

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.

SALVACID das kausale Mittel

bei Hyperazidität

Ulcus ventr. und duodeni

Chron. Magenkatarrh

Akut verdorbenem Magen

Verordnung: täglich 3×2 Dragées unzerkaut, nach den Mahlzeiten mit etwas Flüssigkeit zu schlucken.

Internationale Literatur auf Wunsch.

GRAVOMIT zuverlässig, klinisch erprobt bei Emesis und Hyperemesis gravid.

Enthält keine Alkaloide, noch irgendwelche sonst schädliche oder irritierende Stoffe.

Dragées und Ampullen (zur intramuskulären Injektion).

Verordnung: täglich 3×2 Dragées nach den Mahlzeiten, unzerkaut zu schlucken.

Literatur, Auszüge von Gutachten bereitwilligst.

Generaldepot für Deutschland:

Simons Apotheke, Berlin, Spandauerstr. 17.



HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioactive
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 Kom-
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige
Küche. Einbettiges Zimmer von 8—14
Pengo, zweibettiges Zimmer von 14—24
Pengo. Thermal-Wellenbad.



St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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



Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**
Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 15. März 1930.

G. Daniel und K. Jezovics: *Bronchiektasia universalis zystika*. Sie demonstrieren zwei Fälle einer seltenen Lungentwicklungsstörung: zystische Lungen, die im späteren Alter (im 36. resp. 46. Lebensjahr) zum Vorschein kamen. Charakteristisch sind auf die eine Lungenhälfte sich erstreckende heller- bis pengögroße Kavernikula, die sich netzartig über die ganze Lungenhälfte erstrecken und einen schwammartigen Aufbau zeigen, sowie mehrere andere für Bronchiektasie charakteristische Symptome. Die Diagnose gelang auf Grund des Röntgenbefundes auch ohne Bronchographie. Lues spielte keine Rolle, im Vordergrund der Klagen stand der Rückenschmerz. Ein therapeutischer Erfolg wäre nur von einem ausgiebigen, den Brustkorb verengenden chirurgischen Eingriff zu erwarten gewesen, einer der Kranken verweigerte hiezu seine Einwilligung, der schwere Zustand des andern kontraindizierte die Operation.

A. Winternitz: Die Verfahren zur Verengung des Brustkorbes (Phrenikotomie, Plastik) liefern nur ein vorübergehendes Ergebnis. Führen diese Methoden nicht zum Ziel, und sind Bronchoektasien auf einen Lappen beschränkt, so kann die Amputation des kranken Lappens in Erwägung gezogen werden. Er hat wegen Bronchiektasie in zwei Fällen die Amputation des linken Unterlappens erfolgreich durchgeführt. Die Kranken sind seither sputumfrei.

I. Karafiáth: *Unsere Erfahrungen über Diagnostik und Therapie der Bronchiektasien*. Im Königin Elisabeth-Lungen-

sanatorium gelangten in den letzten fünf Jahren 46 Fälle zur Beobachtung, unter diesen gab es kaum welche kongenitale Bronchiektasien, die meisten entwickelten sich auf Tbc.-Grundlage. Er führte die Bronchographie in 65 Fällen durch. Der Eingriff ist keineswegs unbedeutend, und die Methode ist in der Diagnostik der Bronchiektasien von Erwachsenen im Allgemeinen nicht unentbehrlich. Die Ergebnisse der Pneumothoraxbehandlung sind ungünstig, die hartwandigen Ektasien sind nicht komprimierbar. Die Phrenikusoperation ist ein geringer Eingriff, gibt oft gute Resultate und ist zu versuchen. Lokalbehandlung mit endobronchialen Waschungen erzielt oft gleichfalls gute Erfolge. Die antibronchitischen Inhalations-, Liege- und Flüssigkeitsentziehungskuren sind immer zu versuchen. Die rapide moderne Entwicklung der Lungenchirurgie lässt auch auf diesem Gebiet vieles hoffen.

T. Liebermann bringt das Lipiodol mit Hilfe der Duodenalsonde vor dem Durchleuchtungsschirm an die erforderlichen Stellen. Vorher verabreicht er Atropin, Morphin und lässt die Kranken aus-husten. Das Jodipin haftet an den Wänden, und ist ein nicht ausfüllendes Kontrastmaterial. 5—10 cm³ genügen, das Bild bleibt wochenlang bestehen, so dass es zweckmässig ist, in mehreren Aufnahmen die ganze Lunge abzubilden. Er erinnert an die oft frappanten Resultate der intravenösen Salvarsanverabreichung.

A. Bossányi: *Wirkung massiver Serumdosen im Anschluss an 600 Diphtheriefälle.*

J. Bókay stimmt mit dem Vortragenden hinsichtlich der Applikation massiver Serumdosen bei maligner Di. vollkommen überein. Diesbezüglich hat er sich bereits vor zwei Jahren im gleichen Sinne geäußert. Bei der Serumapplikation empfiehlt er Vorsicht bei intravenösen Injektionen. Nachdem bei dieser $\frac{2}{3}$ der eingeführten Antitoxinmenge schon in 24 Stunden verschwinden, würde er am zweiten Tag auf die intramuskuläre Injektion übergehen und diese abwechselnd mit der subkutanen Verabreichung im Notfall fortsetzen. Bei einer derartigen Applikation sichern wir die verzögerte Ausscheidung des Antitoxins. Die intravenöse Serumapplikation soll jedenfalls unter strengen Kautelen erfolgen, wie das auch der Vortragende betont hat. Die vom Vortragenden erzielten Resultate sind überzeugend und er gratuliert aufrichtig zum Erfolg.

F. Szirmai: Rationeller als die längere Zeit hindurch fortgesetzte Serumdarreichung erscheint es, die ganze notwendige massive Dosis innerhalb der ersten 24 Stunden womöglichst auf einmal zu applizieren. Die Vorbedingung hierfür ist, dass kohl-freies Serum in Verkehr gebracht werde.

P. Kiss: Bei malignen Di.-Fällen prüfte er täglich das Elektrokardiogramm und beobachtete, dass die für Veränderungen des Myokardiums charakteristischen Kurven erst am 7—9ten Krankheitstage auftreten. Das gebundene Toxin braucht vielleicht Zeit, um seine schädliche Wirkung zu entfalten, eben deshalb sind die Ursachen des Früh-todes mehr in Störungen des Nervensystems,

jene des späteren Todes von Seiten des Herzens zu suchen. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die materiellen Schwierigkeiten der Anwendung von grossen Dosen und eben deshalb auf eine kräftigere Propagierung der aktiven Immunisation mit Anatoxin.

K. Kalocsai: Die malignen Fälle zeigen keinen einheitlichen Charakter, ein Teil derselben reagiert gut auf Serum, ein anderer Teil propagiert trotz hoher Dosen, in solchen gewinnen wir den Eindruck, als ob die Serummenge eine ungenügende gewesen wäre. Nachdem man im Voraus nicht feststellen kann, ob ein maligner Fall sich reaktiv oder refraktär verhalten wird, ist in jedem malignen Fall so viel Serum als nur möglich zu verabreichen und man darf auch von den Hunderttausendern nicht zurückschrecken. Die diphtheritische Zirkulationsschwäche wird in der ersten Woche durch die Vasomotorenstörung verursacht, hier kann das Adrenalin mit sehr gutem Erfolg verabreicht werden. Die Gefährlichkeit des Adrenalins und aller anderen blutdrucksteigernden Mittel beginnt erst nach dem sechsten Krankheitstag, wo die Herzaffektion in den Vordergrund tritt. Das Serum kann ganz ruhig intravenös verabreicht werden, wenn ein-zwei Stunden früher die intramuskuläre Dosis appliziert wurde, diese zeigt nämlich einerseits die Anaphylaxie an, andererseits desensibilisiert sie auch. Bei derartiger Vorsicht beobachtete er in keinem Fall das Auftreten prompter Serumreaktionen. Im übrigen sah er bisher den schwersten anphylaktischen Shock nach subkutaner Seruminjektion.

E. Tüdös: Die massive Dosis ist gefahrlos und in schweren Fällen zu verabreichen. Die Art des Serums hat auch Bedeutung, so muss man nach überkonzentrierten Serum — wenn neuere Impfungen notwendig werden — weniger konzentriertes Serum geben.

B. Kanyó: Die Resorptionsunterschiede des konzentrierten und nativen Pferdeserums lassen ihre kombinierte Anwendung wünschenswert erscheinen. Ihr Inhalt an Konservierungsmitteln (Phenol, Trikresol) zieht der massiven Verabreichung gewisse Grenzen, obwohl die Leber das an Eiweiss gebundene Karbol entgiftet.

Sitzung am 22. März 1930.

L. Friedrich: *Operierter und geheilter Fall von duodenalen Divertikulum.* Der 60-jährige Mann leidet seit 14 Jahren an periodisch auftretenden Magenschmerzen, die $\frac{1}{2}$ —2 Stunden nach dem Essen auftreten. Die klinische Untersuchung zeigte keine Abweichung von der Norm. Wa.-R. —. Blutbild: 4.220.000, Hb. 76%. L. 7000. (Alkoholisches) Probefrühstück: Freie Salzsäure 20, Gesamtazidität 24. Im Stuhl kein okkultes Blut. Bei der Cholezystographie (intravenös) b'asse Färbung der Gallenblase, sonst normale Verhältnisse. Mit der Duodenalsonde ist der Gallenblasenreflex gut auslösbar. Die Diagnose lieferte die Röntgenuntersuchung. Der Magen zeigte keinerlei pathologische Veränderung, Bulbus duodeni normal. 5—6 cm vom Bulbus in der lateralen Duodenalpartie am lateralen Teil des in der Nachbarschaft der Gallenblase befindlichen Pars horizontalis superior findet sich eine nussgrosse

Höhle, in welcher oben von Zeit zu Zeit eine Luftblase erscheint. Divertikel am Genu superius sind verhältnismässig selten. Nachdem die interne Behandlung: Liegekur, Atropin, Wismuth-Darreichung erfolglos blieb und das Divertikel an einer Stelle sass, deren leichte Erreichbarkeit vorausgesetzt werden konnte, ferner um dem Kranken die Wiedererlangung der dauernden Arbeitsfähigkeit zu sichern, empfahl er die Operation. Diese wurde in der II. Chirurgischen Klinik von Professor *Bakay* durchgeführt. Die Operation bestätigte die Diagnose und bestand in der Entfernung des Divertikels. Die histologische Untersuchung (Prof. *Buday*) zeigte unverehrte Duodenalschleimhaut, von den übrigen Wandschichten konnten jedoch nur die Musc. mucosae und einzelne Submukosafetzen mit zirkumskripten Gruppen von Brunner'schen Drüsen gefunden werden. Der Kranke fühlt sich seither wohl und hat keine Klagen. Die Divertikel bilden oft Nebenbefunde und lösen keine Klagen aus. Im vorliegenden Fall konnte keine andere Ursache für die Klagen des Kranken gefunden werden. Die Operation musste wegen der immer wiederkehrenden, die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden und sehr entschiedenen Klagen durchgeführt werden. Das klinische Bild der Divertikel ist nicht einheitlich. Es gibt kein einziges pathognomisches Symptom, die Diagnose kann nur durch die Röntgenuntersuchung festgestellt werden. Wir dürfen uns jedoch mit dem Nachweis des Divertikels nicht begnügen, sondern müssen auch alle übrigen Verdauungsorgane sorgfältig durchprüfen, weil sehr oft nicht das Divertikel die Ursache der Unterleibsklagen ist.

L. Bakay macht darauf aufmerksam, dass es bei der Operation, wenn man das Divertikel sucht, nicht genügt, das Duodenum in situ durchzuprüfen, sondern man muss dasselbe mobilisieren. Die Divertikel sind nämlich zumeist in der Umgebung der Papilla Vateri angeordnet. In diesem Falle sass das Divertikel auf der Hinterwand des Duodenums.

E. Scipiades und **E. Burg**. *Die Strukturlehre der menschlichen Plazenta mit besonderer Berücksichtigung der Eigenuntersuchungen.* (Mit Demonstrierung von Präparatserien.) Nach Erörterung der Strukturlehre der menschlichen Plazenta resumieren die Vortragenden jene Feststellungen, die sich bis zum Leipziger Kongress über diese Frage ergaben. Auf Grund ihrer eigenen Untersuchungen widerlegen sie die Behauptung von *Stoekel*, als ob die menschliche Plazenta endothelio-chorial wäre, und weisen nach, dass diese faktisch hämochorial ist. Sie demonstrierten die mütterliche Blutzirkulation in den intervillösen Räumen mit Hilfe eines von Scipiades konstruierten Apparates mit dem Hinweis, dass die Zirkulation auch auf Grund von einfachen mechanischen Faktoren verständlich sei, wobei der Apparat auch darüber Aufschluss gibt, was die Ursache der verschiedenen Entwicke-

lung der Randsinus sein könne. Die fötalen Gefässe, welche der Zirkulation dienen, wurden nach Füllung mit Kontrastmasse studiert. An diesen Gefässen treten bei von Seite der Mutter auftretenden Plazentaerkrankungen regressive Veränderungen auf. Analog mit diesen sind jene physiologischen Gefässveränderungen, die nach *Fraser* und auf Grund ihrer eigenen Untersuchungen mit dem fortschreitenden Altern in der Plazenta auftreten. Diese stehen nach ihren Untersuchungen im Dienste der Einleitung der Geburt. Es sei jedoch nach den Ergebnissen ihrer histologischen und Röntgenuntersuchungen irrig, diese mit dem Übertragen der Schwangerschaft in Verbindung zu bringen. Im Anschluss hieran untersuchten sie ferner das in ihrer Anstalt zuerst festgestellte einzig sichere Zeichen der Fruchtüberreife (Dr. *Szellő*). In der Plazenta von eineiigen Zwillingen gelang es ihnen im Gegensatz zu der bisherigen Anschauung in jedem Fall die sogenannte dritte oder gemeinsame Plazentazirkulation zu finden und sie demonstrierten an der Hand eines von ihnen beobachteten Falles von *Holocardius amorphus* die schweren Folgen, wenn diese intermediäre Zirkulation erheblich asymmetrisch ist. Diese Missbildung stammt nach ihnen aus der Spaltung der gemeinsamen Keimplatte und sie betrachten dieselbe auf Grund ihrer Untersuchungen keineswegs als teratoide Geschwulst. Sie fanden auch bei den verwachsenen Plazenten von zweieiigen Zwillingen einen intermediären Kreislauf, was bisher eine unbekante, ja direkt geleugnete Möglichkeit bei Menschen war. Sie fanden in den Plazenten von Schwangerschaften mit einer Frucht eine pseudomediäre Zirkulation, und sie erklären durch diese das Entstehen von gürtelförmigen Plazenten bei Menschen, diese können nach ihren Untersuchungen ausser bei isthmischen Plazenten, auch bei Plazenten in der Tubenecke entstehen, ferner auch aus in der Plazenta selbst liegenden Ursachen. Sie demonstrieren sodann Fälle von subchorialen und intervillösen Zysten. Sie sind der Ansicht, dass zwischen deren Auftreten und der Form der *Placenta circumvallata* ein Zusammenhang besteht. Sie bringen die letztere Plazentaform mit erworbenen entzündlichen Krankheiten des Endometriums in Zusammenhang und nach ihren Ergebnissen entstehen auch die ungewöhnlichen Plazentaformen auf solcher Grundlage. Schliesslich wiesen sie eine bisher unbekante morphologische Plazentaerkrankung — ausser der *Mola hydatitosa* — nach, die bei der Mutter eine toxische Schwangerschaftserkrankung verursacht.

J. Frigyesi: Als Hauptthema des letzten deutschen Kongresses wurde die Biologie der Plazenta auf die Tagesordnung gestellt. Die Referenten orientieren in einem umfangreichen Band über die einschlägige Literatur und Forschungen. Auch das beweist, dass es angezeigt ist, sich von Zeit zu Zeit mit der Plazenta zu beschäf-

tigen, und zwar nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Ärztesgesellschaft. Es war daher berechtigt, alles bekannte über die Plazenta auch hier in der Ärztesgesellschaft darzulegen und besonders die mit grossem Fleiss und Fachkenntnis hergestellten, wahrhaft künstlerischen Präparate von *Burg* in dieser Gesellschaft zu demonstrieren. Diese schönen Präparate sind für Unterrichtszwecke gewiss sehr wertvoll und es ist auch vom praktischen Gesichtspunkt wichtig, die ursprünglichen und in verschiedener Weise konservierten Plazenten hier zu demonstrieren. Sie scheinen für das Studium der Verhältnisse des Plazentarkreislaufes, sowie der Gefässtruktur der Plazenta geeignet zu sein und die diesbezüglich auftauchenden wissenschaftlichen Fragen zu entscheiden. Sie können jedoch zu diesem Zweck nur bis zu einer gewissen Grenze und mit Vorsicht verwendet werden, weil sie leicht zu Irrtümern Anlass geben können. So hält er das demonstrierte, als grosse Seltenheit bezeichnete Aneurysma des Nabelschnurgefässes nicht für ein solches, Varizen der Nabelschnurgefässe bilden aber eine häufige Veränderung. Die bei Übertragung vorkommenden Gefäsveränderungen hat Redner beschrieben. Die vom Vortragenden erwähnten beiden Fälle bilden keinen Gegenbeweis, weil er in seiner Originalpublikation und auch seither betonte, dass er die Veränderungen nur in einem Teil — in ungefähr 15—20% der Fälle — gefunden hat. In seiner Veröffentlichung hat auch Redner betont, dass die Übertragung verschiedene Ursachen und auch eine verschiedene Bedeutung besitze. Mit der Übertragung selbst, deren klinischer Bedeutung, sowie mit der Rolle, die Redner in dieser Frage spielt, will und könne er im Rahmen dieser Diskussion nicht sprechen. Das sei eine in der Literatur bereits genügend geklärte Frage. Er liess in Fällen von übertragener Schwangerschaft jahrelang die Untersuchung von Plazenten durchführen. Diese Untersuchungen wurden in seiner Anstalt von *Vágó* und *Bakács* durchgeführt. Die Überprüfung der Schnitte wurde aber von den Professoren *Buday*, *Johan* und *Baló*, später aber zwei Jahre hindurch von *Nachtnebel* aus dem Institut des Professors *Buday* erledigt. Redner hatte Gelegenheit, anlässlich des Leipziger Kongresses der Deutschen Gynäkologen Fälle von Übertragung zu demonstrieren. Dass, wie der Vortragende erwähnte, *Höhler* und *Zangemeister* diese Veränderungen nicht gefunden haben, sei leicht verständlich, weil die Publikation von *Zangemeister* sich mit dieser Frage gar nicht beschäftigte, nachdem die vom Redner beschriebenen Veränderungen damals noch gar nicht bekannt waren, *Köhler* aber hat insgesamt nur acht Fälle untersucht. Redner hat ebenfalls erwähnt, dass er zahlreiche solche Fälle gefunden hat, wo die Veränderungen in so ausgesprochener Weise nicht zu finden waren. Die Ursache der Geburtseröffnung kennen wir noch nicht. Mit der Frage haben sich viele Autoren beschäftigt und sie besitzt bereits eine umfangreiche Literatur. Der Prozess ist viel komplizierter, als dass er durch die vom Vortragenden erwähnte Änderung des osmotischen Milieus erklärt werden könnte. Die Ursache der Übertragung sei nach *Scipiades* nicht in der Überreife der Plazenta oder in den in dieser auftretenden Veränderungen, sondern in der gesteigerten Vitalität der Föten zu suchen. *Scipiades* wird Schwierigkeiten haben, Fachleuten gegenüber die Behauptung zu verfechten, dass das spontane Absterben der Früchte vor der Geburt oder während derselben, sowie der bei dieser Gruppe von Früchten

zweifellos vorhandene schwächere Ernährungszustand durch die gesteigerte Vitalität verursacht wird. Er schätzt die Tätigkeit des Professors *Scpiades* sehr hoch und eben deshalb bedauert er, dass *Scpiades* zu jener sehr wenige Mitglieder zählenden Gruppe von Autoren gehört, die mit dem Redner in der Frage der Übertragung nicht übereinstimmen.

E. Scpiades: Jene Kundgebungen, welche seiner Klinik über die Arbeit in Betreff der Morphologie der Plazenta aus den verschiedensten Teilen der Welt zugekommen sind, bestätigen keinesfalls jene Ansicht *Frigyesi's*, dass die Vortragenden auf diesem Gebiet nichts neues produziert haben. *Scpiades* schätzt jene Arbeiten des Vorredners, in welchen dieser bestrebt war, die Frage der Übertragung nach seinem besten Wissen zu klären. Er war dennoch bestrebt, eine Debatte über die Frage der Übertragung zu vermeiden, weil diese vor der grossen Öffentlichkeit von *Zangemeister* für *Frigyesi* sehr ungünstig erledigt wurde, und zwar in einer Weise, dass in der Debatte das letzte Wort *Zangemeister* hatte. Nach dem Ergebnis dieser Debatte hat *Frigyesi* den Fehler dort begangen, als er die künstliche Schwangerschaftsunterbrechung für die Übertragungen verallgemeinert hat, wogegen andere die Operation nur für wenige Fälle von Überreife für indiziert halten. Sein weiterer Fehler war, dass er die in solchen Fällen beobachtete Fruchtesterblichkeit von 4.3%, von welchen nur ungefähr 1% auf die Überreife entfällt, mit einer Schwangerschaftsunterbrechung korrigieren wollte, die eine 10%ige Fruchtesterblichkeit produziert. Einen weiteren Fehler beging er damit, dass er die Folgerungen über die Bedeutung der in den übertragenen Plazenten gefundenen Veränderungen nicht von den pathologischen Anatomen ableiten liess, sondern diese selbst ableitete. Redner kann mit ruhigem Gewissen behaupten, und zwar nicht auf Grund von 2 oder 40, sondern auf Grund von sehr vielen (mehr als 2000) Plazentauntersuchungen, dass jene regressiven Veränderungen, die *Frigyesi* mit der Übertragung in Zusammenhang brachte, in den physiologischen Plazenten und am Ende der Schwangerschaft immer vorhanden sind, ferner, dass *Frigyesi* mit seiner Anschauung allein steht, wogegen die Ansicht der Vortragenden ohne Ausnahme von allen namhaften Forschern, die sich hierüber äusserten, gestützt wird. In eine Erörterung der anderen Frage wolle er sich gar nicht einlassen. Die Vortragenden haben von der Seitenheit der plazentaren arteriellen Aneurysmen gesprochen, was *Frigyesi* mit der Häufigkeit von Nabelschnurgefässerweiterungen wiederlegen will. Das klingt, als ob jemand gegen Magengefässveränderungen mit den Ösophagusgefässen argumentieren wollte, indem zwischen Plazenta und Nabelschnur ein ähnliches Verhältnis besteht.

Sitzung am 29. März 1930.

G. Berencsy: *Die parathyreogene Reaktion des Serums und des Liquor cerebrospinalis.* Unter parathyreogener Reaktion versteht er jene Kalziumvermehrung, die auf Wirkung des Parathyreoidea-Hormons im Serum resp. im Liquor eintritt. Er hat diese Vermehrung im Serum nach 16, im Liquor nach 48 Stunden untersucht. Im Serum wird der Ca-Gehalt

auf Ca-Darreicherung erhöht, was aber binnen drei Stunden ausgeglichen wird, nach Parathormon befindet sich jedoch die Steigerung nach 16 Stunden am Gipfelpunkt. Im letzteren Falle folgt die Erhöhung des Kalziumgehaltes in ausgesprochenerweise der Ca-Vermehrung, wogegen auf direkte Ca-Darreicherung nur eine unwesentliche Kalziumvermehrung eintritt, was durch den langsameren Verlauf der parathyreogenen Reaktion erklärt wird: der Organismus hat mehr Zeit das verschobene Ionengleichgewicht wieder herzustellen, dem gegenüber ist hiefür bei einem raschen Verlauf der Ca-Kurve keine Zeit vorhanden. Der Ca- und K-Gehalt des Liquors stimmt mit dem diffundiblen (an Eiweiss nicht gebundenen) Ca- und K-Gehalt des Serums überein. Er hat das auch mit Ultrafiltration bewiesen. Auf Parathormon zeigen auch diese eine Erhöhung, aber langsamer und in geringerem Grade. Die Erhöhung entspricht wahrscheinlich der auf die diffundible Ca- und K-Partie des Serums entfallenden Vermehrung. Hieraus folgt, dass der Organismus bestrebt ist, das Ionengleichgewicht zu erhalten und wieder herzustellen, eben deshalb sind wir nicht imstande, den Tonus des vom Ionenmilieu abhängenden vegetativen Nervensystems mit Parathormon zu beeinflussen.

G. Gerlóczy: Die Ergebnisse von *Berecsy* bilden einen neuerlichen Beweis dafür, dass der Liquor cerebrospinalis als Ultrafiltrat des Blutes zu betrachten sei. Das wird auch durch die Feststellungen über die Zuckerpermeabilität bewiesen. Besonders interessant ist, dass bei Einführung von Parathormon in den Liquor die Vermehrung von Ca u. K eintritt, obwohl die Blutliquor-Grenzfläche nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen für Katione sich praktisch als impermeabel erwiesen hat. Es wäre überaus bedeutungsvoll, wenn das Parathormon an der Blutliquorgrenze tatsächlich eine, die Permeabilität steigernde Wirkung entfalten würde und die Vermehrung der Kationen in Liquor nicht nur durch die länger dauernde Ca—K-Konzentration im Blute bedingt wäre. Das wäre für die Nervenkrankheiten überaus bedeutungsvoll.

G. Hetényi: Bei schweren Störungen der Ca-Regulation tritt das sogenannte vegetative System in Aktion und strebt nach einer biologischen Kompensation des Ca. Ein Teil dieses Prozesses ist die von *Berecsy* nachgewiesene K-Vermehrung nach künstlicher Steigerung des Blut-Ca-Gehaltes.

J. Lénárd: Bei Hormonempfindlichkeitprüfungen sind zwei Umstände zu berücksichtigen: 1. Dass die Hormonwirkung an einem solchen Faktor des Organismus studiert werde, der auf die Einführung von Hormon den grössten und am meisten charakteristischen Ausschlag zeigt, 2. dass das gewählte Verfahren nicht nur in dem in Punkt 1 bestimmten Sinn das empfindlichste, sondern auch das einfachste und am wenigsten schmerzhaft sei. Bei Prüfung des Hormons der Parathyreoidea entspricht am besten das Verfahren, das die ziffermässige Änderung der eosinophilen Blutzellen beobachtet.

I. Rusznyák: Der Blutzucker ist zum Teil in kolloidalem

Zustand vorhanden und passiert die Kolloidmembrane des Ultrafilters nicht. Der Umstand, dass sich im Liquor weniger Zucker findet, als im Serum, verweist darauf, dass der Liquor für den Zucker als Ultrafiltrat betrachtet werden kann, bei anderen Substanzen jedoch ist ebenso, wie bei anderen Organmembranen auch eine spezifisch sekretorische Funktion anzunehmen.

K. Csépai: *Kraus* und *Zondeck* haben auf Grund ihrer am Froschherzen angestellten Versuche konstatiert, dass das Ca den Sympathikus reizt, das K aber den Vagus, eine mehr saure Reaktion der Gewebsflüssigkeiten reizt den Sympathikus, eine alkalische Reaktion den Vagus. Seine Untersuchungen ergaben, dass Ca und azide Reaktion mit dem Vagusreiz, dagegen K und alkalische Reaktion mit dem Sympathikusreiz korrespondieren. Die Versuche von *Kraus* und *Zondeck* erfolgten an Kaltblütern. Bei Menschen ist nach intravenöser Injektion von Ca-Salzen die wahre Adrenalinempfindlichkeit herabgesetzt, sie steigert sich jedoch auf K-Chlorideinführung. Gleichzeitig wurde festgestellt, dass nach hohen Dosen von Na-Bicarb. die wahre Adrenalinempfindlichkeit gesteigert wird. Die Auffassung von *Kraus* und *Zondeck* kann auf die menschliche Physiologie und Pathologie nicht angewendet werden. Gegen diese Auffassung spricht auch die klinische Erfahrung. Das *Ulcus ventriculi* ist eine vagotonische Krankheit. Bei diesem Leiden ist die Adrenalinempfindlichkeit vermindert oder normal, jedoch nie gesteigert, das pH. des Blutserums ist normal oder azid, jedoch nie alkalischer. Die Blutserumreaktion von Basedowkranken ist alkalischer und es besteht eine nachweisbare Steigerung der Adrenalinempfindlichkeit. Dem Sympathikusreiz entspricht daher die alkalische Verschiebung der Blutserumreaktion, dagegen korrespondiert die azide Verschiebung mit dem Vagusreiz.

G. Berencsy: Die Frage, ob die Permeabilitätssteigerung eine Eigenschaft des Parathormons ist, oder nur eine einfache physikalische Filtration der dauernd vermehrten Ionen vorliegt, könnte derart entschieden werden, dass mit den beschriebenen Untersuchungen das Ergebnis einer solchen Versuchsserie verglichen würde, in welcher der Ionengehalt des Liquors ohne Applikation von Parathormon unter dauernder Steigerung der Ionenzahl geprüft würde. Der Wirkungsgrad des Parathormons wird auch durch die Eosinophilie nicht besser charakterisiert, als durch die Ca-Vermehrung. Sein Zweck war übrigens keineswegs die Prüfung der Parathormonwirkung, sondern die Feststellung des Iongleichgewichtes, resp. des Diffusionsgrades der Blutliquorgrenze für die Kationen.

F. Torday: *Ungarns Säuglings-Gesundheitswesen.* Der Vortragende betont die Bedeutung der Säuglingshygiene für die Populationsbewegung. Er geht bei der Bewertung der Säuglingssterblichkeit von der Geburtsziffer aus. Aus den Angaben des Statistischen Landesamtes führt er die Verhältnisziern der Lebendgeburten und der Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1920—1929 an, und berechnet hieraus, wie weit in diesen 10 Jahren die Verhältnisziffer der Lebendgeburten und der Säuglingssterblichkeit in den Komitaten und Städten mit Muntzipalrecht perzentuell gesunken ist. Er vergleicht diese mit den korrespondierenden Ziffern des Auslandes. Er

beschäftigt sich sodann mit den sanitären Verhältnissen der Säuglinge vom Standpunkt des Kinderarztes auf Grund der Todesursachenstatistik des Säuglingsalters. Er stellt fest, dass die in erster Stelle unter den Todesursachen figurierende angeborene Schwäche kein Zustand der Neugeborenen ist, sondern eine Konsequenz der infolge der Schädlichkeiten des Säuglingsalters eingetretenen Abzehrung. Er betont die entscheidende Bedeutung des Gesundheitszustandes der Neugeborenen. Bei Würdigung der Krankheiten der einzelnen Organsysteme beschäftigt er sich mit deren beeinflussbaren ätiologischen Faktoren. Er verweist auf den grossen Einfluss der Tuberkulose der Neugeborenen und jungen Säuglinge für die säuglingshygienischen Verhältnisse. Zur Bekämpfung derselben seien umfassende Versuche mit der Calmette-Impfung notwendig. Im gleichen Sinne wie mit den Landesverhältnissen beschäftigt er sich auch mit der Säuglingsgesundheit von Budapest.

F. Pfeiffer: *Die Aufgabe Ungarns auf dem Gebiet des Säuglingsschutzes.* Die Bevölkerungspolitik soll eine derartige Beeinflussung des natürlichen Zuwachses anstreben, das die Gestaltung der Verhältniszahl von Geburten und Todesfällen das günstigste Resultat ergebe. Praktisch ist erstens die Herabsetzung der Sterblichkeitsziffer durch Ausschliessung der exogenen Todesursachen erzielbar, was demographisch in der Verlängerung des durchschnittlichen Lebensalters der Menschen zum Ausdruck gelangt. Die sozialhygienische Bedeutung des Mutter- und Säuglingsschutzes gelangt in der Besserung der Lebenschancen der Sterblichkeit am meisten ausgesetzten Schichten zum Ausdruck, damit derart die Zahl der vom Standpunkt der Bevölkerungspolitik überflüssigen Geburten herabgesetzt werde. Es ist nicht anzunehmen, dass für die hohe Verhältniszahl der ungarischen Säuglingssterblichkeit eine biologische Wertverminderung verantwortlich zu machen sei. Wahrscheinlicher ist, dass von den exogenen Ursachen noch zahlreiche Konnexen nicht geklärt sind, in deren Kenntnis die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit mit besserem Erfolg durchgeführt werden könnte. Die erste Aufgabe der Reorganisation dieses Kampfes ist eine derartige detaillierte Aufnahme. Der grösste Teil der Säuglingssterblichkeit entfällt auf die Neugeborenen. Die Zielbewusste Besserung der Lebenschancen der Neugeborenen verspricht günstige Resultate hinsichtlich einer Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit. Ihre mittelbaren und unmittelbaren Faktoren sind der pränatale und intranatale Schutz. Eine grosse Bedeutung für den pränatalen Schutz kommt der Mutterschaftsversicherung zu, diese sollte auf breitere Schichten der Bevölkerung ausgedehnt werden. Zur erfolgreichen Ausgestaltung des intranatalen Schutzes ist nebst einer entsprechenden Reform des Hebammenwesens,

die Ausdehnung der materiellen Unterstützungen auf das ganze Land erforderlich. Eine überaus wichtige Aufgabe der auf richtigen Prinzipien aufgebauten Mutter- und Säuglingsschutz-Organisation ist die volle Einbeziehung der ackerbau-treibenden Bevölkerung, was zur Zeit noch nicht durchgeführt ist. Sehr wichtig für den postnatalen Schutz ist die Organisation der Calmette-Schutzimpfung, sowie eine intensive Ausdehnung der Aktion zur Verbreitung der entsprechenden Kenntnisse. Bei Erörterung der Fehler der bestehenden Organisation müsse betont werden, dass in Zukunft der fachlichen Initiative beim Ausbau der Schutzorganisationen ein grösserer Einfluss zu sichern sei, und dass die lokalen Bedürfnisse mehr berücksichtigt werden sollen, als das in der Vergangenheit geschehen ist. Die lokalen Organe sollen nicht auf Grund gewisser Verwaltungseinheiten und der Bevölkerungszahl, sondern auf den des Schutzes wirklich bedürftigen Gebieten mit grosser Säuglingssterblichkeit vermehrt werden, ohne Rücksicht auf die Volksverteilung. Andererseits soll die einseitige Isolierung des Fürsorgetztes behoben und den lokalen Sanitätsbehörden ein Einfluss auf sämtliche Fürsorgézweige gesichert werden, namentlich auf deren entsprechenden Ausbau, Arbeitsteilung und Vereinheitlichung. Neue gesetzliche Verfügungen seien gar nicht notwendig. G.-A. XIV: 1876 ermöglicht die Reorganisation der praktischen Arbeit, es wird sodann auf Grund der gewonnenen Erfahrungen eine spätere Aufgabe bilden, ein einheitliches Gesundheitsschutzgesetz zu schaffen, welches die in der Praxis erprobten Verfahren sanktionieren wird.

S. Tóth: Die Darlegungen von *Torday* und *Pfeiffer*, sowie die genauen statistischen Daten des Stephanie-Bundes für Mutter- und Säuglingsschutz haben nachgewiesen, dass an jenen Orten, wo der vom Bund organisierte Schutz wirkt, die Säuglingssterblichkeit eine wesentliche Verminderung aufweist und *Torday* hat sogar nachgewiesen, dass der Bund dort die besten Erfolge erzielte, wo der begeisterte Apostel des Bundes seine segensreiche Tätigkeit persönlich entfaltet hat. Aus alledem kann logisch nur die Folgerung abgeleitet werden, dass der Kinderschutz noch mehr zu verbessern und sein Wirkungskreis zu erweitern sei. Das Schicksal möge uns solche Apostel für diese Arbeit geben, wie es *Paul Heim* war, gesegnet sei sein Andenken!

Baron A. Korányi: Die Durchführung der Bernard'schen Methodik des pränatalen, natalen und postnatalen Schutzes bildet die Verwirklichung jener Ideen, die Redner mit Baron *Koloman Müller* zusammen beim Plan der Errichtung des St. Johannes-Spitals einführen wollte. Derzeit könnte er für den Tuberkulose-schutz in Ungarn nur die Einführung der Calmette-Methode empfehlen, nicht als ob deren Resultate bereits in vollem Umfang beurteilt werden könnten, sondern weil wir wissen, dass sie nicht schadet, weil es wahrscheinlich erscheint, dass sie nützt und weil uns ein anderer Weg nicht zur Verfügung steht.

J. Melly: Die systematische Bestimmung der Säuglingssterblichkeit ist keine einfache Aufgabe. Ferner kann aus dieser die tatsächliche Lage überhaupt nicht beurteilt werden, denn hiezu sei notwendig, auch die allgemeinen wirtschaftlichen Verhältnisse gründlicher zu kennen. Deren Wirkung gelangt nämlich prägnant in der Mortalität zum Ausdruck. Die Einschaltung des Mutter- und Säuglingsschutzes in das Arbeitsgebiet des Sanitätswesens sei schwer denkbar, doch sei die Schaffung einer Arbeitsgemeinschaft derselben mit anderen Fürsorgezweigen notwendig.

E. Deutsch ist ein Gegner einer zu weit gehenden Spezialisierung in der medizinischen oder sozialhygienischen Tätigkeit. Dies müsse man besonders angesichts unserer schweren volkswirtschaftlichen Lage betonen. Im Endergebnis sei eine Verallgemeinerung des eugenischen Denkens und des Familienschutzes notwendig. Die Zusammenfassung von Mutter-, Säuglings- und Kinderschutz, der Bekämpfung von Tuberkulose, venerischen Krankheiten und Alkoholismus, mit Einbeziehung entsprechender Fachorgane könne dieses Problem lösen.

F. Pfeiffer: Man dürfe unter den einzelnen Fürsorgezweigen keine Wertunterschiede feststellen. Die Förderung des Mutter- und Säuglingsschutzes könne daher damit nicht motiviert werden, dass die Säuglingssterblichkeit die wichtigste sozialhygienische Schädigung bildet. Im Gegenteil müsse man eben wegen ihres engen Konnexes mit anderen Schädlichkeiten gemeinsam auch gegen diese die weiteren Schutzvorkehrungen organisieren. Zu betonen sei, dass auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes nicht das Individuum, sondern die Familie die letzte Einheit bilde. Niemand wolle die überragende Bedeutung der Tätigkeit des Landes-Stephanie-Bundes herabsetzen, wenn er neue Elemente in diese Arbeit einzuführen wünscht, einerseits zur entgeltigen Klärung der Ursachen der Säuglingssterblichkeit, andererseits zur Intensivierung der angewendeten Schutzvorkehrungen.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion

der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 10. Februar 1930.

T. Seregely: *Melaena neonatorum und Bluttransfusion.* Die Bezeichnung Melaena umfast jene Krankheiten der Neugeborenen, wo der Stuhl des Neugeborenen blutig ist. Mit Rücksicht auf den Ursprung des Blutes, unterscheiden wir die Melaena spuria, symptomatica und vera. Bei der Letzteren handelt es sich um eine intestinale Blutung, deren Ursache wir nicht kennen. Liegt eine hochgradige Blutung vor, so kann sie zur Verblutung führen. Ist sie geringer, so kann sie auch spontan heilen. Sie zeigt daher eine hämophile und eine gutartige Form. Während wir bei der Letzteren keine besonderen Veränderungen mit der Blutuntersuchung finden, ist bei der Ersteren, die Blutgerinnungsdauer

verlängert (10—90 Minuten). Die Ätiologie ist nicht einheitlich. Tatsache ist, dass das Leiden eine ausschliessliche Eigenschaft der Neugeborenen ist, sowie dass die Faktoren, welche die Blutung fördern, nur dann zu einer solchen führen, wenn beim Neugeborenen eine Neigung zu allgemeinen Blutungen besteht. Wir haben in einem Fall bei einem nahezu vollkommen verbluteten Neugeborenen, der wegen des hochgradigen Blutverlustes durch die Blutstillung allein nicht mehr am Leben gehalten werden konnte, die Transfusion durchgeführt. Er erhielt zweimal je 40 cm³ der Gruppe entsprechendes Zitratblut intraspinum. Der Kräftezustand besserte sich schon während der Transfusion und die Blutung kam bereits bei der ersten Transfusion prompt zum Stillstand. Der Säugling zeigte bisher (er ist jetzt 10 Monate alt) vollkommen normale Entwicklung. Er ist überzeugt, dass mit der Bluttransfusion die erschreckend hohe Mortalitätsziffer der hämophilischen Form der Melaena neonatorum viel erheblicher herabgedrückt werden kann, als mit anderen Blutstillungsmethoden.

E. Scipiades vertritt schon seit langer Zeit den Standpunkt, dass die Ätiologie der Melaena keine einheitliche ist. Er führt einen in Budapest beobachteten Fall an, wo Mutter und Säugling Idiosynkrasie dem Sublimat gegenüber zeigten. Beim Kind trat nach den Sublimatwaschungen schwere Melaena, bei der Mutter Gingivitis auf.

J. Kramár: Die Melaena vera ist bestimmt keine lokale Erkrankung. Dagegen spricht die verminderte Blutgerinnungsfähigkeit (also ein Allgemeinsymptom) sowie der Umstand, dass das parenteral, besonders aber das in die Blutbahnen applizierte Blut von Erwachsenen diese Verminderung der Blutgerinnungsfähigkeit und damit auch die Blutung selbst prompt beseitigt. Die Wirkung tritt so rasch ein, dass sie nicht anders erklärt werden kann, als das die Transfusion einen fehlenden Faktor der Blutgerinnung ersetzt. Wenn wir berücksichtigen, dass die Hämophilie eine physiologische Eigenschaft der Neugeborenen ist, so liegt es nahe anzunehmen, dass die Melaena vera eigentlich eine Entartung und pathologische Übertreibung dieser physiologischen Blutungsbereitschaft, also gar kein selbständiges Krankheitsbild ist, sondern ein gleiches Symptom, wie die bei Neugeborenen in die Haut, aus dem Nabel, den Konjunktiven und der Mundschleimhaut zustandekommenden Blutungen. Die Transfusion übt daher mannigfaltige Wirkungen aus. Einerseits stillt sie die Blutung und dient daher der kausalen Therapie; ist der Blutverlust so gross, dass er das Leben bedroht, so wirkt die Transfusion lebensrettend, sie sichert aber auch bei spontan aufgehörender Blutung und nicht drohender Verblutung den grossen Vorteil, dass sie die Zeitdauer des Blutersatzes verkürzt, also jene Periode, wo die Widerstandskraft des anämischen Neugeborenen Infektionen gegenüber stark herabgesetzt ist.

J. Rutich: *Vorführung eines Apparates zur Demonstration der Druckverhältnisse im Brustkorb.* Die in eine 20 cm Rekordspritze gelegte Gummiblase ahmt Erweiterung und

Verengerung der Lunge durch Vergrösserung resp. Herabsetzung des Spritzeninnenraumes (Brustkorb) treffend nach. Das in die Spritzenbohrung eingeführte Quecksilbermanometer aber zeigt die negativen Druckschwankungen des Brustkorbes an. Wird die Ausführungsöffnung der Gummiblase geschlossen, so können die Versuche von *Müller* und *Valsalva* demonstriert werden. Mit einer Gummiblase, die mit Flüssigkeit gefüllt ist, kann die fötale Lunge und die Herbeiführung des Negativdruckes im Brustkorb bei der ersten Atembewegung nachgeahmt werden.

R. Blaskó: *Mit der Pneumothoraxbehandlung erzielte Resultate.* Nach Schilderung der angewendeten Methode und der bei der Indikationsstellung befolgten Prinzipien erörtert er die während und unmittelbar nach den Füllungen beobachteten Störungen, die im Laufe der Behandlung aufgetretenen Komplikationen, sowie die erzielten Resultate. In der Pécsér Internen Klinik wurde im Laufe von fünf Jahren die Anlegung von Pneumothorax in 181 Fällen versucht, sie gelang in 147 Fällen. Es gab drei Fälle von Pneumothorax subphrenicus, 12 Hautemphyseme, 9 trockene Pleuritiden, die mit Verwachsungen heilten, 82 verschiedene Exsudate (die Hälfte hatte transitorischen Charakter) und 7 mediastinale Hernien unter den 147 Fällen. Von den 147 Fällen gab es 35 günstige Resultate, 41 Besserungen, 13 stationäre, 30 Verschlimmerungen, 14 Todesfälle. Bei diesen schweren, progredierenden Fällen konnte daher der Prozess in 70% zum Stillstand gebracht werden. Aus diesem Grund schliesst sich die Klinik den Anhängern dieser Methode an.

L. Teschler: Das bei Pneumothorax sich bildende Exsudat steht durch seine physikalischen und chemischen Eigenschaften häufig den Transsudaten nahe. Diese Exsudate üben keinen ungünstigen Einfluss auf den Zustand der Kranken aus. Erfahrungsgemäss kann man bei serösen Pneumothorax mit verhältnismässig geringen Luftmengen 0, oder positiven Druck erzielen. Bei Sero-pneumothorax können die Füllungen in grösseren Zeitabständen vorgenommen werden, ohne eine totale Resorbierung der Luft befürchten zu müssen.

O. Göttche: Der Pneumothorax ist auch in den Händen des Kinderarztes ein machtvolles Hilfsmittel. Sein Indikationsgebiet ist in erster Reihe die Phthise des Pubertätsalters zwischen dem 9—14. Lebensjahr. Bei Mädchen tritt fast immer die Infiltration einseitig unter der Klavikula auf (*Assmann, Redeker*). Diese Infiltration kann sehr bald zerfallen, und es tritt die infraklavikuläre Kaverne in Erscheinung, die einerseits auf derselben Lungenseite eine kaseöse Pneumonie herbeiführt, zum Teil aber durch Hustenübertragung auch die andere, bis dahin gesunde Lungenhälfte infiziert. Zu dieser Zeit ist es bereits zu spät, den Pneumothorax anzulegen. Mit Rücksicht darauf, dass die Phthise des Pubertätsalters zu rascher Progression und besonders zum kaseösen Zerfall neigt, ist die je frühere Diagnose und das je raschere Eingreifen, das un-

bedingt mit dem Pneumothorax gleichbedeutend ist, sehr notwendig. Die Durchführung desselben ist in diesem Stadium sehr leicht, weil die Pleura unversehr und auch die Lunge gut komprimierbar ist. In mehreren Perioden des Kindesalters dominiert vorwiegend die hämatogene Dissemination, in solchen Fällen hilft der Pneumothorax nicht. In Betreff der Behandlung der epituberkulotischen Infiltration hat sich zur Zeit bereits dogmatisch die Anschauung ausgebildet, dass solche „nicht spezifische“ Infiltrationen nicht zu behandeln sind, weil sich diese spontan zurückbilden. Dem ist auch in den meisten Fällen so, doch kann man keineswegs verallgemeinern. Sie werden durch die Röntgendiagnose festgestellt, doch lässt sich aus dem Röntgenshatten wirklich nicht feststellen, welche dieser Veränderungen spezifische, oder nicht spezifische sind. Fälle mit epituberkulotischen Infiltrationen sind unter strenger Observanz zu halten. Bekanntlich kann sich auch um den primären Herd eine Infiltration bilden, diese kann auch zerfallen, worauf dann die primäre Kaverne erscheint. Jüngst sah er bei drei Säuglingen solche sich rasch (innerhalb 2—3 Wochen) entwickelnde Kavernen. Der gleiche Fall kann auch bei älteren Kindern eintreten, so dass man den epituberkulotischen Infiltrationen gegenüber, die einen milden Verlauf und Rückbildung versprechen, sehr vorsichtig sein und lieber vorzeitig als zu spät eingreifen soll.

J. Ángyán betont die Wichtigkeit der Pneumothoraxtherapie in der Bekämpfung der Tuberkulose und verweist auf das in dieser Hinsicht beweiskräftige Material der Klinik, nach welchem 62% der Kranken sputum- resp. bazillenfrei wurden. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die rechtzeitige Anlegung des Pneumothorax und ersucht diesbezüglich um die Mitwirkung der Ärzteschaft. Die Pneumothoraxtherapie bedeutet für die Lunge ein schützendes Milieu. Die mit Pneumothorax Behandelten bedürfen eines erhöhten Schutzes, deshalb kann es nicht gebilligt werden, wenn solche Kranke, besonders aber die Angehörigen der industriellen Arbeiterklasse, im Laufe der Behandlung zu ihren Arbeitsplätzen zurückgeschickt werden. Wichtig sei die Einrichtung von Pneumothorax-Füllungsplätzen und er ist bestrebt, solche in der Umgebung von Pécs zu errichten.

NACHRICHTEN.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat genehmigt: die Habilitierung des Chefarztes der chirurgischen Abteilung der Klinik für Kinder Dr. *Emil Vertán* für „Die Chirurgie des Säuglings- und Kindesalters“ und des Universitätsassistenten Dr. *Gedeon Erős* für „Anatomische Pathologie der Infektionskrankheiten“ zu Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Pécs-Universität, des Universitätsassistenten Dr. *Franz Keller* für „Propädeutik der internen Heilkunst“, des ehemaligen Universitätsassistenten, Chefarztes des Elisabeth-Komitatspitals in Sátorajauhely Dr. *Ernst Köntzey* für „Chirurgie des Magens und des Darmkanals“ und des Universitätsassistenten Dr. *Ludwig Schmidt* für „Allgemeine chirurg-

gische Diagnostik“ zu Privatdozenten an der medizinischen Fakultät der Debrecener Universität.

Fortbildungskurse für Ärzte unter Teilnahme von ausländischen Professoren und ärztlichen Teilnehmern. Im Verlauf der vom Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung im Juni d. J. veranstalteten Kurse hielten Vorträge: Universitätsprofessor *K. F. Wenckebach* (Wien) über *arterielle Stauung*, Universitätsprofessor Baron *Alexander Korányi* über den *Einfluss des hohen Alters auf innere Krankheiten*, Universitätsprofessor *F. v. Sauerbruch* (Berlin) über die *anatomischen und funktionellen Erkrankungen der Speiseröhre*, Universitätsprofessor *Fr. v. Müller* (München) über die *Pathologie der Gelenkskrankheiten*, Universitätsprofessor *Tibor v. Verebely* über *Exophthalmus*, Universitätsprofessor *F. v. Sauerbruch* (Berlin) über die *operative Behandlung von Gehirnerkrankungen*, Universitätsprofessor *S. v. Tóth* über die *Pathologie der Schwangerschaft*, Universitätsprofessor *Karl Schaffer* über die *Bedeutung der Konstitution in der Neuralgie*, Universitätsprofessor *A. v. Szily* (Münster) über die *Tuberkulose der Augen*, Direktor Professor *Béla Johan* über *Diphtherie*, Freiherr von *Eiselsberg* (Wien) über *Wandlungen der Chirurgie*.

An den Kursen nahmen ausser zahlreichen Budapester und Provinzärzten auch zahlreiche Kollegen von den besetzten Gebieten teil, so dass die Zahl der Mitglieder sich auf zirka 200 belief. Die Vortragenden wurden vom Präsidenten des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung Universitätsprofessor *Emil v. Grósz* begrüsst, der die Bedeutung des geistigen Zusammenwirkens betonte. Die ausländischen Professoren sahen der Kultus- und Unterrichtsminister, der deutsche Gesandte, das Professorenkollegium der medizinischen Fakultät und der Präsident des Zentralkomitees zu Gast, die Hauptstadt aber sorgte im St. Gellért-Hotel für ihre Unterkunft. Glänzende Bankette wurden nicht veranstaltet zum Zeichen dessen, dass den Schwerpunkt des Kurses die wissenschaftliche Arbeit und der Unterricht bildete.

**Sanatorium Dr. Lakatos Baden bei Wien,
vis-à-vis dem Thermal-Strandbad.
Herzstation (Chefarzt Doz. Dr. Singer).
Diätetik, Schwefelbäder im Hause.**

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.