

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 medicin.-chirurg. Nerven- und Herz-
kranke.  **Gebärabteilung.**  **Stütungs-
abteilung für Krebsforschung u. Heilung.**
Zander, Orthopädie u. Wasserheilanstalt.

ARCULOZON

(Agar-agar, magnesiunsuperoxidum et corrigentia gustus, speciali modo mixta)

INDICATIONES: Dyspepsia, hyperaciditas, hyperchloridrie, ulcus ventriculi, flatulentia, meteorismus, catarrhus ventriculi seu acutus, seu nervosus, obstipatio.

Formula praecipienda:

Rp. **ARCULOZON** scat. orig. $\frac{1}{2}$ vel $\frac{1}{4}$

Ds. 3 × quotidie post coenam unam parvam cochleariam aqua fontana mixtam.

**Acquiri potest in omnibus apothecis Europae deposita
in drogeriis principalibus.**

Cum litteratura circumstantia dominos medicos libenter iuvare potest Lehel
Kálmán conatus chemicus Budapestini.

Adressa epistolarum:

KÁLMÁN LEHEL BUDAPEST 461.

EGGER'S Hypophosphit Syrup

Seit Jahrzehnten bestbewährtes Roborans und Tonikum bei allen mit Kraftverfall einhergehenden Krankheiten.



Dr. Leo Egger und I. Egger
Budapest, VI.

Schwabenberg-Sanatorium Budapest, Ungarn



Subalpin-,
klimatisch-
diätetische
Kur- und
Heilanstalt
für Stoff-
wechsel-
Herzranke,
Anämiker,
Nerven-
leidende und
Rekonvales-
zenten.

Dir.-Chirurg
Dr. L. JAKAB.



Liget- und Parksanatorium, Ungarn,
Budapest, VI., Aréna-ut 84, Leiter Dr. L. JAKAB

Moderne diagnostische, diätetische und chirurgische Heilanstalt für alle Zweige der Therapie vollkommen eingerichtet.

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte, otologische Sektion. — X. Landestagung der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 16. Februar 1929.

G. Mansfeld: *Mechanismus und Bedeutung der Herzdilatation.* (Referat nicht eingelangt.)

Aussprache: **R. Holitsch:** Nach Ansicht des Vortragenden ist das Herz derart imstande mehr Arbeit zu leisten, dass es sich erweitert und das auf einmal herausgeschleuderte Blutquantum grösser wird. Dem gegenüber hat Redner anlässlich seiner Röntgenuntersuchungen beobachtet, dass bei anstrengender körperlicher Arbeitsleistung das Herz gesunder Menschen wohl rascher schlägt, sich jedoch nicht erweitert, ja im Gegenteil, es verkleinert sich erheblich. Diese Verkleinerung verschwindet, nach Herstellung des Ruhezustandes wieder. Die logische Erklärung für das Zustandekommen der bei grösserer Arbeitsleistung am Herzen sofort auftretenden Verkleinerung findet der Redner in der mit der frequenteren Schlagfolge einhergehenden kürzeren Dauer der Diastole, was wieder eine geringere diastolische Herzfüllung zur Folge hat. Der Mechanismus der Arbeitsleistung des Herzens ist jedoch, trotz der geringeren diastolischen Füllung erfolgreicher und besser, als im Ruhezustand bei langsamer Herztätigkeit und grösserem Herzen, weil die Füllung der Kammern zu Beginn der Diastole am raschesten erfolgt, um sodann gegen Ende der Diastole stufenweise langsamer zu werden. Wenn daher bei grösserer Arbeitsleistung die Herztätigkeit in der Minute z. B. doppelt so rasch wird und damit die Diastoledauer auf die Hälfte sinkt, so vermindert sich das während der Diastole in die Kammern fliessende Blutquantum und damit das Schlagvolumen des Herzens nicht auf die Hälfte, sondern diese sind etwas grösser, insofern dass bei doppelt so rascher Herztätigkeit das in der

Minute ausgetriebene Blutquantum grösser (obwohl das Herz kleiner ist) als im Ruhezustand.

I. Rusznyák: Man unterscheidet eine kompensatorische und dekompensatorische Dilatation. Die interessanten Untersuchungen des Vortragenden beziehen sich auf die kompensatorische Herzdilatation. Es wäre sehr interessant und wichtig, diese Untersuchungen auch auf solche Fälle zu erstrecken, wo die Ursache der Dilatation die Erkrankung und Erschöpfung des Herzmuskels ist.

G. Mansfeld: Die Bemerkungen von Holitsch bieten ihm Gelegenheit, über die an Menschen beobachtete Herzverkleinerung bei Muskelarbeit zu sprechen. Von dieser hatte auch er Kenntnis, ja sie war auch eine der Ursachen, die ihn zu den geschilderten Versuchen angeeifert haben, denn wenn es möglich ist, mit kleinerem Herzvolumen grössere Arbeit zu leisten, dann ist die Theorie von Starling nicht stichhältig, nach dieser kann nämlich das Herz nur derart Mehrarbeit leisten, wenn es sich erweitert. Zwischen seinen eigenen Versuchen und den klinischen Erfahrungen besteht keineswegs ein Widerspruch, denn er hat ja eben bewiesen, dass die Herzdilatation keine solche Einrichtung ist, die das Herz zur Leistung grösserer Arbeit befähigt, sondern, dass das Herz, welches sich erweitert, seine Arbeit wirtschaftlicher leisten kann.

In diesem Sinne ist die Dilatation als kompensatorische Einrichtung zu betrachten, was wieder mit jener klinischen Erfahrung in vollkommener Übereinstimmung ist, dass das geschwächte Herz bei gesteigerter Arbeitsleistung tatsächlich dilatiert, weil es nur derart den Anforderungen entsprechen kann. Rusznyák kann recht haben, dass es zwei Arten eine kompensatorische und eine Stauungsdilatation gibt, obwohl hiefür keinerlei Beweis vorliegt. Wichtig ist jedoch, dass das gesunde Tierherz, selbst wenn an diesem experimentell ein pathologischer Zustand nachgeahmt wird, mit einem kranken Herzen nicht identisch ist, denn das letztere hat ein Historikum und vorausgegangene Infektionen, Klappenstörungen usw. haben auch dessen Myokard angegriffen. Wollen wir jedoch wissen, wie z. B. die Atonie die Herz-tätigkeit in mechanischer oder energetischer Beziehung verändert, so kann das durch Untersuchung des kranken Herzens niemals festgestellt werden, da wir bei diesem zahlreichen unbekanntem Faktoren gegenüberstehen, sondern nur am gesunden Herzen, wo wir in der Lage sind, einen einzigen Faktor, den Tonus auszuschalten.

Sitzung am 23. Februar 1929.

Demonstration: Ludwig Bilkei-Pap: Rheumafälle. Schmerzen und beschränkte Beweglichkeit in der Hüftgelenksgegend finden sich oft auch bei Erwachsenen. Die Röntgenaufnahme des Beckens darf selbst bei den geringsten Klagen nicht unterlassen werden. Er demonstriert Röntgenbilder einiger häufigen und selteneren Hüftgelenkserkrankungen: Pertheskrankheit, Malum coxae senile, mit ankylopoetischer Spondylitis gemeinsam vorkommende sacroiliacale Verkalkung und Hüftgelenksankylose, primärer Hüftgelenkstumor Cc.-Metastase im Hüftgelenk, Ostitis deformans Paget mit Lokalisation in der Hüftgelenksgegend.

Vortrag: Gustav Morelli: Die Rolle der dentalen Sepsis

in der Aetiologie der sogenannten rheumatischen Erkrankungen. Der Vortragende referiert über den gegenwärtigen Stand der Frage einer Form der lokalen Sepsis: der sogenannten dentalen Sepsis. Er teilte seinen Vortrag in drei Teile: 1. was wir unter einem dentalen septischen Herd verstehen, 2. was wir im Anschluss hieran über die sogenannten rheumatischen Erkrankungen wissen, 3. welche Beweise wir für den Zusammenhang der beiden Symptomengruppen haben.

Hinsichtlich der ersten Frage schildert der Vortragende die bei nicht kariösen, kariösen, sowie infolge von Pyorrhoe auftretenden septischen Herde und erklärt, dass zwischen den einzelnen Herden nicht nur von pathologisch-anatomischen Gesichtspunkt, sondern auch nach der Möglichkeit, der infolge derselben entstehenden Erkrankungen zu unterscheiden ist. Bei dentaler Sepsis sind nach Möglichkeit vom ganzen Gebiss genaue Röntgenaufnahmen zu machen. Die bakteriologischen Befunde solcher Herde bedürfen noch eingehender Untersuchungen.

In Beantwortung der zweiten Frage bietet der Vortragende eine Übersicht über die Entwicklung der oralen Sepsisfrage und der einschlägigen Fälle in der Literatur. Er schildert aus seiner eigenen Beobachtung zwei geheilte Fälle.

Hinsichtlich der dritten Frage führt er als Beweise des Zusammenhanges der beiden Symptomengruppen an: das Vorhandensein von Bakterien im Blute, die Bedeutung der Blutuntersuchung, die spezifischen Kutanreaktionen, die Wichtigkeit der Anamnese, der Untersuchung des Blutdruckes, der Temperatursteigerungen und des Urins, sowie der weniger bedeutungsvollen klinischen Symptome. Er fasst seinen Standpunkt dahin zusammen, dass bei jeder sogenannten rheumatischen Erkrankung das ganze Gebiss zu untersuchen sei, wobei sämtliche, Herdsymptome aufweisende Zähne zu entfernen sind. Mit Rücksicht auf die Häufigkeit der dentalen Herde und deren grosse Gefahren, wünscht er eine Revision der konservativen Richtung in der Zahnheilkunde, indem die Zahl der konservierbaren Zähne auf Grund strengerer Indikationen vermindert werde, überaus wichtig sei die Kariesprophylaxe.

Aussprache: Leo Liebermann: Beruft sich auf seinen vor Jahren in dieser Gesellschaft gehaltenen Vortrag über die Ätiologie der sogenannten „rheumatischen“ Augenkrankheiten, aus welchem Anlass er die Bedeutung der fokalen Infektionen betonte. Zur Zeit wird diese nicht mehr bezweifelt. Redner will auf die Schwierigkeiten der Diagnose und der Therapie verweisen: 1. Allem Anscheine nach kommen nicht nur in jenen Organen latente septische Herde vor, von welchen dies bereits zweifellos ist. 2. Sind mehrere nachweisbare Herde vorhanden, so können wir nicht wissen, welcher für die rheumatischen Metastasen zur Verantwortung zu ziehen ist, obwohl zumeist über die Indikation eines chirurgischen Eingriffes zu entscheiden ist. 3. Es ist noch günstig, wenn von chirurgisch zugänglichen Herden die Rede ist, weil eines der

häufigsten Leiden, die postgonorrhoeische Erkrankung der männlichen Genitaladnexe unüberwindliche Schwierigkeiten für die Therapie bietet.

Die zukünftigen Aufgaben findet Redner in zwei Richtungen: 1. Es sind solche Laboratoriumsmethoden zu finden, mit deren Hilfe die Blutfizierung mit grösserer Sicherheit nachweisbar ist, als mit der verhältnismässig selten positiven bakteriologischen Blutuntersuchung. 2. Zur Behandlung der chirurgisch unzugänglichen Herde ist eine wirksame Therapie notwendig, in erster Reihe für die urogenitalen Herde.

Julius Benczur: Bei den im Verlauf von 10 Jahren von ihm beobachteten, ziemlich zahlreichen Fällen von infektiöser, subakuter und chronischer Arthritis konnte er nur selten Zahnkrankheiten als Ausgangspunkt nachweisen. Obwohl die dentale Sepsis als Ursprung der Arthritis manchmal nachweisbar ist, so ist dass dennoch viel seltener der Fall, als besonders von den amerikanischen Autoren verkündet wird. Tonsillenerkrankungen sind viel häufiger Ursache von Arthritiden.

Armin Rottmann: Ist kein unbedingter Anhänger der Theorie vom Ursprung der rheumatischen Leiden aus der dentalen Sepsis. Wenn diese als Krankheitsursache eine Rolle spielt, so ist dennoch das hierauf gegründete therapeutische Verfahren ein primitives.

Desider Kemeri gelangte in seinem, im September 1928 gehaltenen Vortrag zu der Folgerung, dass die Ursache der wahren Dysidrose der Rheumatismus ist, d. h., nach der modernen Auffassung des Rheuma richtiger die fokale Infektion. Das kann er auf Grund seiner an mehr als hundert an Dysidrose leidenden Kranken gewonnenen Erfahrungen behaupten. Er kann zahlreiche Fälle anführen, wo nach Beseitigung der fokalen Infektion die Dysidrosis und dysidotische Infektion heilten. Es ist daher auch in der Dermatologie zweifellos, dass die fokale Infektion und natürlich auch die dentale Sepsis eine bedeutende Rolle spielen.

Wilhelm Schulhof: Die ätiologische Summierung seiner überaus zahlreichen Fälle ergibt für die aus oralen — oder enger bezeichnet dentalen — Fokus stammenden Infektionen eine so hohe Prozentziffer, wie die mitgeteilten ausländischen Daten. Auf Grund seiner zahlreichen gut beobachteten Fällen von Polyarthritis und sogenannter Fibrositis wagt er es dennoch nicht, die Möglichkeit und Bedeutung der fokalen Infektion mit dentalen Ursprung so gering zu schätzen, wie das aus den Bemerkungen einiger Teilnehmer der Debatte herausklingt. Es gelang ihm vor ungefähr 18 Jahren, eine seit anderthalb Jahren bestehende, auf andere Verfahren refraktäre, fortwährend rezidivierende, subfebrile, mit mittelgrossen Gelenkschwellungen, aber heftigen Schmerzen verbundene, subakute Polyarthritis durch radikale Beseitigung beider Tonsillen vollkommen zu heilen. 15 Jahre hindurch hatte die Kranke, die seither Mutter mehrerer Kinder geworden ist, keinerlei rheumatische Schmerzen. Nun erkrankte sie unter ganz gleichen Symptomen, wie bei ihrer ersten Krankheit. Die laryngologische Kontrolle, gründliche gynäkologische und interne Durchprüfung gab keinerlei Fingerzeig. Ihre Zähne waren anscheinend in Ordnung, jedoch bewogen mich manchmal auftretende Gesichtsschmerzen, eine Röntgenaufnahme von ihrem Gebiss zu verlangen. Es stellte sich heraus, dass an zwei Zahnwurzeln apikale Granulome, an einer Wurzel aber ein Abszess vorhanden war. Nach fachgemässer Behandlung derselben trat innerhalb eines Monats Heilung ein, die Kranke ist seither, seit mehr als zwei Jahren abermals vollkommen klagensfrei. Wenn man mehrere solche Fälle sieht, fühlt man sich bemüssigt, die Berechtigung der Annahme des dentalen Ursprunges anzunehmen.

Josef Szabó, Alexander Korányi: Die Frage der oralen Sepsis kann wohl noch nicht als exakt entschieden bezeichnet werden, wenn jedoch in Fällen, die anders nicht zu lösen sind, die Möglichkeit derselben vorliegt, so sind aus dieser Annahme die therapeutischen Folgerungen abzuleiten.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 6. Februar 1929.

Demonstrationen: Ladislaus Scheitz: Subkutane Verletzung der Bauchspeicheldrüse. Bisher sind 14 isolierte subkutane Pankreasverletzungen bekannt, von diesen vier mit letalen Ausgang. Es gibt keine charakteristischen, diagnostischen Symptome. Das Aufsuchen der Bauchspeicheldrüse erfolgt am leichtesten durch die Bursa omentalis, nach querer Durchtrennung des Lig. gastrocolicum. Der von ihm mitgeteilte Fall ist infolge eines Pankreasabszesses gestorben, der an Stelle der Verletzung sekundär aufgetreten ist. Die Krafteinwirkung presst die Bauchspeicheldrüse an die Wirbelsäure, worauf die Pankreas sich biegt und einreißt. Deshalb findet sich die Verletzung immer auf der Vorderwand und vor der Wirbelsäule. Der gefüllte Magen fängt die Kraft auf und wird selbst verletzt, bei leeren Magen erfolgt der Riss der Bauchspeicheldrüse.

Aurelie Gaál: Zystische Degeneration des Ligamentum latum. Vortragende schildert im Anschluss an einen Fall die kleinzystische Degeneration des Ligamentum latum, die eine selten vorkommende pathologische Veränderung des breiten Mutterbandes ist. Die Zysten können auf Grund der Untersuchungen von *Walthard* als Entwicklungsstörungen aufgefasst werden, die aus den sowohl im breiten Mutterband, in der Tubenwand und im Ovarium kongenital vorhandenen Epithelzelleninseln stammen. Sie besitzen keine pathologische Bedeutung, zeigen kein Wachstum, sie sind zu sekundären Degenerationen nicht geneigt, sie pflegen nicht zu platzen und sie werden als gutartige Gebilde bei Sektionen, zumeist als akzessorischer Befund beobachtet.

Vorträge: Koloman Keller: Untersuchung der Elastizität der Körpergewebe vom klinischen Gesichtspunkt. Die Elastizitätsuntersuchungen an lebenden Körpergeweben stellen die Strukturänderungen der Gewebskolloide fest. Diese letzteren werden von Funktionstörungen der Gewebe begleitet, so dass die Elastizitätsuntersuchungen diagnostische und prognostische Bedeutung haben. Die in Frage stehenden Untersuchungen wurden mit dem Elastometer von *H. Schade* an Hautbindegewebe durchgeführt. Nach einer Darstellung der allgemeinen physiologischen

Bindegewebsfunktionen geht der Vortragende auf seine, in pathologischen Fällen durchgeführten Beobachtungen über. Das im Bindegewebe sitzende, aus beliebiger Ursache entstandene Ödem kann dessen Elastizität verändern, resp. es kann bei Ödem ein mehr-minder grosser Elastizitätsausfall nachgewiesen werden. Die elastometrische Methode hat den grossen Vorteil, dass das latente Ödem, also Präödem, oder das bereits im Abklingen begriffene Ödem zu einer Zeit diagnostiziert und deren Grösse ziffermässig festgestellt werden kann, wo mit der manuellen Palpation keine Spur eines Ödems zu finden ist. In seinen weiteren Darlegungen beschäftigt er sich mit der Bedeutung der bei pathologischen Prozessen gefundenen Werte. Bei der heutigen Form der Elastizitätsmessungen ist eine lange Reihe von Versuchsbedingungen mit grosser Strenge zu beachten. Eben deshalb ist eine rasche Verbreitung der Methode nicht zu erwarten.

Aussprache: Andreas Zerkowitz: Zwischen der Gewebelastizität und dem intermediären Wasserumsatz besteht — wenigstens zum Teil — gewiss ein enger Zusammenhang. Er verweist auf seine bezüglichen Versuche.

Ernst Fischer: Es sei vielleicht zu hoffen, dass aus den Angaben der Elastimetrie nach Schade gefolgert werden kann, welche Fälle der sogenannten *Insufficiencia vertebrae* und *Insuff. pedis* bessere und welche ungünstigere Prognosen bieten.

Ladislaus Stausz: Wiener Erfahrungen. Der Vortragende studierte in der inneren Abteilung von *Schlesinger* die verschiedenen Formen der Eingeweide-Lues. Bezüglich des Verhältnisses der Lues zur Tuberkulose unterscheidet *Schlesinger* zwei Krankheitsformen: 1. zu einer alten Lues sich anschliessende ganz frische Tuberkulose und 2. zu einer progredierenden Tuberkulose aquirierte luetische Infektion. Bei der ersten Gruppe kann die antilueticische Kur nur dann begonnen werden, wenn der Prozess bereits zum Stillstand gelangt ist. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die ungünstige Wirkung des *Salvarsans* bei frischer Tuberkulose und warnt vor den oft unangenehmen und aktivierenden Folgen des Jodgebrauches. In der Therapie ist das Hauptgewicht auf Quecksilber- und Wismuth-Präparate zu legen. Viel häufiger findet sich die zweite Kombination die eine viel ungünstigere Prognose bietet. Häufige Komplikationen sind die *Pneumonia caseosa* und die *Hämoptoe*. In dieser Gruppe entfaltet die *Syphilis* gewöhnlich eine deletäre Wirkung, selbst in den als gutartig diagnostizierten Fällen von *Phthise*. *Schlesinger* fand die Kombination der beiden Krankheiten in 15% der Fälle. Von den verschiedenen Formen der Herzlues betrachtet er vom Gesichtspunkt der antilueticischen Kur die supra-valvuläre Form und die Aneurysmen für die gutartigsten Formen.

Salvarsan gibt er nur bei kompensierten Herzleiden. Bei Lebersyphilis können die besten therapeutischen Resultate von den gummösen Hepatitiden erwartet werden. Er beginnt die Behandlung mit der Einspritzung von 10⁰/₀-igen Jodnatrium, dabei verordnet er auch Quecksilber. Der Vortragende schildert sodann eingehend das Greisenheim in Lainz.

Sitzung am 20. Februar 1929.

Demonstration: R. Schwertner: Procytholbehandlung der perniziösen Anämie. In die unter der Leitung Professor Kovács stehenden Abteilung kamen jüngst drei sehr schwere Fälle von perniziöser Anämie. In dem einen Fall verhinderte die Schwere des Zustandes, bei den zwei anderen das hochgradige Eckelgefühl die Durchführung der Original-Lebertherapie. Infolgedessen wendete er das von der Chinoinfabrik in Verkehr gebrachte Procythol an. Der damit erzielte Erfolg kann als sehr gut bezeichnet werden, die Remission trat rasch und vollkommen ein, die Erythrozytenzahl erhöhte sich wöchentlich durchschnittlich um 500,000. Das Allgemeinbefinden und der Appetit besserten sich sehr rasch. Beachtenswert ist, dass bei dem erwähnten moribunden Kranken die schweren Veränderungen in der Mundhöhle die Ernährung eine Zeitlang unmöglich machten, deshalb applizierte er das Procythol per rectum, dasselbe entfaltete auch von dort seine günstige therapeutische Wirkung. Eben deshalb hält er in ähnlichen schweren Fällen die rektale Verabreichung des Procythols für zweckmässig.

E. Kluge: Es ist wenig bekannt, dass die perniziöse Anämie mit Geisteskrankheit verbunden sein kann. Obwohl seit 1875 die Beobachtungen fortgeführt werden, auf Grund welcher oft ganze Serien von Geistesstörungen im Anschluss an diese Blutkrankheit beschrieben wurden, wird dennoch diese Frage in den allgemein benützten grossen Lehrbüchern nur von *Binswagner* und *Hoche* berührt und nur das Werk von *Reichardt* behandelt die Frage eingehender. Seit der Publikation von *Siemerlin*, der im Anschluss an Perniziosa paranoide Wahnvorstellungen, Apathie, Depression, und Erregungen beobachtete, haben die neueren Autoren (*Pontoppidan*, *Petrén*, *Marcus*, *Pirkett*, *Henneberg*, *Schroeder*, *Hunter*, *Woltmann*, *Neumann*) durch unzweifelhafte Beobachtungen bestätigt, dass im Anschluss an Perniziosa ebenso, wie bei den meisten organischen Gehirnerkrankungen ein sogenanntes neurasthenisches Vorstadium auftreten kann, diesem können später depressive und paranoide Wahnvorstellungen, Stimmungsanomalien, ja auch Inkohärenz und halluzinatorische Deliriumszustände folgen, usw. keineswegs nur terminal, sondern Monate oder viele Jahre vor dem Tode. Alldas wird teils durch die in der Cortex befindlichen organischen Veränderungen, teils durch nachweisbare Toxinwirkung erklärt. Redner hat 1927 einen Fall aufgearbeitet (mitgeteilt: Archiv f. Psych. B. 81, H. 3), wo die perniziöse Anämie internistisch zweifellos konstatiert wurde. Aus den somatischen Symptomen aber konnte auch der Umstand festgestellt werden, dass das Leiden seit 12 Jahren sich schleichend, in

den letzten 5 Jahren aber rapid entwickelt hat. Das Zeit seines Lebens einen abnormen Charakter aufweisende und im Alter von 75 Jahren verstorbene Individuum zeigte bereits 8 Jahre vor seinem Tode eine Veränderung, er wurde misstrauisch, seine Erregbarkeit steigerte sich 4–5 Jahre vor dem Tode mit Verfolgungswahnvorstellungen, Gemütsdepression, Kleinheits- und Verarmungswahnideen, schliesslich terminal trat Bewusstseinstörung auf, also ein solch psychisches Gesamtbild, das weder durch die psychische Konstitution, noch in der Senilität Erklärung findet. Dieses Individuum schloss kurz vor dem Tode so nachteilige Rechtsgeschäfte ab, nachweisbar unter dem Einfluss seiner krankhaften Geistesvorstellungen (Wahnideen, labile Stimmung, usw.), dass postmortal vom psychiatrischen Standpunkt seine Fähigkeit zum Abschluss von Rechtsgeschäften bezweifelt werden musste, was dann zur Nichtigkeitserklärung des Rechtsgeschäftes führte.

G. Fettich: referierte über 7 Fälle, bei denen Procythol angewendet wurde. Im ersten Fall konnte der Kranke nach 6 Wochen hindurch gereichten Procythol und nach einer Besserung auf 3 Millionen Erythrozyten und 60% Hb. wegen äusserer Umstände das Procythol nicht nehmen. Trotzdem trat in den folgenden 5 Wochen eine totale Remission mit 5.3 Millionen Erythrozyten und 95% Hb. ein. Diese Remission bestand auch nach 7 Monaten ohne dass der Kranke Procythol genommen hätte. Im zweiten Fall schritt die Remission im Verlauf von 8 Wochen von 2.12 auf 5.3 Millionen Erythrozyten und von 54 auf 95% Hb. vor. Im dritten Fall steigerte sich in 12 Wochen die Zahl der roten Blutkörperchen von 1.6 auf 3.85 Millionen und von 35% auf 75% Hb., obwohl der Kranke in der vierten Woche eine 4 Tage dauernde Gastroenteritis, vor einer Woche aber eine Influenza mit hohem Fieber überstand. Im vierten Fall war die Remission in 5 Wochen die folgende: Erythrozyten von 1.25 auf 4.94 Millionen, Hb. von 42% auf 91%; nach Erreichung dieser Remission (seit 3 Monaten) keine Procytholdarreichung, trotzdem stellte sich keine Rezidive ein, nur das Blutbild zeigt einen geringen Rückfall. Die Remission des fünften Falles war in 7 Monaten: 1.77–5.38 Millionen, Hb. 51–82%. Im sechsten Fall nahm der Kranke nach einer mit Leberdiät erzielten Remission 6 Wochen hindurch Procythol, hierbei blieb die Remission mit geringem Rückfall bis zum heutigen Tag erhalten, obwohl er seither wiederholt Gastritiden, einmal aber eine Influenza überstand. Die Erythrozytenzahl schwankt zwischen 4–4.5 Millionen, Hämoglobin 80–90%. Im siebenten Fall ist das Grundleiden Cc. ventr., dasselbe hat eine typische An. pern. zur Folge. Erythrozytenzahl: 1.6–4.37 Millionen, Hämoglobin 39–70%, mit auffälliger Besserung des Allgemeinzustandes. Die eintretende Magenblutung hat den hyperchromen Charakter der Anämie in den sekundären Typus umgewandelt und der Kranke dezidierte nach stufenweiser Kachexie. Aus seinen Fällen geht hervor, dass das Procythol die Fütterung mit frischer Leber in vollem Masse ersetzt und das die von den Amerikanern empfohlene Diät nicht wichtig ist, weil diese bei seinen Kranken in mehreren Fällen wegen der heftigen Magen- Darmsymptome gar nicht hätte angewendet werden können.

Ä. Torday: referiert über zwei mit Leberextrakt erfolgreich behandelte Fälle. Die rasche Besserung der klinischen Symptome, das Aufhören der Urobilinurie, der Rückgang der Serumbilirubin-Werte lassen erkennen, dass die Lebertherapie nicht auf das Knochenmark wirkt, sondern die Hämolyse verhindert. Parallel mit dieser Besserung zeigt oft auch der Cholesteringehalt des Blutes und die Resistenz der

Erythrozyten eine Steigerung. Die Bakterien verschwinden aus dem Magen und dem oberen Darmtrakt. Diese auf die Streptokokken und Kolibazillen geübte Wirkung der Leber wurde auch *in vitro* nachgewiesen.

F. Knyazoviczky: *Zwei interessante Fälle von kindlichen Laugenvergiftungen.* Ein anderthalbjähriges Mädchen überstand nach Laugenvergiftung Brustfell-Lungenentzündung, Masern und Mittelohrentzündung, sodann musste wegen totaler Speiseröhrenstriktur die Gastrostomie vorgenommen werden. Sie trug die Magenfistel anderthalb Jahre lang. Während dieser Zeit wurde die Schlundröhrenstriktur behandelt und das Kind nahm $6\frac{1}{2}$ Kg an Gewicht zu. Die Magenfistel wurde operativ geschlossen. Das zweite Kind trank im Alter von $2\frac{1}{2}$ Jahren Lauge. Es wurde mit Mediastinitis in die Abteilung gebracht, nach dieser trat doppelseitige Lungenentzündung auf, sodann musste wegen totaler Speiseröhrenstriktur die Gastrostomie durchgeführt werden. Obwohl das Kind 10 Monate lang durch die Fistel ernährt wurde, nahm es $13\frac{1}{2}$ Kg an Gewicht zu. Nach längerer Sonderbehandlung war das Schlingen gebessert, und die Magenfistel wurde operativ geschlossen. Seither gutes Allgemeinbefinden, doch ist eine Erweiterung der Schlundröhre vorhanden, was eine weitere Behandlung erfordert. Die beiden Fälle zeigen, wie viel Schwierigkeiten und Komplikationen bei der Behandlung von Laugenvergiftungen auftauchen können.

Vorträge: L. Nebenführer: Lichen ruber planus. Tätovierung. Auf der Glans penis, Penishaut, am Damm, auf der Innenfläche der rechten Wange Lichenpapeln, auf der Beuge-seite beider Arme gut gezeichnete, ziemlich umfangreiche Tätovierung. Das Tätovieren hat namentlich in Japan eine künstlerische Entwicklung erfahren und ist dort auch heute noch in Mode. Sonst ist es wenig verbreitet. Es ist in Häfen, Kasernen, bei Prostituierten und Seeleuten zu finden. Seine Bestimmung hat wahrscheinlich grosse Veränderungen durchgemacht. Früher hat die Tätovierung Stammes- oder patriotische Zielen gedient. Heute ist sie nurmehr eine zweifelhafte Zierde. Im vorigen Jahrhundert gab es kleinere Tätovierungs-epidemien. Ihr häufigster Ort ist die obere Extremität, Manubrium sterni und untere Extremität. Das verwendete Material ist Tusche, Zinnober, Schiesspulver, Wäscheblau, Kohle, Tintenfarbe. *Guillaume* hat nachgewiesen, dass in dem Moment, wo die schwarze Farbe in die Haut eindringt, das Gewebe die Farbe der physikalisch in eine gewisse Tiefe gelangten Fremdkörper verändert. Die Tätovierung kann auch Komplikationen herbeiführen, indem sie die Pforte für das Eindringen von Lues, Tbc. bilden kann. Die Literatur der Tätovierung ist sehr reich. Tätovierte Stellen erheben sich auf mechanischem Reiz über die Umgebung. Die Tätovierung steigert als Reiz das Auftreten vonluetischen, tuberculoti-

schen Lichen- und Urticariaveränderungen. Sehr lehrreich ist der Fall von *Dohi*. An Stellen, wo die Tätovierung mit Tusche vorgenommen wurde, gab es zahlreiche Papeln, auf den mit Eisenchlorid tätovierten Partien war die papulöse und diffuse Infiltration am umfangreichsten, weil die groben, vieleckigen Eisenpartikel intensiver irritieren, auf der mit Zinnober tätovierten Partie gab es keine Pappel (Hg-Wirkung) auf dem nicht tätovierten Gebiet verstreute Papeln.

I. Guszman: Das Thema ist in mancher Beziehung interessant, doch will er diesmal nur zwei Gesichtspunkte hervorheben. Der eine ist der Zusammenhang von Lichen ruber und Reiz. Wir sahen, dass die Lichenpapeln an den oberen Extremitäten nur an tätovierten Stellen auftreten, also dort, wo die Tuschpartikel als Fremdkörper einen Reiz auslösen. In dieser Beziehung kann der Lichen ruber weitgehend mit der Lues und der Psoriasis in Analogie gebracht werden. Bei Lues kennen wir genau die provozierende Wirkung der physikalischen, wie auch besonders der chemischen, bei Lichen und Psoriasis vorwiegend die der mechanischen Reize. Der andere Gesichtspunkt berührt die Psychologie der Tätovierung, interessanterweise kommt ausser vielen Banalitäten und Obszenitäten, manchmal auch der Humor zur Geltung, was er durch Beispiele illustriert.

D. Hudovernig: *Ombredannenarkose*. Die Aetherkohlen-säurenarkose mit der Ombredannemaske wird in der I. chirurgischen Abteilung des Rochusspitals seit ungefähr einem halben Jahre angewendet. Die besonderen Vorteile der Methode sind, dass sie leicht manipulierbar ist, die Aetherdosierung ist genau, von dem Mittel wird wenig verbraucht. Eintritt und Aufhören des Schlafes erfolgen glatt, die Zahl der postoperativen Komplikationen wird erheblich herabgesetzt, ferner ist auch wirtschaftlich die Aetherersparnis bedeutend. Bei Einatmung von Kohlensäure werden die Atmungen maximal vertieft und beschleunigt. Infolgedessen bessern sich die Zirkulationsverhältnisse und der Blutdruck wird gesteigert. Ein Nachteil der Methode ist, dass infolge der Blutdrucksteigerung das Operationsgebiet stärker blutet.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Otologische Sektion.

Sitzung am 31. Januar 1929.

I. Székér: *Authören der epileptischen Anfälle bei einem Ohrenkranken im Anschluss an die otologische Behandlung.* Die 27jährige kranke Frau litt von 1919 bis 1923 an Epilepsie. 1920 machte sie eine antiluetische Behandlung durch, in Juni 1923 meldete sie sich wegen ihrer, seit Monaten bestehenden Gehörklagen, Ohrenscherzen, Verschlechterung des Gehörs, unbestimmten Schwindelanfälle zur Untersuchung. Links, dem

Epitympanum entsprechend, Entfernung eingetrockneter Krusten und Epithelmassen, sodann Luftdusche, worauf ihre Klagen aufhörten. Nach der Ohrenbehandlung sistierten ihre epileptischen Anfälle und traten nur nach 4 Jahren wieder auf, dann hörten nach einmonatlichen Bestehen auf Durchblasen der Tube, ihre epileptischen Anfälle wieder auf. Sie fühlte sich bis November 1928 ganz wohl. Zu dieser Zeit wurde ihr Gehör wieder schlechter, es traten Schwindelanfälle auf. Nun meldete sie sich sofort zur Behandlung. Beiderseits wird das schlechte Gehör (50 cm Flüstersprache) nach Luftdurchblasen und Tubenbehandlung normal. Seither fühlt sie sich ganz wohl. Der Vortragende erörterte sodann den Zusammenhang zwischen Krankheiten des Gehörorgans und Epilepsie und nimmt an, dass die Reflexepilepsie auf Behandlung des Gehörorgans aufgehört hat, aber die wahrscheinlich aufluetischer Grundlage bestehende genuine Epilepsie nicht geheilt wurde.

Aussprache: T. Liebermann: Die Untersuchungen von Georg Kerekes haben festgestellt, dass von der Nasen- und Ohrenscheidhaut aus reflektorisch erhebliche Blutdruckschwankungen ausgelöst werden können. Andererseits hängt der epileptische Anfall mit den blutdruckregulierenden Organen zusammen, denn es wurde ja versucht das Leiden durch Entfernung der Nebennieren zu heilen.

P. Tobl: *Geheilter Fall von Sinusthrombose.* Bei dem vorgestellten Kranken war anlässlich der Aufnahme die Otitis der rechten Seite bereits abgelaufen, doch waren meningeele Symptome vorhanden. Nach Lumbalpunktionen besserte sich der Zustand des Kranken. Am vierten Tag trat jedoch Schüttelfrost auf. Bei der Warzenfortsatzoperation konnte, abgesehen von einer an Stelle der Einmündung der Vena mastoidea befindlichen, mit Eiter gefüllten Zelle keine andere Veränderung gefunden werden. Auch der Sinus sigmoideus war anscheinend vollkommen unversehrt, doch entleerte sich bei der Probeinzision kein Blut und nach der Öffnung stellte sich heraus, dass der Sinus ebenso, wie auch die Vena mastoidea vollkommen thrombotisiert sind. Mit Rücksicht darauf, dass wir im knöchernen Teil des Warzenfortsatzes kaum irgendeine Veränderung fanden, war aller Wahrscheinlichkeit nach primär die Thrombose der diploetischen Gefäße und sodann der Vena mastoidea vorhanden von hier griff dann die Entzündung auf den Sinus sigmoideus und transversus über. Der Vortragende demonstriert die ungewöhnlich grossen, aus der Vena mastoidea und dem Sinus transversus entfernten Thromben.

Aussprache: T. Liebermann erwähnt einen Fall, wo Verdacht auf Sinusthrombose vorlag. Die Schüttelfröste standen im Widerspruch zur Blutkörperchenzahl, Blutkultur und Pulszahl. Sinusthrombose war nicht vorhanden, der Kranke heilte auf Tripaflavinbehandlung. Die Frühoperation ist vielleicht in den gegenwärtigen Fällen richtiger.

T. Kepes : Der Umstand, dass sämtliche Kardinalsymptome der Sepsis nicht vorhanden sind, spricht nicht gegen das Vorliegen einer otogenen Sepsis. Deren Entwicklung darf gar nicht abgewartet werden, weil die Möglichkeit eines erfolgreichen Eingriffes gewöhnlich geringer wird, wenn das Auftreten sämtlicher Symptome abgewartet wird.

K. Wagner: *Geheilter Fall einer otogenen Streptokokkenmeningitis.* Bei dem jungen Arbeiter trat im Anschluss an eine chronische Mittelohrentzündung nach akuter Exacerbation Meningitis auf. Die Operation ergab Zerstörungen infolge Cholesteatom, die Liquoruntersuchung Streptokokken. Systematische Lumbalpunktion, intravenöse Urotropinbehandlung. Nach einer Woche wegen Ausfall der Labyrinthfunktion Entfernung des Labyrinths. Glatte Heilung, die Einimpfung der aus dem Liquor gewonnenen Bakterien in ein Versuchstier ergab ein negatives Resultat. Der Streptokokkustamm hatte eine schwache Virulenz. Dieser Umstand spielt bei der Meningitisprognose eine wichtige Rolle, deshalb erscheint der Tierversuch in jedem Fall notwendig.

Aussprache: **S. Rejtő :** Wir können unsere therapeutischen Aufgaben bei Behandlung der otogenen Meningitiden in 4 Gruppen einteilen: 1. Erste Aufgabe ist die Beseitigung des Infektionsherdes. In vorliegenden Fall war unsere Aufgabe die radikale Operation und sodann die Freilegung des Labyrinths. 2. Die Herabsetzung des gesteigerten Hirndruckes, was wir mit der Lumbalpunktion erzielten. Wegen der mit dieser erhaltenen gute Resultate, haben wir die Zysternenpunktion gar nicht versucht. 3. Den Kampf des Organismus gegen die Bakterien haben wir durch Urotropin und Chinin-Resorzin-Injektionen unterstützt. Wir haben uns wiederholt von der guten Wirkung des Urotropins überzeugt. 4. Zur Kräftigung des Organismus perhorreszieren wir keineswegs die Verabreichung von Alkohol. Bei Sepsis infolge Sinusthrombose kann immer Wein verabreicht werden, im vorliegenden Fall hat der Kranke ebenfalls Wein getrunken. Redner stehen nicht so zahlreiche Fälle zur Verfügung, um perzentuelle Angaben über den Ursprung der Meningitiden anführen zu können. Die Autoren schätzen die Zahl der von Labyrinth stammenden Meningitiden auf 11—15%, dieser Fall hat zweifellos seinen Ausgang vom Labyrinth genommen.

X. Landestagung der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft.

(Gekürzter Bericht.)

Mitgeteilt von Primarius *Dr. Julius Nyirő* Dozent, Sekretär der Gesellschaft.

(Fortsetzung.)

Karl Schaffer betonte in seinem Referat „*Histopathologie und Psychiatrie*“, dass histopathologische Veränderungen mit Recht nur bei den Geisteskrankheiten zu suchen seien, welche auf den sogenannten organischen Hirnveränderungen basieren. Nach Vorausschickung der

einschlägigen Kapitel der normalen Anatomie erklärt er, dass die Veränderungen des Zentralnervensystems erstens nach den Bestandteilen, zweitens nach der lokalen Ausbreitung dieser elementaren Veränderungen zu betrachten sind. Nach der *Histopathologie der Elemente* ist zwischen den Veränderungen der *mesodermalen* und der *ektodermalen Elemente* zu unterscheiden.

Die *mesodermalen Elemente* können *a) Wandveränderungen* (Idiotismus encephalopathicus, Dementia arteriosclerotica), *b) auf Krampf basierende Ernährungsstörungen* (solche zeigen sich hauptsächlich infolge Epilepsie in der Hirnrinde und im Ammonshorn als Sklerose), *c) entzündliche Gefässveränderungen* aufweisen. (Diese können Granulationen sein, wie z. B. bei Lues, hieraus kann sich die Dementia postluetica und paralytica entwickeln, oder einfache Entzündungen, die zur Entwicklung der Psychosis infectiosa führen können.) Die mesodermalen Veränderungen entstehen durch *exogene Schädlichkeiten* des Zentralnervensystems.

Die Veränderungen der Nervenelemente können exogene und endogene sein. 1. *Die exogene Veränderung des Nervengewebes* kann das Bild der Psychosis toxica in zwei Formen zum Vorschein bringen: in der *systematischen Form* (Alkoholismus) und in der *asystematischen disseminierten Form* (Saturnismus). 2. *Die endogene Veränderung des Nervengewebes* ist die infolge von Entwicklungshemmung, also durch innate Gewebslebensunfähigkeit entstehende fortschreitende Degeneration des Zentralnervensystems, diese kann sich gemeinsam auf beide Hauptelemente der Nerven, oder separat auf eines derselben erstrecken. Derart können drei Hauptformen unterschieden werden: *a) Abiotrophia neuronalis*, d. i. die progressive Degeneration einzelner bestimmter Neuronsysteme (z. B. Heredodegeneratio spastica). Die Abiotrophia neuronalis bedeutet die segmentärsystematische Veränderung der ektodermalen Neuronenelemente, also das Zustandekommen eines *anatomischen Trias*: die ektodermale, segmentäre Systemelektivität (z. B. die hereditäre Chorea). *b) Unter Abiotrophia neurogliosa* ist die Lebensunfähigkeit des Gliasystems der beiden Hirnhemisphären zu verstehen (z. B. die *Krabbe-Scholzsche* familiäre Hirnsklerose mit Idiotie). *c) Die Abiotrophia generalis* ist die Degeneration sämtlicher ektodermalen Elemente (familiärer Idiotismus). Diese

endogenen abiotrophischen Leiden sind familiär und hereditär, auf der *germinativen* Lebensunfähigkeit der Ektodermaelemente basierende *ektodermogene* Krankheiten im Gegensatz zu den *ektodermatropen* Krankheiten, wo die Affinität von Toxinen und toxischen exogenen Schädlichkeiten eine Rolle spielt.

Die *lokale Ausdehnung* der elementaren Veränderungen kann auf exogenen und endogenen Momenten beruhen, die vom Vortragenden eingehend geschildert werden. Er illustriert die endogene Lokalisation mit einem Fall von Idiotismus sporadicus, wo sich die endogene Degeneration nur auf die jungen Assotiationsfelder und auch hier auf das genetisch jüngere, mittlere Keimblatt erstreckt.

Der Vortragende führt sodann die Klassifizierung der Veränderungen des Zentralnervensystems durch. Bei den histopathologischen Veränderungen des Zentralnervensystems sind *typologische* und *strukturelle* Unterschiede zu machen. Der Typus und die Struktur des pathologischen Prozesses bilden gemeinsam den Ausdruck der Pathogenese des Prozesses, andererseits bestimmt die Lokalisation des Prozesses das Syndrom.

Nach diesen Darlegungen kann zwischen rein exogen-mesodermalen und endogen-ektodermalen Leiden differenziert, und es kann ein exoendogenes, d. h. ein Leiden gemischten Typs aufgestellt werden. Schliesslich gedachte der Vortragende des Bildes der auf geschwulstartigen Blastomelementen des Nervensystems sich aufbauenden Geisteskrankheit, der Sclerosis tuberosa.

Desider Miskolczy referierte in seinem Vortrag über die „*Histopathologie der Schizophrenie*“, über das Untersuchungsergebnis von sieben akuten Fällen. Die Veränderungen in den Nervenzellen waren in der Form von akuten und chronischen Degenerationen in diffuser und chronischer Verteilung vorhanden. Die schwerste Form zeigt der Prozess in der Rindenschicht III., V. und VI., besonders im Frontal- und Temporallappen. Die gefundenen Veränderungen sind nicht spezifisch, weil auch exogene Prozesse ähnliche Ausfälle herbeiführen können. Es muss daher das Sammeln von klinisch und hereditär „reinen“ Fällen angestrebt werden, bei denen die Bewertung leichter ist.

Aussprache zu den beiden letzten Vorträgen: *Ladislav Benedek*, *Paul Ranschburg*, *Julius Schuster*.

Ladislaus Balassa behandelt in seinem Vortrag „*Beiträge zur Ätiologie der epileptischen Symptomengruppe*“ aus der Reihe der Faktoren, welche den epileptischen Symptomenkomplex herbeiführen, die milderen Formen der durch akute oder chronische Infektionen verursachten Enkephalitis acuta, deren Rest (Zyste, Hydrokephalus) die Ursache des später auftretenden epileptischen Symptomenkomplexes ist.

Aussprache: Eugen Thurzó, Markus Goldberger, Franz Klanber, Julius Schuster.

Zoltán A. Ráth: „Erfahrungen über das Nerven- und psychiatrische Spitalsabteilungssystem.“ Er schildert in seinem Vortrag das in der psychiatrischen und Nervenabteilung des Spitals in Győr eingeführte System, sowie die von ihm geplanten Neuerungen. Offene (nicht geschlossene) Nervenabteilung, Ambulanz, vollkommen freie Aufnahme und Spitalscharakter der Abteilung wurden schon bisher verwirklicht. Es steht nur noch die Unterbringung der unruhigen Kranken dahin, die aus lokalen Aufnahmen und aus der Umgebung stammen. In der Abteilung wurde auch die Arbeitstherapie eingeführt, 40% der Kranken arbeiten.

Julius Keresztes kommt in seinem Vortrag über „*Die Fürsorgepflege der depressiven Kranken*“ zu der Folgerung, dass die Pflege der nicht übermässig schweren, endogenen Melancholien in entsprechender Umgebung durch Fürsorgeanstalten sehr gut durchgeführt werden kann, ihre Pflege stellt sich derart billiger und ist humaner. Bei sozialen Depressionen führt die familiäre Pflege eher zum Ziel.

Aussprache zu den beiden letzteren Vorträgen: *Siegmond Telegdi, Rudolf Fabinyi, Julius Nyirő.*

Ladislaus Benedek und *Eugen Thurzó* referieren in ihrem Vortrag „*Die Tuschreaktion der Rückenmarksflüssigkeit*“ über ihre mit dem Verfahren nach *Günther-Wagner* gewonnenen Erfahrungen. Das Verfahren liefert bei Meningitis, Paralysis und Tabes charakteristische Ergebnisse und besitzt anscheinend beim Vergleich mit den Ergebnissen der übrigen Liquor-Untersuchungsverfahren auch bei Epilepsie und Präcox pathognostischen Wert. Die Reaktion ist sehr einfach.

Franz Kulcsár referierte in seinem Vortrag „*Die Bedeutung der suboccipitalen Punktion*“ über das Ergebnis von 1500 sub occipitalen Punktionen. Er schilderte die

von ihm befolgte Technik, Er widerrät die Durchführung der Zisternenpunktion in drei Fällen: 1. Wenn Erkrankung des Rückenmarkes und der Hüllen vorliegt. 2. Bei unruhigen Kranken. 3. Wenn die Zisternenpunktion einmal nicht gelungen ist. Die Zisternenpunktion bedeutet vom diagnostischen, therapeutischen und Forschungsstandpunkt einen Fortschritt. In der allgemeinen Praxis empfiehlt er jedoch vorwiegend die Lumbalpunktion mit der neuerdings verwendeten Doppelnadel.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Ärztliche Fortbildung. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet im Juni in *Budapest, Szeged, Debrecen* und *Pécs* Fortbildungskurse. Das Programm der Kurse wird nach Ostern veröffentlicht und seinerzeit auf schriftliches Ersuchen vom Bureau des Komitees (Budapest, VIII., Mária-utca 39, I. Universitäts-Augenklinik) bereitwilligst zugesendet.

Jahrbuch der Sozialversicherungsärzte 1929. (Társadalombiztosítási Orvosok Evkönyve 1929.) Redigiert von **Dr. Nikolaus Pfeiffer** und **Dr. Andor Nagy**, Budapest, *Singer und Wolfner*. Das dichte Netz der ungarischen Sozialversicherung — bekannt als O. T. I., den Anfangsbuchstaben des ungarischen Titels — umfasst nunmehr vom Kindesalter bis zu den Greisen alle Schichten der versorgungsbedürftigen Bevölkerung. Die mächtige Institution stützt sich auf die ärztliche Mitarbeit der grossen Mehrzahl der ungarischen Mediziner. Diesen die Aufgabe, Ziele und Fortschritte auf dem Gebiet der Sozialversicherung mitzuteilen, ihre ärztliche Mitarbeit einheitlich in den Dienst der Institution zu stellen, ist die Aufgabe dieses, Beiträge von den Führern und wissenschaftlichen Leitern enthaltenden Jahrbuches. Im Vorwort ergreift der Minister für Volkswohlfahrt **Dr. Josef Vass** selbst die Feder um die Aufgaben der Sozialversicherung und die Rolle der Ärzte in derselben zu skizzieren. Seine Staatssekretäre **Dr. Emerich Drehr** und **Dr. Kornel Scholtz**, sowie Präsident **Karl Huszár** und Direktor **Andor Balogh** erörtern in ihren Beiträgen Aufgabe und Ziele der Sozialversicherung. Die ärztliche Leitung der Institution schildert Direktor Chefarzt **Dr. Josef Barla-Szabó**, die Arbeit der ärztlichen Kontrolle Dozent **Dr. Karl Csepay**. Eine ganze Reihe weiterer Beiträge behandeln einzelne Kapitel der ärztlichen Aufgaben im Rahmen der Sozialversicherung, die Unfallentschädigung, Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, die Lage und die Pensionsverhältnisse der Ärzte in der Sozialversicherung. Ein Adressenteil ergänzt das Jahrbuch.

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

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

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