

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.

KURHAUS SEMMERING

Chefarzt: Med.-Rat *Dr. F. Hansy*. 3 Hausärzte.

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw. Magendarmkranke, Anaemien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grosser Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ 120 Zimmer, gedeckte Balkons und Terrassen, Lift, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, grosse Gesellschaftsräume, Freiluftliegehallen, Luft- und Sonnenbad, Lufthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.



Anglo - Danubian Lloyd

Általános Biztosító Részvénytársaság
magyarországi igazgatósága.

Az orvos urak szives figyelmébe ajánljuk az általunk kultivált **orvos szavatsági és balesetbiztosítást.**

Társaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, bétöréseslopás-, baleset-, hűtlen kezelési-, egyetemes automobil- és mindenemű szállítványbiztosítást.

Alapítva 1825-1839.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS" Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Életbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerínt.

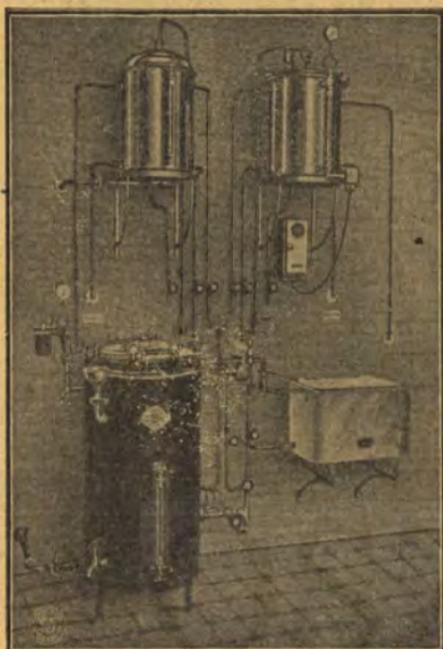
Közös irodák: Budapest, V., Nádor-utca 34. Közös telefonok:

Teréz 257-58, 273-65, 214-51.

PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher
Auszeichnungen.

TELEPHON: Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm
In Ungarn.

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

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 Herzkranken. 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 Schriftleitungsausschusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Psychiatrische und neurologische Sektion. — Elisabeth-Universität in Pécs. — V. Jahresversammlung der Gesellschaft Ungarischer Kinderärzte. — XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Psychiatrische und neurologische Sektion.

Sitzung am 22. März 1929.

L. Schmidt: *In der Gegend der Corpus geminorum sitzende Geschwulst.* 1924 stellte er bei dem 44jährigen Kranken Tumor cerebri auf Grund linksseitiger Adiadochokinese, Hyptokinese, Schwäche der linken Körperhälfte und an cerebellare Ataxie erinnernde Symptome fest. Die Diagnose wurde bestätigt durch die beiderseitige Affektion des N. acusticus, die dekolorierten Papillen, die pathologische Einschränkung des Gesichtsfeldes für die Farben weiss, grün, rot. Pupillen: Anisokorie, träge, auf Lichtreaktionen geringere Grössenveränderungen. Es sind auch allgemeine epileptische Anfälle vorgekommen. Der Tod trat im Januar 1929 infolge Lungenentzündung ein. Bei der Sektion findet sich eine haselnuss-grosse Geschwulst, eingekeilt in die linke hintere Hälfte der Zwillingskörper zwischen dem linken Brachium conjunctivum, den linken Hemisphären des Kleinhirns und der Vermis. Dieser Befund erklärt sämtliche klinischen Symptome. Die Geschwulst erwies sich histologisch als ein Lipom. Wie selten ein solcher Befund ist, beweist der Umstand, dass in der Literatur nur vier Fälle verzeichnet sind. Die epileptischen Anfälle bringt der Vortragende mit der im linken Ammonshorn gefundenen Blutung in Zusammenhang.

A. Z. Ráth: *Erbliche Augenmuskellähmung und endogene Geistesstörungen.* Die durch vier Generationen in dominanter Weise vererbte Lähmung der äusseren Augenmuskeln, zeigt in klassischer Reinheit das klinische Bild der auf Heredodegeneration beruhenden Erkrankung. Hervorzuheben ist die ausgesprochene Homotypie und Homochronie. Die Bewegungen des linken Auges beginnen um das sechste Lebensjahr herum einen Ausfall zu zeigen. Im zirka 30. Lebensjahr war das linke Auge vollkommen unbeweglich, während auf der rechten Seite der Rectus internus noch funktionierte. In den 50-er Jahren entwickelte sich beiderseitig totale Lähmung der äusseren Augenmuskeln und Ptose. Das Leiden ist nuklearen Ursprunges und demonstriert treffend das Vorhandensein des Schaffer'schen Trias. Hierzu tritt noch an drei Familienmitgliedern in der dritten Generation eine rezessiv übertragene endogene Geisteskrankheit schizophrener Natur, so dass auch dieser Familienstammbaum die Aufmerksamkeit auf die gemeinsame pathobiologische Grundlage der heredodegenerativen Nervenkrankheiten und endogenen Geistesstörungen lenkt. Diese gemeinsame Grundlage ist allem Anscheine nach eine ektodermogene Degeneration.

D. Miskolczy: *Familiäre Verkürzung der Mittelhandknochen und Dementia praecox.* Der Vortragende demonstriert den Familienstammbaum von zwei an Schizophrenie leidenden Kranken. Bei beiden Kranken ist eine hereditäre Verkürzung der Mittelhandknochen vorhanden. Im Falle des ersten Kranken, kann die dominante Vererbung der Knochenanomalie drei Generationen hindurch nachgewiesen werden. Im zweiten Falle trat die Brachymetakarpie als Mutation auf, doch können in der Familie die Kontrakturen der V. und IV. Finger, die hauptsächlich bei den männlichen Familienmitgliedern ungefähr im 30—40. Lebensjahre auftreten, vier Generationen hindurch verfolgt werden.

Julie György: *Verkommenheit und Neurose.* Die Vortragende referiert über die Ausbildung, den grundlegenden Mechanismus und die ätiologischen Faktoren der Verkommenheit. Sie separiert die Gruppe der ihre Konflikte nach aussen hin erledigenden, aber mit antisozialen Bestrebungen erfüllten eigentlichen Verlotterten, von den nur sozialen, in das eigene Phantasieleben sich flüchtenden, nach aussen hin inproduktiven, eventuell kleinere Kriminalitäten begehenden Neurotikern, die gleichfalls als Verlotterte vor den Jugendrichter, eventuell zum Arzt gebracht werden. Die Verkommenheit steht ihrer Ansicht nach nicht der neurotischen, sondern der psychotischen Gruppe näher.

I. Máday: Die Verkommenheit ist nur auf Grund individueller Analyse zu verstehen. Er verneint keineswegs den Instinktmechanismus der Psychoanalyse, diese sei jedoch seiner Ansicht nach mit den vereinheitlichenden Gesichtspunkten der Individualpsychologie zu ergänzen.

Zum Auftreten der Verlotterung ist das Vorhandensein einer pathologischen Konstitution nicht notwendig, das wird durch die während des Krieges auf das zehnfache erhöhte Verlotterungsstatistik bewiesen.

Klara Lázár: *Psychologische Beobachtungen im Verlauf von Hyperventilationsversuchen bei Epileptikern.* Hinsichtlich der Versuchstechnik gibt es eine einheitliche Vereinbarung. Vortragende erzielte bei liegenden Kranken mit Atemzügen in beschleunigtem Tempo, grösserer Amplitude, jedoch mit gleichmässigem Rhythmus, gute Ergebnisse. Die Versuchsergebnisse werden durch vorausgehende Verabreichung von Medikamenten nicht beeinflusst. Sie beobachtete wiederholt Anfälle nach dem Versuch und eine Häufung der Anfälle an den dem Versuch folgenden Tagen. Der Versuch ist daher nicht gefahrlos und seine Durchführung ambulant nicht zu empfehlen. Sie führte bei 30 Epileptikern 39 Hyperventilationsversuche durch. Typische epileptische Anfälle gab es in 15%. Sie beobachtete ausser tetanoiden Erscheinungen häufig Störungen des Bewusstseins und der Stimmung in verschiedenen Graden und Ausmassen, Erinnerungsstörungen, psychische Reizzustände, paranoide und hysterische Erscheinungen, hysterische Anfälle. Die Hyperventilation löste besonders bei jenen Kranken psychische Symptome aus, bei denen 1. die psychischen Äquivalente auch spontan häufig vorkommen, 2. bei denen neben der in motorischen Anfällen sich äussernden Epilepsie, auch Psychoneurosen gefunden wurden. Sie nimmt an, dass bei solchen Kranken nicht nur solche Hirnfelder lädiert sind, welche Krämpfe auslösen, sondern auch jene, welche das Bewusstsein, die Kritik und die Affekte regulieren, aus diesem Grunde löst bei ihnen die mit der Hyperventilation geschaffene chemische Noxe die entsprechenden Symptome aus. Die bei den übrigen Kranken beobachteten, bis zur Kriminalität sich steigenden Exzesse fasst sie als Anfallsäquivalente auf.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 6. Mai 1929.

Josef Szalay und Konrad Beöthy: *Doppelseitige Nebennieren-Aplasie mit akzessorischer Nebenniere.* Unter allen in der Literatur bisher beschriebenen Entwicklungsanomalien der Nebenniere ist keine entsprechend nachgewiesene doppel-seitige Nebennieren-Aplasie zu finden. Während sämtliche bisher veröffentlichten Fälle in Verbindung mit der Entwicklungsstörung von anderen Organen, besonders aber des Zentralnervensystems, also nicht in der Form eines selbständigen Krankheitsbildes auftraten, haben die Autoren einen

62 Stunden am Leben gebliebenen Neugeborenen beobachtet, bei dem sie neben doppelseitiger Aplasie der Nebenniere nur eine dem primitiven fötalen Entwicklungsstadium entsprechende akzessorische Nebenniere dystopisch, ohne jede andere Entwicklungsanomalie fanden. Die prämortalen Symptome wiesen ausgesprochen auf eine herabgesetzte Funktion des sympathischen Nervensystems hin: Erbrechen, Diarrhöe, an asthmatische Anfälle erinnernde krampfartige Dyspnoen, Herabsetzung der Körpertemperatur (35.5 C° im Mastdarm) und der Herztätigkeit usw. Als Ursache der Entwicklungsanomalie kann an die Blutverwandtschaft der Eltern gedacht werden (diese sind Geschwisterkinder ersten Grades), umso mehr, weil bisher bereits ihr viertes Kind kurz nach der Geburt unter ähnlichen Symptomen gestorben ist.

Elemér Scipiades: *Entwicklungsgeschichte und Feststellungen der inneren Sekretionslehre in der Frauenheilkunde.* Die erste Etappe der einschlägigen Forschungen lieferte das wahrscheinliche Ergebnis, dass im Ovarium ausser dem Ei zwei Hormonproduktionsanlagen vorhanden sind. Die eine derselben ist das nach der Lösung des Eies im Follikel verbleibende, aus den dort wuchernden und luteinisierenden Granulosazellen bestehende Corpus luteum. Die andere aber ist die ausserhalb der Theca interna extrafollikuläre und in den nicht geöffneten, zugrunde gehenden Follikelwänden wuchernden und luteinisierenden Epitheloidzellen sich bildende interstitielle Drüse. Die Erfahrungen zeigten ferner, dass im Ovarium sich ausser dem des Eies noch zwei Stoffe mit innersekretorischer Wirkung finden. Der eine Stoff beschränkt die Dauer und Menge der Menstruation, wirkt im allgemeinen hindernd auf Blutungen, er kann rein aus den Lipoiden des Corpus luteum destilliert und in Öl gelöst werden (Sistomensin, Luteolipoid). Der andere Stoff steigert die Durchblutung der Sexualorgane, fördert das Wachstum der Genitalien, ist blutungsfördernd und kann aus dem Ganzen eventuell auch die interstitielle Drüse enthaltenden Ovarium mit Wasser extrahiert werden. (Agomensin.) Anscheinend war es also ganz klar, dass bei gesteigerter Ovarialfunktion, die angeblich in häufigeren, länger dauernden und kräftigeren Uterusblutungen zum Ausdruck gelangt, das Systemensin, bei verminderter Ovarialfunktion aber, die angeblich in Raro-Oligo- und Amenorrhöen, ferner in Hypoplasien zum Ausdruck gelangt, Agomensin verabreicht werde. Die therapeutische Orientierung wurde anscheinend noch dadurch erleichtert, dass die Versuche ergaben, dass in all jenen Fällen, wo auf von anderen Organen stammenden endokrinen Einwirkungen eine gesteigerte Funktion der interstitiellen Drüse, zu gleicher Zeit auch eine verminderte Funktion des Follikelapparates und umgekehrt vorhanden ist. Hieraus konnte nämlich einerseits die antagonistische Funktion des

endokrinen Apparates, andererseits die zu deren Bekämpfung zu applizierenden therapeutischen Ovarialpräparate klar festgestellt werden. In der zweiten Etappe der Forschungen wurde die endokrine Bedeutung der einen Ovarialanlage, deren innere Sekretion angenommen wurde: der interstitiellen Drüse in Abrede gestellt. Auch die Annahme wurde erschüttert, als ob das Ovarium zweierlei Hormone: Blutungen hindernde und steigernde Hormone enthalten würde. Vielmehr gelangte die Auffassung in den Vordergrund, dass diese beiden Wirkungen nur die Folge der Herstellungs- oder Abbaumethode der Extrakte sind. Begründete Zweifel erwachsen auch in der Richtung, ob die Wirkung der Ovarialextrakte überhaupt eine Hormonwirkung sei oder nicht, weil mit diesen insgesamt nur in 37% der Fälle kürzer oder länger dauernde Erfolge erzielt werden konnten. Eben deshalb erlangte die Auffassung das Übergewicht, dass die Wirkung vielmehr auf der Plasma-aktivierenden Tätigkeit der in den Extrakten vorhandenen Proteinogen-Amine beruht. In dieser Etappe war die anfängliche Begeisterung für Ovarial-Trans- und Implantationen wesentlich abgekühlt. Wohl zeigten ungefähr 89% der Autoplastiken Erfolge, diese waren jedoch von sehr kurzer Dauer, besonders wenn auch ein Ovarium liegen gelassen wurde. Bei den Homoioplastiken aber gab es nur mehr 47% Erfolge und auch diese hatten nur eine kurze Dauer, ausserdem war auch die Beschaffung des Pfropfmateri als sehr umständlich. Schliesslich erwies sich die Therapie jener Zustände, die als Hypergenitalismen und Hyperovarismen angesprochen wurden, als sehr wirkungsschwach, oder aber auf einer sehr labilen Grundlage stehend. Als Ergebnis der Forschungen der dritten Etappe weist schliesslich nur die Theorie schöne Erfolge auf. Diese scheint nach der Richtung hin eine Klärung der Begriffe anzustreben, dass die sexuelle Differenzierung bereits im Moment der Empfängnis auf zygotisch-chromosomaler Grundlage entschieden wird, also viel früher als die Geschlechtsdrüsen sich entwickeln. Eben deshalb ist auch die Geschlechtsdrüse nur eine sekundäre, wenn auch die einzig wesentliche geschlechtliche Eigenschaft. Die weibliche Geschlechtsdrüse aber enthält anscheinend ein einziges Hormon, das die zyklische, prägravid Vorbereitung der Schleimhaut, und zwar im Interesse der Artvermehrung durchführt. Über dieses Organ ist nur eine einzige Blutdrüse, nämlich der Hypophysenvorderlappen angeordnet, dieser produziert das einzige generative Ferment (Prolan), er kann jedoch seine Wirkungen auf die Geschlechtsorgane ausschliesslich auf dem Weg über das Ovarium ausüben. Die Therapie wurde jedoch durch die Forschungen der dritten Etappe kaum um einen einzigen Schritt gefördert, gewiss als Resultat dessen, dass aus dem alten, anscheinend klaren

Schema der Endokrinologie, seitdem wir deren Beziehungen zur Konstitution, zum Stoffwechsel und zum Nervensystem eingehender kennen gelernt haben, ein ausserordentlich verwickelter Erkenntniskomplex wurde, dessen klare Erfassung im Interesse des erfolgreichen Handelns zum Vorteile des ganzen Organismus überaus schwierig geworden ist. Diese Schwierigkeit ist so gross, dass sie nur dem gemeinsamen Wirken der allgemeinen Praxis betreibenden, also sich mit dem ganzen Organismus beschäftigten Arztes, sowie des ein streng spezialisiertes Wirken auf dem Gebiet der inneren Sekretion entfaltenden Spezialisten vorbehalten sein kann.

V. Jahresversammlung der Gesellschaft ungarischer Kinderärzte in Budapest am 6–7. Mai 1929.

(Referat)

Vorsitzender: *Dr. Franz v. Torday*, Schriftführer: *Z. v. Barabás*.

(Fortsetzung.)

O. Göttche: *Diagnostik der akuten Erkrankungen der unteren Luftwege im Kindesalter.* Da das Thema sehr gross ist, so können nur einige Detailfragen ausführlicher besprochen werden. Das Referat beschäftigt sich hauptsächlich mit den Pneumonien des Säuglingsalters. Dieses Gebiet stellt eine der schwersten röntgenologischen Aufgaben dar. Der Säugling selbst bereitet die grössten Schwierigkeiten durch Unruhe und Weinen. Überblicken wir kurz die anatomischen Schwierigkeiten, so sehen wir das pathologische Zurückbleiben des Zwerchfells während der Inspiration, die Einsenkung gewisser Thoraxpartien an der erkrankten Seite, das Mediastinalwandern usw. Dann kommt die Analyse des Röntgenbildes. Die letzte Schwierigkeit ist die Pneumonie selbst mit ihrer sehr variablen Ausdehnung, Lokalisation, Struktur. Der Röntgenologe muss sich nach den anatomischen Befunden richten. Das Ziel des Ref. wurde durch die path. anat. Untersuchungen von Prof. *Heim* sehr erleichtert. Die Säuglingslungen wurden hiebei in situ gehärtet und in Serienschnitten aufgearbeitet, dadurch wurde dem Röntgenologen guter Einblick in die anat. Verhältnisse gegeben. Es werden Röntgenbilder demonstriert vergleichend mit den anat. Präparaten, ausserdem werden die verschiedenen Typen der Säuglingspneumonien besprochen. (Paravertebr., diffus miliar., konfluens, kruppöseartig usw.) Es gibt sicher Fälle, die klinisch gut diagnostizierbar sind, röntgenologisch aber nicht, es kommt aber auch umgekehrt vor: die anat. Veränderungen sind immer grösser, als man sie nach dem klinischen oder röntgenologischen Befunde erwartet. Die Aus-

dehnung der Infiltration kann so rasch wechseln, dass es als Regel gilt, nur frisch bereitete Röntgenbilder zu verwenden, 24 Stunden später kann sich ja die Lage ganz anders gestalten. Das Röntgenbild kann weder ätiologisch noch prognostisch gebraucht werden — ebendeswegen kann man im Säuglingsalter von kruppösen Pneumonien nur mit grossem Vorbehalt sprechen. Der Röntgenologe hat mit der grössten Kritik zu arbeiten, und alle Möglichkeiten der Säuglinglungenenerkrankungen kennen, der Kliniker muss mit dem Röntgenologen stets in grösstem Kontakt bleiben, die Befunde des R. stets ernst in Kauf nehmen, das letzte Wort hat jedoch immer die klinische Beobachtung.

J. Lukács: *Die Behandlung der akuten Erkrankungen der unteren Luitwege.* Die lobäre und die lobuläre Form der Säuglingspneumonien wurde durch die Therapie vom ätiologischen, wie vom immunbiologischen Standpunkt voneinander schärfer getrennt. Die Erreger der lobären Form wurden klargelegt, womit die biologischen Grundlagen einer aussichtsvollen immunologischen Therapie geschaffen wurden. Das Erkennen der Beziehungen der Krankheit zur Anaphylaxie geben Berechtigung zu einer expektativen Behandlung. Dagegen wurden als Erreger der lobulären Form vielerlei Bakterienarten gefunden. Das immunologische Behandlungsverfahren musste hier *polyvalente* Vakzinen und Seren schaffen — von denen aber, mit Rücksicht auf die unsichere Ätiologie, vorläufig noch keine sichere Ergebnisse erwartet werden können. Die Aufdeckung des pathologischen Sonderstehens der lobulären Säuglingspneumonien führte *Nassau* nicht nur zur neuen klinischen Einteilung der Bronchopneumonien, sondern auch zum Aufbau einer rationalen, individuellen Behandlungsart.

1. In der *allgemeinen Behandlung* wurde mit der spezifischen Therapie noch kaum etwas Sicheres erreicht. Vorläufig müssen wir uns noch mit ihrem theoretischen Wert begnügen. Von den Mitteln der Chemotherapie erwies sich nur das Chinin als wirklich nützlich. Bei Neigung zu Abszessbildungen in der Lunge kann vom Neosalvarsan Nutzen erwartet werden. Von den übrigen Mitteln der allgemeinen Therapie muss die Bluttransfusion erwähnt werden. Sie kann manche Fälle der schwersten septisch-toxischen Form noch zur Heilung bringen. Die Behandlung mit Eigenblutinjektionen kann manchmal nützlich sein. Die Röntgenbehandlung hat die anfänglichen Hoffnungen nicht erfüllt.

2. Der grösste Fortschritt der *symptomatischen Behandlung* ist das Vermeiden jedes Schematismus. Die Analeptika — von denen hier besonders Kampherpräparate in Frage kommen — müssen ebenso auf Grund besonderer Indikationen gebraucht werden, wie die hydrotherapeutischen Massnahmen. Das Bestreben zur Schonung der Kranken offenbart

fächerartig längs der perivaskulären und peribronchialen Lymphgefäße ventral und Kephalo-caudal vorwärts. Die Infiltration der Azini beginnt nicht in ihrer Peripherie, sondern im Zentrum der Azini.

Eugen Kramár: *Immunitätsprobleme bei der Lungenentzündung.* Es wurde — gemeinsam mit Dr. Gyüre — das Verhalten und der Entstehungsmechanismus der Pneumokokken-Hautprobe geprüft. Der von mehreren Seiten erhobene Befund, dass diese Reaktion während einer Pneumokokkenpneumonie folgerichtig negativ wäre, besitzt nur bezüglich des eigenen (die Krankheit erzeugenden) Pneumokokkenstammes volle Gültigkeit. Es kann eine gewisse Typenspezifität nachgewiesen werden. Die positive Hautprobe hinterlässt eine lokale Immunität, die ebenfalls typenspezifisch ist. Allem Anschein nach stellt die Pneumokokken-Hautprobe eine allergische Reaktion dar: die positive Probe spricht für eine vorausgehende Sensibilisierung mit Pneumokokken, während die negative Reaktion als Ausdruck eines mehr oder weniger anergischen Zustandes gilt. Nach Untersuchungen des Vortragenden stellt z. B. die Pertussis eine solche Krankheit dar, die den Organismus anergisch gegenüber Pneumokokken macht.

(Fortsetzung folgt.)

XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte in Kecskemét.

Veröffentlicht von Dr. Irène Barát.

Die diesjährige Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte fand am 22. und 23. Juni d. J. in Kecskemét unter dem Vorsitze Baron Alexander v. *Korányi's* statt.

Der Präsident eröffnete die Tagung mit folgender Ansprache:

Der durch den Fortschritt der Kultur regere Verkehr gestaltet die Tuberkulose zur Volkskrankheit. In gleichem Verhältnisse erhöhen sich Morbidität und Mortalität der Tuberkulose, wobei das Leiden immer mehr chronisch wird. Die grenzenlose Verbreitung des Leidens hindern als immer kräftigere Schutzdämme die sehr leichte, nicht die Krankheit, sondern nur den allergischen Zustand herbeiführende Infizierung der Menschheit, ihr mit der Entwicklung des Wohlstandes und der Hygiene wachsender Widerstand, sowie jene fortschreitende Verminderung der Infektionsintensität, die mit der Verallgemeinerung des Strebens nach Reinlichkeit, sowie mit der Isolierung einer immer grösseren Anzahl der an Tuberkulose Leidenden einhergeht.

Wenn die technische Überwindung der Entfernung

malerischen, engen Gässchen breite, luftige, sonnenbeschienene Boulevards entstehen, die beiderseits von Gartenhäusern eingefasst sind. Wir sahen in der Umwandlung des italienischen Dorfes, der Kindergärten, Schulen und Werkstätten den wunderbaren Lebenswillen, der in jede Ecke des verjüngten Italiens eindringt. In dem umfangreichen Referat von *Brand* aber lernten wir das fertige Bekämpfungssystem der Tuberkulose in England kennen, das in der Provinz und in den Dörfern schöne Resultate erzielte. England lieferte ein massgebendes und vollkommenes Beispiel dessen, nach welcher Richtung hin die bestehende primitive Form der Dispensaires zu entwickeln ist. Es ist umso notwendiger, an all das in unserem Kreise zu erinnern, weil unsere öffentliche Meinung noch immer in dem Irrwahn lebt, dass einige mehr-minder-grosse Zimmer mit einem kleinen Röntgenapparat, wo ein geringfügig und ärmlich dotierter Arzt mit geringer Assistenz arbeitet, zur Erzielung wesentlicher Resultate genügen.

Welches System besteht demgegenüber bei den englischen Provinzdispensaires? Auf Grund des Referates von *Brand* werde ich zum Teil, soweit die zu meiner Verfügung stehende Zeit dies gestattet, das Wichtigste hierüber in einigen Sätzen, womöglich in wortgetreuer Übersetzung darlegen. Die Grundlage des Handelns ist die allgemeine obligatorische Anmeldung, was aber nur dort möglich ist, wo dieser, wie in England, auch die Tat folgt. In England kann jeder bedürftige, an Tuberkulose leidende Kranke der unentgeltlichen Behandlung in Dispensaires, Sanatorien, Spitälern oder in seinem Heime teilhaftig werden, wie es der Charakter seines Leidens erfordert, und zwar ohne jede Beschränkung, so lange als er diese benötigt. Bei der Gründung und Erhaltung dieser Einrichtungen kommt der Gesellschaft auch eine sehr grosse Rolle zu. Der Staat unterstützt diese in der Weise, dass er zu den Kosten solcher amtlich anerkannten Anstalten die Hälfte beiträgt. Demgegenüber wurde bei uns auf das Elisabeth-Sanatorium in Budakeszi die Haussteuer ausgeschrieben. Aufgabe der Dispensaires ist, mit den praktischen Ärzten zu kooperieren. Die Basis der Kooperation ist die Anerkennung dessen, dass der Tuberkulosefacharzt ein auf hoher Stufe stehender Kliniker ist, dem sämtliche Hilfsmittel der Diagnose, Prophylaxe und Therapie zur Verfügung stehen. Art und Umfang dieser Kooperation illustriert folgendes Beispiel. Das Dispensaire eines Bezirkes, das am 31. Dezember 1926 2713 angemeldete Tuberkulosekranke hatte, wird von zwei sogenannten Inspektorärzten geleitet. Diese kooperieren als ständige Mitarbeiter mit ungefähr 300 praktischen Ärzten. So entfällt durchschnittlich auf ungefähr 9 Tuberkulosekranke je ein praktischer Arzt, dieser beschäftigt sich mit ihnen nach den

Intentionen des Inspektors und mit dessen Unterstützung. Die Kooperation besteht darin, dass der Inspektorarzt der Konsiliararzt ist, der im Bedarfsfall auch in der Wohnung des Kranken in Anspruch genommen werden kann. Der Inspektorarzt, der praktische Arzt und die Fürsorgerin führen diese gemeinsame Arbeit im Interesse des Kranken eventuell auch jahrelang durch. Zur Unterbringung der Kranken in die umfangreichen Sanatorien, Spitäler und Erholungsheime, zur Adaptierung der Lebensweise des Kranken und der Familie an die Anforderungen der Krankheit bis in die geringsten Details, sowie zur Unterstützung des Kranken und der Familie fordert und ermöglicht das englische System, dass der Arzt sich mit seinen ernstesten Tuberkulosekranken so beschäftigt, wie sich in der guten alten Zeit der gut honorierte Hausarzt mit dem wohlhabenden Kranken beschäftigte, indem er — wie *Brand* betont — auch den psychologischen Charakter und Zustand des Kranken berücksichtigt.

Das Referat von *Brand* bildete in Privatgesprächen den Gegenstand lebhafter Debatte. In dieser Debatte kam die Überzeugung zum Ausdruck, dass bei der Vorbereitung der Befolgung des englischen Beispiels zur Ausbildung von Tuberkuloseärzten eine viel grössere Sorgfalt notwendig sei, als bisher und dass für sie materiell in der Weise zu sorgen ist, dass die Leitung ihres Dispensaires ihr Lebenszweck und einzige Beschäftigung sein könne. Heutzutage kann die Tuberkulose nicht mehr durch einfache hygienisch-diätetische Therapie, Regelung der Lebensweise und der häuslichen Ordnung, ungenügende Unterstützung und guten Ratschlägen, zu deren Befolgung die Kranken nicht imstande sind, behandelt werden. Der Tuberkulosefacharzt muss ein hochgebildeter Internist, ausserdem aber auch Tuberkulosespezialist, Laryngologe und verlässlicher Röntgendiagnostiker sein. Ausserdem bedarf er der ständigen Mitwirkung des Chirurgen und Gynäkologen. Allgemein herrscht die Überzeugung, dass in den internen Kliniken, die im üblichen Rahmen tätig sind, es heutzutage nicht mehr möglich ist, sich mit der Tuberkulose vom Standpunkt der Ärztebildung, oder der Forschung in entsprechender Weise zu beschäftigen, oder in diesen Spezialärzte für Tuberkulose auszubilden. Hierzu sind separate, speziell eingerichtete Tuberkuloseabteilungen nötig, in diesen bestimmt die Dauer des Aufenthaltes des Kranken nur der Umstand, ob sie dessen bedürfen und keinerlei andere Beschränkungen vorliegen. Eine Lösung des Problems bietet das Beispiel von Hamburg. Die Klinik *Brauer's* steht mit einem separaten Tuberkuloseforschungsinstitut in Verbindung. Die andere bessere, auch in Italien befolgte Methode ist die Pariser. Die Stadt Paris hat der medizinischen Fakultät eine grosse Tuberkuloseklinik geschenkt und übernahm die Kosten der Lehrkanzel. Könnte

man sich das in Budapest vorstellen? Die Lehrkanzel hat Léon *Bernhard*, die Seele der Internationalen Union zur Tuberkulosebekämpfung, übernommen.

Es wäre wünschenswert, dass Tuberkuloseärztstellen nur jene erhalten sollen, die sich in internen Kliniken, die auf hohem Niveau stehen, zu Internisten ausgebildet, oder zumindest ihre Befähigung als Internisten-Spezialisten dort erworben haben. Ausser dieser Qualifikation wäre ferner zu fordern, dass sie zumindest ein Jahr in einem gutgeleiteten Tuberkulosesanatorium und einige Monate hindurch in einem, unter guter Leitung stehenden, stark frequentierten und gut ausgerüsteten Dispensaire arbeiten, und ferner sich darauf berufen können, dass sie eine Ausbildung auf dem Gebiet der Laryngologie und Röntgendiagnostik besitzen. Eine so umfangreiche Vorbildung könnte man jedoch von ihnen nur in dem Falle fordern, wenn Sicherheit dafür vorhanden wäre, dass bei den Ernennungen die Ausbildung entscheidend ist und wenn die Erringung einer Stelle als Tuberkulosearzt die entsprechende Basis einer sicheren Existenz wäre.

Derzeit sind wir in Ungarn von alledem noch weit entfernt. Wenn ich meine Hörer in meinem Krankenhaus, der grössten ungarischen internen Klinik mit Tuberkulose eingehender beschäftigen lassen will, muss ich von den Spitalsprimärärzten Kranke ausborgen, diese kommen im Wagen und kehren nach dem Vortrag im Wagen zurück, weil die Klinik keine Tuberkuloseabteilung besitzt und es unmöglich wäre — selbst wenn die Bettenzahl der Klinik das zulassen würde — einen Teil derselben von den übrigen Kranken so abzusondern, dass dies den heutigen Anforderungen entsprechen würde. Unsere Dispensaires sind zumeist klein, arm und sie sind nur im sehr beschränkten Ausmass imstande, ihre Kranken in Sanatorien und Spitäler unterzubringen und diese zu unterstützen. Die Dotierung der meisten Ärztstellen der Dispensaires ist so gering, dass der Dispensairearzt gezwungen ist, eine allgemeine Praxis auszuüben, oder auch andere Stellen zu übernehmen. Eine Kooperation nach englischem Beispiel zwischen dem Tuberkulosearzt und den vielen hundert praktischen Ärzten ist bei uns geradezu unvorstellbar, im Rahmen des Sozialversicherungsinstituts aber, wo ein solches gemeinsame Handeln am frühesten wird verwirklicht werden können, verhindert die oft nahezu unhaltbare Überlastung der Ärzte und Ordinationen, die Beschränkung und das ungenügende Ausmass der Behandlungs- und Unterstützungsdauer, dass eine, der englischen ähnliche Pflege verwirklicht werde.

Geehrte Tagung! Was ich hier vortrug, hatte nicht den Zweck, zu tadeln, sondern nur das Ziel klar festzustellen. Wer könnte es denn auf sich nehmen, zu tadeln, der die alten

Unterlassungen und die gegenwärtige traurige Lage unseres Landes, sowie jene übermenschliche Opferwilligkeit und Anstrengungen kennt, mit denen an der Förderung unserer kulturellen und sozialen Einrichtungen trotzdem gearbeitet wird? Wenn wir alldies anerkennen, so müssen wir dennoch darüber im Klaren sein, dass wir vom Ziel noch weit entfernt sind. Bis dahin aber, wo all das verwirklicht wird, was auf diesem Gebiete in der Zukunft zu vollenden ist, haben wir Ärzte die Pflicht, unsere Forderungen zu betonen und nach Möglichkeit und in weitgehender Weise all das auszunützen, was uns bereits zur Verfügung steht. Die höchste Pflicht unseres Berufes ist, uns als Ärzte mit dem Schicksal jedes einzelnen Kranken zu beschäftigen. Darin unterstützt uns neben den praktischen Erfahrungen und Fähigkeiten die wissenschaftliche Pflege der Pathologie. Dieser Aufgabe haben wir unsere Zeit in Kecskemét zu widmen. Mit dem Wunsch, dass wir die Punkte unserer Tagesordnung erledigen, indem wir von einander und aus unseren Erfahrungen lernen und unser Wissen bereichern, eröffne ich hiermit die XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte.

Johann Safranek (Budapest): *Über Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose im Lichte der modernen Tuberkuloseforschung.* (Referat.) Der Vortragende betonte, dass wegen der ausserordentlichen Seltenheit von primärer Kehlkopftuberkulose praktisch jede Kehlkopftuberkulose als sekundär zu betrachten sei. Ihr Zustandekommen kann auf hämatogenem Wege oder durch Kontaktinfektion des bazillenhaltigen Sputums erklärt werden. Der Charakter des Prozesses kann ein gutartiger: produktiver sein oder er ist ein zur Geschwürsbildung führender exsudativer Prozess. In der Therapie ist die allgemeine hygienische Behandlung das Wichtigste. Vom Tuberkulin ist eine Heilung des Kehlkopfprozesses nicht zu erwarten. Goldpräparate entfalten als Reiztherapie eine gute Wirkung, die übrigen chemotherapeutischen Verfahren besitzen einen zweifelhaften Wert. Einen grossen Fortschritt bedeuten die Licht- und Röntgenbehandlungen, diese steigern die immunbiologische Reaktivität des ganzen Organismus. Von den endolaryngialen Eingriffen traten die Galvanokaustik und die Diathermie in den Vordergrund.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Az orvosi vizsgálatok kompendiuma. (*Kompendium der ärztlichen Untersuchungsmethoden.*) Von Dr. *Desider Lévai*, Budapest, Universitätsdruckerei. Ob die Mitglieder einer Sozialversicherung als arbeitsunfähig erklärt, mit Unterstützungen bedacht, oder in Heilstätten gepflegt werden sollen, hängt von dem Gutachten der

gen die auftretenden Symptome erklären. Er zeigte unter anderem, dass der Wassermangel des Körpers die auftretenden Fieberscheinungen verursacht, da der Körper nicht in der Lage ist, die Temperatur durch Schweissabsonderungen herabzusetzen und zu regeln. Er hatte über diese Frage jahrzehntelang heftige Kämpfe mit den deutschen Kinderärzten, bis endlich die Untersuchungen seinen Standpunkt rechtfertigten. Zur Behandlung der Intoxikation bereitete er mit dem Kinderarzt John zusammen eine Buttermilch, sowie eine zuckerfreie Eiweissmilch zur Behandlung der postdysenterischen Zustände. Sehr eingehend prüfte er auch den Zusammenhang der inneren Sekretion mit den Kinderkrankheiten und wies nach, dass die Intoxikation mit einer Reizung des sympathischen, die Säuglingsauszehrung aber mit dem Reizzustand des Vagussystems einhergeht. In den letzten Jahren ging von seiner Klinik die Entdeckung der Adrenalintetanie aus. Sie besteht darin, dass Kinder nach einer Einspritzung von minimalen Adrenalinmengen schon nach wenigen tiefen Atemzügen in einen tetanischen Zustand geraten.

In Verbindung hiemit wurden eingehende Untersuchungen über die Ursachen des Veitstanzes und dessen Zusammenhang mit den Störungen der inneren Sekretion durchgeführt, und man fand, dass dieses Leiden durch Adrenalindarreichung erfolgreich behandelt werden kann. Als Krönung seiner theoretischen Forschungen fand er eine neue praktische Behandlung des so häufigen Säuglingsstarrkrampfes, der, ebenso wie der Starrkrampf der Erwachsenen, als Folge einer Infektion auftritt und, wie *Heim* nachwies, durch intravenöse Einführung einer doppelkohlen-sauren Natronlösung erfolgreich behandelt werden kann. Auch die sogenannten Nährschäden sind in seiner Klinik eingehend untersucht worden, wo infolge von Gärungsvorgängen die Vitamine im Darm zerstört werden und chronische Verdauungsstörungen, sowie die englische Krankheit auftreten. Als geeignetes Mittel zur Bekämpfung dieser Krankheit erwies sich der Malzextrakt.

Nach Budapest kam *Paul Heim* mit grossen Plänen. Als seine erste Aufgabe betrachtete er eine Vergrösserung und Umgestaltung der Säuglingsabteilung in der Kinderklinik. Sein Feuereifer und seine scharfe Beobachtungsgabe griffen von Tag zu Tag neue Probleme und Fragen auf, die er mit seinen Assistenten erörterte und deren Lösung er ihnen anvertraute.

Seine lebenswürdigen Umgangsformen und die unendliche Güte, die von seiner Person ausstrahlte, machten ihm nicht nur jedes Kind zum Freund, das er in die Arme nahm, sondern auch seine Schüler zu Verehrern ihres Meisters, dessen Hinscheiden ein schwerer Verlust für die ungarische Wissenschaft ist.

Die irdischen Überreste Professor Dr. *Paul Heims* wurden Freitag, 25. Oktober, mittags 12 Uhr, im Kerepeser Friedhof nach römisch-katholischen Ritus beigesetzt. Der Magistrat der Hauptstadt hat dem Verblichenen ein Ehrengrab gewidmet.

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

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