

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.



**MAGYAR
SIEMENS-REINIGER-VEIFA R. T.**

röntgen- és orvostechnikai gépgyár

UNGARISCHE SIEMENS-REINIGER-VEIFA A. G.

Fabrik Röntgen und ärztlich-technischer Apparate

Budapest, VI., Nagymező-utca 4

Telefon: 268-16, 237-04

Sürgönycim:

Telegrammadresse: } **SIREVA**

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, Anämien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebefrei, inmitten eigener grossen Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diät-kuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten 18¹/₂ Pengő aufwärts, österreichische Bahnermässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. ✱ Näheres durch die Prospekte.



DIGESTOL seit Jahrzehnten bewährtes Stomachikum und mildes Abführmittel. Auch in Tablettenform erhältlich.

LIQUOR HYPNOBROMID schmackhaftes, Paralddehyd, Kodein und Brom enthaltendes Hypnotikum und Sedativum. Für MÁV-(Staatsbahn)Kassenmitglieder ordnbar. Für Zuckerkranken eigene Packungen.

PRIMOVEROL vortreffliches Heilmittel der durch herbstliche Erkältungen verursachten oder aus-

gelösten Bronchitiden. Heimisches Primulapreparat. Gelangt als **Primoverol forte** und **Primoverol mite** in Verkehr. Letzteres wird wegen seines Wohlgeschmackes auch von Kindern gern genommen. Für MÁV-(Staatsbahn)Kassenmitglieder ordnbar.

SEDIVAL das vollkommenste Brom-Valerianapreparat. Löst keine Bromacne aus. Für MÁV-(Staatsbahn)Kassenmitglieder ordnbar.

Für Zuckerkranken eigene Packung. Literatur und Mustereinsendungen stellt das „**ST. PETER**“ pharmazeutische Laboratorium, Budapest, V., Árpád-utca 7. Telefon: Aut. 215-43 bereitwilligst zur Verfügung.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. Storm Van Leuven Allergiere Abteilung für Asthma, Heuheber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stillungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilstadt.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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

Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. **CYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft
der Spitalsärzte. — XII. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung
Ungarischer Ärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

Sitzung am 3. Mai 1930.

J. Reichenbach: *Zungengeschwulst nachahmende Lymphogranulomatose.* Die Lymphogranulomatose der Halsdrüsen ist bei dem 34jährigen Kranken in die Muskulatur der rechten Zungenhälfte eingedrungen, und hat diese ungewöhnlich stark tumorartig vergrössert und entstellt. An den grossen Gefrierschnitten, welche im II. pathologisch-anatomischen Institut angefertigt wurden, konnte beobachtet werden, dass das Granulomgewebe mit dem infiltrierenden Wachstum maligner Tumoren zwischen die Muskelfasern gewuchert war, die Gefässwände umstrickte, in diese eindrang und deren Verlegung herbeigeführt hatte.

J. Putnoky: *Krebstransplantationsversuche.* Er referiert auf Grund seiner im II. pathologisch-anatomischen Institut durchgeführten Versuche über die gelungene Transplantation von *Ehrlich'schen* Mäusekarzinom auf weisse Ratten. Es ist bisher gelungen, die Geschwulst in Ratten durch 23 Passagen am Leben zu erhalten. Das Gewicht der entstandenen Geschwülste variiert zwischen 19 und 48 Gramm. Der Krebs verursacht den Tod des Tieres in 8—22 Tagen. Manchmal erfolgte das Verenden des Tieres nicht wegen der übermässigen Geschwulstgrösse, sondern wegen der hochgradigen Nekrose derselben. Die histologische Struktur des Tumors entspricht dem histologischen Bild des ursprünglichen Mäusekrebses. Die Leber- und Nierenzellen der tumorbehaf-

teten Tiere reduzieren das Methylenblau schlechter, als ähnliche Zellen gesunder Tiere. Die roten Blutkörperchen der Tumortiere zeigen während der Krebsentwicklung eine starke ziffermässige Abnahme, während die Leukozyten sich erheblich vermehren. In den gefärbten Präparaten sind die Anisozytose, Poikilozytose, Polychromatophilie, sowie die kernhaltigen Erythrozyten auffallend. Die Verminderung der Zahl der roten Blutkörperchen setzt scheinbar dann ein, wenn die Gewebsnekrose in der Geschwulst beginnt. Das wird anscheinend durch die auf Initiative von Prof. *Balogh* begonnenen und noch im Zuge befindlichen Versuche des Vortragenden bestätigt, die er mit der Einspritzung der Pulpa von nekrotischen zerfallenen Tumoren in Tieren durchführte.

E. Kubányi hält die durch 23 Passagen erhaltenen Transplantationen *Putnoky's* für sehr wertvoll. Er demonstriert seine Tumorerheterotransplantationen, die er in der II. chirurgischen Klinik gleichfalls von Mäusen auf Ratten durchgeführt hat.

E. Balogh: *Nachwirkungen von Strahlen auf menschliche Krebszellen.* Er prüfte die Frage vom allgemeinen histomorphologischen Gesichtspunkt. Er schildert die einerseits im Parenchym, andererseits im Stroma von Krebsgeschwulsten eintretenden zellulären Veränderungen. Keine derselben ist für die Röntgen-, respektive Radium-Gammastrahlen vollkommen charakteristisch. Man findet entsprechende zellpathologische Analogien auch in Karzinomen, die keinerlei äusserliche Einwirkungen erleiden (*Lubarsch* usw.). Die Ursache für solche können nach einer eigenen Beobachtung auch die Diathermiebehandlung (d. i. Wärmestrahlenwirkungen) abgeben. Er konnte aber auch nachweisen, dass charakteristische Missgeburtzellen mit grossen missgebildeten Kernen auch auf gut definierte Bakterium-Toxinwirkung (bei *Malleus*) sich in den Geweben entwickeln können. Auf Grund der Stromaveränderungen erklärt er, warum gerade die rasch anwachsenden Krebsgeschwülste am auffälligsten durch Bestrahlung zurückgebildet werden.

L. Findeisen: *Gemeinsames Auftreten von Krebs und Tuberkulose.* (Auf Grund einer 25jährigen Statistik.) Beim Studium der Protokolle der im II. pathologisch-anatomischen Institut in 25 Jahren (1904—1928) zur Sektion gelangten 8467 Fälle konnte er feststellen, dass das Zusammentreffen von Krebs und Tuberkulose im gleichen Organismus nicht selten ist (9%). Selten dagegen ist das gemeinsame Vorkommen derselben innerhalb der einzelnen Organe. Am häufigsten findet sich das noch in der Lunge. Männer erkrankten ungefähr um 100% häufiger gleichzeitig an beiden Krankheitsformen. Der Tbc-Prozess zeigte überwiegend proliferativen oder narbigen Charakter (96%). Das Zusammentreffen erfolgte hauptsächlich im VI. Dezennium. Die Vermehrung von

Lungenkarzinomfällen in den Nachkriegsjahren konnte auch im bearbeiteten Material nachgewiesen werden.

D. O. Kuthy. Das gemeinsame Auftreten von Karzinom und Tuberkulose ist selten. Unter den ostpreussischen Juden gibt es zahlreiche Fälle von Lungenkrebs, obwohl der relative Tbc-Schutz der seit langem urbanisierten Judenschaft bekannt ist. Bei Krebskranken konnte auch mit den aktivsten Bazillenkulturen nur eine abortive Tbc-Form herbeigeführt werden, und wenn der Maus mit lebenden Tbc-Bazillen gemischte Adenokarzinomeinulsion eingespritzt wurde, blieb die Inokulation regelmässig erfolglos, es entwickelte sich kein Krebs. In den letzten dreieinhalb Jahren, seitdem er diese Frage beobachtet, gab es in seinem Krankenhausmaterial insgesamt neun durch Sektion und mikroskopische Untersuchung bestätigte Fälle von primärem Lungenkrebs (in einem jüngsten Fall fehlt noch die mikroskopische Bestätigung). Wenn nun in der antagonistischen These von *Rokitansky* kein gesunder Vorhanden wäre, so hätte es angesichts der ausgiebigen Reizwirkung, der das Bronchusepithel seitens der Lungentuberkulose ausgesetzt ist, unter den in der genannten Zeit in seiner Abteilung beobachteten ungefähr 5000 Kranken viel mehr Fälle mit Lungentumorverdacht gegeben. In keinem der seziierten Lungenkrebsfälle konnte makroskopisch Tuberkulose nachgewiesen werden. Nach *Bartel* ist das zum Teil eine Folge von Konstitutionsfaktoren, und wenn die Ergebnisse von *Reding* berücksichtigt werden, wonach bei 60 Individuen die aus krebsbelasteten Familien stammen, bei der Untersuchung der Bluthydrogenionkonzentration nach der alkalischen Seite verschobene Werte gefunden wurden, und wenn wir nur die Fieberazidosen der Tbc berücksichtigen, so kann die Hypothese von *Bartel* eine Berechtigung besitzen.

I. Marton. Nach den Statistiken von *Goldzieher* und *Rosenthal* gesellt sich Karzinom selten zu Herzleiden und Nephritis, bei denen Azidose besteht. Mit Rücksicht darauf, dass die Tuberkulose im Krebsalter verhältnismässig selten ist, kann der Antagonismus der beiden Leiden nur auf Grund von Statistiken geklärt werden, die auch das Alter berücksichtigen.

L. Findeisen. Anlässlich des Kecskeméter Kongresses hat Prof. *Balogh* die klinischen und pathologischen Beziehungen eingehend erörtert, weshalb er diese nicht einbezogen hat.

M. Csaba: *Die Beeinflussung der Herzmuskelaktion in Gewebekulturen.* Auf Initiative von Prof. *Balogh* hat sie im II. pathologisch-anatomischen Institut im Verein mit Dr. *L. Németh* die Wirkung von Pharmaka auf Hühnerembryo-Herzmuskelstücke untersucht, die in Gewebekulturen pulsieren. Sie haben in Vorversuchen festgestellt, dass sowohl saure wie alkalische Lösungen die Pulsation hemmten oder vollkommen stillegten. Dagegen hat die Hydrogenionkonzentration zwischen pH. 7.2—7.4 diese nicht beeinflusst. Ferner wurde die Wirkung von Hormonen (Herzhormon, Insulin, Pituitrin, Adrenalin) studiert. Die besten Resultate ergab das Herzhormon, indem es die Kontraktionen in allen Fällen kräftigte, ja, auch in seit mehreren Tagen nicht pulsierenden Herzstückchen eingeleitet hat. Durch *Digitalis* wurden die

Kulturen in allen Fällen günstig beeinflusst. Sie beobachteten als interessantes Vergiftungssymptom des Strophantin das Vorhofflimmern. Mit Gewebekulturen kann die direkte pharmakologische Wirkung unabhängig von allen Nerven- oder humoralen Wirkungen trefflich studiert werden.

E. Varga beschäftigt sich seit Monaten mit der Wirkung der verschiedenen Herzmittel auf Herzkulturen. Nach Hinzufügung des Richter'schen Adigans in stärkeren Lösungen, noch mehr aber nach tropfenweiser Einführung von ungelöstem Adigan beobachtete er keine Tachykardie, sondern in jedem Fall Bradykardie. Er beobachtete auch nach Hinzufügung von konzentriertem Adigan ein Kulturwachstum, obwohl in geringerem Masse, dagegen gab es nach Einwirkung von konzentriertem Koffein, Kamphaquin, Tonogen und Strychnin überhaupt kein Wachstum, sondern nur nach Hinzufügung von schwächeren Lösungen. Eine Pulsation beobachtet er durchschnittlich 10 Tage lang. Nur die mit Adigan behandelten Herzkulturen pulsierten länger als 20 Tage, höchstens 28 Tage, die Pulsfrequenz war 10 Tage lang 40—50, nahm dann stufenweise ab und war am 28. Tag nurmehr vier. Nun transplantierte er das Herzstück und nach neuerlicher Hinzufügung von 100%igem Adigan beobachtete er 90—120 Kontraktionen, später nur 30 und am nächsten Tag hörte die Pulsation auf.

L. Németh. Die Ursache, dass die mit Digitalis behandelten Kulturen länger pulsieren als die nichtbehandelten, ist zum Teil in der konservierenden Wirkung der Lösung zu suchen. Nach seinen Beobachtungen zeigen die mit Insulin behandelten Kulturen geringere Infektionsneigung und auch ihr Wachstum ist besser als das der Nichtbehandelten. Die Ursache ist wahrscheinlich die im Insulin vorhandene Karbolsäure.

M. Csaba berücksichtigte in ihren Versuchen nur die unmittelbaren Wirkungen. Sie konnte das weitere Schicksal der Kulturen nicht berücksichtigen, weil die verschiedenen Lösungen den Kulturen nicht steril hinzugefügt wurden.

Sitzung am 24. Mai 1930.

V. S. Gönczy: *Mit dem Pachon-Oszillometer durchgeführte Messungen an Dysbasiekranken.* Mit dem Pachon-Oszillometer kann nicht nur der Blutdruck, sondern auch der Ausschlag der Pulsamplitude gemessen werden. Die grösste, diese darstellende Ziffer bezeichnen wir als oszillometrischen Index. Aus der ständigen und ausdrücklichen Verminderung oder dem Mangel des Index kann man bei charakteristischer Anamnese auf Gefässverengung und derart auf Dysbasie folgern. Bei der Messung sind folgende Umstände zu beachten: 1. Jederzeit sollen vergleichende Messungen an beiden Extremitäten durchgeführt werden; 2. nur grosse Differenzen sollen verwertet werden; 3. bei hochgradiger Abnahme des Index soll die Untersuchung nach einem heissen Bad wiederholt werden zur Entscheidung des Umstandes, ob eine Läsion organischen, oder spastischen Ursprunges vorliegt; 4. mit Hilfe des Instrumentes kann die

Diagnose der Intensität der Gefässläsion festgestellt werden. Der Vortragende hat bei mehr als 35 Dysbasiekranken oszillometrische Messungen durchgeführt. Zwei der Fälle zeigten rein spastischen Charakter, zwei Dysbasien waren auf Arteriitisgrundlage entstanden, die übrigen waren Dysbasien auf sklerotischer Grundlage. Das Instrument leistet zur Erkennung der verschiedenen Dysbasiearten, zur Feststellung ihrer Intensität und zur Kontrolle der Behandlungsergebnisse gute Dienste. Nachdem die oszillometrische Untersuchung die Besserung nicht immer genau festzustellen vermag, bedarf das Instrument noch Verbesserungen. Gelingen diese, so kann das Untersuchungsverfahren auf dem Gebiet der Prophylaxe der Gefässkrankheiten noch eine bedeutende Rolle spielen.

J. Pogány: *Klinische Untersuchungen über die Ursachen der Blutdruckerhöhungen.* Bei Dekompensation von mitralen Vitien und Schwächezuständen des mitralisierten linken Herzens kann die pathologische Kontraktion der Venen zum Teil unmittelbar durch Palpation beobachtet, andererseits damit nachgewiesen werden, dass der venöse Druck auf Wirkung eines warmen Vorderarmbades am betreffenden Arm sinkt. Die Drucksenkung kann nur durch Lösung der Venenkontraktion erklärt werden, weil sämtliche übrigen auf Wärmeapplikation eintretenden Änderungen: die Erweiterung der Präkapillaren, die Erhöhung des kapillaren Druckes, die Vermehrung der durchströmenden Blutmenge und die Erweiterung der zur Messung benützten Vene zur Drucksteigerung führen würden. Die venöse Drucksteigerung infolge Venenkontraktion kann mit einer minimalen Adrenalinmenge nachgewiesen werden, die in jene Vene eingespritzt wird, in welcher die Nadel des Druckmessungsinstrumentes liegt. Die drucksteigernde Wirkung der präkapillaren Erweiterung kann er 1. durch i. v. Injektion geringer Histaminmengen, 2. mit der nach unblutiger Kompression des Unterarmes auftretenden Hyperämie nachweisen. Die Messung des venösen Druckes kann serienweise sehr einfach mit einem Verfahren durchgeführt werden, das aus der Zusammenlegung der Methoden von *Moritz-Tabora* und von *Villaret* entsteht. Durch die aktive Kompression der Hautvenen an den Extremitäten ist der Organismus imstande 1. durch Steigerung des venösen und als Folge dessen des kapillaren Druckes Ödeme zu fördern und 2. das subpapillare Hautvenennetz zu füllen, welches nach *Wollheim* durch seinen grossen Fassungsraum ein mit der Leber und der Milz vollkommen analoges Blutdepotorgan ist. Die Hautvenen bilden daher ebenso die Schliessmuskulatur dieser Hautblutdepots, wie die Vena hepatica für die Bauchdepotorgane.

K. Jezsovits und V. G. Dániel: *Die wechselvollen Formen der primären Lungenkrebse.* (Die vom diagnostischen

Gesichtspunkt erfolgte Bewertung von sieben primären Lungenkrebsen mit besonderer Rücksicht auf deren, andere Krankheitsbilder nachahmenden Formen.) Zwei der sieben Fälle zeigten in der Form von Fleckeninfiltrationen, ein der Tbc. ähnliches Krankheitsbild, zwei andere aber waren kavernös zerfallen und mit Abszess resp. Gangrän zu verwechseln. Ein Fall ahmte ein Empyem nach, einer bot das Bild der Hilus-Tbc., einer der miliaren Tbc. Ausserdem Demonstrierung einer chronischen Pneumonie wegen ihrer diff. diagnostischen Bedeutung. Nach einer kurzen symptomatologischen Schilderung sämtlicher Fälle folgte der Hinweis auf solche vereinzelt anscheinend bedeutungslose Symptome (Schmerz, Husten, Dyspnoe, Zyanose), die entsprechend bewertet, für die Früh- und Differenzialdiagnose oft wichtiger sind, als die bekannten klassischen Veränderungen (Kachexie, himbeergeleartiges Sputum, Tumorzellen).

I. Záborszky: Die Krebsstatistiken zeigen eine steigende Tendenz, und damit vermehren sich auch die Fälle von Lungenkrebs. Im Jahre 1929 beobachtete er in der Tbc-Abteilung des Pestujhelyer Spitals neun Lungenkrebsfälle die mit der Diagnose Lungen-Tbc. eingeschendet wurden. Die Zahl der Lungenkrebsfälle bildete 0.502% der aufgenommenen Kranken. Werden die Lungenkrebsfälle mit der Zahl der im vorgeschrittenen Alter beginnenden Fälle von Lungen-Tbc. verglichen, so kann die Verhältniszahl auf zirka 1 1/2% geschätzt werden. Von den Lungenkrebsfällen waren im Alter von 40—50 Jahren zwei, zwischen 50—60 Jahren sechs, über 60 ein Fall. Sämtliche Autoren konstatieren auf Grund der Krebsstatistiken die Verbreitung des Krebses und das moderne Leben produziert neue Krebsreize. So bildet z. B. wahrscheinlich die Einatmung Autoauspuffgase einen Lungenkrebsreiz. In seinen Fällen figurirt anscheinend die Inhalation von Rauch- und Kohlengasen, in mehr als 50% der Fälle als Reizfaktor. In zwei der neun Fälle wurde versucht, diese durch Operation von ihrem Leiden zu befreien, einen nach vorausgegangener Röntgenbehandlung, wogegen die übrigen Fälle mit Röntgenbestrahlung behandelt wurden. Er verlor alle drei operierte Fälle. Bei der Sektion war keine Spur von Lungentuberkulose zu finden. Infolge der Geschwulstentwicklung wird der Organismus alsbald kachektisch. Der Tumorsitz war in vier Fällen im Oberlappen, zweimal im Mittellappen und dreimal im Unterlappen. Bei der Diagnose spielt neben der im Alter von 40—50 Jahren einsetzenden Lungenblutung der Mangel von Koch-Bazillen, das Wachstum der Geschwulst und damit des Umfanges der absoluten Dämpfung eine wichtige Rolle, über welche letzterer keinerlei Atemgeräusch wahrnehmbar ist. Sehr rasch tritt hochgradiger Verfall des Organismus ein. Zur Differenzialdiagnose kann auch die Lipiodolinjektion in die Bronchien verwendet werden. Er hat die Methode in zwei Fällen angewendet, in dem einen bestätigte sie die Krebsdiagnose, in dem andern widersprach sie derselben. In diesem letzteren Fall stellte sich heraus, dass sich in der Lunge neben anderen tuberkulotischen Prozessen neueren Datums geschrumpftes, nodöses, peribronchiales tuberkulotisches Lungengewebe fand.

J. Krausz lenkt die Aufmerksamkeit auf die spezielle biolo-

gische Bedeutung der Dyspnoe und der Schmerzäußerung. Infolge der rascheren Verbreitung werden nämlich die Nerven-elemente derart gezerzt resp. komprimiert, das Schmerz auftritt. Die Dyspnoe aber ist eine Folge des rasch und unerwartet eintretenden Lufthungers. Beiden Faktoren kommt der Tbc. gegenüber eine wichtige differenzielle Bedeutung zu. Bei Cc. ist keine Zeit zur Entwicklung der Kachexie vorhanden.

I. Nádor-Nikitits: Die Röntgenuntersuchung weist sekundäre Cc. schon frühzeitig leicht nach. Das primäre Cc. kann im vorgeschrittenem Stadium, welches einen umfangreichen intensiven Schatten gibt, auch mit der Röntgenuntersuchung oft diagnostiziert werden. Es ist jedoch von der schwartigen pleuralen Tbc.-Form nur schwer zu unterscheiden. In einem Fall führte die mit Lipiodol durchgeführte Untersuchung zur richtigen Diagnose. In diesem Fall rechtfertigte die Gewebsuntersuchung die Röntgendiagnose, indem der Operateur, ja anfangs auch der Prosektor den Fall als Tbc. betrachteten. Unter den klinischen Symptomen kommt wohl dem Schmerz Wichtigkeit zu, dieser wird jedoch erst dann auffällig, wenn der Prozess die Pleura erreicht. Andererseits sind pleurale Tbc.-Prozesse auch mit lebhaften Schmerzen verbunden. Interessanterweise findet sich selten intensives Blutspucken, indem das Sputum zumeist nur blutig tingiert ist. In seinen Fällen war auch die Kachexie nur gering.

I. Schill betont, dass in drei Fällen im Frühstadium des Lungen-Cc. Zunahme des Körpergewichtes beobachtet werden konnte. Zwei dieser Kranken wurden in einem Lungensanatorium mit der Diagnose Lungen-Tbc. behandelt und nahmen an Gewicht zu. Die Gewichtszunahme spricht daher nicht gegen die Diagnose von Lungenkrebs.

E. Zalka behauptet *Záborszky* gegenüber auf Grund seines eigenen Materials, dass die neuestens beobachtete Vermehrung von Lungenkrebsfällen mit der angeblichen allgemeinen Vermehrung von Krebsfällen nicht im Zusammenhang steht. Als primärer Tumor findet sich pathologisch-anatomisch am häufigsten der aus einem Hautbronchus ausgehende Krebs. Andere Formen sind: ein kleinerer Herd in der Lungensubstanz der zumeist mit einem Bronchus im Zusammenhang steht, ferner die pleuropulmonale Form, die wahrscheinlich gleichfalls von einem Bronchus ausgeht, sodann gibt es auch Geschwulstkavernen. Die an krupöse Pneumonie erinnernde Form geht wahrscheinlich vom Lungengewebe selbst aus. Der Nachweis von Geschwulstzellen im Sputum oder im pleuralen Exsudat sei ein wertvolles Symptom. Sehr oft erteilen Strich- und eingebettete Präparate Aufklärungen.

G. Dániel verweist auf die Analogie des Schmerzes mit dem Exsudat, bei adhäsiver Pleuritis sei der Schmerz natürlicherweise noch intensiver. Er gibt die Prädisposition des hohen Alters zu, nachdem jedoch von ihren 13 Fällen einer 32, ein anderer aber 33 Jahre alt war, will er dieses Moment nicht in den Vordergrund der Differenzialdiagnose stellen. Über das Lipiodolverfahren habe er keine Erfahrung. Tumorzellen wurden tatsächlich in Strichpräparaten gesucht. Die empfohlene Methode wird mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage versucht werden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 26. März 1930.

G. Fabinyi: *Infolge traumatischer Wirkung entstandene bösartige Geschwulst.* Der Fall, welcher die Irritationstheorie der Geschwulstbildung zu stützen scheint, ist der folgende: Die 23jährige Patientin wurde in der chirurgischen Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals in Jahre 1926 wegen einer diffusen kolloiden Struma operiert. Am Schluss der Operation kollabierte die tracheomalazische Luftröhrenpartie unterhalb des Ringknorpels und es musste der Luftröhrenschnitt durchgeführt werden. Die Kanüle wurde nach drei Wochen entfernt und die Kranke geheilt entlassen. Sie meldete sich nach einem halben Jahr wieder mit Suffokationsklagen. Bei der operativen Freilegung der Luftröhre wurde 1½ cm unter dem Ringknorpel eine weiche kollabierte Luftröhrenpartie und an der Stelle des Luftröhrenschnittes rechts eine bohngrosse, glatte, weiche, verschiebbare Geschwulst gefunden. Diese wurde entfernt, die histologische Diagnose war: Adenocarcinoma gland. thyr. 36 Stunden nach der Resektion der narbigen Luftröhrenpartie musste abermals Luftröhrenschnitt resp. die Freilegung der Wunde wegen Kehlkopfödem durchgeführt werden. Ein Jahr nach der zweiten Operation hat Prof. *Manninger* bei der Kranken zum Zweck des Dekanulements eine neuerliche Operation durchgeführt. Er fand über der Tracheotomia ein verengtes tracheales Lumen und rechts von der Öffnung eine nussgrosse, die Tracheawand durchbrechende Geschwulst, welche reseziert und die Luftröhre in ungefähr 5 cm Länge exzindiert wurde. Die Kranke verliess anscheinend geheilt die Anstalt. Die histologische Diagnose war abermals Adenokarzinom. Ein Jahr später traten dem rechten Halsnervenstrang entlang Metastasen auf und die Kranke starb mit den Symptomen von unstillbaren, in die Schulter und obere Extremität ausstrahlenden Schmerzen und Krebskachexie nach drei Monaten. In dem bei der ersten Operation zurückgebliebenen Schilddrüsengewebe hat wahrscheinlich infolge des von der Kanüle gesetzten Traumas eine langsame und äusserlich gutartige, aber histologische maligne Gewebsproliferation eingesetzt.

A. Jenő: *Atresia hymenalis.* (Aus der Abteilung von Prof. *Manstfeld.*) Wichtig ist die Erkennung. Der vorliegende Fall wurde von dem Arzt mit der Diagnose Cysta ovarii zugeschickt. Symptome: 1. Im geschlechtsreifen Alter Amenorrhöe, 2. Druckgefühl, Krämpfe. 3. Geschwulstgefühl. Operation: Eröffnung der Vagina, 1100 cm³ schokoladeartige, sterile, geruchlose Flüssigkeit.

J. Bakács: *Histologisches Bild einer unterbundenen Tube.* Die Unterbindung erfolgte 1924, jetzt musste der

Uterus wegen Blutung extirpiert werden, und mit diesem wurde auch die Tube entfernt. In der Tube findet sich von der Unterbindungsstelle gegen den Uterus zu keinerlei Veränderung. Dagegen ist sie in der fimbrialen Partie erweitert, hier sind atrophizierte Zotten und stellenweise rundzellige Infiltration nachweisbar.

O. Mansfield: *Die Methoden und Indikationen des Kaiserschnittes.* Nach einem historischen Rückblick schildert er die gegenwärtig üblichen Verfahren. Er referiert sodann über die Bewegung, welche unter dem Namen „Die neue Orientierung der Geburtshilfe“ das Fach beschäftigt und nimmt zu dieser Frage Stellung.

B. Nádory: Für die Frage der Sectio caesarea ist zur Zeit nicht so sehr die technische Seite, die Operationsmethode von entscheidender Wichtigkeit, viel wesentlicher ist die Indikation, auf Grund welcher die Operation durchgeführt wird. Zur Zeit umfasst die Indikation ein immer weiteres Gebiet und die Operation wird auch in solchen Fällen ausschliesslich im Interesse der Frucht durchgeführt, in welchen noch vor 1—2 Jahrzehnten lieber das Leben der Frucht geopfert wurde, um das Leben der Mutter durch den Kaiserschnitt nicht zu gefährden. Bei geringeren Graden von Beckenverengung, bei verzögerten Geburten von älteren Primipara, oder wenn die Frucht allzugross war, wurde deren Schädel trepaniert und verkleinert, durch die Vagina herausgezogen. Heute wird in all diesen Fällen die lebende Frucht durch Sectio caesarea zur Welt gebracht. Ja es gibt sogar Radikale, wie der Amerikaner *Porter* und der Deutsche *Hirsch*, die verkünden, dass die Sect. caes. abdom. die schonendste Geburtsart ist. Soweit sind wir nun noch nicht. In der Gebärdabteilung des Neuen St. Johannes-Spitals und in der Filiale des St. Margit-Spitals wurden von 1925 bis einschliesslich 1929 von 6759 Geburten insgesamt in 30 Fällen die Sect. caes. durchgeführt, u. zw. 16 Classica, 9 transperitonealis cervicalis und 5 vaginalis. Von den S. c. classica starb eine Frau an Anämie infolge Portiokarzinom, eine Frau an Peritonitis, von den S. c. vaginalis starb ebenfalls eine Frau an Tbc. miliaris, wegen welcher Krankheiten die betreffende Operation durchgeführt wurde. Nach Abzug dieser Fälle ist also im Endergebnis an der durchgeführten Operation nur eine Frau gestorben. Mit den 25 Sect. caes. abdom. wurden 25 lebende Früchte zur Welt gebracht. Die 5 Sect. caes. vagin. wurden alle nur bei unreifen Früchten durchgeführt, von diesen waren 2 lebend, 3 tote im V—VI. Monat. Die Indikationen zur Durchführung der Operation waren: bei der Sect. caes. abd. Beckenenge in 16, Eclampsia in 4, ferner in 11 Fällen: Tbc., Karz., Nabelschnurvorfal, ältere Primipara und verschleppte Querlage. Bei der Sect. caes. vag. Tbc. in 3 Fällen, Eklampsie und rigider Muttermund in je einem Fall. Durch eigenartigen Zufall hatten wir keinen einzigen Fall von Plac. praevia, der mit Sect. caes. zu versorgen war. Vom technischen Gesichtspunkt ist jede der beiden abdominalen Methoden unschwer und ihre Heilung kann durch exakte Naht gesichert werden. Zweifellos ist die Wundversorgung in der Längsrichtung bei der zervikalen Sect. caes. einfacher, als bei der Classica und sie ergibt auch für eine folgende Geburt günstigere Verhältnisse. In 2 Fällen wurden wiederholte Sect. caes. class.

durchgeführt und es wurden weder bei der zweiten Operation, noch im Laufe der zweiten Schwangerschaft Schädigungen der Mutter beobachtet. Für die Durchführung der Sect. caes. vagin. ist jedoch, obwohl auch diese technisch nicht sehr kompliziert ist, eine grössere spezielle Vorbildung und Praxis auf dem Gebiet der vaginalen Operationen notwendig, auch ist die Entwicklung der Frucht mit grösseren Schwierigkeiten verbunden. Als er Sekundararzt im St. Rochus-Spital war, operierte er 5 Fälle mit Sect. caes. vag., u. zw. 3 wegen Portiokarzinom mit Totalexstirpation der Vagina, 2 wegen Eklampsie, als die Sect. caes. abdom. noch nicht so verbreitet war, welche Methode zur Zeit die Sect. caes. vag. erfolgreich ersetzen kann. Auf Grund dessen kann er erklären, dass die Methoden der Sect. caes. abdom. d. h. die Class. und die Transperit. cerv. gleichmässig sichere Methoden und sowohl im Interesse der Mutter, wie auch in dem der Frucht durchführbar sind, wenn für diese die entsprechende Indikation vorliegt. Die Sect. caes. vag. aber wäre für solche Fälle vorbehalten, wo die Frau in die Laparotomie nicht einwilligt, oder wo die rasche Beendigung der Geburt im Interesse der Mutter notwendig ist, ohne Rücksicht auf die Frucht, weil die vaginale Methode keine Sicherheit dafür bietet, dass die Frucht lebend wird entwickelt werden können.

S. Tóth: Vor nahezu 20 Jahren hat er, im 1911, in seinem Vortrag in dieser Gesellschaft „Der gegenwärtige Stand der Geburtshilfe“ die Notwendigkeit dessen betont, jede Gebärende, wo der Geburtsverlauf irgend eine Abnormität aufweist, in eine Anstalt zu überführen. Er empfahl, dass nicht nur die unteren Gesellschaftsklassen der Wohltat teilhaftig werden, in Kliniken und Gebäranstalten während des ganzen Geburtsverlaufes unter ständiger ärztlicher Aufsicht zu sein, sondern dass die Stadt ein städtisches Mutterheim errichte. In diesem sollen die Bürgerfrauen für die Zeit ihrer Geburt ihren materiellen Verhältnissen entsprechend Unterkunft finden, damit man nicht dann einen Arzt suchen müsse, wenn das Malheur bereits eingetreten ist. In diesem Vortrag wünschte er ferner, dass bei schweren Geburtskomplikationen die Grenzen des abdominellen Kaiserschnittes erweitert werden, und zwar nicht nur auf Fälle von engem Becken, Eklampsie und Placenta praevia, sondern auch auf älteren Primipara, wie das auch der Vortragende empfahl, als prophylaktisches Verfahren. Wir sind in der Geburtshilfe nicht imstande, die biologischen Faktoren im Vorhinein festzustellen oder zu prophezeien, obwohl der Arzt bei der Geburt für solche Faktoren die Verantwortung zu übernehmen hat, deren Regulierung nicht in seiner Macht steht. Es kommt ja sehr oft vor, dass nach spontaner Geburt, oder nach kleineren Eingriffen schwere Wochenbetterkrankungen auftreten, die durch die in der Vagina so oft vorhandenen pathogenen Keime und nicht durch mangelhafte Sterilität des Arztes, oder der Hebamme verursacht werden. Die Verantwortung belastet vor der Öffentlichkeit dennoch den Arzt. Redner kann nicht alle Einzelheiten des umfassenden Vortrages des Referenten erörtern, doch will er einige Bemerkungen über die Operationsmethoden machen. Zweifellos ist die vom Cervix durchgeführte Sect. caes. aus mehreren Gesichtspunkten sehr vorteilhaft. Er kennt jedoch zum Teil aus der Literatur, aber auch eigener Erfahrung Fälle, wo selbst die Nahtnarbe des Cervix bei neuerer Schwangerschaft oder Geburt gerissen ist. Die Durchschneidung des Cervix in Querrichtung hält er zumindest theoretisch nicht für

vorteilhaft. Der schwangere Uterus muss herausgerollt werden, es besteht Raumenge und angesichts der anatomischen Verhältnisse wird die Blutung voraussichtlich nicht geringer, sondern im Gegenteil, infolge der Durchtrennung der Uterinäste noch erheblicher sein. Obwohl er die vom Vortragenden erwähnte, so grosses Aufsehen erregende Ansicht von *Hirsch* keinesfalls teilt, dass an Stelle der auf vaginalem Wege durchgeführten geburtshilflichen Operationen der Kaiserschnitt gewählt werden soll, stimmt er darin mit dem Vortragenden dennoch vollkommen überein, dass bei der gegenwärtigen Technik und im Besitz der Asepsis die Grenzen des abdominalen Kaiserschnittes zu erweitern sind.

XII. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte.

Am 30. und 31. Mai 1930.

Präsident Baron **Alexander Korányi** hielt eine Eröffnungsansprache, in der er die Wichtigkeit der mächtigen Entwicklung der Röntgenologie auf dem Gebiete der individuellen Diagnostik betonte, die einen weiteren Fortschritt der Therapie hoffen lässt. Nach der Einführung der hygieno-diätetischen Behandlung erwies sich die Kollapstherapie als die wertvollste Methode, mit deren Hilfe auch eine Ausheilung der Kavernen ermöglicht wurde. Die Höhe der Tuberkulosesterblichkeit weist — von den Kriegsjahren abgesehen — einen ständigen Rückgang auf, was ausser der kulturellen Entwicklung den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, der Gesellschaft, der Regierung und der sanitären Administration zu verdanken ist. Der Präsident betonte die Bedeutung der Fachkenntnis für die Beurteilung von therapeutischen Verfahren, in Ermangelung einer solchen wird der Laie das Opfer von Kurpfuschern. Jede Neuerung sei den Fachleuten vorzulegen. Es gibt heute keinen verkannten *Semmelweis* mehr und selbst dieser hat sich nicht an die Tagespresse gewendet. *Calmette* hat sein Verfahren nach gründlicher Überlegung der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt und bei seinen 250,000 Impfungen passierte keinerlei Malheur. Dass die Sache in Lübeck einen anderen Verlauf hatte, kann eine bisher unbekannte Ursache haben, diese muss festgestellt und unser Urteil bis dahin in Schwebe gelassen werden. Schliesslich wies er auf die Wichtigkeit der Diskussion und Kritik im Leben jeder wissenschaftlichen Vereinigung hin.

W. Friedrich: *Die Arbeitsfähigkeit der Lungenkranken.* (Referat.) Die Wahrung der Arbeitsfähigkeit gelingt bemeiterten und jenen Kranken leichter, die imstande sind, im Erkrankungsfall ihre Arbeitszeit täglich um mehrere Stunden zu kürzen, den Nährwert ihrer Nahrung zu steigern, ihre

freie Zeit in guter Luft und in gesunder Umgebung zu verbringen. Die Wahrung der Arbeitsfähigkeit bereitet jedoch erhebliche Schwierigkeiten, wenn die sozialen Verhältnisse ungünstig sind, wie bei den Kleinbürgern, landwirtschaftlichen Arbeitern und den Angehörigen jener ziemlich umfangreichen Schichten, für die im Rahmen der sozialen Gesetzgebung in der Form von Kranken- und Invaliditätsversicherung nicht gesorgt ist.

Bei der Feststellung der Arbeitsfähigkeit kann der Arzt oft in einen scheinbaren Gegensatz zu seinen Kollegen kommen, wenn er als Kliniker-Experte einer Versicherungsgesellschaft, eines Arbeitergerichtes, oder als Dispensairearzt ein Gutachten abgibt. Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, oder deren Verneinung kann zu gewissen Differenzen zwischen den Versicherten, der Sozialversicherung, sowie den behandelnden und Kontrollärzten führen. An Lungentuberkulose Leidende können nur dann als arbeitsfähig betrachtet werden, wenn sie ihren bisherigen Arbeitsplatz genau so ausfüllen können, wie ihre Arbeiterkollegen in ähnlichen Beschäftigungszweigen. An aktiven oder fortschreitenden Lungenprozessen leidende Kranke sind in jedem Fall als arbeitsunfähig zu betrachten. Juvenile Lungentuberkulose, Tuberculosis fibrosa diffusa, sowie Lungenerkrankungen mit häufig rezidivierenden, subakuten Symptomen bedingen gleichfalls Arbeitsunfähigkeit. Auch bei wenig umfangreichen Prozessen ist Arbeitsunfähigkeit anzunehmen, wenn Temperatursteigerung, Husten, Blutspucken, Steigerung der Pulsfrequenz, Abnahme des Körpergewichtes, Schwächegefühl und Nervosität vorhanden sind. Zur Erzielung der Arbeitsfähigkeit sei schon während des Aufenthaltes in der Heilanstalt die Arbeitstherapie in der Form von Arbeitstraining einzuführen.

D. O. Kuthy: Im Elisabeth-Sanatorium hat er, als er dort im ersten Dezennium dieses Jahrhunderts tätig war, zur Beschäftigung von rekonvaleszenten weiblichen Kranken eine Korb- und Ruhebettflechtwerkstätte eingerichtet.

J. Kentzler: Während seiner langjährigen Tätigkeit als Dispensairearzt hat er sich mit den in sozialer Hinsicht wichtigen Fragen der Feststellung des Grades der Arbeitsfähigkeit, oder Unfähigkeit von Lungenkranken beschäftigt. Hierbei müsse berücksichtigt werden, dass die Entscheidung dieser Fragen unter den bestehenden Verhältnissen viel schwieriger sei, als dies in den Friedenszeiten der Fall war.

V. Markó stellt nachdrücklich fest, dass bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit das wichtigste Erfordernis die Durchführung der Untersuchung durch entsprechende Fachärzte in vollkommen ausgerüsteten und mit allen Hilfsmitteln versehenen Anstalten sei.

S. Somogyi bemerkt zu den Darlegungen des Referenten über die Arbeitsgemeinschaft, dass eine solche Arbeitsgemeinschaft seit 1926 in Ujpest zwischen dem sozialpolitischen Universitätsinstitut und der Sozialversicherung besteht.

M. Babarczy betont die Wichtigkeit einer kooperativen Tätigkeit der Lungendispensaire mit der Sozialversicherung und verweist auf jene zahlreichen Prozesse, in welchen das Gericht die Gutachten der Dispensaire als prozessentscheidend akzeptierte.

J. Holló. Zur vorläufigen Orientierung in dieser Frage empfiehlt er eine Unterscheidung zwischen vorgeschrittenen Prozessen mit ungünstiger Prognose und schwer gefährdeten Fällen.

A. Bihari: *Die Differenzierung der Lungenkranken in der Kassenpraxis.* In der Zusammenfassung seiner Darlegungen verweist er auf die Bedeutung von drei Punkten:

a) von jedem sich meldenden Kranken ist eine Röntgenaufnahme herzustellen, diese ist zur raschen Orientierung unbedingt notwendig;

b) von jedem Kranken, bei dem ein stationärer Prozess vorhanden ist, sei halbjährlich eine Röntgenkontrolle erwünscht und schliesslich

c) apikale Prozesse seien nur dann als arbeitsunfähig zu bezeichnen und in Behandlung zu nehmen, wenn diese einen offenen Verlauf zeigen; unbedingt arbeitsunfähig und dringend zu behandeln sind die sogenannten Frühinfiltrate und die kavernösen Prozesse.

D. O. Kuthy erinnert daran, dass er bereits im Jahre 1917 allein der Verallgemeinerung der Spitzenlokalisation entgegengetreten ist.

T. Szél: *Die tuberkulotischen Erkrankungen und Todesfälle der in den Krankenkassen versicherten Bevölkerungsschichten.* Nach den aufgearbeiteten Ergebnissen der Jahre 1923—1928 entfallen auf 100,000 Mitglieder jährlich 2835 Arbeitsunfähige infolge Tuberkulose. $\frac{2}{5}$ der Todesfälle von Kassenmitgliedern entfallen auf Tuberkulose. Dem gegenüber entfallen nur 15% sämtlicher Todesfälle des Landes, sowie 24% der Todesfälle der Erwerbfähigen auf Tuberkulose. Die Lage der weiblichen Kassenmitglieder ist noch ungünstiger. Einige Gewerbearten fördern die Erkrankung, solche sind: Setzer (chronische Bleivergiftung), Schuster, Schneider. Die durchschnittliche Zahl der auf einen Kranken entfallenden Krankheitstage steht im umgekehrten Verhältnis zum Niveau der Letalität.

L. Karafiáth: *Die Tuberkuloseverhältnisse in Budakeszi und deren Lehren.* Der Vortragende hat die Matrikel Daten von 33 Jahren vom Gesichtspunkte der Tuberkulosesterblichkeit aufgearbeitet. Die Tatsache, dass es auf dem Gebiete der Gemeinde Lungenheilstätten gibt, hat die Tuberkuloseverhältnisse nicht verschlechtert. Die lungenkranken Sommergäste sollten jedoch streng kontrolliert werden.

M. Guhr (Westerheim, Tátraszéplak) referiert über die Ergebnisse der behördlichen Verfügung in der Tátra in Betreff der Tuberkulosekontrolle der Sanatoriumsangestellten und deren Familienmitglieder. Diese wurden gesund befunden, eine Tbc-Erkrankung ist bei ihnen nicht vorgekommen.

D. O. Kuthy: *Die Rolle des sozialen Faktors bei Aufstellung der Indikation des künstlichen Aborts bei Lungentuberkulose.* Die rein medizinische Seite der Indikationsstellung in den einzelnen Fällen ist wohl zur Zeit ziemlich labil, fest steht jedoch die Pflicht der Berücksichtigung der materiellen Lage der Familie. Der Vortragende gelangt in der Frage der Indikationsstellung des künstlichen Abortus bei Lungentuberkulose der Mutter zu der Konklusion, dass diese bei der bemittelten Gravida möglichst vermieden werde, bei der im Elend befindlichen Mutter aber, besonders wenn sie bereits Kinder hat und die Mutter das Brot verdienen muss, innerhalb viel weiterer Grenzen zu gestatten sei.

Baron Alexander Korányi anerkennt die Berechtigung der sozialen Indikation nur innerhalb sehr enger Grenzen. Es sei wohl richtig, dass die Prognose bei guten materiellen Verhältnissen eine andere ist, als bei schlechten. In der Praxis sehen wir aber, dass wegen Tbc viel mehr Aborte vorgenommen werden, als verantwortet werden könnte.

A. Veress: *Untersuchungen über die experimentelle Tuberkulose der Bauchspeicheldrüse.* In dem II. Pathologisch-Anatomischen Institut wurde versucht, die Tbc-Erkrankung der Bauchspeicheldrüse bei Kaninchen herbeizuführen. Auf Grund der Versuche kann festgestellt werden, dass die tuberkulotische Pankreas-erkrankung durch Impfung in die Bauchhöhle ziemlich leicht erreicht werden kann.

B. Kanócz: *Therapeutische und Immunisationsversuche bei Kaninchen mit ihrer Fetthülle beraubten Tbc-Bazillen.* Die gesunde Lunge spaltet das Fett; die Fähigkeit der Lunge des mit Tbc infizierten Organismus ist für Fettspaltung geringer. Die gesunde Lunge spaltet nebst anderen Fetten auch die Fetthüllen des Tbc-Bazillus im Gegensatz zum kranken Organ. Mit der Vakzine, die aus derart behandelten Bazillen hergestellt wird, können Kaninchen erfolgreich immunisiert, resp. das bei ihnen entstandene Krankheitsbild günstig beeinflusst werden.

E. Bajza: *Zusammenhang von Konstitution und Allergie.* Versuche an exsudativen und produktiven Lungentuberkulotikern mit Kantharidinpflaster ergaben, dass eine gewisse Parallele zwischen dem Lungenprozess und der durch den aspezifischen Entzündungserreger herbeigeführten Hautveränderung, ferner dass ein ausgesprochener Zusammenhang zwischen der Kantharidinreaktion und der Tuberkulinempfindlichkeit besteht.

F. Pongor (Debrecen) und **Z. Virágh** (Debrecen): *Primärkomplex und Allergie.* Auf Grund ihrer Ergebnisse ist die Tuberkulinallergie nicht an das Vorhandensein des Primärkomplexes gebunden. In jenen Fällen jedoch, wo ein Primär-

komplex vorhanden ist, kann die Tuberkulinallergie in einem unverhältnismässig grösseren Grade und mit stärkerer Intensität nachgewiesen werden.

M. Trojan (Debrecen): *Die Häufigkeit und Lokalisation des verkalkten Primärkomplexes und die konstitutionellen und konditionellen Faktoren.* Vortragender fand je nach Geschlecht, Alter, sozialer Stellung und Körperform verschiedene Abweichungen von den Durchschnittsziffern, was darauf hinweist, dass schon die Häufigkeit und Lokalisation der primären Infektion unter dem Einfluss von konstitutionellen und konditionellen Faktoren steht.

J. Geszti (Debrecen): *Besitzt die Nachweisbarkeit des verkalkten Primärkomplexes irgendwelche immunbiologische Bedeutung?* Der Vortragende referiert über die Untersuchungsergebnisse, welche sich auf die Verhältnisse der Exazerbation, oder des Abbaues des verkalkten Primärkomplexes beziehen. Nach diesen kann die Störung des immunbiologischen Gleichgewichtes, die durch Abschluss des Krankheitserregers eingetreten ist, seitens der primären Herde wann immer eintreten.

G. Gáli (Gyula): *Die Lungentuberkulose des Alters zwischen 40—60 Jahren.* Die Tuberkulose dieser Altersgruppe verdient ausser wegen ihrer hohen Mortalität, auch vom klinischen Gesichtspunkt Aufmerksamkeit. Vom therapeutischen Gesichtspunkt aus ist es wichtig, mit der chirurgischen Indikation der Lungentuberkulose über dem 40., besonders aber über dem 50. Lebensjahr vorsichtig zu sein, weil in diesem Alter die Kranken besonders den Ausfall der Diaphragmabewegungen nicht gut vertragen.

L. Giesz: *Beiträge zur Häufigkeit von Lungenblutungen nach Alter und Jahreszeit.* Am häufigsten war die Hämoptoe zwischen dem 51. und 60., im allgemeinen aber nach dem 41. Lebensjahr. Von den Jahreszeiten zeigte besonders der Winter zahlreiche Lungenblutungen, speziell die grösseren und intensiven Hämoptoen, die Sommermonate ergaben die geringste durchschnittliche Prozentziffer der Hämoptoen.

D. O. Kuthy: Das seltenere Auftreten der Hämoptoen im Sommer sei umso interessanter, weil die Hitze zum Husten reizt. Im Winter können die infolge von Erkältungen und anderen Faktoren auftretenden Exazerbationen des Tbc-Prozesses die Ursachen der Anhäufung von Blutungen zu dieser Jahreszeit sein.

E. Schön: Bezüglich des Ausganges der Blutungen findet sich zwischen Erwachsenen und Kindern ein wesentlicher Unterschied, denn während 3·5 % der blutenden Erwachsenen an Suffokation starben, war diese Zahl bei den Kindern mit Lungenblutung 21 %.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Die ärztlichen Fortbildungskurse in der ersten Jahreshälfte. An den vom Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstalteten Kursen vom 1. Januar bis 30. Juni d. J. haben 818 Ärzte teilgenommen (1929: erste Jahreshälfte 294 Ärzte). In *Budapest* wurden 11, in den Universitätsstädten der Provinz 3, in Provinzspitälern 7 Lehrkurse abgehalten. Ein Teil der Hörer wurde mit Stipendien bedacht, was dank der Unterstützung der Regierung möglich geworden ist. Die Lehrkurse waren im übrigen unentgeltlich; die Einschreibungsgebühr von 5 Pengö wurde in vielen Fällen nachgesehen. Die Leitung des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung obliegt folgenden Persönlichkeiten: Universitätsprofessor Dr. *Emil v. Grösz* (Präsident), Staatssekretär Universitätsprofessor Dr. *Kornel Scholtz* (Vizepräsident), Universitätsprofessor Dr. *Béla Johan* (Sekretär). Die Kanzlei befindet sich in der I. Augenklinik (VIII., Mária-uca 39).

Die Reform der ärztlichen Studienordnung. Die ärztliche Sektion des Vereins für Hochschulunterricht befasste sich in ihrer Sitzung unter Vorsitz des Universitätsprofessors Dr. *Emil v. Grösz* mit der *Reform der ärztlichen Studienordnung*. In dieser Angelegenheit hat auch im ersten Monat dieses Jahres im Kultusministerium eine Sitzung stattgefunden, deren Gegenstand die *Revision der Rigorosenordnung gewesen ist*. In der jüngsten Sitzung waren von den vier ärztlichen Fakultäten des Landes 21 Professoren erschienen. Das Kultusministerium vertrat Staatssekretär *Koloman v. Szily*, das Volkswohlfahrtministerium stellvertretender Staatssekretär *Tibor v. Györy* und den Verein für Hochschulunterricht Generalsekretär *Wilhelm Misángyi*. Alle Redner crachteten es für *notwendig, dass die Auslese bereits in der ersten Hälfte der Studienzeit erfolge und dass die Übernahme in die höheren Semester ohne Ablegung einer Zwischenprüfung unmöglich gemacht werde*. Die Ansichten differieren noch, ob diese Auslese am Ende des ersten oder des zweiten Jahres erfolgen soll. Notwendig sei auch, dass die Studienzeit verlängert werde, was für begabte und fleissige Studierende durch die zur Verfügung stehenden Stipendien erleichtert werden könne. Die Konferenz schloss mit dem Erfolg, dass die Stellungnahme der einzelnen Fakultäten vorbereitet werden konnte, so dass die Entscheidung wahrscheinlich noch im Laufe dieses Jahres fallen kann.

**Sanatorium Dr. Lakatos Baden bei Wien,
vis-à-vis dem Thermalstrandbad.
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.