

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.

PETER FISCHER & COMP. A.-G.

Fabrik mediznisch-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.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm in Ungarn.



Anglo - Danubian Lloyd

Általános Biztosító Részvénytársaság
magyarországi Igazgatósága.

Az orvos urak szives figyelmébe ajánljuk az általunk kultivált **orvos szavatossági és balesetbiztosítást.**

Társaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, baleset-, élet-, egyetemes automobil- és minden-

töréseslopás-, baleset-, hűtlen kezelés-, egyetemes automobil- és minden-

nemű szállítmánybiztosítást.

Alapítva 1825—1839.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS" Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Életbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerint.

Közös irodák: Budapest, V., Nádor-utca 34. Közös telefonok:

Terez 257—58, 273—65, 214—51.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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

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

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Oto-, Rhinolaryngologische Sektion. — Gynäkologische Sektion. — Wissenschaftliche Stefan Tisza-Gesellschaft in Debrecen. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.



Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 11. Januar 1930.

H. Unterberg: *a) Geheilte Fall eines ungewöhnlich grossen Uretersteines mit Konservierung der Niere.* Der 53jährige Mann leidet seit 16 Jahren an rechtsseitiger Nierenkolik. Vor 12 Jahren negativer Röntgenbefund. Seither häufige Anfälle, in letzter Zeit mit Schüttelfrösten und Fieber. Der Urin ist seit Jahren trüb. Der rechte Ureter klappt ein wenig. Röntgen: der untersten Partie des Ureters entsprechend ein pflaumengrosser Stein. Der Ureterkatheter gleitet einmal am Stein vorbei, ein anderesmal bleibt er 3 cm vom Orifizium stecken. Aus der linken Niere entleert sich normaler Harn, aus dem rechten Nierenbecken erhalten wir 20 cm³ trüben, eitrigen Residualharn. Die Funktion der rechten Niere ist wesentlich herabgesetzt. Der Stein, der tief hinter der Blase lag, wurde durch Ureterotomie entfernt. Glatte Heilung. Der Patient wurde mit intravenösen Urotropininjektionen und Nierenbeckenspülungen behandelt. Der Residualharn verschwand stufenweise, der Urin ist ganz klar geworden und die Funktion der rechten Niere hat sich wesentlich gebessert.

b) Eigenartiger Röntgenbefund bei Blasenstein. Der 65jährige Mann leidet zeitweilig an schwerer Hämaturie. Mit dem Zystoskop ist hinter der grossen Prostata eine dunkle Scheibe sichtbar, von welcher wegen der Blutung nicht entschieden werden kann, ob sie ein Stein ist. Die Röntgenunter-

suchung zeigt zwei elliptische, mehr als nussgrosse Steine. Bei der Operation stellte sich heraus, dass sich in der Blase nur ein Stein befand, was auch durch die nachträgliche Röntgenuntersuchung bestätigt wurde.

c) *Steinkonglomerat im weiblichen Harnröhren-Divertikulum.* Die 58jährige Frau klagt über seit acht Tagen bestehende ständige Schmerzen in der Harnröhre. Auf der Harnröhrenhinterwand ist 2 cm vom Orifizium beginnend eine kleinnussgrosse Ausbuchtung fühlbar, in dieser aber mehrere aneinander sich reibende harte und runde Fremdkörper. Er eröffnete das Divertikel von der Scheide aus und entfernte aus demselben 14 hirsen-bohngrosse Steine. Das Divertikel wurde ausgekratzt, dessen Hinterwand mit tiefen Nähten zur Vorderwand genäht und darüber die Scheidenwand geschlossen. Die Wunde heilte per primam und das Divertikel verschwand. Interessant ist hier die Frage des Entstehens und Wachstums der Steine, ferner, dass sie lange Zeit keine Symptome auslösten und nur dann unangenehm wurden, als das Divertikel vollkommen gefüllt war.

V. Révész demonstriert das *Röntgenbild eines 59jährigen Mannes.* In diesem ist ein ungefähr $5\frac{1}{2}$ cm langer und in der grössten Breite $2\frac{1}{2}$ cm messender *Ureterstein* sichtbar. Bei der Operation wurde die Niere klein und eine in der Höhe des Steines stark verdickte Ureterwand gefunden. Dass die Röntgenuntersuchung in der Blase zwei Steine zeigte, bei der Operation aber nur einer gefunden wurde, sei physikalisch leicht verständlich. Wenn nämlich der Stein sich während der Aufnahme bewegt, so entsteht ein doppeltes photographisches Bild. Er demonstriert die Röntgenbilder eines Falles, wo die Zahl der in der Gallenblase befindlichen Steine bei jeder Aufnahme eine andere war. So oft Steine in einer Höhle während der Aufnahme den Platz ändern, wird sich die Zahl der Steine anscheinend vermehren. Mit dieser Tatsache sei bei der Prüfung des Röntgenbildes zu rechnen.

J. Dózsa referiert über drei von Professor *Illyés* operierte Uretersteinfälle. In dem einen Fall sass der kleinfingerdicke Stein in der untersten Partie des zu Dünndarmbreite erweiterten Ureters; wegen der erheblichen Pyonephrose der Niere, wurde die Nephroretomie durchgeführt. Im zweiten Fall wurde der hühnereigrosse Stein nach Nephrektomie aus dem Ureterstumpf entfernt. Im dritten Falle fand sich neben doppelseitigen grossen Uretersteinen ein Korallenstein in der linken Niere, hier wurde eine konservative Operation durchgeführt: doppelseitige Ureterotomie mit linksseitiger Nephrektomie in zwei Sitzungen. Er betont, dass bei einseitigen grossen Uretersteinen, wie in den ersten zwei demonstrierten Fällen des Prof. *Illyés* bis zu einem derartigen Anwachsen des Uretersteines die Niere gewöhnlich zugrunde geht. Eben deshalb ist es bei Vorhandensein einer normalen Niere auf der anderen Seite am besten, das hydronephrotisch, resp. pyonephrotisch degenerierte, für den Organismus und die andere Niere schädliche Organ zu entfernen. Zu einer konservativen Operation zwingen nur beiderseitige Steine und die infolgedessen auftretende Niereninsuffizienz.

R. Ehn: Bei der 61jährigen Frau bestehen seit zwei Monaten Harnbeschwerden, seit einigen Tagen Harntropfeln. Vor drei Wochen ging spontan ein erbsengrosser Stein ab. Die Harnröhre ist für mittelstarken weiblichen Katheter gut passierbar, bei der Einführung des Instruments ist im mittleren Drittel der Urethra rauhes Reiben fühlbar. Bei Vaginaluntersuchung ist an der vorderen Vaginalwand eine nussgrosse weiche Einsenkung zu palpieren und sichtbar. Beim Drücken auf die Einsenkung kann die gegenseitige Reibung mehrerer Konkremente gefühlt werden, zur gleichen Zeit entleert sich aus der Harnröhre trüber, stinkender retinierter Urin. Die Kranke willigte in eine Radikaloperation nicht ein, deshalb wurden mehrere mehr oder minder grosse Steine mit der Fremdkörperzange entfernt. Bei einer zweiten und dritten Gelegenheit konnte der Kranken nur derart einigermaßen geholfen werden, dass aus dem Divertikel in Lokalanästhesie Steine entfernt wurden. Bei Harnröhrendivertikeln kann man sich nicht damit begnügen die Steine zu entfernen, sondern der Divertikelsack muss radikal per vaginam herausgeschnitten werden.

H. Unterberg: Der Fall ist möglicherweise nicht selten, doch fand er in der Literatur keinen ähnlichen. Er hat den Fall deshalb hier vorgestellt, weil die Chirurgen auf solche Möglichkeiten aufmerksam gemacht werden müssen. Der demonstrierte Fall beweist, dass wenn ein grosser Stein den Ureter nicht dauernd verschliesst, die Niere nicht nur erhalten bleibt, sondern auch erhalten werden soll. Auch in diesem Falle verschwand das Residuum, der aus der rechten Niere aufgefangene Urin ist eiter- und eiweissfrei, Indigokarmin beginnt nach 17—18 Minuten zu erscheinen. Mit Rücksicht darauf, dass Nierensteine häufig doppelseitig sind, resp. nach Jahren auch in der anderen normalen Niere ein Stein auftreten kann, empfiehlt er womöglich in jedem Falle die Konservierung der Niere. Er schildert zwei Fälle, zur Bekräftigung seiner Ansicht.

E. Zalka: Polymyositis. Der Vortragende beschäftigt sich im Anschluss an zwei Fälle mit der pathologischen Anatomie der Polymyositis. In einem Teil der Fälle liegen eitrige metastatische Prozesse vor. Er schildert einen derartigen Fall. Die Ätiologie der meisten nicht eitrigten Polymyositiden ist unbekannt. Er schildert einen einschlägigen Fall, dessen bakteriologische Untersuchung nach allen Richtungen hin ein negatives Resultat hatte. Das histologische Bild ist ganz bezeichnend, es dominieren Herdnekrosen der Muskulatur. Ein ähnlicher nekrotischer Herdprozess findet sich auch in der Herzmuskulatur. Ansonst fand er keine pathologischen Veränderungen. Auf Grund der in dieser Weise zum Ausdruck gelangenden Rhabdomyotropie ist an die Wirkung eines für die quergestreifte Muskulatur affinen Virus zu denken.

I. Schill, demonstriert einen Fall von Dermatomyose, in welchem die Diagnose in vivo erfolgte. Im Anschluss hieran beschäftigt er sich mit der Differenzialdiagnostik der Polymyositis besonders gegenüber der Trichinose.

E. Zalka: Sein Fall ist keine Dermatomyositis. Die Eosinophilie bildet nicht immer ein sicheres differenzialdiagnostisches Zeichen zur Unterscheidung von Trichinose und Myositis. Nur die histologische Muskeluntersuchung führt zum Erfolg, obwohl im

Polymyositis-Fall von *Wagner* auch verheimlichte alte Muskeltrichinen vorhanden waren, ohne dass diese eine ätiologische Bedeutung hatten.

B. Johan und J. Tomcsik: *Einige Fragen der behördlichen und individuellen Diphtheriebekämpfung.* Die Vortragenden demonstrieren die Diphtheriemorbiditäts- und Mortalitätsziffern verschiedener Länder. Unter diesen zeigt Ungarn eine ziemlich hohe Morbidität. Die statistischen Angaben sind wohl nicht vollkommen verlässlich, doch eignen sie sich zu gewissen Folgerungen. Die Vortragenden erörtern sodann die sekulären periodischen und jahreszeitlichen Änderungen der Diphtheriemorbiditätskurve. Eine wichtige Aufgabe der behördlichen Diphtheriebekämpfung sei die Unschädlichmachung der Bazillenwirte. Die Ausforschung und Isolierung der zahlreichen Bazillenwirte im Komitat Jász-Nagykun-Szolnok hat die Zahl der Diphtherieerkrankungen im Jahre 1929 nicht merkbar beeinflusst. Die Ausforschung der Diphtheriebazillenwirte ist ein sehr wichtiges Hilfsmittel der Bekämpfung von Diphtherieepidemien, dagegen hat sie sich in der Diphtherieprophylaxe nicht bewährt. Die Vortragenden verweisen auf die Wichtigkeit der Schulen für die Verbreitung der Diphtherie, was an dem Beispiel der Stadt Baja illustriert wird. Von den zur aktiven Diphtherieimmunisierung empfohlenen Impfstoffen fand in Ungarn das T. A. F.-Produkt (Behring-Werke) und die Schutzsalbe (Löwenstein, Wien) nur beschränkte Anwendung, im grossen Masse wurden Schutzimpfungen nur mit dem Anatoxin von *Ramon* durchgeführt. Der überwiegende Teil der Anatoxinimmunisierungen wurde mit dem im Hygienischen Landesinstitut produzierten Impfstoff vorgenommen. Die Vortragenden haben bei der Herstellung des Impfstoffes die Vorschrift von *Ramon* genau befolgt, sie konnten jedoch zu Beginn nur ein Antitoxin mit vier bis fünf Antigeneinheiten herstellen, das ihrer Ansicht nach zu Schutzimpfungen noch nicht geeignet war. Durch Hinzufügen von Traubenzucker und Natriumazetat, sowie durch Änderung der Herstellung des für die Nährböden erforderlichen Fleischextraktes gelang es jedoch, einen viel wirksameren Impfstoff herzustellen. Ihr höchstwertiges Anatoxin enthielt 16 Antigeneinheiten pro cm^3 . Das für Massenimmunisierungen verabreichte Anatoxin enthielt anfangs sieben bis acht, später zehn bis zwölf Antigeneinheiten im cm^3 . Die Schutzimpfungen wurden Ende 1928 in Angriff genommen. Ende 1929 waren in der Provinz bereits mehr als 20,000 Kinder durch dreimalige Impfung (0.5, 1.0, 1.5 cm^3) immunisiert. Im Januar dieses Jahres aber wurde die Schutzimpfung von weiteren 25,000 Personen begonnen. Schwere, länger als eine Woche dauernde Impfreaktionen kamen nicht vor. Aus den von den Vortragenden gesammelten Berichten über 60,000 Impfungen kann die bisherige Beobachtung be-

stätigt werden, dass bei Kindern im Alter von ein bis fünf Jahren in Betracht kommende Impfreaktionen nicht vorkommen. Fieber ist sehr selten. Bei älteren, sieben- bis zehnjährigen Kindern gab es in 10—20% der Fälle ein bis zwei Tage dauerndes Fieber von zirka 38°, bei zehn- bis achtzehnjährigen Schülern kann das Fieber im allgemeinen etwas höher sein, doch wurden besorgniserregende Symptome auch in dieser Altersklasse nicht beobachtet. Nach der zweiten Impfung gibt es mehr lokale und Allgemeinreaktionen als nach der ersten, wogegen die dritte Impfung abermals mildere Reaktionen auslöste. Der immunisierende Wert des Impfstoffes wurde in mehreren Fällen auch mit der Schick-Reaktion kontrolliert. Die Schick-Reaktion wurde einen Monat nach der dritten Reaktion bei 111 Schülern durchgeführt, es wurde in keinem Fall eine positive Reaktion beobachtet. Eine Woche nach der zweiten Impfung lieferten von 136 Schülern 19% noch positive Reaktionen (dieselbst waren 55% der Nichtgeimpften positiv). Die Beurteilung des Resultates der Schutzimpfungen wird auf die Morbiditätsstatistik basiert. Im Komitat Szolnok wurde vor ungefähr zehn Monaten die Schutzimpfung von 10,181 Kindern abgeschlossen. Unter den Geimpften wurden bisher vier milde verlaufende Erkrankungen (0.392 pro Mille) beobachtet. Mit Rücksicht darauf, dass die Schutzimpfungen zumeist bei fünf- bis achtjährigen Kindern durchgeführt wurden, konnte deren Morbidität mit jener der Kinder unter 15 Jahren verglichen werden. In dieser Altersgruppe gab es unter den ungefähr 60,000 Kindern im empfänglichen Alter 248 Erkrankungen (3.85 pro Mille). Unter den Geimpften sank daher die Verhältniszahl der Erkrankungen auf ein Zehntel der ursprünglichen. Obwohl die Impfungen zu einer Zeit durchgeführt wurden, wo die Diphtheriemorbidität ziemlich hoch war, hat die Zahl der nach den 15,000 ersten Impfungen eingetretenen Erkrankungen die Annahme nicht bestätigt, als ob die erste Impfung eine kurzdauernde höhere Empfänglichkeit auslösen würde (negative Phase). Auf Grund der bisherigen Ergebnisse erscheint eine Fortsetzung der Schutzimpfungen im grossen Maßstabe als berechtigt.

F. Torday schreibt der Ausforschung und Isolierung von Diphtheriebazillenwirten für die Diphtheriebekämpfung keine in Betracht kommende Bedeutung zu, weil die Isolierung nicht durchgeführt werden kann und die Dauer des Tragens von Diphtheriebazillen durch keinerlei Eingriff, resp. Medikament beeinflusst werden könne. Man kann die Dauer der Quarantaine der Diphtherierekonvaleszenten nicht soweit verlängern, als sie Bazillenwirte sind. Die einzige Methode einer erfolgreicherer Diphtheriebekämpfung sei die passive und aktive Immunisation. Die aktiven Schutzimpfungen sollen nicht nur behördlich durchgeführt, sondern es soll womöglich jedes Kind, das jünger als sieben Jahre ist, aktiv gegen Diphtherie geimpft werden. Für die aktive Schutzimpfung in

der Privatpraxis sei das *Ramon'sche* Anatoxin am besten. Die *Löwenstein'schen* Salbeneinreibungen, besonders aber der Schutz durch Staubeinblasungen durch die Nase sollen nur versuchsweise durch die Sanitätsbehörden durchgeführt werden, in der Privatpraxis sei diese Methode nicht erwünscht, nachdem deren theoretische Grundlagen schwankend, diese nach dem Beweis der Tierversuche mehrfach angreifbar und bisher für die Praxis nicht verlässlich befunden worden sind.

B. Vas referiert über die in den Kindergärten und unteren Klassen der Elementarschulen angeordneten Diphtherieschutzimpfungen, die nur auf Grund vorheriger Einwilligung der Eltern durchgeführt werden. Die Schulärzte wählen auf Grund der Eintragungen in den Stammbüchern die zum Impfen geeigneten Kinder aus, die ungeeigneten (Tbc., organische Krankheiten) werden ausgeschlossen, sie führen ferner die Impfprotokolle. Als Impfstoff dient das Anatoxin, mit welchem die bakteriologische Anstalt (Stoessner-Produkt) bereits vor zwei Jahren mit zufriedenstellendem Ergebnis Impfungen durchgeführt hat. Das zurzeit verwendete Anatoxin verdanken wir der Zuvorkommenheit der Hygienischen Landesanstalt. Auch mit der Löwenstein-Salbe wurden Versuche durchgeführt. Von einer vorherigen Durchführung der Schick-Reaktion wurde Abstand genommen. Bei den Anatoxinimpfungen gab es in ungefähr 25—30% der Fälle keinerlei, in 50% eine milde (Erythem), in 20% eine mittelstarke (Erythem, schmerzhaft Hautschwellung) in 1—2% aber kräftige Reaktionen, wobei der ganze Arm anschwell, die Haut dunkelrot, sehr infiltriert und schmerzhaft war, die Achseldrüsen geschwollen waren, ausserdem trat hohes Fieber (39—40° C.) auf. Die Symptome bildeten sich in fünf bis sechs Tagen zurück. In keinem einzigen Fall gab es eine dauernde Schädigung. In Kinderbewahranstalten gab es nur ausnahmsweise starke Reaktionen. Bei sechs- bis siebenjährigen Kindern häufiger, besonders nach der zweiten Impfung. Bisher wurden mit der Salbe 900, mit Anatoxin 6200 Kinder geimpft.

J. Vas: Bei einem jungen Schüler, bei dem ungefähr vor zehn Tagen Diphtherieanatoxin appliziert wurde, trat kurz nach der Impfung hohes Fieber mit sehr schlechtem Allgemeinbefinden auf. Diese Indisposition dauerte zwei bis drei Tage, einige Tage später trat in Begleitung von Fieber, Erbrechen und Rachensymptomen punktförmige Rötung, Skarlatina, auf. Es tauchte die Frage auf, ob die der Impfung folgende heftige Reaktion die Widerstandskraft des Organismus dem Scharlach gegenüber nicht ebenso herabgesetzt hat, wie das z. B. bei einer Korruption der Fall sein kann. Es wäre vielleicht zweckmässig, jene Kinder, bei denen eine heftige Reaktion auftritt, zumindest für zwei Wochen von der Schule fernzuhalten, wo sie Infektionen ausgesetzt sind.

B. Kányó: Den hervorragenden praktischen Wert der auf die Produktion und Wertbestimmung von Diphtherietoxin und Anatoxin bezüglichen Versuche des Vortragenden konnte Redner im Laboratorium der Phylaxia-Serumanstalt an einem grossen Versuchsmaterial feststellen. Den Namen Diphtherieanatoxin verdient nur das der Vorschrift und den Forderungen von *Ramon* entsprechende Formoltoxoid. Bei der Impfung von vier- bis siebenjährigen Kindern, die zu 60% Schick-positiv sind, finden sich niemals heftigere Impfreaktionen als bei den Scharlachimmunisationsimpfungen.

J. Duzár: Die Bekämpfung des aktiven Schutzes ist unmoti-

viert. 1. Es gibt keine negative Phase, weil die Impfung nicht mehr als soviel Toxin einführt, der jedermann durch die sogenannten stummen Infektionen ständig ausgesetzt ist. 2. Die passive Impfung der im Verlauf der aktiven Immunisierung auftretenden Di.-Erkrankungen erfordert kaum mehr A. E. als sonst. 3. Die frühzeitige Erkennung und passive Impfung einer Di.-Erkrankung seit 1926 bedeutet nicht in allen Fällen die Rettung des Kranken. Einen Schutz gegen Di. ergibt eine überstandene Di.-Erkrankung nicht, sondern nur wiederholte leichte Infektionen, oder die mit diesen immunbiologisch äquivalenten Schutzimpfungen. Nachdem die Di.-Empfänglichkeit Ende des ersten Lebensjahres die grösste ist, und von dieser Zeit mit dem Alter stufenweise infolge der stummen Infektionen abnimmt, so folgt hieraus, dass die Di.-Schutzimpfungen je früher, womöglich vom Ende des ersten Lebensjahres systematisch durchzuführen sind. Wir können keinen absoluten Schutz erwarten, weil der durch die in einem cm^3 des Blutes der geimpften Person vorhandenen $1/20$ — $1/30$ A. E. gelieferte, sonst genügende Schutz bei heftigen Epidemien durch toxische, virulente Infektionen durchbrochen werden kann. Die Erkrankung wird jedoch nur einen leichten Verlauf zeigen. Eine definitive Besserung der allgemeinen Di.-Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik ist nur dann zu erwarten wenn sämtliche oder nahezu sämtliche Kinder eines Staates frühzeitig, systematisch, Jahre, ja Jahrzehnte hindurch eine aktive Schutzimpfung erhalten; Sporadische aktive Schutzimpfungen können vom epidemiologischen Standpunkt kaum wirkungsvoll sein. Eine noch lokalere Bedeutung besitzt die Isolierung der Bazillenwirte. Die *Ramon'schen* Anatoxinimpfungen sind vollkommen einwandfrei und vor dem schulpflichtigen Alter ungefährlich. Ihr Nachteil ist die dreimalige Impfung. Nach dem sechsten Lebensjahr ist wegen der gesteigerten Durchimmunisierung die *Behrling'sche* Impfung mit dem T. A. F.-Präparat befriedigend und in der Anwendung angenehmer (einmalige reaktionsfreie Impfung).

A. Bosányi,

D. Horváth: Nicht nur höher stehende Organismen besitzen die Anpassungsfähigkeit, mit deren Hilfe sie den geschützten Zustand erlangen können, sondern auch die einzelligen kleinen Organismen. Unter den Di.-Bazillenwirten gibt es manchmal solche, in deren Blutserum bedeutende Mengen von Di.-Antitoxin nachgewiesen werden können. Die Ausgestaltung der Anpassungsfähigkeit der Makro- wie auch der Mikroorganismen ist von Bedingungen abhängig, solche sind die Zeit und die Gelegenheit. Zeit ist erforderlich zur Anpassung an die geänderten Verhältnisse und Gelegenheit ist notwendig, damit der sich anpassende Organismus mit dem schädigenden Faktor wiederholt in innige Berührung gelange. Wenn wir den Menschen gegen Di. aktiv immunisieren, so bieten wir in einem gewissen Prozentsatz der Fälle auch dem Di.-Bazillus Gelegenheit, sich an die vom Menschen produzierten Antitoxine zu gewöhnen. Wenn wir daher die aktive Immunisierung in der ganzen Frontbreite überfallsartig durchführen könnten und auf die Di.-Bazillenwirte, Nasen-, Ohren- usw. Di-Kranke besondere Sorgfalt verwenden würden, so könnte das Ziel, den womöglich sicheren und allgemeinen Schutz zu erreichen, sehr gefördert werden.

B. Johan betont abermals, dass die Ausforschung der Bazil-

lenwirte für die Bekämpfung der Di. unumgänglich notwendig sei. Das Resultat der Impfungen könne nur auf Grund dreimaliger Impfungen erzielt werden. Die Di.-Bekämpfung kann schematisch nicht, sondern nur auf der Basis der epidemiologischen Forschung durchgeführt werden.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Oto-Rhino-und Laryngologische Sektion.

Sitzung am 10. Dezember 1929.

M. Paunz: *Nach Iwanow operierter Fall einer schweren, nach Strumektomie entstandenen Larynxstriktur.* Bei der 30jährigen Frau wurden in verschiedenen chirurgischen Abteilungen zuerst auf der einen, sodann auch auf der anderen Seite Kropfoperationen durchgeführt. Nach den Operationen entwickelte sich innerhalb einiger Jahre eine schwere Kehlkopferengung. Die Spiegeluntersuchung des Kehlkopfs zeigte die totale Lähmung des linken und eine schwere Parese des rechten Stimmbandes. Das Bild weist eine Ähnlichkeit mit dem Zustand bei Lähmung der M. cricoaryt. posterior auf. Reine, klangvolle Stimme mit schwerer Atemstörung, die eine Tracheotomie notwendig macht. Später führte er die Laryngotomie durch und schälte den linken Giessbeckenknorpel nach der Methode von Iwanow vollkommen heraus. Dilatation mit harten Schrotterschen Kautschukkathetern. Nachdem kein befriedigendes Resultat erzielt werden konnte, wurde im Anschluss an eine zweite Laryngotomie die Schleimhaut vom linken Stimmband abgelöst und die das Stimmband bildenden Muskelbündel total entfernt und der Schleimhautlappen durch Naht vereinigt. So erzielte er nach fortgesetzter Erweiterung ein volles Resultat, die ursprünglich kaum 1 1/2 Millimeter breite Stimmritze erweiterte sich auf 5 Millimeter. Die Atmung ist nun vollkommen zufriedenstellend, obwohl die Stimme natürlich ein wenig heiser wurde. Die Kranke erledigt nun ihre Arbeiten seit nahezu einem Jahr ohne Kanule und mit geschlossener Lufröhre, sie hat inzwischen auch geheiratet. Die neugebildete Atmungsöffnung ist unverändert und zeigt keine Neigung zur Striktur.

Z. Lénárt: Der Verlauf des Falles bestätigt seine Auffassung über die Aryektomie. Er hat am 22. Feber d. J. einen ähnlichen Fall operiert, er hielt jedoch von Anbeginn die Beseitigung des Giessbeckenknorpels für ungenügend, weil das seiner Stütze beraubte Stimmband, ohne einen funktionellen Wert zu besitzen, die Stimmritze verengt. Eben deshalb verband er die Aryektomie sofort mit der submukösen Exstirpation des Stimmbandes. Das Resultat war vorzüglich, so, dass die Kanule bereits am 11. März definitiv entfernt werden konnte. Die Behandlung von Strikturen, deren Ursache die mediane Fixation der Stimmbänder ist, war bis zur neuesten Zeit ein ungelöstes Problem. Die Aryektomie, kombiniert

mit der submukösen Chordektomie, ermöglicht eine sichere Heilung und er betrachtet den Eingriff als Normaloperation sowohl der Lähmung, wie auch der durch Ankylose verursachten Strikturen.

A. Réthi: Zur Durchführung der von ihm angegebenen Operationsmethode ist die genaue Kenntnis der anatomischen Verhältnisse notwendig. Gegenüber der vom Vortragenden beschriebenen Methode bleibt nach diesem Verfahren der Kehlkopf in seiner vollen anatomischen Struktur erhalten und das Resultat ist die totale Freilegung der Atemwege. In einem seiner Fälle wurde die Kanüle nach Durchführung der Réthi-Operation vorschriftsmässig am dritten Tag entfernt, doch blieb die Laryngofissionsöffnung nur zwei Wochen lang offen, einen Monat später trat, von der Wunde der Laryngofission ausgehend, Granulation auf, und zwar so massenhaft, dass die Granulationsmassen durch wiederholte Laryngofissionen beseitigt werden mussten. Bei diesen letzteren Operationen bot sich Gelegenheit, das geheilte Operationsfeld zu besichtigen. Das Stimmband war genau im Niveau der Kehlkopfseitenwand fixiert, unter demselben fand sich glatte Schleimhaut als Zeichen des erzielten idealen Resultates.

Z. Lénárt: Im Falle Réthi's wurde die zweite Laryngofission deshalb notwendig, weil die Nachbehandlung keine entsprechende war. Nach der Operation muss das Kehlkopflumen längere Zeit hindurch kontrolliert und behandelt werden, bis die Überhäutung vollzogen ist. So kann sich dann unbemerkt keine Granulation bilden, wegen welcher der Kehlkopf abermals geöffnet werden muss.

A. Réthi: Der Kranke wurde in den zwei Wochen, wo der Kehlkopf offenstand, während der täglich durchgeführten Verbandwechsel systematisch untersucht, und nur, als eine reaktionsfreie Heilung des Knorpels und des Operationsgebietes beobachtet wurde, ist die Gaze aus der Wunde der vorderen Kehlkopfwand entfernt worden, so dass der Verschluss durch Heilung erfolgen konnte. Die Granulation trat nach der Zuheilung ein und konnte auf direktem Wege nicht beseitigt werden.

M. Paunz teilt die Ansicht von Lénárt. Die von Réthi angegebene Methode ist gut, das andere Verfahren jedoch sicherer. Vom funktionellen Gesichtspunkt ist es gleich, welche Methode gewählt wird, doch ist die Réthi-Operation schwieriger. Die Granulationsbildung kann durch eine richtige Nachbehandlung verhindert werden, der Kehlkopf der Kranken ist längere Zeit hindurch mit dem Spiegel zu kontrollieren.

M. Büchler: *Operierter Fall einer Pyokele perforans im Sinus frontalis.* 47jähriger Kranker leidet seit drei Jahren an milden Kopfschmerzen, seit 4 Wochen Fistel im inneren Augwinkel. Heilung nach Killian-Operation.

Die Pyokele ist entweder eine chronische Entzündung mit Verschluss des Ausführungsganges der Nebenhöhle, oder kommt infolge einer sekundär infizierten Cyste zustande. Er betont die Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Frühdiagnose.

T. Liebermann: Sein ähnlicher Fall bezieht sich auf einen mehr als 60 Jahre alten männlichen Kranken, bei dem vor einigen Monaten rechts eine starke Protrusio bulbi entstand. Bei dem

Kranken wurden vorher auf der linken Seite auf Grund verschiedener Klagen an anderen Stellen wiederholt endonasale Operationen durchgeführt. Er diagnostizierte eine rechtseitige Sinusitis frontalis und führte auf Grund dessen die Killian-Operation durch, die eine Heilung erzielte. Er hält es für wahrscheinlich, dass die rechtseitige Sin. front. Erkrankung mit den links durchgeführten endonasalen Operationen im Zusammenhang stand.

M. Paunz erklärt das Entstehen der Pyokele mit dem Trauma. Er führt zwei seiner Fälle an, in welchen sich nach vorausgegangenen Operationen Pyokele entwickelt hat.

A. Campian: *Schwere Kehlkopfstenose bei einem an Haemophilie leidenden Kranken.* Bei am Hals oder im Mund auftretenden haemophilischen Blutungen muss man, wenn diese nicht nach aussen hin, sondern in die Gewebe erfolgen, ausser mit der Gefahr der Verblutung, auch mit jener des Erstickens rechnen. Eine solcherart entstehende Kehlkopfstenose ist eine so exceptionelle Komplikation, dass ein solcher Fall in der Literatur gar nicht erwähnt ist. Der Vortragende referiert über zwei Bluter, bei denen am Hals subkutane Haematome entstanden sind, diese wurden mit Larynxstenose kompliziert, als Folge dessen dann auch im Kehlkopf Haematome auftraten. In dem einen Fall trat eine so hochgradige Veränderung auf, dass zur Behebung der Suffokation die sofortige Tracheotomie notwendig wurde, was er nach vorher applizierten verschiedenen Styptica erfolgreich durchführte. 12 Stunden nach der Operation exitierte der Kranke unter den Symptomen der Verblutung. Bei dem zweiten Patienten hatte die Stenose keinen so bedrohlichen Charakter, so dass man mit der Tracheotomie zuwarten konnte; als jedoch diese in Erwägung gezogen werden musste, erschien die Durchführung derselben wegen des hochgradigen Blutverlustes bereits zwecklos und der Kranke starb kurz darauf. Obwohl infolge der Operation die Verblutungsgefahr erhöht wird, hält er in ähnlichen Fällen die Tracheotomie für unbedingt berechtigt, weil wir durch diese in die Lage kommen, all unsere Kräfte zur Blutstillung aufzubieten, so dass wir den Kranken eventuell retten können. Die unblutige Intubation ist zur Behebung der Stenose nicht geeignet, denn gesetzt denn Fall, dass der Tubus eingeführt werden kann, so haben wir damit das Ziel nicht erreicht, weil das Haematom, indem es sich dauernd vergrössert, die Tubusöffnung verschliesst. Gegen die Intubation spricht ferner, dass diese Manipulation vom Gesichtspunkt der Blutung auch nicht gefahrlos ist, weil das Kehlkopflumen beim Einführungsversuch ein Trauma erleidet, welches eine neuere Blutung provoziert, wodurch die Gefahr noch gesteigert wird. Die mit dem Galvanokauter durchgeführte Tracheotomie bietet ebenfalls keine Sicherheit gegen Blutungen, weil diese bei der Schorfablösung entstehen.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 12. Dezember 1929.

E. Zatkalik: *Seltener Fall von Inversio uteri.*

J. Böhm: *Aortenruptur im Wochenbett.* Bei der 31jährigen I. P., bei der eine Aorteninsuffizienz vorhanden ist, trat nach Spontangeburt am sechsten Tag des fieberfreien Wochenbettes plötzlicher Tod ein. Die Sektion ergab eine 7 cm lange quere Aortenruptur an der Aorta ascendens, unmittelbar über den Klappen. Die Ruptur beschränkte sich zuerst nur auf die Intima und Media, es entstand ein „Aneurysma dissecans“, das Blut floss aus einer kleinen Öffnung der Adventitia in das Perikardium (Hämatoperikardium) und es trat Herztamponade auf. In der Literatur ist bisher keine Aortenruptur im Wochenbett veröffentlicht worden, es ist das erste Fall.

Als Ursache der Ruptur nimmt der Vortragende 1. eine pathologische Steigerung des Blutdruckes, 2. eine Schwächung der Aortenwand an. Die erste Annahme findet die Erklärung in der Aorteninsuffizienz und Hypertrophie des linken Herzens, ferner in der Ektasie des Aortenursprungs, schliesslich in der abgelaufenen Geburt. Die Widerstandskraft der Gefässwand aber konnte durch die Erkrankung der Aorta (eventuell Lues), das Schwangerschaftstrauma und die Rückbildung im Wochenbett geschädigt werden.

K. Burger: *Medizinische Erfahrungen meiner Auslandsreise.*

M. Temesváry: *Geburtshilfliche und gynäkologische Beziehungen meiner amerikanischen Reise.*

II. Abteilung der wissenschaftlichen Stephan Tisza-Gesellschaft in Debrecen.

Sitzung am 4. März 1930.

B. Hankó legt die Studie von *P. Z. Örosi* über die *Ökologie und Physiologie des Eierlegens der Biene* vor. Der Verfasser knüpft einige Bemerkungen an die bekannten Tatsachen der Ökologie des Eierlegens der Bienenmutter und beschäftigt sich sodann eingehend mit dem Verhalten der eierlegenden Arbeitsbiene. Er schildert die Funktion des Stachels der unter dem Mikroskop beobachteten eierlegenden Weisel, und weist nach, dass der Immenstachel nicht nur ein dem Ovipositor anderer Hymenopteren homologes Organ, sondern auch hinsichtlich seiner Funktion ein Ovipositor ist.

F. Orsós: *Klimakterische Metrorrhagie mit miliaren Aneurysmen und Varizen der glandulär-hyperplastischen Korpusschleimhaut.* Die Aneurysmen sassen in den stark ein-

gebuchteten intratubulären Epithelfalten der erweiterten Drüsen-schläuche und ihre konstatierten Risse führten zu lebhafter Metrorrhagie.

S. Ökrös: *Eine neue histologische Fettfärbung.* (Aus dem Debrecener Universitätsinstitut für pathologische Anatomie.) Die nach Formalinfixierung und Gefrierung gewonnenen Schnitte werden nach Fixierung in Pikrinsäure-Eisenchlorid-Uranitratlösung und sodann in ammoniakaler Kupferlösung mit basischem Hämatoxylin gefärbt und mit der *Weigert'schen* Boraxlösung differenziert: fettartige Substanzen färben sich dunkelblau, Einbettung in Glycerin. Nach Xylolbehandlung wird in Kanadabalsam aus den einzelnen kleinsten Tröpfchen die Farbe nicht herausgelöst.

A. v. Beznák: *Einfluss der innersekretorischen Organe und der Fütterung auf den Serumkalziumgehalt.* (Aus dem Physiol. und allg. Pathol. Inst. d. Univ. in Debrecen.) Auf Exstirpation der Milz sinkt das Serumkalzium der Hunde und der Kaninchen um 25—30% des ursprünglichen Wertes, kehrt jedoch am zweiten oder dritten Tage auf die Norm zurück. Entfernt man den Pankreas des Hundes, so sinkt das Serumkalzium ebenfalls um 25—30%. Es war unmöglich, einen Stoff aus der Milz zu erhalten, der den Kalziumgehalt des Serums erhöht. Insulin wirkt auf das Serumkalzium nicht erhöhend.

Füttert man Kaninchen mit Kraut und Kartoffeln, so erhöht sich das Serumkalzium. Der zeitliche Verlauf dieser Erhöhung stimmt vollkommen mit dem zeitlichen Verlauf der Ca-Citratresorption überein. Man kann weder von Kraut noch von Kartoffeln einen Stoff isolieren, der auf das Serumkalzium dem Parathyreoideahormon ähnlich wirkt.

Nach Entfernung der Parathyreoiden sinkt der Gehalt an solchem Kalzium, welches an Knochenpulver adsorbierbar ist. Knochenpulver von normalen und parathyreopriven Hunden hat dieselbe Absorptionsfähigkeit. Das adsorbierbare Kalzium von normalen und parathyreopriven Hunden zeigt in seiner Adsorbierbarkeit keinen Unterschied. Nach totaler Parathyreidektomie erhöht sich die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen.

A. v. Zih: *Die wirksame Substanz des Carnot-Serums.* (Aus dem Physiol. und allg. Pathol. Inst. d. Univ. in Debrecen.) In seinen an Kaninchen ausgeführten Versuchen beweist der Vortragende, dass das Serum anämisierter Tiere, d. h. das Carnot-Serum nur dann eine hämopoetische Wirkung ausübt, wenn es Hämoglobin enthält, wogegen das hämoglobinfreie Serum unwirksam ist. Er nimmt an, dass der wirksame Bestandteil des Carnot-Serums das Hämoglobin ist.

G. v. Ludány: *Das Elektrokardiogramm des Lymphherzens.* (Aus dem Physiol. und allg. Pathol. Inst. d. Univ. in Debrecen.) Es wurde das Elektrokardiogramm des Lymph-

herzens vom Frosch aufgenommen. Das Bild zeigt einen Übergang zwischen dem Elektrogramm des Muskeltonus und dem Elektrokardiogramm des Krebses.

G. v. Ludány: *Reizapparat mit wechselbarer Frequenz und Intensität.* (Aus dem Physiol. und allg. Pathol. Inst. d. Univ. in Debrecen.) Es wurde ein neuer Apparat konstruiert, der mit wechselbarer Frequenz und Intensität elektrische Reize abgibt.

Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 9. Dezember 1929.

E. Kramar: *Immunitätsuntersuchungen bei Pneumonie.* Nachdem die Säuglings- und Kinderpneumonie zumeist durch den Pneumokokkus verursacht wird, kann die weitere Forschung hinsichtlich Immunbiologie der Pneumonie am erfolgreichsten durch Studium der Pneumokokkus-Immunitätsverhältnisse des Organismus erfolgen. Für solche Untersuchungen ist das Säuglingsalter besonders geeignet, da der Organismus zu dieser Zeit zuerst den verschiedenen Krankheitserregern begegnet. Hier können daher jene Veränderungen, die im Organismus infolge dieser Begegnung zustande kommen, am besten studiert werden. Er prüft der Reihe nach die Faktoren der humoralen Immunität und gelangt zur Folgerung, dass diese zum Verständnis der Pneumokokkus-Immunitätsverhältnisse des Organismus nicht genügen, hiefür ist auch die Kenntnis der zellularen Verhältnisse unbedingt notwendig. Er unterzieht die sogenannte Pneumokokkushautreaktion einer eingehenden immunologischen Analyse und gelangt zu dem Ergebnis, dass diese eine Reaktion allergischen Charakters ist und so zum Studium des zellularen Immunitätszustandes herbeigezogen werden kann. Seine bisherigen Untersuchungen scheinen zu bestätigen, dass vom immunologischen Gesichtspunkt dem Pneumokokkus gegenüber drei Stadien unterschieden werden können. 1. Anergisches Stadium: Neugeborene, mit dem fortschreitenden Alter, ein immer geringerer Teil der Säuglinge, Greisenalter. 2. Allergisches Stadium: eine mit dem Alter zunehmende Zahl der Säuglinge, die Mehrzahl der Kinder und Erwachsenen. 3. Stadium des totalen Schutzes: der kleinere Teil der älteren Kinder und der Erwachsenen, gewissen Pneumokokkustämmen gegenüber künstlich Immunisierte. Anscheinend entspricht das zweite allergische Stadium einem labilen Immunitätszustand, weil der Organismus auf Einwirkung verschiedener Faktoren in das anergische Stadium zurückfallen kann. Unter diesen Faktoren finden sich besonders gewisse Krankheiten, eine solche ist nach den bisherigen Beobachtungen die Pertussis.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen Universitäts-
gesellschaft am 7. Februar 1930.

Präsident **J. Ángyán**: *Gedenkrede über Statssekretär
Universitätsprofessor Dr. Ludwig Tóth.*

E. Scpiades: *Untersuchungen über die Struktur der
menschlichen Plazenta und aus diesen ableitbare Folgerungen.*
Er schildert vorerst unsere heutigen, besonders durch *Grosser*
vertretenen Anschauungen über die Plazentastruktur und
beschäftigte sich sodann mit den morphologischen Unter-
suchungen, die er in seiner Anstalt besonders mit seinem
Adjunkten Dr. *Burg* zusammen seit ungefähr drei Jahren
durchgeführt hat. Er schloss seinen Vortrag damit ab, dass
wohl die erzielten Resultate bescheiden sind, doch glaubt er,
dass diese durch Entscheidung einiger bisher strittiger Fra-
gen, durch Schaffung eines Unterrichtszwecken dienenden
Demonstrationsapparates und von Präparaten, ferner durch
einige neue Feststellungen dazu beitragen werden, die noch
bestehenden zahlreichen Unklarheiten über die Morphologie
und die biologischen Funktionen der menschlichen Plazenta
zu klären.

NACHRICHTEN.

Habilitierungen. Der Kultus- und Unterrichtsminister hat ge-
nehmigt: die Habilitierung des Universitätsassistenten Dr. *Leo
Holländer* (Röntgenologie), des Direktors der Budapester kom-
munalen Desinfektionsanstalt, Medizinalrates Dr. *Desider Hammer*
(Prophylaxe der Infektionskrankheiten, Desinfektion), des Uni-
versitätsassistenten Dr. *Josef Erdélyi* (Röntgenologie), des Uni-
versitätsassistenten Dr. *Desider Miskolczy* (Histologie und Pathologie
der endogenen Nerven- und Geisteskrankheiten) zu Privatdozenten
an der Budapester Universität, des Professors an der Soproner
Franz Rákóczi-Realschule *Ludwig Varga* zum Privatdozenten an
der Szegeder Universität (Hydrobiologie), ferner die Ausdehnung
der Habilitierung des Privatdozenten für Pflanzengeographie an der
Szegeder Universität Dr. *Julius Gayer* auf das Gebiet der Pflanzen-
systematik.

Paul Heim-Preis. Die medizinische Sektion der wissenschaft-
lichen Gesellschaft der Elisabeth-Universität in Pécs schreibt eine
Preiskonkurrenz für einen den Namen *Paul Heim-Preis* tragenden
Preis von 800 Pengő aus für solche auf theoretischem Gebiet tätige
Doktoren der Medizin, die im Laufe der letzten Jahre auf einem
Gebiet der Medizin eine erfolgreiche Tätigkeit ausgeübt haben.
Der Einreichungstermin für die Teilnehmer der Konkurrenz ist der
1. Oktober 1930. Die Konkurrenzarbeiten sind unter dem Namen
des Universitätsprofessors Dr. *Johann Ángyán*, Präsidenten der
Sektion, Pécs, Interne Klinik, einzusenden. Über die Preisarbeiten
entscheidet die medizinische Fakultät der Elisabeth-Universität. An
der Konkurrenz kann jeder ungarische Doktor der Medizin mit
seinen in beliebiger Sprache erschienenen, in Ungarn angefertigten
Arbeiten teilnehmen. Das Resultat wird am 7. Februar 1931 ver-
öffentlicht.

Die Reform der ungarischen Krankenpflege. Das erste Ziel, welches das Staatliche Hygienische Institut sich gestellt hatte, die *Ausbildung der behördlichen Ärzte* zu organisieren, ist nun erreicht. Der rührige Direktor des Instituts Universitätsprofessor Dr. *Béla Johan* leitete nun eine umfassende Materialsammlung ein, und unternahm Studienreisen ins Ausland, um *die Reform der Krankenpflege*, die zurzeit ziemlich im Argen liegt, vorzubereiten. Über die Ergebnisse seiner Arbeit berichtet er in dem uns vorliegenden Werk über *die Pflegerin- und Fürsorgerinfrage*, mit Rücksicht auf *ihre Ausbildung*. (*Az ápolónő és védőnő kérdésről különös tekintettel az ápolónők és védőnők képzésére. Irta Dr. Johan Béla egyet. rk. tanár, a M. Kir. Közegészségügyi Intézet igazgatója.*) Der Verfasser referiert über den Stand dieser Frage in Polen, Deutschland, Belgien, Frankreich und England. Auf Grund dieser Vorstudien gelangte er zur Überzeugung, dass die Frage der Pflegerin- und Fürsorgerinbildung nur gelöst werden könne, wenn vorerst deren Aufgabenkreis die Fragen der Anstellung, des Gehaltes und Standes geregelt seien. Zurzeit erhalten der Ungarländische Verein vom Roten Kreuz, der Verein der Ungarländischen Krankenpfleger und Pflegerinnen, die Diakonissenschwestern im Bethesda-Spital, die Krankenhäuser der Haupt- und Residenzstadt Budapest, ferner einzelne Kliniken Lehrkurse für Krankenpflegerinnen. Fürsorgerinnen werden in Ungarn seit 1918 in Mutter- und Säuglingsfürsorgerinnen-Lehrkursen ausgebildet, ihre Dauer ist anderthalb Jahre. Die vom Verfasser gesammelten Daten zeigen, dass die Krankenpflege zurzeit einem Personal anvertraut ist, von welchem 60% gar keinen, 20% aber nur eine ungenügende Ausbildung erhalten hat, ferner, dass die Entlohnung dieses Personals im allgemeinen sehr niedrig ist. Um nun für die Krankenpflege ein voll ausgebildetes Personal zu gewinnen, diese Laufbahn den Mädchen und Frauen der gebildeten Mittelklasse zu öffnen und sie für diese zu gewinnen, müssen sowohl die Standes- wie auch die Gehaltsfrage geregelt werden. Der Verfasser fordert zur endgültigen Regelung der Frage, dass in Hinkunft nur jene den Titel von Wärterinnen, resp. Fürsorgerinnen führen sollen, die über die entsprechende Qualifikation verfügen. Die qualifizierten Pflegerinnen und Fürsorgerinnen sollen obligatorisch matrikuliert werden und nur solche matrikulierte Personen sollen für Krankenpflege und sanitäre Fürsorge verwendet werden. In der Zukunft sollen nur solche Pflegerinnen und Fürsorgerinnen in die Matrikel aufgenommen werden, die den vom Staat vorgeschriebenen Lehrkurs absolviert haben. Für jene Wärterinnen, die eine höhere Qualifikation — zumindest sechs Mittelschulen — besitzen, soll eine besondere I. Klasse, für jene, die nur sechs Volksschulklassen absolviert haben, soll eine zweite Kategorie (II. Klasse) aufgestellt werden. Die Wärterinnen der ersten Kategorie wären in einem Internat zumindest zwei Jahre hindurch auszubilden, während die Bildung von Wärterinnen II. Klasse in den einzelnen Krankenhäusern im Rahmen von acht bis zwölf Monaten dauernden Kursen zu erfolgen hätte. Was die Ausbildung von Fürsorgerinnen betrifft, schlägt der Verfasser vor, dass in Zukunft lediglich der einheitliche Typus von allgemeinen Gesundheitsfürsorgerinnen ausgebildet werden soll.

Der Verfasser beschäftigt sich sodann mit den finanziellen Lasten der Spitäler, wenn diese ein Drittel der Wärterstellen mit Pflegerinnen erster Klasse mit 100 Pengő Gehalt und Verpflegung besetzen würden, und kommt zu dem Ergebnis, dass durch die Mass-

regel die Verplegskosten in Budapest um 9 und in der Provinz um 6 Heller täglich höher würden, ein Betrag daher, welcher kaum in Betracht kommt.

Jahrbuch der chirurgischen Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals 1929. (*Budapest Székesfőváros Új Szt. János-Közkórháza Sebészeti Osztályának évkönyve az 1929-ik évről.*) Vom Sekundararzt Dr. *Stefan Bugyi*. Einst die letzte Zuflucht der Armen und unheilbar Kranken, wo sie ihre Tage ruhig beschliessen konnten, dient das moderne Spital mit seinen hellen, luftigen Krankensälen und peinlicher Reinlichkeit dem Hauptzweck, die durch Krankheit und Leiden beschränkte oder in Verlust geratene Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen, Waren unsere Spitalsabteilungen in den Vorkriegszeiten die Heilstätten der Armen und Mittellosen, so hat sich das nun als Folge der allgemeinen Verarmung gründlich geändert. Nicht nur in den Einzelabteilungen, die einen gewissen materiellen Aufwand erfordern, auch in den gemeinsamen Krankensälen nimmt eine immer grösseren Anteil der Liegestätten die Mittelklasse und die intellektuelle Schicht ein. Das uns vorliegende soeben erschienene Referat über die Tätigkeit der unter der Leitung des hervorragenden Chirurgen, Universitätsprofessors Dr. *Wilhelm Manning* stehenden Abteilung des Neuen St. Johannes-Spitals betont diesen Umstand, der auch das rapide Anwachsen der Frequenz und operativen Tätigkeit der Abteilung erklärt. Die über 88 Betten verfügende Abteilung behandelte im Eröffnungsjahr (1899) 886 Patienten, deren Zahl nunmehr auf 2400 angewachsen ist, von welchen nur 114 ungeheilt entlassen werden mussten, während 122 gestorben sind. In den Abteilungen wurden 1522 Operationen durchgeführt, deren Mehrzahl auf Unterleibseingriffe entfiel. Von den interessanten Beobachtungen, welche die Tätigkeit der Abteilung bietet, sei hervorgehoben, dass das Tragen von Bruchbändern aus der Mode kommt. Jene Bevölkerungsschichten, die körperliche Arbeit leisten, lassen ihren Bruch möglichst bald operieren, um ihre Leistungsfähigkeit zu steigern, wogegen die Intellektuellen den Bruch oft jahrelang herumtragen. Eine Folge ist, dass die so gefürchteten eingeklemmten Brüche äusserst selten geworden sind. Die neuen Färbemethoden, die es ermöglichen, den Inhalt der Gallenblase sichtbar zu machen, haben der Gallenblasenchirurgie einen mächtigen Aufschwung erteilt. Die Zahl der Kropfoperationen zeigt eine wesentliche Abnahme, wobei wahrscheinlich die in der jüngsten Zeit eingeführte Kochsalzjodierung eine Rolle spielt. Der überaus geschmackvoll ausgestattete, dem Abteilungsvorstand Professor *Wilhelm Manning* gewidmete Band enthält ferner zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten des ärztlichen Personals der Abteilung.

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.