empfehlen.

Hippokrates, Zeitschrift für Einheitsbestrebungen der Gegenwartsmédecin, Herausgeber: Prof. Dr. *Georg Honigmann* Hippokrates-Verlag Stuttgart und Leipzig. Die vorliegende Nummer dieser, die Forschungsergebnisse der Gelehrten aller Nationen veröffentlichenden medizinischen Zeitschrift beschäftigt sich mit dem *Krebsproblem*, das von den verschiedensten Seiten beleuchtet wird. *J. Aebly* (Zürich) und *S. Peller* (Wien) erörtern die Schwächen der bisherigen Krebsstatistik und stellen die Forderung einer neuen, weitere Gesichtspunkte umfassenden Statistik auf. *I. E. Barker* (London) betont in seinen Darlegungen den Einfluss der Zivilisation auf die Entstehung des Leidens. *K. Baïsch*, der Stuttgarter Gynäkologe, *W. Kulenkampff*, der Zwickauer Chirurg, *E. Liek* (Danzig) und *K. Blond* (Wien) beleuchten Einzelfragen der Krebsbehandlung. Die allgemein biologisch-pathologischen Probleme des Leidens werden von *G. Herxheimer* (Wiesbaden), *H. Müller* (Mainz), *A. Lumière* (Lyon), *E. Freund* (Wien) und *A. Becker* (Frankfurt a. M.) erörtert. *E. Schlegel* (Linda) behandelt die Frage der homeopathischen Arzneibehandlung des Krebses. Das Heft bietet Einsicht in die Wege der modernen Forschung zur Klärung des die ganze Menschheit interessierenden Problems der Entstehung und Behandlung der bösartigen Geschwülste.

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.