

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.



Die neue Pflegeanstalt für Heilbedürftige:

Dr. Mandler Sanatorium

Budapest, VI., Szobli ucca 3.

Für geburtshilffliche, chirurgische und interne Patienten.

Gemeinsame Zimmer von 8 Pengő aufwärts mit Verpflegung.
Separatzimmer von 11 Pengő.

Röntgen- und chemische Laboratorien in beiden Anstalten

Direktor-Chefarzt Dr. Otto Mandler.

Fernsprecher: Sanatorium Aut. 276-50 und 256-63, Heilanstalt Aut. 865-01.

Die beliebte, seit jeher bewährte Kuranstalt der Heilbedürftigen ist die

Heilanstalt am Calvin-Platz

Budapest, IX., Calvin-tér 10.

Enfettungskuren

Rheuma-, Ischias- und hydrotherapeutische Behandlungen. Kosmetik.



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

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

PRIMOVEROL vortreffliches Heilmittel der durch herbstliche Erkältungen verursachten oder aus-

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

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

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

Bei Hämorrhoiden Augen-Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich. In Verkehr gesetzt von

ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53.

Fernsprecher: Aut. 227-67, Aut. 279-83.

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. — XII. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte. (Fortsetzung.) — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 23. April 1930.

P. Kallós: *Infektionsimmunität und Immunisierung bei Tuberkulose.* Die Infektionsimmunität bei Tuberkulose kommt nur während des Bestehens der Krankheit zum Ausdruck, solange im Organismus ein immunbiologisch-aktiver tuberkulotischer Herd vorhanden ist. Als solcher kann jeder Tbc.-Herd betrachtet werden, in welchem lebende und virulente Krankheitserreger, sowie spezifisches Granulationsgewebe vorhanden sind. Der einen solchen Herd enthaltende Organismus ist immun, und allergisch. Bei exogener Bazilleninvasion kommt, wenn die Infektion nicht übermäßig massiv ist, nur eine Lokalreaktion zu Stande. Ist sie aber allzu massiv, so treten auch Herd- und allgemeine Reaktionen auf. Er schildert seine mit *Dr. Elisabeth Bajza* gemeinsam publizierte Methode, die in der Anwendung des sogenannten künstlichen primären Herdes besteht. Unter diesem ist ein solches, aus lebenden und virulenten Koch-Bazillen sowie Tbc.-Gewebe bestehendes, in eine semipermeable Kapsel eingeschlossenes System zu verstehen, wo die Kapsel jene Stoffe passieren lässt, welche den Immunitätsreiz auslösen, und durch die gegenseitige Wirkung von Koch-Bazillen und Gewebselementen entstehen, die Koch-Bazillen selbst jedoch nur, wenn die Kapsel durch ein Trauma geöffnet wird. Gesunde Kaninchen und Meerschweinchen wurden durch einen solchen intra-

kutan deponierten künstlichen primären Herd allergisch, und dieser war imstande, die Tiere gegen eine so grosse Virusdosis zu schützen, die bei den mit Schutzimpfung nicht versehenen Versuchstieren in jedem Falle tödliche Tbc. herbeigeführt hat.

D. O. Kuthy: Nach der Ansicht der Vortragenden immunisiert die milde Infektion im Kindesalter, die von der Natur herbeigeführt wird, wohl sehr gut, involviert jedoch gewisse Gefahren, weil der im Körper verborgene Primärkomplex, der die Immunität herbeiführt und erhält, kein sicher schliessender Kerker der Koch-Bazillen ist, aus diesem kann sich durch Reinfektion Lungentuberkulose entwickeln. Er wirft daher die Idee auf, einen solchen künstlichen primären Herd in den Organismus einzuführen, dessen Kapsel für die Bazillen unpassierbar ist, diese könne jedoch von den Schutzstoffen durchdrungen werden, welche in den mit virulenten Koch-Bazillen infizierten Gewebekulturen produziert werden und die Immunität aufrechterhalten können. Die Grundidee des Vortragenden, sowie die Durchführungsmethode bildet in der Literatur bereits den Gegenstand lebhafter Diskussionen und in dieser haben sich *Dessau, Gerhart, Aschoff, Selter, Schlossmann, Brauer* und *Nobel* der originellen Idee unseres hervorragenden ungarischen Kollegen angeschlossen. Zweifellos kann die natürliche Immunisation gefährlich werden, und bildet gewissermassen ein Damoklesschwert. Wie wirksam jedoch diese Immunisation sein kann, beweisen jene Fälle, in welchen das *Malum Potti* mit gutem Lungenstatus verhanden ist.

G. Faludi beobachtete, dass Kinder mit Lymphomen nach Morbilli selten eine manifeste Tbc. bekommen. In seiner Abteilung dient seit vierzehn Jahren eine nunmehr vierzigjährige Pflegerin, die im neunzehnten Lebensjahr an Lupus litt. Dieser heilte nach fünf Jahren. Während ihres Dienstes trat bei ihr nur eine Phlyktäne auf, die auf Karyonbehandlung rasch heilte, im übrigen ist sie trotz der starken Exposition seit mehr als einem Jahrzehnt gesund.

S. Somogyi: Das Vorhandensein des Ultravirus könne man nicht ableugnen, was auch durch seine Untersuchungen über die Heredität bestätigt wird.

P. Kallós will bei seinen weiteren Untersuchungen die Darlegungen von Kuthy berücksichtigen. Das Bestehen oder Nichtbestehen des Ultravirus kann die neuen Anschauungen über die Immunität nicht wesentlich beeinflussen.

A. Licskó und D. Raisz: *Retinitis gravidarum*.

A. Licskó: Die R. g. ist ziemlich selten, nach *Silex* entfällt eine Erkrankung auf 3000, nach den Angaben von *Rochon-Duvigneaud* eine auf 3700 Schwangere. *Schiötz* fand unter 13,000—15,000 Schwangeren eine R. g. Während der Schwangerschaft kann die Retinitis durch Schwangerschaftsnier, im Verlauf der Schwangerschaft entstandene akute Nephritis und während der Schwangerschaft rezidivierende chronische Nephritis herbeigeführt werden. Das Leiden ist häufiger bei Primipara im letzten Schwangerschaftsstadium kann aber ausnahmsweise auch im Wochenbett auftreten. Vom Gesichtspunkt der Prognose und der Therapie ist eine

scharfe Differenzierung der Ätiologie erforderlich. Vom Gesichtspunkt der Sehfähigkeit ist die Prognose der R. g. ziemlich gefährlich, für das Leben jedoch kann sie als günstig bezeichnet werden. Sowohl für das Leben, wie auch für die Wahrung der Sehfähigkeit ist die Prognose der Nephropathia gr. am günstigsten. Ziemlich gut ist die Prognose auch bei akuter Nephritis, am ungünstigsten jedoch bei chronischen Nephritiden. Ungünstiger ist die Prognose, wenn die Retinitis mit anderen Augenhintergrundsymptomen z. B. Ablatio retinae oder Papillitis kompliziert ist. Für die Therapie ist zwischen dem konservativem Standpunkt: der üblichen Diätbehandlung der Mutter und zwischen der Schwangerschaftsunterbrechung zu wählen. Vom augenärztlichen Standpunkt kann seine Stellungnahme in Betreff des therapeutischen Abortus oder der künstlichen Frühgeburt folgendermassen umschrieben werden: Die Retinitis wird durch die Schwangerschaftsunterbrechung zweifellos regelmässig günstig beeinflusst, doch sei deshalb nicht in allen Fällen dieser Weg einzuschlagen, besonders aber dürfe man nicht so weit gehen, wie *Schiötz*, der bei jeder Veränderung des Augenhintergrundes mit dem Krankheitsbild der R. g. die Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisierung der Frau vorschlägt. Wird die R. g. in den letzten Schwangerschaftsmonaten durch Schwangerschaftsniere verursacht, so ist die Schwangerschaftsunterbrechung wegen der Retinitis überhaupt nicht notwendig. Jene Fälle von Retinitis, die zu Beginn der Gravidität auftreten, machen die Schwangerschaftsunterbrechung notwendig. Für die Prophylaxe kann bei solchen Frauen, die an chronischer Nephritis leiden, die Verhinderung einer neuen Konzeption erwogen werden, demgegenüber macht eine mit Schwangerschaftsniere komplizierte vorausgegangene Geburt eine Prophylaxe nicht unbedingt notwendig. Überaus wichtig sei das Zusammenwirken des Geburtshelfers mit dem Augenarzt, weil in jedem Fall zu individualisieren sei, und weil von grossen Werten; der Wahrung des mütterlichen Lebens, einer lebensfähigen Frucht und der Sehkraft der Mutter die Rede ist.

D. Raisz: Hinsichtlich der Bedeutung der Schwangerschaftsretinitis sind die Retinitiden mit Nephropathia gr. scharf von jenen Fällen zu scheiden, die bei an Nephritis leidenden Schwangeren auftreten. Er schildert die Einteilung der Schwangerschaftstoxikosen, die Ursachen der Nephropathien, die nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen in den Kolloiden und in einer Verschiebung des Ionenmilieus zu suchen sind. Aus der Literatur und den Daten der I. Frauenklinik folgert er, dass obwohl im Anschluss an Schwangerschaftstoxikose Sehstörungen ziemlich oft auftreten, diese dennoch gutartig sind und Neigung zur Heilung zeigen. Die Retinitis pflegt in der Mehrzahl der Fälle bei

mit Nephritis komplizierten Schwangerschaften auftreten. Hinsichtlich der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung bei Retinitiden, teilt er den Standpunkt von Fink, wonach, wenn diese auf nephritischer Grundlage entstanden sind, die Schwangerschaft zu unterbrechen sei, dagegen bei Nephropathien nur dann, wenn der Prozess auf entsprechende diätetische Behandlung sich nicht bessert, oder sogar progrediert. Nach einer mit Retinitis komplizierten Schwangerschaft, die auf nephropatischer Grundlage zu Stande gekommen ist, kann die neue Konzeption auch in dem Falle gestattet werden, wenn nach dieser eine Verminderung der Sehkraft geringeren Grades zurückgeblieben ist, weil während der folgenden Schwangerschaft die Nephropathie nur in zwei Prozent der Fälle zu rezidivieren pflegt.

A. Torday: Bei Schwangerschaftsretinitiden entscheidet über das weitere Vorgehen der Zustand der Nieren, deshalb ist die Feststellung der Albuminurie wichtig. In der ersten Schwangerschaftshälfte kommt Nephropathia gr. nicht vor, das Auftreten von Eiweiss-harn stammt zu dieser Zeit aus einer Herd- oder diffusen Nieren-erkrankung, sofern aus anderen Ursachen auftretende Albuminurie ausgeschlossen werden kann. Bei der Feststellung der anzuwenden- den Verfahren entscheidet die Nierenfunktionsprüfung und die Fest- stellung des Grades der mit der Erkrankung der Nieren verbunde- nen organischen Veränderungen. Schwieriger gestaltet sich die Lage in der zweiten Schwangerschaftshälfte, weil die Differenzierung von der gutartigen Nephrose, ja auch von der chronischen Glomerulo- nephritis Schwierigkeiten bereitet, weil bei der Nephropathia gr., obwohl in den Glomeruli entzündliche Veränderungen zumeist nicht zu finden sind, die Symptome aus Nephrose und Nephritis addiert sind, und diese in dem von der Toxikose beherrschten Krankheits- bild überwiegen. Die Eiweissmenge kann zwischen 1—25 Promille variieren. Organische Sedimente sind reichlich vorhanden, rote Blut- körperchen finden sich jedoch in geringer Anzahl. Die Wasser- und CaCl-Ausscheidung kann in geringem Masse gestört sein, R. N. pflegt jedoch normal zu sein. Trotz der verhältnismässigen Gutartigkeit des Prozesses gehen nach *Zangenmeister* 7 Prozent der Erkran- kungen in chronische Nephritis über. In gewissen Abschnitten des Prozesses können glomerale Funktionsstörungen das Bild be- herrschen und deshalb ist nach *Korányi* zwischen tubularer und glomeraler Nephropathie zu unterscheiden. Die in der zweiten Schwangerschaftshälfte auftretende akute Nierenentzündung kann von dieser erstgenannten Krankheitsform auf Grund der akuten Symptome abgegrenzt werden, doch kann die Unterscheidung von chronischen und progredierenden Formen Schwierigkeiten bereiten. Dann kann das Verhalten des R. N. und der Zustand des Herzens zur Unterscheidung benützt werden, vorausgesetzt, dass die Herz- hypertrophie nicht aus anderen Ursachen entstanden ist.

G. Bud: Bei Nephropathie ist die Einleitung der Frühgeburt zumeist nicht dringend. Zu begrüssen ist, dass die Vortragenden bestrebt waren, einen Unterschied zwischen retinalen Erkrankungen zu machen, die bereits vor der Schwangerschaft vorhanden waren, oder während derselben, jedoch unabhängig von dieser aufgetreten

sind. Es sei erfreulich, dass die Augenuntersuchung eine scharfe Differenzierung ermöglicht, so, dass diese verlässliche Ratschläge für die konservative Behandlung zu erteilen vermag. Er wünscht jedoch ein plastischeres Bild jener klinischen Symptome und Untersuchungen, die eine konservative Therapie ohne Gefährdung des Auges ermöglichen.

A. Orencsák (statt Nádory): Von 9556 geburtshilflichen Erkrankungen der Gebärdabteilung des Neuen St. Johannes-Spitals gab es in drei Fällen Retinaerkrankungen.

1. 30jährige I. P. Zwillingschwangerschaft. Augenbefund Neuroretinitis haemorrh. O. utr. Künstliche Einleitung der Geburt. Ballonerweiterung, hohe Zange, Extraktion der zweiten Frucht. Lebende reife Knaben. Geheilt.

2. 31jährige III. P. Eclampsia. Neuroretinitis. Künstliche Frühgeburt, lebendes, lebensfähiges Mädchen. Mit Nephrosen entlassen. V. P. Gleichfalls in unserer Abteilung. Nephritis. Decolor. papillae. Spontane Geburt eines lebenden Mädchens. Nach fieberfreien Wochenbett mit 0.5 Promille Eiweiss im Harn entlassen.

3. 35jährige taubstumme I. P. Bei ihrer ersten Geburt Ablatio retinae, nach dieser totale Amaurose. II. P. in unserer Abteilung. Sie ist vollkommen blind, im Harn Eiweisspuren. Spontane Geburt, fieberfreies Wochenbett.

Ausserdem gab es in zahlreichen Fällen von Eklampsie Amaurosen, wegen der Anfälle konnte jedoch die Untersuchung des Augenhintergrundes nicht durchgeführt werden. In allen Fällen, wo bei Eklampsie Augensymptome auftreten, führen wir sofort die rasche Beendigung der Geburt durch. Nach rechtzeitig durchgeführter Operation bilden sich die Augensymptome vollkommen zurück. Fälle von Nephritis und Nephropathie ohne Eklampsie werden mit Diät und medikamentös behandelt, bei mit Sehstörungen verbundenen Veränderungen des Augenhintergrundes sei die sofortige Unterbrechung der Schwangerschaft indiziert, weil bei einer so schweren Erkrankung eine dauernde Schädigung oder der vollkommene Verlust des Sehvermögens durch die Verzögerung nicht aufs Spiel gesetzt werden darf.

A. Licskó: Den Ausführungen *Buds* gegenüber hält er seine Darlegungen Aufrecht, wonach es nicht notwendig sei, bei jeder Retinitis die Schwangerschaft zu unterbrechen, sei die Ursache derselben Nephropathie oder Nephritis. Sehr notwendig sei die strenge ätiologische Unterscheidung. Wir stehen oft unter sozialem Zwang, wenn unbedingt Nachkommenschaft notwendig ist.

D. Raisz bemerkt auf die Darlegungen von *Bud*, dass er in der Frage der Schwangerschaftsunterbrechung den Standpunkt von *Fink* teilt, wonach die Schwangerschaft unbedingt zu unterbrechen sei, wenn zur chronischen Nephritis Retinitis hinzugesetzt ist. Wenn jedoch das R. N. sich nicht vermehrt hat, keine Hypertrophie des linken Herzens vorhanden ist und die Retinitis in der zweiten Schwangerschaftshälfte auftrat: mit einem Wort, wenn wir es nicht mit Nephritis, sondern mit Nephropathie und Nephrose zu tun haben, soll die Kranke zuerst diätetisch behandelt werden und nur wenn diese erfolglos bleibt, wendet er die Schwangerschaftsunterbrechung, resp. die Einleitung der Frühgeburt an.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Wissenschaftliche Beratung der Ungarischen Dermatologischen Gesellschaft als Gast.

Sitzung am 9. Mai 1930.

J. Csillag: *Dyspeptische Dermatosen.* Er demonstriert vier Fälle, die ohne Lokalbehandlung auf perorale Kohlen-, resp. Pepsinsalzsäuretherapie rasch heilten, deren Grundlage daher eine Dyspepsie war. Es sei motiviert, dass solche auf Grund von chronischen Dyspepsien auftretende Hautmanifestationen als ätiologisch zusammengehörend unter neuen Namen als selbständige Hautkrankheit in der Reihe der Dermatosen figurieren sollen.

J. Justus: *Therapie des Skleroderma.* Er erörtert im Anschluss an sechs Fälle die Therapie dieses Leidens, der verwandten Akrodermatitis atrophicans sowie deren Beziehungen zum endokrinen System.

J. Steiner hat vor zwei Jahren die Insulinbehandlung der Raynaud-Krankheit und des Skleroderma entdeckt. *Michaelis* hat die Therapie aus deutschen Blättern übernommen und bestätigt. Redner gebührt daher die Priorität.

D. Kenedy: *Skleroderma et Anetodermia.* Bei der 36-jährigen Frau trat vor sechs Jahren auf der Hand die Raynaud-Symptomengruppe auf. Seit einem Jahr Sklerodaktylie sowie Atrophie im Gesicht, auf der Nase und fleckige Sklerodermie auf der Brust und am Rücken. Anetoderma auf beiden Armen. Seitens des Nervensystems auf Syringomelie verweisende Symptome. Die drei Monate lang durchgeführte Pankreastherapie war erfolglos.

J. Sellei: Der Fall weist entschieden Raynaud-Synndrome auf. Gegen die Raynaud-Krankheit hat sich die Pankreas-Fermenttherapie als wirkungslos erwiesen.

F. Földvári: *Teleangiectasia haemorrhagica hereditaria.* Das Krankheitsbild wurde symptomatisch zuerst von *Osler* zusammengefasst. Das Leiden ist erblich. Der eine Kranke ist ein 35jähriger Mann, dessen Vater ein ähnliches Leiden hatte. Die Krankheit begann im Alter von 15 Jahren mit Nasenbluten, Teleangiectasien, später zeigten sich Angiome und Naevus araneus. Die weibliche Kranke ist die Schwester dieses Patienten, bei der sich ähnliche Symptome im 31ten Lebensjahr zuerst zeigten. Bei beiden Kranken finden sich die Teleangiectasien auf der Haut, auf Nasen- und Mundschleimhaut, sowie auf der Zunge. Der Knabe ist der achtjährige Sohn des Mannes, hier finden sich Teleangiectasien auf der Vorderfläche des Halses. Bei dem Manne und der Frau war die Zahl der roten Blutkörperchen 3.850,000, resp. 3.700,000, der Hämoglobinwert 55 resp. 50. Beim Knaben fand

er ausser der ziffermässigen Verminderung der Erythrozyten (3.800,000), Eosinophilie (12%).

E. Lehner: *Leishmaniasis cutis*. Die 32jährige Frau, weilte anderthalb Jahre lang in Bagdad. Der erste Herd zeigte sich Ende Dezember am Unterarm. Im Januar dieses Jahres trat ein neuerer Herd gleichfalls am rechten Unterarm, im Februar unter dem linken Auge, und vor zwei Wochen der jüngste Herd auf der Stirne auf. Zu Beginn wird der Herd durch ein hirsenkorngrosses Infiltrat im Corium gebildet, welches von einem hellergrossen hyperämischen Hof umgeben ist, im weiteren Verlauf wächst das Infiltrat, später schmilzt es im Zentrum ein und exulzeriert, das kleine Geschwür bedeckt ein festhaftender Schorf. Im abgeschabten Gewebe kann *Leishmania tropica* massenhaft nachgewiesen werden. Therapie: Fuadin (Stibiuminjektion) und Neosalvarsan erzielten bisher unterschiedene Besserung. Es sind keine neueren Herde aufgetreten.

J. Justus hat zwei ähnliche Fälle beobachtet.

E. Brezovszky: *Poikiloderma atrophicans vascularis Jacobi*. 22jährige Virgo intacta, schwach entwickelte äussere Genitalorgane, infantiler Uterus, Hypofunctio ovarii, Hypomenorrhoea. Der Prozess verschont das Gesicht, die Hände, den Fussrücken vollkommen, und ist vom Hals bis zum Gebinde, am Gesäss, auf der Oberfläche der oberen und unteren Extremitäten sichtbar. Die Veränderung zeigt ein typisches und sehr abwechslungsvolles Bild, es finden sich Hyperämie, Pigmentationen, dazwischen verstreut Atrophien mit Teleangiectasien und punktförmigen Blutungen an den Rändern, stellenweise an Sklerodermie erinnernden Glanz. Therapie: Polyglandulare Hormontherapie, warme Salz-bäder, Arsen und Röntgenbestrahlungen nach *Bucky*.

K. Pintér: *Poikiloderma*.

E. Rajka: *Epithelioma frontis*. Auf der linken Schläfen-gegend der 37jährigen Frau ein seit zwölf Jahren bestehendes primäres Plattenzellenkarzinom, dasselbe ist kindes-handtellergross, flächenhaft, rund, mit scharfem Epithelrand und im Zentrum eine kleine Exulzeration. Drüseninfiltration nicht tastbar. Wahrscheinlich vom basozellularen Typus.

S. Böhm: a) *Adenoma sebaceum Pringle*. Bei der 21-jährigen Frau trat im Alter von fünf Jahren am Gesicht, auf der Nase, und am Kinn eine symmetrisch angeordnete gelb-rote, weiche, aus hirsens- bis hamsamengrossen, nicht konfluierenden Knoten bestehende Veränderung auf. Nach elektrolytischer Behandlung ein kosmetisch befriedigendes Resultat.

b) *Keloid*. Bei der 32jährigen Frau traten nach Über-giessung mit Schwefelsäure im Sommer 1928 am Hals, Hinterkopf, Rücken, auf der Brust, auf den Schultern und Armen dicke, harte und spröde Keloide auf, die auch die

Armbewegung erschwerten. Therapie: direkte Röntgenbehandlung. Indirekte Bestrahlung liefert schwächere Ergebnisse, sie ist besonders dann kontraindiziert, wenn der Grundumsatz, wie auch im vorliegenden Fall, normal ist.

J. Istók: *Melanosarkoma.*

L. Seidner: *Xeroderma pigmentosum.*

E. Liebner: a) *Eccema solare.* Fall 1. Bei dem 57jährigen Mann treten seit sieben Jahren sich alljährlich im Frühjahr entwickelnde und im Herbst vollkommen heilende, im Gesicht und am Hinterkopf prurigoide, stellenweise nässende, mit Krusten bedeckte, ausserdem am Hinterkopf mehrere scharf umgrenzte Veränderungen auf. An den bedeckten Körperstellen keinerlei Veränderung. Nach Quarzlichtbestrahlung der erkrankten Stellen keinerlei Exazerbation, die 24—48 Stunden nach längerer (15—20 Minuten dauernder) Sonnenlichtbestrahlung Verschlimmerung und neue Effloreszenzen auf dem bestrahlten Gebiet. Die Quarz- und Sonnenlichtreaktion der bedeckten Körperstellen ist normal. Fall 2. Bei dem 64jährigen Mann seit sechs Jahren ein von Frühjahr bis zum Herbst dauernder Prozess. Am Gesicht, auf der Nasenspitze und am Handrücken prurigoide Papeln und rubrosquamoses Ekzem. Auf systematische Quarzbestrahlungen trat zu Beginn vorigen Sommers provisorische Heilung ein. Auf ungefilterte und durch rot-gelbe Filter geführte Sonnenbestrahlung lokale Exazerbation, bei Bestrahlung mit Wellenlängen unter 560 negative Reaktion. Auf der normalen bedeckten Haut normales Lichterythem, unter den erwähnten roten und gelben Filtern kein Erythem.

b) *Sarkoid.* Bei dem 39jährigen Mann entwickeln sich seit ungefähr zehn Jahren zerstreut auf den Extremitäten stecknadelkopf-, linsen-, bis erbsengrosse runde, braunrote, harte, aus der Haut emporragende Gebilde mit glatter Oberfläche. Einige erbsengrosse runde, pigmentierte trophische Einsenkungen. In der Lunge keinerlei Veränderung. Tuberkulin 1/200,000 stark positiv.

S. Somogyi: *Ergrauen der Haare nach fieberhafter Erkrankung.* Der 27jährige Mann litt vom Februar bis April 1930 an Sepsis. Aus dem Blut und den an verschiedenen Körperstellen entstandenen Abszessen konnte *Staphylococcus aureus* gezüchtet werden. Ständiges Fieber zwischen 39—40.5° C. Das proximale Ende der einzelnen Kopfhaare ist in einer Länge von 15—20 mm farblos, und ergraut, das distale Ende der einzelnen Haarschäfte zeigt normalen Farbgehalt, ist dunkelblond. Mässiger Haarausfall. Die Erscheinung, dass die nachwachsenden Haarpartien der ganzen Behaarung ergraut sind, ist selten und in der Literatur findet sich keine ähnliche Beobachtung. Infolge des Fiebers oder der Toxine hat die Funktion der Dopaoxydase eine Schädigung erfahren, in den Matrixzellen hat die Pigmentbildung

aufgehört, weshalb die nachwachsenden Haarpartien pigmentlos bleiben.

B Mező.

E. Neuber: *Auf Gold- und Malariatherapie geheilte Filariase.* Die bekannten antifiliären Medikamente sind sozusagen wirkungslos, am besten hat sich noch das Salvarsan bewährt. Mit Rücksicht darauf, dass Redner bei anderen Infektionskrankheiten (besonders Syphilis und Aktinomykose) von Goldpräparaten vorzügliche Resultate sah, verabreichte er bei einem an *Filaria* leidenden Kranken Solganal. Auf diese Therapie trat auffallende Besserung ein, noch entschiedener aber auf eine Fieber-(Malaria)Therapie nach deren Abschluss sowohl die allgemeinen, wie auch die lokalen Symptome verschwanden, abgesehen natürlich von der nicht mehr beeinflussbaren Elephantiasis und den erweiterten grösseren Lymphwegen. Der Kranke war nahezu fünf Jahre lang bettlägerig und konnte nach den erwähnten Behandlungen seiner Beschäftigung wieder nachgehen.

W. Fröhlich: *Dermatitis herpetiformis Duhring.* Die Krankheit des 43jährigen Mannes begann im Januar dieses Jahres. Auf der Brust, dann in der Magengegend, am Rücken, sowie an den oberen Extremitäten mehrere hellergrosse Blasen. Nach Darreichung von 1 Gramm Jodnatrium per os trat eine multiple Blaseneruption auf. Er erhält Spirocid-tabletten.

L. Vámos: *Pemphigus vulgaris und vegetans.* Er demonstriert zwei erheblich gebesserte Fälle. In der Klinik wird Spirocid verabreicht. In den 9 behandelten Fällen wurde bei Darreichung von grossen Dosen (über 30 Gramm) in 2 Fällen Exitus, in 2 Fällen keinerlei Besserung, in 5 Fällen aber hochgradige Besserung und Symptomenfreiheit beobachtet. Die Kranken vertragen auch grosse Dosen gut, keine Vergiftungserscheinungen.

L. Szodoray: *a) Sarcoid-Kaposi.* Bei dem 64jährigen Mann finden sich haselnuss- bis kinderhandteller-grosse, livide, rote Nodositäten. Histologisch typisches Bild. Die Therapie bestand aus Darreichung von Bucky-Bestrahlungen und peroraler Verabreichung von Arsen in steigenden Dosen.

b) Bowen-Krankheit. Das Leiden des 66jährigen Mannes begann 1919. Er zerkratzte auf der linken Brusthälfte einen hirsegrossen Knoten, an dessen Stelle angeblich eine mit Kruste bedeckte Erosion entstand, die Veränderung zeigte peripherisches Wachstum und trotzte jeder Behandlung, sie verursachte dem Kranken ausser mässigem Jucken keine Klagen. Hist.: Clumping cells. Keine Heterotopie.

E. Brezovszky: *Psoriasis mucosae oris.* Bei dem 22jährigen Mann trat 1925 am Körper Psoriasis auf. Er erhielt Solganal- und Teerbehandlung. Im Laufe der Behandlung trat

auf der Schleimhaut der oberen und unteren Lippe, sowie der Bucca eine grauweisse, hyperkeratotische Veränderung auf. Ähnliche Erscheinungen auf der Zunge, am harten und weichen Gaumen. Pilzuntersuchung negativ, Wa.-R. negativ.

J. Guszman: *Praktische Leitregeln in der Syphilis-therapie.* Er beschäftigt sich in erster Reihe mit der Frage, wie lange die antiluetische Behandlung dauern soll. Diesbezüglich gibt es sehr verschiedene Anschauungen, eben deshalb stellt er das notwendige Behandlungsquantum in den einzelnen Stadien fest. Zu berücksichtigen sei, dass die Heilung nicht von den Medikamenten allein zu erwarten sei, indem zur Erzielung des günstigen Heilerfolges auch eine entsprechende Reaktionsfähigkeit des Organismus notwendig ist, diese ist in den meisten Fällen von konstitutionellen endogenen Faktoren abhängig. Die endogenen Faktoren können noch am meisten im ersten Frühstadium der Krankheit vernachlässigt werden, aber auch hier nicht in allen Fällen. Auf den Behandlungserfolg kann auch die augenblickliche Disposition des Organismus von Einfluss sein. Das könne auch auf experimentellem Wege (z. B. Fieberbehandlung), aber auch im Anschluss an pathologische Prozesse (akute Infektionskrankheiten) festgestellt werden. Die spezifischen Medikamente können in verschiedenen Organen abweichende Heilwirkungen auslösen. Man soll daher die Heilung nicht einem einzelnen Antilueticum anvertrauen. Die richtige Syphilis-therapie behandelt nicht nur das Individuum, sondern verhindert mit der raschen Beseitigung der Infektionsfähigkeit auch die Verbreitung des Leidens. Dieser Aufgabe entspricht am besten das Salvarsan. Der Vortragende erörtert die absoluten Indikationen der Salvarsanpräparate. Er teilt die Indikationen in vier Gruppen ein: 1. Primäre Syphilis im seronegativem Stadium; 2. frisches sekundäres Stadium; 3. Lues maligna; 4. mit Syphilis komplizierte Gravidität. Er schildert sodann eingehend die zur Zeit erzielten trefflichen Resultate (nicht nur ausgezeichnete klinische und serologische Ergebnisse, sondern auch anscheinend stabile Liquorbefunde), sowie den Verlauf der Behandlung. Diesbezüglich sei wichtig, dass zwischen die kombinierten Salvarsanbehandlungen keine allzu langen Pausen eingeschaltet werden. Dies bezieht sich besonders auf die beiden ersten Indikationsgruppen. Vorzügliche Resultate sind bei der Prophylaxe der kongenitalen Lues zu erzielen, wenn die gravid Frau zwei energische kombinierte Salvarsanbehandlungen durchmacht.

A. Kluge: Bei Anerkennung der Notwendigkeit der Individualisierung referiert er über die Kombination der Dattner-Methode (täglich 0.15 Neosalvarsan) mit der Darreichung von überaus grossen Gesamtmengen (Gesamtmenge von 40—50 Gramm, doch niemals sogenannte Kuren) auf Grund zweijähriger Erfahrungen. Zweifellos ist an dem überaus grossem Neuroluesmaterial der psychiatrischen-

und Nervenabteilung des Neuen St. Johannes-Spitals das Zurückgehen der Mortalität nahezu auf die Hälfte, zweifelhaft, aber wahrscheinlich sei die Besserung der Remissionen. Bei Prüfung der Leberläsion mit der *Barok'schen* Fuchsinreaktion gelang es selbst nach einer derartigen Behandlung mit 15 Gramm nicht, eine Leberläsion nachzuweisen.

E. Neuber: *Pilzkrankheiten der Haut in der ärztlichen Praxis.* Vom praktischen Gesichtspunkt sind die durch Faden-, (Hyphomyceten), Schimmel- (Ascomyceten) und Sprosspilze verursachten Hautmykosen zu berücksichtigen. Für die Therapie der durch Fadenpilze verursachten Hautkrankheiten bedeute der Anbruch der Röntgenära eine neue Epoche und erziele zumindest eine Kräftigung der Therapie der Vergangenheit gegenüber. Die Epilation erfolgt in neuerer Zeit auch mit Thallium acet. Das Mittel ist für die Praxis noch nicht zu empfehlen und kann schwere Vergiftungen herbeiführen. Die Fadenpilzhautkrankheiten besitzen nicht nur lokalen Charakter, sondern können im ganzen Organismus eine Reaktion auslösen, was durch Laboratoriumsverfahren nachweisbar ist (Agglutinine, Komplementfixierungsstoffe usw.) und sie treten klinisch in der Form von Mykiden auf. Die Fadenpilze zeigen hinsichtlich ihre Infektiosität zu gewissen Zeiten des menschlichen Lebens, ein verschiedenes Verhalten. Als pathogen bekannte Fadenpilze können auf der gesunden Haut auch als Saprophyten leben. Es gibt daher nicht nur Bazillen-, sondern auch Pilzwirte. Die Infektion kann nur auf der Hautfläche erfolgen. Die Haut wehrt sich gegen Reinfektionen mit der Allergie. Durch spezifische Antigene können auf der Haut allergische Reaktionen ausgelöst werden. Zur Zeit steht die Dysidrose im Mittelpunkt des Interesses. Wir kennen resp. unterscheiden zur Zeit Dysidrosen bakteriellen- und Pilzursprungs, ferner unter der Bezeichnung von idiopathischen Dysidrosen solche, deren Pathogenese wir nicht kennen. Oidium-, Moniliaarten, sowie auch Hefepilze können gleichfalls Dysidrose herbeiführen. Hinsichtlich des Krankheitsbildes der Aktinomykose kann er nur für die Therapie ein Novum anführen: die Goldtherapie, welche in der Debrecener Hautklinik sich trefflich bewährt hat. Die Schlauch- resp. Schimmelpilze verursachen nur sehr selten selbständige Mykosen und finden sich auf der Haut nur als Saprophyten. *Ballagi* sah an einem grossen Untersuchungsmaterial nur eine, durch solche verursachte wahre Mykose. Zu den durch Sprosspilze verursachten Erkrankungen können die europäischen tiefen Blastomykosen (Dysidrosis) gezählt werden. Die Feststellung der Diagnose ist sehr schwierig.

I. Ballagi lenkt die Aufmerksamkeit auf den Wert der Vakzinebehandlung. Er verwendet diese Behandlungsmethode mit anderen therapeutischen Verfahren kombiniert seit mehr als zehn Jahren mit guten Erfolg. Bei der Vakzinebehandlung sei das Hauptgewicht

darauf zu legen, dass womöglich der Pilzflora des Landes entsprechendes Material verwendet und entsprechende, nicht allzu kleine Dosen den Kranken verabreicht werden. Die Impfungen sind intrakutan durchzuführen.

I. Rothmann: *Die Hauttuberkulose vom Standpunkt des praktischen Arztes.*

XII. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte.

Am 30. und 31. Mai 1930.

(Fortsetzung.)

O. Országh: *Syphilis und Tuberkulose.* (Referat.) Nach der Statistik der Königin Elisabeth-Heilstätte war in den Jahren 1927—1930 bei 9% der Kranken eineluetische Infektion nachweisbar. Die Anamnese lenkte nur in 1.7% der Fälle die Aufmerksamkeit auf dieses Leiden. Eben deshalb sei es notwendig, im Sanatorium für Lungenkranke die Serumreaktion obligat durchzuführen. Wurde das untersuchte Krankenmaterial in Gruppen eingeteilt, so konnte festgestellt werden, dass die statistischen Ziffern derluetischen Infektion, die bei Männern immer höher waren, als bei Frauen, einen Rückgang aufweisen. Dieluetische Infektion war bei älteren Personen viel häufiger nachweisbar, als bei den jüngeren Jahrgängen. Er verweist sodann auf die grossen Schwierigkeiten der pathologisch-anatomischen und histopathologischen Differenzierung der Syphilis von der Tuberkulose. Notwendig sei auch, die Frage der Verkalkung einer neuen Untersuchung zu unterziehen.

Die ohne nachweisbare Veränderung bestehende latente Syphilis kann ebenso allgemeine Erscheinungen herbeiführen, wie die Tbc. Statistische Angaben und klinische Beobachtungen sprechen dafür, dass die Syphilis die Entwicklung der Tbc. fördert. Die beiden Krankheiten können auch in der Lunge gleichzeitig vorhanden sein, in solchen Fällen begegnet ihre Differenzierung grossen Schwierigkeiten. Im Krankenmaterial der Elisabeth-Heilstätte zeigte die Tuberkulose bei den Syphilitikern im allgemeinen einen schwereren Verlauf, als bei jenen, die keine Lues hatten. Die Prognose der Lungensyphilis ist im allgemeinen, wenn das Gefäßsystem nicht in Mitleidenschaft gezogen ist, eine gute. Ist Tuberkulose vorhanden, so spielt bei der Feststellung der Prognose der Allgemeinzustand des Kranken, die Aktivität und der Umfang der tuberkulotischen Veränderung eine erhebliche Rolle, wenn sich der Kranke rezent mit Lues infiziert hat. Eine ältereluetische Erkrankung beeinflusst die Tuberkulose nur in solchen Fällen schädlich, wenn sie im Organismus solche Veränderungen herbeiführt, welche dessen Widerstandskraft herabsetzen.

Die Behandlung besitzt nicht nur therapeutische, sondern auch diagnostische Bedeutung. Auf Grund seiner Erfahrungen hält der Vortragende bei Lungensyphilis eine energische, bei Bestehen einer Lungentuberkulose aber eine vorsichtige Behandlung unbedingt notwendig. Die im Verlauf der Behandlung auftretenden Fieberreaktionen hält er für Herdreaktionen, er sah solche bei reinluetischen Kranken ebenso häufig, wie bei den Kranken mit verschiedenen Formen der Tuberkulose, verhältnismässig seltener sind die Reaktionen bei schweren Formen der Tuberkulose. Zur Vermeidung der Herdreaktionen sei während der Dauer der Jod-Neosalvarsan- und Wismuthbehandlung eine ständige Kontrolle der Lungen notwendig. Bestehen keine krankhaften Erscheinungen, oder konnte bei nachweisbaren Veränderungen auch durch wiederholte Kuren kein Resultat erzielt werden, so kann er eine ziellose und überflüssige Fortsetzung der antiluetischen Kur nicht empfehlen. Die Durchführung der einzelnen Kuren mit übergrossen Dosen und allzulanger Zeit hindurch kann für Tuberkulosekranke schädlich werden. In Verbindung mit der antiluetischen Kur können bei Tuberkulösen auch chirurgische Behandlungsmethoden angewendet werden. Der Vortragende lenkt schliesslich die Aufmerksamkeit auf die verhältnismässige Häufigkeit des Vorhandenseins von Lungensyphilis und auf die diagnostischen Schwierigkeiten. Diese können nur durch genaue und systematische klinische Untersuchung beseitigt werden. Der Vortragende demonstrierte nach dem Referat zahlreiche Krankengeschichten und Röntgenaufnahmen.

D. O. Kuthy: Die Kombination der beiden Krankheiten zeigt einen anderen Aspekt je nach dem, welches Leiden sich zu dem anderen gesellt hat. Dies ist leichter festzustellen, wenn ein Tuberkulotiker Lues aquiriert hat.

J. Sairanek: Mit Rücksicht auf die Häufigkeit der Larynxkomplikationen besitzt diese Frage praktische Bedeutung. Die beiden Krankheitsprozesse können im Kehlkopf gemeinsam auftreten, ihre Feststellung bietet jedoch oft Schwierigkeiten.

A. Genersich: *Zur leichteren Erkennung der Lungenkaverne.* Die möglichst frühe, sichere Erkennung von Lungenkavernen sei überaus wünschenswert. Ihre Feststellung erfolgt auf Grund der orientierenden ätiologischen Daten durch physikalische und Sputumuntersuchung, sorgfältige Beobachtung und vor allem mit Hilfe der verschiedenen Röntgenverfahren.

L. Sebök: *Experimentelle Untersuchungen über die Lokalisation der Kavernen.* Er stellt die Lagerung der Kavernen im Brustkorb mit Röntgenbildern fest, die er durch frontale Verschiebung der Röhre gewinnt. Diese Methode ist nur bei solchen Kavernen anwendbar, welche kugelförmig sind und am Durchleuchtungsschirm gut wahrnehmbare, ring-

förmige Bilder liefern. Bei Riesenkavernen und unregelmässig geformten Höhlen kann sie nicht verwendet werden.

I. Barát: *Erfahrungen über die Heilung der Kavernen.* Die beste Prognose für Heilung besitzen die Frühkavernen, besonders wenn ein chirurgischer Eingriff erfolgt. Eine ziemlich gute Prognose könne den zirrhotischen Kavernen gestellt werden, wenn eine genügend lange Behandlungszeit zur Verfügung steht. Absolut ungünstig sei die Prognose der exsudativen Kavernen.

K. Vásárhelyi: *Die Anwendbarkeit der wiederholten Tuberkulinreaktion nach Bessau bei erwachsenen Lungenkranken.* Vortragender konnte mit der Bessau-Methode in mehr Fällen eine richtige Orientierung über die Qualität des Prozesses gewinnen, als mit den bisher verwendeten Methoden. Dieses Verfahren ermöglicht es, die Veränderungen der Immunität im Verlauf je einer Behandlung mit Aufmerksamkeit zu verfolgen.

A. Marberger: Der eigentliche Wert der Bessau-Reaktion äussert sich besonders dann, wenn wir auf die Fragen Antwort suchen, welcher Periode der Lungenprozess des untersuchten Kranken entspricht, ferner wie intensiv der Schutz ist, welcher dem Angriff gegenüber aufgeboten werden kann. Auf diese Fragen können wir aus den nach den beiden intrakutan Injektionen entstandenen Lokalreaktionen verlässliche Folgerungen ableiten im Rahmen jener Methodik, die zu diesem Zweck auf Grund der Immunbiologie der Tuberkulose festgestellt wurde.

I. Wellisch: *Über den Wert der Sahlgren-Agglutinationsreaktion.* Nach seinen Untersuchungen ist die Sahlgren-Agglutinationsreaktion in ihrer gegenwärtigen Form noch nicht geeignet, die überall verwendete und bewährte Makromethode zu ersetzen. Nachdem die Reaktion seiner Ansicht nach nur den Fehler hat, dass wir nicht imstande sind, den Grad der Agglutination genau festzustellen, sei diese zur weiteren Prüfung geeignet.

M. Babarczy, G. Simon, A. Martin: *Untersuchungen über die Aktivität der Lungentuberkulose.* Die Vortragenden haben bei einer grösseren Krankengruppe (97 Personen) die subjektiven und objektiven Symptome, das Körpergewicht, das Fieber, die Ergebnisse der physikalischen- und Röntgenuntersuchung registriert, gleichzeitig ihre Tuberkulin-Empfindlichkeit mit der Pirquet und intrakutanen Reaktion, ihre Komplementbindung mit *Besredka*- und *Neuberg-Klopfstock*-Antigen, die *Fornet*- und *Mátéfy*-Reaktionen, die Blutkörperchensenkung und das qualitative Blutbild untersucht. All diese Untersuchungen wurden nach Verlauf von 1—3 Monaten bei den gleichen Kranken wiederholt. Die Spezifität der Reaktionen steht in umgekehrter Proportion zu ihrer Empfindlichkeit. Mit der zunehmenden Schwere der

Fälle werden immer mehr, respektive sämtliche Reaktionen positiv.

R. Goiffon (Paris) und **R. Blaskó** (Pécs): *Zusammenhang zwischen der Prognose der Lungentuberkulose und der Phosphatausscheidung im Urin.* Die Untersuchungen erfolgten in der im Pariser Beaujon-Spital befindlichen Tuberkulosenabteilung des Professors *Debré*. Gegenstand der Untersuchung war die Feststellung der Gesamtazidität (ÖA), der Phosphatelimination (PA), ferner der Proportion von 100 PA im Urin von 70 Lungentuberkulosekranken. Ergebnisse: 1. im Urin der untersuchten Kranken ist die ÖA im allgemeinen unternormal, die Hälfte, ein Drittel der Norm; der ÖA-Wert zeigte erhebliche Tagesschwankungen; 2. die Phosphatelemination ist herabgesetzt, die Tagesschwankungen derselben bewegen sich innerhalb der normalen Grenzen; 3. übersteigt der Wert von 100 PA 30, so zeigt er keinen bestimmten Zusammenhang mit der Schwere des Prozesses, je entschiedener jedoch die Verhältniszahl unter 30 herabsinkt, um so schwerer ist der Zustand des Kranken; jene Kranken, in deren Urin die Verhältniszahl weniger als 12 war, sind innerhalb 3—6 Wochen nach der Beobachtung ausnahmslos gestorben.

G. Berencsy: *Die aus dem Temperaturgrad der Serumkoagulation auf den Verlauf der Tuberkulose ableitbaren Folgerungen.* Der Vortragende hat eine unspezifische serologische Reaktion zur Feststellung des Verlaufes und der Schwere von Tbc Krankheitsfällen ausgearbeitet. Wird das Serum mit den K-Salzen der *Hofmeister*-Anionenreihe gemischt, so wird dasselbe bei normalen Personen zwischen 32—38° C zu einem kompakten Coagulum. In Fällen von Lungentuberkulose erfolgt die Koagulation, je schwerer der Fall ist, und je ungünstiger die Prognose, auf einer um so niedrigeren Temperatur (bis 74° C.) und um so steiler verläuft ferner die Temperaturkurve der Koagulation.

J. Schön: *Die Bedeutung der Pleuritis für die Tuberkulose des Kindesalters.* Der Vortragende schildert die Pathogenese und die Formen der Tbc-Pleuritiden. Sie seien im Kindesalter häufiger als bei Erwachsenen, was er mit dem labilen allergischen Zustand des Kindesalters erklärt. Die meisten Pleuritiden entgehen wegen der Milde ihrer Symptome der klinischen Beobachtung und wir finden zumeist nur ihre Spuren. Die Pleuritis ist eine Teilerscheinung der Tbc-Erkrankung und kann nicht als selbständiges Leiden betrachtet werden. Die Erkennung des spezifischen Charakters sei zur weiteren Beurteilung des Zustandes der Kranken sehr wichtig.

O. Országh beruft sich auf seine früher veröffentlichten Untersuchungen, wonach bei Exsudat die Allergie negativ wurde, bei Exsudat im Anschluss an Pneumothorax ist die Allergie nur ver-

mindert. Er erklärt diese Erscheinung mit der starken Inanspruchnahme des Organismus, diese kommt ebenso zur Geltung wie bei Masern usw.

O. D. Kuthy verweist auf die verschiedenen Auffassungen. Nach der einen sind alle Pleuritiden, sofern sie nicht durch Verletzungen herbeigeführt wurden, tuberkulotischen Ursprungs, eine andere anerkennt die Tuberkulose nur in 75 % als Ätiologie.

E. Schön: Die intrakutane Reaktion ist empfindlicher, als die früher benützte Pirquet-Reaktion.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Todesfall. Der hervorragende ungarische Hygieniker und Bakteriologe Universitätsprofessor Obermedizinalrat Dr. *Bernhard Vas* ist am 22. September an Gehirnlähmung gestorben. Durch sein Hinscheiden erleidet sowohl die ungarische medizinische Wissenschaft wie auch die Haupt- und Residenzstadt Budapest, in deren Dienst er als Leiter des hauptstädtischen bakteriologischen und hygienischen Instituts seit 26 Jahren stand, einen unersetzlichen Verlust. *Bernhard Vas* war nicht nur in seinen Laboratorien — er leitete neben dem hauptstädtischen auch das bakteriologische Laboratorium der Poliklinik — unermüdlich tätig, sein Lebensziel war: sein Spezialfach, die Bakteriologie, dem täglichen Leben dienstbar zu machen. So stellte er die von ihm geleitete Anstalt in den Dienst der Trinkwasseruntersuchung, der Untersuchung von Lebensmitteln, der Seuchenbekämpfung und zur Ausforschung von Bazillenträgern, die er schon vor vielen Jahren als die Vermittler und Ausgangspunkte von Epidemien erkannt hat. Nebstbei musste seine Anstalt natürlich auch den täglichen Anforderungen der hauptstädtischen Spitäler und Ärzte nachkommen und die von diesen zugesendeten Se- und Exkrete, sowie Materialien untersuchen. *Bernhard Vas* wurde 1864 in Budapest geboren. Nach Absolvierung seiner Studien übernahm er 1893 die Leitung des Laboratoriums der Poliklinik, 1899 erhielt er die Dozentur. Seit 1904 war er Leiter der hauptstädtischen bakteriologischen Anstalt. 1915 wurde er mit dem Titel eines ausserordentlichen Universitätsprofessors, 1925 mit dem eines Obermedizinalrates ausgezeichnet. 1925 unternahm er auf Einladung der Rockefeller-Stiftung eine ausländische Studienreise. Seine zahlreichen Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Stoffwechsluntersuchungen, Wasserkontrolle, Bazillenträger, Bekämpfung der Infektionskrankheiten usw.

**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., Vadasz-utca 26.

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

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