

AZ
ORVOSI HETILAP
TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEI.

— KÜLÖNLENYOMAT. —

Kiadják: Lenhossék Mihály és Székely Ágoston egyet. tanárok.

1919. LXIII. ÉVFOLYAM.

Közlemény a kolozsvári tudomány-egyetem sebészeti klinikájából.

**A spanyol betegség egynéhány sebészeti
szövődményéről.**

Írta :

Vidakovits Kamill dr.

a klinika megbízott vezetője.



BUDAPEST 1919,

Pápai Ernő műintézete, VI, Szerecsen-utca 65 (Liszt Ferencz-tér sarok)



A következő sorokban a világot végigjáró spanyol betegségnek, mely Kolozsvárt épp olyan súlyos alakjában jelentkezett, mint hazánk más részein, egynéhány szövődményéről óhajtok említést tenni. Csoportosítva akarom észleléseimet összefoglalni és ismertetni, anélkül természetesen, hogy e sorokkal kimerítettnek vélném e betegségnek a sebészt érdeklő megnyilvánulásait. Erre azért nem tartok igényt, mert anyagom aránylag kicsi; mindenesetre azok, a kiknek alkalmuk volt nagyobb járványkórházban működni, sokkal több és bizonyosan sokkal változatosabb szövődményeket is láttak. Éppúgy valószínű, hogy a sebészettel rokon szakmákban működő specialisták, mint a gége-, fül-orvosok, talán a nőgyógyászok stb., számos másnemű complicatio alakjában is ismerik e betegséget. Am most, mikor e járvány tanulmányozásával foglalkozunk, midőn azon fáradozunk, hogy e betegség mindennemű megnyilvánulásaival megismerkedjünk, nem lehet felesleges munka minden specialis megfigyelésünket leszögezni. Nem lehet felesleges sem pathologiai szempontból, nem a therapia, de a prognosis szempontjából sem. Csak ha minden észlelésünket összegyűjtöttük, lesz teljes és tiszta képünk e betegségről, mely oly rengeteg sok fiatal, élete legszebb virágában lévő áldozatot követelt. Gyűjtsük tehát az anyagot.

Ahhoz, hogy a jelenlegi influenza fertőzőses bántalom, nem fér kétség, ennek bizonyítására újabb érveket felhozni felesleges. Hogy mi az okozója, még nem tudjuk. Sebészi szempontból az bir érdeklő, hogy az influenza bacillusa minden bizonyára nem pyogen természetű, azaz nem okoz genyedet, ezt következtethetjük abból a valóságból, hogy a tiszta influenzás esetekben, vagyis azokban, a melyekben más bacteriumok nem okoznak szövődményeket, nem látunk genyedéses complicatiókat vagy áttételeket, ha ilyenekkel találkozunk, azok mindig más pyogen bacteriumtól vagy coccustól vannak feltételezve. Ezért joggal állíthatjuk, hogy az influenza vagy spanyol betegség, melyet Bársony tanár mint általános fertőzőses bántalmat oly találóan hasonlít össze a gyermekágyi lázzal, olyan fertőzés, melyben egy előttünk ismeretlen kórokozó, a specifikus *„genius epidemicus”* mellett más

pyogen mikrobák, főleg a streptococcusok szerepelnek. Megfigyeléseink arra engednek következtetni, hogy a járványnak súlyosságát az utóbbiak okozzák; a hol nem szerepelnek, vagyis a hol szövődmények — elsősorban a tüdő és mellhártya részéről — nincsenek, ott a betegség lefolyása általában jóindulatú, ámbár láttuk olyan alakját is, a mikor erőteljes férfibeteg tisztán szívgyengeség tünetei között 24 óra alatt elpusztult. Az ilyen esetben minden valószínűség szerint az influenzabacillus anyagcseretermékeit, vagyis az általa termelt toxint kell felelőssé tenni. Minden klinikai jel mellett szól, hogy a spanyol betegségben rendkívül intenzív toxihatással van dolgunk, erre példák az előbb említett eset, valamint általában a szövődmény nélküli súlyos esetek, a mikor a súlyos sepsis minden tünetét mutatja a beteg. Mint ilyenek említendők a sokszor észlelhető izomfájdalmak, myositisek, ízületi fájdalmasságok, a gyomorbélrendszer hurutos tünetei, véres szék, vesealterációk stb. és amit közvetlenül tudunk szemünkkel észrevenni, a látható nyálkahártyák catarrhusa vagy intenzívebb gyuladása is. Pathológiai felfogásunkkal és bakteriológiai ismereteinkkel éppenséggel nem ellenkezik az a feltevés, hogy az így megmérgezett szervezet más, őt mindig fenyegető fertőzésekkel szemben nagyobb affinitással bír. És úgy látszik éppen a streptococcus az, mely ezt az előkészített talajt kedveli, mint a hogy azt elsősorban a tüdőcomplicatiók mutatják, melyekben a streptococcus, mely mindig jelen van a szájbán, garatban, hörgőkben, addigi saprophyta voltát levetve és magasfokú virulentiára téve szerit, elárasztja a hörgőket és tüdőt. De a streptococcus mellett más a szájbán, illetve felső légutakban rendes körülmények között is tanyázó mikrobák is szerepelnek mint pathogen csírák, ilyenek a staphylococcus és a diplococcus.

Nyilvánvaló, hogy az olyan megbetegedésben, melyben pyogen bacteriumok, illetve mikrobák szerepelnek, kell találkozunk az ezek által okozott másodlagos elváltozásokkal is, vagyis gyuladásokkal, genyes folyamatokkal, melyek a sebszét körébe vághatnak. Feltehető, hogy ilyen súlyos, főleg streptococcusfertőzés esetén nemcsak helybelileg a fertőzés megtelepedése helyén, tehát a légutakban, tüdőben fogunk ezekkel találkozni, hanem, a mennyiben az általános fertőzés minden feltétele adva van, valószínűleg távol e helytől is. A sectióra került esetek igazolják, milyen nagy mértékben vannak a peritrachealis és peribronchialis nyirokutak genyesen beolvadva, ott találjuk — mint azt *Budai* tanár kimutatta — a peribronchialis capillarisok és kis erek thrombosisát és súlyos bántalmazottságát, csoda-e tehát, hogy innen

általános sepsisek, illetve bacteriumos általános fertőzések létrejönnek? Hogy e sohasem nyugvó szervből, melynek olyan rendkívül élénk vérkeringése van, mely az erőltetett köhögés miatt folyton vongáltatik, összenyomatik, miáltal a bacteriumok mintegy bepréseltetnek a szövetekbe, hogy innen ilyen corpuscularis elemek directe besajtoltnak a nyirok- és véráramba? Lényegileg tehát itt is, mint sepsis eseteiben, általában találunk egy gócot, a mikrobák megtelepedési helyét, és találkoznak a felszívódásra igen kedvező feltételekkel. Hogy ilyen körülmények között úgy a fertőzések gócz körül, mint attól távolabb is fogunk lobos folyamatokkal találkozni, azon nem lehet csodálkozni, épp ez adja meg a betegségnek sebészetileg fontos jellegét.

A feltétel sebési szövődmények létrejövételéhez tehát adva van és a tapasztalás beigazolta, hogy ilyenekkel igenis találkozunk, de már itt meg kell említenem, hogy mégis ritkán, még pedig valószínűleg a következő okokból. Mint már előbb is említettem, azt kell feltételezni, hogy a spanyol betegség *genius epidemicus*, vagyis kórokozója *valószínűleg* nem pyogén természetű! Hogy elvéve nem viselkedik-e mégis mint ilyen, nem lehet teljességgel tagadni, mert találkoztunk olyan hasüri- és mellürexsudatummal is, melyben a szokásos eljárásokkal semminemű mikroorganizmust sem lehetett kimutatni. Természetes ilyenkor is még mindig tiszta toxinhatással — akár a specifikus kórokozóval, akár a másodlagosan szereplő mikrobákéval — is lehet eme exsudatumok létrejöttét magyarázni, bár nem valószínű, hogy ezek ilyen kifejezett genyes gyuladást okoznának. A tiszta esetekben tehát nem számítunk minket érdeklő szövődményekre, ezek rendszeren — mint a hogy a tapasztalat igazolja — simán lefolyó esetek, a melyeknek therapiája belgyógyászati; complicatiókra a súlyos, tehát vegyes fertőzések esetében számíthatunk, ezek közül is csak azokban, melyekben a fertőzés nem olyan túlvirulens, hogy a szervezetet elpusztítaná, még mielőtt a szövődmény kifejlődhetnék. Itt tehát ugyanazzal a körülménnyel találkozunk, mint az igen súlyos genitális fertőzésben, midőn sem a méh körül, sem attól távolabb nem fejlődnek ki nagyobb fokú elváltozások. Maradnak tehát csak bizonyos szerencsés súlyos esetek, a nem túlsúlyos esetek, melyekben sebési beavatkozásra lehet alkalom. Kétségtelen, hogy emez esetekben a spanyol betegség kórokozója úgy szerepel, mint a mely előkészíti más pathogen csirák kifejlődésére a talajt. Ezt bizonyítani tudjuk nemcsak a helyi lelettel a légutakban, hanem azzal a ténnyel is, hogy az ezektől távolabb észlelhető szövődmények rendszeren csak később fejlődnek, olyan

időben, mikor a beteg esetleg már napokig láztalan volt, ezért az újbóli megbetegedés, az újra jelentkező láz, sokszor nem influenza-recidivának, hanem valamely szövődmény fejlődésének tekintendő. Így láttuk ezt a pleuritisek nagy részében, így a legtöbb szövődményben: parotitis eseteiben, ízületi megbetegedésekben és másokban is. E megfigyelés alapján azt kell tehát mondanunk, hogy az influenzában észlelhető szövődmények nagy része csak másodlagos megbetegedés, mely nem is tartozik már szorosan az influenzához, azaz csak az influenza folytán megviselt és előkészített szervezetben jelentkezett más kórokozók által előidézett megbetegedés.

A részünkről eddig észlelt sebészi megbetegedések közül felemlíthetjük a pleuritist, peritonitist, appendicitist, cholangitist, parotitist, ízületi gyuladást és phlegmonét.

1. *Pleuritis.* Ilyent eddig 30-nál több esetben volt alkalmunk látni. Az ez évben eddig kezelt pleuritisek összes száma — itt csak a genyes mellhártyagyuladásokat említjük — 62 volt. A fenti esetek mind olyanok, a melyekről biztosan vagy legalább is igen megbízható hemondás alapján a legnagyobb valószínűséggel állíthatjuk, hogy influenza után vagy mellett jelentkezett. A legtöbb olyan, melynek influenzáját a belgyógyászati klinikán kezelték, melyeket onnan tétek át a sebészeti klinikára, tehát melyekben nincsen kétség aziránt, hogy influenzás eredésű empyemák. Ezek közül műtetre került az első héten 5, a többi a megbetegedés 1.—4. hetében, vagyis akkor, mikor az influenza már lezajlott volt. Ezeknek anamnesisében azt olvassuk nem egyszer, hogy már napokig láztalanok voltak, már fennjártak és akkor lepte meg őket újból a láz oldalszúrások kíséretében. Kétoldali pleuritist csak egyetlen egy esetben láttunk (a 12. számú eset), mely szintén késői eset; az egyik oldali izzadmányban streptococcusok, a másik oldali exsudatumban csírák nem voltak kimutathatók (serosus izzadmány).

Az izzadmány mennyisége változó; a frissebb esetekben kevesebb, a régiekben több. Általában véve azt mondhatjuk, hogy az izzadmány mennyisége kevesebb mint a metapneumoniás empyemákban croupus tüdőgyulladás után. Rendesen egy liternél kevesebb volt a mennyisége. Ez abból magyarázandó, hogy a legtöbb eset súlyos lévén, hamarabb kerül műtetre. Másrészt azt is tapasztalhatjuk, hogy az exsudatum a súlyos fertőzések mellett — streptococcusoktól okozva — hamarabb is fejlődik. Tehát a súlyos állapot, valamint az exsudatum gyors képződése, gyorsabb kimutathatósága az oka annak, hogy az influenzás pleuritisek álta-

lában gyorsabban kerülnek műtetre, mint a croupos pneumonia utáni empyemák.

Az exsudatum mennyisége mellett az exsudatum minősége az, ami pontosabb megbeszélést követel, mert a kettő szoros összefüggésben vagy egymással, mind a kettő a fertőzés sajátosságától függ. Természetes, hogy azokban az esetekben, melyek hamar, a betegség fennállásának első idejében kerülnek műtetre, az izzadmány mennyisége általában kevesebb, bár az előbb említett okokból néha kivételt is látunk. Ezen izzadmányok fennállási idejük szerint zavaros savósak, rendszeren savós-véressek, vagy már véres-kenyesek, de jellemző rájuk nézve, hogy nem sűrű genyesek, hanem igen hígak, fibrinczafatokat nem tartalmaznak. Ha elgondoljuk az előbb említettek alapján, hogy ezek mind igen súlyos esetek, melyeknek súlyossága igen virulens streptococcusfertőzéstől van feltételezve, akkor megértjük, miért ilyen természetű az exsudatum, megfelelően az igen súlyos sepsis eseteiben található pleuritises izzadmánynak. Virulens haemolysises streptococcusfertőzéssel állván szemben az ilyen esetekben, a szervezetnek vagy nincsen elég ereje védekezni a mérgekkel szemben, vagy nem volt még elég ideje a reakcióra, tehát vagy nincsen elegendő fehérvérsejt jelen, vagy a fehérvérsejteknek nem volt még elég idejük kellő mennyiségben kivándorolniuk, hogy ezáltal az exsudatumnak genyes jelleget kölcsönözzenek. Másképpen áll a dolog akkor, ha az eset csak későbbben kerül operációra. Ezek természetesen könnyebb esetek, különben vagy előbb jelentkeztek volna már, vagy pedig már előbb elpusztultak volna. Ezekben a szervezet reakciója jó volt, az infectio sem volt túlvirulens, a szervezetnek tehát mindenképpen volt ideje a reakcióra. Az exsudatum ez esetekben kifejezetten genyes, benne sokszor fibrinczafatokat is találunk, de azért sohasem olyan sűrű, aminő a geny nem streptococcusoktól feltételezett infectiók esetén lenni szokott.

Nyilvánvaló tehát, hogy a kétféle exsudatum között gyakorlati szempontból, az eset súlyosságának megítélhetése céljából pontos különbséget kell tenni. A próbapunctio alkalmával nyert exsudatum a beteg ismerete nélkül is felvilágosítja a vizsgálót arról, hogy milyen súlyos esettel áll szemben. Fájdalom, igen sokszor a betegség lefolyása olyan súlyos, hogy az exsudatum nem kerül műtetre, még pedig azon okból, mert az semmiféle sikerrel nem biztatna. Hiszen ha elképzeljük, hogy néha kiterjedten mindkét tüdő felszínén gyorsan képződnek és nagy számmal kis, streptococcusokat tartalmazó tályogok — lásd *Buday* tanár leírását —, melyek a pleuraürbe áttörnek, akkor nem csodálkozhatunk azon,

hogy az őt képződő és eleinte nem nagy mennyiségű exsudatum csak másodrendű jelentőséggel bír a klinikus előtt; mert ez esetekben a tüdő funkciójának felmondása fenyegeti, elsősorban a beteg életét. Ezek a gyorsan pusztuló esetek, melyek nem kerülnek operációra. Ezzel megegyező az a tapasztalat is, hogy az ilyen rövid ideig fennálló mellhártyagyulladás miatt operáltak között van a legtöbb haláleset, már csak azért is, mert ezek legtöbbször még ott találjuk a bronchopneumoniát is, még pedig nem ritkán kétoldalt.

Ami az exsudatum bakteriológiáját illeti, azt látjuk, hogy a legtöbb esetben streptococcus szerepel vagy egymagában, vagy más mikrobákkal együtt. Mint már előbb jeleztük, az exsudatum minősége és a talált bacteriumok között itt is ugyanaz az összefüggés állapítható meg, amelyet más genyedésekből általában már ismerünk. A friss, híg, zavaros-véres vagy zavaros-véres-kenyes exsudatumban mindig majdnem kizárólagosan streptococcusok voltak megállapíthatók. Az idősebb exsudatumokban diplococcust, staphylococcust vagy pálczikákat, valószínűleg influenzabacillust találtunk a streptococcus mellett, vagy ezeket esetleg csak egymagukban. Ha streptococcus kimutatható volt, az rendszeren már involutiós alakot mutatott, jelölő hanyatló virulenciájának. Ezek az enyhébb fertőzések, melyek az exsudatum, illetve a pleuritis hosszabb idő óta fennállását magyarázzák.

Utánakutattunk annak, vajjon ezen esetek némelyikéről nem lehetne-e megállapítani azt, hogy a pneumonia, mely mellett az exsudatum keletkezett, lobaris, azaz croupos volt-e? azaz olyan, melynek okozója az influenzában nem is olyan nagy szerepet játszó streptococcus? Az utánjárás két esetben (a 16. és 19. számú esetben) biztosan igazolta e feltevést, azóta más eseteink is voltak, melyek szintén feltevésünk mellett szólnak. Egy esetben, a 11. számúban, sok vékony pálcikát lehetett felismerni, ez is valószínűleg idetartozó eset.

A teljesség kedvéért akarom még felemlíteni, hogy néha csak serosus izzadmány található, mely e jellegének megfelelőleg nem is tartalmaz mikrobákat. Idetartozik 12. számú esetünk, amelyben jobboldalt pneumonia nem is volt kimutatható s itt mégis az igen súlyos baloldali empyema mellett ilyen serosus izzadmány fejlődött. Az eset különben azért is figyelemreméltó, mert az igen súlyos baloldali empyemát staphylococcus idézte elő. Azóta volt még egy hasonló esetünk, melyben kiterjedt pneumonia mellett serosus, fertőző csírákat nem tartalmazó izzadmány volt jelen, mely azonban igen hamar felszívódott a pneumonia javulása mellett.

Az izzadmány minősége és annak sajátos bacterium-

tartalma közötti viszony alapján tehát azt állíthatjuk, hogy a spanyol betegségben előforduló mellkasgyenedés eseteiben általában kétféle alakot kell megkülönböztetni. Az egyik hirtelen következik be, sokszor a súlyos pneumoniás tünetekkel egyidőben, máskor nyomon követi azt; külsejére nézve véres-savós, vagy genyes is, mindig híg és majdnem kivétel nélkül rövid streptococcusláncokat tartalmaz; a másik félesége az exsudatumnak rövidebb-hosszabb idővel a pneumonia után fejlődik, genyes jellegű, fibrinczafatokat is tartalmaz, nagymennyiségű szokott lenni, benne főképp diplococcusokat és egyéb bacteriumokat, esetleg streptococcusokat is találunk. Amaz a bronchopneumonia mellett fejlődik, utóbbit lobaris, croupos tüdőgyulladás előzi meg.

Mivel a betegség lefolyásában felnőtteken és gyermekeken más-más megfigyeléseket tehattunk, az eseteket, melyeknek ismertetésekor csak a legfontosabb adatokra szorítkozom, két csoportba osztva közlöm.

1. B. Á., 19 éves szolgálo. Felvétetett márczius 21.-én, elbocsátott április 25.-én. *Anamnesis*: egy hétig volt lázas, nagyfokú ajaksömör; azután hidegrázás mellett szűrőfájdalmak jelentkeztek bal mellkasfelében. Véreset nem köpött. *Jelen állapot*: herpes az ajakán; lázas; baloldalt a lapoczkavonalban, a VII. bordától lefelé tompa kopogtatási hang, távoli hörgilégzéssel. Az arcán erysipelas. Próbapunctio: véres, genyes exsudatum, benne streptococcusok. A vizeletben mérsékeltén fehérje. *Műtét márczius 22.-én* helyi érzéstelenítésben. A VIII. borda resectiója után egy liternyi híg, genyes exsudatum. A további lefolyás semmi különösét nem mutat, gyógyultán bocsájtatik el.

2. F. G., 24 éves katona. Felvétetett június 18.-án, meghalt július 28.-án. Négy hét előtt lázas lett, véreset nem köpött, de erős szűrőfájdalmakat érez a mellkas bal felében. Igen gyenge beteg, a bal mellkasfél felett majdnem annak egész terjedelmében tompa kopogtatási hang légzési hangok nélkül. A próbapunctio alkalmával zavaros-genyes exsudatumot nyerünk, mely streptococcusokat tartalmaz. *Műtét június 19.-én*. Bordaresectio; egy liternyi zavaros, genyes-savós izzadmány. *Lefolyás*: állandóan lázas, sebe lepedékes, igen bő váladék. A beteg ereje mindinkább fogy, meghal július 28.-án. A bonczoláskor kiderül, hogy a szív-burokban nagyobb mennyiségű zavaros savó van; a szív-izomzat haloványabb sárgás színű. A bal tüdő nagy része légtelen.

3. B. P., 41 éves katona. Felvétetett július 7.-én, meghalt július 22.-én. *Anamnesis*: egy hó óta beteg, betegsége hirtelen magas lázzal kezdődött, állítólag tüdőgyuladása volt, melyhez oldalszúrások társultak, majd bal füléből genyes folyása támadt. Rendkívül gyenge, lesóványodott beteg. Cyanosisos, igen szaporán léghik. Az egész jobb mellkasfél felett tompa kopogtatási hang, légzési hangok nélkül. A has jobb felében, a köldöktől lefelé szintén tompa kopogtatási hang, resistentia. Pulsusa perczenként 110, alig tapintható. A vizeletben fehérje mérsékelt mennyiségben. *Műtét július 7.-én*. Bordaresectio. A mellkasból mintegy 6 liternyi híg, genyes exsudatum ürül, mely streptococcusokat tartalmaz. A beteg ereje a műtét után mindjobban fogy, meghal július 22.-én. A bonczolás alkalmával kiderül, hogy a jobb tüdő alsó részében több

mogyoró-diónyi üszkös barlang van, melyekből erősen bűzös, barnás-fekete folyadék ürül. A jobb mandulában tályog. A rekeszizom és máj között lúdtőjásnyi tályog.

4. K. Á., 38 éves, állomásfőnök neje. Felvétetett július 23.-án, jelenleg is ápolás alatt van. Két hét előtt hidegrázás mellett betegedett meg, majd oldalszúrásai támadtak, azóta állandóan lázas és nehezen lélegzik. Kiterjedt tompulat a bal mellkas felett, légzés itt nem hallható. Felvétele előtti napon állapota olyan súlyos volt, hogy kezelőorvosa egy liter genyet bocsátott ki mellkasából. A beteg most is cyanosisos, igen gyenge, hőmérséke 39.6° ; a szúrás helyén phlegmone. Próba-punctio: híg geny, mely streptococcusokat tartalmaz. Műtét: borda-resectio, melynél 2 liter geny ürül. *Lefolyás:* a beteg 6 hétig lázas reggel normalis, délután hőmérsék 39° és azon felül. A láz szeptember hó elején hirtelenül megszűnik, azóta jól érzi magát. Jelenleg minimális sipoly áll még fenn.

5. S. J., 19 éves földműves. Felvétetett július 12.-én, jelenleg is ápolás alatt van még. *Anamnesis:* Két hét előtt lett hirtelen beteg, hidegrázás mellett. Fejfájás, majd oldalszúrás jelentkezett rajta. *Jelen állapot:* Igen gyenge, somnolens beteg. A hőmérséke 38.1° , érverése 104, igen gyenge. Kiterjedt tompulat baloldalt. Július 13.-án műtét, a 9. borda resectiója alkalmával 2 liternyi híg geny, mely streptococcusokat tartalmaz. A beteg állapota nem javul, lázak továbbra fennállanak, kiderül, hogy még van egy tompulata ugyancsak baloldalt elül, mely a szívet jobbra tolja át. Röntgen-átvilágításkor a tompulatlak megfelelőleg elég sűrű árnyék. Ezért július 22.-én reszekáljuk elül a 7. bordát is, mely alkalommal több deciliter zavaros savós geny ürül, mely szintén streptococcusokat tartalmaz. Gyógyulása nagyon elhúzódó, jelenleg is elég nagy üreg áll még fenn.

6. Sz. G., 40 éves földműves. Felvétetett augusztus hó 20.-án, jelenleg is kezelés alatt. Voltaképpen strictura oesophagi miatt vétetett fel. November elején a klinikán spanyol betegséget kap, mely után oldalszúrások jelentkeznek, a láz csak részben múlik el, melynek okát baloldalt a mellkas alsó felében megállapítható tompulatlakban találjuk. Próba-punctio: zavaros savó, melyben streptococcusok vannak. Műtét november 15.-én, borda-resectio alkalmával két deciliter exsudatumot kapunk, mely olyan, mint a próba-punctio alkalmával nyert folyadék. Azóta láztalan.

7. K. M., 48 éves katona. Felvétetett július 18.-án, elbocsáttatott szeptember 17.-én. *Kórelőzmény:* 4 hét előtt hidegrázás mellett rosszul lett, azóta lázas. *Jelen állapot:* a scapula csúcsáig terjedő tompulat baloldalt, mely felett légzés nem hallható. Próba-punctio: zavaros savó, mely streptococcusokat tartalmaz. Műtét július 18.-án. Borda-resectio, 300 cm³ exsudatum. Meggyógyult.

8. K. J.-né, 30 éves, czipész neje. Felvétetett augusztus 4.-én, javultan távozott október 12.-én. *Kórelőzmény:* Két hét előtt utazás közben rosszul lett, lázas állapota mellett főleg a feje, a lábai és a hasa fáj, majd olalszúrások jelentkeztek. *Jelen állapot:* a jobb lapockacsúcstól lefelé tompulat, mely felett légzés nem hallható. Próba-punctio: zavaros, genyes váladék, benne streptococcusok. Műtét augusztus 5.-én. Borda-resectio, a mellkasban félliter geny. Szeptember havában polyarthritises fájdalmai és ízületi duzzanatai jelentkeztek, melyek azonban csakhamar visszafejlődtek. Kevés váladékot termelő fistulával távozott.

9. G. V., 22 éves katona. Felvétetett augusztus 1.-én, meghalt augusztus 17.-én. *Körelőzmény*: 3 hét előtt spanyolbeteg lett, a mi 3 napig tartott, majd újból lázat kapott, ekkor orvosa tüdőgyuladást állapított meg rajta. Azóta folytonosan lázas. *Jelen állapot*: Igen gyenge beteg, sokat köhög, sok köpetet ürít. Baloldali mellkasfél felett magasra terjedő tompulat, léghangok nélkül. Próba-punctio: geny, benne streptococcus. Műtét augusztus 2.-án. Bordaresectio, $2\frac{1}{2}$ liter geny. A beteg légszomja a műtét után sem szűnik meg, állandóan subfebrilis marad; a jobb tüdő felett kiterjedt catarrhus, Röntgen-átvilágításkor az egész tüdő foltosnak látszik. Igen bő köpet. Meghalt augusztus 17.-én. A boncolás semmi különöset sem derített ki.

10. T. J.-né, 24 éves dajka. Felvétetett szeptember 27.-én, jelenleg is ápolás alatt van még. Egy hét előtt spanyol betegsége volt, melyhez tüdőgyuladás társult. Azóta állandóan lázas, fullad. *Jelen állapot*: A bal mellkas felett a scapula közepéig terjedő resistens tompulat, mely felett léghangok nem hallhatók. Próba-punctio: zavaros, savós geny, benne streptococcus-lánczok. Műtét azonnal, bordaresectio; az izzadmány mennyisége egy liter. Zavartalan gyógyulás.

11. P. A., 15 éves leány. Felvétetett szeptember 22.-én, jelenleg is még ápolás alatt van. 3 hét előtt lázas lett, majd köhögni kezdett, jobb mellkasfelében szúrások jelentkeztek. Betegsége óta rekedt és nagyot hall. *Jelen állapot*: a jobb mellkasfélben a lapoczka közepéig terjedő exsudatum. Próba-punctiókor híg genyet kapunk, melyben sok bacterium látható (*influenza*?). Műtét azonnal: a mellüregben $\frac{3}{4}$ liternyi exsudatum. A gyógyulás lefolyását otitis media purulenta zavarja.

12. Cs. E., 17 éves házilány. Felvétetett október 20.-án, jelenleg is ápolás alatt van még. Egy hónap előtt spanyolbeteg lett, azóta állandóan lázas, vesegyuladást, majd jobboldali tüdőgyuladást állapított meg rajta orvosa. 10 nap óta mellkasizzadmánya van. *Jelen állapot*: cyanosisos, lázas beteg; gyenge pulsus, perczenként 128. Baloldalt tompulat, mely a lapoczka közepéig terjed, jobboldalt a lapoczka csücskét el nem érő tompulat. Próba-punctio: baloldalt geny, jobboldalt kissé zavaros savó, melyben bacteriumok nem mutathatók ki. A bal mellkasfélből nyert geny staphylococcusokat tartalmaz. Baloldalt bordaresectio, jobboldalt három ízben optochin-injectiót adunk, $1\frac{1}{2}$ -os oldatból 20—20 cm³-t. Jelenleg a jobboldali exsudatum teljesen felszívódott, baloldalt alig van már folyadék.

13. K. G.-né, 34 éves, házaló neje. Felvétetett november 9.-én, jelenleg is ápolás alatt van még. *Körelőzmény*: 3 hét előtt spanyolbeteg lett, azóta állandóan lázas. Oldalszúrások jobboldalt, a jobb mellkasfél felett a spina scapulaeig terjedő tompulat állapítható meg. Egyébként mindkét tüdő felett érdes légzés, szörtyzőrejek. Sok köpetet ürít. Próba-punctio genyet eredményez, mely diplococcusokat tartalmaz. A bordaresectio alkalmával körülbelül 2000 cm³ exsudatum ürül a mellüregből. Majdnem állandóan lázas.

14. W. I., 21 éves tisztviselő. Felvétetett november 2.-án, meghalt november 3.-án. Egy hétig volt állítólag spanyolbeteg, négy nap óta igen lázas, köhög, baloldali mellkas-szúrásai vannak. *Jelen állapot*: igen gyenge sepsises beteg, a bal mellkasfél felett a lapoczka csücskéig terjedő tompulat, mely megpungálva zavaros, streptococcusokat és diplococcusokat tartalmazó folyadékot szolgáltat. Bordaresectio, másnap beállott a halál. Boncolás nem történt.

15. G. J., 16 éves kórházi szolga. Felvétetett november 2.-án, meghalt november 5.-én. Egy hét előtt lett spanyolbeteg, orvosa már

másnap tüdőgyuladást állapított meg rajta, különösen baloldalt érzett igen heves oldalszúrásokat. *Jelen állapot:* cyanosisos, sepsises külsejű beteg. A bal lapoczká csúcsától lefelé tompulat, felette légzés nem hallható. Próba punctio: zavaros savó, mely streptococcusokat tartalmaz. Azonnal bordaresectio: a mellkasból $\frac{3}{4}$ liter exsudatum ürül. Állapota mind súlyosabbá válik, november 5.-én meghal. Bonczolás nem történt.

16. N. F., 30 éves földmíves. Felvétetett november 5.-én, jelenleg is még ápolás alatt van. *Körelőzmény:* 3 hét óta lázas, spanyolbeteg volt, majd bal oldalában szúrások jelentkeztek, köhög. *Jelen állapot:* baloldalt tompulat a scapula csúcsáig, mely felett légzés nem hallható. Próba punctio: vörhenyes, zavaros savós exsudatum, benne diplococcusok. Bordaresectio; utána láza alábbszáll, gyógyulása zavartalan.

17. K. L., 12 éves tanuló. Felvétetett november 5.-én, jelenleg is még a klinikán van. Mintegy két hét óta érzi magát rosszul, a belgyógyászati klinikán kezeltetett, ahol mindkétoldali tüdőgyuladást állapítottak meg, majd baloldalt mellkasizzadmányt, melyben streptococcusok voltak kimutathatók. Baloldalt a lapoczka csúcsáig terjedő tompulat. Bordaresectio. Zavartalan lefolyás eddig.

18. D. M.-né, 31 éves. Felvétetett november 21.-én. Hét nap óta spanyol betegségben van, az utóbbi napokban jobboldali mellkasfelében szúrásokat érez. *Jelen állapot:* Jobboldalt a spina scapulaeig terjedő tompulat, mely felett légzés nem hallható. Próba punctio: zavaros, savós exsudatum, benne streptococcusok. Bordaresectio azonnal, félliternyi folyadék. Nem nagyon súlyos eset.

19. Sz. M., 19 éves szolgálo. Felvétetett november 21.-én. Egy hét óta spanyolbeteg, ezidő alatt kifejezett lobaris pneumoniaja fejlődött a jobb alsó tüdőlebenyben, majd mellkas-izzadmány társult hozzá, miért orvosa a sebészeti klinikára teszi át. *Jelen állapot:* Rendkívül gyenge pulussal bíró beteg (percenként 130), kissé cyanosisos, nehezen lélegzik. Tompulát elül a kulcscsontig, hátul a spina scapulaeig. Figyelembe véve igen súlyos állapotát, beszállításkor csak kiszívjuk az izzadmányt és helyébe 20 cm³ 1%-os optochint fecskendezünk a mellüregbe. Kámfor, coffein.

Több eset közlésétől elállunk a közöltekkel való nagy hasonlatosságuk miatt.

Azt látjuk tehát, hogy a felnőttek genyes mellhártyagyuladása, mely a spanyol betegség után beáll, sok tekintetben különbözik attól a genymelltől, mely a croupus tüdőgyuladást szokta követni, különbözik az izzadmány minőségében, a fertőzés sajátosságában és különbözik a makacsabb lefolyásban is. Még feltűnőbb a különbség, ha a gyermekek genyes pleuritisét tekintjük. Mielőtt a részletek tárgyalásába bocsátkoznánk, előrebocsátom néhány gyermekbetegünk kórtörténetét.

1. K. L., 12 éves tanuló. Felvétetett október 22.-én. Két hét óta lázas és fáj a melle, sokat köhög. Azelőtt is köhögött már. Október 23.-án hidegrázás mellett a bal tüdő alsó lebenyében tompulat áll be bronchialis légzéssel. Pericardialis zöreje. Október 28.-án baloldalt, hátul a 8. bordától kezdve abszolút tompa kopogtatási hang, légzési hang nélkül. Október 5.-én áttéve a sebészetre, a próba punctio alkalmával streptococcusokat tartalmazó genyet találtunk. Bordaresectio. A

beteg igen elesett, pulsusa alig tapintható, 140 körül percenkint. Lefolyás: Állandóan magas láz, 38–39° között, sokszor afelett is. A geny lefolyása jó, sehol áttételi göcz nem található. A vizelet normalis összeállást mutat. Röntgennel átvilágítva, soha mást, mint a megvastagodott pleura és visszahúzódott tüdő árnyékát nem lehetett látni; körülírt árnyék a tüdőben nem látható; a hilusmirigyek sem mutatnak feltűnőbb megnagyobbodást. A tüdőcsúcsok nem homályosabbak, csak olyan elváltozást mutatnak, mint a tüdő többi része (a légzés végén apró szörtyzőrejek). A sputumban tuberculosis-bacillus nem mutatható ki. A gyermek fogy, rossz külsejű; néha napokig subfebrilis, azután megint 39°-os kilengések következnek. A váladék nyálkás-genyes, igen sűrű.

2. S. L., 6 éves. Felvétetett november 15.-én. Egy hét előtt spanyolbeteg lett, azóta állandóan lázas; bal oldalában szúrásokat érez. Lelet: a bal claviculáig erő tompulat, mely felett légzés nem hallható. A próbapunctióval nyert genyben nagy mennyiségben streptococcusok találhatók. Bordaresectio, 1½ liter hig geny. Lefolyás: Hőmérsék, mint a műtét előtt, 37.5° és 38° között mozog november 29.-éig, akkor 38°-ig emelkedik; collargol-injectio (2 cm³ 1%-os oldatból). Utána a hőmérsék leszáll, csak időnként éri el a 38.6°-ot is. Deczember 13.-án 39°, éppúgy 15.-én is még, azután láztalan.

3. Bárány B. Á., 5 éves. Felvétetett november 24.-én. November 5.-én lett spanyol beteg, 13.-a óta köhög és oldalszúrásokról panaszkodik. Felvételtkor kiterjedt tompulat a bal tüdő felett, léghang nélkül. Igen elesett, pulsus filiformis, légzés igen megnehezített, cyanosis. Ez állapotát tekintetbe véve, kámfor, coffein és az izzadmánynak részbeni lecsapolása. Másnap pulsus erőteljesebb, 120 percenként. Bordaresectio, körülbelül 1½ liter hig sárgás geny, melyben sok streptococcus található. Lefolyás: a beteg jól tűrte a beavatkozást, étvágya állandóan jó, azonban úgy a hőmérsék, mint a pulsus-szám egyaránt magas marad. A hőmérsék, dacára a collargolinjectióknak, 14 napig 39° és afölé is emelkedik. Retentio nincs, nem is volt sohasem kimutatható, gyanú fülfolyáson kívül más elváltozás, ami a lázat magyarázná, nem mutatható ki. A vizelet normalis, a Röntgen-vizsgálat sem tudja a láz okát magyarázni. A geny szúrós szagú, sűrűvé vált. Valahányszor öblítjük a mellüregt (mindig csak physiologiás konyhasós-vízzel), a hőmérsék mindig emelkedést mutat. Deczember 13.-án, 14.-én és 15.-én a hőmérsék maximuma 37.7°. 16.-án ismét kezd emelkedni 38.5°, 17.-én 39.2°. Ekkor a váladék hígabbá válik, a seb pirosabb lett, lepedékes, a sebszélek duzzadtak.

Két esetet csak per tangentem érintek, igen súlyosak. Az egyik 2, a másik 10 éves. Meghaltak a műtét utáni 5., illetve 7. napon.

3. B. V., 5 éves. Felvétetett november 27.-én. Hat hét előtt spanyol betegségbe esett, melynek lezajlása után 3 napig láztalan volt, azután ismét lázas lett hirtelenül, hidegrázás mellett. Orvosa tüdőgyuladást, majd mellhártyagyuladást állapított meg rajta. A próbapunctiós genyben diplococcus lanceolatus találtatott. Bordaresectio november 29.-én. Lefolyás enyhébb. A hőmérsék állandóan 36.4° és legfeljebb 38.2° között, egészben véve subfebrilis.

4. B. O., 7 éves. Felvétetett november 27.-én. 3 hét előtt lett influenzás, melyből gyógyult. Egy hét előtt hidegrázás mellett oldalszúrásai támadtak. Felvételtkor a jobb spina scapulaeig tompulat légzési hangok nélkül. A próbapunctióval nyert genyben streptococcusok. Hőmérséke 38.5°. Pulsus 124. Bordaresectio. Műtét után a hőmérsék eléri a 39.9°-ot is, két ízben collargol-injectiók, ennek dacára a hő-

mérsék nem száll alá. Deczember 10.-én valamivel alacsonyab, de sem kámforinjecciónok, sem újbóli collargol-injecciónok, sem streptococcus-serum nem szállítják le lényegesen a hőemelkedést. Éppúgy mint az előbbeni esetekben, itt sem találjuk a láz más okát.

5. S. F., 5 éves. Felvétetett deczember 3.-án. Hat hét óta beteg, spanyol beteg volt, majd utána tüdő-, illetve mellhártyagyuladást kapott. Igen gyenge gyermek. Bordaresectio kiterjedt jobboldali genymell miatt, melyben streptococcusok találhatók. Hőmérsék mütét előtt subfebrilis. Utána néha eléri a 39.7°-ot is, egészben véve azonban nem igen emelkedik 38.4° fölé. Utolsó napokban hasvíz jelentkezett rajta a penis és scrotum oedemája mellett. A vizeletben idegen alkatrészek nem mutathatók ki. Hasvíz, oedemák digitalisra eltűntek, ekkor állapota is felülnően javult és láztalanná vált.

Ha végigtekintjük a közölt kórtörténeteket, feltűnik, hogy mennyivel makacsabb lefolyásúak az esetek, mint a megszokott mellkasgenyedések. Azt látjuk, hogy a legtöbb esetben a hőmérsék nem igen változik, vagy ha egy-két napra le is esik, csakhamar újból emelkedik az eredeti magasságra, vagy afölé is, anélkül, hogy annak okát másban, mint a profus genyedésben lehetne megállapítani. Csak néha szólhatunk újabb fertőzésről is (2. számú eset), mely a geny minőségének megváltozásából és a seb elváltozásából ítélhető meg, amint azt különösen diplococcus okozta pleuritis eseteiben észlelhetjük, ha más bacteriumokkal fertőződnek. Ezekben is az új infectióval hirtelen rosszabbodás áll be a fiatal betegek állapotában, a további lefolyás súlyosabbá válik, a láz makacs jelleget ölt, egyszerűen úgy viselkednek, mint a súlyos streptococcus-empyemák. A mi eseteinket jellemzi tehát a magas, makacs láz, mely semminemű gyógyszerelésnek sem enged. A collargol-injecciónok csak ideiglenes hőcsökkenést okoznak, a sűrűn adott kámforinjecciónok hatástalannak bizonyultak (sublimatinjecciónokat nem alkalmaztunk), a streptococcus-serum sem tudta a lázat lenyomni.

Nem lehetetlen, hogy ezekben a lób a tüdőkörüli kötőszövetre is reaterjed és hogy ez a lób tartja fenn a lázat. A kórbonczolók előtt nem ismeretlen szövődmény empyema thoracis mellett a mediastinitis (esetleg tályog); eseteinkben azonban ilyent nem láttunk. Klinikailag ilyen rejtett phlegmonekra gondolnunk kell abból, hogy a betegek néha nagyobb fájdalmakról panaszkodnak.

Megfigyeléseink szerint tehát a spanyol betegség utáni genyedéseit a mellhártyának a prognosis szempontjából más-képpen kell megítélni felnőtt betegeken és másképpen fiatal gyermekeken. Ambár amazokon is sokkal súlyosabb lefolyású, mint a croupus pneumonia mellett keletkezett genyedéseké, gyermekeken még sokkal komolyabbnak kell tekinteni a spanyol betegség e szövődményét. A végleges kimenetelre vonat-

kozólag még nem nyilatkozhatunk, nem tudjuk, hányan fog-nak későbbben belepusztulni e hosszadalmas genyedésbe és nem tudjuk, hány lesz esetleg tuberculosussá ezek közül; eddig ilyen átmenetet nem észleltünk még, de gondolni minden-esetre kell ezen eshetőségre, mert olyan esetet már láttunk, melyben az influenza kapcsán acut módon jelentkeztek kiter-jedt nyak-lymphomák.

A halálozás, tekintettel arra, hogy nem egy ízben igen súlyos pneumoniás esetek is kerültek műtétre, elég nagy. Amint a leírt esetekből kiviláglik, körülbelül 24%. Szerepel-nek ezek között olyanok is, melyek jóindulatúak voltak, de melyek azért végződtek kedvezőtlenül, mert az exsudatum nagy mennyiségét számítva, a betegek már nagyon elgyengült állapotban kerültek műtétre. Több esetben éppen ezért előze-tesen csak arra szorítkoztunk, hogy az izzadmány egy részét lebocsássuk és azután végeztük a thoracotomiát; ily módon a legsúlyosabb állapotból is sikerült a beteget néha olyanba hozni, hogy a műtétet kiállotta és meg is gyógyult.

A genyes mellhártyagyulladás a spanyol betegségnek leggyakoribb és ezért legfontosabb sebészi szövődménye.

2. A második savós hártya, mely ezen fertőzés mellett meglobosodhatik, a peritoneum. Megbetegedése lehet vagy pri-maer, vagy pedig más szervek lobosodása következtében másodlagos. Elméleti alapon vagy úgy magyarázhatjuk a lobot, hogy a véráramban keringő bacteriumok egyenesen megtelepednek a hashártyán, vagy úgy, hogy a lobosodás tisztán toxinhatás következménye. Az előbbi esetben ott találjuk a kórokozót, az utóbbi esetben, legalább a lob első idejében, csírákat nem találunk. Míg pleuritis esetén a gyulladás létre-jövele könnyen magyarázható a fertőzésnek a tüdőről való egyenes átterjedésével, addig a peritonitisek vagy az észlelt peritoneális izgalmak causalis magyarázata nem olyan könnyű. Először is felvetendő a kérdés, vajjon eme influenzajárvány kórokozója egyáltalában olyan természetű-e, mely ilyen távolhatást létrehoz, vagy olyannak tekintendő-e, mely a hashártyát is csakúgy előkészíti más fertőzések befogadására, mint a pleurát vagy a légutakat? Az bizonyos, hogy a légutaktól távolabb fejlődött lobos izzadmányokban vagy nem találunk csírákat, vagy pedig az ismert pyogeneket. Lehet, hogy az általunk sterilisnek felismert exsudatumokban benne van a spanyol betegség kórokozója, amelyet azonban eddig még nem sikerült kimutatni. Ezek alapján a távoli szövődmények magyarázata még mindig hiányos. Még azt a kérdést is fel lehetne vetni, vajjon a has-szervek részéről tapasztalt lobos elváltozások nem csak olyan véletlenek-e,

melyekhez a spanyol betegségnek nincsen is semmi köze? Hogy miért nem tartjuk őket csak ilyeneknek, erre a következőkben fogunk felelni.

Olyan hashártyagyuladást, melyben valamely más haszerv megbetegedése nem lett volna jelen, nem láttunk, legalább is nem volt alkalmunk a bonczasztalon vagy autopsia in vivo útján ilyenről meggyőződni. Hanem igenis láttunk olyan kiterjedt hashártyalobot, melyet nem magyarázott meg, az egyébként megbetegedett szerv (féregnyúlvány) kiskokú affeciója. Emellett feltűnő volt a hashártyaérzékenységnek és a vele egyidejűleg kifejlődött peritonealis lobtüneteknek gyors és kiterjedt megjelenése. Olyan képpel állunk szemben eseteinkben, a milyent csak perforatio esetén látunk, mikor az egész hasüreget majdnem egyszerre lepi el a fertőző gyomor- vagy béltartalom. Ezekben legfeljebb csak az anamnesisből nyertünk felvilágosítást aziránt, hogy a fájdalom megjelenési helye hol volt, ha ugyan a beteg tudott erről felvilágosítást adni. Olyan volt a kép, hogy ha appendicitisnek vagy cholecystitisnek tekintjük az esetet, annak csakis leg-súlyosabb alakjára lehetett volna gondolni: gangraenára, perforatióra. Ennek a feltevésnek azonban ellentmondott a nem operált esetekben a körlefolyás, az operált egyik esetben a talált objectiv elváltozás, amint azt a 3. számú eset igazolja. Ebben az appendix, melyen különben régi lobosodás következményeképp kiterjedt hegesedést láttunk, alig mutatja a friss parenchymás megbetegedés tüneteit, a mellett kiterjedt, genyes, mucinosus izzadmányt találunk mindenütt szabadon a belek között, mely különösen nagy tömegben a Douglasba süllyedt. Az appendix elváltozása nem volt nagyobb fokú, mint a minőt az egyszerű, mindennapos rohamok esetén szoktunk észlelni; olyanokban, melyekben alig van láz, alig van nagyobb fokú érzékenység, az is csak éppen az appendixre lokalizálva. Az izzadmány inkább olyan volt, amilyent genitalis fertőzés esetén észlelhetünk, pelveoperitonitisekben, melyek hirtelen jelentkeznek, kiterjedt érzékenységet okozva és nagymennyiségű szabad izzadmányt. Több esetben volt alkalmunk ilyen az appendicitis képe alatt megjelenő pelveoperitonitist operálnunk, melyekben az appendix piros, belővelt volta mellett a tubák voltak feltűnően duzzadtak, míg a váladék nagymennyiségű, genyes-mucinosus volt. E betegek egy eset kivételével virgók voltak; ez egy esetben a szabad izzadmányban gonococcus volt kimutatható. Az ide-tartozó 3. számú esetben, mely e sajátságokat mutatta, az izzadmány sterilisnek bizonyult (férfibeteg!).

Itt tehát határozottan beszélhetünk olyan kiterjedt has-

hártyagyuladásról, melynek okául nem tekinthetjük az appendixen észlelt elváltozást. Inkább azt állíthatnók, hogy az appendicitis is csak részjelensége volt az általános has-hártyalobnak. Ezzel szemben a 4. számú esetben kifejezett appendicitisről van szó, mely mellett a környezete a féregnyúlványnak csak kisebb fokban mutat lobos elváltozást, a boncsolás sem állapított meg kiterjedt lobot a peritoneumon.

Ami ezeknek létrejövetelét illeti, nem zárkozhatsz el annak feltevésétől, hogy metastasis vagy toxinhatás útján jöttek létre, amint hajlandók vagyunk az appendicitist általában ilyen úton magyarázni, ha tonsillitis vagy egyéb fertőzések mellett jö létre. Nem kételkedem abban, hogy a kiterjedt érzékenység a meggyógyult két esetben — a peritonitis minden tünetével — ilyen toxinhatás alapján jött létre, a minek bizonyítékát abban vélem látni, hogy spontán el is múlt megint.

A prognózis szempontjából tapasztalataink oda értékesíthetők, hogy a kiterjedt gyuladást mutató eseteket, melyekben a lobtünetek gyorsan fejlődnek, melyekben az influenzának is még súlyos tünetei vannak jelen, a legkomolyabbnak kell tekinteni. Mindkét betegünk meghalt. Kedvezőbb lefolyást tanúsítottak azon esetek, a melyekben az érzékenység mellett az általános állapot nem volt rossz, ezeknek jóindulatúságát különben az is mutatta, hogy dacára többnapos fennállásuknak, általános állapotuk nem változott.

Idevonatkozó eseteink a következők:

1. K. A., 10 éves fiú. Magánbeteg. 4 nap óta magas láza van, kissé köhög, garatja belövelt. Betegsége második napján hasának jobb oldala kezdett fájni. Egyszer hányt is. Orvosa hashajtót adott, melytől azonban nem lett jobban. *Jelen állapot:* Kiterjedt és nagyfokú érzékenység a jobb bordaív alatti tájéktól lefelé a symphysisig; nem állapítható meg, vajjon az ileocecalis táj, avagy pedig az epehólyag tája fájdalmasabb-e? A vizsgálatkor már nem hányt, nem csuklott, pulsusa bár szapora, de telt és jó. 3 nap óta áll fenn már a fájdalomassága, miért is nem operálunk. Borogatásra pár nap alatt fájdalmai megszűntek, láza leesett; meggyógyult.

2. M. É., 10 éves tanuló, a gyermekklinikán feküdt október 15.-étől október 27.-éig. Két nap előtt nagy láz kíséretében lett beteg és ugyanakkor hasa jobb felében kezdett fájdalmakat érezni. Láza és fájdalmai azóta egyformán fennállanak. Hőmérséke 40²⁰. Az eset mindenben hasonlít az előbbenihez, kimenetele is ugyanolyan.

3. S. K., 19 éves orvostanhallgató. Felvétetett a belgyógyászati klinikára október 20.-án, meghalt 24.-én. *Körelőzmény:* 3 nap óta beteg, kórjelzés influenza. Két nap óta fáj a hasa, csuklott, hányt. *Jelen állapot:* Igen gyenge beteg, a bal tüdő alsó része felett crepitatio szerű szörtyözörek. A has igen feszes, behúzódt, rendkívül érzékeny, de a legérzékenyebb mégis csak az ileocecalis tájon. Műtét október 20.-án.

A hasban szabad, bő mennyiségű exsudatum, mely genyes-nyálkás jellegű, mindenütt található, legtöbb a Douglas-ban. Az appendix duzzadt, piros, zsugorodott, vége bunkósan megvastagodott. Középe táján obliterált. A vékonybelek serosája mindenütt belövelt. Állapota műtét után is egyforma súlyos marad, a hasa meteorismusossá válik, szelek nem mennek, szék nincs, nem hány. Meghalt szívgyengeség tünetei között október 24.-én. Az exsudatumban bacteriumok nem mutathatók ki. Nem bonczoltatott.

4. B. Á., 30 éves hivatalnok. Felvételét november 10.-én, meghalt november 10.-én. *Körelőzmény*: 6 nap óta beteg, orvosa influenzát állapított meg rajta. Felvétele előtt este hirtelen erős fájdalmak jelentek alhasa jobb felében, reggel csuklott, nem hányt. Hőmérséke felvételnél 38.8° ; a tüdők felett catarrhalis tünetek. A hasa kiterjedten érzékeny, főleg jobboldalt, de a gyomor felett, valamint a bal bordaív alatt is. Nagyfokú defense. Műtét azonnal helybeli érzéstelenítésben: alig van valami kevés exsudatum, a coecum belövelt, az appendix duzzadt, serosája piros, nyálkahártyája fekélyeket mutat, bélsárkövek. A műtét után 5 órával meghalt. *Bonczlelet*: Centralis pneumonia a jobb tüdő alsó lebenyében, de a hashártya sima, fénylő.

Ide sorolhatjuk a következő esetet is, mely egyrészt bizonyítékát szolgáltatja annak, hogy az influenza néha milyen általános fertőzési képhez vezethet, másrészt hogy az epehólyag is lehet székhelye a lobosodásnak.

G. J.-né, 26 éves, felvételét a belgyógyászati klinikán november 11.-én. Felvételnél a legsúlyosabb állapotban volt alkalmam látni a beteget, alig tapintható pulussal, nagyfokú cyanossal, mi miatt a belgyógyászati klinikára kértük felvételét. *Körelőzmény*: Régebb idő óta vannak epekökólikái. Jelenleg 8 nap óta beteg, typosus influenza-tüdőgyuladással. Bejövetele előtti napon újból támadtak epekökólikái, orvosa ezért küldte a sebészeti klinikára. *Jelen állapot*: Igen elesett beteg, a nyelve bevont, a bőre, sclerái kissé sárgásak, a pulsusa 120. Jobboldalt hátul a 3. csigolyától lefelé üresebb kopogtatási hang, crepitatio. A hasa jobb oldali felében a bordaív alatt görccszerű fájdalmak, a máj és az epehólyag két újjnyira a bordaív alatt tapintható. Defense, kiterjedt érzékenység. *Lefolyás*: November 12.-étől 21.-éig kiterjedt bórálatti vérzések, vesevérzés, inyvérzés. Fehérvérszámuk 11.700. A vizeletben sok fehérje, vörös vérszék. A vérben bacteriumok nem mutathatók ki. November 22.-étől kezdve a vérzések megszűntek, e helyett icterus jelentkezik. Az epehólyag kis ökölnyi daganat alakjában jól kitapintható, igen érzékeny. Hőmérséke eléri a 39° -ot délutánonként. A nyakon több érzékeny, mogorónyi-féldiónyi mirigy. December 20.-án áttéve a sebészeti klinikára. Azóta majdnem láztalan, miért is egyelőre a műtétől elállunk.

3. Mint további szövődményt két elgenyedő parotitist volt alkalmunk észlelni. Különösebb sajátást csak az egyik eset mutat, melyre vonatkozólag a következők tarthatnak igényt a megemlítésre.

20 éves leányon az influenza lezajlása után magas hőemelkedések mellett fájdalmas duzzanat jelentkezik a bal fültőmirigy táján, mely pár nap alatt ellágyulást mutat. A tályog megnyitása után sem múlt el a beteg lázas állapota, a beteg sepsises külsejűvé vált. Ekkor először a jobb, majd a bal lábháton az extensorok inainak megfelelően duzzanatok támadnak, melyek felett a bőr kissé el is pirosodik, de melyek

csakhamar újra visszafejlődnek. Az inak minden legcsekélyebb mozgásra fájdalmasak, a jobb lábon a duzzanat reáterjed a bokaizület külső oldalára is. A fájdalomosság és duzzanat kisebb mértékben azután is még kétszer jelentkezik. November 27.-én a jobb felkar nagy ereinek mentén kiterjedt igen fájdalmas duzzanat támad, mely részben reáterjed a tricepsre és bicepsre is. Fluctuatio és pirosodás nem jelentkezik, borogatásra a duzzanat csakhamar visszafejlődik, emellett a láz is tűnik, úgy hogy deczember közepe óta a beteg láztalan.

E szövödmény is az influenza lezajlása, azaz már több napi teljes láztalanság után fejlődött csak. A parotis nyében staphylococcusok találtattak.

4. Kimenetelőben kedvezőtlenebb volt a következő eset, melyben a spanyol betegség 10. napján súlyos gégecroup jelentkezett. A beteget november 21.-én szállították be fuldadozó állapotban, úgy hogy azonnal kellett rajta tracheotomiát végezni. A gégében, illetve tracheában finom lepelszerű álhártya volt észlelhető, melyben nagymennyiségben straphylococcusok és streptococcusok voltak láthatók. Diphtheriabacillusok egyáltalában nem találtattak a vizsgálat alkalmával. A tracheotomia utáni megkönnyebbült légzés azonban másnap ismét nehezebbé vált, a beteg vastagabb álhártyákat köhögött ki, melyek a kanült sokszor teljesen elzárták. Csakhamar a kanül megtisztítása sem segít már a nehéz légzésen, jeléül annak, hogy az álhártyák a trachea mélyebb részére is leterjednek. A garatíveken semminemű lepedék. Daczára a diphtheriaserummal való oltásnak, a beteg tüdőelégtelenség tünetei között a műtét utáni negyedik napon meghal.

A bonczoláskor vastag álhártya találtatott nemcsak a gégében és tracheában, hanem a legkisebb bronchusokban is. Az álhártya a diphtheriás hártya jellegét mutatja, melyben most post mortem *Veszprémy* tanár szerint a diphtheriabacillusnak megfelelő bakteriumok voltak kimutathatók. Fájdalom, táptalaj hiányában és azért, mert gáz hiányában a thermostat nem működik, teljes bizonyosságot a bacteriumok természetéről nem tudunk szerezni. Mindenesetre meg kell állapítani, hogy az első vizsgálat alkalmával ilyenek nem találtattak, hogy a tracheában lévő álhártya eleinte olyan finom lepelszerű volt, amilyent az influenzás légcsőben és hörgőkben igen gyakran észlelhetünk. Ezzel szemben nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a bonczoláskor talált lelet valódi croup mellett szólt. Ezekre való tekintettel nem akarom minden bizonnyal az esetet az influenza specifikus szövödményeihez sorolni, bár e mellett szólna az a körülmény is, hogy a mindenesetre csak hiányosan keresztülvitt diphtheriaellenes oltás után sem fordult elő újabb eset a klinikán.

Az eddigi bonczolástani tapasztalatok alapján nem

zárhatunk ki ilyen szövödményt, hiszen volt alkalmunk látni igen kiterjedt ilyen álhártyaképződést, olyant is, mely elég vastag volt, mindenesetre olyant nem, amilyen a jelen eseté. A gégészek e tekintetben mindenesetre nagyobb tapasztalattal rendelkezhetnek és bizonyára láttak egyéb szövödményeket is, melyek a gégében, annak porczain vagy annak környezetében jöttek létre.

5. Izületi megbetegedést influenza kapcsán három esetben volt alkalmunk észlelni, nem számítva ide a polyarthritisszerű, rövid ideig, néha csak egy-két napig tartó izületi megduzzadásokat, melyek hol még az influenza fennállása alatt, hol csak annak lezajlása után jelentkeztek. Valamennyi esetben a fájdalmas duzzanat borogatásra és aspirin adagolására nyomtalanul elmúlt.

Súlyosabbak voltak a phlegmonosus és kifejezetten genyes — egy esetben savós genyes — exsudatummal bíró esetek. Különösen kiemelendőnek tartom a következő idevágó esetet.

B. A., 20 éves szolgálo. Felvétetett november 23.-án, jelenleg is még a klinikán van. *Anamnesis*: November 9.-e óta spanyol beteg; betegsége kezdete óta nagyfokú végtagfájdalmak voltak, melyekhez 17.-én mindkét térdizület megdagadása mellett igen heveny és nagyfokú fájdalmak társultak. *Lelet*: Mindkét térdizület duzzadt, izzadmánnyal kitöltött. *Punctio* útján mindkét térdből savós-genyes folyadékot nyerünk, melynek alja kifejezetten tisztán genyes. A jobb térdizület genyében staphylococusszerűen csoportosuló -diplococcusok találtattak, mely csoportok Gram szerint festhetők voltak. A bal térd izzadmányában bacteriumok nem találtattak. *Therapia*: Az izület punctiója, 1% optochinból 30 cm³, majd két ízben Chlumsky-oldat befecskendezése. Két hét leforgása alatt minden secretio megszűnt, a duzzanat csökkent, mindkét izület elég szabadon és fájdalomtalanul mozgatható. Időközben a jobb csípőizületben jelentkeztek fájdalmak. A beteg subfebrilis, délutáni hőmérséke eléri a 37°8'-ot.

A másik esetben a seropurulens egyoldali gonitis 17 éves asszonyon jelentkezett, szintén már az influenza lezajlása után több nappal. Az izzadmányban bacteriumok nem voltak kimutathatók. Maga a gyulladás állítólag igen acute állott be; fluorja nincsen, periarticularis gyulladás nincs jelen. Lefolyásáról véglegest még nem mondhatok, még csak pár napja van a klinikán. Optochininjectióra láztalan lett, csak az injectiót magát követte egy napig tartó hőemelkedés.

A harmadik eset 19 éves nőbetegre vonatkozik, kinek genitáliái épek (virgo) és kin fluor nincsen jelen. Ebben igen acut módon támadt az izületi lob a bal könyökizületben, exsudatumnélküli, phlegmonosus gyulladás képében. Az elváltozások a 39°-ot is elérő hőemelkedésekkel együtt

Bier-féle hyperaemiás kezelésre és nyugalomra (gipszsin) hamar visszafejlődnek. Csak ilyen röviden emlitem ezt az esetet, mert az influenza kiállása utáni második héten jelentkezett csak, miért is kérdésesnek mondható a vele való közvetlen causalis összefüggése.

Végül meg kell még emlékezni a több ízben tapasztalt phlegmonekról és tályogokról, melyek rendszeren a végtagokon fejlődtek. Valamennyi, mint az eddig említett szövődmények is, az influenza lezajlása után csak bizonyos idővel — napokkal vagy 1—2 héttel, ritkán még az influenza alatt — keletkezett. Ezen áttételi góczai a fertőzésnek hol bőr alatti phlegmone, hol már ebből keletkezett tályog alakjában kerültek szemünk elé, vagy pedig kiterjedt mély izomközötti kötőszöveti — tehát subfascialis — gényedés alakjában.

Különösen említésre méltó a következő esetünk:

18 éves leányon az influenza lezajlása után újabb lázas mozgalmak mellett fájdalmas duzzanat támad a bal csonbon, csakhamar megduzzad az egész csonb, anélkül, hogy a bőrön elváltozás volna észlelhető. A hőemelkedés eléri délutánokint a 39.5°-ot. Sajnos, a beteg már csak a legsúlyosabb állapotban, sepsises száraz nyelvvel, igen rossz szív-működéssel került a sebészeti klinikára, úgy hogy rajta az azonnal megejtett műtét sem segíthetett már. Klinikailag az acut osteomyelitis femoris képét mutatta a beteg; bemetszéskor azonban a csont és annak környezete épnek bizonyult, ellenben kiterjedt, egészen a Poupartszalag alá folytatódó phlegmone volt észlelhető, mely subfascialisan helyezkedett el — a fascia lata alatt. Genyes beolvadást a kötőszövet nem mutatott, inkább véres-genyes savó volt mindenütt található, melyben elhalt fascia- és zsírszövet-csapatok voltak lelhetők. Mikroskop alatt rövid streptococcuslánczok találtak.

Egy másik esetben — fiatal, 20 éves nőbetegen — úgy a mellkas bőrében, mint mindkét csonb és lábszár bőrében erythema nodosum-szerű beszűrődések fejlődtek. A csomók egy része visszafejlődött, más része azonban egymással összefolyt, amiből kiterjedt bőr alatti tályogok keletkeztek, melyek többszörös incisiókat igényeltek. Ez esetben, éppúgy mint a többiben is, az influenza maga is igen súlyos volt.

Szándékosan nem foglalkozom a klinikán észlelt fulgényedésekkel és azok complicatióival, mint olyanokkal, melyek a fülorvos-specialista körébe tartoznak.

Ezzel be is fejezem észleléseim közlését, melyek — ha új pathologiai képeket nem is festenek — mégis egyik-másik irányban talán olyan sajátosságaira utalnak a már ismert elváltozásoknak, melyeknél fogva felemlítésük az őket okozó influenzával kapcsolatban nem mondható feleslegesnek. Arra mindenesetre alkalmasak, hogy belőlük a következőket állapíthassuk meg:

1. *a sebészti szövődmények rendszeren csak súlyos influenza mellett fejlődnek;*

2. kivéve a pleuritist, olyanok, amelyeket általában az általános fertőzésekben észlelhetünk;

3. okai rendszeren az ismert genyesztő mikrobák; ritkán csak toxinhatásból magyarázhatók (lehet, hogy ez utóbbiak némelyikében a még nem ismert specifikus mikroba is szerepel);

4. legtöbb esetben csak az influenza lezajlása után jelentkeznek, ezek prognosis szempontjából a jobbindulatúak; az influenzával egyidejűleg, vagy annak első idejében jelentkezők úgy tekintendők, mint a súlyos általános fertőzés részjelenségei és igen komolyan ítélendők meg.
