

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 Pengö. Für Deutschland und für das Ausland: 20 Mark. Für die Übersee: 5 Dollar U. S. A. Einzelnummer 2 Pengö.

**LIPÓTVÁROSI
VIZGYÓGYINTÉZET
BUDAPEST
V., BÁTHORY-UTCA 3**

SANATORIUM GRÜNWALD

Budapest, VII., Vilma királynő-út 11-15.

Telephon:
Iózsét 462-59.

Abteilungen für Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe. Modern eingerichtete Röntgen- und chemische Laboratorien. Interne diagnostische und diätetische Abteilungen. Radium-Behandlung. Kaltwasserheilanstalt. Behandlungen auch für ambulante Kranke. Mässige Preise. Freie Ärztewahl.

Pöstyén

für die

"RHEUMAKRANKE WELT!"

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquellen erbaut: Thermia Palace Hotel, verbunden mit den Bädern. Literatur: Pistyan-Bureau, Budapest, VII., Károly-körút 3/a.



Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

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

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-út 53.

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

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

Natürliche radioaktive Schwefel- und Kohlensäure enthaltende Heilquelle. Thermalbäder im Hause. Spezial-Heilanstalt für rheumatische, neuralgische Leiden und Herzkrankheiten. Absonderter Park für Sanatorium-Inwohner. Herrliche Spaziergänge für Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor *Dr. M. Berliner.*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft
der Spitalsärzte. — XVI. Tagung der ungarischen chirurgischen
Gesellschaft. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 29. November 1930.

O. Göttche: *Einfacher Apparat zur Röntgenunter-
suchung von Säuglingen.* Der ganze Apparat besteht eigent-
lich aus einem gebogenen, auf eine Metallstange fixierbaren
Zweiradsattel, dieser ist nach allen Raumrichtungen hin dreh-
bar. Säuglinge und Kleinkinder werden darauf gesetzt und
können derart nach allen Richtungen hin leicht untersucht
werden. Die einfache Anwendbarkeit und leichte Instandhal-
tung des Säuglingssattels ermöglicht dessen Verwendung in
der täglichen Praxis

A. Flesch: *Ein Fall von Coeliakia.* Das Gewicht des
5jährigen Knaben war bei der Aufnahme 7800 Gramm, Kör-
perlänge 77 cm, aufgetriebener Unterleib, häufige, mässige,
dünnbreiige, fetthaltige Stühle, Osteopathie, hochgradige Anä-
mie, Hypotonie. Das Kind konnte weder stehen, noch gehen
oder sprechen, obwohl es sehr intelligent ist. Hydrolabilität.
Der Knabe bekam als Nahrung Buttermilch, Leber, Früchte,
zellulosarme Gemüse, ferner Quarzbestrahlungen. Das Kind

nahm in einem halben Jahr zirka $2\frac{3}{4}$ kg zu und ist 6 cm gewachsen, lernte Stehen und Gehen und beginnt zu sprechen.

E. J. Vass: Englische Autoren betrachten dieses Krankheitsbild als Fettstoffwechselstörung, mit beträchtlicher Erhöhung des Blutfettspiegels. Redner hält das Leiden für eine Hypovitaminose, man sieht von vitaminreicher Nahrung Besserungen.

E. Hainiss: Die Coeliakia kann in den ausgesprochenen Fällen symptomatisch gut abgegrenzt werden, sei jedoch weniger eine selbständige Erkrankung, als vielmehr ein konsekutiver Zustand, für welchen die Disposition eine angeborene oder entstandene gastrointestinale Empfindlichkeit schafft, die Entfaltungsmöglichkeit liefern aber durch endogene oder exogene Infektionen entstandene akute oder chronisch gewordene Ernährungsstörungen. Das Krankheitsbild zeigt Ähnlichkeit zu jener Form von Atrophien des Säuglingsalters, wo die Atrophie nach chronischen Ernährungsstörungen entstanden ist. Die Ernährungsstörung ist nur eine sekundäre Erscheinung und eine Folge der Labilität des vegetativen Nervensystems der an chronischen Ernährungsstörungen leidenden Kranken. Wegen der Verlangsamung der Darmpassage und der Verminderung der Eiweissresorption empfiehlt er keine einseitig eiweissreiche Nahrung, dieser sollen der Anforderungen der Korrelation entsprechend stufenweise Kohlehydrate hinzugefügt werden.

A. Bossányi: Die Krankheit ist in den Vereinigten Staaten von Amerika überall häufig, auch auf den Gebieten, welche auf der gleichen geographischen Breite liegen wie wir, sie ist von der Pankreasinsuffizienz (pancreatic infantilismus, pancreas atrophia) zu differenzieren. Klinisch charakteristisch sind nebst der hochgradigen Kolonerweiterung die Stühle (60—70% Fett), weil Entwicklungshemmungen und Osteoporose allein noch nicht die Diagnose der Coeliakia ergeben. *Vas* gegenüber glaubt er, dass die Hypovitaminose in der Pathogenese des Leidens keine Rolle spielt, weil das D-Vitamin eher schadet, die übrigen aber nichts nützen. Die diätetische Therapie ist überaus schwierig, führt jedoch allein zum Ziel. *Hainiss* gegenüber akzeptiert er die Ansicht der amerikanischen Forscher, nach welchen sowohl eine primäre, wie auch eine konsekutive Genese möglich sind.

A. Flesch hält diese Fälle für keine Hypovitaminosen. Gewiss gibt es auch primäre Fälle, wo eine angeborene Schwäche der Verdauungsorgane vorliegt. Warum das Leiden bei uns und in gewissen anderen Ländern selten ist, kann verschiedene Ursachen haben.

Z. Wein: *Auf Röntgenbestrahlungen seit einem halben Jahr geheilter Kehlkopfkrebs.* Er beobachtet seit dem 24. April 1928 einen 62jährigen Patienten mit Kehlkopfkrebs. Der Kranke verweigerte die Operation und wurde am 9. Dezember 1929 mit einem durch den Kehlkopf in die Fossa pyramiformis eingedrungenen und das Kehlkopflumen nahezu vollkommen verlegenden Tumor, dem Ersticken nahe, in seine Abteilung im Roten Kreuz-Spital gebracht. Er führte eine dringliche Tracheotomie durch, versuchte sodann am 16. Januar 1930 die Kehlkopfexstirpation, doch musste er die Operation unterbrechen, weil sowohl beide Hälften der

Schilddrüse, wie auch der Schildknorpel sich als infiltriert erwiesen. Röntgenbestrahlung am 3., 6. und 8. Februar 1930 am Hals von drei Seiten mit 100%-iger P. D. (Nach *Kelen.*) Die Geschwulst heilte in drei Wochen. Der Kehlkopf gewann von geringen narbigen Veränderungen abgesehen, seine normale Gestalt und Beweglichkeit zurück. Bei dem Kranken findet sich heute, nach $\frac{3}{4}$ Jahren, keine Spur der Geschwulst und die Durchgängigkeit des Kehlkopfes ist so weit vollkommen, dass der Kranke mit der Tag und Nacht verstopften Luftröhrenkanule Nr. 9 atmet, von dieser will er sich aus Aberglauben nicht trennen. Bei nicht operierbaren Kehlkopfkrebs sollen Röntgenbestrahlungen unbedingt versucht werden.

A. Gál: In der Strahlentherapie bösartiger Geschwülste wird in neuerer Zeit die sogenannte Auffüllungsmethode verwendet. Bei dieser wird die Behandlung in mehrere Abschnitte geteilt; zuerst erhält der Kranke nur 50–80% der vollen Dosis, dann erhält er in 2–3tägigen Intervallen noch 3–4-mal 30–40%. Während nach der älteren Methode der Tumor eine einmalige Volldosis erhielt, bekommt er so eine Doppeldosis. In dieser Hinsicht erscheint diese Methode als die vorteilhaftere, sie wurde von *Pfahler* und *Holfelder* ausgearbeitet. Redner war in Frankfurt bei einer Demonstration von *Holfelder* zugegen, in welcher dieser über mehr als 20 bereits seit 3–4–6 Jahren rezidivfreie Sarkomfälle referierte. Nach der Methode der Franzosen *Regout* und *Goutard*, erhält der Kranke ungefähr 3 Wochen hindurch $\frac{1}{3}$ Strahlendosis täglich. Er erhält daher in 3 Wochen die 6–7fache Volldose, und zwar in der Weise, dass die Verabreichung der einmaligen Dritteldosis absichtlich verzögert wird und 50–60 Minuten dauert. Dies wird durch Verminderung der verabreichten Milliampère, Anwendung von härteren Filtern und Erweiterung der Fokusdistanz von der Haut erreicht.

G. Szabó hat den Patienten im Roten Kreuz-Spital der Röntgenbehandlung unterzogen. Dieser erhielt vorn auf den Kehlkopf 6×8 , auf beide Halsseiten 10×10 Felder mit 30 cm Fokusdistanz. In die Seitenfelder reichte auch der Kehlkopf hinein. Die zentrale Strahlrichtung verlief von hinten schräg nach vorwärts. In jedem Falle wurde die volle Pigmentdosis verabreicht.

A. Láng: Mit Röntgen kann man bei Kehlkopfkrebs in den seltensten Fällen Resultate erzielen. Das Radium ist verlässlicher. Je lebhafter die Mitosen in der Geschwulst, umso strahlenempfindlicher ist der Tumor. In diesem Falle stand der auffallende Erfolg der Röntgenbehandlung mit dem Gewebscharakter der Geschwulst in Verbindung.

T. Liebermann: Infolge der Indolenz des Kranken war der Fall so weit vorgeschritten, dass der Röntgenologe auf eine eventuelle Schädigung der noch gesunden benachbarten Partien keine Rücksicht nahm, sondern die Maximaldosis verabreichte. Man müsse den Standpunkt akzeptieren, entweder soll operiert oder bestrahlt werden und dann muss der tracheotomisierte Kranke die Maximaldosis erhalten. Es sei ganz irrelevant ob die Knorpel geschädigt werden oder nicht, und ob eine Substitutionstherapie der Thyreoidea und Parathyreoidea notwendig sein wird oder nicht.

J. Sebestyén: *Die Fortschritte der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.* Der Vortragende demonstriert ein neues chirurgisches Verfahren, mit dessen Hilfe bei ausgedehnten apikalen Verwachsungen eine Fortsetzung der Pneumothoraxbehandlung ermöglicht wird. Das Wesen der Behandlung besteht in einer extrapleurale Apikolyse, mit deren Hilfe ein inkompletter Pneumothorax komplettiert werden kann. Die extrapleurale Plombage sei bei günstig liegenden primären Höhlen, wo noch keine Dissemination eingetreten ist, eine frühzeitig durchzuführende Operation in der Chirurgie der Lungentuberkulose. Aus sozialen Rücksichten könne das Indikationsgebiet dieser Operation erweitert werden. Bei stationären apikalen Höhlen wendet er nicht die Plombage an und empfiehlt an deren Stelle die *Graf'sche* Methode, die im Wesen aus der Beseitigung der beiden ersten Rippen von deren Ursprung bis zu ihrer Haftstelle besteht. Bei den bisher durchgeführten 72 Plombenfällen beobachtete er bei der Einheilung von Plomben keinerlei Störungen. Die Menge des eingeführten Paraffins war 150—800 Gramm. Er war in jedem Fall bestrebt, das Kavum nach Möglichkeit zu kollabieren, weil die Plombenoperation einen definitiven Zustand schafft und der sekundären Schrumpfung nach der Plombage praktisch keinerlei Bedeutung zukommt. Die Bedingung des Operationserfolges sei die frühzeitige Indikationsstellung. In gewissen einseitigen benignen Fällen von Lungentuberkulose kann auch mit einer mässigen Verengung des Brustkorbes Erfolg erzielt werden. In kavernösen und zu Zerfall neigenden Prozessen empfiehlt er das *Brauer-Verfahren* mit der *Graf'schen* Modifikation. Er kann über die Resultate der bisher durchgeführten 35 Operationen zur Zeit noch nicht referieren. Todesfälle unmittelbar nach der Operation gab es keine, die Spätmortalität war 9, wesentlich gebessert sind 11, zur Zeit Kochnegativ, aber mit vorhandenen klinischen Symptomen 7, endgültig geheilt 5 Fälle.

S. Pekanovich: *Sebestyén* verdolmetschte den allgemein akzeptierten Standpunkt des unter der Leitung des Redners stehenden Lungentuberkuloseospitals. Er hält die Apikolyse mit der *Jacobeus-Operation* für die Operation der Zukunft. Auch die mit der Apikolyse verbundenen Komplikationen werden vermieden werden können, wenn es gelingt, die mechanischen Insulten gegenüber so hochgradige Empfindlichkeit der Pleura herabzusetzen. Ein treffendes Beispiel hierfür ist die *Jacobeus-Operation*, mit der sich Redner schon vor dem Krieg beschäftigt hat, um sie jedoch wegen der auftretenden Blutergüsse und Empyeme aufzulassen. Zur Zeit sind diese Komplikationen zumeist bereits vermeidbar. Eben deshalb wurde er mit Auflassung seines früheren Standpunktes ein Anhänger dieses Verfahrens und glaubt, dass dasselbe mit der Apikolyse zusammen in zahlreichen Fällen zur Anwendung gelangen wird.

R. Dvorzsák: Der grösste Teil der vom Vortragenden demon-

strierten und operierten Kranken entstammt dem Material des Ujpester Dispensaires. Die Operation der nicht versicherten Kranken wurde von den Professoren *Bakay* und *Winternitz* durchgeführt. Selbst der älteste Plombenfall ist erst zwei Jahre alt. Gute Resultate werden auch in frischen Kavernenfällen erzielt, wo der Pneumothorax die Kaverne nicht komprimiert. Am besten sind die Ergebnisse in jenen Fällen, wo die Mangelhaftigkeit der Pneumothoraxtherapie frühzeitig erkannt und die Operation sofort beschlossen wurde. Im gewissen Masse gilt auch für die Plomben- und Thorakoplastikbehandlung, dass frische Prozesse besser beeinflusst werden können. In den erfolgreichen Fällen von Thorakoplastik erfolgte die Operation bei einer vollkommen gesunden anderen Lungenhälfte, und unter guten biologischen Verhältnissen. Ein Hindernis der Durchführung der Frühoperation bei versicherten Kranken ist die Frage des Krankengeldes. Wünschenswert wäre eine ausgiebigere Unterstützung der Sanatoriums- und Spitalspfleglinge, sowie eine intensivere Einbeziehung der Kassenärzte in die Tuberkulosebekämpfung.

Z. Cserba hat neun von den dreizehn Plombenfällen operiert. Gebessert wurden sechs, unverändert fünf, unbefriedigend ein und gestorben ein Fall. Von grossen Plomben wurden keine Schädigungen beobachtet. Die Blutkörperchensenkung kann auch in günstigen Fällen eine beschleunigte bleiben, die Ursache ist vielleicht ein Zerfall des inaktivierten Lungengewebes.

A. Winternitz: Plomben seien nur in hoch in der Spitze liegenden dünnwandigen Kavernen angezeigt; er ist ein Gegner von grossen Plomben. Kavernenrisse kommen nach seinen Erfahrungen selten vor, einmal in seinen 99 Plombenfällen. Häufiger kommt es vor, dass die Plombe nach Monaten in die Kaverne eindringt und der Kranke Paraffinstücke aushustet. Dieser Zustand sei nicht gefährlich und wenn die Kranken bazillenfrei wurden, könne die Plombe liegen bleiben. Sei das nicht der Fall, so müsse die Plombe entfernt und eine Plastik durchgeführt werden.

I. Nádor-Nikitisch: Die Ergebnisse der Kollapstherapie haben sich in den letzten Jahren hauptsächlich Dank der Technik und der Änderungen in der Indikation gebessert. Auf diesem Wege könne man kaum mehr einen ähnlichen erheblichen Fortschritt erwarten. Ein Fortschritt sei durch Erweiterung in der Indikation zu erhoffen, bei solchen doppelseitigen Prozessen, wo bei einem schweren Prozess der einen Seite auf der anderen im Hilus eine chronische, nicht fortschreitende Veränderung vorhanden ist. Die Thorakoplastik kann noch bei exsudativer Veränderung des kontralateralen Hilus in Betracht kommen. Wird der Kranke unter optimale Verhältnisse gebracht, so kann ein solcher Prozess in einen chronischen Ruhezustand gelangen. Selbst bei der besten Kollapstechnik beträgt die Zahl solcher Fälle, bei denen dieses Verfahren erfolgreich nicht anwendbar ist, ungefähr 70%. Die Aufgabe der Zukunft ist die frühzeitige Diagnose und derart die Vermehrung jener Fälle, in welchen eine erfolgreiche Kollapstherapie noch anwendbar ist.

A. Zolnai empfiehlt an Stelle der Bezeichnung Lungenplombe die „Lungenfüllung“, weil der verwendete Fremdkörper kein Blei enthält.

J. Schön betont die Vorteile der *Kremer*'schen direkten Optik gegenüber der seitlichen Optik.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 15. Oktober 1930.

I. Sipos: *a) Geheilte Fall einer Thrombophlebitis crani, mit multiplen epiduralen Abszessen.* Bei der 27jährigen Frau entstand im Anschluss an eine schwere Sepsis eine multiple Schädelknochenosteomyelitis, dieser war kein nachweisbares lokales Trauma vorausgegangen. Die Basis der an sieben verschiedenen Stellen des Schädeldaches entstandenen eitrigen nekrotischen Herde bildete die eitrige Phlebitis der V. diploica. Das Fortschreiten des auf die Os frontale, parietale, temporale und okzipitale sich erstreckenden Prozesses entlang der schlängelnd verlaufenden Diploevenen konnte anlässlich der Trepanationen (in elf Fällen) auch gesehen werden. Abgesehen von der schon an und für sich seltenen Osteomyelitis der Kranialknochen und von dem Heilerfolg kommt ein ähnlicher Fall mit Multiplizität in der Literatur nur einmal vor.

b) Geheilte Fall einer inkarzierten Treitz-Hernie. Der 35jährige Tagelöhner wurde am 30. Mai 1930 in die III. chirurgische Abteilung des St. Stefan-Spitals mit an der Karotis kaum palpierbarem Puls von 140 und Kollaps gebracht. Er hatte seit dem Abend vorher Darmkrämpfe, die bereits vor einigen Tagen einmal aufgetreten waren, auf Branntwein aber aufhörten. Der Unterleib ist wegen der Schmerzen kaum palpierbar, eine pathologische Resistenz nicht nachweisbar. Defense rechts in der Nabelgegend. Bei der Operation (Prof. Pólya) findet sich ein mannskopfgrosser Schlauch, in diesem befindet sich ein grosser Teil der Dünndärme. Die aus dem Schlauch in den freien Bauchraum heraushängende Dünndarmschlinge ist retrograd inkarziert. Nach Lösung des Inkarzerationsringes kommt die Darmschlinge in Ordnung. Resektion des Schlauches, Bauchwandverschluss. Unge störte Heilung.

c) Geheilte Fall einer umfangreichen Blasenruptur. Der 40jährige Mann stürzte mit gefüllter Blase bei einem Motorzweiradunfall gegen einen Baum. Es entstand eine umfangreiche Blasenruptur. Der Blasenvertex hob sich kappenförmig ab und der Blasenkörper zeigte beiderseits tiefe Risse. Bei der Operation wurde der ungefähr 10 cm lange peritoneale Riss verlängert, der im Bauchraum gefundene blutige Urin (zirka 600 ccm) mit Tampons aufgesaugt, das Peritoneum geschlossen und zur Sicherung der Naht mit einem gestielten Faszienlappen bedeckt. Hierauf folgte die Rekonstruktion der geplatzen Blase eine Cavum paravesicale-Tamponade mit einem ständigen Katheter von oben als Blasendrain. Unge störte Heilung per secundam mit 300 ccm Blasenkapazität, normales Urinieren.

G. Pásztay: *a) Lymphogranulomatose.* Die Krankheit

des 46jährigen Mannes begann 1894 in der Form eines dysidrotischen Ekzems. In den nächsten Jahren Schwellung der Lymphdrüsen am ganzen Körper, zeitweise schmerzhaftige Schwellungen in Begleitung von Fieber und Schüttelfrost. Diese Zustände wiederholen sich zyklisch. Die Lymphdrüsen bilden stellenweise kindesfaustgrosse und grössere Drüsenpackete, diese sind mit der Umgebung nicht verwachsen. Auf der Haut das Bild eines chronischen Ekzems, mit soliden narbigen Knoten und Lichenifikationen. Bei der Röntgenaufnahme sind die Lungenhili infiltriert. Leber und Milz vergrössert. Unter dem Mikroskop sind nur die Sinus erkennbar. Das diffus infiltrierte Gewebe besteht aus Fibroblasten, Lymphocyten, Plasmazellen und zahlreichen Eosinophilzellen. *Sternberg'sche* Riesenzellen und Kernteilungsformen sind selten. Im Blutbild hochgradige Eosinophilie (36%) und relative Lymphozytose. Im Urin ist die Diazoreaktion negativ.

A. Torday interessiert sich für die klinischen Symptome des Falles. Die Eosinophilie ist ungewöhnlich stark, was mit dem Ekzem im Zusammenhang sein kann.

G. Pásztay: *Carcinoma in lupo*. Der 42jährige Mann leidet seit 1907 an Lupus vulgaris. Seit 1928 entwickelt sich in der Gegend des rechten Ohres eine schmerzhaftige Geschwulst. Im Gesicht und am Hals zerstreute Lupusknoten. In der Gegend des rechten Ohres handtellergrosser geschwüriger Tumor. Unter dem Mikroskop finden sich unregelmässige Epithelnerster mit Polymorphismus und Kernteilungsformen, Hornperlen stellenweise auch grosse Hornzysten. Dg.: Verhornendes, flaches Hautkarzinom. Röntgenbefund: beide Spitzen luftarm, infiltrierter Hilus, das rechte Zwerchfell fixiert. Blutbild normal. Blutkörperchensenkung beschleunigt. Wa.-R. negativ.

F. Müller demonstriert als ähnlichen Fall einen 41jährigen Mann, der seit seinem dritten Lebensjahr am rechten Oberschenkel einen Lupus hat, dieser wurde trotz der Behandlung von Jahr zu Jahr grösser. Im Alter von 29 Jahren trat im Gesicht eine ähnliche Veränderung auf, neuerdings auch auf der rechten Handwurzel. 1922 wurde der am Oberschenkel befindliche Lupus mit Röntgen behandelt. Zwei Jahre später bildete sich an dieser Stelle eine gänseeigrosse Geschwulst, diese wurde extirpiert. Die histologische Diagnose stellte Cc. epitheliale fest. 1928 rezidierte die Krebsgeschwulst an der gleichen Stelle und ist seither gewachsen, so dass sie zur Zeit sich auf ein Drittel des Oberschenkels erstreckt. Im Anschluss hieran betont er, dass die Röntgentherapie des Lupus vulgaris selten das Resultat ergibt, das wir erwarten, andererseits finden sich auf bestrahlten Gebieten häufig krebsige Entartungen. Sowohl bei diesem, wie auch bei dem vorher demonstrierten Kranken findet sich der maligne Tumor auf der mit Röntgen behandelten Körperpartie.

S. Szilágyi: a) *Tubero-ulcero-serpiginöses Syphilid*. Der 68jährige Patient hatte im Alter von 21 Jahren ein hartes

Geschwür, nachher war er 40 Jahre lang symptomfrei. Seit acht Jahren hat er eine Hautkrankheit. Auf der Brust vorne neben narbigen Gebieten zahlreiche tuberkulöse Herde. Am Rücken einige pengö- bis handtellergrosse ähnliche Veränderungen. Am Schultergürtel, am rechten Oberarm finden sich als Resultat des seit acht Jahren sich wiederholenden Prozesses pigmentierte Narben. An der unteren Peripherie der Oberarmnarben in serpiginöser Anordnung gleichfalls tubero-ulzeröse Herde. Wa.-R. +++++, Kahn-R. +++++, Kiss-R. +++++. Meinicke-R. +++, Luetin-R. positiv, Liquor negativ. Der Fall verdient Interesse, weil die Latenzperiode 40 Jahre lang dauerte.

b) *Lues III. congenita*. Das 12jährige Mädchen hat in der Gegend des linken Tuberculi frontale, auf einem kindeshandtellergrossen Gebiet gruppiertes tubero-serpiginöses Syphilid. Auf der Streckseite des linken Oberkörpers ein ähnlich grosses tubero-ulzeröses Syphilid, umgeben von Randinfiltrationen. Die oberen internen Inzisiven sind wohl nicht degeneriert und atrophisch, jedoch gegen die Kaufläche zu verengt und der Hutchinson-Veränderung ähnlich. In diesem Alter sind tubero-ulzeröse Syphilide verhältnismässig selten. Wa.-R. +++++, Kahn +++++.

S. Sulyák demonstriert ein ähnliches transitionales Syphilid (Syphilis II—III), Corymbiform. 24jährige Frau führte vor zwei Jahren wegen sekundärer Lues insgesamt zwei Kuren durch, seit anderthalb Jahren keine Behandlung. Seit drei Wochen Ausschläge am Rücken, kleinpapulöses Exanthem in zerstreuten Gruppen stellenweise mit Corymbiformen Charakter. Ähnliche Herde in der rechten Ellenbogengegend, am Kiefer und im Gesicht.

F. Müller: a) *Microsporiosis*. Er stellt zwei Brüder vor. Bei dem einen 11jährigen Knaben setzte die Hautkrankheit vor zwei Jahren auf der Brust ein und verbreitete sich dann auf den ganzen Körper, vor einem Jahr auch auf die behaarte Kopfhaut. Derzeit findet sich an dieser Stelle eine zwei kindershandtellergrosse, scharfrandige, schuppige Veränderung, an dieser Stelle sind die Haare 2—3 mm über der Haut gleichmässig abgebrochen, auf der ganzen Haut sehen wir mehrminder grosse, runde oder ovale, kaum hyperämische Gebiete mit einer feinen Abschälung. In dem vom Rumpf, wie auch von der behaarten Kopfhaut abgeschabten Material konnte *Microsporon Audonii* gezüchtet werden. Bei dem 9jährigen Knaben findet sich eine seit zwei Monaten bestehende ähnliche Veränderung im Gesicht. Der Vortragende beschäftigt sich sodann mit den Eigenschaften der *Microsporon*-Pilze, schildert die Untersuchungsmethoden, mit besonderer Rücksicht auf die Präparate im hängenden Tropfen, beschreibt sodann den Verlauf der Krankheit und deren Therapie. Bei den Kindern unter 12 Jahren hat sich am besten die mit Röntgen kombinierte Thallium-Epilationstherapie bewährt, bei

54% der Fälle war mit Bubo, 22% mit Phimose kompliziert. Zur Lokalbehandlung geeignet ist die Desinfektion mit H_2O_2 und mit $KMnO_4$ Lösung, ferner Umschläge mit Kupfersulfatlösung und Karbolpinselungen. Zur Allgemeinbehandlung wurde Milchinjektion mit sehr gutem Erfolg angewendet.

XVI. Tagung der Ungarischen Chirurgischen Gesellschaft.

Budapest 26.—28. Mai 1930.

Von Dr. **Wilhelm Manninger** Sekretär und Dr. **Georg Matolay** Schriftführer.

I. Sitzung am 26. Mai 1930.

Präsident Dr. **Theodor Hüttl** dankt in seiner Eröffnungsansprache für die auf ihn gefallene Wahl und erörtert die grossen Fortschritte der Wissenschaft, an welchen die ungarische Chirurgie jederzeit rege teilgenommen hat. Die stürmischen Fortschritte sind auch mit Schwierigkeiten verbunden, indem sie dazu führten, innerhalb der Chirurgie eine weitgehende Differenzierung zu schaffen. Je mehr der Rahmen der Chirurgie sich erweitert, um so schwieriger wird die Übersicht so, dass neben den aus der Chirurgie hervorgegangenen verwandten Fächern diese selbst beginnt sich, den Körperregionen entsprechend zu gliedern, was seiner Ansicht nach ein unrichtiger Prozess ist. Eine andere Schwierigkeit ergibt sich daraus, dass durch die Entwicklung der Konnex zwischen den einzelnen Gebieten der Medizin gelockert wird. Dies sei auch deshalb zu bedauern, weil der Chirurg nicht nur die interne Medizin beherrschen, sondern auch über pathologische, biologische und physiologische Kenntnisse verfügen muss. Eine neue Richtung der Entwicklung lenkt die Aufmerksamkeit auf die psychogen-funktionellen Krankheitsursachen, wogegen eine andere Richtung die uralte humorale Auffassung wiederbeleben will. Wieder eine andere medizinische Richtung will in das pathologische Denken die Berücksichtigung der konstitutionellen Faktoren einfügen. Die Verfechter solcher neuen Richtungen verkünden eine Krise der Medizin, die ihrer Auffassung nach durch das lokalistische und bakteriologische Denken in eine Sackgasse geraten ist. Trotz derartiger Übertreibungen darf man die neuen Ideen nicht unbeachtet lassen, weil sie neue Gesichtspunkte schaffen.

Mit Freude konstatiert der Präsident, dass trotz der schweren wirtschaftlichen Krise, unter der vor allem die Ärzte leiden, die wissenschaftliche Arbeit in Ungarn keine Unterbrechung erfahren hat, was auch die grosse Zahl der

angemeldeten Vorträge beweist. Wir müssen den Kampf auf dem kulturellen Gebiet fortführen, weil der Sieg unsere Kulturüberlegenheit und das Gedeihen der Nation bedeutet.

Präsident meldet, dass der Landesverteidigungsminister den Honvédärzten gestattet hat, der chirurgischen Gesellschaft als Mitglieder beizutreten. Beim *Volkmann-Zentennarium* in Halle, war die Gesellschaft durch *Géza Lobmayer* vertreten. Schliesslich gedachte er der verstorbenen Mitglieder *Julius Elischer*, *Béla Halmágyi* und *Ladislau Machanszky*, deren Andenken durch Erheben von den Sitzen geehrt wurde.

Es folgte die Beratung der Frage: *Neuere Mittel und Methoden der Anästhesie*.

Referent **Ladislau Scheitz**: *Die Rückenmarkanästhesie*. Die Aktualität der Rückenmarkanästhesie beweist, dass anlässlich des französischen Chirurgenkongresses 1928 und des englischen Kongresses in Manchester 1929 die Frage Gegenstand eingehender Diskussionen war. Nach den schlechten Erfahrungen der ersten Zeit wurde die Rückenmarkanästhesie gerade in ihrem Geburtsland, in Deutschland nahezu vollkommen vernachlässigt, wogegen man in Frankreich, England und Amerika bestrebt war, deren Mängel zu beheben.

Zur Beseitigung der bekannten unangenehmen Komplikationen wurden in den letzten Jahren drei Forderungen aufgestellt: Durchführung der Punktion mit einer dünnen Nadel, Bekämpfung der Blutdrucksenkung, Herabsetzung der Giftwirkung des verwendeten Mittels durch Verhinderung seiner Verbreitung im Rückenmarkskanal. Der Referent schildert die durch Verletzung der Rückenmarkshäute auftretenden Komplikationen, die durch Anwendung von dünnen Nadeln vermieden werden können. Die Nadel soll stumpf geschliffen sein, um den Durchtritt des Liquors in die epidurale Höhle durch die nicht vollkommen eingedrungene Nadelöffnung zu verhüten. Infolge der Lähmung der Vasomotoren tritt eine kritische Blutdrucksenkung auf, diese kann durch Anwendung von Ephedrin-Ephetoninpräparaten bekämpft werden. Schliesslich erörtert er die Verminderung der Giftwirkung des zur Anästhesie verwendeten Mittels durch Verhinderung seiner Verbreitung und Herabsetzung der Resorption. Zu diesem Zweck wird bei der Rückenmarkanästhesie das Spinokain verwendet, welches mit Amyloprolamin viskos gemacht wird. Das Amyloprolamin verhindert die Diffusion des Novokain im Liquor. Nach einer eingehenden Schilderung der Durchführung der verschiedenen Arten von Rückenmarkanästhesie mit dem Spinokain legt er dar, dass von den in seiner Abteilung durchgeführten 127 Spinokainanästhesien die Wirkung in 20 Fällen eine ungenügende war. Die Anästhesie reichte in den meisten Fällen bis zur Höhe der Mamillen und es konnten in der Spinokainanästhesie die verschiedensten

Bauchoperationen durchgeführt werden. Die Anästhesie tritt in 5—10 Minuten ein, sie dauert durchschnittlich 1½ Stunden.

Der Vortragende schilderte sodann seine Erfahrungen mit dem „schweren“ Spinokain, das mit Glycerin gemischt ist, ferner mit dem Perkain, und Neokain.

Dr. Wilhelm Manninger: *Bemerkungen zur Frage der Lokalanästhesie.* Ein unbestreitbarer Nachteil der Lokalanästhesie ist, dass sie trotz des peniblen aseptischen Apparates die Verhältniszahl der absoluten primären Heilungen herabsetzt. Es kommen nämlich Serien vor, wo die Nekrose der Wundränder beobachtet wird. Eine genaue Untersuchung der Hydrogen-Ion-Konzentration der verwendeten Lösungen ergab eine saure Reaktion derselben, welche die Wundrandnekrosen erklärte. Die Fabriken erklärten auf unsere Anfrage, dass der Adrenalinegehalt der Lösung nur im sauren Medium konserviert werden kann. Ein weiterer Nachteil der sauren Reaktion der in geschlossenen Ampullen verwahrten fabriksmässig hergestellten sterilen Lösungen ist die Heftigkeit und Dauer der Nachschmerzen. Die Hinzufügung von 1/2‰ Perkain zur halbprozentigen Novokainlösung beseitigt die Nachschmerzen. Bei Selbstbereitung der sterilen Novokainlösung sind auch die Wundrandnekrosen vollkommen verschwunden.

Bei Bauchoperationen in der Zwerchfellgegend, oder an den unteren Partien des Dickdarmes ist eine Leitungsanästhesie des Plexus coeliacus nicht genügend, dagegen ergibt eine Hinzufügung der Leitungsanästhesie des Phrenikus der gleichen Seite und die Blockade des Mesocolon ascendens eine nahezu totale Anästhesie.

Alexander Fekete: *Die kombinierte N₂O Narkose bei gynäkologischen Operationen.* Längere Narkosen mit N₂O können nur durch Hinzufügung von O₂ durchgeführt werden, sie genügen bei sämtlichen vaginalen Operationen. Bei Laparotomien ist das Verfahren noch zu ergänzen durch entsprechende Vorbereitung durch Hinzufügung von Äther und durch Infiltration der Mm. recti. Er referiert über 270 Fälle, unter diesen waren 180 Laparotomien. Ein Vorteil der Methode ist die rasche Eintritt des Schlafes und das rasche Erwachen, das Fehlen jedweder Exzitation, Erbrechen tritt selten auf, Würgen häufiger. Sehr wichtig ist der Umstand, dass N₂O die Atmungsorgane nicht reizt und keine parenchymatöse Degeneration in den Eingeweiden verursacht, so dass es oft bei solchen Patienten angewendet werden kann, bei denen man es nicht wagt, Äther zu geben. In keinem seiner Fälle gab es schwerere Bronchitiden oder Pneumonie.

Der Vortragende schildert die von *Ombredanne* eingeführte Methode der Äthernarkose, bei der die Komplikationen seitens der Atmungsorgane ebenfalls nur selten auftreten. In Fällen, wo eine Schädigung der parenchymatösen Organe zu verhüten ist, hat sich die kombinierte N₂O Narkose als unschädlicher erwiesen, als das Ombredanne-Verfahren. Dies bezieht sich besonders auf ältere, geschwächte und herzkranken Personen.

Ernst Ellscher: *Die intravenöse Avertinnarkose.* Der Vortragende erörtert die neue intravenöse Anwendung des früher rektal applizierten Avertins, Zweck und Methodik dieser Narkose und referiert über die von ihm in 38 Fällen durchgeführte intravenöse Avertinnarkose, die in fünf Fällen allein, in 33 Fällen mit nachträg-

licher Äthernarkose kombiniert durchgeführt wurde. Trotz der genau durchgeführten Vorsichtsmassregeln trat in 50% der Fälle 30—70 Sekunden nach der Injektion des Mittels Apnoe ein, die 5—45 Sekunden dauerte. In 33% der Fälle war die Apnoe mit Blutdrucksenkung und dem Verschwinden des Pulses verbunden. Auf Grund dieser Erfahrungen kann er das intravenös verabreichte Avertin keinesfalls als ideales Mittel betrachten, das Verfahren sei unvollkommen und keine für die tägliche Praxis geeignete Narkose.

Wilhelm Csók: *Die Perkainanästhesie.*

Ernst Lukács: *Neue Anästhesieverfahren.* In der unter der Leitung von Prof. Mezö stehenden chirurgischen Abteilung wurden als Basisnarkotika das Avertin, das Pernokton, das Lachgas und von den Lokalanästhetika das Perkain geprüft. Die Versuche mit Avertin oder Pernokton, den psychischen Insult der Operation durch Aufhebung des Erinnerungsvermögens oder des Bewusstseins zu beseitigen, sind nicht gelungen, weil die Mehrzahl der Kranken exzitierter, so dass sie ein grösseres Personal beschäftigten und oft auch die Asepsis gefährdeten. Sehr günstig waren dagegen die Erfahrungen mit dem Lachgas, das in geeigneten Fällen sogar zur Allgemeinnarkose dienen kann. Besonders geeignet ist diese Narkose bei kurzen Eingriffen, Verbandwechsel und ambulanten Operationen. Sehr gute Erfahrungen wurden mit dem Perkain als Lokalanästhetikum in Lösungen von 0·5—1% gemacht. Vergiftungserscheinungen traten niemals auf, die Wirkungsdauer war 5—8 Stunden. Die mit dem Mittel durchgeführten Lumbalanästhesien (0·8 cm der 1%-igen Lösung) waren nicht zufriedenstellend.

Ludwig Ádám betont, dass jedes Verfahren zu vermeiden sei, wo die Durchführung der Anästhesie eine Lageveränderung der Kranken erfordert, und zwar wegen der Gefährdung der Asepsis. Eben deshalb wendet er die paravertebrale Anästhesie nur mehr bei Nierenoperationen an. Die Leitungsanästhesie habe bei genauer Beachtung der Regeln keinerlei Nachteil. Der Vortragende betont, dass die zur Anästhesie verwendeten Mittel regelmässig umso stärkere Giftwirkung entfalten, je intensiver ihre anästhetische Wirkung ist. Sehr wichtig sei auch die verwendete Konzentration, denn je grösser die Verdünnung, umso langsamer sei auch die Resorption des Mittels. Es sei ein grosser Vorteil des Perkains, dass es in starker Verdünnung angewendet wird, und in den Geweben lange gebunden bleibt, so dass die Nachschmerzen erst 6—18 Stunden nach der Operation auftreten. Mit Perkain wurden 930 Operationen durchgeführt, in 17 dieser Fälle musste auf die Narkose übergegangen werden. Der Vortragende schildert die von ihm durchgeführte Methode der Lokalanästhesie bei Laparotomien und Appendixoperationen.

Desider Klimkó referiert über Erfahrungen an der II. chirurgischen Klinik mit den neuen Narkosemitteln. Beim Vergleich der Mortalität kann in der herrschenden Krise auf dem Gebiet der Narkose der volle Sieg der Äthernarkose festgestellt werden. Von den neuen Mitteln ist die Darreichung von Pernokton in jeder Dosis eingestellt worden. Die Einführung der intravenösen Narkotika (Avertin, Numal) sei nicht motiviert. Die sorgfältig durchgeführte Äthernarkose behauptet noch immer die führende Stellung.

Ludwig Bakay hat in der unter seiner Leitung stehenden Klinik sämtliche neuen Narkosemittel unter sorgfältiger Kontrolle

erprobt, um jede Gefährdung des Lebens der Kranken zu verhüten. Von den neuen Narkosemethoden biete noch die Nitrogenoxydulnarkose die meisten Vorteile, obwohl ihre Mortalität grösser ist, als die der Äthernarkose und in gewissen Fällen eine tiefe Narkose ohne Hinzufügung von Äther nicht erreicht werden kann. Er erklärt, dass das Äther, trotz seiner bekannten schlechten Eigenschaften, noch immer das am wenigsten gefährliche Narkotikum sei. Infolge der starken Verbreitung der Lokalanästhesie, können die jungen Chirurgen die Vertrautheit mit der Äthernarkose kaum mehr erwerben, die sich die ältere Generation angeeignet hat.

Alexander Rejtó: Zur Vermeidung von Infektionen fügt er bei Operationen im Munde zur Anästhesierungsflüssigkeit Rivanol im Verhältnis 1:4000 hinzu. Das Rivanol ist in dieser Konzentration unschädlich und genügt, um alle aus der Mundhöhle eventuell eingeschleppten Keime abzutöten. Er betont, dass Ohroperationen in Lokalanästhesie sehr gut durchgeführt werden können. Redner hat seit 12 Jahren mehr als 600 Aufmeisselungen und Radikaloperationen in Lokalanästhesie durchgeführt und musste nur in 16 Fällen zu Allgemeinnarkose übergehen. Er betont, dass auf dem blutleeren Gebiet exakter und rascher gemeißelt werden kann.

Johann Loessl referiert über die an der Debrecener chirurgischen Klinik in jüngster Zeit verwendeten Mittel zur Narkose und über die erzielten Resultate. Er referiert vorerst über sieben Avertinnarkosen, ein Erfolg konnte nur in einem einzigen Fall erzielt werden. Eben deshalb wurden die Versuche mit diesem Mittel eingestellt. Pernokton mit Äthernarkose kombiniert wurde in 42 Fällen angewendet. Neben mässiger Ätherersparnis war die starke Blutung in den Geweben während der Operation auffallend. Wiederholt wurden Erbrechen, Würgen und Singultus beobachtet. Nach dem Erwachen zeigten die Kranken hochgradige motorische Unruhe. Infolge dieser Erfahrungen wurden die weiteren Versuche mit diesem Mittel eingestellt.

Sehr gute Erfahrungen wurden mit der Ombredanne-Narkose gemacht, die Ätherersparnis ist bedeutend, die Exzitation fehlt. Der Vortragende referiert sodann über die Erfahrungen mit Perkein als Lokalanästhetikum. Die Vorteile des Perkains sind die bakterizide Wirkung der Perkainlösung und die lange Dauer der Anästhesie, die oft 8—12 Stunden dauert.

Anton Genersich hat Skopolamin mit Eukodal und Ephedrin kombiniert in 65 Fällen als Lokalanästhetikum benützt. Er verabreichte das Mittel subkutan 1½ Stunden vor der Operation, tritt der Schlaf bis zur Operationsbeginn nicht ein, so erhält der Kranke noch eine halbe Dosis. Die Bewusstlosigkeit ist die wertvollste Eigenschaft der Skopolaminwirkung, die Kranken haben am Tag nach der Operation gar keine Erinnerung an diese. Wenn es auch vorkommt, dass der Patient während der Operation unruhig wird, stöhnt oder Abwehrbewegungen macht, kann er sich nachträglich absolut an nichts erinnern. Die Skopolamin-, Eukodal-, Ephedrin-narkose sei eben deshalb mit der Lokalanästhesie kombiniert ein wertvolles Hilfsmittel zur Ausschaltung der Inhalationsnarkose. Redner referiert sodann über die in dieser Narkose durchgeführten Operationen.

Alexander Szombati beschäftigt sich mit den Ursachen und Symptomen des Shocks und des Kollapses, sowie mit den Resulta-

ten, die mit den verschiedenen Methoden der Narkose zu erzielen sind. Am besten bewährt hat sich für protrahierte Narkosen die von Manninger empfohlene Technik, die für die einstündige Narkose oder Halbnarkose nicht mehr als 60—100 ccm Äther erfordert. Mit dieser Methode hat der Vortragende mehr als 2000 komplikationsfreie Narkosen durchgeführt. Nach seinen Erfahrungen treten Komplikationen nur bei unrichtiger Verabreichung, oder nach allzu hohen Dosen des Narkosemittels auf.

Stefan G. Fodor hat die Resorptionsverhältnisse des Adrenalin vom Gesichtspunkt der Oedema und Nachschmerzen studiert. Von der zur Erzielung der Anästhesie verwendeten Lösung müsse gefordert werden, dass sie nicht nur isotonisch, sondern auch isoionisch sei, weil saure Lösungen Entzündungen und Oedeme verursachen. Er konnte feststellen, dass bei Verwendung schwach alkalischer Lösungen die postoperative Reaktion eine minimale war. Ebendeshalb soll die H-Ionkonzentration der verwendeten Lösungen 7—7.8 sein.

Otto Mansfeld: Mit der von *Frigyesi* angegebene Methode der Lokalanästhesie können die grössten gynäkologischen Operationen durchgeführt werden, wenn die Kranken vorher mit entsprechenden Skopolamindosen betäubt wurden. Nachteile der Lokalanästhesie sind Wundweiterungen, fieberhafte Rekonvaleszenz, Infektionen und Hämatome infolge der zahlreichen Einstiche. Die Pernoktonarkose wendet er nicht mehr an, die Ombredanne-Methode sei sehr wertvoll und habe zahlreiche Vorteile.

Gabriel Bartha schildert die Ergebnisse der früher allgemeinen Chloroformnarkose, die nun durch das Äther und das Äther-Chloroformgemisch zurückgedrängt worden ist. Die bisher empfohlenen kombinierten Verfahren zeigen dem Äther gegenüber keinerlei Vorteile.

Nikolaus Novák verwendet zur Narkose ausschliesslich Äther mit dem Ombredanne-Apparat. Zur Lokalanästhesie soll man nach Möglichkeit nur ein Mittel und dieses in der gleichen Konzentration verwenden.

Karl Klekner verwendet zur Lokalanästhesie Novokain mit Perkain gemischt, zur Allgemeinnarkose als Basisnarkotikum Avertin rektal.

Géza Lobmayer erörtert die Ergebnisse seiner 1000 rektalen Äthernarkosen, mit deren Ergebnis er sehr zufrieden ist. Seit einem halben Jahr verwendet er den Ombredanne-Narkosenapparat. Zur Lokalanästhesie verwendet er ausschliesslich Perkain in $\frac{1}{2}\%$ Lösung. Die Wundheilung zeigt manchmal Komplikationen, in zwei Fällen traten bei tadelloser Novokainlösung schwere Gewebnekrosen auf. Die intravenöse Avarteinnarkose sei gefährlich, und habe keine Berechtigung.

Géza Lobmayer demonstriert den neuen Schädelreparationsapparat von *Jentzer*.

Eugen Sattler,

Ludwig Steiner.

Ladislau Scheitz beschäftigt sich im Schlusswort mit den Darlegungen der Diskussionsteilnehmer.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Ernennungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat zum Präsidenten der Zentralkommission für ärztliche Fortbildung Dr. *Emil Grösz*, o. ö. Universitätsprofessor, zum Vizepräsidenten Dr. *Kornel Scholtz*, Universitätsprofessor und Staatssekretär, zum Sekretär Dr. *Béla Johan* Universitätsprofessor, Direktor der Hygienischen Landesanstalt für die Dauer von fünf Jahren ernannt.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung der Universitätsassistenten Dr. *Eugen Dózsa* (Gynäkologische Urologie), Dr. *Wilhelm Czunft* (Röntgentherapie und Dosimetrie) und Dr. *Ludwig Karoliny* (Anatomische Pathologie der Stoffwechselkrankheiten), wie auch des Universitätsadjunkten Dr. *Edmund Nachnebel* (Pathologische Diagnostik), zu Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Budapester Universität genehmigt.

Portraitenthüllung. Im Rahmen einer pietätvollen Feier wurde im II. Institut für pathologische Anatomie der Budapester medizinischen Fakultät das Bildnis des verstorbenen Institutsleiters Professor *Edmund Krompecher* enthüllt. An der Feier nahmen teil der Rektor-Magnifikus, der Dekan und der Professorenkörper der medizinischen Fakultät, sowie die Schüler und Verehrer des verstorbenen hervorragenden Forschers. Die Gedenkrede hielt Prof. *Ernst Balogh*, der gegenwärtige Leiter des Institutes.

Ärztliche Fortbildung. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet in der ersten Hälfte 1931 je vier Wochen dauernde ärztliche Fortbildungskurse in den Universitätskliniken von Budapest, Szeged, Debrecen und Pécs, in den öffentlichen Spitälern der Haupt- und Residenzstadt Budapest und in den Spitälern der isr. Religionsgemeinde. Besondere Fortbildungskurse werden für die Ärzte der Kön. Ung. Honvéd, der Ungarischen Staatsbahnen und der Dispensaires für Lungenkranke stattfinden. Schliesslich finden Spezialkurse zur Fortbildung auf dem Gebiet des Mutter- und Säuglingsschutzes, der Tuberkulose, der Sozialhygiene, der Infektionskrankheiten und der Geburtshilfe statt. Das ausführliche Programm steht den Interessenten auf schriftliche Anforderung an die Kanzlei des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung (VIII., Mária-uca 39) zur Verfügung.

„**Orvosképzés**“. Die erste Nummer des 31. Jahrganges der im Dienste der ärztlichen Fortbildung stehenden medizinischen Zeitschrift „Orvosképzés“, als deren verantwortlicher Redakteur Staatssekretär Universitätsprofessor Dr. *Kornel Scholtz* zeichnet, ist mit reichem Inhalt erschienen. Beiträge von den Professoren: *José Frigyesi*, *Elemér Scipiadés*, *Elemér Hainiss*, *Konrad Albrich* und *Arthur Husenfeld*, den Dozenten *Karl Hajós* und *Edmund Zalka*, vom Primarius *Desider Steiger-Kazal* behandeln zahlreiche aktuelle medizinische Fragen. Die vorliegende Nummer enthält ferner die Ansprache des Universitätsprofessors i. P. *José Imre* sen., die er anlässlich der Enthüllung seines Portraits hielt.

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.)