

# 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 halbmönatlich**

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

**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.

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sichtbar und leicht herabzuschütteln. **In allen Apotheken u. Fachgeschäften erhältlich.** In Verkehr gesetzt von

**ERNST SCHOTTOLA, Fabrikant und Grosshändler**

**Budapest, VI., Vilmos császár-út 53:**

Fernsprecher: Aut. 227—67, Aut. 279—83.

**Hypertension  
Ulcus ventriculi  
Ulcus duodeni  
Dyspepsie**

**Für die THERAPIE:**

# LIKVOZIL

mit Galle und Pankreassaft potenziertes hemikolloidal lösliches Polysilikat

**Dr. EMERICH HUZLI**

**Hergestellt von: „Spolio“-Spolarich und Martonffy  
pharmazeutische Werke**

**Telephon 446-63**

**Budapest, VIII., Vas-utca 17.**

**Für medizin.-chirurg. Nerven- und Herzranke. ⚡  
Storm Van Leuven Allergische Abteilungen für  
Asthma, Heufieber etc. Allergische Krankheiten. ⚡  
Gebärabteilung. ⚡ Stillungsabteilung für Krebs-  
forschung und Heilung. Zander, Orthopädie und  
Wasserheilanstalt.**

### Anfertigung :

## APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN

**Budapest, V., Szabadság - tér**

# 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 18. April 1931.

(Fortsetzung und Schluss.)

**I. Liebmann:** *Die Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels in der Schwangerschaft.* Er erörtert die Stoffwechselveränderungen in der Schwangerschaft, die Schwangerschaftsglykosurien und die Frage der Azidose. Nach Schilderung des heutigen Standes der Frage der mit Diabetes komplizierten Schwangerschaft, referiert er über solche Fälle, auf Grund des elfjährigen Materials der II. Frauenklinik. In den letzten vier derartigen Fällen gelang es, durch Diät und Insulin die Schwangerschaft und Geburt störungsfrei und normal zu gestalten, woraus folgt, dass der frühere pessimistische Standpunkt in dieser Frage unhaltbar geworden ist. Er beschäftigt sich sodann mit der Behandlung von diabetischen Schwangeren, sowie mit der Frage des Stillens.

**Z. Ernst** hat drei von den, vom Vortragenden erwähnten vier Schwangeren in der I. Internen Klinik beobachtet, diesen schliesst er noch eine vierte Patientin an, die gleichfalls an mittelschwerer Diabetes leidet und normal geboren hat. Als er bei diesen vier



Kranken den Zustand vor und nach der Schwangerschaft verglich, fand er den Diabetes nur in einem Fall unverändert, in den drei anderen beobachtete er eine mässige Verschlechterung. Die Verschlechterung äusserte sich in einer Steigerung des Insulinbedarfes. Nachdem der Stoffwechsel bei jugendlichen Zuckerkranken, nach mehrminderlang dauernden stationären Zustand ohne nachweisbare Ursache, häufig plötzlich schlechter wird, kann nicht entschieden werden, ob in diesen drei Fällen die Verschlimmerung durch die Schwangerschaft verursacht wurde, oder diese auch sonst eingetreten wäre. Solange diese Frage nicht geklärt ist, muss immer in Betracht gezogen werden, dass der Diabetes nach der Schwangerschaft — oder vielleicht eben infolge der Schwangerschaft — eine Verschlimmerung aufweisen kann. Deshalb empfiehlt er diabetischen Frauen nicht schwanger zu werden. Ist die Schwangerschaft dennoch eingetreten, so lässt er diese nicht unterbrechen, und zwar aus dem Grunde, weil die Schwangerschaftsunterbrechung bei Zuckerkranken selbst mit der Insulinbehandlung nicht ungefährlich ist

**A. Torday:** *Porges* und *Novák* fanden bei Schwangeren Neigung zur spontanen Glykosurie und zur Azidose, *Frank* aber empfahl die alimentäre Glykosurie zur frühzeitigen Schwangerschaftsdiagnose. Diese Glykosurie ist zumeist eine extrainsuläre. Es gibt Anzeichen auf Grund welcher neben der Zuckerempfindlichkeit der Nieren eine Stoffwechselstörung anzunehmen ist, indem auch von Seite der Leber und der Pankreas Funktionsausfälle nachweisbar sind. In die unter seiner Leitung stehenden Abteilung wurde eine Gravida IV. mit Glykosurie und Azetonurie aufgenommen. Bei normaler Ernährung war der Gesamtzuckergehalt im Harn 5.3 gr. Nach Gemüsetagen wurde sie zuckerfrei, doch vermehrte sich das Azeton, im Urin fanden sich 6.96 mgr% Azeton, auch der Azetongehalt des Blutes war höher als normal. Die Blutalkalireserve zeigt kaum Abweichungen. Nach Verabreichung von 50 gr Dextrose erreicht der Blutzucker nicht nach 45, sondern nach 75 Minuten das Maximum, steigt dann auf 200 mgr% und war selbst nach 153 Minuten 152%, obwohl der Wert vor der Belastung 97% war. Diese hohe Hyperglykämie lässt auf eine Glykogenarinit der Leber schliessen, weil die Leber das Glykogen nur schwer aufnehmen kann. Man muss aber auch an Funktionsstörungen der Pankreas denken, an eine Herabsetzung der Insulinproduktion, infolge welcher die Glykogenbildung vermindert ist. Die bei Schwangerschaftsglykosurie auftretende Azetonurie verweist auf Störungen des Kohlehydratstoffwechsels. Bei nachweisbaren Störungen des Kohlehydratstoffwechsels ist die Ernährung der Schwangeren mit Aufmerksamkeit zu verfolgen und entsprechend zu modifizieren.

**K. Burger:** Die Frage der Schwangerschaftsazidose ist noch nicht geklärt. Bei seinen Untersuchungen fand er in der pH des Blutes nach keiner Richtung hin eine Verschiebung. Der einzige positive Befund ist eine Herabsetzung der Kohlendioxydbindung des Blutes, was ebenso das Zeichen einer kompensierten Alkalose, wie auch einer Azidose sein kann. Zu ähnlichen Ergebnissen und Folgerungen gelangten jüngst auch amerikanische Autoren, die selbst bei Toxikose keine Azidose fanden, ausgenommen bei Eklampsien, wo die Ursache die während der Krämpfe gesteigerte Muskelarbeit sein kann.

**P. Salacz:** Der Vortrag beweist, dass ein zielbewusster Mutter-

und Säuglingsschutz schon während der Schwangerschaft einsetzen muss. Über diesen Gegenstand hielt Professor Tóth einen Vortrag im ärztlichen Fortbildungskurs. In der II. Frauenklinik funktioniert seit 1. Februar 1930 eine besondere Ordination für Schwangere, in dieser meldeten sich in einem Jahr 1324 Schwangere. Redner liess bei jeder Schwangeren ausser der detaillierten Familien- und Personalanamnese, den genauen Status, äussere und innere Beckenmessung, Urin-, Sekretuntersuchung, Wa.-R. und Blutdruckmessung durchführen. Von den 1324 Schwangeren hatten 30 (2·26%) Lues, 50 schwere Nephropathien, 55 Pyelitis, 13 Querlagen, 42 Beckenendlagen, 8 Placenta praevia usw. Die Frauen wurden 4—6 Wochen nach der Operation zu einer neuen Kontrolluntersuchung einberufen. Nach Erörterung der Tätigkeit des Stefanie-Bundes betont er die Notwendigkeit eines weiteren Ausbaues des Schwangerenschutzes und der Errichtung von Abteilungen für kranke Schwangere.

**L. Horvay** fragt, wie oft bei den beobachteten Schwangerschaftsglykosurien eine familiäre Diabetesbelastung vorlag. Zwei seiner Patientinnen mit Schwangerschaftsglykosurie entstammten mit Diabetes schwer belasteten Familien. Nach der Geburt verschwand bei beiden die Glykosurie. Er verweist darauf, dass auf konstitutioneller Grundlage Defekte im Zuckerstoffwechsel immer auftreten können.

**I. Liebmann:** Die Schwangerschaftsglykosurie kann ausnahmsweise auch mit einer erheblichen Zuckerausscheidung einhergehen, was aber noch keinesfalls einen Diabetes beweist, ebenso wenig wie das Auftreten von Azidose. Letztere macht jedoch bereits eine Komplikation mit Leberfunktionsstörungen wahrscheinlich. Diese Glykosurien gehen nicht in Diabetes über und verschwinden nach der Geburt spontan. Seine vor Jahren durchgeführten pH.-Untersuchungen zeigten, dass die Blutreaktion bei den meisten Schwangeren normal ist, eben deshalb spricht man von einer Azidose-neigung in der Schwangerschaft, die darin zum Ausdruck gelangt, dass bereits geringe Kohlehydratentziehung Azetonurie auslöst.

**D. Deutsch:** *Histamin bei der Behandlung von rheumatischen Krankheiten.* Von der Erwägung ausgehend, dass die bei den sogenannten rheumatischen Krankheiten angewendeten Verfahren die gemeinsame Eigenschaft aufweisen, dass sie die Haut hyperämisieren, andererseits von der Tatsache, dass für das Zustandekommen der Hyperämie den histaminartigen Stoffen eine Rolle zufällt, die sich in der Haut bilden, versuchte er die Behandlung der rheumatischen Krankheiten mit Histamin. Er führte das Histamin intrakutan, intramuskulär und durch Iontophorese in den schmerzhaften Muskel, resp. in die Haut über dem Muskel oder das Gelenk ein. Das Verfahren wurde bisher bei 116 Kranken durchgeführt. Bei Myalgien erzielte er in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle definitive Heilung, ebenso auch in einem Teil von Ischiasfällen, ferner klaglosen Zustand bei Arthritis deformans usw. Er erklärt die Wirkung mit der durch Histamin erzielten spezifischen Gefässerweiterung, resp. mit der spezifischen Nervenwirkung des Histamin, die durch den Axonreflex in die Tiefe dringt. Wegen der guten Beeinfluss-



barkeit einzelner Ischiasfälle glaubt er, dass diese Fälle von den Muskeln ausgehen.

**E. Kopits** hat einen Teil der vom Vortragenden behandelten Fälle vom orthopädischen Gesichtspunkt noch vor der ersten Histamin-Iontophorese, sowie wiederholt im Laufe der Behandlung vom orthopädischen Gesichtspunkt untersucht. Die Fälle können in zwei Gruppen geteilt werden. 1. solche, wo keine objektive Veränderung vorhanden war: die Myalgien, in diesen zeigte das Histamin die schönsten Erfolge, nachdem sein Angriffspunkt der Muskel ist. Hier ist das Verfahren ein kausales, nachdem es den Gefäßkrampf löst, der die Muskelschmerzen bedingt. Bei Neuralgien (Ischias) war die Behandlung nur in einem Teil der Fälle erfolgreich. 2. Solche Fälle, wo objektive Veränderungen die Klagen der Patienten erklärten. In solchen konnte nur von einer symptomatischen Behandlung die Rede sein, doch bewährte sich das Histamin auch in diesen Fällen.

**P. Ranschburg** fragt, ob die Ischiasfälle nur leichte Ischialgien oder Ischiasneuritiden waren. Die ersteren heilen auf verschiedene therapeutische Einwirkungen sehr oft und leicht, die letzteren, die durch Fehlen des Achillesreflexes, Anästhesie und Sehnenkontrakturen charakterisiert sind, heilen viel seltener und schwerer. Die Frage ist, ob das Histamin auch diese heilen kann.

**V. Katona** hat im physiotherapeutischen Institut des Roten Kreuz-Spitals die Einführung von Cholin durch Iontophorese versucht, auf Grund der Erwägung, dass die rheumatischen Schmerzen zum Teil durch Vasokontraktion verursacht werden. Die Ergebnisse sind nicht einheitlich, doch wurde in vielen Fällen eine entschiedene Besserung beobachtet.

**D. Deutsch:** Auf die Frage von Ranschburg bemerkt er, dass bei Ischias mit entschieden neuritischen Ursprung das Histamin wirkungslos war, doch erzielte er in schweren und hartnäckigen, klinisch als Ischias bezeichneten Fällen, prompte Heilung, so dass zur Differenzierung von myalgischen und neuritischen Ischias die Histaminbehandlung in Frage kommen kann. Auf die Ausführungen von *Katona* bemerkt er, dass vom Histamin eine bessere Wirkung zu erwarten ist, als von Cholin, weil er in Histamin das wirksame Prinzip der bisherigen Behandlungsmethoden erblickt.

Sitzung am 2. Mai 1931.

**G. Györgyi:** *Dickdarmpolyp.* Er referiert über einen hühnereigrossen, im Quergrimmarm sitzenden Polyp, dieser konnte durch Kontrasteingiessung nicht, sondern nur durch Reliefuntersuchung nachgewiesen werden. Die mit Darmaufblähung durchgeführte Röntgenuntersuchung ermöglichte die Feststellung der normalen Erweiterungsfähigkeit der dem Tumor benachbarten Darmpartie. Nach den histologischen Untersuchungen war der Tumor ein benignes Adenom. Er betonte die Bedeutung der Reliefuntersuchung des Dickdarmes, mit dieser können solche Veränderungen festgestellt werden, die bei der prallen Füllung des Darmes eventuell übersehen werden.

**A. Rejtő:** *Untersuchungen über das Richtungshören.* Der





Schleim, dieser kann vom Magen- und Duodenalschleim scharf verschieden werden. Nach Beginn der Expulsion entleert sich die Galle mit kräftigen und normalen rhythmischen Ejakulationen. Die Gallenblase reagiert erst nach der 5.—6. Sondierung. Die Blasengalle ist heller als die normale und enthält einen feinen makroskopischen Schleim, sie wird nach Einsetzen der Motilität kräftig entleert. Bei chronischen Entzündungen zeigt der Choledochus eine schlechte Motilität, Ejakulationen treten selten oder überhaupt nicht auf, auch die Gallenblase kontrahiert sich nur unvollkommen. Die Galle entleert sich aus beiden nur tropfenweise. Ist ein Choledochusstein vorhanden, so gelingt es mit keinerlei Reiz, Galle zu erhalten. Liegt ein Stein in der Klappe, so rutscht dieser auf Einwirkung der Sonde oft in den erweiterten Choledochus, so dass die Passage frei wird. Bei Zystikus-, resp. Kollumsteinen erhalten wir Lebergalle, aber keine Blasengalle. Blasensteine können nur durch die Cholezystographie nachgewiesen werden. Ein nicht seltenes und wichtiges Krankheitsbild ist, wo auf akuten Steinverschluss des Zystikus der Choledochus mit reflektorischen Spasmus und konsekutiven Ikterus reagiert. In solchen Fällen setzt auf Sondierung sofort der Abfluss von Lebergalle, aber keiner B'asengalle ein.

*Therapie.* Bei akuten und chronischen Entzündungen ist die Choledochusbehandlung von der Gallenblasentherapie streng abzusondern. Für den erkrankten Choledochus ist die Sonde der wirksamste Heilfaktor, er antwortet auf die Einführung immer mit Expulsion. In solchen Fällen ist die Waschung des Duodenums mit Magnesiumsulfat zwecklos und schädlich. Die Gallenwege reagieren darauf sehr oft mit Spasmen. In akuten Fällen ist die Sonde 2—5 Stunden im Duodenum zu belassen. Die provokative Kontraktion der Gallenblase ist am sichersten mit der intraduodenalen Einführung vom 30 cm<sup>3</sup> Öl zu erzielen. Subkutane Verabreichung von 2 cm<sup>3</sup> Pituitrin bildet einen schwachen Reiz und führt manchmal Kollaps herbei. 33%iges Magnesiumsulfat lässt oft im Stich und löst Spasmen aus. Im Anschluss an Zystikustein auftretender Choledochusspasmus ist derart zu behandeln, wie der Ikt. catarrh. Oft fällt der Stein in die Blase zurück und der Zystikus wird wieder durchgängig. In solchen Fällen ist bei jeder Sondierung auch die Blase zur Kontraktion zu reizen. Gallensteine gehen auf Sondenbehandlung nur sehr selten und ausnahmsweise ab. Bei Choledochusstein ist das Hauptgewicht auf eine frühzeitige und sichere Begrenzung der Diagnose zu legen. Je rascher der Kranke operiert wird, desto besser sind die Aussichten auf Heilung. Gelingt es, den in der Klappe liegenden Stein zu mobilisieren und durch Zurückgleiten des Steines die Passage frei zu machen, so ist mit der Operation bis zum Verschwinden,



resp. bis zur Besserung des Ikterus zuzuwarten. Auch Zystikusteine gehen auf Sondierung nicht ab. In solchen Fällen hat man sich eine zeitlang mit der Therapie des Cholechochus: der Drainage, zu bescheiden. Fällt später mit der Lösung des Spasmus der Stein in die Blase zurück, dann soll die Drainage mit einer durch Öleinführung provozierten Blasenentleerung ergänzt werden.

**L. Puhr:** *Die Geschwülste und geschwulstartigen Gebilde des Retikuloendothels.* Die Endotheliome bilden eines der dunkelsten Kapitel der Pathologie. Der Vortragende will einen Teil des Komplexes die Retikuloendothelgeschwülste behandeln.

a) *Das primäre Hämangio-Endotheliom der Leber* bildet eine grosse Seltenheit. Der vom Vortragenden sezierte Fall ist zirka der 4. in der Literatur. Die Veränderungen sind auf das Leberkapillarsystem lokalisiert und treten in zweierlei Formen auf. Entweder die Leberzellen treten einfach auseinander, und es bildet sich eine von Endothel umgebene kleine Höhlung, oder aber werden die Leberzellenbalken durch grosse Vacuolen aufweisende schaumige Zellen auseinander getrieben, diese sind den Zellen des Morbus Gaucher ähnlich. Das Kapillarenendothel zeigt einerseits Vermehrung, andererseits entwickelt es eine lebhaft Phagozytose und enthält grosse Massen von hämatogenen Eisenpigment. Die Geschwulstzellen sind daher nach ihrem morphologischen und biologischen Eigenschaften als Abkömmlinge des Leberretikuloendothels, der *Kupffer'schen* Zellen zu betrachten. Das Wesen des Prozesses ist eine Anaplasie. Interessant ist die Rolle der Bindegewebelemente in der Geschwulst.

b) *Riesenzellensarkom des Knochenmarks.* Als Epulis wird allgemein das Riesenzellensarkom des Kiefers bezeichnet. Das Gebilde besteht zum Teil aus einem in faseriges Bindegewebe gebetteten Höhlensystem, die Höhlen sind mit grossen, b'nsenkernigen Endothelzellen gepflastert. Ihren endothelialen Charakter beweist ihre umfangreiche Pigmentphagozytose. Die Zellen wuchern entweder nach aussen hin, oder füllen das Lumen aus, und produzieren fibromartig solide Partien, sie produzieren auch die charakteristischen Riesenzellen. Auch in den soliden Partien findet sich oft in der Nachbarschaft der Riesenzellen eine dem Lumen entsprechende haardünne Spalte. Es gibt Formen mit sinusartigen Bluthöhlen und synzitiumartigen Zellhaufen. Auch in den Riesenzellen findet sich oft Phagozytose. Der Ausgangspunkt der Epulis ist das Retikuloendothel im Knochenmark des Proc. alveolaris. Ist das richtig, so müssen überall, wo Knochenmark ist, ähnliche Geschwülste zu finden sein. Dem ist auch so. Neuestens wird die Epulis als lokale Manifestierung der Ostitis fibrosa chronica betrachtet. Hierher sind

auch die sogenannten braunen Tumoren zu reihen. An den Diaphysenenden der Röhrenknochen kommen Riesenzellsarkome vor, deren histologisches Bild nach jeder Richtung hin der Epulis entspricht, diese sind gleichfalls relativ gutartig.

c) *Das idiopathische multiple Pigmentsarkom der Haut (Kaposi).* Jedem Stadium der Hautveränderungen entspricht ein bestimmter histologischer Charakter. Zuerst zeigt sich das gruppenweise Auftreten von neuen Kapillaren. Die Kapillaren entwickeln sich aus einem charakteristischen synzytiumartigen Retikulum. Die Mutterzellen des Retikulums sind Klasmatozyten, welche die Lücken zwischen den Bindegewebsfibrillen ausfüllen und Anaplasieerscheinungen aufweisen, sie vermehren sich, treten durch ihre Fortsätze mit einander in Verbindung, und zeigen starke Phagozytose. Sodann folgt die Bindegewebsproduktion, die hauptsächlich von der Adventitia aus erfolgt. Es ist fraglich, ob man berechtigt ist, die Blutungen als sekundäre Erscheinungen zu betrachten. Das gleiche gilt auch für das Pigment. Erteilt nicht das Pigment den Impuls zur Zellvermehrung? Er fasst das Kaposi-Sarkom als geschwulstartige, aber nicht geschwulstige hyperplastische Erkrankung des Hautretikuloendothels auf, unter dem Bild einer aleukischen Gewebsveränderung des Monozytensystems. Er teilt die progressiven Retikuloendothelprozesse in hyperplastische und blastomische ein und verweist auf die gemeinsamen Eigenschaften der Retikuloendothelgeschwülste.

**A. Schulek:** Vor 25 Jahren hat er als Praktikant des pathologisch-anatomischen Institutes einen Fall untersucht: die mannesfaustgrosse Geschwulst stammte aus einer Epulis, deren ganze Masse wurde durch einen Protoplasmahaufen gebildet, mit charakteristischen, blasigen, endothelialen Zellkernen, zahlreichen grossen Riesenzellen und wenig Bindegewebe, mit Blutungen und infiltrativen Wachstum.

**E. Hedri** hat ein vom Brustbein ausgehendes Endotheliom operiert, welches sehr früh Metastasen in Wirbelknochen verursachte.

**A. Lang:** Auf Grund seiner klinischen Beobachtungen ist das Endotheliom im allgemeinen gutartig. Jüngst sah er ein Hautendotheliom, das klinisch das Bild eines Ulcus rodens zeigte.

**Z. Hrabovszky:** Es gibt unter den Riesenzellensarkomen des Knochenmarks auch bösartige. Er hatte einen solchen Fall.

L. Puhr betont, dass seine Darlegungen sich nur auf solche Retikuloendothelgeschwülste bezogen, die auf einer niedrigen Stufe der Differenzierung stehen. Die vom reifen, diferezierten Endothel ausgehenden Endotheliome sind allgemein bekannt und sehr bösartig. Die Riesenzellensarkome des Knochenmarks bilden eine strengbegrenzte klinische und pathologische Gruppe. Er bezweifelt nicht, dass es exzessiv bösartige Knochensarkome gibt, die auch Riesenzellen enthalten können, mit den frühererwähnten jedoch keinen Zusammenhang aufweisen. Von den gemischten Geschwülsten der Parotis hat schon *Krompecher* bewiesen, dass sie epithelialen Ursprunges sind.



Sitzung am 9. Mai 1931.

**J. Batisweiler:** *Die Kohabitation in der Ätiologie des Puerperalfiebers.* Die I.-P. wurde am 12ten Tag nach ihrer normalen Geburt mit normalen Genitalbefund fieberfrei entlassen, am 15ten Tag nach der Geburt trat Blutung auf, sodann Fieber. Es entwickelt sich eine schwere Sepsis, aus dem Blut entwickeln sich hämolytische Streptokokken. Die fieberhafte Erkrankung kann mit dem nahezu vollkommen fieberfreien Verlauf der in der Klinik observierten Geburt und des Wochenbettes klinisch nicht im Zusammenhang gebracht werden. Der Tod trat am 35ten Tag nach der Geburt ein. Die Sektion stellte Sepsis mit Endometritis und eitriger Parametritis fest. Im Uterussekret waren wohl erkennbare Samenfäden nachweisbar, diese beweisen, dass die Frau nach der Entlassung, wahrscheinlich am Tage des Auftretens der Blutung kohabitierte, was die Fieberreaktion und die Sepsis auslöste. In der Literatur wurde bisher ein ähnlicher Befund nicht veröffentlicht.

**O. Mansfeld** schildert zwei Fälle, in welchen die Kohabitation schwere Fieber auslöste, der eine Fall endigte letal, der andere war vier Monate lang bettlägerig, mit Exsudaten.

**J. Szili:** Seit August 1928 wird jede Gebärende vor Eintritt der Geburt über den Zeitpunkt des letzten Koitus befragt. Die Ergebnisse sind förmlich verblüffend. Vom August 1928 bis April 1931 gab es in seiner Abteilung im St. Stefan-Spital 299 Geburten. Von diesen gaben 738 Gebärende Koitus in den letzten zwei Wochen zu, wobei diese Zahl zweifellos weit hinter den Tatsachen zurückbleibt. Viele derselben kohabitierten wenige Stunden vor der Geburt. Von diesen 738 Fällen fieberten im Wochenbett 73, die Gesamtmorbidität war daher 10%, also kaum mehr als der Durchschnitt, was ziemlich überraschend ist. Diese 10%-ige Morbidität ist jedoch hoch, weil in seiner Abteilung innere Untersuchungen nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden, die Untersuchung ist nur eine rektale. Er beschreibt die Krankengeschichte von drei Fällen, von denen einer letal endigte, aus welchen die Rolle des Koitus für die Ätiologie des Puerperalfiebers festgestellt werden kann.

**S. Tóth:** Der Mutter- und Säuglingsschutz beginnt nicht mit der Geburt, sondern schon während der Schwangerschaft. Das bewog ihn, in der unter seiner Leitung stehenden Klinik eine separate Schwangerenambulanz einzurichten, für diese wurden die schwangeren Frauen in der Klinik mit einer Propaganda gesammelt. Im ersten Jahr haben sich bereits mehr als 150 Schwangere gemeldet, bei diesen wurde eine ganze Reihe der verschiedenen Formen von Schwangerschaftskomplikationen festgestellt, und deren Beseitigung versucht. So wurde jede einzelne Schwangere auf Wa.-R. untersucht und in positiven Fällen einer Behandlung unterzogen. Das geburtshilfliche Unterrichtsmaterial der Klinik gewann gleichfalls an Interesse, indem bereits während der Schwangerschaft untersuchte Gebärende in das Gebärmutter gelangten. Der vom Adjunkten *Batisweiler* demonstrierte Fall reifte in ihm den Entschluss, die entlassenen jungen Mütter durch die in der Klinik wirkende Fürsorgerin zu bewegen, dass sie sich 4–6 Wochen nach der Geburt, vor der Rückkehr in ihre frühere Lebensweise,

zu einer nachträglichen Untersuchung melden, damit sie in den Existenzkampf nicht krank und ungeheilt eintreten. Es ist unsere Pflicht, die Schwangere sowohl vor, wie auch nach der Geburt zu schützen, denn sie bringt der Nation das grösste Opfer, indem sie uns eine neue Generation schenkt.

**E. Neuber:** *Untersuchung von Elementarschülern.* Die Untersuchungen wurden zu Beginn des Schuljahres 1930 (Oktober) bis April 1931 bei den Schülern der ersten Elementarklasse durchgeführt. Sie wurden geleitet vom Vortragenden unter Mitwirkung von dermatologischen, pädiatrischen, otologischen, chirurgischen, Röntgen- und hygienischen Fachleuten, sowie mehreren Fürsorgerinnen. Zweck der Untersuchung war die gesunden Schulkinder gegen Infektionskrankheiten, in erster Reihe gegen Syphilis und Tuberkulose zu schützen, jene Kinder, die an solchen schweren Infektionskrankheiten leiden, aus der Schule zu entfernen, damit sie in der Klinik, in Spitälern oder in der Familie eine entsprechende Behandlung erhalten, so dass sie zumindest nicht mehr infizieren können. Mit Unterstützung der Behörden wurde die wissenschaftliche Durchprüfung der Elementarschüler derart durchgeführt, dass nicht nur ein biologisches Kataster dieser Kinder festgestellt, sondern auch solche Daten gesammelt wurden, die sich auf das Milieu (Wohnungsverhältnisse), auf den Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Entwicklung beziehen und uns den Weg weisen, was für Verfügungen zu treffen sind, um unsere Gesundheitsstatistik zu verbessern. Untersucht wurden 1909 Schüler. Die serologische Untersuchung wurde in 1847 Fällen durchgeführt. Unter Berücksichtigung der Seroreaktion, der klinischen Symptome, der syphilitischen Stigmata und der Familienanamnese wurden 38 Fälle (1.99%) als sicher *syphilitisch*, 55 Fälle (2.88%) als verdächtig festgestellt. Bei der Untersuchung der sechsjährigen Kinder auf Syphilis wollten wir die Lues der Eltern, Geschwister, besonders aber der Mütter erreichen, weil diese Kinder in einem solchen Alter untersucht wurden, wo die Mütter zum grössten Teil noch jung sind, durch entsprechende Behandlung diese gesund gemacht werden und derart bei den folgenden Geburten gesunde Kinder zur Welt bringen können. Die Familie der als luetisch erkannten Kinder muss von der Fürsorgerin aufgesucht, klinisch untersucht und die infizierten Familienmitglieder, wenn sie unbemittelt sind, in die Klinik, oder in das Spital aufgenommen werden, die bemittelten aber werden in geschlossenen Briefen aufgefordert, ihren Privatarzt aufzusuchen.

Bei der Feststellung der *Tuberkulose* wurde das Ziel verfolgt, durch Vergleich der klinischen, Röntgen- und allergischen Ergebnisse die aktiven Prozesse von den abgelaufenen oder latenten Fällen abzugrenzen, weil die aktiven Fälle zur Verbreitung der Tuberkulose geeignet sind und





respektive aus den Fäzes zu ergänzen. Die Statistik beweist, dass bei der Tbc.-Erkrankung der 6jährigen Kinder die asthenische Konstitution keine Rolle spielt, ferner, dass Kinder mit lymphatischer Konstitution nicht infiziert sind. Es gab nahezu kein einziges Kind, bei dem Tbc und Mandelhypertrophie gleichzeitig vorhanden gewesen wären.

**S. Belák** hat im Rahmen der *Neuber'schen* Untersuchungen anthropo- und biometrische Untersuchungen zur Feststellung des vegetativen Tonus durchgeführt. Hierzu erscheint besonders die Pulsfrequenz und der okulokardiale Reflex geeignet. Die gleiche Methode hat er schon im vorigen Sommer in Balatonszabadi am Krankenmaterial des Sophien-Kindersanatoriums angewendet, als er die Wirkung der Übersommerung auf den vegetativen Tonus prüfte. Was die von *Neuber* gewählte Arbeitsmethode betrifft, habe sie den Vorteil, dass nachdem die Arbeit durch eine ganze Fakultät unterstützt wird, zahlreiche Faktoren berücksichtigende, der konditionellen Denkweise entsprechende, umfassende Gesichtspunkte zur Geltung kommen. Das ist das neue dieser Arbeitsweise, die für die Methodologie der Zukunft wahrscheinlich eine grössere Bedeutung erlangen wird.

**S. Gerlóczy** gibt seiner Freude darüber Ausdruck, dass in dieser Provinzuniversität mit ihrem ruhigeren Milieu eine solch grosszügige Forschungsarbeit mit Unterstützung zahlreicher Professoren dieser Universität zur Durchführung gelangte. Diese wird nicht nur eine wohltätige Wirkung auf die gesundheitlichen Verhältnisse einer Weiten Umgebung ausüben, sondern auch das Sanitätswesen des Landes fördern. Es war richtig, die Schüler der ersten Elementarklasse zu untersuchen, ähnliche Untersuchungen können in den Provinzuniversitäten überall durchgeführt werden, während in der Hauptstadt, wo die Institution der Schulärzte vollkommen ausgebaut ist, die Fachärzte ähnliche Untersuchungen durchführen können. Er fordert die Eröffnung der reorganisierten Schulärztekurse, die für April geplante Eröffnung dieses Kurses ist leider wegen Mangel an finanziellen Mitteln unterblieben.

**E Grosz:** Die Feststellung des Vortragenden, dass die Untersuchung der Schulkinder Aufklärungen über die Morbidität der Bevölkerung erteilt, ist vollkommen richtig. Die gleiche Idee gelangt auch in der Trachombekämpfung zur Geltung, das Trachom der Schulkinder informiert über Infiziertheit der Bevölkerung. Die von *Stefan Tisza* 1904 erlassene Verordnung wurde vom Ministerium für Volkswohlfahrt 1928 erneuert. Es wurden 800.000 Schulkinder auf Trachom untersucht und ungefähr ein halbes Prozent Kranke gefunden. Die Untersuchung war mangelhaft, weil sie nicht von Fachärzten durchgeführt wurde. Die von *Neuber* organisierte Untersuchung hat den grossen Vorteil eines harmonischen Zusammenwirkens von Fachmännern. Es ist nicht möglich, diese Arbeiten auf das ganze Land zu erstrecken, doch ist sie stellenweise in Universitätsstädten und Zentren durchführbar. Die grosse Bedeutung solcher Inseln beweisen die von *Johan* organisierten Musterbezirke. Die Arbeit von *Neuber* und seinen Kollegen verdient die grösste Anerkennung.

**F. Lőrincz** untersucht die Richtigstellung der Bezeichnung *Taenia nana* im Sinne der modernen Nomenklatur auf *Hymenolepis nana*. Die Ergebnisse der helminthologischen Untersuchungen entsprechen jenen, die in der parasitologischen Abteilung der hygienischen Landesanstalt am ähnlichen Material gefunden wurden. Er erörtert



die neueren Untersuchungsergebnisse über Pathogenität und Therapie des Trichocephalus dispar.

**S. Éderer:** Die Prävention wurde durch *Neuber* auf das Kindesalter erstreckt. Im Ausland gibt es keine ähnlichen Untersuchungen, die sich auf alle Leiden erstrecken. Wichtig wäre ferner die Beobachtung der Schilddrüsengrösse, um die Verbreitung des Kropfes in Ungarn festzustellen. Als Mass der körperlichen Entwicklung und Ernährung empfiehlt er die Anwendung eines Indexes. Die von *Neuber* initiierte prophylaktische Organisation wäre auf das ganze Land zu erstrecken.

**S. Máday** betont, dass eine Erstreckung solcher Untersuchungen auf das ganze Land nicht möglich ist. Präventive Untersuchungen können nur durch die Schulärzte durchgeführt werden. Er verspricht im Namen des ungarischen Elternverbandes die Einleitung einer umfassenden gesellschaftlichen Propaganda zur Verbreitung der Institution der Schulärzte.

**L. Focher** fragt, wie häufig unter den Stigmen der Krepuska-Nonnezahn vorkommt und in welcher Beziehung dieses Zeichen zur Lues congenita steht. Das Verhältnis des Längsdurchmessers und Schädelumfanges zur Scala media und der Entwicklung des Mittelhirns lässt die Feststellung dieser Angabe wünschenswert erscheinen.

**G. Doros** führt auf Grund statistischer Daten aus, dass seit dem Weltkrieg die venerischen Krankheiten auf die Kinder übergegriffen haben. So wurden an der Budapester Kinderklinik 1921–1925 1186 venerisch erkrankte Kinder behandelt. Die 1928 durchgeführte allgemeine venerische Datensammlung beweist, dass in einem Jahr in Budapest 697 venerische Kinder im Alter von 1–11 Jahren und 1513 im Alter von 15–19 Jahren in ärztlicher Behandlung standen. Von den 15–17jährigen Mädchen, die 1925 bei sittenpolizeilichen Streifungen aufgegriffen wurden, waren 37.4% venerisch infiziert. Von den neuen Zöglingen der Rákospalotaer Besserungsanstalt für Mädchen, waren 1928–1929 76.8% infiziert. In der Budapester staatlichen Aushilfsschule für minderbegabte und idiotische Kinder fand man bei 23.6% einen positiven serologischen Befund. Diese Erfahrungen lassen es notwendig erscheinen, dass auch in Budapest je eher eine allgemeine Durchprüfung der Schulkinder erfolge.

**V. Petrányi** referiert über seine mit *L. Dobszay* unter den Pécsrer Schulkindern durchgeführten Untersuchungen. Von 6162 6–12jährigen Schulkindern war die Pirquet-Reaktion bei 27.8% positiv, bei 1% der Kinder wurden akute, bei 2% auf Aktivität verdächtige Prozesse gefunden.

**A. Tüdös:** Die kongenitale Lues fand nach dem Krieg grosse Verbreitung, später ging sie infolge der Ausbreitung der Schwangerenbehandlung zurück. Die Behandlung soll je früher einsetzen. Die Vulvitis gonorrhoeica im Säuglingsalter wurde im Material des Kinderasyls in ungefähr 15–20% der Fälle festgestellt.

**P. Kiss:** Im Hinblick auf die Heilung der Lues congenita sei es wichtig, das Leiden womöglich vor dem zweiten Lebensjahr des Kindes festzustellen. Zu diesem Zweck müsste die Zusammenarbeit der Gebäranstalten und Kinderkliniken enger gestaltet werden.

**E. Neuber** will im kommenden Schuljahr bei seinen Untersuchungen auch neuere Gesichtspunkte berücksichtigen.

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 15. April 1931.

**L. Scheitz:** *Durch Kotstein verursachte Darmruptur.* Die 61jährige Frau meldet sich mit den üblichen hämorrhoidalen Klagen, die Untersuchung bestätigt diese Diagnose. Rektoskopie negativ. Am Morgen des Operationstages traten nach dem Reinigungseinguss heftige Schmerzen, Hinfälligkeit und die Symptome einer akuten Unterleiberkrankung auf. Sofortige Operation. Mobiles Sigma, dessen Hinterwand in der Länge von 8 cm gerissen ist, so dass das Darmlumen mit dem Raum zwischen den beiden Blättern des Mesosigma kommuniziert, in diesem sitzt ein Kotstein von der Grösse einer Mandarine. Der Bauchraum ist mit dünnflüssigen Dickdarminhalt überschwemmt. Eine 8 cm lange Dickdarmpartie wird mit dem Mesosigma reseziert. Zirkuläre Darmnaht, drei Tage später starb die Kranke infolge Bauchfellentzündung und retroperitonealer Phlegmone.

**S. Rosenák: Gelenkschondromatose.** In der Anamnese des 27jährigen Wagenlackierers Tbc. +, Lues —, Go +. Seine vom linken Knöchel ausgehenden, in die Unterschenkelmuskulatur ausstrahlenden Schmerzen bestehen seit 6—7 Jahren. Seine Klagen wurden immer stärker. Im Herbst 1928 ist er nahezu arbeitsunfähig. Nun wurde sein linker Fuss für vier Wochen in einen Gipsverband gelegt, sodann hydrotherapeutisch behandelt, ohne dass sein Zustand sich gebessert hätte. Im Herbst 1929 fiel er von einer Leiter und ist seither vollkommen arbeitsunfähig. Die Diagnose wurde auf Grund des charakteristischen Röntgenbefundes und der klinischen Untersuchung festgestellt, sie wurde durch den Operationsbefund (8. März 1930) bestätigt. Mit der von der Gelenksfläche des äusseren Fussknöchels ausgehenden knöchernen Knorpelwucherung wurden 84, dort gebildete freie Knorpelkörperchen entfernt. Geheilt entlassen. Der Fall kann weder in die von *Reichel* beschriebene, noch zu der von *Rehn* festgestellten Krankheitsform gereiht werden, weil in diesem Falle die Bildung der freien Körperchen entschieden mit einer umschriebenen Stelle der Gelenksfläche verbunden ist, in einer für benigne Tumoren charakteristischen Weise. Die Behandlung bestand eben deshalb nicht in der Gelenkresektion, sondern in der Abtragung der Knorpelgeschwulst mit vollen und bleibenden funktionellen Erfolg.

**M. Bak:** *Über fiebererregende Mittel bei internen und neurologischen Krankheiten.* Das aus lebenden apatogenen Keimen bestehende Pyrifer wird seit einem Jahr in der XII. internen Abteilung verwendet. Zu Beginn wurde das Mittel in den gegen Milch und andere fiebererregende Mittel refraktären Fällen verwendet, später wurde nur Pyrifer verabreicht. Es hat den Vorteil, dass es seltener in Stich lässt.





sahen Rezidiven nach einem Monat, einem Jahr und in einem Fall auch nach 40 Jahren. Letal endigten 14.2% der Fälle, die Todesursache war Tbc. universalis, Meningitis, als Komplikation aufgetretene Blasen- und Nierenentzündung, in einem Fall Lähmung des Atemzentrums. Er hielt die Zusammenstellung der 712 Fälle mit Rücksicht auf die Zahl der Fälle für wichtig, weil die Spondylitis schon wegen der Veränderung der Körperform die soziale Stellung der Kranken schwer beeinträchtigt, was durch die Funktionsstörungen (Lähmungen) noch gesteigert wird.

**E. Zalka** hat in drei Fällen wegen Karies des Atlas, resp. Epistropheus plötzlichen Tod beobachtet. In einem Fall war wegen Tbc-Zerfall der Bänder eine Verrenkung vorhanden, im anderen Fall zerbrach der kariöse Atlas, der Wirbelbogen öffnete sich und der Zahn des Epistropheus drang in das Hinterhauptloch ein. Im dritten Fall entstand infolge der Karies des Dens epistrophei eine Fraktur und die abgebrochene Partie drang in das Hinterhauptloch ein. In einem anderen Fall von Spondylitis der Halswirbel mit prävertebralen Abszess, wurde der Wirbelkörper vollkommen zerstört und an seiner Stelle fand sich eine Höhle, ohne dass eine Kompression zustande gekommen wäre, so, dass die Halswirbelsäule nur durch die Wirbelbögen gehalten wurde.

**J. Csiki** bemerkt, dass er in 10.7% Lähmungen und 66.6% Mortalität beobachtet hat. Für die Therapie ist das reklinierte Gipsbett am zweckmässigsten, die Extension sei nur bei Spondylitis am Halse notwendig, eventuell könne die Kostotransversektomie und Laminektomie in Frage kommen. Der Ignipunktion gegenüber ist er misstrauisch.

**A. Noszkay:** *Spondylitische Lähmung.*

## NACHRICHTEN.

**Der Ärztinnen-Weltverband in Budapest.** Die Association Internationale des Femmes Medecins haben nach dem in Wien stattfindenden Kongress von 21—23. d. M. auch die ungarische Hauptstadt besucht. Die Mitglieder des Kongresses trafen am Montag den 21. September hier ein, und wurden abends im Hotel Hungaria festlich empfangen. Am folgenden Tag besichtigten die Gäste vormittags die Hauptstadt und deren Heilbäder, mittags fand im St. Lukas-Bad ein vom Budapest-Bäderstadt-Verein veranstaltetes Diner statt, sodann folgte die Besichtigung der Margareten-Insel, Tee und Konzert im Klub des Landesvereins der Ungarischen Ärztinnen, abends ein gemeinsames Souper im Gellért-Hotel. Am Mittwoch vormittags wurden die Kliniken und sanitären Institutionen besichtigt. Nachmittags fand die Abreise vom Ostbahnhof statt.

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.