

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.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medicin.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für Asthma, Neurileber etc. Allergische Krankheiten. Gebärabteilung. Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

FASOR-SANATORIUM

Budapest, VII., Vilma királynő-ut 9

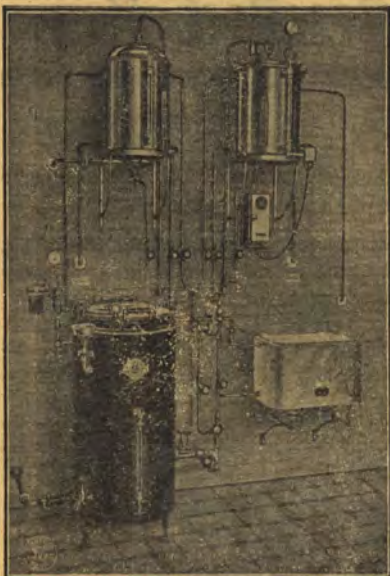
Sanatorium ersten Ranges für interne u. chirurgische Erkrankungen. Gebärabteilung. Mittelstandsabteilung: zweibettig mit Pauschalpreis von 16 Pengő inbegriffen sämtliche Untersuchungsmethoden für interne Erkrankungen.

Telephon: J. 315-26, J. 326-21.

PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher
Auszeichnungen.

TELEPHON : Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiswaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm
In Ungarn.

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

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. **CYZEWSKY**
Sanatoriumchefarzt: Dr. **BASCH**

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gynäkologische Sektion. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Nachrichten.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 21. Dezember 1929.

S. Somogyi: *Beiträge zur Gehirnlokalisation der musikalischen Begabung.* Nach makro- und mikroskopischer Aufarbeitung der Gehirne zweier begabter Musiker — eines Sängers und eines Violinkünstlers — gelangte er zu folgenden Feststellungen: 1. In beiden Fällen der musikalischen Begabungen fand er eine übernormale intensivere Entwicklung der gleichen Rindengebiete, wie das auch *Guszman, Auerbach* und *Klose* an den Gehirnen der von ihnen untersuchten musikalischen Talente beobachteten. Diese Rindengebiete sind in erster Reihe der mittlere Teil der linken oberen Temporalwindung, die unteren Partien der linken Schläfenwindung, besonders der Gyrus supramarginalis, ferner die gleichen Gebiete auch auf der rechten Seite, wenn auch nicht in so ausgesprochener Weise. Sehr intensive Entwicklung zeigte in beiden Fällen auch die Area Brocae. 2. Mit Berücksichtigung dieser Fälle, sowie der Literaturangaben verlegt er das sensorische musikalische Zentrum in das mittlere Drittel der linken oberen Temporalwindung, obwohl auch eine Rolle der rechten Seite nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. 3. Seiner Ansicht nach erfolgt die enorme Entwicklung der bezeichneten Gebiete auf endogener, erblicher Grundlage, diesbezüglich misst er der gesteigerten Funktion als antreibenden Kraft zur Hypertrophie keine grössere Rolle zu. 4. Auf Grund seiner Untersuchungen glaubt er, dass das mate-

rielle Substrakt des musikalischen Talents in der intensiveren Oberflächenausdehnung der obenerwähnten Rindengebiete zu suchen sei. Doch sei hiezu weiter notwendig, dass mit dieser äusserlichen Entwicklungssteigerung auch die innere Ausgestaltung in Harmonie sei, darunter versteht er, dass die Zyto- und Myeloarchitektonik der enorm entwickelten Rindenpartien normal, oder sogar vom qualitativen und quantitativen Gesichtspunkt die Norm überragend sei.

J. Donáth: Der oft beobachtete Parallelismus zwischen den Störungen der Sprach- und der musikalischen Fähigkeiten zeigt, dass deren Zentren einander nahe liegen. Der sensorischen Aphasie entspricht die musikalische Taubheit, d. h. die Unfähigkeit Melodien zu erfassen. Der Sitz beider Fähigkeiten findet sich benachbart im 1. und 2. linken Gyrus temporalis. Der gewöhnlichen Alexie auf optischem Gebiet entspricht die musikalische Alexie: die Unfähigkeit die Noten zu erkennen. Der Sitz beider ist der Gyrus angularis. Der motorischen Aphasie entspricht die motorische Amusie d. i. die Unfähigkeit zu singen, oder auf einem Instrument zu spielen. Die Gliederung auf diesem Gebiet geht so weit, dass selbst das Spielen auf jedem einzelnen Instrument eine separierte Lokalisation besitzt, ebenso wie bei Verletzungen des Sprachzentrums eine einzelne Sprache vergessen wird, während die andere erhalten bleibt, einen solchen Fall hat auch Redner beschrieben. Die motorische Amusie tritt bei Verletzung des 2. Gyrus frontalis auf, dieser ist gleichzeitig auch das Zentrum der Schreibfähigkeit, jedoch mit dem Unterschied, dass die Schreibfähigkeit nur links einen Sitz hat, wogegen die motorische Musie beiderseits vertreten ist, indem das Spielen auf Instrumenten mit beiden Händen erfolgt. Die Spezialisierung des Gehörzentrums geht so weit, dass wenn die Melodie vergessen wird, deren Rhythmus erhalten bleiben kann. Redner beobachtete ein vierjähriges idiotisches Mädchen, das nicht gehen konnte und dessen Wortschatz aus vier Worten bestand. Auf Verabreichung von Schilddrüsentabletten trat rasche Besserung ein, es begann zu gehen und zu laufen, seine Intelligenz und sein Gemütsleben begann zu erwachen, doch blieb die Aphasie unverändert bestehen, dagegen konnte es die einmal gehörte Melodie nachsingen und behielt 50 Melodien im Gedächtnis. Das Mädchen hörte leidenschaftlich gern dem Klavierspiel zu. In einem anderen Fall hat ein an beginnender Paralyse leidender Zigeunermusiker seine Sprachfähigkeit und gleichzeitig auch sein musikalisches Talent eingebüsst und es blieb nur ein präluzierender Akkord zurück. Mit der langsamen Wiederkehr der Sprache gewann er auch die Erinnerung an die einzelnen Musikstücke zurück: zuerst an den Rákóczi-Marsch, dann an ein bekanntes Volkslied bis schliesslich die Sprach- und die musikalischen Fähigkeiten wieder gewonnen wurden. Alldies beweist, dass die verschiedenen musikalischen Erinnerungsbilder neben einander separiert plaziert sind.

J. Bókay erinnert daran, dass bei kongenitaler Idiotie das Kind sich zuerst für musikalische Töne interessierte.

P. Ranschburg: 1. Die Beobachtungen von Bókay kann er durch seine eigenen Erfahrungen bestätigen, er hat jedoch auch bei normalen Kindern oft beobachtet, dass das musikalische Rhythmusgefühl und Interesse noch vor der Sprachfähigkeit auftreten. 2. Die Feststellungen von *Somogyi* seien um so wichtiger, weil er

die wenigen bekannten Fälle durch zwei neuere Analysen ergänzt hat. Das musikalische Talent besteht jedoch nicht nur aus den Fähigkeiten des Verständnisses und Interesses für die Musik. Hier sei nämlich besonders die vorwiegend produktive Fähigkeit zu unterscheiden. Diese letztere kann nicht nur auf der Entwicklung organischer Zentren, sondern eben auf Grund der Untersuchungen von *Hausemann* auch auf Hydrokephalus basieren, als einer die Zentren zu gesteigerter Funktion und Schöpfung treibenden Kraft.

K. Schaffer verweist auf das Gehirn des grossen französischen Schriftstellers Anatole France, das 1017 gr. schwer war, also weit unter dem Normalgewicht blieb. Das Gehirn zeigte ferner auf der linken Hemisphäre eine affenartige Oberfläche, Offenbar entscheidet daher nicht allein die Gestaltung der Oberfläche, sondern es müssen auch die Rindenstrukturverhältnisse berücksichtigt werden.

E. Tuskai schildert den Fall seines Enkelkinds, eines heute neunjährigen normalen Mädchens. Dasselbe wurde in Budapest geboren und war als einjähriges Kind krank. Er trug das Kind Nächst hindurch herum und summte ihm, um es einzuschläfern ein kleines Lied mit dem Text „Wunderschön“ vor. Als das Mädchen drei Jahre alt war, verbrachte Redner den Sommer in Berlin, doch konnte sich das Kind absolut nicht an ihn erinnern, zog sich furchtsam von ihm zurück, wobei auch kein Terror nützte. Nun begann Redner einmal das Lied „Wunderschön“ zu summen. Darauf umarmte ihn das Kind, erkannte ihn und sprach ihm mit seinem Namen an. Anscheinend war bei diesem normalen Mädchen das musikalische Gedächtnis viel besser entwickelt, als der übrige Teil seines Gedächtnisses.

J. Sombor hat ein 24jähriges imbezilles Mädchen untersucht, das als absolutes musikalisches Talent die Klasse für Kompositionslehre in der Musikakademie absolviert hat.

S. Somogyi findet das Wesen seiner Untersuchung in dem Umstand, dass seine Fälle die ersten sind, in welchen auch histologische Untersuchungen vorgenommen wurden. Die histologischen Untersuchungen hatten ein wichtiges Ergebnis, indem in den Rindengebieten der musikalischen Zentren eine übernormale qualitative Überentwicklung festgestellt werden konnte.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 2. Oktober 1929.

Präsident Professor **Stefan Tóth** begrüßte den Professor **L. Fraenkel** aus dem Anlass, dass er im Anschluss an die deutsch-ungarische wissenschaftliche Woche der Einladung der Sektion Folge leistete und ersucht ihn, seinen Vortrag zu halten.

L. Fraenkel: *Die richtige Anwendung der bimanuellen Untersuchung und die mit dieser bei Adnexerkrankungen erzielbaren Resultate. Parametritis chronica und Appendizitis.* Der Vortragende fasst kurz jene Prinzipien zusammen, die bei der Anwendung der bimanuellen Untersuchung massgebend sind, und empfiehlt eindringlich die von Professor

Tóth schon seit langem applizierte bimanuelle Untersuchung mit der rechten und linken Hand. Er hat sich in vielen hundert Fällen davon überzeugt, dass die Palpation der rechten Beckenhälfte mit der in günstiger Lage befindlichen rechten Hand vollkommener durchgeführt werden kann, als durch die ständig mit der linken Hand durchgeführten inneren Untersuchung. Die richtige Beurteilung des Umfanges der Adnexe ist nur in der Weise möglich und auch von differenzialdiagnostischem Gesichtspunkt bedeutungsvoll. Von der wahren Entzündung ist unter dem Namen Parametritis posterior die spastische Kontraktur der sakrouterinen Bänder zu differenzieren, diese kann in der Weise behoben werden, dass der zurückgezogene Uterus mit Hilfe des anal eingeführten Fingers in Anteflexion gebracht wird. Liegt eine Kontraktur vor, so gelingt das, bei harten Verdickungen infolge wahren Entzündungen kann jedoch der Uterus nicht vorgezogen werden. Für die Differenzialdiagnostik der Appendizitis empfiehlt er den Kunstgriff, dass mit dem Herunterdrücken der rechten Adnexe, die im Wege der bimanuellen Untersuchung fixiert wurden, nach Herausziehen der inneren Hand, auf die Gegend des Appendix Druck ausgeübt wird, ein infolge dessen auftretender Schmerz spricht für Appendizitis.

Im zweiten Teil seines Vortrages berichtete er über histologische Untersuchungen, über die Kapselbildung von Myomgeschwülsten und über die in der Kapsel sich bildenden sekundären Geschwülste.

Für den interessanten Vortrag sprach der Präsident den Dank der Sektion aus.

Sitzung am 21. November 1929.

K. Kovács: *a) Polydaktylia bei einem Neugeborenen.* Er referiert über die Beobachtung bei einem Neugeborenen, bei dem sich an beiden Händen und Füßen je ein überzähliger Finger, respektive eine Zehe gebildet hat. Diese überzähligen Finger finden sich an Händen und Füßen nach dem kleinen Finger (Zehe), sie sind gleich lang und ebenso entwickelt, wie dieser. Nach dem Zeugnis des drei Generationen umfassenden Stammbaumes hat der Neugeborene die Polydaktylie vom mütterlichen Onkel geerbt. In der dazwischenliegenden Generation, welcher auch die Eltern angehören, die Kusins sind, hat sich diese Abnormität nicht gezeigt. Aus dem Umstand jedoch, dass der Enkel eines Bruders des Grossvaters gleichfalls überzählige Finger hat, kann gefolgert werden, dass nicht der Grossvater des Kindes der erste Träger dieser Eigenschaft ist, sondern dass der Ursprung weiter hinauf am Stammbaum zu suchen ist. Ein sicheres Zeichen der Heredodengeneration ist ferner, dass die Familie sehr kinderreich ist.

b) *Letale Blutung in den Bauchraum bei einem Neugeborenen als Geburtsverletzung.* Bei der 36jährigen VI. P. hat sich bereits zum drittenmal folgende schwere Geburtskomplikation wiederholt: Der Geburt des Kopfes folgte der Rumpf nicht nach. Es gelang nur mit grosser Kraftanwendung den Schädel so weit herabzuziehen, dass der Rumpf geboren wurde. Es ist nicht gelungen, die asphyktische Frucht zu beleben. Körpergewicht 3900 gr, Schädelumfang 36 cm, Schulterumfang 40 cm. Bei der Sektion wurde Ruptur der Leberkapsel, Nebennierenblutung, retroperitoneales und peritoneales Hämatom festgestellt, im Bauchraum fand sich 20 ccm blutiges Serum. Der Fall beweist, dass bei spontaner Geburt nach der Geburt des Kopfes ein solches räumliches Missverhältnis zwischen dem knöchernen Schultergürtel und dem Becken auftreten kann, das eine schwere Geburtskomplikation bildet, sich bei der gleichen Person habituell wiederholen und zur Asphyxie der Frucht und zu tödlichen inneren Blutungen derselben führen kann.

F. Kovács führt den Fall einer Ventrofixation an, wo eine verhältnismässig geringe, zirka 200 cm³ starke postoperative Blutung in das Bindegewebe der Nierengegend den Tod der Frau herbeiführte. Nicht die geringfügige Blutung, sondern deren Lagerung in der Nierengegend — die sogenannte renale Apoplexie — bildete die Todesursache.

(Fortsetzung folgt.)

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 4. Dezember 1929.

Georg Ferdinándy: *Aneurysma der A. poplitea.* Der Vortragende stellt einen 69jährigen Mann mit nussgrossen Aneurysma in der rechten Kniebeuge vor, dieses hat sich in der inneren Abteilung des St. Margit-Spitals entwickelt. Das Aneurysma ist wahrscheinlich arteriosklerotischen Ursprungs, doch kann auch Lues in Betracht kommen, weil die Wa.-R. in Blut und Liquor negativ ist, doch ist die Pandy-Nonne-Appelt R. im Liquor positiv.

W. Manninger empfiehlt die Operation des Falles mit Endoaneurysmannaht.

L. Strausz und P. Zsigmond: *Sepsis nachahmender Malteus-Fall.* L. Strausz schildert den Fall eines 14jährigen Schlächterlehrlings, der mit der Diagnose Polyarthritits in die interne Abteilung des Spitals in der Kun-utca gebracht wurde. Eine Woche vor seiner Erkrankung hat er in einem Selchergeschäft, wo ausschliesslich Schweinefleisch feilgeboten wird, den Daumen und Zeigefinger der rechten Hand mit einem Messer geschnitten. Bei der Einlieferung in das Spital klagte er über unerträg-

liche Gelenkschmerzen. Am rechten Daumen findet sich eine anderthalb Zentimeter lange zirkuläre Narbe, in deren Nachbarschaft die Haut gedunsen und ödematös ist. Grosser Milz- und Lebertumor, sämtliche Gelenke sind geschwollen und schmerzhaft, Leukozytenzahl 20,000, die Harnuntersuchung zeigt schwache Diazo-Reaktion. Es wurden Chinin-, Resorzin- und Trypaflavin-Injektionen angewendet. Der Kranke exitierte nach 36 Stunden. Er gelangte mit Sepsis-Diagnose zur Sektion.

Paul Zsigmond: Bei dem zur Sektion gelangten verstorbenen Selcherlehrling fand sich an zwei Fingern der rechten Hand — der Infektionsstelle entsprechend — je ein mit Borken bedeckter Defekt. Es wurden histologisch als typisch zu bezeichnende, ödematöse Knoten gefunden, die, von blutigen Rändern umgeben, aus nekrotischem Gewebe, Kerntrümmern, kleinen Spindelzellen und Epithelzellen bestanden und hauptsächlich in den Lungen, in der quergestreiften Muskulatur, im Herzen und in den Nieren vorkamen. Im Zentrum vieler dieser Knoten fand sich graugelber Eiter von Honigkonsistenz, ein anderer Teil derselben war noch nicht erweicht. In den Eiter-Strichpräparaten fanden sich morphologisch den Malleus-Bazillen entsprechende, sich fleckig färbende, an den Enden gespitzte Stäbchen. Die Strausz-Reaktion wurde, nachdem diese keinen absoluten Wert besitzt, nicht durchgeführt, ebenso hielt er auch die Kultur für überflüssig, nachdem der gleichzeitige morphologische Nachweis von typischen Malleus-Knoten und Bakterien nach Ansicht des grössten Teils der Autoren, so auch nach *Verzár*, vollkommen genügenden Stützpunkt zur Feststellung der Malleus-Diagnose bietet.

I. Brezovszky führt sechs Fälle an, von denen er drei auch publiziert hat. Sein erster Fall exitierte nach zweitägiger Behandlung, sein zweiter Fall betraf einen Schinderknecht, der nach lokaler und allgemeiner Behandlung in 10—14 Tagen exitierte, der dritte war ein Ziegenhirt, der gleichfalls starb. Zu jener Zeit wurden Versuche mit Mallein unternommen und seine drei letzten Fälle hat er bereits mit Mallein behandelt, dennoch sind sie gestorben.

J. Kiss: Malleus kann serologisch exakt mit dem im Institut Hutyra hergestellten Serum und Alexin diagnostiziert werden. In der Veterinärmedizin wird dieses Verfahren schon seit langer Zeit angewendet.

Ernst Balogh.

Stefan Bézi: *Ergebnisse der experimentellen Krebsforschung.* Die experimentellen Untersuchungen zeigten, dass unter gewissen Bedingungen mit den verschiedensten äusserlichen Einwirkungen bösartige Geschwülste herbeigeführt werden können. Das beweist die Richtigkeit jener klinischen Beobachtungen, die *Virchow* zur Aufstellung seiner Theorie führten. Die von der methodischen Forschung erzielten bisherigen Fortschritte sind im Wesen methodischer Natur. Es

gelang, die formelle und kausale Genese dieser Gruppe von Krebsen der experimentellen Forschung zugänglich zu machen. Die formelle Genese ist zum grössten Teil geklärt. Es stellte sich heraus, dass die an richtiger Stelle befindlichen normalen Zellen des normalen Körpergewebes durch solche Einwirkungen derart verändert werden, dass sich aus diesen eine Geschwulst entwickeln kann. In solchen Fällen ist das Epithelwachstum zumeist multizentrisch. Jene Veränderungen, die der krebsigen Entartung vorausgehen, werden von mehreren Autoren als präkarzinomatöse Zustände betrachtet. Auf Grund von Versuchsergebnissen verweist *Borst* darauf, dass das weitere Schicksal solcher präkarzinomatöser Veränderungen im vorhinein nicht festgestellt werden kann. Das Studium der Histogenese der experimentell herbeigeführten Krebse bestätigt jene pathologisch-anatomische Erfahrung, dass wir durch morphologische Untersuchung nicht imstande sind, den Augenblick festzustellen, in welchem die krebsige Entartung soeben beginnt. Es ist nicht möglich, einen spezifischen, krebserregenden Reiz nachzuweisen. Die verschiedensten, miteinander nicht vergleichbaren Reize: mechanische und Strahlungsenergie, chemische Einwirkungen und Parasiten entfalten die gleiche Wirkung. Wir wissen auch nicht, warum einzelne Tiere verschiedenartig auf diese Einwirkungen reagieren. Es ist möglich, die Rolle der Irritation nachzuweisen, wobei aber auch festzustellen ist, dass diese nur einen Faktor des umfangreichen ätiologischen Komplexes bildet. Ohne Annahme von erblicher, oder angeborener Neigung sind wir nicht imstande, die Erscheinungen zu erklären. Die Annahme der Disposition bedeutet aber immer die Mangelhaftigkeit unserer Kenntnisse. Es war nicht möglich, die tierische Disposition derart zu verändern, dass die Versuche ein einheitliches Ergebnis resultiert hätten. Die Untersuchung der experimentell herbeigeführten Irritationsgeschwulst hat die eigentliche Ursache nicht geklärt, welche die Gewebszellen des Organismus in autonome Geschwulstzellen verändert. Die Frage, ob die Irritation unmittelbar auf die von *Virchow* angenommene formative Zentrale der Zellen wirkt, oder die Umwandlung zum Tumor auf Umwegen infolge allgemeiner, oder lokaler Störung der physiologischen Zusammenhänge zustande kommt, ist noch ungelöst. Nach den Forschungen von *Warburg* ist das Geschwulstproblem zum grössten Teil ein Stoffwechselproblem: Das Karzinom kann abweichend von den meisten Geweben mit normalen Wachstum die zur Existenz notwendige Energie ausser der Oxygenatmung auch noch mit einer anderen Reaktion, durch Gährung gewinnen, wo es den Traubenzucker auch anärob in Milchsäure spaltet. Werden sowohl die Atmung, wie auch die Gährung vier Stunden lang in vitro unterbrochen, so geht die Hauptmasse der Geschwulstzellen zugrunde. Die Forschungsergebnisse von *Warburg* besitzen, wenn sie sich

bewahrheiten, grundlegende Bedeutung. Seine Folgerungen fügen sich nach *Herxheimer* glatt in den Rahmen der Zellulärpathologie ein, die Entdeckung des spezifischen Tumorzellen-Stoffwechsels stimmt mit der gegenwärtigen Auffassung der Pathologen überein, indem sie das Gewicht auf die Krebszelle selbst legt. Die Frage nach der Ursache der Stoffwechselveränderungen in den Zellen bleibt offen. Es wäre wichtig, festzustellen, in welcher Periode der Geschwulstbildung die Stoffwechselveränderung eintritt: vor dem ersten Auftreten, gleichzeitig, oder nach dem Krebs. Dann könnte man die kausalen Verhältnisse feststellen. Es wäre vielleicht möglich, das Teerkarzinom von diesem Gesichtspunkt von Schritt zu Schritt untersuchen. Es wäre nicht richtig, die aus der experimentellen Geschwulstforschung ableitbaren Folgerungen direkt auf Menschen zu beziehen. *Van Tendeloon* hat recht, wenn er behauptet, dass das Entstehen der humanen Geschwulste nur nach gründlichster Klarstellung der bei Menschen vorhandenen Konstellationen geklärt werden kann. Neben oder vielleicht noch vor den Irritationsfaktoren besitzen zahlreiche andere Umstände Bedeutung. Das beweisen auch die Tierversuche, nach welchen lokale und allgemeine Faktoren, sowie die Irritation als realisierbare Faktoren bei der Entstehung der Geschwulst zusammenwirken und einander in Wirkung übertreffen können. Der Teerkrebs und ähnliche Tierversuche haben daher, trotz ihrer grossen Bedeutung das Rätsel nicht gelöst, sie bilden jedoch wichtige Hilfsmittel, mit welchen wir tiefer in diese Fragen eindringen können.

Sitzung am 18. Dezember 1929.

F. Knyazoviczky: *Sklerodermie bei einem dreijährigen Kinde.* Er demonstriert einen dreijährigen Knaben, dessen Krankheit seit einem halben Jahr besteht. Der rechte Unterarm und die Handwurzel sind vollkommen blass, geschwollen, bei der Palpation induriert, die Haut kann in Falten nicht abgehoben werden. Die Finger III—V der rechten Hand befinden sich in mässiger Volarflexion. An diesen Fingern sind die Weichteile geschwunden, die Finger dünner, ihre Haut geschrumpft und auf die Unterlage gespannt. Eine endokrine Veränderung ist nicht nachweisbar. Nach dem kapillarmikroskopischen Befund sind die Kapillaren am III. Finger des Kranken spärlich, klein, zwerghaft, die weiten Unterschiede zwischen dem arteriellen und venösen Ast sind verschwunden. Nach der Demonstration des Falles erörtert der Vortragende die verschiedenen Hypothesen über die Ätiologie der Sklerodermie, sowie die Prognose und Therapie der Sklerodermie des Kindesalters.

A. Flesch hat vor einigen Jahren bei einem 11jährigen Knaben die diffuse Form der Sklerodermie beobachtet, welche sich mit Aus-

nahme der Kniegegenden auf den ganzen Körper erstreckte. Die Krankheit trat in der fünften Woche nach Scharlach auf. Der Kranke wurde mit Darreichung von Schilddrüse, Massage und Wärmeapplikation in einem halben Jahr vollkommen geheilt.

Präsident **K. Borszéký** meldet, dass die Zahl der Diphtheriefälle sich seit dem vorigen Jahr erheblich vermehrt hat, so dass die Frage der Bekämpfung aktuell wurde. Das bewog den Direktionsrat, die Frage auf die Tagesordnung zu stellen und den Primarius Dr. *Alexander Furka* zu ersuchen, über diese Frage zu referieren.

Alexander Furka: *Die Bekämpfung der Diphtherie.* Während der seit drei Jahren dauernden Di.-Epidemie gab es in zahlreichen schweren und hypertoxischen Fällen, trotz des rechtzeitigen und in grossen Dosen verabreichten Di.-Serums zahlreiche Todesfälle. Deshalb muss alles aufgeboten werden, um die Möglichkeit des Auftretens von Di.-Erkrankungen zu verhindern. Er schildert die bei uns und im Ausland bisher angewendeten aktiven Immunisationsverfahren, so die T. A. und die T. A. F. Impfstoffe, in welchen das Di.-Toxin durch Hinzufügung einer entsprechenden Menge von Antitoxin vollkommen unschädlich gemacht wurde. Sodann erörtert er das *Ramon'sche* Anatoxin, in welchem die Giftwirkung des Toxins auf chemischem Wege neutralisiert ist. Dieses Toxin, wenn es einmal zu Anatoxin wurde, ist durch keinerlei physikalisches oder chemisches Agens wieder toxisch zu machen, es ist vollkommen unschädlich, besitzt erhebliche Immunisierungskraft und ist ein sehr billiger Impfstoff; aus diesen Gründen sind bis heute mit dem Anatoxin mehr als 2.000.000 Impfungen durchgeführt worden. Es verursacht im Alter von ein bis sechs Jahren nahezu keinerlei Reaktion, über dieses Alter angewendet, tritt manchmal eine mehr oder minder grosse lokale, oder allgemeine Reaktion auf, die in kurzer Zeit abklingt. Schwere Erscheinungen sind jedoch niemals ausgelöst worden. Die Dauer der Immunität ist nach den bisherigen Beobachtungen vier Jahre, doch ist zu hoffen, dass diese auch länger andauert. Die Zahl der Versuche, mit dem Nasenspray nach *Bellanti* und mit der Di.-Salbe von *Löwenstein* Immunisation zu erzielen, ist noch viel zu gering, um deren Erfolge feststellen zu können.

J. Tomcsik: Im hygienischen Landesinstitut ist zur aktiven Immunisierung das Anatoxin gewählt worden, in erster Reihe weil es vollkommen unschädlich, zweitens weil es billig und zur Massenbehandlung geeignet ist, drittens weil dieses Mittel prozentuell in den meisten Fällen Immunität herbeiführte. In Frankreich ist dieses Verfahren ebenso eingeführt, wie die Pokenschutzimpfung. Auf die Frage, ob zurzeit einer Epidemie eine negative Phase zu befürchten sei, erklärt er, wenn es eine solche auch gab, so war doch die Zahl der Erkrankungen nach der ersten Impfung nicht grösser, als bei den Nichtgeimpften. *Kramar* hat im Pécser Internat mit dem Anatoxin sehr gute Erfolge erzielt. Seiner Ansicht nach sei die

Impfung in der negativen Phase nicht so gefährlich, wie das Löwenstein behauptet.

J. Bókay: Die Epidemiekurve der Diphtherie ist in der Hauptstadt seit 1926 wieder im Ansteigen begriffen. In diesem Jahre war die Zahl der Erkrankungen so hoch, dass sie nahezu die Erkrankungsziffer von 1891 erreichte, die seit 1884 bisher die höchste war. Zur Beruhigung dient, dass hypertoxische Fälle kaum vorkommen. Die gegenwärtige Epidemie des Jahres 1929 kann nicht als eine maligne bezeichnet werden. Er ist ein Anhänger der Anatoxinimpfungen, doch sollen diese vornehmlich bei Kindern unter sechs Jahren im Familienkreis und in der hausärztlichen Praxis durchgeführt werden, worauf der Kreis der Geimpften stufenweise erweitert werden könnte. Die behördlich angeordneten, gesetzlich durchgeführten Impfungen in den Schulen kann er nicht befürworten. Die Durchführung von Impfungen im weiteren Kreis auf gesetzliche Anordnung wäre im Sommer zu erledigen, zu welcher Zeit die Epidemiekurve der Diphtherie in der Hauptstadt einen starken Abstieg aufweist. Die Durchführung von Impfungen auf gesetzlicher Grundlage sei in Gemeinden und kleineren Städten am Platz, wo mit Hilfe der Anatoxinimpfung eine eventuell auftretende Epidemie zweifellos unterdrückt werden kann. Er empfiehlt die Durchführung der Schutzimpfung nur bei Schick-positiven Kindern, wogegen diese bei Schick-negativen Kindern unterlassen sei.

E. Hajniss: Die Di.-Erkrankungen haben in den letzten Jahren an Zahl und Heftigkeit zugenommen und das Serum entfaltete oft keine günstige Wirkung. Die Ursache sei, dass nach den einschlägigen Untersuchungen die Toxine im Zentralnervensystem für die Antitoxine kaum zugänglich sind. Andererseits sind komplizierende Infektionen und Influenzakraupp sehr häufig, bei diesen aber übt das Antitoxin wenig oder gar keine Wirkung aus. Möglich, dass der neurotoxische Charakter des Toxins der Di.-Stämme, die Ursache der häufiger auftretenden postdiphtherischen Lähmungen ist. Die Häufigkeit und der schwere Verlauf der Fälle macht die generelle Anwendung der Schutzimpfungen notwendig um so mehr, weil die mit dem Anatoxin, oder mit einem Toxin-Antitoxin-Gemisch erfolgenden Impfungen bei entsprechender Applikation ungefährlich sind, und kräftigere Reaktionen nur selten verursachen. Bei Toxin-Antitoxin-Impfungen empfiehlt er die subneutralen Mischungen, doch sei die Impfung mit dem Anatoxin wirksamer. Die Durchführung der Impfung empfiehlt er in den epidemiefreien Pausen, nachdem bei eventuellem Vorhandensein einer negativen Phase, oder infolge des Umstandes, dass die Immunität sich nur nach Wochen entwickelt, bei Schutzimpfungen in epidemischen Zeiten die Impfergebnisse gefälscht, oder das Vertrauen in die Impfung diskreditiert werden könnten.

K. Kalocsay: In sehr schweren Fällen, wo eine konstitutionelle Schwäche der Immunitätskraft anzunehmen ist, bleibt die Schickreaktion manchmal auch nach der Krankheit positiv und es kommen häufig Fälle von wiederholten Erkrankungen vor: solche Fälle sind anscheinend unfähig, die aktive Immunität dauernd zu erwerben. Andererseits jedoch kann man nach schwerer Diphtherie positive gebliebene Schickreaktionen durch Anatoxin negativ machen. Das spricht dafür, dass der Organismus im Verlauf der aktiven Immunisierung in eine für die Produktion der Immunstoffe günstigere Lage kommt, als während der Krankheit. Nachdem es bei natür-

licher Infizierung Glücksache ist, unter was für Verhältnissen die erste Begegnung mit dem Antigen erfolgt, besitzt die Impfung den grossen Vorteil, dass sie die unbedingte Ungefährlichkeit der ersten Begegnung sichert. Die Frage des Wertes der Immunisierung kann jedoch nur durch die praktischen Ergebnisse entschieden werden, eben deshalb begrüsst er mit Freude die Durchführung von Impfungen im grossen Maassstab. Für die Beurteilung der Impfergebnisse ist eine allgemeine Änderung in der Mortalität und Morbidität irrelevant, weil der Rückgang und die Milderung der Diphtherie auch spontan zustande kommen kann. Die Frage kann nur durch Vergleich der Morbiditäts- und Mortalitäts-Verhältnisziffern von zahlreichen, unter gleichen Lebensverhältnissen befindlichen geimpften und nichtgeimpften Gruppen geklärt werden.

A. Fleisch: Auf dem Gebiet der aktiven Di.-Schutzimpfungen gibt es noch zahlreiche der Lösung harrenden Probleme. Vor allem besitzen wir kein entscheidendes Kriterium zur Feststellung der Immunität. Das Negativwerden der Schickreaktion beweist noch nicht mit Sicherheit die Immunität gegenüber der natürlichen Infektion, sie kann überhaupt auch bei demselben Individuum ein schwankendes Verhalten zeigen. Auch aus dem Rückgang der Morbidität können nur schwer Folgerungen abgeleitet werden. Sehr bedeutungsvoll wäre, wenn mit den Impfungen die Letalität zurückgehen würde, was aber noch fraglich ist. Mit Rücksicht jedoch auf die drohende Di.-Gefahr befürwortet er die Schutzimpfungen. Das Vorhandensein einer negativen Phase sei noch nicht nachgewiesen. Er hat zahlreiche Fälle mit T. A. F. im Alter von $1\frac{1}{2}$ —15 Jahren geimpft und sah nur sehr spärlich kleine lokale Reaktionen und geringere Temperatursteigerungen, umfangreichere Reaktionen hat er nie beobachtet.

K. Albecker (als Gast), hat zweimal Schutzimpfungen im grösserem Maassstab durchgeführt. Ende November 1928 erkrankten in Géderlak sieben Schulkinder, worauf er sämtliche Kinder im Alter von 6—12 Jahren — insgesamt 170 — mit dem Ramon'schen Aratoxin impfte. Ende August 1929 trat in Kalocsa die Diphtherie ungewöhnlich heftig auf, weshalb er die Besucher sämtlicher Kindergärten, die Elementarschüler der I. und II. Klasse, die 1—3-jährigen Kinder im Stefanie-Säuglingsheim sowie die Kindergärten nicht besuchenden Kinder impfen liess. In den Schulen wurde bei 330 Kindern die volle dreimalige Schutzimpfung durchgeführt, von den 542 Geimpften im Säuglingsheim kamen nur 166 dreimal, 152 zweimal und 224 nur einmal. Sein Bericht umfasst daher bei mehr als 1200 Kindern durchgeführte 3000 Impfungen. Bei einem Viertel der kleineren Kinder im Alter von 1—4 Jahren gab es überhaupt keinerlei Reaktion, wo eine solche auftrat, war sie gering. Mit dem höheren Alter parallel sind auch die Reaktionen häufiger und umfangreicher, doch verschwinden auch solche stärkere Reaktionen innerhalb 2—3 Tagen spurlos. Die Beurteilung des Erfolges der Schutzimpfungen ist schwieriger. In Géderlak gab es nach der ersten Impfung unter den Schulkindern noch eine Erkrankung, unter den nichtgeimpften kleineren Kindern aber fünf. Nach der zweiten Impfung gab es weder unter den Geimpften, noch unter den Nichtgeimpften irgendeinen Erkrankungsfall, aus dieser Gemeinde wurde auch seither kein einziger Fall gemeldet. In Kalocsa treten auch seit Beginn der Schutzimpfungen fortwährend neue Erkrankungen auf. Von den seither gemeldeten 22 Di.-Kranken erhielten drei

Schutzimpfungen (zwei einmalige, einer zweimalige Impfung). Nimmt man die Zahl der Kinder im Alter von 1—12 Jahren in dieser Stadt mit 12,000 Einwohnern mit 3000 an, so ist das Verhältnis der Geimpften nach der Impfung von 1000 Kindern im Vergleich zu den Nichtgeimpften 1:2, unter den an Di.-Erkrankten aber figurieren die Geimpften im Vergleich zu den Nichtgeimpften im Verhältnis 1:6. Das beweist nicht nur die Wirksamkeit der Schutzimpfung, sondern beruhigt auch nach der Richtung hin, dass das Anatoxin keine negative Phase herbeiführt. Auf Grund seiner bisherigen Erfahrungen hofft er eine vollen Erfolg versprechende Methode der Di.-Bekämpfung in der Schutzimpfung sämtlicher Kinder im Alter von 1—2 Jahren, wofür sich im Rahmen der Säuglingsschutzanstalten Gelegenheit bietet.

S. Gerlóczy: In dem Kampf gegen die Verbreitung der Diphtherie ist die Frage der Schutzimpfungen überaus aktuell geworden. Die hinsichtlich der Schutzimpfungen aufgetauchten Bedenken, haben an Bedeutung wesentlich eingebüsst, so dass die Einführung der Schutzimpfungen auch bei uns motiviert erscheint. Er betont, dass die Beurteilung des Erfolges, resp. der Erfolglosigkeit der Impfungen überaus schwierig ist, denn man kann sich auch aus den von Prof. *Bökay* demonstrierten Grafikons von der alten Erfahrung überzeugen, dass die Zunahme, oder Abnahme der Di.-Fälle insoferne einen nahezu gesetzmässigen Verlauf aufweist, dass 1—2 Jahre lang einem Wellenkamm ähnlich Zunahme, sodann wieder 1—2 Jahre lang im Abstieg zum Wellental eine Abnahme auftritt. *Bökay* hat in seinem vor zwei Jahren gehaltenen Vortrag prophezeit, dass die bereits damals beobachtete Vermehrung der Di.-Fälle einen Anstieg zum Wellenberg zeigt, ja er hat in seinen heutigen Ausführungen der Ansicht Ausdruck verliehen, dass die Zahl der Di.-Erkrankungen sich vorläufig noch vermehren wird. Das ist möglich, aber es ist auch nicht ausgeschlossen, dass 1930 vielleicht der Abstieg zum Wellental einsetzen wird. Es wäre kein unumstösslicher Beweis für den Erfolg der Impfungen, wenn nach deren Anordnung die Zahl der Di.-Fälle erheblich zurückgehen würde, wie man auch andererseits die Impfungen nicht als wertlos verurteilen dürfte, wenn dieser Rückgang nicht eintritt. Von den hier vorgebrachten Darlegungen sprechen nur die Erfahrungen von *Albecker* einigermaßen zu Gunsten des Erfolges der Schutzimpfungen, obwohl bei Schutzimpfungen in geschlossenen Anstalten das Unterbleiben von neuen Fällen nicht ausschliesslich der Wirkung der Schutzimpfungen zugeschrieben werden könne, weil ja auch andere im Anschluss an die Erkrankungen durchgeführte Schutzmassregeln, wie z. B. Desinfektion, Aushebung von Bazillenwirten aus der Umgebung, gesteigerte Reinlichkeit usw. allein geeignet sind, die Zahl der Erkrankungen zu vermindern. Es sei unrichtig, wenn man in einer Millionenstadt aus den manchenorts durchgeführten Schutzimpfungen Folgerungen ableiten will. Solche Folgerungen seien nur nach Schutzimpfungen auf engeren Gebieten, wie z. B. in Provinzgemeinden oder eventuell in Budapest in einzelnen Bezirken statthaft. Jedenfalls seien nicht 1—2 Jahre, sondern vielleicht ebensoviel Jahrzehnte notwendig, um über die Ergebnisse der gegenwärtig im Zuge befindlichen Schutzimpfungen ein klares Bild zu gewinnen.

A. Bossányi: Man soll es den Eltern überlassen, darüber zu entscheiden, ob ihre Kinder geimpft werden sollen. Zu diesem

Zweck sollten diese nach dem Beispiel des Auslandes über die Zweckmässigkeit, die zur erhoffenden Resultate und die Unschädlichkeit der Schutzimpfungen aufgeklärt werden, wie das in New-York geschehen ist. Der Vortragende lässt einen solchen an die Eltern gerichteten Aufruf zirkulieren. Seitdem er in seiner Pertussis-Abteilung die Schutzimpfungen anwendet, ist in dieser kein Fall von Diphtherie vorgekommen.

J. Duzár: Die aktive Di.-Immunsierung ist unsere Pflicht, denn wir besitzen für diese theoretisch und praktisch erprobte Methoden und weil zur Verhinderung von Di.-Epidemien andere praktische Methoden nicht zur Verfügung stehen. Jedes Kind das für Diphtherie empfänglich ist, soll unbedingt mit Schutzimpfung versehen werden. Die Schutzimpfungen können keinen hundertprozentigen Schutz verleihen, weil ja selbst das Überstehen der Krankheit keine absolute Immunität sichert. Mit dem Rückgang der Zahl der Erkrankungen wird auch die Zahl der malignen Di.-Fälle immer kleiner werden, oder eventuell ganz verschwinden. Auf Grund seiner eigenen Beobachtungen mit T. A. F. (*Behring*), sowie mit dem Ramon-F. Anatoxin (Hygienische Landesanstalt, Budapest) empfiehlt er bei Kindern im Alter von 1—7 Jahren die Anatoxinimpfungen (drei Impfungen nach Vorschrift), welche vollkommen symptomfrei verliefen. Eine Ausnahme bildete nur ein 2 $\frac{1}{2}$ -jähriges Diphtherie-rekonvaleszentes Kind. Nach dem siebenten Lebensjahr ist das T. A. F. besser, weil das Kind zu dieser Zeit bereits entwickelt ist, neben seiner spontanen Immunsierung ist eine Impfung genügend und weil das Mittel weniger Symptome auslöst, als das Anatoxin, das nach dem siebenten Lebensjahr lokale und allgemeine Reaktionen auslösen kann. Die Brauchbarkeit der Löwenstein-Salbe ist bisher nur auf einen engen Kreis beschränkt, ihr Vorteil wäre die angenehme Applikation. Eine Di.-Epidemie bildet keine Kontraindikation der Schutzimpfungen, höchstens ist bei der Di.-Erkrankung von Kindern, die vor kurzem geimpft wurden, die Applikation von mehr Antitoxineinheiten empfehlenswert, als Gegengewicht der eventuellen (aber noch nicht nachgewiesenen) negativen Phase.

G. Petényi nimmt für die fakultative Impfung Stellung. Er würde es den entsprechend informierten Eltern überlassen, ob sie ihre Kinder zur Prävention impfen lassen wollen, oder nicht. Auch die Ärzte sollen sich mit den noch strittigen Fragen eingehender beschäftigen. Alle Kinder, die eine Diphtherie noch nicht überstanden haben, befinden sich in der negativen Phase.

B. Johan: Gegen Di.-Epidemien kann man sich durch Isolierung der Bazillenwirte, oder durch aktive Schutzimpfungen schützen. Das erstere Verfahren ist sehr umständlich und es ist auch nach der Aushebung der Bazillenwirte nicht sicher, ob solche nicht noch immer zurückgeblieben sind. Dem gegenüber ist es in einzelnen Gemeinden gelungen, die Epidemie zum Stillstand zu bringen. Nur eine gründliche Beobachtung kleinerer Bezirke kann verlässliche Resultate ergeben. Für die aktive Impfung habe er das *Ramon'sche* Anatoxin für geeignet gefunden. Für dieses Mittel gibt sich immer regeres Interesse kund, doch könne man natürlich auch mit dem Toxin-Antitoxin-Gemisch impfen. Es gibt eine negative Phase, wenn diese jedoch eine kurze Dauer hat, so sei sie nicht zu fürchten.

NACHRICHTEN.

Hochschulnachrichten. Der Dozent an der Pécsér Universität Dr. *Konrad Abrich* wurde vom Professorenkollegium einstimmig für den vakanten Lehrstuhl für Ophthalmologie der Universität in Pécs berufen.

Gesellschaft der Spitalsärzte. Die Gesellschaft der Spitalsärzte hielt am 22. Januar im Sitzungssaal der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte ihre Generalversammlung unter lebhafter Beteiligung der Mitglieder und in Anwesenheit zahlreicher Notabilitäten der ungarischen medizinischen Wissenschaft.

Präsident Universitätsprofessor Dr. *Karl Borszéky* schilderte in seiner Eröffnungsrede die Tätigkeit der Gesellschaft im abgelaufenen Jahre und betonte die Verdienste jener in unseren öffentlichen Krankenhäusern tätigen jungen Ärzte, die in der Gesellschaft auch auf wissenschaftlichem Gebiet eine rege Tätigkeit entfaltet haben. Mit warmen Worten gedachte er der überaus schwierigen Lage unserer jüngeren Ärztegeneration, die am bittersten die Folgen der Verstümmelung unseres Vaterlandes, die Erschwerung der Möglichkeiten, eine Stellung zu finden, sowie die Folgen der allgemeinen Verarmung zu fühlen bekommt. Diese Schwierigkeiten belasten in erhöhtem Masse die von den Kriegsschauplätzen und aus der Kriegsgefangenschaft zurückgekehrten Ärzte. Mit Stolz konstatiert er, dass sie zum grössten Teil den einzig richtigen Weg gewählt haben, denn während in anderen Berufen das Streben nach Verbindungen und andere moderne Mittel genügen, zur Geltung zu gelangen, ist im ärztlichen Beruf das Wissen die einzig sichere Basis, auf die man bauen kann. Er forderte die jungen Ärzte auf, die in den Krankenhäusern verbrachte Zeit nicht ausschliesslich zur Erwerbung der fachärztlichen Befähigung zu widmen, sondern auch ihre allgemeinen medizinischen Kenntnisse zu vervollkommen, um als praktische Ärzte im Leben zur Geltung kommen zu können. Er verwies auf das Beispiel des grössten ungarischen Arztes *Ignaz Semmelweis*; sein Andenken soll jedem ungarischen Arzt zum Fortschritt und zur Forschung aneifern.

Generalsekretär Universitätsprofessor Dr. *Árpád Torday* referierte in seinem Jahresbericht über die wissenschaftliche Arbeit der Gesellschaft, die im abgelaufenen Jahr 39 Vorträge und 56 Demonstrationen veranstaltete. Die Gesellschaft hat im April eine *Billroth-Gedenkfeier* gehalten, als ausländischer Gast hat Professor *Fuhr* über die Nierensklerose, Primarius *Alexander Furka* über die Diphtheriebekämpfung Vorträge gehalten.

Nach Erledigung der Berichte und der Wahl von neuen Mitgliedern hielt Universitätsprofessor *Artur v. Sarbó* einen, dem Andenken *Ignaz Semmelweis*' gewidmeten Festvortrag über *die Verbreitungswege der Syphilis im Organismus*. Der Vortragende ging von der Erfahrungstatsache aus, dass jene Kranke, bei denen das Leiden mit starken Hautsymptomen und Ausschlägen einsetzte, von späteren Erkrankungen des Nervensystems verschont bleiben, dagegen haben jene, die später an Tabes und Paralyse erkranken, zumeist keine Kenntnis davon, dass bei ihnen anlässlich der Infektion Hautsymptome aufgetreten wären. Zur Erklärung dieses Umstandes wird angenommen, dass im Anschluss an die Hautaffektionen Schutzstoffe produziert werden, welche im Organismus den Krankheitserreger bekämpfen, fehlen jedoch die Schutzstoffe,

dann kann der Krankheitsvirus das Nervensystem angreifen. Den Vortragenden hat diese Erklärung nicht befriedigt und er dachte daran, dass vielleicht die Art des Eindringens und der Verbreitung der die Krankheit herbeiführenden Spirochäten die Lösung des Rätsels ermöglicht. Er konnte feststellen, dass die Krankheit je nachdem die Erreger im Wege der Blutzirkulation, oder durch die Lymphdrüsen sich im Organismus verbreiten, einen anderen Verlauf zeigt. In der einen Gruppe verläuft die Krankheit mit Hautausschlägen, Störungen des Allgemeinbefindens nach der Art einer Infektionskrankheit, in der anderen Gruppe sind die Kranken nach Ablauf der anfänglichen Zeichen jahrelang vollkommen symptomfrei, worauf schliesslich Erkrankungen des Nervensystems auftreten. In der ersten Gruppe, welche die überwiegende Mehrzahl der Fälle umfasst, spielt sich der Krankheitsprozess hauptsächlich in den Blutbahnen ab, doch erhalten die Kranken durch Bildung von Schutzstoffen eine gewisse Immunität. Demgegenüber fühlen sich die Kranken der zweiten Gruppe Jahre — vielleicht Jahrzehnte lang — vollkommen gesund und wissen oft gar nicht, dass sie infiziert sind, bis dann nach vielen Jahren die erwähnten schweren Nervenleiden einsetzen. Für diese zweite Gruppe nimmt der Vortragende an, dass die Spirochäten durch Lymphwege in das Zentralnervensystem gelangen. Er schilderte die anatomischen Verhältnisse, die eine derartige Verbreitung des Krankheitserregers ermöglichen. Er gab der Hoffnung Ausdruck, dass sich eine Behandlungsmethode finden wird, durch die eine Verbreitung des Krankheitserregers in den Lymphwegen verhindert werden kann, womit dann die Frage der Vorbeugung von tabetischen und paralytischen Erkrankungen zur Lösung gelangt.

Wie schützt man sich auf Reisen und in der Fremde vor Krankheiten? (*Hogyan védekezzünk úton és idegen országekben betegségek ellen?*) Von Dr. *Ladislav Karczag*, Universitätsdozent. Mit Vorwort vom Präsidenten des Auswanderungssenates Dr. *Johann Hadik*. Im Rahmen der Editionen des Auswanderungssenates ist soeben dieser nützliche hygienische Wegweiser für Reisende und Auswanderer erschienen. Die Auswanderung richtet sich bekanntlich seit dem Weltkrieg hauptsächlich nach Südamerika und Kanada, wo der ungarische Auswanderer nicht nur ein ungewohntes Klima, sondern auch ihm ganz unbekanntes, namentlich die sogenannten tropischen Krankheiten findet und sich vor diesen zu schützen hat, um zu vermeiden, dass er als Kranker abgeschafft werde. Auf Ersuchen des Ministeriums des Innern hat Universitätsdozent Dr. *Ladislav Karczag* den vorliegenden kleinen, überaus inhaltsreichen hygienischen Wegweiser für Reisende und Auswanderer verfasst, der auch für Missionäre, Ansiedler, das Ausland aufsuchende Gelegenheitsarbeiter, Pfadfinder und Soldaten überaus wertvoll ist. Eine kurze Inhaltsangabe lässt am besten den grossen Wert des Büchleins erkennen. Mit der Schilderung der für Reisen zweckmässigen Kleidung, Ernährung und Körperpflege, Bekämpfung der bei Reisen auftretenden Krankheiten, namentlich Infektionskrankheiten, leitet der Verfasser sein Werk ein. Ist die Krankheit bereits ausgebrochen, werden Weisungen erteilt, was bis zur Ankunft des Arztes zu tun ist. Fälle von plötzlich auftretenden Krankheiten und Unfällen, sowie, wenn auf ärztliche Hilfe nicht zu rechnen ist, erteilt der Wegweiser genaue Verhaltensmassregeln für die Pflege und Behandlung der einzelnen Krankheiten, und zwar sowohl

diätetische Weisungen, wie auch Vorschriften zur Wundbehandlung und einer einfachen medikamentösen Therapie. Um sich mit dem Arzt in der Fremde verständlich machen zu können, findet sich ein kleines Wörterbuch der Körperteile, Sekrete, Krankheitssymptome, sowie der einzelnen Krankheiten, der Heil- und Pflegemittel. Die ungarischen Fachausdrücke sind in deutscher, englischer, französischer, italienischer, spanischer und portugiesischer Sprache wiedergegeben. Ein besonderes Kapitel führt die Infektionskrankheiten der einzelnen Länder und Erdteile, die Universitätskliniken, sowie die hygienischen Behörden an.

Der Landesausschuss für Milchpropaganda hat zwei Werke zur Verbreitung des Milchkonsums und zur Verwertung der Milch im Haushalt herausgegeben. Die vom Universitätsdozenten Dr. *Aladár Soós* verfasste wertvolle diätetische Studie „*A tej az egészség és a beteg ember táplálkozásában*“ schildert den Wert der Milch für die Erhaltung des menschlichen Lebens, ihre Rolle in der Physiologie, die Milchproduktion, die chemische und bakteriologische Milchkontrolle, die Verwendung der Milch im Haushalt, zur Krankenbehandlung usw. Das Werk ist in der *Grill'schen* Buchhandlung, Budapest, V., Dorottya-utca 2, erhältlich. — Das zweite vom Landesausschuss für Milchpropaganda herausgegebene Werk ist der von *Frau Dr. Josef Kovács* verfasste *Ratgeber zur Anfertigung von Milch-, Butter- und Käsespeisen* mit zahlreichen Kochrezepten zur Herstellung solcher Gerichte.

Jahr- und Adressenbuch der ungarischen Ärzte. Die Zahl der ungarischen Ärzte steigt von Jahr zu Jahr rapid an. Wie dem *Jahr- und Adressenbuch der ungarischen Ärzte* (Magyarország Orvosainak Évkönyve és Címháza), dessen 40. Jahrgang unter der Redaktion von *Emil und Ernst Pesti* soeben erschienen ist, entnommen werden kann, praktizieren heute in Ungarn nicht weniger als 7571 Ärzte, um 2000 mehr, als im Grossungarn der Vorkriegszeit. Während die Ärztezahle durch Absterben und Auswanderung jährlich einen Verlust von etwa 100 aufweist, lassen sich mehr als 500 junge Ärzte zur selben Zeit nieder, von diesen bleiben zirka die Hälfte in der Hauptstadt, die andere Hälfte aber in der Provinz. Die Gesamtzahl der Ärzte in Budapest betrug anfangs 1930 3344, in der Provinz 4227. An den medizinischen Hochschulen wirken 67 ordentliche Professoren und 250 andere Lehrkräfte. Das uns vorliegende Jahrbuch für 1930 enthält das Verzeichnis sämtlicher medizinischen Anstalten und Einrichtungen: Zentren, Spitäler, Heil- und Ordinationsanstalten, die Liste der ungarischen Sanatorien, Privatheilanstalten, der militärischen medizinischen Einrichtungen, der Krankenkassen, der Hauptstadt und der Provinz. Im Adressenteil finden sich die Personalien der hauptstädtischen und Provinzärzte. Das Werk ist im Verlag der Petöfi-Verlagsgesellschaft erschienen.

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.