

# 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.

## 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 Herzranke. Modernste diätetische Kur, sämtliche physikalische Heilmethoden.**

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

# HEILBAD UND HOTEL ST. GELLÉRT BUDAPEST

47° C warme, radioaktive  
Thermalquellen.

Die vollkommensten ärztlich-technischen  
Einrichtungen. Mit besonderem Erfolg  
angewendet bei Rheuma, Gelenkleiden,  
Neuralgie, Gicht usw.

Das Kurhotel ist mit den Bädern  
in unmittelbarer Verbindung.

240 modernst und mit allergrösstem Kom-  
fort eingerichtete Zimmer. Erstklassige  
Küche. Einbettiges Zimmer von 8—14  
Pengő, zweibettiges Zimmer von 14—24  
Pengő. Thermal-Wellenbad.



## Bei Hämorrhoiden Anugen-Zäpfchen

Anfertigung :

**APOTHEKE BÉLA ZOLTÁN**  
Budapest, V., Szabadság-tér

Der gewissenhafte Arzt benützt nur

## PIGEON-FIEBERTHERMOMETER

Das Instrument ist präzise, seine Quecksilbersäule ist gut sicht-  
bar 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.

# 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*

Als Manuskript gedruckt.

Nachdruck der Sitzungsberichte nur in der Berichtsform zulässig.

**Inhalt:** Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte. — Gesellschaft der Spitalsärzte. — Elisabeth-Universität in Pécs. — Nachrichten.

## Budapester kön. Gesellschaft der Ärzte.

Sitzung am 11. April 1931.

**E. Kopits:** *Operativ geheilter Fall einer Flughaut der Kniegegend.* Die Bezeichnung ist üblich, obwohl nicht berechtigt, weil das die Kniebeuge von der Ferse bis zum Sitzknorren ausfüllende Weichteilgebilde keine Haut, auch keine Duplikatur, sondern ein Weichteilbündel ist, so dick wie die Extremität selbst und die Streckung der geschrumpften Kniegelenke verhindert. Bei der Operation stellte sich heraus, dass die Missbildung im Wesen eine Dysplasie der Beugemuskulatur ist. Die Beugemuskeln inserierten nicht an normaler Stelle, ihre Sehnen hafteten an Muskelscheiden des Oberschenkels, und zwar tief unterhalb der Stelle ihrer üblichen Insertion, sie überbrückten die Kniebeuge, und hoben die Hautdecke im Laufe ihrer Entwicklung von der Extremität ab. Es gelang durch zweimalige Operation Verlängerung der Muskeln, Verlagerung ihrer Insertion, und Hautplastik, mit dauernder stufenweiser Streckung die Kontraktur der Knie zu beheben. Der Operationserfolg ist formal ein guter, doch ist die Kniefunktion mangelhaft, als Folge der Entwicklungsanomalie der Beuge-, der mangelhaften Entwicklung der Streckmuskulatur, sowie deren Funktionsunfähigkeit. Die demonstrierte Entwicklungsanomalie ist sehr selten, aus der Literatur sind nur zwei Fälle bei Kindern bekannt (*Wolf, Achenbroch*), die nach dem Säuglingsalter im Kindesalter zur Beobachtung gelangten. Der Referent hat vier Fälle beobachtet, drei derselben stammten aus

einer Familie, als Beweis dessen, dass eine primäre Keimentwicklungsstörung die Ursache der Missbildung ist. Zwei der von ihm beobachteten Kinder waren lebensunfähig und starben, zwei Fälle hat er operiert. Es ist ihm als ersten gelungen, die Flughaut durch Operation des die Kniebeuge überbrückenden Weichteilgebildes zu beseitigen und derart die Kniekontraktur zu lösen.

**K. Mészáros:** *Coeloma persistens*. Als Nabelschnurbruch wird im allgemeinen der Zustand bezeichnet, wenn die Frucht mit einem Bauchwanddefekt geboren wird und ihre Unterleibsorgane zum Teil (Därme, Netz, Leber, Milz usw.) in einer Amnionhülle geboren werden. Die Benennung ist irrig, weil das Peritoneum an der Bildung des Sackes überhaupt nicht teilnimmt, der Sack ist mit keinerlei normaler Bauchwandschicht bedeckt und ein grosser Teil der im Sack befindlichen Organe ist nicht sekundär dorthin gelangt, sondern hat sich an Ort und Stelle entwickelt. Der Vortragende hat schon vor zwei Jahren für die Bezeichnung der Entwicklungsanomalie den Namen *Coeloma persistens* empfohlen, nachdem die Entwicklungsanomalie eine Fixierung des im dritten Embryonalmonat vorhandenen physiologischen Zustandes darstellt. Der Vortragende findet die unmittelbare Ursache der Entwicklungsanomalie darin, dass der schwangere Uterus im dritten Schwangerschaftsmonat aus dem kleinen Becken wegen irgend einer Ursache nicht emporsteigen kann, hiedurch gelangt die Frucht in eine Hyperlordose, was mit der Verengung des Bauchraumes in saggitaler Richtung einhergeht. Infolge des Verschlusses der Bauchwand werden die in der *Coeloma*-Höhlung befindlichen Organe, die infolge von Rummangel nicht in den Bauchraum gelangen können, einfach ausgeschlossen. Die Anomalie ist dringlich zu operieren, weil sonst der Säugling an der vom Zerfall der Sackwand ausgehenden Peritonitis, oder infolge Strangulationsileus zu Grunde geht. Die Operation besteht aus Laparotomie, Reposition der Organe und konstruktiver Bauchwandplastik. Am günstigsten gestaltet sich die Prognose der Operation, wenn diese sofort nach der Geburt erfolgt, weil die Reposition der sich mit Gasen anfüllenden Därme schon nach wenigen Stunden wegen Rummangels Schwierigkeiten begegnet, ein Forcieren des Bauchwandverschlusses aber schon während der Operation Asphyxie oder Herzlähmung herbeiführen kann. Er demonstriert drei operativ geheilte Fälle.

**G. Daniel und E. Schiffbeck:** *Der Wert der Eigenblutbehandlung bei Lungentuberkulose*. In 10 Monaten wurden 106 Lungenkranke mit Eigenblut- und Autoserioimpfungen behandelt. Das Ergebnis wurde mit Rücksicht auf die Möglichkeit von Spontanheilungen aus dem Vergleich mit den zur gleichen Zeit behandelten, nicht geimpften Patienten abge-

leitet. Sie fanden, dass die Autohäm- und Serotherapie nicht einmal annähernd die Erfolge der Kompressionsbehandlung zeigt, und auf der gleichen Stufe mit der hygienisch-dietätischen Therapie steht. Sie ist nicht als kausale Therapie zu betrachten, und kann höchstens in einzelnen Fällen zur symptomatischen Behandlung verwendet werden. Sie fanden, dass die produktiven, minderaktiven Prozesse günstiger reagieren, als die schweren Formen. Am besten beeinflusst die Behandlung das Körpergewicht, ferner die subjektiven, seltener die objektiven Symptome, es fand sich aber auch eine röntgenologisch feststellbare Besserung kaverner Prozesse. Die Methode kann versucht werden zur Hebung des Körpergewichtes an Stelle von Insulin und als verhältnismässig sehr milder Reiz an Stelle von Tuberculin und Goldpräparaten: in Fällen also, wo eine Reiztherapie in Frage kommt, schliesslich in allen solchen, nicht allzu schweren Prozessen, die sich für andere Behandlungen nicht eignen und in welchen die Reaktions- und Regenerationskraft des Organismus erhalten zu sein scheint. Vorausgegangene, oder gleichzeitig durchgeführte operative Behandlung, das Vorhandensein von Kavernen, Brustfellverdickungen oder anderen Begleitkrankheiten bilden kein Hindernis für die Behandlung. Bei Kehlkopf- oder Darmprozessen ist äusserste Vorsicht zu empfehlen.

**K. Schneider** hat in der II. Augenklinik zirka 25 Kranke mit Eigenserum behandelt, wobei die Kranken keine andere Therapie erhielten. Andere ätiologische Faktoren waren zumeist ausgeschlossen. Die Tbc-Kutanreaktion war positiv. Die Behandlung wurde auf Grund der Annahme durchgeführt, dass mit dem Blutserum, welches offenbar den Krankheitserreger resp. das Gift in einer vom Organismus gemilderten Form enthält, Antigen in den Organismus eingeführt wird, der mit einer Steigerung der Antikörperbildung reagiert. Es ist auch denkbar, dass der Organismus durch die Blutentnahme Antikörper verliert und deren Ersatz anstrebt. Gleichzeitig wird aber die entzogene Antikörpermenge mit dem Serum zurückgespritzt, so dass der Organismus einen Überschuss von Antikörpern enthält, was eine spezifische Wirkung auslösen kann. Für die Spezifität sprechen jene Versuche von *Jancsó*, wonach die Behandlung mit inaktivierten (auf 65° C erwärmten) Serum erfolglos blieb. Redner hat nur in 50% seiner Fälle Erfolge gesehen. Dieser Umstand, sowie die Erwägung, dass ein Antigen, an welches der Organismus gewöhnt ist, zur Förderung von Antikörperbildung kaum geeignet ist, sprechen gegen eine spezifische Wirkung. Gegen eine solche sprechen auch jene Fälle, in welchen der ätiologische Faktor nicht Tuberkulose war und die auf Serumbehandlung gebessert wurden. Die Bewertung der Ergebnisse wird ferner durch den Umstand erschwert, dass auch schwere Formen von intraokularer Tbc. spontan heilen können. *Hertel* hat in vier seiner 13 schweren Fälle erfolglos Tuberkulinkuren durchgeführt. Er fand bei der 1—2 Jahre später durchgeführten Kontrolluntersuchung die meisten Kranken glänzend gebessert. Mit Hämotherapie haben sich schon viele (*Ravant, Weil, Gonzales, Licskó* usw.) und

mit den verschiedensten Methoden beschäftigt. Bei *Jancsó* ist nur die Art und das Mass der Dosierung neu, ferner glaubt er an eine spezifische Wirkung. Redner teilt eher die Ansicht von *Dolt* und *Licskó*, wonach die Ursache der Wirkung eine transitorische, lokale und allgemeine Leukozytose ist, die in 8—24 Stunden das Maximum erreicht, worauf das Blutbild nach wenigen Tagen normal wird. Das den Blutgefässen entnommene Blut erleidet in der Spritze physikalische und chemische Veränderungen und wirkt teilweise als Fremdkörper, so wie die übrigen in der Reiztherapie verwendeten Mittel.

**A. Jellinek** hat im Dispensaire des VII. Bezirkes mit *Zilzer* an leichteren und schweren Lungenkranken die Blut- und Serumtherapie durchgeführt. Bei 9 von 17 Kranken trat eine geringe subjektive Besserung auf, Gewichtszunahme zeigte sich nur bei drei Patienten, neun andere magerten weiter ab. Das Fieber der Kranken wurde wesentlich nicht beeinflusst, auf Seruminjektion zeigte sich jedoch häufig Schüttelfrost und Fieberreaktion über 39° C, deswegen musste die Serumtherapie in einzelnen Fällen eingestellt werden. Von Koch-negativen Kranken wurde einer während der Behandlung positiv, andererseits wurde von den 12 positiven Patienten einer negativ, doch zeigte dieser Kranke schon vor Beginn der Hämotherapie Besserung. In zwei Fällen trat während der Behandlung Hämoptoe auf. Die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen zeigte in drei Fällen Abnahme, war jedoch noch immer vom normalen Wert weit entfernt, in den übrigen Fällen traten unessentielle Schwankungen oder Steigerungen auf. Der physikalische Befund war bald besser, bald schlechter. Mit der Röntgenuntersuchung konnte die Verkleinerung einer Kaverne beobachtet werden. Die Patienten lebten in bescheidenen oder in ungünstigen sozialen Verhältnissen, doch zeigten sich bei den unter den gleichen Verhältnissen lebenden, mit Pneumothorax behandelten Patienten wesentliche bessere therapeutische Erfolge. Auf Grund der geringen Zahl der Fälle soll kein endgültiges Urteil über den Wert der Behandlung gefällt werden, doch sei es zweifellos, dass bisher mit der Hämo- und Serotherapie keine bedeutende Erfolge beobachtet wurden.

**I. Antal** referiert über 33 Fälle, die in der Lungenabteilung des Landessozialversicherungsspitals auf dem Hungária-út behandelt wurden. Er behandelte 13 ambulante Kranke mit Eigenblut intramuskulär, es waren das leichte, mittelschwere und schwere Fälle. Die Serotherapie wurde nur in zwei Fällen angewendet. Während der Behandlung blieben 5 Patienten weg, 10 Fälle verschlimmerten sich und wurden in das Spital geschickt, unverändert 9, gebessert 11 Fälle. Das Verhältnis der Besserungen ist nicht grösser, wie bei den übrigen roborierenden Behandlungen. Im Wesen handelt es sich hier um eine nicht spezifische milde Proteintherapie. In der ambulanten Behandlung könne die intramuskuläre Eigenblutbehandlung in entsprechenden Fällen versucht werden. In den gebesserten Fällen spielt auch der psychische Faktor eine Rolle.

**S. Jancsó** betont, dass ein- oder doppelseitige exsudative oder fibronodöse Prozesse, die sich auf weniger als 50% der Atmungsfläche erstrecken, durch kombinierte Serum- und Hämotherapie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle geheilt werden können. Hat der Prozess mehr als 50% der Atmungsfläche befallen, so wird die Möglichkeit der Heilung wesentlich geringer. Andererseits könne

ohne Rücksicht auf den Umfang des Prozesses keine Heilung in jenen Fällen erwartet werden, in welchen nach Pleuritiden, oder operativen Eingriffen umfangreiche Verwachsungen und Kalkbildungen entstanden, oder Kavernen vorhanden sind, deren Kollabierung oder Schrumpfung verhindert ist. Im Königin Elisabeth-Sanatorium wurden bei der Nachprüfung der von ihm am ambulanten Krankenmaterial erzielten Ergebnisse die Resultate der Sero- und Hämotherapie mit den im Sanatorium bisher verwendeten beiden Methoden (Hyg.-soz. und operative Therapie) verglichen. Bei der Auswahl der Kranken wurden jedoch die angegebenen Indikationen der Sero-Hämotherapie nicht berücksichtigt, indem man sagte, dass diese Kranken auch mit bisher verwendeten therapeutischen Verfahren geheilt werden können. Seines Wissens, aber auch nach der objektiven Feststellung des Vortragenden, hatte die überwiegende Mehrzahl der mit Sero-Hämotherapie behandelten Kranken fibrokavernöse Prozesse, das waren daher Fälle, die weder operativ, noch hyg.-soz. behandelt werden können, bei denen aber auch die von ihm empfohlene Therapie kontraindiziert ist. Diese statistische Methode ist auch deshalb unrichtig, weil sie die Ergebnisse weniger Monate, einer bisher nicht verwendeten Therapie, mit noch lückenhafter Technik, mit den Ergebnissen einer Behandlungsmethode vergleicht, die eine jahrzehntelange sichere Technik und ein festumschriebenes Indikationsgebiet besitzt. Deshalb zeigen auch die operativ behandelten Patienten die besten Ergebnisse. Bei diesen ist der Rückgang der Sputummenge, des Fiebers und vielleicht auch des Hustens am auffälligsten. Dem gegenüber verweist er darauf, dass die Besserung des Zustandes der operativ behandelten Kranken umso günstiger ist, je näher der Zeitpunkt des Behandlungsbeginnes ist, verschlechtert sich jedoch sehr wesentlich, je mehr der Behandlungsbeginn zeitlich zurückliegt, wogegen bei den intern behandelten Kranken gerade das Gegenteil der Fall ist. Ein Vergleich ist daher nur nach Ablauf eines Jahres möglich und berechtigt. Die Vergleichsdaten der hyg.-soz. und der mit Serumtherapie behandelten Kranken stimmen annähernd überein, hie und da finden sich gelegentlich bessere Resultate bei den mit Eigenserum behandelten Kranken. Dieses Ergebnis ist mit Rücksicht auf die mit Serum behandelten schweren Krankheitsformen vollkommen zufriedenstellend. Obwohl das korrekte objektive Referat des Vortragenden volle Anerkennung verdient, so kann dennoch die Folgerung, die aus seinen auf fehlerhafter Grundlage basierenden Versuchen abgeleitet wurde, kein Urteil über die Anwendbarkeit des therapeutischen Verfahrens fällen. Es wäre überhaupt zu früh, nach einer Versuchsdauer von acht Monaten pro oder kontra Stellung zu nehmen. Das aus dem Dispensaire des hauptstädtischen VII. Bezirkes stammende Krankenmaterial von *Jellinek*, sowie das von *Antal* aus der hauptstädtischen Peripherie des Sozialversicherungsinstitutes gehört, nach ihren eigenen Angaben zu den ärmsten Volksschichten, die unter den ungünstigsten sozialen Verhältnissen leben und deren Ernährung mangelhaft ist. Bei diesen kann mit ambulanter Behandlung kaum ein Resultat erzielt werden.

**J. Schön** betont die Möglichkeit von spontanen Heilungen, was der objektive Kritiker bei der Beurteilung von therapeutischen Eingriffen immer streng vor Augen zu halten hat.

**O. Országh:** Während des langwierigen Verlaufes der Tuber-

kulose entstehen in der Lunge von nicht behandelten Kranken Veränderungen, diese werden resorbiert, während an anderen Stellen neue auftreten können. Bei dem Vergleich der Erfahrungen der Vortragenden und Diskussionsteilnehmer, sowie der ausländischen Autoren kann festgestellt werden, dass die Hämotherapie bei der Tuberkulosenbehandlung ebenso verwendbar ist, wie die übrigen bekannten Methoden, sie ist aber keine spezielle, oder den übrigen überlegene Behandlungsart dieses Leidens.

Sitzung am 18. April 1931.

**J. Sombor:** *Zwei Fälle von chronischen Schluchzen nach Influenza.* Der eine Fall betrifft ein 20jähriges Mädchen mit hysterischen Typus, das schon seit drei Wochen schluchzt, es wurde inzwischen fünf Tage lang auch im Spital erfolglos behandelt. In der Anamnese figuriert kein erregendes Moment, kein auf Enkephalitis hinweisendes Symptom. Das intensive Schluchzen wiederholt sich nach je 4—8 Sekunden und pausiert nachts im Schlaf. Nach dreimaliger Hypnose unterblieb das Schluchzen endgültig. Der zweite Fall betrifft einen 64jährigen Mann, der seit elf Tagen in Intervallen von zirka drei Sekunden Tag und Nacht ununterbrochen schluchzt. Das Ergebnis der neurologischen Untersuchung ist negativ. Der Unterleib war auffallend aufgetrieben, die Auftreibung blieb auch nach erfolgreichen Einguss bestehen. Er liess eine Flatusröhre in den Mastdarm einlegen, worauf das Schluchzen prompt sistierte und am dritten Tag auch nach Entfernung der Röhre endgültig wegblieb. Beide Patienten erhielten gleichzeitig Beruhigungsmittel. In einem dritten Fall besteht seit drei Monaten Schluchzen, das systematisch verabreichte Domatrin hat den Kranken zum Morphinisten gemacht.

**G. Lobmayer:** Die Behandlung des Schluchzens beschäftigt oft auch den Chirurgen. In mildereren Fällen genügt die Verabreichung von einigen Tropfen Iodtinktur, oder die Kältebehandlung des Scrobiculus cordis mit Äthylchlorid. In der Literatur findet sich ferner das Kitzeln der Nasenschleimhaut bis zur Auslösung von Niesen, sowie das manuelle Auseinanderziehen der Rippenbögen. In zwei sehr hartnäckigen Fällen nach Influenza führte er mit Erfolg die doppelseitige Phrenikusdurchschneidung durch, er machte jedoch keine Exairese, um das neuerliche Zusammenwachsen des Nerven zu ermöglichen.

**F. Gaál:** *Diabetes und Uteruskarzinom.* Er referiert über fünf Fälle von mit Diabetes komplizierten Uteruskarzinomen, diese heilten auf Röntgenbestrahlung auffallend glatt, wurden für Jahre rezidivfrei, vier der Kranken leben auch heute noch nach 7—8 Jahren. Die Erscheinung, dass der Diabetes von Krebskranken für die Therapie zugänglicher ist, wird durch die Versuche von *Warburg* zum Teil verständlich. In der Zukunft sei diese Tatsache für die Therapie zu verwenden.



**L. Horvai** hat vier Fälle von *Cc. uteri* mit Diabetes beobachtet, eine Kranke starb, die anderen drei leben. In zwei Fällen erfolgte die Totalexstirpation ohne nachträgliche Strahlenbehandlung, in einem Fall nur kombinierte Röntgen- und Radiumbehandlung. Die letzteren drei Fälle waren *Corpus-Cc.* Die erste operierte Patientin ist fünf Jahre nach der Operation ohne Röntgenbehandlung am Leben, die zweite ist nach drei Jahren ohne Röntgenbehandlung auch am Leben. Die mit Röntgen und Radium behandelte Kranke lebt nach drei Jahren gleichfalls. Die relative Benignität des *Corpus-Cc.* ist bekannt und sie wird auch durch diese Fälle bestätigt, wo zwei operierte Kranke ohne Röntgenbehandlung und eine nicht operierte, nur mit Strahlen behandelte Kranke am Leben blieben. Er bezweifelt, dass der Diabetes auf die bessere Beeinflussbarkeit des *Uterus-Cc.* eine Rolle hätten.

**E. Rosenthal** hat vor mehreren Jahren beobachtet, dass der Blutzuckerwert von Diabetikern normal wurde und ihre Glykosurie aufhörte, wenn bei den Betreffenden sich ein Tumor entwickelte. Es sei nicht wahrscheinlich, dass durch Pankreasbestrahlung eine leichtere Beeinflussbarkeit der Tumoren zu erzielen sei, im Tierversuch entwickelte sich nach der Bestrahlung der ausserhalb der Bauchwand placierten Pankreas keine Stoffwechseländerung.

**J. Marton:** Das langsame Wachstum des Karzinoms bei Zuckerkranken, dessen Zerfall auf kleine Röntgendosen, ist ebenso Folge der Zuckeranhäufung und Azidose, wie das langsame Wachstum der zuckerkranken Kinder, das langwierige Heilen von Verletzungen bei Zuckerkranken und die Neigung ihrer Gewebe zum gangränösen Zerfall. Azidose verzögert das Krebswachstum und es ist auffallend, das Leiden mit chronischer Azidose selten mit Krebs kompliziert sind. Die wachstumshindernde Wirkung des Zuckers und der Azidose gehen parallel mit ihrer Dehydrationsfähigkeit. Darauf verweist einerseits, dass dehydrierende Stoffe das Wachstum hindern, andererseits, dass die Zelle vor der Teilung quillt und dass rasch wachsende Gewebe säftereich sind. Damit stimmt auch, dass gegenüber der Polyurie bei Diabetes Krebskranke zur Wasserretention neigen. Ein weiterer Gesichtspunkt ist, dass Zucker und saure Reaktion *in vitro* und *in vivo* die Autolyse fördern und derart die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Zelle fördern können.

**V. Révész** referiert über zwei Fälle von mit Diabetes kompliziertem Uteruskarzinom, bei diesen war tatsächlich der Krebs verhältnismässig gutartig, und durch Strahlentherapie besser zu beeinflussen. In beiden Fällen war *Corpus-Cc.* bei sehr fettleibigen Frauen vorhanden, bei denen nicht viele Strahlenbehandlungen zu verabreichen waren. Die Strahlenbehandlung, oder vielleicht nur die damit verbundenen Aufregungen steigern die Zuckerausscheidung. Die eine Kranke war eine 62jährige Frau, Körpergewicht 125—130 Kg, inop. *Corpus-Cc.* Sie erhielt in zwei Jahren zweimal Radium- und viermal Röntgenbehandlung. Nach der Röntgen- und Radiumbehandlung bemerkte man, dass sie an Durst leidet, im Urin war 6% Zucker vorhanden. Durch Diät usw. konnte der Zuckergehalt auf 1.5—2% herabgedrückt werden, sie lebte noch sieben Jahre, ohne ernste Krebserscheinungen. Die andere Frau ist seit 10 Jahren zuckerkrank. Sie erhielt wegen inop. *Corpus-Cc.* in einem Jahr zweimal Radium und zweimal Röntgenbehandlung. Vor der Behandlung zuckerfrei, nachher 2.5% Zucker, was auf Diät und

wenig Insulin verschwand. Die Kranke lebt in guter Kondition und verhältnismässigem Wohlbefinden. Bei gemeinsamen Auftreten von Krebs und Diabetes ist die Prognose anscheinend nicht allzu schlecht und die Behandlung ist energisch und hoffnungsvoll einzuleiten.

**J. Frigyesi:** Im Anschluss an vier Fälle, die aus einem Jahre hindurch beobachteten, grossen Material entnommen sind, würde er es nicht wagen, weitgehende Konsequenzen abzuleiten. Er hält auch die Erklärung der Heilung dieser Fälle, wegen der geringen Zahl derselben, für unzweckmässig. Die Behandlung der zahlreichen, in Betracht kommenden und schon in der Aussprache aufgetauchten interessanten Fragen, würde nur zur Konfusion führen, denn hier ist ja nicht von Experimenten, sondern von Beobachtungen die Rede, die in Einzelfällen bei der Behandlung gesammelt wurden. Eben deshalb will er nur den einschlägigen Teil der Strahlentherapie in der Gynäkologie erörtern. Es sei zu bedauern, dass der Referent, wie auch die an der Aussprache teilnehmenden Röntgenfachärzte, nur den Ausdruck gebrachten: Die Kranke erhielt ein oder zwei Röntgen-, respektive Radiumbehandlungen. Auf dieser Grundlage ist es schwer sich zu orientieren. Es muss genau angegeben werden, wie viel Radium, mgm.-Stunden und welche Strahlenmenge in den betreffenden Fällen appliziert wurden, denn wir wissen, dass es ausser den kleineren Reizdosen und den grossen, in der Tiefentherapie üblichen Karzinomdosen, auch solatii causa durchgeführte Strahlenbehandlungen gibt. Es ist daher unmöglich, ohne Kenntnis der genauen Dosis die Fälle zu bewerten. Der eine Redner bemerkte, dass das Corpus-Cc. operativ erfolgreicher behandelt werden kann, als Cervix-, resp. Portiokrebse, weil ja die Operation vaginal zumeist gut durchführbar ist. Deshalb herrsche allgemein die Auffassung, dass bei Corpus-Cc. die operative Behandlung vorteilhafter sei, als die Strahlentherapie. Motiviert wurde dieser Standpunkt auch damit, dass mit der Strahlenbehandlung gerade in Fällen von Corpus-Cc. schlechtere Resultate erzielt werden. Hoffentlich wird diese Lage mit der Zeit sich bessern. Nach den Ergebnissen dieser Debatte würde er, obwohl Diabetiker, jetzt infolge der Insulinbehandlung mit besseren Aussichten operiert werden können, eine Operation bei zuckerkranken Frauen doch nur ungern und auf Grund unvermeidlicher Indikationen durchführen. Die aus den heute vorgeführten Fällen ableitbaren Lehren lassen hoffen, dass bei diabetischen Frauen die Strahlenbehandlung in viel mehr Fällen auf Kosten der operativen Behandlung wird angewendet werden können.

**F. Gaál** bemerkt auf die Darlegungen von *Horvay*, er habe nicht gesagt, dass es unter den Krebskranken viele Diabetiker gibt, ferner, dass nicht alle Kranke an Corpus-Cc. litten, zwei hatten Portiokrebse und zwei nach Corpus-Cc. Vaginalmetastasen. Die Versuche von *Rosenthal*, die Pankreas zu bestrahlen, erfolgten an Tieren, woraus nicht folgt, dass solche Versuche bei krebserkrankten Menschen nicht gelingen können. Die Resultate von *Martos* und *Révész* stützen den Standpunkt des Vortragenden. Er dankte Professor *Frigyesi*, dass dieser aus den Beobachtungen die für die gynäkologische Therapie ableitbaren Konsequenzen gezogen hat.

(Fortsetzung folgt.)

## Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 18. März 1931.

**M. Kinczler:** *Seltene Entwicklungsanomalie.* Der zwei Monate alte Säugling atmet seit der Geburt schwer, und ist nicht in stande zu saugen. Der Unterkiefer ist in der Entwicklung stark zurückgeblieben und hinter den Oberkiefer gelagert, hochgradige Brachygnathie. Von der Mitte des harten Gaumens nach hinten und entlang den weichen Gaumen eine Gaumenspalte (Wolfrachen). Der Vomer fehlt vollkommen. Von der knöchernen Nasenscheidewand ist nur eine kleine vordere Partie entwickelt. Am auffallendsten ist, dass die Zunge nicht in der Mundhöhle, sondern im Nasenrachenraum lagert, bei Bewegungen nicht in die Mundhöhle gelangt, und dass der Säugling im Liegen bei jeder Einatmung die Zunge aspiriert.

**W. Milkó:** *Seltener Fall einer Kiefer-Aktinomykose.* Das dreizehnjährige Mädchen wurde mit einer mächtigen Geschwulst der linken Kieferhälfte und Sarkomdiagnose in die Abteilung geschickt. Der Prozess setzte vor 1½ Jahren ein. Am wagrechten Ast der linken Kieferhälfte war eine faustgrosse, knochenharte, scharf begrenzte Geschwulst palpierbar, am Hals finden sich zwei erbsengrosse, kaum sezernierende Fistelöffnungen, in deren Sekret Aktinomyzeskörner nicht nachweisbar waren. Die Diagnose schwankte zwischen maligner Geschwulst, Aktinomykose und Osteomyelitis, auch die Röntgenuntersuchung konnte nicht entscheiden, ob ein Neoplasma oder ein chronisch entzündlicher Prozess vorliegt. Die Frage wurde durch die histologische Untersuchung der mit der Probeexzision enthaltenen Gewebspartie entschieden. Im Knochendetritus konnten charakteristische Strahlenpilzkolonien nachgewiesen werden. Hierauf wurde eine kombinierte Röntgen-Jodbehandlung eingeleitet, auf welche besonders die zervikofazialen Formen der Aktinomykose sehr gut reagieren. Die Kranke erhielt in sechs Monaten drei therapeutische Bestrahlungen, ferner in drei Turnussen von je 6 Wochen täglich zwei Gramm Jod (NaJ in Lösung). Die mächtige Geschwulst hat sich vollkommen zurückgebildet, die Fisteln sind geschlossen, das Öffnen und Schliessen des Mundes geht tadellos, das Röntgenbild zeigt vollkommen normale Verhältnisse und die Kranke ist beschwerdefrei, so dass sie klinisch als geheilt zu betrachten ist. Wahrscheinlich hatten wir es hier mit jener selteneren Poncet-Form der Kiefer-Aktinomykose zu tun, die durch die harte Geschwulst und geringe Neigung zur Einschmelzung und Abszessbildung charakterisiert ist, so dass sie von klinisch-bösartigen Geschwülsten, besonders vom Sarkom kaum zu differenzieren ist.

**M. Pavlik:** Die Aktinomykose ist, wie jedes Granulationsgewebe für Röntgenstrahlen sehr empfindlich. Die Röntgentherapie kann jedoch nicht dazu dienen, die Krankheitserreger der Aktinomykose zu vernichten, weil die Strahlpilze erfahrungsgemäss ebenso, wie die Tbc-Bazillen Röntgenstrahlen gegenüber sehr resistent sind und zu ihrer Vernichtung so erhebliche Dosen notwendig wären, die auch die Nachbarorgane schwer schädigen würden. Mit den Röntgenbestrahlungen wird nur angestrebt, das Granulationsgewebe zur Resorption zu bringen, die hässlichen Fistelgänge zu schliessen und den Prozess durch Narbenbildung zu heilen. Das kann aber mit der Röntgenbestrahlung und der hiemit kombinierten Jodbehandlung in jedem Fall erzielt werden. Der Redner erörtert sodann den technischen Teil der Röntgentherapie bei Aktinomykose.

**A. Jamnitzky:** *a) Vernachlässigter Fall einer Urethrastriktur.* Der 24jährige junge Mann gelangt wegen seiner Uretherstriktur, die selbst für die dünnsten Sonden unpassierbar war, zur Operation. Die Strikturpartie wurde herausgeschnitten, und die Urethra reseziert. Eine Woche nach der Operation Exitus. Sektionsbefund: Zystitis, Urethritis diphtherica, die Uretheren sind bis zur Grösse des Dünndarmes erweitert, Pyelonephritis, doppelseitige Pneumonie.

*b) Mit Urethra-Verletzungen kombinierte Beckenfraktur.* Die an Beckenfrakturen sich anschliessenden Urethrarupturen bilden eine schwere Komplikation, weil bei ihnen eine Mortalität von 40% auftritt. In frischen Fällen wird sofort operiert, die Risstellen der Urethra vereinigt und die Epizystotomie durchgeführt. In nicht frischen oder entzündlichen Fällen, wird die Rekonstruktion der Urethra nach Ablauf der Entzündung vorgenommen. In der chirurgischen Abteilung des Dozenten *Mező* gab es in drei von sechs Beckenfrakturen Urethra-Verletzungen. Ein Fall exitierte infolge von schweren Eiterungen, ein Fall heilte glatt ohne Operation, ein dritter aber gelangte zur Operation und wurde nach mehrmonatlicher Behandlung, während der Pyelitis, Phlegmone und Striktur die Behandlung komplizierten, geheilt entlassen.

**E. Farkas:** *Endartheriitis obliterans sec. Buerger.* Die Zahl der peripheren Gefässerkrankungen hat sich in den letzten Jahren erheblich vermehrt. Als Ursache werden die Kriegsmühen, die wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Nachkriegszeit und die schlechten Ernährungsverhältnisse betrachtet, doch ist die zahlenmässige Zunahme zum Teil nur scheinbar, nachdem die Aufmerksamkeit der Ärzte sich auf diese Erkrankung gelenkt hat. Namentlich zeigt die Zahl der juvenilen Gangränen eine Zunahme in der Literatur. Als Ursache des Leidens wird nahezu allgemein die Endartheriitis obliterans oder *Buerger'sche* Krankheit angenommen. Der demonstrierte Fall beweist, dass der Krankheitsbeginn ganz

ungewöhnlich und störend für die Diagnosestellung sein kann. Der 32jährige Kriegsinvalid und Zeitungsverkäufer stürzte plötzlich zusammen, beide untere Extremitäten sind gelähmt und blutlos blass, später zyanotisch in Begleitung sehr heftiger Schmerzen. Der Fall löste sich, doch trat sodann Fieber und Leukozytose (12,000) auf. In der Anamnese finden sich Erfrierung und seit Jahren auftretendes Taubsein der Glieder. Der Anfall wiederholte sich wenige Tage später und nun setzte eine Nekrose des Versorgungsgebietes der A. dorsalis pedis ein mit scharf begrenzter Demarkation. Bei der Amputation der Extremität finden sich dickwandige Gefäße mit engen Lumen und geringer Blutung. Die histopathologische Untersuchung findet an den Gefäßen makroskopisch keine Veränderung, nur die A. dorsalis pedis ist durch einen Blutpfropfen verstopft. Die histologische Untersuchung bringt Klarheit in das Krankheitsbild, indem sie eine Intimaproliferation nachweist, die in einzelnen Gefäßen das Lumen nahezu vollkommen obliteriert. Die Anfälle wiederholen sich auf den Extremitäten der anderen Seite und der Amputationsstumpf zeigte keine Heilungstendenz, weshalb die Reamputation durchgeführt werden muss. Der Fall ist namentlich wegen seines plötzlichen Beginnes interessant, der den Verdacht einer Embolie erweckte. Er demonstrierte die von der Extremität angefertigte Moulage, sowie die von den Gefäßen angefertigten histologischen Schnitte.

**J. Galgóczy** hat 1928 von der Abteilung *Hasentfeld* einen 28jährigen, nicht jüdischen männlichen Kranken mit Thromboangiitis obliterans demonstriert, bei dem jedoch die Krankheit nicht in so dramatisch bewegten Attacken, sondern langsam verlief und im Laufe von 10 Jahren alle vier Extremitäten des Kranken vollkommen mutilierte. Alle therapeutischen Versuche blieben erfolglos und der Unglückliche verübte später in berechtigter Verzweiflung Suicid. Er betont besonders den von *Krompacher* erhobenen histologischen Befund und auf Grund dessen die Auffassung, dass hier keine Entzündung, sondern eine pathologische Funktion der in der Intima erscheinenden Elastoplasten vorliegt, in deren Verlauf die auftretenden elastischen Fasern das Gefäßlumen obliterieren, resp. sekundär Stase und Thrombose verursachen.

**W. Milkó:** In vorgeschrittenen Fällen, wie es der demonstrierte ist, kann nur mehr die Amputation helfen, in Fällen aber, wo noch kein ausgesprochener Brand, aber die bekannte Symptomengruppe der *Buerger'schen* Krankheit vorhanden ist, kann mit der periarteriellen Sympathektomie oft ein frappantes Resultat erzielt werden. In einem Fall, wo der Kranke wegen seiner andauernden furchtbaren Qualen bereits einen Selbstmordversuch verübt hatte, hörten die Schmerzen nach dieser Operation sofort auf, die Zirkulationsverhältnisse wurden wesentlich besser und die bereits aufgetretene Oberflächengangrän heilte binnen wenigen Tagen. Er beobachtet den Kranken nunmehr seit 4 $\frac{1}{2}$  Jahren, er ist seitdem beschwerdefrei und arbeitsfähig. Er glaubt daher, dass es

sich lohnt, in solchen Fällen vor der Amputation die Sympathektomie zu versuchen.

**S. Szilágy:** *a) Mycosis fungoides.* Bei der 50jährigen Kranken traten vor fünf Jahren Hauterscheinungen auf. Am linken Oberschenkel entstand ein roter Fleck, der heftig juckte und allmählich sich auf den ganzen Körper ausbreitete. Sie wurde seither an mehreren Orten erfolglos behandelt, zuletzt mit Thorium bepinselt, doch trat Fieber auf, worauf die Behandlung unterbrochen wurde. Die Haut ist zumeist hyperämisch, zerstreut finden sich besonders auf den unteren Extremitäten pengö- bis handtellergrösse, scharfbegrenzte, runde Plaques, mit ziemlich infiltrierten Rändern, sie sind stellenweise durch Blutergüsse dunkler gefärbt. Im Zentrum der einzelnen Herde lamellenförmige Abschuppung. Relative Lymphozytose, geringe Eosinophilie, Anämie (Erythrozyten: 1.300.000) und Leukopenie (Leukozyten: 3200). Wa.-R. negativ. Histologisch umfangreiche, zellige Infiltration, die stellenweise scharf begrenzt aufhört. Ausgesprochene Polymorphie. Leukozyten, kleine und grosse Lymphozyten, Eosinophilie. Erweiterte Blut- und Lymphgefässe. Harnuntersuchung negativ. Es liegt eine Form von Mykosis fungoides vor.

*b) Carcinoma polymorphocellulare.* In der Anamnese des 28jährigen Mannes keine Angaben über Blut- oder Geschlechtskrankheiten. Vor vier Monaten Schwellung der linken Gesichtshälfte, zu deren Behandlung er in drei Turnussen 13 Röntgenbestrahlungen erhielt. Nach diesen trat eine Durchlöcherung des Gaumens auf. Dieser folgte sodann eine mächtige Destruktion. Dreiviertel Teile der Nase, die linke mediale Gesichtshälfte und die obere Partie der Oberlippe fehlen vollkommen. Die Zungenbewegungen sind sichtbar, indem die Proc. palatinus und alveolaris des Kiefers zerstört sind. Sämtliche Sinus sind eröffnet. Im ersten Moment dachten wir an Lues, weil die tertiäre Lues sich mit Vorliebe auf die Gesichtsknochen erstreckt. Nachdem die Wundränder nicht stark infiltriert waren, die Anamnese, sowie sämtliche Reaktionen, negativ sind, wurde eine Exzision durchgeführt, deren Untersuchung ein polymorphzelliges Sarkom ergab.

**G. Pásztay:** *Elephantiasis verrucosa.* Nach Erörterung der Definition, des Vorkommens und der Ätiologie der Elephantiasis demonstriert er einen 48jährigen Kranken, der vor drei Jahren am Unterschenkel und Fuss Frostwunden erlitt, seither Geschwüre und Schwellungen. Der linke Fuss und Unterschenkel ist ungefähr auf das dreifache verdickt, zeigt Säulenform, auf der Oberfläche dichte, papillomatöse Ekreszenzen. Am Unterschenkel ein ungefähr 15 cm. langer, runder Ulkus. Das Röntgenbild zeigt periostale Verdickung

der Unterschenkel und Fussknochen, histologisch findet sich chronische Gewebsentzündung. Die Blutkörperchensenkung ist beschleunigt. Wa.-R., Luetin negativ. Zur Klärung der Ätiologie wurde beim Kranken ex juvantibus eine antiluetische Kur durchgeführt.

**G. Pilau:** *Lues gummosa.* Bei dem 43jährigen Mann entwickelte sich vor 15 Jahren unter der Nase eine kleine Wunde. Diese erstreckte sich in fünf Jahren auf beide Gesichtshälften und die Augenlider. Nach sieben Jahren verringerte sich seine Sehkraft, in zehn Jahren war auch seine Nase zerstört. Seit zwei Jahren Periostitis ossificans und Nephrose. Seit fünf Jahren ist der Zustand unverändert. Das Gesicht des Kranken ist vollkommen zerstört, die Nase fehlt, an ihrer Stelle finden sich die Nasenlöcher in einer Narbe. Die Haut ist von einem Ohr zum andern bis hinauf zum Schädeldach vernarbt, keine Lupusknoten. Die Augenlider fehlen, Kornea und Konjunktiva narbig. Auf der linken Tibia Rarifikation und Eburneation. Wa.-R. ++++, Luetin-R. +++. Der Zustand besserte sich auf Jk.

**J. Guszmann** verweist auf jene Fälle, die trotz der manifesten, tertiären Symptome manchmal eine negative Seroreaktion geben. Auf Grund dessen wird die Luesdiagnose fallen gelassen, irgend ein anderes Leiden, zumeist Lupus angenommen, worauf dann die aktiven chirurgischen Eingriffe den destruierenden Verlauf des gummösen Prozesses steigern.

**F. Fáykiss:** *Operativ geheilter Leberabszess.* Die Krankheit des elfjährigen Knaben begann vor sechs Tagen mit hohem Fieber, Delirium und Diarrhöe. Bei der Aufnahme zeigte der Kranke das Bild des Abdominaltyphus, gestörtes Sensorium, Milztumor und Diarrhöe. Die Aufmerksamkeit wurde jedoch alsbald auf die Leber gelenkt, auf Grund des Röntgenbildes wurde eine Probepunktion durchgeführt, diese wies Eiter nach. Die im Dezember 1930 durchgeführte Operation eröffnete mehrfache Leberabszesse im rechten Leberlappen. Nach der durch seröse Pleuritis und temporären Gallenfluss komplizierten Heilung wurde, nachdem kein anderer Anhaltspunkt als Ursache des Leidens gegeben war, mit einer neuerlichen Operation der Appendix aufgesucht, der schwere chronische Veränderungen aufwies.

## Elisabeth-Universität in Pécs.

Sitzung der medizinischen Sektion der wissenschaftlichen Universitätsgesellschaft am 2. März 1931.

**T. Knappig:** *Hypospadiasis und Hydroureter infecta congenitalis.* Bei dem 5jährigen Patienten wurde seine Hypospadiasis erfolgreich operiert. Nach der Operation Klagen beim Urinieren, verstärkte Lendenschmerzen. Die durchgeführte

Untersuchung zeigte r. Pyelitis, l. Hydronephrose und kongenital verschlossenen Ureter. Nach Heilung der Pyelitis l. Nephrektomie. Nach einer bronchitischen Komplikation Heilung.

**B. Kellner:** *Pathologische Anatomie der Ergosterintoxikose.*

**O. Göttche:** *Die Toxizität des ungarischen bestrahlten Ergosterin.* Der Vortragende schilderte die Ergebnisse der Tierversuche von *Kreitner* und *Moll*, wonach grosse Mengen von bestrahltem Ergosterin im ganzen Körper schwere Veränderungen herbeiführen. Zuerst dachte man an Überdosierung und sprach von Hypervitaminose. *Windaus* hat die heilende und die toxische Wirkung chemisch separiert. Der Vortragende hat die Ergosterinpräparate der ungarischen Fabriken *Richter*, *Chinoïn* und *Arnea* und deren toxische Dosen experimentell untersucht, und fand erhebliche Abweichungen. Die Heilwirkung der ungarischen Präparate sei jener des Vigantols gleich, hinsichtlich der toxischen Dosen bestehen jedoch grosse Abweichungen. Jedenfalls sei die toxische Dose der einzelnen Präparate so hoch, dass in der Praxis das Auftreten einer Vergiftung ausgeschlossen sei.

Sitzung am 16. März 1931.

*Aussprache über die Vorträge von O. Göttche und B. Kellner.*

**L. Teschler** betont, dass in der Literatur Versuchsergebnisse veröffentlicht wurden, wonach durch Überdosierung von D-Vitamin Erkrankungen des Nervensystems herbeigeführt wurden. Es sind das Degenerationen im zentralen und peripherischen Nervensystem. Die Toxizität des Vigantols ist grösser nach Exstirpation der Schilddrüse und nach Verletzung der infundibularen Gegend.

**L. Jendrassik** konstatiert mit Freude, dass die ungarischen Produkte die deutschen Präparate durch ihre geringere Toxizität so weit übertreffen.

**Prof. Zechmeister** stellt fest, dass das antirachitische Vitamin auch in der Natur durch Bestrahlung gebildet wird. Das nahe zur Meeresoberfläche lebende Plankton wirkt gleichfalls antirachitisch. Die Vorstufe dieses Vitamins ist so stabil, dass es *King* gelang, aus den Hirnresten einer 4000jährigen Mumie durch Bestrahlung einen wirksamen Stoff zu gewinnen.

**L. Dobszay** demonstriert einen handlichen *Pneumothoraxapparat*.

**M. Melczer:** *Der Golgi-Apparat des Epithels und der Drüsen der Haut.* Der Vortragende schildert die zwei, in Tierreich vorkommenden Formen des Golgi-Apparates: die diffuse Form, welche aus in der Zelle zerstreuten, separierten Schollen und Scheiben besteht und für die Zellen der Wirbellosen charakteristisch ist, sowie die in den Gewebzellen der Wirbeltiere vorhandene komplexe netz- oder nach



*Kopsch* dreidimensionale, stromaartige Form. Die Formelemente der diffusen, wie auch der komplexen Art sind geschlossene oder offene Vesikel. Die Wand der Blase bildet eine, das Osmiumtetraoxyd reduzierende osmiophile Substanz, das Blaseninnere aber ist ein mit Osmiumtetraoxyd nicht färbbarer, osmiophober Stoff. Je nach dem der Apparat durch ein, oder durch mehrere Vesikel gebildet wird, unterscheiden wir uni- und polyvesikuläre Apparate. Nach Schilderung der Befunde in tierischen Geweben legt er dar, dass der Apparat in den Basalzellen der menschlichen Epidermis klein und netzförmig ist, er liegt nicht immer über, sondern oft auch neben resp. unter dem Kern. Der Apparat ist in der menschlichen Epidermis schwach entwickelt und findet sich schon in den Basalzellen zumeist in der Kerngegend. In den mittleren Schichten besteht der Apparat aus diffusen körnigen, oder balkenartigen Elementen, welche den Kern umgeben. In den obersten Schichten, kann keine Spur des Apparates nachgewiesen werden. In den menschlichen Talgdrüsenzellen zeigt der Apparat nach Beginn der fettigen Degeneration Veränderungen. In den Matrixzellen ist der Apparat komplex, netzförmig und umgibt dicht den Kern. Nach Beginn der fettigen Degeneration verändert der Apparat seine kernnahe Lage, zerfällt und gewinnt einen diffusen Typus. In späteren Phasen der Verfettung wird der diffuse Apparat von körnigen oder balkenförmigen Elementen gebildet, die im Plasmanetz liegen. In den apokrinen Schweißdrüsen findet sich gewöhnlich der über dem Kern liegende, komplexe, netzartige Apparat. In den ekkrinen Schweißdrüsen aber fand der Vortragende eine morphologisch ganz neue Form, die sich bei keiner Tierart findet. Dieser Apparat ist diffus, polyvesikulär, dabei aber auch polymorph. Das letztere bezieht sich darauf, dass die Grösse und Form der den Apparat bildenden Vesikel veränderlich ist. Die Grösse der Vesikel variiert von kokkengrossen Schollen bis zu 12 und mehr Mikron, ihre Form ist zumeist kugelig, manchmal auch halbmondförmig. Ausser diesen univesikulären Körperchen kommen in denselben Zellen eine oder mehrere, massige, mehrfächerige Körperchen vor. Diese letzteren werden von 2—10 und auch noch mehr mehr-mindergrossen Bläschen gebildet, die eng bei einander liegen, so dass ein rundes polyzystisches Gebilde entsteht. Derartige Formen des Golgi-Apparates kommen sonst nicht vor. Die ekkrinen Drüsen sind entwicklungsgeschichtlich die jüngsten neu erworbenen Drüsen der Primaten, was erklärt, dass die Golgi-Apparate dieser Drüsen ganz neuartige Formen besitzen.

**W. Hámary:** *Reiz- und Sticckgase.*

## NACHRICHTEN.

**Ernennung.** Der Reichsverweser hat für den an der Buda-  
pester Pázmány-Universität vakanten Lehrstuhl für Hygiene  
den ordentl. öffentl. Professor an der Szegeder Franz Josef-Univer-  
sität Dr. *Julius Darányi* ernannt.

**I. Internationaler Stomatologenkongress.** Dieser Kongress  
fiand vom 2—7. September in Budapest statt. Die Veranstaltung des  
Kongresses wurde bereits 1929 in Paris beschlossen, nachdem an  
den Stomatologenkongressen der einzelnen Nationen ausländische  
Fachgenossen in immer grösserer Zahl erschienen. Im Namen der  
ungarischen Regierung stellte damals Prof. *Josef Szabó* den Antrag,  
den I. Internationalen Kongress nach Budapest einzuberufen und  
die „Association Stomatologique Internationale“ akzeptierte die  
Einladung. Nach zweijähriger Vorarbeit, an welcher ausser Pro-  
fessor *Josef Szabó*, Vereinspräsident *Josef Sturm*, die Professoren  
*Salomon* und *Morelli* teilnahmen, gelang es aus 23 Staaten der ver-  
schiedenen Kontinente 1100 Teilnehmer zu diesem Kongress zu ver-  
sammeln. Die Eröffnungssitzung fand im grossen Saal der Musik-  
akademie statt. In dieser waren die Vertreter der Regierung und  
der Hauptstadt anwesend. Die wissenschaftliche Sitzungen wur-  
den in einzelnen Sälen der hauptstädtischen Redoute abgehalten.  
Nachdem nicht weniger als 280 Vorträge angemeldet waren, wur-  
den auch die Vortragssäle der Ärztegesellschaft und der stomato-  
logischen Klinik in Anspruch genommen, so dass in nicht weniger  
als fünf Sälen auf einmal wissenschaftlich gearbeitet wurde. Der  
grosse Redoutensaal wurde durch eine dentale Ausstellung, der  
Nebensaal für eine wissenschaftliche Exposition in Anspruch ge-  
nommen. Die Delegierten der einzelnen Staaten und das Präsidium  
der internationalen Stomatologenvereinigung wurden am 4. Septem-  
ber in Gödöllő vom Reichsverweser empfangen. Die grosse Gold-  
medaille für den erfolgreichsten Förderer der Stomatologie erhielt  
*Professor Chompret* (Paris). Für die Kongressmitglieder wurde  
eine Spazierfahrt auf der Donau, sowie von der Hauptstadt ein  
Diner veranstaltet. Auch für die Damenmitglieder des Kongresses  
war von einem Damenkomitee für Zerstreungen gesorgt worden.  
Die wissenschaftlichen Vorträge umfassen alle Gebiete der  
Stomatologie und demonstrierten deren engen Konnex mit allen  
Zweigen der medizinischen Wissenschaft. Nach Beendigung der  
wissenschaftlichen Beratungen, besichtigten zahlreiche Kongress-  
mitglieder die idyllischen Ufer des Plattensees.

---

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.