

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:
Oberregierungsrat *Dr. Béla Alföldi*, Chefarzt

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 medicin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. *Storm Van Leuven* Allergische Abteilungen für Asthma, Heuieber etc. Allergische Krankheiten. *Gebärabteilung*. *Stilungsabteilung* für Krebsforschung und Heilung. *Zander*, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

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
Pengö, zweibettiges Zimmer von 14—24
Pengö. Thermal-Wellenbad.



Hauptstädtisches Széchenyi-Heilbad im Stadtwäldchen

73·9 C° heisse, radiumhaltige Schwefel-
quelle, mit reichem Kohlensäure-, Erd-
alkalien- und Kalkgehalt aus 970 m
Tiefe. Die heilkräftige Therme speist
Frauen- und Männervolksbäder, zahl-
reiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-,
Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie
das anschliessende herrliche Strandbad.
Trinkkuren, Mechanotherapie. ✧ Stän-
dige ärztliche Ordination

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:
Oberregierungsrat *Dr. Béla Alföldi*, Chefarzt

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — XXII. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft (Fortsetzung). — Tagung der Gesellschaft der Ungarischen Frauenärzte. (Fortsetzung und Schluss). Amtliche Mitteilungen der Landesärztekammer. — Mitteilungen der Budapester Zentral Kur- und Heilstättenkommission. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 4. Dezember 1936.

T. Liebermann: 1. *Operativ geheilter endokrinaler Abszess aus dem Weltkrieg.* 2. *Foudroyante Tonsillensepsis.* Demonstrationen.

E. Neuber: *Neue Untersuchungen und Beobachtungen über Diagnostik und Therapie der Aktinomykose.* Es ist dem Vortragenden gelungen mit Hilfe der Gold-Vakzine-Therapie alljene Patienten zu heilen, deren Reaktionsfähigkeit und Widerstandskraft erhalten war, oder durch roborierende Behandlung hergestellt werden konnte. Unwirksam war jedoch die Behandlung (in 4 von 38 Fällen), wo die Reaktionsfähigkeit und Widerstandskraft des Organismus derart geschwächt war, dass dieser aus dem anergischen Zustand nicht mehr herausgeführt werden konnte. In diesen Fällen wies die Sektion in den lebenswichtigen Organen parenchymatöse oder amyloide Entartung nach. Den vom Vortragenden ausgearbeiteten intrakutanen spezifischen Allergie-Reaktionen kommt bei der Ausforschung der Aktinomykose-Erkrankungen eine wichtige Rolle zu, besonders, wenn das Leiden in inneren Organen aufgetreten ist. Der positive oder negative Ausfall der spezifischen Reaktion lieferte in jedem Fall ein genaues Bild über die Reaktionsbereitschaft der Aktinomykose-Kranken. Anergische Patienten, bei de-

nen die biologische Reaktion negativ blieb, wurden daher vorerst einer robrierenden Kur (entsprechende Diät und Goldbehandlung) unterzogen und erst nach Wiedererlangung des allergischen Zustandes spezifisch behandelt. In der letzten Zeit wurden auch die positiv reagierenden kranken mit Gold vorbehandelt, weil er sich davon überzeugt hat, dass die Patienten nach einer solchen Vorbehandlung durch die spezifische Vakzine rascher und sicherer geheilt werden. Sehr wichtig erwies sich, die richtige Feststellung der Vakzine-Dosierung, wofür die in verschiedenen Verdünnungen durchgeführten allergischen Reaktionen die verlässlichsten Stützpunkte bieten. Am erfolgreichsten erwies sich die Verabreichung von Autovakzine, gelingt jedoch die Züchtung des Strahlenpilzes nicht, so ist die polyvalente Vakzine anzuwenden. Tritt nach der ersten Gold-Vakzine-Behandlung keine Heilung oder Besserung ein, so ist nach 8—10-wöchentlicher Pause eine zweite ähnliche Behandlung durchzuführen. In 3 Fällen beobachtete er von der Verabreichung des Aktinomykose-Rekonvaleszenten-Serums sehr gute Resultate. Ein schwerer Fall heilte nach zweimaliger Verabreichung von Rekonvaleszenten-Serum, ohne jede andere Behandlung mit kosmetisch sehr schönem Erfolg und auffallend rasch. Diesbezügliche Versuche sind im Zuge. Die demonstrierten behandelten Fälle sind zumeist als vollkommen infauste Fälle zugeschickt worden, deren Heilung mit der Gold- und spezifischen Vakzine-Therapie gelungen ist.

Besprechung: Z. Szatmáry: Demonstration eines schweren, nach der Methode von Professor Neuber behandelten und geheilten Falles.

J. Minder: *Zusammenhang zwischen Schmerzen der Nierengegend und der Form der Nierenhöhle.* Vortragender untersuchte 200 normale Pyelogramme mit normaler Nierenfunktion. Das normale Pyelogramm schliesst den Nierenursprung des Schmerzes nicht aus, weil bei morphologischer Intaktheit der Niere der Entleerungsmechanismus bereits verändert und schmerzhaft sein kann. Das Nierenbecken zeigt innerhalb der normalen Grenzen so wechselvolle Formen, dass es schwer ist, zwischen dem Schmerz und der Form des Nierenbeckens einen Zusammenhang nachzuweisen. Es konnte festgestellt werden, dass gewisse Formtypen mehr für Schmerz disponieren, doch besitzen solche Feststellungen keinen erheblichen praktischen Wert, weil das Auftreten und die Auslösung des Schmerzes von so zahlreichen Umständen abhängt, dass diese auf morphologischer Grundlage keine Erklärung finden. Die topographische Lage der Niere spielt bei der Schmerzauslösung keine wesentliche Rolle. Bei Nierensenkungen sind Schmerzen verhältnismässig nicht häufiger, als bei normaler Nierenlage. Die anormale Lage des Ausführungsganges des Nierenbeckens steigert in aseptischen Fällen die Möglichkeit des Schmerzauftretens auf das Doppelte, in infizierten Fällen auf das Fünffache. *Besprechung.*

F. Orsós:

J. Minder: (Schlusswort.)

(Sitzung am 11. Dezember 1936.)

G. Perémy. *Hypophysaere Hypotension bei chronischer Nephritis.* Beschreibung eines pluriglandulären Krankheitsbildes bei zwei Geschwistern: Diabetes insipidus und Tetanie. Der eine Patient

den eine Infektionskrankheit ist oder nicht. Der Vortragende ist der Ansicht, dass zum Zustandekommen des Rotlaufs ausser dem Erreger eine Änderung des Organismus erforderlich ist, welche diesen empfänglich macht, resp. dem Erreger gegenüber umstimmt. Demzufolge sei der Rotlauf eine Infektion, aber keine ansteckende Infektionskrankheit. Das Überstehen des Rotlaufs steigert die Empfänglichkeit so, dass solche Personen jederzeit einer neueren Erkrankung ausgesetzt sind. Sodann werden die Rückfälle und deren Verhütung erörtert. Was die Behandlung des Rotlaufs betrifft, verweist er darauf, dass 90 Prozent der Kranken spontan heilen. Die lokale Behandlung bezweckt den Hautschutz, er empfiehlt hierfür die Zinksalbe, welche die Haut schont; von den Umschlägen werden die allgemeinen, sowie die Entzündungssymptome durch kalte Eisumschläge gut beeinflusst. Günstig wirken ferner Röntgen- und Quarzbestrahlung, allgemeine Roborierung, Alkohol-Darreichung, ferner seien herzkräftigende Mittel notwendig. Bei der Besprechung der Chemotherapie wird die hervorragende Wirkung des Protosil besonders bei Säuglingsrose betont. Gute Erfolge sah er auch von Sanochrom und Deseptyl, einem sehr bewährten neuen Präparat. Von den immunisierenden Mitteln erwähnt er das Rotlaufserum und Rekonvaleszentenserum, bei der nicht spezifischen Behandlung aber die Anwendung von Milch. Die chirurgische Behandlung ist oft sehr wichtig. Jeder Erysipelasfall soll von Beginn der Krankheit an sehr energisch behandelt werden, denn wir sind, wenn sich die Komplikationen einmal eingestellt haben, nicht mehr Herren der Situation. Er hofft, dass die Chemotherapie in nächster Zukunft eine wesentliche Besserung der Rotlauftherapie bewirken wird. Unser Ziel muss jedoch die Vorbeugung der Infektion und der Erkrankung sein, was nur auf biologischem, resp. serologischem Weg in der Weise erreicht werden kann, dass der Organismus gegen den Erreger widerstandsfähig gemacht, resp. vor der Infektion geschützt wird.

Besprechung: **B. Kanyó** verweist darauf, dass die für spezifische Toxine energisch neutralisierende Wirkung des Rotlaufserums auch am Krankenbett zu beobachten ist, weshalb seine Wirkung die anderer Streptokokkus-Seren übertrifft.

G. Lobmayer: Nach seinen bisherigen Erfahrungen erweist sich bei Erysipelas das Protosil wirksamer, als das Sanochrom. Oft ist es vom chirurgischen Standpunkt wünschenswert, Rotlaufkranke in der Abteilung zu behalten. Eben deshalb begrüsst er mit Freuden den Standpunkt des Vortragenden, dass der Krankheitserreger wohl infektiös ist, doch könne die Übertragung bei entsprechender Vorsicht vermieden werden.

(Sitzung am 18. Dezember 1936.)

S. Löwinger: *Diagnostischer Wert der Sternalpunktion.* Das Material des Vortragenden umfasst 310 Sternalpunktionen, deren Technik er schildert. Die Normalwerte der Knochenmarkzellen schwanken in so weiten Grenzen, dass aus der Änderung der prozentuellen Verteilung nur bei grossen Abweichungen weitgehende Folgerungen abgeleitet werden können. — Die Sternalpunktion lässt die perniziöse Anämie sicher erkennen, vom hämolytischen Ikterus und anderen Anämien sicher unterscheiden. Ein weitgehender Unterschied besteht auch zwischen dem Bild der Knochenmarkzellen bei Polycythämia vera und dem der symptomatischen Polyglobulien. Leicht erkennbar ist auch die akute myeloblastische

Leukämie, die von der infektiösen Mononukleose differenziert werden kann. Einen entscheidenden Wert besitzt diese Methode zur Erkennung der Gaucherschen Krankheit und des multiplen Myeloms. Oft kann man auch Geschwulstzellen im Knochenmark nachweisen. Malaria-Plasmodien fanden sich im Knochenmark selbst dann, wenn sie im zirkulierenden Blut nicht mehr zu finden waren.

XXII. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

(Sitzung am 4. und 5. Juni 1936.)

(Fortsetzung.)

Chirurgie des Rückenmarks.

Referent **Arnold Winternitz** (Budapest): Die Rückenmarks-Chirurgie wird durch das Syndrom der Rückenmarks-Kompression beherrscht. Die Rückenmarks-Chirurgie umfasst auch die traumatischen Erkrankungen, von welchen vom praktischen Gesichtspunkt die *in Begleitung von Wirbelsäulefrakturen auftretenden Markverletzungen* am häufigsten vorkommen. Ungefähr 40—65% der Wirbelsäulefrakturen sind mit mehr-minder schweren Rückenmarksverletzungen verbunden, weil ja die Mehrzahl dieser Frakturen mit einem Zusammenbruch der Wirbelkörper beginnt und wenn die Krafteinwirkung länger dauert, können die Wirbel verrenkt und verschoben werden. Die Rückenmarkverletzung wird in solchen Fällen durch drei Faktoren herbeigeführt: durch extra- und intradurale Blutungen, durch Blutergüsse innerhalb der Substanz des Rückenmarks (Haematomyelie) und durch dislozierte Wirbel-Fragmente, welche das Rückenmark vollkommen zermalmen können. In den ersten Stunden und Tagen ist es oft unmöglich festzustellen, ob die bestehenden klinischen Symptome der Rückenmarkverletzung durch eine partielle, oder totale Querverletzung verursacht werden, weil auch partielle Verletzungen, ja selbst ohne Verletzung verlaufende extra- oder intradurale Blutungen die klinischen Symptome der totalen Querlaesion herbeiführen können. *Obersteiner* lehrte uns, dass für kurze Dauer auch die Kompression des Rückenmarks die klinischen Symptome der totalen Querlaesion nachahmen können. Die Diagnose kann daher in den ersten Tagen Schwierigkeiten begegnen. Sehr wichtig sind die Durchleuchtungen in verschiedenen Richtungen, welche auf die Dislokation der Fragmente und auf die Verengung des knöchernen Wirbelsäulekanals Folgerungen zulassen. Ist die Einengung des Wirbelsäulekanals und die Dislokation der Fragmente erheblich, bleiben die motorische und sensible Lähmung, sowie die Areflexie bis zur dritten, vierten Woche unverändert, ist der Lipiodol-Stop total und finden sich im Liquor Marktrümmer, so ist mit einer totalen anatomischen Querlaesion zu rechnen.

Bei partiellen Rückenmarkverletzungen, extra- und intraduralen Blutungen treten parallel mit der Resorption der Blutergüsse von der 2.—3. Woche angefangen die Reflexe neuerdings in Erscheinung, motorische und sensible Lähmungen können sich zurückbilden. Die

Differential-Diagnose der totalen Querläsion von den partiellen Verletzungen, extra- und intraduralen Hämatomen ist deshalb wichtig, weil bei totalen anatomischen Querläsionen jeder chirurgische Eingriff vergeblich, ja sogar schädlich ist, nachdem die zerrissenen Leitungsbahnen und Ganglienzellen zur Regeneration vollkommen unfähig sind. Der Vortragende besitzt diesbezüglich keinerlei Erfahrungen, weil er immer der Überzeugung war, dass die durch die Verletzung vernichteten Rückenmarkpartien operativ weder sofort, noch im späteren Stadium korrigiert werden können. In den 30 Jahren seiner Tätigkeit hat er zahlreiche Laminektomien durchgeführt, doch gab es keinen einzigen Fall, wo Neurologen wegen Mark-Kompressionen infolge Wirbelsäurefrakturen eine Operation gefordert hätten, woraus gefolgert werden kann, dass die Operation der Wirbelsäuleverletzungen auch von den Neurologen minimal bewertet wird.

Was die *Rückenmarktumoren* betrifft, so haben von diesen zum Glück nur 8—10% intramedullären, die übrigen 90% extramedullären Ursprung, das klinische Bild beherrschen die Symptome der spinalen Kompression und der Eingriff erfolgt im Interesse des überaus druckempfindlichen Rückenmarkes. Von dem Wirbelkörper und den Wirbelbögen ausgehende primäre Geschwülste sind verhältnismässig selten, Metastasen dagegen häufiger. Beide Formen verursachen frühzeitig bedeutende lokale oder ausstrahlende Schmerzen und Versteifung der Wirbelsäule, sie sind bei der heutigen entwickelten Röntgentechnik auf Grund der nahezu niemals fehlenden Knochenveränderungen leicht erkennbar. Primäre Wirbelkörperumoren sind auf dem lumbalen Wirbelsäuleabschnitt am häufigsten, sie sind zumeist sehr weiche Rundzellensarkome, die durch die Spalten der intervertebralen Löcher und den Lücken zwischen den Bögen einbrechen, so dass sich schon bei der Freilegung der Bögen weiche Geschwulstmassen finden. Trotz ihres malignen Aussehens reagieren sie oft auf Röntgebehandlung überraschend gut und er sah Fälle, die geraume Zeit hindurch symptomatenfrei blieben.

Das therapeutisch dankbarste Kapitel der Geschwülste des zentralen Nervensystems bilden die *intra- und extraduralen Tumoren* des Wirbelkanals. Am häufigsten sind zum Glück die intraduralen Geschwülste, weil sie nahezu ausnahmslos gutartig sind und exakt entfernt sozusagen niemals rezidivieren. Die extraduralen Geschwülste sind viel seltener, gehen zumeist von der Knochenhaut aus und sind häufiger bösartiger Natur.

Die *intraduralen, jedoch extramedullären Geschwülste* bilden eine pathologisch und chirurgisch wohl definierte Gruppe. Die Geschwülste sind einander überaus ähnlich, die kleinen Tumoren sind kugelförmig, ihre Spindel-, resp. Dattelform erlangen sie erst in einem späteren Wachstumsstadium, wo die Raumbeschränkung sie zwingt, in der Richtung der Liquorsäule zu wachsen. Sie sind von einer Kapsel umgeben, was die Entfernung des gesamten Tumors sehr erleichtert. Die Tumoren schädigen das Rückenmark und die Wurzelfäden nur dadurch, dass sie diese drücken und atrophisieren. Sie wachsen sehr langsam, zumeist jahrelang, treten im Alter von 30—45 Jahren auf und plötzliche Verschlimmerungen, besonders nach Lumbalpunktion werden nicht durch ein rapides Wachstum derselben, sondern durch auftretende Druckdifferenzen verursacht, welche bei den weichen Geschwülsten zu Ödemen, Blut-

ergüssen, bei härteren Tumoren aber zu einer gesteigerten Kompression des Rückenmarks führen.

Der Vortragende beschäftigte sich sodann mit dem Chaos, das in der Fachliteratur bezüglich der *Nomenklatur* dieser Geschwülste entstanden ist. Das bei den Operationen und Sektionen gewonnene Material hat jedoch diese Verhältnisse geklärt und festgestellt, dass die intraduralen Geschwülste entweder von den Hirnhäuten, oder von den intraduralen Partien der Rückenmarkswurzeln ausgehen und im letzteren Fall bilden nahezu ausnahmslos die sensiblen Wurzeln den Ausgangspunkt. *Elsberg* spricht in seiner 1933 erschienenen Arbeit auf Grund von 133 selbst operierten Fällen nur von meningealen und perineuralen Fibroblastomen, welche Einteilung vollkommen berechtigt ist.

Die von den Hirnhäuten einerseits und von den Rückenmarkswurzeln andererseits ausgehenden Geschwülste differieren in ihrem histologischen Aufbau, in ihrer Frequenz, in der Verteilung auf die verschiedenen Rückenmarkspartien, in der Entwicklungsdauer und im Liquorbefund, so dass zahlreiche Autoren eine Differential-Diagnose zwischen den beiden Gruppen schon vor der Operation für möglich halten. Von den 57 Rückenmarktumoren, die der Vortragende behandelt hat, waren 86% duralen Ursprungs. Während von den meningealen Geschwülsten 81% auf die Rücken- und 19% auf die Hals- und Lendenpartie entfallen, finden sich 45% der perineuralen Geschwülste im dorsalen und 55% im Hals- und Lendenteil des Rückenmarks, diese letzteren Tumoren sind daher nahezu gleichmässig auf das ganze Rückenmark verteilt. Die meningealen Tumoren finden sich bei Frauen viel häufiger (83%), die perineuralen sind zwischen den beiden Geschlechtern gleichmässig verteilt. Weitere Unterschiede sind, dass Wurzelsymptome, speziell heftige Schmerzen, die beim Husten, bei Anstrengungen auffallend gesteigert werden, bei perineuralen Geschwülsten viel häufiger sind, weil ja diese nahezu ausnahmslos auf den sensiblen Wurzeln sitzen. Ein weiterer Unterschied besteht in der Dauer des Leidens, weil die perineuralen Tumoren langsamer wachsen, weshalb bei ihnen eine längere Anamnese vorhanden ist. Bei den perineuralen Tumoren ergeben die Liquoruntersuchungen mehr Globulin und Protein als bei den meningealen Tumoren. Die von den Meningen ausgehenden intraduralen Geschwülste atrophisieren die Dura, aber sie durchbrechen sie nahezu niemals, und wachsen nicht in den periduralen Raum hinein. Bei den perineuralen Tumoren kommt es jedoch vor, dass diese durch die Duraöffnungen, welche den austretenden Wurzeln entsprechen, in den periduralen Raum hineinwachsen und dort eine zweite, ebenfalls spindelförmige extradurale Geschwulst bilden. Sie können sogar in Begleitung des Nerven in den intervertebralen Kanal hineinwachsen, diesen wesentlich erweitern und nuss- bis eigrosse extrapleurale, bzw. retroperitoneale Geschwulstknoten bilden, die von *Guleke* als Sanduhrgeschwülste bezeichnet werden. Solche durch den intervertebralen Kanal unter die Rippen wachsende Tumoren können bereits vor der Operation auf dem Röntgenbild erkannt werden. Wenn man sie während der Operation nicht bemerkt, so verursachen sie unbedingt Rezidiven.

Sehr ungünstig sind von den intraduralen Geschwülsten die in der Marksubstanz liegenden, sogenannten *intramedullaren Tumoren*, die in 10—15% der Fälle vorkommen. Wir haben in 7 von unseren

57 Fällen solche Tumoren beobachtet, was 14% entspricht. Häufig sind sie mit Zylinderepithel bedeckte Zysten, oder Dermoide, sie finden sich zumeist in der Hals-, oder Lendenanschwellung und bilden offenbar Entwicklungsanomalien. Die Geschwülste hatten zumeist keine ausgebildete Wand und sie sind schwer zu operieren. Es gibt auch Zirkumskripte, gekapselte und eben deshalb gut operierbare Fibrome und Fibrosarkome, doch haben wir solche intramedullare Geschwülste nicht gesehen. Amerikanische Autoren empfehlen in solchen Fällen das Rückenmark der Länge nach vorsichtig zu inzidieren, die Dura offen zu halten und einige Tage zu warten, nach welcher Zeit der Tumor infolge des intramedullaren Druckes zumeist spontan geboren wird, was die schonendste Art der Beseitigung der intramedullaren Geschwülste ist.

Die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung von extra- und intramedullaren Tumoren sind bedeutend günstiger als die, bei den Gehirntumoren erzielten Resultate. Die Ursache ist die sichere Lokalisation, die leichtere Zugänglichkeit und die überwiegende Gutartigkeit der Geschwülste. Wir haben in 92% unserer 57 Fälle die Geschwülste an jener Stelle gefunden, welche die Lokalisation angegeben hat und wir hatten keinen einzigen Fall, wo die Sektion nicht entdeckte Geschwülste nachgewiesen hätte. Was die Sicherheit der Lokalisation betrifft, stehen wir hinter den amerikanischen Kollegen nicht zurück, was zweifellos das Verdienst unserer Internisten und Neurologen ist. Auf dem Gebiet der Operationserfolge konnten wir Europäer bisher die Ergebnisse der Neurochirurgen der Vereinigten Staaten nicht erreichen, die Ursache ist, dass in Amerika seit 35 Jahren zahlreiche Chirurgen unter der Leitung von *Chushing* sich für Neurochirurgie spezialisiert haben, wie *Dandy*, *Frazier*, *Elsberg* und andere, die ihr ganzes Leben in den Dienst der Gehirnechirurgie stellten und sich dabei zu hervorragenden Neurologen ausgebildet haben. Ausserdem stehen ihnen mit fantastischem Luxus eingerichtete Krankenhäuser zur Verfügung, mit einem zahlreichen auf diesem Spezialgebiet geübten Ärzte- und Pflegerpersonal, dessen Zahl die der Kranken übertrifft. Ein zweiter grosser Vorteil der amerikanischen Neurochirurgie ist, dass dort die Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks in Ärzte- und Laienkreisen längst populär wurde, weshalb diese Kranken früher zum Chirurgen kommen, nicht so wie bei uns, wo wir diese Fälle mit Paraplegien, Decubitus oder mehr-minder erblindet bekommen. Es ist kein Wunder, das die amerikanischen Statistiken, besonders aber die neueren, eine so geringe Mortalität aufweisen, die bisher von keinem einzigen europäischen Chirurgen erreicht wurde. Wir waren Autodidakten und mussten Lehrgeld in der Form von Menschenleben zahlen, was unsere Statistik erheblich verschlechtert. *Elsberg* berichtet in seinen 208 eigenen Rückenmarksgeschwülsten über 6.9% Mortalität, *Dandy* in einer mehr als 300 Fälle umfassenden Serie über 3% Mortalität, demgegenüber finden sich bei den europäischen Chirurgen Mortalitäten von 16—32%. Die Gesamtmortalität der vom Vortragenden operierten 57 Rückenmarksgeschwülste war 26%, werden die 7 intramedullaren Fälle separiert, so ist die Mortalität 20%.

Bennett empfahl 1888 die Durchtrennung der spinalen Wurzeln, die *Radikotomie* zur Behebung von unerträglichen Schmerzen bei Neuralgien und anderen Krankheiten. Seither sind 50 Jahre verflossen und eine ganze Reihe von Chirurgen führte Radikotomien bei Neuralgien, Ischias, Amputationsneuomen, malignen Tumoren,

Plexusrissen und u. a. durch. Nachdem sensible Fasern auch durch die vorderen Wurzeln in das Rückenmark gelangen können, empfahlen mehrere Autoren die Durchschneidung der vorderen Wurzel, der Rami communicantes, ja auch des Sympathikus, doch ergab sich, dass selbst nach solch radikalen Operationen die Schmerzen wiederkehren können. 1908 empfahl *Förster* die Durchschneidung der sensiblen Wurzeln zur Behandlung von spinalen spastischen Zuständen. Die Annahme, dass die Spasmen derart entstehen und erhalten werden, dass infolge der hochgradigen Reflexerregbarkeit die von der Periferie kommenden Reize sofort auf die Ganglienzellen der Vorderhörner übertragen werden, hat sich in der Praxis bestätigt und bei richtigem Aufsuchen der den spastischen Muskelgruppen entsprechenden sensiblen Wurzeln und deren Durchschneidung tritt tatsächlich eine erhebliche Rückbildung des Spasmen ein. Nachdem jedoch die postoperativen Besserungen nach Jahren aufhörten und der Zustand sich verschlimmerte, sowie die viel einfachere und ungefährliche Stoffel-Operation haben die Radikotomie bei der Little-Krankheit vollkommen ausgeschaltet. Die Radikotomie wurde auch zur Beseitigung der tabetischen Magenkrise durchgeführt und erzielte in 15—20% der Fälle Heilungen. Wegen der ungenügenden Resultate der Radikotomie haben *Spiller* und *Förster* 1911 die beiderseitige intramedulläre Durchschneidung der in den anterolateralen Bündeln verlaufenden schmerzleitenden Bahnen in der Höhe des 4—5 dorsalen Segments empfohlen. Diese anterolaterale Chordotomie ist seither oft durchgeführt worden, ihre Ergebnisse hinsichtlich der Milderung der Schmerzen waren ziemlich günstig, doch traten unangenehme Komplikationen, Blasen- und Mastdarmstörungen, ferner spastische oder totale Paraplegien auf. Über den Wert der Operation zur Behebung von tabischen Krisen erklären *Benedek* und *Hüttl*, dass mit der Chordotomie die tabetischen Schmerzen nicht vollkommen behoben werden können. Die auf dem Gebiet der Rückenmarkchirurgie gewonnenen Erfahrungen beweisen, dass wertvolle Resultate nur bei den intraduralen und extramedullären Tumoren zu erzielen sind, auch die Spätergebnisse dieser Operationen sind unvergleichlich besser und dauerhafter als die bei Gehirntumoren erzielten Ergebnisse.

Besprechung. **Theodor Hüttl** (Debrecen). In der Debrecener chirurgischen Klinik führte er in 15 Jahren 33 Laminektomien durch. Fünf Operationen wurden wegen Verletzungen, zwei wegen Spondylitis-Tbc, drei wegen Spina bifida occulta, Ramikotomie sechsmal, wegen spinalen Tumors 11-mal operiert. 14 von den 33 Kranken hatten bereits vor der Operation Kompressions-Myelitis. Die Mortalität war nahezu 22%. Für die Erzielung eines Erfolges fordert er die möglichst frühzeitige Durchführung der Operation, bevor noch totale Lähmungen eingetreten sind. In solchen Fällen kann man noch auf eine Regeneration der Markfunktion rechnen und vermeiden, dass infolge der Verzögerung die Patienten die Grenze des für alle Operationen wichtigen 50. Lebensjahres überschreiten. Die Myelographie hat nun sowohl die Feststellung der Diagnose, wie auch die Lokalisation erleichtert. Wichtig sei auch die Nachbehandlung der Operierten, die besonders in Fällen mit Paraplegien in chirurgischen Abteilungen zu erfolgen hat. Er vermeidet die Lagerung der Operierten im Gipsbett und verwendet häufig die Bauchlagerung. Redner erörtert ferner technische Einzelheiten der Operation.

Ernst Neuber (Pécs), referiert über 52 Wirbelsäulefrakturen, deren Mortalität 35% war. 91% waren Kompressions-Frakturen, bei denen er die Reklination, resp. Extension anwendete.

Georg v. Matolay (Budapest). In der I. chirurgischen Klinik wurden 18 Fälle mit der Diagnose Rückenmarks-Tumor operiert, von diesen waren 3 extradurale, 8 extramedullare und 2 intramedullare Geschwülste, in 2 Fällen fanden sich Zysten, welche das Rückenmark komprimierten, in einem Fall waren luetische Verwachsungen der Hirnhäute und in einem Fall ein intradurales Dermoid vorhanden. Drei Fälle starben infolge der Operation. Die Operationsergebnisse der extraduralen und extramedullaren Geschwülste waren im allgemeinen viel besser, als die der intramedullaren Tumoren. Wegen tabischer Schmerzen wurde in 10 Fällen die Laminektomie und die Durchschneidung der spinalen Wurzeln (Ramikotomie) durchgeführt, 3 dieser Fälle starben infolge der Operation. Der Schmerz hörte auf dem Gebiet des vom durchschnittenen Nerven versorgten Gebietes sofort auf, doch ist diese Schmerzfreiheit nach unseren Erfahrungen nicht dauernd.

Dionis Szabó (Szeged) referiert über mehrere interessante Fälle von Rückenmarks-Tumoren und Verletzungen.

Josef Tóth (Szeged): *Diagnostische Bewertung der Myelographie*. Die Myelographie orientiert uns mit Sicherheit über die Lokalisation eines raumbeengenden Prozesses im Wirbelsäulekanal, doch ist es schwierig aus der Form der unteren Grenzlinie der Kontrastsäule auf die Natur, oder den Sitz des Hindernisses Folgerungen abzuleiten. Durch Einführung dieses Verfahrens ist es gelungen, die Beobachtungsdauer der Fälle wesentlich abzukürzen und den pathologischen Prozess genau zu lokalisieren. Doch bilden die myelographischen Verfahren nur einen ergänzenden Teil der neurologischen Ergebnisse.

Emerich Láng (Budapest): *Über technische Fragen der spinalen Operationen*. Referat über die in der II. chirurgische Klinik verwendete, von den amerikanischen Neurochirurgen ausgearbeitete spezielle Operationstechnik.

Ludwig Schmidt (Debrecen): *Eine Paraplegie seltenen Ursprungs*, Kasuistik.

Stefan Rosenak (Budapest): *Spina bifida occulta dorsalis mit sekundärer Deformität*. Kasuistik.

Emil Vertán (Pécs): *Bemerkungen zur chirurgischen Behandlung der Meningocele und der Spina bifida*. Referat über seine Erfahrungen bei 6 erfolgreich durchgeführten Operationen.

Géza Lobmayer (Budapest): *Spinale Tumoren*. Referat über 6 Tumoroperationen, von welchen 3 am Leben blieben.

II. Hauptfrage.

Chirurgie der Wirbelsäule.

Referent **Eugen Kopits** (Budapest): *Pathogenese und Entstehungsmechanismus der Wirbelsäule-Deformitäten*. Die Wirbelsäule besitzt statische und dynamische Funktionen, ferner ist im Innern derselben das Rückenmark eingelagert. Das knöcherne Gerüst der Wirbelsäule ermöglicht die Erfüllung ihrer statischen Aufgabe, indem sie das Körpergewicht trägt. Die einzelnen Wirbel sind miteinander durch die Zwischenwirbelscheiben und durch Bänder verbunden, die Bänder pressen die einzelnen Wirbel aneinander, wogegen die Gallertmasse der Zwischenwirbelscheiben, die unter starken Druck steht, die Wirbelkörper auseinander zu

treiben bestrebt ist. Infolge der antagonistischen Wirkung der Bänder und Zwischenwirbelscheiben befindet sich die Wirbelsäule sowohl bei Bewegung, wie auch im Ruhezustand in einer ständigen elastischen Spannung. Die Gallertmasse der Zwischenwirbelscheibe wird in der Bewegungsrichtung der Wirbelsäule zusammengepresst, auf der entgegengesetzten Seite aber vom Druck befreit und kann sich stärker erweitern. Dieses Wechselspiel der Gallertmasse ermöglicht eine ähnliche Beweglichkeit, wie sie ein Kugelgelenk sichert und ermöglicht die unveränderte Beibehaltung der elastischen Spannung der Wirbelsäule auch während ihrer Bewegungen. Der Referent erörtert sodann die Rolle der *physiologischen Wirbelsäulekrümmungen*. Unter physiologischen Bedingungen befindet sich die Wirbelsäule infolge ihrer elastischen Spannung und der Tätigkeit der Rumpfmuskulatur ständig im dynamischen Gleichgewicht. Die auf die Wirbelsäule einwirkenden Kräfte werde zum grössten Teil von der elastischen Spannung aufgefangen und auch bei den Bewegungen werden nur die elastischen Zwischenwirbelscheiben komprimiert, wogegen die knöchernen Wirbelkörper nur als in das elastische Netz der Wirbelsäule eingebettete Gebilde an der Bewegung teilnehmen. Das Knochengestüt der Wirbelsäule spielt daher nur eine passive Rolle und befindet sich, in das elastische System der Wirbelsäule eingebettet, in dynamischem Gleichgewicht. Wenn dieser komplizierte, schöne Mechanismus auch nur in seinem geringsten Teil zerstört wird, so ändert sich vorerst seine Funktion. Diese Funktionsänderung zieht unter Umständen auch eine Formänderung nach sich, so dass im Ergebnis eine Deformation der Wirbelsäule eintritt. Die Deformität kann einen primären ossalen und sekundären dynamischen oder umgekehrten Ursprung haben. Die pathologischen Deformitäten der Wirbelsäule können sich in sagittaler oder frontaler Richtung entwickeln. Als Grundlage der Einteilung der Wirbelsäuleerkrankungen können die pathogenen Ursachen oder die pathologischen Veränderungen dienen.

Die Form der Wirbelsäule wird als individuelle Eigenschaft zu meist genotypisch von den Eltern auf die Nachkommen vererbt und kommt in der charakteristischen Körperhaltung des Individuums zum Ausdruck. Wird die Steigerung oder Verminderung der physiologischen Wirbelsäulekrümmungen fixiert und kann diese Veränderung auch durch die Muskulatur nicht ausgeglichen werden, so sprechen wir von Wirbelsäuledeformität. Nach *Gegenbauer* fällt der Übergang der dorsalen in die lumbale Krümmung normaler Weise auf den zweiten Lumbalwirbel, so dass eine dorsale Krümmung, die nach unten über den zweiten Lumbalwirbel reicht als pathologische Kyphose, eine lumbale Krümmung aber, die höher beginnt wird als Lordose bezeichnet.

Das dynamische Gleichgewicht der Wirbelsäule wird gestört, wenn die Funktion der Rumpfmuskulatur fehlerhaft oder ungenügend, ihre Innervation pathologisch oder mangelhaft ist. Hiedurch wird eine fehlerhafte Wirbelsäulehaltung verursacht, die anfangs passiv korrigiert werden kann, jedoch infolge der Anpassung und Schrumpfung des Bänderapparates fixiert und zur Deformität wird. Eine neuropathische Haltungsanomalie ist die *Kyphosis imbecillorum*, die Lähmung der Rückenmuskeln bei Heine-Medin hat einen ausgesprochenen runden Rücken zur Folge. Noch viel häufiger erleidet die Wirbelsäule bleibende Deformitäten, wenn die feste Kno-

chensubstanz der Wirbelkörper plastisch oder zerstört wird. In diesen Fällen tritt zur dynamischen auch die statische Gleichgewichtsstörung, die beide vereint die Rückgratdeformität herbeiführen.

In *sagittaler Richtung* wird die Wirbelsäule deformiert durch kongenitale, rachitische adoleszente und senile Kyphose. Eine bogenförmige sagittale Deformität verursacht die Pagetsche Krankheit, mehr minder ausgesprochene Deformitäten und Bewegungsstörungen treten infolge der Spondylosis deformans, als Folge einer Veränderung der Zwischenwirbelscheiben auf. Die Spondylarthritis ankylopoetica versteift die kleinen Zwischenwirbelgelenke, in diesen Fällen erstarrt die Wirbelsäule in vorgebeugter Körperhaltung. Der Höcker (Gibbus) ist eine Folge der Zerstörung von Wirbelkörpern und bildet einen spitzwinkeligen Bruch der Wirbelsäulenkontur, er tritt zumeist als Folge der Tbc-Prozesse der Wirbelkörper auf. Ähnliche Höckerbildung kann auch als Folge von Tumoren auftreten. Gibbus-Bildung findet sich ferner bei der Küm-melschen posttraumatischen Wirbelerkrankung. Die gesteigerte Verwölbung der Wirbelsäule, die Lordose verursacht gleichfalls häufig Deformitäten. Sie ist sehr oft eine Folge der gesteigerten Inklination des Beckens, oder der Kyphose der Brustwirbelsäule. Lordosen bilden sich bei Entzündungen und Verrenkungen des Hüftgelenks, bei Verlagerungen des Körpergewichts im Unterleib, wie Schwangerschaft, Unterleibstumoren u. a., eine der Lordose ähnliche Körperhaltung findet sich bei Spondylolisthesis, infolge des Gleitens des V. Lumbalwirbels nach vorne.

(Fortsetzung folgt.)

Tagung der Gesellschaft der Ungarischen Frauenärzte

Sitzung am 5. und 6. Juni 1936.

(Fortsetzung und Schluss.)

Franz Kühbacher (Szeged). *Die populationspolitischen Beziehungen des Kaiserschnittes.* Das 11-jährige Material der Szegeder Frauenklinik (167 Fälle) beweist, dass die Sterilität, resp. Abnahme der Fertilität nicht zu Lasten dieser Operation zu buchen ist, sondern dass hier zwei Faktoren entscheidend mitwirken. In erster Reihe der erhebliche Rückgang der Geburten im ganzen Land, andererseits die dauernde Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage. Ist keine andere Möglichkeit vorhanden, um die Mutter, bzw. die Frucht zu retten, so ist die Operation unbedingt durchzuführen.

Gabriel Páll (Gyula): *Galeazange in der Geburtshilfe.* Auf Grund von 61 Fällen äussert sich der Vortragende über die mit der Galeazange erzielte Resultate dahin, dass die Galeazange von *Willeit* bei partieller Plazenta praevia, bei Schädellage schon bei fingerbreiten Muttermund anwendbar ist. Die Zange ist auch zur Behandlung der Wehenschwäche in der Erweiterungs- und Austreibungsperiode geeignet, weil der mit dem Instrument herabgeholt Schädel die Geburtswehen kräftigt und den Muttermund erweitert. Sie besitzt besondere Bedeutung bei fieberhaften Geburten, ferner

kann bei Herz- und Nierenkranken, Tuberkulotischen und Eklampthischen die Geburt schonend beendet werden. Das Willett-Verfahren kann auch zur Extraktion des perforierten Schädels verwendet werden. Die Verletzung der Galea durch das Instrument ist unbedeutend.

Johann Batizfalvy (Budapest): *Die chirurgische Therapie der frühzeitigen Plazentaablösung bei uteroplazentärer Apoplexie.* Die zweckmässige Therapie ist ausschliesslich die Frühoperation. Die besten Resultate erzielt der abdominale Kaiserschnitt. Ist die Uteruswand unversehrt, die Umgebung frei, so kann der konservative Kaiserschnitt durchgeführt werden. Finden sich in der Uteruswand Blutungen und ist sie mürbe, oder gibt es zwischen den Blättern des breiten Bandes Blutextravasate, so ist der Uterus uneröffnet zu entfernen. Jedes andere Operationsverfahren besitzt nur den Charakter eines Lebensrettungsversuches. Er schildert die erste Amputatio praecaesarea, die wegen vorzeitiger Plazentaablösung in Ungarn zuerst vom Vortragendem durchgeführt wurde.

Stefan Sztehlo (Budapest): *Unsere Erfahrungen über den kleinen Kaiserschnitt und das Madlenersche Sterilisationsverfahren.*

Besprechung. **August Sövényházy** (Budapest): In den letzten Jahren haben sich die Kaiserschnitte überall vermehrt. Bei der Erweiterung der Indikation ist Vorsicht zu üben, wenn ein verhältnismässig schlechtes Krankenmaterial zur Aufnahme gelangt. Er fragt, ob in Fällen, wo bei Kaiserschnitt die Uterusamputation durchzuführen ist, es im Interesse der weiteren Fruchtbarkeit der Mutter nicht richtiger ist, evtl. auch mit Opferung der Frucht von dem Kaiserschnitt Abstand zu nehmen. Er schildert das Material des Professor *Frigyesi* (376 Kaiserschnitte in 23 Jahren). Zur Feststellung der evtl. vorhandenen Infektion sei die bakteriologische Untersuchung durchzuführen. Schwere Scheidenoperationen bedeuten oft die Opferung zahlreicher Früchte. Sie haben in einem hohen Prozentsatz der Fälle ebenso willkürliche Unfruchtbarkeit zur Folge wie die Kaiserschnitte. Er lehnt den kleinen Kaiserschnitt bei Sterilisationen ab. Bei schwerkranken Frauen sei in jedem Fall der Weg von der Scheide aus zu wählen.

Gabriel Pall (Gyula): Im Anschluss an 2200 gynaekologische Operationen wurden in 102 Fällen Sterilisationen zu therapeutischen und sanitären Zwecken durchgeführt, in 93 Fällen auf abdominellen Weg, in 9 Fällen durch die Scheide, u. zw. in den meisten Fällen nach der Methode von *Madtner—Walthard*. Die Heilung erfolgte ohne Komplikation, Konzeption ist in keinem Fall gemeldet worden.

Strahlen-Therapie und Diagnostik.

Josef Öttö (Budapest): *Der Wert der Kurzwellen-Therapie für die Behandlung von Entzündungen im kleinen Becken.* In der I. Frauenklinik wurden 174 Entzündungen des kleinen Beckens mit Kurzwellen behandelt. Von diesen heilten 49 (28.17%), gebessert wurden 94 (54.02%), transitorisch gebessert wurden 8 (4.60%), unbeeinflusst blieben 14 (9.77%), Rezidiven 3 (1.72%), Verschlimmerungen 3 (1.72%). Die Behandlung im breiten Kondensatorfeld

ermöglichte eine gleichmässige Durchdringung der tiefliegenden Organe und damit bessere Erfolge. In nicht beruhigten Fällen gab es 3 Rezidiven, eben deshalb wird die Behandlung in solchen Fällen mit Elektroden durchgeführt, die mehrere cm weit vom Körper entfernt bleiben, es wird nur soviel Energie angewendet, dass die Kranken keinerlei Wärmegefühl spüren.

Neugeborene.

Andreas Dapsy (Debrecen). *Die Behandlung von Frühgeburten mit Hormon-Colostrum und Schwangerenserum.* In der Debrecener Frauenklinik wird bei Frühgeburten systematisch die Hormonbehandlung durchgeführt. Verwendet wurden fabrikmässig hergestellte, von Fremdkörpern freie Extrakte (Hypophysen-Vorderlappen und Ovarial-Extrakte), sowie von Schwangeren gewonnenes, keinerlei chemischer Behandlung unterworfenes Colostrum und Schwangerenserum. Bei der Behandlung gab es niemals unangenehme Begleitsymptome. Bei den 214 mit Hormon behandelten Frühgeburten war das durchschnittliche Körpergewicht 1982 g. Der Gewichtsverlust war in den ersten 10 Lebenstagen durchschnittlich 93 g, d. i. 4.6%. Bei den nicht behandelten Frühgeburten mit gleichfalls 1932 g Durchschnittsgewicht war der Gewichtsverlust doppelt so hoch: 196 g, d. i. 9.3%. Die besten Wirkungen erzielten die Fabrikspräparate.

Amtliche Mitteilungen der Landesärzte-Kammer.

Gebührenpflicht der an die Ärztekammer gerichteten Eingaben und Urkunden. Auf Grund der Entscheidung des Finanzministerium wurden die Ärztekammern in bezug auf die Gebührenpflicht mit den öffentlichen Ämtern gleichgestellt. Nach den an die Kammern gerichteten Eingaben ist eine Gebühr von je P 2.— zu entrichten, dagegen sind jene Eingaben, welche für *allgemeine Interessen des Ärztestandes* oder auf Grund der *gesetzlichen Bestimmungen über die Aufgaben der Ärztekammern* (G. A. I. 1936) eingereicht wurden gebührenfrei.

Die Landesärzte-Kammer hat auf Grund des Vorschlages der Szegeder Ärztekammer eine Unterbreitung an die Ministerien für Unterricht und für Inneres gerichtet, in welcher die Organisierung von Vorträgen über *die Gesundheitslehre in den Lehrlingsschulen* beantragt wird. Eine ähnliche Zuschrift wurde auch an den Präsidenten der Landessozialversicherung gerichtet.

Auf Grund einer Unterbreitung der Székesfehérvärer Ärztekammer richtete die Landesärzte-Kammer an den Minister des Innern das Ersuchen, beim Finanzminister zu intervenieren, dass ebenso wie die Advokaten, auch die Ärzte von der Verpflichtung der Buchführung allgemein enthoben werden.

Im Sinne der Bestimmungen des Gesetzes beschloss die Budapester Ärztekammer, einen Unterstützungsfond für bedürftige Ärzte, Ärztewitwen und minderjährige Ärztwoisen, zu schaffen. Für diesen Hilfsfond sind in den Kostenvoranschlägen der Budapester

Ärzttekammer für die Jahre 1936 und 1937 je P 20.000 eingestellt worden. Die Angelegenheiten des Hilfsfonds wird eine aus 15 Mitgliedern bestehende Kommission, unter dem Vorsitz des Kammerpräsidenten leiten.

Die Mitgliederzahl und der Kostenvoranschlag der Ungarischen Ärztekammern für 1937. Die acht ungarischen Ärzte-Kammern haben sich nach Vorschrift des Gesetzes konstituiert und in Generalversammlungen die Mitgliederzahl, den Kostenvoranschlag, sowie die Verteilung der Kosten auf die Mitglieder festgestellt.

Die *Budapester Ärzte-Kammer* zählt 4510 Mitglieder. Die Ausgaben für 1937 wurden mit 144.000 Pengö festgestellt. Der Beitragsleistungsschlüssel der Mitglieder beträgt nach dem fixen Einkommen 0.8—1.6%, nach dem Einkommen aus der Privatpraxis 1.4—2.06%. Die Generalversammlung beschloss einstimmig eine Unterbreitung an die oberste Aufsichtsbehörde in betreff einer Ergänzung des Gesetzes über die Ärztekammern, wonach das Gehalt der Vertragsärzte von Krankenversicherungs-Anstalten durch Kollektivvereinbarungen zwischen den Versicherungs-Anstalten und der Landesärztekammer bestimmt werden soll. — Die *Debrecener Ärzte-Kammer* zählt 1023 Mitglieder, die Einnahmen und Ausgaben für 1937 machen ungefähr 33.000 Pengö aus. — Die *Kecskeméti Ärzte-Kammer* zählt 1039 Mitglieder. Einnahmen und Ausgaben figurieren mit ungefähr 27.000 Pengö. — Die *Miskolcser Ärzte-Kammer* mit 611 Mitgliedern verfügt über ein Etat von 25.000 Pengö. — Die *Pécszer Ärzte-Kammer* mit 727 Mitgliedern hat ein Budget von 25.000 Pengö, die *Szegeder Kammer* mit 949 Mitgliedern ein solches von 23.000 Pengö, die *Székesfehérvári Ärztekammer* mit 615 Mitgliedern rechnet mit einem Voranschlag von 24.000 Pengö. Die *Szombathelyer Ärzte-Kammer* mit 530 Mitgliedern zeigt ein Etat von 25.000 Pengö.

Mitteilungen der Budapester Zentral Kur- und Heilstättenkommission.

Studienreise der Hörerinnen der Fürsorgerinnen-Bildungsanstalt in Belgrad. 32 Hörerinnen der Fürsorgerinnenbildungsanstalt in Belgrad haben im Laufe ihrer Studienreise die Budapester Heilfaktoren besucht. Der Besuch der ungarischen Zöglinge dieser Anstalt umfasste auch die Besichtigung unserer Heilbäder.

Kongress der „International Psychoanalytikal Association“ in Budapest. Der Internationale Verband der Psychoanalytiker besichtigte anlässlich seines zu Pfingsten in Budapest stattgehabten Kongresses die Heilfaktoren der ungarischen Hauptstadt.

Ärzte als Gäste der Kurkommission. Auf Einladung der Budapester Kurkommission haben die Professoren *Uhlenhut* (Freiburg) und *Kylin* (Schweden), *Rondoni* (Milano), *Oberlink* (Paris), *Volhard* (Frankfurt am Main), *Reenpää* und *Streng* (Finnland), die ungarische Hauptstadt besucht und unsere Heilfaktoren studiert.

Bäder-Ausstellung des Budapester Ärztekasinos. Das Buda-

pester Ärzte-Kasino hat mit moralischer Unterstützung des balneologischen Landesvereins eine Bäderausstellung veranstaltet, die acht Tage hindurch geöffnet war und vom Publikum lebhaft besucht wurde. Die Ausstellung enthielt ausschliesslich plastische und bildliche Vorführungen der ungarischen Kur- und Badeorte, sowie Sommerfrischen. Für diesen Zweck haben die Kurkommission und der Balneologische Verein Material zur Verfügung gestellt. Während der Dauer der Ausstellung wurden Fachvorträge gehalten. Den Eröffnungsvortrag hielt Universitäts-Professor *Zoltán Vámosy*, ferner sprachen die Balneologen Dozent *Ludwig Pap*, Dozent *Zoltán Rausch*, *Nicolaus Frank*, *Béla Groó*, *Béla Nagy*, *Desider Korbuly*, u. A.

NACHRICHTEN.

Hochschulnachrichten. Der Reichsverweser hat auf Unterbreitung des Kultus- und Unterrichtsministers den a. o. Universitäts-Professor Dr. *Josef Boros* zum ordentlichen öffentlichen Professor der Péter Pázmány-Universität und Vorstand der II. internen Klinik ernannt. — Dem Dozenten an der Pécs'er Elisabeth Universität Dr. *Georg Kelemen* wurde der Titel eines a. o. Universitäts-Professor verliehen. — Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Assistenten an der Szegeder Franz Josef Universität Dr. *Erich Fortofa* zum Dozenten für Untersuchungs- und Heilverfahren mit Röntgenstrahlen bestätigt.

Ernennungen. Der Minister des Innern hat zu Ärztemitgliedern des Ärztesenates im Verwaltungsgericht für die Dauer von drei Jahren ernannt: Ministerialrat Dr. *Karl Grosch*, Universitäts-Professor *Béla Kelen*, Primarius *Josef Keleti*, den Vizepräsidenten der Landessozialversicherung *Josef Petres*, Universitäts-Professor Artur von *Surbó* Direktor Chefarzt *Albin Cserey-Pechány* (Kecskemét), Universitäts-Professor *Michael Pekár* (Pécs), Krankenhaus-Direktor *Adár Petz* (Győr), *Péter Szlávik* (Szeged), Oberphysikus *Nikolaus Szaller* (Szolnok).

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 1—289—26.

*Beachten Sie bei der echten, dauerhaften
englischen Schreibfeder*

**die auf jede Feder
gravierte Firma**

GEO. W. HUGHES



**Für jede Hand passende Feder.
Die nebenstehende Abbildung ist
ein neues Originalmodell die am
leichtesten gleitende, bisher ver-
fertigte Feder.**

Senden Sie dem Vertreter in Ungarn (Emil Alföldi, Budapest, VII.,
Peterdy-utca 4) ein Pengő und er schickt Ihnen eine Musterschachtel
mit 12 Sorten bester Federn.

PETER FISCHER & COMP. AG.

**Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente
Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. St.**

GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher Auszeichnungen

TELEPHON: Automat 1-115-13 und 1-112-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr
mäßigen Preisen. Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm in Ungarn.

**LIPÓTVÁROSI
VIZGYÓGYINTÉZET
BUDAPEST, VI., 3
BATHORY-UCCA**

ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen
Toxin- und eiweissfrei! Steril! Haltbar!

Tabl. Ovarii „Richter“ Glanduovin

Zur Behandlung der Amenorrhoea.

Bei allen Störungen der Eierstockfunktion. In Schachteln à 3 und
6 Ampullen zu 1 ccm.

Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“

Salzsaures wässriges Extrakt der Nebenniere (1:1000)

GLANDUITRIN

Wässriges Extrakt aus dem Hinterlappen der Hypophyse. 1 cm³
enthält 10 internationale Einheiten.

**SYNERGETISCH WIRKENDE,
PLURIGLANDULARE PRAPARATE**

Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

**CHEMISCHE FABRIK
GEDEON RICHTER A.-G.**

BUDAPEST, X.

Druckerei der Pester Lloyd-Gesellschaft. (Ignaz Schulmann.)