

betrachtet werden, aber nur insofern, dass die Mehrzahl der gesunden Personen eine Temperatur unter 37 Grad besitzt. Kann jedoch keine pathologische Veränderung nachgewiesen werden, so muss der Betreffende nicht unbedingt als krank und subfebril deklariert werden, weil der Fall vorliegen kann, dass seine Temperatur normal bis 37.4 Grad C reicht.

Besprechung. **Br. A. Korányi** stimmt mit dem Vortragenden darin überein, dass auch gesunde Personen Temperaturen bis 37.4 Grad haben können, doch sei dies, wenn die Untersuchung in vollem Ruhezustand bei entsprechend lange Zeit hindurch ausgerichteten Individuen durchgeführt wird, als Ausnahme zu betrachten. An Magengeschwür leidendes Krankenmaterial sei zu Vergleichszwecken nicht geeignet, weil das Magengeschwür mit subfebrilen Temperaturen einhergehen kann. Die Angaben von Csépai sind nur für sein Krankenmaterial und unter den Untersuchungsverhältnissen richtig die ihm zur Verfügung standen, doch ist auch dann die sehr hohe Zahl der 37 Grad überschreitenden Temperaturen überraschend. Es besteht der begründete Verdacht, dass sich unter diesen zahlreichen Kranke befanden, deren Leiden bei einmaliger Untersuchung nicht festgestellt werden konnte, und dass es unter ihnen viele angespannte oder reizbar Leute gab, deren Temperatur durch die Erregung der Untersuchung und deren Umstände erhöht wurde. Es wäre nachteilig, wenn die Ärzte auf Grund der Erfahrungen des Vortragenden dessen Folgerungen verallgemeinern würden. Seiner Ansicht nach ist das Individuum, dessen Temperatur 37 C^o übersteigt und das sich an einen Arzt wendet, wenn es auch bei der einmaligen Untersuchung gesund erscheint, weiter zu beobachten. Selbst wenn eine eingehende Untersuchung keine Krankheit feststellen könnte, ist es möglich, dass sein Leiden später geklärt wird, oder dass das Verschwinden der Subfebrilität nach einer gewissen Zeit den Beweis erbringt, dass die Temperaturerhöhung nicht durch individuelle Eigenart, sondern durch ein näher nicht bestimmbares Leiden verursacht wurde. Er erinnert an die so zahlreichen subfebrilen Fälle während des Krieges, die zum grossen Teil nicht tuberkulös waren, deren fieberhafter Charakter jedoch durch das spätere Verschwinden der höheren Temperatur bewiesen wurde. Er erinnerte ferner an die Empfehlung von *Holló*, der zum Beweis des Fiebercharakters von Temperaturerhöhungen die Pyramidonkontrolle empfahl.

K. Csépai. Aus dem Umstand, dass die Temperatur eines Individuums zur Pubertätszeit über 37 Grad ist und mehrere Jahre später unter 37 Grad sinkt, könne man noch nicht auf den pathologischen Charakter der Temperatursteigerung folgern. Wir haben nicht das Recht, die Angaben von Wunderlich als veraltet zu bezeichnen. Seiner Überzeugung nach, müsse die ärztliche Ansicht über die obere Grenze der normalen Körpertemperatur revidiert werden.

Gesellschaft der Spitalsärzte.

Sitzung am 30. März 1932.

S. Szilágyi. *Multiple Epitheliom.*

G. Pilau *Schwerer Fall von Tbc verrucosa cutis.* Kasuistische Demonstrationen.

Fortsetzung der Debatte über das Thema: *Lehren der diesjährigen Grippeepidemie für den praktischen Arzt.*

T. Kern erörtert mehrere Symptome bei leichten Influenzafällen, nach deren Verlauf oft Schwäche und Subfebrilität zurückbleiben. Das letztere Symptom sei jedoch nur dann das Zeichen der Aktivierung eines Tbc-Herdes, wenn auch andere sichere Tbc-Symptome nachzuweisen sind. Für die Behandlung der leichten Fälle verwendet er in erster Reihe Hydropyrin und Kalmopyrin. Das teure ausländische Arkanol wird durch das heimische Acitophosan vollkommen ersetzt. Sehr gut hat sich das Alin (Chinoin) und dessen den Magen nicht reizende und dauerhafte Salicyl-Wirkung bewährt.

A. v. Sarbó. Die gegenwärtige Influenzaepidemie spielt eine mehr mittelbare Rolle bei den nervösen Komplikationen, sie bringt latente Nervenkrankheiten zum Vorschein. Er hatte Gelegenheit durch Influenza ausgelöste und durch die Sektion bestätigte Meningitis-Tbc zu beobachten. Der Meningitis fiel ferner ein Kranker mit doppelseitiger Mittelohrentzündung und Cholesteatom zum Opfer, und er sah mehrere Fälle, wo die Grippe alte Otitiden rezidierte oder akute Mittelohrentzündung auslöste. In diesen Fällen zeigte die Nervenkrankheit keinen Zusammenhang mit dem Ohrenleiden. Als interessante Komplikation konnte er in zwei Fällen die Entzündung der lumbalen Nervenstämmen feststellen. Der Vortragende erörterte den Zusammenhang zwischen Enkephalitis und Grippe. Im Berner Kongress überwiegte die Anschauung, wonach die beiden verschiedene Krankheiten sind und es nicht richtig sei, die Enkephalitis als Nachkrankheit der Grippe zu betrachten. Während die epidemische Enkephalitis ein in der grauen Substanz ablaufender Prozess ist, finden sich die grippösen Veränderungen in der weissen Substanz. Gemeinsam für beide Krankheiten ist, dass sie durch ein filtrierbares ultramikroskopisches Virus verursacht werden. Epidemiologisch auffallend ist, dass dem Auftreten der einen Krankheit das Erscheinen der anderen folgt, und er lenkt die Aufmerksamkeit darauf, dass bei uns im Sommer eine Poliomyelitis-epidemie herrschte.

J. Safranek. Die gegenwärtige Epidemie zeigt laryngologisch oft ausserordentlich hartnäckige Pharyngo-Laryngitiden, und Tracheitis sicca mit hämorrhagischen Formen. Er beobachtete Katarre mit Erosionen resp. Ulzerationen, sowie Fälle von Chorditis fibrinosa. Ziemlich häufig sind ödematöse Entzündungen und Perichondritiden besonders an den Giessbeckenknorpeln. Wiederholt fanden sich phlegmonöse Anginen, und zirkumskripte nekrotisierende Entzündungen im Rachen mit diphteroiden Pseudomembranen, doch zeigten diese günstigen Verlauf. Schwere diffuse phlegmonöse Prozesse und nekrotisierende, auf die Umgebung übergreifende Entzündungen im Pharynx und Larynx mit konsekutiver Mediastinitis und allgemeiner Sepsis, wie 1918, sind bisher nicht beobachtet worden. Ziemlich häufig finden sich schwere Nasenblutungen, die er der Toxinwirkung zuschreibt.

A. Szatmáry. Charakteristisch für grippöse Ohrenerkrankungen ist die hämorrhagische Diathese, sowie die Nekrosebereitschaft der Gewebe. Der Vortragende schildert sodann die häufigsten Krankheitserscheinungen und betont, dass das Fieber mit Einsetzen der Otorrhoe nicht sinkt, die Knochenempfindlichkeit ist gesteigert,

und es können binnen wenigen Tagen auch meningeale Symptome auftreten so, dass schon in diesem frühen Stadium die Operation angezeigt sein kann. Die Grippeepidemie ist otologisch ziemlich milde, er fand zumeist geringe Hörstörungen ohne Entzündung. Der Verlauf der Otitis konnte mit der frühzeitig durchgeführten Parazentese günstig beeinflusst werden. Die diesjährige Grippeepidemie hatte zwei Eruptionen, die eine milde dauerte vom Neujahr bis Ende Januar, die zweite otologisch maligne, vom 1. Februar bis 10. März.

I. Bézl referiert über die in der Prosektur des St. Ladislaus-Spitals gesammelten pathologischen und bakteriologischen Beobachtungen. Unter den cca 1500 Grippeerkrankungen gab es 74 Todesfälle (36 Frauen, 38 Männer) diese wurden vom 1. Februar—25. März beobachtet. Auf die Altersklasse 46—70 entfielen 40%, auf Kranke von 16—25 Jahren 30%, auf von 11—15 0% der Todesfälle. Die Mehrzahl der Todesfälle trat am 4—15 Krankheitstag ein. Die pathologischen Veränderungen entsprachen den Beobachtungen bei früheren Epidemien, der Unterschied war nur, dass es weniger rapide schwere Brustfellentzündungen mit Blutungen gab, Gehirnentzündungen gab es überhaupt keine. In 66 Fällen fanden sich die Symptome der Luftröhren- und Bronchienentzündung, in 65 rälten Bronchopneumonien, in 58 Fällen Pleuritiden, in 11 Fällen Empyeme. Bakteriologisch konnten in den pathologischen Veränderungen Influenzabazillen häufig nachgewiesen werden. In typischen Grippefällen war der Influenzabazillenbefund positiv; in der Luftröhre in 15 von 23 Fällen, in den Bronchien in 52 von 62, in der Lunge in 43 von 62, in den Nasennebenhöhlen in allen 7 Fällen. Reine Influenzabazillenkulturen wurden gewonnen aus den Bronchien in 2, aus der Lunge in 5 Fällen. Während der Epidemie war auch die Zahl der positiven Bazillenbefunde in nicht grippösen Fällen ziemlich bedeutend, so in der Luftröhre in 3 von 6, in den Bronchien in 5 von 8, in der Lunge in 8 von 11 und in den Nasennebenhöhlen in 2 Fällen. In einem Fall verursachte eine frische Thrombose in einem Koronarienast eine Muskelnekrose. Im Thrombus fanden sich Influenzabazillen, im Herzmuskel aber eine allgemeine parenchymatöse und inselartige fettige Degeneration. In diesem Fall führte die Herzveränderung den Tod herbei.

I. Karaliáth referiert über einen mit Lungengangrän komplizierten Fall von grippöser Bronchopneumonie.

G. Daniel. Über den Verlauf der Grippe bei dem Krankenmaterial der Elisabeth-Sanatoriums konnte er feststellen, dass die Epidemie verhältnismässig universell und intensiv ist, sie weist verhältnismässig häufige extrapulmonale Komplikationen und zahlreiche Rezidiven auf. Er beobachtete in mehreren Fällen von zirrhotischer Phthise bei Anwendung von Salygran symptomatische Besserung, was er mit der diuretischen Wirkung des Quecksilbersalzes erklärt.

I. Joós. Aus dem von 57 Grippekranken stammenden Material wurde der Pfeiffer-Bazillus in 27 Fällen herausgezüchtet (47%), bei der Untersuchung von Rachensekreteten war der Befund 9-mal positiv (15%), aus dem Sputum gelang es nur dreimal den Bazillus zu züchten. In 9 Fällen war eine Mischinfektion vorhanden.

L. Pleskó. Unter den Grippekranken im St. Ladislaus-Spital gab es nur 3% Kinder, so dass die Differenzierung der grippösen Kehlkopfprozesse von den diphtheritischen nicht notwendig war.

L. Laub. Anlässlich der Grippeepidemie waren in 12 Fällen interne Siebbeinoperationen und in 9 Fällen äussere Operationen notwendig. Es gab ferner mehrere Fälle mit pseudomembranösen Rachen- und Kehlkopfentzündungen, Kehlkopfphlegmonen, sowie zahlreiche schwere Nasenblutungen.

E. Egedy. Im Laufe der Grippeepidemie waren Anfälle vom Herzschwäche infolge zentraler Vasomotorenlähmung ziemlich selten, dagegen gab es häufiger Leitungsstörungen und Arythmien infolge der toxischen Läsion der Reizleitungsbahnen, Verlängerung der Vorhof-Kammer-Reizleitungsdauer, Kontraktionsausfall der Kammer, sinusaurikularen und totalen Block, Wanderung der Reizbildungsartes, und Extrasystolen verschiedenen Ursprungs. Selten sah er auf die Läsion des Myokards verweisende Symptome.

S. Rothman.

E. Haimiss. Bei Säuglingen wurden anlässlich der Grippeepidemie besonders häufig Empyeme und Veränderungen im Gehörorgan beobachtet. Die Diagnose der Otitis ist bei grippekranken Säuglingen nicht immer leicht, und es muss oft Parazentese, ja sogar Anthrotomie in solchen Fällen durchgeführt werden, wo diese Diagnose nur durch Ausschliessung gestellt werden kann. Bei Säuglingen entwickelt sich oft nach der Grippe larvierte Tbc, die weder durch Tuberkulinreaktion, noch durch die physikalische Untersuchung rechtzeitig zu erkennen ist. Bei thorakalen Empyemen, wenn diese durch Pneumococcen verursacht wurden, beilehen wir uns mit dem chirurgischen Eingriff nicht, sondern machen serienweise Punktionen. Spülungen mit Optochin oder polyvalenten Serum und nur wenn die Besserung keine genügende ist, entschliessen wir uns nach 10—14 Tagen zur Operation.

P. Kiss. Bei Säuglingsgrippe befindet sich das Herz infolge des Toxins und anderer Ursachen in einem übermässigen Reizzustand, so dass die Zahl der Herzkontraktionen zu 240 erreichen kann. Gelingt es nicht die Tachycardie günstig zu beeinflussen, so kann plötzlicher Herzstillstand eintreten. Die hochgradige Sinustachycardie führt eventuell zum Vorhofflimmern, sodann zur Kammertachycardie und schliesslich infolge Erschöpfung zum Tode. Im Verlauf der Tachycardie entsteht Kammerzittern, dieses führt schon nach kurzer Dauer zum Tode. Die Bekämpfung der Tachycardie kann erzielt werden durch Einspritzung von Chinin, Digalen, Seval und Dextrose.

D. Schranz. Im gerichtsmmedizinischen Institut gelangten 17 Grippefälle zur Sektion. 8 dieser Fälle wurden nicht mit Grippe diagnose, sondern Herzkrankheit, Aspirinvergiftung, Speisevergiftung, Gehirnblutung eingeliefert.

A. Puder hat am Krankenmaterial des Elisabeth-Sanatoriums die Einwirkung der Grippe auf die Lungen-Tbc studiert. Die Grippe hat in keinem einzigen Fall aktive Lungen-Tbc ausgelöst. Die Morbidität der Lungenkranken wie auch der zur Beobachtung gelangten gesunden Personen war während der Epidemie grösser.

A. Furka. Antipyretica erzielen in den unkomplizierten Fällen rasche Besserung sie können jedoch das Eintreten der Lungenentzündung nicht verhüten. Bei Empyemen hüte man sich vor einem allzu raschen chirurgischen Eingriff und warte die Besserung der Pneumonie ab.