

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. Gebärabteilung. Stütungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, 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
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14-24
Pengő. Thermal-Wellenbad.



St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthal-
tende Heilquelle. Thermalbäder
im Hause. Spezial-Heilanstalt
für rheumatische, neuralgische
Leiden und Herzkrankheiten.
Abgesonderter Park für Sana-
torium-Inwohner. Herrliche
Spaziergänge für Herzranke.
Modernste diätetische Kur,
sämtliche physikalische Heil-
methoden.



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 Schriftleitungsaus-
schusses 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. — Elisabeth-Universität in Pécs. — I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“. — II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 31. Oktober 1931.

G. Bud: *Komplikation von Asthma bronchiale mit vorzeitiger Ablösung der an normaler Stelle inserierten Plazenta.* Die 33jährige IV. P. wurde während ihrer Schwangerschaft wegen ihres während der Schwangerschaft schwerer gewordenen Asthmaleidens in der internen Abteilung hauptsächlich mit Ephedrin-Tabletten behandelt. Sie wurde im 8. bis 9. Schwangerschaftsmonat in vollkommen verblutetem Zustand in die Gebärabteilung des St. Margit-Krankenhauses aufgenommen, wo ohne jede Vorbereitung später ein 2960 Gramm schweres Mädchen in Schädellage mit der Plazenta geboren wurde, die mit zäh haftenden Blutgerinsel bedeckt war. Kurz nach der Geburt, während die Anämie bekämpft wurde, starb die Frau. Er demonstriert die blutig durchtränkte Cervix und Uteruskörper, die subserösen, blutdurchtränkten Längsstreifen und das Ergebnis der histologischen Untersuchung. Im Cervixgewebe finden sich umfangreiche Blutung und Blutpigment, die Korpusmuskelfasern sind durch Blutsäulen dissoziiert, die Blutgefäße sind an vielen Stellen von dem benachbarten Muskelgewebe durch Blut isoliert. Er erklärt die eigenartigen intramuskularen Blutungen durch toxische und vegetative Einwirkungen des Nervensystems, wobei auch die organische Disposition eine Rolle spielt. Was den kausalen Zusammenhang zwischen Asthma und Frühablösung der

Plazenta betrifft, sei ein vorsichtiger Standpunkt empfehlenswert. Asthmatische Schwangere erfordern ständige ärztliche Kontrolle und am Ende der Schwangerschaft Anstaltsbehandlung. Er betont sodann die gerichtsmedizinische Bedeutung der Plazentaablösung, weil die blutig infiltrierte Uteruswand an eine Ruptur denken lässt.

Z. Szathmáry teilt die Ansicht, dass die intramuskulären und subserösen Blutungen, die bei den schwereren Formen der Frühablösung der Plazenta zu finden sind, auf toxischer Grundlage entstehen. Die klinische Erfahrung beweist, daß bei solchen frühzeitigen Plazentaablösungen, wo auf toxischer Grundlage in der Uterusmuskulatur Blutungen auftreten, nach der Entleerung des Uterus Atonie auftritt, weil der Uterus unfähig ist, sich zu kontrahieren. In solchen Fällen gibt man vergeblich die Kontraktion stimulierende Mittel, vergeblich bleibt auch die Dührssen-Tamponade, ein großer Teil dieser Kranken verblutet. Er empfiehlt daher bei vorzeitigen Plazentaablösungen auf toxischer Grundlage, bei welchen der Kaiserschnitt indiziert ist, nicht den vaginalen Weg zu wählen, sondern die Operation durch die Bauchwand durchzuführen, auch dann, wenn die Frucht tot ist, weil man nur dann imstande ist, den Grad der Durchblutung der Uterusmuskulatur zu sehen und zu beurteilen. So kann darüber entschieden werden, ob der Uterus konserviert oder durch supravaginale Amputation entfernt werden soll.

Z. Bien: Bei Asthma bronchiale findet sich häufig Retroflexio, Hypoplasia uteri et ovarii. Die Entwicklung der Genitalien steht andererseits mit der Hypophyse, beziehungsweise mit der mit Röntgen sichtbaren Sella im Zusammenhang. Bei Asthma sind die Proc. clinoid. ant. und post. sehr nahe zueinander, sie sind verwachsen, oder es finden sich andere Deformitäten. Veränderungen der Hypophyse und des mit dieser in Korrelation stehenden Drüsensystems können Erkrankungen mit Atemstörungen verursachen. Das Asthma ist daher eine innersekretorische Erkrankung, mit Ausnahme der sehr seltenen Asthmafälle auf Grund von Heufieber. Bei dieser Krankheit finden wir Herzhypoplasie, frühzeitige Verkalkung des I. Rippenknorpels und Hypotonie.

J. Dollinger: *a) Anatomische Lokalisation und Behandlung des irrtümlich Bursitis subacromialis (Duplay) genannten Schulterschmerzes und der Schulterrigidität.* Das Leiden wurde vor 60 Jahren zuerst von Duplay beschrieben und erhielt seither zahlreiche Benennungen, weil die wirkliche Ursache nicht erkannt wurde. Dasselbe ist ein sehr heftiger, bis zum Ellbogen ausstrahlender Schmerz der Schultergegend ohne sichtbare Veränderungen, der Schmerz raubt den Kranken die Nachtruhe und zwingt sie, den Oberarm zum Rumpf gepresst zu halten, weil die geringste Bewegung, besonders in Abduktion, die Schmerzen auslöst. Dieses quälende Leiden wurde als Entzündung des Schleimbeutels, als Tuberkulose, rheumatischer oder gichtischer Schmerz betrachtet. Die verschiedenen Behandlungsmethoden blieben erfolglos, so dass die Prognose als ungünstig betrachtet wurde. Der Vortragende verdächtigte gleich den M. supraspinatus als Ursache des Leidens. Dieser Muskel liegt sehr tief

auf dem inneren Knieband, welches aber nicht die Aufgabe hat, das Körpergewicht zu tragen, sondern nur, die das Kniegelenk bildenden Knochen in ihrer Lage zu fixieren. Das innere Knieband beantwortet den ungewohnten, ständigen mechanischen Reiz mit einer Entzündung und einigem Exsudat. Wird mit der Massage dieses Exsudat zerteilt, so hört auch der durch dasselbe ausgelöste Schmerz auf und das zerteilte Exsudat wird resorbiert.

T. Verebely betont, daß eine Bursitis calcarea subdeltoidea zweifellos existiert, was auch durch Röntgenaufnahmen und Operationen bewiesen ist. Auf den Röntgenbildern sind im Schleimbeutel Kalkablagerungen nachweisbar, mit deren Verschwinden — Jodpräparate, Mirion — auch die klinischen Symptome aufhören. In hartnäckigen Fällen gelang es, durch Beseitigung der Kalkablagerungen die Symptome zu beheben. Doch gibt es zweifellos Schulterschmerzen mit ähnlichen Symptomen, ohne nachweisbare Veränderungen im Röntgenbild. Diese können durch den Befund des Vortragenden erklärt werden, den er zu Ehren des Vortragenden als *Myogelosis supraspinata Dollinger* in die medizinische Wissenschaft einführen will.

D. Deutsch hat wiederholt Muskelkrankheiten beobachtet, wo die Kranken bei beschränkter Oberarmbeweglichkeit den Schmerz auf entfernte Stellen lokalisierten. In mehreren Fällen besserte sich die Beweglichkeit bei Histamin-Iontophorese des M. pectoralis-Gebietes, in anderen Fällen wurde die Beweglichkeit bei derartiger Behandlung des M. supraspinatus vollkommen hergestellt. Waren mit Röntgen nachweisbare Kalkablagerungen vorhanden, so erzielte die Behandlung der Muskulatur zumeist nur Milderung der Symptome.

J. Dollinger: In jenen Fällen von Schultererkrankungen, die er behandelte, war immer der M. supraspinatus erkrankt, doch können solche Herde auch in anderen Muskeln vorkommen.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 12. Oktober 1931.

R. Blaskó: *Die Pneumothorax-Therapie in der Bekämpfung der Tbc.* Der Vortragende betont die Wirtschaftlichkeit und die guten Erfolge der Pneumothoraxbehandlung, die bei der Mehrzahl der Lungen-Tbc-Kranken anwendbar ist, die Therapie kann durch entsprechende Verfügungen für alle Kranken, die derselben bedürfen, zugänglich gemacht werden. In Ungarn ist die Einführung der Pneumothorax-Therapie in die Tbc-Bekämpfung im Zuge.

D. Orosz: Der Pneumothorax spielt in der Tbc.-Bekämpfung bei Kindern keine so grosse Rolle, wie bei Erwachsenen. Die Kinderärzte haben dieser Therapie gegenüber von Anbeginn einen reservierten Standpunkt eingenommen, mit Rücksicht auf die von zahlreichen Autoren beschriebenen Meningitiskomplikationen, resp. Miliarisation. Im Kindesalter findet sich Tbc. im dritten Stadium

sehr selten, andererseits ist der Prozess im zweiten Stadium noch nicht konsolidiert, so dass die Durchführung des Eingriffes Gefahren herbeiführen würde. Für die Meningitis und Miliaris-Tbc. ist besonders das subprimäre, resp. sekundäre Frühstadium gefährlich, ferner im Verlauf der sekundären Spätstadien die Perioden nach interkurrenten Krankheiten. In diesen Perioden ist jeder radikale Eingriff zu vermeiden.

J. Csurgó beschäftigt sich seit 1912 mit der Pneumothoraxtherapie. Anfangs war er mit dem Resultat nicht zufrieden, es gab häufige Komplikationen, später wurden die Ergebnisse mit der Klärung der Indikationsstellung und der Methodik immer besser. Leider verhindern die wirtschaftlichen Schwierigkeiten sehr oft die Einweisung der Kranken und die Fortsetzung der Behandlung. Er ist ein Gegner der ambulanten Durchführung der ersten Füllung, wegen der drohenden Komplikationen, Nachfüllungen nimmt auch er ambulant vor. Je mehr die Öffentlichkeit von der Besserung der mit Pneumothorax behandelten Kranken Kenntnis erhält, umso mehr sind die Kranken zu dieser Behandlung bereit. Die Ausrüstung und besonders die Röntgendotation der Dispensaires sei nicht genügend, weshalb diese nicht alle Fälle erfassen. Er fordert eine engere Zusammenarbeit zwischen Amtsärzten, Dispensaires, Krankenhäusern und praktischen Ärzten.

J. Ángyán erörtert die auf 100 Jahre zurückreichende Geschichte der Pneumothoraxbehandlung und hofft, dass die gemeinsamen Anstrengungen der kurativen und präventiven Arbeit die Tbc.-Morbidität verringern werden.

R. Blaskó: Bei an Tbc. im zweiten Stadium leidenden Erwachsenen wird kein Pneumothorax angelegt. Septische Erkrankungen bilden für lange Zeit eine Kontraindikation für die Pneumothoraxbehandlung. Nach der Füllung auftretender spontaner Pneumothorax indiziert die Desufflation.

I. Tagung der „Ungarischen Ärzteswoche“.

I. Vollsitzung am 1. Juni 1931.

(Fortsetzung.)

Zoltán Szathmáry (Budapest): *Die Frage der Thrombose und Embolie vom geburtshilflichen und gynäkologischen Standpunkt.*

Die geburtshilflichen Thrombosen sind von den nach gynäkologischen und chirurgischen Operationen auftretenden Thrombosen zu separieren, denn während der grösste Teil der ersteren infektiösen Ursprungs ist, kann bei den meisten postoperativen Thrombosen die Infektion ausgeschlossen werden. Nach Erörterung des Entstehens und Ausgangspunktes der Thrombosen im Anschluss von Geburten schildert er die Rolle der Plazentaablösung und der dieser folgenden Uteruskontraktion, der allgemeinen Konstitution und der Varizen auf die Gestaltung des klinischen Bildes der Thrombose, sowie die Bedeutung der Infektion der Uterushöhle für das weitere Schicksal der Thrombophlebitiden.

Fällen, unter den gezüchteten Keimen der ersterwähnten Kategorien war die Zahl der sicher pathogenen um 10% mehr als in der letzteren Kategorie. Operative Eingriffe erfolgten in beiden Gruppen gleich häufig. Pathologisch-anatomische Veränderungen am Herzen und an den grossen Gefässen fanden sich in 19% der nicht thrombotischen und embolischen Fälle, in 52% der Embolie- und in 60% der Thrombosenfälle. In diesen fanden sich am häufigsten: Fibrosis myocardii, Athosklerose und Endocarditis chronica.

Aussprache: Ludwig Schmidt (Debrecen): Von den in 9 Jahren operierten 16,000 Patienten der Debrecener chirurgischen Klinik starben 28 an Lungenembolie, all diese gelangten zur Sektion. Der Verlust wegen Embolie war daher 0.17%, so dass auf ungefähr 570 Operationen eine Embolie entfiel, und zwar auf 1000 Gallenwegoperationen 4, auf 4000 Hernien 4, auf 128 Colon- resp. Rectumkarzinomoperationen 3, auf 150 Prostatahypertrophieoperationen drei Todesfälle, doch gab es nach 2641 Appendektomien keine einzige Embolie. In den 28 Fällen konnte die manifeste Thrombose klinisch nur einmal vor der Embolie nachgewiesen werden, was bedeutet, dass eine Embolieprophylaxe durch Unterbindung der thrombotisierten Vene nur sehr selten durchgeführt werden kann, da man ja nicht weiss, welche Vene zu unterbinden ist. Die Sektion konnte in 68% der Emboliefälle die Stelle der Thrombose nachweisen, diese fand sich am häufigsten im Plexus prostaticus, Vena iliaca und hypogastrica, sowie in den tiefen Venen der unteren Extremität. 11 Kranke waren übernährt, 2 mager, die übrigen mittelmässig ernährt. Vor der Operation erhielten nur 6 Patienten intravenöse Injektionen. Die Sektion stellte in 82% der Fälle schwere Herzveränderungen fest und wenn hiezu die Fälle von hochgradiger Sklerose der grossen Gefässe hinzugezählt werden, so kann festgestellt werden, dass in 90% aller Fälle schwere Zirkulationsstörungen bestanden. Die Förderung der Zirkulation durch Kräftigung des Herzens, Steigerung des Blutdruckes und Förderung der venösen Zirkulation durch ausgiebige Bewegungen bildet daher das wichtigste Gebiet der Prophylaxe der Thrombo-Embolie. Ferner konnte in mehr als der Hälfte der Fälle eine manifeste lokale oder allgemeine Infektion festgestellt werden und in mehr als einem Viertel der Fälle entwickelte sich die letale Lungenembolie bei Krebskranken. Insgesamt trat daher die Embolie in mehr als 80% der Fälle nach Leiden auf, die mit schweren Gewebszerfall und Veränderung der Blutzusammensetzung einhergehen und die als Fälle mit gesteigerter Thrombosebereitschaft bezeichnet werden. In diesen besteht die Prophylaxe ausser der schonenden glatten Operation in der möglichen Vermeidung der Flüssigkeitsverluste, die Therapie aber in der Einführung von viel Flüssigkeit. Eine erhebliche Bedeutung kommt auch der Steigerung des intermediären Stoffwechsels mit Thyroxin zu.

Ernst Eischer (Budapest): Die Thrombusbildung wird besonders durch die Verlangsamung des Blutstromes gefördert. Ist die Zirkulation sehr lebhaft (Kindesalter, Basedow), so bildet sich kein Thrombus, am häufigsten ist er dort, wo die Zirkulation langsam ist (Saphena-System). Letale Embolien verursachende grosse Thromben können nur aus grossen Venen stammen, ihre Bildung

erfordert wahrscheinlich nur wenige Stunden, weil kaum anzunehmen ist, dass grosse Venen verschliessende Thromben längere Zeit bestehen könnten, ohne klinische Symptome zu verursachen. Die Rolle der chemischen Blutveränderung ist nicht geklärt, hiebei spielen Wasserverlust und Nierenfunktion eine grosse Rolle. Möglicherweise fördern die neuen Methoden der Narkose durch ihre Kohlensäurewirkung und Steigerung der Azidose die Thrombosebereitschaft. Auf dem Gebiet der Prophylaxe empfiehlt er die frühzeitigen aktiven und passiven Bewegungen, das frühzeitige Verlassen des Bettes, die Herzvorbereitung mit den üblichen Mitteln, sowie Anwendung von Alkohol. Bei septischer Phlebitis empfiehlt er neben der zentralen Unterbindung die Exzision der erkrankten Partie, bei aseptischen Vennoperationen die hohe Unterbindung der Saphena.

Wilhelm Heller (Budapest) referiert über das Material der chirurgischen Abteilung des Spitals der Pester isr. Religionsgemeinde. Nach 2712 Operationen gab es 2 letale (0.073%) und einen geheilten Fall von Lungenembolie, drei schwere und 19 milde Extremitäten-Thrombosen. Der grösste Teil der Fälle entfällt auf Bauchoperationen (72%).

Franz Prochnow (Budapest): Die dauernd zunehmende Zahl der Publikationen verweist auf eine Vermehrung sowohl der postoperativen, wie auch von anderen letalen Lungenembolien in der Nachkriegszeit. Zur Prüfung der Frage, ob diese Vermehrung eine scheinbare oder tatsächliche ist, hat der Vortragende das Vor- und Nachkriegsoperationsmaterial der II. chirurgischen Klinik auf Lungenemboliefälle verglichen. Bei diesem Vergleich wurden folgende Gesichtspunkte vor Augen gehalten: Es wurden zumindest die operativen Thrombo-Emboliefälle von 10 Jahren verglichen. Berücksichtigt wurden nur die mit Sektion nachgewiesenen tödlichen Lungenembolien. Beim Vergleich wurden nur die Embolien von Kranken berücksichtigt, bei denen die Operation nach dem 50. Lebensjahr vorgenommen wurde. Es wurde neben der Embolietotalität auch die sonstige Mortalität berücksichtigt. Die einzelnen Operationsgruppen wurden separat verglichen, da es für Embolie gefährliche und ungefährliche Operationen gibt. Auf Grund der solcherart zusammengestellten Statistik konnte festgestellt werden, dass im Operationsmaterial dieser Klinik eine Vermehrung der Thromboembolien nicht anzunehmen ist, es konnte nämlich bei der Prüfung der einzelnen auf Embolie gefährlichen Operationsgruppen festgestellt werden, dass diese zur Zeit in viel grösserer Zahl und mit viel geringerer Mortalität operiert werden, so dass im Resultat nur eine Zunahme der absoluten Emboliezahlen zu registrieren ist, die als notwendige Folge der Entwicklung der Chirurgie seit dem Weltkrieg zu betrachten ist.

Stefan Krompecher (Budapest) beschäftigt sich mit der Entstehung der Thrombose bei einer speziellen Krankheit. Als Ursache der juvenilen oder spontanen Gangrän wurde früher die Thrombose der Stammgefässe angenommen (Thromboangiitis^o obl.). Zur Zeit wissen wir, dass die Ursache der Gangrän die Stenose der kleinen Gefässe ist (Teleangiostenosis). Diese primäre Verengung kann schon allein die Gangrän herbeiführen, häufig wird jedoch die Lage noch durch eine sekundäre Thrombose verschlimmert, die sich auch auf die grossen Gefässe erstreckt. Der Vortragende erörtert sodann jene Faktoren, welche diese Veränderung herbeiführen.

Alexander Laczka (Budapest) schildert die Arbeiten der I. Frauenklinik über die Thrombosenfrage. Untersucht wurde der Ca.- und Mg.-Gehalt des Blutes, deren gegenseitiges Verhältnis, sowie die Veränderungen der Bluteiweissfraktionen. Zu Beginn der Thrombose war der Ca.-Gehalt des Blutes immer vermehrt, der Mg.-Gehalt schwankend, doch das gegenseitige Verhältnis immer stark verschoben, so dass aus diesem Verhältnis die Prognose resp. die Besserung des Prozesses vorhergesagt werden konnte. Vor dem Auftreten der Thrombose vermehrt sich der Ca.-Gehalt des Blutes im Verhältnis zum Blut-Mg. auf das 3—4-fache und wird nach dem Auftreten der Thrombose wieder normal, die Verhältniszahl bleibt jedoch abnorm in jenen Fällen, wenn der Prozess weiter um sich greift. Auch der Fibrinogengehalt des Blutes zeigt bei der Thrombose eine starke Vermehrung. Diese Untersuchungen beweisen, dass bei Zustandekommen der Thrombose chemische Blutveränderungen eine grosse Rolle spielen.

Stefan Cukor verabreicht bei postoperativen Thrombosen 0.1% Calc. Chlor.-Lösung und prophylaktisch allen Patienten über dem 30. Lebensjahr, die vor einer schweren Operation stehen, 14 Tage hindurch vor und nach der Operation ein Kcm dieser Lösung. Er hatte bisher keinen einzigen Emboliefall und sieht einen Konnex zwischen der vorbereitenden Ca.-Darreichung und der Embolie. Er betont die Notwendigkeit der postoperativen Bewegung der Kranken, er lässt auch solche Patienten, die schwere Laparotomien überstanden haben, am 2—3. Tag nach der Operation Turnübungen machen, indem sie sich an Schlingen, die am Bettende befestigt sind, emporziehen haben, was die Zwerchfellbewegung, Blutzirkulation und Atembewegungen fördert.

Andreas Kubányi (Schlusswort): Die Aussprache bestätigt die dargelegten Feststellungen und liefert wertvolle ungarische statistische Daten. Das Verdienst der Statistik ist, dass sie das Thromboseproblem in den Vordergrund gestellt hat, so dass seit 6 Jahren sowohl die Kliniker, wie auch die theoretischen Fächer an den einschlägigen Forschungsarbeiten teilnehmen. Was die von *Ludwig Schmidt* erwähnte Thyroxinprophylaxe betrifft, so würde die prophylaktische Verabreichung von Thyroxin an alle interne und chirurgische Kranken jährlich 2 Millionen kosten.

(Fortsetzung folgt.)

II. Tagung der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte.

Budapest, am 4. und 5. April 1931

(Fortsetzung.)

S. Radvány: *Über Technik und Resultate der manuellen Plazentaablösung und der Abtastung der Uterushöhle.* Nach 258 derartigen Operationen war die Mortalität nach Plazentaablösung bei Spontangeburt 0.9%, die Gesamtmortalität nach Plazentaablösungen 2.8%. Die Morbidität war nach Plazentaextraktionen 15%, manueller Abtastung der Uterushöhle 13%. Nach dem im Dienste des intensiveren

Wundschutzes stehenden operativen Verfahren (instrumentelle Freilegung, Hervorziehung des Muttermundes, Jodierung der Cervix und des Unterarmes) verringerten sich die Todesfälle und Erkrankungen auf nahezu die Hälfte.

J. Batisweiler: *Im Anschluss an Insertio velamentosa Gefässruptur und intrauterines Absterben der Frucht.* Als Ursache der Blutung während der Geburt und des intrauterinen Fruchttodes wurde die an zwei Stellen erfolgte Ruptur eines Venenhauptstammes der velamentös inserierten Nabelschnur festgestellt. Der Fall ist interessant, weil die Gefässruptur nicht beim Blasensprung erfolgte, sondern später als der Kopf bereits tiefer stand.

E. Lőrincz: *Missed-Abortion.* Die 32jährige III. P. gebar am Ende der Schwangerschaft ein faustgrosses fahles Gebilde, das ungefähr einem 4—5 Monate altem Ei entspricht. Bei der histologischen Untersuchung erwies sich das Gebilde als Hyalin- und netzförmiges Fibringebilde. Die Zotten sind gefässlos. In den intervillösen Räumen finden sich Hyalin, Fibrin und stellenweise frisches Blut. Es ist anzunehmen, dass nach frühem Absterben des Foetus die serotinalen Eipartien das Wachstum fortsetzen. Die Blutung entstand ex vacuo.

L. Lajos: *Interessanter Fall eines sträfllich eingeleiteten Abortes.* Ein mit Alkohol vermishtes Sekalepräparat wurde in der Form einer Einspritzung in die Uterushöhle verwendet. Die Kranke starb infolge der mit akuter Alkoholvergiftung komplizierten Mutterkornvergiftung.

E. Lukács: *Interessanter Fall eines Uterusperforation nachahmenden kriminellen Abortes.* Zur Einleitung eines kriminellen Abortes fiel bei der Gravida, deren Schwangerschaft auf fünf Monate geschätzt wurde, nach Laminariaeinführung bei geschlossenem inneren Muttermund ein als Darm imponierendes Gebilde vor, dessen Zerrung sehr schmerzhaft ist, und das stellenweise bräunlichen breiigen Inhalt durchschimmern liess. Bei der Laparotomie fanden sich die Därme unversehrt. Die Sectio caesarea ergab eine fünf Monate alte mazerierte Frucht, deren wegen Hydrocephalus mächtig angeschwollene und pergamentartig verdünnte Kopfhaut in die Vagina prolabierte, wobei die mazerierte Hirnmasse die als Kot betrachtete Masse nachgeahmt hat.

V. Zemlényi: *Fachgutachten in einem gerichtlichen Fall von Uterusperforation.*

Aussprache. **J. Farkas** behandelt das Puerperalfieber mit Chinin- und Eigenblutinjektion und ist mit den Resultaten zufrieden. Bei der Eklampsie ist nicht so sehr die Behandlung, wie die Schwere des Falles entscheidend. Statistische Daten, die so ungenügende Schwankungen zeigen, wie sie sich bei der Eklampsiemortalität finden, können zur Beweisführung kaum verwendet werden. Der Kaiserschnitt kann in der Behandlung der Eklampsie nur

in der Erweiterungsperiode angewendet werden, wenn die Gebärende nicht infiziert, die Frucht aber lebensfähig und lebend ist.

G. Balás: Die von *Hirsch* angegebene Richtung ist in Amerika bereits eingeführt worden. Kaiserschnitte gibt es häufiger, und zwar nicht auf der strengen Indikationsgrundlage, sondern auf jener der gegebenen Möglichkeiten. Selbst in kleinen Orten stehen trefflich ausgerüstete Spitäler den praktischen Ärzten zur Verfügung. Die geburtshilfliche Aktivität kann auch mit der Mentalität der amerikanischen Frauen erklärt werden. Die amerikanische Frau will während der Geburt nicht leiden und fordert von ihrem Arzt die Geburt in Anästhesie. Man dürfe die amerikanische Geburtshilfe nicht der übertriebenen Aktivität beschuldigen, weil die Ursache nicht eine Inferiorität der wissenschaftlichen Auffassung oder Ausbildung ist, sondern in den erwähnten Verhältnissen und in der Mentalität der amerikanischen Frau begründet ist.

G. Mészáros: Die psychischen Faktoren können aus der Ätiologie der Hyperemesis gravidarum nicht ausgeschlossen werden. Bei der Therapie sei es zweckmässig, vor der Kalziuminjektion die viel einfacheren diätetischen Verfahren eventuell die Psychotherapie zu versuchen.

G. Kulitzky kann die ausschliesslich toxische Ätiologie der Hyperemesis gravidarum nicht akzeptieren, ein Teil der Fälle habe unbedingt psychogenen Ursprung. Der Erfolg der angewendeten Persuasionstherapie rechtfertigt diese Auffassung.

K. Burger führt einen Fall an, wo er bei einer II. P. 145 epileptische Anfälle beobachtete. Der Status epilepticus wurde durch die Einstellung des während der Schwangerschaft ständig verabreichten Luminals ausgelöst.

I. Thurn-Rumbach: Das Sinken des Serumkalziumspiegels und des Kalziumgehaltes der Gewebssäfte während der Schwangerschaft und der Schwangerschaftstoxikosen kann selbst durch intravenöse Kalziumdarreichung dauernd nur schwer beeinflusst werden, ebendeshalb hält er es für empfehlenswert, gleichzeitig mit dem Kalzium D-Vitamin als Katalysator in den Organismus einzuführen.

G. Vajna: In leichten Fällen von Hyperemese genügen die Änderung der Lebensweise und diätetische Eingriffe. Er hält gegenüber dem intravenös verabreichten Kalzium das subkutan darreichbare Insulin für wirksamer.

J. Batisweiler referiert über zwei Beobachtungen nach Transfusion fremden Blutes. Nach einer provisorischen Pulsverbesserung wurde wenige Stunden später die Pulsfrequenz unzahlbar und es traten Symptome von Embryokardie auf. Dieser der paroxysmalen Tachykardie ähnliche Zustand dauerte mehrere Stunden und ging in Heilung über.

A. Fischl: Die Motivierung des justizärztlichen Senats, auf die sich *Zemplényi* berufen hat, ist nicht stichhältig, wenn der Angeklagte zu Beginn der Operation sich von der Lage des mit der Kornzange fixierten Uterus durch vorsichtige Sondierung überzeugt, und dieser seine Instrumente in die derartig festgestellte korrekte Richtung eingeführt hat.

J. Bud: Die in der Therapie der Eklampsie erzielbaren Resultate werden in hohem Masse beeinflusst einerseits durch die Schwere der Fälle, andererseits durch den Umstand, wann der betreffende Fall in fachliche Behandlung gelangt. Die Erweiterung der Sectio

caesarea-Indikation unter entsprechenden Bedingungen lässt bessere therapeutische Resultate erhoffen. Der Wert der Zangenexpression in der Austreibungsperiode ist allgemein bekannt.

V. Zemplényi ist der Ansicht, dass die ambulante Insulinbehandlung wegen der Eventualität des hypoglykämischen Schocks nicht vollkommen ungefährlich ist.

Hauptfrage: Extraterine Gravidität.

I. Bolla: *Die interstitielle extraterine Gravidität.* In zwei Fällen wurde die interstitielle Einbettung durch die makroskopische und histologische Untersuchung mit voller Sicherheit bestätigt. Wegen Ruptur und hochgradiger innerer Blutung wurde dringlich operiert; beide Kranke heilten glatt.

J. Batisweiler: *Gleichzeitige intra- und extraterine Schwangerschaft.* Die 35jährige Frau gelangt im dritten Schwangerschaftsmonat unter Symptomen von innerer Blutung zur Operation; es fand sich ein beginnender tubarer Abort, mit einem zehn Wochen alten Embryo. Die wiederholte Untersuchung stellte eine normale intraterine Schwangerschaft fest, die mit der extraterinen Schwangerschaft gleichzeitig war. Anlässlich der dem berechneten Termin entsprechenden Geburt gebar sie eine ausgetragene lebende weibliche Frucht. Der Fall ist ziemlich selten und es traten in diesem die Symptome der extraterinen Schwangerschaft in den Vordergrund.

J. Baumann: *Mit extrateriner Schwangerschaft komplizierte intraterine Schwangerschaft.* Die Frau gebar sieben Monate nach der wegen extrateriner Schwangerschaft durchgeführten Operation ein lebendes reifes Kind. Die extraterine Einbettung des anderen Eies wird damit erklärt, daß die intraterine Implantation des ersten Eies auf hormonalem Wege eine regressive Veränderung der Flimmerzellen der Tube herbeigeführt hat. Bei der Untersuchung der Tuben von mit Urin von Schwangeren geimpften Ratten fand er Veränderungen, welche diese Annahme stützen.

T. Nagy: *Ovarialschwangerschaft.* Er demonstrierte eine intrafollikuläre Ovarialschwangerschaft.

Hauptfrage: Neugeborene.

F. Szel'ö: *Ein sicheres Übertragungszeichen an Neugeborenen.* Bei den am Ende der normalen Schwangerschaftsdauer geborenen sogenannten reifen Neugeborenen sind die Verkalkungskerne der Handwurzelknochen: Os capitatum und hamatum niemals vorhanden, die untere Grenze der physiologischen Schwankungen ihres Auftretens fällt auf die zweite Hälfte des ersten Monats des extraterinen Lebens, die späteste Grenze aber ist der sechste Lebensmonat. Die Frucht, bei der sich auch nur eines dieser Verkalkungszentren anlässlich der Geburt findet, ist übertragen. Dieses derzeit einzige sichere und röntgenologisch leicht nachweisbare Übertragungszeichen, das er als erster in der Literatur gefunden hat, besitzt bei seinem Vorhandensein absolute Beweiskraft, sein Mangel spricht jedoch nicht gegen die Übertragung.

F. Kovács: *Hydrus foetus universalis.* Die Frucht wurde tot geboren und zeigte makroskopisch und mikroskopisch die diesem Krankheitsbild entsprechenden typischen Veränderungen. Er erörtert sodann die Geburtskomplikationen sowie die Behandlungsmöglichkeiten, wenn die Frucht am Leben bleibt.

S. Liebmann: *Fruchtverletzungen im Anschluß an die Geburten.* Er referiert im Anschluss an 17,000 Geburten über die interessante-

ren Fruchverletzungen, deren Versorgung und Prognose, Schädelimpressionen, wenn diese mit der subkutanen Methode herausgehoben werden, lassen keinerlei Spur bei der weiteren Entwicklung der Früchte zurück. Extremitätenfrakturen verursachen, wenn sie unmittelbar nach der Geburt mit entsprechendem Gipsverband versehen werden, weder im weiteren Wachstum noch für die Brauchbarkeit der betreffenden Extremität irgendwelche Störung. Geburtslähmungen, sofern keine hochgradige Nervenverletzung (Ruptur) vorhanden ist, führen zu voller Restitution ohne jede besonderer Behandlung.

Aussprache. F. Szellö: Der Knochenkern des Os capitatum und hamatum sind nur dann Beweise der Übertragung, wenn ihr Vorhandensein mit der Röntgenaufnahme festgestellt werden kann, wogegen ihr Fehlen nicht gegen eine Übertragung, beziehungsweise gegen eine Überreife des Knochensystems spricht. Dieses zurzeit einziges sicheres Zeichen der Übertragung kann nur bei einem geringen Bruchteil der übertragenen Früchte gefunden werden.

Hauptfrage: Vorträge aus dem Gebiet der gynäkologischen Therapie und Kasuistik.

J. Frigyesi: *Schädliche Folgen der Jodinjektion.* Eine hervorragende Bedeutung für die Verbreitung der Sterilität, sowie der extrauterinen Graviditäten kommt der rapiden Vermehrung der kriminellen Aborte, bezw. der konsekutiv zustande gekommenen entzündlichen Erkrankungen zu. In einer Gruppe der Fälle ist die Ursache die Beizwirkung der zur Herbeiführung krimineller Aborte verwendeten intrauterinen Jodeinspritzungen. In zwei Fällen traten bei den Kranken nach der Jodinjektion heftige Krämpfe auf, sodann wurde jahrelang dauernde Sterilität, resp. extrauterine Gravidität beobachtet. Bei der Operation fand er in beiden Fällen im proximalen Drittel der Tuben einen bohnergroßen Knoten; die Beizwirkung der Jodtinktur hat in beiden Fällen die Schleimhautfalten der Tube zirkumskript verklebt, bei übrigens normalem Tubenverlauf und normaler fimbrialer Öffnung.

D. Raisz: *Die bei der Operation von Uterusmyomen zu berücksichtigenden Gesichtspunkte.* Es wurden die Uterushöhlen bei fünfzehn supravaginalen Amputationen untersucht. Aus fünf derselben wurden Staphylo- und Streptokokken gezüchtet, in vier Fällen fanden sich submuköse Myome. Die Morbidität der mit supravaginaler Amputation operierten submukösen Myome ist sehr hoch. Submuköse Myome sind so zu operieren, wie die infizierten Myome; hauptsächlich vaginal. Zu gleicher Zeit mit dem Abdrehen von fibrösen Polypen soll nicht kurettiert werden. Die besten Erfolge bietet die totale Exstirpation der submukösen Myome. Wird eine supravaginale Amputation durchgeführt, dann soll durch den aufgeschlitzten Cervixstumpf drainiert werden. Gut wirkt auch die vor der Operation verabreichte Jodinjektion.

P. Salacz: *Nekrobiose der Myome.* Bei 10.1% der Myome wurde Gewebsnekrose gefunden. Die Diagnose der Nekrosen, sowie der malignen Entartungen ist vor der Operation selten möglich. Er empfiehlt die aktive Richtung in der Myomtherapie, liegt keine Kontraindikation vor, dann soll operiert werden. Wird bei der Operation eine maligne Entartung oder Gewebsnekrose gefunden, dann soll diese radikal beseitigt und das gewonnene Material histologisch untersucht werden. Das Resultat der Operation wird durch die Strahlenbehandlung verbessert.

G. Vajna: *Sarkomatöse Uteruspolypen.* Er demonstriert zwei Fälle, die beweisen, dass die Entwicklung von benignen Schleimhautpolypen, besonders im vorgeschrittenen Alter, das Entstehen von bösartigen Geschwülsten verbergen kann, ebendeshalb sei es notwendig, solche Kranke streng zu kontrollieren.

A. Filep: *Lipoma uteri.* Die 26jährige Patientin gelangte mit der Diagnose Myoma uteri und r. Adnextumor zur Operation, die auffallend weiche faustgrosse rundliche Geschwulst sass in der Hinterwand des Uterus. Nach den histologischen Schnitten lag ein Lipom vor, in welchem das Fettgewebe die Bindegewebs- und Muskelelemente stark zurückgedrängt hat.

O. Mansfeld: *Die Technik der partiellen Kolpoplekse.* Nach umfangreichen vaginalen und abdominalen Uteruskarzinomoperationen tritt oft infolge der partiellen Blasennekrose eine Blasen-scheidenfistel auf. Der operative Verschluss solcher Fisteln in der Höhe des Scheidentrichters ist oft ziemlich schwierig. Ist kein Uterus vorhanden, so ist noch die beste und am wenigsten riskante Methode der hohe Scheidenverschluss. Er demonstriert die Technik an Bildern.

J. Szalay: *Die Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mit Ausnahme von Geburtstraumen.* Solche Verletzungen gab es im Krankenhausmaterial der Pécsér Frauenklinik in 0.21% (11:5052). Die kleinere Hälfte der Fälle stammte aus Verletzungen beim Beischlaf. Sämtliche Fälle heilten auf entsprechende chirurgische Behandlung, obwohl die Verletzung in einem Falle bis zum Bauchraum reichte. Die grössere Hälfte der Verletzungen weiblicher Geschlechtsorgane, die keinen Zusammenhang mit der Geburt aufwiesen, hatten Kontusionen, Pfählungen, Projektile oder Beckenfrakturen als Ursache. Diese letztere Gruppe der Verletzungen war schwerer, als die Verletzungen durch Beischlaf und stellte die Therapie vor schwere Probleme. Ein Sechstel dieser Fälle endigte trotz der entsprechenden chirurgischen Behandlung letal.

K. Lehoczky-Semmelweis: *Ungewöhnlich grosses Fibrom der Bauchdecke.* Die Ausgangsstelle der kindskopfgrossen Geschwulst, welche das kleine Becken ausfüllte, war nicht vollkommen geklärt. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Geschwulst von der Fascia transversa ausgegangen ist, und histologisch ein Fibrom war. Bauchdeckengeschwülste erreichen selten einen solchen Umfang, die Lagerung und die klinischen Symptome gaben zu diagnostischen Irrtümern Gelegenheit.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Universitätsprofessor Koloman Tellyesniczky †. In seiner Villa in *Szentendre* ist der Budapester Universitätsprofessor d. R. Dr. *Koloman Tellyesniczky*, nachdem er vierzehn Gramm Veronal genommen hatte, gestorben. *Koloman Tellyesniczky* hatte nach Absolvierung seiner akademischen Studien die Anatomie als Spezialfach gewählt, wurde Assistent des hervorragenden ungarischen Anatomen Prof. *Mihalkovics*, nach dessen Ableben Adjunkt an der Seite des Prof. *Thanhoffer* und 1908 dessen Nachfolger. Prof. *Tel-*

Telyesniczky entfaltete eine sehr lebhaft literarische Tätigkeit und erwarb sich auf dem Gebiete der Anatomie eine hervorragende Position. Seine Arbeit über künstlerische und plastische Anatomie ist das einzige ungarische Werk in diesem Fach. Auf histologischem Gebiet sind von ihm ausgearbeitete technische Methoden, namentlich eine Fixierungsmethode, heute Allgemeingut der Wissenschaft. In der in deutscher Sprache erschienenen histologischen Enzyklopädie wurde die Bearbeitung des Abschnittes über Fixierungsmethoden ihm anvertraut. In der letzten Zeit beschäftigte er sich mit Fragen der Zellstruktur und verfocht die Anschauung, dass die im Zellkern beschriebenen Gebilde, die Chromosomen, durch technische Behandlung geschaffene Kunstgebilde sind und der Zellkern keine solche Struktur besitzt, wie dies allgemein gelehrt wird. Die neueste technische Entwicklung auf dem Gebiete der Zellforschung, namentlich die Einführung der Mikrodissektion scheint seiner Auffassung vollauf recht zu geben. Prof. *Telyesniczky* hatte vor mehreren Jahren seine Gattin verloren; sie war eine Ziehtochter des Professors an der Musikhochschule *Emanuel v. Hegyi*. Der überaus verschlossene, wenig gesellschaftlichen Umgang pflegende Gelehrte wurde durch diesen Verlust so tief erschüttert, dass er sich unfähig fühlte, weiter Vorlesungen zu halten. Er kam vor zwei Jahren um seine Pensionierung ein, zog sich nach Szentendre zurück, wo er ein kleines Häuschen besass und lebte dort ganz allein.

Jubiläum des Professors Tauffer. Eine hervorragende Gestalt der ungarischen medizinischen Wissenschaft, der Schöpfer der modernen Frauenheilkunde in Ungarn, Universitätsprofessor i. P. Dr. *Wühelm Tauffer*, tritt heuer in sein 80. Lebensjahr und feiert gleichzeitig die 50. Jahreswende seiner Ernennung zum Universitätsprofessor. Diesen Anlass benützte der Professorenkörper der Budapester medizinischen Universitätsfakultät, um ihm eine herzliche Ehrung zu bereiten. Eine Deputation erschien in der Wohnung des Jubilars und Dekan Dr. *Josef Szabó* richtete an ihn eine innige, von den Gefühlen aufrichtiger Liebe zeugende Ansprache, auch überreichte er ihm im Namen des Professorenkörpers einen Begrüßungsbogen. Professor *Tauffer* dankte ergriffen für die Ehrung. Er erklärte, dass er für den höchsten Wert des Lebens immer die Arbeit geachtet habe und dass er auch weiterhin seine Kräfte dem Mutter- und Säuglingsschutz widmen wolle. Danach machte eine Abordnung des Ärztekörps des Volkswohlfahrtministeriums unter Führung des stellvertretenden Staatssekretärs *Tibor Györy* ihre Aufwartung, um den Jubilar zu begrüßen. — Professor *Tauffer* zu Ehren ist die vom Staatssekretär Dr. *Kornel Scholtz* und vom Universitätsprofessor Dr. *Emil Grösz* redigierte Zeitschrift für ärztliche Fortbildung „*Orvosképzés*“ als Festnummer erschienen. Aus dem reichen Inhalt dieser Nummer seien verzeichnet: die Beiträge des Professors *Josef Frigyesi* über die von ihm ausgearbeitete neue Methode zur Erzielung der Unempfindlichkeit bei gynäkologischen Operationen, des Professors *Emil Grösz* über eine neuartige Behandlung der Netzhautablösung im Auge, des Professors *Ladislau Benedek* über seine neue Schädelperkussionsmethode, des Professors *Aludár Aujeszky* über das Andenken weiland *Andreas Högyes'*, *Emerich Bartók's* über Augenveränderungen bei Bleivergiftung, sowie Beiträge von *L. Junkovics*, *J. Fazekas*, *B. Rác*, *I. Büben*, *A. Adler-Rác*, *B. Schranz*, *K. Scholtz*.

Gesellschaft ungarischer Frauenärzte. Die Gesellschaft der Ungarischen Frauenärzte veranstaltet ihre vierte Tagung unter dem Vorsitz des Universitätsprofessors *Josef Lovrich* in der zweiten Juniwoche 1932 im Rahmen der Ungarischen Ärzteswoche. Das Hauptthema: „*Behandlung der septischen Erkrankungen*“, wird in einer gemeinsamen Sitzung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft und der Gesellschaft Ungarischer Kliniker verhandelt werden. Zu Referenten wurden designiert: *Elemér Scipiades*, *Géza Gerlóczy* und *Desider Klimkó*. Vorträge, Demonstrationen, sowie neue Mitglieder sind beim Sekretär der Gesellschaft Ungarischer Frauenärzte: *Koloman Lehóczky-Semmelweis* (I., Györy-út 17) bis 20. April 1932 anzumelden.

Die Ungarische Psychologische Gesellschaft hielt eine Sitzung, in welcher Dr. *F. Sági* über das Verhältnis der eidetischen Konstitution und dem Schwachsinn einen Vortrag hielt. Nach seinen Erfahrungen ist der Eidetismus -- die Neigung zur Bildung von subjektiven Anschauungsbildern -- am häufigsten bei Individuen mit erblicher Schwachsinnigkeit und extremen Konstitutionsformen. An der Debatte nahmen Prof. *Ladislau Benedek* (Debrecen) und *Ladislau Foher* teil.

Die Krüppelfürsorge in Ungarn. Universitätsprofessor Dr. *Michael Horváth* tritt seit vielen Jahren in Vorträgen und nun auch in seiner soeben veröffentlichten Schrift „*Az orthopédia az orvostudományban*“ (Die Orthopädie in der medizinischen Wissenschaft) für die Schaffung einer leider noch nicht vorhandenen Krüppelfürsorge in Ungarn ein, als deren Vorbedingung er die Ausbildung von Orthopäden und die Aufnahme dieses Spezialfaches der Chirurgie in die Reihe der obligatorischen Prüfungsgegenstände betrachtet. Mit Recht beruft er sich dabei auf das Beispiel der Augenheilkunde. Nachdem diese Disziplin für die Mediziner obligatorisch und Prüfungsgegenstand wurde, gelang es durch Ausbildung zahlreicher Spezialisten die Zahl der Blinden überall erheblich zu vermindern. Dasselbe gilt auch für die Orthopädie, da es gerade bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates von entscheidender Wichtigkeit ist, dass das Leiden gleich zu Beginn erkannt und fachgemäss behandelt werde. Zur Zeit ist in Ungarn eine statistische Aufnahme aller körperlich Defekten im Zuge, das Ergebnis dieser Feststellung wird voraussichtlich gewichtige Argumente für die Durchführung der Forderungen Prof. *Horváth's* liefern.

Entstehen und Behandlung nervöser Magen- und Darmstörungen. (Ideges gyomor- és bélbajok keletkezése és gyógyítása.) Von Dr. *Samuel Rapaport*, Budapest, Psycho-analytischer Verlag. Der Verfasser behandelt in dem vorliegenden Werk die als Begleiterscheinung geistiger Störungen auftretenden organischen Erkrankungen namentlich auf dem Gebiet des Magendarmtraktes.

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 : Ignaz Schulmann.)