

fächerartig längs der perivaskulären und peribronchialen Lymphgefäße ventral und Kephalo-caudal vorwärts. Die Infiltration der Azini beginnt nicht in ihrer Peripherie, sondern im Zentrum der Azini.

Eugen Kramár: *Immunitätsprobleme bei der Lungenentzündung.* Es wurde — gemeinsam mit Dr. Gyüre — das Verhalten und der Entstehungsmechanismus der Pneumokokken-Hautprobe geprüft. Der von mehreren Seiten erhobene Befund, dass diese Reaktion während einer Pneumokokkenpneumonie folgerichtig negativ wäre, besitzt nur bezüglich des eigenen (die Krankheit erzeugenden) Pneumokokkenstammes volle Gültigkeit. Es kann eine gewisse Typenspezifität nachgewiesen werden. Die positive Hautprobe hinterlässt eine lokale Immunität, die ebenfalls typenspezifisch ist. Allem Anschein nach stellt die Pneumokokken-Hautprobe eine allergische Reaktion dar: die positive Probe spricht für eine vorausgehende Sensibilisierung mit Pneumokokken, während die negative Reaktion als Ausdruck eines mehr oder weniger anergischen Zustandes gilt. Nach Untersuchungen des Vortragenden stellt z. B. die Pertussis eine solche Krankheit dar, die den Organismus anergisch gegenüber Pneumokokken macht.

(Fortsetzung folgt.)

XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte in Kecskemét.

Veröffentlicht von Dr. Irène Barát.

Die diesjährige Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte fand am 22. und 23. Juni d. J. in Kecskemét unter dem Vorsitze Baron Alexander v. *Korányi's* statt.

Der Präsident eröffnete die Tagung mit folgender Ansprache:

Der durch den Fortschritt der Kultur regere Verkehr gestaltet die Tuberkulose zur Volkskrankheit. In gleichem Verhältnisse erhöhen sich Morbidität und Mortalität der Tuberkulose, wobei das Leiden immer mehr chronisch wird. Die grenzenlose Verbreitung des Leidens hindern als immer kräftigere Schutzdämme die sehr leichte, nicht die Krankheit, sondern nur den allergischen Zustand herbeiführende Infizierung der Menschheit, ihr mit der Entwicklung des Wohlstandes und der Hygiene wachsender Widerstand, sowie jene fortschreitende Verminderung der Infektionsintensität, die mit der Verallgemeinerung des Strebens nach Reinlichkeit, sowie mit der Isolierung einer immer grösseren Anzahl der an Tuberkulose Leidenden einhergeht.

Wenn die technische Überwindung der Entfernung

malerischen, engen Gässchen breite, luftige, sonnenbeschienene Boulevards entstehen, die beiderseits von Gartenhäusern eingefasst sind. Wir sahen in der Umwandlung des italienischen Dorfes, der Kindergärten, Schulen und Werkstätten den wunderbaren Lebenswillen, der in jede Ecke des verjüngten Italiens eindringt. In dem umfangreichen Referat von *Brand* aber lernten wir das fertige Bekämpfungssystem der Tuberkulose in England kennen, das in der Provinz und in den Dörfern schöne Resultate erzielte. England lieferte ein massgebendes und vollkommenes Beispiel dessen, nach welcher Richtung hin die bestehende primitive Form der Dispensaires zu entwickeln ist. Es ist umso notwendiger, an all das in unserem Kreise zu erinnern, weil unsere öffentliche Meinung noch immer in dem Irrwahn lebt, dass einige mehr-minder-grosse Zimmer mit einem kleinen Röntgenapparat, wo ein geringfügig und ärmlich dotierter Arzt mit geringer Assistenz arbeitet, zur Erzielung wesentlicher Resultate genügen.

Welches System besteht demgegenüber bei den englischen Provinzdispensaires? Auf Grund des Referates von *Brand* werde ich zum Teil, soweit die zu meiner Verfügung stehende Zeit dies gestattet, das Wichtigste hierüber in einigen Sätzen, womöglich in wortgetreuer Übersetzung darlegen. Die Grundlage des Handelns ist die allgemeine obligatorische Anmeldung, was aber nur dort möglich ist, wo dieser, wie in England, auch die Tat folgt. In England kann jeder bedürftige, an Tuberkulose leidende Kranke der unentgeltlichen Behandlung in Dispensaires, Sanatorien, Spitälern oder in seinem Heime teilhaftig werden, wie es der Charakter seines Leidens erfordert, und zwar ohne jede Beschränkung, so lange als er diese benötigt. Bei der Gründung und Erhaltung dieser Einrichtungen kommt der Gesellschaft auch eine sehr grosse Rolle zu. Der Staat unterstützt diese in der Weise, dass er zu den Kosten solcher amtlich anerkannten Anstalten die Hälfte beiträgt. Demgegenüber wurde bei uns auf das Elisabeth-Sanatorium in Budakeszi die Haussteuer ausgeschrieben. Aufgabe der Dispensaires ist, mit den praktischen Ärzten zu kooperieren. Die Basis der Kooperation ist die Anerkennung dessen, dass der Tuberkulosefacharzt ein auf hoher Stufe stehender Kliniker ist, dem sämtliche Hilfsmittel der Diagnose, Prophylaxe und Therapie zur Verfügung stehen. Art und Umfang dieser Kooperation illustriert folgendes Beispiel. Das Dispensaire eines Bezirkes, das am 31. Dezember 1926 2713 angemeldete Tuberkulosekranke hatte, wird von zwei sogenannten Inspektorärzten geleitet. Diese kooperieren als ständige Mitarbeiter mit ungefähr 300 praktischen Ärzten. So entfällt durchschnittlich auf ungefähr 9 Tuberkulosekranke je ein praktischer Arzt, dieser beschäftigt sich mit ihnen nach den

Intentionen des Inspektors und mit dessen Unterstützung. Die Kooperation besteht darin, dass der Inspektorarzt der Konsiliararzt ist, der im Bedarfsfall auch in der Wohnung des Kranken in Anspruch genommen werden kann. Der Inspektorarzt, der praktische Arzt und die Fürsorgerin führen diese gemeinsame Arbeit im Interesse des Kranken eventuell auch jahrelang durch. Zur Unterbringung der Kranken in die umfangreichen Sanatorien, Spitäler und Erholungsheime, zur Adaptierung der Lebensweise des Kranken und der Familie an die Anforderungen der Krankheit bis in die geringsten Details, sowie zur Unterstützung des Kranken und der Familie fordert und ermöglicht das englische System, dass der Arzt sich mit seinen ernstesten Tuberkulosekranken so beschäftigt, wie sich in der guten alten Zeit der gut honorierte Hausarzt mit dem wohlhabenden Kranken beschäftigte, indem er — wie *Brand* betont — auch den psychologischen Charakter und Zustand des Kranken berücksichtigt.

Das Referat von *Brand* bildete in Privatgesprächen den Gegenstand lebhafter Debatte. In dieser Debatte kam die Überzeugung zum Ausdruck, dass bei der Vorbereitung der Befolgung des englischen Beispiels zur Ausbildung von Tuberkuloseärzten eine viel grössere Sorgfalt notwendig sei, als bisher und dass für sie materiell in der Weise zu sorgen ist, dass die Leitung ihres Dispensaires ihr Lebenszweck und einzige Beschäftigung sein könne. Heutzutage kann die Tuberkulose nicht mehr durch einfache hygienisch-diätetische Therapie, Regelung der Lebensweise und der häuslichen Ordnung, ungenügende Unterstützung und guten Ratschlägen, zu deren Befolgung die Kranken nicht imstande sind, behandelt werden. Der Tuberkulosefacharzt muss ein hochgebildeter Internist, ausserdem aber auch Tuberkulosespezialist, Laryngologe und verlässlicher Röntgendiagnostiker sein. Ausserdem bedarf er der ständigen Mitwirkung des Chirurgen und Gynäkologen. Allgemein herrscht die Überzeugung, dass in den internen Kliniken, die im üblichen Rahmen tätig sind, es heutzutage nicht mehr möglich ist, sich mit der Tuberkulose vom Standpunkt der ärztlichen Ausbildung, oder der Forschung in entsprechender Weise zu beschäftigen, oder in diesen Spezialärzten für Tuberkulose auszubilden. Hierzu sind separate, speziell eingerichtete Tuberkuloseabteilungen nötig, in diesen bestimmt die Dauer des Aufenthaltes des Kranken nur der Umstand, ob sie dessen bedürfen und keinerlei andere Beschränkungen vorliegen. Eine Lösung des Problems bietet das Beispiel von Hamburg. Die Klinik *Brauer's* steht mit einem separaten Tuberkuloseforschungsinstitut in Verbindung. Die andere bessere, auch in Italien befolgte Methode ist die Pariser. Die Stadt Paris hat der medizinischen Fakultät eine grosse Tuberkuloseklinik geschenkt und übernahm die Kosten der Lehrkanzel. Könnte

man sich das in Budapest vorstellen? Die Lehrkanzel hat Léon *Bernhard*, die Seele der Internationalen Union zur Tuberkulosebekämpfung, übernommen.

Es wäre wünschenswert, dass Tuberkuloseärztstellen nur jene erhalten sollen, die sich in internen Kliniken, die auf hohem Niveau stehen, zu Internisten ausgebildet, oder zumindest ihre Befähigung als Internisten-Spezialisten dort erworben haben. Ausser dieser Qualifikation wäre ferner zu fordern, dass sie zumindest ein Jahr in einem gutgeleiteten Tuberkulosesanatorium und einige Monate hindurch in einem, unter guter Leitung stehenden, stark frequentierten und gut ausgerüsteten Dispensaire arbeiten, und ferner sich darauf berufen können, dass sie eine Ausbildung auf dem Gebiet der Laryngologie und Röntgendiagnostik besitzen. Eine so umfangreiche Vorbildung könnte man jedoch von ihnen nur in dem Falle fordern, wenn Sicherheit dafür vorhanden wäre, dass bei den Ernennungen die Ausbildung entscheidend ist und wenn die Erringung einer Stelle als Tuberkulosearzt die entsprechende Basis einer sicheren Existenz wäre.

Derzeit sind wir in Ungarn von alledem noch weit entfernt. Wenn ich meine Hörer in meinem Krankenhaus, der grössten ungarischen internen Klinik mit Tuberkulose eingehender beschäftigen lassen will, muss ich von den Spitalsprimärärzten Kranke ausborgen, diese kommen im Wagen und kehren nach dem Vortrag im Wagen zurück, weil die Klinik keine Tuberkuloseabteilung besitzt und es unmöglich wäre — selbst wenn die Bettenzahl der Klinik das zulassen würde — einen Teil derselben von den übrigen Kranken so abzusondern, dass dies den heutigen Anforderungen entsprechen würde. Unsere Dispensaires sind zumeist klein, arm und sie sind nur im sehr beschränkten Ausmass imstande, ihre Kranken in Sanatorien und Spitäler unterzubringen und diese zu unterstützen. Die Dotierung der meisten Ärztstellen der Dispensaires ist so gering, dass der Dispensairearzt gezwungen ist, eine allgemeine Praxis auszuüben, oder auch andere Stellen zu übernehmen. Eine Kooperation nach englischem Beispiel zwischen dem Tuberkulosearzt und den vielen hundert praktischen Ärzten ist bei uns geradezu unvorstellbar, im Rahmen des Sozialversicherungsinstituts aber, wo ein solches gemeinsame Handeln am frühesten wird verwirklicht werden können, verhindert die oft nahezu unhaltbare Überlastung der Ärzte und Ordinationen, die Beschränkung und das ungenügende Ausmass der Behandlungs- und Unterstützungsdauer, dass eine, der englischen ähnliche Pflege verwirklicht werde.

Geehrte Tagung! Was ich hier vortrug, hatte nicht den Zweck, zu tadeln, sondern nur das Ziel klar festzustellen. Wer könnte es denn auf sich nehmen, zu tadeln, der die alten

Unterlassungen und die gegenwärtige traurige Lage unseres Landes, sowie jene übermenschliche Opferwilligkeit und Anstrengungen kennt, mit denen an der Förderung unserer kulturellen und sozialen Einrichtungen trotzdem gearbeitet wird? Wenn wir alldies anerkennen, so müssen wir dennoch darüber im Klaren sein, dass wir vom Ziel noch weit entfernt sind. Bis dahin aber, wo all das verwirklicht wird, was auf diesem Gebiete in der Zukunft zu vollenden ist, haben wir Ärzte die Pflicht, unsere Forderungen zu betonen und nach Möglichkeit und in weitgehender Weise all das auszunützen, was uns bereits zur Verfügung steht. Die höchste Pflicht unseres Berufes ist, uns als Ärzte mit dem Schicksal jedes einzelnen Kranken zu beschäftigen. Darin unterstützt uns neben den praktischen Erfahrungen und Fähigkeiten die wissenschaftliche Pflege der Pathologie. Dieser Aufgabe haben wir unsere Zeit in Kecskemét zu widmen. Mit dem Wunsch, dass wir die Punkte unserer Tagesordnung erledigen, indem wir von einander und aus unseren Erfahrungen lernen und unser Wissen bereichern, eröffne ich hiermit die XI. Tagung der Tuberkulose-Vereinigung Ungarischer Ärzte.

Johann Safranek (Budapest): *Über Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose im Lichte der modernen Tuberkuloseforschung.* (Referat.) Der Vortragende betonte, dass wegen der ausserordentlichen Seltenheit von primärer Kehlkopftuberkulose praktisch jede Kehlkopftuberkulose als sekundär zu betrachten sei. Ihr Zustandekommen kann auf hämatogenem Wege oder durch Kontaktinfektion des bazillenhaltigen Sputums erklärt werden. Der Charakter des Prozesses kann ein gutartiger: produktiver sein oder er ist ein zur Geschwürsbildung führender exsudativer Prozess. In der Therapie ist die allgemeine hygienische Behandlung das Wichtigste. Vom Tuberkulin ist eine Heilung des Kehlkopfprozesses nicht zu erwarten. Goldpräparate entfalten als Reiztherapie eine gute Wirkung, die übrigen chemotherapeutischen Verfahren besitzen einen zweifelhaften Wert. Einen grossen Fortschritt bedeuten die Licht- und Röntgenbehandlungen, diese steigern die immunbiologische Reaktivität des ganzen Organismus. Von den endolaryngialen Eingriffen traten die Galvanokaustik und die Diathermie in den Vordergrund.

(Fortsetzung folgt.)

NACHRICHTEN.

Az orvosi vizsgálatok kompendiuma. (*Kompendium der ärztlichen Untersuchungsmethoden.*) Von Dr. *Desider Lévai*, Budapest, Universitätsdruckerei. Ob die Mitglieder einer Sozialversicherung als arbeitsunfähig erklärt, mit Unterstützungen bedacht, oder in Heilstätten gepflegt werden sollen, hängt von dem Gutachten der