

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

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

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

Erscheint halbmonatlich

Bezugsbedingungen: Die „Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften“ können durch die Post, Sortimentsbuchhandlungen und direkt vom Verlag: Budapest, V., Vadász-utca 26, bestellt werden

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

KURHAUS SEMMERING

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

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

Ganzjähriger ununterbrochener Betrieb. Näheres durch die Prospekte.



Anglo - Danubian Lloyd

Általános Biztosító Részvénytársaság
magyarországi igazgatósága.

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

Társaságunk ezenkívül elfogad: tűz-, b

törésslopás-, baleset-, hűtlen kezelési-, egyetemes automobil- és mindenemű szállítmánybiztosítást.

Alapítva 1825-1839.

Kölcsönös Tűzkár és "JANUS" Általános Kölcsönös Biztosító Intézet

Életbiztosítások legelőnyösebben minden módozat szerlnt.

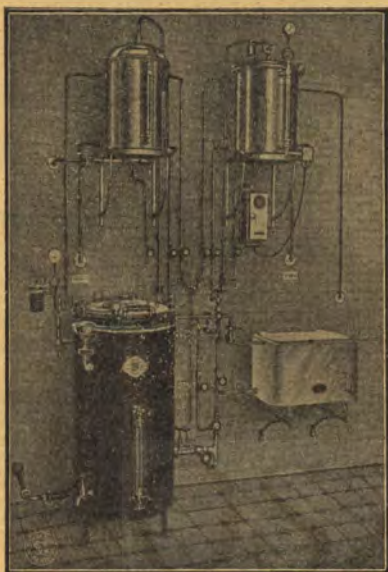
Közös irodák: Budapest, V., Nádor-utca 34. Közös telefonok:

Teréz 257-58, 273-65, 214-51.

PETER FISCHER UND COMP. A.-G.

Fabrik medizinisch-chirurgischer Instrumente

Budapest, VI., Vilmos császár-ut 53, I. Stock.



GEGRÜNDET IM JAHRE 1856.

Besitzer zahlreicher
Auszeichnungen.

TELEPHON: Automat
115-13 und 115-19.

Ärztliche Einrichtungen in erstklassiger Ausführung und zu sehr mässigen Preisen. — Verbandmittel, Bruchbänder, Bauchbinden, Gummiwaren, sowie sämtliche Krankenpflege-Artikel ständig am Lager. — Eine separate Abteilung dient zum Verkauf der in grosser Auswahl stets vorhandenen hervorragendsten in- und ausländischen kosmetischen Artikel.

Alleinvertrieb der rostfreien Instrumente von

Stilles Stockholm
In Ungarn.

In unserem eigenen Betrieb übernehmen wir die Herstellung und Ausbesserung von neuen Instrumenten, orthopädischen Apparaten, sowie von Bruchbändern und Bauchbinden.

St. Margaretheninsel

BUDAPEST, Ungarn

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

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

Verhandlungen der Ungarischen Ärztlichen Gesellschaften

Wissenschaftliche Berichte und Nachrichten aus Ungarn

Erscheint unter Mitwirkung des Schriftleitungsaus-
schusses der Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte

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

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

Inhalt: Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft. — Elisabeth-Universität in Pécs. — V. Jahresversammlung der Gesellschaft Ungarischer Kinderärzte. — Nachrichten.

Ungarische Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 8. März 1929.

A. Fésüs: *Demonstration der Müllerschen Kontaktgläser bei Keratokonus.* Bei beiderseitigen Keratokonus können in anderer Weise nicht korrigierbare Visus von einer Oxyoptrie mit den einfach und kosmetisch einwandfrei anlegbaren, den ganzen Tag über tragbaren Müllerschen Kontaktgläsern auf 12 Oxyoptrien, mit Brillenkorrektur aber bis 30 Oxyoptrien gebessert werden. Die gleichfalls versuchten, aber keinen besseren Visus als die obigen ergebenden Zeiss-Kontaktgläser konnten in dem vorliegenden Fall nicht angelegt werden, nachdem sie nicht vertragen wurden.

J. Dallos: Die Müllerschen Gläser bleiben vom optischen Gesichtspunkte weit hinter den Zeisschalen zurück, so, dass letztere in jedem Falle, wo der Kranke diese tragen kann, zu bevorzugen sind. Von vier Kranken gab es einen, der sie nicht vertrug, ein vorgestellter Patient trägt sie täglich 10 Stunden lang.

A. Incze: *Die Rolle und Bedeutung der Augenkrankheiten an der Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit.* Er legt dar, dass Augenkrankheiten absolute und relative Erwerbsunfähigkeit verursachen können. Bei der Beurteilung derselben ist die Beschäftigung und die Arbeitsstätte des Kranken zu berücksichtigen. Die Bedeutung eines Augenleidens für die Erwerbsunfähigkeit kann ziffermässig derart festgestellt werden, wenn berücksichtigt wird, welche Prozentziffer der

erwerbsunfähigen Tage auf die prozentuelle Krankheitseinheit entfällt. Diese Ziffer wird als Erwerbsunfähigkeitsindex der betreffenden Krankheit bezeichnet.

J. Petres durchprüfte sein Krankenmaterial nach der Methode von Incze in der Budaer Ordination des Sozialversicherungsinstitutes für Augenkrankheiten. Er hat im Grossen und Ganzen ähnliche Indexziffern erhalten. Die Zahl der Augenlinsenerkrankungen ist deshalb verhältnismässig so gross, weil der Reifeprozess des Stares kein gleichmässiger, und häufig sehr langsam ist. Bei der Indikation der Operation sollte in jedem Falle auch die soziale Lage des Kranken berücksichtigt werden.

E. Grósz: Wir schulden unserem Kollegen Incze Dank dafür, dass er sich mit den sozialen Beziehungen der augenärztlichen Tätigkeit beschäftigt. Das Sozialversicherungsgesetz überweist den Ärzten hochwichtige Aufgaben, ohne dass sie nach jeder Richtung hin für diese eine entsprechende Vorbildung erhalten und einen Wirkungskreis gesichert hätten.

E. Grósz: *Welchen Visus soll der Autoführer besitzen?* Der Vortragende schildert die Anforderungen, die im Ausland an die Sehkraft der Kraftwagenführer gestellt werden. Bei uns ist zur Gewinnung der Fahrlizenz eine ärztliche Untersuchung vorgeschrieben. Findet der Polizeiarzt die Sehkraft des Bewerbers ungenügend, so holt er das Gutachten des staatlichen Augenspitals ein. Wird der Bewerber abgewiesen, so wird das Gutachten des Landessanitätsrates eingeholt. Dieser steht auf dem Standpunkt, wenn der Visus des besseren Auges normal oder zumindest $\frac{5}{7}$ ist, so kann auch der Einäugige die Lizenz erhalten. Nachdem bei uns die Bedingungen der Eignung noch nicht festgestellt sind, empfiehlt er als Minimum des besseren Auges die Feststellung der Sehkraft mit $\frac{5}{10}$, wenn das andere Auge zumindest V. $\frac{5}{20}$ besitzt. Ist aber am zweiten Auge der Visus schlechter als $\frac{5}{20}$, dann soll der Visus des besseren Auges zumindest $\frac{5}{7}$ sein. Der Vortragende bespricht sodann die Frage, unter welchen Umständen Einäugige die Lizenz erhalten können, ferner die Notwendigkeit der periodischen Augenuntersuchungen bei Fahren.

G. Vajda: Nach dem Resultat des sächsischen Gesundheitsamtes wird auf dem einen Auge Visus $\frac{1}{2}$, am anderen Auge V. $\frac{1}{6}$ gefordert, ist aber der Visus des einen Auges $\frac{2}{3}$ oder besser, so ist auch Einäugigkeit gestattet.

A. Rötth hält am besseren Auge 0,5, am schlechteren 0,2 Sehschärfe, an beiden Augen volles Gesichtsfeld, gute Farbenperzeption und die Hälfte der durchschnittlichen normalen Adaption notwendig. Seiner Ansicht nach sind Augengläser mit breitem Hornrahmen, sowie die sogenannten Autobrillen zu verwerfen, weil diese einen grossen Teil des doppeläugigen Gesichtsfeldes wegnehmen.

A. Kreiker: Einäugigen sollte keine Fahrlizenz erteilt werden, von Berufsfahrern aber würde er volle Sehschärfe erfordern.

I. Lénárd hält den von Kreiker geforderten $\frac{5}{5}$ Visus an beiden Augen für übertrieben, die bisherige Praxis forderte $\frac{2}{3}$ und $\frac{1}{3}$ Visus, was auch genügt, ja wenn die Sehschärfe des einen Auges $\frac{5}{5}$ ist,

so kann diese am andern Auge auch $\frac{5}{50}$ oder $\frac{5}{70}$ sein. Es sei wichtig, Kategorien aufzustellen (Berufs-, landwirtschaftlicher-, privater Chauffeur). Wichtig ist, dass das Gesichtsfeld frei sei, er macht jedoch eine Ausnahme, wenn das eine Auge den Anforderungen entspricht, dann können am anderen Auge bei gutem, zentralem Sehen auf der nasal Seite mehr-mindergrosse Ausfälle vorhanden sein. Das Farbensehen ist hier nicht so wichtig, wie bei den Bahnbediensteten. Wichtig ist auch die Prüfung auf Hemeralopie.

L. Hollós und A. Links: *Zweijährige Erfahrungen mit der ultravioletten Lichtbehandlung.* Sie referieren über 154 schwere Korneaerkrankungen. Von 19 Ulcus serpens hatten sie nur einen Verlust, ein Fall wurde gebessert, die übrigen geheilt. Ihre 62 schweren Fälle von lymphatischer Keratitis heilten glatt, 4 Tbc.-Sklero-Keratitiden wurden gebessert, bei einer infizierten Verletzung, sowie bei einer Keratitis disciformis erzielten sie kein Resultat. In 15 Fällen behandelten sie bei älteren Personen aufgetretene schwere Kornea-Randulzera mit sehr gutem Erfolg. In hartnäckigeren Fällen empfehlen sie die Milchinjektion. Die Uvioltherapie beschleunigt die Heilung, es bleiben weniger massive, flache und verhältnismässig kleine Makula zurück. Im Anschluss an die Behandlung trat niemals irgendwelche Komplikation oder Schädigung auf.

L. Hollós: *Modifikation an der Tränensackoperation.* Bei der Dakryocystorhinostomia externa legt er durch die Hautwunde in die Trepanation einen haselnussgrossen, gefalteten, 1 cm breiten gesäumten Gazestreifen, dessen unteres Ende er durch die Nase herauszieht. Die blutstillende und sekretableitende Wirkung dieses Tampondrains ist vorzüglich. Er hat denselben in 26 von 40 Fällen erfolgreich angewendet.

B. Horváth: In der II. Augenklinik wird seit ungefähr $\frac{3}{4}$ Jahren der Tampon in ähnlicher Weise durch die Rhinostomieöffnung derart in die Nase eingeführt, dass durch die Nasenöffnung ein Pean eingeführt wird, mit diesem wird der in die Rhinostomieöffnung eingeführte Gazestreifen in die Nase gezogen. Das Verfahren hat ihm der gegenwärtig in Amerika lebende Dr. Kraus empfohlen. Die Methode hat sich bewährt.

L. Blaskovics: *Zwei Methoden für kleine Operationen:*
 a) *Die Rücklagerung des Lidhebemuskels bei Lagophthalmus.* Bei Lähmung der Gesichtsnerven sorgt man für den Schutz der Kornea durch Lidspaltenverkürzung. Die Deckung ist bei dieser Methode unvollkommen. Eine übermässige Verkürzung der Lidspalte kann nach dem Vortragenden derart vermieden werden, dass mit Durchschneidung des Levators eine künstliche Ptose des Augenlides herbeigeführt wird. Er durchschneidet den Levator von der Bindehaut aus in der ganzen Breite und zieht die Bindehautwunde durch Matrazennähte zusammen. Er demonstriert eine totale Fazialislähmung, wo diese Methode erfolgreich war, indem die Kornea während

des Schlafes sich unter die Lider retten kann, infolgedessen ist die früher bestandene Keratitis e lagophthalmo geheilt.

b) *Operation zur Verhütung der Eversion des Tränenpunktes.* Das Aufschlitzen des Tränenröhrchens ist die zu meist angewendete Methode gegen Eversio puncti lacrymatis, obwohl sie nicht imstande ist, das Tränenträufeln zu verhindern. Wenn wir keine grössere Operation gegen das Ektropium durchführen wollen, muss an Stelle des Aufschlitzens ein anderes Verfahren erdacht werden. Der Vortragende empfiehlt einen kleinen horizontal-ovalen Ausschnitt aus der hinteren Lidschicht unmittelbar unter dem Tränenkanal, aber ohne dessen Verletzung. Er hat mit diesem kleinen Eingriff in zwei Fällen (an drei Augen) gute Erfolge erzielt, in einem dritten Falle war der Erfolg kein vollkommener, weil der Lidrand sich vom Bulbus ein wenig abgehoben hatte. In solchen Fällen wird er daher in der Zukunft seine Methode der Ektropiumoperation durchführen.

A. Kreiker sah von dieser Blaskovics-Operation gute Erfolge.

A. Rötth: *Imre* jun. hat bei Eversion die Trepanation mit der in den Kanalikulus eingeführten Sonde von der Bindehaut aus empfohlen. Die andere ebenfalls von *Imre* empfohlene und in einem Fall mit vollen Erfolg durchgeführte Operation ist dieselbe, die auch der Vortragende demonstriert hat.

A. Rötth: *Trachombehandlung mit Tragynol.* Er hat 64 Kranke mit Tragynol behandelt, dasselbe ist eine die wirksamen Bestandteile des Chauloograöles, sowie Kupfersalze enthaltende Salbe. Das andere Auge desselben Kranken erhielt regelmässig eine andere Behandlung, derart konnten die verschiedenen Behandlungsmethoden miteinander verglichen werden. Er empfiehlt das Mittel bei papillären Hypertrophien der sekretfreien Bindehaut nach Beseitigung der Knoten, es gibt aber nicht weniger Rezidiven, als nach der üblichen Behandlung. Die Methode ist bei Pannus, nicht aber bei Personen mit empfindlicher Kornea und exsudativer Diathese kontraindiziert. Die Einreibung erfolgt mit auf einem Glasstabe befestigter und in Tragynol getauchter Watte jeden dritten Tag, bis die Watte rosafarbig wird.

G. Horay sieht im Tragynol eine wertvolle Bereicherung unserer Heilmittel gegen das Trachom. Er verwendet und empfiehlt das Mittel auch in solchen Fällen, wo die papillären Hypertrophien dominieren, aber auch im Vernarbungsstadium ergibt die Massage mit dem Glasstab — kombiniert mit der Salbe — sehr gute Resultate. Das Mittel kann auch den Kranken zur Nachbehandlung daheim übergeben werden.

L. Liebermann: Das von *Delanoe* empfohlene reine Chaulmoograöl (*Oleum gynocardiae*) hält auch er sehr wirksam, seine Anwendung jedoch sehr unangenehm. Das bewog ihn, der Bayer-Fabrik die Herstellung einer anderen reizlosen Verbindung aus diesem Stoffe zu empfehlen, wobei auch das von altersher bewährte Kupfer verwendet werden soll. So entstand die Tragynol-Ebaga Augensalbe. Er konstatiert mit Freude, dass die Erfahrungen

von *Röthh* mit diesem Mittel mit seinen eigenen in allen Punkten übereinstimmen. Er betrachtet das Mittel als wertvolle Unterstützung der mechanischen Behandlung und betont, dass die mechanische Therapie durch kein Mittel entbehrlich gemacht wird.

I. Tapasztó empfiehlt das Tragynol auch in hartnäckigen Trachomfällen nach der mechanischen Behandlung. Er sah vom Mittel gute Resultate.

B. Pelláthy: *Referat über seine Berner Studienreise.*

Er hat drei Monate in der Augenklinik des Professor *Siegrist* verbracht. Er schildert die Einrichtung und die Arbeit in der Berner Klinik, sowie die Vorträge des Prof. *Siegrist* über seine Versuche zur Behandlung des senilen Stares. Die Klinik beschäftigt sich auch mit der experimentellen Herbeiführung von Staren, im Anschluss hieran wurde auch ihm eine Aufgabe zuteil: die histologische Aufarbeitung der Linse eines Hundes mit *Cataracta tetanica*. Seine Mitteilung hierüber wird demnächst publiziert werden.

G. Vajda: a) *Modifikation der operativen Augenhöhlenbildung.* Das Wesen der Operation ist, dass das Transplantat genügend gross sei und dass es haften soll. Der Vortragende nahm vom Arm einen 8×5 cm Hautlappen, deckte mit dessen Epithelfläche die konvexe Fläche auf der entgegengesetzten Seite der durchlocherten Prothese und legte die Wundfläche des Lappens nach Exzision des Sehnerv-Narbenstumpfes auf die durch radiale Einschnitte in den Bindehautrest entstandene grosse Wundfläche. Derart kehrte die Prothese ihre konkave Seite nach vorne. Das Haften des Lappens erfolgte im Zentrum, infolgedessen war auch dessen Schrumpfung zentralwärts gerichtet und die Ränder des Transplantates konnten mit den Bindehautwundrändern verwachsen.

b) *Nach Denig operierter Fall von Symbblepharon.* Die Verwachsung hatte Verbrennung mit glühendem Eisen als Ursache, sie erstreckte sich auf die innere Hälfte des unteren Lides am rechten Auge bis zum Innenrand und auf den unteren-inneren Quadranten des Augapfels, so dass auch der untere-innere Korneaquadrant bis ungefähr 3 mm vom Limbus mit der Haut des von Wimperhaaren freien unteren Augenlides zusammengewachsen war. Nach Ablösung der Verwachsungen transplantierte er einen 3×1.5 cm grossen Mundschleimhautlappen, den er durch Nähte fixierte.

A. Röthh: Das Resultat der demonstrierten Symbblepharonoperation kann nach Verlauf von 6 Wochen beurteilt werden. Das Transplantat schrumpft gewöhnlich total zusammen, weil es eine konkave Fläche deckt, die keine feste Basis besitzt. Redner hat zur Vermeidung dieser Nachteile eine neuartige Operation erdacht, die er in fünf Fällen mit Erfolg durchführte. Er zeigt Photographien dieser Fälle.

B. Horváth: Im Anschluss an die Demonstration von *Valda*, stellt er einen Kranken vor, der nach der von *Blaskovics* modifizierten Operation von *Hotz-May* operiert wurde. Die Operation wird derart durchgeführt, dass nach Lösung der zusammengewachsenen

Partien ein entsprechend grosses, 1 mm dickes Bleiplattenstück herausgeschnitten wird, entlang des oberen Randes der Platte werden für die Nähte Löcher gebohrt. Dabei wird eine Seite der Platte mit dem Tierschlappen derart bedeckt, dass die Epithelseite der Platte zu gerichtet ist. Der Lappen wird mit Matratzennähten auf der Platte fixiert und die derart überzogene Platte in den Sack eingeführt und die Matratzennähte unter dem Lidrand subkutan geknüpft. Er stellt ein Instrument zur Anfertigung entsprechender Tierschlappen vor.

F. Papolczy: a) *Melanosarkoma palpebrae*. Bei der 22jährigen Kranken fand er an der Grenze des inneren Drittels des oberen Lides eine erbsengrosse, livide, auf Druck auf die Hälfte sich verkleinernde Geschwulst. Histologischer Befund: Das klinische Bild des Angioms nachahmende Geschwulst, ein von Gefässen reich durchzogenes Kleinrundzellen-Melanosarkom.

b) *Chorioidealsarkom mit Lebermetastase*. Das rechte Auge der 72jährigen Kranken haben wir wegen Chorioidealsarkom enukleiert. Nach fünf Jahren ist sie an einer Lebermetastase gestorben. Die histologische Untersuchung zeigte in der Leber ein, der primären Geschwulst vollkommen ähnliche Melanosarkom.

Elisabeth-Universität in Pécs.

A. o. Sitzung der medizinischen Sektion
der wissenschaftlichen Universitäts-gesellschaft am 11. April 1929.

Johann Angyán begrüsst Professor *Schroeder* im Namen der Pécs'er Universität und gibt seiner Freude darüber Ausdruck, dass eine Zierde der deutschen Gynäkologie nach Pécs gekommen ist, um über eine Frage Aufklärungen zu erteilen, die jedes Fach interessiert, und deren bester Kenner eben Professor *Schroeder* ist.

Robert Schroeder: Der *genitale Fluss*. Das Fluorgefühl entsteht in der Vulva. Je nach der Empfindlichkeit der Kranken kann manchmal schon die normale Sekretmenge das Gefühl des Flusses auslösen, in anderen Fällen aber klagt die Kranke selbst bei reichlicher Sekretproduktion nicht über Fluss. Wollen wir die Natur des Flusses objektiv bestimmen, so müssen wir ausser den auf der Wäsche der Kranken entstandenen Flecken auch die Umgebung der Vulva inspizieren und die Quelle der Sekretproduktion feststellen. Zu diesem Zwecke sind die verschiedenen Abschnitte des mit Schleimhaut bedeckten Genitalkanals zu untersuchen. Die Tube kommt für die Fluorproduktion praktisch nicht in Betracht. Unter normalen Bedingungen produziert auch die Corpus-Schleimhaut kein solches Sekret, das auf die Oberfläche gelangen und an der Fluorbildung teilnehmen könnte, weil das Produkt der Fundusdrüsen die Aufgabe hat, das Ei zu ernähren. Dasselbe wird mit dem Menstrualsekret zusammen erst dann entleert, wenn die Befruchtung des Eies unterbleibt. Tritt jedoch eine Entzündung der Schleimhaut auf, so können die Produkte dieser Entzündung an der Bildung des Aus-

flusses teilnehmen, obwohl die Schleimhaut, besonders in der ersten Zeit, auch dann mehr zur Blutung, als zur Sekretbildung geneigt ist. Das klassische Ursprungsgebiet des genitalen Ausflusses ist die Cervix, deren Drüsen schon unter normalen Verhältnissen mehr-minder grosse Mengen des auf die Oberfläche gelangenden alkalischen Sekrets produzieren, dessen Menge zum Teil von nervösen, zum Teil von anatomischen, ferner von infektiösen Faktoren abhängt. Viel schwerer ist die Beurteilung der Rolle der Scheide für die Sekretbildung. Das in der Scheide produzierte Sekret ist von weisslicher Farbe und kräftiger Azidität, das in grosser Menge Scheidenbakterien und Epithelzellen enthält, dasselbe kommt infolge der gesteigerten Abschuppung der Vulvaschleimhaut zustande, woraus ferner auch folgt, dass der aus der Scheide stammende Ausfluss nicht immer als pathologisches Sekret anzusprechen ist, sondern dasselbe kann auch eine gesteigerte Produktion des normalen Scheidensekretes sein. Schliesslich kann zum Entstehen des Feuchtigkeitsgefühles in der Vulva auch das Sekret der in der Scheidengegend mündenden Drüsen beitragen. Durch eingehende Untersuchung des Scheidensekretes konnten der Vortragende und seine Mitarbeiter nachweisen, dass dessen Reaktion sich in den verschiedenen Scheidenpartien ändert, und zwar in dem Sinne, dass es im unteren Drittel am sauersten ist, die Azidität nimmt gegen die Portio stufenweise ab, und zwar umso mehr, je grössere Mengen von Cervixsekret beigemischt werden. Zwischen der Reaktion und der Zusammensetzung der Bakterienflora wurde gleichfalls ein Zusammenhang gefunden, indem bei der aus reinen vaginalen Bazillen bestehenden Flora die grössten Säurewerte gefunden wurden, je gemischter aber die Scheidenflora war, besonders wenn sich zu dem Scheidensekret auch Eiter gemischt hatte, umso geringer waren die Säurewerte. Die Säuerung des Scheidensekretes bewirkt die Gärungsmilchsäure, die zum Teil gebunden, zum Teil frei im Sekret vorhanden ist. Nebstbei kann in sehr geringen Mengen Phosphorsäure nachgewiesen werden. Das Eiweis hat anscheinend keine besondere Rolle für die Säureproduktion. Auf Grund alldessen ist das in der Scheidenwand und in dem sich ablösenden Scheidenepithel vorhandene Glykogen der Ausgangspunkt der Säureproduktion durch Vermittlung eines bei dem Absterben der Epithelzellen freier werdenden diastatischen Ferments. Demgegenüber kann den Scheidenbakterien an diesem Abbau des Glykogens keine Rolle zugeschrieben werden, weil diese nur aus Zucker Säure zu bilden imstande sind und deshalb nur an dieser letzten Abbauphase teilnehmen können. Beweise hierfür liefern auch jene bakteriologischen Untersuchungen, die ebenfalls vom Vortragenden und seinen Mitarbeitern durchgeführt wurden und in deren Verlauf sich herausstellte, dass

jene Nährböden, die ausschliesslich Glykogen, aber keinen Zucker enthalten, zur Kultur des *Bacillus vaginalis* ungeeignet sind. Dieselben bakteriologischen Untersuchungen haben nachgewiesen, dass der *Bacillus vaginalis* je nach der Zusammensetzung, besonders aber nach der Reaktion der Umgebung, eine ausserordentlich grosse Variabilität besitzt und dass zwischen diesem und anderen in der Scheide vorkommenden Bakterien ein entschiedener Antagonismus nachweisbar ist; von diesen zeigt er — vom *Bac. acidophilus* abgesehen — die grösste Säureproduktion und Säurefestigkeit. Der Vortragende teilt schliesslich jene Ursachen, die zum genitalen Ausfluss führen können, in folgende Gruppen ein: 1. *Psychogener Fluor*. Einen solchen dürfen wir nur dann annehmen, wenn bei der objektiven Untersuchung die Genitalien vollkommen gesund befunden wurden. 2. *Vestibularer Fluor*. Dieser kann zustande kommen auf nervöser Grundlage infolge der Hypersekretion der Vulvadrüsen als Folge von Entzündungen, Geschwülsten, ferner sekundär durch Zufluss von oben. 3. *Vaginaler Fluor*. Dessen Ursache kann eine primäre Vaginitis sein, die auf konstitutioneller Grundlage, oder infolge einer chemischen oder mechanischen Schädigung zustande kommen kann. Als weitere Ursachen können Geschwülste, ferner der sogenannte Desquamationskatarrh figurieren, der letztere ist nichts anderes, als die Steigerung der normalen Schleimhautabschuppung. Er kann schliesslich sekundär durch Zufluss von oben entstehen. 4. *Cervikaler Fluor*. Als Ursache können Bakterien und mechanische Faktoren dienen, wie zum Beispiel Klaffen oder Ektropium des Cervikalkanals. Weitere Ursachen sind Erosion, Geschwulst und schliesslich nervöse Einwirkung, z. B. Vagotonie. 5. *Corporealer Fluor*. Dieser kann durch eitrig-eitrige Schleimhautentzündung und aus dieser sich entwickelnde Pyometra, ferner eine Geschwulst sein.

Der wichtigste Gesichtspunkt für die Behandlung des genitalen Fluor ist womöglich die Beseitigung der Ursache. Ausserdem ist bei vestibularem Fluor am wichtigsten die Rein- und Trockenhaltung, im Falle von Hypersekretion eventuell auch Atropindarreichung. Zweck der vaginalen Behandlung ist die Wiederherstellung der normalen Bakterienflora. Eben deshalb ist vor allem die Entzündung zu beseitigen, zu welchem Zweck der Vortragende besonders die Behandlung mit Jodtinktur empfiehlt.

Es ist ferner zweckmässig, solche Stoffe in die Vagina einzuführen, aus welchen sich Säure bilden kann, solche sind z. B. der Traubenzucker, oder das Normalactol. Bei cervikalem Fluor verabreicht der Vortragende höchstens bei Hypersekretion Atropin, sonst aber wendet er keinerlei Therapie der Uterushöhle an.

Elemér Scipiades: Über die Ätiologie und die Art des Zustandekommens des genitalen Fluors, über die Dauer der differenten Sekrete bei identischen makroskopischen Befund, ferner der bei verschiedenem makroskopischen Befund vorhandenen identischen Bakterienflora haben wir bis zur neuesten Zeit nur wenig gewusst. Das war auch die Ursache dessen, dass wir in der Therapie des genitalen Fluors nahezu ohnmächtig waren. Es ist das unvergängliche Verdienst von Professor *Schroeder* und seinen Mitarbeitern, dass sie eine greifbare wissenschaftliche Grundlage dieser Frage lieferten, indem sie die H-Ionkonzentrationsverhältnisse des aus Corpus, Cervix und Vagina unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen stammenden Fluors, ferner die Veränderungen der gleichen vaginalen Flora in verschiedenen Umgebungen festgestellt und nachgewiesen haben, dass die Vagina im Wege der Säureproduktion bestrebt ist, die Scheidenflora zu regulieren. Natürlich bilden noch zahlreiche Detailfragen, wie z. B. die Rolle der Transsudation für die Sekretproduktion, ferner die verschiedenen auslösenden Ursachen des Fluors noch Gegenstand von Debatten. Es ist jedoch jetzt nicht zeitgemäss, über diese Fragen zu debattieren, weil das nur auf Grund gleichwertiger wissenschaftlicher Ergebnisse möglich wäre. Eine solche Debatte ist aber bei dieser Gelegenheit auch überflüssig. Die Hauptsache ist nämlich, dass Professor *Schroeder* und seine Mitarbeiter durch ihre Untersuchungen uns eine solche Methode geliefert haben, mit welcher die Deutung des Fluors und der Bakteriumflora, sowie die Kontrolle unserer Therapie durchgeführt werden kann. Damit haben sie einen unermesslichen Fortschritt in dieser Frage ermöglicht. Wichtig ist aber auch der Umstand, dass sich Professor *Schroeder* die Mühe nimmt, diese Untersuchungsergebnisse nicht nur den Frauenärzten, sondern auch einer solchen Gesellschaft vorzulegen, wo diese von verschiedenen Fachleuten: Bakteriologen, Pathologen, Spezialisten der physiologischen Chemie zur Kenntnis genommen werden können. Hierdurch erhalten diese Fachleute gewiss einen Ansporn, diese wichtige Frage von verschiedenen Gesichtspunkten zu bearbeiten und damit die Therapie dieses Leidens zu fördern. Ich glaube die g. Mitglieder unserer Gesellschaft stimmen mit mir vollkommen überein, wenn ich erkläre, dass wir überaus dankbar sind, diesen gedankreichen Vortrag hier in Pécs gehört zu haben.

Sitzung der medizinischen Sektion
der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 22. April 1929.

A. Bokrétás: *Seltener Fall einer Encephalitis epidemica.* Er stellt einen 20jährigen Autoführer vor, bei dem sich im Anschluss an Encephalitis epidemica eine inkomplette Quadrantenhemianopsie ausgebildet hat. Ein Ausfall von so geringem Umfang wurde im Anschluss an diese Krankheit noch nicht beschrieben. Auf Grund der Begleitsymptome (Reflexdifferenz) verlegt er den Herd in den Thalamus. Den geringen Umfang des Ausfalles erklärt einerseits die Kleinheit des Herdes, andererseits die Heilung des Prozesses.

K. Albrich betont, dass eine Störung der Optikusbahn sehr selten ist, obwohl im allgemeinen Abnahme der Sehkraft im Anschluss an die Akkomodationslähmung häufiger beobachtet werden

kann. Viel wichtiger sind die motorischen Störungen die in drei Gruppen geteilt werden können: 1. Parese einzelner Augenmuskeln. 2. Fixierungslähmung und paretischer Nystagmus besonders in vertikaler Richtung was übrigens ein recht seltenes neurologisches Augensymptom ist. 3. Myasthenischer Charakter der Augenbewegungen. Nach kurzer Charakterisierung dieser Symptome verweist er darauf, dass die Enkephalitis epidemica vom ophthalmologischen Gesichtspunkt auch sonst sehr interessante Nervenleiden auslöst (Ptose, Pupillenstörungen usw.).

A. Röttb: Der unter der horizontalen Ebene fehlende schmale Streifen aus dem doppeläugigen Sehfeld des Kranken bedeutet wohl einen verhältnismässig geringen Ausfall, er ist dennoch das wichtigste Gebiet für den Beruf (Autolenker) des Patienten, weil er auf diesem die seitwärts drohende Gefahr erkennt. Die Gesellschaft der Augenärzte beschäftigte sich eben jetzt mit der Frage der Augenuntersuchung bei den Autolenkern. Es ist nicht wahrscheinlich, dass der vorgestellte Patient seinen Beruf wird fortsetzen können.

A. Kovács: Akute Leukämien. Der Vortragende schildert zwei akute Leukämiefälle. Der erste Fall betrifft einen vierjährigen Knaben, aus dessen aphtösem Gingivageschwür sich binnen wenigen Tagen ein Gesichtsnoma entwickelte. Das Kind starb am 14. Krankheitstage unter septischen Symptomen. Im klinischen Blutbild fanden sich drei Tausend vor dem Tode 70,000 Leukozyten mit einer geringen Zahl unreifer Elemente. (1% Myeloblasten und 4% Myelozyten.) Bei der Sektion konnte allgemeine Sepsis konstatiert werden. Bei der histologischen Untersuchung fanden wir im Knochenmark für akute Myelose charakteristische Veränderungen, grossen Zellreichtum, besonders Myelozyten und Myeloblasten mit ungefähr 4% eosinophilen Zellen. In den übrigen Organen gab es nur kleinere myeloide Infiltrate. Bei der histologischen Untersuchung der Fibringerinsel des Leichenblutes stellte es sich heraus, dass ungefähr 80% der Leukozyten Rieder- Myeloblasten sind, also Oxydase-negativ. Diese schwere Veränderung des Blutbildes musste in 2–3 Tagen eingetreten sein. (Keine agoniale Veränderung.)

Der zweite Fall ist eine akute lymphoide Leukämie. Die 32jährige Frau liess nach dem einwöchentlichen Prodromen mit Schwäche und Temperaturerhöhung zwei Zähne ziehen. Nach der Exaktion trat im Kieferbein und im Zahnfleisch ein eitrig-jauchiger Prozess auf, der in septische Symptome überging. Das klinische Blutbild enthielt 150,000 Leukozyten, deren 90% Lymphozyten waren. Exitus 25 Tage nach den ersten Symptomen. Bei der Sektion fand er Pyämie mit eitrigem Lungenmetastasen. Histologisch fanden sich im Knochenmark konfluierende, grosse lymphoide Herde, die den ganzen Raum ausfüllten. In der Milz und in den Drüsen fanden sich kaum irgendwelche, für Lymphadenose charakteristische Symptome. Zweifellos nahm in diesem Fall die Lymphämie aus dem Knochenmark ihren Ausgang. In beiden

Fällen war die Einbruchspforte der die Sepsis verursachenden Infektion sehr geringfügig und in keinem Verhältnis zur Schwere der Infektion, ebendeshalb sind die Bedingungen der Generalisierung der Infektion im Organismus zu suchen. Bei akuter Leukämie finden wir eine plötzlich eintretende schwere Schädigung der auf das Knochenmark entfallenden Partie des reticulo-endothelialen Systems; aus diesem Grund vermindert sich die Immun-Stoffproduktion des Organismus sehr erheblich, wozu noch das Zugrundegehen der Mikroorganismen hinzutritt. Die akute Leukämie ist nach *Strenberg* eine Infektionskrankheit, die durch Sepsis erregende Strepto- und Staphylokokken verursacht wird. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Leukämie eine infektiöse Erkrankung ist, der infektiöse Virus ist jedoch mit den sepsiserregenden Mikroben nicht identisch, diese treten nur sekundär zur bestehenden akuten Leukämie hinzu.

E. Burg: *Abnorme Plazenten.* Der Vortragende verweist im Anschluss an seine Fälle auf den Umstand, dass eine ungewöhnliche Form der Plazenta nachweisbar oft eine Folge vorausgegangener Entzündungen der Uterusschleimhaut und des Haftens des Fies an einer ungeeigneten Stelle der Uterushöhle ist. Auf Schleimhauterkrankungen verweisen die atonischen Uterusblutungen, die im plazentaren oder postplazentaren Stadium von Geburten mit solchen Plazenten auftreten.

A. György demonstriert die von einer am selben Vormittag abgelaufenen Geburt stammende abnorme und besonders abnorm abgelöste Plazenta. Er wurde dringend zu der 37jährigen III. P. gerufen. Die Frau, die Symptome einer schweren akuten Anämie zeigte, gebar vor einer Stunde einen reifen normalen Knaben. Ihr Puls ist 120—128, leicht unterdrückbar. Die Plazenta hatte sich trotz der Massage die von der Geburtshelferin bisher angewendet wurde, noch nicht gelöst. Ein Pol der Plazenta wird im Scheideneingang sichtbar, die Masse der Plazenta kann jedoch noch in der linken Uterushälfte angenommen werden, die rundgefüllt erscheint. Nach alldem erschien es nicht angezeigt den *Credé* zu forcieren, um die noch haftende Plazentapartie nicht zu verletzen. Nach der intramuskulären Injektion von 1 cm³ Glanduitrin Vorbereitung zur Ablösung. Nach ungefähr 10 Minuten langen Händewaschen sieht er, dass die Gebärende presst, nun wird auf milden Druck des linken Uteruswinkels die Plazenta langsam geboren u. zw. unverehrt, mit unverletzten Häuten der uterinen Fläche. Die Plazenta hat die Form eines griechischen Omega. Sie besteht aus zwei grossen Lappen, die miteinander an der Haftstelle der Nabelschnur durch eine etwa 5—6 cm. dicke Substanz verbunden sind. Zur Entwicklung eines Hämatoms kam es wegen der geringen Masse des Plazenta-Mittelstückes nicht, zuerst hat sich der rechte Lappen gelöst, der eine grössere Oberfläche besitzt, damals setzte die Blutung ein, wobei das Blut neben der gelösten Plazentapartie herausfloss. Nur die intensive, durch Glanduitrin ausgelöste Uteruskontraktion hat auch den kleineren linken Lappen abgelöst. Erst dann hatte ich Gelegenheit zur Feststellung der Anamnese. Es stellte sich her-

aus, dass bei der Kranken vor vier Jahren in der Frauenklinik wegen heftiger Blutungen ein faustgrosser Polyp aus dem Uterus entfernt wurde. Die vom Vortragenden auch in seinen Fällen erwähnten vorausgegangenen Uteruserkrankungen fehlte auch im vorliegenden Falle nicht. Die aus irgendeiner Ursache gestörte Nachgeburtsperiode gefährdet selbst die glatteste Geburt und gibt zu dramatischen Szenen Anlass, zu einer Zeit wo die Gebärende und ihre Umgebung bereits damit rechnen, dass sie mit der Geburt der Frucht aller Sorgen ledig sind.

V. Jahresversammlung der Gesellschaft ungarischer Kinderärzte in Budapest am 6–7. Mai 1929.

(Referat)

Vorsitzender: *Dr. Franz v. Torday*, Schriftführer: *Z. v. Barabás*.

I. SITZUNG.

Präsident **F. v. Torday**: Die Kinderheilkunde nimmt in der Reihe der medizinischen Wissenschaften eine bedeutende Stellung ein. Diese Feststellung wurde Allgemeingut, als die Bedeutung der Fortschritte der Kinderheilkunde in der Besserung der sanitären Verhältnisse zum Ausdruck gelangte. Ein langer Weg musste zurückgelegt werden, wenn wir davon ausgehen, wie die medizinische Wissenschaft und mit welch primitiven Kenntnissen sie begann, — wobei sie doch Kranke heilen wollte. Nicht die Vertiefung der wissenschaftlichen Grundlagen der Heilkunde, sondern die operative Fertigkeit sicherte jenen eine Rolle und selbständigen Wirkungskreis, die hauptsächlich durch operative Eingriffe die Leiden der Kranken lindern wollten. Als sodann jene theoretischen Wissenschaften zur Ausbildung und zum Ausbau gelangten, die das Fundament der Medizin bilden, und als die Wirkung der therapeutischen Eingriffe nicht auf Erfahrungs-, sondern auf experimentellen Grundlagen studiert wurde, kam man überall zur Einsicht, dass die Behandlung von Menschen nur Jenen anvertraut werden kann, die mit einer allgemeinen medizinischen Bildung diese Laufbahn wählen.

Mit dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaft wurde es zum leitenden Grundsatz, dass Neues und Bleibendes nur durch fleissige Forscherarbeit im engeren Arbeitskreis geschaffen werden kann, dass die Krankheiten nach gewissen Prinzipien gruppiert werden und ihre Behandlung erfolgreicher wird, wenn solche sich mit ihnen eingehend beschäftigen, die ihre Fähigkeiten ausschliesslich in diesem Wirkungskreis betätigen wollen. So teilte sich die medizinische Wissenschaft auf Grund der allgemeinen ärztlichen Ausbildung abermals in Spezialfächer, eines derselben wurde auch die Kinderheilkunde. Auf dem Gebiet der menschlichen Kultur-

fortschritte hält derart die medizinische Wissenschaft mit der anscheinend unbegrenzten Entwicklung der technischen Wissenschaften Schritt. All das ist ein Ergebnis der Arbeitsteilung in den theoretischen und praktischen medizinischen Fächern, der tiefschürfenden eingehenden und ausdauernden Arbeit, die durch die fachliche Gliederung möglich wurde. Mit der Erweiterung der ursprünglich engbegrenzten Rahmen entfernen sich anscheinend zahlreiche Fächer von dem unerschütterlichen naturwissenschaftlichen Axiom, wonach der menschliche Organismus ein unteilbares Ganzes ist. Als Ergänzung dieses allgemein anerkannten Axioms hat die Kinderheilkunde ein zweites aufgestellt: der Neugeborene, der Säugling und das Kind sind anders gebaute, auch pathologisch nach allen Richtungen hin besondere Individuen, deren physiologische Einrichtungen an ihr Alter gebunden sind, besondere Individuen, deren Organismus mit dem des erwachsenen Menschen nicht übereinstimmt. Der Neugeborene, der Säugling, das Kind bilden keine Miniaturausgaben des Erwachsenen. Ebendeshalb haben jene diese besondere Persönlichkeit genau zu kennen, die sich ständig, zur Behandlung einer vorhandenen Krankheit, oder zur Erforschung einer wissenschaftlichen Frage mit ihr beschäftigen wollen. Auf dem Gebiet der Medizin kommt immer mehr der Grundsatz zur Geltung, dass an Stelle der Beschäftigung mit den Folgen, die Beeinflussung der ursächlichen Faktoren, die Bekämpfung der durch diese verursachten allgemeinen Wirkung die Hauptaufgabe bildet. Dieses Streben bildet in keinem ärztlichen Spezialfach einen leitenden Grundsatz von solch entscheidender Bedeutung, wie in der Kinderheilkunde, besonders in jenen Teilen derselben, die sich mit dem Neugeborenen, dem Säugling und dem Kleinkind beschäftigen. Die Durchführung dieses leitenden Prinzips fordert in erster Reihe autoritativ, dass der Kinderarzt das Kind niemals seinem richtunggebenden Einfluss entziehen lasse, wenn er z. B. die Behandlung des kranken Kindes mit dem Vertreter eines anderen Spezialfaches zu teilen hat. Die Kinderärzte müssen innerhalb ihres beruflichen Rahmens sämtliche medizinischen Fächer nicht nur kennen, sondern innerhalb gewisser Grenzen auch ausüben. Die ungarische Pädiatrie kann mit Stolz darauf hinweisen, dass ihre Gründer die beiden Bókay auf diesen Grundlagen bauten, dass sie sich derart überall anerkannt entwickelt hat, wir aber wollen auf diesen Grundlagen fortschreitend als ungarische Kinderärzte auch in Zukunft für das Wohl der Menschheit und unseres Vaterlandes wirken.

K. Waltner: *Die Pathologie der akuten Erkrankungen der unteren Luftwege.* Die im ersten Lebensmonat auftretenden Lungenentzündungen sind fast alle Aspirationspneumonien. Bei der Entstehung dieser spielt das Fehlschlucken

von mit Mekonium verunreinigtem oder infiziertem Fruchtwasser (frühe Ruptur der Blase) eine vorwiegend wichtige Rolle. Die Anschauung, laut welcher die Pneumonien des ersten Halbjahres fast bis 50% gleichfalls als Aspirationspneumonien zu betrachten sind, kann die klinische Erfahrung nicht unterstützen. Es ist viel wahrscheinlicher, dass bei einer bedeutenden Anzahl pneumonischer Säuglinge Nahrungsaspiration während der Krankheit zustande kommt. Es wurde mehrfach eine kroupöse Pneumonie solcher Neugeburten beobachtet, deren Mutter zur Zeit des Gebärens von der gleichen Krankheit befallen war.

Bei zirka 98—99% der lobären und zirka 80% der lobulären Pneumonien wird ein bestimmter Erreger einzeln vorgefunden, und zwar bei der Mehrzahl beider Pneumonieformen (in 60—80%) der Pneumokokkus. Die biologische Typeneinteilung der Pneumokokken ist noch nicht endgültig geklärt.

Nach der allgemeinen verbreiteten Anschauung bildet der Pneumokokkus kein Toxin, dagegen muss aber die Möglichkeit betont werden, dass er im menschlichen Körper eine toxinbildende Eigenschaft annimmt. Es ist lang her (1891) bekannt, dass eine Immunisation gegen den Pneumokokkus möglich ist. Die Vakzination muss mit abgetöteten, virulenten Bakterien geschehen. Die Pneumokokkusimmunität ist in erster Reihe eine „zelluläre“ Immunität und nur in zweiter Reihe eine „humorale“.

Im Serum von Neugeborenen und jungen Säuglingen konnten mit einem bestimmten Verfahren Pneumokokkusschutzstoffe nachgewiesen werden. Die spezifische Präzipitinreaktion zeigende Substanz kann bei durchschnittlich 66% der Kranken im Urin nachgewiesen werden. Auch bei milden Pneumokokkusinfektionen (Pharyngitis, Bronchitis, Otitis usw.) kann der Erreger in die Blutbahn gelangen.

Eine stets grössere Anzahl der Autoren schliesst sich dem Standpunkt an, dass dem Influenzabazillus bei der epidemischen Grippe und den Grippepneumonien eine sehr bedeutende Rolle zukommt.

Masernpneumonien verlaufen grossenteils in der Säuglingsform der Krankheit, nämlich als Bronchopneumonien. Die Pertussispneumonien sind zum grossen Teil lobäre Pneumonien und durch starke Zyanose charakterisiert; dieses Symptom ist prognostisch hier von keiner besonderen Bedeutung.

An den Morbiditäts- und Mortalitätskurven der Lungenentzündungen können meteorologische Einflüsse wahrgenommen werden.

Die Systematik der Bronchopneumonien konnte während den letzten Jahren bedeutende Gewinne verbuchen, die auch therapeutisch verwertet werden konnten. Die Nassausche Einteilung (1. pulmonale, 2. cardio-vasculare, 3. atonische, 4. intestinale, 5. meningeale und eclamptische, 6. toxi-

sche und septische Formen) mit der Ergänzung durch *L. F. Meyer* (7. asthenische, 8. asphyktopile Formen) verdient jede Anerkennung. Die Einteilung von *Grosser*, das Aufstellen der zwei Hauptgruppen (lokalisierte und blasse Pneumonien) ist sehr treffend.

Die Semiotik, und so auch die Diagnostik, mit Ausnahme der Röntgendiagnostik, kann bloss über unbedeutende Fortschritte berichten. Das Blutbild der Bronchopneumonie unterscheidet sich von dem der kroupösen Lungenentzündung hauptsächlich dadurch, dass das Verhältnis zwischen Lymphozyten und Neutrophilen nur in geringem Grade sich verschiebt, und dass eosinophile Zellen während des ganzen Krankheitsverlaufes im Blut aufzufinden sind.

Es stehen noch keine solche Beweise zur Verfügung, welche entscheiden würden, ob die Pneumokokkusinfektion der Lunge auf dem Blutwege, oder Luftwege zustande kommt.

Beim Zustandekommen der lobären Pneumonie spielen gewisse anaphylaktische Momente eine wichtige Rolle; bei der lobulären Pneumonie entwickelt sich während des Krankheitsverlaufes ein Überempfindlichkeitszustand.

Die Prophylaxie der Lungenentzündungen kämpft noch mit den Schwierigkeiten der ersten Schritte.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Ärztliche Fortbildung. Das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung veranstaltet in der Graf Apponyi-Poliklinik, im St. Stefan-Spital, in den Spitälern der Budapester isr. Religionsgemeinde und im kön. ungar. Landesinstitut für Hygiene für die Dauer von zwei Wochen sozial-hygienische Kurse für Physikatsärzte und praktische Ärzte, ferner in der Musteranstalt des Landes-Stefaniebundes Kurse mit der Dauer von zwei Wochen das ganze Jahr hindurch und an den Universitätskliniken vier Wochen dauernde Kurse während des ganzen Jahres. Das detaillierte Programm wird den Interessenten vom Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung (VIII., Mária-utca 39) auf schriftliches Ansuchen bereitwilligst zugeschickt.

Internationaler Trachompreis. Der kön. ungar. Minister für Volkswohlfahrt und Arbeitswesen widmet zur Prämierung einer selbständigen, die Ätiologie des Trachoms behandelnden Arbeit einen Preis von 2000 schweizer Francs. Die betreffende Arbeit soll einen wertvollen Fortschritt auf diesem Gebiete bedeuten.

Die Preisarbeiten sind bis 30. Juni 1931 an die Augenklinik Nr. I. der kön. ungar. Péter Pázmány-Universität in Budapest (VIII., Mária-utca 39) einzusenden.

Die Preiskonkurrenz ist offen und es kann auch mit in Druck erschienenen Arbeiten daran Teil genommen werden. Das Preisrichterkollegium kann auch solche Werke berücksichtigen, die nicht eingereicht wurden, doch vom 1. Juli 1929 bis 30. Juni 1931 in Druck erschienen sind. Die eingereichten Werke können in deutscher,

englischer, französischer, italienischer oder ungarischer Sprache verfasst sein.

Das Preisrichterkollegium wird vom kön. ungar. Minister für Volkswohlfahrt und Arbeitswesen im Januar 1931 gebildet.

Die Entscheidung des Preisrichterkollegiums wird spätestens am 31. Dezember 1931 veröffentlicht.

Deutsch-ungarische Woche der Wissenschaft in Budapest. In Erwiderung der Vorträge, die ungarische Hochschullehrer im Sommer in *Breslau* gehalten haben, haben in der ersten Oktoberwoche 32 Breslauer Universitätsprofessoren an der Budapester Universität und in Budapester wissenschaftlichen Vereinen Vorträge gehalten. Die wissenschaftliche Woche wurde am 1. Oktober, vormittags 10 Uhr, mit einem Empfang beim Rektor und Senat der Budapester Universität und mit einer sich daran anschliessenden Feier in der Aula der Universität eröffnet. Bei dieser Feier hat Professor *Ernst Kornemann* über die deutschen Universitäten einen Vortrag gehalten.

An den wissenschaftlichen Beratungen nahmen 33 Professoren der Breslauer Universität teil. An der medizinischen Fakultät fanden folgende Vorträge statt:

Friedrich Henke: Karzinom und chronische Entzündung im Magen (mit Projektionsbildern).

Otto Riesser: Neuere Ergebnisse der Muskelforschung.

Ludwig Fraenkel: Über die Nachgeburts anatomische, physiologische und klinische Studien (mit Projektionsbildern).

Wilhelm Stepp: Diagnostische und therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete der Gallenpathologie.

Karl Prausnitz: Epidoemiologie als Grundlage planmässiger Seuchenbekämpfung.

Ernst Mathias: Das Krankheitsbild Interrenalismus (mit Projektionsbildern).

Mittags halb 1 Uhr gab der Rector magnificus den Gästen zu Ehren im „Hotel Gellért“ ein Festessen. Um halb 3 Uhr machten die Gäste einen Ausflug in die Ofner Berge. Am 2. hielten die deutschen Gelehrten an verschiedenen Orten Vorträge. Nachmittags 2 Uhr gab der Unterrichtsminister einen Lunch. Nach den Nachmittagsvorträgen sah sie um 8 Uhr der Budapester Bürgermeister im „Hotel Gellért“ bei einem Diner zu Gast. Am 3. Oktober unternimmt die Gesellschaft einen Ausflug nach Esztergom und Visegrád. An diesem Abend waren die Ofner Fischerbastei, das Denkmal des heiligen Gerhard und die Zitadelle beleuchtet. Am 4. wurden Serienvorträge gehalten. Am Abend erfolgte die Festvorstellung der Oper „A tenor“ von Ernst *Dohnányi* im Kön. Opernhause. Vor der Vorstellung trugen Ernst *Dohnányi* und Frau Ernst *Dohnányi* die Komposition *Moment musical* (nach Schubert) vor. Der 5. war ebenfalls ein Tag der Vorträge. Abends nahmen die Professoren an der Mensa Academica an einem Studentenkommers teil. Am 6. erschienen sie bei der von der Jugend in Erinnerung an die Märtyrer von Arad zu veranstaltenden Gedächtnisfeier. Für den 7. war ein Ausflug nach Eger, beziehungsweise an den Plattensee geplant.

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.