

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

**Erscheint halbmonatlich**

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

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

## Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ☞  
Storm Van Leuven Allergierele Abteilungen für  
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ☞  
Gebärrabteilung. ☞ Stillungsabteilung für Krebs-  
forschung 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 Komfort eingerichtete Zimmer. Erstklassige Küche. Einbettiges Zimmer von 8—14 Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24 Pengő. Thermal-Wellenbad.



## Hauptstädtisches Széchenyi-Heilbad im Stadtwäldchen

73·9 C<sup>0</sup> heisse, radiumhältige Schwefelquelle, mit reichem Kohlensäure-, Erdalkalien- und Kalkgehalt aus 970 m Tiefe. Die heilkräftige Therme speist Frauen- und Männervolksbäder, zahlreiche Badekabinen, Heissluft-, Dampf-, Schlamm- und Kohlensäurebäder, sowie das anschliessende herrliche Strandbad. Trinkkuren, Mechanothérapie. ❖ Ständige ärztliche Ordination

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Elisabeth-  
Universität in Pécs. — Mitteilungen der Budapester Zentral-,  
Kur- und Heilstättenkommission. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 7. März 1936.

**B. Steiner:** *Zunahme der tuberkulösen Meningitiden.* Der Mortalitäts-Index der kindlichen Tuberkulose hat sich 1900—1930 um 35% gebessert. Diese Besserung entstand durch den bedeutenden Rückgang der Mortalität an Tuberkulose der Atmungsorgane, wogegen die Zahl der Meningitis tbc-Fälle nicht geringer geworden ist. Bei der Prüfung dieser paradoxen Erscheinung wurde festgestellt, dass die Zahl der tuberkulösen Hirnhautentzündungen in dieser Periode in Budapest der Provinz gegenüber nahezu auf die Hälfte gesunken ist. Die Vermehrung der Zahl der Hirnhautentzündungen ist daher nicht auf endogene, sondern auf exogene Ursachen zurückzuführen. Budapest verfügt über eine entwickelte Organisation zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Provinz dagegen nicht. Die Vermehrung der tuberkulösen Hirnhautentzündung ist darauf zurückzuführen, dass mit Ausnahme von Budapest und der übrigen Universitäts-Städte keine entsprechende Organisation zur Tuberkulose-Bekämpfung vorhanden ist.

**Besprechung. S. Krepuska:** Bei statistischen Erhebungen über die Tuberkulose sind auch der Ausgangspunkt und die Herde der tuberkulösen Infektion zu berücksichtigen. Wie umfangreiche und langwierige Untersuchungen oft notwendig sind, um statistisch genaue Daten zu erlangen, beweist der von ihm beobachtete Fall eines 11jährigen Knaben, der mit beiderseitigen Ohrenfluss und mit den Symptomen von Hirnhautentzündung aufgenommen wurde und am nächsten Tage noch vor der Operation starb. Makroskopisch konnte nur eine otogene eitrige Meningitis festgestellt werden. Bei der histologischen Aufarbeitung des Falles stellte sich dann heraus, dass von einer primären tuberkulösen Granulation im Mittel-



ohr ausgehende tuberkulöse Meningitis den Tod des Knaben verursacht hat.

**B. Steiner:** Schlusswort.

**R. Sivó und E. Egedy:** *Therapeutische Versuche zur Beeinflussung der pathologischen Blutdrucksteigerung.* Zu Beginn des Jahrhunderts wurde die Niere für die Blutdrucksteigerung verantwortlich gemacht, später erklärte man sie mit der Sklerose der Gefäße. Es stellte sich jedoch heraus, dass in vielen Fällen weder in der Niere, noch in den Arterienwänden in Betracht kommende Veränderungen vorhanden sind. So differenzierte sich das Krankheitsbild der sogenannten essentiellen Hypertonie, der Bergmann'schen Hochdruckkrankheit. In jüngster Zeit dachte man an eine innersekretorische Ätiologie und nahm eine Hyperadrenalinämie an, von der sich jedoch herausstellte, dass sie zu den grössten Seltenheiten gehört. Frey und Kraut entdeckten den Antagonisten des Adrenalins das Kallikrein (Padutin), sie wiesen nach, dass dieser Stoff in inaktiver Form im Menschenblut vorhanden ist und aus seiner Bindung durch Säurevalenzen befreit und wirksam gemacht wird. Intravenös verabreichtes Padutin senkt tatsächlich den Blutdruck erheblich, aber nur für wenige Minuten, nachdem das Padutin im Blut rasch gebunden und inaktiviert wird. Es ist anzunehmen, dass von den im Blut vorhandenen Adrenalin und Kallikrein nicht die Vermehrung des ersteren, sondern die Verminderung des freien Padutin die Hypertonie verursacht. Auf Grund dessen war nachweisbar, dass eine Vermehrung der Azidose im Blut z. B. bei Magengeschwür einen niedrigeren Blutdruck auslöst. In den auf dieser Grundlage durchgeführten therapeutischen Versuchen wurden 40 Patienten mit hohem Blutdruck, die ihre Arbeit weiter verrichteten, täglich 6–8 g. Ammonium chloratum und 15 g. Acidum phosphoricum dilutum ohne Änderung der Nahrung oder der Lebensweise verabreicht. Der Organismus wurde in wenigen Tagen angesäuert und als Folge dessen sank der Blutdruck schon in einer Woche durchschnittlich um 48 mm. Hg. Sodann wurde nur Phosphorsäure weiter gereicht, worauf der Blutdruck sich auf den niederen Niveau stabilisierte. Wurde die Säuredarreichung sistiert so hob sich alsbald wieder der Blutdruck.

**Besprechung. Baron A. Korányi:** Aus dem Pankreas hat zuerst Rudolf Bálint im Jahre 1909 ein dem Adrenalin gegenüber antagonistisches Extrakt hergestellt.

**V. Weisz:** Die gute Wirkung der Säure ist seiner Ansicht nach auf den Flüssigkeit entziehenden Effekt zurückzuführen. Ähnlich gute Resultate sah er auch bei der Injektion von kleinen Adrenalin- und Thymus-Extrakt-Injektionen. Der Antagonismus-Padutin-Adrenalin sei nicht bewiesen, weil ja bei der essentiellen Hypertonie auch das Adrenalin den Blutdruck herabsetzt.

**R. Sivó:** Schlusswort.

**N. Julesz:** *Allergie-Krankheiten und ketogene Diät.* Der Vortragende beschäftigte sich mit dem Wesen und der Technik der ketogenen Diät auf Grund der bei 26, zumeist asthmatischen Kranken gesammelten Erfahrungen. Wesentlich gebessert wurden 50 Prozent, mässig gebessert 22.7 Prozent, keine Änderung bei 27.3 Prozent. Durch Untersuchungen wurde ferner festgestellt, dass schwere Asthmatiker die Fähigkeit verloren haben, auf Ketose mit gesteigerter Ammoniak-Ausscheidung zu antworten. In solchen Fällen blieb die ketogene Diät wirkungslos.

Sitzung am 14. März 1936.

**J. Lendvai:** *Auf Parathyreoidea symptomfrei gewordener Fall von Cushing'scher Krankheit.* Demonstration eines 20-jährigen an Cushing'scher Krankheit leidenden Mädchens. Vor einem Jahr waren sämtliche Symptome des Leidens konstaterbar: das charakteristische Vollmondgesicht, virile Verfettung, Osteoporose, Blutdrucksteigerung, Striae der Bauchdecken, genitale Dystrophie etc. Auf Parathyreoidea-Medikation mit peroraler Calcium-Behandlung ergänzt, bildeten sich sämtliche Symptome zurück, auch die Meneses stellten sich wieder ein. Wurde die Nebenschilddrüsenbehandlung ausgesetzt, traten abermals Rückenschmerzen auf. Nach Abschluss der Behandlung setzte eine mässige Gewichtszunahme ein. Dieser durchschlagende Erfolg der Substitution's-Therapie beweist, dass für die Ausgestaltung des Krankheitsbildes ausser dem basophilen Adenom der Hypophyse und der Hyperplasie der Nebennierenrinde auch dem Funktionsausfall der Epithelkörper eine wichtige, vielleicht entscheidende Rolle zukommt, weil das gestörte hormonale Gleichgewicht auf Parathyreoidea wieder hergestellt wird.

**G. Romhányi:** *Seltene Fremdkörper-Embolien.* a) Bei der 23jährigen Frau ist während der Operation Luftembolie eingetreten und das Röntgenbild des Herzens zeigt neben dem charakteristischen Luftgehalt des rechten Vorhofes auch Luft in den Koronarästen. Die Luft gelangte durch das offengebliebene Foramen ovale in das linke Herz und in die Koronarien.

b) Bei dem 39-jährigen plötzlich verstorbenen Manne perforierte das Aneurysma der distalen Partie des Aortenbogens in den Oesophagus. In den im Magen koagulierten Blutmassen fanden sich zahlreiche Traubenhülsen und Kerne, solche fanden sich auch in mehreren Gehirn-, Unterleibs- und Oberschenkelarterien. Die Fremdkörper gelangten wahrscheinlich bei einem Brechanfall in das Aneurysma und durch dieses in den Blutkreislauf.

*Besprechung:* **A. Dudics** ist auf Grund von Modellversuchen und der Sektion von 2 Luftembolie-Fällen der Ansicht, dass die in den Kreislauf gelangte Luft auch bei geschlossenem Foramen ovale den Lungenkreislauf passieren kann. In Luftembolie-Fällen finden sich in den Papillarmuskeln Fragmentation und Verschwommenheit der Muskel-Querstreifung.

**P. Radnai:** Demonstration von Tierversuchen und Röntgenaufnahmen, die beweisen, dass bei Luftembolie sich auch in der linken Herzhälfte Luft findet.

**J. Farkas:** *Behandlung der chronischen Urinretention in der Blase (Prostata-Hypertrophie, Sphinkter-Sklerose) mit transurethraler Prostata-Operation.* Schilderung der Faktoren, die bei chronischer Urinretention das Hindernis der Entlerung bilden und jene Veränderungen, die durch Prostata-Hypertrophie und Sphinkter-Sklerose herbeigeführt werden. Die Retention konnte früher nur durch Beseitigung der Prostatageschwulst (Adenom, Adenomyom, Karzinom) behoben werden. Nachdem 55% dieser Kranken in einem solchen Zustand in die Behandlung des Facharztes gelangt, (Nieren-Insuffizienz Erkrankungen des Herzens, der Lunge und der Blutgefässe), wo die Operation entweder überhaupt nicht, oder nur mit grossem Risiko durchführbar ist, zeigt sich auch heute noch trotz der genauen Nierenuntersuchungsmethoden eine ziemlich hohe Mortalität. 0—29%. (Hryntschak.)

Die vom Vortragenden demonstrierte transurethrale Prostata-



resektion mit Hilfe von Blasenspiegel und Diathermie-Schlinge entfernt einzelne Geschwulstpartien und es gelingt derart die von der Geschwulst verursachten Funktionsstörungen vollkommen oder zum guten Teil zu beheben. Die Operation kommt besonders bei jenen Personen in Betracht, die für die Radikaloperation nicht geeignet sind, oder bei denen die Krankheit im Initialstadium und die Radikaloperation nicht motiviert ist. Von seinen 105 Fällen wurden in 29 Fällen totale Heilung, in 34 Fällen aber so weitgehende Besserung erzielt, dass die Patienten mit 50—100 ccm Residualurn vom Katheter befreit wurden. Er hatte einen Todesfall bei einem Karzinomkranken mit starkem Blutverlust.

Ausländische Statistiken referieren über 40 Prozent totale Heilungen mit durchschnittlich 2 Prozent Mortalität, eine geringe Zahl mit Rücksicht auf das durchschnittlich hohe Alter und die Begleitkrankheiten der Patienten, die zumeist durch andere Methoden nicht mehr zu behandeln waren. Der Eingriff erfordert nur kurzdauernde Krankenhauspflege, 24-stündige Bettruhe, der Katheter kann nach 3—5 Tagen entfernt werden. Die Operation ist für ambulante Behandlung ungeeignet, sie erfordert eine entsprechende instrumentelle Ausrüstung und erhebliche technische Fertigkeit.

**Besprechung. B. Mező**, hat seit 10 Monaten 21 transurethrale Blasenhalresektionen durchgeführt, in 16 Fällen figurierte Prostata-Hypertrophie, in 3 Fällen Sphinkter-Sklerose, in einem Fall tabetische Sphinkter-Starrheit und in einem Fall Tabes und Hypertrophie zusammen. In 2 Hypertrophie-Fällen fanden sich in der Prostata auf Karzinom verdächtige Knoten. In 13 Fällen war totale Retention vorhanden, in 8 Fällen war der Residualharn 60—300 ccm. In einem Fall war nur der Mittellappen, in 6 Fällen waren beide Seitenlappen, in 10 Fällen aber sowohl der Mittel-, wie auch die beiden Seitenlappen hypertrophisch. In 11 Fällen resezierte er einmal, in 10 Fällen zweimal. Glänzende Heilerfolge. In 8 Fällen war überhaupt kein Residualharn vorhanden. In 8 Fällen war dieser weniger als 15 ccm, in 2 Fällen 30 und in 2 Fällen 40 ccm. Ein Fall starb infolge eines abgelösten Embolus der Vena femoralis, wobei der Zusammenhang mit der Operation zweifelhaft blieb. In allen Fällen, wo der allgemeine Zustand des Kranken es zulässt, führt er die radikale Postektomie durch. Auf Grund der vorzüglichen Erfolge bei den für die Radikaloperation nicht geeigneten Fällen mit Myodegeneration und Emphysem, wird er die Methode auch in der Zukunft häufig verwenden. Sehr wichtig sei auch die gewissenhafte Vorbereitung und Nachbehandlung der Kranken. Er verwendet in 3-prozentiger Borsäure gelöstes Hypermangan 1:4000, womit die Bakterien ohne Gewebsreizung elektiv in wenigen Sekunden vernichtet werden. Entzündliche Komplikationen wurden während der Heilung nicht beobachtet.

**R. Picker**, bestätigt auf Grund seiner postoperativen Untersuchungen die vorzüglichen Erfolge der transurethralen Resektionen und betont, dass der Vortragende die in seiner Gegenwart durchgeführten Operationen in 5 Minuten erledigte.

**J. Minder**: In der urologischen Klinik wird die transurethrale Prostataresektion seit 2 Jahren durchgeführt. Mit Rücksicht auf die verhältnismässig kurze Zeit, sind bisher die Heilerfolge nicht veröffentlicht worden. Das Verfahren sei keineswegs gefahrlos, es erfordert viel Umsicht, grosse Geduld und Erfahrung. Die Methode

ist nur für jene geeignet, die Übung und Erfahrung in den endovesikalen Untersuchungen und Heilverfahren besitzen. Die transurethrale Prostataresektion kann weder hinsichtlich der Dauer oder der Vollkommenheit ihrer Resultate die Prostatektomie ersetzen. Diese bleibt auch in Zukunft die ideale Heilmethode der Prostatahypertrophie. Die transurethrale Prostata-Resektion ist als palliatives Verfahren zu betrachten, das angewendet werden kann, wenn die Radikaloperation aus irgend einem Grund undurchführbar, oder ihre Durchführung nicht motiviert ist. Er referiert über die Operationsresultate von 34 Fällen, in welchen vorher zumindest 3 Wochen hindurch Dauerkatheter notwendig war. In 9 Fällen wurde die totale Retention behoben, in 3 Fällen das Residuum verringert, in 22 Fällen blieb der Eingriff erfolglos.

Sitzung am 21. März 1936.

**W. Manninger:** 1. *Entkeimung von Catgut bei 126° C. und 2.5 Atmosphärendruck.* Das Catgut wird bei 126° und 2.5 Atmosphärendruck entkeimt, was deshalb wichtig ist, weil es nach amtlichen deutschen Kontrollen gelang von 80 Prozent der als steril angekündigten Fäden lebende, entwicklungsfähige Bakterien zu züchten. Zur Entkeimung kann jeder der üblichen Stoffe (Alkohol, Kumol, Xylol oder Toluol) verwendet werden. Wichtig ist nur, dass die Wärmeeinwirkung kurz bemessen werde, um die Widerstandsfähigkeit des Fadens zu schonen. Um den Faden weich zu halten, wird dieser vor der Entfettung in einer 10 Prozent Wachs enthaltenden Lösung durchgefuechtet.

2. *Gleichmässige Strahlenverteilung sichernder Apparat für Radiumnadeln.* Demonstration eines Apparates, mit welchem Geschwülste beliebiger Form und Grösse derart bespickt werden können, dass an allen Punkten eine homogene Strahlenwirkung erzielt wird. Mit einem Orientierungsröhrchen wird ein emaillierter Trokar eingeführt, dessen Ende stumpf, aber wie ein Schraubenzieher geformt ist, so dass bis zu einer Tiefe von 10 cm aus den Geweben Material für die histologische Untersuchung gewonnen werden kann. Die Geschwulstpartie, welcher das Gewebestück entnommen wurde, kann durch Diathermie zur Geringung gebracht werden, so dass eine Implantierung von Gewebezellen nicht zu befürchten ist.

**E. Meulengracht,** Kopenhagen (als Gast). *Die Pylorusdrüsen und ihre Beziehung zur perniziösen Anämie.* Nach Erwähnung der Versuche von Bencze schildert er seine eigenen Experimente zur anatomischen Lokalisation des antianämischen Faktors. (Castles intrinsic factor). Es erschien nicht wahrscheinlich, dass dieser Stoff mit so spezifischen biologischen Charakter von der ganzen Magenschleimhaut diffus sezerniert wird, sowohl von den Pylorus-, den Fundus- und den kardialen Drüsen mit ihrem so differenten Zellen. Es gelang ihm durch eingehende histologische Untersuchungen im Schweinemagen 3 Drüsengebiete abzugrenzen, u. zw. die Gebiete der Kardial-, der Fundus- und der Pylorusdrüsen, welche letzterer Abschnitt in die Brunner-Drüsen enthaltende Partie des Duodenum übergeht. Aus diesen verschiedenen Teilen wurden Präparate hergestellt und deren Wirkung bei perniziöser Anämie geprüft. Meulengracht und Schiödt haben bereits früher nachgewiesen, dass die Produktion von Salzsäure, Pepsin und des Labferments auf die Fundus-Drüsen beschränkt ist. Die aus dem Fundus hergestellten



Präparate erwiesen sich bei perniziöser Anämie unwirksam, die Wirkung des kardialen Drüsengebietes war schwach, demgegenüber wirkten die vom Pylorusgebiet gewonnenen Präparate sehr kräftig, ebenso zeigten Duodenum-Extrakte einige Wirkung. Die schwache Wirkung der kardialen Extrakte sei darauf zurückzuführen, dass dort auf die Flächeneinheit viel weniger Zellen entfallen, als auf dem Pylorusgebiet. Er folgert aus seinen Versuchen, dass die kardialen-Pylorus- und Brunnendrüsen, die histologisch gleichartig gebaut sind, auch ähnliche Funktion aufweisen: die Produktion des antianämischen Faktors. Zur Bezeichnung dieses Drüsengebietes, welches eine lebenswichtige Funktion ausübt, empfiehlt er den Namen Pylorusdrüsenorgan. Die Ursache der perniziösen Anämie sei wahrscheinlich die Atrophie oder Inaktivität der Pylorusdrüsen. Durch Ausschaltung dieses Gebietes könnte man vielleicht perniziöse Anämie herbeiführen. Es sei wünschenswert, dass die Magenpräparate nur aus der Pyloruspartie des Magens hergestellt werden.

**J. Bencze** schildert 3 Fälle von Magenpolypen, die bei Perniziosa-Kranken in unmittelbarer Nachbarschaft des Pylorus aufgetreten waren. In 2 anderen Fällen konnte er bei den Perniziosa-Kranken ebenfalls eine beim Pylorus lokalisierte Veränderung nachweisen. Diese durch Sektion bestätigten klinischen Beobachtungen bekräftigen die Versuchsergebnisse des Vortragenden. Zur Feststellung der Magendrüsenzellen, welche den wirksamen Stoff produzieren, empfiehlt er die fraktionierte Röntgenbestrahlung, die wahrscheinlich elektiv auf die verschiedenen Zellarten wirkt. Der im Magen produzierte wirksame Stoff sei wahrscheinlich ein Hormon und gelangt nicht zur Ausscheidung, sondern im Wege der Blutzirkulation direkt zu den einzelnen Organen.

Sitzung am 28. März.

### Die Tuberkulose.

Präsident **Tibor Verebely**: Auf seinen Antrag ist nach der vorjährigen Karzinomdebatte diesmal die Tuberkulosefrage zur Verhandlung gestellt worden. Zum Beweis der Aktualität der Frage, zitiert er den Ausspruch von **Kornél Scholtz** im Balassa-Festvortrag 1933, wonach die Gesundheitsverwaltung in der Tuberkulosebekämpfung bestrebt war, neben der Errichtung von Sanatorien, von Dispensaires und speziellen Krankenhaus-Abteilungen auch für die Pariahs der chirurgischen Abteilungen, für die an Knochen-, Gelenks- und Drüsentuberkulose leidenden Kranken Aufnahme zu sichern. Diese Bestrebungen waren leider nur zum Teil erfolgreich. — **Desider Laky** leitete 1927 seine Statistik über die Tuberkulosemortalität in Ungarn mit der Feststellung ein, dass das alte Ungarn das klassische Land der Tuberkuloseverheerung war. Noch trauriger ist es, dass diese Bezeichnung auch dem gegenwärtigen Ungarn gebührt. Die Erfolge der bisherigen Massnahmen dürfen jedoch nicht gering geschätzt werden. Die Tuberkulosemortalität in Ungarn verminderte sich von 38.9 (10.000) der Jahre 1901 bis 1905, im Jahre 1935 auf 15.8. Wohl ist dieser Rückgang in den meisten Weststaaten wesentlich grösser als bei uns, so zum Beispiel in Deutschland von 20.7 auf 7.5, in Holland von 18.7 auf 5.5. Wenn es auch Länder gibt, wo der Rückgang in absoluten Zahlen geringer ist als bei uns, so steht



doch die traurige Tatsache fest, dass infolge der hohen absoluten Mortalitätsziffer in Ungarn, — nach den Angaben von Aladár *Petrilla* — zurzeit bei uns dreimal so viel Personen an Tuberkulose sterben, als in Holland, Dänemark oder Deutschland. Bezüglich der Tuberkulosesterblichkeit nimmt Ungarn unter den 23 europäischen Staaten die 21-te Stelle ein. — Kornél *Scholtz* lenkte in seiner 1936 publizierte Arbeit die Aufmerksamkeit auf den Umstand, dass die Verhältniszahl der Todesfälle infolge der Tuberkulose der Atmungsorgane in sämtlichen Altersklassen erheblich zurückgegangen ist, dagegen ist sie in der Rubrik: Tuberkulose der übrigen Organe in sämtlichen Altersklassen erheblich angestiegen. So findet sich bis zum 7-ten Lebensjahr ein Rückgang der Mortalität der Tuberkulose der Atmungsorgane um 22 Prozent und eine Zunahme der Mortalität infolge tuberkulöser Meningitiden um 23 Prozent. Die Frage ist nun, was die Ursache dieser auffallenden Verschiebung ist. Ist es die Besserung unserer Heilmethoden? Ist es die allgemein bekannte wellenförmige Schwankung des Genius epidemicus? Oder vielleicht eine Änderung der Widerstandsfähigkeit der Menschheit durch Massenimmunisierung? Ist es die Vervollkommnung der präventiven Massregeln? Oder eine genauere Bestimmung der Todesursachen? Die Antwort auf alldiese Fragen kann vom medizinischen Standpunkt nur durch exakte Mitarbeit aller Fächer erteilt werden. Wenn die hier stattfindenden Vorträge vom medizinischen Standpunkt neue Tatsachen feststellen, so wird auch unser Gesundheitswesen einen neuen Aufschwung erhalten.

**K. Buday:** *Die Formänderungen der Tuberkulose in ihren verschiedenen Phasen.* Eine erhebliche lokale Vermehrung der Tuberkulosebazillen löst infolge der gesteigerten Giftproduktion exsudative Rückwirkungen aus, so dass rasch ein Übergang zur käsig-nekrotischen Nekrose erfolgen kann, wogegen bei einer beschränkten Vermehrung der Bazillen der Organismus den Virus in nicht giftige Produkte auflöst, wobei sich kein Exsudat bildet, sondern epitheloide und Riesenzellen-Tuberkel entstehen. Von diesen spezifischen Gewebsreaktionen unterscheidet sich die äussere, sogenannte perifokale Entzündung dadurch, dass diese nicht durch die Bazillen selbst, sondern durch deren diffundierte chemische Produkte verursacht wird. Nach Schilderung des histologischen Bildes der Verkalkung, Abkapselung und des Zerfalles beschäftigt er sich mit den wichtigeren Formeigenschaften der 3 Tuberkulosephasen nach Ranke (Primär-Infekt, hämatogene Zerstreuung und chronische Lokaltuberkulose). Jede dieser Phasen besitzt nach Ranke eine eigene charakteristische Gewebsallergie, praktisch können jedoch in allen drei Phasen sowohl exsudative, wie auch zellulär-tuberkulöse Rückwirkungen auftreten und miteinander abwechseln. Welche Form von diesen zum Übergewicht gelangt, das hängt ausser von der Zahl und vielleicht auch der Virulenz der Bazillen, besonders von der individuellen Veranlagung des Kranken ab. Für den Ausgangspunkt des Primär-Infektes aus dem Rachen und dem Darm boten die Lübecker Unglücksfälle interessante Beiträge. Die Bedingungen des Zustandekommens der Miliartuberkulosen sind noch nicht genügend geklärt, ebenso harrt auch die Frage der Lösung, welche Rolle die endogene und exogene Reinfektion bei dem Zustandekommen der tertiären Lungentuberkulose spielen.

**J. v. Darányi:** *Neue Gesichtspunkte in der Epidemiologie der Tuberkulose.* *Lumière* hat jüngst die Kontagiosität der Tuberkulose

bezweifelt. Dies ist wohl nicht annehmbar, doch ist es richtig, dass die Bedeutung der Infektion gegenüber jener der Disposition in den Hintergrund tritt. Die Wichtigkeit der Infektion ist jedoch für Kleinkinder und für Personen, die früher niemals mit Tuberkulose in Berührung gekommen sind, anzuerkennen. — Was die Varietäten betrifft, so sind höchstens 2 Prozent sämtlicher Tuberkulosen und ungefähr 10 Prozent der kindlichen Tuberkulosen bovinen Ursprungs, die Lungentuberkulose der Erwachsenen ist nahezu niemals bovin, sie findet sich nur bei Personen, die mit tuberkulösen Rindern beschäftigt sind. Durch Tröpfcheninfektionen kann eine Lungeninfektion nur mit Tröpfchen von ungefähr 20 Mikron-durchmesser erfolgen, die genügend gross sind damit die Tbc-Bazillen auf diesen in grosser Zahl sich ansiedeln können. Die Möglichkeit des Eintrocknens ohne Virulenzverminderung sowie die Empfindlichkeit ultravioletten Strahlen gegenüber stehen mit der Wachshülle der Bazillen in Verbindung, diese macht den Bazillenkörper durchsichtiger. — Das Eintrocknen des Strassenputzes spielt für die Infektion keine Rolle. Der Staub im ungarischen Tiefland ist nicht infektiös, doch schafft er durch seinen Quarzgehalt in der Lunge Stellen mit verminderter Resistenz. Es gibt keine gesunden Bazillenträger, doch gibt es eine Tbc. inappcepta, die bei Serienuntersuchungen (Tuberkulinreaktionen, Labilität, Röntgen, Sputumuntersuchung) erkannt wird. In jüngster Zeit beginnt man die Bedeutung der natürlichen Resistenz zu berücksichtigen. Diese Resistenz erhöht sich von der Geburt an, indem die Gewebe später der Generalisation stärkeren Widerstand leisten. Der Krieg hat durch Verschlechterung der Volksernährung die Zahl der Tuberkulosefälle verdoppelt, die starke Durchseuchung und das Absterben der Disponierten dürfte zum Teil verursacht haben, dass die Tuberkulosemortalität nach dem Krieg erheblich gesunken ist, so dass der Krieg diesbezüglich selektiv wirkte.

Sitzung am 4. April 1936.

*Besprechung zum Vortrag des Prof. W. Manninger: Gleichmässige Strahlenverteilung sichernder Apparat für Radiumnadeln.*

**A. Lányi:** Radiumnadeln sollen nur mit Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse eingeführt werden, und es ist gefährlich die Einführung mit schablonmässigen Apparaten durchzuführen. Eine homogene Bestrahlung ist nicht möglich, wenn Strahlenquellen verschiedener Intensität derart wirken, dass ihre Strahlen sich rechtwinklig treffen.

**P. Kisfaludy:** Leider kann diese technisch geschickte Lösung in der Mundhöhle kaum verwendet werden. Weder die anatomischen Verhältnisse, noch die erheblichen Empfindlichkeitsunterschiede den Strahlen gegenüber lassen es zu, die Radiumbespückung mit einem im Vorhinein eingestellten Apparat durchzuführen.

**W. Manninger:** (Schlusswort.)

**E. Pólya:** *Erfolgreiche Beseitigung von Magen- und Sigmakrebs bei der gleichen Person.* Demonstration.

**Baron A. Korányi:** *Kritik der Erfolge der Tuberkulosebekämpfung.* Die Wirksamkeit der organisatorischen Tuberkulosebekämpfung ist unbestritten, wenn sie so vollkommen ist, wie in Grossbritannien, Dänemark, Deutschland. **O. Brand** schildert als Illustration die Organisation einer englischen, mit allen diagnostischen Erfordernissen ausgestatteten TBC-Bekämpfungs-



zentrale, deren beide „Tuberkulose-Inspektoren“ als Konsiliarii und Vermittler zwischen dem praktischen Arzt und den verschiedenen Heil- und Fürsorgeanstalten am 31. Dezember 1926 2173 Tuberkulosekranke in Evidenz hielten und in Kooperation mit 300 praktischen Ärzten diesen die erforderlichen Organisation, Plätze in Krankenhäusern, Sanatorien, Erholungsorten, Seebädern, präventiven oder isolierenden Anstalten, sowie die erforderlichen Arten von Unterstützungen zur Verfügung stellten und im Bedarfsfall mit ihren Hilfskräften und als Konsiliar-Ärzte auch in ihrer Wohnung den praktischen Ärzten zur Verfügung standen. Demgegenüber ist die Lage in einem so armen Lande wie Ungarn grundverschieden. Wir verfügen mit der Ausnahme des Pester-Komitats im ganzen Lande über 1965 Betten für Tuberkulosekranke, wobei ein grosser Teil derselben aus Ersparungsrücksichten leer gelassen wird. Wir besitzen ferner 77 Dispensaires, auf jede derselben entfallen 2333 P staatliche Unterstützung und sie sind derart verteilt, dass in den mehr als 3000 Gemeinden insgesamt 27, in der Hauptstadt Budapest aber die übrigen Anstalten sich finden. Natürlich kann unter solchen Umständen keine wirksame Bekämpfung durchgeführt werden. Mit welcher Intensität die Tuberkulosebekämpfung durchzuführen ist, beweist folgendes Beispiel: Der Weltkrieg hat die TBC-Mortalität überall auch in den neutralen Ländern verschiedenartig erhöht. Die Wellenberge und Täler der die Mortalitätskurven abgrenzenden Wendepunkte sind jedoch synchron, was den gleichartigen Einfluss auf die verschiedenen Völker beweist, obwohl ihre Infizierung und Durchseuchung verschieden war. Dieser Einfluss äusserte sich derart, dass mit der Zunahme seiner Intensität die TBC-Kranken in jüngerem Alter zum Opfer fielen, d. h. der Verlauf hat sich von der ersten (kindlichen) Infektion bis zum Tode verkürzt. Die am schwersten betroffene Altersklasse war in Budapest bereits im zweiten Kriegsjahr um mehr als 20 Jahre jünger, als zur Friedenszeit und dieses Verhalten blieb selbst 10 Jahre später noch unverändert. Dieser beschleunigte Krankheitsverlauf ist einer der wirksamsten Faktoren, welche in den letzten Jahren durch Verminderung der TBC-Mortalität den Anschein einer Besserung erweckt. Der gleiche Kurvenverlauf der Tuberkulose-Sterblichkeit in der Hauptstadt und in der Provinz beweist, dass die zur Tuberkulosebekämpfung zur Verfügung stehenden Mittel, sowohl in der Hauptstadt, wie auch in der Provinz noch immer ungenügend sind.

**L. Bakay:** *Die Therapie der chirurgischen Tuberkulose.* Auffallend ist die grosse Zahl der extrapulmonalen TBC-Erkrankungen, hiezu gehören die tuberkulotischen Erkrankungen des Verdauungskanals, des Bauchfells, der parenchymatösen Unterleibsorgane der Lymphgefässe der innersekretorischen Organe, der Blutgefässe, der Brustdrüsen, der Bewegungsorgane des zentralen und peripherischen Nervensystems. Am häufigsten finden sich die TBC der Knochen und Gelenke. Diese Erkrankungen sind auf Grund der Einteilung von Ranke als Sekundär-Stadium der TBC zu betrachten. Auf Grund der klinischen Statistik und mit Hilfe der Vortragung von Angaben aus verschiedenen Ländern teilt der Vortragende prozentuelle Ziffern über die TBC-Lokalisation in den verschiedenen Knochen und Gelenken des Körpers mit. Bei der Schilderung der mit den modernen diagnostischen Methoden erzielten Resultate, lenkt er die Aufmerksamkeit auf die hervorragende Be-

deutung der Frühdiagnose und schildert die verschiedenen Methoden der allgemeinen, lokalen, klimatischen und Heliotherapie. Mit der Sauerbruch-Gerson-Hermannsdorfer Tuberkulose-Diät hat er in seiner Klinik nur wenig Erfolg erzielt. Als zweckmässigstes Verfahren bezeichnet er die konservative Therapie auf Grund der von *Bulassa-Dollinger* erteilten Richtlinien. Der chirurgische Eingriff steht nicht in jedem Fall im Gegensatz zur konservativen Therapie, weil das erstgenannte Verfahren bei der Knochen- und Gelenks-TBC Erwachsener, oft unvermeidlich ist und hervorragende Resultate erzielt. Sodann werden die Indikationen der Beseitigung von paraartikulären Herden, die Erfolge der Fixations-Methode von *Helle—Lange—Albee* bei Spondylitis und der *Robertson—Lavalle*-Methode zur Behandlung von paraartikulären Prozessen erörtert. Spezifische Mittel zur Behandlung des Leidens sind nicht gefunden worden. Die Goldsalz-Therapie hat sich nicht bewährt, von den immuntherapeutischen Verfahren lässt sich im Endergebnis wenig Gutes sagen, auch die Anwendung von unspezifischem Eiweiss hat den Erwartungen nicht entsprochen. Die Ansichten über die Erfolge der Röntgenbehandlung sind geteilt. Der Vortragende sah wenig Erfolge, für die Bestrahlung noch am besten geeignet sind die kleinen Gelenke. Bei Fisteln entfalten Natronbäder eine wohltätige Wirkung, auch die mit Thermalbädern erzielten Resultate werden geschildert.

Sitzung am 18. April 1936.

**F. Polgár:** a) *Halbseitige massive Lungenatelektasie nach Hämoptoe.* Der 25jährige Mann erlitt infolge einer hämatogenen Lungen-TBC eine schwere Lungenblutung. Der behandelnde Arzt legte einen Pneumothorax an, worauf heftige Brustschmerzen und Atembeschwerden auftraten, die erkrankte Brusthälfte zeigte überall Schalldämpfung. Die Röntgenuntersuchung wies nach, dass die linke Lungenhälfte vollkommen atelektatisch wurde und infolge einer Bronchialstenose das Mediastinum erheblich gegen die kranke Hälfte hin verschoben war (massiver oder atelektatischer Kollaps). Die Atelektasie löste sich bereits 4 Tage später, die Dislokation des Mediastinums hörte auf und gleichzeitig erschienen im Sputum Streifen, die Abgüsse der Bronchien waren. Das Krankheitsbild wurde durch die totale Obstruktion des Hauptbronchus verursacht.

b) *Komplikation von hämatogener Tuberkulose mit Wabenlunge.* Im demonstrierten Fall findet sich in der Lunge ein ungefähr handtellergrosses Hohlraumnetz, das während der 11 Jahre hindurch fortgesetzten Beobachtung zuerst als tuberkulöse Kaverne betrachtet und mit künstlichem Pneumothorax behandelt wurde. Als die Therapie erfolglos blieb, wurde die Diagnose auf Bronchiektasie gestellt. Nachdem das Röntgenbild des Höhlensystems sich in den 11 Jahren nicht geändert hat und die charakteristischen Zeichen der Wabenlunge aufwies, musste eine angeborene Entwicklungsanomalie angenommen werden. Dabei fand sich bei dem Patienten eine disseminierte hämatogene Tuberkulose mit geringen Lungenblutungen und Subfebrilität. In einem zweiten Fall wurde eine Wabenlunge im Mittellappen mit Situs inversus beobachtet.

*Besprechung.* **J. Holló** demonstriert eine lobare Atelektasie, die nach Aushusten des Gerinnsels nach 3 Tagen aufhellte.

**J. Ángyán:** *Der heutige Stand der Klinik der Lungentuberkulose.* Das wechselvolle Krankheitsbild der Lungentuberkulose steht im



Zusammenhang mit 1. der Massivität, der Infektion (Calmettes Versuche), 2. dem Lebensalter, 3. der angeborenen Disposition und eventuellen Einflüssen der endokrinen Konstellation, 4. mit den Einwirkungen auf den ganzen Organismus: Schäden, bedingt durch die Umwelt, Ernährung, Arbeit, Gifte und Infektion, 5. mit Einflüssen, die durch Änderungen im Mechanismus des Thorax und dadurch der Lunge bedingt werden. Die Kenntnis und die Änderung der in den letzten zwei Punkten inbegriffenen Verhältnisse ergibt die Möglichkeit der Therapie. Die Bedeutung der Lungentuberkulose geht aus zwei Ziffern hervor: das Verhältnis der Mortalität von Lungentuberkulose und Tuberkulose anderer Organe beträgt 77:13, — mehr als die Hälfte der Mortalität an Lungentuberkulose entfällt auf das Lebensalter zwischen 15—30 Jahren. Ein allgemein anerkanntes System zur Abgrenzung der einzelnen Erkrankungsformen gibt es nicht; auch heute ist es am besten, eine käsige Lungenentzündung, eine peribronchiale Lymphdrüsentuberkulose, eine miliare Tuberkulose und die Phthise zu unterscheiden. Die immunbiologische Stadieneinteilung Rankes ist direkt nicht anwendbar. Nachdem die Krankheit meistens ein schon früher infiziertes Individuum betrifft, kann man sich mit Recht bei der Erklärung der Erscheinungen des Koch-Phänomens und Pirquets Allergie bedienen und aus der Qualität der pathologischen Veränderungen auf das Verhältnis von Allergie und Immunität schliessen. Über das Problem der Phthisisgenese sprechend illustriert der Vortragende deren Erscheinung und Verlauf in zwei Krankheitsbildern: 1. Bezancon (1927) wies auf die Möglichkeit der Entstehung eines fortschreitenden Prozesses aus einem Primärfekt hin. Die Propagation verläuft hauptsächlich in dem Gerüstsystem der Lunge. Im Röntgenbild erscheint dies als eine feine Gitterzeichnung, daher der Name Tramitis. Das Krankheitsbild ist gutartig und ist oft als Asthma oder Emphysem maskiert. Infiltration und Kavernenbildung sind seltener. 2. Assman (1924) beschrieb die im Röntgenbild zuerst erscheinende Infiltration im Infraclaviculargebiet, die zum Zerfall und Bildung einer Rundkaverne führt und den Ausgangsort einer durch das Bronchialsystem weiterschreitenden Phthise bildet. Zur didaktischen Demonstration der verschiedenen Möglichkeiten der Phthisisgenese wird das Schema von Ulrici-Redecker empfohlen. — Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung und namentlich der Reihenaufnahmen in der Verfolgung des Krankheitsprozesses wird hervorgehoben, doch ist daran zu erinnern, dass das Röntgenbild in mehrfacher Hinsicht noch eines Vergleiches mit dem anatomischen Bild bedarf. Von grosser Bedeutung ist die Einbeziehung des Problems des durch Bronchialverschluss entstehenden Lungenkollapses und der Atelektasefrage in die Erklärung der Entstehung und Heilung der kavernösen Phthise (Jacobaeus 1932). Der Vortragende ist der Ansicht, dass die Erforschung dieses Problems heute die wichtigste Aufgabe der Klinik der Lungentuberkulose bildet. Diese Darlegungen wurden mit Röntgenbildern illustriert und anschliessend an die Demonstration sprach der Vortragende über die Indikation und den Erfolg der Pneumothoraxbehandlung. Zum Schluss wird darauf hingewiesen, dass auf der jetzigen Entwicklungsstufe der Klinik der Lungentuberkulose die meisten Todesopfer erfordernde Krankheitsform, die Phthise, früh genug erkannt und gewissenhaft behandelt, heilbar ist. Die Möglichkeit dazu kann in Ungarn nur durch eine Vermehrung der Tuberkulosebetten geschaffen werden.

**G. Illyés:** *Die urogenitale Tuberkulose.* Von den 2043 wegen Nierenerkrankung in der unter seiner Leitung stehenden Klinik durchgeführten Operationen fanden sich in 1071 Fällen, also in 52.4 Prozent der Fälle tuberkulöser Eiter. In der Pathogenese der Nierentuberkulose ist die Frage der TBC-Bazillurie noch nicht geklärt. Einzelne Autoren behaupten, dass bei Kranken, die an schwerer Tuberkulose leiden, der Bazillus im Urin auftreten kann, ohne dass in den Harnorganen lokale Veränderungen vorhanden wären. In der urologischen Klinik durchgeführte Untersuchungen (Lieberthal—Huth) stellten fest, dass in jedem Fall, wo sich im Urin TBC-Bazillen fanden, in den Nieren irgendeine kleine TBC-Lokalisation vorhanden war. Der Bazillennachweis erfolgt in der Klinik auf dem Ei-Nährboden von Löwenstein, durch Züchtung. Bei positivem Befund wird die Radikaloperation durchgeführt. In doppelseitigen Fällen werden andere Behandlungsmethoden verwendet: vorsichtig durchgeführte Tuberkulinkur, Gerson-Diät, Sailer-Injektionen und Vaudremer-Vaccine. Wir sahen besonders von der letzterwähnten Behandlung Erfolge. Bei Genital-Tuberkulose, wenn dies die einzige Lokalisation des Leidens ist, greifen wir operativ ein, ebenso auch bei erweichten Fisteln. Für die Klärung der Natur von massigen Knoten in den Nebenhoden, ist der mit rektaler Palpation gewonnene Prostata-Befund massgebend. Bei doppelseitiger Hoden-Tuberkulose wenden wir Röntgenbestrahlung und konservative Behandlung an.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen  
Universitäts-gesellschaft am 21. Oktober 1935.

**A. Razga und L. Váll:** *Prüfung der Hautabkühlung bei dekompensierten Herzkranken.* Bei Untersuchungen mit dem thermoelektrischen Messapparat fanden die Vortragenden, dass bei einem Teil der dekompensierten Herzkranken der stufenweise Temperaturabfall gegen die distalen Teile der Extremitäten fehlt. Die Extremitäten der Herzkranken sind daher zumeist warm und ihre Temperatur sinkt weniger auf Einfluss der Umgebung. Eine andere Gruppe der dekompensierten Herzkranken zeigt normales Verhalten, jedoch kalte Füße. Die Ursache des pathologischen Verhaltens ist vielleicht der intensivere Stoffwechselumsatz.

**I. Kalapos:** *Die Wärmeregulation unter pathologischen Umständen.* Es wurden Gesunde, Diabetiker und an Ikterus leidende Personen nach 40° und 25°-igen 10 Minuten-Bädern anal thermometrisiert. Vor, während und nach dem Bad war die Analtemperatur der Diabetiker und Leberkranken niedriger, als bei gesunden Personen. Die Wärmeregulation der Diabetiker und Leberkranken ist anscheinend gestört, zur Klärung der Ursache sind weitere Untersuchungen im Zuge.

*Besprechung.* **G. Mansfeld** macht auf jene älteren Versuche aufmerksam, wonach der Wärmestich bei solchen Tieren erfolglos bleibt, deren Leber glykogenarm ist.

**G. Hetényi:** *Untersuchungen über das Entstehen der Fettsucht.* (Bericht siehe Budapestener königl. Gesellschaft der Ärzte.)



Sitzung am 28. Oktober 1935

**J. Kup:** Demonstration.

**J. Frankel:** *Spirochaeta pallida* in der normalen Haut von Syphilitikern. Auf anscheinend normalen Hautgebieten von 50 Syphilitikern wurde nach Spirochaeten gefahndet. Die Prüfung ergab wiederholt positive Ergebnisse im I. und II. Stadium, war jedoch negativ nach Arsenobenzol-Darreichung.

**Besprechung. K. Berde.**

Sitzung am 25. November 1935.

**L. Kun:** *Krankheitsbild der Grippe im Tierversuch.* Es gelang dem Vortragenden durch intravenöse Einspritzung von Influenza-Bazillen dem klinischen und pathologischen Bild der Grippe ähnliche Erscheinungen bei Kaninchen zu erzielen. Nach Einführung entsprechender Mengen gehen die Tiere nach 1—2 Tagen ein und bei der Sektion findet sich eine schwere haemorrhagische Bronchopneumonie. In anderen Organen auftretende Blutungen verweisen auf eine toxische Gefäßschädigung.

**L. Kun:** *Die Wirkung der Grippeinfektion auf den Verlauf der experimentellen Lungen-TBC.* Die Wirkung der Grippe auf tuberkulotische Prozesse bildet eine strittige Frage der Pathologie. Der Vortragende führte Kaninchen intravenös humane TBC-Bazillen ein und infizierte sodann die Tiere in verschiedenen Krankheitsstadien mit kleinen an sich keineswegs letalen Mengen von Influenza-Bazillen. 50% der Tiere ging nach Verabreichung dieser kleinen, sonst unschädlichen Mengen von Influenza-Bazillen ein und in der Lunge fanden sich neben der Tuberkulose für Influenza charakteristische Veränderungen. Nachdem unter den gewählten Versuchsbedingungen weder die Tuberkulose-Infektion, noch die Grippe-Infektion allein genügt hatte, die Tiere zu töten, ist die gestellte Frage dahin zu beantworten, dass die TBC-Infektion den Verlauf einer milden Grippeinfektion ungünstiger gestaltet.

**Besprechung. J. Ágyán** verweist auf die in der Nachbarschaft der TBC-Herde befindlichen Infiltrate, die uns mahnen, perifokale Entzündungen nicht in jedem Fall als spezifisch tuberkulotische Veränderungen zu betrachten.

**B. Fenyvessy:** Die Versuche des Vortragenden liefern weitere Beweise, dass der Erreger der Grippe der Pfeiffersche Influenza-Bazillus ist.

**L. Jendrassik.**

Sitzung am 9. Dezember 1935.

**M. Láng:** *Leukaemia lymphatica cutis.* Demonstration.

**B. Entz:** *Verblutung infolge zirkulärer Aortenruptur.* Demonstration.

**J. Martos:** *Seltene Entwicklungsanomalie im Herzgewebe.* Demonstration eines Rhabdomyoms, welches im Herzen eines 15 Monate alten Kindes unter dem Endokard der linken Kammer als Nebenfund festgestellt wurde. Bei mittelstarker Vergrößerung wurden im Herzmuskel mehrere ähnliche Herde gefunden. In der Nachbarschaft des Rhabdomyoms fand sich im Septum membranaceum faseriges Knorpelgewebe.

**Besprechung. B. Entz.** Diese Veränderungen spielen bei plötzlichem Herztod zweifellos eine wichtige Rolle.

**J. Szilvási:** *Untersuchungsergebnisse mit biogenen Bakterien.*

Sitzung am 16. Dezember 1935.

**J. Czizek:** *Tötlige Blutung durch Verschlucken eines Fremdkörpers.* Das Verschlucken eines Hühnerknochens verursachte Verletzung des Oesophagus und der A. thyreoidea sup. Infolgedessen exitierte der Kranke.

**M. Rohrer:** *Röntgentherapie eines Brustkrebses.* Demonstration.

**L. Kukán:** *Neue Versuche und Experimente zur Feststellung des retinalen Blutdruckes.* Der Vortragende bestimmte den diastolischen Druck der A. centr. Retinae in den Lebensjahren 15—30 mit 35, zwischen 30—35 Jahren mit 38 und 44, nach dem 40. Lebensjahr mit 42—47 Hgmm. Der systolische Druck war 65—75, der venöse Druck 20—24 Hgmm.

In der sodann folgenden Generalversammlung übernahm der neue Präsident, Professor *Karl Berde* den Vorsitz. Sitzungspräsidenten wurden *Josef Duzár* und *Aladár Kenessey*. Generalsekretär: *Ludis'aus Dziobek*.

## Mitteilungen der Budapester Zentral-Kur- und Heilstättenkommission.

**Abreise der Kronprinzessin von Schweden.** Kronprinzessin *Astrid* von Schweden, die unter dem Namen einer Gräfin *Glipsholm* fünf Wochen lang in Budapest die Kur gebrauchte, ist vollkommen geheilt aus Budapest abgereist. In einer Zuschrift, die die Kronprinzessin durch ihre Hofdame an die Budapester zentrale Kurkommission richten liess, betont sie, dass sie mit den Gefühlen herzlicher Anerkennung für alles, was sie hier genossen hat, besonders aber für die heilende Kraft der Budapester Thermalquellen, in ihre Heimat zurückkehre.

**Englische Balneologen in Budapest.** Auf Einladung der Budapester zentralen Kurkommission ist eine zahlreiche Reisegruppe englischer Bäderfachärzte aus Innsbruck, wo die Haupttagung der International Society for Hydrologie stattgefunden hat, in Budapest zum Studium der Bädertherapie und Bäderwirtschaft hier eingetroffen. Zu Ehren der englischen Gäste fand ein Lunch statt, in dessen Verlauf Dr. *Boddington* aus Buxton und Dr. *Leist* aus Leamington der Anerkennung ihrer Kollegen über die Budapester Bäderkultur zum Ausdruck brachten.

**Deutscher Professorenbesuch.** Auf Einladung des Zentral-Komités für ärztliche Fortbildung weilten jüngst die Berliner Univ. Professoren *Wagner*, *Löhlein*, *Gocht*, *Siebeck* und *Bessau* in Budapest. Die Kurkommission benützte die Gelegenheit und stellte den hervorragenden Vertretern der deutschen medizinischen Wissenschaft die Budapester Heilbäder unter fachlicher Führung vor. Die deutschen Professoren äusserten sich mit Bewunderung über die wertvollen Heilfaktoren der ungarischen Hauptstadt und erklärten, dass sie unsere Heilbäder sowohl persönlich zur Erholung aufsuchen, wie auch Patienten zur Behandlung nach Budapest schicken werden. Die Kurkommission sah die deutschen Univ. Professoren zu Gast.

**Internationaler Kongress für medizinische Hydrologie.** In Vertretung der ungarischen balneologischen Gesellschaft haben am diesjährigen internationalen Kongress für medizinische Hydrologie, der in Österreich stattfand, Dozent Dr. *Zoltán Rausch* und Chef-



arzt Dr. Edmund *Schulhof* teilgenommen und Vorträge gehalten. Der nächstjährige Kongress findet in Deutschland statt.

**Eine Denkschrift an den Innenminister über Budapest-Bäderstadt.** Der Verein Budapest-Bäderstadt hat die Vertreter der wissenschaftlichen Bäderkunde und der Bäderwirtschaft, wie die führenden Kreise des Verkehrsgewerbes in das Gellért-Hotel zu einer Sitzung eingeladen, in der Privatdozent Dr. Ludwig *Bilkei-Papp*, der leitende Chefarzt der kommunalen Heilbäder und Heilquellen über „Die wissenschaftliche Bäderkunde und die Rheumaforschung“ sprach. Budapest sei als Weltbäderstadt im Auslande noch zu wenig bekannt und dies liege in erster Reihe am Fehlen einer fremdsprachigen medizinischen Literatur. Eine wichtige Voraussetzung für die internationale Anerkennung von Budapest-Bäderstadt sei die Ausbreitung der klinisch-balneologischen Forschung und die Nachprüfung der gewonnenen Ergebnisse an Hand eines zahlreichen Krankenmaterials. Jedes Budapester Heilbad möge neben dem Sanatoriumbetrieb auch eine aus fünf bis zehn Betten bestehende „klinische Parzelle“ einrichten, um einen ständigen Wechsel des Krankenmaterials zu ermöglichen. Unabweislich sei die Errichtung eines Forschungsinstituts für rheumatische Erkrankungen. Dr. Bilkei-Papp schloss, dass die heutigen Kurhotels und Heilbäder die Urzellen von heilwissenschaftlichen und heilpraktischen Einrichtungen sein müssen, zu denen in erster Reihe die Schaffung eines grossen Bäderspitals und die balneologische Durchbildung des ärztlichen Nachwuchses gehören. In der darauf folgenden Aussprache betonte Universitätsprofessor Dr. Emil v. *Grósz* die besondere Bedeutung eines solchen Bäderspitals und beantragte, Innenminister *Kozma*, der mit Staatssekretär Professor Dr. *Johan* auch schon bisher für die ungarische Volksgesundheit in anerkannter Weise tätig war, eine *Denkschrift über die dringende Lösung des Bäderspitalsproblems* zu richten. Dieser Antrag wurde mit allgemeiner Zustimmung aufgenommen.

## NACHRICHTEN.

**Ernennungen.** Der Reichsverweser hat an der medizinischen Fakultät der *Budapester* Pázmány-Universität ernannt Dr. Ladislaus *Benedek* zum o. ö. Professor (Psychiatrie und Nervenheilkunde), Dr. Karl *Bürger* zum ao. ö. Professor an der medizinischen Fakultät (Geburtshilfe und Gynäkologie); an der *Szegeder* Franz Josefs-Universität: Dr. Nikolaus *Melczér* zum ao. ö. Professor an der medizinischen Fakultät (Dermatologie), Dr. Albert *Gellért* zum ao. ö. Professor an der medizinischen Fakultät (Anatomie, Histologie und Entwicklungslehre), Dr. Franz *Lörincz* zum ao. ö. Professor an der medizinischen Fakultät (Hygiene, Pathologie); an der *Debrecener* Stefan Tisza-Universität Dr. Edmund *Borsos-Nachtnebel* zum ao. ö. Professor an der medizinischen Fakultät (anatomische Pathologie).

**Habilitierungen.** Der Kultus- und Unterrichtsminister hat folgende Privatdozenten-Habilitierungen genehmigt: an der medizinischen Fakultät der Debrecener Stefan Tisza-Universität Dr. Franz *Rohmann* (Geburtschirurgie), Dr. Emmerich *Törö* (Entwicklungslehre), Dr. Arpád *Skutta* (medizinische Kosmetik), Dr. Josef *Schlamadinger* (Diagnostik der Haut- und Geschlechtspathologie), Dr. Johann Eugen *Orsós* (Therapie der Haut- und Sexualpathologie), Dr. Daniel *Oláh* (von Pilzen herrührende Haut- und Haar-

krankheiten), Dr. Benjamin *Paul* (Pathologie und Therapie der internen allergischen Krankheiten), Dr. Michael *Nagy* (psychiatrische Pathologie), Dr. Zoltán *Pap* (allgemeine Psychiatrie), des Dozenten Dr. Anton *Czike* (Pathologie der inneren Sekretionskrankheiten), des Dozenten Dr. Konstantin *Donhoffer* (Stoffwechselkrankheiten), des Spitalsprimarius Dr. Josef *Soós* (Pathologie der inneren Sekretionsdrüsen), des Spitalsprimarius Dr. Friedrich *Endersz* (Diagnose der Liquor cerebrospinalis) an der Elisabeth-Universität in Pécs.

**Die Reorganisierung des Landes-Sanitätsrates.** Durch G.-A. IX:1936 wurde der Landes-Sanitätssenat neu organisiert. Der Reichsverweser hat zum Präsidenten des Senats den Geheimen Rat Dr. Kornel *Scholtz*, Professor Dr. Ludwig *Bakay* zum zweiten Präsidenten ernannt. Um eine rasche Erledigung der Angelegenheiten zu ermöglichen, wurde verfügt, dass der grössste Teil der vor den Senat gelangenden Angelegenheiten nicht in Vollsitzungen, sondern durch aus Fachleuten zusammengestellte Fachkommissionen verhandelt werden. Mitglieder des Landes-Sanitätsrates wurden: Dr. Josef *Barla-Szabó*, Dr. Alexander *Belák*, Dr. Ladislaus *Benedek*, Dr. Zoltán *Bókay*, Dr. Andor *Bossányi*, Dr. Karl *Burger*; Dr. Elemér *Csordás*, Dr. Julius *Darányi*, Dr. Andreas *Deér*, Dr. Rudolf *Fabinyi*, Dr. Béla *Fenyvessy*, Dr. Josef *Frigyesi*, Dr. Georg *Gortvay*, Dr. Emil *Grósz*, Dr. Josef *Guszmán*; Dr. Tibor *Györy*; Dr. Elemér *Hainiss*, Dr. Franz *Herzog*, Dr. Alexius *Hints*; Dr. Béla *Hunkár*, Dr. Hümér *Hüttl*, Dr. Theodor *Hüttl*; Dr. Géza *Illyés*; Dr. Béla *Kelen*, Dr. Ludwig *Keller*, Dr. Baron Alexander *Korányi*; Dr. Iwan *Kotsis*, Dr. Zoltán *Lénárt*, Dr. Leo *Liebermann*, Dr. Franz *Lörincz*, Dr. Rudolf *Manninger*, Dr. Wilhelm *Manninger*, Dr. Gabriel *Mészáros*, Dr. Wilhelm *Milkó*, Dr. Alexander *Mozsonyi*, Dr. Ludwig *Nékám*, Dr. Eduard *Neuber*, Dr. Ludwig *Bilkei-Pap*, Dr. Gerhard *Pankotay-Niedermayer*, Dr. Johann *Parassin*, Dr. Ernst *Pető*, Dr. Aladár *Petz*, Dr. Josef *Petres*, Dr. Artur *Szabó*, Dr. Elemér *Schulek*; Dr. Aladár *Soós*, Dr. Josef *Szabó*, Dr. Nikolaus *Szaller*, Dr. Josef *Szinnyey*, Dr. Emerich *Tóthfalussy*, Dr. Zoltán *Vámossy*, Dr. Desider *Weber*, Dr. Arnold *Winternitz* und Dr. Karl *Wolff*.

**Justizärztlicher Senat.** Der Justizminister hat die Univ. Professoren i. P. Géza *Krepuska*, Hugó *Preis* und Karl *Schaffer*, die Univ. Professoren Karl *Minnich*, Josef *Szabó*, Josef *Frigyesi* und Siegmund *Ritoók* für die Dauer von 3 Jahren zu Mitgliedern des Justizärztlichen Senates ernannt.

**Ungarische Ärztwoche.** Der Präsidialrat des Verbandes der Ungarischen Medizinwissenschaftlichen Vereinigungen hielt unter dem Vorsitz des Präsidenten Emil v. *Grósz* eine Sitzung, in dieser wurde beschlossen, die ungarische Ärztwoche Ende Mai 1937 in dem Vortragssälen der Universitäts-Kliniken zu veranstalten. Als Hauptfrage figurieren die *Alterserscheinungen*. Zum Hauptreferenten der Frage wurde Baron Alexander *Korányi* gewonnen. Die Themen der gemeinsamen Sitzungen werden die einzelnen Fachgesellschaften feststellen.

---

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  
BÁTHORY-UCCA 3**

# 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 cm<sup>3</sup>  
enthält 10 internationale Einheiten.

**SYNERGETISCH WIRKENDE,  
PLURIGLANDULARE PRÄPARATE**

## **Hormogland „Richter“**

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

**CHEMISCHE FABRIK  
GEDEON RICHTER A.-G.  
BUDAPEST, X.**