

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

Sanatorium Dr. Pajor

Budapest, VIII., Vas-utca 17.

Für medizn.-chirurg. Nerven- und Herzkranke. ☞ Storm Van Leuven Allergiefreie Abteilungen für Asthma, Heuheber etc. Allergische Krankheiten. ☞ Gebärdabteilung. ☞ Stiftungsabteilung für Krebsforschung und Heilung. Zander, Orthopädie und Wasserheilanstalt.

Bei Hämorrhoiden Anugen—Zäpfchen

Anfertigung:

APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

Budapest, V., Szabadság-tér

ORGANOTHERAPEUTISCHE PRÄPARATE

Enthalten sämtliche Wirkungsstoffe der innersekretorischen Drüsen.

Toxin- und eiweissfrei!

Steril!

Halbbar!

TABL. OVARIUM „RICHTER“ GLANDUOVIN

Zur Behandlung der Amenorrhoea. Bei allen Störungen der Eierstockfunktion.
In Schachteln à 3 und 6 Ampullen zu 1 ccm.

Tonogen (Adrenalin) „RICHTER“
Salzsaures wässriges Extrakt der
Nebenniere (1:1000).

GLANDUITRIN

Wässriges Extrakt aus dem Hinter-
lappen der Hypophyse. 1 cm³ enthält
10 internationale Einheiten.

SYNERGETISCH WIRKENDE, PLURIGLANDULÄRE PRÄPARATE

Hormogland „Richter“

die wirksamen Stoffe verschiedener Drüsen,
in Tabletten und Injektionen zur individuellen Organotherapie.

CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER A.-G.
Budapest, X.

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.



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

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 21. Februar 1931.

A. Noszkay: a) *Eigenartige Ursache der bei Solitär-
niere auftretenden Anurie.* Bei dem 28jährigen Patienten
erfolgte vor einem Jahr wegen Nieren-Tbc. linksseitige
Nephrektomie. Bei der Aufnahme Tbc-Schrumpfblass und
rechtseitiger Reflux. Die Blasenschleimhaut ist injiziert,
stellenweise aufgelockert. Der Kranke erhält zur Linderung
des häufigen Harndranges 1—2mal wöchentlich 10 Ccm der
5%-igen Noviformanästhesin-Paraffinöl-Suspension. Nach
längerer Behandlung gelangte das Noviform infolge des
Refluxes in den Ureter und in das Nierenbecken, wo es
sedimentierte, sich in kleine Knoten zusammenballte und das
Lumen des Ureters obturierte, was zur totalen Anurie führte.
Die Röntgenaufnahme zeigte das Noviform infolge seines
Wismutgehaltes ganz genau, dieser Schatten imponierte als
Stein. Die Anurie konnte durch einfache Einführung des
Ureter-Katheters behoben werden, allmählich entfernte sich
auch das Noviform-Paraffin mit dem Urin.

b) *Beitrag zur auffallend raschen Bildung und zum*

Wachstum von Nierensteinen. Der 32jährige Mann wurde wegen rechtseitigen Steinverschluss des Ureters operiert. (*Prof. Rihmer.*) Links zeigte der Röntgen keinen Stein, dagegen war links eine milde Bakt. coli-Pyelitis vorhanden. Nach der Operation besserte sich die Pyelitis nicht, trotz der Lokalspülungen und der Vakzinebehandlung. Auf der operierten Seite war der Urin vollkommen klar und bei der Entlassung hatte sich die linksseitige Pyelitis stabilisiert. Nach einer einmonatlichen ambulanten Behandlung neuerliche Aufnahme wegen linksseitiger Nierenschmerzen und Fieber. Die neuerliche Röntgenaufnahme zeigte im linken Nierenbecken einen nussgrossen intensiven Steinschatten. Dieser Schatten hatte sich innerhalb 10 Wochen seit der letzten negativen Röntgenaufnahme gebildet. Der Stein wurde mit Pyelotomie (*Prof. Rihmer*) entfernt. Der Fall beweist, wie rasch sich ein Stein im Nierenbecken bilden kann, wenn die Bedingungen der Steinbildung (Infektion, Stagnation, Phosphaturie) vorhanden sind.

H. Lax: *Elektrokardiogramme über die Beeinflussung der heterotopen Reizbildung des Herzens.* Er demonstriert Elektrokardiogramme, in welchen der Sinusrythmus mit den von den untergeordneten Zentren ausgehenden Rythmen abwechselt. Es kann ein enger Konnex mit den Atmungsphasen festgestellt werden. Die Einatmung fördert, als den Vagus tonus herabsetzender Faktor den Sinusrythmus. Die Ausatmung dagegen fördert die Funktion der untergeordneten Zentren. In anderen Fällen tritt das Übergewicht bald des einen, bald des anderen Zentrums nach Kammer-Extrasystolen auf. Er betont, dass in keinem dieser Fälle eine Läsion des Myokardiums nachweisbar war. Die mit dem nodalen Rythmus auftretende gleichzeitige Vorhof- und Kammerkontraktion führt bei normalen Herzmuskeln nicht zur Zirkulationsinsuffizienz.

F. Polgár: *Röntgendiagnose von Acranius (Anencephalus) vor der Geburt.* Die Schwangerschaft der zum erstenmal graviden Frau zeigte einen toxischen Verlauf mit dauerndem Erbrechen und Gewichtsverlust auch in den letzten Schwangerschaftsmonaten. Auf der Röntgenaufnahme dringt die Fruchtwirbelreihe tief in das Beckenlumen hinein, der Schatten der Schädelbasis ist vorhanden, doch fehlt das Schädeldach. Die Geburt verlief spontan und glatt, wenn auch mit bedeutender Verzögerung. Er demonstriert an den von der anencephalen Frucht angefertigten Röntgenaufnahmen die charakteristischen Knochenveränderungen. Liegt ein solcher Röntgenbefund vor, so sei die Schwangerschaftsunterbrechung berechtigt.

O. Göttche und Kellner: *Die Toxizität der ungarischen bestrahlten Ergosterinpräparate.* Als auf Grund der Unter-

I. Zárday, A. Razgha und M. Zilahy: *Die klinische Bestimmung des Aortendruckes.* Eine Grundthese der Blutdruckmessung ist, dass bei der Füllung der Manschette das Verschwinden des Pulses den Arterienverschluss bedeutet. *Benczúr* hat nachgewiesen, dass in den Fingerarterien nach dem Verschwinden des Pulses noch ein erheblicher Druck vorhanden ist, dass also die Manschette nur den pulsierenden Strom in einen kontinuierlichen Strom verwandelt hat. Die Vortragenden haben auf die Untersuchungen von *Rusznýk* und *Gönczy* gestützt, eine neue Methode zur klinischen Bestimmung des Aortenseitendruckes ausgearbeitet. Wenn durch totale Kompression der Oberarmvenen im Armgefäßsystem eine stagnierende Blutsäule hergestellt wird, so dient diese als Pyezometer der Art. subclavia (praktisch der Aorta). Dieser Pyezometerdruck aber kann an dem Manometer abgelesen werden, der an einer in die V. cubitalis eingeführten Kanüle montiert wurde. Zur Herstellung der stagnierenden Blutsäule muss der Oberarm mit einem so hohem Manschettendruck komprimiert werden, der die dünnwandigen Venen vollkommen verschliesst, die dickwandige Arterie jedoch nicht. Den Arterienverschluss zeigt das Sinken des Venendruckes (Transsudation usw.) an. Der im Moment vor Eintritt der Senkung gemessene Venendruck ist daher gleich mit dem Aortendruck des Untersuchten. All diese Behauptungen werden durch Tierversuche bestätigt. Der so festgestellte Aortendruck stimmt in normalen Fällen mit dem RR-Druck überein, ist bei Hochdruckstauung (Card. decompens) grösser, bei Arteriosklerose usw. kleiner als dieser (maximale Differenz 57 Hg. mm.). Das Sinken des Venendruckes (Arterienverschluss) erfolgt in der Mehrzahl der Fälle bei einem erheblich höheren Manschettendruck (max. Differenz 105 mm.) als der systolische Druck des Kranken. Die mit der RR-Methode gewonnenen Zahlenangaben sind daher mit dem Blutdruckwerten nicht proportionell, sondern sie geben nur die Kraft an, die bei einer gegebenen Manschettenbreite den pulsierenden in einen kontinuierlichen Strom verwandelt.

Sitzung am 28. Februar 1931.

L. Focher: a) *Sclerosis tuberosa.* Imbecillität, I. ausgesprochenere spastische Paraparese, Adiadochokinese und Naevus in der Beckengegend. b) *Mit Hypothyreose komplizierter Fall von Hyperthyreose.* Charakteristisch ist die im Röntgenbild feststellbare Abnormität der Handwurzel- und Mittelhandknochen. (Die Krankheit besteht seit sechs Jahren. Triquetrum fehlt, der II. Mittelhandknochen besitzt auch eine proximale Epiphyse.) c) Er stellt charakteristische „*Nonne-Zähne*“ vor und lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass die

von Nonne beschriebene und für die Diagnose der angeborenen Syphilis hochwertige Symptomengruppe schon 7 Jahre vor Nonne (1923) von *Krepuska* (1916) beschrieben worden ist und er schlägt vor, dieses Symptom in der Zukunft als *Krepuska-Nonne-Zähne* zu bezeichnen.

V. Révész: a) *Der Nachweis von Gallensteinen ohne Cholezystographie.* Wir sind in der Lage, sehr oft auch ohne Cholezystographie Gallensteine nachzuweisen. Wir finden auf Nieren- oder anderen Unterleibsaufnahmen als Nebenbefund sehr oft Gallensteine. Ihre Nachweisbarkeit hängt von ihrem Kalkgehalt ab. Man muss sie vor allem von Nierensteinen differenzieren können. Die sicherste Differenzierung gibt uns die Cholezystographie, sie ist aber auch einfacher und sicher durchführbar, wenn der Stein durch schiefe Projektionen aus der Niere herausprojiziert wird. In Profilaufnahmen gelangt der Gallenstein nach vorne, der Nierenstein aber nach rückwärts ganz nahe zur Wirbelsäule. Es gibt gewisse typische Formen, die nicht zu verwechseln sind. Solche sind zum Beispiel die perlenkranzförmig gereihten usw. Steine. Er demonstriert eine Reihe von solchen Gallensteinen, sowie zwei Fälle mit gleichzeitigen Gallen- und Nierensteinen, die durch schiefe Projektion und Profilaufnahmen differenziert und sicher lokalisiert werden konnten. Wenn der schwere Zustand des Kranken eine Cholezystographie nicht zulässt, soll man zumindest einige gewöhnliche Aufnahmen anfertigen, auf diesen werden sich eventuell mehrere Gallensteine finden.

b) *Gallenblase mit verkalkter Wand.* (Porzellan-Gallenblase.) In seltenen Fällen verkalkt die Gallenblase nahezu in toto, in der Wand liegt der Kalk in mehr-mindergrossen, dicht bei einander liegenden Inseln. In einem derartigen Fall von *Flörcken* war die Gallenblase mächtig erweitert, mit ganz starrer harter Wand, diese zeigte zahlreiche weisse Flecken, als wenn sie aus Porzellan gefertigt wäre, deshalb nannte er sie Porzellan-Gallenblase. Er demonstriert einen eigenen Fall, in welchem die Durchmesser der Gallenblase mit verkalkten Wänden auf der Aufnahme 9.5×6 cm war. Die Diagnose ist leicht und sie bedeutet, dass die Gallenblase wiederholt schwere Entzündungen durchgemacht hat.

Z. Hrabovszky: Das Erscheinen von Gallensteinen in einem gewissen Prozent der ohne Cholezystographie aufgenommenen Röntgenbilder ist aus der täglichen Praxis allgemein bekannt. Zu einem derartigen Nachweis kann theoretisch die Methodik von *Henszelmann* und das Pneumoperitoneum in Frage kommen. Er demonstriert eine Porzellan-Gallenblase, neben dieser hatte der Kranke auch noch ein Ductus Choledochus drückendes, verkalktes Dermoid. Dasselbe hatte vielleicht durch Herbeiführung einer Stauung eine Rolle bei dem Entstehen der Cholecystitis chronica calculosa gespielt.

B. Simonyi demonstriert zwei Aufnahmen, die viele Jahre vor der Ära der Cholezystographie angefertigt wurden. Die eine Aufnahme zeigt eine langgestreckte Gallenblase, die vollkommen mit Steinen gefüllt ist. Der andere Fall gelangte wegen Cc. ventriculi zur Röntgenuntersuchung und als Nebenbefund finden sich im Bild sechs ringförmige, für Gallensteine absolut charakteristische Bilder. Es werden bei ungefähr 2% der zur Röntgenuntersuchung von Magen-Darmkanal gewiesenen Kranken als Nebenbefund Gallensteine konstatiert.

V. Révész: Seine Absicht war nicht darzulegen, durch welche Methoden Gallenblasen und Gallensteine sichtbar gemacht werden können, sondern dass diese in zahlreichen Fällen ohne jedes Hilfsverfahren sichtbar werden. Infolge dessen soll man bei solchen Schwerkranken, bei denen man keine Cholezystographie mehr machen kann, auf einigen gewöhnlichen Röntgenaufnahmen die kalkhaltigen Gallensteine aufsuchen. Die Anlegung des Pneumoperitoneum kann bei solchen gar nicht in Frage kommen, denn diese ist ja ein viel schwererer Eingriff, als die Cholezystographie.

L. Friedrich: Magendivertikel. Divertikel des Magen-darmtraktes finden sich am seltensten am Magen. Klinisch gelangten sie seit der Zeit zur Bedeutung, seitdem sie mit der Röntgenuntersuchung sicher erkennbar und vom Ulkus differenzierbar sind. Die Seltenheit des Vorkommens motiviert die Demonstrierung des Falles. Der 21jährige Mann leidet seit zwei Jahren an periodisch auftretenden Schmerzen, die unabhängig von der Speisezeit erscheinen, die Qualität der Nahrung ist irrelevant, ja der Kranke fühlt sich sogar nach Milchspeisen schlechter. Liegen, Wärme, doppeltkohlensaures Natron lindern die Schmerzen nicht, er hat weder Erbrechen, noch Sodbrennen. Probefrühstück (Boas-Ewald): Freie Salzsäure 20, Gesamtzitidität 38, Blutbild: E: 5·1 Millionen, Hb. 103%, L. 7200, von diesen sind 57% stabkernige, 3·5% Lymph. 2% Eos. 6% Monozyten. Die wiederholte Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl ist negativ. Röntgendurchleuchtung: Hackenmagen mit gutem Tonus reicht dreifingerbreit über die Crista, gesteigerte Peristaltik. Unmittelbar unter der Cardia findet sich ein haselnussgrosser, scharfrandiger Sack, in diesem sind nach kurzer Zeit drei Schichten erkennbar. Normale Magen- und Bulbus duodeni-Konturen. Keine Empfindlichkeit, vier Stunden p. c. ist der Magen geleert, nur im Sack findet sich ein kleiner Rest. Die Anamnese zeigt Ähnlichkeit mit Ulkus, aber auch mehrere Abweichungen: Die Schmerzen hängen mit der Aufnahme von Speisen nicht zusammen, sie sind nicht heftig, werden durch Wärme und Soda nicht behoben, keinerlei okkulte Blutung. Die Röntgendurchleuchtung stellte die Diagnose zweifellos fest: ein scharfrandiger Sack, der nicht empfindlich ist, in der Nähe der Cardia liegt und noch nach der Magenentleerung gefüllt ist. Diese Umstände, wie auch der klinische Verlauf sprechen gegen Ulkus und für

ein Divertikel. In den übrigen Unterleibsorganen keinerlei pathologische Veränderung, so dass die Ursache der Klagen des Patienten in diesem Divertikel zu suchen ist.

K. Borszëky: Da wohl die durch Ulkus verursachten erworbenen Divertikel sehr selten und im pathologischen Sinn gar keine Divertikel sind, zeigen dennoch das klinische Auftreten, sowie die Symptome eine vollkommene Ähnlichkeit mit den wahren Divertikeln. In den zwei operierten Fällen, die er 1914 im Zentralbl. f. Chir. publizierte, war nicht von Divertikelbildung infolge Verwachsungen die Rede, sondern es bildete sich dem durch den Ulkus verursachten Mucosa- und Muscularisdefekt entsprechend eine nuss-, resp. kleinapfelgrosse, blasenförmige Ausbuchtung. Diese Ausbuchtung fand sich in dem einen Fall drei querfingerbreit vom Pylorus auf der kleinen Kurvatur, im anderen Fall auf der Magenvorderwand vollkommen frei, Verwachsungen mit Nachbarorganen waren nicht vorhanden.

E. Schön: *Lungentuberkulose im Kindesalter.* Die kindliche Tbc tritt in einer von dem Leiden der Erwachsenen ganz abweichenden Form auf und zeigt auch im Verlauf Verschiedenheiten. Im Kindesalter sehen wir sehr oft eine rasche Resorption umfangreicher Infiltrate. Aus den Untersuchungen von *Kleinschmidt, Eliasberg-Neuland, Redeker* ging hervor, dass diese sich rasch resorbierenden Infiltrate des Kindesalters nicht aus spezifischem Tbc-Gewebe, sondern aus einer um einen Tbc-Herd auftretenden, nicht spezifischen Entzündung, der sogenannten perifokalen Entzündung bestehen, diese wird durch die Reizwirkung der aus dem Tbc-Herd stammenden Toxine im benachbarten Lungengewebe ausgelöst. Charakteristisch für sie ist die grosse Resorptionsbereitschaft. Zur Bezeichnung ihrer klinischen Form empfiehlt *Redeker* deshalb den Namen „Infiltrierung“ zur Unterscheidung gegenüber den bleibenden „Infiltraten“. Perifokale Entzündungen können auftreten auf dem Gebiet des Primärkomplexes als primäre oder in der Umgebung einer metastatischen Drüse, oder eines pulmonalen Herdes als sekundäre Infiltrierung. Ein wesentlicher Unterschied zwischen denselben besteht nicht, sie zeigen identischen Verlauf, sie können resorbiert werden, indurieren, aber auch verkäsen und einschmelzen. Sie sind häufig mit Pleuritis kompliziert, interlobare Pleuritiden sind geradezu charakteristische Begleiterscheinungen. Nach der Resorption der Primärinfiltrierung, bleibt die aktive bronchiale Drüsentuberkulose zurück, nach deren Verkalkung und Ausbildung des verkalkten Primärkomplexes der Prozess zur Ruhe kommt.

Ist der Prozess aktiv, so kann dessen Fortschreiten durch Ausbildung von infiltrativen und disseminierten Formen erfolgen. Sehr wichtig ist die Differenzierung der infiltrativen Formen von der käsigen Tbc. Das Auftreten von

sekundären infiltrativen Formen ist immer ein Zeichen der Exazerbation, diese kann in der Umgebung eines metastatischen Drüsenherdes als sekundäre Lungeninfiltration auftreten. Diese Formen neigen zur Resorption, sie können aber auch verkäsen, worauf sich ein verkäster intrapulmonaler Tuberkuloseherd bildet. Verkäste Herde können in Gefässe und Bronchien einbrechen und zu käsiger Pneumonie, sowie akuter Miliartuberkulose führen. Disseminierte Formen entstehen auf hämatogenem Wege. Die entstehenden Disseminationen sind eventuell sehr milder Natur, zeigen sich hauptsächlich in den Spitzen und zerstreut im Lungenfeld, sie verkalken rasch. Je dichter die Disseminationen, umso schwerer ist das durch sie verursachte Krankheitsbild. Am meisten charakteristisch für die disseminierte Form ist die Miliartuberkulose. Käsige Pneumonie kann sowohl aus den infiltrativen, wie auch aus den disseminierten Formen entstehen. Selten tritt im Kindesalter, häufiger in den der Pubertät nahen Jahren das Frühinfiltrat auf. Es ist sehr schwer, diese von gewissen Formen der intrapulmonalen Herdtuberkulose zu differenzieren, die im Kindesalter zu beobachten sind. Auch tertiäre Phthise mit apikokaudaler Verbreitung kommt im Kindesalter vor. Sie entwickelt sich aus käsigen Formen durch Induration und schleppt sich infolge ihres chronischen Verlaufes vom Kindesalter oft bis zur körperlichen Reife. Ihr Verlauf und klinisches Bild ist mit dem der tertiären Phthise der Erwachsenen identisch.

E. Hainiss: Ein grosser Teil der Säuglinge akquiriert im ersten Lebensjahr im Anschluss an bronchiale Erkrankungen eine Tbc-Infektion, was durch das Positivwerden der bis dahin negativen Pirquet-Reaktion angezeigt wird. Gewöhnlich wird diese im Säuglingsalter erfolgte, zumeist aber in Ruhezustand gelangte Infektion durch die im Kindesalter auftretenden Morbilli-, Pertussis- oder Influenzaerkrankungen wieder angefracht. Das Schicksal des mit Tbc. infizierten Säuglings hängt nicht nur davon ab, ob eine leichtere oder massive Infektion erfolgte, sondern auch davon, in welcher Kondition die Infektion den Säugling gefunden hat. Die Tbc-Infektion eines atrophischen Organismus kann eine schwierige Situation herbeiführen, dagegen wird der Organismus eines in guter Kondition befindlichen Säuglings gewöhnlich Herr über die Tbc-Infektion, wenn es gelingt, durch entsprechende Diät die Kondition zu erhalten oder zu verbessern.

D. O. Kuthy betont die Bedeutung der alimentären Infektion für die Kinder-Tbc. Diese erfolgt im Säuglingsalter zumeist durch bovine Bazillen, die in der unteren Partie des Dünndarmes und in der Blinddarmgegend resorbiert werden und nachdem sie auch der attenuierenden Wirkung der Leberpassage und der Galle ausgesetzt sind, auf hämatogenem Wege geschwächt in die Lungen gelangen. Damit erklärt er die oft beobachtete Benignität der Lungenprozesse im Kindesalter und dass es auch bei Erwachsenen so zahlreiche benigne Lungen-Tbc-Fälle gibt. Zur angeborenen relativen Tbc-Immunität der Kinder von Kulturmenschen tritt

derart der Schutz durch die ziemlich milde exogene Infektion und wir sehen, dass unter der Wirkung dieser doppelten Immunität die Resistenz der Kinder von anderthalb Jahren bis zum schulpflichtigem Alter sich entschieden steigert.

Sitzung am 7. März 1931.

L. Friedrich: *a) Gutartige Magengeschwulst.* Benigne Magengeschwülste sind selten und zeigen keine typischen klinischen Symptome. Bei dem 47jährigen Mann wurde vor neun Jahren wegen Ulcus duodeni die Gastroenteroanastomosis retrocolica durchgeführt. Nach zweijährigem Wohlbefinden neue Klagen, die Röntgenuntersuchung zeigte nur eine geringe Bulbusdeformität, kein neuer Ulkus nachweisbar. Auch die Klagen weisen einen anderen Charakter auf: Erbrechen besonders nach Erregungen mit Rückenschmerzen links. Einiger Gewichtsverlust. Objektiv nur Druckempfindlichkeit geringen Grades im Epigastrium. Die Untersuchung auf okkultes Blut mit Benzidin schwach positiv, später negativ. Die Röntgenuntersuchung zeigt hakenförmigen Magen mit dem unteren Pol in der Crista-Linie. Hintere Anastomose, ein wenig verdickte Magenfaalten. Zwei cm aboral von einer Anastomose auf der vorderen oder hinteren Magenwand ein haselnussgrosser, scharfrandiger Schattendefekt, ungefähr in der Mitte zwischen der grossen und kleinen Kurvatur. Reichliche Entleerung durch das Duodenum und durch die Anastomose. Keine auf Ulkus hinweisende Veränderung. Demnach ist der Ulkus geheilt und es findet sich nur ein Polyp oder ein Adenom mit Spuren von Gastritis. Die Geschwulst ist zweifellos gutartig — seither sind zwei Jahre verflossen, der Kranke ist wohl auf, kein Gewichtsverlust — und infolge einer Gastritis aufgetreten. Solche Fälle sind genau zu beobachten, weil eine krebsige Entartung eintreten kann.

b) *Megastigma bei einer Erwachsenen.* Die 27jährige Frau leidet seit ihrer Kindheit an Obstipation. Selbst die Eingiessung von mehreren Liter Wasser führt keine Entleerung herbei und das Wasser fliesst nicht zurück. Vor einigen Monaten wurde die Lage durch eine Geburt noch verschlimmert. Röntgenbefund: Grosse Luftblase im Magen. 24 Stunden pc: Kolon bis zum Ende gefüllt, bei der Flex. linealis eine Doppelschleife, die nach rechts sich hinter den Magen windet; 2×24 Stunden pc (nur eine Defäkation) ist die Lage kaum verändert. 3×24 Stunden pc: das Transversum ist gefüllt, ebenso das Sigma, welches rechts gelagert ist. Die Frage wurde durch die irrigoskopische Untersuchung entschieden: das Sigma ist auf Armdicke erweitert, liegt rechts, verdeckt das Coecum und den Ascendens. Der Descendens zeigt normale Weite. Blutbild: 4.610.000, Hb. = 92%, Leukozyten 6000. Die Ursache der Obstipation war das

wahrscheinlich kongenitale Megasisma. Eine erfolgreiche Therapie bietet nur die Operation. Die Röntgenuntersuchung ist in allen Fällen von Obstipation erforderlich, weil sie über deren Typus und über die eventuellen funktionellen und anatomischen Abnormitäten aufklärt.

J. Bókay: Im demonstrierten Fall sei der kogenitale Ursprung nicht wahrscheinlich. Die pädiatrische Erfahrung zeigt, dass die Megasigma- und Megakolonfälle kongenitalen Ursprungs, also die an der sogenannten Hirschsprung-Krankheit leidenden Kinder das erste Lebensjahr kaum überleben und zumeist an Colitis ulcerosa dezedieren.

J. Ángyán erinnert an seinen in der Pécs-er medizinischen Sektion demonstrierten Megasigmafall bei einem 42-jährigen Mann; das gleichzeitige Vorhandensein von anderen Deviationen zeigte in diesem Fall, dass derselbe als kongenitale Entwicklungsanomalie betrachtet werden könne.

F. Kovács: Knorpelgewebe in dem durch Abrasion des Uterus gewonnenen Material. Er demonstriert einen Fall, wo nach Abrasion des Uterus Knorpelgewebe gefunden wurden. Bei der 36jährigen Nullipara wurde wegen seit einem Jahr bestehender Blutungen die Abrasion des Uterus durchgeführt und ein kirschkerngrosses Knorpelstück entfernt. Dasselbe zeigte vollkommen normale Knorpelgewebestruktur. Er zählt die zur Deutung des seltenen Befundes in Betracht kommenden Möglichkeiten auf: ein inkompletter Abortus komme nicht in Frage, auch die Annahme einer Geschwulst könne ausgeschlossen werden. Auch die metastatische Deutung sei nicht befriedigend. Der Fall sei wahrscheinlich eine embryonale Keimstreuung oder eine Stromametaplasie der Uterusschleimhaut. Der Fall gestattet Einblick in die dunkle Pathologie der Knorpelbildung.

A. Szentgyörgyi: *Die Funktion der Nebenniere und die biologischen Oxydationen.* Nachdem Vorversuche bewiesen haben, dass die Nebenniere in irgendwelcher Form beim Zustandekommen der Oxydation eine wichtige Rolle spielt, hat der Vortragende mehrere Jahre hindurch die Chemie der Verbrennungsvorgänge im Organismus in der Hoffnung studiert, dass diese Untersuchungen auch die Rolle der Nebenniere beleuchten werden. Bei einem so fundamentalen Prozess wie die Oxydation kann es zwischen Pflanzen- und Tiergewebe keinen wesentlichen Unterschied geben. Ich habe deshalb meine Untersuchungen mit dem Studium von Pflanzengeweben begonnen. In der Pflanzenwelt finden sich zwei wichtige Oxydationssysteme: das sogenannte phenoloxydierende und das Peroxydsystem. Das erstere kann schon mit freiem Auge dadurch erkannt werden, dass es das verletzte Gewebe braun färbt. Die Oxydation von organischen Stoffen in den Geweben besteht bekanntlich aus der Abspaltung von Wasserstoff. Bei Pflanzen

mit Phenoloxydase wird das vom Nährstoff abgespaltete Hydrogen durch ein Phenol, respektive Chinon radikal aufgenommen. Das Chinon übergibt das aufgenommene Hydrogen dem Oxygen der Luft, wodurch das Hydrogen zu Wasser oxydiert wird. Die Oxydation wird durch ein Ferment vermittelt: die Phenoloxydase, diese hat die Aufgabe, das Hydrogen des Phenol zu oxydieren. In solchen Pflanzen wird daher mit Hilfe der Phenoloxydase ein Phenolhydrogen durch das Oxygen der Luft gebunden. Das Phenol ersetzt sodann das verlorene Hydrogen durch anderes Hydrogen, welches durch Enzyme von den Nährstoffmolekeln abgespalten wird. Dieses in den Pflanzen vorhandene Phenol ist chemisch mit dem Adrenalin nahezu identisch. Diese Untersuchungen haben anscheinend derart die Funktion der Medullarsubstanz der Nebenniere unserem Verständnis näher gebracht, nachdem wir wissen, dass die Funktion dieses Organs die Adrenalinproduktion ist. Bei diesen Untersuchungen stellte sich aber auch heraus, dass die Medullarsubstanz der Nebenniere ausser dem Adrenalin auch noch ein spezielles Produkt aufweist, und zwar einen kräftig reduzierenden Stoff, dessen Rolle offenbar die Reduktion des sich eventuell oxydierenden Adrenalins ist. Über die Rolle der Rindensubstanz der Nebenniere gibt jedoch das Phenoloxydasesystem keinerlei Aufklärung. So ging ich nun auf das Studium des Oxydationsmechanismus des zweiten grossen Systems, des Peroxydasesystems, über. Beim Studium des Peroxydasesystems stellte sich nun heraus, dass in diesem ein Stoff mit sehr auffallenden Eigenschaften eine wichtige Rolle innehat. Die auffallendste Eigenschaft dieses Stoffes, den ich als *Hexuronsäure* bezeichnet habe, ist dessen starke Reduktionsfähigkeit. Durch Isolierung dieses Stoffes konnte ich dessen chemische Konstitution näher studieren. Es stellte sich heraus, dass dieser Stoff ein bisher noch nicht bekanntes Kohlehydrat ist. Das neue Kohlehydrat übertrifft sämtliche bisher bekannten Kohlehydrate weit in betreff seiner Reaktivität. Seine starke, reduzierende Fähigkeit wird nicht durch die Aldehyd- oder Ketongruppe verursacht. Dieser Stoff reduziert in der Weise, dass er zwei Hydrogenatome abgibt. Die Hexuronsäure ist dann imstande, ebensoviel Hydrogen wieder aufzunehmen. Durch die abwechselnde Hydrogenaufnahme und -abgabe wird dieser Stoff das wichtigste Glied des Peroxydasesystems und dient dem Hydrogentransport. Die an der Nebenniere durchgeführten Versuche ergaben sodann, dass eine Funktion der Nebennierenrinde zweifellos die Bildung von Hexuronsäure ist. Diese Hexuronsäure ist infolge ihrer stark reduzierenden Wirkung bereits in minimalen Konzentrationen imstande, alle Arten von krankhaften Pigmentbildungen zu verhindern. Derart erhielt der Mechanismus der bei

der Addison-Krankheit auftretenden Pigmentbildung eine klare Deutung. Die am Krankenbett durchgeführten Versuche zeigten sodann, dass die Hexuronsäure tatsächlich imstande ist, die bei der Addison-Krankheit auftretende Pigmentbildung zu verhindern. Auf die Allgemeinsymptome der Addison-Krankheit übte die Hexuronsäure keine Wirkung. Wir mussten daher annehmen, dass die Nebennierenrinde ausser der Hexuronsäure noch ein anderes Hormon produziert. Beim Studium des Peroxydasesystems stellte sich heraus, dass sich in diesem System tatsächlich ein Stoff findet, der neben der Hexuronsäure eine fundamentale Wichtigkeit besitzt. Es schien wahrscheinlich, dass das zweite Hormon der Nebennierenrinde mit diesem letzteren Stoff identisch ist. In den jüngsten Monaten ist es tatsächlich dem amerikanischen Forscher *Swingle* gelungen, aus der Nebennierenrinde einen Stoff zu extrahieren, der die Allgemeinsymptome der Addison-Krankheit heilt. Das Ergebnis dieser Untersuchungen zusammenfassend, muss festgestellt werden, dass die Nebenniere vier spezifische Stoffe produziert: die Rinde zwei und die Marksubstanz ebenfalls zwei. Von den vier Stoffen sind zwei bereits herauskristallisiert und chemisch identifiziert worden. Es sind das das Adrenalin und die Hexuronsäure. Die zwei anderen Stoffe sind noch zu isolieren und wir werden die Rolle dieser Drüse nur dann vollkommen verstehen, wenn alle vier Substanzen in kristallinischem Zustand dem Forscher zur Verfügung stehen werden.

L. Miklós und A. M. Becht: *Hormonuntersuchungen bei akromegalischen Kranken.* Die Vortragenden haben geprüft, ob auch im Urin von akromegalischen Kranken das positive Aschheim-Zondek-Reaktion herbeiführende Hypophysenhormon nachweisbar ist, das im Ovarium der Mäuse Follikelreife und Corpus luteum-Bildung hervorruft. Von den untersuchten sechs Kranken ergab der Urin von zwei weiblichen Patienten mit ausgesprochenen, auf Progression hinweisenden Symptomen, positive Reaktion II. und III. Grades, die übrigens nur — von Chorionepitheliom und einigen seltenen Ausnahmen abgesehen — bei Schwangerschaft zu beobachten sind. Die eine Patientin ist 47 Jahre alt und hat bereits seit zwei Jahren nicht menstruiert, die andere ist 30jährig, seit vier Jahren krank, und hat seither alljährlich nur ein-zweimal menstruiert. Die Amenorrhoe steht im Einklang mit der Beobachtung von *Martin*, dass grosse Hormondosen die Sistierung der Menstruation verursachen. Der Urin von zwei andere Patientinnen, die das Klimakterium bereits hinter sich hatten, gab Reaktionen ersten Grades, d. h. er verursachte Follikelreifung im Mäuseovarium. Das entspricht der Beobachtung, dass das Aufhören oder die Einstellung der Sexualdrüsenfunktion mit einer Überproduk-

tion von Vorderlappenhormon einhergeht. Das kann auch die Häufigkeit der im Klimakterium auftretenden Akromegalien erklären. Negativ war die Reaktion im Urin von zwei männlichen Kranken, deren Leiden älteren Datums und scheinbar zum Stillstand gekommen ist. Anscheinend besteht ein Zusammenhang zwischen der Schwere des Leidens und dem Grad der Reaktion. Weitere Untersuchungen werden vielleicht den Nachweis der im Verlauf der Akromegalie eintretenden Veränderungen, sowie eine Klassifizierung der Krankheitsformen auf Grund der Hormonproduktion ermöglichen.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 4. März 1931.

S. Bolla: *Aus dem Dünndarm in einen Adnextumor eingedrungener Fremdkörper.* Er demonstriert den Fall einer 26jährigen Frau mit Klagen, die einer chronischen Adnexentzündungen entsprechen. Die Frau fühlt sich seit einem Jahr ständig krank. Bei der wegen Retroflexion und beiderseitigem Adnextumor durchgeführten Laparotomie wurde eine vor 12 Jahren verschluckte Nähnadel gefunden, die den Dünndarm perforiert hat und in den linken Adnextumor eingedrungen war. Bei Unterleibsoperationen, die bei der Patientin vorher aus anderen Ursachen zweimal durchgeführt wurden, ist die Nadel nicht gefunden worden, ja diese blieb auch bei der nach dem Verschlucken derselben durchgeführten Röntgenuntersuchung verborgen. Der Fall ist deshalb interessant, weil ein in den Verdauungskanal gelangter und von dort in die Genitalien eingedrungener Fremdkörper lange im Organismus verweilte und geraume Zeit hindurch dort keine besonderen Klagen verursachte.

E. Józsa: Verschluckte spitze Gegenstände, wie z. B. Stecknadeln, durchbohren verhältnismässig selten die Darmwand. Diese Erscheinung wird durch jene, auf der relativen Autonomie der den Darm versorgenden viszerale Nerven basierenden Erscheinung erklärt, die von *Cohnheim* beschrieben wurde, dass auf Berührung der mit der Spitze anal fortschreitenden Nadelspitze die Darmwand locker wird, die Nadelspitze in die derart gebildete Relaxationsgrube fällt, die Muskulatur der von der Relaxation proximal liegenden Darmpartie aber sich kontrahiert und den Nadelkopf sozusagen nach vorne schiebt. (Viszero-viszeraler Reflex.) Dieser Vorgang wiederholt sich, bis die Nadel sich dreht, mit dem Nadelkopf nach vorne vorwärts schreitet und derart die Darmwand nicht verletzt.

A. Liteczky: *Addison'sche Krankheit.* Bei dem Kranken besteht die charakteristische Haut- und Schleimhautpigmentation seit 16 Jahren, ferner zunehmende Mattigkeit, Appetitlosigkeit, hartnäckige Stuhlverstopfung. Vor dieser Krank-

heit hat er Typhus überstanden. Blutdruck ständig zwischen 75—80 Hg. Mm. Pirquet-Kutanreaktion schwach positiv. Die Lungen zeigen physikalisch kaum irgendwelche Abweichung, der Röntgenbefund der Brusthöhle weist ausser einigen verkalkten Herden keine Abweichung auf. Hohe Traubenzuckertoleranz. Auf subkutan verabreichtes Adrenalin nur geringe Erhöhung des Blutzuckerspiegels, auf intramuskulär verabreichtes Adrenalin aber erhebliche Hyperglykämie mit Glykosurie geringen Grades. Grundumsatz um 20% erhöht. Blutzucker 0.11%. Blutbild: Hb. 70%, Erythrozyten 3.4 Millionen, Leukozyten 8000, 10% Eosinophile, 38% Lymphozyten. Probefrühstück: Anazidität. Befund der Urinuntersuchung: von einer minimalen Opaleszenz abgesehen, makro- und mikroskopisch negativ. Verdünnungs- und Konzentrationsprobe: 1010—1020 sp. Gew. Blut-Restnitrogengehalt normal. Temperatur subnormal, mit täglich 35° C. Temperaturen.

E. Józsa: Der demonstrierte Fall ist hochinteressant, weil bei dem Kranken, der vor sechs Jahren an Typhus gelitten hat und bei dem die charakteristische Adynamie schon wenige Wochen nach dem Typhus auftrat, neben der Addison-Krankheit auch an Niereninsuffizienz leidet. Dieser Umstand kann nämlich auch eine ätiologische Erklärung des Falles bieten. Die Addison-Krankheit hat manchmal einen infektiös-toxischen Ursprung. Die vor sechs Jahren zustande gekommene Typhusinfektion des Kranken kann einerseits eine diffuse Glomerulonephritis verursacht haben, die zurzeit als Niereninsuffizienz zum Vorschein tritt, andererseits konnte sie in der gleichen Weise eine schwere hämatogene Nebennierenentzündung verursacht haben, die später im Syndrom der Nebenniereninsuffizienz als Addison-Krankheit in Erscheinung trat. (An den Leichnamen von an Typhus verstorbenen Kranken ist eine heftige Blutung und Entzündung der Nebennieren kein seltener Befund.) Im dargelegten Falle fehlt von den typischen klinischen Symptomen der Niereninsuffizienz sozusagen nur die Hypertension, deren Ursache offenbar die mit der Addison-Krankheit einhergehende Hypotonie und die Hypofunktion des kranken Adrenalinsystems ist.

D. O. Kuthy: Es gibt auch eine Addison-Krankheit luetischen Ursprungs (ein solcher war der 1929 von *Zerkovitz* hier demonstrierte Fall), sie kann durch Nebennierentumoren herbeigeführt werden, nach den Erfahrungen von *Strümpell* auch durch eine starke Atrophie des suprarenalen Organs; die verhältnismässig häufigste Ursache der Störung der lebenswichtigen endokrinen Funktion der Nebenniere ist aber dennoch die Tuberkulose. Nach *Schiff* und *Machovich* basieren von den in der Literatur bis 1928 publizierten 550 Addison-Fällen sogar 17% auf isolierter Nebennieren-Tbc. Die gegenwärtige Behandlung ist eine Substitutions-Organotherapie, die das von der Marksubstanz der Nebenniere nicht produzierte Sekret durch Tonogeninjektionen und Tabletten, sowie durch Verabreichung von Kalbsnebennieren zu ersetzen strebt. Damit sind manchmal zweifellos hochgradige Besserungen zu erzielen. Es taucht jedoch die Frage auf, ob es nicht möglich wäre, durch ätiologische Behandlung und rechtzeitige Anwendung eines

gegen die Tbc wirksamen nosotropen Mittels die Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern und derart die mit grosser Hinfälligkeit, auffallender Blutdrucksendung, nervösen Symptomen und Gewichtsverlust einhergehenden Anämien schon vor Ausbildung der Pigmentationen zu verhindern? Von den neun Fällen *Rocontren's* in der *Majo-Klinik*, die zur Sektion gelangen, waren in acht Nebennieren-Tbc vorhanden.

P. Varga: *Leukämische Nierenveränderungen.*

L. G. Barok: *Änderung des Blutzuckergehaltes bei Beeinflussung des chromaffinen Systems.* Der Vortragende betont den für den Kohlehydratstoffwechsel bestehenden Insulin-Adrenalin-Antagonismus. Bei Diabetes wird das zwischen den beiden Hormonen bestehende Gleichgewicht gelähmt. Das vom Organismus in verminderter Menge produzierte Insulin genügt nicht zum Ausgleich der Wirkung der normalen Adrenalinmenge. Es gibt aber auch solche Diabetesfälle, in denen das Insulin in normalen Mengen produziert wird, wogegen die Adrenalinproduktion gesteigert ist. Der bisher angewendeten Substitutionstherapie gegenüber, die bestrebt war, durch Insulinverabreichung das gestörte Gleichgewicht herzustellen, ist er bestrebt, die Adrenalinproduktion zu vermindern. Er hofft, das durch Blockierung des chromaffinen Systems zu erreichen. Er hat bisher in Gesellschaft mit dem Ingenieur-Chemiker Josef *Erös* 29 Kaninchen serienweise Chromkali und Guanidinchromat injiziert. Diese Versuche hatten ein günstiges Ergebnis, denn er beobachtete eine Herabsetzung des Blutzuckerspiegels um nahezu 50%, die 3—4 Wochen lang bestehen blieb. Nach 5—6 Wochen stieg der Blutzuckerwert wieder bis zum Ausgangspunkt. Die Kaninchen haben inzwischen an Gewicht zugenommen und es wurden bei ihnen keine Vergiftungssymptome beobachtet. Zum Beweis der Blockade führte er bei vier Kaninchen Adrenalinempfindlichkeitsprüfungen durch und beobachtete, dass bei dem niedrigen Stand des Blutzuckerspiegels nach Beendigung der Einspritzungen die Blutzuckervermehrung auf Adrenalineinführung (0.2 cm³ Tonogen subkutan) geringer ist, als in den vor Beginn der Versuche durchgeführten Experimente. Er setzt die Versuche auch mit anderen Chromverbindungen fort.

NACHRICHTEN.

Ernennungen. Der Justizminister hat die Universitätsprofessoren Dr. Koloman *Buday*, Dr. Ludwig *Nékám*, Dr. Ludwig *Bakay*, Dr. Ladislaus *Blaskovich*, Dr. Béla *Kelen* und Dr. Zoltán *Vámosy* für weitere drei Jahre zu Mitgliedern des Justizärztlichen Senats ernannt.

Populäre Hydrotherapie (Népszerű vízgyógyászat) von Dr. Desider *Okolicsányi-Kuthy*, Privatdozent, Spitalsprimarius. In

der warmen Jahreszeit eilt nahezu die ganze Bevölkerung der Grosstädte zum nächstgelegenen Fluss- oder Seeufer, um dort in den Genüssen des Strandlebens zu schwelgen. Sonne, Sand und Wasser stehen an den Ufern und Küsten zur Verfügung, wozu noch die ausgiebige Bewegung in der Form von Rudern, Schwimmen und Freiluftspielen hinzutritt, um die Körper der in geschlossenen Räumen arbeitenden Bevölkerung zu stählen. Der gelehrte Verfasser des vorliegenden Büchleins über die Heilkraft des Wassers weiss populär zu schreiben und seine weiteste Kreise interessierendes Thema anziehend zu gestalten. Er schildert die einzelnen hydrotherapeutischen Methoden und deren Wirkungsweise, erörtert die thermischen Faktoren, die Anwendung der Hydrotherapie bei einzelnen Krankheitszuständen und beschäftigt sich eingehend mit der Wirkung des Strandlebens auf den menschlichen Körper. Ein Anhang enthält die Beschreibung der Budapester Heilbäder. Das Werk ist im Verlag *Heinrich Mai u. Sohn, Budapest*, erschienen.

Heil- und Nahrungsmittel in der Kinderheilkunde (A csecsemő-és gyermekorvoslásnál használatos gyógyszeradagok, táplálékok és csecsemődiätetika) von Universitätsprofessor Dr. *Elemér Hainiss*, Budapest, Eggenberger-Verlag, 1931. Das 12 Bogen starke Werk über die Heil- und Nahrungsmittel der Kinderheilkunde von Prof. *Elemér Hainiss* ist eigentlich eine wesentlich erweiterte und revidierte zweite Auflage seiner für Ärzte und Mediziner dienenden Sammlung der in der Kinderheilkunde verwendeten Heilmittel und Präparate. Diese Sammlung bildet den ersten Abschnitt des vorliegenden Werkes, sie enthält alle üblichen, auch die neuesten Arzneimittel und organotherapeutischen Präparate, ihre Anwendung, Wirkungsweise und Dosierung. Ein zweites Kapitel behandelt die Herstellung von Säuglingsnahrungsmitteln, das folgende aber die allgemeinen Prinzipien der Säuglingsernährung, Materialien die für jede Mutter wichtig sind. Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit der Diätetik der wichtigeren Ernährungsstörungen des Säuglingsalters. Klare und übersichtliche Anordnung des Gegenstandes und eine leichtfassliche Darstellung zeugen für die Meisterung des Gegenstandes.

— Das jüngste Heft der hygienischen Zeitschrift „*Egészség*“ veröffentlicht die am 30. Mai im Oberhaus gehaltene Budgetrede des Universitätsprofessors *Sigmund Gerlóczy* über aktuelle medizinische und hygienische Fragen: Wie die Frage der freien Arztwahl, der Überproduktion von Ärzten, der unentgeltlichen Ordinationen der Stellenkumulierung, des Zeileiss-Schwindels und er legt die kritische Sonde an zahlreiche Fragen der Volkswohlfahrt. Die Zeitschrift veröffentlicht ferner mehrere interessante Beiträge über hygienische Fragen.

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.