

# 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., Vadasz-utca 26, bestellt werden

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

## Einladung zum Abonnement.

In den ungarischen Kliniken, Laboratorien und Versuchsanstalten herrscht ein reges Leben und über die Ergebnisse dieser Forschungen wird in den Sitzungen, Tagungen und Kongressen der ungarischen medizinischen Körperschaften berichtet. Dass diese Berichte Gemeingut der medizinischen Welt werden, wurde bisher durch den engen Bereich der ungarischen Sprache verhindert, in der diese Ergebnisse veröffentlicht wurden. Die führende Körperschaft des ungarischen Ärztestandes, die *Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte* hat nun beschlossen, um der auf medizinischen Gebiet in Ungarn geleisteten Arbeit weite Öffentlichkeit zu sichern, die Schaffung der in deutscher Sprache erscheinenden Zeitschrift, „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ zu unterstützen, und sie hat einen Schriftleitungsausschuss zur Mitwirkung an der, dem Parlaments-Chefarzt *Dr. Béla Alföldi* anvertrauten Schriftleitung, entsendet.

Der Präsident der Budapester kön. Ärztegesellschaft, Baron *Alexander Korányi* erklärte anlässlich der General-

versammlung dieser Körperschaft: „Diese als Manuskript erscheinende Zeitschrift wird ein zusammenfassendes Bild des ungarischen ärztewissenschaftlichen Vereinslebens bieten. Für uns bildet es ein eminentes Interesse, dass wir das Ausland über die hier im Zuge befindliche Arbeit informieren.“ Um dieser Aufgabe nachzukommen, veröffentlichen die halbmonatlich erscheinenden „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“, die wissenschaftlichen Sitzungsberichte sämtlicher in Betracht kommenden ärztlichen Körperschaften Ungarns, ferner Hochschul- und ärztliche Nachrichten, Besprechungen der Neuerscheinungen der ungarischen medizinischen Literatur, sowie der Schöpfungen der sanitären und sozialhygienischen Gesetzgebung.

*Wir laden hiemit zum Abonnement für die halbmonatlich erscheinenden „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ ein.* Der Abonnementspreis beträgt jährlich 26 Pengő, für Deutschland und das Ausland 20 Mark, für die Übersee 5 Dollar U. S. A. Der Abonnementspreis kann durch Postüberweisung, Einzahlung auf das Scheckkonto der ungarischen Postsparkasse Nr. \*\*41710, oder auf das Konto der Banca Ungaro Italiana S. A. Budapest, Filiale: Andrassy-út, überwiesen werden.

---

---

## Invitation for Subscription.

The Hungarian clinical hospitals, laboratories and experimental establishments are very active and the results of their researches are reported to the sessions, meetings and congresses of the medical institutions. These reports, however, could not so far attain publicity in the medical world, owing to the fact that they were published in Hungarian, and hence could not be understood but within a limited circle. The

leading corporation of the Hungarian physicians, i. e. the Royal Society of Physicians, Budapest, determined therefore to aid a periodical to be edited in German language, with the view to assure greater publicity of the works achieved in Hungary within the sphere of medicine and constituted an editorial-committee, to cooperate with the editor *Dr. Béla Alföldi*, chief Physician of the Hungarian Parliament.

Baron *Alexander Korányi*, the president of the Royal association of Physicians, Budapest, made the following declaration at the general assemblage of this corporation: „This periodical, to be published as a manuscript will give a comprehensive picture of the Hungarian medico-scientific life. It lies in our eminent interest to inform the foreign countries of the work which has been initiated here.“ In order to comply with this task, the semi monthly edited „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ will publish the reports of the scientific meetings of all medical

Hier abtrennen!

*Administration der*

# **Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften**

*(Ungarn)*

**BUDAPEST**

**V., Vadász-utca 26**



Methoden, mit deren Hilfe diese als verhängnisvoll zu bezeichnende Infektion konstatiert werden kann. Im Jahre 1928 referierte er über 33 Kinderfälle, wo er von Röntgen-Tiefbestrahlungen schöne Erfolge sah. Seither vermehrte sich die Zahl seiner Fälle auf mehr als 100 und er kann im Allgemeinen nicht nur von zufriedenstellenden, sondern sogar von guten Resultaten berichten. Durch diese guten Ergebnisse ermuntert, erweiterte er den Indikationskreis auch auf das Säuglingsalter und obwohl diese Versuche noch nicht abgeschlossen sind, will er nun über neun Fälle im Alter zwischen vier bis zwölf Monaten referieren. In zweien dieser neun Fälle, wo sowohl die Röntgenuntersuchung, wie später auch die Autopsie eine schwere disseminierte Lungentuberkulose zeigte, ergab die angewendete Tiefenbestrahlung kein Ergebnis, der Prozess schritt unaufhaltbar fort. Er beobachtete jedoch keine Verschlimmerung des Prozesses nach den Bestrahlungen. Bei drei der restlichen sieben Fälle trat nach vier, resp. nach zweimal drei Bestrahlungen vollkommene Heilung und eine erhebliche Gewichtszunahme ein, schon eine Woche nach der ersten Bestrahlung hörte das Fieber vollkommen auf. Zwei Fälle stehen in Behandlung mit zufriedenstellender Gewichtskurve und Monothermie. Zwei Fälle blieben von der Behandlung aus. Die Bestrahlungen wendet er immer in vierwöchentlichen Intervallen, mit ungefähr 30prozentiger Erythemdosis an. Als Kontraindikation erwähnt er nur sehr ausgebreitete oder disseminierte Lungenprozesse.

*Géza Lobmayer:* Der einseitige tuberkulotische Lungenprozess der Säuglinge ist auch der chirurgischen Therapie zugänglich. Er referiert über einen sechs Monate alten Säugling, dessen schwerer, einseitiger Lungenprozess auf Phrenicus-Exairese heilte.

*Josef Duzár:* Die intraperitoneale Zitratbluttransfusion ist — unter gewissen Kautelen — vollkommen gefahrlos. Sie hat den grossen Vorteil, dass sie ohne chirurgischen Eingriff, bei den jüngsten und am meisten heruntergekommenen Säuglingen anwendbar ist. Die überaus erfolgreiche Röntgenbehandlung der tuberkulotischen Halslymphome bietet vielversprechende Aussichten auch für die Röntgenbehandlung der tuberkulotischen Hilusdrüsenvergrößerungen. Leider kann bei diesen das Ergebnis nur sehr schwer beurteilt werden. Bei den einseitigen lungentuberkulotischen Prozessen, der nicht allzusehr herabgekommenen älteren Säuglinge wendet er den Pneumothorax nach *Eliasberg* an. Bei jungen, lungentuberkulotischen, in schlechten Zustand befindlichen und herabgekommenen Säuglingen hält er jedoch sowohl die Röntgen-, wie auch jede andere Form der aktiven (chirurgischen) Behandlung für kontraindiziert.

*Vortrag: Julius Schuster: Die multiple Sklerose.* Die auf die Pathogenese der Sclerosis polyinsularis bezüglichen Untersuchungen des Vortragenden können in zwei Gruppen polyinsularis leidenden Kranken gelang es zum ersten Mal, die *Spirochäta pallida* in der Rinde und Marksubstanz des Gehirns, die *Spirochäta pallida* in der Hirnrinde in der Marksubstanz, in der Wand, sowie in der Umgebung der Kapillaren nachzuweisen. Diese Untersuchungen wurden von *Kufs* bestätigt. 2. Er fand in der Marksubstanz des Gehirns sowohl in der

Nähe, sowie auch weiter entfernt von den Gefässen Spirochäntenrümmer, diese sind der Spirochäta pallida ähnlich, zeigen jedoch Grössenunterschiede. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass die Sclerosis polyinsularis eine Infektionskrankheit ist, eine Enkephalitis, die in diesem Fall durch eine Spirochätenart verursacht wurde. Die Sclerosis polyinsularis bietet kein einheitliches Krankheitsbild. In der Leber, Milz und im Herzmuskel konnte der Vortragende ähnliche Krankheitserreger nicht nachweisen.

*Theodor Szél: Statistik der Todesursachen des Säuglingsalters.* Von den 20 statistischen Hauptgruppen der Todesursachen ist in unserem Vaterland, wie auch in ganz Europa die Gruppe der Säuglingstodesfälle „Entwicklungsfehler und Krankheiten“ am häufigsten. Bei uns fallen in diese Gruppe 40—42% sämtlicher Säuglingstodesfälle, was auf tausend Lebendgeborene alljährlich 667—817 an solchen Leiden verstorbene Säuglinge bedeutet. In Norwegen fallen 34—38% der Gesamtmortalität des Säuglingsalters in diese Gruppe, das bedeutet aber auf tausend Lebendgeborene 156—178 Säuglingstodesfälle. Ebenso erscheint die Bedeutung dieser Gruppe der Todesursachen im Säuglingsalter auch in den übrigen westeuropäischen Staaten geringer. In Budapest ist die Bedeutung dieser Gruppe ebenfalls geringer, als in der Landesstatistik. Die wichtigste Diagnose dieser Gruppe ist „Angeborene Schwäche“. In unserem Vaterland ist in 93—95% der Todesfälle dieser Gruppe das die Todesursache. Die Zahl der Frühgeburten beträgt nur 4—5%, noch geringer ist die Bedeutung der übrigen Entwicklungsstörungen: wie Lungenatelektasie, Spina bifida, Wolfsrachen, Asphyxie usw. Sodann folgt die Gruppe der Krankheiten der Verdauungs- und Atmungsorgane, sowie des Nervensystems. Diese vier Gruppen zusammen bilden in unserem Vaterlande alljährlich 37% sämtlicher Todesfälle im Säuglingsalter. Erst nach diesen folgt an fünfter Stelle die Gruppe der epidemischen Infektionskrankheiten, die, wie wir wissen, hinsichtlich der Gesamtmortalität und der Kindersterblichkeit an erster Stelle steht. Das kann nur zwei Ursachen haben; die eine ist, dass Säuglinge tagsüber zum grössten Teil daheim gepflegt werden, so dass weniger Gelegenheit für ihre Infizierung vorhanden ist. Die andere Ursache aber ist, dass die meisten Kinder eine angeborene, zumindest aber eine partielle Immunität Infektionskrankheiten gegenüber besitzen. Von den Krankheiten der Verdauungsorgane, die in unserem Vaterland ungefähr ein Fünftel sämtlicher Sterbefälle des Säuglingsalters ausmachen, ist der „nichtinfektiöse Darmkatarrh“ am häufigsten. Hierher gehören 76% der Sterbefälle vor dem erreichten ersten Lebensjahr. Die übrigen werden unter den Namen Kinderatrophie, Magen- und Darmkatarrh, Durchfall der Kinder, angemeldet. Die an Krankheiten der Atmungsorgane gestor-

benen Säuglinge machen ein Siebentel der Gesamtmortalität des Säuglingsalters aus. Hievon entfallen 80% auf Lungenentzündungen, 12% auf Bronchitiden. Die an vierter Stelle stehende Gruppe der Krankheiten des Nervensystems umfasst nahezu ein Achtel sämtlicher Sterbefälle des Säuglingsalters. Häufig sind die Diagnosen „Krämpfe und Zuckungen“. Aus diesem Grunde ist es kaum möglich, die Wahrheit zu ergründen, indem nämlich Fälle von Hirnhautentzündungen wahrscheinlich in grösserer Zahl vorkommen, als diese unter ihren eigenen Namen angemeldet werden. Unter dem Titel „Krämpfe“ werden aber auch viele andere Todesursachen verbucht, z. B. Laryngospasmus, Tetanus der Neugeborenen, Eklampsie, Spasmen, sowie andere Todesfälle mit vom Darmkanal ausgehenden Krämpfen. Die Meningitis tuberculosa ist nicht hieher, sondern in die Gruppe der Infektionskrankheiten eingeteilt. Hieher gehört auch die epidemische Cerebrospinal-Meningitis. Unter den Infektionskrankheiten des Säuglingsalters figurieren die Meningitis tuberculosa, der Keuchhusten, die kongenitale Lues, manchmal kommen Morbilli, Influenza und Scharlach häufiger vor. Die Verteilung der Todesursachen-Statistik im Säuglingsalter nach Geschlechtern beweist, dass die grössere Sterblichkeit der männlichen Säuglinge im Vergleich mit den weiblichen durch deren kompliziertere Entwicklung erklärt wird. Im Sterblichkeitsverhältnis der Säuglinge beider Geschlechter zeigt sich nämlich weder bei den Infektionskrankheiten, noch bei Darmkatarrh, noch aber bei katarrhalischen und entzündlichen Krankheiten anderer Organe eine dauernd gerichtete Abweichung. Es gibt nur eine Gruppe der Todesursachen, die der „Entwicklungsfehler und Krankheiten“ und auch in dieser ist es besonders die „angeborene Schwäche“, wo die Sterblichkeit der männlichen Säuglinge dauernd grösser ist, als die der weiblichen. Die Differenz in der Sterblichkeit der beiden Geschlechter in dieser Gruppe der Todesursache ist genau so gross, wie die Differenz zwischen der Säuglingssterblichkeit der beiden Geschlechter im Allgemeinen.

*Armin Flesch:* Die vom Vortragenden unterbreiteten Daten stimmen mit den Erfahrungen und den Ergebnissen der Datensammlung der Kinderärzte nicht überein. Die Verhältniszahl der an angeborener Schwäche Verstorbenen, ist bei weitem nicht so gross, wie das die Statistik zeigt. Gewiss wurden unter diesem Sammelbegriff Viele eingereicht, die an anderen Krankheiten gestorben sind. In der Statistik des Vortragenden ist die Mortalität an Krankheiten der Verdauungs- und der Atmungsorgane zusammen nicht so gross, wie an angeborener Schwäche, wogegen in Wirklichkeit eben die früher erwähnten beiden Gruppen den Umfang der Säuglingssterblichkeit determinieren. Nach dieser Statistik ist ferner auch die Zahl der an Krankheiten des Nervensystems Gestorbenen auffallend gross. Der Fehler liegt gewiss in der Methode der Datensammlung. Aus alldiesen Gründen kann er die

vom Vortragenden vorgelegten Daten als Grundlage der weiteren Forschungen nicht annehmen.

*Andreas Tüdös:* Die auffallend grosse Zahl der angeborenen Schwäche als Todesursache beweist, dass die Einteilung der „Todesursachen“ unbedingt einer Revision bedarf. Als Folge der mangelhaften Ausbildung der Leichenbeschauer werden sowohl in diese Gruppe, wie auch in die Gruppe der Frühgeburten viele solche Todesfälle aufgenommen, die bei entsprechender Kontrolle unter einer anderen Bezeichnung figurieren sollten. In den letzten Jahren ist die Zahl der infolge von Erkrankungen der Verdauungsorgane eingetretenen Todesfälle erheblich zurückgegangen, was in erster Reihe mit dem Fortschritt zu erklären ist, der auf dem Gebiet der Säuglingsernährung erzielt wurde. Die Zahl der Todesfälle infolge Erkrankung der Atmungsorgane hat sich dem gegenüber erhöht, infolgedessen gehen zurzeit an diesen Leiden mehr Säuglinge zugrunde, als an Erkrankungen der Verdauungsorgane. Hiezu tragen vielleicht in gewissem Maße die in den letzteren Jahren häufiger beobachteten sogenannten Influenzaepidemien bei. Diese Änderungen beweisen sowohl die ausländische Statistiken, wie auch die Daten des Budapester staatlichen Kinderasyls.

*Theodor Szél:* Der Umstand, dass einige der Todesursachen des Säuglingsalters, und zwar, in erster Reihe die angeborene Schwäche in der Landesstatistik eine grosse Rolle spielen, und dass bei einem Teil dieser Todesfälle die betreffende Diagnose nur eine „Deckdiagnose“ ist und in vielen Fällen die Todesursache wahrscheinlich eine andere war, ist keinesfalls der Fehler der diese Daten aufarbeitenden Statistik, sondern nur der Leichenbeschauer, die die Anmeldungen vornehmen. Das statistische Amt arbeitet nur passiv die Anmeldungen der Ärzte auf. Es ist kein statistischer Arbeitsfehler, dass in den mitgeteilten Daten der Jahre 1926—1927 die Entwicklungsfehler und Krankheiten als die grösste Gruppe der Todesursachen des Säuglingsalters auftritt, denn dieselbe Erscheinung wiederholt sich vom Jahre 1919 bis 1927 gleichmässig in jedem Jahr. Ebenso besitzt diese Gruppe die grösste Bedeutung auch in der Budapester Statistik der Todesursachen des Säuglingsalters, wo doch dieses Amt ganz abgesondert vom landesstatistischen Amt arbeitet, das die vorliegende Bearbeitung durchführen liess. Auch in den Auslandstaaten ist überall das die wichtigste Todesursachengruppe des Säuglingsalters, wofür ich die mittelbaren Beweise vorgelegt habe. Im Verhältnis zur Zahl der Bevölkerung, oder der Landeszahl der Lebendgeburten sind die westeuropäischen Ziffern viel geringer als die heimischen, weil ihre ganze Säuglingssterblichkeit einen geringeren Umfang hat. Bei der Mortalität des Säuglingsalters sind aber auch dort die Gruppen der angeborenen, resp. sämtlicher Entwicklungsfehler und Krankheiten, die grössten. Die Verhältnis-ziffern dieser Gruppe der Todesursachen in Westeuropa kann jedoch auch deshalb kleiner sein als die ungarische, weil dort zur Anmeldung der Lebendgeburten eine mehrtägige Frist gegeben ist, derart, dass die innerhalb dieser Frist Verstorbenen als Totgeburten angemeldet werden können. Eben deshalb wird in Westeuropa ein Teil eben jener Säuglinge, deren Lebensdauer die kürzeste ist, unter denen daher die häufigste Todesursache, die Debilitas congenita ist, als Totgeburten betrachtet. Die ungarischen Säuglingsanmeldungen können daher nicht so fehlerhaft sein, wie

das *Flesch* glaubt, dass die angeborene Schwäche nur infolge der fehlerhaften Diagnose unserer Totenbeschauer als häufigste, wichtigste Todesursache des Säuglingsalters in der fehlerhaften Statistik erscheint. Die Anmeldung der Todesursachen in Ungarn erfolgt wohl auch heute noch in ungefähr 20%, also in einer sehr grossen Zahl der Fälle durch nichtärztliche Leichenbeschauer, aber auch so erfolgte die Anmeldung von mehr als zwei Drittel der Todesursachen durch Ärzte, und diese melden lateinisch die „*Debilitas congenita*“ als wichtigste Todesursache des Säuglingsalters. Dass Säuglingstodesfälle nach Krankheiten der Atmungs- und Verdauungsorgane nach den von *Flesch* und *Tüdös* in Kinderspitälern gesammelten Erfahrungen häufiger sind, als solche infolge von Entwicklungsfehlern und Krankheiten, ist nur natürlich, weil die an angeborener Schwäche Verstorbenen gar nicht zu ihnen in die Säuglings- oder Kinderklinik gelangen, sondern noch in den geburtshilflichen und gynäkologischen Spitälern sterben. Ich habe in meiner Kassenpraxis jährlich etwa 3500 Patienten, und in dieser ist ebenfalls die Bronchitis und die Dyspepsie die häufigste Krankheit des Säuglingsalters. Dass unter den an Entwicklungsfehlern und Krankheiten Verstorbenen tatsächlich die jüngsten Säuglinge — im Alter von unter einem Monat, oder noch häufiger die noch nicht eine Woche alten — vertreten sind, habe ich erwähnt, als ich die Unterschiede der beiden Geschlechter darlegte. Ich stimme mit *Petényi* darin überein, dass zur Hebung der Genauigkeit unserer Todesursachen-Statistik, ärztliche Enqueten sehr vorteilhaft wären. Die Fehler der Deckdiagnosen werden aber leider nicht von Fachärzten und gewissenhaften, sich mit öffentlichen Angelegenheiten beschäftigenden und an solchen Besprechungen teilnehmenden Kollegen begangen, sondern von solchen, die von den Besprechungen sicher fernbleiben würden, sowie von den nichtärztlichen Leichenbeschauern. Das wichtigste Mittel der Bekämpfung unserer hohen Säuglingssterblichkeit ist die Hebung der Volksbildung, sehr wirksam sind belehrende Vorträge, Aufklärungen, populäre Mitteilungen. Die Vermehrung der Ärztezahl und die Beseitigung der nichtärztlichen Leichenbeschauer würde nicht nur die Säuglingssterblichkeit, sondern auch die in der Statistik figurierende Zahl von Todesfällen infolge angeborener Schwäche vermindern, weil die Diagnosen der Todesursachen genauer würden.

Sitzung am 26. Januar 1929.

*Desider Klimkó: Avertinnarkose.* Der Vortragende referiert über 100 von ihm durchgeführten Avertinnarkosen. Bei genauer Befolgung der Vorschriften der Fabrik gab er in 50 Fällen 0,10, in 50 Fällen 0,125 g pro kg. Die Kranken schliefen nach zwei bis zehn Minuten glatt ein. Mit Ausnahme der 23 totalen Vollnarkosen wurden die Kranken mit Äther eingeschläfert. Die Ätherersparnis ist bedeutend: bei einer 60 Minuten dauernden Operation wurden 66 g Äther verbraucht. Die Atmung ist nahezu immer oberflächlicher, einmal trat Asphyxie auf (bei 0,10 g pro kg), die Atemstörungen konnten mit Kohlensäure-Einatmungen gut beeinflusst werden. Der Blutdruck erhöhte sich in vier Fällen (um 20—30 Hg.

mm), er war in 38 Fällen normal, in 50 Fällen war die Senkung erheblicher, in acht Fällen 60—70 Hg. mm). Im Urin war manchmal ausser Eiweiss Urobilinogen vorhanden. Die Leberfunktionsprüfungen fanden (in 30 Fällen) manchmal Störungen der Leberfunktion, die wahrscheinlich zu Lasten des Avertins zu schreiben sind. In einem Fall war eine oberflächliche Ulzeration des Mastdarmes feststellbar, diese war wahrscheinlich die Folge von Überhitzung. Die Amnesie ist eine totale, die Patienten erklärten sie als ideal, sie ist als Vorteil zu buchen, indem sie die Narkose für die Kranken angenehm macht. Das Erreichen der totalen tiefen Narkose anzustreben, ist nicht empfehlenswert. Das Mittel ist in kleineren Dosen (7—8 zg pro kg) gefahrlos anwendbar, bei dieser Dosierung erwachen die Kranken mit angenehmen Gefühlen und die unangenehmen Nachwirkungen der Inhalationsnarkose werden vermindert. Die Avertinnarkose ist zurzeit, wo das Mittel noch nicht erprobt ist, nur in grösseren Anstalten zu empfehlen.

*Aussprache:* *Géza Lobmayer* zieht eine Parallele zwischen seinen eigenen Erfahrungen die er bei seinen 800 Ätheröl-Mastdarmnarkosen gewonnen und zwischen der Avertin-Mastdarmnarkose. Mit dem Avertin kann man entweder eine Vollnarkose, oder eine Basisnarkose erreichen. Die Avertin-Vollnarkose wird von allen Autoren als gefährlich bezeichnet. Mit der Ätheröl-Mastdarmnarkose kann man immer Volinarkose erzielen. Die Avertinnarkose erschöpft die ganze Alkalireserve des Organismus. Das in den Organismus eingeführte Avertin kann nach der Resorption von dort rasch nicht ausgeschieden, der Äther dagegen durch künstliche Atmung wann immer entfernt werden. Der Äther wird aus dem Dickdarm mit dem Tieferwerden des Schlafes langsamer resorbiert. Der Äther kann fraktioniert und individuell verabreicht werden. Bei Ätherölnarkosen hat er niemals eine Reizung der Mastdarmschleimhaut beobachtet. Solche Untersuchungen wurden in seiner Abteilung von *Georg Bud* durchgeführt. Beide Verfahren haben den grossen Vorteil, dass sie die Atemwege nicht belasten, keine Übelkeit, Erbrechen verursachen, der Nachschlaf dauert genug lange Zeit, womit der Operationsschmerz vermindert wird. Er erwägt streng die Indikation der Mastdarmnarkose und verwendet diese nur bei solchen grösseren Operationen über dem Jugulum, die mit Lokalanästhesie nicht durchgeführt werden können, bei der Inhalationsnarkose aber das Inhalationsmittel entweder im Wege ist, oder die Asepsis gefährdet. Beide Verfahren sind zurzeit nur für grössere chirurgische Abteilungen, nicht aber für die allgemeine ärztliche Praxis geeignet.

*Josef Frigyesi:* Das Avertin fand Anwendung zur Verminderung der Geburtsschmerzen, als Hilfsmittel bei Operationen, zur Verminderung der Menge der zur Allgemeinnarkose verwendeten Mittel und schliesslich versuchte man mit demselben, ohne Anwendung von anderen Mitteln Vollnarkose zu erzielen. 1. Er hat seine Versuche zur Anwendung des Mittels in der Geburtshilfe nach Anwendung in 120 Fällen eingestellt, weil jedes Mittel, das auf dem Wege des Mastdarmes angewendet wird, in der Geburtshilfe, wie auch bei Durchführung von Scheidenoperationen durch seine eventuelle Ent-

leerung die Asepsis gefährdet. Im übrigen sah er von den bei Geburten empfohlenen kleinen Dosen keine gefährlichen oder schädlichen Nebenwirkungen. 2. Es wäre ferner ebenfalls in nicht grossen und nicht gefährlichen Dosen zur Einleitung der Narkose verwendbar. Zu diesem Zweck besitzen wir jedoch gut bewährte, erprobte Betäubungsmittel und die Anwendung der schwer applizierbaren Avertin-Äthernarkose scheint keinen Vorteil gegenüber den allgemein verwendeten kombinierten Narkosen zu bieten. 3. Zur Herbeiführung der Vollnarkose ist das Avertin ungeeignet, und in grösseren Dosen gefährlich, es kann bei Leber-, Nieren- und Herzkranken ebenfalls nicht verwendet werden. Seine Gefahren könnte man vielleicht vermindern, wenn seine Ausscheidung aus dem Organismus durch Diuretica, reiche Flüssigkeitszufuhr gefördert würde. Er schliesst sich dem reservierten Standpunkt des Vortragenden voll an, vielleicht kann in der Chirurgie in einzelnen Ausnahmefällen ein Vorteil mit der Avertinanwendung gefunden werden, im übrigen aber wurde die Anästhesie bisher durch die Einführung des Avertins nicht gefördert und im Interesse der Kranken nichts gewonnen.

*Edmund Zalka* stellt im Anschluss an die Darlegungen *Lobmayers* fest, dass er, bei zwei nach rektaler Äthernarkose zur Sektion gelangten Individuen auf der Darmschleimhaut bei der histologischen Untersuchung schwere Nekrosen gefunden hat.

*Ludwig Bakay*: Die Feststellung, dass es noch kein ideales Narkosemittel gibt, entspricht vollkommen der Wahrheit. Bei den Mitteln zur Inhalationsnarkose müssen auch die späten Todesfälle in Rechnung gestellt werden. Die Lokalanästhesie hat ihre Grenzen. Sie gibt bei gewissen grösseren Unterleibseingriffen (Ileus, Perforationen) keine zufriedenstellenden Resultate, und sie übt einen starken psychischen Einfluss auf die Kranken aus. Das Avertin zeigte im Anfang bei der Anwendung viele Komplikationen, auch war die Zahl der Todesfälle sehr hoch. In der jüngsten Zeit referieren die Autoren, nachdem sie mit der Anwendung des Mittels vertraut wurden, über viel bessere Ergebnisse. Das bewog Redner, in seiner Klinik mit dem Avertin Versuche durchführen zu lassen. Wie aus den Darlegungen des Vortragenden hervorgeht, traten in den 100 Fällen keinerlei grössere Unannehmlichkeiten auf, trotzdem muss er die Konklusion des Vortragenden bestätigen, dass nach den Erfahrungen der Klinik das Avertin für die allgemeine chirurgische Anwendung noch nicht empfohlen werden kann. Es wäre ein grosser Fortschritt, wenn wir durch Hinzufügung einer chemischen Verbindung imstande wären, die Schnelligkeit der Resorption des Avertins im Mastdarm zu beeinflussen.

*Zoltán Vámosy* verweist darauf, dass durch Erwärmung der Avertinlösung über 37 Grad Celsius, oder durch seine Anwendung bei hochfieberhaften Kranken unangenehme lokale Reizerscheinungen entstehen können, weil das Avertin zerfällt. Nach *Straub* bleibt die Narkose automatisch erhalten, weil das Mittel in der ersten Viertelstunde stürmisch resorbiert wird, so dass aus der in den Mastdarm eingeführten dreiprozentigen Lösung eine 1.5prozentige wird, deren Resorption aber dann nur sehr langsam erfolgt, sozusagen als Ergänzung des ausgeschiedenen und zerfallenen Anteils. Individuelle Abweichungen finden sich nur selten, weil die Resorption von der Mastdarmschleimhaut kaum eine verschiedene sein kann. Kliniker referieren dennoch über sogenannte „Versager“, wo der Kranke überhaupt nicht schläft, obwohl 80 Prozent des einge-

fürten Avertins resorbiert wurden. Das kann darin seine Erklärung finden, dass die Zellen des Organismus sich gegenüber dem bereits resorbierten Avertin verschieden verhalten, dessen leicht zerfallende, oxydable Molekeln nicht so stabil sind, wie die des Chloroforms oder Äthers. Es gibt Individuen, die Alkohol gut vertragen, weil sie ihn rasch oxydieren, das kann auch bei Avertin der Fall sein. Seiner Ansicht nach ist auch dieses Mittel ein vergeblicher Versuch, weil wir die rasche und individuelle Regelung der Blutkonzentration des Narkotikums nicht in Händen haben.

*Andreas Kubányi: Kallusbildung und Säurebasen-Gleichgewicht.* Die Änderung der H-Ionkonzentration des Organismus steht im Vordergrund des wissenschaftlichen Interesses. *Sauerbruch* und *Hermannsdorfer* erzielten bei der Heilung eiternder Wunden durch Verschiebung der H-Ione nach der sauren Richtung gute Resultate. *Bálint* fand bei einem erheblichen Prozentsatz von Kranken mit Magenulkus abweichend von den gesunden Individuen eine saure Valenz des Gewebssaftes. Die Alkalisierung dieser Kranken führte zur Heilung der ulzerösen Geschwüre. Auf dieser Grundlage versuchte *Bálint* die Heilungstendenz experimentell angelegter Wunden durch Alkalisierung des Organismus zu fördern.

Der Vortragende war bestrebt die chirurgische Bedeutung der Änderung des Säurebasen-Gleichgewichtes durch Studium der Kallusbildung zu kontrollieren. Er führte an 134 Tieren Versuche durch, einen Teil derselben alkalisierte er mit Sodabikarbonatlösung, die andere Gruppe säuerte er mit Salzsäure. Er erreichte das, indem er die Tiere täglich, morgens und abends mit einem Ureterkatheter sondierte, und durch diesen die entsprechenden Lösungen in den Magen der Tiere beförderte. An den hinteren Extremitäten der so behandelten Tiere erzeugte er subkutane Frakturen (am Oberschenkel) und applizierte auf diese den Gipsverband. Von der ersten bis zur achten Woche wurden jeden achten Tag mehrere der Tiere getötet, die betreffende Extremität amputiert und die Kallus nach Dekalzination histopathologisch aufgearbeitet. Von den histopathologischen Kallusschnitten der alkalisierten, gesäuerten und Kontrolltiere las er das Ergebnis seiner Untersuchungen ab. Nach diesen zeigen die Kallus der aziden Tiere in den ersten zwei Wochen, also solange der Kallus durch interstitielles Granulationsgewebe gebildet wird, eine gesteigerte Proliferation. Von der dritten Woche angefangen aber zeigen die Kallus der aziden Tiere eine kräftigere Knochenbalkenbildung. Seine Untersuchungen ergaben die Konklusion, dass im alkalischen Milieu in den ersten Wochen die Proliferation eine Steigerung aufweist, sobald jedoch der Kalziumstoffwechsel das Bild dominiert, zeigen die Kallus der azid gemachten Tiere eine massivere Knochenregeneration.

*Aussprache: Baron Alexander Korányi* wirft die Frage auf, ob vielleicht im Initialstadium des Prozesses die Alkalisierung den Reparationsprozess dadurch fördert, dass sie die pathologische Azi-

dität der Gewebe neutralisiert, während später, nach Verminderung der Azidität die Alkalisierung bereits eine Abweichung von der optimalen Reaktion bedeutet.

*Rudolf Bálint* ist der Ansicht, dass die Alkalisierung fördernd wirkt, solange Bindegewebe gebildet wird, diese Wirkung hört aber anscheinend auf, wenn die Kalkablagerung beginnt.

*Wilhelm Manning* lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass in der Veterinärliteratur zahlreiche Angaben dafür vorliegen, dass das in der Nahrung in allzugrosser Menge gereichte Alkali ebenso Rachitis verursachen kann, wie die allzu saure Nahrung. Der Vortragende hat sich darauf berufen, dass in seinen Versuchen die Alkalisierung die Zwanzigfache gegenüber der Azidose war. Er hält es für wahrscheinlich, dass diese Überalkalisierung die schlechte Kalziumablagerung im Kallus beeinflusste.

*Andreas Kubányi*: Zur Durchführung der geschilderten Versuche erteilten die auf Jahre zurückreichenden, umfangreichen Arbeiten Professor *Bálints* den Impuls. Zweifellos besitzt die Milieuänderung im Organismus eine Bedeutung. In chirurgischer Beziehung gibt es noch zahlreiche ungelöste Fragen. Die Beobachtungen ergeben vorläufig noch viele Widersprüche. Die Beobachtung, dass in den ersten zwei Wochen in den Kallus der alkalisierten Tiere die Proliferation eine intensivere ist, lässt seine Beobachtungen die Ergebnisse des Professor *Bálints* bestätigen, der Umstand jedoch, dass von der vierten Woche angefangen die Kallus der azid gemachten Tiere eine intensivere Kalkablagerung zeigen, lassen die Voraussetzung zu, dass die Säuerung im Kalziumstoffwechsel tiefere Änderungen herbeiführt. Alldas sind jedoch offene Fragen, auf die sich in der Literatur keine Erklärungen finden.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 30. Januar 1929.

*Demonstration: S. Mandula: Geheilte Sepsisfall.* Bei dem 22jährigen Monteur entstand nach Angina eine Sepsis mit häufigen Schüttelfrösten, als Komplikation trat in sämtlichen Gelenken Polyarthrit, bilaterale Pneumonie und Pleuritis exsudativa, später totale Pankarditis mit mächtigem perikardialen Exsudat und Nephritis auf, das ganze Krankheitsbild wurde durch den bis zu den Knochen reichenden, tiefen Decubitus verschlimmert. Bei den häufigen und gefährlichen Kollapsen erhielt der Kranke die bekannten Exzitantien. Der Fall beweist, dass die Anginen immer sehr ernst zu nehmen sind.

*Aussprache: J. Konrád:* Anlässlich der Spitalsbehandlung des Kranken hat er mit *Juszt* Untersuchungen durchgeführt, mit deren Hilfe sie die praktische Bedeutung des Leukocytenbildes prüften. Bei dieser Gelegenheit will er besonders hervorheben, dass die Ergebnisse der Blutbilduntersuchung auch in prognostischer Beziehung richtig waren. Das Leukocytenbild zeigte nur einen heftigen Kampf des Organismus an, aber es war selbst in den schwersten Krisen nicht ominös. Er betont, dass das mit richtiger Technik gewonnene

und richtig gedeutete Blutbild dem gründlichen Untersucher zumeist nützliche Anhaltspunkte liefert.

A. *Bosány* wirft die Frage auf, ob es nicht zweckmässig gewesen wäre, nachdem man es mit einer fokalen Sepsis zu tun hatte, die Tonsillen zu entfernen? In solchen Fällen hält er die Exzision trotz der Gefahr der septischen Nachblutung für motiviert.

S. *Mandula*: Die Hinfälligkeit, Herzschwäche, die häufigen Kollapse und das hohe Fieber waren die Ursache, dass er es nicht wagte, die Entfernung der Tonsillen vorzunehmen.

G. *Bodon*: *Streptothrix-Gehirnabszess*. Bei dem unter den Symptomen von Meningitis gestorbenen 53jährigen Mann fand er in der weissen Substanz des Gross- und Kleinhirns verstreut mehrere linsen-hase'nussgrosse Abszesse. Im Organismus war anderwärts keine Eiterung vorhanden. An dem Eiter-Ausstrichpräparat, sowie in den vom Abszess angefertigten Gewebsschnitten sind zahlreiche Gram-positive, gegliederte, färbbare, echte Verzweigungen aufweisende Streptothrixfäden sichtbar. Histologisch war es ein chronischer Abszess. Es gelang nicht, die Einfallpforte des Pilzes, die regelmässig in der Lunge zu sein pflegt, zu finden.

*Aussprache*: R. *Schwertner*: Der demonstrierte Fall stammt aus der Abteilung des Prof. *Kovács'*, wohin der Kranke bereits in moribundem Zustand gebracht wurde. Klinisch dominierten Gehirndruckerscheinungen, Herdsymptome waren nicht zu beobachten. Die Tatsache, dass der Kranke nach kurzer Zeit exitierte, erschwerte ungemein die Feststellung der Diagnose. Die vollständige Abwesenheit von Herdsymptomen wurde durch den soporösen Zustand, wie auch dadurch verständlich, dass die Abszesse — wie sich bei der Sektion herausstellte —, ausnahmslos auf den sogenannten stummen Gebieten des Gehirnes vorhanden waren. Für eine Streptothrix-erkrankung war keinerlei klinischer Anhaltspunkt vorhanden. Wäre das Leiden trotzdem diagnostiziert worden, so hätte das die Prognose wegen der Schwere und den irreversiblen Charakter des Prozesses nach keiner Richtung hin beeinflusst.

A. *Sarbó* wirft die Frage auf, was die Todesursache war? Bei Gehirnabszessen, wenn die Diagnose feststellbar und die Operation indiziert ist, erfolgt diese zumeist zu spät, weil die Gehirnpartie in der Nachbarschaft des Abszesses erweicht ist.

E. *Zalka*: In Beantwortung der Frage Prof. *Sarbós* glaubt er, dass die Todesursache in dem gesteigerten Hirndruck zu suchen sei, dessen anatomische Zeichen bei der Sektion feststellbar waren.

(Fortsetzung folgt.)

## NACHRICHTEN

Ärzteverein der Elisabeth-Universität in Pécs. Der Ärzteverein der Pécs'er Elisabeth-Universität hielt eine Festsitzung zum Andenken an weil. Staatssekretär Universitätsprofessor *Dr. Ludwig Tóth*. Präsident *Paul Heim* schilderte in seiner Ansprache die Verdienste

*Ludwig Tóths*, dem es zu verdanken ist, dass die Elisabeth-Universität ein Heim und ein weites Arbeitsfeld erhielt. Den Festvortrag hielt *Dr. Béla Fenyvessy*, über die *epidemiologische Bedeutung der latenten Infektionen*, wobei er hauptsächlich die Eigenschaften der Diphtherie- und Grippeepidemien schilderte und die grosse Bedeutung der latenten Infektionen für die Verbreitung dieser Seuchen nachwies. Präsident *Paul Heim* verkündete sodann das Ergebnis der Preisausschreibung des Ärztevereins für das Jahr 1928, für wissenschaftlich absolut wertvolle theoretische Arbeiten. Der Preis von 800 Pengö wurde zu gleichen Teilen dem Adjunkten des Budapester I. anatomischen Instituts *Dr. Franz Kiss* und dem Assistenten des Pécs'er pharmakologischen Instituts *Dr. Eugen Ernst* zugeurteilt.

**Die Grippeepidemie in Budapest.** Die epidemische Grippe dieses Winters ist auch nach Budapest verschleppt worden, zeigte jedoch hier einen ziemlich milden Verlauf. Im Budapester St. Ladislaus-Epidemiespital wurden bisher ungefähr 1800 Influenzakeranke gepflegt, von denen etwa 1% gestorben sind. Durch Sektion wurde ein Fall von typischer spanischer Grippe festgestellt. Die Zahl der nicht angemeldeten, von Privatärzten behandelten Fälle wird auf etwa 200,000 geschätzt. Oberphysikus *Elemér Csordás* hat umfassende Massregeln zur Eindämmung der Seuche ergriffen. Zur Aufnahme von Kranken wurden ausser dem erwähnten Infektionsspital eine Abteilung in der Telepigasse, sowie das 120 Betten fassende Seuchenspital der Desinfektionsanstalt bereit gestellt. Die Schulen liess der Oberphysikus nicht schliessen, um den Kindern der armen Bevölkerung tagsüber einen warmen Aufenthalt zu sichern.

**Habilitierungen.** Der Minister für Kultus und Unterricht hat die Habilitierung von *Dr. Karl Wolff jun.* für *Pathohistologie*, des Universitätsassistenten *Dr. Stefan Ederer* für die *Pathologie der Säuglings- und Kinderkrankheiten mit Rücksicht auf die Entwicklungs-, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten* und des Universitätsassistenten *Dr. Eugen Ernst* für die *physikalischen Elemente der Organfunktionen* an der medizinischen Fakultät der kön. ung. Elisabeth Universität in Pécs, bestätigt.

---

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

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

---

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