

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden.

Inseratenannahme durch alle Annoncenexpeditionen und durch den Verlag. Bezugspreis: 26 Pengő. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengő.

Kurhaus Semmering

Herrlicher Frühjahrs-
und Herbstaufenthalt.

**Pauschalpreis
3 Mahlzeiten
ab 18 Pengő.**

Phys.-diät. Höhenkuranstalt, 1000 m ü. d. M., zwei Stunden Bahnfahrt von Wien. — Alle modernen Kurbehelfe. — Chefarzt: Obermed.-Rat *Dr. Franz Hansy*. — Alles Nähere durch Prospekte.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

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

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 10. Januar 1931.

G. Schey und G. Erös: *Osteogenesis imperfecta*. Demonstration einer ungewöhnlichen Frühgeburt. Die Gravidität der 21jährigen, gesunden, zum erstenmal graviden Frau war bis zum VI. Monat normal, zu Beginn des VII. Monates traten in wenigen Tagen an den Unterschenkeln, Händen und im Gesicht umfangreiche Ödeme auf. Gleichzeitig Vermehrung des Fruchtwassers, Urin normal, Blutdruck 110 Hg. Mm. Nach Liegekur und Diät kein Rückgang der Ödeme. Die Herztöne der Frucht gut wahrnehmbar, nach zwei Wochen springt die Blase und es wird auffallend viel Fruchtwasser entleert. Nach ungefähr 24 stündigen Zuwarten sind wir bestrebt, durch Darreichung von kleinen Thymophysindosen die Geburt einzuleiten, aber erfolglos. Nach 12 Stunden abermals Thymophysin. Nach der fünften Injektion Riss des Schädels bei der ersten Presswehe und aus der Scheide spritzt das Gehirn der Frucht. Sodann nach wenigen Presswehen Geburt einer mazerierten Frucht. Der Schädel war leer, die Knochen nicht entwickelt. Der Schädel ist mit dem Rumpf nur durch eine kleine Hautbrücke verbunden. Der Unterleib war gesprungen und durch den Riss hingen Leber und Därme heraus. Die Nabelschnur fiel in zwei Stücken heraus. Unmittelbar nach der Geburt der Frucht floss ein Teil der nahezu vollkommen zerfallenen Plazenta aus der Scheide. Die übrigen Partien der umfangreichen Plazenta

konnten nur mit stumpfer Kurette und Uterusspülungen entfernt werden. Das Wochenbett verlief glatt, die Ödeme verschwanden nach drei Tagen vollkommen. Die Frau ist seither ganz gesund. Wassermann negativ. In der Anamnese ist auffallend, dass bei der mütterlichen Tante der Frau im Wochenbett eine Psychose auftrat, sie ist seither unzurechnungsfähig und zur Zeit bereits 62 Jahre alt. Eine zweite Schwester der Mutter begang in einer Irrenanstalt Suizid im Alter von 21 Jahren, der Bruder der Mutter ist tabetisch. Von väterlicher Seite hat ein Bruder ebenfalls Suizid begangen. Bei der pathologisch-anatomischen und histopathologischen Untersuchung der Frucht wurden für die Osteogenesis imperfecta charakteristische und ungewöhnlich hochgradige Knochenveränderungen konstatiert. Von den Schädelknochen sind nur das Os ethmoidale, der Körper des Os sphenoidale und die beiden Squama occipitalis knorpelig entwickelt, an Stelle der übrigen Schädelknochen findet sich Bindegewebe. An den Extremitätenknochen, die rudimentär entwickelt sind und die charakteristischen Verbiegungen, Kallusbildungen und Frakturen aufweisen, finden sich histologisch sehr mangelhafte Knochenbildungen, gesteigerte Resorption bei ungestörter Knorpelvorbereitung und Kalkablagerung. Auch in den inneren Sekretionsorganen wurden Veränderungen gefunden: Zeichen vorgeschrittener Reife in der Schilddrüse, in den Nebennieren, Testes und Thymus, ferner massenhafte Kalkablagerungen in der Hypophyse. Diese Veränderungen der innersekretorischen Organe, die mit Ausnahme der demonstrierten Hypophysenveränderung bei Osteogenesis imperfecta auch von anderen Autoren beobachtet wurden, seien beachtenswert.

I. Kopits: In einem seiner Fälle war der Prozess auf die Schienbeine lokalisiert, die gekrümmt waren. Es gelang durch keilförmige Osteotomie die Verkrümmungen auszurichten und ein Jahr nach der Operation zeigte das Röntgenbild vollkommene Heilung des Prozesses. Aus der histologischen Untersuchung der entfernten Knochenkeile stellte er die Diagnose Osteogenesis imperfecta tarda, obwohl in der Anamnese nur eine Spontanfraktur figurierte. Zwischen dem vom Vortragenden demonstrierten schweren und seinem eigenen leichten Fall von Osteogenesis imperfecta congenita kommt eine ganze Skala der mehr-minder schweren Fälle vor, deren gemeinsames anatomisches Substrat die mangelhafte Funktion der Osteoblasten bildet. Wahrscheinlich figurieren viele ähnliche Fälle als Rachitis und unter anderen irrigen Diagnosen.

B. Steiner beschäftigt sich mit der Differenzialdiagnose der Osteogenesis imperfecta und der Rachitis gravis und verweist darauf, dass ausnahmsweise auch bei Rachitis Totalfrakturen vorkommen. Bei gemeinsamen Auftreten der beiden Leiden kann selbst nach Heilung der Rachitis die für Osteogenesis imperfecta charakteristische Kohlehydratstoffwechselstörung nachgewiesen werden, wogegen, wenn die Ursache der Frakturen nur Rachitis war, nach Heilung derselben die Kohlehydratassimilation normale Werte zeigt.

G. Erös hält auf Grund des histologischen Bildes den Fall von *Kopits* gleichfalls für eine Spätform von *Osteogenesis imperfecta*.

F. Gál: *Mikrokephale Frucht nach Röntgenbestrahlung während der Schwangerschaft.* Er demonstriert ein fünf Wochen altes Kind, dessen Mutter in der ersten Schwangerschaftshälfte im Ausland auf Grund einer falschen Diagnose therapeutisch einer Röntgenbestrahlung unterzogen wurde. Das Kind ist ausgetragen, jedoch auffallend klein und mikrokephal. Der Fall zeigt, dass intensive Bestrahlungen während der Schwangerschaft zu meiden sind.

O. Mansfield referiert über einen ähnlichen Fall, wo im fünften Schwangerschaftsmonat der gravide Uterus als Geschwulst angesehen wurde und fünf therapeutische Dosen erhielt. Das Kind erlitt eigenartigerweise keine Schädigung, wurde seither wiederholt kontrolliert und entwickelt sich gut. Das ist jedoch eine Ausnahme und wahrscheinlich waren die verabreichten Dosen gering. Die Frage ist, ob es zulässig ist, im geschlechtsreifen Alter befindliche Frauen bis zur temporären Kastration zu bestrahlen, wo die Gefahr vorliegt, dass aus einem später reifenden und befruchteten Ei eine Missgeburt geboren wird. Die Frage sei schon deshalb schwer zu klären, weil auf Grund von Tierversuchen auch die Möglichkeit vorliegt, dass die Degeneration erst in späteren Generationen zu Tage tritt. Eben deshalb sei das Verfahren sehr riskant, und er wendet es nur bei Adnextuberkulose an.

N. Ratkóczy: In gut geleiteten Röntgenanstalten wird die Bestrahlung niemals vom Röntgenarzt, sondern vom Facharzt indiziert, der die Kranken zugewiesen hat. Die Bestrahlung des schwangeren Uterus ist für die Frucht nur dann schädlich, wenn diese ein gewisses Minimalquantum übersteigt. Das kann nur bei zu therapeutischen Zwecken verabreichten Bestrahlungen vorkommen. Die in die Tiefe gelangende Menge der zu diagnostischen Zwecken (Durchleuchtung, Aufnahme) durchgeführten Bestrahlung bedeutet für die Frucht keine Gefahr.

G. Schey: In Fällen, wo bei Genitalentzündungen die konservative Behandlung erfolglos bleibt, empfiehlt er vor der Radikalooperation den Versuch der temporären Kastration. Redner hat diese in sieben Fällen mit vollem Erfolg durchgeführt, es wurden Frauen im Alter von 39, 34, 31, 30 und 23 Jahren bestrahlt.

D. Deutsch: Auf Einwirkung der Röntgenstrahlen erleidet die Erbmasse des Keimes solche Veränderungen, die in den Nachkommen Mutationen herbeiführen können. Solche Mutationen zeigen sich oft erst nach mehreren Generationen.

F. Gál, Schlusswort.

L. v. Pap: *Die Zirkulationsgeschwindigkeit bei den sogenannten rheumatischen Erkrankungen.* Zum Studium der peripherischen Blutzirkulationsgeschwindigkeit ist die Methode der Blutgasanalyse am zweckmässigsten. Je rascher das arterielle Blut in die Venen gelangt, umso weniger wird es verändert. Bei langsamer Strömung verliert das Blut in den Kapillarzonen mehr Oxygen und belädt sich mit mehr Kohlensäure. Die Oxyhämoglobindifferenz des arteriellen und venösen Blutes kann immer als Mass der peripheren

Zirkulationsgeschwindigkeit angenommen werden. Die Fehlerquellen können bei Beachtung der entsprechenden Kautelen (geistige und körperliche Ruhe, Punction in der gleichen Haltung, zur gleichen Zeit, bei der gleichen Temperatur auf nüchternen Magen) ausgeschaltet werden. Das arterielle Blut ist immer einheitlich und optimal mit Oxygen gesättigt (94—96%). Niedrigere Werte beobachtete er nur bei umfangreichen Lungenaffektionen, Emphysem, Infarkt und Pneumonie. Der Oxygengehalt des venösen Blutes kann sehr verschieden sein. Als Normalwert kann betrachtet werden, wenn in den Venen das Oxygen 60—70% der Gesamtkapazität ausmacht. Es gibt in den Venen auch weit grössere und niedrigere Oxyhämoglobinwerte. In dieser Variation gelangt die Differenz der Zirkulationsgeschwindigkeit zum Ausdruck. Je nach den Oxygendifferenzen stellen wir dann fest, dass die Zirkulationsgeschwindigkeit in der Peripherie rascher oder langsamer als die normale ist. Die Blutzirkulationsgeschwindigkeit ist eine Funktion der Herzarbeit, des Zustandes der Blutgefässe, der peripherischen Widerstände, des Oxygenhungers der Zellen und der Blutzusammensetzung. Diese Feststellung erklärt auch die Bedeutung der Frage der Zirkulationsgeschwindigkeit. Von den 100 untersuchten rheumatischen Kranken litten 41 an Arthritis, 22 an Arthritis deformans, 22 an Myalgien und 7 an diffusen Rheumatitiden. In den 100 Fällen fand er 26-mal normale, 42-mal beschleunigte, 23-mal langsamere und 9-mal in rascher Folge wechselnde labile Zirkulation. Ganz allgemein schematisiert war die Zirkulation bei Polyarthriti infectiosa beschleunigt, bei Arthritis deformans normal, bei Myalgien oft auffallend verlangsamt, bei Neuralgien, besonders aber Polyalgien labil. Die Beschleunigung der Zirkulationsgeschwindigkeit bei Arthritiden ist eine Schutzfunktion des Organismus mit der Aufgabe der Kompensation der Anämie durch Lieferung grösserer und frischer Blutmengen. Die beschleunigte Zirkulation bedeutet für Herz- und Gefässsystem eine übermässige Beanspruchung. Nach seinen Untersuchungen sollten die praktischen und die Badeärzte auf das Gefässsystem und auf die Entlastung des Herzens bei „geheilten“ Arthritiden anlässlich der Nachbehandlung eine grössere Sorgfalt verwenden. Die bei Arthrosen beobachteten Zirkulationsstörungen werden vom Organismus gut kompensiert, indem im Armblut der Oxyhämoglobinwert gewöhnlich normal ist. Die bei Spasmophilie beobachtete Zirkulationsverlangsamung ist ein Zeichen der Spasmophilie des Organismus. Die in zahlreichen als rheumatisch betrachteten Fällen beobachtete labile Zirkulation hat er bei den Vasoneurosen bereits beschrieben. Der Zusammenhang dieser Erkrankung mit der Neuropathie und der objektive Nachweis dieses Zusammenhanges sei vom diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkt wichtig.

Solche Schmerzzustände können als Psychalgien oft nur psychotherapeutisch behandelt werden. Er untersuchte ferner, in welcher Weise bei Monarthritiden regelmässig auf der kranken Seite die Zirkulation beschleunigt wird, oder was für asymmetrische Zirkulationsveränderungen z. B. bei einseitigen Neuralgien oder Lähmungen der Armnerven auftreten. Die Untersuchungen bieten in die Hämodynamik, ja auch in die Protoplasmadynamik der rheumatischen Erkrankungen einigen Einblick.

J. Benczur: Dieser Vortrag lässt hoffen, dass die Messung der Zirkulationsgeschwindigkeit eine Methode zur Differenzierung der wahren rheumatischen, auf Gefässkontrakturen basierenden Erkrankungen von den entzündlichen Gelenks-, Muskel- und Nervenkrankheiten bieten wird.

J. J. Vas: *Beiträge zur Epidemiologie der Hepatitis infectiosa.* In der Ambulanz der Budapester Universitätskinderklinik wird seit Kriegsende die Zunahme der Ikturusfälle beobachtet. Besonders 1921 und 1929 war das epidemische Auftreten der Ikturusfälle auffallend. Neben ausgesprochenen Ikturusfällen wurden auch sogenannte Hepatitis sine ictero-Fälle beobachtet. Das Prädilektionsalter ist das schulpflichtige Alter. Die überwiegende Mehrzahl der Erkrankungen entfiel auf die Herbst- und Wintermonate. Schon dieser Umstand allein stützt die Auffassung, dass hier nicht eine alimentäre Schädigung, sondern eine Infektionskrankheit vorliegt, die primär die Leber angreift.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 3. Dezember 1930.

P. Andor: *Rachenangina mit Agranulozytose und Lymphozytenreaktion.* Die mit Störung der Hämpoiesis einhergehenden Rachenanginen verlaufen zumeist unter dem Bilde der Angina agranulocytotica oder der Angina mit typischer Lymphozythämie. Es gibt aber Fälle, die in diese beiden Krankheitsbilder nicht eingefügt werden können. Die Angina agranulocytotica tritt lokal auf den Tonsillen, am weichen Gaumen und an den Rachengebilden als charakteristischer trockener Belag auf, und führt in die Tiefe fortschreitend zu übelriechenden nekrotischen Zerfall. Das charakteristische Blutbild des Leidens ist Leukopenie, auffallende Verminderung, oder vollkommener Mangel von granulierten Leukozyten bei ungestörter Erythrozytenbildung und Thrombozytenzahl. Die Begleitsymptome sind mässiger Ikterus, Milz- und Leberschwellung, im Harn Urobilinogen. Die Mortalität beträgt nach *Fridemann* 91·6%, nach Anderen noch mehr. Die Ätiologie und Pathogenese des Leidens ist unbekannt. Die Therapie unbe-

stimmt. Eigenbeobachtung: 8jähriges Mädchen, deren Krankheitsverlauf der Angina agranulocytotica vollkommen entspricht, und bei dem es trotz des gangraenösen Zerfalls der Tonsillen, der Gaumenbögen, der Uvula und des weichen Gaumens gelang, Heilung zu erzielen, obwohl während des Krankheitsverlaufes auch eine Rezidive beobachtet wurde. Die Kranke hatte kongenitale Lues. Als Therapie wurden angewendet: Salvarsan, Bismosalvan, Röntgenbestrahlung der Röhrenknochen, und Bluttransfusionen. Er erklärt den Erfolg damit, dass bei der Kranken die Störung der Hämopoese, also die Schädigung des Knochenmarkes nicht permanent und irreparabel war. Er folgert, dass die Störung der Blutbildung der primäre Faktor bei solchen Angina agranulocytotica ist. Das Leiden erwies sich als nicht infektiös, wahrscheinlich spielte die Lues eine Rolle bei der Störung der Blutbildung.

Bei Anginen mit atypischer Lymphozythämie ist am Rachen ein schmutziggrüner, eitrigseröser Belag sichtbar, dieser wird später leicht blutend, ulzerös, übelriechend und gangränös. Ähnliche blutende Defekte können gleichzeitig im Nasenrachenraum, am Zahnfleisch, an Zunge, Schlund, in den Därmen, Genitalien und auch auf der Haut auftreten. Die Blutuntersuchung zeigt eine aus Lymphozyten bestehende Vermehrung der Leukozyten, so dass oft kaum andere Formelemente als Lymphozyten sichtbar sind. Beobachteter Fall: 28jähriger Mann, bei dem der Prozess zur vollkommenen Erschöpfung der Blutbildung geführt hat. Unter 3200 Leukozyten sind 14% grosse Lymphozyten, 86% kleine Lymphozyten. Der Kranke starb am 9. Behandlungstag in Begleitung¹ unstillbarer parenchymatöser Blutungen aus Nase, Atmungsorganen und Verdauungstrakt. Auch dieses Krankheitsbild ist ziemlich dunkel und unerforscht. Von den Erklärungsversuchen ist der von *G. Blumer* der treffendste, wonach die infektiösen Mononukleosen als eigenartige allergische Reaktion des Organismus betrachtet werden können, wo daher der Organismus an Stelle der üblichen polymorphen, nuklearen Reaktion die Infektion mit Agranulozytose, resp. Lymphozytose beantwortet. Schliesslich betont er die diagnostische Bedeutung der Blutbilduntersuchung bei atypischen Anginen mit schweren Verlauf.

A. Torday verweist auf seinen vor 2 Jahren in der Ärztesgesellschaft demonstrierten Fall von Agranulozytose, bei dem dann noch einige Rezidiven auftraten, während welcher im Blut Leukozyten kaum zu finden waren. Nach Vereiterung der beiden Mandeln heilte der Kranke vollständig. Nach den Rezidiven dominierten im Blutbild noch lange Zeit die Lymphozyten. Ob der Organismus wegen der Intensität der Infektion mit hochgradiger Lymphozytose reagiert, oder ob das eine konstitutionelle Eigenschaft ist und das klinische Bild deshalb so schwer wird, kann nicht mit Sicherheit entschieden werden. Ausser bei bakteriellen Infektionen wurden auch nach Salvarsan-Benzolintoxikationen ein Mangel an Polynuklearen

beobachtet. Es gab auch Fälle, wo der Betreffende auf die erste Infektion mit Mono-, auf die zweite aber mit Polynukleose reagierte. Die Anschauungen differieren, ob das Pfeiffer'sche Drüsenfieber und Lymphozytenanginen identisch sind. Zur Klärung der Frage bedarf es weiterer bakteriologischer und pathologischer Untersuchungen. Auch hinsichtlich der Infektiosität sind die Anschauungen geteilt. Einzelne nehmen die Infektionsmöglichkeit von Kindern auf Erwachsene und vice versa an, beweisen das mit kleineren Schulpandemien und verweisen auf die Häufigkeit des Leidens, besonders während der Pubertät, dagegen geben andere, besonders aber *Schultz* diese Möglichkeit nicht zu.

L. Pleskó: *Suktion und Jacksonsche Laryngoskopie bei Kehlkopfdiphtherie.* 1924 wurde in Amerika, dem Geburtsland der Intubation von *Gower* und *Hardmann* die Ergänzung der Intubation durch die mit der direkten Laryngoskopie vereinigte Suktion, d. i. mit der Aussaugung des Pseudomembranen versucht. In der für Kehlkopfkroupkranke bestimmten Abteilung des St. Ladislaus-Spitals, die unter der Leitung des *Primarius Bosányi* steht, werden mit den von Prof. *Bókay* zuvorkommend überlassenen amerikanischen Originalinstrumenten seit einem Jahr einschlägige Versuche durchgeführt. Der Vortragende demonstriert das Laryngoskop von *Jackson*, die dazu gehörenden Saugröhren, sowie die Technik der Operationsmethode. Er vergleicht sodann das ältere Material von kroupösen Kranken im St. Ladislaus-Spital, die Kroupstatistiken von Prof. *Bókay*, *Szirmai* und amerikanischer Autoren mit den eigenen, 1930 erzielten Ergebnissen. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, dass die mit laryngoskopischer Suktion kombinierte Intubationsbehandlung, — bei Ausserachtlassung der deszendierenden Kroupfälle — sehr zufriedenstellende Ergebnisse liefert. Bei dem Material, das als schwer zu bezeichnen ist (von 87 Fällen, 9 deszendierende Formen) machte die Mortalität sämtlicher operierten Fälle von Kehlkopfdiphtherie 27·3% aus, bei Abrechnung der deszendierenden Formen aber nur 13%. Den Amerikanern (*Gower* und *Hardmann*) ist es gelungen, die Mortalität noch mehr herabzudrücken (8%). Solch günstige Resultate sind zum Teil deshalb erzielbar, weil die mit Suktion kombinierte Laryngoskopie in einem Teil der Fälle (23·3%) die Intubation überflüssig macht, womit auch das Intubationstrauma wegfällt.

Ein weiterer besonderer Vorteil dieser Methode ist die Vervollkommnung der Differenzialdiagnose. Die Laryngoskopie erteilt in jedem Fall Aufklärung über das Wesen, die Lokalisation und den Grad des die Kehlkopfstenose herbeiführenden pathologischen Prozesses. Auf Grund der Erfahrungen könne festgestellt werden, dass die diphtheritischen Laryngstenosen nicht nur als Folgen von Pseudomembranen auftreten können, sondern dass hiebei die entzündliche Schwellung und Infiltration des Vestibulum eine grosse Rolle spielt, also nicht nur die Verengung der Rima glottidis, sondern auch

die der Rima vestibuli. Das Verfahren ist vollkommen gefahrlos und gibt zu traumatischen Komplikationen noch weniger Anlass, als die Intubation. Es kann natürlich die Intubation nicht vollkommen ersetzen, bildet aber eine nützliche therapeutische Methode bei der Behandlung der Kehlkopfdiphtherie, mit seiner Hilfe kann ein erheblicher Rückgang der Mortalität der operierten Fälle, sowie die Vermeidung der schädlichen Folgen des Intubationstraumas erhofft werden.

J. Bókay: Die „laryngeal suctio“ wurde in den Vereinigten Staaten 1923 eingeführt und er hat sie 1928 zuerst in der europäischen Presse publiziert. Er freut sich, dass die Methode zuerst von ungarischer Seite an einem grösseren Krankenmaterial kritisch versucht wurde. Der Vorbote der „Suktion“ ist in der Intubationspraxis die von *Variot* und *Bayeux* 1896 empfohlene „*ecouvillonage*“ die in gegebenen Fällen auch heute noch verwendet wird. *Geffrier* (Orleans) hat zu diesem Zweck ein besonderes Instrument geschaffen. Die „suctio“ unterstützt vorteilhaft die Intubation, kann sie jedoch in der Mehrzahl der Fälle nicht ersetzen.

L. Laub verwendet in seiner Abteilung das Direktoskop von *Jackson*, dasselbe leistet treffliche Dienste, besonders bei der Kehlkopfuntersuchung von Kleinkindern und Säuglingen. Es hat sich auch bei der Behandlung der postdiphtherischen Kehlkopfstrikturen von Kindern als überaus geeignet erwiesen. Die Kehlkopfuntersuchung ist mit diesem Instrument nicht schwer und eben deshalb sehr geeignet, dass auch nicht Fachärzte dasselbe verwenden.

M. Paunz: Jede Errungenschaft, die bei der Diphtheriebehandlung imstande ist, die Zahl der Intubationen und Tracheotomien zu vermindern, wird vom Laryngologen mit Freude begrüsst, denn wir wissen, wie schwer die erfolgreiche Behandlung der postdiphtheritischen Kehlkopfstenosen nach Intubationen und Tracheotomien ist. Deshalb sind die vom Vortragenden referierten Resultate ermutigend und sie müssen fortgesetzt werden. Die direkte Laryngoskopie ist bei der Diphtheriediagnose auch deshalb wichtig weil ziemlich häufig Fälle vorkommen, in welchen Diphtherie diagnostiziert wird und nur die direkte Kehlkopfuntersuchung nachweist, dass ein anderes Leiden — Laryngitis hypoglottica acuta, Fremdkörper, Papillom usw. — die Ursache der Heiserkeit und Atembeschwerden ist. Die mit der Suktion erzielten Resultate ermutigen diese in der Zukunft nicht nur in den vom Referenten dargelegten, sondern auch in solchen schwereren Fällen anzuwenden, in welchen die Tracheotomie durchgeführt werden müsste. Es finden sich häufig Fälle, wo die schweren Suffokationserscheinungen durch die in der Trachea und in den Hauptbronchien gebildeten massigen, dicken Pseudomembranen verursacht werden. Diese Pseudomembranen können mit der Bronchoskopie gut beobachtet und durch Suktion, Zangen oder einfaches Auswischen leicht entfernt und derart die Kinder gerettet werden. Es sei notwendig und wünschenswert, dass die Diphtherieabteilungen auch für die Bronchoskopie eingerichtet werden.

A. Bosányi hat im St. Ladislaus-Spital die Laryngoskopie-Suktionsmethode eingeführt, und fühlt sich gewissermassen verpflichtet, auf einen Teil der in der Aussprache aufgetauchten Argumente zu reflektieren. In Betreff des von *Bókay* erwähnten erfolglosen Eingriffes bemerkt er, dass die Ursache nicht in der Methode,

sondern in der Verminderung des Wasserleitungsdruckes zu suchen ist, weshalb der Saugapparat nicht funktionierte und deshalb die gut sichtbare und lokalisierte Pseudomembrane zu mobilisieren nicht imstande war. Locker haftende Pseudomembranen finden sich sowohl im Vestibulum wie auch im Cavum inferior. Es kommt vor, dass ein Teil der Pseudomembranen sich leicht löst und abgesaugt werden kann, wogegen in der unmittelbaren Nachbarschaft immobile und zäh haftende Partien zurückbleiben. In Betreff des von *Laub* erwähnten Falles bemerkt er, dass die Fremdkörperdiagnose mit Hilfe des *Jackson* — Laryngoskops in seiner Abteilung sofort festgestellt wurde. Die Beseitigung des Fremdkörpers konnte er natürlich nicht übernehmen. Auf die Darlegung von *Paunz* will er bemerken, es sei nicht wahrscheinlich, dass das Problem des deszendierenden Kroups auf operativem Wege gelöst werden konnte. Mit der Tracheotomie und Bronchoskopie könnte man wohl eine gewisse Zahl von Bronchien reinigen, respektive aussaugen, doch blieben gewiss viel mehr solche übrig, in welche man weder mit dem Bronchoskop, noch mit dem Saugapparat eindringen kann. Die nur bis zur Bifurkation, oder eventuell etwas darüber hinaus sich erstreckenden Pseudomembranen können mit Hilfe der langen Saugröhren auch durch das Laryngoskop entfernt werden. Er betont die hervorragende diagnostische Bedeutung der direkten Laryngoskopie, von welcher er sich in zahlreichen Fällen überzeugen konnte. Eine genaue Lokalisation der Kehlkopfdiphtherie ist ohne Laryngoskopie unmöglich, mit Hilfe derselben sind jedoch sowohl diagnostische, wie auch Lokalisationsirrtümer ausgeschlossen. Ohne Laryngoskopie durchgeführte Suktion sei jedenfalls zwecklos.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

Von Dr. Wilhelm Manninger Sekretär und Dr. Georg Matolay
Schriftführer.

(Fortsetzung.)

IV. Wissenschaftliche Sitzung.

am 28. Mai 1930, vormittags.

Chirurgie des Unterleibes. (Fortsetzung.)

Stefan Pozsgay: *Invaginiertes Wurmfortsatz.* Kasuistische Demonstration.

Kamillo Vidakovits: *Kotfistel und Anus praeternaturalis.* Der Vortragende erörtert die Indikationen der Anlegung von Kotfisteln und des Anus praeternaturalis, sowie deren Technik mit Darlegung der neueren Methoden, die Technik ihrer Beseitigung mit den eventuellen Komplikationen, schliesslich die Kotfisteln nach Appendizitisoperationen. Was die Indikationen betrifft, ist man in Ungarn bei Peritonitis sehr zurückhaltend in Betreff der Frühanlage von Darmfisteln. Nach einer eingehenden Erörterung der verschiedenen technischen Metho-

den referiert er über die an der Szegeder chirurgischen Universitätsklinik operierten sieben Fälle von Anus praeternaturalis mit *Sauerbruch'schen* Hautkanal. Die Resultate sind sehr zufriedenstellend. Er konkludiert dahin, dass der Anus praeternaturalis respektive die Kotfistel sehr oft eine Lebensrettende Operation ist, die Scheu vor derselben sei nicht mehr berechtigt, weil der nach modernen Methoden angelegte Anus praeternaturalis die Kranken kaum oder gar nicht stört.

Paul Rehák: *Der Anus praeternaturalis.* In der chirurgischen Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals wurden in den letzten drei Jahren in zehn Fällen Anus sacralis und in sechzehn Fällen Anus abdominalis angelegt. Ausserdem wurden in sieben Fällen Anus abdominalis mit einer Öffnung und Hautröhrenplastik durchgeführt. Der Vortragende schildert eingehend die von Prof. *Manninger* ausgearbeitete Methode, diese hat dem Hacker-Kurtzahn-Verfahren gegenüber den Vorteil, dass der Bauchraum nur an einer Stelle zu öffnen ist und die Hautröhre eine bessere Ernährung erhält.

Ludwig Ádám: *Kotfistel und Anus praeternaturalis.* Er hatte in den letzten zehn Jahren insgesamt 114 derartige Fälle, von den 89 äusseren Fisteln waren 24 Kotfisteln und 28 Anus praeternaturalis, die operativ angelegt wurden, ferner 37 externe Kotfisteln, welche operativ geschlossen wurden. Ferner gab es 25 Fälle von internen Darmfisteln von diesen waren 14 operativ angelegt, 11 wurden geschlossen. Der Vortragende schildert sodann eingehend die von ihm befolgten Operationsmethoden.

Georg Matolay: *Die Frage des Anus sacralis und Anus iliaca-lis.* Auf Grund der Erfahrungen, die in der I. chirurgischen Klinik an 302 Kranken mit Rektumkarzinomen gewonnen wurden, hält er die abdominosakrale Methode nicht in allen Fällen für anwendbar, weil die Mortalität der abdominosakralen Operationen viel höher ist, die Ergebnisse aber sind kaum besser. Die Methode ist nur dann indiziert, wenn die obere Geschwulstgrenze nicht sicher festgestellt werden kann. Die Klinik bevorzugt die sakrale Amputation.

Karl Mészáros: *Zur Frage der nach Appendektomien auftretenden Kotfisteln.* Er fordert die sofortige Behandlung derartiger Fisteln nach ihrem Auftreten. Wenn die konservative Behandlung erfolglos bleibt, so müsse die Fistel intraperitoneal mit den diese umgebenden Narben exstirpiert werden.

Andreas Dick: *Über Appendizitiden im Anschluss an Infektionskrankheiten.* In der III. chirurgischen Klinik gelangten im Anschluss an akute Infektionskrankheiten 9 Appendizitisfälle zur Operation. Was die Indikation betrifft, soll man sich bei Grippe und Pneumonie nur dann zur Operation entschliessen, wenn schwere Appendizitis-symptome vorhanden sind. Bei Appendizitis der übrigen Infektionskrankheiten soll der mit Gefahr drohende Wurmfortsatz möglichst rasch entfernt werden.

Franz Prochnow: *Die Bedeutung der pathologischen Leukozytengranulation und des Hämogramms für die Diagnostik der akuten Appendizitis.* Der Vortragende hat die pathologische Granulation der Leukozyten in 28 akuten Appendizitisfällen untersucht. Das Fehlen der pathologischen Granulationen spricht für katarrhale, eventuell binnen 24 Stunden auftretende, phlegmonöse, resp. ulzeröse Appendizitis. Hohe Granulationsziffern (30—40) vor der

Operation zeigen eine schwere perforierte Appendizitis an. Hohe prozentuelle Ziffern verweisen auf einen Abszess, Werte von annähernd 100% sind für perforierte Appendizitis mit diffuser Peritonitis charakteristisch. Das Hämogramm ist sowohl diagnostisch, wie auch für die Prognose eine viel empfindlichere und verlässlichere Untersuchungsmethode, als die quantitative Fixierung der pathologischen Granulation.

Emil Hudacsek: *Influenza und Appendizitis.* Vortragendem gelang es aus dem Wurmfortsatzinhalt jener Appendizitisfälle, die eine Grippe überstanden hatten, den Pfeiffer-Bazillus herauszuzüchten, was die Auffassung bekräftigt, dass bei dem Entstehen vieler Appendizitisfälle, die während und nach Grippeepidemien auftreten, der Pfeiffer'sche Influenzabazillus eine bedeutende Rolle spielt.

Michael Jakob: *Die Röntgendiagnostik der Darmvaginationen.* Der Vortragende schildert jene Symptome, die nach Einführung des Kontrastmittels bei Darminvaginationen mit der Röntgendurchleuchtung zu beobachten sind.

Aladár Fischer: *Bauchwandphlegmonen.* Kasuistische Erörterung der von ihm behandelten Bauchwandphlegmonen, ihrer Ätiologie, des klinischen Bildes und der operativen Behandlung, die in der Resektion der erkrankten Darmpartie besteht.

Stefan Rosenak: *Die diagnostische zoekule Laparotomie und Fistula coecalis in der Spitalpraxis.* Bei Peritonitiden unbekanntem Ursprungs wird in der Abteilung des Prof. Hüttl der diagnostische Einschnitt in der zoekalen Gegend durchgeführt. Wird die Ursache der Symptome am Ort des Einschnittes gefunden, so wird die eventuell notwendige Radikaloperation durchgeführt.

Franz Obal: *Über subkutane Verletzungen extra- und intraperitonealer Bauchorgane.* Der Vortragende fordert, dass bei jedem Trauma des Unterleibes der Kranke entsprechend behandelt und beobachtet werde, um beim späteren Auftreten von Peritonitis-symptomen die Operation sofort durchführen zu können. Demonstrierung eines kasuistischen Falles.

Georg Gömöri: *Karzinomatöse Entartung des Magengeschwürs.* Der Vortragende demonstriert drei in der III. chirurgischen Klinik beobachtete Fälle von Ulkuskarzinom. Er fordert, dass kallöse Magengeschwüre womöglich reseziert werden sollen.

Ladislav Ziehrer: *Extrauterine Schwangerschaft.* Beschreibung des Falles, der insofern interessant war, dass das Herz des in der entfernten nussgrossen Tube sich befindlichen Embryo noch 50 Minuten lang regelmässig schlug und zirka 120 Kontraktionen in der Minute durchführte.

V. Wissenschaftliche Sitzung,

am 28. Mai 1930, vormittags.

Chirurgie der Orbita und der Nasennebenhöhle.

(Ref.: *Tibor Verebely, Josef Imre jun., Johann Schaftranek.*)

Referent **Tibor Verebely:** *Chirurgie der Orbita. II. Teil, Kasuistik.* Der Referent erörtert die statistischen Daten seines 279 Fälle umfassenden Materiales. Von diesen entfielen 54 Fälle auf orbitale verengende Prozesse. Von diesen waren 51 paraplastische Fälle (*Orbitostenosen*), in welchen

Prozesse in den Nachbarhöhlen die Orbitawand vorwölben, ohne die Periorbita zu durchbrechen. Als *Orbitoplerosis* bezeichnet er das Hervortreten der Augen infolge der Vermehrung des Orbitainhaltes. Als Ursachen figurieren Entwicklungsanomalien, Verletzungen, Entzündungen, Angiektasien und Geschwülste. Nach einer eingehenden Erörterung der bei der Diagnose zu berücksichtigenden Symptome, verweist er auf die Wichtigkeit der genauen Anamnese, der Feststellung der anatomischen Veränderungen, der funktionellen Ausfälle und der Schmerzsymptome. Sodann werden eingehend die zur Beseitigung der aufgetretenen Veränderungen (Parophthalmus, Verletzungen, Exophthalmus) erforderlichen operativen Eingriffe und die Operationstechnik erörtert.

Referent **Johann Schafranek**: *Chirurgie der Nasennebenhöhlen und der Orbita*. Der Referent erörtert die Pathologie und Klinik der Antritiden, jener Nasennebenhöhlenleiden, die am häufigsten zu orbitalen Komplikationen führen. Die orbitalen Komplikationen schliessen sich zumeist an eitrig Antritiden an und entstehen durch Entzündungen, u. zw. per continuitatem durch direktes Übergreifen der Entzündung auf die knöcherne Scheidewand, durch die fortschreitende Thrombophlebitis der perforierenden Venen, oder per discontinuitatem auf metastatischem Wege durch Verschleppung der Infektionskeime in den Blutbahnen. Ungefähr 60% der orbitalen Entzündungen können auf Nebenhöhlenentzündungen zurückgeführt werden, dagegen beträgt die Verhältniszahl von orbitalen Komplikationen, die sich tatsächlich konstatierten Nebenhöhlenentzündungen anschliessen, nach dem Referenten 1—2% der Fälle. Hinsichtlich der Art der Komplikationen können bei der Entzündung der Periorbita und der retrobulbären Weichteile unterschieden werden: die einfache Periostitis, der orbitale (subperiosteale) Abszess und die Entzündung des retrobulbären lockeren Zellgewebes, die orbitale Phlegmone. Von den rhinogenen Affektionen des Sehorgans sind die wichtigsten die Erkrankungen des N. optikus, diese finden sich am häufigsten bei der Erkrankung der hinteren Nebenhöhlen (Sin. sphenoidalis und hintere Siebzellen) und es finden sich alle Übergänge von milden, durch kollaterale Ödeme verursachten Störungen, bis zu äusserst schweren Veränderungen mit umfangreichen Nervenweichungsherden, und Atrophien. Die Feststellung der rhinogenen Genese eines Orbitalleidens erfordert oft die Inanspruchnahme sämtlicher rhinologischen diagnostischen Verfahren und Hilfsverfahren (Röntgen usw.). Vom therapeutischen Gesichtspunkt ist zu berücksichtigen, dass die chirurgischen Orbitaerkrankungen gewöhnlich an der Stelle entstehen, wo die den Prozess auslösende Eiterung bis zur Orbita gedrungen ist. Nicht nur die orbitale Erkrankung,

sondern auch das primäre Nebenhöhlenleiden müssen geheilt werden. Zumeist sind keine speziellen Operationsverfahren erforderlich, sondern es wird gleichzeitig mit der Radikaloperation der Nebenhöhlen auch die orbitale Komplikation versorgt. Nur bei schwerem Zustand und allgemeiner Hin-fälligkeit des Kranken wird ausnahmsweise vorerst die subperiostale Eröffnung des Orbitalabszesses durchgeführt, wobei die Nebenhöhlenoperation auf einen späteren Zeitpunkt verschoben wird. Die rhinologische Therapie der Neuritis retrobulbaris ist motiviert, wenn sie tatsächlich rhinogenen Ursprungs ist. Bei negativem rhinologischem Befund kann eine diagnostische Freilegung der Nebenhöhlen durchgeführt werden, wenn keine andere Ätiologie des Leidens nachweisbar ist.

Die Ektasien der Nasennebenhöhlen (Mukokele, Pyokele, Hydrops, usw.) verursachen auf mechanischem Wege orbitale Komplikationen, die Verschiebung des Orbitainhaltes, Bewegungsstörungen des Bulbus, Sehstörungen infolge Zerrung und Druck der Sehnerven und des Bulbus. Die Diagnose der Initialfälle begegnet Schwierigkeiten, ebenso auch die Differentialdiagnose zwischen Nebenhöhlen und Orbitaltumoren. Sie sind wegen ihres progressiven Wachstums zu operieren, nicht allzu grosse Mukokelen endonasal, umfangreiche Mukokelen, Pyokelen und komplizierte Fälle extranasal. Die aus den Nebenhöhlen ausgehenden Tumoren können die knöcherne Scheidewand usurieren, den Orbitainhalt dislozieren, komprimieren und destruieren. In klinischer Hinsicht sind nicht nur Sarkome und Karzinome, sondern auch Osteome, Chondrome, Fibrome usw. als maligne Tumoren zu betrachten. Oft sind auch in solchen Fällen sämtliche diagnostischen Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen, weil das den Nebenhöhleentumoren sich sekundär anschliessende Empyem das Vorhandensein des Tumors verbergen kann. Therapeutisch sind die rhinologischen Resektionsmethoden (*Denker, Moure, Preysing*) anzuwenden, im Bedarfsfall die Resektion des Oberkiefers, eventuell mit Hilfe der chirurgischen Diathermie und Kombination der letzteren mit Radiumbestrahlung. Ist auch der Orbitainhalt in den Prozess einbezogen, so ist auch die Exenteratio orbitae durchzuführen.

Aladár Camplan: *Die orbitale Phlegmone.* Nach Darlegung der Ätiologie und Klinik des Leidens schildert er die in der Klinik üblichen Operationsmethoden. Durch systematische Freilegung der Höhlen, wird der primäre Herd aufgesucht. Von 7 operierten Kranken wurden 6 geheilt, einer ist gestorben. Kasuistik der operierten Fälle.

Géza Lobmayer: *Eine neue Methode der Exophthalmusbehandlung.* Demonstration eines Falles, mit beiderseitigen hochgradigen Glotzaugen infolge Basedow, nach Exstirpation der beiderseitigen Sympathikusganglien Enophthalmus, so dass die Augen erhalten blieben.

Emerich Ollé: *Hervortreten des Auges infolge einer Schädelhöhlengeschwulst.* Kasuistische Demonstration.

Tibor Bajkay: *Die Fälle von rhinogener Neuritis retrobulbaris in der rhino- und laryngologischen Klinik.* Kasuistik.

Géza Fabinyi: *Nasenhöhlenkomplikationen der akuten Infektionskrankheiten.* Der Vortragende referiert eingehend über die Klinik und Therapie der Nasennebenhöhlenkomplikationen, die im St. Ladislaus-Spital für Infektionskranke, namentlich nach Grippe und Scharlach beobachtet wurden. Von 1970 Grippekranken, die im Jahre 1927 einer Nasen- oder Kehlkopfbehandlung bedurften, wurden 56 (2·8%), von 3423 Grippekranken im Jahre 1929 insgesamt 31 wegen Nasen- oder Kehlkopfleiden behandelt und operiert (0·9%). Wegen Nebenhöhlenerkrankungen nach Scharlach wurden im Jahre 1927 von 1175 Kranken 43 (3·8%) operiert.

Stefan Zoltán: *Operationen bei entzündlichen Nasennebenhöhlenerkrankungen.* Nach Darlegung der in der rhino-laryngologischen Universitätsklinik üblichen Operationsverfahren referiert er über 184 Fälle, die in der Klinik in den Jahren 1925—1930 wegen Nebenhöhlenentzündungen operiert wurden und führt die gewählten Operationsmethoden an.

Ladislaus Orenstein: *Nasennebenhöhlentumoren.* Bericht über die in der rhino-laryngologischen Klinik beobachteten benignen und malignen Tumoren. Von den beobachteten 16 primären Karzinomen waren 10 Fälle operabel, operiert wurden 9 Fälle, gebessert wurden drei.

Aurel Réthi: *Bösartige Nebenhöhlengeschwülste.* Nach der Erörterung der Klinik der malignen Tumoren betont er die Wichtigkeit der möglichst radikalen Operation, doch muss das Messer die Herrschaft mit der Strahlentherapie teilen. Eingehende Schilderung einiger mit Operation und Strahlentherapie behandelten Fälle.

Aladár Tóth: *Die in der rhino-laryngologischen Klinik beobachteten Fälle von Mukokele.* Kasuistik der in der Klinik beobachteten 4 Fälle von Mukokele.

Aurel Réthi: *Operierter Fall von Leontiasis ossea.* Kasuistische Demonstration.

Vidor Révész: *Röntgenuntersuchung der Schleimhäute der Nasennebenhöhlen.* Auf den normalen (mit den üblichen Methoden angefertigten) Nasennebenhöhlenaufnahmen ist die Highmoore-Höhle gewöhnlich nicht ganz frei sichtbar, da die knöchernen Teile der Schädelbasis usw. sich hineinprojizieren. Deshalb hat Mayer, Wien, eine neue Einstellungsmethode ausgearbeitet, bei welcher der Zentralstrahl die Platte in einem 45° kranial offenen Winkel trifft. Auf solchen Aufnahmen sehen wir die Highmoore-Höhlen ganz ungedeckt, klar und dem ist es zu verdanken, dass nicht nur die Veränderungen der knöchernen Wände, nicht nur Exsudate, Empyeme usw., sondern die Veränderungen der Schleimhaut selbst (Anschwellung, Polypen) sichtbar werden. In den Sinus frontales und ethmoidales werden die Schleimhautschwellungen usw. ebenfalls nachweisbar. Vortragender demonstriert viele diesbezügliche Aufnahmen.

Aussprache. Alexander Rejtó.

Gregor Magyary. Referat über die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung von 950 Nebenhöhlenerkrankungen, die in der II. chirurgischen Klinik behandelt wurden.

Ladislaus Móczár verwendet in Zysten als Kontrastmittel eine 25%-ige Lösung von Lithium jodatum. Demonstration einiger kasuistischen Fälle.

Adolf Láng: Kasuistik.

Ladislaus Koleszár: Kasuistik.

Ladislaus Móczár.

Johann Schafranek: Schlusswort.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Verleihung des Professortitels. Der Reichsverweser hat dem Budapester Spitalschefarzt, Privatdozenten Obermedizinalrat *Dr. Siegmund Ritoók* in Anerkennung seiner auf dem Gebiete der ärztlichen Bildung, des Sanitätswesens, ferner im Kreise des Ärztekörps und auf gesellschaftlichem Gebiete entfaltenen erfolgreichen Tätigkeit den Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors verliehen.

Habilitierung. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Spitalprimarius *Dr. Sebastian Szuthmáry*, unbesoldeten Universitätsassistenten, zum Privatdozenten an der Pécs-er kön. ungarischen Elisabeth-Universität für Pathologie der Haut- und Geschlechtskrankheiten genehmigend zur Kenntnis genommen und ihn in dieser Eigenschaft bestätigt.

Ungarische Ärztwoche. Die ungarischen ärztlichen Gesellschaften, welche die Vertreter der einzelnen medizinischen Fächer vereinigen, werden am 1.—7. Juni d. J. im Rahmen einer ungarischen Ärztwoche wissenschaftliche Beratungen veranstalten. Zweck dieser Zusammenkunft ist, den Vertretern der sich immer mehr spezialisierenden medizinischen Fächer Gelegenheit zur Erörterung der Grenzgebiete zu geben, ferner besonders den Provinzmitgliedern, die gezwungen sind auf mehreren Gebieten zu betätigen, die Möglichkeit zu bieten sich über sämtliche sie interessierende Fragen innerhalb kurzer Zeit zu orientieren, sich mit diesen zu beschäftigen und diese zu erörtern. Die ungarische Ärztschaft wünscht derart die übertriebene Spezialisierung zu bekämpfen. Die Veranstaltung der ungarischen Ärztwoche hat ein zu diesem Zweck entsendetes Komitee übernommen, dessen Präsident Universitätsprofessor *Baron Alexander Korányi* und dessen Generalsekretär Universitätsprofessor *Wilhelm Manninger* ist. An den wissenschaftlichen Arbeiten der ungarischen Ärztwoche nehmen folgende medizinische Körperschaften teil: Ungarische Gesellschaft der Internisten, Ungarische Psychiatrische Gesellschaft, Landesverein der ungarischen Zahnärzte, Ungarische Dermatologische Gesellschaft, Ungarische Pädiatrische Gesellschaft, Ungarische Gynäkologische Gesellschaft, Tuberkuloseverein der Ungarischen Ärzte, Ungarische Chirurgische Gesellschaft, Rheumagesellschaft der Ungarischen Ärzte, Gesellschaft der Ungarischen Augenärzte. An den diesjährigen wissenschaftlichen Beratungen der ungarischen Ärztwoche nehmen zwei der angeführten Körperschaften nicht teil: der Landesverein der ungarischen Zahnärzte, weil dieser anfangs September einen internationalen Kongress veranstaltet, der Tuberkuloseverein der Ungarischen Ärzte aber kann deshalb nicht teilnehmen, weil dieser schon vor längerer Zeit seine Tagung für den 28. Juni nach Miskolc einberufen hat.

Das Programm der wissenschaftlichen Beratungen wurde derart festgestellt, dass an den Vormittagen von 9—12 Uhr mehrere Körperschaften gemeinsame Sitzungen zur Erörterung von diese gemeinsam interessierenden Grenzgebieten veranstalten. An den Nachmittagen halten die einzelnen Körperschaften separat Parallelsitzungen. Die gemeinsamen Sitzungen finden im Festsaal der Budapesti kön. Gesellschaft der Ärzte statt, die Parallelsitzungen an den Nachmittagen aber werden in den Vortragssälen der einzelnen Kliniken abgehalten. Für die Unterbringung der aus der Provinz und aus den besetzten Gebieten erwarteten zahlreichen Mitglieder werden im Ärzteheim Zimmer zur Verfügung gestellt, wo die Ärzte wohlfeil wohnen können. Aufklärungen erteilt das Vorbereitungskomiteé der Ungarischen Ärzteschaft: Hygienische Landesanstalt, Budapest, IX., Gyáli-út 4.

I. Internationaler Stomatologenkongress. Die seit 30 Jahren bestehende Association Stomatologique Internationale (A. S. I.), welche die Spezialärzte für Zahnheilkunde aller Nationen vereinigt, hat in ihrer letzten Sitzung anlässlich des italienischen Stomatologenkongresses in Venedig in Anwesenheit der Vertreter von dreizehn Nationen *Dr. Josef Szabó* (Budapest) zum Präsidenten und *Dr. Josef Sturm* zum Generalsekretär gewählt und beschlossen, in Budapest vom 2.—7. September 1931 den I. Internationalen Stomatologenkongress zu veranstalten. Der Kongress findet unter dem Patronat des Reichsverwesers *Nikolaus v. Horthy* und unter dem Protektorat des ungarischen Ministerpräsidenten Grafen *Stefan Bethlen*, sowie der Minister Graf *Kuno Klebelsberg* und *Dr. Alexander Ernst* statt. Für den Kongress sind bereits zahlreiche Vorträge und Lichtbildvorführungen wissenschaftlichen Inhalts angemeldet. Die grosse Mitgliederzahl — an dem Kongress werden nach den bisher eingelaufenen Anmeldungen zu schliessen, voraussichtlich mehrere tausend Ärzte teilnehmen — wird den Kongress voraussichtlich sowohl wissenschaftlich, wie auch gesellschaftlich hervorragend gestalten. Anmeldungen und Anfragen in Kongressangelegenheiten sind an den Generalsekretär des Kongresses, Universitätsdozent *Dr. G. Morelli*, Budapest, Városház-ucca 14, zu richten. Das vorläufige Programm des I. Internationalen Stomatologenkongresses zählt u. a. Vorträge der Professoren Baron *Alexander v. Korányi*, *Blasius Kenyeres* und *Zoltán v. Vámosy* auf.

Gesellschaft ungarischer Hygieniker. In Budapest hat sich die Gesellschaft ungarischer Hygieniker konstituiert. Ihr gehören Fachleute an, die sich mit dem öffentlichen Gesundheitswesen berufsmässig befassen. In den Reihen der Mitglieder sind auch administrative Fachleute, Veterinäre, Ingenieure und Apotheker vertreten. Der Vorstand setzt sich zusammen aus dem Staatssekretär a. D. *Dr. Aladár Fáy* als Präsidenten, dem Universitätsprofessor *Dr. Béla Fenyvessy* und dem hauptstädtischen Oberphysikus *Dr. Elemér Csordás* als Vizepräsidenten.

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.