

# Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

**Erscheint halbmonatlich**

Bezugsbedingungen: Die „*Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften*“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadasz-utca 26, bestellt werden.

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

## KURHAUS SEMMERING

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

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien—Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw., Magendarmkranke, Anämien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebbefrei, inmitten eigen r grossen Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diät-kuren, Wintersport. ▲ Pauschalpreis 5 Mahlzeiten 18<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Pengő aufwärts, österreichische Bahnermässigung 25%.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. ✂ Näheres durch die Prospekte.



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

röntgen- és orvostechikai gépgyár

**UNGARISCHE SIEMENS-REINIGER-VEIFA A.-G.**

Fabrik Röntgen und ärztlich-technischer Apparate

Budapest, VI., Nagymező-utca 4  
Telefon: 268-16, 237-04

Sürgönycim: | SIREVA  
Telegrammadresse: |

# St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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






Chefarzt: Professor Dr. von **DALMADY**

Obermedizinalrat: Dr. **CZYZEWSKY**

Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

## Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke.  Storm Van Leuven Allergleirele Abteilungen für Asthma, Heuheber etc. Allergische Krankheiten.  Gebärabteilung.  Stütungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

## Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

**APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN**

Budapest, V., Szabadság-tér



aufsuchten. Nach Abwanderung der Lymphozyten bleibt das Reticulum oder genauer bezeichnet, die Deckzellenschicht des Reticulums nach Verschwinden des Gitterrostes frei, also gerade jenes Element, das beim Studium der Einlagerungserscheinungen die wichtigste Rolle spielt.

**V. S. Jancsó:** *Eine neue erfolgreiche Tuberkulosetherapie im Anschluss an 114 Fälle.* Der tuberkulotische Prozess kann durch Eigenblutserum, das alle 2—3 Tage in Mengen von 10—15 cm<sup>3</sup> in die Blutbahn zurückgespritzt wird, günstig beeinflusst werden. Geschwächte, anämische Kranke sind zur intravenösen Behandlung nicht geeignet. Solche Kranke sind einige Wochen hindurch wöchentlich zweimal mit 10—20 cm<sup>3</sup> Eigenblut intramuskulär zu behandeln und nur wenn sich ihr Zustand bessert, darf die intravenöse Serumbehandlung begonnen werden. Auch in solchen Fällen soll man auf eine mehrere Wochen dauernde intramuskuläre Blutbehandlung übergehen, in welchen die Serumbehandlung fieberhafte Reaktionen auslöst, ausgenommen, wenn das Fieber eine Folge von verdorbenen oder infizierten Serum ist, oder aber, wenn das Fieber während der Dauer der Serumbehandlung eine steigende Tendenz aufweist und die Steigerung auf keine andere Ursache zurückzuführen ist. Insgesamt wurden 114 Patienten behandelt. Von diesen waren eine Bauchfell-, eine Knochen- und eine Kehlkopf-Tbc., die übrigen mittelschwere und schwere Lungenprozesse. Die überwiegende Mehrzahl der Kranken ist im Alter von 18 bis 30 Jahren. Alle drei extrapulmonale Prozesse, sowie sämtliche Lungenprozesse — mit Ausnahme von drei Fällen — wurden symptomfrei. Von 29 Koch-positiven Prozessen wurden 24 negativ. Die Besserung der Lungenprozesse setzt allgemein mit einer Besserung des Allgemeinbefindens und Appetites, Abfall des Fiebers und Verminderung von Husten und Sputum ein. Sodann stellt sich im Anschluss an die Zunahme des Körpergewichtes die stufenweise Besserung, später das Verschwinden der klinischen Symptome ein. Die Behandlung ist fortzusetzen, bis die Fieberfreiheit, die Besserung des Allgemeinbefindens und die Zunahme des Körpergewichtes stabilisiert sind, das Husten vollkommen aufhört, alle klinischen Symptome und das Sputum negativ werden. Die Behandlungsdauer erstreckt sich auf 1—6 Monate. Am besten und am raschesten bessern sich die fibronodösen Infiltrationen, langsamer bessern sich die exsudativen Koch-positiven Prozesse, besonders bei jüngeren Individuen. Am schwersten und langsamsten bessern sich jedoch jene Kranke, die bereits eine Pneumothoraxbehandlung erhalten haben (sekundäre Infektion?), sowie die extrapulmonalen Prozesse. Die bisherigen Erfahrungen sprechen dafür, dass solche fieberhafte Zustände, die innerhalb 2—2½ Monaten nicht aufhören, oder keine Heiltendenz aufweisen, nicht durch Tuberkulose, oder zumindest nicht

durch Tuberkulose allein bedingt sind. Eben deshalb ist eine umsichtige, genaue Diagnose und wiederholte Nachprüfung der Fälle notwendig. Der Umstand, dass die beschriebenen Resultate weder mit inaktivierten, noch mit dem Serum gesunder Personen erzielt werden können, sowie, dass die Wiedereinführung vom Serum oder Blut nur durch Tuberkulose bedingtes Fieber beseitigt, verweist auf den spezifischen Charakter der Therapie. Die Untersuchungs- resp. experimentellen Ergebnisse aber machen es wahrscheinlich, dass wir es hier mit einer autoantigenen oder Antitoxinreiztherapie zu tun haben.

**O. Országh:** Dieses Verfahren ist in der Fachliteratur bereits von mehreren Seiten publiziert worden. Der allzu günstige Charakter der Ergebnisse des Vortragenden mahnt zur Vorsicht, denn es sei nicht wahrscheinlich, dass es jemals möglich sein wird, in einem so hohen Prozentsatz der Fälle mit einem Tuberkuloseheilmittel Heilungen zu erzielen. Auch bei Lues können nicht sämtliche Fälle durch die bekannten Präparate beeinflusst werden. Er erinnert an die zahlreichen Enttäuschungen in der Tbc.-Therapie und hält die Nachprüfung für notwendig.

**S. Nádor-Nikitits** will zu den klinischen Beobachtungen nichts bemerken. Die demonstrierten Röntgenaufnahmen sind nicht einwandfrei, sie wurden mit ungleich harter Strahlung aufgenommen. Selbst die später mit harten Strahlen angefertigten Aufnahmen beweisen die Schwere des Prozesses. Das Verschwinden des umfangreicheren homogenen Schattens gehört zum Bereich der allgemein bekannten Aufhellung der perifokalen Entzündung, die spontan eintritt.

**I. Reök:** Die Teilnehmer an der Debatte zogen eine Parallele zwischen der vom Vortragenden geschilderten Eigenblutbehandlung und der vom Redner erörterten Blutexsudat- und Eitertherapie. Während die vom Vortragenden geschilderte Methode für die Behandlung der Lungen-Tbc. geeignet und gefahrlos ist, hat Redner die von ihm vorgelegte Heilmethode zur Behandlung der chirurgischen Tbc. empfohlen. Seine Therapie ist eine Kombination der aktiven und passiven Immunisierung. Sie gehört zu den extrem energisch wirkenden Methoden der aktiven Immunisierung, weil sie jede Erscheinungsform des lebenden und virulenten artgleichen Krankheitserregers (*Koch'sche Granula*, filtrierbarer Virus) zur Stimulierung des Organismus verwendet. Die energische Anspornung kann jedoch allgemeine und Herdreaktionen verursachen, eben deshalb mahnt sie bei der Behandlung der Lungen-Tbc. zur Vorsicht.

**V. S. Jancsó** musste die Erörterung der literarischen Nachweise wegen der Kürze der Zeit unterlassen, doch hofft er bei der nächsten Gelegenheit, Gelegenheit hierfür zu finden. Auf den Einwand, dass bereits *Szalai* „ausgezeichnete“ Resultate demonstrierte und die Heilbarkeit der Tbc. behauptete, bemerkt er, dass er gar nicht behauptete, dass seine Methode die einzig sichere sei. Er hat sein Verfahren nicht geheim gehalten, sondern er trat vor das berufenste Forum, die Kön. Gesellschaft der Ärzte und referierte hier, welche Resultate er mit diesem Verfahren in zwei Jahren erzielt und welche Erfahrungen er gesammelt hat. Er hat das



sinnlos gewesen, weil aus der zerrissenen Uteruswand das Blut in Strömen floss. Die Diagnose der Placenta accreta ist schwer, ihre Prognose sehr ungünstig. Die einzige Behandlungsmethode ist die Totalexstirpation.

**M. Lenhossék:** *Der Stand der Neuronfrage. I. Teil. Die Histogenese des Nervensystems und das Neuron.* Der Vortragende schildert die Geschichte der Neuronlehre. Ihr Ursprung findet sich bereits in der von *Waller* 1852 aufgestellten Lehre über die sekundären Degenerationen, noch ausgesprochener aber in der Feststellung der Leitungsbahnen, deren erster wichtiger Meilenstein das 1876 erschienene bekannte, bahnbrechende Werk *Flechsig's* war. Die Grundlage der Neuronlehre ist die Entwicklung der Nervenfasern aus den Neuroblasten durch Sprossung. Für den Beweis und die Darlegung dieser Lehre kommt das grösste Verdienst *Wilhelm His* zu, eben deshalb können wir ihn als wahren Begründer der Neuronlehre betrachten. Die Lehre *His's* erhielt in den 90-er Jahren des vorigen Jahrhunderts durch die Forschungen von *Ramon y Cayal* eine festere Grundlage, die er durch Anwendung der *Golgi-Methode* durchgeführt hat. Seine Entdeckungen wurden von mehreren sich ihm anschliessenden Forschern, unter diesen auch vom Vortragenden bestätigt und ergänzt. Eine neue Stütze gewann die als Grundlage der Neuronlehre dienende Sprossungslehre, als sich auch die experimentelle Forschung in diese Untersuchungen eingeschaltet hat. Hier sei vor allem der Verdienste von *Harrison* gedacht, der seit 1904 sich mit verschiedenen experimentellen Untersuchungen, besonders aber durch Schaffung der Methode der Gewebekulturen den Anhängern der Neuronlehre angeschlossen hat; er hat in Gewebekulturen unwiderleglich nachgewiesen, dass die Nervenfasern aus den Neuroblasten durch Sprossung entstehen. Ihre letzte Sanktion erhielt die Neuronlehre durch die Nervenregenerationsuntersuchungen, deren wichtigste Ergebnisse vor allem wieder in dem grossen zweibändigen Werk von *Ramon y Cayal* niedergelegt sind. Die Regenerationsuntersuchungen zeigen deutlich, dass die sich neubildenden Nervenfasern nach dem Muster der embryonalen Entwicklung aus den Fasern des zentralen Stumpfes herauswachsen, und den peripherischen Stumpf nur als Bahn benützen, welcher entlang sie ihrem Ziele zu wachsen. Von den neueren Untersuchungen schreibt der Vortragende eine grosse Bedeutung dem grossen Werk von *Hanström* (1928) zu, in welchem der Autor mit Anwendung der modernsten Methoden für sämtliche Klassen der Wirbellosen die Geltung der Neuronlehre nachwies. Eine Bedeutung kommt auch den Untersuchungen von *Bozler* (1927) zu, die er an einer sehr primitiven wirbellosen Tiergruppe, an den zu den Medusen gehörenden Rhizopoden durchführte, bei denen ein geradezu schematisch ein-

faches Strukturbild des Nervensystems zu erwarten war und an denen *Bozler* ein glänzendes Beispiel für die Neuron-, ja auch für die mit dieser Lehre nicht vollkommen identische Kontiguitätslehre demonstrierte. Die gegen das Neuron erhobenen Angriffe gehören zwei Gruppen an. Sie gehen zum Teil von den Verhältnissen der Histogenese des Nervengewebes aus, anderenteils basieren sie auf den Neurofibrillen und deren Verhalten im entwickelten Organismus. Der Vortragende beschäftigt sich im ersten Teil seiner Darlegungen nur mit der Frage der Histogenese. Einzelne Autoren haben die Geltung der Sprossungslehre auf Grund jener Erwägung in Zweifel gezogen, es sei undenkbar, wie die vom Neuroblast herauswachsende Nervenfasern mit so unfehlbarer Sicherheit ihr Endziel finden solle. Diese Erwägung bildet die Grundlage der verschiedenen Variationen der Zellkettentheorie. Der Vortragende hat bereits 1894 nachgewiesen, dass das zielstrebige Wachstum der Nervenfasern kein separates Problem, sondern nur ein spezieller Fall der allgemeinen grossen und wahrscheinlich unlöslichen Frage der morphologischen Entwicklung ist. Die Einführung von Neurotropismus, galvanischen Strömen und „bioelektrischen Kräften“ zur Anziehung der herauswachsenden Nervenfasern sind leere Worte. Auf diesem Gebiet ist ein Resultat nur von experimentellen Untersuchungen zu erwarten. Diesbezüglich schreibt der Vortragende eine grosse Bedeutung den neueren Versuchen des Amerikaners *Detwiler* (1920—1929) zu, *Detwiler* hat an den Embryonen eines Amphibiums, dem *Amblystoma* die knospenartige obere Extremitätenanlage herausgeschnitten und kaudal oder kranial von der ursprünglichen Stelle implantiert. Die Knospe haftete, entwickelte sich und *Detwiler* konnte feststellen, dass wenn die Implantation nicht allzuweit von der ursprünglichen Stelle erfolgte, jene drei Nerven (3—5), welche die normal angeordnete Knospe innervieren, sich nach der kaudalen resp. kranialen Richtung hin abbiegen und so in die verlegte Extremitätenanlage eindringen. Hieraus kann mit Recht gefolgert werden, dass die Extremitätenanlage tatsächlich eine anziehende Wirkung auf die ursprünglich für sie bestimmten Nerven ausübt. Die zweite Frage ist, in welcher Weise der hervorwuchernde Achsenzylinder gegen sein Ziel vordringt, in den Zwischenzellenspalten, oder durch die Zellen selbst. Hier beschäftigt sich der Vortragende eingehend mit der Lehre von *Held*, die in neuerer Zeit von den Gegnern der Neuronlehre als Hauptargument benützt wird. In der Hypothese von *Held* spielen die Neurofibrillen, denen er eine selbständige Bedeutung zuschreibt, eine hervorragende Rolle. Seiner Ansicht nach wachsen aus dem Neuroblast keine Fortsätze sondern Neurofibrillenbündel hervor. Er konzidiert das Vorhandensein von ein wenig Plasma zwischen diesen. Der Vortragende hat



dieses Problem neuerlich wieder an zahlreichen, mit neueren Silberfärbemethoden behandelten Hühnerembryoserien untersucht und befindet sich in dieser Frage in einem prinzipiellen Gegensatz zu *Held*. Der Vortragende betrachtet die Fibrillen nicht als autonome Organelle, die selbständig aus der Zelle herauswachsen können, sondern nur als strukturelle Details des Zellplasmas. Es wäre richtiger, die irreführende Bezeichnung „Neurofibrille“ aus der Gewebelehre des Nervensystems überhaupt zu streichen und nach dem Muster der Tigroidsubstanz nur von einer fibrilloiden Zellsubstanz zu sprechen, die sich besonders dort kräftiger entwickelt, wo bei der Entwicklung oder Regeneration des Fortsatzes dieser zwischen oder durch die Zellen vordringt, oder im entwickelten Zustand mit ihrem Kopf in das Zellplasma eindringt. Nach der 1910 aufgestellten Theorie des Vortragenden, die er auch jetzt aufrecht hält und der sich auch *Wassermann* in seinem eben jetzt (1930) erschienenen grossangelegten zytologischen Werk vollkommen anschliesst, besitzt die argyrophile, oder fibrilloide Substanz im Neuron vor allem eine histogenetische Bedeutung, indem sie durch Festigung des Plasmas oder auf anderem Wege den Fortsatz befähigt, in das fremde Plasma einzudringen und eventuell dasselbe auch zu durchdringen. Auch den anderen grundsätzlichen Teil der Lehre *Held's* kann der Vortragende nicht akzeptieren. Nach *Held* dringt die bei der Entwicklung hervorwachsende peripherische Nervenfasern immer intraplasmatisch durch die Mesenchym- und anderen Zellen und Zwischenzellenbrücken vor. Der Vortragende führt jene Argumente an, die gegen die „Neurenzythiumlehre“ sprechen. Nach neueren Untersuchungen bildet das embryonale Mesenchym kein zusammenhängendes Retikulum, die Zwischenzellenverbindungen sind spärlich, dabei besitzen die Mesenchymzellen im Embryo eine amöboide Bewegung und die Fähigkeit selbständig zu wandern. Die Nervenfasern würden ein gewagtes Abenteuer eingehen, wenn sie sich bei ihrem Wachstum gegen die Peripherie auf diese labilen Zellen und ihre vermeintlichen Plasmodesmosomen verlassen würden. Noch grössere Schwierigkeiten ergeben sich bei den amnionlosen Wirbeltieren, bei denen die Nervenfasern bereits vor dem Auftreten der Mesenchymzellen sich bis zu ihren peripherischen Endigungen entwickeln. Bei diesen will *Held* das spinnwebdünne *Szily'sche* Netz (Mesostroma) als Wachstumsbahn in Anspruch nehmen, was mit Rücksicht auf die Feinheit dieses Netzes undenkbar erscheint. Der Vortragende erklärt auf Grund seiner Untersuchungen die Neurenzythiumlehre von *Held* als unannehmbar. Sehr wahrscheinlich dringen die wachsenden Nervenfasern zum geringen Teil tatsächlich durch die Zellen, indem sie diese mechanisch, oder mit einem Enzym zerstören, zum grossen Teil dringen sie jedoch in

den Zwischenzellenspalten vor. Dass der Weg des vordringenden Neurons durch gewisse Mesenchymzellenketten bestimmt würde, wie *Held* annimmt, erscheint durch die überwählten Versuche von *Detwiler* ausgeschlossen, in welchen bei transplantiertem Extremitätenknospe die für die Extremität bestimmten Nervenfasern durch ganz neue Medien wachsen, die hierfür nicht vorbereitet sein konnten. Die Hypothese von *Held*, dass präformierte Leitzellen bei der Entwicklung der Fasern eine Rolle spielen, wird auch durch die Fälle von verirrtten Nervenfasern ausgeschlossen, wo einzelne embryonale Nervenfasern frei in die Höhle des Markkanals hineinwachsen, dort ohne Führung durch andere Zellen eine Weile nackt verlaufen, dann wieder umkehren, in den Markkanal eindringen und die Verbindung mit dem normal verlaufenden Faserbündel finden. Der schwächste Punkt in der Annahme von *Held* ist jener Teil, wo er von der Verbindung des Neuroretikulums benachbarter Neuroblasten spricht. Hier schreibt er zweifellos Kunstprodukten eine reale Bedeutung zu. Alle Silberfärbemethoden fixieren sehr schlecht, besonders gilt dies für die von *Held* verwendete Pyridinmethode, bei der das eingelegte Embryo schon mit freiem Auge wahrnehmbar schrumpft. Die benachbarten Neuroblasten des Markkanals und der Ganglien werden sozusagen aufeinander geschoben, so ist daher verständlich, dass in den mit Silber gefärbten Bildern ihre Neuroretikula stellenweise verschmolzen erscheinen. Fig. 226 in dem 1909 erschienenem Werk von *Held*, wo das neurofibrilläre Netz von sechs Neuroblasten ein geradezu chaotisches Komplex bildet, ist zweifellos die Darstellung eines Kunstproduktes. Auf solche Bilder kann die These des polyneuroblastischen Ursprungs der Nervenfasern nicht basiert werden. Redner schliesst seine Darlegungen damit, dass die Behauptungen von *Held* seiner Überzeugung nach zum Teil nicht stichhältig, teilweise aber sogenannte anatomische Hypothesen sind, und im Allgemeinen das Aufsehen, dass sie in jüngster Zeit erregten, nicht verdienen. Die Neuronlehre hat von solchen Angriffen nichts zu fürchten, ihre ontologischen Grundlagen sind auch jetzt unerschüttert und mit diesen steht auch die Neuronlehre selbst unerschütterlich fest.

**K. Schaffer** ergreift zu dem soeben gehörten normalanatomischen Vortrag vom pathologischen Gesichtspunkt das Wort. In der Neuropathologie gibt es Fälle, wo eine elektive Neuronenerkrankung vorliegt, und diese in primären Systemerkrankungen zum Vorschein tritt. Als Beispiel führt er die wahre Lähmung des verlängerten Markes an, wo ein motorisches Kernsystem (die motorischen Kerne des Trigeminus und Fazialis, der motorische Vagus und der Hypoglossuskern) infolge angeborener Schwäche fortschreitend degenerieren, das Leiden findet eine Fortsetzung in den aus den angeführten motorischen Kernen stammenden peripheren Achsenfäden, bis zu den entsprechenden Muskeln, in welchen das freie



**M. Kosztolányi:** *Appendizitis und Lungentuberkulose.* Vortragende hatte Gelegenheit, in 23 Fällen Lungenkranke wegen Appendizitis operieren zu lassen. Von diesen waren vier Fälle spezifisch. Die Vortragende ist der Ansicht, dass mit Ausnahme jener Fälle, wo der überaus schwere Lungenprozess das Krankheitsbild ohnehin aussichtslos erscheinen lässt — sowohl die unspezifische, wie auch die spezifische Appendizitis zu operieren sei.

**D. O. Kuthy:** Die intravenöse Karyon-Applikation hat eine unsichere Appendizitisdiagnose durch Auslösung von allgemeinen und lokalen Reaktionen sichergestellt.

**D. Szüle (Szekszárd) und B. Sigora (Szekszárd): Röntgentherapie bei Peritonitis tuberculosa.** Die Vortragenden haben in sechs Fällen von exsudativer Peritonitis-Tbc therapeutische Bestrahlungen angewendet. Ob Rezidiven auftreten werden oder nicht und in welchem Ausmass, diesbezüglich können sie noch keine Meinung äussern. Der chirurgische Eingriff sei nur dann indiziert, wenn Adhäsionen die Heilung verhindern.

**E. Lénárt:** *Gleichzeitiges Auftreten von pulmonaler und extrapulmonaler Tuberkulose.* Bei gleichzeitigem Auftreten von pulmonaler und extrapulmonaler Tbc können in 79% der Fälle in der Lunge bei der Durchleuchtung Infiltrationen nachgewiesen werden. Die sekundäre Tbc der Mund- und Darmschleimhaut kommt teils durch Sputuminfektion, teils auf hämatogenem Wege zustande. Extrapulmonale Komplikationen können in allen Stadien der Allergie auftreten. Ein Antagonismus, wonach der extrapulmonale Herd dem pulmonalen gegenüber immunisieren würde und vice-versa, sei daher nicht nachweisbar.

**G. Dániel und S. Puder:** *Pericarditis et Pleuritis cholesterinea.* Klinische und pathologisch-anatomische Beschreibung dieses seltenen Leidens. Ihr Fall ist der dritte in der Literatur, in welchem Pericarditis cholesterinea beobachtet wurde.

**D. Szüle (Szekszárd): Kann von der Gerson-Diät ein Erfolg bei tuberkulotischen Prozessen erwartet werden?** Der Vortragende hat in der unter seiner Leitung stehenden Abteilung die Gerson-Diät in 13 Fällen angewendet. Wenn wir mit der Gerson-Diät eine Azidose der Gewebssäfte und des Blutes anstreben, so können wir eine günstige Wirkung auf die Tbc-Prozesse nicht erzielen, weil die Azidität der Gewebssäfte nicht nur die Progression der tuberkulotischen Prozesse beschleunigt, sondern weil eine Ansäuerung der Nährböden auch auf die Kulturen der Tuberkulosebazillen innerhalb gewisser Grenzen anspornend wirkt. Wenn wir mit der Gerson-Diät günstige Wirkungen erzielen, so ist das



progredierenden reinen, oder gemischten exsudativen, floriden Formen und Phthisis fibrocaseosa. Die intrakutane Therapie soll etappenweise durchgeführt werden. Ihren Grenzpunkt bildet die Besserung. Die klinischen Erfahrungen, sowie die praktischen Erfolge sind sehr günstig.

**M. Babarczy** hat die Tuberkulintherapie in toxischen Fällen angewendet und strebte nach einer Steigerung der Allergie. In einem grossen Teil der Fälle beobachtete sie eine Besserung der toxischen Symptome.

**I. Somogyi sen.:** *Einfach manipulierbarer Pneumothoraxapparat.* Er demonstriert einen Pneumothoraxapparat mit Doppelweghahn, der sehr leicht manipulierbar ist und die Gefässe automatisch wechselt.

**B. Purjesz** demonstriert einen ähnlich konstruierten Apparat, den er in der *Bálint'schen* Klinik seit Jahren verwendet.

**E. Schill:** *Wirkung des einseitigen künstlichen Pneumothorax bei doppelseitiger Lungentuberkulose.* Der Vortragende schildert Fälle, wo bei doppelseitiger Indikation des Pneumothorax die Füllung der stärker erkrankten Seite die Behandlung der weniger erkrankten Seite überflüssig gemacht hat. Bei Pneumothorax vermindert sich auch der intrapleurale Druck der anderen Seite.

**O. Országh:** *Gwerder* beobachtete das Sistieren der Lungenblutung nach Füllung der gesunden Seite. Anscheinend wirken kleine Spannungsänderungen der erkrankten Gebiete manchmal günstig, manchmal aber auch ungünstig. Als Beispiel für die letztere Wirkung führt er die Blutungen nach Phrenicusexairase und Thoracoplastik an.

**L. Mandel:** *Einige seltenere Komplikationen der künstlichen Pneumothoraxtherapie.* Der Vortragende schildert die alltäglichen Komplikationen und referiert über zwei Fälle von Luftembolie. Eingehender beschäftigt er sich mit dem der künstlichen Pneumothoraxbehandlung sich anschliessenden spontanen Pneumothorax und referiert über 12 derartige Fälle.

**Baron A. Korányi:** *Erinnert an die ältere stumpfe Methode des Eindringens bei Pneumothorax nach Brauer.*

**G. Dániel:** *Die künstliche Pneumothoraxbehandlung günstig beeinflussende Fälle von Pleuraexsudat.* In vier Fällen von kaverner Phthise, bei welchen die Pneumothoraxtherapie wegen Verwachsungen, resp. ungenügenden Lungenkollaps erfolglos blieb, trat Besserung ein, als pleurales Exsudat auftrat. Dasselbe schuf vollkommeneren Kompressionsverhältnisse, komprimierte die Kaverne und führte allgemeine Besserung herbei.

**J. Gergely:** *Oleoathorax, Indikation, Technik, Heilerfolge.* Die beiden wichtigsten Indikationsgebiete des Oleoathorax bilden die Fälle von Pneumothorax, die infolge von Empyem,

und Exsudat stufenweise eingehen. Er demonstriert die Röntgenbilder von 17 Fällen, welche die günstige Wirkung dieser Behandlung beweisen. Zwei seiner Fälle zeigen, dass der Oleothorax Kavernen mit fixierten Wänden ebensowenig komprimieren kann, wie der Pneumothorax, eben deshalb sei in solchen Fällen die Plastik durchzuführen.

**N. Roth:** *Weitere Erfahrungen mit den Lungenplomben.* Er referiert über seine anderthalbjährigen Erfahrungen mit den Lungenplomben. Diese beweisen, dass die Indikation der Plombenoperation in erster Reihe auf jene Fälle zu beschränken sei, die als Spitzenkavernen mit Pneumothorax nicht behandelt werden können. Sie kann ferner als Zusatzoperation bei Thorakoplastik eine Rolle spielen, was jedoch eine seltene Indikation ist. Die Operation kann bei der häufig vorkommenden isolierten Spitzenkaverne einen vollen und vollkommenen Erfolg erzielen und ist als solche ein berechtigter therapeutischer Eingriff.

**J. Schön:** *Doppelseitige Lungenplomben.* Er demonstriert einen auf beiden Seiten mit Paraffinplomben behandelten Fall eines doppelseitigen, auf die Spitzen lokalisierten kavernösen Prozesses.

**G. Lobmayer:** Die Lage der Lungenkaverne sei ebenso festzustellen, wie die eines in der Lunge fixierten Fremdkörpers. Hiezu dienen die in jedem Fall durchzuführenden Aufnahmen in mehreren Ebenen. Die Erreichung von Kavernen, welche dem Schlüsselbein näher liegen, begegnet keinerlei Schwierigkeiten zur Anlegung von Lungenplomben. Ungenügend komprimierte Kavernen können, wie er dies in einem Fall durchführte, durch Eindringen von vorne, noch nachträglich vollkommen komprimiert werden.

**A. Winternitz** billigt es, dass der Vortragende über seine Erfahrungen mit Lungenplomben referiert. Die Ergebnisse sind seiner Ansicht nach über alle Erwartung gut, denn er hatte nicht gehofft, dass die Verhältnisziffer der Heilungen jene der Thorakoplastiken erreichen wird. Im Laufe seiner weiteren Erfahrungen beobachtete er in zwei Fällen „Plombenexsudate“, das eine heilte auf Punktion, im anderen Falle musste die Plombe entfernt werden. In zwei Fällen brachten die Kranken nach Monaten kleine Plombenpartikel durch Husten zum Vorschein. Bei beiden ist die lokale Kompression eine gute und die Kranken wurden bazillenfrei. Trotz der Ablösung der Plombenstücke liegt bei beiden Kranken die Plombe reaktionsfrei im Brustkorb und kann dort gelassen werden. Sollte sich Fieber oder Eiterung zeigen, so müssten sie natürlich entfernt werden.

**O. Országh** schildert die in der Königin Elisabeth-Heilstätte mit Lungenplomben erzielten sehr günstigen Erfolge. Seit längerer Zeit werden insgesamt 21 mit Lungenplombe operierte Kranke beobachtet. Als er in der vorjährigen Tagung seine Lungenplombenfälle schilderte, betonte er, dass dann die besten Erfolge erzielt werden können, wenn die Plombe die Kavernen komprimiert, weil auch die schrumpfende Kaverne Gefahren herbeiführen kann. Der Vortragende legt, nach Demonstration eines einschlägigen Falles





Vertretung des Kultus- und Unterrichtsministeriums Ministerialsekretär Dr. *Andor Molnár* teilnahmen. Ferner waren der Landes-Sanitätssenat durch *Wilhelm Tauffer*, die Budapester Universität durch die Professoren Baron *Alexander Korányi* und *Stefan Tóth*, die Provinzuniversitäten durch die Professoren *Theodor Huzella* und *Eduard Neuber*, das Landes-Sozialversicherungsinstitut durch Chefarzt Dr. *Josef Barla-Szabó* und die Apponyi-Poliklinik durch Privatdozenten *Géza Lobmayer* vertreten. Vorsitzender, Universitätsprofessor Dr. *Emil Grósz* stellte in seiner Eröffnungsrede mit Freude fest, dass die Klagen der verflossenen Jahre dem Dank und dem Vertrauen weichen können. Durch Staatshilfe konnten sich im jüngstverflossenen Jahre 933 Ärzte weiter ausbilden, während die korrespondierende Zahl des vergangenen Budgetjahres 320 war. In Budapest wurden im Budgetjahre 1929/30 16 Kurse abgehalten, an den drei Provinzuniversitäten und in den öffentlichen Spitälern von acht Provinzstädten zusammen 11 Kurse. 159 Ärzte haben Stipendien erhalten. In Verbindung mit der Hygienischen Landesanstalt wurde ein Internat für Ärzte errichtet, in dem ausser den Hörern des Lehrkurses für Physici auch praktizierende Ärzte, die einen Budapester Fortbildungskurs frequentieren, für ein mässiges Entgelt Wohnung und Verköstigung erhalten. Im jüngstverflossenen Jahre ist es gelungen, auch in den abgetrennten Gebieten, namentlich in *Kassa* und *Nagyvárad*, einzelne Fortbildungskurse zu veranstalten. Die Zeitschrift „*Orvosképzés*“ ist in einem Umfange von 82 Bogen erschienen und enthält 136 Fortbildungsartikel. Früher oder später müsse man sich mit dem Gedanken beschäftigen, dass eines der Budapester Spitäler ausschliesslich dem Zwecke der ärztlichen Fortbildung diene. Sodann erstattete Universitätsprofessor Dr. *Béla Johan* als Sekretär seinen detaillierten Bericht. Ebenso berichteten die lokalen Komitees der Provinzuniversitäten über ihre Erfahrungen. Den Bericht über die Vorbereitung der internationalen Fortbildungslehre legte Chefarzt, Privatdozent Dr. *Eduard Zalka* vor. Im Laufe des Winters werden ausser den vierwöchigen Fortbildungskursen noch Lehrkurse über die Tuberkulose, über den Mutter- und Säuglingsschutz, über das Rheuma und über die Diät veranstaltet. Der zweiwöchige Fortbildungskurs für Physici wird im November abgehalten werden. Das Zentralkomitee brachte dem Kultus- und Unterrichtsminister Grafen *Kuno Klebelsberg* und dem Finanzminister *Alexander Wekerle* für ihre Unterstützung seinen innigen Dank zum Ausdruck.

#### Internationale Organisation zur Bekämpfung des Trachoms.

Die gelegentlich des vorjährigen Internationalen Ophthalmologenkongresses in Amsterdam initiierte internationale Organisation gegen das Trachom hat sich Ende Juli in *Genf* endgültig konstituiert. Bei den Sitzungen, die im Beratungssaale des Völkerbundpalais abgehalten wurden und an denen 40 Delegierte von 21 Staaten teilnahmen, führte Universitätsprofessor Dr. *Emil Grósz* den Vorsitz. Zum Präsidenten der endgültig gebildeten Organisation wurde für die nächsten fünf Jahre Professor Dr. *Emil Grósz*, zum Sekretär

Dr. *Wibaut* (Amsterdam) gewählt. Vizepräsidenten sind geworden: *Angelucci* (Neapel), *Birsch-Hirschfeld* (Königsberg), *Mac Callan* (London), *Marquez* (Präsident des Madrider Internationalen Ophthalmologischen Kongresses), *Moras* (Paris), *Park Levis* (Buffalo, Vereinigte Staaten), *Szepsnansky* (Präsident des polnischen Oberhauses). Über Ansuchen der Sanitätskommission des Völkerbundes werden an den Arbeiten der Organisation der ehemalige Direktor des italienischen Sanitätswesen *Lutrario* und der Präsident des holländischen Sanitätsrates *Jitta* teilnehmen. Den Internationalen Verband zum Kampf gegen die Blindheit vertritt *De Lapersonne* (Paris), den Internationalen Ophthalmologischen Senat *Van der Hoeve* (Leyden). Anlässlich der Sitzung verteilte der Volksbundrat den Bericht *Lutrarios* und *Jitts* über die Verbreitung des Trachoms. Von seiten des Rockefeller-Instituts berichtete Dr. *Olitsky* (New York) über die Bedeutung des von *Noguchi* entdeckten Bazillus. *Addario* (Palermo) und *Mayou* (London) führten Demonstrationen vor. Das Programm wurde durch das Gabelfrühstück an der Genfer Klinik, das in seinem Schloss in Frankreich gegebene Diner des Genfer Augenarztes *André Patry* und den Begrüssungsabend der Delegierten ergänzt. In den Sitzungen verhandelten die Vertreter der verschiedenen Nationen in der freundschaftlichsten Weise. Die Bedeutung dieser persönlichen Berührung zwischen den Delegierten ist sehr gross. Alle Zeichen sprechen dafür, dass im vorliegenden Falle eine lebensfähige Organisation geschaffen worden ist. Auf den Kampf gegen das Trachom sind jene Länder, in denen die Einschleppung verhindert werden muss, geradeso angewiesen, wie in jenen, wo die Epidemie das Sehen gefährdet oder zerstört. Die Grundprinzipien des Kampfes wurden in *Ungarn* schon im Jahre 1886 gesetzlich inartikulierte. In Japan wurde der Kampf in erstaunlichem Umfang organisiert. In 1000 Trachom-Ordinationsanstalten behandeln jährlich 1000 Augenärzte eine halbe Million Trachomkranke und für diese Aufgabe wird jährlich eine halbe Million Yen aufgewendet. Der Völkerbundrat hat die Mitgliedstaaten mittels Rundschreibens zur Unterstützung der Organisationsaktion aufgefordert.

---

**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.

---

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