

# 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, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ⚡  
Gebärrabteilung. ⚡ Stillungsabteilung für Krebs-  
forschung und Hellung. Zander, Orthopädie und  
Wasserhellanstalt.**

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

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

**ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler**

**Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.**

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

# HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioaktive  
Thermalquellen.

Die vollkommensten ärztlich-technischen  
Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg  
angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden,  
Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern  
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Kom-  
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige  
Küche. Einbettiges Zimmer von 8-14  
Pengo, zweibettiges Zimmer von 14-24  
Pengo. Thermal-Wellenbad.



## 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. **CYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien  
für innere-, Stoffwechsel-  
und nervöse Erkrankungen.

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 10. Oktober 1931.

**Z. Szathmáry:** *Narcolepsia gravidarum.* Bei der 28-jährigen Gebärenden traten in der zweiten Schwangerschaftshälfte immer häufiger Schlafzustände auf, gegen Ende der Schwangerschaft schlief sie 15—20-mal ein. Auch während der Geburt trat wiederholt Schlaf auf und diese Zustände schwanden erst am 4-ten Tag des Wochenbettes. Er fand in der Literatur vier ähnliche Fälle. Als auslösende Ursache betrachtet er eine Schwangerschaftstoxikose. Nachdem sowohl bei den vier Fällen in der Literatur, wie auch in dem beobachteten Fall die Schlafzustände während der Schwangerschaft auftraten und nach Ablauf der Geburt bald verschwanden, empfiehlt er zur Differenzierung des seltenen Krankheitsbildes den Namen *Narcolepsia gravidarum.*

**A. Gaal:** *Lymphogranulomatosis inguinalis* (Durand-Nicolas-Favre-Krankheit). Er schildert das Auftreten der Krankheit in Europa nach dem Kriege, deren klinischen Verlauf

und erwähnt, dass in der neueren Literatur vier extragenitale Infektionen mitgeteilt wurden. Er beschäftigt sich sodann kurz mit den neueren therapeutischen Richtungen und betont die Wichtigkeit der *Frey-Reaktion* und der histologischen Untersuchung. Eingehend beschreibt er das charakteristische histologische Bild der Lymphdrüsen. Es gelang noch nicht, den Krankheitserreger nachzuweisen, der nach den Untersuchungen von *Anders* ein filtrierbares Virus sei. Während das Leiden bei Menschen bisher immer lokalisiert auftrat, generalisiert sich die Krankheit nach *Anders* in Kaninchen. Er referiert über den im Sommer dieses Jahres zuerst beobachteten Fall und demonstriert an Diapositiven die charakteristischen Veränderungen der Lymphdrüsen.

**G. Lobmayer:** Voriges Jahr teilte *Jaeckel* mit, dass bei der Mannschaft der Berliner Garnison 78 Fälle von Lymphogranulomatosis inguinalis vorgekommen sind. In allen grösseren chirurgischen Abteilungen wurden in der Vergangenheit Frauen mit Stricture recti beobachtet, bei denen die Untersuchung auf Lues und Gonorrhoe vollkommen negativ blieb, trotzdem wurden diese Kranken in eine dieser beiden Krankheitskategorien eingeteilt und behandelt. Wahrscheinlich wurden früher die überaus seltenen Fälle von Lymphogranulomatosis inguinalis als anorektales Syphilom, oder als Elephantiasis nostras vulvae verbucht. *Barthels* lenkte jüngst von der Küttner-Klinik unsere Aufmerksamkeit auf solche Fälle von weiblicher Stricture recti mit dunkler Ätiologie, diese ist nichts anderes, als eine bei Frauen auftretende Komplikation der L. i. Bei Männern führen die Lymphwege des Penis zu den Lymphdrüsen der Schenkelbeuge und diese anatomische Struktur erklärt das Auftreten von Bubo der Lymphdrüsen. Bei Frauen führen die Lymphwege der Vulva und des unteren Drittels der Vagina gleichfalls zu den Drüsen der Schenkelbeuge, was das Auftreten der Elephantiasis nostras erklärt. Von der oberen Vaginalpartie führen jedoch die Lymphwege zu den Gerota-schen anorectalen Knoten. Die Untersuchungen von *Sembo* haben nachgewiesen, dass das oberflächliche Lymphwegenetz über der Analöffnung sehr dicht ist. Die bei L. i. auftretende reaktive Bindegewebsproduktion, Lymphstauung und Lymphthromben erklären das Auftreten der Striktur. Dass Frauen häufiger erkranken, weist *Anschütz* nach, von dessen 15 Patienten 13 Frauen waren. Die Anlegung eines Anus praeternaturalis bringt keine Hilfe, weil der Prozess nach oben fortschreitet und mit der Zeit auch die über dem Anus praeternaturalis gelegene Partie strikturiert wird. Eine radikale Behandlung bildet nur eine umfangreiche Resektion von Rektum und Sigma. Seit den Mitteilungen von *Barthels* hatte auch Redner eine solche Patientin, wo der Prozess noch nicht fortgeschritten war. Der Fall besserte sich auf Anwendung einer Diathermie-Wärme-

sonde. Die Frau bleibt weiter in Beobachtung. Es sei richtiger vorerst die erkrankte Lymphdrüse zu beseitigen und erst dann Röntgentherapie anzuwenden, damit das Leiden nicht weiterschreitet.

**A. Gaál** betont, dass die vom Vorredner erwähnten 78 Soldaten in seine Statistik aufgenommen sind.

**B. Rihmer:** *Totale Schindung der Penishaut infolge von Trauma mit partieller Nekrose der Urethrawand. Verschluss der Urethra. Phalloplastik.* Der 48jährige Mann sprang über einen Drahtzaun, blieb hängen und ein Nagel schindete die ganze Penishaut ab und durchbohrte die Urethra. Sofortige Zystotomie. Am sechsten Tag gangränisierte die untere Urethrawand hinter der Eichel und die Urethra öffnete sich. Nach Reinigung der Wunde Urethraverschluss und Phalloplastik, indem aus dem Skrotum mit drei Querschnitten zwei Hautbrücken angefertigt wurden, die eine wurde auf den Rücken, die andere auf die untere Fläche des Penis gelegt. Nach Haftung, seitliche Durchschneidung der beiden Hautbrücken und Vereinigung der Wunde. Totale anatomische und funktionelle Heilung.

**L. Scheltz** demonstriert eine ähnliche Verletzung. Ein Zahnrad hat beim Arbeiter nicht nur die Penishaut, sondern auch das ganze Skrotum mit dem linken Boden abgerissen. Der Penis war in der ganzen Länge vollkommen abgeschunden. Nachdem keine Skrotumhaut zur Verfügung stand, legte er den Penis unter die Haut des linken, den Testikel unter die Haut des rechten Schenkels und wird den Defekt von dort ersetzen.

**K. Vajda:** *Die ärztliche Kenntnisse der Ilias und der Odyssee.* Die medizinischen Kenntnisse *Homers* sind gründlich und vielseitig. In der *Ilias* finden wir eine förmliche Feldchirurgie. Wir finden in ihr die umfassende Schilderung von nicht weniger als 147 Kriegsverletzungen. Es gibt kaum einen Körperteil, dessen Verletzung nicht sehr eingehend beschrieben würde. *Fröhlich* hat diese Verletzungen vom militärärztlichen Gesichtspunkt eingeteilt und fand, dass die Verletzungen von Rumpf, Hals und Kopf am häufigsten vorkommen, was bei den Nahkämpfen ganz natürlich ist. 77.6% dieser Verletzungen wären tödlich. Zur Blutstillung wurden zumeist verriebene Zwiebel benützt. Im XIII. Lied der *Iliade* wird auch von einem Druckverband gesprochen und in einem Fall wird die blutende Wunde der Handwurzel mit Wolle verbunden. *Homer* hatte auch von inneren Krankheiten Kenntnis, er erwähnt die Malaria, und die Seekrankheit. Die auch heute verwendeten Bezeichnungen Asthma und Aphasie stammen von ihm. Sehr eingehend behandelt er auch die Einbalsamierung. Ziemlich umfangreich sind seine gynäkologischen Kenntnisse, er weiss von der Frühgeburt, von der Übertragung der Frucht und erwähnt, dass die über 7 Monate alte Frucht lebensfähig ist. Sehr gründlich sind seine psycho-

pathologischen Kenntnisse. Er beschreibt sehr genau die Dementia praecox, er weiss, dass hervorragende Eigenschaften der Eltern sich nur ausnahmsweise auf Kinder vererben. Er beschreibt sehr genau sowohl Schönheiten, wie auch Mängel des Körpers. Beispiele hiefür sind die meisterhaften Beschreibungen von Hephaistos und Thersites. Seine hygienischen Kenntnisse sind trefflich. Nach Ermordung der Freier, wird der Palast des Odysseus mit Schwefeldämpfen desinfiziert, also mit einer auch heute vollkommen modernen Methode.

**T. Matolcsy:** *Die hohe Lumbalanästhesie über dem Diaphragma.* Er referiert über die hohe, mit Spinokain durchgeführte Lumbalanästhesie, die bei Menschen nur nach eingehenden Tierversuchen angewendet wurde. In der I. chirurgischen Klinik wurden 150 Lumbalanästhesien mit Spinokain durchgeführt. Von diesen entfielen 36 auf Operationen an den unteren Extremitäten und der Dammgegend, 106 auf Laparotomien und 8 auf Operationen des Brustkorbes und Halses. Sehr wichtig ist die Vorbereitung der Kranken, indem eine Viertelstunde vor der Operation 20—30 cgr Koffein-Lobelin und erst eine Stunde nach der Operation Morphin resp. Domopon verabreicht wird. Die Darreichung von Morphin und seiner Präparate vor der Operation ist unrichtig, weil bereits kleine Morphinmengen den Brechreiz und das Erbrechen steigern, ferner auch die Funktion der Zirkulations- und Atmungszentren einschränken, was bei der Lumbalanästhesie keineswegs erwünscht ist. Ein grosser Vorteil der Spinokainanästhesie der Narkose gegenüber ist, dass die Bauchwandmuskulatur vollkommen erschlafft und die Bauchpresse während der Operation ganz ausgeschaltet ist, die Därme sind auf Fingerdicke kontrahiert, was einen idealen Verlauf der Operation ermöglicht. Einen weiteren Vorteil der Spinokainanästhesie bildet, dass sie auch im vorgeschrittenen Alter getrost angewendet werden kann, nachdem der Blutdruck bei solchen Patienten ohnehin höher und die im Anschluss an die Anästhesie eintretende Druckverminderung nur vorteilhaft ist, wogegen eine länger dauernde Narkose keineswegs irrelevant wäre. Nachteile der Lumbalanästhesie sind: Brechreiz, Erbrechen und Schwindel.

**G. Matolay:** Die Lumbalanästhesie besitzt drei grosse Mängel. Die obere Grenze der Anästhesie kann nicht genau dosiert werden, sämtliche Gefässe der anästhetischen Partie sind gelähmt und schliesslich ist es unmöglich individuell zu dosieren. Zur Ausschaltung dieser Nachteile empfahl *Kirschner*, dass an Stelle des bei der Punktion abgelassenen Liquors Luft eingeblasen, und das Perikain in der Form einer schwer diffundierenden Plombe eingeführt werden soll. Er demonstriert das zur Durchführung der Methode dienende Instrument.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 14. Oktober 1931.

**T. Gazdy:** *Paraldehydpsychose.* Der 42jährige Mann erhielt in einem Provinzspital während der Alkoholentziehungskur Paraldehyd als Schlafmittel. Nach Verlassen des Spitals wurde er paraldehydsüchtig. Während der Paraldehydentziehungskur trat vorerst ein an Alkoholhalluzinose erinnernder Zustand auf, später entwickelte sich typische Schizophrenie. Der Fall ist interessant und zeigt, dass bei chronischer Giftsucht selbst ungefährliche Schlafmittel mit Vorsicht zu verwenden sind.

**E. Kluge** beleuchtet den Fall von strukturanalytischem Gesichtspunkt und betont die Notwendigkeit der psychiatrischen Differenzierung der schizophrenen Reaktionen, Phasen und Prozesse.

**I. Loboda:** *Atypisch beginnende Schizophrenien.* Bei dem 17jährigen Schüler trat während der Maturitätsprüfung schizophrene Verwirrtheit auf, die von Ärzten als Hysterie diagnostiziert wurde. Der Kranke produziert in der psychiatrischen Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals eine ganze Reihe von schizophrenen Symptomen. Als Kind begann er im Alter von drei Jahren zu sprechen, als Schüler war er schwer von Begriffen, aber sehr fleissig. Einige Tage vor der Maturitätsprüfung war er sehr unruhig und erregt. Seine Schwestern sind wegen Schizophrenie in der Irrenanstalt im Leopoldfeld gepflegt worden. Der Fall beweist, dass abweichend von den sich chronisch entwickelnden Schizophrenien das Krankheitsbild unter der Einwirkung von Erregungen auch akut entstehen kann, wobei es mit Hysterie und Epilepsie leicht zu verwechseln ist.

**E. Kluge:** Von den Fällen die unter dem Sammelnamen Neurenosen zusammengefasst werden, sind ausser den Oligophrenien auch die abortiven Psychosen zu separieren, was nur möglich ist, wenn das Syndrom der Schizophrenie und die Psychologie der Stimmungsstörungen ärztliches Allgemeingut bilden.

**S. Szilágyi:** *Hydroa vacciniiformis.* Er demonstriert einen 6jährigen, auffallend blassen Knaben mit maskenhafter Mimik, geringen Exophthalmus, der seit seinem sechsten Lebensmonat hautkrank ist. Sein Leiden rezidiert jedes Frühjahr, steigert sich im Sommer und geht im Winter anscheinend in Heilung über. Auf beiden Backen, auf der Stirne, am Hals, auf der behaarten Kopfhaut, beiden Handwurzeln und Unterschenkeln, also auf allen unbedeckten Körperstellen finden sich neben an Acne necrotica oder vielmehr an Blatternarben erinnernden Veränderungen stellenweise linsengrosse Vesikel und mit trockenen Krusten bedeckte Herde. Um die Herde der behaarten Kopfhaut alopetische Zonen. Einzelne Nägel sind dystrophisch, Leber und Milz etwas vergrössert. Im rötlich gefärbten Urin Hämatoporphyrin positiv

(Prof. Hány), Blutbild normal. Es liegt also keine varioliforme *Hydroa aestivalis* vor. Die Haut solcher Personen ist gegen chemische Strahlen überempfindlich, diese Überempfindlichkeit ist eine Folge des im Übermass gebildeten Hämatorporphyrin, das auf Einwirkung der ultravioletten Strahlen entsteht. Nach *Tappéiner* figurirt das Hämatorporphyrin als photodynamischer Sensibilisator.

**J. Guszmann:** Als Analogie des interessanten Falles führt er noch zwei Krankheiten an, deren Symptome gleichfalls durch die ultravioletten Strahlen hervorgerufen werden. Die eine ist die Pellagra, bei welcher die Sensibilisierung der Haut wahrscheinlich durch ein in verdorbenen Maismehl vorkommendes Toxin erfolgt. Die andere Krankheit ist das im frühen Kindesalter beginnende *Xeroderma pigmentosum*, wo die Überempfindlichkeit gegen ultraviolette Strahlen durch die angeborene auf endogenen (familiären, hereditären) Eigenschaften fussende krankhafte Hautdeibilität erklärt wird.

**F. Réffy:** *Lues papulo-pustulosa*. Am Rücken, an den Oberschenkeln, am Hals und auf der behaarten Kopfhaut des 21jährigen Mädchens finden sich zahlreiche stecknadelkopflinsengrosse, zum Teil gruppenweise auftretende, rotbraune Papeln. Auf der Spitze der Papeln sass eine stecknadelgrosse Pustel, die an den meisten Stellen eingetrocknet war. Auf der Rundung der Papeln hat sich die Epidermis teilweise abgelöst, wobei ein Abschuppungsrand sichtbar ist. Auf Handtellern und Fusssohlen gleichfalls Papeln. Wa.-R. positiv.

**A. Furka** erwähnt im Anschluss an den demonstrierten Fall, dass anlässlich einer früheren Variolaepidemie geringen Umfanges eine Zigeunerin mit Varioladiagnose in das St Ladislaus-Krankenhaus eingeliefert wurde. Sie hatte hohes Fieber, im Gesicht und am Körper variolaähnliche eitrige Pusteln. Nach gründlicher Untersuchung wurde Lues festgestellt.

**E. Brezovszky:** Die bei dieser Kranken aufgetretenen Veränderungen sind den Varicellasymptomen ähnlich, weshalb diese varicellaförmiges Syphilid genannt werden. Bei beiden finden sich kleine Pusteln und nach deren Eintrocknen Schorfe mit Dellen, die Heilung erfolgt mit einer kleinen Narbe und im Gesicht ahmen diese Veränderungen die Variola nach. Entscheidend sind die übrigen luetischen Veränderungen und die positive Wa.-R.

**F. Réffy:** *Trichophytiasis profunda barbae*. Bei dem 38-jährigen Mann, der sich mit Haustieren beschäftigte, findet sich eine auch bei Hornvieh vorkommende flechtenartige Veränderung. Auf der vom Bart bedeckten Haut sieht man mehrminder grosse, scharfrandige runde, flache, mit dicken Schorfen bedeckte Veränderungen mit follikulärer Eiterung, ferner kleine Abszesse und Pusteln. Pilzbefund positiv, Kutanreaktion positiv. Therapie: Röntgen, desinfizierende Umschläge, Trichovakzine.

**G. Pásztay:** *Onychomycosis trichophytica*. Der Vortragende schildert die Ätiologie der Nagelveränderungen und die Pilzkrankheiten am Nagel. Der 25jährige Mann leidet

seit drei Jahren an Ekzem der beiden Fussohlen und an einer Krankheit der Nägel. Sämtliche Zehennägel, sowie die Nägel der rechten II—IV. Finger sind dystrophisch, glanzlos, verdickt, stellenweise finden sich unter der Nagelplatte malterförmige Massen. Auf beiden Fussohlen dysidrotische Blasen und auf den Fersen hyperkeratotische Herde mit tiefen Rhagaden. Auf den Solilen betrachtete man solche Hyperkeratosen, als Folge von Lues, bis dann *Djellaleddin* in diesen Fällen den Trichophytonpilz fand und den Pilzursprung des Leidens bewies. Im vorliegenden Fall ergab die Pilzuntersuchung der Nägel und der Sohlen ein positives Resultat.

**A. Kamerlor:** *Der diagnostische und prognostische Wert der Original- und modifizierten Mátéfy-Reaktion.* Er schildert die Theorie der Blutkörperchensenkung und zieht eine Parallele zwischen der Blutkörperchensenkung und den Eiweißfällungsreaktionen. In die letztere Gruppe gehören auch beide Mátéfy-Reaktionen. Die Originalreaktion ist seit längerer Zeit bekannt, die modifizierte Reaktion ist bisher noch nicht ausprobiert. Bei der Durchführung dieser Reaktionen stellte sich heraus, dass die Originalreaktion allzu labil, die von Mátéfy modifizierte Reaktion aber zu wenig empfindlich ist, weshalb der Vortragende eine weitere Modifikation vorgenommen hat. Diese besteht darin, dass 1%-ige Lösungen von Aluminiumsulfat und Natriumchlorid in gleicher Menge gemischt werden und 1·3 ccm dieses Reagens zu 0·2 ccm aktiven Blutserum hinzugefügt wird. Die Mischung, Ablesung und Bewertung erfolgt ebenso, wie bei der Originalreaktion. Er hat bei seinen Untersuchungen die doppelt modifizierte Reaktion parallel mit der Original-Mátéfy-Reaktion und mit der als Kontrolle verwendeten Blutkörperchensenkung angestellt. Die Untersuchungen wurden bei 35 fiebernden Wöchnerinnen, 22 Diphtherie-, 12 Tonsillitis- und 76 Tbc.-kranken durchgeführt, wobei sich herausstellte, dass der Original-Mátéfy-Reaktion keinerlei prognostische oder diagnostische Bedeutung zukommt, höchstens in Fällen von Diphtherie und Tonsillitis, wo sich bei Diphtherie niedrigere (1—2 Kreuze), bei Tonsillitis höhere (3—4 Kreuze) Werte zeigten. Demgegenüber weist die doppelt modifizierte Reaktion eine entschiedene Kausalität bei allen erwähnten Krankheiten auf. Sie ergab bei Diphtherie und Tonsillitis einen negativen oder niedrigen Wert, bei Puerperalfieber und Tbc. aber dem klinischen Status entsprechende Schwankungen. Die Reaktion ist nicht nur wegen ihrer diagnostischen und zum Teil auch prognostischen Bedeutung, sondern auch deshalb für die Anstaltpraxis geeignet, weil sie einfach ist und ihre Ergebnisse wohl mit denen der Blutkörperchensenkung parallel verlaufen, mit dem wesentlichen Unterschied, dass die doppelt modifizierte Reaktion durch Schwangerschafts- und Erkältungskrankheiten nicht beeinflusst wird.

**A Torday** betont den diagnostischen Wert der Blutkörperchensenkungsreaktion bei den einzelnen internen Krankheiten. Sie kann zur Differenzierung des einfachen Muskelrheumatismus von den entzündlichen Gelenkkrankheiten, sowie zur objektiven Feststellung der Besserung dieser Leidens gut verwendet werden. Zur Frühdiagnose von karzinomatösen Prozessen ist sie nicht geeignet. Bei Ikterus ist die Senkung verlangsamt, sie war bei einem an Leberkrebs leidenden Kranken beschleunigt, ebenso auch in einem Typhusfall, wo sie sonst verzögert zu sein pflegt.

**A. Schaechter:** *Die Behandlung der Schizophrenie.*

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion  
der wissenschaftlichen Universitäts-gesellschaft am 12. Oktober 1931.

**B. Kellner:** 1. *Nebennierenblutung bei Dysenterie.* Eine ziemlich häufige Komplikation von Infektionskrankheiten ist die mit dem Ausfall der Nebennierenfunktion einhergehende Blutung, doch wurde sie bei Dysenterie sehr selten beobachtet. Ein 5jähriges Mädchen mit sehr schweren toxischen Symptomen starb am zweiten Krankheitstag infolge Dysenterie. Auffallende Symptome im Zirkulationssystem mit prä-mortalen Leichenflecken. Die Sektion fand kroupöse Dysenterie im Dickdarm, mehrere Petechien in der Lunge und beiderseitige blutige Durchtränkung der Nebennieren-substanz, mit umfangreicher Thrombose der Nebennierenvenen. Unter den 111 Dysenteriefällen der Anstalt fanden sich zwei Fälle von Nebennierenblutung.

2. *Interessanter Fall von Darmverschluss durch Tumor.* Das am Ileum entstandene teleangiektatische Fibromyom wuchs mit der unter ihm liegenden Ileumschlinge zusammen. Infolgedessen bildete sich eine Öffnung zwischen dem Tumor und dem Mesenterium, durch welche eine zirka  $\frac{1}{2}$  m lange Ileumpartie zwischen Ursprung und Haftstelle der Geschwulst schlüpfte. Die durchgeschlüpfte Darmpartie wurde durch die Geschwulst komprimiert, ausserdem entstand eine Darmtorsion, ferner wickelte sich die durchgeschlüpfte Darmpartie zweimal um das Mesenterium herum, so dass der totale Darmverschluss durch einen Volvulus verursacht wurde.

**J. Ángyán** hat sich schon vor dem Krieg mit Exstirpationsversuchen der Nebenniere beschäftigt. Bei seinen in den letzten zwei Jahren mit *Will* durchgeführten Versuchen wies er nach, dass nach der Nebennierenexstirpation das Restnitrogen im Blut, in den Geweben und hauptsächlich in den Muskeln ansteigt. *Vaquez* fand gleichfalls eine Vermehrung des Restnitrogens nach Beseitigung der Nebenniere ohne dass es gelang, an den Nieren irgendeine krankhafte Veränderung nachzuweisen. Die *Biedl*-Schule konnte nach Nebennierenexstirpation das Tier mit einem von ihnen angefertigten Rindenextrakt am Leben erhalten.

**J. Follmann:** *Die Charakteränderung der Zeile in Tumoren.* Die Entstehung der Tumorzelle ist auf Grund der klini-

schen Erfahrungen das Ergebnis des exzessiven Regenerationsstrebens des Organismus. Auf Grund der pathologischen und pathologisch-anatomischen Forschungen, auf Grund der Atypie, Heterotopie, Metastasenbildung und Neigung zur Kachexiebildung werden die Tumorzellen als vom Organismus unabhängige und neue Eigenschaften besitzende Zellart betrachtet, die sich aus einem beliebigen Körpergewebe bilden könne, aber durch Aufnahme des Tumorzellencharakters gleichförmig wird. Der Vortragende bezweifelt das Vorhandensein eines Tumorzellencharakters *sui generis*. Er führt die Umwandlung in Tumorfällen auf den Verlust von differenzierten Funktionen, also auf einen ständigen Wertverlust zurück. Als Beispiel führt er den Durchbruch der Epithelbindegewebsgrenze bei Epithelkrebsen an, wo seiner Ansicht nach die in das Bindegewebe eindringenden Epithelzellen keineswegs eine Fähigkeit zum Durchbruch erlangen, sondern im Gegenteil, die Eigenschaft verlieren, die physiologischen Grenzen zu wahren. Er vergleicht sie mit einem steuerlosen Kraftfahrzeug, welches die Vorteile der Landstrasse nicht ausnützen kann und ziellos weiterfährt, ebenso ist auch die Epithelzelle bei ihrer Umwandlung in Karzinom nicht im Stande jene Vorteile auszunützen, die ihr das Verbleiben im Epithel sichert.

**B. Entz** will nur auf einzelne Details des vom Vortragenden vorgebrachten umfangreichen Materiales reflektieren. Die *Virchow*-sche Klassifizierung der Tumoren beruht auf deren histologischer Struktur. So findet sich vom Normalgewebe bis zum Osteom ein stufenweiser Übergang, doch entspricht auch das Osteom vollkommen der Struktur des normalen Knochengewebes. Zwischen Osteom und Osteosarkom findet sich jedoch eine tiefe Kluft, die kaum überbrückbar ist. Das gleiche gilt auch für die typischen und atypischen Geschwülste der übrigen Gewebe. Unsere morphologischen und chemischen Methoden sind vorläufig ungenügend zum Nachweis der Zelländerung. Die unbegrenzte Zellwucherung ist nicht unbedingt eine Folge neu gewonnener Eigenschaften. Wir wissen vorläufig noch nicht, was das Wesen der Zellwandlung ist. Der Vortragende hat richtig darauf verwiesen, dass mit der Steigerung der Regeneration eine Tumorbildung einsetzen kann. Wo jedoch die Grenze zwischen Regeneration und tumorartiger Gewebswucherung ist, kann nicht genau festgestellt werden. Vielleicht werden die neuen Gewebekulturuntersuchungen Aufklärung über das Wesen der Geschwulstbildung und über die Charakteränderung der Zellen bieten.

**K. Berde:** Die Ansicht des Vortragenden kann vorläufig als Arbeitshypothese betrachtet werden. Er betrachtet die Charakteränderung der Tumorzelle nicht als die Gewinnung von neuen Eigenschaften, sondern als Verlust von vorher erworbenen. Die im Zuge befindlichen Gewebekulturversuche sind berufen, hierfür Beweise zu produzieren.

**J. Follmann** betrachtet es als Aufgabe seiner weiteren Untersuchungen, die einzelnen Fragen zu studieren.

## II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte.

Budapest, am 4. und 5. April 1931

Präsident **E. Scipiades** gedachte in seiner Eröffnungsansprache in erster Reihe jener Kollegen, die seit der letzten Tagung verschieden sind. Eingehend schilderte er den schweren Verlust, den die Gesellschaft durch das Ableben des Professors *Paul Kubinyi* erlitten hat. Der Präsident beschäftigte sich sodann mit der auf der Tagesordnung der Tagung stehenden Hauptfrage: *Komplikationen bei vorzeitigem Blasensprung*. Über die Fruchtblase selbst — führte er aus — wissen wir auch heute nicht mehr, als vor 200 Jahren. Auch unsere Ansichten über die Quellen der Entstehung des Fruchtwassers, über dessen chemische Reaktion und Zusammensetzung, seine Menge in den einzelnen Schwangerschaftsmonaten und seine Rolle sind auch heute noch schwankend. Wir kennen weder die Richtung der Permeabilität der Eihäute, noch jenen Einfluss, den die Sprungrichtung dieser Häute gemeinsam mit den Nabelschnurwindungen auf die Art der Plazentaablösung ausübt. Strittig ist auch noch die für den Vorgang des Blasensprungs, also für unser gegenwärtiges Thema so wichtige Rolle des Amnions. Zur Lösung dieser Frage dürfte auch unsere bevorstehende Debatte wenig beitragen. Das Tatsachenmaterial, das von den ungarischen Frauenärzten für diese Tagung gesammelt wurde, hat sich, verglichen mit der Vergangenheit, nicht vermindert. Die Tätigkeit der ungarischen Frauenheilkunde und Geburtshilfe orientiert sich zu der neuen und wünschenswerten Arbeit der Laboratorien, die bestrebt ist, mit Verwendung der Hilfswissenschaften dieses Faches im Interesse der Mütter, neue Erkenntnisse zu finden. Die Schaffung von ungarischen Kollegien und Stipendien im Auslande beginnt bereits nützliche Früchte zu tragen. Mit tiefer Dankbarkeit gedachte der Vorsitzende seiner Amtsvorgänger, und sagte dem Handelsminister *Johann Bud* Dank, der den Provinzkollegen halbe Fahrkarten zum Besuch des Kongresses gewährt hat. Er beantragte, die Tagung soll dem Reichsverweser, *Nikolaus Horthy v. Nagyványa*, aus Anlass des Jubiläums seiner 10jährigen Amtsführung ein Begrüßungstelegramm senden. (Allgemeiner Beifall!)

**Hauptfrage: Begriff, Bedeutung und Behandlung des vorzeitigen Blasensprunges.**

**Referent S. Sztelho** fasst seine Erfahrungen auf Grund des 16jährigen Materials der Budapester Hebammenbildungsanstalt über den vorzeitigen Blasensprung in folgenden zusammen: 1. Der vorzeitige Blasensprung bedeutet für die Mutter eine Infektionsgefahr, für die Frucht aber die Gefahr des intrauterinen Erstickens. 2. Alle drei Geburtsperioden erleiden eine Verzögerung. 3. Selbst bei Beachtung der

strengsten Indikationen tritt die Notwendigkeit auf, die Geburt operativ zu beenden. 4. Die Resultate sind sowohl bei Anwendung von Chinin, wie auch nach Balloneinführung viel günstiger, als wenn die Geburt sich selbst überlassen bleibt. Die Behandlung verkürzt die Vorwehen, wie auch die Geburt selbst und es werden weniger Operationen notwendig. 5. Bei Chinin- und Ballonbehandlung ist die Mortalität, wie auch die Morbidität der Mütter, sowie der Früchte viel geringer, als ohne Behandlung, also wenn die Geburt sich selbst überlassen bleibt. 6. Zur Vermeidung des vorzeitigen Blasensprunges ist die Einstellung des geschlechtlichen Verkehrs in den letzten zwei Schwangerschaftsmonaten wichtig; bei Raumbeschränkung, Querlage, sowie bei älteren Primipara wird der Geburtsbeginn nicht abgewartet, sondern am Ende der Schwangerschaft der Ballon eingeführt, um neben der Wehenerregung auch die Eihäute vor dem vorzeitigen Sprung zu schützen.

**Referent E. Burg:** Auf Grund vergleichender Versuche, die einerseits zwischen Geburten mit normalen und mit vorzeitigem Blasensprung, andererseits durch den Vergleich von Geburten mit vorzeitigem Blasensprung durchgeführt wurden, die nach verschiedenen Intervallen in Behandlung gelangten, schliesslich auf Grund der Befunde, die er durch den Vergleich der mit normalen Blasensprung ablaufenden, sowie mit behandelten und nicht behandelten Fällen von Geburten mit vorzeitigem Blasensprung gewonnen hat, gelangt er zur Konklusion, dass der vorzeitige Blasensprung in jedem Fall zu behandeln ist, und zwar bei kräftigen Wehen mit vorbereitenden Operationen, bei Wehenschwäche oder trägen Wehen mit vorbereitenden Operationen und Verabreichung von wehentreibenden Mitteln. Die in der Literatur vorkommenden gegensätzlichen Auffassungen werden durch die Konfusion in der Literatur infolge der neuen und alten geburtshilflichen Nomenklatur erklärt, auf Grund welcher eine Meinungsverschiedenheit zwischen den Autoren hinsichtlich des Zeitpunktes der Austreibungsperiode besteht. Nach dem Referenten beginnt die Austreibungsperiode mit der Tatsache des Blasensprunges, weil der Geburtsmechanismus von diesem Zeitpunkt angefangen nur der Aufgabe dient, den Uterusinhalt mit Hilfe der hydraulischen Presse herauszudrücken. Diese Feststellung wurde von *Scniades* bereits in seinem 1922 erschienenen Lehrbuch gemacht.

#### *Vorträge im Anschluss an die Hauptfrage.*

**N. Temesváry:** *Diagnose und Therapie des vorzeitigem Blasensprunges.* Das Verfahren von *Gold* besteht darin, dass aus der chemischen Reaktion des Scheidensekrets festgestellt werden kann, ob die Eihaut bereits gesprungen ist, weil dann die Reaktion alkalisch oder neutral, oder aber der

Blasensprung noch nicht eingetreten ist, in welchem Fall die Reaktion eine saure ist. Von den verschiedenen Indikatoren ist der entsprechendste das mit der Lösung von Bromthymolblau gesättigte Reagenspapier. Bei frühem Blasensprung empfiehlt er zur Therapie das Thymophysin. Bei vorzeitigem Blasensprung den Prokteurynter, kleine Dosen von Thymophysin, oder irgend eines Hypophysenpräparates und nur nach dem Auftreten von schwachen Wehen soll die normale Thymophysindosis verabreicht werden.

**B. Gyulay:** *Geburtsverlauf bei abnormen Blasensprung.* Nach Erörterung der Pathologie des abnormen Blasensprunges schildert er die Methoden zu dessen Bekämpfung. Die Bekämpfung des pathologischen Blasensprunges soll bei dessen Auftreten mit einem zweckmässigen hygienischen Verhalten eingeleitet werden, je nach Bedarf sind wehenerregende Verfahren anzuwenden. Durch das zur entsprechenden Zeit eingeleitete operative Eingreifen gelingt es, auch die Frucht am Leben zu erhalten, wie aus den Ergebnissen der I. Frauenklinik hervorgeht.

**S. Szenteh:** *Der vorzeitige Blasensprung im Material der geburtshilflichen Abteilung des St. Rochus-Spitals.* Bei frühem und vorzeitigem Blasensprung treten Abnormitäten und Komplikationen bei der Geburt, sowie die Notwendigkeit von Operationen in einem höherem Prozentsatz auf, als in normalen Fällen. Wo die Todesursache mit dem vorzeitigem Blasensprung in Verbindung gebracht werden konnte, war die mütterliche Mortalität 0·2%, die Fruchtmortalität 2·0%. Die Operationsfrequenz ist mit der zwischen Blasensprung und Geburt verlaufenen Zeit proportionell.

**A. Stux:** *Die Einteilung des vorzeitigen Blasensprunges auf Grund der dynamischen Geburtsvariationen.* Der Vortragende unterscheidet zwischen Geburten mit normaler, allzukunftiger und allzuschwacher Gebärmuttertätigkeit. Auf dieser Grundlage gruppiert er die Ursachen des vorzeitigen Blasensprunges auf primäre, indirekte, indifferente und sekundäre Wirkungen. Auf dieser Grundlage hergestellte Statistiken können als geeignete Grundlage zur Beurteilung der Prognose der einzelnen Fälle und zur Anwendung der individuellen Therapie dienen.

**G. Páll:** *Verschleppte Geburten.* Die Ursachen der Geburtsverschleppung sind bei normalem Becken die Anomalien der Wehen und die Rigidität der weichen Geburtswege. Sich schwer dehnende Weichteile begünstigen den vorzeitigen Blasensprung. Damit steht die bei verzögerter Geburt sich entwickelnde sekundäre Wehenschwäche im Zusammenhang. Diese drei Umstände verursachten bei verzögerten Geburten bei Mutter und Kind zahlreiche Komplikationen. In der I. Frauenklinik hat sich die Zahl der Operationen auf Grund der mütterlichen und Fruchtkindikationen stark ver-

mehrt. Die schädlichen Wirkungen dieses Umstandes und der verzögerten Austreibungsperiode haben sowohl die Mütter, wie auch die Früchte zu spüren bekommen. Es vermehren sich die puerperalen Komplikationen und besonders die Thrombosenfälle. Potenziert wurde die Zahl der verlorenen Früchte, es vermehren sich die Fälle von Gehirndruck, wobei auch dessen Auswirkung auf das spätere Alter nicht gleichgültig sein kann. Bei verzögerten Geburten ist eine aktive Therapie berechtigt, wobei die medikamentöse Behandlung der Wehen, Zangenoperation, Episiotomie und Expression in Betracht kommen; in Anstalten auch die Dehnung des rigiden Muttermundes mit dem Finger und der chirurgische Eingriff im Interesse der Frucht oder der Mutter (vaginaler oder abdominaler Kaiserschnitt).

**S. Pollák:** *Geburten bei älteren Erstgebärenden.* Sehr häufig — in 77% der Fälle — findet sich Eiweiss im Harn und im Anschluss hieran Nierenkrankheiten. Wegen Verzögerung der Austreibungsperiode ist die Zangenoperation häufig. Eine schwere Komplikation bildet das enge Becken. Die Eklampsiemortalität beträgt 37.5%. Die Wunden nach Dammrapturen und Episiotomien zeigten in 26.6% ein partielles, in 20.7% ein totales Klaffen der Wundränder. Die häufigen operativen und anderen Komplikationen als Folgen der Geburtsverzögerung, sowie die hochgradige Fruchtmortalität befürworten eine möglichst weite Ausdehnung der Kaiserschnittindikation, das gleiche gilt auch für Zangenoperationen.

**A. Fekete:** *Was ist in der Erweiterungsperiode gegen die Geburtsverzögerung zu tun?* Durch innere Untersuchung soll man sich orientieren, ob irgend ein nachweisbarer Grund der Geburtsverzögerung vorhanden ist. Der Muttermund kann mit dem Finger erweitert, oder der untere Blasenpol von der Uteruswand abgelöst werden. Bei Wehenschwäche ist die Anwendung von Wärme angezeigt. Thymophysininjektionen sind in der Erweiterungsperiode vorteilhaft, sie haben den Nachteil, dass oft allzstarke Wehen auftreten und die Herztöne der Frucht schlechter werden. Gefährlich ist das Thymophysin am Ende der Erweiterungsperiode, wenn der vorliegende Kindesteil den Eingang noch nicht passiert hat, in solchen Fällen kann binnen wenigen Minuten Uterusruptur auftreten. Der Arzt bleibe am Bett der Gebärenden während der Dauer der Wirkung des Mittels.

**K. Matolcsy:** *Die Anwendung von wehenerregenden Mitteln mit besonderer Rücksicht auf deren Mängel und Gefahren.* Mit den wehenerregenden Mitteln gibt es in der Provinzpraxis zahlreiche Missbräuche. Hypophyseninjektionen werden ohne Bedenken verabreicht, wobei das Leben der Frucht durch intrauterines Ersticken (Tetania uteri, vorzeitige Plazentaablösung), das mütterliche Leben aber durch

Uterusruptur und als Konsequenz auftretende Atonie gefährdet wird. Wehenerregende Mittel dürfen ohne gründliche Orientierung (innere Untersuchung) nicht verabreicht werden. Der praktische Arzt soll sich streng an die Regeln halten. Bei Geburten mit Kopflagen sind die Bedingungen der Anwendung von wehenerregenden Mitteln ungefähr identisch mit den Bedingungen der Zangenoperation. Dagegen sollen die Hypophysen- und Chininpräparate in der Nachgeburtsperiode, im Wochenbett und bei Aborten, die nicht aufzuhalten sind, viel häufiger angewendet werden.

**A. Schulcz:** *Unsere Kaiserschnitte mit Rücksicht auf den Zeitpunkt des Blasensprunges.* Im Material des Prof. Frigyesi entfielen auf 21,000 Geburten 119 (0.56%) Kaiserschnitte. Die Operationsmortalität — bei einer Gesamtmortalität von 4.2% — war bei den Müttern 0.82%, bei den Früchten 2.4%. Die zur Zeit der Operation bestehenden Temperatursteigerungen und die Folgen des bereits früher abgegangenen Fruchtwassers zeigen die prozentuellen Morbiditätsziffern. 40% der Kaiserschnitte wurden bei vorher abgegangenen Fruchtwasser durchgeführt. Während nach den Operationen, die bei stehender Fruchtblase durchgeführt wurden, länger dauerndes Fieber in 20% und Störungen der Wundheilung in 10% der Fälle auftraten, gab es nach Sectio caesarea mit abgegangenen Fruchtwasser, in 33% der Fälle fieberhaften Verlauf und in 29% der Fälle Störungen der Wundheilung. War die Blase länger als 12 Stunden vor der Operation gesprungen, so traten diese Störungen in 45, resp. 50% der Fälle auf.

**S. Tóth:** *Elastizitätsprüfungen an Fruchthüllen.* Diese Untersuchungen ergaben, dass in der Widerstandskraft von normal und frühzeitig gesprungenen Blasen keine solche Unterschiede zu finden sind, welche den vorzeitigen Blasensprung erklären könnten.

*Aussprache:* **F. Kühbacher** verweist auf den engen Konnex zwischen frühen und vorzeitigen Blasensprüngen und den ausserhalb der Anstalt durchgeführten inneren Untersuchungen, sowie den puerperalen Komplikationen.

**S. Tóth** kann mit einem Teil des Referates von *Burg* nicht übereinstimmen, da die Einteilung der einzelnen Geburtsphasen nicht nach dem Zeitpunkt des Blasensprungs erfolgen kann. Sehr oft würde nämlich in diesem Fall der vor den Wehen eingetretene Blasensprung den Eintritt der Geburtsphase bedeuten. Diese könnte jedoch keineswegs als Austreibungsperiode bezeichnet werden. Diese Neuerung kann weder für die Praxis noch für den Unterricht akzeptiert werden.

**H. Singer** hat bereits 1914 auf die Vorteile und Gefahren der Hypophysenmedikation verwiesen. Nachdem die Wirkung unberechenbar ist, sei es am zweckmässigsten Glanduitrin nur in der Austreibungsperiode zu verabreichen.

**J. Sándor:** Bei vorzeitigem Blasensprung ist die Geburt möglichst intensiv zu beobachten, der Zustand der Mutter und der Frucht dauernd zu kontrollieren, doch sei dieser keinesfalls ein Grund zur Durchführung von präventiven operativen Eingriffen. Bei vorzeitigem Blasensprung ist in den ersten 12—14 Stunden der wehenfreien Phase das Zuwarten und wenn keine Wehen auftreten, die Darreichung von Chinin oder von geringen Dosen eines wehenregenden Mittels zweckmässig.

**K. Lehoczky-Semmelweis:** Grosse Chinindosen verursachen Unannehmlichkeiten bei der Gebärenden und Asphyxie der intrauterinen Frucht. Bei wiederholter intramuskulärer Darreichung von 0.25—0.30 gr Chinin treten solche Störungen nicht auf. Es sei nicht zweckmässig, Chinin zu Beginn der Erweiterungsperiode zu verabreichen, das zu dieser Zeit gegebene Chinin wirkt eine zeitlang, mit dem Nachlassen der Wirkung verhält sich sodann die Uterusmuskulatur refraktär neueren Medikamenten gegenüber. Zu Beginn der Erweiterungsperiode sichern wiederholte kleine Dosen, des Hypophysenextraktes oder des Thymophysin eine gute Wirkung. Nach Aufhören der Thymophysinwirkung ist Chinin oder die Wiederholung von Thymophysin angezeigt.

**E. Scpiades:** Die Geburt wurde von *Sellheim* in drei Perioden eingeteilt und er bezeichnete als Grenze zwischen der I. und II. Periode den Blasensprung. Mit dieser Grenze stimmt die Erweiterungs-, Austreibungs- und Nachgeburtsperiode der älteren Einteilung nicht immer überein. Das ist der Ausgangspunkt der Verwirrungen in der Therapie der vorzeitigen Blasensprünge. Zur Vermeidung dieser Wirren wurde empfohlen, für die Therapie die Grenze nicht mit dem Beginn der Austreibungsperiode, sondern mit der Tatsache des Blasensprunges zu fixieren. Die Gefahren der Geburt werden sowohl für die Mutter, wie auch für die Frucht nicht vom Moment des Beginnes der Austreibungsperiode, sondern vom Zeitpunkt des Blasensprunges gesteigert.

**K. Burger:** Nach *Burg* ist nach dem Eintritt des Blasensprunges der einzige Zweck der Geburt die Frucht aus dem Uterus zu entfernen, weshalb dieser empfiehlt, darin übereinzukommen, dass die II. Geburtsperiode mit dem Blasensprung beginnt. Nachdem der Zweck einer jeden Geburt die Beseitigung der Frucht ist, könnte auf dieser Basis eine jede in der Erweiterungsperiode auftretende Anomalie, welche die Beendigung der Geburt indiziert, mit dem gleichen Recht den Beginn der II. Periode bedeuten. Eben deshalb sei kein Grund vorhanden, die gegenwärtig allgemein akzeptierte Einteilung zu ändern.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN.

Das Dezemberheft der vom Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung edierten Zeitschrift „*Orvosképzés*“ enthält eine Reihe wertvoller Beiträge zahlreicher Fächer der medizinischen Wissenschaft. Interessante Daten und ein wertvolles Bildmaterial zur Geschichte der ungarischen Medizin enthält die Arbeit des Staatssekretärs *Tibor Györy* über die Gründung der medizinischen Fakultät an der Nagyszombater Universität. Der Autor schildert

in dieser Arbeit eingehend die Verdienste des berühmten Niederländischen Arztes, *Van Swieten*, um die Schaffung dieser ersten ungarischen medizinischen Hochschule. Beiträge der Dozenten *Béla Mező*, *Josef Lukács*, *Konrad Beöthy* und der Ärzte *Desider Raisz*, *Josef Marx*, *Tibor Bajkay* und *Emil Oláh* bieten eine Fülle wertvollen medizinischen Materials. Das vorliegende Heft veröffentlicht ferner den Bericht über die Tätigkeit des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung, das im abgelaufenem Jahre 30 Fortbildungskurse veranstaltet hat, diese wurden von 452 Ärzten besucht. Als Redakteure der Zeitschrift zeichnen die Professoren *Emil Grosz* und *Kornel Scholtz*. Als Beilagen des Heftes liegen zwei selbständige medizinische Arbeiten vom grösseren Umfang: „Histologische Beiträge zu den chirurgischen Magenkrankheiten“ vom Assistenten Dr. *Franz Czeyda-Pommersheim* und „Die Rolle des Oberarmknochens in der gerichtlichen Medizin, besonders für die Feststellung der Identität“ vom Assistenten Dr. *Dionys Schrci*.

Die **Gesellschaft der Spitalsärzte** hielt am 27. Januar unter lebhafter Beteiligung der Mitglieder und in Anwesenheit zahlreicher Kapazitäten der medizinischen Wissenschaft ihre Generalversammlung. Präsident Universitätsprofessor *Josef Guszmann* eröffnete die Generalversammlung mit einer Ansprache, worauf Generalsekretär Prof. *Árpád Torday* über die wichtigeren Ereignisse im abgelaufenen Vereinsjahr referierte. Der Hasenfeld-Preis für Kliniker wurde dem Adjunkten *Eugen Galgóczy* für seinen Vortrag über die frühzeitige Erkennung von Herzmuskelschädigungen, der Szili-Preis für geburtshilfliche und gynäkologische Arbeiten wurde dem Adjunkten *Stefan Kerékgyártó* für seinen Vortrag über gynäkologische Fisteln zugeteilt. Den Semmelweis-Festvortrag hielt Universitätsprofessor Dr. *Michael Horváth* über die Rolle der Orthopädie in der medizinischen Wissenschaft. In der Medizin, führte der Vortragende aus, haben sich die einzelnen Fächer je nach den Organen mit denen sie sich beschäftigen selbständig gemacht, nur jene Disziplin, die sich mit den Krankheiten der Bewegungsorgane befasst, konnte bisher die Geltung nicht erlangen, die ihr nach ihrer Bedeutung zukommen würde. Die Orthopädie bildet keinen obligatorischen Gegenstand im Studienplan des Hochschulunterrichtes, weshalb sich die praktischen Ärzte für die orthopädischen Leiden wenig interessieren. Doch ist es ein schwerer Nachteil im Leben, wenn jemand Rückgratverkrümmung hat, hinkt oder gelähmt ist. Der Vortragende betonte die Notwendigkeit, die für das praktische Leben so wichtige Orthopädie in den Studienplan der Universität aufzunehmen. Der soziale Schutz der körperlich Defekten kann nur verwirklicht werden, wenn die Ärzte eine intensive orthopädische Ausbildung erhalten. Sodann überreichte Präsident *Josef Guszmann* dem Vortragenden die Semmelweis-Gedenkmedaille.

---

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

Scheckkonto : Budapest, k. ung. Postsparkassa Nr.\*\*41710. Bankkonto : Ungarisch-Italienische Bank A.-G. Budapest, Zweigstelle Andrassy-ut. Fernsprecher : Budapest 289—26.

---

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