



Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses 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 Annoncen-
expeditionen 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

Herrlicher Frühjahrs-
und Herbstaufenthalt.

**Pauschalpreis
3 Mahlzeiten
ab 18 Pengő.**

Phys.-diät. Höhenkur-
anstalt, 1000 m ü. d. M.,
zwei Stunden Bahnfahrt von Wien. —
Alle modernen Kurbehelfe. — Chefarzt:
Obermed.-Rat *Dr. Franz Hansy*. —
Alles Nähere durch Prospekte.

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzranke. 
Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. 
Gebärdabteilung.  Stillungsabteilung für Krebs-
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und
Wasserheilanstalt.

HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioaktive
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
Pengo, zweibettiges Zimmer von 14-24
Pengo. Thermal-Wellenbad.



Pöstyén

für die

"RHEUMAKRANKE WELT!"

Über den vulkan. Schwefel-Schlammquel-
len erbaut: Thermia Palace Hotel, ver-
bunden mit den Bädern. Literatur: Pistyan-
Bureau, Budapest, VII., Károly-körut 3/a.



Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

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

Sanatorium Westend Purkersdorf bei Wien
für innere-, Stoffwechsel-
und nervöse Erkrankungen.
Mässige Preise, ganzjährig geöffnet.
Wiener Telephon Nr. R. 33-5-65 Serie.
Chefarzt und Direktor Dr. M. Berliner.

Als Manuskript gedruckt.
Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

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

Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 31. Januar 1931.

G. Habán: *Aortentuberkulose*. Ein tuberkulotisches Drüsenpaket in der Aortengegend griff einerseits auf die Aortenwand, andererseits auf den Oesophagus über und verursachte die Perforation von beiden. Infolge der in der abgestorbenen Media angesammelten, ins Blut gelangten Tbc-Bazillen trat Miliartuberkulose auf. Durch die Oesophagusöffnung aber verblutete der Kranke, so dass die unmittelbare Todesursache die hochgradige Anämie war.

G. Horay: *Atrophia n. optici congenita familiaris*. Er demonstriert eine Familie mit drei Mitgliedern. Die 30jährige Mutter, ihre 10jährige Tochter und der 7jährige Sohn leiden seit der Geburt an Sehschwäche. Die Sehschärfe ist bei allen dreien wesentlich herabgesetzt ($\frac{5}{70}$, resp. Fingerzählen von 3—4 Meter). Bei der Mutter hochgradige temporale Dekorolation der Pupillen, bei den Kindern sind diese auffallend klein und blass. Kein Skotom, Nervensystem o. B. (Dr. Friesz), Der Prozess zeigt keinen progressiven Charakter. Es liegt eine dominant vererbte familiäre Krankheit vor,

die in keines der bekannten Heredodegenerationskrankheitsbilder eingereicht werden kann. Die unentwickelte Pupille der Kinder verweist vielmehr darauf, dass wir es mit einer mangelhaften Sehnervenentwicklung zu tun haben.

I. Schill: *Verhütung des an Anaphylaxie erinnernden, während Insulinbehandlung auftretenden Zustandes.* Er hat in 5 verschiedenen Insulinpräparaten Albumose nachgewiesen. Hievon ausgehend wendete er bei zwei diabetischen Frauen, die auf Insulin mit einem, an Anaphylaxie erinnernden Zustand reagierten, ein desensibilisierendes Verfahren an, indem er 0.2 Kcm stark verdünnte Insulinlösung intrakutan einführte und die Konzentration der beobachteten Reaktion gemäss stufenweise steigerte, bis er nach mehreren Wochen zum unverdünnten Insulin gelangte. Es gelang sodann bei vorsichtig gesteigerter subkutaner Dosierung die für die Kranken notwendige therapeutische Dosis reaktionsfrei einzuführen und längere Zeit hindurch ohne Unannehmlichkeiten zu verabreichen.

K. Hajós hat in anaphylaktischen Versuchen an Meerschweinchen nachgewiesen, dass das Insulin die Shockbereitschaft der Tiere steigert und diese für die anaphylaktischen Symptome empfindlicher macht. Die Rolle der im Insulin nachweisbaren Albumosen bei der Anaphylaxie sei noch strittig. In den vom Vortragenden angeführten Fällen sei sehr wahrscheinlich weder Anaphylaxie vorhanden, noch zeigen sie primären Proteose-Shock, sondern seien auf Rechnung der Insulin-Idiosynkrasie zu stellen. Vom praktischen Gesichtspunkt sei es angezeigt, mit den fraglichen Insulinpräparaten Tiere zu sensibilisieren und zu prüfen, ob diese anaphylaktisch werden. Für die Therapie der Insulin-Idiosynkrasie kommt natürlich vor allem die spezifische Desensibilisierung in Betracht.

K. Csepay: *Die aktuellen ärztlichen Probleme der ungarischen Sozialversicherung.* Nachdem die Sozialversicherung zur Zeit nahezu die einzige Institution ist, die nach Möglichkeit die gesellschaftlichen Umsturzbestrebungen erfolgreich bekämpft, darf auch die Ärzteschaft nicht zögern, diese Institution zu unterstützen. Auf Grund von klinischen Untersuchungen an beschäftigten Arbeitern konnte er feststellen, dass das gesundheitliche Niveau der ungarischen Arbeiterschaft erheblich gesunken ist. Zurzeit ist die Zahl der roten Blutkörperchen bei beschäftigten männlichen Arbeitern ungefähr 4.6 Millionen pro Kmm, was im Vergleich zu dem als normal angenommenen Durchschnitt von 5—5.5 Millionen einem Rückfall von 10—20% entspricht. 30—40% der werktätigen Arbeiter sind subfebril. Die G.-A. XXI:1927 und XL:1928 sollen derart geändert werden, dass angesichts der verschlechterten gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiterschaft eine finanzielle Grundlage für die gesteigerte Inanspruchnahme der Sozialversicherung geschaffen werde.

Diese neue finanzielle Belastung wäre nicht nur von Arbeitsgebern und Arbeitnehmern, sondern von der ganzen Nation zu tragen. Die Entscheidung über die Frage der Erwerbsfähigkeit und Unfähigkeit war schon unter normalen Verhältnissen eine schwere und erfordert derzeit, wo der gesundheitliche Standard eine so erhebliche Verschiebung aufweist, derartige Vertiefung und Fachkenntnisse, dass es gerügt werden müsse, wenn sich mit der Feststellung der Erwerbsfähigkeit oder Unfähigkeit auch solche beschäftigen, die infolge mangelnder Praxis oder entsprechender Fachkenntnisse hierfür ungeeignet sind. Andererseits sollen die Ärzte, die sich systematisch mit diesen Fragen beschäftigen, unbedingt eine gemeinsame prinzipielle Plattform einnehmen, denn es sei eine unhaltbare Lage, dass jene medizinischen Feststellungen, die im Schosse der Sozialversicherung bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit oder Unfähigkeit zur Geltung gelangen, bei medizinischen Gerichtsexperten, die der Sozialversicherung nicht angehören, keine Würdigung finden. Er führt als Beispiel die Frage des Magengeschwürs an. Er schildert das Vorgehen der Anstalt bei der Diagnose und Behandlung des Magengeschwürs, sowie das Verfahren bei der Feststellung der Erwerbsfähigkeit. Er macht die Ärzte, die der Sozialversicherung nicht angehören und vor allem die Gerichtsexperten darauf aufmerksam, für diese schweren Probleme die Grundlagen eines harmonischen Zusammenwirkens zu schaffen, weil nur diese die Durchführung der grossen Aufgaben der Sozialversicherung ermöglicht.

Z. Bien: Die Erhöhung der Körpertemperatur kommt auch bei Hyperthyreose vor, deren Symptome die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflussen. Sehr schwierig ist besonders die Beurteilung von Erkrankungen bei älteren Schwerarbeitern, weil in solchen Fällen das vorgeschrittene Alter und die Invalidität die Beanspruchung verursachen.

A. Torday: Es ist für den medizinischen Experten oft schwer, in Kassenprozessen Gutachten zu erteilen. Wir wissen, dass geringe Temperaturerhöhungen keine Erwerbsunfähigkeit verursachen, doch kann diese These nicht verallgemeinert werden. Manche erledigen ihre Arbeit selbst mit hohem Fieber und schwerer Tbc, weil sie Brot für ihre Familie verdienen müssen. Andere wieder sind schon bei geringer Erhöhung der Temperatur ermattet, ermüden rasch, so dass die Arbeit für sie eine Last bedeutet. Der Umstand, dass die Ursache des Fiebers in den Lungen nicht zu finden ist, bildet noch keinen Beweis der Arbeitsfähigkeit. Gewöhnlich sind es die das Fieber begleitenden Symptome, mit deren Berücksichtigung die Erwerbsunfähigkeit festzustellen ist. Bei Ulcus ist der Schmerz ein sehr subjektives Symptom und wir fällen unser Urteil auf Grund der Zusammenfassung der übrigen objektiven Symptome. Jeder einzelne Fall soll mit strenger Objektivität beurteilt werden.

Baron A. Korányi glaubt nicht, dass der durchschnittliche Lebensstandard und die gesundheitlichen Verhältnisse der Arbeiter-

schaft schlechter geworden seien. Dagegen spricht ausser der erheblichen Besserung der Lohnverhältnisse infolge der erhöhten Kaufkraft des Geldes auch der erfreuliche Rückgang der Tbc-Mortalität. Hieraus folgt, dass die aus dem Elend der Arbeitslosen geschöpften Eindrücke nicht verallgemeinert werden dürfen. Jedenfalls sei nach Möglichkeit ein Ausgleich der in den Fragen der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Gesundheit, Krankheit und Heilung auftauchenden Meinungsverschiedenheiten anzustreben, eine vollkommene Übereinstimmung zu erzielen, sei jedoch wegen der Natur dieser Frage unmöglich. So sei zum Beispiel die Temperatur über 37° ohne objektiven Befund oft das Symptom einer nicht diagnostizierbaren Krankheit, möglicherweise aber auch eine konstitutionelle Eigenschaft. Wir besitzen keine verlässliche Methode zur Unterscheidung der beiden und der erfahrene Untersucher, der seine auf Grund allgemeiner Eindrücke geformte Ansichten frei äussert, wird der Wahrheit näherkommen, als ein noch so sorgfältig festgestelltes einheitliches Vorgehen. Zur Illustrierung dessen, wie unmöglich es ist, Unsicherheiten zu vermeiden, ist auch das Magengeschwür ein geeignetes Beispiel. Der im Krankenhaus beschwerdefrei gewordene Kranke kann den Eindruck der Heilung erwecken. Die Täuschung wird vielleicht erst dann offenkundig, wenn der Kranke eine zeitlang seine gewohnte Arbeit fortsetzt und die übliche Nahrung geniesst. Die hierauf eintretende Rezidive beweist, dass das Krankenhaus, das ihn als geheilt erklärt hat, einen unvermeidlichen Irrtum begangen hat und sein Befund kann natürlich den späteren Erfahrungen gegenüber nicht als Beweis dienen. Der Standpunkt des Gerichtes, das den Umstand, dass der Kranke sich operieren liess, als Beweis der Krankheit akzeptiert, ist zweifellos richtig. Inwieweit die Krankenkassen die Unsicherheiten der Diagnostik berücksichtigen, sei keine medizinische Frage, sie müssen aber mit ihnen als unvermeidlichen Tatsachen rechnen.

R. Holits: Die Temperaturmessung, der Nachweis oder die Ausschaltung von okkulten Darmblutungen sei nicht genügend zur Entscheidung der Frage, ob wir es mit einem gesunden oder arbeitsunfähigen Menschen zu tun haben. Immer muss der ganze Mensch geprüft werden, wobei auch der Umstand zu berücksichtigen ist, dass der elende seelische Zustand des arbeitslosen, hungernden Versicherten sein eventuell geringes körperliches Leiden potenziert fühlen lässt. Die vom Vortragenden betonten einheitlichen Leitsätze stehen im offenen Widerspruch mit dem Geist der medizinischen Wissenschaft, nach welchem jeder Kranke individuell zu beurteilen ist. Bei der Erteilung von Gutachten aber sollen wir das Prinzip „in dubiis mitius“ vor Augen halten.

J. Barla-Szabó: Holits missversteht die Ansicht des Vortragenden, der keine einheitliche Erledigung, sondern die Notwendigkeit der Schaffung einer einheitlichen Auffassung betonte. Zurzeit müsse man bereits mit der Sozialversicherungsmedizin rechnen. Sie steht in organischem Zusammenhang mit der Sozialhygiene, deren Förderung eine nationale Aufgabe ist. Ihre wichtigen Kapitel sind die Entschädigungsverfahren bei Unfallschädigungen und die Lehre der Beschäftigungskrankheiten. Ein grosser Teil der Ärzte kennt zwischen Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit kaum einen Unterschied. Er fordert den Anschluss der Sozialversicherungsmedizin an den klinischen Unterricht.

A. Zolnai ersucht den ungarischen medizinischen Bucherverlag,

eine Arbeit herauszugeben, die sich mit den Fragen der kassenärztlichen Praxis beschäftigt.

J. Kausz betont die Wichtigkeit der Beobachtung von Tbc-Kranken bezüglich ihrer Arbeitsleistungen. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gebe es oft Irrtümer. Wolle man eine einheitliche Lösung erzielen, so müsse man die Kranken bei ihrer Arbeit beobachten.

K. Csépal: Die Kritik sei ungerechtfertigt, dass eine einheitliche Stellungnahme der Ärzte bei der Beurteilung der Frage der Erwerbsfähigkeit und Unfähigkeit nicht statthaft sei, weil sie zur Schablonisierung führt. Man müsse zuerst in allgemeinen prinzipiellen Fragen eine gemeinsame Plattform finden, dass zum Beispiel die Subfebrilität nicht unbedingt Krankheit bedeute, dass duodenale Deformitäten nicht gleichbedeutend mit Ulcus duodeni sind. Auf den Einwand des Prof. Korányi bemerkt er, dass die angeführten Daten sich auf gesunde, werktätige Arbeiter beziehen. Aus dem Umstand, dass die Tbc.-Mortalität stark zurückgeht, könne man nicht unbedingt auf die Besserung des Gesundheitszustandes der Arbeiter folgern. Zurzeit seien nahezu sämtliche Arbeiter anämisch und 40% derselben sind subfebril. Werden auch die ungünstigen Ernährungsverhältnisse berücksichtigt, so könne festgestellt werden, dass jeder Arbeiter, der sich krank meldet, vom Vorkriegsstandpunkt aus beurteilt, erwerbsunfähig ist. Nachdem jedoch derzeit jeder entlassene Arbeiter sich unbedingt krank meldet, sind wir gezwungen, für die Feststellung der Erwerbsfähigkeit ein elastisch begrenztes Konkretum festzustellen. Die Ulcus-Kranken werden nicht zwei Monate hindurch, sondern der Notwendigkeit entsprechend 4—6—8 Monate, ja auch ein Jahr lang unterstützt. Prof. Torday gegenüber bemerkt er, wenn ein Ulcus-Kranker symptomfrei wird und nach Monaten rezidiviert, so könne man nicht folgern, dass der Ulcus auch Monate vorher manifest war.

Sitzung am 7. Februar 1931.

E. Schill bespricht einen 2 $\frac{1}{2}$ Jahre lang beobachteten Fall von Addison-scher Krankheit, bei welchem die Behandlung (nach *Rowntree*) bestehend aus der ein Jahr lang täglich ausgeführten subkutanen Injektion von 0.001 Adrenalin und 2 $\frac{1}{2}$ Jahre lang täglich gegessenen frischen rohen Kalbsnieren ein gutes Resultat ergab. Die Pigmentation ging wesentlich zurück, Körpergewicht und Blutdruck stiegen an und das Allgemeinbefinden besserte sich bis zur vollkommenen Arbeitsfähigkeit.

J. Boros: Die Addison-Krankheit der 40jährigen Frau zeigte nach Verabreichung von täglich 2 Kcm. Tonogen und 10—20 Tabletten Tonogen-Richter in wenigen Wochen eine wesentliche Besserung. Die Pigmentation der Gingiva ging zurück und auch die hochgradige Adynamie besserte sich. Die Kranke verliess nach dreiwöchentlicher Behandlung das Bett, geht seither herum, Erbrechen und Durchfall haben aufgehört. Die Hautpigmentation zeigt keine Änderung, der geringe Blutdruck hat sich nur unwesentlich geändert (85—90 Hgmm).

A. Zerkovitz: Seine 1923 durchgeführten Tierversuche haben festgestellt, dass nach Ausschaltung einer innersekretorischen

Drüse im Blut spezifische Lysine auftreten. Diese Versuche beweisen die Notwendigkeit der Substitutionstherapie. Die bei Addison auf Substitutionsbehandlung eintretende klinische Besserung sei mit Vorsicht zu beurteilen, weil ein von ihm demonstrierter Addison-Fall wahrscheinlichluetischer Ätiologie auf antiluetische Behandlung sich besserte und seit Jahren auch ohne Substitutionstherapie sich in günstigem Zustand befindet.

E. Schill bemerkt auf die Darlegungen von Boros, dass er von einer prolongierten Adrenalin-Behandlung bei Addison-Krankheit keinen Erfolg sah. Zerkovitz gegenüber betont er, dass in seinem Fall Lues und Tumor mit Sicherheit, Tbc aber wahrscheinlich ausgeschlossen werden konnten und als Ätiologie offenbar kongenitale Hypoplasie und Schwäche der Nebenniere anzunehmen ist.

J. Kelemen: *Beeinflussung des in vitro Wachstums von Embryonalgeweben durch Tonsillensubstanz.* Bei in vitro Kulturen von Herzmuskel und Irisgewebe achttägiger Hühnerembryonen in Hühnerplasma konnte beobachtet werden, dass Extrakt aus Gaumentonsillen das Fibrozytenwachstum entweder vollständig aufhebt oder auf ein Mindestmass beschränkt. Da unter allen bisher daraufhin untersuchten Gewebearten allein der Leber eine derartige Wirkung zukommt, wird dadurch auf den Zusammenhang beider Organe innerhalb des reticulo-endothelialen Systems erinnert. Da Leukozytenextrakte das Fibrozytenwachstum in Kulturen fördern, zeigt sich hier ein bemerkenswerter Gegensatz zwischen Leukozyten und den Elementen der Tonsille; ein Beweis mehr für die Sonderstellung des Tonsillengewebes. Zugabe von Embryonalextrakt kann die oben beschriebene Wirkung manchmal verringern, doch nicht aufheben, so dass man berechtigt ist, das folgende zu schliessen: Tonsillar-extrakt besitzt gegenüber in vitro-kultivierten embryonalen Hühnergewebe (Herzmuskel und Iris) eine sehr erhebliche wachstumhemmende Eigenschaft.

S. Márton: Die wachstumhindernde Wirkung des Tonsillens-extraktes ist eine für alle Lymphgewebe charakteristische Eigenschaft. So hindert die Milzverfütterung und Milzfunktion die im Knochenmark stattfindende lebhafteste physiologische Gewebsvermehrung, wie auch das pathologische Tumorstadium. Milzextirpation erschwert die Immunisierung gegen tierisches Karzinom und kann sogar eine bestehende Immunität durchbrechen. Aus mit Milzgewebe zusammen transplantierten Geschwulstzellen wächst kein Tumor und die Injektion von Milzgewebe immunisierter Tiere schützt gegen Tumorübertragung. Den menschlichen Krebs umgibt eine Lymphzelleninfiltration. In der Milz wächst eine Karzinom-metastase nur ausnahmsweise zu makroskopischer Grösse und *Teilhauer* hat durch Milzverfütterung bei inoperablen Karzinom gute Erfolge erzielt. Die Bedeutung der auch Lymphgewebe enthaltenden Thymus für die Krebsimmunisierung ist jener der Milz ähnlich (*Magnini*) vielleicht, weil die Krebszelle auch lösliche Fettsäuren enthält (*Freund* und *Kaminer*).

T. Liebermann verweist auf die neurotropische Eigenschaft

der Tonsillen und auf das Aufhören der kindlichen Neurosen nach ihrer Beseitigung. Seiner Erfahrung nach besserten sich Basedow-Kranke nach Tonsillektomie in solchem Masse, dass es angezeigt sei, eine übrigens bisher nicht nachweisbare innersekretorische Funktion anzunehmen, als eine Reizung der Thyreoidea durch eine chronische Lymphadenitis colli profundi.

G. Kelemen: In Gewebekulturen erinnert die Anspruchslosigkeit der Tonsille für Nährstoffe an Tumoren. In Gewebekulturen ist die Thyreoidea ein wachstumsfördernder Stoff, also auf Grund seiner Darlegungen ist in dieser Beziehung die Tonsille ein Antagonist der Thyreoidea. Er verweist auf die Versuche mit Tonsillensubstanz in der Abteilung von *Pollatschek*.

A. Hasenfeld: *Die Feststellung der Kardialsymptome von Sportbeflissenen mit besonderer Rücksicht auf die Elektrokardiographie.* Die Entwicklung der Sportmedizin hält Schritt mit der grossen Verbreitung der Sporte. Eine der wichtigsten Fragen ist die Beurteilung der Sporteignung und zwar in erster Reihe die richtige Feststellung der Leistungsfähigkeit und Kraft der Zirkulationsorgane. Der Vortragende hat die Herzsymptome von 120 dauernd sportübenden Personen im Ruhezustand beobachtet. Ein grosser Teil der jungen Sportbeflissenen war Hörer der unter der Leitung von *Szükováthy* stehenden athletischen Hochschule, die älteren waren hauptsächlich Teilnehmer der internationalen Ringkonkurrenz, die im Herbst in Budapest stattfand. Ihn interessierten die Ergebnisse der Elektrokardiographie, weil diese Frage in den einschlägigen Werken sehr stiefmütterlich behandelt ist. Er schildert vorerst jene Symptome am Sportherz, die durch andere Untersuchungsmethoden festgestellt werden können. Was die Herzgrösse betrifft, betont er, dass der Grad der Herzhypertrophie davon abhängt, in welcher Weise das Herz die gesteigerte Arbeit durchführt. Die Herzarbeit wird am meisten in Anspruch genommen und Herzhypertrophie entsteht am leichtesten durch Radfahren, Schwimmen, Rudern, Skifahren und Ringen. Die Herzhypertrophie sei eine Herzläsion, weil sie die Herzmuskeldegeneration erleichtert. Er ist der Ansicht, dass diese durch ungenügende Blutversorgung des hypertrophischen Herzmuskels zustande kommt, indem die Erweiterung der Kranzgefässe mit der Vergrösserung des Herzmuskels nicht Schritt hält.

Bei Erörterung der Auskultationserscheinungen betont er die Häufigkeit von akzidentellen systolischen Herzgeräuschen, sowie den Umstand, dass sie sehr oft nur schwer von den Klappenfehlergeräuschen differenziert werden können. Sehr häufig ist die Bradykardie, namentlich bei Personen, die zur Durchführung hervorragender Sportleistungen befähigt sind. Sehr wichtig ist die Kontrolle des Blutdruckes, besonders bei nervenschwachen Personen. Leute, deren Blut-

druck 160 Hg-mm übersteigt, sind für intensiveren Sport in keiner Weise geeignet. Er zählt sodann die üblichen funktionellen Herzuntersuchungsmethoden auf, doch seien diese nicht genug verlässlich. EKG-Untersuchungen bei Sportbeflissenen sind von *Csanády*, *Hoogerwarf*, *Schenk* und *Rautmann* durchgeführt worden. Die EKG stellt die wichtigsten funktionellen oder anatomischen Störungen des Herzens fest, die sich auf die Reizbildung, Reizbarkeit, Reizleitung und Kontraktibilität beziehen. Er fand bei EKG-Untersuchung von Sportbeflissenen folgende Herzsymptome: 1. Die Vergrößerung der P-Zacke, welche die Funktionssteigerung, respektive Hypertrophie der Vorhöfe bedeutet. 2. Fehlende, respektive negative P-Zacke, diese identifiziert er mit einer intramuskulären Leistungsstörung. 3. Übergewicht der linken Kammer (sehr häufig). 4. Übergewicht der rechten Kammer (vorwiegend bei jungen Sportbeflissenen, Schwimmern). 5. Bradykardie (sehr häufig mit vortrefflichen Sportleistungen verbunden). 6. Wanderung des Reizbildungszentrums (seltener Befund). 7. Verlängerte und verlangsamt Reizleitung zwischen Vorhof und Kammer (ernstes Symptom). 8. Hohe Nachschwingung, T-Zacke (häufiger Befund, Zeichen der Kontraktionskraft und Energie des Herzmuskels). 9. Negative T-Zacke (er hält dieses Symptom auf Grund seiner klinischen Beobachtungen für ein sehr ernstes Zeichen). Der Vortragende demonstriert sodann an Projektionsdiapositiven die erörterten Herzsymptome. Bei EKG-Untersuchungen war ihm sein Adjunkt *Galgóczy*, bei der Herstellung der Diapositive *Hidassy* behilflich. Zur Beurteilung der prognostischen Bedeutung der erörterten Herzsymptome sind längere und periodisch wiederholte EKG-Untersuchungen notwendig. Es sei notwendig, die Zirkulationsorgane von Sportbeflissenen ärztlich zu kontrollieren. Er beantragt die Errichtung von sportärztlichen Kontrollstationen in der athletischen Hochschule, was die obligatorische Kontrolle der Sportler und die Ausbildung von Sportärzten ermöglichen würde. Wer ein gesundes Herz hat, der habe auch anstrengende Sportarten nicht zu befürchten und er teilt die beruhigende Auffassung von *Aschoff*, dass tödliche Sportverletzungen des Herzens bei gesundem Herzen ausgeschlossen sind.

H. Lax hat in anderthalb Jahren mit *Bodanszky* und *Szántó* im Barmherzigen-Spital und im Liget-Sanatorium mehr als 300 Sportbeflissene untersucht. Nach seinen Erfahrungen ist die EKG eine empfindliche Untersuchungsmethode und stellt viel mehr Läsionen des Myokards fest, als die klinische Untersuchung. Verhältnismässig am häufigsten finden sich Myokardveränderungen am EKG von Anfängern, überaus wenig bei den Senioren, das bedeutet vielleicht die automatische Selektion der Athleten mit gesunden Herzen. Eine nodale Reizbildung und das rhythmische Wandern

des Reizbildungsortes hält er für kein Myokardsymptom, hier spielen extrakardiale Ursachen mit. Auf Grund von Myokardläsionen, die nur mit dem EKG nachweisbar sind, würde er es nur dann wagen, jemanden den Sport zu verbieten, wenn progredierende Veränderungen vorhanden sind.

P. Kiss: Die Sportleistung des Herzens hängt von angeborenen und erworbenen Faktoren ab. Im Kindesalter spielen hierfür Diphtherie, Pneumokokkus-Infektion, Skarlatina und Polyarthritus rheumatica eine wichtige Rolle. Es wäre wichtig, in den höheren Mittelschulklassen EKG-Untersuchungen durchzuführen, weil das Herz bekanntlich zu dieser Zeit leicht dilatiert und im Reizbildungszentrum eine gesteigerte Exzitabilität vorhanden ist. Nach dem Ausbildungstraining im Frühjahr und nach den Herbstkonkurrenzen, wo die Kondition am leistungsfähigsten ist, soll sodann das Herz durch systematischen Abbaustraining in den gleichen Zustand gebracht werden, wie es im Frühjahr vor dem Trainieren war. Am Herzen des richtig trainierten Sportlers können sich zur Zeit der Konkurrenzen gewisse Veränderungen finden, diese seien jedoch nicht gleichbedeutend mit einem pathologischen Zustand, wie zum Beispiel an einem Herzen mit Klappenfehlern. Er wünscht für diese Veränderung eine andere Bezeichnung, als die bei Klappenfehlern übliche „Hypertrophie“, weil dieser Zustand kein pathologischer sei. Es sei unbedingt notwendig, die EKG-Kontrolle in den höheren Klassen der Mittelschule bei jenen Schülern zu bedingen, die sich für Sportkonkurrenzen vorbereiten wollen.

A. Hasenfeld: Auf die Darlegungen von *Lax* reflektierend hält er aufrecht, dass in seinem Fall die negative P-Zacke eine intramuskuläre Leitungsstörung bedeutete. Dagegen stellt er nicht in Abrede, dass eine Lageveränderung des Herzens an der EKG-Kurve ein Übergewicht der linken, respektive der rechten Kammer nachahmen kann, was eine längstbekannte Tatsache sei. Unter den von *Lax* untersuchten Sportbeflissenen gab es auffallend viel Herzklappenfehler. Er wiederholt, dass akzidentelle systolische Geräusche oft nur schwer von organischen differenziert werden können. Er stimmt dem Wunsche des folgenden Redners zu, dass Herzkontrolluntersuchungen schon frühzeitig vorgenommen werden sollen. Eine Herzhypertrophie sei bei Sportbeflissenen entschieden bedeutungsvoll, das Schicksal der berufsmässigen Zirkusathleten beweise dies genügend. Es ist bekannt, dass diese in der überwiegenden Mehrzahl infolge von Herzmuskelkrankheiten zugrunde gehen. Er kenne nur eine Art von Herzhypertrophie, doch sei eine gesteigerte Herztätigkeit noch keine Hypertrophie.

E. Kubányi: *Die hämophilen Familien in Ungarn.* In der II. chirurgischen Klinik, die als Zentralstelle dient, werden die Hämophilie-Kranken registriert, die eine einheitliche Prophylaxe und im Bedarfsfall eine einheitliche Therapie erhalten. Vom wissenschaftlichen Gesichtspunkte wird auf breiter Grundlage der Zusammenhang zwischen Hämophilie und Blutgruppe untersucht. Bisher wurden auf dieser Grundlage mehr als 400 Familienangehörige untersucht und drei Stammbäume gefunden, bei denen zwischen dem Hämophilietypus und dem Blutgruppencharakter die gleichen Gesetzmässigkeiten festgestellt werden konnten, wie sie der Vor-

L. Kürthi: Mit bezug auf die Ausführungen des Vorredners stellt er fest, er habe nicht behauptet, dass bei uns die durch Teer verursachten Karzinome auf Entschädigung Anspruch haben, er hat nur erwähnt, dass in einzelnen Staaten der Entschädigungsanspruch für gewerbliche Krankheiten auch auf Krebserkrankungen sich erstreckt. Er ist nicht genau informiert, wenn jedoch bei einer Person eine Krankheit auftritt, die mit einem während seiner Beschäftigung entstandenen Trauma in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden kann, so besteht seines Wissens auch bei uns hiefür der Entschädigungsanspruch.

J. Némaj: *Die Behandlung der Tonsillen mit Röntgenbestrahlung.* Er referiert über 49 Patienten, Erwachsene und Kinder, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden und deren Zustand er nunmehr seit Jahren beobachten konnte. Es erfolgte nur eine Bestrahlung in einer Sitzung. Weiche Mandeln wurden erheblich, grosse fibröse Mandeln dagegen nicht genügend verkleinert. Auffallend war dagegen, dass die bis dahin häufig sich wiederholenden Tonsillitiden in 70% der Fälle aufhörten. Mit Rücksicht darauf, dass die Bestrahlungsdosen ohne Bedenken gesteigert und nach einer gewissen Zeit auch wiederholt werden können — wie das ausländische Mitteilungen beweisen — ist eine Steigerung der Heilungsziffer zu erwarten. Besonders vorteilhaft sei die Methode des Prof. *Kelen*, bei welcher beide Tonsillen durch den geöffneten Mund getroffen werden und bei welcher die Behandlung nach sechs Wochen wiederholt wird. Diese Methode hat sich bei einigen meiner Kranken sehr gut bewährt. Die Bestrahlung übt keinerlei unangenehme Nebenwirkung aus. Interessanterweise zeigte sich bei einigen Kranken eine mässige Angina catarrhalis, ohne Fieber, offenbar war der neue Tonsillitisanfall zu jener Zeit fällig, konnte sich jedoch nicht entwickeln. In zwei erfolglosen Fällen wurde nachträglich doch die Tonsillektomie durchgeführt, diese bereitete keinerlei Schwierigkeiten. Der Vortragende empfiehlt vorläufig nur gegen häufig wiederholte Mandelentzündungen, diese verhältnismässig einfache Methode, die besonders bei Blutern sehr wertvoll sein kann.

V. Révész: Seine mit der Röntgenbehandlung der Tonsillen erzielten Erfahrungen, besonders bei häufig rezidivierenden Tonsillitiden sind sehr gut, indem die überwiegende Mehrzahl solcher Fälle nach 2—3, oft auch schon nach 1—2 Behandlungen für Jahre rezidivfrei wurde. Die Tonsillen sind auf Grund ihres anatomisch-histologischen Baues röntgenempfindlich. Harte fibröse Tonsillen reagieren schlecht. Die Wirkung ist eine doppelte, sie bekämpft sowohl die Entzündung, wie auch die Hypertrophie. Auch die Begleiterscheinungen verschwinden. Es sei noch die den verschiedenen anatomischen und pathologischen Formen entsprechende Strahlenqualität, Strahlendosis, sowie die Einstellungstechnik festzustellen, dann werden die Ergebnisse noch besser werden.

T. Liebermann: Die Röntgenbehandlung der Tonsillen besitzt zurzeit keine weite Verbreitung, doch klärt sich die Lage. Es

seien festbegrenzte Indikationen anzustreben. Histologische Untersuchungen haben nachgewiesen, dass die Strahlen gerade das noch gesunde lymphatische Gewebe der Kranken Tonsillen angreifen, wogegen sie auf die gefährlichen Stroma- und Bindegewebsgebilde keine Wirkung ausüben. Es sei daher richtig, rezidivierende Tonsillitiden derart zu beheben, doch warnt er davor, internistisch indizierte Tonsillektomien durch Röntgenbestrahlung ersetzen zu wollen.

A. Rejtő: Wenn das lymphatische Gewebe auf Röntgenstrahlen so gut reagiert, so müsse man in Betracht ziehen, dass bei der Bestrahlung der Tonsillen auch die benachbarten Drüsengewebe getroffen werden. Die Frage ist nun, ob damit geschadet wird oder nicht. Die Vernichtung der kleinen lymphatischen Inseln in der Rachenschleimhaut kann schwere Symptome auslösen.

J. Némai: Der Bestrahlung ist der ganze Kranz vom lymphatischem Gewebe ausgesetzt, der den Rachen umgibt. Mehrere Autoren erklären, dass dies ihr eigentliches Ziel sei. Es wird dadurch nicht geschadet, weil das lymphoide Gewebe offenbar nicht vollkommen resorbiert wird. Hier sei nicht die Theorie, sondern die konkrete Erfahrung massgebend.

I. Greiner: Variola-Vakzination: Bei 331 Blatternimpfungen wurde die Beobachtung der erfolglosen Impfungen durchgeführt. Bei den Versuchen erfolgte die Vakzination durch reihenweise Skarifikation, mit der eine Impfpustel herbeigeführt wurde. Von 331 Impfungen blieben 14 erfolglos, das ist 4,2%. Diese 4,2% entsprechen den englischen, deutschen und österreichischen statistischen Angaben. Zwei von den 14 refraktären Impfungen wurden nach acht Tagen revakziniert. Die Revakzination ergab in einem Fall eine erfolgreiche, im anderen Fall eine erfolglose Impfung. Die übrigen refraktären Impfungen wurden 4—5 Tage später revakziniert und ergaben in allen Fällen eine spezifische Reaktion. Von den 12 refraktären Impfungen gaben acht beschleunigte, zwei beschleunigt mitigierte und zwei der normalen Impfung entsprechende Impfreaktionen. Aus diesen Ergebnissen könne gefolgert werden, dass der optimale Termin für die Revakzination erfolgloser Impfungen der diesen folgende 4—5. Tag ist, abweichend von dem üblichen Termin der Revakzination 8—10 Tage nach der ersten Impfung. Die Erfahrung, dass nach der Revakzination erfolgloser Impfungen modifizierte Impfreaktionen auftraten, lässt darauf folgern, dass auch die refraktäre Impfung nicht vollkommen wirkungslos blieb. Auf Grund dessen kann angenommen werden, dass auch bei refraktären Impfungen Vakzinevirus in den Organismus gelangt und dessen Reaktionsfähigkeit dem Virus gegenüber verändert. Es sei daher zu untersuchen, ob es gelingt, bei refraktären Impfungen im menschlichen Organismus den Vakzinevirus nachzuweisen.

B. Kanyó kann dem Antrag der Vortragenden nicht zustimmen, dass bei den öffentlichen Schutzimpfungen die Zahl der

Impfstellen von 4 auf 1 herabgesetzt werde, ferner sei eine Dezentralisation der üblichen Massenimpfungen wünschenswert.

A. Fritz: Nach den Erfahrungen der Vortragenden gab es 4% refraktäre Fälle. Es wäre zweckmässig, diese Ergebnisse mit denen der intrakutanen Impfung von *Leiner-Kundrabitz* zu vergleichen, bei denen die Zahl der refraktären Fälle kaum 1% ausmacht.

G. Petényi: Die Reaktionen der 12 revakzinieren Fälle bilden drei Gruppen. Unter solchen Umständen könne man keine Folgerungen auf den Mechanismus ableiten.

I. Greiner bemerkt Kanyó gegenüber, dass die Variolaimmunität intensiver ist, als die Vakzinationsimmunität. Die Frage von Fritz kann mit dieser Versuchsserie nicht beantwortet werden, weil das Skarifizierungsimpfungen waren. Petényi spricht von Frühreaktion, obwohl hier nur beschleunigte Impfreaktionen vorlagen. Die Versuche bei refraktären Impfungen seien wohl nicht zahlreich, nachdem sie aber identische Ergebnisse hatten, lassen sie gewisse Folgerungen zu.

L. Paunz: *Die Kongo-Reaktion der Amyloidose.* Intravenös eingeführtes Kongorot wird von Amyloidstoffen sehr gierig gebunden, abweichend von den normalen Gewebeelementen, die farblos bleiben. Die entsprechend gewählte Farbmenge verschwindet bei Amyloidose innerhalb einer Stunde vollkommen aus dem Blut, wenn dagegen keine Amyloidose vorhanden ist, so kann die Farbe eine Stunde nach der Einspritzung im Blut nachgewiesen werden. Der Vortragende demonstriert das hierauf basierte diagnostische Verfahren, welches die Feststellung der Amyloiddegeneration exakter als bisher ermöglicht.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 18. Februar 1931.

Vorsitzender **E. Demjanovics** gedachte pietätvoll des Ablebens von **J. Keményffy**, eines langjährigen Mitgliedes der Gesellschaft.

M. Horváth: *Lehren eines orthopädischen Falles.* Er stellt einen wegen umfangreicher Lähmung einer unteren Extremität anderwärts operierten Kranken vor, bei dem die Funktion des Gliedes trotz der technisch einwandfrei durchgeführten Versteifungsoperation noch schlechter geworden ist, weil die Mechanik der unteren Extremität unbeachtet blieb.

J. Szilágyi: *Mehrfache Gummien.* Die 47jährige Frau hat sechs lebende gesunde Kinder, das siebente Kind wurde im Alter von 7 Jahren irrsinnig und ist gestorben. In der linken supra- und infraclavicularen Grube je ein nussgrosses nicht schmerzendes Gebilde, das obere derselben ragt ein wenig hervor, ist blautrot verfärbt, zirkumskript und zeigt

zentrale Erweichung, das unter ist exulzeriert. Über diesem findet sich ein pengögrosses Geschwür mit steilen Rändern und eitriger Basis, dessen Ränder infiltrierte und dessen Basis mit der Umgebung nicht verwachsen ist. Am rechten Oberarm eine pengögrosse Narbe. Das zweite, dritte und vierte Stadium der Gummientwicklung sind gut sichtbar.

A. Nagy: *Schwangerschaftsdiabetes.* Die 31jährige Frau wurde mit der Diagnose Diabetes mellitus und Azetonurie in die Anstalt geschickt. Bei der Grav. VI besteht bei gemischter Kost tatsächlich Glykosurie, diese ist jedoch nicht so hochgradig und auf Entziehung von Kohlehydraten, sowie nach reichlicher Eiweisskost tritt bei ihr auch Azetonurie auf. Die Urinmenge ist jedoch zumeist gering, dessen spezifisches Gewicht ist hoch und die Blutzuckerwerte bei nüchternem Magen sind immer normal. Auch die Alkalireserve ist in einer für Diabetes charakteristischen Weise nicht verringert. Per os verabreichter Traubenzucker wird innerhalb 6 Stunden ausgeschieden, worauf der Urin zuckerfrei wurde. Nach der per os verabreichten 50 Gramm Traubenzuckerbelastung steigt der Blutzuckerspiegel steil an und bleibt noch zwei Stunden nachher übernormal. Dieser Umstand ist jedoch kein Beweis für Diabetes, weil dieses Verhalten bei Schwangeren vorkommt, ausserdem kann die Kurve bei vielen anderen Krankheiten eine verzögerte werden, dieser Umstand, sowie die Azetonurie lassen vielmehr auf eine Leberläsion folgern. Es fehlten auch die klinischen Symptome der Diabetes, so dass das Leiden als Schwangerschaftsglykosurie zu betrachten war.

A. Torday: Der demonstrierte Fall ist interessant, weil er nicht ausschliesslich als renale Glykosurie zu betrachten ist und gewisse Symptome für eine Funktionsstörung von Leber und Pankreas sprechen. Diese sind: die Glykosurie kann durch Beschränkung von Kohlehydrat beeinflusst werden, durch per os verabreichten Traubenzucker kann der Urinzuckergehalt auf 4% steigen und die Blutzuckerkurve zeigt selbst nach zwei Stunden noch immer 150 Mgr %. Das lässt auf eine tiefere Störung des Stoffwechsels folgern. Auf Grund der Blutzuckerkurve und der Azetonurie kann speziell eine Leberläsion festgestellt werden. Gegen eine wahre Diabetes spricht der Mangel von klinischen Symptomen, die geringe Zuckermenge, oft volle Aglykosurie auch bei gemischter Kost und der normale Blutzuckergehalt bei nüchternem Magen. Die Azetonurie ist ein mit der Schwangerschaft zusammenhängendes Symptom. Mit dieser Frage hat sich bei uns *A. Szarku* beschäftigt, der eine Steigerung von 40.9% im Vergleich mit dem Zustand nach der Geburt fand. Die Ursache sei nach *Schotter* die mangelhafte Nahrungsaufnahme und der grössere Stoffbedarf, nach *Stolz* die Fettresorption aus dem sich bildenden Colostrum, nach *Novak* und *Porges*, sowie *Ribi* und *Lichtmann* die Kohlehydratarmut der Nahrung, sowie die tiefere Einstellung der Toleranz. Auch nach *Klesettel* besteht während der Schwangerschaft ein grösserer Kohlehydratbedarf zur Fettverbrennung.

P. Kramer: Es sei schwer zu entscheiden, ob eine Glykosurie insular oder extrainsular sei, die Entscheidung sei selbst nach monatelangem systematischen Untersuchungen unmöglich. Er beobachtete eine analoge Schwangerschaftsglykosurie anderthalb Jahre hindurch, wo nach der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei guter Toleranz Normoglykämie und totaler Aglykosurie die Belastungskurven einen ganz pathologischen Verlauf noch Monate hindurch aufwiesen. Gegen den insularen Charakter der Glykosurie sprach schon zu Beginn die ständige Normoglykämie und die insulare Resistenz. Nach anderthalb Jahren lieferten sämtliche Stoffwechseluntersuchungen normale Ergebnisse.

L. Scheitz: *Über Cholelithus-Steine.*

I. Rosenak: *Die Kruckenbergs-Hand.*

NACHRICHTEN.

Die Wahlen an den ungarischen Universitäten. An der medizinischen Fakultät der *Budapester* Universität wurde zum Dekan Professor *Josef Szabó*, zum Schriftführer Professor *Ernst Balogh* gewählt. — An der medizinischen Fakultät der *Szegeder* Universität wurde Professor *Andreas Jeney* Dekan und Professor *Josef Baló* Schriftführer. — An der medizinischen Fakultät der *Pécs*er Universität wurde Professor *Elemér Scipiades* Dekan und Professor *Alexander Gorka* Schriftführer. — Die *Debrecener* Universität wählte für dieses Jahr den Dermatologen Professor *Eduard Neuber* zum Rector magnificus, Dekan der medizinischen Fakultät wurde Professor *Johann Bodnár*, Schriftführer Professor *Zoltán Bókay*.

Vortrag. Auf Einladung des Zentralkomitees für ärztliche Fortbildung hielt am 19. Juni der Professor für Augenheilkunde an der Polyclinic Medical School and Hospital und Chefarzt des Beth Israel-Spitals zu Newyork. Dr. *Erwin Török* im Lehrsaale der Budapester I. Augenklinik einen Vortrag über „Syphilis und Trauma“. Professor Török, ein ungarischer Gelehrter, der es in der Neuen Welt zu grossen Ehren gebracht hat, gilt in seiner neuen Heimat als anerkannte Fachautorität dank seiner hervorragenden fachpublizistischen Betätigung und seiner umfangreichen chirurgischen Praxis, in deren Bereich viele spezielle Eingriffe unter seinem Namen bekannt geworden sind. Den illustren Gast hatte Universitätsprofessor Dr. *Emil v. Grósz* begrüsst. Professor Dr. Török, der in den Jahren 1899—1906 an der Budapester I. Augenklinik gearbeitet hatte, betonte in seiner Antwort bescheiden, dass die ausgezeichnete ungarische Schule der Augenheilkunde ihm die sichere Grundlage für die Weiterentwicklung gegeben habe.

VI. Internationaler Kongress für Unfall- und Beschäftigungs-krankheiten. Dieser Kongress findet vom 3—8. August in Genf statt. Von den bisher angemeldeten 156 Vorträgen entfallen auf Ungarn 5. Ungarische Mitglieder und Vorträge sind bei Dr. *Wilhelm Friedrich* Universitätsprofessor (IV., Kossuth Lajos-utca 4) anzumelden.

I. Internationaler Kongress der Association Stomatologique Internationale in Budapest. Der vom 2—7. September in Budapest stattfindende Internationale Stomatologenkongress verspricht infolge der grossen Zahl von Anmeldungen eines der hervorragendsten

wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Ereignisse zu werden. Für diesen Kongress sind bisher mehr als 250 Vorträge angemeldet worden und Teilnehmer haben sich auch aus den Vereinigten Staaten, Japan, Argentinien, Venezuela, Peru usw. gemeldet. Die Eröffnungssitzung des Kongresses findet in prunkvoller Weise im grossen Musikakademiesaal statt. Die wissenschaftlichen Sitzungen werden in den Redoutensälen gehalten, wo die einzelnen Sektionen tagen werden. Im grossen Redoutensaal wird für die Dauer des Kongresses eine Internationale stomatologische Ausstellung veranstaltet werden. Das Kongressbureau amtiert in den Lokalitäten der Redoute, hier werden Aufklärungen erteilt, die Zirkulare und Drucksachen eingehändigt, ferner stehen den Kongressmitgliedern dort Post-, Telefon- und Telegraphenämter, Reisebureau und Bankschalter zur Verfügung.

Konstituierung der Landeskommission für Quellen- und Bäderwesen. Der Minister für Volkswohlfahrt hat zur Durchführung des Bädergesetzes (G.-A. XVI:1929) die Landeskommission für Quellen- und Bäderwesen konstituiert. Vizepräsident wurde Staatssekretär Dr. *Kornel Scholtz*, Sekretär Sektionsrat Dr. *Eugen Pöltzel*. In die Kommission wurden amtlich entsendet vom Volkswohlfahrtsministerium Staatssekretär Dr. *Tibor Györy* und Ministerialrat Dr. *Ladislaus Kádár*, vom Ackerbauministerium Ministerialrat *Nikolaus Bartmann*, vom Handelsministerium Sektionsrat *Bartholomäus Valkay*, vom Justizministerium Ministerialrat Dr. *Dyonis Ghyczy*, vom Ministerium des Innern Ministerialrat Dr. *Béla Csatáry*, vom Finanzministerium Ministerialrat *Franz Kölbig*, vom hauptstädtischen Baurat Dr. *Koloman Czabaly*, von der Hygienischen Landesanstalt Universitätsprofessor Dr. *Béla Johan*, vom Geologischen Institut Obergologe *Paul Rozlozsnik*, vom Meteorologischen Landesinstitut Vizedirektor *Georg Marczel*, vom Fremdenverkehrsamt Generalsekretär Dr. *Elemér Miklós*, von der Versicherungsanstalt der Privatangestellten Direktionsmitglied *Julius Bajan*, vom Landessanitätsrat Oberhausmitglied Prof. Baron *Alexander Korányi*, von den Ungarischen Verkehrsanstalten Ministerialrat *Otto Senn* und Staatssekretär *Elemér Jármay*, von der Haupt- und Residenzstadt Budapest Reichstagsabgeordneter Dr. *Theodor Homonnay*, Magistratsrat *Karl Szendy* und Direktor *Geza Bánlaky*. Als Vertreter von Fachkorperschaften und als Fachorgane wurden ernannt: Chefarzt Dr. *Nikolaus Frank*, Oberhausmitglied *Franz Malatinszky*, Ministerialrat i. P. Baron Dr. *Tibor Wlassics*, Oberregierungsrat *Desider Bánó*, Advokat Dr. *Julius Zsembery*, Ministerialrat i. P. *Zoltán Szviezsényi*, Direktor *Oskar Bársony*, Oberregierungsrat *Anton Becsey*, Universitätsprofessor Dr. *Julius Benczur*, der Professor am Polytechnikum *Adolf Czakó*, Universitätsprofessor *Zoltán Dalmady*, Obergologe Dr. *Koloman Emszt*, Direktor *Leopold Felbert*, Hofrat *Max Márkus*, Universitätsprofessor Dr. *Zoltán Vámosy* und Direktor Dr. *Julius Weszelszky*.

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 Andrásy-ut. Fernsprecher : Budapest 289—26.