

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.

KURHAUS SEMMERING

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

Physikalisch-diätetische Höhen-Kuranstalt 1000 m ü. d. Meere, 2 Stunden von Wien. An der Südbahnstrecke Wien-Triest. Für Rekonvaleszente, Erholungsbedürftige, Nervöse (Neurasthenie, Morb. Basedowii), Schwächliche (Abhärtung), Stoffwechsel-Anomalien, usw. Magendarmkranke, Anaemien. ▲ Modern eingerichtetes Haus in sonniger Südlage, windgeschützt, staub- und nebelfrei, inmitten eigener grosser Waldungen und ausgedehnter Promenaden, Terrainkurwege. ▲ 120 Zimmer, gedeckte Balkons und Terrassen, Lift, Zentralheizung, elektrische Beleuchtung, grosse Gesellschaftsräume, Freiluftliegehallen, Luft- und Sonnenbad, Lufthütten. ▲ Sämtliche moderne Kurbehelfe, Höhenkuren, Winterkuren, Diätikuren, Wintersport.

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

**Für medizln.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ⚡
Storm Van Leuven Allergleirele Abteilungen für
Asthma, Heuheber etc. Allergische Krankheiten. ⚡
Gebärdabteilung. ⚡ Stillungsabteilung für Krebs-
forschung und Hellung. Zander, Orthopädie und
Wasserhellanstalt.**

HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioactive
Thermalquellen.

Die vollkommensten ärztlich-technischen
Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg
angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden,
Neuralgie, Gicht usw.

**Das Kurhotel ist mit den Bädern
in unmittelbarer Verbindung.**

240 modernst und mit allergrösstem Kom-
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige
Küche. Einbettiges Zimmer von 8 - 14
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24
Pengő. Thermal-Wellenbad.



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 22. Februar 1930.

B. Steiner: *Klinische Bewertung der Liquorbefunde.* Die chemische Untersuchung des Liquor ergibt nicht immer eine sichere Diagnose. Wenn die Meningitis tbc. durch einen Krampfanfall eingeleitet wird, so fehlt der charakteristische Zuckerrückgang. Eine zweite Punktion klärt dann die Lage. Bei normalem Zuckergehalt verweist die Abnahme des anorganischen Phosphors auf Enkephalitis, respektive Hirntumor. Wird eitriger Liquor gewonnen, so muss der Kliniker entscheiden, ob nicht eine septische Meningitis, respektive eine Meningitis tbc. vorliegt. Bei der letzteren kommt das Blutbild zu Hilfe. Bei Gehirnabszess können serienweise durchgeführte Liquoruntersuchungen viel zur Klärung beitragen.

Z. Bóky: Die Liquoruntersuchung ist früher derart vorgenommen worden, dass festgestellt wurde, ob der Eiweißgehalt vermehrt, die Ausscheidung eines Fibrinnetzes vorhanden ist, und ob im Niederschlag des Liquors Lymphozyten zu finden sind. Waren diese Befunde positiv, so konnte man annehmen, dass der Liquor von einer Meningitis tbc. stammt. Ein ähnlicher Befund ergibt sich jedoch auch bei akuter Polyomyelitis, bei Hirngeschwulsten und bei Gehirnabszessen. Im Anschluss an die systematische Liquorforschung fand die prognostische Richtung Einfluss in diesen Zweig der Diagnostik. Hinsichtlich der Meningitis purulenta konnte er demonstrieren, dass der Liquorzucker mit dem Fortschreiten des Prozesses immer mehr abnimmt und eventuell vollkommen verschwindet. Sobald der Prozess sich bessert, vermehrt sich wieder der Zuckergehalt. Aus den klinischen Zeichen können wir

sehr oft noch nicht sicher auf eine Besserung schliessen, wo diese Laboratoriumsbefunde bereits mit Sicherheit auf eine solche verweisen.

J. Vas: Man soll sich nach Möglichkeit nicht mit der chemischen Untersuchung und dem zytologischen Bilde begnügen, sondern bei Vorliegen eines Verdachtes auf Meningitis tbc. dahin streben, auch Tbc.-Bazillen zu finden. In den letzten Jahren ist nämlich über solche Fälle referiert worden, wo die Meningitis tbc. heilte. Die Berufung auf geheilte Fälle von Meningitis tbc. wäre keineswegs mit solcher Sicherheit erfolgt, wenn die Diagnose durch Auffindung des Tbc.-Bazillus nicht bestätigt worden wäre.

I. Berger lenkt die Aufmerksamkeit auf seine Methode der Eiweissbestimmung. Mit dem Verfahren kann der Eiweissgehalt des Liquors leicht gemessen werden, und diese Angabe ermöglicht die Feststellung einer normalen Zusammensetzung des Liquors, sowie die Diagnose des nicht entzündlichen Hydrokephalus. Das Verfahren stellt minimale Eiweisszunahmen auch in solchen Fällen fest, wo andere Methoden noch negativ sind und sie ist wertvoller, als alle Kolloidreaktionen. Bei Meningitis, besonders aber bei Meningitis tbc. findet sich schon zu Beginn ein hoher Eiweissgehalt, was diese Leiden von anderen mit geringen Eiweisszunahmen einhergehenden Krankheiten ziemlich sicher separiert.

B. Steiner: Die Bestimmung von Tbc.-Bazillen ist ein Bestandteil der üblichen Laboratoriumsuntersuchungen. In seinem Laboratorium wurden die Bazillen sogar in 100% der Fälle gefunden, wenn während des Verlaufes der Meningitis tbc. jeder Liquor sorgfältig, manchmal stundenlang durchsucht wurde. Fällt der Chlorgehalt unter 600 gr Prozent, so ist das gleichwertig mit dem Nachweis von Bazillen.

F. Hutyra: Die *Calmette-Schutzimpfungen gegen Tuberkulose*. Die 1921 in die Praxis eingeführten Schutzimpfungen werden heute bereits in einem solchen Umfang angewendet, dass bis Ende des vorigen Jahres mehr als 210.000 Säuglinge geimpft wurden, und zwar überwiegend in den lateinsprachigen Ländern. Deutschland, England und Amerika nehmen vorläufig noch einen zuwartenden Standpunkt ein, in Ungarn aber wurden nur einige Tastversuche gemacht. Das Impfmateriel (BCG Bacille Calmette-Guerin) besteht aus Tuberkulosenbazillen des bovinen Typus, die bei der auf mit Glycerinrindergalle durchtränkten Kartoffeln viele Jahre hindurch fortgesetzten Kultur avirulent, oder zumindest sehr gemildert wurden. Von dieser Kultur erhalten Neugeborene in der ersten Lebenswoche oral dreimal je ein cgm in wenig Milch. Der ursprünglichen Behauptung von *Calmette* gegenüber, wonach die Vakzine für jedes Versuchstier vollkommen avirulent sei und niemals fortschreitende Tuberkulose verursacht, konnten der Vortragende, sowie mehrere ausländische Forscher feststellen, dass sie in grossen Dosen parenteral eingepitzt bei Meerschweinchen tödliche Erkrankung verursacht und der Vortragende konnte den Krankheitsprozess serienweise von Tier zu Tier übertragen, wobei der

Bazillenstamm virulent wurde. (Demonstration der pathologischen Prozesse, sowie der Kulturen mit Projektionsbildern.) Nach den bei der Impfung von vielen Tausend Säuglingen gesammelten Erfahrungen ist die Impfung, die mit einer unvergleichlich geringeren Menge des Materials per os erfolgt, im Allgemeinen unschädlich, im übrigen wäre eine jedenfalls sehr geringfügige pathogene Wirkung, nachdem sie eine Reaktion auslöst, eine mehr vorteilhafte, als nachteilige Eigenschaft der Vakzine. Zweck der Impfung ist die Imprägnation des Lymphgefäßsystems mit avirulenten, oder wenig virulenten Bazillen, also die Herbeiführung einer sogenannten infektiösen Immunität, die andauert, so lange die Bazillen im Organismus bleiben. (Calmette nennt das „Prémunition“.)

Nach dem Ergebnis der Tierversuche tritt die Immunität ungefähr drei Wochen nach der Impfung ein und dauert 1—11 $\frac{1}{2}$ Jahre, während dieser Zeit aber widerstehen die geimpften Tiere zumindest in einem grossen Teil der Fälle sowohl der natürlichen, wie auch der künstlichen Infektion. Das gleiche kann auch bei der Säuglingsimpfung angenommen werden, weil die per os eingeführten Bazillen wenigstens teilweise aus dem Darm resorbiert werden, und selbst nach Monaten in den mesenterialen Lymphknoten nachzuweisen sind. Eine Vorbedingung des Impferfolges ist übrigens, dass die erwähnte Imprägnation des Lymphsystems je früher erfolge, denn wenn der Säugling schon vorher auf natürlichem Wege infiziert wurde, so kann die Impfung diese Infektion nicht mehr unwirksam machen, weshalb es empfehlenswert ist, die geimpften Säuglinge für die Zeit bis der durch die Impfung gebotene Schutz zustande kommt, d. i. zumindest für vier Wochen aus der infektiösen Umgebung zu entfernen. Die Berichte über die in der Praxis durchgeführten Impfungen referieren allgemein soferne über günstige Resultate, dass unter den geimpften Kindern, sowohl die Tuberkulose, sowie auch die durch andere Krankheiten verursachte Mortalität viel geringer ist, als unter den Nichtgeimpften. Wohl sind die mitgeteilten und anlässlich des Vortrages in zusammenfassenden Tabellen demonstrierten Statistiken nicht vollkommen überzeugend, u. a. auch deshalb nicht, weil die einander gegenübergestellten Kindergruppen nicht immer gleichmässig sind, und weil sie von wenigen Ausnahmen, abgesehen, durch Sektionsbefunde nicht gestützt werden. Trotz alledem verweisen die aus zahlreichen Ländern einlangenden günstigen Berichte dahin, dass den Impfungen ein gesunder Kern innewohnt und wenn sie auch nicht alle an sie geknüpften Hoffnungen einlösen, können sie dennoch — zumindest unter gewissen Umständen und Bedingungen — mit Nutzen für die Bekämpfung der Tuberkulose angewendet werden. Vorläufig ist den Impfungen gegenüber der zuwartende Stand-

punkt wohl berechtigt, und zwar insoferne, dass es ein Fehler wäre, in Erwartung der Wirksamkeit der Schutzimpfungen die bisherigen bewährten Methoden der Prophylaxe zu ändern, ebenso erscheint es übertrieben, nach französischem Beispiel die in reiner Umgebung gepflegten Kinder gesunder Eltern der Impfung zu unterwerfen. Andererseits ist die Impfung in solchen Fällen genügend motiviert, wo die Neugeborenen sich in infizierter Umgebung befinden und aus dieser nicht entfernt werden können. Solche Kinder, besonders in überfüllten, ungelüfteten Wohnungen verfallen nahezu sicher der Infektion, und ein grosser Teil derselben — bis zu 70—80% — fallen bereits frühzeitig der Krankheit zum Opfer. In solchen Fällen kommt das mit der Schutzimpfung einhergehende, jedenfalls nur sehr geringe Risiko, mit dem man übrigens bei jeder Schutzimpfung mit lebenden Keimen zu rechnen hat, gegenüber den schweren Gefahren der natürlichen Infektion kaum in Betracht. Andererseits gewährt jedoch die Tatsache, dass die Impfung zumindest für eine gewisse Zeit die Widerstandskraft erheblich steigert, Hoffnung dafür, dass die Kinder während der am meisten gefährdeten Periode ihres Lebens die natürliche Infektion erfolgreich bekämpfen, zumindest so weit, dass diese bei ihnen keine schwere Erkrankung auslöst. Es liegt sogar die Möglichkeit vor, dass der eventuell ausgelöste milde pathologische Prozess den Schutz noch steigern und eventuell dauernd gestalten wird. Nach den norwegischen Erfahrungen kann das Verfahren im Pubertätsalter bei Personen, die der natürlichen Infektion ausgesetzt sind, in der Form von subkutanen Impfungen gar nicht in Betracht kommen.

Baron Alexander Korányi: In der Diskussion über die Calmette-Impfungen stehen Optimismus und Skepsis einander gegenüber. Die Optimisten haben im Laufe der Jahre ein umfangreiches Material gesammelt, aus welchem scheinbar die Folgerung abgeleitet werden kann, dass es durch die Schutzimpfung gelingt, die gefährdeten Säuglinge wirksam vor der Infektion zu schützen. Diesen gegenüber finden die Skeptiker in den Ergebnissen der zur wissenschaftlichen Begründung der Methode dienenden Versuche Lücken, hie und da Widersprüche und sie verweisen mit vollem Recht auf die Schwächen des bei der statistischen Bearbeitung der Erfahrungen befolgten Vorgehens.

Welchen Standpunkt soll nun angesichts dieser Streitfragen der praktische Arzt einnehmen? Wir müssen von zwei Gefahren wählen. Es ist denkbar, obwohl die Wahrscheinlichkeit hierfür von Jahr zu Jahr geringer wird, dass die Zukunft den Skeptikern recht gibt. Dann werden die Optimisten um eine Täuschung reicher sein. Gibt aber die Zukunft diesen recht, so haben jene, die auch heute noch für den zuwartenden Standpunkt eintreten wollen, den Schutz rettbarer Leben versäumt. Die Wahl zwischen diesen zwei Standpunkten würde nur der Umstand erschweren, wenn die Anwendung der Calmette-Schutzimpfungen mit ernsteren Gefahren verbunden wäre, oder wenn wir andere und mehr Sicherheit bietende Metho-

den zum Schutz von Säuglingen besitzen würden, die der Infektionsgefahr ausgesetzt sind. Nach den bisherigen Erfahrungen sind die Calmette-Impfungen in praktischer Hinsicht als gefahrlos zu betrachten. Zum Schutz der Säuglinge steht jedoch nur eine wirklich sichere, die Pariser Methode von *Bernard* zur Verfügung, nach welcher das in gefährdeter Umgebung geborene Kind sofort nach der Geburt in eine infektionsfreie Umgebung versetzt wird. Eine vollkommene Methode, deren umfangreiche Durchführung jedoch unmöglich ist. Es ist daher schwer, ein Zuwarten zu motivieren. Die Möglichkeit, dass der französische Versuch zu einer Täuschung führen wird, kann verschiedenartig beurteilt werden, was jedoch den Säuglingen kaum Schaden wird. Wer diese Überzeugung teilt, muss auch die Ansicht des Redners teilen, dass wir unter den bestehenden ungünstigen Verhältnissen mit der übertriebenen Skepsis und Gleichgültigkeit brechen, und uns auf Grund des medizinischen Denkens entschliessen müssen, diese Methode, deren Wert vielleicht noch nicht vollkommen erwiesen ist, anzuwenden, wo wir keine verlässlichere besitzen. Eben deshalb hält er es für wünschenswert, dass Ungarn sich jenen Ländern anschliesse, welche die Methode von *Calmette* in das System der Tuberkulosebekämpfung eingefügt haben.

I. Reök: Die B. C. G.-Impfungen sind eventuell mit gewissen Gefahren verbunden, indem der Stamm kein fixer Virus ist, sondern einen gewissen Grad von Virulenz besitzt. Darauf beruht jedoch seine Wirksamkeit. Die Gefahren könnte man durch allgemeine Roborierung und Vitaminbehandlung vermindern. Er empfiehlt den je rascheren Beginn der B. C. G.-Impfungen.

J. Parassin: Die Durchführung der Calmette-Aktion in möglichst umfangreichen Rahmen sei unbedingt wünschenswert. Man müsse dafür sorgen, dass nicht nur die Säuglinge, von tuberkulotischen Müttern, sondern auch solche Neugeborene B. C. G.-Impfungen und die bis zur Erreichung der Immunität notwendige Isolierung erhalten können, die von anderen Personen der Umgebung gefährdet werden.

D. O. Kuthy. Wenn die Versuche mit den weniger empfindlichen Kaninchen durchgeführt worden wären, so wäre selbst in Ausnahmefällen keine Tuberkulose entstanden. Für die praktische Anwendung sind für die Ärzte des Rhone-Departements folgende Leitsätze festgestellt worden: Die Vakzination soll nur per os erfolgen. Es sollen nur in infizierter Umgebung geborene Säuglinge geimpft werden, und der Säugling soll von der Geburt drei Monate hindurch, bis seine Immunisierung beendet ist, streng isoliert werden.

E. Balogh: Im Jahre 1926—1927 hat *J. Putnoky* in seiner Anstalt in Szeged an mehr als 40 Meerschweinchen die Entwicklung der tuberkulotischen Veränderungen an mit Milchsäure in ihrer Widerstandskraft geschwächten Meerschweinchen untersucht. Das Eingehen der Tiere erfolgte rascher und in grösserer Zahl während der Winterzeit, im Gegensatz zu den in den Monaten Mai—Juni durchgeführten Versuchen. Diese im „Veszprémi Emlékfüzet“ (S. 78—92) publizierte Beobachtung bestätigt eine ähnliche Beobachtung des Professor *Hutyra*. Besonders packend sind jene Er-

gebnisse der Tierversuche des Vortragenden, dass die virulent gewordenen Generationen der B. C. G.-Bazillen für Kaninchen vollkommen unwirksam blieben, obwohl auf Grund von theoretischen Erwägungen diese Bazillen, die ursprünglich Bovinen-Typus sind, gerade für diese Tiere hätten pathogen werden sollen. Indem er die von Professor *Korányi* aufgeworfene Idee mit Freude begrüsst, möchte er, bevor man sich bei uns mit dem B. C. G.-Bazillen in weiteren Kreisen beschäftigt, auf einige hier in Betracht kommende und berücksichtigungswerte Laboratoriumsregeln aufmerksam machen. Im Institut des Breslauer Professors *Prausnitz* erfolgt die Züchtung, sowie jedwede Manipulation der B. C. G.-Bazillen in einem separat zu diesem Zweck vorbehaltenen Lokal, in welches nur ein mit diesem speziellen Arbeitskreis betrautes gesundes Mitglied der Anstalt Zugang hat. In der Weise kann in sicherer Weise die Infektion der Kulturen oder der eventuell behandelten Tiere mit Tuberkulosebakterien von humanen Typus vermieden werden. Schliesslich betont er die Wichtigkeit der Einschaltung des tuberkulotischen Krankenmaterials in die klinischen Interessenskreise, sowohl vom Standpunkt des Unterrichtes, wie auch von dem der Forschertätigkeit, was trotz den wiederholten Initiativen des Professorenkörpers der Budapester medizinischen Fakultät bisher nicht erzielt werden konnte.

E. Országh.

Sitzung am 8. März 1930.

E. Schilling: *Myomoperation während der Schwangerschaft.* Früher wurde, wenn bei Myomen als Komplikation Schwangerschaft eintrat, entweder die Schwangerschaft künstlich unterbrochen, oder der myomatöse Uterus mit der Schwangerschaft zusammen entfernt. Heute wird nur beim Eintreten von Komplikationen (allzu rasches Wachstum, Torsion, Nekrose) der Myomherd enukleiert oder einfach beseitigt. Unser Hauptbestreben ist die Wahrung der Schwangerschaft. Professor *Frigyesi* hat im Spital auf dem Bakáts-ter in drei Fällen subseröse und intramurale Herde durch Kaiserschnitt entfernt, die Schwangerschaft blieb in allen drei Fällen ungestört bestehen und die Geburten verliefen ohne besondere Komplikationen.

J. Farkas: Entweder wird während der Schwangerschaft konservativ operiert, oder das Schwangerschaftsende abgewartet und wenn ein zervikaler Herd das Schwangerschaftshindernis bildet, so wird die Operation durch Laparotomie beendet, der Uterus aber supravaginal amputiert. Die Myomgeschwulst wird manchmal weder während der Schwangerschaft, noch bei der Geburt bemerkt, besonders wenn die Geschwulst submukös gelagert ist, und den Geburtsverlauf nicht stört. Diese Geschwülste werden im Wochenbett gestielt und können andauernde Blutungen, sowie Infektion verursachen. Manchmal werden sie spontan geboren. In der Budapester Hebammenbildungsanstalt wurden in 12 Fällen gleichzeitig mit der Schwangerschaft Myome beobachtet, in vier Fällen wurde der Myomherd während der Schwangerschaft herausgeschält, und zwar dreimal mit Laparotomie, einmal auf vaginalem

Wege. Die Schwangerschaft blieb weiter bestehen und alle vier Frauen gebären am Ende dieser, ja auch bei ihren folgenden Schwangerschaften ohne Komplikationen. In acht Fällen musste der myomatöse gravide Uterus amputiert werden, einmal am Ende der Schwangerschaft nach der Laparotomie, dagegen wurde in zwei Fällen nur nach Eröffnung des exstirpierten Uterus die frühzeitige Schwangerschaft konstatiert. In drei Fällen wurde eine Ovarialzyste angenommen, in einem Fall aber ahmte der retrovertierte eingeklemmte myomatöse Uterus die Symptome einer unterbrochenen extrauterinen Schwangerschaft nach. In einem Fall sass der zervikale Myomherd so tief in der Uteruswand, dass er ohne Unterbrechung der Schwangerschaft nicht enukleiert werden konnte, andererseits hätte der den Douglas ausfüllende zervikale Herd ein Geburtshindernis bilden können, weshalb der Uterus amputiert wurde.

I. Liebmann: In der II. Frauenklinik konnten in zahlreichen Fällen Myomenukleationen bei bestehender Schwangerschaft durchgeführt werden. In diesen Fällen wurden bei Schwangerschaften im III—VII. Monat faust- bis säuglingskopfgrosse Myomherde aus der Uteruswand entfernt. In einem Fall verursachte der nekrotisierte faustgrosse Myomherd dauerndes, bis 40 C° ansteigendes Fieber mit Schüttelfrösten. Es war nicht möglich, die genaue Diagnose zu stellen und es wurde erst bei der Operation konstatiert, dass die Ursache des Fiebers der nekrobiotische Myomherd war, der aus der Wand des im VII. Monat schwangeren Uterus entfernt wurde. Mit Ausnahme eines Falles war der weitere Schwangerschaftsverlauf ungestört. Die Frauen gebären zur normalen Zeit ohne besondere Komplikationen. Ein Fall abortierte bald nach der Operation. In der Klinik wird besondere Sorgfalt auf eine vollkommen schliessende Naht des Geschwulstbettes verwendet, die Naht erfolgt in mehreren Etagen teils mit Katgut, teils mit Seide. In mit Myom komplizierten Schwangerschaftsfällen wird, wenn in der graviden Uteruswand sich solche grössere Myomherde finden, die infolge ihrer Lage oder Grösse, oder ihrer eventuellen regressiven Veränderung die Fortdauer der Schwangerschaft, resp. die Geburt gefährden, der konservative Eingriff der Myomenukleation umso mehr versucht, weil die Fälle beweisen, dass sofern der operative Insult die Schwangerschaft nicht unmittelbar gefährdet, bei entsprechender Versorgung der Uteruswunde weder während des weiteren Schwangerschaftsverlaufes, noch während der Geburt, oder im Wochenbett weitere besondere Komplikationen zu befürchten sind.

G. Páll: *Kollision von Zwillingstrüchten.* In der I. Frauenklinik wurden in den abgelaufenen 18 Jahren im Anschluss an 36,365 Operationen nach 356 Zwillingsgeburten vier Zwillingkollisionen beobachtet. In allen vier Fällen lagen ausgetragene Zwillingsschwangerschaften vor und die wahre Kollision entwickelte sich in der Austreibungsperiode aus des Steiss-, resp. Kopflage der Früchte. In allen vier Fällen wurde die Dekapitation der einen (abgestorbenen) Frucht durchgeführt, es gelang in allen vier Fällen die zweite Frucht zu retten. Im Anschluss an seine Fälle referiert er über die Entwicklung, Bedeutung und operative Lösung der verschiedenen Zwillingkollisionen.

A. Schulcz: *Amputation des atonischen Uterus.* Die Atonie besitzt keine einheitliche Ätiologie. In Fällen von letal endigender Atonie wiesen mehrere Autoren histopathologische Veränderungen im Uterus nach. Bei der jeder Behandlung trotzensen und mit Verblutung drohenden Atonie bildet die Operation die einzige Rettung. In der Literatur werden verschiedene Operationsmethoden empfohlen. Zumeist wird in solchen Fällen die supravaginale Amputation des Uterus mit Laporotomie durchgeführt. Es kommt selten zur Anwendung dieses schweren Eingriffes. Bei Prof. *Frigyesi* gab es unter 21,000 Geburten einen Fall bei einer auffallend asthenischen älteren Primipara. Wegen absoluter Wehenschwäche verzögerte Erweiterung, Perforation. Der schlaffe Uterus blutete nach der Plazentaablösung und Dührssen-Tamponade weiter. Es gelang durch rasche und ohne Blutverlust durchgeführte Uterusamputation und gleichzeitig verabreichte Bluttransfusion das Leben der nahezu verbluteten Frau zu retten. In Gebäranstalten kann man die vereinzelt vorkommenden Todesfälle infolge Verblutung durch den rechtzeitig durchgeführten operativen Eingriff vermeiden.

D. Raisz: *Behandlung juveniler Metropathien.* Auf Grund der Empfehlung von *Vogt* und *Bültemann* wurde das Insulin zur Behandlung von Metropathien in 27 Fällen angewendet. Von diesen standen 18 bereits seit längerer Zeit in Beobachtung. Die Blutung hörte in allen Fällen bereits während der 7 Tage dauernden Behandlung auf, nach einigen Monaten zeigte auch der Verlauf der Menses ein normales Bild. Der Wirkungsmechanismus ist wahrscheinlich in der grossen Ähnlichkeit zu suchen, die zwischen dem Follikulin und dem Insulin besteht. Nachdem mit dem Ovarialhormon selbst solche gute Erfolge nicht zu erzielen sind, scheinen die beiden Substanzen einander qualitativ zu ergänzen.

J. Frigyesi: *Neuere Bestrebungen in der Untersuchung und Behandlung der Sterilität.* Die Frage der Sterilität erlangte im letzten Dezennium eine besondere Wichtigkeit in der Frauenheilkunde. Die eine Ursache ist die Vermehrung der Zahl von sterilen Ehen, die andere Ursache aber die Erfindung von Untersuchungsmethoden zur Prüfung der Passierbarkeit der Tuben. Er erörtert die Methode der Pertubation, sowie eine zweite Untersuchungsmethode die Röntgenuntersuchung der Tuben nach Füllung derselben mit einem Kontrastmittel. Auf Grund von Literaturangaben, sowie seiner eigenen Untersuchungen schildert er die Technik und die Resultate dieser Methoden, wobei er mit Nachdruck auf die mit denselben verbundenen Gefahren verweist. Beide Methoden sind nur für erfahrene Fachmänner geeignet. Die Pertubation erteilt jedoch so genaue Angaben über die Passierbarkeit der Tuben, die Salpyngographie aber im Falle eines Passage-

hindernisses über dessen Stelle, dass diese Methoden bei jedem bedeutenden Eingriff zur Beseitigung der Sterilität derzeit bereits unentbehrlich sind. Im zweiten Teil seines Vortrages erörterte er die Bestrebungen zur Beseitigung der Sterilität. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf die Erfolglosigkeit einer zu diesem Zweck durchgeführten Operation: der Salpyngostomie. Das andere bisher in grossem Umfang angewendete operative Verfahren ist die Diszission des Zervix in verschiedener Weise. Die nicht allzu zahlreichen Resultate dieses Verfahrens sind wahrscheinlich auf die Rechnung der gleichzeitig durchgeführten Kurettage und der Behandlung der Uterushöhle zu schreiben, ganz abgesehen davon, dass die Diszission sehr oft — natürlich ganz unmotiviert — auch in solchen Fällen durchgeführt wurde, wo die Ursache der Sterilität nicht im Zervix, sondern in dem Tuben lag. Bessere Resultate, als all diese Verfahren versprechen schon nach den bisherigen Erfahrungen die Einpflanzung der frei passierbaren Tubenpartie in die Gebärmutterhöhle. Der Vortragende beschreibt das operative Verfahren zur Einpflanzung der Tuben und Ovarien in das Cavum uteri. Die neueren Untersuchungsmethoden und operativen Verfahren haben für die Sterilitätsbehandlung neue Grundlagen geschaffen. Die Auswahl der Fälle und die Feststellung der entsprechenden Methoden in den gegebenen Fällen, sowie deren Durchführung erfordert viel gynäkologische Erfahrung und Übung. Die Erörterung des Falles und seiner Durchführung mit den Eheleuten aber hat mit viel Takt, Umsicht und aufrichtiger Darlegung der Operationsresultate und Aussichten zu erfolgen.

S. Tóth: Zu diesem Vortrag, der wichtige Fragen umfasst, könnte man nach mehreren Richtungen hin das Wort ergreifen, was jedoch die zur Verfügung stehende Zeit nicht gestattet, deshalb will er sich nur mit zwei Themen beschäftigen: 1. über die Anwendung und den Wert der Perflation und der Hysterosalpyngographie, 2. über die Sterilitätsbehandlung im Allgemeinen. Was die erste Frage betrifft, hat er an dieser Stelle 1925, später 1927 nochmals seine Ansicht im Anschluss an die Vorträge von *O. Mansfeld*, resp. *N. Temesváry* dargelegt: beide Verfahren können zu wissenschaftlichen Untersuchungen angewendet werden, jedoch nur mit grosser Beschränkung und Vorsicht, doch warnt er in ernster Weise diese in der allgemeinen Praxis — wie das jetzt wohllos geschieht — anzuwenden. Das die Perflation eine therapeutische Methode sei, davon haben den Redner auch die Angaben des Vortragenden nicht überzeugt. In der Diagnostik können diese Methoden nur ausnahmsweise und sehr selten notwendig werden. Zur Untersuchung der Gebärmutterhöhle ist die Methode der Sondierung und der Palpation des Cavum uteri nach der Erweiterung ein viel einfacheres, sicheres und weniger gefährliches Verfahren. Das negative Resultat der Perflation ist kein Beweis für die Unpassierbarkeit der Tuben. Dass sie kein ungefährlicher Eingriff ist, das beweist neben der Theorie auch die Praxis: er sah so manche früher ge-

sunde Frau nach der Perflation schwer erkranken und wir haben sowohl aus der Literatur, wie auch aus dem Vortrag über Todesfälle Kenntnis erhalten. Es ist ja unmöglich zu bestimmen, was alles vom Zervikalkanal angefangen aus dem Uterus und den Tuben in den Bauchraum geblasen wird. Hat schon irgend jemand bei seinen Familienangehörigen eine solche Perflation unternommen? Was die Behandlung der Sterilität betrifft, wissen wir, dass die Familie die kinderlose Frau von einem Arzt zum anderen treibt, auch dann, wenn der Fehler gar nicht an ihr liegt, dann aber befürchtet auch die seit Jahren sterile Frau die Konsequenzen der Kinderlosigkeit für die Familie. Leider wird die als gesund und fehlerfrei gefundene Frau, die wegen ihrer Sterilität sich an den Arzt wendet, von diesem nicht immer abgewiesen und beruhigt, sondern behandelt, operiert, ausgeblasen wie ein verstopftes Gasrohr usw., so dass schliesslich als Ergebnis dieser vielerlei Behandlungen so manche zu Krüppeln gemacht werden. Ist der Zervikalkanal allzu eng, der Uterus stark anteflektiert, so wird die einfache Laminariabehandlung oft zum Ziel führen. Bei stark retroflektiertem Uterus, wo gewöhnlich auch andere Symptome vorhanden sind, und wo Sterilität besteht, fixiert er den Uterus durch Nähte, wodurch auch die geknickten Tuben und gesenkten Ovarien herausgehoben werden; darauf hören die Klagen auf und die bis dahin kinderlose Frau wird schwanger. Mehr als 20% der in seiner Klinik retrofixierten Frauen wurden nach der Operation gravid. Bei Frauen mit regellosen Blutungen wird die hypertrophisierte Schleimhaut des Uterus beseitigt usw., wo aber keinerlei anatomische oder symptomatische Veränderung vorhanden ist, soll man nicht behandeln und die gesunden Sexualorgane nicht anrühren. Natürlich perhorresziert auch er die vom Vortragenden aus der Literatur angeführten unmotivierten Operationen, wie Überpflanzung von Tubenpartien und Ovarien in den Uterus usw.

J. Kausz betont die hervorragende Rolle der Gonorrhoe als Hauptursache der Sterilität und lenkt die Aufmerksamkeit auf die Prophylaxe.

J. Frigyesi stimmt in seinen Anschauungen, wie aus seinem Vortrag erhellt, mit *Tóth* vollkommen überein.

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. Gynäkologische Sektion.

Sitzung am 23. Januar 1930.

B. Gyulai: *Das Adenokankroid des Uterus.* Er schildert einen Fall dieser seltenen Form der heteromorphen Krebse. Nach Erörterung der Metaplasiefrage führt er mit Projektion mehrerer Mikrophotogramme den Ursprung der Geschwulst auf die Prosoplasie-Grundlage von *Schridde* zurück.

J. Batisweiler erinnert an die Debatten über den Ursprung der im Endometrium vorkommenden Plattenepithelinseln. Obwohl es ziemlich häufig gelingt, deren Entstehen aus dem Portioepithel nachzuweisen, gibt es dennoch Fälle, wo die Annahme der Metaplasie berechtigt erscheint. Er schildert einen seiner ähnlichen Fälle,

wo im Inneren des makroskopisch anscheinend gutartigen, unter dem Mikroskop Korpusdrüsen enthaltenden Schleimhautpolyps sich ein Adenokankroid fand und wo das Drüsenepithel nahezu ohne Übergang Hornperlen bildete. Die nach dem Abdrchen des Polyps durchgeführte Ausschabung des Uterus stellte im Korpus ein typisches Adenokarzinom fest.

B. Gyulai: Im demonstrierten Fall war die krebsige Entartung sowohl histologisch im Schabsei, wie auch makroskopisch im Korpus des exstirpierten Uterus nachweisbar.

J. Nagy: *Steinbildung in einer Scheidenzyste.* Nach einer Übersicht der Literatur der Scheidenzysten zählt er deren wichtigere Formen auf. Bei der Erörterung des demonstrierten Falles einer 67jährigen Frau legt er dar, dass es sich bei der Beseitigung des in der vorderen Scheidenwand sitzenden, ungefähr eigrossen Gebildes herausstellte, dass in diesem ein nussgrosser Stein enthalten ist, auf der gegen die Scheide zu blickenden Fläche aber stellte die histologische Untersuchung Cc.-Wucherungen fest. Die chemische Untersuchung des Steines ergab Harnsäure. Das Gebilde kann als nach Abschnürung eines Blasendivertikulums entstandene selbstständige Scheidenzyste betrachtet werden, diese ist in der Literatur der zweite derartige, beschriebene Fall.

J. Bakáts: *Der feinere Mechanismus der Plazentaablösung.* Der Vortragende führte an frischen Plazenten histologische Untersuchungen durch. In seinen Untersuchungen beschäftigte er sich einerseits mit der normalen, andererseits mit Ursachen der verzögerten Ablösung der Plazenta. Er gelangte zu dem Ergebnis, dass die normale Ablösung nicht nur in der Kompakta, sondern auch in der Spongiosa, ja in einigen Fällen auch in der Muskularis selbst verlaufen kann. Die verzögerte Ablösung kann auch histologische Ursachen haben, wie z. B. Verwachsungen zwischen der Plazenta und dem Uterus. Andererseits finden sich häufig Wehenschwäche, sowie das Bild der Placenta lobata. Diese können die Ablösung ebenfalls verzögern. Bei manuellen Ablösungen fand er niemals histologische Veränderungen, woraus er folgert, dass die manuelle Ablösung auf Kosten des zuwartenden Standpunktes viel zu häufig durchgeführt wird.

S. Tóth dankt im Namen der Sektion für den interessanten Vortrag und bemerkt, dass die vorgebrachten Tatsachen in unseren heutigen Kenntnissen über die Eiimplantation auch theoretisch eine Erklärung finden. Er erklärt die Plazentaablösung — die im V—VI. Schwangerschaftsmonat in der gleichen Weise erfolgt, wie am Ende der Schwangerschaft — nicht mit gewissen degenerativen Prozessen, sondern hauptsächlich aus Flächenverschiebungen infolge der Kontraktion der Uterusmuskulatur, resp. mit den infolgedessen in der Decidua spongiosa eingetretenen Gewebsrupturen, wobei die durch Gefässerzerrungen entstandenen Blutungen förderlich sind. Die Präparate des Vortragenden sind wohl sehr lehrreich, dennoch

erscheint es wünschenswert, diese Tatsachen an einem grösseren Material nachzuprüfen.

S. Stefancsik: *Die Adenomyose des Uterus.* Nach einer eingehenden Schilderung der genetischen Frage der Adenomyose beschäftigt er sich mit der pathologischen Anatomie und Klinik der Adenomyose des Uterus. Im Anschluss an diese referiert er über zwei in der I. Frauenklinik beobachtete Fälle, wo im ersten Fall wegen Blutung die vaginale Uterusexstirpation, im zweiten wegen überaus heftigen, nahezu unstillbaren mit den Menses auftretenden krampfhaften Unterleibschmerzen die supravaginale Amputation des Uterus durchgeführt wurde. Die histologische Untersuchung stellte fest, dass im letzteren Fall eine externe, im ersteren aber eine interne Adenomyose vorlag.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 5. Februar 1930.

M. Baintner: *Neuere Ergebnisse mit der Kiss-Reaktion.* Er schildert die Statistik von neueren 6070 Fällen, in welchen die Kiss- und Wassermann-Reaktionen parallel durchgeführt wurden. Die Wa.-R. stimmte mit der Kiss-R. in 99% überein, die Zahl der nicht übereinstimmenden Fälle war daher nur 1%.

J. Steiner: *Syphilis-Reaktionen bei Schwangeren und Gebärenden.* Anzuerkennen ist die Tatsache, dass die Sera von Schwangeren und Gebärenden die Neigung haben, nicht spezifisch zu reagieren, bei entsprechender Vorsicht kann jedoch diese Fehlerquelle nahezu vollkommen ausgeschaltet werden. Bei den im Laufe des Jahres 1928 in die Gebärabteilung des Neuen St. Johannes-Spitals aufgenommenen 1374 Frauen war die Reaktion insgesamt in 77 Fällen positiv. In 70 dieser Fälle wurde das Vorhandensein von Syphilis durch klinische Symptome, oder durch die Anamnese bestätigt. In sieben Fällen konnte die Syphilis nicht nachgewiesen werden. Unter diesen fand sich eine stark positive Reaktion, die kaum als unspezifisch akzeptiert werden kann. In sechs Fällen war die Reaktion schwach positiv d. i. zweifelhaft. Im Endresultat gab es daher kaum in 0.15% der Fälle zweifelhafte Reaktionen ohne Syphilis. Einzelne Beobachter haben bei Gebärenden auch schon in 10% der Fälle nicht spezifische Reaktionen gefunden, doch lag der Fehler zweifellos in der Untersuchungsmethode. Bei richtigem Vorgehen kommt die unspezifische Reaktion bei Gebärenden fast ebenso selten vor, wie bei anderen normalen Individuen.

J. Kiss: *Wassermann-Reaktion mit aktiven Serum.* Die von der Hygienekommission des Völkerbundes in Kopen-

hagen einberufene jüngste Konferenz hatte zur Folge, dass das Vertrauen in die Präzipitationsverfahren wesentlich gekräftigt wurde, wogegen, der Wassermann-Reaktion gegenüber viel mehr Zweifel auftauchen können. Auch der Vortragende wendet eine Präzipitationsmethode an, doch benützt er zur Kontrolle der Ergebnisse auch die Wa.-R. Damit die Wa.-R. verwendbar sei, ist deren Vereinfachung derzeit noch notwendiger als früher. Der Vortragende benützt ein einfaches Verfahren. Er nimmt von dem zu prüfenden Serum zwei Tropfen und fügt diesen ein Kubikzentimeter diluiertes Antigen bei. (Vom Antigen soll eine solche Dosis genommen werden, die ungefähr ein Drittel des Alexins im normalen menschlichen Serum zu binden vermag.) Eine zweite Mischung enthält einen Tropfen des zu prüfenden Serums, mit einem Kubikzentimeter Kochsalzlösung gemischt. Die Mischungen bleiben eine Stunde lang im Thermostat, dann wird beiden ein Tropfen der 33%igen sensibilisierten Blutzellenemulsion hinzugefügt. Die Sensibilität ist eine solche, dass die Blutkörperchen durch zwei Tropfen frischen menschlichen Serums in 5—10 Minuten zur Hämolyse gebracht werden. Wenn nun zwei Tropfen Serum mit dem Antigen langsamer gelöst werden, als ein Tropfen Serum ohne Antigen, so sind in Serum spezifische Substanzen vorhanden. Enthält das Blut nicht genügend Alexin, so kann dasselbe entweder durch frisches menschliches Serum, oder Kaninchenserum ersetzt werden.

B. Nádory: Unsere Kenntnisse über die Lues sind soweit geklärt und vertieft, dass die verhängnisvolle Bedeutung dieses Leidens bereits im erheblichen Masse der Allgemeinheit bekannt geworden ist. Die diagnostischen Verfahren sind auf diesem Gebiet so vielseitig und vollkommen, dass der luetische Ursprung von überaus seltenen, einige Jahrzehnte früher noch gar nicht genannten Erkrankungen heute bereits genau und sicher festgestellt werden kann. So erkannten wir, welche deletäre Wirkung das Leiden auch auf die Fortpflanzung ausübt, es vernichtet die Frucht noch innerhalb der Gebärmutter, ein Drittel der Abortusfälle wird durch Lues verursacht, ferner ist auch ein grosser Teil der Frühgeburten, sowie der reifen totgeborenen Früchte mit Lues infiziert. Aber auch ein gewisser Prozentsatz der anscheinend gesundgeborenen, lebenden Früchte kann kongenital luetisch sein. Eben deshalb werden in der unter seiner Leitung stehenden Gebärdteilung des Neuen St. Johannes-Spitals sämtliche Frauen die zur Aufnahme gelangen, seit sechs Jahren systematisch auf Lues untersucht, ja neuerdings auch das Blut der Neugeborenen. Die serologischen Prüfungen führt Chefarzt Kiss im Laboratorium des Spitals durch. Der Vortragende hat nun über das Ergebnis der Untersuchungen eines Jahres referiert. Es ist wünschenswert, dass in allen Anstalten, wo schwangere Frauen behandelt werden, jede einzelne sich meldende Frau serologisch auf Lues untersucht und die weitere Behandlung auf dieser Grundlage geführt werde. Wenn die Wa.-R., sowie die Präzipitationsreaktion von Kiss beide sicher positiv sind, so ist die Lues

zweifelsfrei festgestellt. Mit der Untersuchung des der Armvene der Mutter entnommenen Blutes ist jedoch der Zustand der Frucht noch nicht geklärt. Wurde vorausgehend eine antiluetische Behandlung durchgeführt, oder erfolgte die Infektion in den letzten Schwangerschaftsmonaten, so kann die Frucht selbst bei negativem Blutbefund der Mutter infiziert sein. Die Untersuchung muss sich daher auch daraufhin erstrecken, und zwar soll das Blut serologisch und das abgekratzte Material der Venenwand auf Spirochäten (*Philipp*) geprüft werden. Durch die systematische und allgemeine Durchführung dieser Untersuchungen wird nicht nur die Behandlung der Mutter ermöglicht, sondern auch das Absterben, oder die kongenitale Erkrankung langer Generationen verhindert. Aus einem Artikel von *Doros* wissen wir, dass in Rumpfungarn alljährlich ungefähr 6000 Früchte totgeboren werden, 40% derselben sind aber luetisch infiziert. Es gehen daher jährlich 2400 Menschen noch vor der Geburt zu Grunde, weil die Mutter keine entsprechende antiluetische Behandlung erhielt. Auf Grund dessen wäre es motiviert, jede Schwangere obligatorisch auf serologischem Wege auf Lues zu untersuchen und wo möglich, noch in der ersten Schwangerschaftshälfte obligatorisch zu behandeln, um sowohl im Interesse der Mutter, wie auch in dem der Frucht genügend Zeit zur Durchführung einer fachlich-gründlichen antiluetischen Kur zu gewinnen.

P. Polonyi hat im Laboratorium des Sozialpolitischen Universitätsinstitutes die Kiss-Reaktion in 3200 Fällen durchgeführt, die Resultate sind vollkommen zufriedenstellend und stimmen mit der Wa.-R. überein. Es wurde sogar in 12 Fällen mit Luesdiagnose bei negativer Wa.-R. ein positives Ergebnis erhalten. Er führte in 500 Fällen die Wa.-R. mit aktiven Seren durch. Von den 68 differenten Ergebnissen, war bei 20 negativen Wa.-R. das Resultat der Kiss-Reaktion positiv, was durch die klinische Beobachtung bestätigt wurde.

I. Berger: Die mit aktiven Seren durchgeführte Reaktion ist wesentlich empfindlicher. In den 1928 in der Klin. Wochenschr. mitgeteilten Fällen waren 40% der inaktivierten negativen Seren positiv, obwohl er zu diesen aktiven Seren ebenso Meerschweinchenkomplement hinzufügte, wie zu den Inaktiven. Die Präzipitationsmethode von *Kiss* weist die stark positiven Fälle sicher und einfach nach, bei schwachpositiven kann er das Ergebnis nur schwer feststellen.

J. Sülle fragt den Vortragenden, ob ihm statistische Vergleichsdaten mit der, treffliche Resultate aufweisenden, Methode von *Kahn* zur Verfügung stehen.

T. Kertész hält es für unverständlich, dass bei richtiger Versuchsanordnung die Wa.-R. mit Fehlern von 10% arbeiten solle, wie das aus den Angaben eines Forschers in Kopenhagen hervorgeht. Dies ist unsomehr überraschend, weil nach dem Vortragenden die als fehlerhaft qualifizierten Ergebnisse keine unbestimmten Reaktionen, sondern sogenannte starke Reaktionen waren. Er selbst macht seit 15 Jahren Wa.-R. in grosser Zahl und fand keinen einzigen Fall von stark positiver Reaktion, der mit der klinischen Beobachtung, oder mit den in den letzteren Jahren gleichzeitig durchgeführten Präzipitationsreaktionen nicht als luetisch nachgewiesen werden konnte.

J. Kiss: Mit den Präzipitationsreaktionen von *Kahn* und *Müller* erhalten wir auch in solchen Fällen starke Reaktionen, wo mit der *Kiss*-Reaktion eventuell nur ein schwacher Ausschlag gefunden wird, doch ist die starke Reaktion nicht unbedingt vorteilhaft. Wollen wir einen starken Niederschlag erhalten, so kann das derart erzielt werden, dass dem Lecithin Cholesterin beigemischt wird. Wesentlich ist aber, dass Antigene bekannter Zusammensetzung verwendet werden, weil nur derart die Vorbedingung für das einheitliche Vorgehen geschaffen werden kann. Er sieht zwischen aktiven u. inaktiven Reaktionsmethoden keinen derartigen Gegensatz, wie das allgemein angenommen wird. Jede Methode kann verlässlich, oder unverlässlich sein, weil das Ergebnis der Wa.-R. von sehr vielen Faktoren abhängt.

NACHRICHTEN.

Rektorwahl an der Budapester Universität. Die Peter Pázmány-Universität in Budapest hat für das Studienjahr 1930/31 das hervorragende Mitglied der medizinischen Fakultät Universitätsprofessor Dr. *Ludwig Nékám* zum Rektor gewählt.

Hochschulnachrichten. Der Reichsverweser hat den Szegeder Universitätsprofessor Dr. *Elemér Hainiss* zum ö. o. Professor für Kinderheilkunde an der Budapester Peter Pázmány-Universität ernannt. — Der Kultus- und Unterrichtsminister hat die Habilitierung des Fachassistenten beim Ministerialkommissär für geburts-hilfliche Angelegenheiten Dr. *Andreas Matusovszky* an der medizinischen Fakultät der Budapester Universität zum Dozenten für „*Untersuchungsmethoden der Frauenkrankheiten*“ bestätigt. — Das Budapester medizinische Professorenkollegium hat in seiner jüngsten Sitzung den Professor *Géza Farkas* zum Dekan, Professor *Gustav Riegler* zum Schriftführer und Professor *Ernst Balogh* zum Bibliothekar gewählt. Zur fachlichen Leitung der wertvollen Bibliothek wurde Universitätsassistent Dr. *Árpád Herczeg* bestellt. Rektor-elektoren wurden die Professoren *Géza Farkas*, *Franz Herzog*, *Ladislav Blaskovics* und *Béla Kelen*.

Ärztlicher Fortbildungskurs. Die Zentralkommission für ärztliche Fortbildung veranstaltet vom 16—20. Juni Fortbildungsvor-träge für Ärzte, an diesen nehmen ausser den Professoren der Budapester Universität auch fünf ausländische Gelehrte teil, es sind dies die Professoren *K. F. Wenckebach* (Wien), *F. v. Sauerbruch* (Berlin), *Fr. v. Müller* (München), *A. v. Szily* (Münster) und Frei-herr *A. v. Eiselsberg* (Wien). Der Stundenplan des Fortbildungs-kurses wird den Ärzten, die teil zu nehmen wünschen, von der Kanzlei (VIII., Mária-utca 9, I. Universitäts-Augenklinik) bereit-willigst zugeschickt.

Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Von 6—8. Oktober 1930 findet die X. Tagung der *Gesellschaft für Ver-dauungs- und Stoffwechselkrankheiten* in Budapest, III. Med. Univ.-Klinik statt. Vorsitzender: von *Korányi*, Budapest. Es werden fol-gende Themata abgehandelt:

6. Oktober: *Lage und Formänderungen des Digestionstraktes, insbesondere Pfose und Divertikel.* Referenten: Vogt München, von Bergmann Berlin, H. H. Berg Berlin, von Verebely Budapest.

Organisation der diätetischen Küche in den Budapester Kliniken. Von Soós Budapest.

7. Oktober: *Knochenerkrankungen in ihren Beziehungen zum Kalkstoffwechsel, zur inneren Sekretion und zu den Vitaminen.* Referenten: Fürth Wien, L. Pick Berlin, Alwens Frankfurt a. M., Wieland Basel.

8. Oktober: *Entzündungen der Verdauungsorgane als pathogenetisches Problem.* Referenten: Kuttner Berlin, W. Löwenberg Berlin, Löhr Kiel, Kauffmann Berlin.

Mit der Tagung ist eine *Ausstellung* pharmazeutischer Präparate usw. verbunden.

Näheres durch das Generalsekretariat: Prof. von den Velden, Berlin W. 30, Bambergerstrasse 49.

Einen der praktisch wichtigsten Spezialzweige der Chirurgie, bildet die *Orthopädie*, ihre Aufgabe ist in erster Reihe die gesunde und normale Entwicklung des jugendlichen Körpers zu sichern. zur Welt gebrachte, im Kindesalter oder später auftretende Missbildungen und Verkrümmungen rechtzeitig, womöglich noch in der Jugend zu korrigieren, wo die Behandlung vollen Erfolg verspricht und der Organismus sich den vom Arzt vorgeschriebenen Bedingungen der normalen Entwicklung leicht anpasst. Eben deshalb soll die Orthopädie kein ausschliessliches Gebiet des Spezialisten bilden, sondern jeder praktische Arzt soll sich das orthopädische Denken, sowie jene einfache Verfahren aneignen, mit deren Hilfe die meisten Entwicklungsanomalien und Verkrümmungen des Kindesalters behoben werden können. Nicht heilende oder kompliziertere Eingriffe erfordernde Fälle gehören jedoch nach wie vor zur Domäne des Spezialisten. Unter dem Titel: **Orthopädie des praktischen Arztes** (A gyakorlati orvos ortopédiája) hat der Assistent der I. chirurgischen Klinik Dr. *Balthasar Horváth* ein mit zahlreichen Illustrationen versehenes Büchlein veröffentlicht, das in übersichtlicher Weise die in der Klinik üblichen orthopädischen Behandlungsmethoden schildert. Im ersten Teil sind jene einfachen Heilmethoden und Instrumente aufgezählt, die der praktische Arzt kennen und besitzen muss, um erfolgreich wirken zu können. Der spezielle Teil aber schildert die einzelnen Erkrankungen, deren Diagnostik und Therapie. Das mit einem Vorwort des Universitätsprofessor Dr. *Tibor Verebely* versehene Werk ist im Verlag des „*Orvosi Hetilap*“ 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.