

lehetne intéznünk egyuttal az iránt, hogy a *törvényszéki orvosi vizsgálatokon sem kellene annyi minutiosításra kiterjeszkedni, s azoknak is ingyeneseknek kellene lenni!* Mert mindkét nemű vizsgálat után, ha az orvosi testületnek új vizsgákat tett része sem fog egyhamar az eddig a nélkül alkalmazottnál nagyobb méltányolásban részesülhetni, mindinkább elmegy a vizsgáktól a kedve az új orvosi nemzedéknek, mely oklevele megnyeréseig már az egyetemen annyi költséges szigorlaton kényszerült átmenni. S nem csoda, ha a *körorvosok streikolnak.*

Miután a feliratok nincsenek készen az ezen felirattal megbízott titkár, dr. Löcherer megsűrgettetik, hogy azt minél hamarabb terjessze be.

2. A közülésre vonatkozó egyéb tárgy nem lévén, Dr. *Urszinyi* Gyula a diphteritis diagnostikai és therapeutikai értékéről, tekintettel a statistikára és ebből folyólag valamely therapeuticus eljárás megítélésére, különösen a savó terapiára vonatkozással a következőket adja elő :

A budapesti orvosi és demographiai kongresszusnak legvonzóbb és legérdekesebb tárgyát képezte a differitisz. Legelsőnek szóllott Löffler és kimondta, hogy csak az D., a hol a bacillus kimutatható, a többi pedig csak pseudo D.

Rou pedig előadta a D.-nek bakteriologicus alapon való osztályozását s ez által a D. statisztikának új alapon való felállítását.

A régi statisztika megbízhatlan, téves, nem mond semmit, de mintán Rou osztályozásához góresövi vizsgálat szükséges, nekünk vidéki orvosoknak, klinikai tünetek után kell kutatuunk, hogy a statisztika felállításában helyesebb utra térjünk.

D.-nél a diagnózis felállítása sürgős, nem mint tuberkolosisnál, hol a köpetet felküldhetjük, itt arra nincs idő. A therapiára nézve mindegy, mert minden gyanus esetet D.-nek veszünk, de éppen ezért hibás lenne statisztikánk.

Rou osztályozása következő :

„D. complicatioi.

I. Aprós cocussal nevezte Brisson-coccusnak, mert ily nevű fiun lett felfedezve. Ez a legendyhebb alak, azonban hajlamos a gégére leterjedni.

II. Assoc. staphi. piog., ez már súlyosabb, hajlamosít bronhopneumoniu. A lélegzés gyorsabb.

III. Assoc. streptococussal, ezen alak a legsúlyosabb, mortalitás 87%. (Rou szerint.) Savóval gyógyítva 25%. A halálok általános infectio streptococcusokkal.

IV. A pseudo D., ez klinikailag hasonló a D.-hez de bacyll. Löffler nem található, tehát nem D. Klinikailag össze téveszthető még a D.-sel a közönséges „*angina catarrhalis*.”

V. Gyermekkorházakban maga Rou említi, hogy minden anginát antitoxikus savos gyógykezelésben részesítettek, különbség nélkül D. volt-e vagy nem, a mit csak a későbbi bakteriologikus vizsgálat döntött el. Az egyszerű angínások D-t nem kaptak, ez bizonyítja az immunizálást, de bizonyítja azt, ha felvették volna a D. statisztikájába, *nagyban javítaná* a mortalitást.

VI. A tonsilitis foll. még könnyebben nézhető D.-nek, kivált ha confluens és az orvos *genesist* nem látta.

A tonsillitis parenchymatosát is láttam D.-nek diagnosisálni, ez már nagy hiba, mert míg a többenél terrapiiai hibát nem követ el az orvos, itt egyedül a meleg borogatás, antisepticus szájvizzel, fájdalomcsillapítóval, és scariphicalasa a fluctualos tonsila, mellő garatv vagy lágyszájpadnál egy esapással megszünteti a fájdalmas nyelést.

Azt hiszem tehát, hogy téves lesz az a statisztika, mely az eddigi D. felőli ösmereteink diagnosisába lesz fektetve.

Több kongresszusi tag kívánta, hogy 5—10 évről szerkesztessék D. statisztika a scart. D. kizárásával. Kiterjeszkedve a járvány terjedése, éghajlati viszonyok s minden egyéb. S küldessék minden orvosnak egy táblázat, hogy azt töltse ki. Láttam ilyen táblákat, óriási munkát végeztek a németek, az angolok, amerikaiak praktikusabban cselekedtek. A járvány terjedését egyszerűen tartományok szerint, sötét, majd sötétebb, végre fekete színekkel illusztrálták, feltüntetve egyedül a járvány intensitását.

Két évig Békésmegyében, Mező-Berényben voltam községi tisztviselő orvos, végezve járásorvosi teendőket is, ez alatt 765. D. észleltünk ketten. Mortal volt 302, tehát 40% a halálozás.

Vegyes D. alakok voltak angina és tonsilitis foll. lehető kizárásával, de mégis téves ez a statisztika, mert ebből nem tudjuk meg az igazi D. mortalitását.

De ha már górcsővel eldönteni nem tudjuk, vidéki orvosok az egyes assoc. os. D. alakokat, kell oly klinikai különbségeket ke-

resnünk, melyek némileg helyes utra visznek, mert ma az egyik orvos 10% mortalitást mutat ki és így a legjobb orvos hírében áll a laikus publikum előtt, a másik 80%-ot. Nincs megállapodás az orvosok közt, mit, mikor nevezünk D.-nek. Ha megpróbáljuk osztályozni a D-t klinikailag, következőleg vélem:

I. Súlyos alak, már igen heves tünetekkel kezdődik, magas láz 39° és feljebb, például 140., később 160. A tonsila uvuláról a lágy szájpadra terjedő vastag álhártya. (Láttam, hogy a kemény szájpadra terjedve, a metszőfogakat 2 cm.-nyire megközeleltette az álhártya.) Eleinte fehérszürke, később szennyesárga, majd piszkosbarna, fekete lesz, a szomszéd nyakhártya sáncszerűleg felemelkedik a lobos infiltratum által. (És ezt a streptococcus infectio okozza.) Az álhártya oly vastag, oly bőven termelődik, hogy ujjnyi vastag lesz a szájban, mint egy kis alma, úgy prominál a sáncszerű, lobos infiltratumtól könnyen leválasztható álhártya alatt, vérzés áll be mely festi részben az álhárttyát.

II. $F_2 Cl_6$ ecsetelés után a vas, a fehérszínű kénjével egyesül vas-szulfiddá és ez festi barnára az álhárttyát. (A fehérszínűből a kén saprophita baktériumok által idéztetik elő.) A szomszédos nyakmirigyek beszűrődnek, ezt is a streptococcus okozza, a nyak vastagabb lesz a fejnél. (Tömött infiltrat). A D. terjedhet az orrban, savos higfolyást okozva az Eustach cső és dobüregben.

A gége és légcsőre, ezek mind súlyos, localis complicatiók, de már többnyire általános fertőzést jelentenek.

A tüdőben bronhopneumonia léphet fel, mit a légzés gyorsításán vehettünk észre, 40-en felül egész 70-ig. Az általános fertőzés tünete, ha az arcz színe fakó, piszkos ólomszürke, ha hideg verejtékekkel fedett, már rendszeren submormális temperatura van jelen, de a pulzus 140—160 és arithmikus.

Egy fontos klinikai tünet áll rendelkezésünkre, mely ha jelen van a szervezet metastatikus associális fertőzésének szerintem legjobb klinikai adata. Mező-Berényben minden esetben, ha vizelletet kaphattam, megejtettem a fehérszínű vizsgálatot, és ez volt irányadó a prognózis kimondásánál, ha fehérszínűt találtam súlyos helybeli és általános tünetekkel, a prognosztis rosszra, ellenben várakozós álláspontra helyezkedtem.

A D. ezen septikus fájánál a mortalitas 80%. Streptococcus associális fertőzés van jelen, mely metastasis útján öl az általános tünetek klinikailag kimutathatók.

A Klinikailag könnyebb alak a localis tünetek lehetnek ép olyan súlyosak, de nem septicus, nincs metastasis. — Mortalitas 20—25%.

III. A legenyhébb alak, midőn észrevétlenül folyik le, de a consecutiv tünetek fellépnek, lágy szájad hűdés, accomodatio hűdés, strabismus, a gyermek nem lát olvasni, orvoshoz viszik, és a torok ép a D. rég lefolyt most csak specificus hatását érvényesíti a D. toxinja. — Halálozás 10%.

IV. A pseudo D., hol bacyll. nincs mortalitás 1—5%.

V. Angina catarrhalis, tonsillitis follicularis, tonsil. parenchymatosa, eredete mindeniknek más mortalitas 0%.

VI. A Croup oly D. mely a gégeben folyik le.

Lehet valódi D. és pseudo D.

I. A valódi D. nél. mort. 24%.

II. Associatio aprós cocussal ez enyhe lefolyásu, mort. 11%.

III. Staphilococ. assoc. mort. 63%, mert bronhopneumonia társul hozzá.

IV. Streptococcus assoc. mort. 57%, halál ok tüdő és más metastasis.

És ismét más statisztika alá kell venni azon D. croupot, melynél intubatio és melynél tracheotomia végeztesen, más alá, melynél ez szükséges nem volt. A mint létezett egy pseudo D. úgy létezik egy pseudo Croup, a mely csak megijeszti az anyát éjjel, az orvost meg fölköltik, de baj nincs.

A genuin Croup szintén nem D., mert b. nincs. Klinikai tünete: ha gyerek éjjel rekedt, kinzó köhögés által keltetik fel steno-ticus tünetekkel, nehéz légzés, megvizsgálva, garat, mandulákon ál-hártyák, de söt vérbőség sincs jelen, a gégeben azonban ál-hártyák vannak genuin ott fejlődtek, tovább nem terjedtek, a láz nem oly magas, mint D-nél, ha kételkedünk is a diagnózisban, a későbbi jó lefolyás D. ellen szól. A mint látjuk a D.-nek oly sokféle alakja különböztethető meg főresövíleg de *részben* klinikailag is, ha helyes D. statisztikát akarunk készíteni, a diagnosist kell precizirozni. Ez fogja megközelíteni a helyes utat, így osztályozva tudjuk meg a mortalitást, de ha mindenféle D-t és nem D-t, mindenféle Croupot és nem Croupot egy kalap alá vesszünk, az egyik orvosnak minden beteget meghal, a másik mindenkit meggyógyít. Ez bizalmatlanságot szül, hibás a diagnózis, hibás lesz a statisztika.

A legközelebbi madridi orvosi kongresszuson az eddig összegyűjtendő D. statisztikát, ha nem specificáló alapon mutatják ki, nem

fognak kisütni semmit, az óriási munka haszonnélküli lesz. Rou, francia patologus rövid statisztikája oly világos képet nyújt az egyes associatio alakokról, hogy midőn elolvastam, helyes voltát belátva, arra indított, hogy ezen jeles bakteorologus, ki a legnagyobb elismerést aratta a kongresszuson, a miniszter ülő helyéről felállva köszöntö meg neki jeles előadását, mit tapsvihar és éljen követett. A tudós arca az előadás alatt (rekedt), azonban továbbra is sápadt maradt, beteges külsejű, engedjék meg, hogy őt itt, becses engedelmökkel éltessem. A diagnosist befejezve néhány szót a terrapiáról.

Minden szert használtak D. ellen, csak néhányat említek fel:

1. Chlorkali belsőleg és mint szájviz.
2. Saliczil ecsetelés és szájviz.
3. Sublimát ecsetelés és szájviz a tonsilába is fecskendezve.
4. Timol szájviz.
5. $F_2 Cl_6$ ecsetelés belsőleg és szájviz.
6. 10%-es mentol ecsetelés. (Reger, Hannover 16 év alatt egy sem halt meg.)
7. Hydrargyrium cyanatum 1:1000 belsőleg.
8. Creolin 2%-es ecsetelés.
9. Hydrogenium hyperoxidatum ecsetelés, ami tonsilitis folliculárisnál jó is.
10. Pylocarpin injectio, a mi *genuin* vagy pseudo croupnál jó.
11. Higanykenőcs külsőleg.
12. Croupnál a gégebe drótesővet helyeznek, irrigálják a gégét lelógó fejjel, a torkot fecskendezik irrigátorral, ezt én is próbáltam, jó hasznát láttam, többet ér mint a gargarizálás, mert utóbbi, ha a piros folyadékkal gargarizálunk, nem festi meg csak a garativeket és tonsila kiálló mellő részét mossa

A fecskendező folyadék eljut a garat hátsó falára is, ezt is előretartott fejjel végezve. Löffler ajánlott egy keveréket, vele ecsetelni alkohol₅₀, Ol. Perebin₅₀, Carbol₃. Ezzel tett próbát eleinte savóra oltott D. bacilusokon és jobbnak találta mint egyiket külön-külön. Én ehhez hasonló keveréket készítettem Alkohol₆₀, Terebin₂₅, Lingtus Gumosus₁₅, hogy jobban keveredjen és Corosiv₁₀, ezzel ecseteltettem hosszú időn át. Ha a D. septicus lett, camphort is adtam hozzá, aránylag elég jó, de nem mondhatom, hogy fényes eredménynyel alkalmaztam. A D.-nek ily osztályozását nem ösmerem, anélkül pedig megbírálni valamely szer hatását nem lehet, mert egynek gyógyul mint petróleumtól, másnak mástól. (Bors antydyphtherium.) Ez mind svindli, reklám, nem igaz.



Megmutatta Rou az utat melyen kell *valamely szer becsét megítélni*.

Löffler egy más orvossága Alkohol₁₆₀, Toluol₃₆, Cresol₄, v. Creolin₂. Mentol₁₀.

Greifsvaldban ezzel gyógyított Stübing 95 beteget és mind meggyógyult. Ha fertőzésről nem szól, sem klinikai különbséget nem tesz a D—ek között, egy kalap alá veszi mind. Septicus alakok is voltak és meggyógyultak, bámulatra gerjeszt. Az ilyen statisztikához hozzá szólni nem lehet, hinni kell vagy nem.

Rou 4 évi mortalitása savó terrapia előtt 50—60%.

A mint a gyógyszerek különfélek, ugy a methodus, a mint gyógyitunk az is különféle.

I. Vannak orvosok, kik ellenségei a helybeli kezelésnek, csak belsőleg orvossággal és külsőleg kenőccsel gyógyítanak, és jó eredményt tüntetnek fel, oka a rossz diagnózis, rontják a statisztikát.

II. Vannak a kik hivei a localis terrapiának, de gyengén ecsetelnek, azaz: tupfolnak, csak oda nyomják az orvosságba mártott vattatampont 10"-ig. Félve, hogy felszakítják az álhártyát az alapról és vérzés áll be, pedig ezek mind nyílt kapuk szereplnének majd azon bacylusoknak a vérkeringésbe való jutásához, melyek associáltak a D.-hez és így létesülne a metastasis és albuminuria.

Tehát csak annyit tisztogatonak, a mennyit lehet.

III. Vannak, a kik erővel ecsetelnek, maró szerekekkel öblögetnek, fecskendeznek, hogy elpusztítsanak mindent.

A D. mai terrapiája nézetem szerint ugy helyes, ha a gyermek erőszak alkalmazása nélkül engedi a vattagomoly odaérintését, akkor végzem; ha nem, csak irrigalok, mert a vizsugárral nem sértek, ez kiöblíti a torkot, a száját, a gargarizálás nem.

De erőszakhoz semmi esetben nem nyulok, ez többet árt, mint használ.

Legtöbbet ígérő az antitoxicus vérsavó terrapia. Rou ismertette a Behring és Kittasato módszerét, mely szerint a D. többszöri beoltása által immunizált állat savójának antitoxicus hatása van, beoltva gyógyító a D. ellen, kisebb adagban immunizáló, tehát prophylacticus értéke van. Miután sok gyógyító savóra van szükség, legjobb e célra a ló, mert sok savót ad.

Rou először tengeri malaczon próbálta az antitoxin hatását, D-t létesített a malacz vulváján, ha beoltást végzett, gyógyult, ha nem, 4—6 nap mulva elpusztult. Nyulak tracheáján létesített, ott is

azt tapasztalta. — Ha assotionális fertőzést létesített staphylo v. streptoval, akkor vagy nem használt az antitoxin, vagy sokkal több kellett. Azután próbálta gyermekeken, minden gyerek, ki anginával hozatott be a kórházba, kapott 20 cm.³ savót az agyékba fecskendezve, később bakteorologicus vizsgálatnak lettek alá vetve és osztályozva, kiderült, hogy egy nagy része nem D. ott maradtak, de D—t nem kaptak, tehát az injectio által immunizáltattak. Ez nagyon fontos, mert a gyerekek jó része fogékony a D. iránt, csak egy része ab ovoimmun.

Az immunitas egyik-másik fertőzős betegség ellenében az individuum sajátága, ez át nem oltható savóval, de inkább családi jelleget képvisel és így örökölhető, nem a savó de a sejtek sajátága ez.

Azok is, kik fogékonyak a D. iránt, megszerezhetik az immunitást, ha D. bakteriumainak alkalmas állatba való beoltás által immunizált antitoxicus savót nyerünk, és ezt fecskendezzük azon egyénbe, ki hajlamos a D. iránt, őt az által immunizálhatjuk 3—4 hónapra, midőn újra ismétéljük, ha többet injicálunk, a már kifejldött D-t gyógyíthatjuk.

Az immunitás tehát 2 féle, az egyik egyéni a sejtek összegének sajátága, ez adja meg az individum önállóságát, megkülönbözteti mástól.

A másik immunitás csak szerzett az illető autitoxin által és szól csak ezen specificus betegség ellen. Az első állandó a második mulandó, megújítandó mesterségesen.

Gyógyszereink közül egyedül a chinin az, mely részben prophylacticum kis adagban a malaria ellen, nagy adagban pedig specificum ellene, már fertőző betegségnél sem prophylacticummal, sem specificummal nem rendelkezünk, egy új terrapiai utra vezet tehát a savós terrapia. A családi öröklött hajlamra hozom fel pl. a hesseni hercegi családot, melynek minden tagja örökli a hajlamot a D. iránt, mindenki tud közölünk hasonló esetet felsorolni.

Az immunitás elérésére

3 éven alul 0.5 cm³

„ „ felül 1 „

Gyógyítás.

2 éven alul

első 2—3 nap prodie 2—3 cm³

2—10 év közt 5 cm³

10 éven felül 10 cm³.

Ha javulás nincs, ismételni, az antitoxus beoltáson kívül jó prophylacticum az ellenállási képesség vagyis a sejtek individualis sajátosságának fokozása az időjárás viszontagságai ellen és ez által a hajlam csökkentése a D. iránt, mert nedves, hideg ősz, tél inkább hajlamosít, mint a nyár, a nyak hideg vízzel való lemosása, torok öblítése, antiseptikus szájjal, mert Löffler kimutatta, hogy az egészséges ember orrtorkában is ott lehet a bacillus, csak alkalomra vár, egy angina, egy tonsilitis follicularis, mint alkalmi ok szerepelhet a D. kitörésében, mert tapasztaltam, hogy mi még ma határozottan ton. foll. volt, csak a tonsilára szorított genésist megfigyeltem, 2 nap múlva D. lett. De ez csak úgy magyarázható, hogy a D. bacillus ott volt és alkalmi ok, egyéni dispositio mellett kitört.

Olcso antiseptikus szájvíz a Kali. hypermangan de kellemetlen, jobb a timol, salol, odol. — Helyes a tultengett mandolák lemetzése, melyeknek kriptáiban megfészkelhet a bacillus.

Fogak, száj tisztántartása jó, de mindez csak az alkalmi okot tartja távol, a bacillus ott lesz a szánkban, várja, mint vadász a kellő pillanatot, mikor jön egy ködös nap, lesz nátha és angina, s a bacillus befészkel magát, ha egyéni hajlam meg van. Tehát az immunizálás az egyedüli biztos óvszer a D. ellen.

A himlő Anglia, Svédországban kötelező védoltás által oly ritka lett, hogy alig fordul elő.

Löffler ajánlja, hogy úgy mint kolerá sídőben, népszerű ismeretése a D-nek szögeztessék minden ház belső falára, hivatalosan magyaráztassék meg a népnek.

A statisztika azt mutatja, hogy a D. nem függ a hygienikus intézmények előbbre vitelétől, mint a tifusz és a tuberkulózis. — Előbbi terjedése 5%-ról 2%-ra csökkent, — nagyvárosokban, mire a D. nagyobbodott. Okát abban találják, hogy a *népek koncentrálnak a városokba, és az iskolák terjesztik a ragályt*. Mig kisebb községben, én Berényben azt tapasztaltam, az iskola a D. terjedését nem befolyásolta, mert a gyerekek iskolán kívül találkoztak, míg városban nem.

A therapeutikus injectio hatása, a hő leszáll, ha erős volt cricite, ha nem lysis után, a pulsus csak 2 nap múlva lesz kevesebb, nem lesz szabálytalan, albuminuria ritkább, az arc nem lesz fakó, tisztul, az állhártya nem szaporodik, de 3—5 nap múlva leválik, bacillus egy hónap múlva nincs, mig injectio nélkül öt hét múlva is lehet és már nem beteg, még fertőzőképes, azért láttam eseteket,

hol mint orvos megengedtem, hogy a gyógyult beteg testvéreirez mehetett 4 hét mulva és fertőzte testvéreit.

Az injectio terrapiája mellett a hűdés ritkább.

Van Schering és Arronzon-féle antitoxin.

Vannak szerzők, kik tagadják a hatást, mások azt mondják, hogy megfelelő helybeli gyógykezelés mellett képes lesz talán a sepsist távol tartani.

Schuber dicséri, különösen friss esetekben egy injectio ele- gendő, a czombba végzi, mit sarlach vagy urticaria-szerű kiütés követ.

A pilocarpiumnak laryngeus croupnál nyilvánuló jó hatása mellett dr. Török, dr. Ruber és Pazár nyilatkoztak. Tüdőlobnál hatása kétségesebb.

3. Dr. *Fábry* Árpád 10 évi tüdőlobos betegeiről a kö- vetkezőkben értekezik:

A légző szervek betegségei közül alig van egy, mely annyira lekötné az orvos figyelmét, mint a rostonyás tüdőlob. Hirsch szerint az összes betegségek 3%, az összes halálozások 7%-a tüdőlob. — Zimmen szerint az összes belsőbbajok 67%. — Gyakorlatomból 10 évet, 1884. január elsejétől 1893. december 31-dikéig átnézve, a következő arányokat találtam:

1884	=	1205	beteg	közül	38	tüdőlob	=	3%
1885	=	1256	"	"	48	"	=	3·8%
1886	=	1672	"	"	63	"	=	3·7%
1887	=	2011	"	"	70	"	=	3·4%
1888	=	1665	"	"	51	"	=	3·1%
1889	=	2350	"	"	96	"	=	4·0%
1890	=	2851	"	"	134	"	=	4·7%
1891	=	2412	"	"	117	"	=	4·8%
1892	=	2873	"	"	76	"	=	2·6%
1893	=	3095	"	"	103	"	=	3·3%

Összessen = 21390 beteg közül 797 átlag = 3·7%

Nem csuda, tehát, ha egy ily gyakori betegség, mely némely kö- rülmények között igen komoly sőt végzetes, a nagy publikum előtt is ismeretes — s jogosan félt betegség, — eltekintve gyakoriságát, számtalan okot ad az orvosnak, hogy ezen betegséggel bővebben foglalkozzék, mert míg az egyik esetben — minden beavatkozás nélkül gyógyul, s az orvos csak videatur aliquid fecisse elvből ren- del, s olesó babért szerez — eddig egy másik esetben az összes