

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Erscheint halbmonatlich

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

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

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. ⚡
Gebärdabteilung. ⚡ Stifungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.**

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

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

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.

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

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 allgerösstem Kom-
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige
Küche. Einbettiges Zimmer von 8-14
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14-24
Pengő. 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. **CZYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt : Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte. — I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 17. Oktober 1931.

Balassa-Vortrag.

Festredner Staatssekretär Professor **T. Györy**, wählte das historisch für die Entwicklung des ungarischen Hochschulwesens so bedeutsame Thema der *Gründung der medizinischen Fakultät der Nagyszombater (Tirnauer) Universität* zum Gegenstand seiner Darlegungen. Als Professor der Geschichte der ungarischen Medizin an der Budapester medizinischen Fakultät arbeitet der Vortragende seit Jahren auf Grund von archivarischen Studien an der Geschichte der Budapester Universität, und seine Darlegungen bilden einen Abschnitt dieses Werkes. Der berühmte Arzt *Van Swieten* wurde von der Leydener Klinik des Meisters der Medizin *Boerhave* als Leibarzt der Kaiserin-Königin Maria Theresia nach Wien berufen. Er reformierte von 1749 bis 1756 die Wiener medizinische Fakultät und führte dort den von Boerhave begründeten klinischen Unterricht ein. Als Fortsetzung seiner reformatorischen Arbeit urgierte er die Organisierung der medizinischen Fakultät der Nagyszombater Universität in Ungarn, deren Gründer *Peter Pázmány* war und die zu dieser Zeit bereits seit 135 Jahren bestand. Maria Theresia ordnete 1769 die Reorganisation dieser Hochschule und die Errichtung der medizinischen Fakultät an, die mit der Wiener Fakultät gleichgestellt wurde. Die Hochschule wurde durch ein königliches Konsistorium verwaltet, deren Mitglieder ein

Präsident, der Rektor, die Direktoren und Dekane der vier Fakultäten und ein Beisitzer waren. Sodann wurden die Professoren ernannt. An dieser katholischen Universität konnten jedoch Calvinisten und Lutheraner den Doktorgrad nicht, sondern nur das Lizentiat erreichen, so dass diese nach wie vor die ausländischen Hochschulen aufsuchten, wo für die ungarischen Studenten Stipendien winkten. Präsident *Stetan Tóth* überreichte sodann dem Vortragenden die Balassamedaille, diese hervorragende Auszeichnung der Kön. Gesellschaft der Ärzte. Der Präsident lud sodann die Mitglieder der Gesellschaft zur Enthüllung des vom Landes-Stefaniebund errichteten Denkmals für weiland Professor *Paul Heim* am Grabe des verstorbenen hervorragenden Kinderarztes ein.

Sitzung am 24. Oktober 1931

M. Érczy: *Fixationsverband bei Nasenkorrekturen.* Zur Sicherung des Resultates von plastischen Operationen ist ein guter Fixationsverband wichtig, der das Operationsgebiet nicht nur vor äusseren Einwirkungen schützt, sondern auch die Bildung eines an der Nase leicht auftretenden Hämatoms verhindert und die mobilisierten Knochenpartien fixiert. Bei Anwendung des von *Joseph* angegebenen Druckverbandes schwillt die Nase zumeist an, bei Schmälerung des Nasenknochenskeletts, sowie bei Schiefnasenoperationen muss der Patient vom achten Operationstag sechs Wochen lang täglich eine Stunde eine Nasenklemme resp. einen Schiefnasenkorrektionsapparat tragen. Zum Ersatz dieser Methode versuchte der Vortragende einen Druckverband, der einerseits den obigen Anforderungen entspricht, andererseits die Anwendung von Klemmapparaten überflüssig macht. Er wendet zu diesem Zweck eine Kombination der in der Zahnheilkunde verwendeten Stenzmasse mit Gips, wodurch die Nachbehandlung der Knochenoperation um 4 Wochen und der Schiefnasenkorrektur um 1½ Monate verkürzt wird. Nach der Operation wird der gewärmte Stenz modelliert, und nach der Abkühlung, wenn die Masse hart geworden ist, wird sie mit einer dünnen Gypsschicht überzogen. Die Gypsschicht verhindert, dass der vom Körper erwärmte Stenz dem Druck nachgibt. Die Masse wird mit Heftpflasterstreifen fixiert und 10 Tage lang auf der Nase gelassen. Die Anfertigung des Verbandes ist sehr einfach, er bildet ein genaues Negativ der Nase, verursacht aber keinen Dekubitus und macht keinerlei Unannehmlichkeiten.

F. Lörincz: *Auftreten von Phlebotomus (Papataci-Fliege) in Ungarn.* Er referiert über die eigenartige, vom Primararzt Sz. *Szentkirályi* in Hódmezővásárhely beobachtete Dermatose. Diese wurde nach dem Ergebnis der Untersuchung von einer bisher in Ungarn nicht beobachteten Diptera-Art, dem

Phlebotomus perniciosus, verursacht. Der Vortragende referierte über die morphologischen und naturwissenschaftlichen Verhältnisse dieses überaus wichtigen Insekts und demonstrierte an Präparaten und Diapositiven das Insekt, sowie die charakteristischen Hautveränderungen, die an den Kranken beobachtet wurden.

S. Fritz: *Eine Modifikation der konservativen Behandlung von Nabelbrüchen des Säuglingsalters.* Die allgemein übliche Methode der konservativen Behandlung ist die Einengung der Bruchpforte durch gut haftende, die Haut wenig reizende Heftpflasterverbände. Eine Operation ist vor dem abgeschlossenen 2. Lebensjahr selten notwendig; vor dieser Zeit ist die konservative Behandlung zu versuchen. Die Behandlung beginnt am besten im 3—6. Lebensmonat, nach Erreichung des ersten Lebensjahres ist ein Resultat kaum mehr zu erzielen. *Lederer* (Wiener klin. Wochenschr., 1931, Nr. 31.) verweist darauf, dass die Behandlung mit Heftpflasterverbänden oft ergebnislos bleibt, weil die Bruchreposition mit dem Finger selten gelingt und der Bruchinhalt nach Anlegung des Heftpflasters wieder hinausgleitet. Deshalb benützt er an Stelle der Reposition mit dem Finger ein gerades Metallinstrument, einen *Hegar'schen* Dilatator zu Reposition. Der Vortragende verwendet kein gerades, sondern ein gebogenes Instrument, einen gebogenen weiblichen Katheter, mit diesem kann man den Bruchinhalt während der Anlegung des Verbandes fixieren. Nach Reinigung der Haut wird der Bruchinhalt mit dem Finger oder mit dem Instrument reponiert, dann mit dem Instrument fixiert. Mit dem Zeigefinger und Daumen der linken Hand wird der Bruch mit zwei parallelen Längsfalten der Haut gedeckt und mit 10—12 cm langen, 3 cm breiten Heftpflasterstreifen fixiert, sodann das Instrument herausgezogen; Verbandwechsel wöchentlich. Mit dieser Behandlung erzielt man in 2—3 Monaten vollen Erfolg.

G. Sebestyén: *Chirurgische Methoden zur Erweiterung des Pneumothorax.* Er referiert über 42 Strangkaustiken bei inkompletten Pneumothorax. Das Verfahren wurde teils nach *Jacobaeus*, teils nach *Maurer* durchgeführt. Das weitere Schicksal der Kranken konnte weiter nicht verfolgt werden. Von 37 Fällen heilten 12 (32.4%) ohne Komplikationen. In 15 Fällen (40.5%) gab es wenig Exsudat und mässiges Fieber, in 8 Fällen (21.6%) umfangreiches Exsudat mit hohem Fieber. Es gab ein Tbc-Empyem und eine Späterperforation der Lunge. Die ohne ernste Komplikation geheilten Fälle machten daher 72.9% aus. Vom Standpunkt des Kollapses wurde ein totaler mechanischer Effekt erzielt in 58.3%, während in 41.1% eine Erweiterung des Pneumothorax zu Stande kam. Das Verfahren kann mit Erfolg besonders in Frühfällen angewendet werden. Der geeignetste Zeitpunkt des Eingriffes ist der 2—4. Monat der Pneumothoraxtherapie. Besteht der Pneumothorax

Stadium befand, 10—12% im subakuten Stadium, wo doch gerade diese Gruppen bei der Anwendung der Kollapstherapie die günstigsten Resultate liefern. Bei den im chronischen Stadium einlangenden Patienten war die Indikationsmöglichkeit nur mehr bei 24% vorhanden, dagegen bei akuten und subakuten Prozessen in 73%. Eben deshalb lenkt er nachdrücklich die Aufmerksamkeit darauf, dass bis zur Möglichkeit einer Vermehrung der Spitalsplätze das Krankenmaterial intensiver ausgeforscht, und je früher in Behandlung gebracht werde.

J. Schön verweist darauf, dass die *Jacobeus*-Methode nur in Fällen anwendbar ist, wo die Adhäsion zirkulär ist, dem gegenüber lehrt die Erfahrung, dass zumeist Adhäsionen vorhanden sind. Ein Teil der Chirurgen, unter diesen auch *Sauerbruch* eröffnet die Pleurahöhle durch Thorakotomie zur Lösung der Adhäsionen an Stelle der Strangkaustiken. Gegenüber den ausländischen günstigen Statistiken ist die von *Sebestyén* vollkommen aufrichtig. Es sei zweckmässig mit der Strangkaustik eine zeitlang zu warten, weil der Strang sich eventuell dehnt, so, dass der Kollaps nicht verhindert wird. Bei weniger als drei Monaten bestehenden Pneumothorax ist die Strangkaustik nicht motiviert. Er demonstriert die Aufnahmen mehrerer eigenen Fälle.

G. Sebestyén: Nach den Angaben von *Diel* und *Kremer* treten febrile Exsudate in 16% auf. Diesen sind jedoch hinzuzurechnen. Blutungen in 5% und akute Empyeme in 3.3% der Fälle. Die Zahl der Komplikationen übersteigt daher auch bei ihnen 20%. *Diel* und *Kremer* stellen wahrscheinlich für die Indikation weite Grenzen auf, indem sie bei jedem zweiten Pneumothorax Eingriffe machen. Dem gegenüber finden sich bei anderen Autoren Eingriffe in kaum 20% aller Pneumothorax-Fälle.

II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte.

Budapest, am 4. und 5. April 1931

(Fortsetzung.)

E. Burg verweist darauf, dass *Scipiades* die meritorische Antwort auf die Einwendungen bereits erteilt hat. Redner hat nicht behauptet, dass die Gefahr für Mutter und Frucht mit dem Eintritt des Blasensprunges beginnt, sondern er hat betont, dass solche Gefahren nur nach dem Eintritt des Blasensprunges auftreten können, wenn sie überhaupt in Erscheinung treten. Er hält die Durchführung der vorbereitenden Operationen für notwendig, weil durch diese viele, die Geburt beendigenden Operationen (also schwere Operationen: Zange) zu vermeiden sind.

I. Sztéhlo: Vorzeitiger und früher Blasensprung seien von einander zu unterscheiden, denn während der frühe Blasensprung keine Gefahr involviert, können bei vorzeitigem Blasensprung schwere Gefahren für Mutter und Frucht entstehen. Von den wehen-erregenden Mitteln sei das Chinin mit Veronal kombiniert vorzüglich, da hiedurch die Nebenwirkungen des Chinins ausgeschaltet werden können. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf den *Baum*-Ballon, dieser provoziert Wehen, erweitert den Muttermund, wirkt blutstillend und schützt die Blase gegen vorzeitigen Sprung. Seine Anwendung ist leicht und gefahrlos.

Gravidität, Geburt und Wochenbett.

J. Lovrich: *Die modernen Leitprinzipien der Geburtshilfe.* Er erörtert die von *Max Hirsch* eingeführte Richtung, die von den geburtshilflichen Operationen nur die Zangenoperation beibehält und die übrigen mit dem Kaiserschnitt ersetzt. Demgegenüber weist *Winter* nach, dass von einem Fiasko der vaginalen Operationen keine Rede sein kann. *Hirsch* schützt die Frucht, *Winter* die Mutter und die Frucht. Der Vortragende akzeptiert die Einteilung von *Sellheim*, wonach es vaginale, abdominale, aber auch Grenzfälle gibt. Der Kaiserschnitt ist das souveräne Verfahren bei Raumangel, bei Plazenta praevia und bei älteren Primipara. Zur Erzielung von besseren Resultaten sei das harmonische Zusammenwirken von Hebamme, Arzt und Spezialisten unerlässlich. In der Budapester Hebammenbildungsanstalt war die Zangenmortalität 3%, Perforation wurde in 97 Fällen mit drei Todesfällen, Evisceration in 19 Fällen mit einem Todesfall, Dekapitation in 34 Fällen, Plazentaablösung in 62 Fällen mit 0 Mortalität durchgeführt. Wendung auf den Fuss erfolgte in 136 Fällen mit 4 Todesfällen (2.9%), Extraktion in 631 Fällen mit 4 Todesfällen (0.06%), Kaiserschnitt in 127 Fällen mit 9 Todesfällen (7.7%), mit drei, bei agonisierenden verbluteten Gebärenden durchgeführten Operationen zusammen 12 Todesfälle (9.4%). Die Zahl der Infektionen bei Kaiserschnitten kann erheblich herabgesetzt werden, wenn die Gebärenden rechtzeitig und ohne vorausgegangene innere Untersuchung in die Anstalt gelangen. Es empfiehlt eine höhere Ausbildung der Hebammen, die womöglich den gebildeten Klassen entnommen werden sollen, die praktische Ausbildung der Ärzte und die dringliche Einführung der Institution der Geburtshelferspezialisten.

F. Kühnbacher: *Amenorrhoe und Schwangerschaft.* Er schildert den Fall einer nach r. Ovarialzystenoperation aufgetretenen Amenorrhoe. Nach Ausschluss aller anderen Ursachen folgert er, dass die Amenorrhoe durch einen reflektorischen Funktionsausfall in dem bei der Operation unverseht belassenen gesunden Ovarium verursacht wurde.

G. Kulitzky: *Eingebildete Schwangerschaften.* Er demonstriert 5 Fälle. In zwei derselben verursachten organische Veränderungen (Ovarialgeschwulst, Hydrops) an Schwangerschaft erinnernde Symptome (Gefühl von Fruchtbewegungen usw.) In drei Fällen entstand die eingebildete Schwangerschaft ausschliesslich auf psychischem Wege, in einem Fall auf Grund der Furcht vor Schwangerschaft, in zwei Fällen infolge Sehnsucht nach Kindersegen.

L. Miklós: *Zusammenhang zwischen der vaginalen Bakteriumflora und der Schwangerschaftsdauer.* Er suchte einen Zusammenhang zwischen der Vaginalflora, von der angenom-

men wird, dass sie unter dem Einfluss von inneren konstitutionellen Ursachen steht und den Frühgeburten mit unbekannter Ätiologie. Die Zahl der Frühgeburten nimmt mit dem Gemischtwerden der Flora zu.

F. Kühlbacher: *Die Behandlung der pathologischen Vaginalflora von Schwangeren und das Wochenbett.* Untersuchungen haben nachgewiesen, dass bei Reinheitsgrad II. und III. (Rh.) puerperale Komplikationen viel häufiger auftraten, als bei Rh. I. Zur Verbesserung der ungünstigen Rh. II—III. wurden bei unseren Schwangeren Vaginalspülungen mit 0·5%-iger Milchsäure durchgeführt. Mit diesem Verfahren gelang es sehr oft Rh. II—III. auf Rh. I. zu bessern und die puerperalen Komplikationen wesentlich zu vermindern.

A. Tóth: *Die Reaktionsänderungen des Vaginalsekrets im Wochenbett.* Die im Wochenbett in der Vagina herrschende Reaktion wird anscheinend von zwei Faktoren beeinflusst. Der eine sind die aus dem Uterus sich entleerenden Lochien, deren Reaktion alkalisch ist. Die Produkte der bei normaler Involution in der Vagina sich abspielenden Prozesse haben eine saure Reaktion. Diese zwei Produkte mischen sich in der Vagina. Bei Berücksichtigung des Umfanges der alkalische und saure Sekrete produzierenden Flächen erscheint es natürlich dass die Reaktion im Wochenbett allgemein nach der alkalischen Seite verschoben ist. Die alkalische Reaktion des Scheidensekrets dauert nur so lange, als dessen saure Reaktion durch die Lochien neutralisiert werden kann.

B. Schilling: *Ergebnisse der Puerperalfieberbehandlung.* An Puerperalfieber leidende Kranke wurden nach verschiedenen Methoden behandelt. In den ersten Fiebertagen wurde intravenös Resorcin (0·5—1·0 gr) verabreicht. Entwickelte sich die Sepsis, so wurden Argochrom, Cuprocollargol und 1‰ Rivanol intravenös verabreicht, die Rivanol-Darreichung wurde mit Serumbehandlung verbunden. Von diesen therapeutischen Verfahren wurden die besten Resultate beobachtet.

G. Mészáros und T. Nemeckay: *Stillung und Diät.* Bei stillenden Müttern wurden die besten Erfolge bei Eiweiss- und salzreicher, sowie an Milchfetten reicher Diät beobachtet. Mit dieser Diät konnte auch in Fällen von Hypogalactie einige Besserung erzielt werden, dagegen gab es in Fällen von Agalactie keinerlei Besserung.

L. Kertész: *Der Scheer'sche elektrische Milchsauger und die mit diesem erzielten Resultate.* Der von Scheer konstruierte elektrische Milchsaugeapparat steht in der Pécsér Frauenklinik seit drei Jahren im Betrieb und funktionierte bei den meisten Ernährungsschwierigkeiten tadellos.

J. Konrád: *Rolle der Veränderung von meteorologischen*

Faktoren in der Ätiologie der Eklampsie. Der Vortragende konnte feststellen, dass die Zunahme der Eklampsiefälle im Frühjahr und Sommer mit dem Gehalt an relativer Luftfeuchtigkeit und besonders mit deren stärkeren Schwankungen in Beziehung steht.

J. Farkas: *Die Behandlung der Eklampsie.* In der Budapester Hebammenbildungsanstalt wird der Ausbruch von Anfällen durch 3—4 Tage dauernde Behandlung im Prodromalstadium der Eklampsie vor Geburtsbeginn verhindert. Verschlimmern sich die Symptome, so wird die Geburt mit dem *Baumm*-Ballon eingeleitet. Bei dieser Behandlung war die mütterliche Mortalität 11·6% (8 Frauen), die Fruchtmortalität 18·7%. Die Sectio caesarea sei keine geeignete Operation in der Eklampsiebehandlung.

G. Bud: *Therapie der Eklampsie.* Er erörtert gesondert die konservativ behandelten Fälle von puerperalen Eklampsie (5% mütterliche Mortalität) und die während der Schwangerschaft und im Verlauf der Geburt aufgetretenen Eklampsiefälle. Die Ergebnisse der aktiven und konservativen Behandlung sind ungefähr gleich: 11·5% Eklampsiemortalität. Die unter entsprechenden Bedingungen durchgeführte Sectio caesarea sei auf die mit den höchsten Mortalitätsziffern (17—19%) einhergehenden Eklampsien während der Schwangerschaft und zu Beginn der Erweiterungsperiode zu erstrecken.

V. Zempléni: *Behandlung des Schwangerschaftserbrechens mit Kalzium.* Mit intravenöser Kalkumapplikation wurde in 59 von 72 Fällen vollkommene Heilung, in 13 erhebliche Besserung erzielt. Das Verfahren kann ambulant durchgeführt werden, die Wirkung zeigt sich zumeist schon nach der ersten oder zweiten Injektion. Die Anstaltsbehandlung sei nur indiziert, wenn das Erbrechen auf Kalzium nicht aufhört.

K. Lehotzky-Semmelweis: *Akute gelbe Leberatrophie.* Die im VIII. Schwangerschaftsmonat aufgetretene, anscheinend unschuldige Gelbsucht, ging in eine Atrophia hepatis flava über, worauf selbst die Schwangerschaftunterbrechung das Leben der Schwangeren nicht retten konnte. In einem andern Fall hat bei einem am Ende der Schwangerschaft aufgetretenen Ikterus mit starker Vermehrung des Serum-bilirubin die künstliche Einleitung der Geburt Mutter und Frucht gerettet.

I. Szépe: *Mit Erysipelas komplizierte Schwangerschaften.* In einem Fall trat unmittelbar nach der Geburt, in einem andern im VIII. Schwangerschaftsmonat extragenitale Erysipelasinfection auf, diese verursachte im letzteren Fall Frühgeburt mit toter Frucht. In beiden Fällen heilten die Mütter und es gelang, die lebend geborene Frucht vor einer Nabelinfection zu bewahren.

den das Leben der Mutter nicht, wenn die Gebärende unverletzt und aseptisch in fachliche Behandlung gelangt.

I. Sztehlo: *Neuere Erfahrungen mit dem Dekapitator.* Redner will die bei der Dekapitation auftretenden Schwierigkeiten mit dem neuen Instrument ausschalten, das er bereits 1928 geschildert hat. Das neue Instrument vereinigt sämtliche Vorteile des *Braun'schen* Schlüsselhackens und des *Ecraseurs* von *Kézmárszky* ohne deren Nachteile.

S. Stux: *Fälle von cervikaler Plazenta.* In zwei Fällen von Schwangerschaftsunterbrechung im III. resp. VI. Schwangerschaftsmonat haftete die Plazenta im Cervix. In beiden Fällen bestand Hyperthyreoidismus. Die durch diesen verursachte Vagus-Tonussteigerung führte die Lockerung der Uteruswand herbei, was wahrscheinlich eine Rolle in der Ätiologie der *Plac. praev.* spielte.

B. Kontschek: *Frühzeitige Plazentaablösung infolge der ungewöhnlichen Plazentastruktur.* Frühzeitige Plazentaablösung bei einer Grav. VIII. die vor und in den ersten Monaten der Schwangerschaft wiederholt intrauterine Jofinjektionen erhielt. Die grössere Hälfte der Plazenta ist dünner und kompakter als normal, die kleinere Hälfte ist anscheinend normal. Bei der histologischen Untersuchung bestand die kompaktere blasse Partie aus bindegewebig indurierten sequestrierten Zotten. In der anscheinend normalen Partie sind die Zottengefässe teleangiektatisch.

G. Kulitzky: *Über das sogenannte Plazentarzeichen.* Der Vortragende konnte im Vaginalsekret in 72% von Fällen früher Schwangerschaft und in 16% nicht gravidier Fälle rote Blutkörperchen nachweisen, er glaubt, dass diese nicht placentaren Ursprungs sind, sondern aus der Schwangerschaftsauflockerung der Genitalien stammen. Die Erscheinung kann als Verdachtsmoment der Schwangerschaft gewertet werden.

(Fortsetzung folgt.)

I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“.

I. Vollsitzung am 1. Juni 1931.

Präsident Baron Alexander Korányi: Die fortschreitende Spezialisierung unseres geistigen Lebens, die Errichtung der neuen Universitäten, sowie die grosse Zahl ausländischer Gesellschaften und Zeitschriften, in denen Arbeiten ungarischer Ärzte publiziert werden, haben die Einheit unseres wissenschaftlichen Lebens aufgelöst und nahezu unübersichtlich gestaltet. Der Zerfall in kleine Gruppen, die sich von einander immer mehr isolieren, droht mit der Gefahr einer zunehmenden Entfremdung und diesem Zustand ist es zuzuschreiben, dass dieselbe Person, die von der einen medizini-

schen Fakultät an erster Stelle für einen vakanten Lehrstuhl kandidiert wird, von einer anderen Fakultät bei der Besetzung der gleichen Lehrkanzel kaum oder gar nicht berücksichtigt wird. Wie tief bereits die Schäden dieses Zustandes sind und wie allgemein das Bewusstsein der Notwendigkeit einer Synthese geworden ist, beweist der Umstand, dass die Institution der ungarischen Ärzteschaft auf Initiative unseres Kollegen *Wilhelm Manninger* sofort und ohne jede Schwierigkeit verwirklicht werden konnte, und dass unsere Internisten, Kinderärzte, Chirurgen, Urologen, Frauen-, Augen-, Nervenärzte, Dermatologen, ferner die Lungenspezialisten und die Gesellschaft zur Bekämpfung der rheumatischen Krankheiten unter Wahrung der Selbständigkeit ihrer Gesellschaften und Vereine, sich ohne jeden Widerspruch zur Kooperation entschlossen haben. Das Wesen dieser Kooperation ist sehr einfach. Diese Gesellschaften versammeln sich einmal jährlich zur gleichen Zeit, sie erörtern die Probleme ihrer Grenzgebiete in gemeinsamen Sitzungen und jede dieser Vereinigungen öffnet ihre Schranken jedem Mitglied der an der Kooperation teilnehmenden anderen Gesellschaften. Ferner erhalten alle Mitglieder dieser Gesellschaften das gemeinsame Jahrbuch der kooperierenden Vereinigungen. In dieser Kooperation gelangt sowohl die Einheit als die Gliederung der medizinischen Wissenschaft zum Ausdruck. Eine Vorbedingung für das Zustandekommen der ungarischen Ärzteschaft war die Bildung der bisher fehlenden Gesellschaft der Internisten. Seiner Überzeugung nach wäre es bisher für das wissenschaftliche Leben der ungarischen Medizin schädlich gewesen, wenn die Internisten dem Beispiel der übrigen Fächer folgend, den Grossteil ihrer Arbeit den Plenarsitzungen unserer wissenschaftlichen Vereinigungen entzogen hätten. Kommt jedoch mit der Verwirklichung der ungarischen Ärzteschaft eine Kooperation der Fachgesellschaften zu Stande, so kann die Schaffung der Gesellschaft der Internisten nicht weiter verzögert werden. Durch diese Kooperation wird die Berührung zwischen den Internisten und den anderen Fächern noch viel inniger und organischer, als in den Plenarsitzungen unserer Ärzteschaften und es gelang, alle Bedenken durch den Beschluss zu beseitigen, dass die interne Medizin in vier Teile aufgeteilt und diese jährlich der Reihe nach bearbeitet werden sollen. Damit wird einerseits eine übermässige Belastung der Tagesordnung, wie auch die Gefahr vermieden, dass ein allzu grosser Teil des klinischen Materials den Plenarsitzungen entzogen werde. Die verschiedenen Gruppen der ungarischen Ärzte haben bisher in der Weise gearbeitet, dass sich ihre Fachvereine um einander wenig gekümmert haben, wodurch es vielen verborgen blieb, wie extensiv und intensiv im Laufe der Zeit unser wissenschaftliches Leben geworden

ist. Mit Ergriffenheit kann konstatiert werden, dass der ungarische Ärztestand, dessen Existenzgrundlage durch die nationale Katastrophe der letzten Jahrzehnte erschüttert, dessen Schicksal durch die verfehlte Sozialisierung der ärztlichen Praxis so nachteilig beeinflusst wurde, und dessen wissenschaftliche Arbeit durch den Umstand geschädigt wird, dass mit der Vermehrung unserer Anstalten deren staatliche Dotierung immer geringer wird: dass dieser Ärztestand, angeeifert durch Liebe zum Beruf und zur Wissenschaft, so unermüdliche Arbeit leistet. Unsere Ärzteswoche ist aber auch eine mächtige Demonstration, in welcher die wissenschaftlichen Bestrebungen der ungarischen Ärzte zum Ausdruck gelangen. Der Präsident erklärt sodann die erste gemeinsame Sitzung der ungarischen Internisten, Psychiater, Frauenärzte und Chirurgen für eröffnet.

XVII. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Gemeinsame Sitzung der Ungarischen Gesellschaft für innere Medizin, der Psychiatrischen Gesellschaft, der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte und der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft am 1. Juni 1931.

Präsident Universitätsprofessor Dr. Arnold Winternitz hiess in seiner Ansprache in erster Reihe und mit besonderer Wärme jene Mitglieder der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft willkommen, die aus den abgetrennten Gebieten Grossungarns gekommen sind und damit das Gefühl ihrer brüderlichen Zusammengehörigkeit dokumentieren. Nach einer Schilderung der Symptome der schweren Krise, die Jahrtausende alte Staatsformen und Staatsgebilde erschüttert und zertrümmert, neue wirtschaftliche und philosophische Gedankenrichtungen produziert hat, als deren Folge bei einer Überproduktion aller Waren die Menschenmillionen zerrissen und zerlumpt herumgehen und sich kaum Brot verschaffen können, wirft er die Frage auf, ob die mächtige Entwicklung der modernen Naturwissenschaften dem Glück der Menschen dienlich ist oder nicht. Während einerseits der technische Fortschritt den Menschen von der schweren körperlichen Arbeit befreit, und die Medizin besonders auf dem Gebiet der Hygiene erstaunliches geschaffen hat, und die furchtbaren Epidemien der Vergangenheit zu zügeln vermag, vernichten eben diese Naturwissenschaften im Dienste der Technik die Menschheit und ihre Kultur in einem Ausmass, das zu beschreiben nur ein Dante der Zukunft vermag. Die Geschichte der menschlichen Kultur beweist, dass grosse naturwissenschaftliche Entdeckungen die Entwicklung stossweise gefördert haben, und wenn dieser Fortschritt zeitweise mächtige wirtschaftliche Umwälzungen und politische Krisen verursachte, so waren diese doch vorübergehender Natur.

Zur Zeit leben wir in einer Periode der durch die ma-

schinelle Mechanisierung herbeigeführten wirtschaftlichen Krise. Wenn unter den treibenden Motiven des technischen Fortschrittes stellenweise auch die Fänge des egoistischen und jedes Idealismus baren Grosskapitals sichtbar werden, so können wir dem gegenüber mit Beruhigung und Stolz konstatieren, dass der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft ausschliesslich durch reinsten Altruismus und Idealismus gefördert wird. *Jenner, Pasteur, Harwey, Helmholtz, Robert Koch, Semmelweis* und die lange Reihe der medizinischen Forscher übergaben ihre Ideen selbstlos und unentgeltlich der Menschheit. Diese Ideen bilden Allgemeingut, sie werden weder durch Patente, noch in den Tresoren von Grossunternehmungen geschützt. Der seelische Altruismus, der im Laufe der Zeiten die medizinische Wissenschaft aufgebaut hat, verdient Bewunderung und Anerkennung. Vielleicht kann hierauf die Tatsache zurückgeführt werden, dass im letzten Jahrzehnt sich auch auf dem Gebiet der Medizin eine gewisse Überproduktion zeigt. Der Rahmen, der im Krieg weniger umfangreich gewordenen medizinischen Zeitschriften musste erweitert, die Zahl der Zeitschriften vermehrt werden, um die zunehmende Menge der Publikationen unterzubringen. Das wissenschaftliche Material der Kongresse sprengte deren Aufnahmefähigkeit. Der wissenschaftlichen Publizität stehen zwei Mittel zur Verfügung: die Publikation in Fachzeitschriften oder in Kongressen. Der Rahmen einer Zeitschrift kann erweitert werden, der des Kongresses ist starr, und durch die Dauer desselben gegeben. Eben deswegen können Kongresse nur solche Vorträge in ihr Programm aufnehmen, die in ihren zeitlich begrenzten Rahmen eingefügt werden können und ihre Lage ist nach dieser Richtung hin eine schwierigere, als jene der Zeitschriften. In Zeitschriften können alle Fragen zur Veröffentlichung gelangen, von solchen prinzipieller Bedeutung bis zu den kleinsten Detailfragen. Für Fachkongresse sind nur wichtigere Fragen von allgemeiner Bedeutung geeignet, von denen vorausgesetzt werden kann, dass sie das Interesse der Mehrzahl der Teilnehmer fesseln. Massenhafte Detailfragen verursachen eine Überfüllung der Kongresse und dauert ihre Verhandlung tagelang, so wird das Auditorium erschöpft. Diese Erfahrungen bewogen uns, das Programm der diesjährigen Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft derart zusammen zu stellen, dass auf diesem nur wichtigere Fragen von allgemeinen Interesse figurieren sollen, die voraussichtlich die Mitglieder der übrigen Gesellschaften interessieren werden, die sich im Rahmen der von den Kollegen *Korányi* und *Manninger* mit richtigem und praktischen Gefühl inaugurierten „Ungarischen Ärztewoche“ vereinigt haben. Deshalb mussten allzu spezielle Detailfragen in den Hintergrund gedrängt und in den Rahmen der

medizinischen Zeitschriften verwiesen werden. Es war nur derart möglich, die Beratungen der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft in den Rahmen der Ungarischen Ärztewoche einzufügen.

Der Präsident gedachte schliesslich der verblichenen Mitglieder der Gesellschaft: *Otto Kregczy* (Siklós), *Moritz Szöllösy* (Miskolc), *Géza Thurán* (Budapest) und *Karl Zimmermann* (Veszprém). Auf seinen Antrag ehrte die Versammlung das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen.

I. Hauptthema.

Thrombose und Embolie.

Edmund Zalka (Budapest): *Thrombose und Embolie im Lichte der pathologischen Anatomie* (Syllabus).

Morphologie des Thrombus. Bedingungen der Thrombus-Bildung: 1. Änderungen der Blutbahn und der Zirkulationsgeschwindigkeit; 2. Gefässwandveränderungen und 3. morphologische und physikochemische Blutveränderungen.

Thrombose und Infektion.

Sekundäre Thromboseveränderungen: Organisation, Rekanalisation, sterile Erweichung, Vereiterung.

Thrombusablösung, Entstehung des Embolus und Bedingungen seiner Zirkulation.

Wege des Embolus, Retrograde und paradoxe Embolie.

In der Lunge steckenbleibender Embolus, die infolge dessen zustandekommenden Veränderungen und Prozesse.

Tötliche Lungenembolien, ihr Entstehen, ihre Formen, Frequenz und Vermehrung.

Die Vermehrung herbeiführenden Faktoren.

Géza Gerlőczy (Budapest): *Pathogenese der Thrombose* (Syllabus).

1. Parallele zwischen Blutgerinnung und Thrombose.

a) Die Ferment-, immunbiologischen und physikochemischen Theorien der Blutgerinnung. Rolle der Glykolyse. b) Experimentell hergestellter Venenthrombus und intravitale Blutgerinnung.

2. Die Vorbedingungen für das Entstehen der Thrombose. a) Verminderung der Blutzirkulationsgeschwindigkeit, b) Blutveränderungen.

3. Mechanismus des Zustandekommens der Thrombose.

a) Physikochemische Faktoren. Stabilitätsverminderung der Thrombozyten und der Eiweisskörper des Blutes. Bedeutung des azideren Milieus für diesen Prozess. Der Zusammenhang der lokalen Verminderung der Blutströmungsgeschwindigkeit und der Infektion mit dem pH-Wert. Wirkung der CO₂ Einatmung (Originalexperimente).

b) Mechanische Faktoren. Die Frage der Gefässwand-

läsion. Die Thixotropie als eine gegen die Gelifikation der Kolloidlösung wirkende Kraft. Die Thixotropie vom Gesichtspunkt der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes. Zusammenhang dieser Erscheinung mit den physikochemischen Faktoren.

c) Organischer Faktor. Das Retikuloendothel in der Pathogenese der Thrombose (selbständige Experimente). Die Wirkung der Einspritzung von grossmolekularen Farbstoffen auf die Thrombozytenzahl. Die Mikrothromben im Sinne von *Jancsó* und das Retikuloendothel.

4. Die Verwertung der Pathogenese für die Praxis. Prophylaxe des aziden Milieus. Germanin. Das elektrokolloidale Kupfer (eigene Versuche). Die Diät. Die Frage der intravenösen Injektionen. Das CO₂. Allgemeine und lokale Sicherung der Strömungsgeschwindigkeit des Blutes.

Andreas Kubányi (Budapest): *Die Frage der Thromboembolie vom chirurgischen Standpunkt*. Referent will die Frage beleuchten, in welcher Weise die Begleitumstände des operativen Eingriffes: Vorbereitung, Art der Operation, deren Nachwirkung und die Nachbehandlung die Thrombosebereitschaft des Organismus beeinflussen. Er erörtert die Rolle der durch das Operationstrauma zustandekommenden Reaktionen, die Bedeutung der Änderung in der Blutzusammensetzung, der Verlangsamung des Blutstromes, resp. der Verminderung der Herztriebkraft, die allgemeinen und lokalen Ursachen der Zirkulationsstörungen: höheres Lebensalter, schwächende Krankheiten, Herzinkompensation, Venenerweiterungen, Aneurysmen, Venenklappenanomalien. Bedeutung des Schwergewichtes der Blutsäule, Änderung der Bauch- und Brustatmung bei operierten Kranken, deren verminderte Muskelarbeit. Wirkung der Bettlägerigkeit. Allgemeine und lokale Infektion. Ansichten der deutschen und französischen Schulen. Rolle der weiteren Faktoren endogenen Ursprungs: Familiäre Disposition, Konstitution, Begriffskreis des Typus embolicus.

Allgemeine Symptomatologie der postoperativen Thrombosen. Das Frühsymptom der Fussohlenempfindlichkeit nach *Deneke-Payr*.

Die Bedeutung der Prophylaxe. Vermeidung von Eiweisszerfall verursachenden Operationsräumen. Unterlassung der drastischen Purgierung, Hunger- und Durstkuren von der Operation. Kochsalzinfusionen vor und nach der Operation. Venesektion und darauf folgende Kochsalzinfusion. Digitalisvorbehandlung der zirka 50jährigen Patienten vor der Operation. Bedeutung der körperlichen Bewegung im postoperativen Stadium: Massage, Lungengymnastik. Spaziergang im Bett, Anwendung speziell konstruierter Maschinen, Übungstherapie. *Fründ'sche* Thyroxin-

Prophylaxe, medikamentöse Prophylaxe, die präoperative Vakzination der Franzosen.

Therapie der eingetretenen Thrombose. Konservative Behandlung. Blutegelbehandlung. Aktive chirurgische Therapie. Abbindung der tiefen Venen bei drohender Emboliegefahr (*Martin und Rosenstein*).

Komplikationen der Thrombose: Infarktus, Embolie. Statistische Daten über die Zunahme der Embolien in der Nachkriegszeit. Zusammenhang zwischen Thrombose und Embolie. Mechanismus des Zustandekommens der Embolie und die wichtigeren Punkte ihrer Diagnostik. Operationsindikationen. *Trendelenburg'sche* Operation. Zusammenfassung der für die Praxis verwertbaren Feststellungen.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Theorie und Praxis der Blutentziehung. (A vérelvonás elmélete és gyakorlati alkalmazása.) Von Dr. *Josef Kovács*, Budapest, Petöfi Lit.-Ges. Der junge Verfasser dieses Werkes hat in Budapest als Spezialist für physikalische Therapie praktiziert und sich dann in die Vereinigten Staaten niedergelassen, wo er sich binnen kurzer Zeit ein schönes Tätigkeitsfeld verschaffen konnte. Das vorliegende Werk ist zum grossen Teil eine Zusammenfassung jener Erfahrungen, die der Vater des Autors, der viele Jahre hindurch in Budapest praktizierte und sodann auch sein Sohn über die wohltätigen Folgen gesammelt haben, die das Schröpfen bei zahlreichen Krankheitszuständen zu erzielen vermag. Das Werk schildert, die auf Jahrtausende zurückblickende Geschichte der Blutentziehung, deren Technik und Wirkung. Im zweiten Teil werden jene Krankheiten behandelt, bei denen das Schröpfen günstig wirkt.

Säugling und Kleinkind. Von Hofrat Prof. Dr. *Leopold Moll*, fünfte erweiterte Auflage, Wien und Leipzig, Franz Deuticke. Der Verfasser des vorliegenden Werkes hat in Wien die Mutterberatungsstellen, in welchen die Mütter Ratschläge für die Ernährung, Pflege und Erziehung des Säuglings und Kleinkindes erhalten, ferner 14 Schwangeren-Fürsorgestellen eingerichtet, in denen werdende Mütter über die zu befolgende hygienische Lebensweise Anweisungen erhalten. Die in diesen Anstalten gewonnenen Erfahrungen leiteten den Verfasser bei der ersten Niederschrift des Werkes, das seither in zahlreichen Auflagen erschienen ist und mit den in das Werk aufgenommenen instruktiven Abbildungen ein vorbildlicher Wegweiser für die Mütter zur sachgemässen Pflege, Ernährung und Erziehung des Kindes geworden ist.

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.