



# LIJEČNIČKI VIJESNIK

---

GOD. 41. U ZAGREBU, 15. VELJAČE 1919. BROJ 2.

---

## K evropskoj epidemiji 1918.

Saopćuje dr. Mavro Gross, suprirajući asistentat u Wienu.

Rijetko se u medicini o jednoj temi toliko pisalo, a tako malo pozitivnoga javilo, kao sada o takozvanoj španjolskoj bolesti. Nema gotovo učenjaka, koji se nije ili za jedno ili za drugo stanovište izjavio, no vrlo ih je malo, koji su svoje stanovište i obrazložili. Dugo bi morao nabrajati, kad bi htio da spomenem sve autore, koji su o istoj stvari pisali, no ja ne kanim da pišem historijsku raspravu, već hoću samo u kratko da prikažem, što sam vidio, što mislim i zašto tako mislim.

Materijal, što sam ga na raspolaganje imao, nije jedinstven, već je izabran iz raznih odjela raznih wienskih bolnica. Kad je epidemija buknila, bio sam zaposlen kao liječnik na zaraznom odjelu primarija Dionyza Pospisčila, gdje sam imao prilike, da vidim čitave paviljone napunjene tom bolesti. Dostora suplirao sam kao adjunkt u prosekturi profesora Landsteinerja, te sam imao prilike, da sam svoje bolesnike obduciram. Ovdje sam se ali upoznao i sa bolesnicima drugih odjela iz raznih bolnica, te sam odsele, raspolagajući sa velikim materijalom, mogao da spojim klinički rad sa radom u prosekturi. Pri tom sam osobitu pažnju svratio na bolesnike, koji su radi drugih bolesti u bolnici ležali, pa su onda od novih bolesnika obolili, jer sam pri tom točno mogao da pratim razvoj bolesti od početka pa sve do smrti odnosno do oporavka. U ostalom je međjusobni upliv dviju bolesti i sam po sebi vrlo zanimljiv.

Epidemija, koja je sredinom godine 1918. po čitavoj Evropi počela da hara, buknila je najpije u Španjolskoj, pa je narod zato zove španjolskom bolesti. Time ali nije rečeno, da te bolesti prije nijesmo poznavali. Već su Schittenhelm i Schlecht godine 1917. opisali neku vrst influence na fronti, kod koje bakteriološki nijesu mogli Pfeifferovog bacila da nadju, a kliničke slike, što ih navedeni autori opisuju, odgovaraju prilično slikama, što ih danas kod t. zv. španjolske bolesti vidimo. Nema sumnje, da i neke druge ratne bolesti kao na pr. febris wolhynica Buchbinder manje više u tu grupu spadaju. Svakako je i španjolska epidemija nastala uslijed ratnih prilika (zanemarenje higijenskih propisa i glad), pa naziv španjolska bolest nije sasvim opravdan, već bi bolje bilo, da govorimo o kakovoj ratnoj bolesti.<sup>1</sup> U Njemačkoj mnogo govore i o pseudoinfluenci. O čemu se pri tom zapravo radi, o tome se mnijenja, odnosno tvrdnje razilaze u glavnom u dva smjera. Jedni, a na čelu Strümpel, tvrde, da se radi o običnoj influenci, kod koje se Pfeifferov bacil ne da uvijek da ustanovi. Drugi to poriču, tvrdeći, da

---

<sup>1</sup> Da naslov »španjolska« influenza nije zgodan, dokazuje nam historija luesa, koji su u razno doba kao original raznih naroda opisivali, (talijanska bolest, francuska bolest i t. d.) nazivi, koji se nikako nijesu mogli da održe.



se kod prave influence uvijek Pfeifferov bacil mora naći, a njihova mnijenja razilaze se na sve strane. Uzrok, zašto se ta mnijenja razilaze u glavnom je taj, da se bolest ne da točno da definira. Kod zaraznih bolesti to u opće nije lako. Jürgens na pr. prikazuje, kako kod trbušne pošaline, gdje je uzročnik dobro poznat, nije tako jednostavno reći, da netko na tifusu boluje ili ne, jer nazočnost Gaffky-Eberthovog bacila u ljudskom tijelu još ne znači, da stanoviti čovjek boluje na tifusu. On može da je kao rekonvalescent nosioc bacila, a može da u opće nije tifusa nikada ni imao, nego slučajno da se sa Gaffky-Eberthovim bacilom inficirao, ali da trbušne pošaline nije dobio. Naprotiv imade ljudi, koji sigurno na trbušnoj pošalini boluju, a nikako kod njih bacila više ne možemo da nadjemo. Pojam bolesti trbušne pošaline po Jürgensu vrlo je dakle kompliciran i ne da se uvijek točno da ograniči. Pa kad je to tako teško kod trbušne pošaline, gdje uzročnika dobro poznamo, jasno je, da se pojam bolesti još manje ograničiti dade kod onih bolesti, kod kojih nikakvog uzročnika ne poznamo. Prema tome, ubrajali su liječnici koješta u grupu španjolske bolesti. Značajna je izjava dra. Branda: »Was mir in der Epidemiezeit nicht ganz klar ist, kommt mir halt spanisch<sup>2</sup> vor«.

Bolest našu smještaju ovi autori u grupu influence, pa se samo o tom prepiru, da li je prava influenza ili samo jedna njoj slična bolest. Nema sumnje, da naša bolest klinički u koječem podsjeća na epidemiju godine 1889.–90., no da se od nje u koječem znatno razlikuje, naročito anatomski, ne da se poricati. Pa ako i veliki kliničari kao Strümpel i Ortner apodiktično tvrde, da sadašnja epidemija nije drugo nego nastavak one epidemije od 1889.–90., ne mogu, premda navedene autore vrlo štujem, da im se slijepo priključim, jer imadem razloga, da drugačije mislim. U Landsteinerovoj prosekturi mnogo smo etiologiju bolesti proučavali. Dr. Edelmann kod svake je lješine kultivirao žuč, slezenu, pluća i krv. Kod te prilike hoću da naglasim, da je žuč u ogromnoj većini slučajeva bila sterilna. U početku našao je Edelmann u nekim slučajevima bacillus paratyphi B i to ne samo u žuči i u plućima, nego i u krvi, a zanimljivo je, da smo ga klinički i u pljuvački našli, a u jednom slučaju ustanovio sam ga u gnoju potkožnog apscesa. No to je bilo samo nekoliko slučajeva, u kojima se valjda radilo o kombiniranoj infekciji. Kasnije sam se badava trudio, da dobijem isti nalaz, te sam svoje prijašnje mnijenje, da se radi o nekoj modifikaciji paratifne infekcije, morao sasvim da napustim tim više, što sam saznao, da je na odjelu docenta Foltaneka faktično vladala čista paratifna epidemija.

Saopćenje Edelmana, da je kod bolesnika u ustima vidio slične pjege, kao što su Koplikove pjege kod dobraca, pa je mislio, da se radi o tipičnom nalazu za španjolsku bolest, oborio je Pospischil, jer je dokazao, da te pjege odgovaraju ušću Stenonijevog pljuvačovoda, koji je uslijed maceracije parotidnog sekreta bio bjelkaste boje. Misleći radi toga, da je parotidni sekret vrlo virulentan, stao sam da kod lješina odmah iza smrti sterilno ekstirpiranu parotidnu i submaksilarnu žlijezdu, kultiviram, no nijesam našao nikakvih bakterija. Sekret navedenih žlijezda bio je uvijek sterilan, dok sam ga u nutrini žlijezda istraživao. U plućima našao sam gotovo uvijek strepto- i diplokok, kojima ali nikada nijesam osobite važnosti pripisivao. Oberndorfer je u ostalom već u to doba javio, da ih on smatra sekundarnom infekcijom, koja je nastala na temelju hemoraške infekcije pluća. U nekim slučajevima našao sam i Pfeifferov bacillus influenzae, no uvjeren sam, da nije imao drugoga znamenovanja, nego bacillus paratyphi B u početku epidemije. Bakteriološki dakle mogu reći, u većini slučajeva nije se dalo ništa vrijednoga naći. Nalaze nekih autora sa visokim postocima Pfeifferovog bacila ne mogu nikako da potvrdim, premda sam se zdravo trsio.

<sup>2</sup> Spanisch u njemačkom imade isto značenje, kao kod nas izraz »tursko selo« ili »terra incognita«.



Anatomska slika bila je u većini slučajeva sasvim tipična. Od tačno promatranih 123 sekcija kod inače zdravih ljudi bilo je:

Kompaktna pneumonija hemoraškog karaktera u 112 slučajeva.

Fibrinozna pleuritida u 105 slučajeva.

Gnojna bronhitida u 58 slučajeva.

Plućni edem u 98 slučajeva.

Plućni apscesi u 18 slučajeva.

Gnojna upala pleure u 5 slučajeva.

Plućna gangrena u 2 slučajeva.

Akutna upala larinksa u 37 slučajeva.

Akutna upala traheje u 59 slučajeva.

Hipertrofija srca u 103 slučajeva.

Perikarditide sam nijesam vidio, no izvješćuju iz Tirolske, da su je tamo vrlo mnogo vidjeli.

Gnojna miokarditida u 1 slučaju.

Degeneracija parenhimskih organa u 120 slučajeva.

Veliki akutni tumor slezene u 89 slučajeva.

Napadno veliki bubrezi (valjda uslijed parenhimske degeneracije i deskvacije epitela), nalaz, koji, koliko je meni poznato, još nigdje nije publiciran, u 113 slučajeva.

Hiperemija mozga u 84 slučajeva.

Moždjani edem u 19 slučajeva.

Tonsillitis purulenta u 31 slučaj.

Intramuskularne hemoragije u trbušnom mišićju u 7 slučajeva.

Intramuskularne hemoragije u prsnom mišićju u 2 slučajeva.

Intramuskularne hemoragije u diafragmi u 1 slučaju.

Hemoragija u paravesikalnom tkivu u 1 slučaju.

Status thymicolymphaticus u 2 slučajeva.

Htio bih još da spomenem, da su homokrine žlijezde pokazivale normalni nalaz. Anatomska slika bila je dakle sasvim tipična. Promjene na plućima, na porebrici, larinksu i traheji, akutni tumor slezene i napadno povećani bubrezi. Napadne bile su uvijek hemoragije i hemoraški tip plućnih promjena.

Pa kad već uzročnik nije poznat, dobro je barem, da je anatomska slika donekle značajna, jer barem anatomski možemo da diagnozu sa priličnom sigurnošću stavimo, te na taj način dobivamo kriterij za ograničenje i definiciju bolesti. Sad su počeli pokusi sa životinjama. Landsteiner je prvi injicirao defibriniranu krv akutno oboljelih pacijenata u trbušnu šupljinu zamorčeta i kunića i to krv jednog te istog pacijenta jednom kuniću i jednom zamorčetu, a krv drugog pacijenta opet jednom kuniću i jednom zamorčetu. Pri tom se ispostavilo, da je 1 sat nakon injekcije temperatura životinja za 1.5–2° C strmo pala, te se tek nakon 2 sata lagano do normalne topline digla, a pad temperature bio je uvijek kod dviju raznih životinja, koje su istu krv dobile, jednak, dok kod životinja, koje su raznu krv dobile, premda su životinje istovrsne bile (kunići ili zamorčeta) bila je diferencija temperature razna. (Razlika od 0.5° C.) Landsteiner nije životinje dalje klinički motrio, već je samo čekao, dok su poginule. Kunići su nakon tri dana poginuli, a da se nikake anatomske promjene našle nijesu, dok su zamorčeta ostala zdrava. Landsteiner nije dalje rad nastavio; Edelmanna pokušao je još sa majmunima. Njegovi rezultati mi nijesu poznati, a ja sa majmunima nijesam pokusa pravio, jer ih nijesam imao.

Budući da je krv jednog te istog pacijenta kod raznih životinja prouzročila isti pad temperature, a krv drugog pacijenta kod drugih raznih životinja opet isti, no od prvoga različit pad, budući nadalje da su kunići poginuli, dok su zamorčeta ostala zdrava, zaključujem, premda mi nije poznato, zašto je temperatura



pala, mjesto da se digla, da je uzročnik bolesti kod obih pacijenata infekcijozan, razno virulentan, ali istovrstan, a razne životinje protiv njega da imaju razni imunitet. Čovjek disponira najjače da oboli, kunići manje, a zamorčeta jos manje.

Proizlazeći od opažanja, da se kod čovjeka bolest najčešće manifestira kao plućna bolest, i to vrlo slično plućnoj kugi (pestitis pulmonalis), a plućna kuga osobito se dobro razvija kod parcovia; pokušao sam ja da eksperimentiram sa bijelim parcovima. Dvima parcovima injicirao sam krv, a dvima dijelove sterilno ekstrahirane parotide umrlih bolesnika, oboje u dorzalnu limfnu šupljinu. Od svake grupe poginula je jedna životinja, dok je druga ostala zdrava. Temperatura kod tih životinja nije niti pala, niti se digla. Životinje bile su sasvim mirne. Srce bilo je iza injekcije nešto brže, ali se doskora umirilo. Kod sekcije nije se u jednom slučaju ništa napadnog vidjelo, dok je kod drugog parcovia bila hemoragija u diafragmi. Pluća bila su netaknuta.

Polaziv sa stanovišta, da ljudska infekcija ne dolazi kroz krv, nego valjda direktno kroz pluća, metnuo sam u kavez razrezana pluća netom preminulog bolesnika i od pet parcovia, koji su se u kavezu nalazili, poginuše nakon 24 sata dvojica, a nakon novih 24 sata još jedan, dok su dva ostala zdrava. Kod poginulih životinja našao sam u dva slučaja infiltraciju pluća, a u trećem samo povećane limfne žlijezde. U jednom od pneumonijskih slučaja bile su potkožne hemoragije oko prsnoga koša. Bakterija u plućima parcovia nijesam mogao naći, a injekcija plućnih dijelova poginulih parcovia ostala je kod novih parceva bezuspješna. Infekcija dakle, koja se raznih životinja raznom snagom prihvaća, prihvaća se jedne te iste životinje razno prema tome, kojim putem u organizam dolazi. Najsnažnija je infekcija kroz respiraciju, slabija je kroz krv ili kroz ostale dijelove tijela.

U to se pročulo, da su francuski autori opisali kao uzročnika virus, koji prolazi kroz Berkefeldfilter, dakle sitan i nevidljiv virus, slično kao kod variole. Kako su ti nepoznati francuski učenjaci do te izjave došli, nije mi poznato, no vrlo je vjerojaino, da imaju pravo. Pokusi, što sam ih potaknut tom idejom sam izveo, ostali su bez pozitivnog rezultata. Ja sam naime zamotao svježa ljudska pluća u razrezanom stanju u Berkefeldfilter, te sam ih ovako stavio u kavez. Životinje ostale su netaknute. Uza sve to ipak mislim, da je mnijenje tih nepoznatih Francuza vrlo vjerojatno. Njihove pokuse saznat ćemo još sigurno u skoro vrijeme. Ja prema tome stojim na stanovištu, da sadašnja epidemija sa epidemijom od 1889.—90. nije identična i da s njom ni u kakvom savezu ne stoji. Svi bakteriološki nalazi, koji su do sada publicirani, nijesu drugo nego nuzinfekcije. Dok je za ovu epidemiju karakteristična hemoraško-edematozna pneumonija sa hemoraškom diatezom u ostalom tijelu, značajna je za influencu više gnojna pneumonija sa gnojnom diatezom u ostalom tijelu. Karakteristično je, da sam u većini onih slučajeva, gdje sam kod sekcije našao plućne apscese ili gnojni empijem pleure, bakteriološki našao Pfeifferov štapić i da je većina tih bolesnika bila iz jedne te iste bolnice (Kronprinzessin Stephaniespital), dakle infekcijozna primjesa a ne samostalna bolest.

Toliko o anatomskim nalazima, a sada prelazim na kliniku. Kod te zgone htio bih spomenuti, da je epidemija u početku bila vrlo laka, a tek u jeseni da je postala tako ozbiljna i da je prognoza kod epidemije uvijek ovisna o stanju barometra.

Pitanje inkubacije mislim da je sasvim neriješeno. Neki autori tvrde, da inkubacija iznaša 3 dana, neki produljuju do 9 dana. Kojim pravom to tvrde, ne znam, no držim da je nemoguće kod čovjeka tačno inkubaciju odrediti. Meni su poznati slučajevi, gdje su liječnici isti dan, kad su na paviljon došli, obolili, no ja nikako ne ću da tvrdim, da su se ondje zarazili, jer su imali i prije u čitavom



gradu prilike da se zaraze. Navedeni brojevi za inkubaciju prilično su dakle labavi.

Početak bolesti vrlo je različit. Neki bolesnici, koji su s afebrilnim bolestima u bolnici ležali, pokazuju prije, nego im se temperatura digne, neku vrst prodroma kao tromost, glavobolju (naročito oko šije), stezanje oko prstiju, trganje u koljenima; kod žena dismenoroične boli, boli u kostima, neobično čuvstvo u prsima itd. Vrlo često nastupaju prodromi u isto vrijeme sa menstruacijom (nepovoljno za prognozu!). Kod drugih opet iznenada se temperatura digne na 39–40° C, te ljudi bez ikakih prodroma pokazuju vrlo teško stanje.

Bolest sama po sebi može da se manifestira na razne načine, te su je razni autori podijelili u *typus respiratorius*, *intestinalis*, *cerebrospinalis*, *rheumaticus* itd. Najobičniji je tip plućni i to u obliku bronhijalnog katara, ka kojemu se onda upala pluća pridružuje, no nikako ne u svim slučajevima. Neki bolesnici imaju uz to nosni katar i vratobolju. Vrlo skoro razvije se upala porebrice, koja uvijek imade značaj fibrinozne pleuritide. Slika potpuno razvijene upale pluća pravi vrlo turoban utisak. Bolesnici su cianotični kao kod kuge i dispnoični. Mase, što ih kašljem izbacuju, katkada su krvave, no gotovo uvijek smeđe su boje i viskozne konzistencije. Bolesnici leže apatično, a radi probadanja uslijed pleuritide vrlo mirno. Duh nije bistar, bolesnici jecaju i govore o koječem. Katkada bacaju uz intenzivni kašalj čistu krv. Često se opažaju simptomi meningizma uslijed jakog toksiciteta infekcije. U ostalom vidio sam i dva slučaja gnojne meningitide, koje su potpuno ozdravile. Refleksi su u većini slučajeva jako oslabljeni, često fale sasvim. Bilo je većinom ubrzano, vrlo često je nepravilno, jer je srce uvijek hipertrofično. Upale perikarda nijesam imao prilike da vidim, premda su je neki autori opisali. Sa strane endokarda nijesam osobitih pojava vidio, dok sam bio svjedokom vrlo drastične gnojne upale miokarda kraj općenite sepse s apscesima u svim mogućim organima. Od nepravilnosti bila vrlo su česte ekstrasistole, no i potpunu blokadu srca sam u agoniji češće vidio. Aritmije srca katkada se iza digitalisa poboljšavaju, no više puta se znadu i pogoršati, te se njihov jedinstveni tip ne da opisati. Dikrotiju takodjer sam mogao tuj i tamo da ustanovim, a sniženje krvnoga pritiska spada gotovo medju redovite nalaze. Sve se te nepravilnosti bila dadu lako razumjeti, kad pomislimo, koliki posao imade srce da obavi kraj takove infiltracije pluća i kraj tolike temperature. Od cerebralnih bolesti vidio sam jednom encefalitudu (i kod sekcije!), a jedan slučaj bio je vrlo zanimljiv, gdje je djevojka, koja je u djetinjstvu imala epidemičnu meningitudu kraj upale pluća obolila na grčevima Jacksonovog tipa i sa simptomima moždjanog tumora, a kod sekcije vidilo se, da su moždjane opne bile do 4 milimetra debele i tvrde (uslijed fibrinozne organizacije iza meningitide u djetinjstvu), dok je mozak bio uslijed sadašnje infekcije edematozan. Djevojka dobila je dakle, moždjani edem, dok je mozak bio zatvoren u krutoj kori organiziranih moždjanskih opna, te je na taj način intrakranielni pritisak akutno narasao i tako su nastali Jacksonovi grčevi i simptomi povećanog intrakranielnog pritiska. Medju vrlo rijetke pojave spada empijem Hyghmorove šupljine i trigeminova neuralgija (obratno kod influence).

Akutno povećanje jetara uslijed stagnacije krvi prilično je često, dok je žutica rijetka i za prognozu vrlo nepovoljna.

Povećanje bubrega, koje se anatomske gotovo uvijek vidi, ne da se klinički da ustanovi, dok se slezena gotovo uvijek kao mekani tumor opipati daje. U mokraći vrlo se često nalazi bjelančevina, katkada i cilindara, a iza palpacije znade se i hematurija da javi. Nefritide nijesam vidio, dok su bolesnici, koji su od prije na nefritidi болоvali, vrlo slabo otporni bili, naročito nefritičari sa većom hipertrofijom srca. I srcobolni ljudi slabo su renitentni.

Sliku krvi našao sam raznom prema tome, kakova je ostala klinička slika bila. Leukopenija je prilično rijetka (Jagić tvrdi, da je redovito vidi), dok u



slučajevima mješovite infekcije, naročito kod bolesnika s plućnim apscesima, našao sam umnoženje bijelih krvnih tjelešaca do 20.000 u  $\text{mm}^3$ .

Reumatoidne pojave slične su kao i kod drugih zaraznih bolesti, a i intestinalni simptomi ne pokazuju ništa napadnoga. U mnogim je slučajevima ileocekalna okolina vrlo osjetljiva. U većini slučajeva prevlada dakle plućni oblik, koji je i od sviju drugih najopasniji. Vrlo deleterno djeluje infekcija na plućnu tuberkulozu, kod koje vrlo često dolazi do akutne miliarne tuberkuloze. No i ljudi s lupusom lične kože vrlo često dobe sveopću miliarnu tuberkulozu. Zanimljiv je jedan slučaj, u kojem je 20-godišnja djevojka u bolnici ležala sa supfebrilnom temperaturom, a svi su ostali simptomi govorili za tuberkulozu desnih pluća. Kad je ta djevojka smjesta obolila sa simptomima pleuritide i pneumonije, temperatura se sasvim neznatno digla. Slučaj ubrajao sam medju laglje, no kad najednom djevojka umre, a kod sekcije bila je razgranjena limfogradulomatoza čitavog desnog srednjeg plućnog krila, proizišla od bronhijalnih žlijezda, a uz to pneumonija obih donjih krila.

Zanimljiv je nadalje slučaj, gdje je žena od 32 godine 3 dana iza kolecistektomije obolila na pneumoniji, pa je ligatura cističkog žučovoda uslijed visoke temperature i infekcije otpustila. Uslijed toga razlijevala se žuč po trbušnoj šupljini i bolesnica je umrla isti dan sa simptomima, koje sam ja svojedobno za biloragiju opisao (dr. Mavro Gross: Ascites bilosus u »Liječničkom Vijesniku« 1918. br. 11.). Primarius Rosanes stavio je diagnozu žučne peritonitide, dok je sekcija pokazala, da su svi nazori, koje sam glede toga pitanja svojedobno opisao, istiniti. Upalnih simptoma nije bilo nikakih, a na peritoneju vidjelo se mnogo zelenih pjega od rezorpcije žući. Suprarenalne žlijezde bile su vanredno velike i hiperemične, u kratko slika, koju sam u svojim pokusima sa životinjama redovito vidio. Otpust ligature kod kirurških pacijenata iza operacije vidio sam nekoliko puta, pa ni gnojnih hematoma nije manjkalo. Sve to kraj tako razvijene hemoraške diateze nije ništa osobito.

Interferencija epidemijske infekcije sa škrlatom, dobracem i difterijom vrlo je štetna. Šta se trudnoće tiče, mogao sam ustanoviti, da su žene iza petog mjeseca vrlo često abortirale, dok su žene ispod pet mjeseci redovito ostale gravidne, a obe grupe vrlo su često smrti podlegle. Redovito smrtonosna bila je i infekcija žena iza poroda. (Sličan izvještaj objelodanio je i Wagner u Pragu.)

Glede prognoze ne da se ništa sigurnog reći. Obično su oni slučajevi, koji do smrti vode, već u početku vrlo teški. No opazio sam, da su oni bolesnici, koji kraj teških plućnih simptoma i visoke temperature imadu bistar senzorijski, obično bolest dobro podnijeli, dok su somnolentni bolesnici obično ostali žrtvama infekcije. Sigurno je, da su mješovite infekcije vrlo štetne, no Edelmann je opazio, da je nuzinfekcija sa Pfeifferovim bacilom za prognozu povoljna. Tvrđnju nekih autora, da bolest najjače hara medju ljudima, koji su do tada bili sasvim čili i zdravi, ne mogu da potvrdim. Ja naprotiv na temelju opažanja na mom ogromnom i raznolikom materijalu ustanovljujem, da su ljudi čvrste konstitucije bolest vrlo dobro podnijeli, a žrtvama da su pali ljudi slabe konstitucije, slaboga zdravlja, alkoholičari, žene za vrijeme menstruacije, trudnoće i poroda, ljudi bolesna srca i bolesnih bubrega, rekonvalescenti iza operacija, izmučeno radništvo, izmučeni liječnici i činovnici. Glede terapije ne ću da se upuštam, jer mislim da je sasvim nemoćna, tek hoću da spomenem, da sam polaziv od činjenice, da je zamorčad protiv infekcije prilično imuna, pokušao defibriniranu krv zamorčeta, da injiciram u vene bolesnika. Ne mislim da sam uspjeha vidio. A onda još nešto: Pitanje, što treba liječnik da prepisuje, kad ga zdvojni pacijenti pitaju za savjet, vrlo je aktuelno i mislim, da se principijelno imade na slijedeći način da riješi: Liječnik imade da se bori protiv uzročnika smrti. Da su raznoliki lijekovi pri tom sasvim nemoćni, o tom ne ću da više govorim. Specifične



terapije nema. Terapija treba prema tome da bude simptomatska. Uzrok smrti leži u ispadu funkcije srca i pluća. Srce podupiremo kardijačkim lijekovima, pluća pak oblozima i salicilatima. No oblozi vrlo su štetni srcu. Iskustvo pokazuje, da kardijački lijekovi vrlo često ne koriste ništa. Sasvim je i shvatljivo, jer srce zapravo nije bolesno. Srce radi, koliko može, no nemoguće ne može da uradi, pa jačali ga mi bilo kakim lijekovima. U nekim slučajevima dakle nastupa smrt uslijed iznemoglosti srca. No ja mislim, da su to rjedji slučajevi. Ako promatramo anatomsku sliku pneumonijskih pluća, koja su vrlo često od dna pa sve do vrška kompaktno infiltrirani, njihove alveole sasvim napunjene serohemoraškom tekućinom, ne ćemo se čuditi, da tu nikaki, pa bio još kako potencirani rad srca, ne može da aspiraciju uzdržava, jer ta su pluća naprosto zrakoprazna. Čovjek taj nije umro u prvom redu zato, jer mu je srce klonulo, već je u prvom redu umro zato, jer nije imao u plućima zraka da diše. Pokušajmo ovakova pluća kod sekcije da istiskamo, pa ćemo vidjeti, da u njima nema gotovo ništa zraka. Taj se čovjek naprosto ugušio, pa nas zato hemoraški karakter pneumonije ni malo ne čudi, jer hemoragije kod smrti uslijed ugušenja nijesu ništa neobična. Uzročnikom smrti dakle u prvom je redu infiltracija i ugušenje, a u drugom tek iznemoglost srca. Liječnik treba dakle principijelno da se bori protiv infiltracije, a u toj borbi jedino su mu sredstvo – oblozi. Premda dakle oblozi srcu škode, treba da se u prvom redu oblozi prepisuju. Toliko, koliko oblozi srcu škode, toliko će sigurno digitalis srcu da pomogne, dok štetu uslijed kompaktne infiltracije pluća nikaki digitalis ne će da odstrani. Cardiacum dakle treba da se bolesnicima dadu, da im srce što više ojača, no u prvom redu dolaze resorbentia, a to su salicilati i oblozi, a uz to udisavanje kisika. Da i ta terapija vrlo često ne koristi, to ne ću da niječem, no da jedina ta terapija u principu imade pravo, o tom za mene nema sumnje, jer ako infiltraciju ne možemo da odstranimo, ne će nam nikaki cardiacum pomoći. Uskratimo li pacijentima obloge, jer im hoćemo srce da štedimo, onda smo im čuvali srce, ali im nijesmo čuvali život.

A sada da u kratko ponovim:

Sadašnja epidemija zarazna je bolest, koja je prouzrokovana još pobliže nepoznatim sitnim uzročnicima, koji valjda prolaze kroz Berkefeldfilter. Razne životinje razno k bolesti disponiraju, a i virulencija uzročnika vrlo je razna. Modus infekcije ide kroz trakt respiracije; na drugi način teže je bolest inplantirati. Najčešće i najteže obole pluća, pa je narodni naziv plućna kuga sasvim shvatljiv. Bolest imade sasvim tipičan anatomski nalaz, dok je klinička slika epidemiji od g. 1889.–90. vrlo slična; no dok influenza imade značaj gnojne bolesti, karakter je naše bolesti hemoragičan. Osim pluća mogu da obole i drugi organi. Bolest se često kombinira s drugim infekcijama, katkada i sa Pfeifferovim bacilom. Prognoza bolesti, kao kod svake epidemije, u razno je doba epidemije razna. Za prognozu mjerodavan je sensorij bolesnika. Terapija nemoćna je i simptomatična, te nastoji da postigne rezorpciju infiltrata, a uz to jača srce.