

46

46



MAGYAR ORVOSI
KÖNYVKIADÓ-TÁRSULAT.



A MAGYAR

ORVOSI KÖNYVKIADÓ-TÁRSULAT

KÖNYVTÁRA.

XVIII. KÖTET.

1872.

Dr. GERHARDT KÁROLY

A GYERMEKBETEGSÉGEK

TANKÖNYVE.

PEST.

NYOMATOTT AZ ATHENAEUM NYOMDÁJÁBAN.

1872.

D.

A

GYERMEKBETEKSÉGEK

TANKÖNYVE.

IRTA

D

GERHARDT KÁROLY TR.,

a jénei orvosi kóroda tanára, száz nagyhercegi titkos udvari tanácsos,
a budapesti kir. orvosgyelet lev. tagja.

E

A MÁSODIK TELIESEN ÁTDOLGOZOTT KIADÁS UTÁN

MAGYARRA FORDITOTTAK

KÉTLI KÁROLY, és TORDAY FERENC TR.,

orvostudor, egyetemi magántanár

gyakorló gyermekorvos Pesten.

13 fametszettel és egy könyvorn táblával.

KIADTA TAGJAI SZÁMÁRA

A MAGYAR ORVOSI KÖNYVKIADÓ-TÁRSULAT.

20 DEC 1950

20 AUG 1950

INST. MED. FARM. TG-MÜPES
ORV. TUD. GYOGTSZ. INT. MVM.
Bibl. Centrala-Központi Könyvtár
Lelt. sz. 21.108/105

PEST.

A TÁRSULAT SAJÁTJA,

1872.

46

Előszó az első kiadáshoz.

Irodalmunk elég gazdag a legkülönneműbb gyermekbetegségek leírásaiban. s ez okból szükségesnek látjuk azon álláspontot, melyet képviselni akarunk, röviden körvonalozni, és minden szaktudósnak megítélésére bizzuk, vajjon mennyiben különbözik az más hasonnemű munkákban követett iránytól, és mennyiben bir azok ellenében előnnyel vagy hátránnyal.

Az orvosi működés szükséges feladataul tekintjük a betegségynál a kóros folyamatok alapját képező bonci elváltozások felismerését, és pedig olymódon, hogy a leggyakrabban előforduló boncletek az élön mutatkozó megfelelő kórjelek tanulmányozására felhasználtathassanak. Ezen bonci helybelesítő kórisme azonban még koránsem foglalja magában az orvos egész kórismészeti tevékenységét, mivel elég nagy számmal fordulnak elő olyan állapotok is, melyek minden kimutatható bonci sérelem nélkül, csupán működési zavarokat hagynak maguk után, és más részről az egyénre nézve gyakran kevésbé birnak fontossággal az egyes bonci helyi elváltozások, mint azon működési zavarok sora és foka, melyek az adott esetben velük fellépnek. A gyermekbetegségek terén azonban, az eddig követett iránynyal szemközt,

kétségkívül a legszükségesebb kívánat a helyi kórisme következetes megállapítása.

Álláspontunk továbbá kiválóan kórodai, tehát olyan, mely ép úgy kerüli a bonctani ritkaságok felsorolását, mint a nem életképes vagy minden kezeléssel dacoló koresképződések leírását, melyekkel néha a gyermekkorok mezejét szokták felékesíteni. Főfigyelmünket ez okból azon betegségekre irányoztuk, melyek gyakoriságuknál fogva egy kerek kórképet szolgáltatnak, míg egyéb kórok, melyek csak ritkán vagy épen nem szolgálnak kórismeí vagy kezelési tárgy gyanánt, csak röviden vagy épen nem lettek felemlítve. Ezen módon nemcsak a gyakorlati igényeket hiszszük kellően kielégíteni, hanem egyuttal a belbetegségek legvonzóbb és legtudományosabb részét, mely az egyes kórjelek bonci leletek alapjáni mágyarázatát tüzte ki feladatául, a legkiválóbb színben tüntethetjük elő. A bonci folyamatok egyedüli ismerete orvosi célokra elégtelen, a kórképek csupán kórjeli összeállítása szintén hiányos, noha másrésről sajnosan oly példákat is ismerünk, hol nagyszámu bonci és kórodai tapasztalatok egy és ugyanazon szerzötöl, minden oki összefüggés nélkül állitattak össze. Ezen uton ugyan egyes kórjelek gyakoriságának bizonyos közép számértékét képesek leszünk egy meghatározott kórnemuel kimutatni, de az okozatok megítélése körül, melyek egyes kórjelek létrejöttét előidézik, épen nem nyerünk felvilágositást, s így a kórjelek számszerinti, de nem észszerü értékesítését érnök el.

A mi az utóbbi évtizedek alatt kórismeí és gyógytani téren a különös kórtan mezején meghonosult, okkal-móddal azon különös szakra is, melyet tárgyul választánk, átvihető. Nemcsak az eltérésekre, hanem azon hasonlatokra is figyelniel kell fordítanunk, melyet a kóros folyamatok különböző kórbau gyakoriság, okozat, lefolyás és kimenet tekintetében mutatnak. A betegségek kezelésénél, mely a közönségesebb alakok nagyobb számánál már többé-kevésbé egyszerű és

észszerű módon történik, a kór természetes lefolyásának ismerete alapján, csak kitanult és ismert gyógyszerek alkalmaztassanak. Újabb szerekkel való gyógykísérletek a gyógytan haladása tekintetéből kívánatosak ugyan, de valóban nem szükséges, hogy azokat oly ellentétes uton, mint az felnőtteknél történni szokott, a legutálatosabb és legkülönösebb anyagokkal, miket csak a gyógyszertárak gyűjteményei nyújthatnak, kísértsük meg. A mi az ezen téren személyes álláspontomat illeti, azt hiszem, egyes dolgozataim egész sorára hivatkozhatom, hogy azon szakot, melyet itt összefüggésben előadok, komoly tanulmányom tárgyává tettem és a wüzburgi járkóródn tartott előadásaimnál felismertem azon igényeket, melyeket minden kezdőnél figyelembe kell vennünk és gazdag anyaghalmoz megfigyelése által kielégítő tapasztalatokat szereztem arra nézve, hogy a legtöbb gyermekbetegség sajátsága felől önálló nézettel bírjak. Ezeknek kiváló figyelembe vétele mellett azonban másrésről megvallom, hogy sok helyen felhasználtam az irodalmat, főleg pedig Rilliet és Barthez kitünő alapos-sággal irt munkáját.

És valóban igazságtalannak és károsnak tartanám, ha valamely későbbi szerző, kinek talán nem volt alkalmá hasonló számú pontos megfigyelésekre támaszkodni — és ki is lehetne az? — az említett munka kincseit kiaknázatlanul hagyná. Tekintettel voltam továbbá West, Bednar s még mások közléseire is. de igyekeztem egyuttal, hol csak kissé jelentékenyebb tárgyról forgott a szó, a forrást megjelölni. A leírások alakját illetőleg oda törekedtem, hogy a nagyobb számú albeosztások mellözésével, a főtárgy kimerítő módon legyen ismertetve, s a jelentéktlenebb tünetek csak mellékesen legyenek érintve. A csekély számmal közbeszótt kórtörténetek mind saját észleleteim tárgyai, s miután azok csak mint példák szerepelnek, nem akartam velük tankönyvemet tulterhelni. A betegvizsgálat folyamát és a gyermekek bon-

colási módszerét tárgyaló fejezetek, valamint néhány vényalak kiválóan kezdők számára lett közölve, kik a gyermekgyakorlat terén az első időben ez irányban jelentékeny nehézségekre szoktak bukkanni.

Végül ezen dolgozatom iránt ügyfeleim szives elnézését és jóakarátát kérem ki.

Würzburg, 1860. június havában.

GERHARDT K.



Előszó a második kiadáshoz.

Némi habozás után végre a kiadó unszolásainak engedtem s átvállaltam ezen munka új kiadásának átdolgozását. Figyelmet kellett fordítanom a majd egy évtized lefolyása alatti vivmányokra, az ezen idő alatt tett saját tapasztalaim és észleletem felhasználása mellett. E feladat teljesítése végett sok fejezetet újból át kellett dolgoznom, és sok újat hozzácsatolnom. Ezen, csupán csak az új kiadásban meglevő részek a mellétoldott irodalmi idézetek által könnyen felismerhetők. Ha tíz év előtt odanyilatkoztam, hogy a bonci leletek egyedül irányadók a gyermekkórok mezejének néhol zavaros és nehézkes utain, és e miatt az idevágó dolgozatoknál főfigyelmet igényelnek, úgy ma méginkább e nyilatkozat mellett maradok. Ezenkívül a kórokok kifürkészését és a kórjelek élettani magyarázatát tekintettem lényeges kelleknek. Az első kiadásban megjelent kórtörténetek helyét bizonyos számú fametszetek pótolják, melyek a betegágy-náli tanítás igényeinek megfelelőleg kiválóan a kórjeltanra, és nem bonci viszonyokra vonatkoznak. Az idevágó rajzokat Roszbach G. és Emminghaus H. tudorok voltak szivesek elkészíteni.

Jena, 1870. szeptember havában.

GERHARDT K.

sol. 2011 I. Simulazione

Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.
Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.

Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.
Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.

Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.
Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.

Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.
Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.

Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.
Il presidente della Repubblica ha il compito di
firmare le leggi, promulgandole, e di
promuovere o rinviare la loro pubblicazione.

TARTALOM-JEGYZÉK.

I. Általános rész.

	Lap
I. Élettani előjegyzetek	1
II. Kórokok	5
A táplálkozás megkezdése	6
Fogkifejlődés	11
III. Betegvizsgálat	13
Láztünetek	14
Melltünetek	20
Idegtünetek	22
Emésztési szervek tünetei	24
IV. Gyógytani előjegyzetek	27
V. A gyermekek halandósága	37
II. Fertőzési betegségek és általános táplálkozási zavarok	40
I. csoport : heveny, ragályos általános fertőzések	42
I. Kanyaró, — morbilli	47
II. Vörheny, — scarlatina	56
III. Piros kütég, — rubeola	67
IV. Himlő, — variola	69
V. Bányahimlő, — varicella	78
VI. Tehénhimlő, — vaccina	80
VII. Küteges hagymáz	84
VIII. Hasi hagymáz	90
IX. Visszatérő láz	101
II. csoport : heveny, ragályos nyákhártyabetegségek	105
I. Höckhurut, — pertussis	106
II. Járványos fültömirigylob	114
III. Álhártyáslob, diphtheritis	118
IV. Vérhas	130
III. csoport : ragálytalan, vagy kis mérvben ragályos hevenyfertőzési betegségek	136
I. Váltóláz	137
II. Járványos agy-gerincagykérlob	141
IV. csoport : idült ragályos fertőzési kórok	148

	Lap
Bujaseny	148
V. csoport: ujszülöttek hevenyfertőzési betegségei	158
I. Ujszülöttek heveny zsiros elfajulása	158
II. Evvérűség	160
Általános táplálási zavarok:	
Angolkór, — rachitis	163
Görvénykór, — scrophulosis	175
Gümőkór, — tuberculosis	183
III. A vérkeringési szervek betegségei.	
A) Szívbetegségek	191
I. Szívburklob	192
II. Szívbellob és szívbillentyűbnjak	194
III. A peteképi lik nyitvamaradása	197
IV. A Botall-féle vezeték nyitvamaradása	200
V. A szívgyomrocok közlekedése	203
VI. A tüdütéri szíjadék veleszületett szükülete	205
VII. A háromcsuesos billentyű világrahozott szükülete	209
VIII. Veleszületett függérszükület	211
B) A véredények betegségei	214
IX. Vértökgépződés és értömület	214
X. Vérzési kór, — haemophilia	216
XI. Werlhof petécskórja	218
C) A nyirkrendszer betegségei	220
XII. Nyirkmirigylob	220
XIII. Fehérvér és fehérvérsejtűség	223
XIV. Álfehérvérűség	226
IV. A légzési szervek betegségei.	
Tetszhalál	228
A) Az orrüreg betegségei	230
I. Orrhurut	230
II. Orrvérzés	232
B) A gége betegségei	233
I. Heveny gégehurut	234
II. Áltorokgyik	236
III. Idült gégehurut	239
IV. Hártyás gégelob, — croup, diphtheritis laryngis	241
V. Gégevizenyő	251
VI. Szemölcsdag, — papilloma	253
VII. Hangrésgörés	259
VIII. Hangszálaghűdés	264
IX. Idegen testek a légutakban	269
C) A légeső szükülete	271
D) Ujszülöttek golyvája	275
E) A hörgök és a tüdő betegségei	277

	Lap
I. Hörghurut	277
II. Hörgtágulat	281
III. Tüdőlégdag	283
IV. Tüdőtágulatlanság	286
V. Izzadmányos tüdőlob, — croupöse Pneumonie	292
VI. Hurutos tüdőlob	305
VII. Tüdővész	309
VIII. Véres tüdőtömülés	316
IX. Burkony a tüdőten	320
F) Mellhártyalob	320
G) Hörgvész, — phthisis bronchialis	329

V. Az emésztőszervek betegségei.

A) A száj és torokőr betegségei	336
I. A szájtaohártya hurutja	336
II. Hólyagsás szájlob	338
III. Szájpenész	341
IV. Fekélyes szájlob	345
V. Vizrák, — noma	348
VI. Toroklob	352
VII. Genyedő mandulalob	354
VIII. A mandulák tultengése	357
IX. Garat és bárzsing mögötti tályog	359
B) A bárzsing betegségei	362
C) A gyomor és a bélhuzam betegségei	365
I. Emésztéshiány	365
II. Gyomorhurut	368
III. A gyomor és nyombél kerek fekélyo	370
Gümös gyomorfekély	372
IV. Bélhurut	373
V. Székrekedés	380
VI. Belféregkór	382
Orsonya, — ascaris	383
Gyermcki vonalnya, — oxyuris	386
Galandóe, — taenia	389
VII. Vakbélkóri lob	391
VIII. Bélszükület	394
IX. Bélbhüvelyzödés	398
X. Végbéliszam	401
XI. Végbélzár	403
XII. Végbélhabarc	405
D) A hashártya betegségei	407
I. Hasvizkór	407
II. Hashártyalob	409
III. A hashártya gümösödése	414
E) A máj betegségei	417
I. Sárgaság	417

	Lap
II. Az epentak heges elzáródása	422
III. A máj kemuyéd elfajulása	423
IV. Zsirmáj	424
V. Bujakóros májlob	425
VI. Májzemcsésedés	427
VII. Burkonyok a májban	427
F) A lép betegségei	430

VI. A húgy- és ivarszervek betegségei.

I. Világrahozott vesevízkór	433
II. Szöveti vesclob	434
III. Veserák	439
IV. Vesekövesedések	441
V. A veseedények betegségei	444
VI. Külszeméremhüvelylob	445
VII. Makktakár	450
VIII. Éjjeli húgytarthatlanság	461

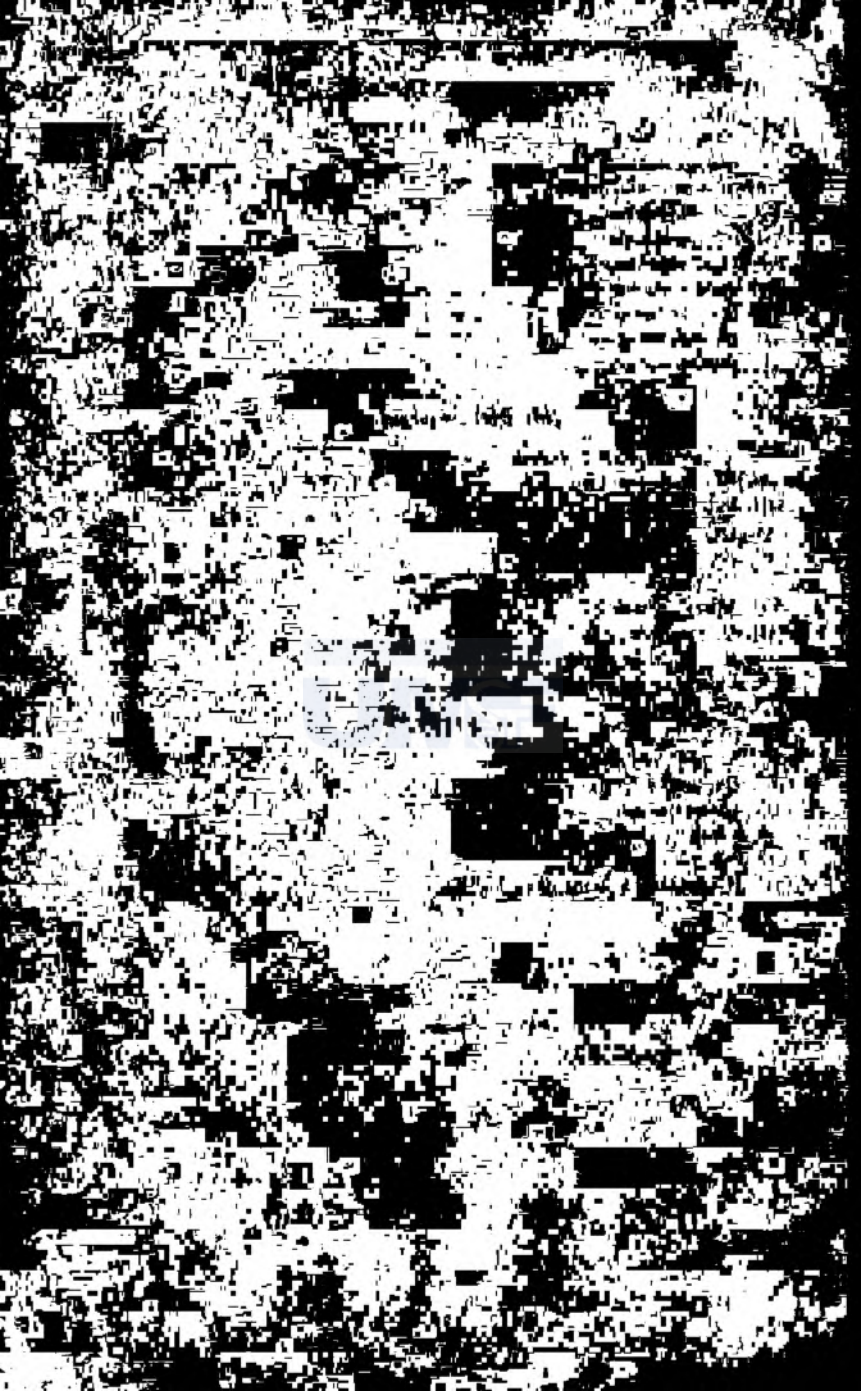
VII. Idegbetegségek.

A) Agykórok	454
I. Agyvérszegénység	456
II. Vérbőség	459
III. Az agyöblök rögösödése	460
IV. Az agyhártyák vérzése	464
V. Agyvérzés	466
VI. Az agyüterek tömeszülése	471
VII. Vérömlenyos belső agyhártyalob	473
VIII. Gümös agyhártyalob	475
IX. Egyszerű agyhártyalob	483
X. Agylob	489
XI. Agykeményedés	492
XII. Agytultengés	493
XIII. Idült agyvízkór	496
Heveny agyvízkór	502
XIV. Agydagok	503
XV. Agygümök	506
XVI. Burkonytömlő, — eelínococcus	510
XVII. Borsókaféreg, — cysticercus cell	512
B) Gerincagybántalmak	514
I. Hasított gerine	514
II. Gerincagyhártyalob	516
III. Gerincagylob	519
IV. Gerincagyhártyavérzés	520
V. Gerincagydagok	521
C) Kiterjedt mozgatósi idegbántalmak	522
I. Derme	522

	XV
	Lap
II. Nehézkór	525
III. Kis vittáne	531
IV. Nagy vittáne	537
V. Ráנגgörcs	539
VI. Göresös izületzsugor	544
VII. Izomtultengés	545
VIII. Gyermekehüedés	547
D) Körny. degbántalmak	551
I. Arcideghüedés	551
II. Fűrészsizomhüedés	554
III. Bölíntgató görcs	555
IV. Ideges arc-sorv	557

VIII. Bőrbetegségek.

I. Együttszületett halhéjag	559
II. Egyszerű halhéjag	560
III. Felpír	560
IV. Orbáne	563
V. Izzag	570
VI. Tejszemölcs, — Strophulus	573
VII. Pikkelysömör	575
VIII. Viszketeg	576
IX. Genybub, — ekthyma	577
X. Bubor, — pemphigus	578
XI. Csálánküteг	580
XII. Övsömör	582
XIII. Körülrít hajhullás	585
XIV. Hajkosz, — favus	586
XV. Körcsés sömör	589
XVI. A rüh	591
XVII. Faggyuár	592
XVIII. Ujszülöttek kötszövetkeményedése	593



I.
ÁLTALÁNOS RÉSZ.

I. ÉLETTANI ELŐJEGYZETEK.

Az újszülött gyermek hossza átlag 496, a leányé 483 mm. Az első életévben e hossz mintegy 198, a másodikban 90, a harmadikban 73, a negyedikben 64, az ötödikben 64 mm-rel, s a következő 10 év alatt évenként mintegy 6 ctm-rel növekszik; az első 6 év alatt tehát megkétszereződik (Quetelet). Az élet első hónapjában 4, a másodikban 3, a harmadikban 2 cm-t tesz a hossznövekedés; többi hónapjaiban az első évnek az havonta 1—1½ ctm-re rug. Az újszülött súlya átlag 3250 grm., Hecker szerint a nő első szülöttjének átlagos súlya 3201, a másodiké 3330, a harmadiké 3353, a negyediké 3360, az ötödiké 3412, a hatodiké 3353 grm. Születés után közvetlen fogy a gyermek súlya. Ezen körülményt Burdach és Chaussier vették először észre és Winckel, Breslau s Siebold vizsgálatai erősítették meg. A súlyvesztés átlag 6,95 latot tesz, s különböző ideig, legtöbb gyermeknél a 3-ik, 4-ik napig tart, s gyermekeknél, kisebb, mint leányoknál. A súlyvesztést közvetlen súlynövekvés követi, mely növekvés naponta 1—3½ latra rug. Oly gyermekek, kiket anyjuk szoptat, a 10-ik napra már legtöbbször ismét eredeti súlyukhoz jutnak; míg mülegesen táplált gyermekeknél ez közönségesen csak későbbben történik. Gyermekek súlya jobban növekszik, mint leányoké. A születéssel a táplálkozás előbbi neme megszűnik, s az új táplálkozási mód csak körülbelül a 3-ik napon kezd a gyermek javára esni. Az első életév lefolyta alatt a gyermek testsúlya majdnem megháromszorozódik, de mire még egyszer megkétszereződik, 6 év telik le, az ezutáni súlykészszerződésre már hét év szükséges. A női test átlagos súlya mindig kisebb, mint a férfié, csak a 12-ik életévben egyenlő körülbelül amazéval. Az újszülött testsúlya a felnőttének körülbelül 20-ad részét teszi. A következő táblázat az első életév egyes hónapjaiban létrejövő átlagos súlynövekedés áttekintését foglalja magában.

A születés 1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12. hónapja
Súlynövekvés 750	700	650	600	550	500	450	400	350	300	250	200
Súly 3,250 4.0	4,7	3.35	5.95	6.5	7,0	7.45	7.84	8.2	8.5	8.75	8.95
Naponkénti súlynövekvés 25	23	22	20	18	17	15	13	12	10	8	6

Az újszülöttek testhőmérsékéről Bärensprung tett vizsgálatokat közzé, s ezek képezik jelenleg is ismereteink alapját. Ezen vizsgálatokból kitétnik, hogy a test hőmérséke a születésnél középszámban 37,75 — C° tesz, s az első 2 órában 36,25 — 37-re süllyed. Ezentúl ismét emelkedik a hőmérsék, míg 30—36 órával a születés után 37,59°-et el nem ér, ezután a negyedik napig ismét 37,10-re süllyed, s a legközelebbi napokban ismét emelkedik egy kevésbé. A későbbi gyermekkorban a hőmérsék a felnőttekével egyenlő viszonyokat mutat. Csak középértéke a fanosadási időszakig 1—2 tizeddel kisebb, s átlag nagyobb változékonyságot mutat, mint felnőtteknél.

Csekély okok hőemelkedést idéznek elő, s okadatolatlanul nagyobb hőemelkedések gyakrabban észlelhetők, mint felnőtteknél. Finleyton 18 gyermekben tett legújabb vizsgálatai szerint 24 óra alatt a rendes hőmérsék 1,1—1,16 C fokkal ingadozik. Esteli 5 órától gyorsan kezd a hőmérsék leszállani, s legalsóbb fokát 2 óraker éjjel éri el, ezután 2-től 4-ig gyorsan emelkedik.

Az érlökés, — melynek szaporasága a magzatélet végén (Frankenhäuser) fiuknál 132, leányoknál 140, — újszülött gyermeknél mintegy 130—133. Egyes észleletek szerint az érlökések száma még a köldökzsinór átmetszése előtt tetemesen, — egész 83-ra, — alábbszállana, ezen különbség azonban már a legközelebbi órákban kiegyenlítettetik. A legközelebbi hetekben az érverés 120 és 140 között ingadozik, fiuknál rendszeren kevésbé szopora mint lányoknál, de mindkét nemű gyermekeknél rendkívül izgékony, úgy hogy pl. felébredéskor, ébredéskor és sikoltás közben 10, 20, sőt 30 lökessel is többet mutat, mint alvás közben. A második életév felé 110, az 5-ik évig 100, a 8-ikig 90 érlökést találunk teljes testi nyugalom mellett. Ama törvény, hogy mentül nagyobb valamely állat, annál lassabb érveréssel bír,

legalább részben megfejtí ezen viszonyt. A légzésnél az érverésével hasonló viszonyokra akadunk. A légvételek száma az újszülötteknél közepszámban 44 egy perc alatt, a legközelebbi hónapokban is egész a 3-ik évig 35—40, — s az 5-ik évig 26-ra száll le. A légzés is épügy, mint az érverés s hőmérsék külső benyomások ellenében nagyobb ingadozásoknak van alávetve. A gyermekek légzésének gyorsabb volta részben a test térfogatának kicsinységéből is kimagyarázható, — mert kisebb állatok mindig gyorsabban légzének, mint nagyok; de e körülmény másrészt meg a keringési viszonyokban is találja alapját. Ha az életi térfogat (vitale Capacitát) 20 és 40 év között 2,8 ltr-t tesz, akkor a 7-ik évvel 1, a 15-ikkel pedig 2 ltr-t mutat. A beszitt lég 7-éves gyermeknél $\frac{1}{12}$ ltr-t tesz, midőn az felnőttél $\frac{1}{3}$ ltr. Ebből következik: 1) hogy az életi térfogat, a beszitt léggel arányítva, gyermekeknél nagyobb mint felnötteknél, s ebből lehet megmagyarázni a gyermekek hosszúra nyújtott sikoltását; 2) hogy a gyermekek légvételeinek belterje s azok száma között felállított arány szerint egy bizonyos időegységben testsúlyuk több léget kap, mint a felnötteké; 3) így pl. egy éves gyermek testének 1 kgrm-ja $\frac{1}{3}$ részszel több léget kap, mint a felnőtt hasonló tömege. Ehez járul még, hogy *Seharing* vizsgálatai szerint 9 éves gyermek kgrm-ja kétszerannyi szénsavat légzik ki, mint a felnőtt hasonló súlyrésze. Ugy látszik, hogy a tüdőből kiválasztott vízmennyiség is tetemesebb. *Bouchaud* szerint a kilégzés által létrejött összes súlyvesztés újszülötteknél óránként mintegy 2 grm., ennek megfelelőleg az élelyfelvétel is fokozott. Ez részben már abból is kimagyarázható, hogy kisebb lényeknek nagyobb hőmennyiséget kell termelniök testhőmérsékük fentartására.

Az újszülöttek vérének illetőleg azon egyetlen, de igen fontos tény ismeretes *Welker* vizsgálatai útján, hogy a vér összmenyisége az újszülötteknél a test súlyának $\frac{1}{13}$ -edét teszi, nem pedig $\frac{1}{13}$ -adát, mint a felnötteknél. Különben a gyermekek vére szilárd alkotórészekben dúsabb, különösen pedig dúsabb vértestecsekben, vasban és kivi-natanyagokban. Ezen tény összhangzásban van azon körülménnyel miszerint gyermekeknél a vér mennyisége kisebb, az élelyfelvétel pedig nagyobb. Zsír- és fehérnyetartalom tekintetében a gyermek vére a felnőttével meglehetősen megegyez, elleben rostonyát és sókat kisebb mennyiségben tartalmaz.

A gyermekek vizeletét illetőleg a vizsgálatok egész sorával birunk, melyek a gyermekkorra nézve ugyan jó áttekintést nyújtanak; de a csecsemőkort illetőleg csak egyes támpontokat szolgáltatnak. *Mig Lecanu* 3—4 éves gyermek vizeletmennyiségét csak 225—325

grm.-ra teszi, addig Scherer 3½ éves gyermeknél 755 grm.-ot, Rummel 3 éves fiúnál 885—904 grm.-ot, 4 évesnél 770—792 grm.-ot, 5 éves lánykánál 698—722 grm.-ot [talált. Ha a felnőtt test egy kilo-grm.-ja 24 óra alatt 29,5 grm. vizeletet ürít ki, akkor a gyermeki test egy kgrm.-jára 47,4 grm. esik (Scherer); így a húgyany is, felnötteknél 0,420, gyermekeknél 0,810; szilárd anyagok és vér: felnötteknél 1,101 és 28,4, gyermekeknél: 1,515 és 45,9; a sók is nagyobb mennyiségben vannak jelen a gyermek vizeletében, csak a nyák, húgysav és kivonatanyagok mennyiségének összege körülbelül felényi gyermeknél, mint felnötteknél. Rummel vegybontásaiból még az is kiderül, hogy 3, 4 és 5 éves gyermek kgrm.-jának összehasonlításánál a legifjabbra a legnagyobb, a legidősbre pedig a legkisebb, víz- és vizeletmennyiség esik. A szilárd részek és a húgyany mennyiségére nézve pedig fordított viszony áll fenn, t. i. a legifjabbnál legkisebb a legidősbnél legnagyobb mennyiség választatik ki. Sőt Uhle szerint a vizelet-, húgyany- és konyhasó kiválasztás gyermeknél háromszorta nagyobb, mint felnötteknél. A dús húgysavkiválás, mely újszülötteknél az egyes húgycsatornácskákat kitölti, s így a Virchow által leirt húgysavas beszűrődést (Infaret) képezi, s mely később szemcsék alakjában a vizelettel kiürítettik, sőt vesekövek képződését is okozza, alapját abban találja, hogy születéskor egy időre megszakítatik az élenyfelvétel, és a beszűrődés nagysága e megszakítás tartamától és tökéletességétől függ. Ha ez így van, akkor egyidejűleg a húgyanytermelésnek csekélyebbnek kell lennie. És akkor azon körülmény is meg van magyarázva, hogy azon gyermekeknél a beszűrődés hiányzik, kik a légzés teljes s azonnali föllépte folytán éltek; és hogy olyanoknál előfordul, kik tetszhalálban születvén többé fel nem ébredtek (Asphyxia).

Az újszülöttek vizelete Dorn szerint savi vegyhatás és 1001,8—1006 fajsúly mellett tartalmaz: 0,02—0,3% halványt, s 0,1—0,8% húgyanyt. Pollak szerint az újszülött vizeletének mennyisége 250—410 cc., fajsúlya 1005—1007. Ezen adatokból legalább azt lehet következtetni, hogy már ezen korban általában nagy a vizelet mennyisége. A vizelet- és húgyanyéval majdnem hasonló viszonyokat mutat a gyermekek széneyvesztése is (a tüdőkön s bőrön át) a felnöttekéhez képest. Scherling vizsgálatai szerint a felnőtt test 1 kgr.-ja 24 óra alatt 3,05 széneyt, 9 éves gyermek 1 kgr.-ja pedig 5,75 gr. széneyt veszít, tehát majdnem kétszerannyit.

A következő összehasonlítás, mely azon tápszermennyiségre vonatkozik, melyet egy gyermek kora előhaladtával magához vesz, Bouchaud által állítottott össze.

Az	I. napon: mindenkor	3 grm., összesen	30 grm. tej;
a	II. " " "	15 " "	150 " "
a	III. " " "	40 " "	450 " "
a	IV. " " s innen a hó végéig	55 " "	550 " "
az	I. hónapon túl	70 " "	650 " "
a	III. " " "	100 " "	750 " "
az	V. " " "	120 " "	850 " "
a	VII. " " "	150 " "	950 " "

Ezer rész asszonytejben a gyermek: 888,89 vizet, 110,13 szilárd alkatrészeket élvez; ezek között 39,24 fehérvyét; 20,76 zsirt, 43,64 cukrot, 1,48 sókat. Ezen táplálék egy része elhasználatlanul ürített ki; az úgy elveszett táplálék mennyiségét naponta 80—90 Grm.-ra becslik (Bouchaud). Egy régiebb, mindenütt idézett vegybontás szerint, — mely Simon Ferencz től ered s 6 napos gyermek váladékára vonatkozik, — annak szilárd része tartalomra nézve 52 zsirt, 16 eperészeket, 18 hamanyfehérvyét (Kalialbuminat) és nyákot, s végre nedvességet és 15% súlyvesztéséget mutat.

Az újszülött gyermek érzéki szervei közül a hallás szerve bír legkisebb működésképeességgel, bár ez sem teljesen tevéketlen; az izlés és szaglás már jól ki vannak fejlődve; a tapintás és hőérzet hasonlóképen, ellenben a szem csak a 3—6 ik héttől fogva kezd a tárgyakat rögzíteni; a fájdalomérzet még csekély, hanem némi izomérzet kimutatható (Kussmaul). A tapintási köröket gyermekeknél kisebbeknek találjuk mint felnötteknél; valaha azt hitték, hogy ezen körökből ki lehet számítani a felnőtt korban elérendő testnagyságot (Czermak).

II. KÓROKOK.

A gyermekkorban előjövö megbetegedések fejlődésére nézve különös jelentőséggel bírnak: 1) kórhajlamöröklés, 2) megbetegedések a magzatélet közben, 3) azon bouczi és működési átalakulások, melyeknek a szülletés utáni legközelebbi időben több szerv alá van vetve, 4) a táplálkozás, 5) a fogzás, 6) az iskolalátogatás befolyása.

1) Amint az arevonások és a termet a szülökröl a gyermekekre száll, úgy történik ez némely közömbös külsö rendellenességekkel is. Példát szolgáltatnak erre a 6 kéz-, vagy lábújjal, monyhasadékkal (Hypospadié), az arezban szemölcsessel, különös alakú fülkagylóval bíró családok. Komolyabb alakot ölt a dolog, ha a testalkat durvább

rendellenességei, vagy belső szervek működési zavarai szállnak át örökség gyanánt. Ez kiválóan az idegrendszer központi szerveire vonatkozólag szokott történni; eskór, elmebántalmak s fejkör legtöbb eseteiben ki lehet mutatni az öröklést; merevkór (Katalepsia) — járulékos ideggörcs, — (Accessoriuskrampf) s hasonlóknál már ritkábban. A vérékenység, görvélkór s bujasenyv eseteinek nagy száma mutatja, hogy mily mérvben nyerhet kóros hajlamokat a pete nemcsak az anyától, kinék testéből kivált, hanem az apától is, kinek ondója megtermékenyülését eszközölte. Mindezek még oly kérdés alatt levő feladványt képeznek, melyet se elméletileg megmagyarázni, se gyakorlatilag megtámadni nem bírunk.

2) A magzatélet közben erőművi behatások történhetnek a méh falán át a magzatra, hozzá a lepényedények által megbetegítő anyagok vitelhetnek, végre táplálkozási irányára idegbefolyások is közreműködhetnek. Elég korán, már a magzatélet 3-ik hónapja előtt léphetnek fel lobjai a magzat szöveteinek, így pl. szívbeltünetek. Vérömlenyek néha egész biztossággal visszavezethetők a magzatélet későbbi idejére, egyes részek elsatnyultsága, lefűződöttsége, túlnövekedettsége legtöbbször hibás fejlődésen alapulnak. Kiválóan fontos szerepet játszanak azon megbetegedések, melyek a terhesség vége felé származnak át az anyáról a magzatra. Bizonyosan ily módon megy át a vészhimlő, kanyaró, vörheny, hagymáz, vérhas, fültömirigylob, váltóláz és gyermekági láz. Több ragályanyagról be van bizonyítva, miszerint az az anya testén áthat a nélkül, hogy azt megbetegítene. Ez különösen a himlőről és fültömirigylobról áll. Maga a születés is több megbetegedésre szolgáltat alkalmat, u. m. fejdag, agykérvérzés, féloldali archüdes, esontörések, szentakár stb. létrejövésére.

3) Azon változások közül, melyek a születés után a szervek működésében beállnak, legfontosabb a légzés megkezdése. Ha ez teljesen kimarad, akkor a gyermek légvételre képtelen (apnoisch) lesz, s csak a szív működés tart egy ideig. Ha pedig tökéletlenül történik, akkor a tüdő egy része tágulatlan marad, s a magzatutak csak tökéletlenül záródnak el. A légzés tökéletlenségének tartamával van a vesék hagsavas beszűrődésének kifejlődése is összefüggésben. Azon változások is kiváló jelentőséggel bírnak, melyek a köldökzsinór lecsésénél lépnek fel. A köldökzsinór az 1-ső és 5-ig nap közt esik le. Ezzel nemcsak köldökvérzés, genyedés, köldök üt- és viszerlob járhatnak karöltve, hanem az újszülöttek dermije (tetanus) is.

4) Mindazon hajlamosító okok között, melyeket itt tárgyalnunk kell, legfontosabb a táplálkozás megkezdése, a mennyiben ezen úton

felette egyszerű segédeszközökkel kell a test erőssé fejlesztésének eszközölni. De minél egyszerűbbek ez eszközök, annál inkább szükséges, hogy czélszerű tulajdonokkal birjanak a kített feladat elérésére. Ezért is úgy találjuk, hogy a bélluzam hiányos kifejlődtsége, — pl. koraszülött gyermekeknél, — lényegesen nehezítőleg hat. De másrészt nemcsak az emlős állatok nagyobb csoportjainak, — pl. növény-, húsevők, — első tápláléka bir különféle alkotással, hanem e tekintetben majdnem mindegyik fajnál sajátos módosulatok léteznek, sőt úgy látszik, egyéni sajátosságok is érvényre jutnak. Így találjuk az anya bizonyos könnyebb megbetegedési eseteiben, hogy azon tej, melyet ekkor termel, — ha ez időben egyszerre két gyermeket szoptat, — azt az egyik gyermek, — rendszeren saját gyermeke — jól tűri míg a másik gyermek megbetegszik tőle. Másrészt társadalmi körülményeink a természetes vagy azt legalább megközelítő táplálási módot majdnem a ritkaságok sorába helyezték, úgy hogy soha sem figyelmeztethetjük az illetőket eléggé a gyermektáplálás élettani szabályaira. Az [emberi tej viz-, sajtany-, vaj-, cukor- és sókból áll. Ezen létrészeket körülbelül a következő arányban tartalmazza:

vizből	tartalmaz	889,08 %-ot
cukorból	"	43,64 "
sajtanyból	"	39,24 "
vajból	"	26,66 "
sókból	"	1,38 "

A szilárd alkatrészek összege: 110,92 %-ot

tesz (Bequerel és Vernóis szerint)

Az emberi tej fajsúlya 1018—1045, középszámban 1032 (Scherer szerint).

Az alkatrészek ezen aránya azonban épen nem állandó, a mennyiben számtalan, úgy esetleges, mint szükségképeni körülmények befolyásának van kitéve, így a szoptató kora, egészsége és táplálkozása, a szoptatás tartama és azon időtartam, mely alatt a tej az emlőkben időz stb.

A tej az emlőmirigy- elemek hámsejteinek megszaporodásából és zsíros elváltozásából származik, s pedig oly módon, hogy ezen hámsejtek nagyobb számú zsírszemeséket vesznek magukba fel, (szemesesejtek, Körnehenzellen), burkaikat és magvaikat elvesztik (szemesegolyók, Körnehenkugeln), s végre finom protein-anyaggal bevont szemesékké esnek szét. A terhesség vége felé és a szoptatás első napjaiban azonban még nem jött ezen mozzanat létre, miért is a tej ekkor legnagyobb részét szemesesejtekből és golyókból (Colostrum) áll, miért is természetfani és vegytani sajátosságai a későbbitől lényegesen eltér-

nek : ugyanis színe sárgás, kevésbé kékes, s tartalomra nézve szilárd alkatrészekben, nevezetesen zsírban és sókban dúsabb. Az ezen sajátosságokkal bíró tej a csecsemőre hashajtó hatást gyakorol, mi által a magzatszurok kiürítését eszközözi. Legújabb időben Biegel karminbeivódás segítségével a tejgolyókban (Colostrum) magvat mutatott ki, s a tejben kis, halvány, a vértestecseknek megfelelő nagyságú sejteket talált.

Az előadottakból önkényt következik, hogy az emberi tej egyedüli természetes tápláléka az újszülöttnek és csecsemőnek, kitünően pedig az anya teje, feltéve, hogy az anya tökéletes egészségnek örvend, és egyébként is oly helyzetben van, mely a szoptatás kivitelőségét megengedi. Miután azonban jelen társadalmi viszonyaink között az anyák igen gyakran a szoptatásra nem alkalmasak, vagy ha alkalmasak, ahhoz kevés kedvet mutatnak, az orvos gyakorta jut azon helyzetbe, hogy az egyéb módok táplálás kivételére kell tanácsával járulnia. E tekintetben ott, hol jó dajkára szert lehet tenni, kétségtelül e mód érdemli meg az elsőséget a táplálás első 4. évében minden egyéb módok között.

Beszéljünk ez okból legelőbb is azon tulajdonokról, melyekkel a jó dajkának bírnia kell, azután pedig arról, hogy miként kelljen hivatását teljesítenie, ami természetesen a szoptató anyára is vonatkozik. Legelső és legfontosabb követelmény az, hogy a szoptató ment legyen minden átszarmazható betegségtől, pl. kútegek-, hagymáz-, görvélykór-, bujasenyv-, rth-, favustól, stb., mert ezek a gyermeket közvetlenül veszélyeztik ; a második, hogy egyáltalában mind olyan kóroktól ment legyen, melyek az emlőmirigyek váladékára hátrányos befolyást gyakorolhatnak. Ennek következtében az emlőmirigyeknek saját mélyebbre ható megbetegedései, továbbá a belszervek legtöbb kórai a szoptatást ellenjavallják, amennyiben a váladékot esekélyebbé vagy a colostrumhoz hasonlóbbá teszik. Kétséges esetekben mindemellett elővigyázattal tett kísérletek eszközölhetők, hogy valljon a tej kielégítő-e a gyermekre, avagy nem árt-e annak. — De a tej jósága, mennyisége és a szoptatási időszak tekintetében is, melyből a tej származik, meg kell a szoptatónak a gyermek szükségleteinek felelnie ; a tej jóságát, és mennyiségét illetőleg a láttani kísérlet nyújt némi felvilágosítást, de még többet a gyermek figyelmes észlelése ; a szoptatási időt illetőleg, melyből az illető tej ered, kívánatos, hogy a dajka utolsó megbetegedése azon csecsemő születésével, mely szoptatására bizatik, körülbelül öszszeessék, vagy legalább ne forogjon fenn nagyobb időbeli különbség. A terhesség a tej mennyiségét rendszerint csökkenti, szintűgy a havi

vérzések újbóli beállta is (körülbelül 22%-nál); a közösülés, ha nem is egyenesen ártalmas, a szoptatásra még sem előnyös.

A legkedvezőbb kor a szoptatás művéhez a 20—35 közötti évek. A nő virágzó és erős testalkattal valószínűvé teszi, hogy tejet is jót és eleget képes szolgáltatni, miért is a dajka megválasztásánál az arczszin, a foghús, a nyirkmirigyek, és az emlők minősége különösen figyelmet érdemelnek. Továbbá kívánatos, hogy a dajka hivatását ismerje, s ezért inkább többször szültek választassanak e foglalkozásra. Világos és szőke hajszin elsőbbséget érdemel. Ezen általános szabályoktól eltekintve, a tej jóságára nézve nem annyira annak vegyi és természettani sajátságai nyújtanak biztosítást, mint inkább a gyermek táplálkozása, de kiválóan a bélesatornának állapota, mely e tekintetben igen finom kémszerként szerepel. Ha ez irányban zavarok lépének fel, a dajka gyors változtatása még elég jókor eszközölhető, de máskülönben nem igen kell e cserét szükségtelenül siettetni, mert jó dajkára nehéz szert tenni. Az, hogy mily erkölcsi tulajdonokkal felruházott dajkára kívánja valamely család gyermekét bízni, szorosán véve nem tartozik az orvos hatáskörébe, noha hozzá e tekintetben is gyakran folyamodnak tanácsért. A dajka vagy szoptató rendes életet éljen, de olyat, mely előbbi életviszonyaival a lehetőleg összhangzásban legyen; nehéz, avagy igen fűszerezett eledelek és a szeszes italok bővebb élvezése kártelendők, de egyébként a közönséges táplálékokat eltiltani nem kell. A szoptató és a gyermek egészségére előnyös, ha kedvező időjárás mellett naponként néhány órát a szabad levegőn tölthetnek.

A szoptatás ideje természetesen a csecsemő előhaladó kifejlődésével változik. Kezdetben, amíg a gyomor nagyobb táplálékmenyiség felvételére nem alkalmas, ellenben visszaböfögtetésre hajlandó, a gyermek szükségele gyakran, s az éjen át is többször kielégítendő. Később azonban e tekintetben egy bizonyos szabályozásnak kell behozatni, úgy hogy a gyermek 2, később 3 óránként, este későn még egyszer és kora reggel ismét megszoportattassék, éjjel azonban nem, úgy hogy a szoptatónak a pihenésre szükséges idő megadassék, s alkalom ne szolgáltatassék arra, hogy az a gyermeket magához az ágyba vegye, amit különösen igen szigorún meg kell tiltani. Minél szabályosabban történik a szoptatás, minél egyenlőbben jó e mellett mindkét emlő alkalmazásba, annál szabályozottabb a tejválasztás is, a mely különben is ezen rendes ingertől van függővé téve. Csak a fogzás felléptével szabad az asszonyi tej mellett a gyermeknek darát vagy ehhez hasonló eledelt nyújtani és csak a 9. egész 15-ik hónapban szabad a szoptatást teljesen bevégezni. Az elválasztásnál, mentől előbb lép fel ennek szük-

sége, annál nyomatékosabban kell ajánlanunk, hogy még néhány héten át naponta 1—2-szer szoptattassék meg a gyermek, hogy a szopást el ne felejtse, és a legrosszabb esetben a dajka emlője még segélyt nyújthasson. Az elválasztáshoz legkevésbé alkalmas évszak a nyár.

Indítványozták, hogy dajka hiányában a gyermek betanított keeske által szoptattassék. Eltekintve attól, hogy ezen állatok betanítása nem könnyű és nem mindenhol lehetséges, ez által fiatal keeskék szükségleteinek igen, de fiatal gyermekekének vegyi összetételére nézve meg nem felelő tápanyag nyújtatik. Így a szamártej megszerzése is, mely vegyileg az emberéhez legközelebb áll, ritkán lesz lehetséges, ellenben tehéntej, víz és tejezukur hozzáadása által, egészen megfelelővé alakíthatatik át, és így az anya tejét meglehetősen helyettesítheti, a mint ez mindkét tejnem vegyalkatának összehasonlításából kiviláglik. Legjobb, ha az így elkészített tejet langymelegen s oly itvegből adjuk a gyermeknek, mely finoman átlýnkgatott ecesbimbó alakú ruggyantaszájjal bír, melynek lelkiismeretes tisztántartása a czélelöl szükséges, hogy a tej rendellenes erjedése meggátoltassék. — Ezen táplálási módnál is meghatározott időkhöz kell a szoptatást kötni, és a lehetőleg mindig egyenlő tápanyagot választani. Amíg a fogzás még folyamatban nincs, addig a gyermek kizárólagos táplálékát az emberi, vagy ahhoz lehető legközelebb álló tej képezi, ennek daczára ama számos téveszmék, melyek e tekintetben orvosok és nem-orvosok között uralkodnak, gyakorta oly törekvésre vezetnek, mely többet kíván eredményezni, mint maga a természet, ilyenek: a belek erősítése, szelek elhajtása, savak megsemmisítése stb., s ezen czélelöl a gyermekeknek (kömény-, ánizsból stb. készült) teákat, makkávé, leveseket, kásákat, stb. adnak, s ennek természetes következményei a bél idült hurutos megbetegedése, s a hozzá társuló angolkór, zsebre, tüdőtágulatlanúság stb., melyek kitérnek és rendkívül gyakran halálosan végzölnek. A tehéntej azon igen hátrányos tulajdonsága által különbözik az emberi tejtöl, hogy vegyhatása savi. Schlo s s b e r g e r a tehéntejet ugyanannyiszor találta savi, ahányszor égvényes vegyhatásúnak. H o p p e Berlinben mindig savinak találta, itt Jénában és környékén vizsgálataim tételekor sehol sem lehetett más, mint határozottan savi vegyhatású tejet keríteni, egyik tejféleség frissen fejve 1% kettedszénsavas szikenyt igényelt közömbösíttetéséhez. A tej ilyenmü közömbösíttését már M a y e r A. is nyomatékkal ajánlta. Üde zöldtakarmány és páliukamoslék a tehéntejnek különösen hasbajtó anyagokat látszanak kölesönözni. Legjobb takarmányneműek tartatik a sárgarépa és széna.

Az úgynevezett Liebig-féle leves szénsavas hamany hozzáadása által a tejben az égvényes sajátságot helyreállítja, ha hozzá még ezenkívül maláta és liszt is tétetik, a légzési és képlékeny alkatrészeket ugyanazon viszonyban tartalmazza, amint az emberi tej. Ezen, a kereskedelemben folyékony alakban forgó adalékok által e tápanyag készítésének nehézsége és körülményes volta elkerültetik. A mint én tapasztalom, ezen tápanyagot legtöbb néhány hónapos csecsemő jól tűri és így tápláléknak bizonyul. Ily idejű gyermekeknél ritkábban okoz bélhurutokat, mint inkább újszülötteknél. Egy es gyermek legyőzhetlen ellenszenvet mutat iránta. Ott, hol sem anyatej, sem dajkatej nem szerzhető, mindig ezen tápszert kellene legelőbb megkísérteni. Ezután a tehéntejet egyszerűen vízzel hígítva és pedig az első 8 napban a következő arányban: 1 : 3, a harmadik hónapig: 1 : 2 ; 4—9-ik hónapig : 1 : 1, a 9-ik hónaptól fogva a tehéntej hígítatlanul nyújtható. Már a 6-ik hónaptól kezdve húslevest lehet a tej hígítására használni. *W e g s e h e i d e r* az első élethónapokra hígított tehéntejet ajánl arrowroot-tal.

Csak midőn már a metszfogak bújnak elő, lehet a gyermeknek egyszerű lisztpépet, zsemleből vagy kétszersültből készült s tejjel főtt levest nyújtani és őt lassanként a tejtől megfosztani. Mert csak ez időtáiban kapja meg a szájnyal ezükorkészítő erejét. — Nem szenved kétséget, hogy mesterségesen táplált gyermekek is ép oly erősekké válhatnak, mint a szoptatottak, mindazonáltal, ha rájuk kellő gond és fáradság nem fordítottatik és a természetnek megfelelő alapszabályok nem követtetnek, akkor a tápesatorna megbetegedéseinek soha vége nem szakad, mely megbetegedések aztán egyéb képleteket is körükbe vonnak és így mihamar vérszegénység, sorvadás, angolkór, stb. fejlődik, melyek igen könnyen vésteljes kimenetet okozhatnak.

5) Ha a fogkifejlődés rendesen foly le, mutatja, hogy a gyermek táplálkozási viszonyai szabályszerű irányban haladnak. A fogzás lefolyása a következő: a 4—7-ik hónapban megjelennek az alsó, középső metszfogak, azután 4—8 hét múlva a 8—10-ik hónapban a 4 felső metszfog, 6—12 héttel ezután a 12—14-ik hónapban a 4 első zápfog és két alsó metszfog; 3—4 hónappal később a 18—20-ik hónapban a négy első fog a 28—34-ik hónapban, 3—8 hónapnyi szünet után a 4 második zápfog. Így támad a 20 tejfog, melyek a hetedik életévig megmaradnak (ekkor történik azután a fogesere). Ezen rendtől sokféle kisebb eltérések történnek. Névszerint a korábbi fogkifejlődés avagy sorrendjének változása jelentéktelen körülmény, ellenben minden elkésés táplálkozási zavar komoly jelének tekintendő. Maga a fogkifejlődés által előidézett zavaroknak tekinthetők: a szájnnyákhártya elterjedt felületen meg-

lobosodása bő nyáleválasztással, továbbá fekélyes vagy állhártyás (diphtheritisch) lobbja a fog kibuvási helyének. A szájlób ezen mindkét alakja által előidézett szopási nehézség-, fájdalom-, nyugtalanság-, álmatlansághoz az állhártyás lobból több napig tartó, jellegző menettel nem bíró láz is csatlakozik; én egy ily esetben a testhőmérsékét egész 39.5 C. foknyira láttam emelkedni. A nyelv nyákhártyáján is, az újonnan kifejlődött első fogaknak megfelelő helyeken, fordúlnak elő kis, úgynevezett fogzási fekélyek.

Azon izgatás, melyet gyorsan növekedő fogak a nyákhártyára gyakorolt nyomás által előidéznek, oly gyermekeknél, kik erre különben is hajlammal bírnak, visszahajlás útján göresös rohamokat támaszthat. Reimannak még felnötteknél is volt alkalmá az utolsó fogak elötörésekor visszahajlási göresöket észlelni. Végre a szájnjákhártya azon izgalmaival, melyek az egyes fogak elötörése által hozatnak létre, egyúttal bélhurutok is lépnek fel, melyek részint a szájnjákhártyáról továbbvezetett hurutos lobbként, részint mint ideg visszahajlás következményei foghatók fel. Mint hogy a családi életben és sok orvos részéről is a fogzáskor igen gyakran megboesáthatlan könnyelműséggel fontos gyermekbetegségek a fogzás lehető következményének tartatnak és elhanyagoltatnak, kell, hogy megemlítsük, miszerint a fogzásnak fentemlített kóros következményei csak igen ritkán lépnek fel, és hogy a táplálkozás szorgos megfigyelése és a gyermek pontos természettani megvizsgálása után szabad csak az úgynevezett fogzási betegségeket feltételeznünk, s végre hogy e felvétel a gyógykezelés közönséges szabályait éppen nem változtatja meg, vagy teszi érvénytelenné. Fogzási hasmenések mögé nem ritkán rejtőznek táplálkozási hibák, melyek ha félreismertetve tekintetbe nem vétetnek, a legszomorúbb következményeket vonhatják maguk után. — Észleltem egy esetet, melyben minden egyes fog előbúvásakor néhány napig tartó hágytarthatlanság volt jelen.

6) Csak legújabb időben jöttek rá, hogy mily veszélyeket hoz az iskola az ifjúságra. Az iskolában a ragályos betegségek terjesztetnek el. A himlőjárványok nálunk közönségesen a iskolákból indulnak ki. Valamivel ritkábban terjesztetnek szét az iskola által: némely egyéb hevenykittegek, állhártyás lób (diphtheritis), köhögés, rüh, a lépvar és vittánc. Sokkal általánosabb kórokat okoznak ezeknél az ölés, a kényszerített testtartás rossz szerkezetű iskolaasztalok mellett, a rossz szellőztetett szobák rossz levegője, a szemek megerőltetése. Innen ered a vérszegénység, görvélykór, oldalgörny, fejfájás, szívdobogás, orrvérzés, hurutos állapotok, rövidlátás és egész sereg egyéb betegség

nek oly gyakorta előjövetele, hogy ezen betegségek az iskolát látogató fjútságnál aránytalanul gyakrabban fordulnak elő, statistikailag már eléggé meg van állapítva.

Mindezeknek nem nehéz elejét venni. Jól szellőztetett és fűtött helyiségek, alkalmasan szerkesztett padok, a tanításnak korlátozása egyedül a szükségesre és hasznosra, kötelezett tornatanítás, az iskolák orvosi felügyelet alá helyezése, ezek körülbélül azon főeszközök, melyek segítségével az iskola ama veszélyektől megóvható. Ezek mellett figyelembe veendő; hogy az árnyékszékék jól elhelyezve s a legnagyobb mértékben tisztán tartva legyenek, az iskolahelyiségek enyhék, szürke vagy zöld színnel legyenek kifestve, fűtésre kizárólag csak agyagkályhák használtassanak, mert a vaskályhák izzáskor a szénleget magukon áthoasztják; végre, hogy minden por és szenny szorgosan eltávolíttassék.

Gyermekbetegségek a szó legszorosabb értelmében csak azok, melyek oly szerveket, szervi állapotokat vagy működéseket illetnek, melyek csak a gyermekkorban fordulnak elő. Ilyen tulajdonképi gyermekbetegségek: a Botall-féle ütteres vezétek (ductus arteriosus Botalli) ütérdaga, a kedezmirigytyályog, a köldökzsinór ütér- és viszérlobja. Tágabb értelemben ideszámíttatnak mindazon betegségek is, melyek kiváló gyakorisággal gyermekeknél észlelhetők, valamint azon ragályos betegségek is, melyek az embert az életben csak egyszer lepik meg; továbbá oly velesztüetett betegségek, melyek kora halált okoznak; s végre olyanok, melyek lefolyásukban gyermekeknél különösségeket mutatnak.

III. BETEGVIZSGÁLAT.

Tünetek.

A legelső szültséges kérdések a család, a szülék, a testvérek egészségi állapotára vonatkoznak. Különös figyelmet érdemelnek ez alkalommal az örökölhető és ragályozó betegségek, s az anya egészségi állapota a terhesség alatt. Rendesen folyt-e le mindvégig a terhesség, miként tápláltatott a gyermek, mikor mutatkoztak első fogai (az élet 6—8. havában), mikor kezdett a gyermek feltülni (a 7—8. hónapban), mikor járni (az első életév végén), mikor záródott a nagy kutaes (a 15—18. hónapban)? stb. Miféle betegségeket állott már a gyermek ki, s miként kezdődött, folyt le a jelenlegi?

I. Csoport: láztünetek.

A betegevizsgálatnál legnagyobb jelentőségt a testhőmérsék meghatározása. Ezzel a legszorosabb összefüggésben van az érverés, testsúly, hnyany mennyiség, számos bőr-, ideg- és emésztési tünet. A hőmérsék meghatározására összehasonlított hőmérők használtassanak, melyek legalább is $\frac{1}{5}$ fok felosztással bírjanak. A műszer a végbélbe, vagy a hol ez nem eszközölhető, a hóaljárókba tétessék, s mindaddig behagyassék, míg öt percz letelik a nélkül, hogy a higany feljebb emelkednék ott, hol nem orvosokra bizzuk a hőmérest, a hóaljárókban $\frac{1}{4}$ óráig tartatjuk a hőméröt. A végbél átlag $\frac{1}{2}$ fokkal nagyobb hőmérsékkel bír, mint a hóaljárók és a végbélben eszközölt hőmérés csak felényi időt igényel, mint a hóaljárókban végzett. A hőméréseket ott, hol egyáltalában céljuk van, napjában legalább 2-szer, sok hevenybetegségnél 2—3 óránként szükséges eszközölni. Csak ily módon lehet hőméreti szabályokat megállapítani, s csak így mutathatók ki azon kedvező eredmények, melyeket a hidegvizgyógymód nagy lázzal járó betegségeknel nyujt. Miután R o g e r H. 1844-ben egy terjedelmes munkában, melynek készítésénél azonban hiányos hőmérési módot használt, a testhőmérsék meghatározásának értékét gyermekbetegségek megítélésénél megmutatta, ezen tény felhasználatlanul maradt, míg Z i e m s e n 1862-ben e dolgot újra megpendítette és a hőmérések módszerét bírálgatva magyarázta és tökéletesbitette. Ez időtől fogva a hőmérés a gyermekgyógyászatban általános érvényre jutott és a lázmenet megítélésénél egyedüli irányadóvá lett. A t e s t h ő m é r s é k újszülöttnél csak $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ C. fokkal s az egész gyermekkorban csak kevéssel magasabb, mint felnöttnél. A hőszabályozási képesség kevésbbé van kifejlödve, ingadozások, különösen emelkedések könnyebben jönnek létre. Ilyen ingadozások gyermekeknel minden szabályszerűen folytatott hőmérsénél néhányszor észlelhetők lesznek. Ezen ingadozások nevezetesen a gyakrabban előforduló egy napos lázakban nyilvánúlnak, melyek hasonlóan a felnöttek azon lázrohamaikhoz, melyek hügcsapolás, vagy epekövek által idéztetnek elő, gyermekeknel gyakorta emésztési zavarok, meghülés, fog- vagy vagy fereginger, söt szellemi mozgalmak által is létre hozatnak.

Rázó hideg vagy a nélkül 39 — 40° -ra emelkedik a hőmérsék és $\frac{1}{2}$ — 3 napig ezen magaslaton marad. Ehhez még egy sereg véslármát ütő külső körtünetés társúl, u. m. hányás, tévengés, álomkórság, ráng-

görcsök stb. A körlefolyást váratlan válságos hőesés végzi be, néha egy féreg eltávolodása, bőséges szekürülés avagy valamely más feltűnő esemény nyújt a kör okára nézve felvilágosítást, míg máskor a legpontosabb vizsgálat sem enged e tekintetben bármit is sejtteni.

A hőmérséknek gyors emelkedése több fokkal a rendes fölé felnőttnél elég gyakorta rázó hideget hoz létre, ez gyermeknél azonban annál ritkábban történik, minél ifjabb az. A rázó hideg gyakran tökéletlen, csak a bőr feltűnő elhaladványodása s álmoság mutatják jelenlétét. Míg kis gyermekek rázó hidegénél a rendes reszkető görcsök (Zitterkrämpfe) ritkán állanak be, addig öntudatlansággal párosult általános görcsrohamok (Eklampsie) gyakrabban előfordulnak és a rázó hideget helyettesítik. Ezen tünet az által magyarázható meg, hogy az agyhoz menő üterek erősebb görcse áll be, vagy — ami nagyobb valószínűséggel bír, — hogy a Varol-hidban és nyúltagyban levő görcsközpont (Krampfcentrum) nagyobb izgékonyssággal bír. A rázó hideg fellépte után 1—5, középszámban 3 nap igen gyakran arc-sömör fejlődik, a hólyagesacsoportok azonban többnyire kicsinyek és gyérszámmal jelennek meg s inkább csak az ajkra és az orr alsó részére szorítkoznak.

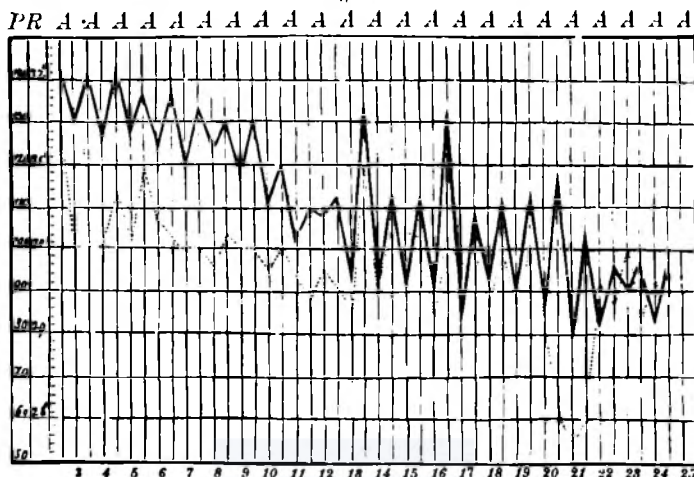
A magasabb lázhőmérsék behatása könnyen hoz létre zavarokat a nagy agy működésében, a melyenek: alvás, érzékcsalódások és ebből származó tévengések. Ezen működési zavarokat heveny lobok agykéri bonyodalmaiktól megkülönböztetni igen nehéz. Legbiztosabb eredményre jutunk, ha az agyi idegek körébe eső göresös és hűdési tünetek jelenlétét vesszük irányadónak.

A még kevésbé romlott és szövetei puhább volta mellett ellenállóbb gyermeki test a magasabb hőmérsék behatását könnyebben tűri, mint a felnőtt. Oly betegségek, melyeknek veszélyessége főként a láz magasságában áll, a gyermekkorban — talán az első életévet kivéve — kedvezőbb jóslattal bírnak, mint felnőtteknél. — A láz kiváló magassága és tartama mellett belső szervek zsiros elfajulása, haematogen sárgaság, többszörös vérömlenyek, szívhűdés itt is létrejöhetnek.

Rendellenes alacsony hőmérsék a közönséges okok által idéztetik elő, így általános ütteres vérszegénységnél, — származék ez bár vérvesztésből, vagy a vérnek a vizerekbeni visszatartatása által (szív-baj-, tüdőlegdag-, tüdültértömésznél), — összeesésnél, vonaglásnál mint teljes válságok legközelebbi eredménye. Az élet első hónapjában fordul elő egy betegség, a scleroma, melynek egyik lényeges sajátosságát a testhőmérsék oly fokbani süllyedése képezi, amint azt felnőtteknél alig észlelhetjük. —

Az érlökés a hőmérsék menetet követi, ha csak szaporaságát különös befolyások nem növelik vagy csökkentik. A szívizom forróbb folyadék által mosatva gyorsabban ver (Ludwig).

Fig. 1



(Lásd: Fig. 1. a 16 lapon). Alhasi hagymázban szenvedett 11 éves lányka érlökés- és hőmérsékgörbülete. A pontozott vonal az érlökést jelzi és a láz legmagasabb fokának időszakában általában a hőgörbület alatt, későbbben azzal együtt halad.

A szokásban levő láztáblákon 4 éven alóli gyermekek érlökésgörbülete lázkivüli időben a hőgörbületbe esik, idősb gyermekeké az alá; 4 éven alóli gyermekeké lázas betegségeknel a hőgörbület fölött, idősbeké azzal együtt halad. (Lásd. Fig. 2. a 17. lapon). Alhasi hagymázban szenvedő 1 $\frac{1}{2}$ éves fiú hő- és érlökésgörbülete. Az érlökést jelző pontozott vonal a magas láz időszakban a hőgörbülettel, a láztalanodási időszakban pedig fölötte halad.

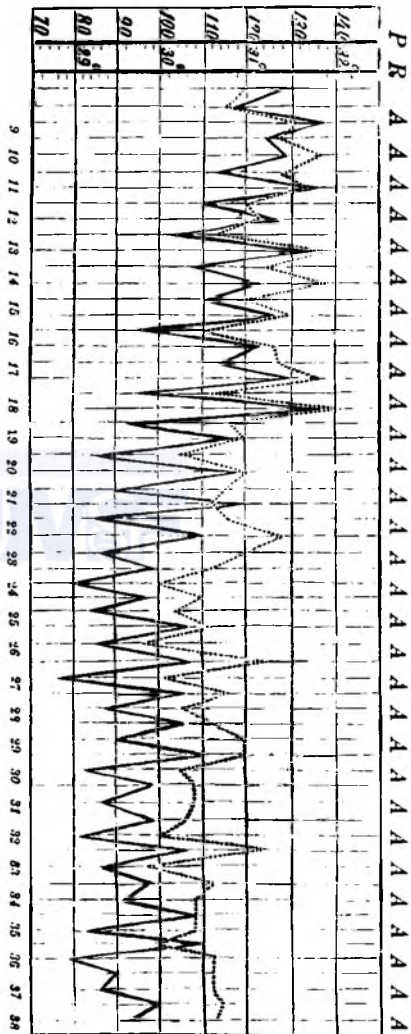
Ez azon körülményvel van összefüggésben, hogy a szívökések szaporasága, s a szívidegrendszer izgékonyasága az illető korban nagyobb. A gyermek érlökése szaporaság tekintetében is izgékonyobbnak mutatkozik. Az érlökés szabálytalansága ellenben ritkábban fordul elő, miután a szívizom és a hozzávezető idegszálak még bántatlanabbak. Miért is gyermekek agy és szívetegségeinél megbízható ttnet az érlökés szabálytalansága.

A testsúly havonként, hetenként, egy vagy kétszer naponként ugyanazon órában jó mérleg segítségével meghatározva, ekként

származó különbségei által a táplálkozás összes eredményét kimutatja. A táplálék neme és mennyisége, a tápszerek rendes alkata és működése, s a munka általi anyagfogyasztás azon elemek, melyek egészséges egyének táplálkozásának menetére leginkább befolyanak. Betegeknél a láz folyó legnagyobb mérvben a testsúlyra. Emelkedett hőmérsék mellett több testanyag égettetik el kiválasztási terméké. Nedveszteségek másod-, emésztési zavarok harmadrendű jelentőségűek. A testsúly gyermekeknél, legalább ha nagyobb időközökben méretik meg, növekedést mutat, felnőtteknél körülbelül állandó. A legtöbb idült betegségénél a testsúly egyenletes folytonos növekedése kedvező körlefolyás jelének tekinthető, e szabály alól kivételt képez vízkóros állapotok fejlődése, ezek a test súlyának okadatoslatlan növelése által gyakran előbb észrevehetőkké lesznek, mint egyéb jelek által.

Bővizű vizényös kiválasztások (hasmenés, izzadság, vizelet), a betegség különben kedvező menete mellett a testsúlyt csökkenthetik. Azon kérdésre, vajon mily viszonyban áll a gyermek egy kilogramnyi elsóványodása a felnőtt test kgm-jának elsóványodásához hasonlított és magas ságú lázas állapotoknál, még nem lehet határozott választ

Fig. 2.



adni; általában tudva van, hogy nehéz lázas állapotoknál gyermekek kevésbé soványodnak el és azok után gyorsabban felüdülnek.

A vizelet mennyisége a vérnyomás nagyságától függ, — a vese-beidegzésének, az ital mennyiségének, egyéb vízvesztéseknek befolyása ily módon magyarázható meg, — továbbá függ a vér vegyi alkotának névszerint víz- és sótartalmára vonatkozó kis ingadozásaitól. A vizelet fajsúlya, — eltekintve azon befolyástól, melyet reá bizonyos vesezsugorodások, húgyár (diabetes), stb. gyakorolnak, — mennyiségével megfordított viszonyban van. A gyermeknél a vizelet mennyisége annak testgrm. súlyával viszonyítva, tetemesen nagyobb mint a felnőttél. Fajsúlya azonban kisebb, pl. Pollak szerint csecsemőknél 250—410 K. C. napi vizeletmennyiség mellett a fajsúly 1,005—1,007 (halványszalmasárga színnel), a víz húgyany, húgysav, sók mennyisége nagyobb, csak a kivonatanyagoké kisebb. A betegágynál eszközölt húgyvizsgálat eredményeit ezen nézpontról kell megítélni (hasonlítsd össze a 4. lapon előadottakkal). A húgyany mennyiség, vagy jobban mondva a légenytartalmú alkatrészek mennyisége, a Liebig-féle térme-vegyelemzési eljárás szerint meghatározva, a testhőmérsék magasságától és a felvett táplálék mennyiségétől, ezenkívül a vese alkotásától, — mely maga is készít húgyanyt, — a felvett vízmennyiségtől s még néhány más, közönségesen számba nem vett körülménytől függ. — Rövid ideig tartó lázas állapotoknál a táplálék mennyiséget sem szükséges tekintetbe venni, s egyszerűen azon tétel emelhető érvényre: hogy emelkedett testhőmérséknek emelkedett húgyanykiválasztás felel meg. — A lázrohamok alkalmával képződött húgyany kilrítettése nem következik be mindig 24 óra letelte alatt, amint ez a Voit-féle bizonyítékokból következtetve várható lenne, hanem úgy látszik, hogy előbb átmeneti termények képződnek, s a húgyany csak később kiválasztatik ki. Sokáig tartó lázas állapotoknál a kimerülés következtében rendesen kevesebb húgyany ürül ki. Ezt Rosenstein S. a legújabb időben a kütleges hagymánál kimutatta; nem kételkedem benne, hogy a Redtenbacher H. által nyert hasonló eredmények is, melyekhez vörhenybeteg gyermekek húgyanykiválasztása körül tett vizsgálatainál jutott, hasonló módon értelmezhetők. Nem lehet felvenni, hogy lázbetegnek fokozott löképződése egyedül vagy kiválóan légenytartalmú alkatrészek elégsén alapúl (Seuator). A derménél (tetanus) előjövő körülmények egyenesen ezen felvétel ellen szólnak. A testhőmérsék emelkedettsége nélkül fokozódott húgyanykiválás: 1) teljes válság napján, vagy utána a legközelebbi napokban, 2) váltóláz legenyhébb rohamainál eredmé-

nyes Chinal-alkalmazás után, 3) húgyárnál (diabetes) és 4) vilánymérgezésnél (Storch) fordul elő. E téren még sok oly feladvány létezik, mely a gyermekbetegágnál eszközzendő vizsgálatoktól várja megoldását! A lázas vizelet húgysav- és húgyfestenyben is dúsabb, konyhasóban pedig szegényebb.

Fehérnyét a vérnyomás minden tetemesebb ingadozásánál, s természetesen a veseszövet legkülönbözőbb eröművi sérüléseinél is tartalmaz a vizelet. Sokáig szokásban volt, a vizelet fehérszínűségét súlyos vesebántalmak jelének tekinteni, pedig a fehérszínű vesebántalmaknál időnként hiányozhat a vizeletből, míg ellenben máskor egyéb okok folytán is jelen lehet. Magas lázzal járó betegségeknél igen gyakran lehet fehérszínű a vizeletben találni. Több napig tartó 40 C° magasságú hőmérsék mellett a fehérszínűség rendes tünetnek tekinthető. A vizelet főzése és salétromsav hozzáadása által nem lehet minden úgynevezett átmeneti fehérszínűvizelést felismerni. Ahol eze kísérlet eredményhez nem vezet, ott még is elég gyakran lehet borlang segélyével oly anyagot lecsapni (fällen), mely a fehérszínű minden kémhatását mutatja. A 24 óra alatt kiválasztott fehérszínű mennyisége igen változó lehet, néha csak nyomaira akadunk, máskor egész 30 grm-nyira emelkedhetik. A fehérszínűség meghatározása legkönnyebben Hübner módszere szerint eszközölhető. Ez következőleg történik: a vizelet fajsúlya meghatározatik, a fehérszínű — szűrés esetében egy csepp ecetsav hozzáadása mellett — főzés által lecsapódik, megszűrtetik és a vizelet fajsúlya újra meghatározatik. A nyert két fajsúly különbsége 21-gyel szorozva adja azon fehérszínűmennyiséget, melyet 100 k. cm. vizelet tartalmaz. Minden betegvizsgálat tökéletességéhez elkerülhetlenül szükséges, hogy a vizelet fehérszínű- és cukorra kémleltessék.

A legtöbb lázas betegségnél a lép megnagyobbodottnak mutatkozik, ha csak helyi okok — mint pl. vérhasnál — ezen szerv vértartalmát nem csökkentik. A lép megnagyobbodás nem egyedül a hagymázféle betegségek tulajdona, hanem a gümőkór-, tüdőlob- és az orbáncnál is épügy előfordul. Ha a láz gyorsan alább hágy, akkor a lép a nevezett bajoknál is előbbi tőrfogatára tér vissza. Hidegvízgyógymódnak alávetett hagymázbetegeknek kisebb a lépduzzadás, mint másként kezelteknél; szóval, számos lázasbetegségnél csak a láz a lép megnagyobbodás oka, más bajoknál (váltóláz) pedig a láz társokként szerepel.

II. Csoport: melltünetek.

A légvételek számáról az újszülött- és eseesemő korban eltérő adatok léteznek. Ezen szám — úgy mint az érlökés még inkább mint a testhőmérsék — különösen felfelé nagy ingadozásokat mutat. Vogel A. alvó eseesemőknél középszámban mintegy 26 légvételt talált percenként. Ébrenlét- és sikoltásnál ezen szám egész 50-re emelkedik. E miatt csak nagy óvatossággal szabad a légvételek nagy számából a légzőszervek bántalmaira következtetni; előbb lehet ezt tenni akkor, ha az érlökések rendes viszonya: 1 : 3, 5—4 jelentékeny változást mutat, azaz, ha a légvételek száma az érlökésével összehasonlítva egyoldalúlag emelkedett. Minden szellemi izgatottság, testi erőfeszítés, a légzési felület minden megkisebbedése, minden oly körülmény, mely a vérben szénsavfelhalmozódást okoz, szaporítja a légvételek számát.

E szabály kivételt akkor szenved, ha a vérben beálló nagyfokú élenyhiány következtében a nyúltagyban székelő légzőközpont ingerlékenysége megsemmisítettik, mint pl. az újszülöttek alétságánál (Asphyxie); továbbá, ha a szénsavfelhalmozódás oka a gége vagy légeső megszükültségében rejlik. Ez esetben a légvételek száma vagy nem növekedik a légzési akadályal arányban vagy épen gyérül. Példát szolgáltat erre a gége álhártyás lobjának minden esete; de kiválóan tanuságos azon körülmény, hogy gégemetszésnél a légzés a helyett, hogy lassúdnék, szaporább lesz. — A légzés legjelentékenyebben oly betegségeknél gyorsul, melyeknél a légzési felület megvan kisebbedve és egyúttal a fájdalom miatt a légvételek sem történnek oly belterjességgel (tüdőlob, légmell). Ily eseteknél 80—100-ig is emelkedhetik egy perc alatt a légvételek száma.

A l a k j á r a nézve a légzés újszülötteknél mindig hasi, azaz a rekesz légzésnél erősen összehúzódik, a has igen kidomborodik, ellenben a mellkas falai kis mérvben emelkednek. Leánygyermeknél csak a 10-ik évvel kezd a mellkas felső fele a belégzésnél túnyomóan működni, míg fiúknál még ezen korban is túnyomó marad a rekeszlégzés. Felingerelt, sikoltó gyermekeknél, valamint a légutak burotos bántalmainál is a kilégzés megnyújtott, a belégzés pedig rendkívül gyors és belterjes. A gyermeki mellkas igen hajlékony. Ha egyes részletei besüppednek vagy kidomborodnak, az nagyobb mérvben történik mint a későbbi korban, s ezen alakváltozások idővel még fokozódnak, amennyiben velök a test növekedésének megakadályoztatása vagy

túláságos haladása van kapcsolatban. A mellkas eme nagyobb hajlékonysága teszi lehetővé, hogy már erősebb hurutoknál, tüdőtagulat-lanságnál, hurutos tüdőlobnál, de kiválóan gégeszoroknál a mellkason a rekesz tapadása hosszában helyettesítő behúzóadások támadnak.

A mellkas természetani vizsgálatánál megjegyzendő: 1) hogy a kedezmirigy tompulata bal oldalt a 2 és 4-ik bordaporc között egy jó ujnyi szélességben található; 2) hogy a szivesüeslökés a 8-ik évig az emlővonalon kissé kívül tapintható, a szívtompulat minden irányban valamivel nagyobb, pl. a szív belső határa a szegycsont hosszának felét teszi ki (gyermeknek nagyobb szive) 3) hogy erőlködés és sikoltás közben a kontaktási hang mindenütt — kiválóan pedig jobb oldalt hátul alul (Vogel A.) — tetemesen üresebb, mint nyugodt légzés közben; 4) A sejtes légzés a tüdőszövet nagyobb rugékonyságánál fogva élesebb, érdeesebb (gyermeklégzés, pueriles A thmen).

A köhögés gyermekeknél szaporább, mert kevésbé áll az akarat uralma alatt; de ritkábban fordul elő, mert gyermekek legtöbbszörre még bántatlan mellszervekkel bírnak, s mert a mellbetegségek ezen korban ritkábban jönnek elő. A köhögés főalakjai a következők: 1) az egyszerű hurutos köhögés, 2) a félbeszakított köhögés, rövid száraz megmegszakított köhéselés alakjában (tüdőlob-, mellhártyalobnál), 3) a rekedt, ugató köhögés (gégeleobnál), 4) a göresös, rohamokénti köhögés (hökhurutnál). A köpet az első gyermekkorban rendszeren lenyeletik, csak heves köhögési rohamoknál, s ha a köpet bővebb vagy rozsz ízű, vettetik az ki.

Egy másik légzési tünet, a sikoltás, melylyel gyermekbetegségnél igen gyakorta találkozunk, a gyermek legkülönbözőbb kellemetlen érzeményeinek, a rozsz hangulattól egész a metsző fájdalomig, ritkábban örvendetes, kellemes benyomásnak tolmácsolója. A sikoltás a beszélni még nem tudó gyermek kórelőzményének egy részét, de még inkább jelen bajait adja tudtul. Jól ápolt és szeretetteljes bánásmódban részesített gyermekek kevesebbet sikoltoznak mint satnyák, tisztátlanul tartott s elkényeztetettek. Hogy ferde nevelés avagy fájdalom-e oka a sikoltásnak, gyakran mi hamar fel lehet ismerni; ha egy bizonyos helyre alkalmazott nyomás mindannyiszor sikoltást idéz elő, akkor ez fájdalomnyilvánulásnak felel meg. Azon veszélytől, hogy húzamosan folytatott sikoltás következtében a hassajtó behatása által sérvek támadnak, vagy vérpangás folytán agyvérbőség jő létre, nem lehet túlságosan tartani. Sebek vagy fekélyek vérzése erős sikoltás által igen kellemetlen módon fentartathatik. A legjobb gyógyeljárás az, mely

a kórokok ellen irányoztatik. Bodító szerek, szopózacskók (Lutschbeutel), bölesök ne alkalmaztassanak, vagy legalább ne vétessenek gyakran használatba. A sikoltás beható taglalásához még mindeddig Billard adatai képezik a legjobb alapot.

Billard megkülönböztet: I. alakjára nézve 1) tökéletlen, 2) nehéz vagy fáradságos (mühsam), 3) elfojtott; II. hangjára nézve (nach dem Timbre): 1) éles vagy átható, 2) csengő (sonor), 3) rekedt, fátyolozott (belegt, voilé), 4) mekegő (meckern); III. tartamára nézve: 1) rövid vagy szapora, 2) megszakított vagy zokogó sikoltást. A sikoltás teljes vagy tökéletes, ha tulajdonképeni sikoltásból (mely a kilégzéskor keletkezik, expiratorisch) és visszhangból (Echo) áll; a tökéletlen, csupán kilégzési (expiratorisch) sikoltás egészséges légzési szerveknek felel meg, csupán belégzési sikoltás a tüdőszövet nagy részének átjárhatlanságánál hallható (tüdőtagulatlanság, tüdőlob). A fáradságos sikoltás, mely az arc eltorzítása mellett nagy erőmegfeszítéssel jár és az egyes kiáltások végével fokozatosan alább hagy, különféle nehéz betegségeknél szokott előfordulni, elfojtott (hangtalan) sikoltás közvetlenül a szülés után, továbbá vonaglóknál és különböző nehéz, névszerint légzőszervi betegségek lefolyása közben észlelhető. A sikoltás hangja vagy rezgése (Timbre) a gége valamely kóros állapotára, így pl. a rekedt (belegte) sikoltás annak hurutjára mutat; a mekegő (meckernde) sikoltást Billard gégefedővizenyőnél észlelte. Az éles sikoltás a mandolák, a gégefű lobjainál, sőt ez utóbbinak csupán izgatottságánál is (hosszan tartó sikoltás után) és egyéb betegségeknél (így pl. fejevízkóránál, hydrocephalus) észlelhető. — A megszakított vagy zokogó sikoltás kiválóan fojtó torokgyíknak (suffocative Angina) tulajdona. Egyébiránt a sikoltás tartama csekély kórisme jelentséggel bír és a légvételek szaporaságával megfordított viszonyban áll.

III. Csoport: idegtűnetek.

Agybántalmak felismerésénél a még fejlődésben levő, kóros befolyásoknak nagy mértékben kitett koponya alakja fontos szerepet játszik. A csecsemőkorbán támadt fejevízkór és agytűltengés könnyen felismerhető koponyanagyobbodásban nyilvánulnak; az agy féloldali elgörbűtlését csak a gyermekkorban jelzi koponya-alakváltozás. Még sokkal több támpontot nyújt az első életévben a koponyabennék még finomabb ingadozásaira nézve is a varratok s kiválóan a nagy kutacs

feszültsége és domborúsága. Az agy belsejében vagy burkaiban támadt vérbőség, vérömleny, izzadmány kifeszítik és kidomborítják a varratokat és kutaesokat; vérszegénység, sorvadás bestlipesztik azokat és a csontszéleknek a varratok hosszábani egymásra tolatását eszközlik. A nagy kutaes légzési és érlökési mozgást mutat. Kilégzéskor visszeres vérbőség következtében megduzzad, belégzéskor lelapul s lázabb lesz. A másik gyengébb mozgás, melyet a nagy kutaes még mutat, a szívösszehúzódáskor (systole) kidomborodásban, kitágulásakor (diastole) pedig lelapulásban áll. Ezen mozgások a légvételek és szívösszehúzódások belterjétől és a koponyabennék egy kedvező közép feszülési fokától függnek. Ennél fogva e mozgások mindazon betegségeknek eltitűnek, melyek a kutaesok erős kidomborodását eszközlik. A kutaesokon hallgatózva tovavezetett légzési és nyelési zörejeken kívül, systolikus ütteres fűvő zörej hallható. Ezen zörej élettani úton a csontrés záródásával, kórtani úton pedig a koponyabeli nyomás gyors növekedése következtében titűnik el. A míg a zörej fenáll, addig a fejüttéren (carotis) is lehet hozzá hasonlót hallani.

Az agybántalmak kórismézése a szemtükrözés alkalmazása által határozott haladást tett. A gyermekek agybántalmait ezen irányban B o u c h u t tanulmányozta kiválóan. A szemüttér (art. ophthalmica) a belső fejüttér ága lévén ennek vérbőségében s minden egyéb vértelt-ségi ingadozásaiban részt vesz. De részt vesz hajszáledényeltömüléseiben (capillare Embolien) is; s ebből kitűnik, hogy mily fontossággal bír a szemtükrözés az agyvérbőség és heveny gümőkór kórismézésénél. A látidegdomb (Sehnerven papille) duzzadságából, összekötve a központi visszér (vena centr.) lefutásának kigyózotttságával, a koponyatlr megkisebbitűlését okozó dagra lehet következtetni. Továbbá a látidegdomb csekély lobos duzzadsága a kaponyatlrból a szemtűrbe a látidegen át tovavezetett lobra, sorvadtsága a látideg (N. opticus) összenyomatására mutathat (Gräfe). Ezenkívül még tekintetbe veendők mindazon szemtükrözési leletek, melyek fehérvérűség-, Brigh-kór-, húgyárnál, stb. nyerhetők Mindezekből e vizsgálati mód végzetlen horderejét sok belbetegség, különösen pedig agybántalmak kórismézésnél könnyen beláthatjuk.— K ö r n y i h ű d é s e k, ha teljesekek, a villamos összhuzékonyosságukat elvesztő izmok kezdődő sorvadásában már néhány, legfőbb 14 nap alatt nyilvánulnak. Gyermekeknelezen sorvadásban a többi lágyrészek, csontok, porcok is részt vesznek, melyek felnötteknél alig mutatnak sorvadást. Gyermekeknel az illető részek nem csak vastagságban, hanem hosszúságban is megfogynak bárha a megrövidülés csak a hosszúnövekedés megállapodásában áll. Saját észleleteim

szerint valamely rész sorvadását a 9-ik életévig még inkább eszközli a hozzátartozó agyközi idregrostok elroncsoltatása. Különbösen a legtöbb ideges táplálási sorvadás a gyermekkorban jön elő és a felnőtteknél észlelhetők szintén a gyermekorból származtak.

A rendezett mozgások (Coordination) központi szerveinek működése lassanként lép előtérbe; ezen szervek, az őket tevékenységbe hozó ingerek (hallás: beszéd) hiányában agybántalmak (Aphasia, agrpabia) vagy azon mozgási szervek gyengesége által, melyekre behatnak, tevékenységükben könnyen gyengíthetnek vagy gátoltathatnak. Mindemellett tulajdonképeni ataxiával a vittáncztól eltekintve, ritkán találkozunk.

A visszahajlások gátlása gyermeknél még nem történik elég erélylyel, a Varolhidban és nyúltagyban székelő göresközpont ingerek irányában fogékonyabb, az agyműködések könnyen elnyomhatók; ez oka a visszahajlás útján támadt göres rohamok gyakoriságának és a gyermekek agykórtanában oly gyakran előforduló göresös tüneteknek. Ezen göresök a gyermekkorban kevésbé mutatnak hajlamot maradandókká válni, mint később s legtöbbször jól kifejezett teljes rohamok alakjában lépnek fel, tökéletlen (abortív) alakok ritkábban fordulnak elő. Az öntudatlanság tüneti alakoknál is hosszan tart nagy fókussal a göresök elmúltát is túlhaladja. Nem orvosok a fájdalomrohamokat gyakran göresöknek tartják. Sok úgynevezett nyavalyatörés (Freisen, Gichtern), figyelmesebben megtekintve, göresös mozgások nélküli heves sikoltásnak tűnik ki.

IV. Csoport: emésztési szervek tünetei

A táplálékfelvétel erőmüvetete csecsemőknél kiváló figyelmet érdemel. Koraszülött gyermekeknél a szopási művelet összerendezése (Coordination) még nincs kifejlődve, ennél fogva az anyatejet a szájuk elé tartott emlőből nyomás által kell beléjük fecskendeni. A száj- vagy garatür képződési hibái a szopást nehezítik vagy gátolják. Azon körülményre, hogy a nátha és az orrjáratok bedugulása a szopást jelentékenyen nehezíti, Kussmaul tett figyelmessé. Ily esetben szopás közben fulladási rohamok lépnek fel, a szopás félben hagyatik s később épen nem akarnak a gyermekek szopni, úgy hogy táplálásukat bázsingkutasz segélyével tett tejbefecskendés útján szükséges eszközölni. Ez különben oly eljárás, mely csecsemők nyelv szerveinek bántalmainál véleményem szerint a kellőnél kevesebbszer vétezik igénybe.

A garat megtekintése nemcsak számos alakbeli rendelle-
nességről (kettős nyelvcsap, hasított szájpad, pöfetegek a lágyszájpa-
don), hanem igen sok betegség- és kórmaradványról is felvilágosítást
ad. Ahol igen tetemes erőművi akadályok állanak a betekintés útjában,
ott a tapintó új helyettesítheti a szemet, hogy a garat képleteinek lega-
lább durvább elváltozásai, tályoga, vizenyője ne kerüljék el a figyel-
met. Én egy oly betegségvizsgálatot sem tekintek tökéletesnek, mely-
nél a garat szervei ezen módok valamelyike szerint meg nem vizs-
gáltattak. Mióta nyelvlapocz által álhártyás lobot láttam átoltatni,
a garat megtekintésénél szívesebben használok kanálnyelet, papírsi-
mitó csontot (Falzbeim) vagy hasonló tárgyat, mint lapoczot vagy
egyéb oly eszközt, melyet az orvos magával hord. Vizsgálatnál az esz-
köz gyorsan egész a nyelvgyökig tolatik és vele erre rövid erős nyomás
gyakoroltatik, úgy hogy ha a fej kellő helyzetben van és a garatba
elegendő fény áramlik, annak összes szervei egy pillanat alatt át-
tekinthessenek. A gyermeknek hasa nagyobb domborúlatu, mint a fel-
nőttéké és erős légzési mozgásokat mutat. A hasi szervek több bántal-
mánál (hashártyalob, hasvirkór, haspuffadság, a nagy mirigyek
duzzadtsága) domborúság fokozódik, míg kimerültségnél (Inanition) és
bizonyos agybántalmaknál, különösen alapi agykérlőbnél (meningitis
basilaris), annyira bestpped a has, hogy a gerincoszlop rajta kereszt-
táptapintható és a hólyag mérsékel teltség mellett, körteképü dag alak-
jában látható a fanizület felett. Kiváló figyelmet érdemel az élet első
napjaiban a köldöktáj s azon körülmény, hogy sorvas csecsemőknél a
bélkaesok, a nagy gyomorgörbötlet és a máj alsó szélének körvonalai
a hasfalaton át láthatók.

A köldökszinor leesése, mi a köldökdedények elzáródását követi
egészben véve 1. egész 5-ik napon történik s különösen Billard ál-
tal pontosan észleltetett. Szerinte ezen folyamat lefutása élön és hol-
ton lényeges különbséget mutat, amennyiben élönél a Wharton-féle
kocsonya elszárad és zsugorodik, ami az edények elzárásában lényege-
sen közreműködik míg hullánál egyszerű rothadás áll be. De vastag,
kocsonyában dús köldökszinórnál is másként végződik mint sovány,
száraznál. Az egyiknél ugyanis gyér, míg folyadék-elválasztás míg a
másiknál valóságos genyedés követi a leesést. A köldökszinór leesé-
séről különféle vélemények léteznek, némelyek határoló genyedés (de-
marcative Eiterung) következményének tekintik (Haller), míg má-
sok a hastakarók eltolatásából (légzés által) származtatják, a hasfalak
eltolatása a köldökszinórt nem éri, a köldökszinór eltolatásában pedig
annak alapja nem vesz részt. Akárhogy áll a dolog, annyi bizonyos

hogy ezen élettani folyamat senyves gyermekeknél, tisztátalanság vagy helyi erőművi ingerek mellett, számos véstes körfolyamatnak szolgálhat kiindulási pontul s hogy erre igen sok hajlamosságot is mutat. Ilyenek: az orbáncz, tályogképződés vagy mély elgenyedés, hashártyalobb, sipolyképződés (hugyinda- és bélsipoly) üszök s ezt követő takár, makaes köldökvérzés. Ez utolsó kiválólag rossz, súlyos véralkat és öröklött vézékenységi hajlam befolyása alatt jön létre, és előállításához gyakran hathatós sebészi beavatkozás szükségeseltetik, mire különben későbben még visszatérendünk.

Végre ezen folyamattal karöltve jár még: a köldökvisszér nyitvamaradása, mi azon ritka esetekben, ahol az még az élet későbbi korában is fenáll s valamely betegség következtében a máj elváltozásával vagy sorvadásával járó májviszerek elzáratása hozzá esatlakozik, a „medusa-fej“ elnevezésre adott alkalmat. 2) hugysipolyok létrejövése a köldökön, mi akkor történik, ha a hugyinda (mely később a hólyag középső száalaga, ligament vesicae medium elnevezést nyer) nyitva marad s benne üszkös lob támad, végre 3) köldöksérv támadása, mely többnyire cseresznyemag, egész galambtojás nagyságú, félgölyö- vagy ha nagyobb, hengerded alakú dudort képez, mely tapintás vagy kontaktásnál bélkacsot vagy esplezt tartalmazónak tűnik ki, tartalmának visszatolása után betűrhető és jól kivehető sérvkaput (Bruchring) enged kitapintani (hézagok a hasfalzatban.) A köldöksérv közönségesen a születés után a 4 első hónap lefolyása közben támad és közelében létrejövő körülírt hashártyalobosodások-, vagy tartalmának kizáratása által vést hozóvá lehet. A köldöksérvet jól meg kell a köldökzsinór-sérvtől különböztetni, mely utóbbinál a hasfalzat hiányos volta miatt (kifejlődési hiba) az illető helyen a zsigerék a köldökzsinór széles alapján át annak laza szövetébe tolúlnak és, ha a rés nagy, a köldökzsinór leeste után esupaszon tűnnek elő, miért is ily esetek legtöbbyire halálos kimenetelűek.

A h á n y á s gyermekeknél a gyomor függélyesebb állása által elősegittetik; és a gyomorfalak erőművi izgatása következtében a gyomor túlságos kitágulása által visszahajlási uton támad; így csecsemőknél tejuék bőséges élvezése, — vagy a gyomornak emészthetlen tápszerekkel való megtöltése után hányás áll be; ezen tünetet már egy a gyomorba jutott orsóca is képes előidézni. Ily esetekben ahányás jó jelentőségű és csekély utóhatást mutat. A gyomorfalak vegyi izgatataisai — így csecsemőknél savanyu, túl zsiros vagy megromlott anyatej által, — hasonlóképen hányást okoz, mely legtöbbyire hosszabb ideig eltart, a gyomrot megbetegíti és rendesen még bélhurutot is

idéz elő. A második év elején gyakran gyümölcs, sör, édességek élvezése is hasonló úton hányásra adhat okot. A legtöbb heveny mérgezést közvetlen hányás szokta követni. A mérgek ezt részint a gyomorfalakra való behatásuk, részint a gyomorhoz menő mozgó idegrostok ingerlése által eszközlik. Ide tartozik a heveny fertőzési kórok kezdetén fellépő hányás is. Végre még azon hányást kell meg említenünk, mely az agy, névszerint a nyúltagy megbetegedésekor támad és minden további gyomorbántalmi tünet nélkül fut le. Legtöbbször csak az élvezett anyagok hányatnak ki, többé vagy kevésbé elváltozva. Önként érthető, hogy azok természettani és vegyi sajátságainak megfigyelése mérgezések felismerésére nagy fontossággal bír. A gyomorfalak sértülésénél vér, sokáig tartó hányásnál epe, később bélbennék jelenik meg a hányadékban.

A székürítést illetően a következő szabály áll: esecsemők-nél 24 óra alatt 2—4-szer, későbbi korban 1—2-szer kell székürítésnek beállni. Igen vizenyős bélürítékek a leghevenyebb bélhurutra, véresek bélnyákhártyasértlésre, szintelenek akadályozott epelefoyasra mutatnak. Zöld székürítékek, melyek a gyermekkorban oly gyakorta előfordulnak, szinteket epezöldenyképződésnek (biliprasin) köszönik.

A széküríték góresői vizsgálatát a kórismezés kiváló haladásaként kell e helyen felemlitenünk. Általa az emberi beférgek kórismezése az eddigi homályos térről kiemeltetett és biztosabb támpontokat nyert. Ezen beférgek oly nagy mennyiségű petét raknak, hogy jelenléttüket a petét jellemző alakja miatt a szék mindenkori vizsgálata elárulja. Remélhető, hogy erősebb nagyítások segítségével a belekben előjövő növényi élődiék is biztossággal fel lesznek ismerhetők, és folytatott vizsgálatok útján megbetegítő hatásuk is kellő értékesítést nyer.

IV. Gyógytani előjegyzetek.

A betegségek elhárítását okaik kellő időbeni legyőzése által, az orvosnak gyermekeknél sokkal inkább szem előtt kell tartania, mint felnőtteknél. A gyermek testi s nagy részben szellemi fejlődése is a helyes ápolás- és táplálkozástól függ. Túlzás nélkül lehet állítani, hogy a gyermekek legtöbb betegsége elhárítható; ez sok józan, értelmes, s kedvező helyzetben lévő családban épűgy sikertől, amint másrészt lelenczházak berendezése lehetővé teszi, hogy ápolójuk 1/3-ode halálos betegségeknek esik martalékul. A szoptatás és elválasztás, a dajka megválasztása, a lég, a tisztántartás, — ruházat- és felűgyelet jönnek itt

nak. Nem kétkelem, hogy ezen vivmányok között első helyet ama pontos javalatok és eredménydús módszerek létrehozása foglalja el, melyek lázas betegségekben a hőszabályozása czéljából a bőr mesterségesen fokozott rendes működésének felhasználásában, valamint a bőrkiválasztásnak a vérképle — (Blutplasma) és zsigervedveknek (Parenchym-säfte) a felesleges víz- és kiválasztási anyagoktól (excrementitielle Stoffe) megszabadítása czéljából való felhasználásában áll. A hideg fürdők, leöntések vagy begöngyölések általi hőelvonások vagy meleg víz- vagy homokfürdők útján létrehozott kiterjedt izzadás létrejöttére a fürdőhőmérsék hasonlíthatlanul hathatósabb befolyást gyakorol, mint a fürdővíz vegyi alkata.

A fürdők általi hőelvonás lázbetegéknél eredményesebb, mint egészségeseknél. Szabályos lefolyású lázas betegségeknek eszközölt hőmérések mindenesetben azt mutatják, hogy a hőszabályozó készülék (Wärmeregulirungsapparat) betegéknél a betegségükkel járó szokott testhőmérséknek megfelelőleg ép úgy működik, mint egészséges egyéneknél (W a c h s m u t h), (egy tüdőlobos beteg, ki télen hiányos ruházattal kereste fel a kórodát, felvételekor épügy 40° testhőmérsékkel bírt, mint más nap, midőn már 24 órát töltött melegszobában. Mindemellett, ha *Liebermeister* uttörő első kísérleteit azzal, amit lázas betegek hideg vízzel eszközölt kezelésénél észleltünk, összehasonlítjuk, kitűnik, hogy meglehetősen egyenlő behatásokra egészséges egyéneknél csak néhány tized, betegéknél 2—3 fokkal szállittatik alább a hőmérsék, s hogy e szerint a testhőmérsék szabályozása lázbetegéknél tökéletlenebbül történik, mint egészségeseknél. $\frac{1}{4}$ óráig tartó hideg fürdő segélyével magas lázzal járó betegség lefolyását 2—4 óratartamra láztalanná lehet tenni, ezen eljárásnak a szükség szerint ismételt alkalmazása által az egész kórlefolyás mindazon veszélyektől megfosztható, melyek a láz magasságából származnak. Ezen eredmény értéke kiválóan *Liebermeister* taunságos kutatásai által lett ismeretessé, mert ő volt az első, ki a hevenybetegségek hagymázos tüneteit lázhatás következményeinek mutatta ki. A tévegések (Delirien), miket ezelőtt agyvérbőségből származóknak magyaráztak és vérelvonásokkal küzdöttek le, az öntudatlanság, mely miatt idegekre ható (nervina) és izgató szerek alkalmaztattak, izomrángások, az ágybani lecsúzás, önkénytelen szék- és vizeletürítés, mindez a folyton tartó és nagyon felfokozott testhőmérséknek, nem pedig a vörheny, — hagymázméreg vagy, tüdőlob avagy más egyéb fajlagos (speciell) betegség következménye. Átlag gyermekek ily magas hőmérsékeket rosszabbul tűrnek, mint felnöttek, lázas betegségekben mutat ugyan a

hőgörbület egyes meredek csúcsokat, de a hőemelkedés egészben véve csekélyebb s nem marad oly következetesen ugyanazon magasságban. A láz által előidézett szokott lesoványodást a hidegvizgyógyomód természetü alkalmazása által meg lehet akadályozni s a magas hőmérsék legvésebb eredményét, t. i. a belszervek zsiros elfajulását megelőzni. Ezen gyógykezelés eredményéről még eddig csak a hagymázokat illetőleg bírnak kiterjedt tapasztalatokkal és bizonyító számokkal; mindamelllett nincs kétség benne, hogy vörhenynél, kanyarónál, himlőnél, heveny gümőkórnál is, szóval mindenütt, ahol a főveszély a lázbau rejlik, a hidegvizgyógyomód helyén leend. Akkor majd valószínűleg a többi betegségeknel is ki fog tűnni, ami az allasi hagymáznál már megállapított tény, hogy t. i. a hidegvizgyógyomód behatása alatt egyúttal a betegség minden helyi elváltozása is enyhébben foly le.

E helyen kell a csupán helyileg alkalmazott hidegvizgyógyomód azon felette kedvező hatását is felemlíteni, melyet egyszerű helyi loboknál észlelhetni. Példát szolgáltatnak erre: a kelés (Furunkel), torokgyík (Angina), tüdőlob, mellhártyalob, orbáncz, hashártyalob. Az álhártyás lobnál és a vörhenyyel járó nyakmirigylobnál is kedvező eredmények tapasztaltattak a hidegvizgyógyomód helyi alkalmazásától. A hidegvizes vagy jeges borogatások gátolják és kisebbitik a helyi lobot s egyúttal az általános, névszerint lázas zavarokra csillapítólag hatnak, amennyiben ezen lob, ha nem is a melegképződés tüzhelye, de a hőképző anyagok (pyrogene Stoffe) forrása. Minél ifjabb a gyermek, annál inkább határok közé kell szorítani, sőt némi elővigyázattal helyhez kötni (localisiren) ezen eljárásnál a hideg behatását, miért is jeget ritkábban használunk s hidegvizzel is beérjük. —

A testfelszínnek forró homok- vagy vízfürdők általi hevítése csak láztalan állapotoknál van javalva. Ezen eljárás legelőször Liebermeister által általános vízkór elűzése céljából alkalmaztatott s Ziemssen által [hasznolt] irányban ajáltatott. Főleg idült Brighkór és szivbajok szolgáltatnak ezen eljárás számára alkalmas gyógytárgyakat (Heilobjekte), idült vérhas és fonalóckór (trichiniasis) után fellépő vízkór is kedvező eredménynyel gyógykezelhetetik ezen módon. Ha 38—39°C víz- vagy 50 vagy több fokú homokfürdőket alkalmazunk is, a testhőmérsék mégis csak $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{4}$ fokkal emelkedik. Az izzadás felnötteknél minden következő 1—2 órai fürdés után. $1\frac{1}{2}$ —3 fut-ot tesz ki. Gyermekeknek is észleltem ugyan hasonló kedvező eredményeket, de mérlegeléseket nem tettem. A súlyvesztés az izzadás után testsúlyukhoz viszonyítva szintén kisebb lesz. Pl. 6 éves gyermeknél 8 ilyen fürdő segélyével nagyfokú általános vízkór

volt elúszható. A bőrhajszáledények tartalmának megkevesbedése által a vérkeringés szabályosabb s a huykiválasztás bővebb lesz. Egy úttal egyéb elválasztások is, — pl. hörghurutnál, — meggyérülnek. A vér gyors megsűrülése, ami ezen eljárás által eszközöltetik, benne a kiválasztási anyagok felhalmozódását elősegíti, innét nagyobbodik a veszély ránggöresös rohamok előjöttére. E miatt vörhenyvizkört elővigyázattal kell kezelni. Helyi vizgyülemek, pl. hasvizkór szemésés májuál (cirrhosis hepat.), ha az alapjukul szolgáló vérkeringési akadály nem igen jelentékeny, ezen eljárás által megszüntetethetők. Még betokolt vizgyülemekre is gyakorol ezen eljárás némi hatást, amint én ezt pl. egy petefészektömlőnél kimutattam. Kiváló élvezettel láttam, mint tűnt el néhány makaes mellhártyaizzadáomány a módszeresen alkalmazott izzasztásra és még ezenkívül is elég arra mutató példa létezik, hogy mind folyékony, mind szilárdfolyó lobtermények ezen mód által felszivatás elé vezetethetnek. — A vegytanilag ható fürdők és a bőrre alkalmazott kenőcsök befolyásáról csak annyi legyen megemlítve, hogy a gyermeki bőr vékonyabb, puhább felhártege aránylag kisebb felszivódási akadályt képez s e miatt mind helyi, mind általános gyógyszerhatások eléréséhez credményesebben felhasználható. Csecsemőknél gyakran annál sürgősebben vagyunk ezen eljárásra utasítva, mert ezeknek emésztő szervei némely hatányos szer érintését kevésbé tűrik.

Ha ezelőtt gégebántalmaktól és hörglobtól gyermekeknél inkább tartottak mint felnötteknél, úgy jelenleg a belehelési gyóymódhoz (Inhalationstherapie) annál több bizalommal nyúlunk. Valóban azt lehetne hinni, hogy amint a légutak felső részének szűk volta gyermekeknél a veszélyt növeli, úgy ezen gyóymód hatását erősbitené. A szó szoros értelmében vett belehelési gyóymódhoz szilárd testek (szalamiasó-, higpir-köd, Zinnober-Nebel) ritkán használatnak, légek a légző szerveken át felette erős behatást gyakorolnak, emiatt erős általános hatások elérése ezéjából hangyanyhalvag- és égénygőzőket alkalmazunk, mivel ezen folyadékok a tápcsón át alig idéznék elő a kellő hatást; vagy pedig helyi hatás elérése ezéjából többszöri ülésekben és kisebb mennyiségben leheltefjük be. Igy illó olajokat (aetherische Oele) forró vízre öntve töleséren átszivattunk fel. Ily módon a legfinomabb hörgök és légsejttalak is bizonyosan érintkezésbe jönnek az illető szerrel. Az elporlasztott folyadékok hatása ellenben csak a légutak felső részében jut legerősebben érvényre s ha e hatásban a légsejtek is részesülnek, ez csak igen kis mérvben

történik. E tekintetben sok függ a belehelési készülék szerkezetétől. ¹⁾ A jó belehelési készüléknek hamar és biztosan mozgásba hozhatónak kell lenni s a légutakat nem szabad sem cseppekkel elömlésztenie, sem pedig igen gyéren megnedvesítenie. Az általam belehelésre leggyakrabban használt oldatok: a konyhasó és kőnleghalvány (chlorammonium) $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{6}$ %, a timsó és csereny $\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ %, a hambtüzeg (bromkalium) $\frac{1}{2}$ %, a légsavas ezüst $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ %, a kettedszénsavas szikeny $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ %, az oldott vashalvag (sesquichlorat Ferri solut.) $\frac{1}{2}$ %-os oldata és a mésviz. Az ilyen belehelések hatása nincs egyedül a légutakra a toroktól a légsejtekig korlátozva, hanem a bal szivbillentyűkre is elterjed. Semmi módon sem lehet oly szereket, melyek a tüdőviszerek által felszivathatnak, ezekkel gyorsabban és nagyobb mennyiségben érintkezésbe hozni, mint a belehelés által. Ezen alapszik a bal szivbillentyű bajainak általam felette kedvező sikerrel megkísérletts alább bővebben tárgyalandó belehelések útjání gyógykezelése, a mihez én legtöbbszörre kettedszénsavas szikenyt használtam $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ %-os oldatban. — A légutak betegségeinek bizonyos kóralakjainál néhány szer kiváló érvényre jutott, így

a felső légutak álbártyás és roncsoló lobjánál	az oldott mész és kettedszénsavas lavany (calcaria soluta, lithion bicarbonicum).
A légzési utak heveny hurutjánál	a timsó, csereny, konyhasó, kettedszénsavas szikeny, salamiasó.
Tüdővérzéseknél	oldott vashalvag (ferr. sesquichlorat. solut).
Sajtosan széteső tüdőlobnál	a zsálya illó olaja és légsavas ezüst (ol. Salviae aeth. és arg. nitr.).
Tüdőüszök nél	terpentinolaj, székfűviz, (aqu. chamomill.), vashalvag (ferr. sesquichl.).
Höklhurutnál	hambtüzeny (kali bromat.), légsavas ezüst, kőszénkátránylég (Steinkohlentheergas).

Egy ülés középtartama $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$ óra, miközben minden légvétel után szünetek tartatnak; naponta 1—2 ülés legtöbbszörre elégséges, sürgős esetekben, pl. torokgyíknál, 6—10 ülés szükségeltetik. Még

¹⁾ Én jelenleg majdnem kizárólagosan az eisenbergi Knopfe Bruno-féle belehelési készüléket használom. Ezek Siegel elve szerint vannak szerkeztve — az elporlasztást gőzerő eszközí — bádóból készülnek s áruk 22 1/2 gr.

ifjabb gyermekeket is rá lehet a belehelésre beszélni, vagy őket azáltal, hogy előttük magunk is belehelünk, reá csábítani, vagy legvégső esetben kényszeríteni. A fentemlített illó olajokat forró vízre öntve (zsályalajból $\frac{1}{2}$, terpentinalajból 10—15 csepp) töleseren át leheltetjük be. Az összenyomott légnek Vivenot, Lange, Panunus mások által pontosabban ismertetett fölséges hatása, mely a légvételek, érlökések lassításában, a szénsavkiválás és élenyfelvétel fokozásában, az életi térfogat (vitale Capacitát) emelésében, az izomerő növekedésében stb. áll, a gyermekek mellbetegségeinél még igen kevésbé használtatott fel; a légutak felső részének bizonyos szükületeinél, idült hurutjainál, tüdőtágulatlanságnál (Atelektase) az összenyomott lég alkalmazásától jelentékeny sikert lehet jósolni. Még csak két megjegyzést a belehelésről. A belehelést sokkal gyakrabban alkalmazzuk, mint közönségesen hiszszük, ha például golyvás lányka nyaka iblanyoldattal bekenetik, s ezen anyag a vizeletben megjelenik, akkor az egyedül csak a belehelés útján vétetett fel a szervezetbe, a mi a bőrön át nem történik. A gyermekgyógyászatban a legnagyobb sülyt a belehelési óvmódra (prophylaktische Inhalationstherapie) kellene fektetni. Amily hatalmas a gyógyanyagokkal telített lég gyógyító, ép oly veszélyes a tisztátalannak megbetegítő hatása. Ez hálósobákra, iskola- és kórtermekre nézve nagy jelentőséggel bír. A gyermekek hálósobájául a ház legnagyobb, legnapfényesebb szobáját kellene választani. Nem egyedül a szegények egyetlen kamrája fészke a gyermekek görvélyés angolkórának, az orvos tágas fényes termekből is gyakran lép szük, tisztátalan háló- és gyermekszobába. A kórszobát illetöleg csak Bartels ama megjegyzésére utalok, hogy rosziul szellöztetett kórszobában a kanyaróhoz gyakrabban társül tüdőlob és kedvezötlenebbül fut le; utalok továbbá Haüke tapasztalatára, mely szerint a lég szén-savtartalmának csekély fokozódása is szaporítja a bökhurut rohamait. A gyermek- vagy hálósobában egy gyermek számára 400—800, felnőtt számára 800—1000 köblábnyi légzési tért követelünk, a váladékokat mielőbb eltávolíttassuk, a szobában a lehető legkevesebb bútort, ruhát stb. türjük, a betegszobában 19 C. foknyi (ritkán magasabb vagy alantibbat bizonyos betegségek kedveért) hőmérséket tartassunk fen és gyakori szellöztetésről gondoskodjunk. A hegyes vagy tengeri vidékeken való tartózkodás és az éghajlati gyógyhelyek hathatósága is, — miután a szó tágabb értelmében véve szintén a belehelési gyógy-mód körébe esik, — e helyen legyen megemlítve.

A test hőmérsékének megfelelő melegségü, rostonyától megfosztott emberi vérnek átömlésztése (transfusio) a karviszérbe a Be-

lin a által szerkesztett készülék segélyével történhetik, a hol ez nincs kéznél, ott az átömlesztés Pravaz-féle fecskendő segélyével is véghezvihető, fehérvérüségnél (Leukaemie) és szénéleglégmérgezésnél, előrebocsátott érvágás után, a legtöbb egyéb javalatoknál érvágás nélkül történik az átömlesztés. A gyermekgyógyászatban a vérátömlesztésről még kevés tapasztalattal birunk, a Demme R. által roncsoló lob után támadt vérszegénységnél tett kísérlet csak ideiglenes sikert aratott; Bennicke ujszülöttnél a köldökviszéren át eszközölte az átömlesztést, de szintén rosz eredményyel. Ezen műtét általános javalata, mely a vérpirnak a testben hiányos mennyiségbeni jelenlétéből vagy nem kellő működéséből származik, természetesen bármily kora gyermekek-nél is ugyanolyan érvényű, mint felnőtteknél.

A bőr alá fecskendések a következő sikert nyújtják: 1) az alkalmazott gyógyszer gyorsabban felszívtván, hamarabb is hat; 2) erősebben hat, mert az egész adag rövidebb idő alatt jut a vérbe, míg a szájon át beadott szer egy része a felszívást kikerüli, másik része pedig a lassan történő felszívás és mihamar megkezdődő kiválás miatt soha sem keringhet ugyanegy időben a vérben; 3) a szer alkalmaztatási helyén töményebben hat. Ezen eljárási mód Wood által tett első alkalmaztatásának alapját a fenntemlitett két első cél képezte; a bőrdító szerek befecskendésének az érző idegekre gyakorolt helyi hatását legelőbb az én vezetésem mellett Sudekum mutatta ki (1861). Azon ellenvetés, melyet Eulenburg Sudekum kísérleteinek bizonyító ereje ellen tett, hogy t. i. Sudekum az összeköttetésben levő bőrreszletek tapintás érzését nem vizsgálta meg, nem döntö, mert Sudekum a környező bőrreszek összehasonlításából kétségtelen eredményt nyert. A bőr alá fecskendések lehető hátrányai: 1) vizsérbe fecskendés, mi által a szer közvetlenül a vérbe jut és rögtön igen viharos általános tüneteket idéz elő (Nussbaum), vagy 2) a befecskendési hely elgyenyedése vagy bőrrüszök létrejötte.

Az első eset ritka véletlen, melyet elkerülni nem, de hirtelen fejlődését gátolni azáltal lehet, hogy igen lassan fecskendünk be, s amint általános hatások lépnek fel, a fecskendő köldökét (Stempel) azonnal visszahúzzuk. A második helyen felemlített következmény, zavaros, savi hatású vagy igen tömény oldatoktól, a bőralatti kötőszövet helyett az irhába történő befecskendéstől, gyakori egymáshoz közel tett befecskendésektől, vagy érzékeny, genyedésre hajlandó bőrtől ered. Azon bajok, melyeknél a bőr alá fecskendések alkalmazása leggyakrabban javaltuak látszik, — mint pl. a zsábák — a gyermekkorban általában ritkák, így azon szerek is, melyek különben leggyakrabban

ezen módon szoktak alkalmaztatni, a legifjabb gyermekkorban alig vétetnek használatba (szunyal, Morphin, Atropin), mivel adagaikat alig lehetne elég kiesíre szabni. Mind e mellett elég oly eset fordúl elő, melyben a szerekek csak ezen úton vagyunk képesek egyáltalán hatást (curare), vagy legalább a kellő gyors hatást előidézni. Így alkalmaztatik :

derménél (tetanus), nehézkórnál (epilepsia) a curare $\frac{1}{2}$ ‰-os oldata 2—6 cseppenként.

Agykérlobuánál, hashártyalobuánál, heveny göresrohamoknál :

az ecetsavas szunyal (Morph. acet.) $\frac{1}{2}$ ‰-os oldata 1—6 cseppenként.

Életveszélyes váltólázaknál, genyvértíségnél, sorvasztó láznál (febris hektica), a sósavas chinál 5 ‰-os oldata 0,5—2 grammenként.

Edénytágulatnál, az oldott vashalvag (ferr. sesquichlor. solut.) 50 ‰-os hígítása 5—15 cseppenként.

Minél kisebb korúak a gyermekek, annál veszélyesebb heveny-mérgezési tünetek léphetnek fel náluk, ha viszerbe, s annál gonoszabb bőrtűzők támad, ha az irhába történik a befeeskendés; ez okból bőr alá fecskendések gyermekeknél csak a legsűrűsebb esetekben vételessen használatba. Azon siker, melyet a későbbi korban a bőr alá fecskendések nyújtanak, az első három életévben megközelítőleg, az első életévben pedig minden bizonynyal elérhető csőrék által. E célra kis, 30—40, legtöbbször 50 gr.-os fecskendőket használunk, s a csőrében kivált bódító szerekből $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ -szer kisebb adagokat alkalmazunk, mint a szájon át szokás. Minél tovább marad a csöre a bélcsőben, hatása annál teljesebb, miért is csak kis mennyiségű folyadékot kell befecskendeni s ezt a legnagyobb óvatossággal eszközölni. Minél távolabb esnek a ecesemőkortól a gyermekek, annál inkább csak a közeleső szervekre, u. m. vastagbél-, végbél-, hólyagra vonatkozó célokra szoritjuk náluk a csőrék alkalmazását.

Végül emlékezzünk még meg a villamosság alkalmazásáról a gyermekgyógyászatban, mely csak az utóbbi években tört itt magának utat. Mind a Faraday által feltalált megszakított, mind a galvan- vagy folytonos áram többször előnnyel alkalmaztattak. A villamosság mindkét alkalmazási módjához leggyakrabban a Stöhre-féle készülékek használatnak, melyek valóban ezéljuknak teljesen meg is felelnek. A megszakított áram, ahol lehetséges, úgy alkalmaztatik, hogy a nemleges villamsark (negative Elektrode) a bőrnek egy kevésbé érzékeny helyére, a szegyesontra, térdkalácsra, a tevéleges pedig vagy ott, hol

az izomba ideg lép vagy valamely nagyobb idegtörzs lefolyásának megfelelőleg a jól megnedvesített bőrre alkalmaztatik. Ezen eljárás-mód csak ott szenved kivételt, ahol egy izomhoz menő két ideget, vagy mindkét oldali hasonló idegeket kell izgatni. A folytonos áramot leginkább mint gerincagy- vagy gerincagyidegáramot szokták használni. A megszakított áramnál lehetőleg finom villamsarkokat használunk, míg a folytonos áramnál durvább szivacsokra vagy véglapokra van szükség. A villamgyógymód segélyével eddig eredményel kezeltetett: az újszülöttek aléltsága (a rekeszidegek villamozása által), részletes hűdések és göresök, ezenkívül a folytonos áram segélyével: külső szervek idült izzadmánynyal járó folyamatai. A gyermekek nyugtalansága és ellenszegülése miatt az első ülések rendszeren némi kellemetlenséggel járnak; későbbben azonban, a gyermekek megszokják a villamozást s azt igen jól tűrik. Hogy a Holtz-féle gép nagy feszültségű árama az említett két áramnemet mennyiben pótolja vagy múlja felül, még nincs eldöntve.

V. A GYERMEKEK HALANDÓSÁGA.

Az emberi élet középtartama a mi időnkben 35—40 év között ingadozik. A szülöttek $\frac{1}{10}$ -ed része az élet első havában, $\frac{1}{3}$ -e az első életév végeig, $\frac{1}{4}$ -a az 5-ik évig hal el. A meghalás veszélye a születéstől a gyermekkor végéig napról napra kisebbedik. A 14-ik életév körül szűnet áll be, — azaz a halandóság ekkor legkisebb, s ezen kor egyúttal forduló pontot is képez, amennyiben ez időtől kezdve ismét évről évre növekedik a halandóság. Fiú mindenütt több születik mint leány, a született fiúk száma a leányokéhoz úgy viszonylik, mint 106 : 100-hoz (Wappäus), de az első életévben mindenütt több fiú is hal el, mint leány, úgy hogy végül a felnőttek között mindenütt a nők száma nagyobb. Belgium, a hol se háború, se kivándorlás a férfiak számát nem fogyasztja, e tekintetben legujabb időben nevezetes kivételt képez, amennyiben ott a nők számát a férfiaké kissé felülhaladja. Ezen példa után ítélve kétségesnek tűnik fel, hogy valjon a fiúk születéskori fölös számát képes-e azoknak nagyobb halandósága megsemmisíteni. A gyermekek első életévbeni halandósága különböző vidékeken különböző mérvű; így pl. Oroszország egynémely tartományában 9, másokban 60%-ot tesz. Poroszthonban 1811-től 1866-ig 18%, Frankthonban 1858-tól 61-ig szintén 18%-ot tett a halandóság. Belgiumban a gyermekhalandóság egyes hónapokra kiszámítva a következő:

hónap	halandóság
1	5,18
2	1,76
3	1,27
4	1,08
5	0,86
6	0,76
7	0,72
8	0,66
9	0,66
10	0,65
11	0,63
12	0,80
<hr/> 0—12	<hr/> 15,03

A gyermekek halandóságának nagyságára temérdek körülmény van befolyással. Ha hasonló égaljakból gyermekek halandóságát mutató nagy számokat hasonlítunk össze, úgy találjuk, hogy a gyermekhalandóság a népesség vagyonságának és műveltségének mértékével megfordított viszonyban van. Casper szerint Berlinben 1000 vagyonos újszülött közül 5 év múlva még 943, 1000 szegény közül pedig 655 van életben. Villermé számításai Páris számára is hasonló viszonyokat tüntettek ki. Házasságon kívüli gyermekek közül több hal meg, mint házasságból származottak közül, így Berlinben az első életévben a házasságon kívüliek közül 36, a házasságból származottak közül 20 % hal el. Ez onnan származik, hogy a házasságból származott gyermekek szülei átlag vagyonosabbak, gyermekeikre több gondot fordítanak, s hogy ezek legtöbbszörre élvezhetik az anya tejét. Többszörösen be lett számok által bizonyítva, hogy a gyermekeknek anya- vagy dajkatejjeli tápláltatása mellett sokkal kisebb a halandóság, mint bármely más mesterséges étetés mellett. Így pl. Flügél két alsó-bajorországi kertületet, — a hol az anyák legtöbbszörre nem szoptatnak, — két felső kertülettel, — ahol a szoptatás általános szokás, — összehasonlított s az elsőben 50, az utóbbiban 25% első életévbeni halandóságot talált. A nemszoptatásnál sokkal csekélyebb befolyással van a tulságos hosszú ideig tartó szoptatás, mindamellett ez is növelheti némileg a halandóságot. Minél sűrűbb a népesség, annál inkább vannak veszélyeztetve a gyermekek. Nagy városok nagyobb halandósággal bírnak, így pl. Berlin halandósága az első életévig 24, a harmadikig 35, az ötödikig 38% -ot, míg összes Poroszországra nézve a megfelelő

életévek 18,27,4 és 30.9%-ot mutatnak (Chamisso). Gyári lakosság nagyobb halandóságot mutat, mint a földmiveléssel foglalkozók. Legtöbb helyre nézve áll azon szabály: hogy minél nagyobb a születési szám, annál nagyobb a halandósági szám is. Gyermekekben szegény családoknál az egyes gyermekekre több gond fordítatik, miért is ezek kevésbé vannak veszélyeztetve. Zsidó családok halandósági viszonya valamivel kedvezőbb, mint keresztény családoké. Az időjárásnak is van befolyása a halandóságra és pedig a melegnek rosszabb, mint a hidegnek. De ez inkább az egyes évekre, mint éghajlatokra vonatkozik. Az első életévben június, július és augusztus hónapok mutatnak legnagyobb halandóságot. Escherich szerint a nyári középmeleg 1^o-kali emelkedése a halandóságot az első életévben 1,3, 2^o-kali emelkedése 5½%-kal növeli. A kényszeroltásnak is van a gyermekek halandóságára befolyása. Az oltás behozatala óta az emberi élet közép-tartama valamivel meghosszabbodott, de ezen meghosszabbodás kiválóan az első életév javára esik. Hogy szűk évek a megholtak számát növelik s az életben maradtakat felette gyöngé nemzedékké fejlesztik, igen könnyen megfejtethető.

Az első életévben kiválóan az emésztési szervek betegségei vannak káros befolyással. Ezen betegségek azonban a fiukat inkább meglepik és veszélyeztetik, mint a leányokat. Az 5-ik év után fiuknál agy- és idegbántalmak gyakoribbak, leányoknál pedig a légzőszervek betegségei, görvélykór, vérszegénység túlnyomók.

A heveny fertőzési betegségek mindkét nemet egyenlően lepik meg.

Nagy tévedést követnénk el, ha az emberi társaság ama nagy veszteségeit, melyeket az ifjú pótnemzedék ily nagy halandósága által szenved, Süßmilch szerint oly isteni berendezés következményének tekintenők, mely az emberiség kihalását célozza. A gyermekek halandóságának eme ijesztő nagysága nem isteni berendezés folyománya, hanem igen is egyik legfontosabb feladványa a közegészségügynek. A statisztikai számítások ilyenmü eredményeit nálunk nem tekintik egyébnek, elméleti kutatások tárgyánál, míg Angolhonban azokat a lakosság életviszonyainak javításánál alapul és útmutatókúl használják. Így Meelessfield-, Cardiff- s más városokban, vízvezetés csatornázás s hasonló javítások által a gyermekek első életévbeli halandóságát 23—24%-kal csökkentették. Ezen intézményeknek azonban nemcsak ez volt eredménye, általuk a hagymáz, hányászékelés (Cholera), gümőkór okozta halandóság is meglepően csökkent. A gyermekhalandóság kérdését nem lehet különválasztva tárgyalni, mert szoros összefüggésben van az oly tudományos közegészségügy kifejlődésével, minőt

kiválóan P e t t e n k o f e r pendített meg, s minőre napjainkban minden állam törekszik. A lakosság vagyonságának és műveltségének emelése, a lakhelyek, kiválóan nagy városok levegőjének és ivóvizének javítása, a talaj tisztátalanság- és bélsárbeivódástól megszabadítása: ezek azon általános feltételek, melyek a gyermekhalandóság csökkenését lehetővé teszik. A gyermekhalandóságra befolyást gyakorló fajlagos (speciell) tényezők között az első helyet a gyermekek szoptatása foglalja el. Az orvosnak mindenütt azon elv mellett kell küzdenie, hogy minden anya, bármely rangú legyen is az, s ha tehetőségében állna is szoptató dajkát tartani, ha csak lehet maga szoptasson. A dajkahasználat, — mely időnkben a szükséges roszak sorába tartozik, — csökkenti ugyan a vagyonosak gyermekeinek halandóságát, de a szegényekéit annál nagyobb mérvben növeli. A dajkák gyermekei legtöbbszörre ápolónők házába jutnak, melyek „meghalatós-intézet“ név alatt ismeretesek (Die Kinder der Ammen füllen am meisten die Stuben der Pflegefrauen, die man als „Engelmacherinnen“ bezeichnet.) A házasságkötéseknek az új törvényhozás által tervbe vett megkönnyítettetésétől e tekintetben kedvező befolyás várható, amennyiben ez az idegen ápolásra bízott gyermekek számát tetemesen csökkenteni fogja. De még e mellett is kétséges marad, hogy valjon ezen eljárás szükségtelemné teszi-e azon egyének feletti törvényes feltűgyeletet, kik gyermekeket vállallnak fel ápolás végett.

II.

Fertőzési betegségek és általános táplálkozási zavarok.

E szó „fertőzés“ azt jelenti, hogy valamely megbetegítő anyag jutott a testbe. A közönséges értelemben vett mérgezéstől a fertőzés több tekintetben különbözik. Kielégítő meghatározást erre nézve adni igen nehéz, én a kettő közötti különbséget következőleg vélem legjobban feltűntethetni: a közönséges értelemben vett mérgek hatása a testbe jutásuk után azonnal elkezdődik, míg a fertőzési betegségek vívői a testben, melybe jutottak, egy bizonyos ideig hatástalanul időznek. Ezen megbetegítő anyagok közül sok ezenkívül még azon tulajdonsággal is bír, hogy az emberi testben szaporodik, újra képződik, mindezek oly tulajdonok, melyekkel csak szerves testek szoktak birni. A fertőzési betegségek vívőinek ezen előadott mindkét jellegző sajátysága adott okot ama régi, többször kimondott de tisztán még soha be nem bizonyított nézetre, hogy a fertőzési betegségeket növényi és állati csírok hozzák létre. Ha a fertőző anyagok lappangási időszakát az élődő-el-

mélettel (Parasitentheorie) helyes viszonyba hozzuk, úgy eddig még csak a fonalóczkórt (trichiniasis) vagyunk képesek ezen úton megmagyarázni, mely betegséget Niemayer joggal mond a fertőzési kórok legismertebbjének. A fonalóczkórnál a lappangási időszakot azon időtartam képezi, melyet a tok felnyílása, a bélfonalócok növése, ivarszerveik, petéik és költésük kifejlődése igényel. A többi fertőzési betegségek lappangási időszakának lefolyását is hasonló módon kell képzelnünk. Kóroktani szempontból a fertőzési betegségek következő csoportjait fogjuk megkülönböztetni, ezeknek egyes tagjait is felsorolván:

I. CSOPORT.

Heveny, ragályos általános fertőzések.

a) Heveny kütetek.

Kanyaró.¹

Piros kütteg (rubeola).

Vörheny (scarlatina).

Himlő

Bárányhimlő (varicella).

Tehénhimlő (vaccina).

b) Hagymázok.

Küteges hagymáz (typhus exanthematicus).

Alhasi hagymáz (typhus abdominalis).

Visszatérő hagymáz (typhus recurrens).

II. CSOPORT.

Heveny ragályos nyákhártyafertőzések.

Ronsolólob (diphtheritis).

Vérhas (dysenteria).

Hökhurut (pertussis).

Járványos fültőmirigylob (parotitis epidemica).

III. CSOPORT.

Heveny, nem ragályzó általános fertőzések.

Váltóláz (intermittens).

Járványos agygerinczagykérlob (meningitis cerebrospinalis epidemica).

IV. CSOPORT.

Idült ragályos általános fertőzés.

Bujasenyv (Syphilis).

I. CSOPORT.

Heveny, ragályos, általános fertőzési kórok.

A fertőzési betegségek ezen részét az jellemzi legkiválóbban, hogy ragályanyaguk (Ansteckungsstoff) az emberi testben újra képződik (reproduciren). Továbbá, hogy egyszeri megbetegedés az egyént hasonló megbetegedéstől mindenkorra megóvja, hogy lappangási időszakuk heti időmérték szerint fut le, s végre hogy szabányos (typisch) lefolyással bírnak. A lappangási időszak tesz

Kanyarónál $1\frac{1}{2}$ hetet (a megelőző időszakokkal együtt 2 hetet),

Vörhenynél (scarlatina) $1\frac{1}{2}$ hetet;

Piros kütagnél (rubeola) 2 hetet;

Himlőnél (variola) 2 "

Bárányhimlőnél (varicella) 2 "

Küteges hagymáznál (typhus exanthematicus) 2 hetet.

Alhasi hagymáznál (typhus abdominalis) 3—4 hetet (valószínűleg 3 hetet).

A lappangási időszak tartamában gyakran észlelhető ingadozások az uralkodó hőmérséktől látszanak függeni. A bárányhimlőre (Schafpocken) nézve ezt az állatorvosok az oltások alkalmával állítólag biztossággal megállapították. Lehet, hogy a lappangási időszak tartamára gyakran az is befolyással van, hogy mily úton jutott a mérge a testbe. Vegyük péld. azon két eset közti különbséget, ahol belehelés és ahol bőrbe oltás által történik a himlőragályzás.

Az ezen betegségek által létrehozott legtöbb lényeges változás a bőrt éri. A belszervekben egyúttal mindezen alakoknál változások mutatkoznak, melyek a himlőnél és küteges hagymáznál nem bírnak állandó székhellyel és inkább hurutos, álhártyás vagy genyedő (himlő) lobos jellemet mutatnak, míg az ide tartozó többi betegségeknek ezen elváltozások bizonyos szabályszerűséggel helyhez és alakhoz kötvék. Ezen betegségek járványos fellépésének oka ragályosságukban rejlik. Hogy némely heveny küteg kiválóan mint gyermekbetegség szerepel, annak oka egyedül azon körülményben kereshető, hogy közlekedési viszonyainknál fogva ama kütegek ragályának majdnem mindenki már gyermekkorában ki van téve. A Faraoszigetek lakóin és az észak-amerikai indián törzseken tett tapasztalatok mutatják, hogy ezen küteges betegségek felnőttek között is ép úgy dühönghetnek járványos

alakban. Minél ritkábban lépnek fel e betegség ek, annál súlyosabbak. Hogy a hagymázos kórok legtöbb embert későbbi korban támadnak meg, ennek okát a ragályzás nemében s az elterjedésüket elősegítő körülményekben kell keresnünk. Kiválóan érdekes azon tény, hogy az ezen csoportba tartozó legtöbb betegség vívője, — pl. a himlő, a hagymázé, — a méhlepény hajszáledényfalain is át képes hatolni. Tekintve még, hogy az illető ragály (contagium) a magzatot megbetegítheti anélkül, hogy az anyát bántalmazná (Bouchut és mások), úgy ebből az tűnik ki, hogy az anya az illető betegségen már egyszer átesve lett ragálymentes, nem pedig, — a ragály utainak (Atria virus) heg, vagy az első megbetegedés egyéb utóhatása következtébeni elzáratása által mint azt az alhasi hagymáznál gyanítani lehetne. Az, hogy ugyanazon gyermeket több heveny kütteg lephet meg egyszerre pl. bárányhimlő (varicella) és vörheny (scarlatina) vagy kanyaró (morbilli), eléggé be van bizonyítva, bár ritkábban fordul elő, mint a dolog valószínűségét tekintve, hinni lehetne. Ezen betegségek közül néha kettő oly formán követi egymást, hogy a második ragályzási ideje az első lappangási időszakának közepére vagy végére csik.

Az ezen csoportba tartozó betegségek súlyosabb eseteiben a következő őszhangzó kórbonci leletek nyerhetők: nyirkos újdonszülések (lymphat. Neubildungen) vagy úgynevezett nyirkdagok (Lymphome) a mellhártyán, májon, lépen, vesén, beleken hagymáz-, vörheny- (scarlatina), kanyaró- (morbilli), himlőnél (variola) (Wagner, Friedreich, Biermer, Beckmanns. mások), rendnél tovább tartó magas hőmérsék behatása után: a máj, szív, az izmok, a vesék heveny zsiros elfajulása (Buhl, Liebermeister, Sick), ezzel együtt számos pont alakú vagy valamivel nagyobb vérömleny fellépése a mellhártya, szivburok, hashártya alatti kötszövetben, az izmokban, nem ritkán a bőr legfelső rétegeiben is. Ezen leletek az ide, tartozó egyes betegségeknel különbözőképen mutatkoznak. A kütteges hagymáznál a vérömlenyek a bőrben vannak, s ha csak kissé súlyos az eset, megjelenésük soha el nem marad, miért maga a betegség is tőlük nyerténevét (typhus exanthematicus); az alhasi hagymáznál (Typhoid-ileotyphus) ezen vérömlenyek ritkábban lépnek fel, s ha fellépnek, akkor leginkább az izmokban és még helylyel-közzel a mellhártyán is mutatkoznak; a szorosabb értelemben vett kütteges betegségeknel a vérömlenyek majd a megelőző (prodromal) időszakban lépnek fel s a kütteget megelőzik, majd pedig később csatlakoznak hozzá, gyakorta egyúttal egyes nyákhártyarészekből vérzések támadnak vagy véres nyákos elválasztás történik; valahányszor ezen vérzések oly

hogy külsőleg is láthatókká válnak, a hőmérsék mindig igen emelkedett ($40\frac{1}{2}^{\circ}$ -nál magasabb), az idegközpontok működése tetemesen zavart, s a beteg hagymázos állapotban van. Én a lépnagyobbodást legáltalább részben szintén a láz hatása következményének tekintem. Némely heveny betegségnél, pl. az ephagymáznál, (biliösen Typhoid), némely hagymázalagnál, a váltóláznál még egyéb különös okok is léteznek, melyek a lép nagyobbodást tetemesen fokozzák s benne különös szöveti változásokat hoznak létre, mindemellett a legtöbb ide tartozó betegségnél a láz magasságát és tartamát kell a lépnagyobbodás okának tartani. Mert annál gyorsabban és nagyobb mérvben lép fel a lépnagyobbodás, minél meredekebb s magasabb a hűgörbűtlet kezdete. Ennél fogva küteges hagymáznál vagy himlőnél sokkal előbb ki lehet mutatni a lépnagyobbodást, mint alhasi hagymáznál. A lépnagyobbodása eleinte egyszerű vérbőségen alapszik s csak később ölt túlképlődési (hyperplastisch) alakot.

Ezen betegségek alapokát, újra képződési képességtüket véve fel alapúl, már régente élődi csiroknak az emberi testbe való bejutásában keresték, napjainkban pedig Hallier, Salisbury s mások vizsgálatai után ítélve, úgy látszik, hogy e gyanu már-már bizonyossággá kezd válni. A betegek vérében állítólag számtalan parányi növényi csir található, melyeket kicsiráztatás által ismert gombákká (Pilzformen) lehet fejleszteni (kanyarónál: mucor mucedo, küteges hagymáznál: rhizopus nigricans, himlőnél: eurotium herbarum, tehénhimlőnél: Aspergillus glaucus, alhasi hagymáznál: rhizopus nigricans és penicillium crustaceum). De az még nincs kimutatva, hogy ezen gombák csirjainak vérbe jutása idézi-e elő az illető betegséget, vagy jobban mondva az e célból tett kísérletek még mindedig sikertelenek maradtak. Miért is ezen felfedezés értékesítésénél a legnagyobb elővigyázatra van szükség, míg további növénytani vizsgálatok e tekintetben több felvilágosítást nem nyújtanak.

Ezen csoportba tartozó betegségek közül legtöbbször koreskór-alakok (Diminutiv formen) fordulnak elő. A következő táblázat az egyes betegségekhez tartozó kores-kóralakokat tünteti elő:

Kanyaró:	kanyaró, piros kütég, (rubeola morbillosa).
Vörheny:	vörhenyes piros kütég (rub. scarlatinosa)
Himlő:	álhimlő
	bárányhimlő
	tehénhimlő (vaccina).
Küteges hagymáz:	Febricula typh. exanthemat.
Alhasi hagymáz (Ileotyphus):	Febricula typh. abdominalis.

Az egyes koresalakok főkóralakaikhoz különbözőleg viszonylanak. A kores hagymázok (Abortivtyphus), melyek a hagymázok legenyhébb alakjait képezik, különös figyelmet érdemelnek, mert járványok alkalmával többször a megbetegedések nagyobb számát képviselik, s mert ismeretük a hagymázos főkóralakok elterjedési módjának megértéséhez s megfigyeléséhez szükséges; a törpehagymázok az egyént hagymázos újra megbetegedéstől megóvják. Rubeola morbillosa és bárányhimlő már nem nyújtanak kanyaró és himlő ellen tökéletes mentességet, bár egyéb tekintetben az illető betegségekkel teljesen megegyeznek. A himlő másik két mellékalakja közül az állhimlő a himlőre nézve ép oly koresalakot képez, mint a hagymázra nézve a febricula, az állhimlő a himlő ellen megvéd s nem egyéb, mint az oltás által enyhített himlő; a himlő harmadik mellékalakja a tehénhimlő.

A z i d e t a r t o z ó k ó r a l a k o k m i n d e g y i k é n é l h á r o m nagy tünetesoportot észlelhetni, ezek: a láztünetek, a bőr elváltozásai és a belszervek megbetegedései. A főkóralakok lázgörbülletei jellemző és fajlagos szabánnyal (typus) bírnak. A vörheny (scarlatina) e tekintetben legkevesebb biztosságot nyújt. A koresalakok hógörbüllete a szabánynak legalább némi jeleit hordja magán, az állhimlő — pedig teljesen jellemző alakú. A bőr megbetegedése himlő-, kanyaró-, vörheny-, küteges hagymáz-, állhimlőnél középszámban a betegség 3-ik, alhasi hagymáznál 6-ik, piros kütég, bárány himlőnél 1-ső vagy 2-ik napon lép fel. Ezen betegségek egész lefolyását a lázmenet szerint lehet felosztani, s akkor a következő időszakok különböztethetők meg: 1) a láz folytonossági vagy emelkedési, 2) alábbhagyási időszaka, 3) a kórlefolyás láztalan bevégződése. A láz emelkedési időszakában kiváló figyelmet érdemelnek: a hógörbület emelkedési módja, tetőpontja (Acme) s a közbeeső alábbhagyások (Remissionen). A láztalan időszakban gyakran a láz vagy a betegség ismétlődései fordulnak elő. A heveny küteges betegségeknel a kórlefolyás beosztásánál legtöbbször a bőr elváltozásait szokták alapul felvenni. Ezen beosztásnál a l a p p a n g á s i időszakon (stadium incubationis) kívül meg szoktak különböztetni: m e g e l ő z ő időszakot, (st. der Vorläufer) mely a bőr megbetegedéséig, k i t ő r é s i időszakot (st. eruptionis), mely a kütég teljes elterjedéséig, v i r u l á s i időszakot (st. floritionis), mely a teljesen kifejllett kütég fennállása közben, és visszaféjlődése kezdetéig tart s végre l e h á m l á s i időszakot (st. desquamationis v. decrustationis), mely a bőr kiéptülési folyamatát foglalja magában. Némi erőltetéssel a küteges hagymáznál is lehetne hasonló beosztást tenni, azonban ennél az egyes időszakok meghatáro-

zásához a láz menete sokkal futosabb támpontokat nyújt. Az alhasi hagymáznál a kúteg legkésőbbben, leggyéribben és legszabályszerűtle-nebbül jelenik meg. A bels zervek megbetegedései mindig bizonyos helyhez vannak kötve és pedig kanyarónál hurutos lob alak-jában a légzési nyákhártyákhoz, a vörhenynél a vesék és a garatszer-veihez, az alhasi hagymáznál az éhbél (Ileum) különálló (solitär) és csoportos (agminirt) tüszőihöz ; ellenben himlőnél és kúteges hagymáz-nál e megbetegedések különböző szervekben elszórtan s mint különféle genyes, álhártyás, terimbeles (parenchymatös) lobok lépnek fel.

Ezen betegségek közül még eddig csak a himlő ellen birunk eredményes óvmóddal s ez az oltás. Az államok még eddig csak ezen egy betegségre fordítottak némi gondot, mely valóban legtöbb pusztítást is tett valamennyi ide tartozó betegség közül. Mindamellet nem kevésbbé kívánatos, hogy a többiek meggátlása céljából is tétessenek intézkedések. Az itt tárgyalt bajokban szenvedő betegek számára minden kórházban, de kiválóan gyermekkórházban szigorún elkülönített helyi-ségekre van szükség, mi úgy érhető el legjobban, ha e betegek külön-álló, épen csak e célra szolgáló épületekben (Isolirhäuser) helyeztetnek el

Lelkiismeretlen dolog, midőn vörheny, kúteges hagymáz vagy épen himlős betegek nagy kórházakban oly betegek között helyeztet-nek el, melyek csekélyebb bajok miatt vagy idült, évekig nem változó betegségekkel vétetvén fel, ez által új, nem ritkán halálos betegségnek tétetnek ki. Az elkülönítő intézeteknek (Isoliranstalten) külön szolgál-személyzettel és orvossal kell birniok, — a hol pedig a viszonyok ez nem engedik, ott a látogatások alkalmával ezen helyiségeket mindig utoljára kell felkeresni. Az efféle betegeket a magángyakorlatban kiváló szigorral kell elkülöníteni, főleg ha az illető betegség roszin-dulatu alakot mutat, vagy a házban beteges egyének vannak. Egyedül a kanyaró képez e tekintetben talán kivételt, mely betegségen az élet folytán majdnem mindenki átesik, miért is határozottan jóindulatu jár-ványok alkalmával a kanyarót erős egészséges gyermekek inkább ke-ressék mint kerüljék. Csak az alhasi és kúteges hagymáz ellen birunk biztosan ható gyógymóddal. Ez a hidegvizgyógymód, melyet helyes modorban Brandt hozott be a gyógyászatba. De ez is csak tüneti eljárás, mely a láz okozta veszélyek ellen van irányítva. A hidegviz-gyógymód a fertőzési betegségek mindenikénél jó sikerrel alkalmaz-ható, ha a láz fenyeget veszélylyel, veszélyesebb tünetekre vonatkozó javalatok elől azonban mindig háttérbe szorul. Az idetartozó betegsé-gek ellen valódi ellenszerekkel nem birunk, miért is gyógykezelésük ez idő szerint csak tüneti eljárásba áll.

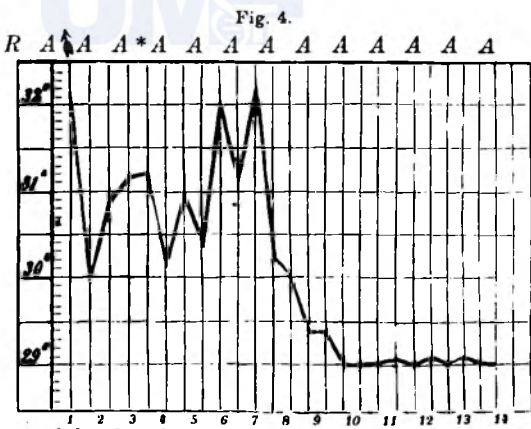
óra egész 10 nap között ingadozik. Kezdetét ritkán jelzi rázó hideg, de nagy hőemelkedés és nátha mindig kísérik. Bár a testhőmérsék az első két napon rendszeren eléri a 39^o-ot, vagy még ezen felül is emelkedik, és ehhez, fejfájás, bágyadtság, szomjofokozódás, étvágytalanság társúl, dacára ennek sokaknál a betegség érzete ekkor még oly csekély, hogy az ágyat nem keresik fel. A kütég, legalább ami a külbőrt illeti, a harmadik időszakban legelőször az arcon és halántéktájakon jelenik meg. Kitérését a bőr különböző helyeinek elmúló, néha foltos, gyakrabban pontozott vörösödése és az arcon vagy hastájon levő bőrtüszók nyílásainak látható és tapintható duzzadtsága előzi meg. Az arcon megjelenő egyes pontok gyorsan növekednek s csipkézett, élesen határolt foltokká folynak össze, melyek mindinkább kerekded alakot öltenek s lencse, egész körömnnyi nagyságot érnek el, széleik többszörösen összefolynak, de a közöttük fekvő bőrrészek még ekkor is élesen határoltak és szabadok, minélfogva a kanyarófoltok széleinek duzzadtsága könnyen kivehetővé lesz és a kanyarófoltok telt sötét kékes-vörös színben tűnnek elő. Az arc bőre egészben véve kistöve duzzadtságot mutat, míg a szemhéjak, orr és ajkak hurutosan bántalmazott nyákhártyáján élénkebben van kifejezve. Innen a kütég $\frac{1}{2}$ —2 nap alatt a nyakra, törzsre és végtagokra terjed, úgy hogy az alsó végtagok legutolsó részeinek megbetegedésekor a kütég az arcon még teljes virágzásban van. A legközelebbi napokon a kütég vörös színe sötétebb lesz, újjnyomásra sárgás foltot hagy hátra, míg előbb általa teljesen el volt tüntethető, ezután barnás színt ölt, később mindinkább elhalványodik s végre sárgás foltokat hagy hátra, melyek rövid idő múlva eltűnnek. Végül, mint a bőrben történt elváltozások következménye, a lehámlás áll be, mely kiválóan az arcon és a test redős részein dús korpaszerű s körülbeltül a kitérés (Eruption) utáni 14-ik napon végződik. Ezen lehámlást a bőr egyes foltos, bibireses (maculopapulösen) megbetegedési helyei kicsinységének s ezen helyek egyenetlen voltának megfelelőleg, a pikkelyek kicsiny volta teszi jellegzővé. A kütég szétszórta vagy mindenütt nagyon összefolyó, hólyagesákkal vagy súlyosabb esetekben pontozott alakú vérömlenyekkel kevert lehet (morbilli discreti, conferti, vesiculosi, hämorrhagici). Mindezen alaki különbségek azonban a dolog lényegére befolyással nincsenek, miért is helytelen, megkülönböztetésekre súlyt fektetni. Még a vérömlenyek önálló értéke is alább száll, ha tekintetbe vesszük, hogy azok csupán magas hőemelkedések következményei. Az, hogy valamennyi felületesen fekvő nyirkmirigy kissé duzzadt, a bőr megbetegedésével áll össze függésben. —

A kanyaró testhőmérséki viszonyait Wunderlich és tanítvá-

ványai s ezek közül kiválóan Thomas, továbbá Ziemsseu ismertették. Némelyek a kanyaró lefolyásának egész beosztását a hőmenetre akarták alapítani. Engem ettől azon körülmény tart vissza, hogy a Panum által felállított lappangási törvény (Incubationsgesetz) szerint a betegség egész időtana (Chronologie) bizonytalanná válik, ha nem a kütteg vétetik a kórleflowás beosztásánál alapul. A kütteg kitörési és kifejlődési időszakát (st. eruptionis et floritionis) ugyan a betegágy-nál soha sem voltam képes egymástól tisztán megkülönböztetni s ettől szívesen el is állok, a fentárgyalt megelőző időszakot (Prodromalstad.) azonban, azt hiszem, ha észszerűen akarjuk elnevezni, inkább nevezhetjük a lappangási időszak lázas részének, mint a lázas leflowás kütteg nélktli részének.

A kanyaró hőme nete valamint magát a betegséget, úgy annak súlyos, rendes vagy bonyolódott leflowási módját is igen határozottan jellemzi. A testhőmérsék a megelőző időszak kezdetén éri el 12—24 óra alatt első tetőpontját, mely ritka esetben képezi a lázmenet legmagasabb hőfokát. Ezt rövid idő mulva rendszeren alábbhagyás (Remission) követi, mely alkalommal a hőmérsék majdnem a rendes fokra száll alá, erre ismét a testhőmérsék egyenletes vagy reggelenkénti alábbhagyások által megszakított emelkedése következik, míg a lázmenet második tetőpontját el nem érte, mely

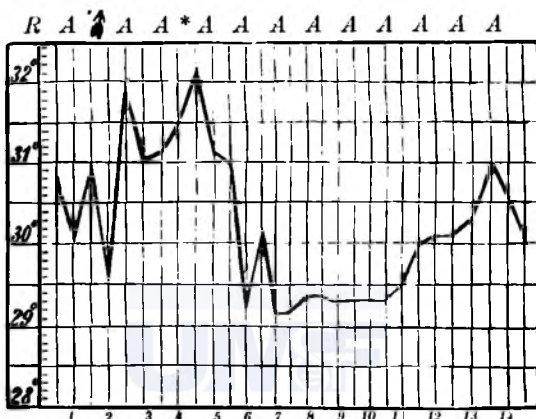
legtöbbynire 40 vagy ennél több- vagy kevesebb fokot tesz. Ez majda kütteg kifejlődési, majd kitörési idejével esik össze, legtöbbynire a kitörés utáni legközelebbi időben (1—2 nappal utána) következik be. Ennél fogva a hőcsökkenés (Defervescenz) kezdete körülbelül az 5-ik napra esik, bár rendszeren a 2-ik és 7-ik nap között ingadozik. A leszállás legtöbbynire válság (complete Krise) alakjában történik, 24 óránál rövidebb idő alatt bevégeződik, elmúlólag rendszeren alantibb fokra súlyed, súlyedése közben félbenszakittatást nem szenved. (lásd: Fig. 4.)



17 éves kanyaróbeteg leány hörgőbűlete, kezdetben rázó lázzal, erős alábbhagyással a 2-ik napon, tetőpont (acme) a 6-ik napon, ettől kezdve válság. Kitérés a 3-ik napon.

A kanyaró másik lázmeneti szabánya, hogy a betegség kezdetén a hő a rendes fokról a szabályszerű tetőpontig lassan emelkedik, az első tetőponttól a másodikig majdnem folyton ugyanazon magasságban tartózkodik; b) a hőcsökkenés félbenszakított, nem teljes

Fig. 5.

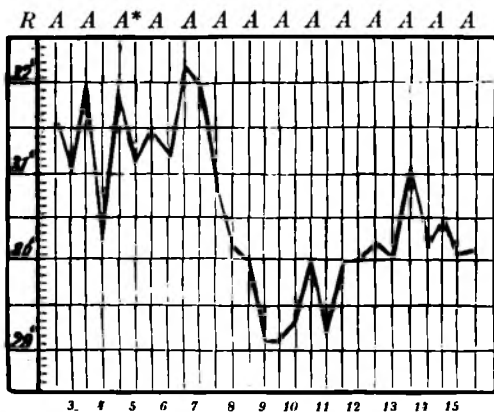


válság alakjában történik, anemnyiben a hőmérsék a leszállás közben vagy új emelkedéseket tesz, vagy időnkint ugyanazon magaslaton időz, vagy lassan, 3—5 nap száll le, mi közben estenkint emelkedéseket mutat, míg a rendes fokot el nem éri (Lysis). (L. Fig. 5.) 11 éves kanyaróbeteg lányka hörgőbűlete. A nyíl a rázó hideggel járt kezdetet, a csillag a kúteg kitérését jelzi. A láz a lappangási időszak végén kezdődik, válság közvetlen a tetőpont után a betegség 5-ik napján. A 11-ik naptól kezdve tüdőgümösödés. Bonyodalmak mint pl. tüdőlob, ronesoló lob (diphtheritis) a lázmenet különböző időszakaiban rendszeren magasabb hőemelkedéseket idézhetnek elő, vagy azokat rendszerenél hosszabb ideig arthatják fenn. Bonyodalmak felléptével a kúteg gyakran eltűnik.

(lásd: Fig. 6. az 51. lap.) 15 éves kanyaróbeteg leány lázgörbűlete. A beteg a 4-ik és 6-ik láztábla tulajdonosának testvére. Lázas hörgűlob, mint utóbetegség. (lásd: Fig. 7. az 51. lap.) Enyhe bonyodalom nélküli kanyaró, melynél a hörgűbűlet hagymázéhoz hasonlóan kezdődik.

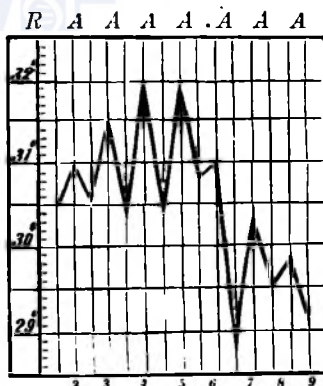
A ny á k h á r t y á k b a n a megelőző időszakban, gyakorta még előbb is, vérbőség és bővebb elválasztás áll be. A szem köthártyája, a

Fig. 6.



száj és orr nyákhártyája felduzzadt és erősebben kivörösödik. Ebhez könyezés, fényiszony, tüsszentés, néha orrvérzés, ugató köhögés, rekedtség, kífokú nyelési nehézségek társulnak. Körülbelül egy nappal a kúteg kitörése előtt a foghúson fehéres csapadék képződik, mely levált hámszejtekből áll (Rinecker).

Fig. 7.



Ez időtől kezdve hasonlóan mint a külbőrön, a száj, torok, gége s légcső nyákhártyáján is foltos vörösség és a tüszők csoportonkénti duzzadtsága látható, bár ezek a nyákhártyán az alap vörös színezeténél fogva összefolyóbbaknak tűnnek fel, mint a külbőrön. A nyákhártya megbetegedett helyein itt-ott vérpontok és apró fehér kiemelkedések vannak elszórva, mely utóbbiak nem egyebek, mint összegyűltemlett váladékkal telt tüszők. A kanyarófolymat az említett nyákhártyákban is végbe megy, csak hogy rajtok egy nappal előbb lesz láthatóvá, mint a külbőrön. Ezt különösen a gége nyákhártyáján lehet tisztán látni, ahol mihamar sekély fekélyek támadnak, melyeket Rilliet és Barthez bonctanilag kimutattak. Én ezen fekélyeket gégetükrözés segélyével kiválóan a gége hátsó falán voltam képes fellelni. Ezen fekélyek a felette sebzékeny nyákhártyának az igen gyakori köhögési mozgások al-

kalmával történő zuzatása és dörzsöltetése következtében támadnak. A hurut eleinte kevés váladékot termel, s a finomabb hörgökre is elterjed. Az elválasztás fokozódásával a hátfelé menő és kiválóan az alsó hörgökben nyák gyttlemlik meg. Ezen nyákgyttlem és a köhögési mozgások alkalmával létrejövő nagyobb nyomás legyőzi a lob által hűdött hörgizomzat csekély ellenállását, miáltal legtöbbszörre hengerded vagy orsó alakú hörgtágulatok (Bronchiektasien) támadnak. A hörgök nyákkal bedugaszolt részén túl a lég felszívatik s a tüdőszövet kitégületlansági állapotba (Atelektase) jut. Ezen folyamatoknak megfelelőleg nyákos köpettel járó gyakori köhögés van jelen, mi mellett a mell természettani vizsgálata eleinte nem mutat változást. Később a mellkason 2—3" széles tompulat támad, mely legtöbbszörre mindkét oldalon jelen van, vagy az egyik oldalon erősebb s hátulról a tüdő alapjától felfelé terjed. A tompulatnak megfelelőleg meggyengült sejtes légzés, környékében szörtyözörejek, a kanyaró időszakának megfelelő, legtöbbszörre már láztalan hőmérsék, a mellkas látható besüppedtsége a rekesz tapadása hosszában, jelzik a tüdőtágulatlanságot. Kis tágulatlan helyek a tüdőkben kanyarónál majdnem rendszeren létrejönnek.

Kiterjedt tüdőtágulatlanságok már a bonyodalma sorába tartoznak és hurutos tüdőlobos folyamatokra vezetnek, melyeknek támadási módját bővebben Bartels és Ziemssen ismertették meg. Azok a tágulatlan csikban barnavörös tömött szemesék alakjában jelennek meg, melyek között közepen egy kitégült, sárga megsűrűdött váladékkal telt hörg foglal helyet. Ezen hörg tartalma csilló hámsejtekből, nyák- és genysejtekből, s zsírosan elhomályosodott hámból áll. Az egyes gümöszemesék később nagyobb göcökká folynak össze, s a mindig nagyobbodó és felfelé szélesedő tágulatlan csik legnagyobb részét elfoglalhatják. E gümöszemesék majd hevenyen majd idültabb módon fejlődnek, első esetben gyakran rövid lefolyásuk, amennyiben mihamar feloldatnak, vagy a tágulatlanság terjedése, a növekedő hurut és rövid időn beálló szénsavmérgezés által halálos kimenetelhez vezetnek. A természattani jelek eleinte ugyanazok, melyek hurutnál, később melyek terjedelmes tüdőtömörülésnél szoktak észlelhetők lenni; a hőmérsék a heveny alakoknál tetemesen, az idültelnél legalább kissé emelkedett. Ezen idült lefolyású tüdőgümösülés gyakorta dús kötszöveti újdonszövetképzésekre, az izzadmány elsajtosodására, idült tüdőlobra és hörgtágulatra vezet.

A légző szerveket illetőleg még a következő bonyodalmak fordulnak elő: valódi tüdőlob, mellhártyalob, hökkurut, mely utóbbi gyakrabban utóhajként lép fel, továbbá gégeszorok, melyek majd beható

heveny hurutok, majd álhártyás lob (Croup) következményei; más szerveket illetőleg gyakorta észlelhetők: a mandolák egyszerű vagy álhártyás lobja, gyomor-, bélhurutok, melyek néha vérhassá fejlődnek, szem-, orr-, fülhurutok, melyek bizonyos hevességet és önállóságot érnek el, szivbélhártyalob, terimbeles veselob. Csecsemők kiválóan ránggöresős rohamok által szoktak veszélyeztetve lenni.

Azon számos utóbaj között, melyek a kanyarót követni szokták, a már elsorolt bonyodalmakat okozó betegségek legnagyobb részét újra fel kellene említeni. Idült tüdőlobok lefolyása gyakran akkor éri végét, midőn maga a kanyarófolyamat már rég kialudt. Hörgtágulat és sajtos szétesés következtében ekkor már legtöbbször a felső lebenyekben üregek fejlődnek. A sajtos göcök képződését gyakran heveny általános gümőkór követi. Igen sok kanyaró járványt járványos hökhurut követ, mely betegség, ha nem is kivétel nélkül, de általában véve ugyanazon egyéneket lepi meg, kik előbb a kanyaróban szenvedtek. Így látszik, hogy e két kóralak közt közelebbi összefüggés létezik, mely azonban még eddig magyarázatra nem talált. A külérzéki szervek betegségei, u. m. a köthártya és szaruhártya genyitüszőképződéssel és erős fényiszonnyal járó lobja, továbbá fülbajok és ornátha (Koryza) gyakran huzamos ideig eltartanak. Zsábák, billentyűhibák, Bright-kór ritkábban maradnak hosszabb időre vissza.

A kanyaró után támadó fülbetegségek, melyek Sch w a r z szerint a fülbajok 3% -át képezik, legtöbbször csak a lehamlás közben vagy után lépnek fel, s mint a dobúr genyedő lobja, vagy a torokból az Eustach-kürtön át odavezetett hurutja s végre mint a küthalljárat elterjedt lobja (otitis externa diffusa) mutatkoznak.

A kanyaróval főként a következő kóralakokat lehet felcserélni: rózsacsalakot (Roseolaformen) (Ros. balsamica, aestivalis), a csalánkütteget (urticaria), midőn ez még nincs teljesen kifejlődve vagy már halványodni kezd, a kütteges hagymázt, a bujasenyves foltos bőrbajokat és a vörhenyt (scarlatina). Ilyetén felcserélések annál könnyebben történhetnek, minél több súlyt fektettünk kiválóan a bőr elváltozásaira. Ha a tünetek összegét, névleg a hőmenetet, a nyákhártyabajokat s a betegség származástauát (Aetiologie) lelkismeretesen szemügyre vesszük, illetén felcserélésektől meg leszünk óva. Már a megelőző időszakban (Prodromalstadium) biztos támpontokat nyújt a láznak legtöbbször felbuhagyó (remittirender) menete, az egyidejűleg fellépő orr-, szem- és torokhurut, az ugató köhögés, a kitörés előtt a szájhártyán megjelenő foltos vörösség. A lázas csalánkütteg néhány rázó hideg roham után lázmentes lesz, erős viszketés

mutatkozik, a kütteg rövid ideig tart, bár többször visszatér, orr- vagy hörghurut nem mutatkozik. A r ó z s a c s-alakokat is főleg láztalan vagy csekély lázú lefolyásuk, a bőr megbetegedésének helyhez kötöttsége és enyhe, gyors menettük különözteti meg a kanyarótól. Valamennyi betegség közül a bujasenyves rózsacs (roseola syphilitica) áll a kanyaróhoz legközelebb és ha megelőző időszakában még láz is mutatkozik, a hasonlatosság még nagyobbá válik. Ily esetben a bujasenyv jelenlétét kell megállapítani és a megkülönböztetést arra alapítani, hogy a bujasenyves rózsacsnál a láz enyhe és rövid ideig tart, a kütteg az arcot későbbben támadja meg, a foltok nem múlnak el, hanem más alakokba (genyttüszökké, pikkelyekké stb. Pappeln, Schuppen etc.) változnak át. A vörheny-, hagymáz- piros küttegről (rubeola) későbbben leendő szó.

A vörheny mérge a leghathatósabbak egyike. Ennek, 6 hónaposnál ifjabb csecsemők s egyes ritka egyéniségek kivételével, minden ember egyenlőn ki van téve.

Ha a kanyaró ragály anyaga (Contagium) valamely vidékre bevitetik, az ott kiáltó járvány terjedelme azon emberek számától függ, kik a kanyarón még nem estek át, e miatt a kanyarójárvány ott, hol nagyobb időközökben itt ki, terjedelmesebb alakban lép fel és rosszabb indulatot is mutat. A kanyaró ragályzási képessége legnagyobb a megelőző időszakban (in der Zeit der Prodromi) és a lappangási időszak (Incubation) végén. Ezen kütteget egész iskolák ifjúsága között igen gyakran még egészségeseknek látszó egyének terjesztik el. Nálunk a kanyaró gyermekbetegség, mert közlekedési viszonyainknál fogva a ragályozásnak legtöbb ember már gyermekkorában ki van téve. A hol a járványok nem mutatkoznak, mint nálunk, minden 3—6-ik évben, hanem csak 20—30 év váltakozása alatt csak egyszer lépnek fel, mint ez szigeteken vagy egyéb elzárt helyeken történni szokott, ott a kanyaró bizonyára a felnőttek közül is sokakat megtámad. — A kanyarót müleges úton is át lehet ültetni, s pedig az által, hogy vagy a betegek véréből oltás tétetik (K a t o n a, S p e r a n z a) vagy azok orr-avagy toroknyákja vitetik át (M a y r). Tudva van továbbá, hogy ily nyákkal beszennyezett tárgyak egy ideig ragályzó képességgel bírnak. A beteghezi közelítés rendszeren elég a ragályoztatásra; ezt csak úgy lehet magyarázni, ha felveszszük, hogy a ragályanyagot a beteg testfölszine páralogja ki, melyet aztán a ragályozott száj-, torok- vagy legvalószínűbben hörgnyákhártyája vesz fel. A nyákhártyára jutott ragályanyag helyi hatást nem idéz elő, hanem mintegy 14 nap múlva, mialatt szaporodási folyamaton esik át, a vérbe hatol és így a test és a nyákhártyák felszínére jut, hol számtalan hajszáledény tömeszként

(capillare Emboli) szerepel s ugyanannyi lobbócot támaszt, melyek a kütteget képezik. Ez azon idő, melyben a ragályanyag legkönnyebben bejuthat más egyének testébe, mert ekkor már szaporodását bevégezve a véráram útján a test felszínére jutott (a betegség legnagyobb ragályzási képessége a megelőző időszakban). A betegség oka (Salisbury és Hallier szerint egy moszat) a testben elhal, következményei, a számtalan lobbócok, meggyógyúlnak és csak egyet nem lehet a moszatnak kórokul való felvételéből megfejteni, azt t. i., hogy a betegségen átesett szervezetre ugyanazon megbetegítő hatálynak nincs többé befolyása. Ezen mentesség azonban nem föltétlen² (absolut), mert észleltettek esetek, ahol ugyanazon egyén a kanyarót többször kiállotta. Ha a kanyaró okát egy elterjedt moszat (Hallier felvétele szerint a mucor mucedo) képezi, úgy alig lehet kétség benne hogy e betegség önállóan (autochthon) is létrejöhet. Némely tartományokról, mint a Faroe-szigetokről, Islandról, Északamerika egyes részeiről tudva van, hogy ott ez legalább több év óta nem történt.

Nálunk minden 2—5-ik, nagyvárosokban majdnem minden évben fellép a kanyarójárvány. Leggyakrabban ősszel és tavasszal jelentkezik. E betegség terjesztésénél az iskolák és kiseddóvódák kiváló szerepet játszanak. Ha majd kifejlett közegészségügyünk leszen s az ily járványok elterjedésének meggátlására gondolhatunk, úgy ennek különösen a kanyarót illetőleg az iskolákban kell történnie. Akkor majd oly helyeken, hol az iskola ifjúsága a kanyarón még át nem esett, a kanyaró megbetegedési eseteinek fellépténél az orr-, torok- és szemhurutokat s a felületes nyirkmirigyek többszörös duzzadságát, szóval azon tüneteket, melyek a megelőző időszak lázas kezdete előtt jelentkezni szoktak, a legszorgosabb figyelem tárgyává kell tenni és a kóros tüneteket mutató gyermeket az iskolából kizárni. Igaz, hogy a legtöbb kanyarójárvány oly jó indulatú (halandósága 0—5%), hogy alig érdemes a ragályzást kikerülni, s hogy talán inkább elő kellene segíteni, hogy e betegségen mindenki még a gyermekkorban átéssék. Más kanyarójárványok meg az évszak, az általuk megtámadottak lakási és éltviszonyai s előbbi egészségi állapotuknak befolyása folytán, főleg egyes súlyos bonyodalmak (álhártyás lob, tüdőlob) által oly veszélyesek, hogy halandóságuk 20%-ra rög. De ez csak kivétel. Közönségesen oly gyermekeket, kik egészségesek, jól tápláltak s kóros hajlamokkal nem bírnak, nem igen lehet félteni. Beteges gyermekek jobb, ha elzártnak vagy a járvány köréből eltávolítatnak. A bajnak ellenszere nincs. A gyógykezelés pusztán tüneti, különös javalatok nélkül gyógyszerrel nem kell nyújtani. A test hűvösen tartását, könnyű takaró

használását, jó szellőztetést, a kórszobában 14—15°R. hőmérsék fentartását, az étvágnak megfelelő táplálékot s italul tiszta vizet ajánlunk a betegnek. Ha gyakori tres köhögés bántja a beteget, úgy szunyalt rendeltünk kis adagokban (Aqu. lauroceras-ban $\frac{1}{2}$ % oldatban 3 óránként 4—8 cseppet), a köpet szívós voltánál s ha a beteg nehezen tudja felköhögni, Ipecacuanhát, lugalokat, szalamiasót, vagy közömbös beleheléseket (szalamiasó, konyhasó $\frac{1}{2}$ %-os oldatából) rendeltünk. A hörgők váladékkali túlteltsége hánytatót, tüdőlob hideg borogatásokat igényel. Rendellenes magasságú lázat chinin-(chinin) gyttstünke- (digitalis), hideg begöngyölésekkel kell leküzdeni.

Kimerültségnél (Collaps) vagy ideges tünetekkel járó elgyengültségi állapotoknál izgató szereket, főként bort (kávés kanalanként) kell alkalmazni. Mindig szem előtt kell tartani, hogy a főveszély a légzési szervek bántalmazottságában fekszik és abban áll, hogy a hörgőkben az elválasztás gyarapodott, a nyák kiürítéspedig meg van akadályozva. A szénsavmérgezés minden olyan gyengítő eljárás által siettetik, mely a köhögési inger erélyét lehangolja. Ennél fogva vérelvonások és a dárdanykészítmények (Antimonialien) kerütllessenek. Kezdődő tüdőtagulatlanságnál (Atelektase) a betegnek nagy könnyebbülést okoz, ha ép oldalára vagy ha lehet, felváltva hol hasra, hol oldalt fektettedik, továbbá előnyös a beteggel mély légvételeket tétetni.

II. VÖRHENY, SCARLATINA, SCHARLACH, SCARLATINE, SCARLET FEVER.

Mayr. Virchow's Handb. Bd. III. p. 113.

H. Redenbacher: Path.-chemische Untersuchungen des Kinderharnes in verschiedenen Krankheiten, insbes. bei Scharlach. Jahrb. d. Kinderheilkunde Bd. IV. 1861.

Hübner: Beobachtungen über Scharlach. Diss. Leip. 1861.

E. Wagner: Beiträge zur pathologischen Anatomie des Scharlachs: Arch. d. Heilk. Jahg. VIII. p. 262.

Wunderlich: Das Verhalten der Eigenwärme in Krankheiten. Leipz. 1868. p. 317.

Ch. Murchison: Lancet Aug. 64. übers. im Journ. f. Kinderkrankheiten. XLIII. p. 228.

A vörhenyt állítólag legelőször Ingrassia irta le, de Sydenham volt az első, ki a vörheny és kanyaró közti különbséget határozottabban kimutatta. A lappangási időszak tartama a vörhenynél még

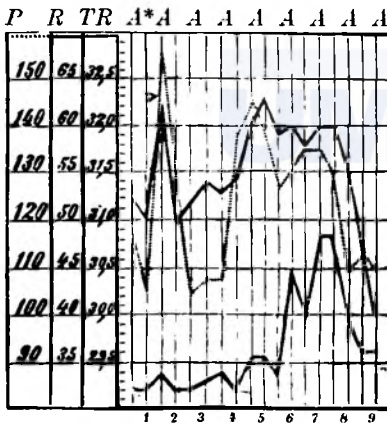
nincs oly biztossággal megállapítva, mint a kanyarónál; az eddigi adatok szerint 4 egész 14 nap között ingadozik.

A nálunk legutóbb lefolyt járvány alkalmával a lappangási időszak maga 11—13, a megelőző időszakokkal (Prodromi) együtt 12—14 napig tartott. — Trousseau, Murchison, Rehn, s mások ama állítását, hogy a lappangási időszak csak 48 óráig tart, sem egyes esetekben, sem járványok alkalmával tett észleleteim nem igazolják. — Előbbi segédem Reinhold tr. hasonértelmű észleletei szerint a lappangási időszak 11 napig tart. A vörheny mindig a láz gyors fokozódásával, gyakran rázó hideggel vagy borzongásokkal kezdődik. Az érlökések száma igen szapora, a testhőmérsék tetemesen emelkedett s ehhez még heves fejfájás, kábultság és bágyadság társul. A betegség kezdete oly határozottan kifejezett szokott lenni, hogy elég biztossággal meg lehet határozni a napot vagy még az órát is, melytől a körlefolyás idejét számítani kell. Gyakran hányás vagy orrvérzés áll be, néha pedig keresztesontfájdalmak s tagszagatások mutatkoznak. Torokfájás, nyelési nehézségek, a mandolák duzzadtsága és egyéb, heves fölpiros (erythematös) toroklobra mutató tünetek a vörhenynél az állandó jelenségek közé tartoznak. Én, valamint legujabban Thomas is, a test valamennyi nyirkmirigyét állandóan duzzadtaknak találtuk. Ezen tünetek a megelőző időszakban (st. prodromum) mutatkoznak, mely 1½—3 napi tartam után végét érve, a kitérés időszak (Eruption) veszi kezdetét. — A kütteg a nyak mellső felületén vagy a mell felső részén nagy, elmosódott szélű, skarlátpiros foltok megjelenésével kezdődik, mit gyakran a bőr pontozott vörössége előz meg.

E foltok mihamar köröm — egész tenyérvnyi nagyságot érnek el, összefolynak és rendszeren rövid idő múlva egyenletes, vörös színű kissé dagadt felületet képeznek. Innen a kütteg a már előbb, is duzzadt arcrá, a mell alsó részére, a hátra, hasra és végtagokra terjed. Gyakran a nyak és arc már ismét szabad, mire 2—3 napra a kitérés után a végtagokat eléri. Az egész testeni elterjedése után a kütteg legtöbbször több napig változatlan marad, míg nem sárga vagy világos-barna színt öltve, nem sokára elmulik. A vörheny vörössége újj-nyomás által mindig eltüntethető. A kütteg a végtagok hajlító oldalát szokta leginkább meglepni. A lehámlás a kütteg elhalványodása után, a betegség 2-ik hete elején vagy folytatásban szokott bekövetkezni s a legelőbb megtámadott helyeken kezdődik, nagy, összefüggő lemezek leválásával jár, (lamellös), úgy hogy gyakran a kéz- és lábujjakról egész keztyűszerű hámrétegek vonhatók le, Állítólag fordultak első esetek, melyekben egyúttal a körömök is levál-

tak; de ily esetek minden esetre a kivételek közé tartoznak. A bőr vörössége igen kistökü lehet vagy a figyelmet teljesen el is kerülheti, (Sc. sine exanthemate), vagy külön álló foltokra korlátozva mutatkozhatik (Sc. variegata), ellenkezőleg a kütég közönséges alakjával, amelynél t. i. a foltok összefolynak (Sc. laevigata). A vörhenytől borított bőrön igen gyakran számos verejtékhólyagosa (Schweissbläschen) jelenik meg, mint a betegség ártatlan kísérője. A bőrben fellépő vérfoltokkal s a test üreiből történő vérzésekkel bonyolított (complicirt) kóralakok (Sc. petechialis) jelentősége már régebben figyelemre méltattatott. A száj és torok nyákhártyája már kevéssel a kütég kitörése előtt hasonló változásokat szenved, mint a bőr. Ugyanis élénk vörös színű nyel s kissé megduzzad, a mandolák előbbre nyomódnak, gyakran pontozott vagy egyenletes, fehér izzadmánycsapadékkal fedettek, a nyelv tövét fehér espadék vonja be, csúsa duzzadt, erősen kicsusorodó gombaképtű szemölcsöket (Papillae clavatae) mutat (Himbeerzunge).

Fig. 8.



nően magasabb tetőpontot (Akme) érne el. Az ezután bekövetkező hőcsökkenés több napot igényel s oly módon megy végbe, hogy esténként nem száll alább a hőmérsék, sőt néha még csekély emelkedéseket tesz, míg reggel észrevehetőleg $\frac{1}{4}$ — 1° -kal csökken.

(Lásd: Fig. 8.) $4\frac{1}{2}$ éves vörhenybeteg fiú láztáblája. A csillag a kütég megjelenését jelzi, az 5-ik napon a vörhenyhez ronesoló toroklob (Diphtheritis faucium) szegődik.

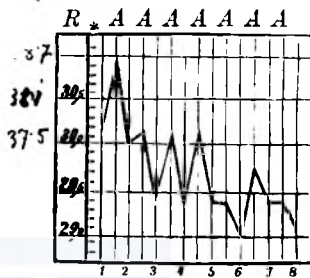
A test hőmérséke kezdetül fogva gyorsan emelkedik és a rázó hideg vagy borzongás felléptekor már körülbelül 40° C-t ér el. Innen a hőnek lassú legfeljebb kistökü reggelenkénti alábbhagyásoktól (Remission) megszakított emelkedése következik, mi igen magas fokot (41, sőt 42) érhet el. A hőmérsék emelkedése az egész kitörési időszakon át folyton tart és csak a virulási időszakban (St. floritionis) éri végét, a nélkül hogy feltű-

Enyhe lefolyású eseteknél a hőmérsék nem emelkedik oly magasra s a láz magassága rövid ideig tart, úgy hogy a kezdetbeli rázó hidegtől a hősökkenés (Defervescenz) kezdetéig számított időtartam, mely rövid megelőző időszaknak (Pradromalstadium) felel meg, csak egy vagy két napot tesz ki. Tulajdonképi válság (Krise) ritkán áll be, azonban a hősökkenés (Defervescenz) lobos bonyodalmak következtében létrejövő új hőemelkedésektől gyakorta félbenszakítottatik. (Lásd: Fig. 9.)

Fig. 9.

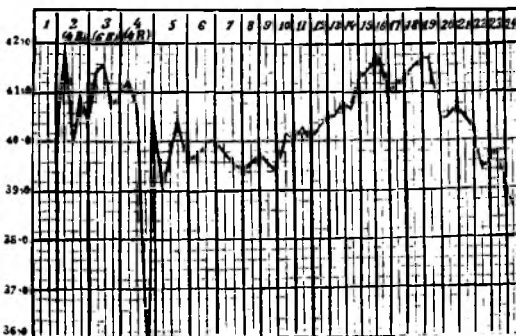


Fig. 10.



Enyhe lefolyású vörheny 13 éves leánynál. (L.: Fig. 10.) Enyhe lefolyású vörheny 4 éves gyermeknél. Küteg az első napon.

Fig. 11.



Súlyosabb lefolyású vörhenynél a láz menetét az jellegzi, hogy a hőmérsék magasabb fokot ér el, mint sok más betegségnél, a rázó hidegtől a hősökkenésig (Defervescenz) emelkedtében tetemesebb

alábbhagyásoktól (Remissionen) nem zavartatik s hogy a hőcsökkenés ritkán történik valódi válság alakjában. Enyhébb és szabályszerűtlen eseteknél ezen jellegek gyakran hiányzanak, a megelőző időszak (Prodromi) is legtöbbször enyhe s a kltteleg gyér. A súlyos esetek veszélyessége főként abban rejlik, hogy a hőmérsék folyton magas fokú. Ennek tulajdonítandó, hogy az első időszakokban öntudatlanság, tévengés (Delirien), ránggöresök, izomreszketés lépnek fel, a nyelv kiszárad, a beteg izmai elgyengülnek szóval mindazon tünetek, melyek a vörhenyhagymáz (Scharlachtyphus) elnevezésre alkalmat adtak, a magas hőmérsék következményei. (Lásd: Fig. 11. a 59 lap). Vörheny mérgezőszerű magas lázas alak 5 éves fiúnál. Hidegvizgyógyomól 2,3 és 4-ik napon, a 9-ik naptól a 20-ikig genyverüségi tünetekkel járó kelevénykór (Furunkulose). Gyógyulás.

A bels zervek közül vörhenynél szabály szerint a garat és vesék betegednek meg. Még a bőr megbetegedése előtt, gyakran már a megelőző időszak elején, a nyakban kinzó fájdalmak lépnek fel, melyek nyeléskor fokozódnak; vizsgálatnál a garat képleteit pirosodotaknak, egyeuletesen duzzadtaknak s a mandolákat nagy mérvben előállókknak találjuk. Könnyti esetekben és járványok alkalmával egyedül ez képezi a leletet; súlyos esetekben ehhez, gyors üszkös szétesésre hajlandó álhártyás (diphtheritisch) izzadmányok társúlnak, melyek legtöbbször a mandolákon lépnek fel legelőb s innen a lágy szájjpadra s a garat falaira terjednek el. Ezzel kapcsolatban az állkapocsszegletek alatti mirigyek tetemesen megduzzadnak, úgy hogy mell- és alafelé nyomúlnak, kemények, az-izmok megfeszútlnek, a kötszövet vize nyösen beszüremkedik s az áll alatti mirigyek szintén megduzzadnak. Gyakran a nyirkmirigyek elgenyednek s eves vagy álhártyával (diphtheritisch) fedett, a mélyen fekvő edényeket megnyitó fekélyeket képeznek. Bonczolatnál a genyedés után visszamaradt mirigyrészek feltűnően mereveknek s halványaknak mutatkoznak. A vesék bonczolatánál legtöbbször az egyenes csatornácskákat heveny hurutos vagy álhártyás (croupös) lobos állapotban találjuk. A vizelet minden magas lázzal járó esetben fehérnyét tartalmaz s a húgycsatornácskák hámsejteiből, behám- és rostonyahengerekből álló üledéket enyhébb kórlefolyásoknál is képez. — R e d e n b a c h e r észleletei szerint a vizelet mennyisége a megelőző (Prodromal) időszakban legjelentékeny ebben van megkisebbedve, a következő két időszakban szintén csekélyebb, ellenben a lehámlási időszakban majdnem rendes. A húgyany mennyisége szintén a megelőző időszakban legkisebb a következő két időszakban szintén megkisebbedett, ellenben a lehámlás első napjaiban megsaporodott, ezután pe-

dig ismét esekélyebb. A hügyany megkevesbedését ezen betegség nél bizonyára a kimerülésen (Inanition) kívül a veséknek a hügyesüvecskék eldugulásával járó korai megbetegedése okozza. Ezen vesebaj koránt sincs mindig egyenes arányban a láz és kltteg tüneteinek hevességével. Ha a vesék megbetegedése mérsékelt s a felhalmozódott hámsejtek és rostonyahengerek tovasomafnak, akkor a bőrlehamlással egy időben beáll az említett bővebb vizelet- és hügyanykiválás. Hol azonban az állhártyás (croupös) lob nem szünik meg, sőt ki-kiujul, és ehhez még a kéregállomány lobos elváltozásai társúlnak, ott a vizeletkiválás csökkent volta tovább tart s oly fokot érhet el, mint a Biermer által leirt esetben, melyben 10 nap alatt alig választatott ki 5 obony vizelet. Ilyenkor aztán később vizkóros beszűrenkedések vagy hügyvértüség (urämisch) tünetek lépnek fel.

A vesebaj legkorábbi tünetét néha a vesetájon jelentkező fájdalom képezi, melyet idősb gyermekek maguk megjelelnék, kisebb koruaknál pedig a vesetájra alkalmazott nyomás által lehet kiputlatolni. A láz rázó hideg vagy hőemelkedés avagy érlökésszaporodás alakjában újra mutatkozik, mihamar hányás áll be, s állítólag néha újra kltteg lép fel, a bőr azonban mindig halvány, petyhüdt s duzzadt lesz, kissé áttetsző, viaszszertü ktlemet nyer, ami vérszegénység vagy savós beszűródésen alapul. Ezen kóros elváltozás az arcon vagy boka-tájakon kezdődik s a test kisebb-nagyobb részére, súlyosabb, hosszabb tartó esetekben az egész testre elterjed. A vizelet ezen időszakban gyér, sötétsárga igen sok vért tartalmaz s zavaros üledéket képez, mely hámsejtek, vértestecsek és hengerekből áll. Fajsúlya tetemesen megnagyobbodott. Ezen vesebaj hevenyalakban szokott kezdődni s mint ilyen veszélyes fokra emelkedhetik, meglehetősen rövid idő alatt kedvezően folyhat le vagy fél heveny (subacut) avagy idült, lappangó alakot ölhet. A lefolyások különbözősége szerint a baj majd hamar s kedvezően végződik, majd pedig további tünetek társúlnak hozzá. A savós tömlökben savógyütemek is támadhatnak, miközben a már fenálló bőr vizenyője növekedhetik vagy csökkenhet vagy változatlan marad. Ezen savógyütemeken két sajátzerűség tűnik fel: hogy t. i. a szívburok a vizkórban nagyobb részt vesz, mint egyéb vizkóroknál, s hogy az izzadmány nem tisztán savós, hanem inkább lobos természetű. A szívburok megbetegedésénél a szívtájon nyomáshoz hasonló vagy szűrő fájdalmak lépnek fel, az érlökés eleinte felt s rendetlen, később kiesiny s szapora, a szívlökés gyenge, kiterjedt, a szívhangok tompák, gyengék, a szívtompulat jellemzőleg megnagyobbodott. Továbbá a légzés megnehezedik, kivált ha a bajhoz mell- vagy hasviz (Hydro-

thorax, Ascites) társúl, a halvány arc kissé szederjes, az arckifejezés aggályos lesz, a nyaki visszerek megtelnek, később a hanyattfekvés lehetlenné válik, az álmom igen nyugtalan, köhögés és hörgés áll be és tüdővizenyő vagy fulasztó (suffocativ) hurut vet véget a beteg életének, ha csak az elzárt utak meg nem nyílnak és dús savós kiválasztások a láz alábbhagyása, és az érlökésnek gyakorta önként beálló tetemes meglassúlása alakjában javulás nem áll be; vagy a betegség egy harmadik, határozottan veszélyes irányt vesz, s ez a régóta ismert *Encéphalopathie albuminurique*, mely jelenleg „hugyvérűség” (Urämie) nevet visel.

Ez utóbbi esetben gyors kimerülés (Collapsus) áll be, az öntudat rögtön elvész vagy a beteg lassanként álmokórra (Koma) esik. Az érlökés rendetlen, lassú vagy szapora s kicsiny lesz, az arc szentelen (apathisch) kifejezést vesz fel, a tekintet fáradt, a szembéjak lecsukódnak, a légzés meglassúl, később szörtyögő lesz, az érzékek megtámadtatnak, látzavar (Amblyopie) áll be (az idegreceében támadt izadmánynál fogva), a beteg harangszót vagy tompa zúgást hall. Ezen különben egyhangú jelenetet csalfa reményeket költő alábbhagyások (Remissionen) teszik változatossá, mely alkalmakkor a beteg környezetét felismeri, ezt vagy amazt kér és az előrement érzékkábulattól megmenekültnek látszik; vagy az alábbhagyások helyett rögtön és gyakran fellépő ránggöresök mutatkoznak, mikhez a gyermekkor különben is nagyobb hajlamosságot mutat. Ezek majd csupán egyes, — s pedig néha csak egyoldali — izomsoportokat támadnak meg, majd felváltva hol a törzsön, hol a végtagokon lépnek fel s nem ritkán nehézköros alakot öltenek. — A halál vagy ilyen rohamok vagy hörgés közben áll be. *Trousseau* ama nevezetes észleletet tette, hogy ezen rohamokat néha a fejtér (Carotis) összenyomása által meg lehet szüntetni, sőt hogy csupán egyoldali göresök az ellenoldali fejtér összenyomása által félbeszakíthatók. Végre az esetek egy harmadik sorozatában a vízkór, kivált igen senyves (kachectisch) egyéneknél, rövidebb vagy hosszabb tartam után idült alakba megy át. Kisfokú, hiányzó vagy csak néha-néha jelentkező láz, lesaványodás, halvány, kissé zavaros, hosszú ideig fehérsnyét tartalmazó vizelet, helylyel-közzel fellépő fejfájás és hányás, tartós mérsékelt vizenyő, emlékezőtehetség-, érzék- és értelemgyengesség jellemzik ezen kórlefolyást, melyben a beteget névleg a hugyvérűség vagy új heveny kórállapotok fellépte fenyegeti.

Ekként a vese együltmegbetegedéséből a vörheny rettegett utóbaja, a vörhenyvízkór támad, mely gyakran a legsúlyosabb eseteknél

elmarad, míg néha oly esetben is fellép, melyben alig észrevehető lázas mozgalom mellett a kütteg csak néhány óráig áll fen.

A heveny kútegek közül leggyakrabban a vörhenynél szerepelnek bonyodalmaikként szivbajok. A fentebb említett szivburuklobon kívül, melyet legtöbbször a vesebajtól lehet származtatni, vörhenynél névleg szivbelhártyalob (Endocarditis) fordul gyakran elő. E baj két-féle módon támad: a láz magassága következtében a virulási időszakban, vagy ritkábban a bőrpír elhalványodása vagy a lehámlás közben kezdődő utóbaj, a vörhenyizületi csúz által. Felismerhetéséhez szükséges, hogy a sziv hangjai naponta pontosan meghallgattassanak. Csak így szabad a legtöbbször a szivesücsön hallható systolikus zörejnek tartam és alak tekintetébeni feltünő s hirtelen beálló változásaiából a kéthegyű billentyű hevenyen támadt bajára következtetni. A test ütereiben támadt tömeszek (Emboli) igazolhatják a kórismét, mely azonban legtöbbször csak a tulajdonképeni betegség lefolyta után a kifejlődött billentyűhiba jeleiből hozható tisztába. A mellszervekben ezenkívül leggyakrabban mellhártyalob fordul elő. Ezen baj felléphet a vörheny legkifejlettebb szakában, valamint későbbi lefolyásában is; első esetben mint a betegség különös belső helybelistülése (Localisation), utóbbiban mint a vesék vörhenyes megbetegedésének következménye. E mellhártyalob közönségesen majdnem mindig egyoldali, jelei semmi különöséggel nem bírnak, csak az izzadmány gyors szaporodása tünt fel legtöbb észlelőnek. Magában a tüdőben mind a betegség tetőpontján, mind a lehámlási időszakban elég gyakran észlelhetők croupos obok. Ezek a légesöről a hörgőkbe leterjedő állhártyás lobból (Croup) látszanak származni. Ezen kívül a bonyodalmak sorában előfordulnak: a ballszerv genyes lobjai, agykérlob, a bőr, szájnýákhártya, női szeméremtest tiszke, genyes szemlob, bélhurut, a vastagbél másodlagos állhártyás (croupös) lobja. Az utóbajok között a vízkór és a nyakmirigyfályogok első helyet foglalnak el. Mindkét baj oly betegségekől származik, melyek még a lázas időszakban veszik kezdetüket, miért is róluk már előbb értekeztünk. Csak még az izületek megbetegedéséről (Arthritis scarlatinosa) kell e helyen különösen szólnunk. Ez legtöbbszörre a lehámlási időszakban lép fel, borzongásokkal kezdődik, s oly rendetlen változásokat mutató lázas állapot és izzadságok kíséretében foly le, mint ez az izületi csúznál közönségesen történni szokott. A csúz leggyakrabban a térd- és könyök-, ezután a kéz-, láb-, váll- és csipizületet támadja meg. A többi kisebb izületek is, a kulcsesoutról egészen az újjperczekig szintén ki vannak e betegségnek téve.

Ezen izületi csúz azonban korántsem futólagos jellemű, mert

gyakran 2—3 nagyobb iztletet támad meg egyszerre és bennök igen belterjes (intenzív), a viszonyokhoz képest gyakran genyedésre hajlandó lobokat gerjeszt, mi által az életet veszélyezteti s ezen kívül legalább is oly gyakran idéz elő bal szivbillentyűbajokat, mint egyéb csúzok.

Bár a vörheny nagy városokban egész éven át soha sem alszik ki teljesen, mindazonáltal szétszórtabban élő népesség között járványalakban ritkábban lép fel, mint a kanyaró (Morbilli). A vörheny sokkal több embert megkimél mint a kanyaró. Fel lehet venni, hogy körülbelül minden 4—5-ik évben lép fel egy-egy nagyobb vörhenyjárvány. Ugy látszik, hogy egyeseknél gyakrabban hiányzik a hajlam ezen betegség iránt. $\frac{1}{2}$ éven alóli csecsemőket felette ritkán támad meg, fiúkat valamivel gyakrabban lepi meg, mint leányokat. Noha az egyszeri megbetegedés rendszeren oltalmat nyújt minden későbbi hasonló megbetegedés ellen, még sem tanácsos e felvételbe feltétlen bizalmat helyezni. A vörhenynél gyakrabban észlelhetni, mint a kanyarónál, hogy egyesek a ragályzás lehetőségének kitéve mégis mentesen maradnak. A ragályoztatás már a beteghez közeltetés útján is létrejöhet; másrészt a méreg ruhákhoz és butorokhoz erősen tapad s bennök hosszabb ideig tartózkodhatik a nélkül, hogy hatását vesztené. A vörhenyjárványok az állhártyás lobokkal (Diphtheritis) hasonló viszonyban állanak, mint a kanyarójárvány a hökhuruttal. Az állhártyás lobok gyakran a vörheny előhírnökeiként szerepelnek. A vörheny majd minden esetben kimutathatólag ragály útján terjed el, minden más támadási módja még eddig kétesnek látszik. A járványos betegségek egyike sem mutat az egyes járványok alkalmával annyira bizonyos határozott jellemet, mint a vörheny. Ez akként történik, hogy míg egyik járvánnyal vízkór jár, addig a másiknál mirigyelgenyedés, vagy úszkösüdsék, vagy izületlobok lépnek fel nagy számmal. Kevés oly jóindulatú vörhenyjárvány fordul elő, melynél 100 beteg közül egy sem hal el, 3—5%-os halandósággal bíró járványok már gyakoribbak, sőt némely helyen rendszeren ilyenek lépnek fel. Némely járvány 30, sőt nagyobb halandósági százalékkal jár, miért is a vörhenyjárványnál alig lehet általános halandósági számot megállapítani.

A kórismét a nagyfokú, tartós lázra, a heves nyakfájdalmakra, a küttegnek legelőbb a nyakon vagy mellen történő megjelenésére, a kütteg elmosódott nagy foltokbani mutatkozására, élénk pirosságára és a lehámlásnak nagy lemezekben történetére kell alapítani. A vörhenyt össze lehet tévesztetni: kezdődő kanyaró, piros kütteg (Rötheln), csalánkütteg (Urticaria) és talán még himlő vagy hagymáz némely eseteivel. A vörheny megelőző időszakában a torokgyík (An-

gína) kiváló jelentőséggel bír és épen ezért olyankor, midőn vörheny-járványok uralkodnak egyszerű torokgyíkokat a vörheny kezdetének lehet tartani. Ilyen körülmények között a megkülönböztetést a hőmérsékek sok esetben megkönnyítik, miután vörhenynél a testhőmérsék legtöbbször egyáltalán egyenletesebben és tartósabban emelkedik, mint torokgyíknál. — A vörhenyragályzás meggátlására több eljárás is módok ajáltattak. Legismertebb ezek között az eredetileg H a h n e m a n n, újabban pedig B o n e h u t által ajált beléndekkészítmények (Belladonna) alkalmazása. Ezek ép úgy, mint az e célra ajánlott többi szerek is sikernélküliek. Oltalmat az egyénre nézve csak az nyílt, ha mind a vörhenybetegektől, mind az ezekkel érintkezésben volt személyek- és tárgyaktól magát teljesen távol tartja. A társadalomra nézve pedig az, ha a vörhenybetegek szorgosan elkülöníttetnek és az ezeket környező egyének és tárgyak szorgosan megfertőtleníttetnek (desinficirt). Ezen elv foganatosítása névleg kórházak-, kisdedővő intézetek-, iskolák-, hajók- és börtönökre nézve a legnagyobb jelentőséggel bír. Sokhol sínes stírgősebben javulva a vörhenybetegek elkülönítése, mint a gyermekkórházakban.

A vörheny g y ó g y k e z e l é s e sok esetben étrendi (diätetisch) és megfigyelő (expectativ) eljárásra szorítkozhatik. Gyakran elég a betegeket 13—14°C-ra állított szobában ágyba fektetni, nekik bőven hűsítő italokat nyújtani, émelygésnél szikvizet (Sodawasser), hasmenésnél mandolajot vagy zabkását (Hafergrütze) rendelni, s őket egyszerű, nem izgató étrendre szorítani. A számos fajlagos (specifisch) gyógymódok egyike sem képes a kórlefelgyáson változtatni. A S c h n e e m a n n által ajánlott szalonnávali bedörzsölések sem nyújtanak jelentékeny előnyt, ezeknek célja az volna, hogy a vörhenynél a bőr tevékenységének zavara, mint a veszély leglényegesebb kútforrása be ne következzen, bár nehéz felfogni, hogy mi módon lehetne ezt szalonnabedörzsölések által elérni. Ezen eljárást S c h n e e m a n n szerint 4 héten át naponta 2-szer kell ismételni. Feltéve, hogy ezen nem igen nagy tisztasággal járó gyógymód a lázat és a bőr feszülését tényleg csökkenti, tehát a betegnek valóban könnyebbülést nyújt, mindazonáltal nem képes a vörheny roszindulatú járványait elűzni, és senki sem lehet feljogosítva azt hinni, hogy őt a szalonnávali bedörzsölések a vörheny utóbajaitól megóvják. Némelyekre nézve azonban kellemes lehet, oly betegséggel szemben, melynek könnyebb eseteiben orvosi beavatkozásra épen nincs szükség, ezen bedörzsölésekben oly szert bínni, mely a beteg állapotján némileg valóban könnyít, s e mellett a nélkül hogy ártana, az orvos tevékenységét tünteti fel. A gyógyeljárást kizárólag a veszélylyel fenyegető

egyestünetek ellen kell irányozni. Első helyet foglal el ezek között a láz; ez ellen hathatósaknak bizonyítuak a Curie, Bateman s mások által ajánlott hideg fürdők és leöntések, a hideg begöngyölések, szóval a külső hőelvonások, melyeket mindannyiszor ismételni kell, valahányszor a hőmérsék veszélyes magasságra emelkedik. A chinalt és gyttisztukét (*Digitalis*) is érdemes megfelelő adagokban megkísérteni. A tarjagos (*petechial*) alakoknál a savanyú chinaloldatokat többen ajánlották. Hideg begöngyölések vagy leöntések s a chinalbelső adagolása nagy lázzal, tévengéssel és kábultsággal kezdődő rendellenes esetekben is alkalmasak. E mellett minél nagyobb gyengesség van jelen, annál előbb javulatba lép a bor nagyobb adagainak, sőt kevés pálinkának is alkalmazása, melyek minden esetre valamennyi egyéb izgatószer felett elsőbbséget érdemelnek. Ha egyszerre torokgyík (*Angina*) lép fel, pokolköoldattal (1–10%), álhártyás jelleműnél mézszivizel, üszkös tulajdonságúnál feleselsavas hamany — (übermangan-saures Kali) (1–5% oldat) vagy könenyföléleggel (*Wasserstoffhyperoxyd*) beeceteléseket kell tenni. A nyakon fellépő mirigytyalogokat meleg borogatások által mi hamar meg kell érlelni, korán felnyitni s azután szikfuborogatások, kifeeskendések, tépet kötéssel stb. kezelni. Ha pedig üszkös alakot öltenek, úgy az említett élenyítés által fertőzelenítő szerek jönnek alkalmazásba. Szívbellhártyalob fellépte a körülmények szerint gyttisztuke (*Digitalis*) adagolását, s hidegborogatások alkalmazását a szívtájra vagy szénsavas lugalok belcheltetését igényli, legtöbb esetben azonban ezen szerek közül egyúttal többet szükséges alkalmazásba hozni.

Súlyos vesebaj fellépténél, melynél a vizelet igen sok fehérsnyét és hengereket tartalmaz, a hügyany pedig benne tetemesen megfogyatkozott, némelyek a vesetájon vérelvonásokat szeretnek tenni. A bonci viszonyokból könnyen kitűnik, hogy ilyen vérelvonások csak mint általánosak, nem pedig mint helybeliek hathatnak. Általános vérelvonások pedig, ha oly mérvűek, hogy egyáltalán észrevehetőkké válnak vörhenynél s általában a heveny küttegeknél legtöbbnyire határozottan káros hatásuak. A hügyesatornácskáknak hámsejtek- és álhártyás alvadék általi eldugultságával szemben kiválóan azon szerek lépnek javulatba, melyek a vizelet mennyiségét növelik, s a vérnyomást, mely alatt a hügyelválasztás áll, fokozzák, mint pl. a gyttisztuke (*Digitalis*), s továbbá azon szerek, melyek a vizeletet lugalossá (alkalisch) tévén, annak az alvadékokra oldó, lazító hatást kölcsönöznek. Ez utóbbi tekintetben névszerint a szénsavas és növényi-savas lugalok u. m. az ecetsavas, tejsavas, citromsavas, borkősavas, stb. hamany és szikeny

ajálhatók. Bőségesen élvezett italok, névszerint a meleg tej, seltersi és szikvíz, ezek hatását elősegítik. Minél távolabb esik már a lázas időszak, s minél nagyobb mérvűek a savós beszttremkedések, annál inkább alkalmasabbak a kipárolgás (Diaphoresc) elősegítése céljából tett meleg fűrésztések a fürdő utáni begöngyölésekkel egybekötvé. Hügyvértiségi (urämisch) rohamok beálltával hideg leöntések, vagy legalább borogatások, hor, pézsma (Mosehus) égény (Aether), szénsavas kőnlegény (kohlensaures Ammoniak) és egyéb ingerlő szerek, vagy hol a göresös tünetek túlnyomók, hangyanyhalvagbelehelések (Chloroforminhalationen), mákony (Opium) belsőleg, vagy sznyalbefecskendések (Morphininjectionen) lépnek javalatba.

Ha a vörheny rendesen folyik le vagy ha a bonyodalmak elhárítottak, akkor a lehámlás bevérgződése után a betegnek meleg fürdőt adunk s mint gyógyulást elboesátjuk. Azon rossz szokás ellen, mely szerint a betegek a vörheny kezdetétől számított öt hétig a szobából ki nem boesáttnak, kivált oly esetekben léphetünk fel erőlyesen, a hol pontos vizsgálat utján meg lett állapítva, hogy semmiféle bonyodalom nincs jelen, névleg pedig hol a vizelet többszöri vizsgálata által vesebaj kizárattott, mely baj gyakorta még a vörheny fenállása közben fejlődik ki, s csak későbbben lesz vízkór alakjában észrevehető és hibásan állittatik közönségesen korakimenetelből származónak.

III. PIROS KÜTEG, RUBEOLA, RÖTHELN.

Bár a piros kütegről már ezelőtt Hildebrand, Stark, Heym, s mások értekeztek, s a Schönlein-féle iskola e betegséget bizonyos előszeretettel mindig újra előtérbe helyezte, mindamellett az a kórtanban csak satnya s többször kétségbe vont létnek örvendett. E bajt részint a kanyaró- (Masern) és vörhenyből (Sebarlach) származott keverék vagy koresalagnak tekintették, mint ezt névszerint a Schönlein-féle iskola tette, részint mint sajátlagos, a kanyaró- és vörhenytől különböző, de a kanyaróhoz igen közel álló oly hevenykütegnek tartották, melyet kiválóan lefolyásának felette enyhe volta jellemz (Thierfelder, Köstlin, Thomas). Sokan ezen betegségnek még létezését is tagadták. Ezen felfogási módot pl. Gelmo egy munkájában (Jahrb. der Kinderheilkunde. Jahrgang I.) körülményesen okadatolva találjuk. De másfelől meg ezen betegség létezésére nézve számos és úgy látszik, nyomós bizonyítékokat foglal magában Oes-

terreich W. O. egy lipesci értekezése (Dissertation), mely 1868-ban Thomas vezetése alatt jelent meg.

A piros kütteg valóban felette ritkán lép fel, de ha fellép, akkor ez mindig járványosan történik; ilyenkor a betegség egyes családokban a gyermekeket sorban megtámadja, de még nagy városokban is csekély terjedelmet ér el. Felnőtteket csak igen ritkán lép meg; szegények gyermekei e kórnak inkább kitéve látszanak lenni. A lappangási időszak mintegy 2 hétig tart. A megelőző időszak (Vorläuferstadium) legtöbbször láztalan, gyakran hiányzik s ha jelen van, tartama néhány óra és két nap között ingadozik. Tüneteit hőérzet, orr-, torok- és szemhurut és az arc kisértékű vizenyője képviselik. Én a nyak és a test több más helyeinek nyirk-mirigyzeit mindig duzzadtaknak találtam. Ezen mirigyduzzadás a kütteget megelőzi, úgy, hogy ha az előzményi időszak hiányzik, értelmes betegek gyakorta erre lesznek legelőbb figyelmesekké. — A kütteg, mint a kanyarónál, az arcon kezdődik s innen a nyak-, törzs- s végre a végtagokra terjed. A betegség enyhe volta okozza, hogy a kütteg gyakran az arcról és nyakról már eltűnt, midőn az a végtagokon éppen megjelenik, vagy teljes virágában van. A kütteg veres, majdnem mint a kanyarónál, sötétén színezett kis gömbölyded foltokból áll melyek kissé kiemelkedők, esipkézett széltek s gyakran vonalszerű csíkok által egymással összefüggnek. A kezeken és lábakon a kütteg gyakran felette dúsan van képviselve. A kütteg gyakorta éjjel tör ki, gyakran csak $\frac{1}{2}$ —1 napig tart s ritkán terjeszkedik 3 napon túl. A torok nyákhártyája ugyanoly foltos, vérbőséges, vérömlenyos pontozott vörösséget mutat, mint a kanyarónál. Legtöbbnyire az egész kórlefolyás láztalan. A kütteg eltűnte után az esetek kisebb számában korpaszerű lehámlás áll be. A legtöbb köreset úgy foly le, hogy a beteg mellette fenjár, veszélylyel egy sínes összekötve. A jóslat ennél fogva feltétlenül kedvező. De annál nagyobb nehézséggel jár a kórhatározás (Diagnose). Egyes esetekben folyton kételkedni vagyunk kénytelenek a felett, valjon nem felette enyhe kanyaróval van-e dolgunk. A piros kütteg (Rubeola) kórhatározását csak úgy lehet megállapítani, ha az ily felette enyhe, gyors lefolyású és majdnem láztalan esetek egész járványt képeznek, ha a kanyaróküttegre vonatkozó említett csekély különbségek világosan mutatkoznak, s végre, ha több oly gyermek betegszik meg, mely már előbb a kanyarót vagy mind a kanyarót, mind a vörhenyt kiállotta. Gyakran egyes köresetek, néha egész járványok is valódi kanyaróbai átmenetet mutatnak. Minden ily esetet, melyekhez hasonlókat Thomas is leírt, s milyenek nálunk is 20 esetből álló kis járvány alakjában előfordultak, én bátran enyhe

kanyarófolyamatnak tekintenek, ha ez alkalommal a köreseteknek aránylag nagy száma nem bizonyítaná, hogy az előrement kanyaró-megbetegedések ezen járvány ellen oltalmat nem nyújtanak. Ezen betegséggel ép úgy áll a dolog, mint a bárányhimlővel (Windpocken), melyet az előrement oltás által nem lehet megakadályozni. A piros küttegnek a kanyaróhozti egész viszonya nyilván hasonló a bárányhimlőnek (Varicella) a himlőhőzi (Variola) viszonyához. Mindemellett igen kell óvakodnunk a rózsacs (Roseola), csalánkütteg (Urticaria) és a veres köles kütteg (Miliaria rubra) egyes eseteinek a piros kütteggeli felcserélésétől. Vörhenyjárvány (Scharlachepidemie) kezdő eseteit már kevésbé könnyű a piros kütteggel összetéveszteni. A gyógyeljárás csupán megfigyelő (expectativ), hacsak a tüdőhurut miatt nem nyújtunk a betegnek langyos italt, seltersi vizet (Selterwasser) tejjel, szalámiasót (Salmiak) vagy hánytatógyökeret (Ipecacuanha) mákonynyal (Opium)

IV. HIMLŐ, VARIOLA, BLATTERN, POCKEN, PETITE VÉROLE, SMALL-POX.

Eimer: Die Blatternkrankheit in pathologischer und sanitätspolizeilicher Beziehung. Leipz. 1853.

Hebra in Virchow's Handbuch Bd III. pag. 158 u. f.

H. Auspitz und S. Basch: Untersuchungen zur Anatomie des Blatternprocesses. Virchow's Archiv Bd. 28. Pag. 337.

W. Ebstain: Über den fächerigen Bau der Pockenpustelu. Ibid. Bd. 34. p. 598.

Fleischmann: Über Blatterubehandlung. Aertzl. Intelligenzblt. Sept. 1869.

Egyes jelek arra mutatnak, hogy a himlő a legrégebben ismert betegségek sorába tartozik, első világos leírását Rhazes irataiban találjuk. A himlő történetében az oltás korszakot alkotott (1796). Míg az előtt az összes népesség $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{10}$ -de himlőben halt el, a védhimlőoltás behozatala által ezen betegség halandósága (Mortalitát) 10-, némely országban egész 50-szerte kisebb. A jelenleg még fellépni szokott himlőjárványoknál az előrement oltás által enyhített álhimlő (Variolois, variola modificata) szerepel. Míg régente legtöbb embert a himlő a gyermekkorban támadott meg, jelenleg e tekintetben két időpont mutatkozik, az egyik, sokkal jelentékenyebb az oltás előtti, mely az illető ország törvényei szerint majd az első, majd a negyedik életév leteltéig tart; a másik időpont az, melyben az oltás védereje már nem biztosít és az összes életviszonyok elég gyakran adnak ragályozásra alkalmat s ez a 15- és 25-ik év közt van. Oltás előtt legtöbbször himlő (Variola), oltás után álhimlő (Variolois) jön létre. A betegség 13—14

napi lappangási idő után (v. *Bärensprung*) szabályszerint erős rázó hideggel, de minden esetben nagy lázemelkedéssel veszi kezdetét.

A láztünetek közül névleg heves homlokfejfájás, szédülés, kábultság, felkelésnél ájulási hajlam, éjjeli tévengések (Delirien) mutatkoznak. A lép mihamar megduzzad úgy, hogy nagyobbodását legtöbbször már az első napon ki lehet mutatni, de jelentékeny nagyságot nem ér el. A következő két nap estéjén beálló lázfokozódások néha újra enyhébb borzongásokat idéznek elő. Miként a kanyarót hurut, a vörhenyt nyelési nehézségek, úgy a himlőt a legtöbbször 3 napig tartó megelőző időszak (Prodromalstadium) alkalmával jelentkező kereszt- s kardnyújtványtáji fájdalmak vagy hátfájás jelzik, melyekhez egy időben az ízületekben húzó — vonó fájdalmak társulnak. A negyedik napon, — néha előbb vagy később, — ezen fájdalmak valamennyi láztól függő tünettől egyetemben gyorsan megszűnnek s a kitégkítőrése áll be. Ezt az arc vagy az egész fej bőrénck tetemes megduzzadása előzi meg s gyakorta egyuttal a test egyéb részén, pl. a szegytájon vagy a testfelület legnagyobb részén kiterjedt elmosódó fölpír (Erythem), vagy kanyaróhoz hasonló foltos vörösödés támad, mely körülmény azon helytelen felvételre adott okot, miszerint a himlő mellett egyuttal kanyaró lép fel. Maga a kitég a valódi himlőnél legelőször az arcon, az enyhített himlőalakoknál a testfelület különböző részein elszórtan jelenik meg.

A bőrön kicsiny, kemény, piros göbök (Knötchen) támadnak, és pedig majd sűrűn egymás mellett, majd szétszórtan. Sok ily göböt egy egy szőrszál für át, legtöbb göb környezetével egyutt megduzzadt faggyúmirigynek felel meg. A tenyéren és talpon egyes izzadságmirigyek képezik e körülírt bőrlöbök gócait. Ezen időszak egy, egész 3 napi tartama után az ekkorára még nagyobbá és keményebbé vált göbökön kis hólyagesák fejlődnek, s ezzel a betegség a virulási időszakba (Florition) lép. A legközelebbi két napon a hólyagesák nagyobbodnak, s körülbelül a 9—11-ik napon tartalmuk genyes elváltozása folytán genytliszökké alakulnak át. Körülbelül egy heti tartama után ezen időszaknak, a betegség kezdetétől számított 1½—2 hét mulva, a genytliszök tartalma lassanként kiszárad, pörkké változik, az előbb eleven piros göbök barnásan elszínesednek és lelohadnak; ismét ½—1 hét leteltével a pörkök, miuttan alattuk előbb új hám képződött lehúlnak, s ezzel a körlefolyás végét éri.

(Lásd Fig. 12. a 71. lapon.) Valódi himlő (*Variola vera*). Szabálytalan lázmenet, genyláz, halál a 9-ik napon.

Fig. 12.

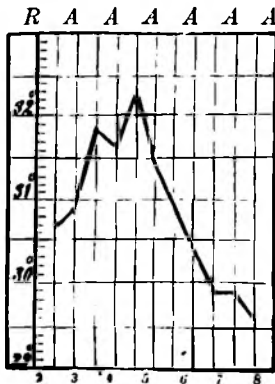
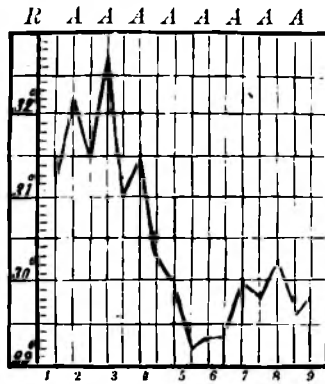


Fig. 13.



(L. Fig. 13.) Álhimlő (Variolois) hőgörbülete. Tetőpont (Akme) a 4-ik nap estéjén, innen kezdve lassu válság.

(L. Fig. 14.) Álhimlő (Variolois). Félben szakított válság a 2-iktől az 5-ik napig. Genyláz.

(L. Fig. 15.) Álhimlő (Variolois). Tetőpont (Akme) a 2-ik napon, válság kezdete a 3-ik napon.

Vegyük most a láz tüneteket szorosabban szemügyre. A láz mindjárt kezdetben gyorsan nagy fokra emelkedik, úgy hogy a hőmérsék már az első rázó hideg alkalmával egész 40°C -ot érhet el, bár néha nem emelkedik magasabbra 39° -nál. Az erre következő két napon

Fig. 14.

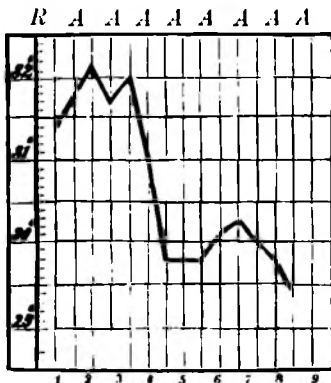
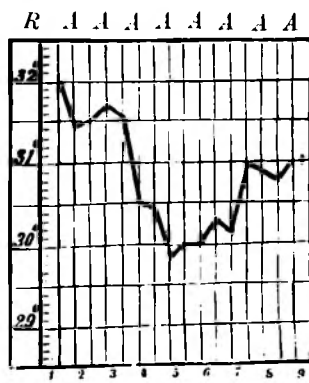


Fig. 15.



a láz reggelenként félbenhagyásokat (Remission) mutat, míg a 3-dik vagy 4-dik napon estéenkénti nagy emelkedésekkel 40—41 C°-ra menő tetőpontját éri el, a honnan a kitörési időszakokban gyorsan kezd leszállani. E közben némely napon egyenletes magasságban marad vagy néhány napig estéenként csekély emelkedéseket mutat, s végre valódi himlőnél (Variola) megközelítőleg, álhimlőnél (Varioloidis) teljesen a rendes fokig száll alá, s ez utóbbinál így vagy mindvégig megmarad, vagy legfeljebb a lehámlási időszakban tesz még néhány igen kis emelkedést. Másként áll a dolog éppen a gyermekkorra oly nagy fontossággal bíró valódi himlőnél. Ezen kóralaknál teljesen rendes fokig a hőmérséklet éppen nem süllyed s a mint a genyedés a bőrben megkezdődik, s a mily mérvben ez dusabb lesz s a genyttüszök összefolyásából mindinkább nagyobb genyedő felületek támadnak, újra magasabb fokra emelkedik s nagy napi ingadozásokat téve 39—40°-ot is elér. Gyógyulási esetekben a genyttüszök elszáradásával a hőmérséklet is lassanként esökken. Halálos esetekben gyakran közvetlen a halál előtt és még utána is néhány órával 42, sőt 44°-nyi hőemelkedés észleltetett. Gyógyulási esetekben a lehámlás közben még egyszer, tehát harmadízben ismét kisebb fokú lázas mozgalom állhat be. Valódi himlőnél a k i t t e g is lassúbb, szabályosabb lefolyású. Ugyanis mindig a fejen kezdődik. A bőrnek ezt megelőző megduzzadása tetemes, a göbök kemények, s a bőrön sűrűn ülnek s abba mélyen leterjednek. Felületükön a hólyagesák lassan, csak 3—4 nap alatt mutatkoznak és igen lassan fejlődnek, de a test minden táján, egyenletesen változnak át genyttüszökké. A genyttüszök, megnagyobbodva egyes helyeken, de néha egész nagy területeken lapos genyhólyagokká folynak össze. Valódi himlőnél mind a genyedés, mind a lehámlás hosszabb ideig tart, úgy hogy az egész kórlefordulás 3 hétre vagy továbbra is elhúzódik. Belső szervek együtтали megbetegedése gyakrabban és változatosabb módon fordul elő. Az álhimlőnél (Varioliden) a kitörés után következő három időszak mindegyike $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ -szer rövidebb. A bőr megbetegedése nem kezdődik szabályosan a fejen, sőt néha itt éppen nem is mutatkozik. Néha csak néhány genyttüsző jelenik meg a végtagokon vagy a törzsön és kifejlődési fokaik $\frac{1}{3}$, egész félszer kevesebb időt igényelnek, mint a valódi himlőnél. A genyttüszök nem mindenütt, még a szomszédos helyeken sem állanak a kifejlődés egyenlő fokán; szabálytalan kiújulások igen gyakran előfordulnak.

A kütég alakját illetőleg megszoktak különböztetni: kedvező alakot, melynél genyttüszök nem fejlődnek (himlőkanyaró, Blattermarer, Nirrus); továbbá a genyttüsző nagysága szerint köles egész buboros

himlőt (V. miliaris, pemphigoidea); a szerint, amint a genyttüszök szétszórtak vagy sűrűk s később összefolynak szétszórt és összefolyó himlőt (V. disseminata et confluens); egy halálos alakot, mely tarjagok (Petechien) képződésében, a genyttüszökbe történő és nyílt vérzésekben nyilvánuló gyors vérfelbomlással jár, vérömlenyessé himlő (V. hämorrhagica); s végre a léget tartalmazó himlő (Var. siliquosa), melynél állítólag a hólyagok gyorsan támadnak, de tartalmuk elenyészik és léggel telnek meg.

Sok himlőhólyag közepén bemélyedés látható, mi azonban nem jellegzetes mivel egyéb genyttüszőknél, pl. a vegyi bőringerek által létrehozottaknál is előfordul. Ha egy genyttüszőt felszurunk s reá kis nyomást gyakorolunk, úgy tartalmából csak kevés ürül ki. A u s p i t z, B a s c h és E b s t e i n vizsgálataiból kitétnik, hogy a legtöbb genyttüsző belseje finom gerendázatot képez. A genyttüsző beloldalán felduzzadt hámsajtekből álló sárgás fehér csapadék látható, mely gyakran hibásan álhártyának íratik le. Ezen szabály alól csak némely igen feltételesen fekvő genyttüsző tesz kivételt. A gerendázatot a túltengett Malpighi-féle réteg egymáshoz nyomott, ellapított sejteiből álló rostos szerkezetet mutató szálak képezik. Űrei e gerendázatnak, — mely felfelé és oldalvást a Malpighi-féle hálózatba (Rete Malpighi) megy át, — genytestecsekkel vannak kitöltve. Ekként lehet kimagyarázni azon körülményt, amint már régebben is általánosan felvétellett, hogy a genyttüsző oldalán tett metszésen át a geny csak részben ürül ki. Azon elterjedt nézet ellenben, melyszerint a genyttüsző köldöke (Delle) a központjában levő szörtüsző, faggyú- vagy izzadságmirigy csekélyebb nyúlékonyságából származik, valótlanul bizonyult. A. és B. a genyttüsző köldöket abból származtatják, hogy a genyttüsző központja alatt fekvő bőrszemölcsök jobban le vannak lapúlva s részben elpusztultak, és a Malpighi-féle hálózat megszaporodott, felduzzadt, a genyedés által még el nem pusztított [sejtei a genyttüsző központtól távolabb eső részeinek támaszul szolgálnak. Oly tüszőknél is támadhat később köldök, melyeknél az a genyedéskor még hiányzott, ha ugyanis tartalmuk a központban s felületesen kezd kiszáradni.

A genyttüszőképzés rendszeren nem egyedül a külbőrön történik, hanem igen gyakran a külső halljárat, száj, orr és torok nyákhártyájára is elterjed, Ha a szájnyákhártyán sok apró, lapos, sárga genyttüsző támad, akkor az felduzzad s enyhe lobos állapotba jut. Ily esetekben a betegeket terhelő dus nyálélválasztás áll be. A torok nagy mérvbeni megtámadtatása esetében a nyelés fájdalmas és nehezített. Sok boncolatnál a gége és légcső nyákhártyáján is találunk lapos

genyztüszöket, melyek között gyakrabban álhártyás (croupös) izzadmány foglal helyet. Ez okozza, hogy himlősbetegek gyakran nagy mérvben rekedtek s nevezetesen kisebb gyermekeknél légszükség és fűtölő légzés van jelen. A külbőrrel még meg kell említenünk, hogy a tenyereken s talpakon támadó genyztüszök legtöbbszörre nem bírnak köldökkel, később válnak, láthatókká, s a feszes vastag hámréteg által nyomtatván, a betegnek fájdalmakat okoznak.

A himlő kisérétében előjövő belszervi megbetegedések közül névszerint a croupos tüdőlobot, a hashártya, szivburok és mellhártya rostonyás gyenes lobját, a szivizomlobot, a vastagbél másodlagos álhártyás lobját és a máj-, sziv-, és vesének nagyfokú láznál beálló heveny zsíros elfajulását kell kiemelnünk. Frerichs és Städelcr az ilyen zsíros elfajulásokkal járó súlyos kóresetekben Leucint és Tyrosint találtak a vizeletben. A Hoppe által észlelt esetekben ezen anyagok hiányzottak s a hűgyany mennyisége tetemesen meg volt szaporodva. A külbőr himlőhólyagokkal fedett részének megfelelőleg a bőr alatti kötszövetben gyakran körülírt vagy elterjedt genyedő lobok lépnek fel; magán a bőrön ha a genyztüszök összefolyása után a felhám rövid idő alatt elpusztult, diphtheriticus izzadmányok támadnak. Végre a legsúlyosabb eseteknél előfordul, hogy a bőr és az alatta fekvő lágyrészek lézükösen elpusztulnak. A jóslat kiválóan attól függ, hogy be volt-e a beteg oltva, s folytonos volt-e nála az oltás hatása. Berlinben 1864-ben a be nem oltottak közül 21, a beoltottak közül 11, az újraoltottak (revaccinirt) közül pedig 9% halt el; felső Bajorországban 1864-ben meghalt a be nem oltottakból 37, a beoltottakból 6%; a londoni himlőkórházban 1866-ban a be nem oltottak közül 35,7, a beoltottak közül 6,5%. Hasonló módon érvényesül az oltás a himlőjárványok statistikájánál is, legyen bár egyéb tekintetben a járvány súlyos vagy enyhe lefolyású. A lappangási időszakban tett oltás már nem biztos és nem bír teljes óverővel. Rövid időre ez után tett második oltás eredménye arra mutat, hogy az első oltás óvhatása 5-ször 24 óra múlva kezdődik (Weisse). — A második fontos körülmény a jóslatra nézve az egyén kora. Az élet első hónapjaiban levő gyermekeknél a himlő felette gyorslefordású s biztosan halálos. A legutóbbi években Troussseau közölt néhány esetet, ahol az élet első hónapjaiban levő gyermekeknél előzményekként göresök léptek fel, a kórlefordást hasmenések kísérték, mely igen rövid idő alatt halálosan végződött. Oly gyermekek, melyek már előbb betegek voltak és talán éppen emiatt az oltásnál el-mellőztettek, sokkal inkább kivannak a veszélynek téve, mint mások. Ezen kívül a genyláz foka, a genyztüszök mennyisége, azok összefolyása

a bőr genyedése, ronesoló lobja és lüszkösödése és a belszervi bonyo-
dalmak minősége nyújthatnak a veszély felől tájékozást. Sokan, kik
az oltás óverejének oltalma nélkül a himlőn szerencsésen átestek, szá-
mos maradandó heg által éktelenítettnek el, melyek kulesalakú, kez-
detben barna, később szintelen mélyedések alakjában az arc felszínét
elfoglalják. E hegek csak úgy jönnek létre, ha a genyedés az irhát is
körébe vonta és szemölcsseit elronesolta. Szerencsére ezen eléktelenedés
az eseteknek körülbelül csak 10%-ánál fordul elő. Másoknál az arcon
és végtagokon nagyobb anyag-veszteségek támadnak; s a szaglási vagy
hallási szerv működéseinek állandó zavarát okozó heges szűkületek jön-
nek létre; a szem genyes lobjai a szemteke zsugorodását s a látás elveszté-
tét okozzák. Azok, kik napjainkban az oltás ellen harcolnak, bizonyára
nem tudják, mily nyomort idézett elő régebben a himlő az általa oko-
zott halálozások és elnyomítások által. A himlő felismerése a
virulási időszakban felette könnyű. Egyéb időszakait és alakait
könnyen fellehet más betegségekkel cserélni. Az előhaladási időszak-
ban a láz magas volta miatt hagymázzal, az izületi fájdalmaknál fogva
csúzzal, a himlőrőzsacs (*Roseola variolosa*) miatt kanyaróval lehet össze-
téveszteni. A láz nagysága, a lép kora megduzzadása, látható elváltozások
hiánya az izületeken s a kanyarónál annyira jellemző nyákhártyahuru-
tok jelen nem léte különben eléggé könnyítik a megkülönböztetést. El-
szórt állhimlő (*Varioloidis*) a kitérészi időszakban néha egyszerű zsirtüszeg-
hez (*Akne*) hasonlít, mindazonáltal azon körülmény, hogy oly helyeken
is lépnek fel bibiresek, hol a zsirtüszeg nem igen szokott előfordúl-
ni, vagy a genyttüszök további kifejlődése a legközelebbi napokban
tisztába hozza a dolgot. A himlő a genyubub (*Ekthyma*), takonykór
(*Malleasmus*), fakadék (*Impetigo*), sőt a rüh (*Scabies*) genyttüszőihöz
is hasonlít. A betegséget nem maguk a genyttüszök, hanem az azt ki-
sérő tünetek összege és a szabályszerű körlefolyás jellemzik. A himlő-
höz kiváló hasonlatossággal bírnak egy bujakóros bőrbaj genyttüszői,
mély épen ezért bujakóros himlő (*Varicella syphilitica*) nevet nyert. A
bujakóros bőrbajok után támadt hegek is igen nagy hasonlatosságot
mutatnak a különben nem egy könnyen félreismerhető himlőhegekhez.

A törvényhozás valamennyi betegség között a himlő elterjedésé-
nek meggátlására fordít legtöbb gondot. Ezen betegség származástana
alapos ismeretének és *Jenner* találmányának, az oltásnak köszön-
hető ama fényes siker, mely az összes halandóság határozott csökke-
nésében áll. A himlő az ismert betegségek legragályosabbjai közé
tartozik. A ragály minden bizonnyal a himlőtüszök genyében és a
betegek vérében rejlik. Fel kell továbbá tenni, hogy a beteg testének

felületéről a környező légrétegbe is eljut, mert számos pontosan észlelt eset fordult elő, ahol a ragályzást csupán a beteghezi közelítés eszközölte. A hulla hasonlóképen terjeszti még egy ideig a ragályt, de hogy meddig, arról még nincs biztos tudomásunk. Oly egyének, kik himlő-betegekkel huzamosb ideig érintkeztek egy időre, sőt mindenkorra is elveszthetik a ragály iránti fogékonyságukat s a ragályt másokra átvihetik, kiknél azután hatályra jut. Még sokkal gyakrabban megtörténik, hogy eszközök-, fehérműk-, sőt papírpénz (Hennin g) tartják fen és terjesztik a ragályt. Legtöbb ember a ragály iránt egyenlő fogékonysággal bír, s csak kevesen vannak, kik annak gyakran kitéve, még sem betegednek meg, ez kiválóan orvosoknál észleltetett, így Morgagni és Diemerbroek-nél. Fogékonysággal nem bírnak továbbá azok, kik még az oltás vagy az előrement megbetegedés óvhatása alatt állanak. Állítják, hogy a késő aggkorral esökken a fogékonyság. De csak is ezen befolyást szabad korkülönbségre visszavinni. A gyermek már születésekor, sőt már magzatélete utolsó hónapjaiban is ki van téve a ragályoztatás veszélyének. A himlő elterjedési viszonyainak jelen állása mellett a csecsemőkor van kiválóan veszélyeztetve, mert ekkor az oltás óvereje még hiányzik s a kóralakok felette súlyos lefolyásúak. Az előrement megbetegedés óvereje hatályosabb és tartósabb, mint az oltásé, de ahol ennek dacára újra megbetegedés támad, ott ez annál súlyosabb (Hebra). A gyermekkorra nézve csak azon felette ritka esetek bírnak jelentőséggel, melyekben az egyszeri megbetegedés semmi óverővel sem látszott bírni és e miatt ugyanazon egyént nyolcszor is megtámadott a himlő. Az állati himlővel az emberi csak az oltás elvére nézve áll viszonyban. Az emberi himlő genyének emlős állatokraí átoltásából csak hiányos genyitűszöképződés származik, mely azonban az emberre visszaoltva, ismét valódi himlőt létrehozó visszhatással bír (Chauveau). A ragály felvételi helye a bőr lehet. Ezt a régebben egy ideig óvszer gyanánt használt valódi himlővelí oltások bizonyítják. Ezen eljárás, mely a veszély szüleménye volt maga is veszélyes óvszert képezett. A számítások mindamellett azt mutatják, hogy a halandóságot tetemesen esökcentette (Stüssmíelh). Már ez is alapot szolgáltat azon felvételre, hogy a ragályzás közönségesen nem a külbőrön történik, hanem hogy a ragály a légutak nyákhártyáján áthatol a testbe. E mellett még naponta tett tapasztalatok bizonyítják, hogy a ragály az ép felhámon áthatolni nem képes. Ennél fogva azt kell hinnünk, hogy a ragály a tüdőbe felvételre, a mindig meglehetősen pontossággal 13 napig tartó lappangási időszak alatt a hörgők és légsejtek falain szaporodik és oly átalakuláson megy át, mely a tüdőhaj-

száledényekbe történő behatolásra alkalmassá teszi. Innen a ragály valószínűleg szét hordatik s értömeszes göcök alakjában hozza létre a bőrön a genytliszököképződést. E szerint a genytliszök övszerű elrendezkedése a bordaközök hosszában, mely körülményt némelyek felemlítik, a bordaközi üterek lefutásának felelne meg, s azt, hogy a kltteg legelőbb az arcon támad, a vér útjának rövidségéből és egyenes voltából lehetne kimagyarázni; a megelőző időszak (Prodromalstadium) pedig azon időtartamot képviselné, mely alatt az edény tömületekből származott lobjócok kifejlődésükben előhaladnak. A himlő önálló (autochton) létrejövetele még nincs bebizonyítva, bár a növényteni vizsgálat eredményei ennek lehetőségét gyanítatják. A himlő legtöbbyire járványosan lép fel. Némely évben vagy évsorozatban kiválóan gyakoriak a himlőjárványok. A himlőnek járványos elterjedhetése felett az oltás és újraoltás kellő módoni kivitele s a himlősbetegek elkllönzése határoz.

Ez utóbbi célból Poroszthonban mindenki köteles a tudomására jutott himlős vagy állhimlős (Variolois) beteget a rendörségnek bejelenteni. A rendörség az illető házat intötblával (Warnungstafel) látja el és elzárolásáról gondoskodik. Nagyobb járványok alkalmával szigorú elszigetelt himlő-kórházak állítatnak fel. Más államokban, pl. Weimarban, az orvos köteles, himlő megbetegedés létrejöttéről a beteghez tartozókat értesíteni, s ezeknek kötelessége azután azt a hatóságna bejelenteni. Himlőbetegekkel egy házban tartözködon, ha még oltva nincsenek bármily kornak legyenek is, minél előbb, szükség esetében még erőszakkal is a védhimlőoltást végre kell hajtani. Az állhimlő (Variolois), valamint a bárányhimlő (Varicelle) is legtöbb esetben éppen semmi orvosi kezelést sem igényel, miért is ezeknél csak az elzárolást kell foganasítani. A valódi himlőnél a gyógykezelésnek a lázas állapot súlyos voltából és a bonyodalmaiból közvetlen származó életveszély, hegek létrejötte és egyes kiválóan terhes tünetek ellen kell irányoztatnia. A lázokozta veszélyek elhárítása céljából különösen a lázellenes szerek u. m. a chinal savanyú oldatban s a gytliszünke (Digitalis) alkalmaztattak. A hideg fürdöket talán itt is érdemes lenne megkísérteni. Hegek képződésének meggátlására a következő módok ajáltattak: u. m. az arc kezdödö genytliszökök étetése, mi igen fájdalmas s nem mindig vezet sikerhez, az arc befedése a Vigo-féle higanytapasz — (Emplastrum mercuriale de Vigo) vagy diachylon-tapaszszal bevont álareségelyével s végre az arc bekenése gyapotmázzal (Collodium) vagy traumaticin-nal. Egyes tünetek elhárítása tekintetében pl. a himlőt kísérö szemloboknál pokolkövel vagy rézgáliccal készült összehúzó szemvizek, nyelési nehézségeknél mákonyfestvényt (Opium-

tinctur) tartalmazó torokvizek, elkésett és fájdalmas genytliszöképződésnél a tenyereken s talpokon haméleghuggali mosások, nyálfolysnál összehúzó szájvizek jönnek alkalmazásba. Mindazonáltal a himlő kiemetét illetőleg nagy befolyást a lehető legézszerűbb gyógykezelésnek sem lehet tulajdonítani.

V. BÁRÁNYHIMLŐ, VARICELLA, WINDPOCKEN, SCHAFFPOCKEN.

Vetter: Über das Verhalten der Variellen zu den Pocken Virchow's Arch. Bd. 51 p. 401.

V. H. A. Nicolai: Beobachtungen über Variellen und Variolen. Leipz. Diss. 1868.

L. Thomas: Die Specificität der Variellen. Arch. d. Heilk. Jahrg. VIII. p. 376.

Id: ein Beitrag zur Kenntniss der Variellen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. 1869. 3.

A bárányhimlő, melyet legelőször Heberden irt le (1766), a valódi himlőhöz igen közel áll és ezzel újabb időben többektől ugyanegy betegségnek vétetett. E tekintetben kiválóan Hebra tekintélye volt sokakra nézve mérvadó, úgy hogy a bárányhimlőt a valódi himlő, oltás vagy a ragály gyenge behatása által enyhített származék-alakának tekintették. Mindazonáltal észlelhetni e betegségnek két oly tünetet, melyek ezen nézetnek sehogy sem felelnek meg s melyekkel minden gyakorló orvos már bizonyára találkozott: hogy t. i. a bárányhimlő által beoltatlan gyermekek is megtámadtak, mi mellett legalább feltűnő gyakran kellene a ragály tökéletlen behatását feltételezni; másodsor, hogy a védhimlő kifejlődését a valódi himlő akadályozza, míg a bárányhimlő ezt nem teszi. Rajtam is megtörtént, hogy a Hebra-féle nézetnek hódolva, előrement bárányhimlő-megbetegedés után nem szándékoztam oltást eszközölni, s igen megleptem, midőn a gyermek hozzátartozóinak határozott kívánságára az oltást még is megtéve, azt tapasztaltam, hogy a védhimlő genytliszői tökéletesen kifejlődtek. Az említett nézet ellen még több tény is tanuskodik, így azon körülmény, hogy időnként kizárólagos bárányhimlő-járványok lépnek fel, hogy ily járványok az oltás behozatala előtt is előfordultak, s továbbá, hogy a valódi himlő megtámadja azokat, kik a bárányhimlőt már kiállották. De legvilágosabb bizonyítékot szolgáltatnak e tekintetben Vetter kísérletei, melyekből az tűnik ki, hogy a védhimlő és bárányhimlő egymást nem semmisítik meg, sőt nem is korlátozzák. Ez oly lényeges különbség, mely egyedül is elég alapot nyújt arra, hogy a bárányhimlőt a valódi és álhimlőtől (Variola, Variolosis) különválasszuk. Végre a bárányhimlőt még azon sajátsága is megkülönbözteti, hogy bár járványos és ragályos betegség, nyirkje segélyével még sem lehet vagy csak igen nehezen lehet sikeres oltást eszközölni. A megbetegedés

esekély rázó hideggel és gyors lázfokozódással veszi kezdetét. Az ezt megelőző lappangási időszak (Incubation) Thomas észleletei szerint 8—19, középszámban 13 napig tart. A megelőző időszak (Prodromi) esekély keresztjtáji és tagfájdalmaktól kísértetve vagy ezek nélkül enyhén foly le, legtöbbszörre $\frac{1}{2}$ —1 napig tart, bár néha 3 napra sőt továbbra is elhúzódik. A kitörés (Eruption) a genytlüszöképződés gyors volta miatt alig különböztethető meg s tartama néhány óra s egy nap között ingadozik. A genytlüszök legnagyobb számmal a háton s törzsön jelennek meg s az arcon és végtagokon gyérebbek. Egészben véve sok genytlüsző szokott támadni, de azok genyedésbe nem mennek át teljesen; tartalmuk nem sárgúl meg, hanem zavaros savószerű marad. Az őket körülvevő veres udvar keskeny, halvány, s az alatta levő bőr kissé meg vastagodik. Köldökkel csak kevés genytlüsző bír. Az egyes genytlüszök csak 3—4 napig állnak fén; hanem újabbak gyakran támadnak. Pörkökké, vagy is inkább sárgás vagy világos barna színű vékony pikkelylemezekké kevés nap alatt gyorsan elszáradnak. Az egész körlefolvás 1—2 hétig tart; hegeket soha sem szokott hátra hagyni, hozzá sem bonyodalmak, sem utóbajok nem társulnak. A láz menete csak újabb időben lett némileg ismeretes.

A bárányhimlőnél, mint a kanyarónál már a lappangási időszakban fordulnak elő elmúló, esekély hőemelkedések. Némely köreset lefolyása majdnem minden láz nélküli, más esetek esekély lázzal folynak le; ritkán észlelhetni 40°-nyi hőemelkedést mikor is a lázas időszak 2—3 napig tart. A bárányhimlőnél a láz nem a kütteg megjelenése előtt veszi kezdetét s nem mulik azzal el, miként a valódi himlőnél, hanem a kütteggel együtt lép fel vagy csak igen kevéssel előzi meg azt s csak a leszáradáskor szűnik meg. A tetőpont (Akme) hol a kitörés kezdetére, hol a kütteg ismétlődéseinek valamelyikére esik. A láz esökkenés hirtelen megy végbe, másodlagos láz nem szokott előfordulni. A bárányhimlő majdnem kizárólag gyermekbetegség. Már az első életévben előfordul, de leggyakrabban a 2. és 6-ik év közt szokott fellépni. Elterjedése ragályozás útján történik, de át oltani nem lehet. Ragályozó képessége — úgy látszik — nem igen nagy, mert általa az embereknek csak esekélyebb száma támadtatik meg a gyermekkorban, bár nagy városokban majd minden évben járványosan lép fel. Járványai kis terjedelműek és rövid tartamuak szoktak lenni. A bárányhimlő lappangási időszakát illető adatok változékonyabbak mint a valódi himlőét illetők, ugyanis 8 és 19 nap között ingadoznak; a nálunk tett tapasztalatok szerint ezen időszak legtöbbszörre 13—14 napot vesz igénybe. Az egyszeri megbetegedés övereje nem oly biztos mint a va-

lődi himlőnél; én gyógykezeltém gyermeket, kit 3-szor lepett meg a bárányhimlő.

Dacára annak, hogy a bárányhimlő különös természetűségét el kell ismernünk, kénytelenek vagyunk mégis megvallani, hogy néha úgy beoltottak, mint be nem oltottaknál a bárányhimlőhöz nagy hasonlatossággal bíró kóralak határozottan kimutathatólag valódi himlőben szenvedőkről történt ragályzás útján jön létre. Gyakorlati szempontból igen fontos volna, ha a valódi himlő ilyen bárányhimlőszerű alakját, melyből ragályzás útján újra valódi himlő jöhet létre, meg lehetne az egyszerű bárányhimlőtől különböztetni. Még eddig azonban csak a következő két ismertető jelt lehet megbízhatónak tekinteni: a betegség valódi himlőtől lett származása és azon tulajdonsága, miszerint az általa történt ragályozásból valódi himlő támad. Thomas ama felvétele, hogy a láz kezdete és a kitörési (Eruption) időviszony szintén megkülönböztető jelt szolgál, sok valószínűséggel bir ugyan, de még előbb gyakorlatilag be kell bizonyítania. A bárányhimlő jóslata mindig kedvező, miért is elhárítására nincs különös rendszabályokra szükség, és az orvosi kezelés a legtöbb esetben felesleges vagy csak közömbös eljárásban kell nyilvánulnia.

VI. TEHÉNHIMLŐ, VACCINA, IMPFPOCKE.

W. Stricker: Studien über Menschenblattern. Vaccination und Revaccination Frankfurt 1861.

J. H. Hoffert: Kritik der hauptsächlichsten gegen Knispockenimpfungen angeführten Einwürfen. Danzig 1868.

v. Bulmerincq: Das Gesetz der Schutzpockenimpfung in Bayern. Leipz. 1862.

C. Hennig: Ueber das den Verlauf der Schutzpocken begleitende Fieber. Jahrb. f. Kinderheilk. I p. 44.

Az oltást, mely azon tapasztalatból eredt, hogy a tehénhimlő az emberre áttéve, azt a vészhimlő (Variola) ellen megóvja, egyesek már Jenner (1796) előtt ismerték, úgy pl. 1791-ben Plett holsteini tanító; de nagyban behozatala Jennernek köszönhető. Az oltás azóta majdnem minden művelt államban kötelezetté vált; a számos támadások melyek újabb időben célszerűsége ellen intéztettek, csak azon eredmények értékes összeállítására szolgáltatnak alkalmat, melyek az évek során felhalmozódtak. Az oltás legtöbbször a felkarán 3—5 helyen tétetik, mihez a tehén emlőjén levő himlőhólyagból (originäre Lymphe) vagy az emberi oltott himlőből vett nyirk (humanisirte Lymphe) vagy az emberi oltott himlőből a tehén emlőjére történt átoltás útján létre-

jött himlő nyirkje (Retrovaccinationslymphe) szokott használtatni. Az oltás helyén gerely (Lancette) segítségével a hámrétegen (Epidermis) $\frac{1}{2}$ —1 cm. hosszú a bőrszemölcsökig hatoló, vagy még ezeket is kissé megsebző metszés tétetik s ezen sekély sebre, mely alig mutat némi véralfutást, kenetik az oltóanyag. Kevésbé tanácsos az oltóanyaggal megnedvesített gerelyt ferdén a bőrbe szúrni, míg esekély vérzés támad.

Az oltónyirk gyűjtésére az emberi védhimlő a 8-ik napon legal-
kalmasabb. A nyirk egészséges gyermektől vétessék és ne legyen
vérrel keverve. Mindig előnyösebb, — ha lehet — egyik gyermekből
közvetlen a másikat beoltani. Különbön a hajszálesővekbe peesétviasz
segélyével légmentesen elzárt nyirk hatását több évig megtartja, egy
évig pedig bizvást lehet használni. Az oltóanyag felette nagy kelendő-
sége okozta, hogy hígított nyirkkel tétettek kísérletek. Müller Ber-
linben megmutatta, hogy 10—20-szoros zsirédenyenyeli (Glycerin) hi-
gítás a nyirk hatását nem gyengíti. Állítják, hogy Bécsben a De
Carro óta sok nemzedéken átoltott nyirk még maig sem vesztett
őverejéből. A Bajorhonban, Nassauban s más helyeken tett tapasztala-
tok ezt nem igazolják, úgy hogy kívánatosnak mutatkozik, hogy időn-
ként úde tehénhimlőnyirk beoltása által új oltó anyag nyeressék,
vagy — mintán erre ritkán mutatkozik alkalom, — hogy a meglevő oltó-
anyag, tehénre förtendő visszaoltás (Retrovaccination) által megjavít-
tassék. Az oltási szűrés az 1-ső és 2-ik napon esekély duzzadást mutat,
a 4-iken ebből kis piros gőb lesz, mely az 5-iken hólyagesává változik.
Ez a 6-ik napon növekedik s a 7-iken kissé emelkedett, piros udvartól
vételik körül. A 8-ik napon a genyűsző lazább lesz, udvara nagyob-
bodik s elterjedtebb pirt mutat, a genyűsző közepén behorpad, a
10-ik napon száradni kezd, a 14-iken barna pörkké változik, mely a
21-iken ömmagától leesik és halvány színű, kerekded, sugáros heget
hagy hátra. Szorgos testhőmérések útján ki lett mutatva, hogy a véd-
himlő nem egészen láztalan lefolyású, nygánis az oltás utáni 3 első
napon a hőmérsék esekély emelkedést mutat, ezután a rendes fokra
vagy még alább száll, a 7—9-ik nap körül, de legtöbbynire a 8-ik
napon egy nagyobb emelkedés következik, mely azonban soha sem
rang többre 1 °-nál, s végre teljes lázesökkenés áll be. E szerint a tehén-
himlőnél is lehet megelőző és genyedési lázat (Prodromal- und Suppu-
nationsfieber) megkülönböztetni. A genyedési lázhoz gyakran társúlnak
izületi fájdalmak, kedvetlenség, bágyadtság, szomjfokozódás, köhögés
s nyelési nehézségek. Úgy látszik, hogy minél kevesebb genyűsző

fejlődik, annál csekélyebbek a lázas tünetek, melyek inkább anyagi tünetek lévén, egyéni okoknál fogva hol hevesebben, hol enyhébben mutatkoznak.

Az oltás sikertelenségének okai lehetnek: az oltóanyag rosasága, annak helytelenül történt beoltása vagy végre a beoltott egyén ideiglenes vagy folytonos fogékonytalansága. Hol az oltási szűrások helyén genyttűszők helyett fekélyek támadnak, ennek oka legtöbbször a hibás oltási eljárásban, hol pedig a genyttűszők üszkös fekélyekké változnak, az ok a beoltott egyén rossz véralkatában rejlik. A védhímlő izzagszerűt (ekzemartig) hólyagesák, vagy nagy hólyagok, avagy keléshez hasonló göbök alakjában is megjelenhet, lefolyását pedig a kar bőrének elterjedt vörösödése, bárányhímlőszertű (Varicellenartig) kütteg fellépése a testen és fakadék- vagy csalánküttegszerű (pemphigus-urticariaartig) bőrmegbetegedések súlyosbíthatják. Kiváló jelentőséggel bírnak a felkar kötszövet- s nyirkmirigylobjai, melyek gyakran az ideghüvelyekre átterjedhetnek s így a kar hűdését idézhetik elő. A védhímlővel a bujasenyv már igen sokszor átoltatott. Néha a bujasenyves gyermekekből átoltás után nem támad bujasenyv, hanem csak védhímlő. *Viennois* ezt úgy magyarázza, hogy nem az oltó nyirk- hanem a hozzá kevert vér a bujasenyves ragály vivője. Egyes vértés, teeseket minden nyirk tartalmaz, azon esetekben tehát, a hol a bujasenyv is át lett oltva, több vérnek kellett a nyirkhez keveredve lenni. Az oltáskor a testen lappangó hímlő (Variola) állítólag nem oltható át (*Bonnes*). Az oltás után 5 nappal tett második oltás már nem fogamzik meg (*Weisse*). Egyetlenegy védhímlőhólyag kifejlődése nem kölesönöz elég óverőt a hímlő (Variola) vagy második oltás ellen (*A d d e-M a r g r a s*). Az oltás óvereje csak 10 évig biztosít, ez időn túl évről évre gyengül. A porosz katonaságnál behozott s a katona 21-ik életévében végbe vitetni szokott kényszer újra oltás (zwangsweise Revaccination) alkalmával az oltottak 36—70%-kánál jól kifejlett genyttűszők támadnak. A valódi hímlő (Variola) és tehénhímlő (Vaccina) különböző betegségek. Kölesönös óverejűk még nincs megfejtve. *C h e a u v a u s* mások által vészhímlőnyirkkel (Variolenstoff) teheneken tett oltások azt mutatták, hogy ez által a tehénen csak kis genyttűszők támadnak, melyek a valódi tehénhímlőhöz hasonlítanak, s tartalmuk az emberre átoltva nem tehénhímlőt, hanem valódi emberi hímlőt hoz létre. Lyonban az e tárggyal foglalkozó bizottság kísérletei alkalmával egy gyermek esett az állatról visszaoltott vészhímlőnek áldozatul. Védhímlőhólyagok szándékos oltás nélkül ritkán támadnak. Én tudok egy esetet, ahol egy ritkes asszony, kinek rubája sza-

kadozott volt, rövid idő előtt beoltott gyermekét az ágyban maga mellé fektette, s midőn a gyermek a karján levő himlőhólyagokat felvakarta, az anyának a gyermek felé fordított karja tele lett védhímlőhólyagokkal.

Carnot pendítette meg s nálunk Nittinger s mások kevésbé tudományos módon igyekeztek népszertté tenni azon eszmét, hogy az oltás ártalmas, valódi hasznót nem nyújt, s hogy a kényszeroltás jogtalan eljárás. Ezen kételyt ma már legyőzte az ellene bizonyító statisztikai adatok nagy tömege. Az oltás következtében állítólag szaporodott a hagymázos és görvélyes megbetegedések száma. Az oltás vedereje, mivel azt minden esetben tisztán kimutatni nem lehet, egyáltalában kétségbe vonatott; s a kényszeroltás az állampolgár személyes szabadsága igazolhatlan módoni megsértésének mondatott. Az oltás, ha sikeresen vitetett végbe, mindenkit tényleg megóv, csak hogy óv ereje nem tart az egész életen át, hanem körülbelül csak 10 évig. Tagadhatlan, hogy némely betegség az oltás behozatala óta gyakoribbá lett, de ezt sehogy sem lehet a kényszeroltással észszerű viszonyba hozni. Azon egyéni szabadság, melynél fogva mindenkinek jogában áll, magát a vészhimlő ellen nem óvni, a közegészségre nézve épen oly értelmű, mintha kinek-kinek szabadságában állana saját mulattatására házáat felgyújtani. Az oltást korán kell végrehajtani s kellő időben ismételni. Azon oltási törvények, melyek — mint a poroszoké — az oltásra ugyan igen kedvezők, elmulasztásuknál azonban csak azon esetben szabnak büntetést, ha ebből valóságos kár hárandott, nem eléggé célszerűek és aránylag még mindig nagy balandóságot engedve meg, korunk igényeinek meg nem felelnek. A weimari törvények, melyek az oltási kötelezettség határidejét a 4-ik életév végére tűzik ki, a gyermeket 4-ik évéig szükségtelenül nagy veszélynek teszik ki. Bulmerineq fáradozásainak sikertült a bajor oltási törvényt, mely az oltás véghezvitelét az első életév folyamában kényszerítés terhe alatt követeli, eredményeit tekintve a legjobb színben feltüntetni. A kényszerújra-oltás a porosz és württembergi hadseregénél van behozva, s ennél fogva csak a népesség hadképes férfiakra szorítkozik. Az egyes hadcsapatoknál az oltások közül egész 70% fogamzik, miből az újraoltás szükséges volta eléggé kitünik.

Igen célszerű a Meiningenben fennállt rendszabály, mely szerint az iskolai tanfolyam végén a tanuló tartozik magát az újraoltásnak alávetni; már ezen oltás is körülbelül 70% sikert mutat. Poroszhonban, hol csak a hadkötelezettek oltatnak újra, a falukon főként nők képezik a járványok martalékát.

VII KÜTEGES HAGYMÁZ, TYPHUS EXANTHEMATICUS, PETECHIALIS,
FLECKFIEBER, KRIEGS-, HUNGERTYPHUS, SPOTTED FEVER

Griesinger in Virchow's Handbuch Bd. II. Abth. II. 2. Aufl. pag. 120.

J. Theurkauf in Virchow's Archiv Bd. 43. p. 35. : Ueber Typhus exanthematicus
S. Rosenstein ibid. p. 377 : Mittheilungen über Fleckfieber.

W. Wegner im Jahrb. d. Kinderheilk. n. F. I. 1. p. 35. : Zur Pathologie und Therapie
des exanthematischen Typhus

Fr. Mosler: Erfahrungen über die Behandlung des Typh. exanthemat. Greifsw. 1809

Langenbeck: Zur Pathologie des Typhus bei Kindern. Journ. d. Kinderkrahb.
XXXVI. p. 58. 1681

A két hagymázalak közül a küteges az, mely régebben ismertek s már a XVI. században olasz orvosok által leíratott. A tulajdonképeni hagymázos tüneteket legnagyobb mérvben ezen kóradaknál észlelhetni. A küteges hagymáz a francia hadjáratok óta, mikor is azt az Oroszországból futó hadsereg egész Németországban elterjesztette, nálunk felette ritkán mutatkozott, csak a 40-es évek végén lépett fel Sziléziában nagy mérvben s az 1867-68-ik év telén Németország legnagyobb részében ismét járványosan dühöngött. Ezen betegség az inséges években szokott jelentkezni, s a hadi táborokban, elzárt várakban, tisztátalan börtönökben és hajókon, főként összezsúfolt, rendetlenül élő, inséget szenvedő, tisztátalan néptömegek közt úti fel tanyáját. Ragályozó képessége felette nagy. Ragálya mindenféle tárgyhoz tapad s a betegeket körülvevő légkörben is szétterjed, és vagy mindig, vagy legalább rendszeren belégzés által jut a ragályoztatásnak kitettek testébe. Minél nagyobb a légkörben létező ragály töménysége s minél tovább tartózkodik valaki azon légkörben, annál nagyobb reá nézve a ragályoztatás veszélye. Hagymázbetegekkel telt szűk elzárt helyiségek a leghatásosabb töménységben tartalmazzák a ragályt. Szellőztetés gátolja a ragályozást. Némii valószínűséggel állíthatni, hogy az egyszeri megbetegedés óvhatással bír. Azon körülmény folytán, hogy a küteges hagymáz időnként nagy földterületekről eltűnik és közveszélyek al kalmával rögtön ismét fellép, valószínűnek látszik, hogy e betegség nem egyedül ragályozás útján támad, hanem önként is fejlődhetik. A küteges hagymáz minden kora egyént megtámad, de különösen a gyermekeket le egész a escesemőkorig igen fenyegeti. Helyesen jegyzi meg Langenbeck, hogy némely járvány a gyermekeket nagy számmal támadja meg, míg máskor azokat majdnem teljesen megki-

méli. Hol a küteges hagymáz² miként sok angol városban - az egész népeesség között általánosan el van terjedve, ott a gyermekek közül is sokat megtámad. Így MacLagan szerint Dundeeben 10 év alatt 2550 beteg között 350 gyermek volt. A gyermekek hagymázbeteg szülőikkel való hosszas együttlét által biztosan ragályoztatnak; oly járványok alkalmával azonban, melyeknek főszékhelyét börtönök, kórházak, táborok, hajók képezik, kevesebb gyermek betegszik meg. E szerint a gyermekeket ép úgy megbetegedésre képeseknek kell tekintenünk, mint a felnőtteket, csak fel kell vennünk, hogy kisebb járványok és olyanok alkalmával, melyek felnőttekből álló testületekben ütnek ki, gyermekek kevésbé vannak megbetegedésnek kitéve. Lehet, hogy némely, kis gyermekeknél fellépő hagymáz eset fel sem ismertetik s ennélfogva a járványkimutatásokból kimarad.

A küteges hagymáz lappaugási időszaka (Incubation) közép számban 14 napot tesz. Az erre vonatkozó adatok 8 és 19 nap között ingadoznak. Így látszik, hogy ezen időszak tartama, külső körülmények behatásánál fogva, rendszeren némi eltéréseket mutat; mindemellett a legtöbb esetben 14 napra tehető. A lázas körlefolyás majd lázas előjelek nélkül, majd határozatlan, több napig tartó, enyhe lázas tünetek fellépte után rázó hideggel kezdődik, a betegek igen levertek, heves fejfájásról s gyakran tag- és hátfájdalmakról panaszkodnak, bágyadtak, nehezen eszmélnek, arc kifejezésük buta, arcuk veres, álmuk nyugtalan, étvágyuk hiányzik, kezdetben gyakran hánynak; a nyelv bevont, kiszáradásra hajlandó. A hőmérsék gyorsan emelkedik s gyakran már a rázó hideg alkalmával, vagy ahol ez hiányzik, az első estén 40—40,5^o-ot mutat. A legközelebbi 3—4 napon reggelenként alábbhagyás áll be, este pedig a hőmérsék mindig magasabbra emelkedik, mint a megelőző nap estéjén. Az első hét második felében az estelhőmérsék valamivel esekélyebb, körülbelül 40^o-nyi s reggelenként $\frac{1}{2}$ -ra menő alábbhagyásokat mutat. A második héten a hőmérsék reggelenként még mindig alábbhagyó és ismét oly magas mint kezdetben. Legtöbbszörre a 14-ik napon, enyhébb esetekben előbb, súlyosabbakban valamivel később lázesökkenés áll be, mit gyakran a 12-ik napon hőalábbhagyás előz meg; némely esetben a lázesökkenés teljes válság alakjában történik, gyakrabban azonban több napon át ingadozást mutat, mindazonáltal ily esetekben is elég gyorsan megy végbe. Csak oly esetekben, ahol utóbajok zavarják a körlefolyást, mutat a hőmérsék később ismét emelkedést. A napi hőmérsék délután 3 és 6 óra közt legmagasabb, ezen napi tetőpont azonban délutáni 2— és 10 óra közti idő bármely részére is eshetik (Roseustein) (Lásd

lyamában azonban a koplalás következtében csökken. (Rosenstein) Tartós magas hőmérsék mellett a vizeletben fehérsye lép fel, mely néha olyan tulajdonságú, hogy főzés és salétromsav hozzáadása által nem lehet kimutatni, hanem csak a vizeletnek borszeszeszeli (Alkohol) kezelése segítségével lehető fel. Az érlökés nagy, puha, gyakran kettős. Szaporaságára a beteg ülő vagy fekvő helyzete nincs nagy befolyással; emelkedése és süllyedése a test hőmérsékének körülbelül megfelel. A betegség későbbi idejében a szivizom elgyengülése az érlökés egyoldali emelkedését hozhatja létre, miért is ez igen kedvezőtlen előjel. A lép már a betegség első napjaiban megduzzad, szélessége rövid idő alatt majdnem kétszer akkora lesz, csúsa a bordaívet túlhaladja, s minthogy alhasi tünetek hiányzanak, névszerint a has nem puffadt, könnyen kitapintható. A láztünetekhez 3—6 nap múlva kütég társul, mely egymáshoz közel fekvő csoportokba helyezett, kissé emelkedett, rózsapiros színt, apró foltok alakjában mutatkozik. A kütég gyakran a törzsön lép fel először, de igen rövid idő alatt a végtagokra is elterjed. A legközelebbi napokban újra egyes vagy kis csoportokba rendezett foltok tűnnek elő, miáltal a kütég mindinkább sűrűbb lesz, úgy hogy végre a bőr egész feltületét elfoglalja. Az arcon is léphet fel kütég. A foltok egyszerűen eltűnhetnek, vagy — a mi gyakrabban történik — fejlődésük legmagasabb fokán kékes színt nyernek, mely ujjnyomásra nem tűnik el teljesen, mindinkább fokozódik s kékes-veres vagy kékes-fekete tarjakokba (Petechien) megy át. Gyermekéknél a kütég aránylag gyakran hiányzik, vagy gyérebb és ritkábban változik át tarjagokká.

Súlyos esetekben a bőr egyúttal sötét, kékes szürke, kissé már ványozott színezetet nyer, enyhébb alakoknál a kütég tarjagos átváltozása egészen elmaradhat, sőt maga a rózsacs (Roseola) is felette kis mérvben lehet képviselve. Az üdülés (Reconvalescenz) közben itt is, mint a kanyarónál, bőrlehamlás áll be. A bőr egyéb kóros tüneteit illetőleg még meg kell említeni: hogy gyakran néhány nappal a betegség kezdete után arc-sömör (Herpes facialis) fejlődik, a válság után számos izzadság-hólyagcsa (Schweissbläschen) jelenik meg a törzsön; s végre utóbajként a keresztcsonttáján kelevény (Furuukel) vagy felfekvés (Decubitus) támad, s a rózsacs kezdete előtt elmosódó márványzott felpír (Erythem) mutatkozik.

A küteges hagymáz igen határozott menettel bír, mely az időszak tekintetében a heveny kütegekéhez hasonlít. Lappangási időszaka 14-napos, s maga a tulajdonképeni betegség is körülbelül annyi ideig tart. Ez utóbbi időszaknak 3—9 első napja egyszerű lázas, s

megfelel a heveny kütetek megelőző időszakának (Prodromalstadium). A kütetes hagymáznál a hevenykütetekkel ellenkezőleg a láz a kütet minden fejlődési fokán át tart s emezzel együtt enyészik el, bár a tagok még egy ideig a válságon túl is fen szoktak állni. Kedvező kimenetű esetekben a válság után a beteg a tévengésekből (Delirien) mihamar magához tér s hosszas álmot, bő izzadásokat és dús ürügykiválás kíséretében üdülés áll be. Súlyos esetekben a lázcsökkenés dacára a tévengések nem szűnnek meg; ekkor a tévengéseket az éhség okozza, miért is megszüntetésükre erős húslevest, bort és szunyalt (Morphin) kell a betegnek rendelni; a hőmérsék tökéletlen alászállása közben szívelgyengülés fejlődhetik, úgy hogy az érlökés egyoldalú emelkedést mutat s kiesiny lesz, a szívtompulat szélesbedik s a szívhangok gyengülnek. Bonyodalmakként a gége egyszerű fekélyesedése vagy porchártyalobja (Perichondritis), hörgőlob (Bronchitis), súlyedési vagy valódi tüdőlob (hypostatische oder echte Pneumonie), a fültömírgy lobja, a bőr vagy nyákhártyák, a száj vagy ivarszervek üszke (Gangrän) s terimbeles (parenchimatös) vesebántalmak szerepelnek. Dacára, hogy a kütetes hagymáznál általában a hőmérsék igen emelkedett, és sok kóreset felette kedvezőtlen körülmények között foly le, a halandóság átlag mégis csekély, legtöbbször 3 és 10% között ingadozik, bár különös viszonyok között egész 0-ra süllyedhet vagy a 10%-ot tetemesen felülhaladhatja. Gyermekeknél a halandóság jóval kisebb, mint felnőtteknél s különböző járványkimutatásokban körülbelül 0 és 5% között ingadozik. Pl. D u n d e e-ben M a e l a g a n 2-3% halandóságot észlelt. Úgy látszik, hogy a betegség illetlen enyhe lefolyása gyermekeknél nem a hőmérséknek általában alacsony voltán alapszik, hanem okát inkább a rövidebb, szabályosabb s bonyodalmaktól ment kórmenetben találja. Remélhető, hogy a betegség főveszélye, mely a hőmérsék magasságában s az ebből származó elgyengülésben áll, az újabb időben alkalmazásba hozott hagymáz elleni gyógymód által legtöbb esetben el lesz hárítható. Fel kell tennünk, hogy sok, új veszélylyel fenyegető bonyodalom is a magas testhőmérséktől függ, s hogy emélfogva a tisztán láz⁴elleni gyógymód még közvetve is előnyösen hat. — A k ö r i s m é z é s oly helyeken, hol a kütetes hagymáz több évi szünet után jelentkezik vagy egyáltalában először lép fel, az első kóreseteknél nehézséggel jár; névszerint oly betegeknek, kik a kütet elhalványodása után pl. másodlagos tüdőlobbal kerülnek észlelés alá, a kütetes hagymázt igen könnyen félre lehet ismerni. Kétes esetekben a következő szabályok szolgáljanak irányadóul: A kütetes hagymáz nem igen szokott szórványosan (sporadisch) fel-

lépni; azon kérdés: hogy hol volt a beteg 14 nappal betegsége kezdete előtt? legtöbb esetben a környéken uralkodó járványt fog kideríteni. A kezdetbeli heves lázroham, a lép korai nagymérvű megduzzadása a himlő hasonló tüneteire emlékeztet, de a hőmérsékalábbhagyások (Remissionen) itt esekélyebbek, s 3 nap múlva megjelenik a sűrű csoportokba rendezett rózsacs, mely nem genytüszökké, hanem tarjagokká (Petechien) változik. 10—12 nap múlva gyors és teljes hőcsökkenés áll be, mi tüdőlobnál előbb, alhasi hagymáznál pedig mindig tökéletlenebbül történik. A küteges hagymázt névszerint az utóbb említett betegséggel, kanyaróval, tüdőlob- s heveny gümökórral lehet összetéveszteni. Az alhasi hagymáztól a küteges hagymázt megkülönbözteti a hőmérsék korai nagy emelkedése, a kezdetbeli lépnagyobbodás, a kütege korábbi és dúsabb kitörése, gyakori hasmenések hiánya és, ha mindezen tünetek még kétségben hagynának, a betegség válságos kimenete. Szabálytalan küteges hagymázesetek a kanyarótól néha épen nem különböztethetők meg, de legtöbb esetben a högörbület különbözik a kanyarótól, a kütege előbb jelenik meg s dúsabban van képviselve a háton mint az arcon, kezdettől fogva körülirtabb s kisebb bibíreskből áll, a nyákhártyahurut enyhébb, későbbben mutatkozik, s mélyebben székel mint a kanyarónál. Egyes heveny gümökóreseteknél a küteges hagymázéhoz hasonló küteget és lázmenetet lehet észlelni, csak hogy a hőemelkedések itt kisebbek s okadatolatlanul nagyobb ingadozásokat mutatnak; a lépnagyobbodás esekélyebb, a mellkas természetani vizsgálata legtöbbször idült tüdőtömörítés nyomaira vezet, és a dús izzadások, melyek e betegséggel jární szoktak, legtöbb esetben nem szoknak hiányzani. Végre tüdőlobbal csak azon esetekben történhetnek felesérelések, a hol a betegek későn kerültek észlelés alá, ilyenkor a betegség eddigi lefolyásának szorgos kutatása fog legjobb felvilágosítást nyújthatni.

Küteges hagymázbetegeknek el kell különíttetni s a környezetökben volt tárgyaknak forró víz, halvány- (Chlor) vagy terpeningőzők által fertőzteleníttetni (desinificiren); a betegeket körülvevő ragályos léget gyakori szellőztetés által kell ritkítani és ártalmatlanná tenni. Oly házból, hol küteges hagymázban szenvedő van, legjobb a gyermekeket, hogy a ragályoztatástól megóvassanak, eltávolítani. Más betegségekben üdülők kiválóan veszélyeztetve szoktak lenni. A g y ó g y k e z e l é s t illetőleg, a betegeket gyakran szellőztetett, hűvös helyiségekben kell tartani, könnyű takaróval ellátni s nekik gyakran hűvös kútvizet nyújtani. A betegség első napjaiban az étvágytalanság miatt a beteget nem lehet egyébbel mint leves- és tejjel táp-

lálni; de mielőbb igyekezni kell erejét tojásszik-, erős húsleves-, bor-
nak nagy adagokbani nyújtása vagy szükség esetében pálinka által
fokozni és fentartani. A legtöbb esetben gyógyszerre sincs szükség. A
hőmérsék magasságából eredő veszély legyőzésére elég a testet hideg
leöntések, fürdők vagy begöngyölések által lehűteni. A lehűtéseket,
valahányszor a hőmérsék 39.5^o-on felülemelkedik, 3 óránként kell is-
mételni. Időközben az általuk elért eredményt a fej-, mell- és hasra
alkalmazott hideg borogatások segítségével szükséges fentartani, a tar-
tós magas testhőmérsék legyőzését a chinin (Chinin) nagyobb ada-
gokbani alkalmazása elősegíti. Az üdülés közben a beteget dűsan
kell táplálni s bor- vagy sörrel erősíteni. A nagyfokú sápadtság, so-
ványság és bágyadtság, mik a betegség után visszamaradnak, később
még vastartalmú ásványvizek vagy vaskészítmények használatát te-
hetik szükségessé, melyek az utókezelésre nézve igen ajánlatosak. Hol a
betegség fordultával nem áll be önként tartós, nyugodt álom, hanem
a hő esökkenése dacára az iszákosokéhoz feltűnő hasonlatosságot mu-
tató tévengések, reszketés és izomnyugtalanág tova tartanak, igen
ajánlatos esténként szunyalt (Morphin) adagolni. Erős hörglob (Bron-
chitis), hánygyökér (Ipecacuanha) alkalmazását igényli. Éppen gyer-
mekeknél gyakran egyedül hideg borogatásokkal vagy egyes hűvös
begöngyölésekkel beérhetjük s legtöbb esetben bizonyára minden
gyógyszert nélkülözhetünk.

VIII. ALIASI HAGYMÁZ, TYPHUS ABDOMINALIS, TYPHOID, ILEO TYPHUS, NERVEN-, SCHLEIMFIEBER, FIÈVRE TYIPOIDE.

Rilliet et Barthez: Mal. des enfans ed. II. Bd. II. p. 663.

Löschner: Der Typhus der Kinder Prag. Vierteljahrshr. Bd. IX. p. 6.

Friedleben: Griesinger's Archiv 1848. Heft 1.

Archaumbault: Gaz. des Hopit. 1852. nro. 144.

Edm. Friedrich: Der Abdominaltyphus dar Kinder. Dresd. 1856.

Langenbeck: Zur Pathologie des Typhus bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten
XXVI. p. 58.

M. Seidel: Beitrag zur Lehre vom Heotyphus Jen. Zeitschr. Bd. IV. H. 3 u. 4.

H. Ziemssen und H. Immermann: Die Kaltwasserbehandlung des Typhus abdo-
minalis. Leipz. 1870.

Az alhasi hagymáz, melynek első leírását Morgagni-nál ta-
láljuk, a gyermekbetegségek sorában végleges felvételését, ha Rilliet
és Barthez jeles értekezleteitől eltekintünk, a lipesei iskola által
életbe léptetett hőméréseknek köszöni. A hőmérsék e betegségnek nem-
csak kórismézését tette lehetővé és lefolyását ismertette meg közeleb-
ről, hanem egyúttal ellene a leghathatósabb gyógymódnak szolgált

alaplul. Az alhasi hagymáz minden korú egyént megtámad; Buhl 3-hetes, Bednar 5-napos gyermeknél bouctanilag kimutatta. Mindazonáltal az emberi élet viruló éveiben fordul elő leggyakrabban. Egy másik, kisebb gyakoriságát a megbetegedéseknek a gyermekkor az 5-ik és 11-ik életév között szolgáltatja. A megbetegedések majdnem mindenütt a nyár vége felé kezdenek fellépni s legnagyobb gyakoriságukat az ősz kezdetén érik el. Ha a járvány heves, egész télen át fordulnak elő megbetegedések. Egyes években sok helyen nagy járványok dühöngenek, míg máskor nagy városokban is, hol az alhasi hagymáz évről évre uralkodik, a járvány kis elterjedtségnek örvend. Ezen körülmény megfejtésére Buhl tette az első lépést, a midőn a talajvíz apadása és az alhasi hagymázeseteknek a reá következő legközelebbi hetekbeni szaporodása között létező összefüggést kimutatta. Ezen felvételt az ide vonatkozó pontos számítások igazolták (Seidel), de legfényesebben és legkézzelfoghatóbban igazolta azon körülmény, hogy az 1868-iki száraz nyár után az alhasi hagymáz ropant nagy mérvben dühöngött. Liebermeister sok ügyességgel kísérlette meg a talajvíz ezen tényleges befolyását a tisztátalan ivóvíz befolyásával, mi már rég gyanítottatott, kapcsolatba hozni. Évről évre szaporodik azon körülményre vonatkozó tapasztalatok száma, miszerint egyes kútak vizének élvezése terjeszti az alhasi hagymázt. Ezen kútak majd olyanok, melyekről kimutatható, hogy beléjük ganajlé szivárog, majd meg olyanok, melyeknek vize feleselsavas hamanyal (übermangansaures Kali) szűrlézve (filtrirt) felette nagy mennyiségű szerves részeket tartalmazónak bizonyul. Néha két egymáson át elágazó, de külön forrásokból jövő vízvezetékrendszer közül csak az egyik idéz elő alhasi hagymázt az általa vízzel ellátott házakban. Többször sikertült, a gyanús kútak elzárása által a járványt mintegy 3 hét alatt megszüntetni (Diss. von W. Dülhener, Bonn, 1867). E szerint kétségen kívül áll, hogy az alhasi hagymázmérget sok járványnál a víz rejti magában s ezzel a tápésatornán át vétetik fel. Úgy látszik, hogy a méregnek bizonyos töménységre van szüksége, hogy haása legyen. Alig lehet kétség benne, hogy a méreg ezen tömörséget könnyebben eléri a talajvíz apadásával, miut áradásával. Valószínű, hogy a megbetegítő anyag nemesak vízben oldva, hanem más alakban is felvétethetik a testbe. Az ivóvíz után a lakások játszák az alhasi hagymáz származásában a legfontosabb szerepet. Egyes házak, ritkábban egész utcák minden évben vagy legalább minden nagyobb járvány alkalmával a megbetegedések székhelyét képezik. A körülöttük fekvőket pedig, dacára annak, hogy hasonló ivóvízzel bírnak, a

járvány bántatlanul hagyja. Főként ezen házi hagymázok (Haustypfen) szokták a gyermekeket megtámadni. Ezeket gyakran ürülékektől átítatott talajra, vagy a sárgüdrök (Kloaken) hibás elhelyezésére lehet visszavinni. A házi hagymázoknál fel lehet venni, hogy a mérég belehelletik, tehát a légzési úton át jut a vérbe. A ragályozás ily módoni történetét még inkább igazolja oly egyének megbetegedése, kik kevéssel azelőtt oly sárgüdrök tisztításával foglalkoztak, melyekről tudva volt, hogy beléjük talán egy év előtt hagymázbetegek székürülékei öntettek (Gietl). Ebből egyszersmind az is kiténik, hogy az illető anyag nem bomlik egyhamar szét, hanem ellenkezőleg igen soká fenmarad s külvilágosság ellen képes állani. Végre mindazon kóresetek is a belehelés útján támadt megbetegedések sorába tartoznak, melyeket közvetlen a betegágynál történt ragályozás hoz létre. Az alhasi hagymáz ezen közvetlen ragályozása jelenleg az ivóvíz és sárgüdrök befolyásának túlbecslése következtében sokszor kétségbe vonatik, vagy legalább csak a beteg bélürülékeire nézve engedtetik meg, testére nézve pedig megtámadtatik. Azon számos e körülmény mellett tanuskodó esettel szemben, melyeknek gyéribb járványok beható tanulmányozása által nyomára lehet jönni, nehéz lenne bebizonyítani, hogy az alhasi hagymáz mérget csak egészségesek lehelhetik be, de betegek nem lehelhetik ki. Az ilyen közvetlen ragályoztatási esetekben a Lappangási időszak nálunk 3—4 hétig tart, északon azonban hosszabb, délen rövidebb. Az alhasi hagymázmérget természetének közelebbi megismerésére tett kísérletek egyrészt odavezettek, hogy az — helytelenül — közönséges rothadási természetűnek és minden állati anyag rothadásából származhatónak, másrészt, hogy bizonyos növényi képletekhez, u. m. a *Rhizopus nigricans* és *Penicillum crustaceum magerjéhez* (Kerulife) kötöttnek lenni tartatott. Ez utóbbi nézet helyesnek csak az esetben bizonyulna, ha ezen gombacsiroknak a testbe juttatása által sikerülne alhasi hagymázot előidézni.

A gyermekkor külön illetőleg, az alhasi hagymázos megbetegedések legnagyobb számmal az 5-ik és 11-ik életév között fordulnak elő, az első életévben legritkábbak, de legsúlyosabbak. Fiúk valamivel számosabban betegesznek meg mint leányok; de utóbiaknál valamivel nagyobb a halandóság. Miután az egyszer kiállott alhasi hagymáz minden későbbi hasonló megbetegedéstől a legnagyobb valószínűséggel megóv, ez is egyik okául vétethetik azon körülménynek, miszerint oly kisebb helyeken, hol az alhasi hagymáz járványa már egyszer dühöngött, e betegség majdnem kizárólag csak gyerme-

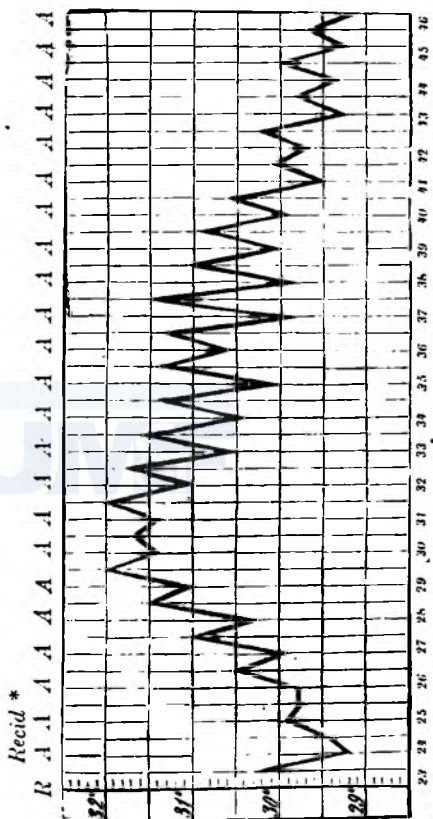
keket támad meg. Néhol állítólag a gyermekek a járvány vége felé kezdtek megbetegedni (Sauer). Anyyiban várható, hogy a gyermekek, kivált a kisebbek, esekélyebb számmal betegesznck meg, amennyiben a járványt főleg az ivóvíz terjeszti; a hol azonban házi hagymáz (Haustypfen)

vagy a betegágyánál közvetlen ragályoztatás jön szóba, ott a gyermekek nagy mérvben megtámadtatnak s pedig a házi hagymáznál szervezetük gyengébb volta miatt előbb is megbetegesznck mint a felnőttek. Ezen nézponokból mindazon különösségek, melyeket a gyermekek megbetegedési viszonyai az alliasi hagymázjárványok alkalmával mutatnak, tökéletesen megfejt hetőknek látszanak. Azon fentebb említett megbetegedési eset után ítélve, melyet Bednar 5 napos fiúgyermeknél észlelt, valószínű, hogy a kóroanyag át képes hatolni a méhlepény hajszáledényein. — Fiedler ama szép észleléte, miszerint a magzat érlökése a hagymázban szenvedő anya hőmenetét pontosan követi, azon téves

nézetre adott okot, miszerint a magzat is hagymázban szenved, pedig csak arra mutat, hogy a szív a meleg vértől sebesebben lüktet. Általam észlelt 6 nemleges megfigyelés után ítélve azt hiszem, hogy a betegség az anya teje által nem vitéfik át a eseesmőre.

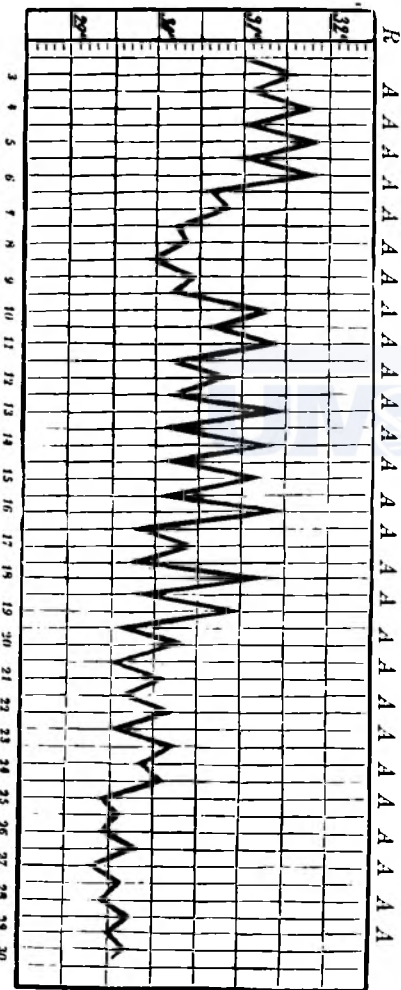
Az alliasi hagymáz majd enyhe tünetekkel, u. m. bágyság-, étvágytalanság-, fejfájás- nyugtalan álommal, majd közvetlen hasmenéssel, majd pedig idősebb gyermekeknél miként felnőtteknél ren-

Fig. 18.



desen történni szokott, többszöri borzongással veszi kezdetét. Oly esetekben, ahol a kezdet világosan ki van fejezve, hőemelkedést észlelhetni, mely nappal körülbelül 1° -ra megy, éjjel ellenben mintegy $\frac{1}{2}^{\circ}$ -kal alább száll. Ez így tart az első hét közepéig. Gyermekéknél a láz emelkedésének ezen része rövidebb és merevdekebb lehet, úgy hogy pl. a hőmenet $32.2 R^{\circ}$ -ra menő tetőpontját már a 2-ik nap estéjén el-

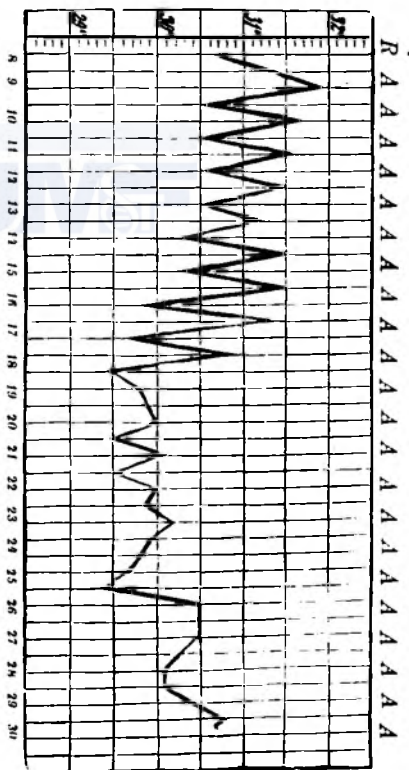
Fig. 19.



éri. Azontúl a hőmérsék $1-1\frac{1}{2}$ hétig minden este $39\frac{1}{2}-41$ legtöbb esetben körülbelül $40 C^{\circ}$ -nyi magasságot, reggelként pedig néhány tized fok-ra menő alábbhagyást mutat. Felütköknél a 11-ik nap körül, gyermekéknél gyakran néhány nappal előbb, nagyobb reggeli s esteli alábbhagyás következik be. A 2-ik hét közepén vagy vége felé a hőmérsék reggelenkint $1-1\frac{1}{2}^{\circ}$ -ra menő süllyedéseket kezd mutatni és esténként is alacsonyabb. Így a testhőmérsék ha időközben bonyodalmak vagy utóbajok újabb lázas mozgalmakat nem keltenek, $1-1\frac{1}{2}$ hét alatt a rendes fokra száll alá. A tankórodámon figyelemmel kísért 14 gyermekhagymázaset közül 8-nál a hőmérsék tetőpontját a 7-10-ik napon érte el. Az összes esetek közül a legmagasabb hőmérsékkel lefolytnál a tetőpont 41 , — a legalacsonyabb hőmérsékkel lefolytnál $39 C$ fokot mutatott, 13 közömbös kezelésben részesített gyógyulási eset közül a reggeli rendes hőmérsék egy esetben a 9-ik, egyben a 14-ik na-

pou, 7 esetben a 17. és 20-ik uap közt s végre egyben a 26-ik napon állott be. Az alhasi hagymáz gyermekeknél legtöbbször enyhe alakban mutatkozik, ugyanis a reggelenkénti erős alábbhagyásokból származó meredekebb hőgörbületek a 2-ik hét végén mutatkoznak és 1—1½ hét alatt teljes lázcsökkenésbe mennek át. Ritka esetben ér el a hőmérsék igen magas fokot, kissé szabálytalan kóreseteknél ritkán tartózkodik sokáig magas fokon, s végre a körlefolyás ritkán ölt súlyos alakot. A körlefolyás csekély szabálytalanságai, melyek felnőtteknél már igen komoly jelentőségűek volnának, gyermekeknél nem vonatkoznak súlyosabb kóralakra. Ha azon alábbhagyás, melynek a 2-ik hét közepén kellene bekövetkeznie, elmarad és a lázmenet szabálytalan kezd lenni, úgy hogy gyakran másodszor és harmadszor is a tetőpontra megfelelő vagy még tetemesebb magasságot ér el, mi mellett nagyfokú erőhanyatlás és alhasi tünetek állanak be, akkor súlyos kóralakkal állunk szemben. A közönséges lázlefolyás gyermekeknél rövidebb ideig szokott tartani és bár csak csekély fokozati különbséget mutat, könnyebben tünetik; nevezetesen az ideges tünetek csekélyebbek. A tévengések enyhébbek s öntudatlanság helyett nem igen mély álomkór észlelhető. A beszéd érthetlenné gagyogó lesz, a tévengések tartalmából érzéki eszlódások jelenlétére lehet következtetni; a fejfájás s névszerint a szédülés kezdetben heves s gyakran hányástól kísért. Az érlökés nagy és puha, már a serdülő-korban (Knabenalter) észrevehetőleg kettős (dirot); kedély- vagy testi mozgalmakkori szaporodása gyermekeknél kisebb jelentőségű, mint felnőtteknél. Ami az érlökés szaporasága

Fig. 20.



és a hőmérsék közti viszonyt illeti, én állandóan úgy találtam, hogy a 10-ik életéven túl 30,5—32,5 hőfoknál az érlökésgörbület a hőgörbület alatt marad, úgy hogy mintegy 32^o-nyi hőnek 110—120 és 31^o-nyinak 90—100 érlökés felel meg; midőn a hőmérsék ismét a rendes fokra száll alá, a hőmérsék úgy viszonylik az érlökéshez, mint 29,5 : 80—90-hez (felnöttek hagymája). 6 éven alóli gyermekeknél magas hőmérsék mellett mindkét görbület összeesik, s pedig olyformán, hogy 32 hőfoknak 140, 31-nek 120 érlökés felel meg. A hőmérsék rendes fokra jutásakor a gyermeki érlökés nagyobb szaporasága jut érvényre s így az érlökés görbülete a hőmérséké fölé emelkedik, t. i. 30 hőfoknak mintegy 120, 29,5-nek mintegy 110 érlökés felel meg. A 6-ik és 10-ik év közé eső korfokokozatok középszámokat mutatnak.

(Lásd Fig. 18 a 93 lapon.) Allhási hagymázkiújulás (Recidiv) 12 éves fiúnál a betegség 26-ik napján a görbület kezdeti része a 29-ik napig tart, lefelé hajlása a 37-ik napon kezdődik.

(Lásd Fig. 19. a 94. lapon.) Allhási hagymáz hőgörbülete 8 éves fiúnál, közömbös kezelés. Erős alábbhagyás a 7-ik naptól a 10-ikig.

(Lásd. Fig. 20 a 95. lapon.) Enyhe lefolyású allhási hagymáz 8 éves lánykánál. Jellemző hőesökkenés (Defervescenz) a 15-ik naptól a 18-ikig. Láztokozó utóbagok.

A vizelet mennyisége a sok ivás dacára meg van kisebbedve s halvagtartalma kiválóan esekély. Lépnagyobbodás soha sem hiányzik, bár mindig mérsékelt fokú és ritkán idéz elő fájdalmakat, baloldal dörzszőrejt vagy a lép burkának feszüléséből eredő egyéb tüneteket. A hasmenés néha korán beáll, nagy gyakoriságot ritkán ér el és a székürülékek gyakran, — bár nem állandóan, — borsópépszerű külemet mutatnak, mi felnötteknél jellemző körülménynek tartatik. A nálunk előfordult köreseteknél többször egészen hiányzott a hasmenés, egy esetben a második, egy másikban a 4-ik napon, a többi esetekben csak a 2-ik héten vagy még későbbben állott be. Azoknak számát illetőleg, kik az első héten székrekedésben szenvednek, eltérők az adatok, R. és B. ezt a betegek 1/4-énél, Friedrich 1/6-énél észlelte. Erre valószínűleg a ragály felvételi módja van befolyással, s pedig olyformán, hogy ha a felvétel a bélesőn át történik, a kórbontani elváltozások e helyen korábban jönnek létre és magasabb kifejlődést érnek el. A has mérsékeltlen puffadt; a csíp-vakbél-táji (ilcoecal) fájdalmak helyett gyakrabban észlelhetni a hasfalra alkalmazott nyomáskor nyilvánuló elterjedt érzékenységet. Bélátfürödés és vérzés felette ritkán támad. A szájür hurutja s ennek a középhalljáratra lett áttérjedés folytani nehéz hallás, kezdetben fehéren bevont, később vörös, síma, kiszáradásra

hajlandó nyelv a kórképhez tartozó jelenségek. Súlyosabb esetekben a nyelv száraz, repedezett, az ajkak és foghús barna csapadékkal fedettek. A kissé bíbireses, rózsaszínű foltokból álló rózsacs (Roseola) majdnem mindig jelen van, főszékhelyét a mell és has közti határ képezi, bár egyes foltok alakjában itt-ott a háton és végtagokon is mutatkozik. E küteg a többi kórtünetek esekély kifejelettségének megfelelőleg szintén gyér. Megjelenése legtöbbször a 7-ik és 10-ik nap közé esik későbbben ritkán mutatkozik. Az első gyér foltokhoz a legközelebbi napokban még több társul, mindenik folt 2—6 napi fenállás után nyomtalanul eltűnik. Csoportos hólyagesés küteg (lázsümör, Zoster febrilis) az arcon gyakrabban fordul elő mint felnőtteknél, s a kórlefolyás legkülönbözőbb idejében, kiváltképen pedig kiújulások (Recidiv) alkalomával szokott fellépni s a gyors hőemelkedések következménye. Súlyos kóresetek visszafejlődési időszakában a bőrön tályogok, kelevények fordulnak elő, felfekvések (Decubitus) gyermekeknél felette ritkák, néha a száj- és torokban szájpenész (Soor) vagy állhártyás (croupös) lobok észlelhetők. Hörghurut könnyű eseteknél, az alsó tüdőkarélyok széleinek kifestő károsulatlansága (Atelectase) súlyos eseteknél, a rendes tünetekhez tartozik; kiterjedtebb súlyedési és croupos tüdőlobok, vérömlenyos tömülések (hämorrhagische Infarete), tüdőösszök, gégefekélyek a gyermekkorban aránylag ritkán fordulnak elő. Érrögösödések (Thrombosen), a fültömörigek lobja és terimbeles (parenchymatös) veselő szintén ritkábban lépnek fel gyermekeknél az alhasi hagymáz kíséretében.

A jóslat legtöbb esetben kedvező. Míg felnőtteknél megfigyelő (expectativ) gyógyeljárás mellett 5—6 megbetegedésre egy halálozás esik, addig gyermekeknél 9—13 beteg közül hal meg egy. Nincs kétség benne, hogy ezen halandóság is ép úgy mint a felnőtteké, az újabb gyógykezelési mód által 0—3%-ra lesz leszállítható. Mindemellett érdekes lesz, a gyermekkorban mutatkozó enyhébb kórlefolyás okait amennyire lehetséges, kipuhatólni. Ha fel is akarnók venni, hogy a betegség gyermekeknél egészben bántatlanabb szervezettel találkozunk, mint legtöbb felnőttnél, kik már különböző betegségen átestek, úgy ez mégis csak kis érvényre jutna amaz ismert tapasztalattal szemben, miszerint a felnőttek közül éppen a legerősebbeket és azelőtt legjobb egészségnek örvendőket szokta az alhasi hagymáz legsúlyosabban megtámadni. A kórlefolyás enyhe voltát esupán a kor sajátosságának tekinteni nem teljesen kielégítő. Elfogadható magyarázatra e tekintetben a boncelet, kórlefolyás és a betegség támadási módja vezethetnek. A boncelet legtöbbször a betegség első időszakára vonatkozik,

mert a halálozások a gyermekkorban átlag előbb bekövetkeznek, mint felnőtteknél, s easesemők néha már a betegség első napjaiban elhalnak. A boneolatnál a vért kevésbé alvadékonynak, az izomzatot feszesnek, barna színűnek találjuk, az agykérek és alsó tüdőkarélyok némi vérteltséget mutatnak, lépnagyobbodás soha nem hiányzik. A belekben a különálló (solitär) tüszők és Payer-féle mirigyek duzzadtak, de az utóbbiakon csak maguk a tüszők vannak ama jellemző velőszerű sejtszaporodás által kitöltve, a közti szövet s a mélyebb rétegek épek. Ezek az úgynevezett plaques molles, melyek ritkán szoktak kifekélyedni. Mindig legkifejlettebb ezen kórfolyamat a billentyű közelében, hol bár egyes esekély fekélyek is előfordúlnak, de mélyebbre hatolók oly ritkán, hogy R. és B. 111 kóreset között csak egyszer észleltek átfürödést. A fodormirigyek néha egész szilva nagyságra meg vannak duzzadva, mi azon helyeknek megfelelőleg, ahol a bél megbetegedése legkifejlettebb, tehát a billentyűk táján, mutatkozik legnagyobb mérvben; a remese (Kolon) ritkán, a gyomor és epehólyag még ritkábban vannak hagymázos újképlődés által megfáradva.

A belekben található bonci elváltozások minőségével és fokával a súlyos és enyhe alhasi hagymázos esetek egymástól megkülönböztetése a legbensőbb összefüggésben áll. Még azok is, kik, mint Wunderlich a betegségekbeni testhőmérsékről (über die Eigenwärme in Krankheiten) szóló könyvében, egészen a hőmérsékviszonyokat veszik mérvadóul, azon végeredményre jutnak, hogy azon kóreseteket mondják enyhéknek, melyekben csak plaques molles és kevés fekély fejlődnek a belekben, súlyosaknak pedig azon kóreseteket tekintik, a hol számos helyen támadnak plaques dures és mélyre ható fekélyek. De ez esetben is szükségesnek mutatkozik az alhasi hagymáznál két főalakot felvemi, ha e betegség származásánát akként fogjuk fel, miként azt a tudomány jelen állása megkívánja, hogy t. i. az egyik alak az alhasi hagymázméregnek a bél általi felszivatása, a másik a légzés általi testbejutása útján jön létre. Ha ez így van, akkor nagy valószínűséggel felvehető, bár minden esetben ki nem mutatható is, hogy a belehelés útján támadt megbetegedés a bélben esekélyebb elváltozásokat hoz létre, míg ott, hol a ragály előbb és közvetlenebbül gyakorol hatást a bélre, ennek nagyobb mérvben kell megbetegednie. A gyermekkor egész életmódja s azon körülmény, miszerint a gyermeknél főleg a házilhagymáz szerepel, arra mutat, hogy a kóroanyag gyermekeknél főleg belehelés útján jut be és ez által jönnek túlhnyomó számmal létre az enyhébb kóresetek. A hasmenések későbbeni és ritkábbani fellépte valószínűleg szintén ekként értelmezhető, mire Wunderlich is

figyelmeztet. A béltünetek hevessege, a láz lefolyásának súlyos volta s a kúteg düssága egészben tekintve egymáshoz közeli viszonyban állanak. Kijűlások (Reidive), melyek a lázmenet megrövidített ismétlődési alakjainál a lázesökkenés beállta előtt, új rózsacs felléptében s új emésztési zavarokban szoktak állani s főleg életrendi hibák következtében létrejönni, gyermekeknél szintén ritkán fordulnak elő.

Alhasi hagymában szenvedőket el kell különíteni, béltünetleiket karbolsav, vasgálie vagy forró víz segélyével ártalmatlanná tenni és lakhelyüket s ágyukat szorgosan k'szellőztetni és kitisztítani. Házi járvány (Hausepidemie) felléptekor igen tanácsos a gyermekeket a házból eltávolítani; a hol ez nem lehet, ott az ivóvizet csak kifőtt állapotban szabad inni és az árnyékszékeket kertiülni. A megbetegedés kezdetén, névleg oly esetekben, a hol ez az ivóvíz által jött létre, a hol tehát az ártalmas anyagok a bélben időznek, megkísérthetjük néhány hashajtó erejű édes higanyadag (Kalomel) által kórszakító (abortiv) hatást előidézni. A betegség további folyamában leghelyesebben eslekszünk, ha mind az angoloknál szokásban levő zsongító pálinkagyógyymódót, mind a gyűszűnke (Digitalis), chinal és egyéb lázt elnyomó szereket mellőzzük s iblany (Jod) és más hasonló feldicsért specificus szerekkeli kísérletek mellett nem késedelmezünk, hanem a Brand által adott szabályok szerint pontosan és kizárólag a vizgyógyymódót alkalmazzuk. A beteg fejére, mellére és hasára folyton hideg borogatásokat rakatunk, minden $\frac{1}{4}$ órában hideg vizet, s minden 3 órában tejet vagy húsleveszt nyújtatunk; minden 3 órában hőmérsést teszünk s valahányszor a hőmérő a hónaljárokba $39^{\circ}5$, vagy a végbélbe helyezve 40° -ot túlhalad, a beteget 23 — 26° -ú fürdőbe tétetjük s 10 — 16° -ú vízzel néhányszor leöntetjük. Ezen körülbelül $\frac{1}{4}$ óráig tartó eljárásnak a test hőmérsékét 1 — 5° -kal kell alábbszállítania. A magánygyakorlatban névszerint falahelyeken ezen fürdőket hideg mosások- vagy begöngyölésekkel lehet helyettesíteni. Ziemssen és Immermann beható vizsgálatai kimutatták, hogy az alhasi hagymáz kezdetén a hőmérsék hideg fürdők segélyével gyermekeknél körülbelül ép annyira alábbszállítható, mint felnőtteknél (a hőmérsékszabályozó központ nagymérvű és állandóan megváltozott hatása), és hogy ellenkezőleg a betegség későbbi folyamában gyermekeknél a hőmérsék alábbszállítását a fürdő nagyobb mérvben, de rövidebb időre eszközözi, mint felnőtteknél (a hőszabályozó központ működésének kevésbé biztos és kevésbé állandó hatása). A fürdő után gyakran $3,5$, néha egész 5 -nyi hőesökkenést lehet észlelni. Én úgy találom, hogy a fej-, mell- és hasra húzamosan alkalmazott hideg borogatások a hűgörcölle-

ten gyermekeknél észrevehetőbb változást idéznek elő, mint felnőtteknél, és hogy ezen hideg borogatások néhány fürdővel egyetemben gyermekeknél a legtöbb esetben elégségesek arra, hogy az egész körfolyás enyhévé tétessék. — A tárgyalt gyógymód, ha szigorún eszközöztetik, kegyetlen eljárássá fajul; s pedig először a betegek irányában, kiknél majd minden ilyen fürdés gyakran $\frac{1}{2}$ óránál tovább tartó rázó hideget idéz elő s kiknél továbbá a fürdők után igen heves tagfájdalmak támadhatnak; kegyetlen továbbá az ápoló személyzet irányában, melynek, ha nem nagy számú, ezen eljárás felette nagy erőfeszítésébe kerül. Mindazonáltal ezen gyógymód oly általánosan kedvező eredményt szül, s üdvös volta mellett oly megbízható egyének tanuskodnak, hogy minden orvosnak kötelességében áll, hagymázos betegeinek a fürdőket nyomatékosan ajánlani. A hidegvizgyógymód mellett mindazon tünetek elmaradnak, melyek tartós magas hőmérsék hatásának szüleményei s melyek a tulajdonképeni hagymázos tüneteket képezik. Nem látni buta arcot, izomreszketést, szökési kísérleteket. A betegek vidámak, könnyen eszmélnek, fel bírnak egyenesedni, önként mennek a fürdőbe s mindenről számot tudnak adni. A hasmenések esökkennek, hideg víz segélyével eredményesebben csillapíthatók, mint összehúzó szerek vagy mákony (Opium) által. A betegek nem soványodnak le annyira, s vizeletükben ritkábban található felhárnyék.

Másrészt bizonyos, hogy a hidegvizgyógymód mellett a bélvérzések jóval gyakoribbak, s valamennyi súlyosabb esetről, melyek hidegvizzel kezeltetnek, fel szoktak lépni. A tüdőtér eltömülését és rögsödését, felfekvést és hörghurutot e gyógyeljárás nem egészen gátolja, sőt talán gyakoriságukat is alig korlátozza. Ennélfogva a betegnek gyakori helyzetváltoztatást kell ajánlani vagy szükség esetében ezt vele erőszakkal tétetni. Ezenkívül súlyos esetekben jó, a betegnek nagyobb chimaladagokat és gyakran nagyobb mennyiségű bort adni; hörghurutnál előnyös köptetőket, névszerint hánygyökeret (Ipecacuanha) alkalmazni. Különösen igen elgyengült betegeknél, kiket a baj már erőtlen állapotban lepett meg, vagy kiket a súlyos láz igen megviselt, minél előbb szükséges bort hozni alkalmazásba. A gyermekgyakorlatban legalkalmasabbak a magyarországi édes yeresborok, melyekből eleinte naponta 3-szor egy-egy teakanálnyit rendelünk kétszer, háromszor annyi vízzel hígítva, később többször napjában s víz nélkül. Ha a lázcsökkenés előhaladtával a tévengések egyenletesen nem enyhülnek, akkor egy álmhozó mákony- vagy szunyialadag (Morphin) előnyvel alkalmazható.

Korán felismert alhasi hagymáz esetekben a Taufflieb-, Traube- és Wunderlich-től ajáult édes higanynyi (Kalomel) kórszakító (abortiv) eljárást lehet megkísérteni. Fel lehet venni, hogy ezen eljárással azon esetek gyógykezeltettek sikerrel, melyekben a ragály az emésztési szerveken át vétetett fel. A beteg gyermeknek korához mérten 1—3 adag édes higanyt rendelünk, melynek hashajtó hatása a legközelebbi 12 óra alatt szokott beállani, mit ha önként nem történik, esőre által kell elősegíteni. Minél korábban vétetik ezen eljárás alkalmazásba, annál inkább remélhetjük, hogy sikerül a körlefolyást igen enyhévé átalakíthatni.

VISSZATÉRŐ LÁZ, FEBRIS RECURRENS, TYPHUS RECURRENS, DAS WIEDERKEHRENDE FIEBER, RELAPSING FEVER, FIÈVRE À RECHÛTES.

Griesinger in Virchow's Handb. Bd II. Abth. II. ed. II. p. 272.

O. W. yss und C. Bock: Studien über Febr. recurrens Berl. 1869. Hirschw.

E. Riesenfeld: Harualysen bei F. r. Virch. Arch. B. d. 47, p. 161. und 428. v
Pastaun: Ibid. p. 282 und 187.

Steffen: Vier Fälle von F. r. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. II. pag. 61.

A visszatérő láz Spital, Murchison s mások állítása szerint már Hippokrates által leíratott (De morb. popul. lib. I. const emp. test.). Mint új betegség 1843-ben Skóthonban lépett fel s Irland- és Londonban is gyakrabban mutatkozott. Az 1847-iki felső sziléziai járvány alkalmával a küteges hagymáz kíséretében fordult elő. Ezen kóralakot mint önálló betegséget legelőbb Griesinger a fertőzési betegségeket tárgyaló s a Virchow-féle kórtani kézi könyvben (Virchow's Handbuch der Pathologie) megjelent jeles dolgozata által tette általánosan ismertté. Azóta a legkülönbözőbb országok orvosainak, pl. az oroszóniaknak 1863, a németországiaknak 1868 óta alkalmuk volt ezen különben alig ismert betegséget közelről láthatni.

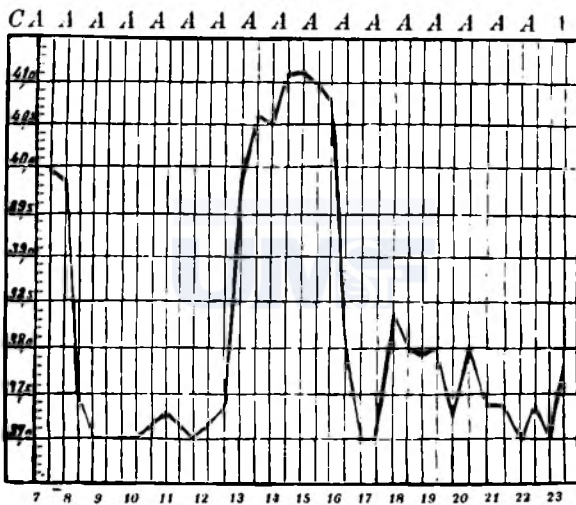
A visszatérő láz, mely mindig a küteges hagymáz kíséretében vagy utána szokott fellépni, 1868-ban nálunk is a küteges hagymázt nyomban követte. Ez alkalommal nemesak a váltólázás vjdeléket támadta meg, ahol különben leginkább szokott fészkelni; de egyéb tekintetben jelleméhez teljesen hű maradt, hogy t. i. a népesség azon részénél uralkodott legnagyobb mérvben, melynek egyénei éheznek, piszkosak, állandó életmóddal nem bírnak. A visszatérő láz mindi g

járványosan lép fel s ragály által terjed, mely a betegek testéből indul ki, a tárgyakhoz tapad s ragályozó képességét ekkor sem veszti el. A lappangási időszak a Boroszlóban tett tapasztalatok szerint 6—9 napig tart. E betegségnek minden korú egyén ki van téve. Úgy látszik, hogy az csak véletlenségből történik, hogy egyes helyeken több gyermek, máshol ismét több felnőtt betegszik meg; ez utóbbi körülmény különben többször fordult elő. A visszatérő láz abban tér el a többi hagymázos betegségtől, hogy az egyszeri megbetegedés nem kölcsönöz mentességet újabb megbetegedések ellenében. Pl. Christison-t a visszatérő láz háromszor támadta meg. Bágyadtság, szédelgés, kábultság s izomfájdalmak ritkán előzik meg e betegséget; de egyes esetekben mégis észleltettek s ilyenkor a betegség kezdetét 3 héttel is megelőzték, mi arra mutat, hogy e betegség lappangási időszaka hosszabb ideig tart. A betegség rendszeren rögtön beálló rázó hideggel, heves fejfájás, elterjedt esúzhhoz hasonló izület-, izom- és ágyékfájdalmakkal s néha hányással kezdődik. A lép mihamar nagy mérvben megrúszad, s heves láztünetek lépnek fel, melyek azonban 5—6 napi tartam után hirtelen megszűnnek, a hőmérsék egy nap alatt 39—42°-ról 35—37°-ra süllyed, dús húgykiválasztás áll be, a nyelv, mely előbb száraz volt, ismét megnedvesedik, a lép duzzadtsága csökken, a megnagyobbodott máj valamivel szintén kisebb lesz, s a beteg 5—8 napig meglehetősen érzi magát; a bágyadtság, fejfájás, izomfájdalmak és számosegyéni tünet azonban a teljes lázcsökkenés dacára sem szűnnek meg, a lép sem fejlődik teljesen rendes terimejére vissza. Felette ritka s nyhe esetekben végződik a kórlefolyás egy rohammal. A betegség neve, lényege s önállása a gyógytanban épen azon alapúl, hogy az első rohamot 5—8 napi félbenahagyás után egy második, ép oly heves s körülbelül 4 napig tartó lázroham követi, mely alkalommal a lép ismét megrúszad, újra valódi hagymázos tünetek állanak be, szóval az első roham teljes kórképe ismétlődik. A második roham 2½—5 napi tartama után ismét teljes válság áll be, mire most már a lép teljes visszafejlődése és valódi gyógyulás következik. Néha még egy harmadik roham is mutatkozik, mely azonban rendszeren enyhébb és rövidebb szokott lenni. Az utótlés (Reconvalescenz) közben néhány esetben esekély lázas izgatottság észleltetett, mit némelyek 4-ik vagy 5-ik rohamnak tekintettek.

A visszatérő lázat a lázmenet jellemzi, mely az első rohamkor erős rázó hideggel, a második alkalmával esekélyebb borzongással kezdődik, mindkét jól kifejezett roham alkalmával 39,5, sőt gyakran 42°-ra emelkedik, s legmagosabb tetőpontját kevéssel a válság előtt éri el. Minden nap esekély, szabálytalan ingadozások mutatkoznak,

melyek a válság előtti napon szoktak legjelentékenyebbek lenni, s melyek rendszeren csak néhány tized fokot tesznek ki $1\frac{1}{2}$ %-nyi ingadozások felette ritkák. A válság rendszerénél alacsonyabb hőmérsékre vezet, mely csak egy vagy több nap múlva emelkedik ismét a rendszer fölé. Az érlökés a roham közben szapora, nagy, lágy, kettős, gyermekeknél gyakran 140, 160, vagy még több; a félbenhagyás közben felnőtteknél egész 44-re, gyermekeknél egész 60-ra csökken. (Lásd: Fig. 21.) Visszatérő láztáblája felnőttnél. A görbület az első roham végén veszi kezdetét, szűnnet a 8-ik naptól a 12-ikig, második roham a 12-ik naptól a 16-ikig. A vizeletben a roham alkalmával a halványosok

Fig. 21.



(Chloride) tetemesen meg vannak kevesbedve, a húgyany mennyisége pedig megnagyobbodott, úgy hogy a naponta kiválasztott húgyany-mennyisége egész 40 grm.-ra rughat: e húgyanyszaporodás még a válság után egy vagy több napig is fenáll. A vilsav (Phosphorsäure) mennyisége lépést tart a húgyanyéval: Fehérnyét és hengereket legtöbb esetben tartalmaz a vizelet (Riesensfeld). A rohamok közben igen heves izom- és ízületfájdalmak kínozzák a beteget. A bőr a nagy jáz dacára legtöbbnyire nedves, a válságokkal erős izzadás s legtöbb-ször mély álom is áll be. Ezen kóralaknál, eltérőleg a többi hagymázoktól, semminemű kütég nem mutatkozik, mert a gyakorta fellépő arc-sömör (*Zoster facialis*) a kezdetbeli rázó hideggel s a köleskütég

(Miliaria) az izzadásokkal függ össze. A lép már a betegség első napjaiban megduzzad, igen jelentékeny terimét ér el, minek következtében megrepedhet és tályogképződés folytán súlyos utótüneteknek válhatik székhelyévé. Obermayer e betegségben a lépét élönél átlag 14 cm. hosszúnak s 8 cm. szélesnek találta. A máj csekélyebb mérvben duzzad meg. A láz tetőpontján néha fellépő sárgaság nem egyéb mint hurut következménye. Oly esetek, melyeknél korán nagy fokú sárgaság mutatkozik, s a láz nem esökken teljesen, epés hagymázba (biliöser Typhoid) szoktak átmenni. Az altest mérsékelt domborúságú, némely betegnél székrekedés, némelynél hasmenés áll fenn. A betegek igen elsoványodnak s vérszegényekké válnak. Utóbajokként vérszegénység (Anämie), vizenyők, lépdaganat, fültömírgylob, vérhas, börtályogok s szemlob léphetnek fel, kivált ez utolsó gyakran előfordul (Murchison). A betegség lefolyása legtöbb esetben jóindulatú. Wyss és Bock 95 betege közül csak 2 halt el. Az epés hagymáznál jóval több haláleset fordul elő. A hullákban merev sötét színű izomzatot, zsírosan elfajult szívet s gyakran vesét is, s számos vérömlenykét (Ekchymosen) találunk, a lép mindig, a máj nem ritkán duzzadt, ez utóbbiban gyakran számos apró tályog van elszórva; továbbá gyakran találunk hörglobot, lebenykés tüdőlobot (lobuläre Pneumonie), a vastagbél croupos lobját, gyomor- és bélhurutot, duzzadt fodor- és hashártya mögötti (retroperitoneal) mirigyeket.

E betegség nagymérvű ragályossága, mely e részben a himlőével majdnem azonos, az óvmód (Prophylaxis) tekintetében megkívánja, hogy a betegek szigorún elkülöníttessenek, a kórszobák a legszorgosabban tisztán tartassanak és jól kiszellőztessenek, a betegek fehérenműire és ingóságaira, melyekkel a járvány már többször elhurcoltatott, nagy gond fordíttassék s végre hogy oly házak, melyek a betegség székhelyeivé váltak, kitrittessenek és fertőzteleníttessenek. Gyógyítási tekintetben kevés tennivaló van. Chinin, gyűszünke (Digitalis) és mireny (Arsen) hatástalanoknak bizonyultak. Legtöbb esetben elég, a beteget tisztán tartani s gondosan ápolni. Amennyiben különben a bonczolatok alkalmával található zsíros szívelfajulás és számos vérömlenyke-képződés (Ekchymosenbildung) oda mutatnak, hogy a halált valószínűleg a magas testhőmérsék okozza: szükséges, hogy a hőmérsék, valahányszor a 39,5^o-ot felülhaladja, hidegborogatások és fürdők segélyével lektüzdessék. Ezenkívül gyakran bor adagolása lesz javalva, mi vassal és chinallal összekötve, az üdülés közben is jó szolgálatokat tesz.

II. Csoport: Heveny, ragályos nyákhártyabetegségek.

A nyákhártyák vagy a közelükben fekvő mirigyes képletek számos körját közös nézpontokból tekintve együttesen lehet tárgyalni. Mindezek helyi megbetegedések, melyek, tüneteiket és a velük járó bonci elváltozásokat tekintve, különféle módon jöhetnek létre. A gége nyákhártyáján levő himlőhólyagok között, a kénsav edzése folytán a bázis- vagy a gyomorban létrejött pörkök között állhártyás lob szokott támadni. De nem ezen állhártyás lob (Diphtheritis) az, mely az itt tárgyalandó kórok sorába tartozik. Himlőnél, hagymáznál vagy higany okozta szájlobnál a nyálmirigyek megduzzadnak azonban ezen kóros eseteknél nem fejlődik ragály s nem képződnek átrakódások (Metastasen) a testben. Épp így áll a dolog a rákos vagy vesebajos betegeknek előjövő vérhassal, valamint azon hőkhurutszerű rohamokkal is, melyek a hörgmirigyek bizonyos betegségeinél szoktak mutatkozni. A járványos hőkhurut, fültömrigylob, állhártyás lob és vérhas az általuk létre hozott bonci elváltozásokat tekintve ugyanezen szervi megbetegedések szórványos alakjaitól miben sem különböznek, hanem különös okok, melyek a testben újra képződnek (reproducirt), ragályzó hatással bírnak s bizonyos lappangási időtartamot igénylenek, ezen betegségeknek különös járványos alakjait hozzák létre, melyek főként a gyermekkort szokták bántalmazni. Az állhártyás lobnak vérhashoz viszonya világos bizonyítékot nyújt arra nézve, hogy mily fontos szerepet játszik e dolgokban a kórszármazásban. Mind az állhártyás lob, mind a vérhas hasonló kórbonei folyamaton alapúlnak, de teljesen külön járványokat képeznek. Míg az állhártyás lob a test minden lehető nyílásán át behat a legközelebb fekvő nyákhártyákra, addig a végbélét bántatlanul hagyja. A vérhas csak is a végbélet bántalmazza s nem a többi nyákhártyákat. Azon körülmény, hogy ezen betegségek képesek a testben újraképződni, s továbbá az, hogy lappangási időszakkal bírnak, arra mutat, hogy növényi csírok útján jönnek létre, s vannak, kik azt hiszik, hogy e betegségek némelyike számára a megfelelő csírokat már fel is találták.

Ezen járványos kóralakok a nekik megfelelő tisztán helyi szórványos betegségektől továbbá még abban különböznek, hogy ragályuk egy időben vagy második sorban más szervekre is behatni képes

és ekként úgynevezett átrakódásokat (Metastasen) és utóbajokat hoz létre (a fültömirigylob: herelobot, álhártyás lob: hüdést, vérhas: vese-lobot). A heveny kútegekhez természetükre nézve a járványos fültömirigylob és a hökhurut állanak legközelebb. Ezek az embert életében csak egyszer támadják meg. Az álhártyás lobreól nem lehet azt mondani, hogy e miatt tartozik a gyermekbetegségek sorába, a vérhas pedig már épen nem túlnyomólag gyermekbetegség. A lappangási időszak ezen betegségeknel nem oly határozott tartamú, mint az előbbi csoportbelieknél, mindazonáltal fel lehet venni, hogy:

a hökhurut	lappangási időszaka	2—6,
a fültömirigylob	"	" 14,
az álhártyás lob	"	" 3,
a vérhas,	"	" 7—10-napot tesz.

E kórok mindegyike lázrohammal kezdődik, mely hökhurut- és fültömirigylobnál enyhébb szokott lenni. A láz a lob kitörése és előhaladása által van feltételezve, de nem oly biztos menetű, mint az előbbi csoportbeli betegségeknel. Az egész kórkép a megtámadott nyákhártyarésztől függ; ezt névszerint az álhártyás loblal lehet észlelni, mely, ha a torokban vagy a gégében lép fel, nyelési és légzési nehézségeket okoz, míg más helyeken ismét egészen más tünetekkel jár. A nevezett négy betegség és a nekik megfelelő helybeli lobalakok közti viszony igen hasonló ahhoz, mely a hányszékelés (Cholera) s a leghevenyebb szórványos bélhurutok, továbbá a szentakár (Blennorrhoea) s némely heveny köthártyahurutok között létezik.

Az itt egybefoglalt kóralakok közül a hökhurut leggyakrabban kanyaró kíséretében, az álhártyás lob vörheny után szokott fellépni, a fültömirigylob gyakran jár mind a kanyaró, mind a vörheny járványával a nélkül azonban, hogy ezen betegségek valamelyikével szorosabb viszonyban állna.

I. HÖKHURUT, PERTUSSIS, KEUCHHUSTEN, STICKHUSTEN, BLAUER HUSTEN, COQUELUCHE, HOOPING-COUGH.

Biermer, in Virchow's Handb. Bd. 5, Abth. I. p. 531.

Oppolzer, in der Wiener med. Presse Nro 34. 35. 36.

Hauke in Jahrb. f. Kinderheilk. 1863. Bd. VI p. 75, und ibid. Bd. V. p. 42.

Helmske: Beitrag zur Inhalationstherapie des Keuchhustens. Jen Zeitschrift Bd. III

p. 309.

A. Steffen: Ueber Inhalationen bei Tussis convulsiva. Journ. f. Kinderkr. XLVII. p. 6.

A hökhurutot legelőször Ballonius és Sehenk irták le. Hogy mily régen ismertetik már e betegség, arról nincs tudomásunk. Jelenleg az emberektől lakott föld legnagyobb részén el van terjedve. Legtöbnyire mint járvány lép fel s különösen tavasszal s ősszel uralkodik. Oly egyes köresek, melyek sem járvánnyal összefüggésben ninesenek, sem a betegség tovaaharapózása utánuk be nem következik, a ritkaságok közé tartoznak, s kórismertetéstik helyessége iránt kétely forog fenn. A gyermekkor a ragályoztatás iránt határozottan fogékonyabb, mint a felnőtt kor. A 2-ik és 7-ik év között leggyakrabban fordul elő e betegség. A cseesemőket rendszeren megkiméli, fordúltak elő azonban esetek, ahol az anya a terhesség végén hökhurutban szenvedvén, e betegség a gyermeknél már az élet első napján jelentkezett. (Rilliet és Barthez, Watson). Leányok közül több szokott megbetegedni s ezeknél a halandóság is nagyobb, mint fiúknál. A kiállott betegségek közül egy sem hajlamosít a hökhurutra annyira, mint a kanyaró; ugyanis mind a járványos kanyarót gyakran követi hökhurutjárvány, mind a szórványos kanyaró-eseteket egyes hökhurutos megbetegedések. Mindkét betegség ugyanazon egyénen egy időben is előfordulhat, de töbnyire a hökhurut a kanyaró után néhány héttel szokott fellépni. Az is gyakran megtörténik, hogy a hökhurutot vörheny vagy bárányhimlő előzi meg. Ezen betegség elterjesztését ragály eszközli, mely a betegek leheletében és köpetében rejlik. A ragályozást nem csupán közvetlenül a beteg eszközli, hanem az közvetve egészséges egyének vagy fehérméltik által is történhetik, ha t. i. a köpet ezekhez tapadt. Beteges, görvélyes gyermekek kiváló hajlamosággal bírnak a megbetegedésre. A hökhurut önálló (ragály nélküli) támadása felette ritkán fordulhat elő. Távolszigeteken figyelemmel lehet kísérni, hogy e betegség csak is bevitel által jö létre, helyszínén sohasem támad. Már Linné gyanította, hogy a hökhurutot állati ragály (Contagium animatum) hozza létre, újabban Poullet alsóbb szervi csirokat talált a betegek által kilehelt légben. Hogy e kóralak a vérbetegségek között jogos helyet foglal el, bizonyítják ama tulajdonságai, hogy az egyszeri megbetegedés további hasonló megbetegedések ellen óverőt nyújt, hogy a betegség az anyáról átszáll a magzatra, s hogy a kórfolyamat — miként látni fogjuk, — éppen nem egyszerű helybeli. A lappangási időszak tartamát illetőleg kevés megbízható észlelettel bírnak. Az adatok 2 és 7 nap között ingadoznak, miért is középszámban fél hetet vehetünk fel a lappangási időszakra tartamán. E bizonytalanságot az okozza, hogy az első időszak lassanként veszi kezdetét. Megjegyzésre méltó még, hogy nálunk fel-

nöttek hatályosan felette ritkán ragályoztatnak, míg a Faraó-szigetek lakóit (P a n u m állítása szerint) ha a ragály hozzájuk eljutott, a betegség minden körülménység nélkül megtámadta. — A kórlefolyást közönségesen három időszakra szokták felosztani, u. m.: kezdetbeli hurutos (initial-catarrhalisch), végződési hurutos (terminal-catarrhalisch) és e kettő közé eső ránggöresös (convulsivisch) időszakra, mely utóbbi egyedül jellemzi a betegséget. Az első hurutos időszak középtartama egy-két hetet tesz, bár néhány nap és négy, sőt öt hét között is ingadozhatnak. Ez időszaknak majd elején, majd további lefolyásában esténként enyhe lázas mozgalmak mutatkoznak, melyeket az érlökés és hőmérsék csekély emelkedése jelez, az étvágy csökken, a szomj fokozódik, a gyermekek kedélye lehangolt, nyugtalan, arcuk halvány, zavart kifejezésű. A gyakori flüsszentések, szemégés, torokcsiklandás, gyakran, kivált éjjel beálló száraz köhögés, fátyolozott hang, fényiszony, könnyezés teljesen a hurut kórképének felelnek meg. Az egyes köhögési mozgások mindinkább sürűbben jelentkezve, rohamokká alakúlnak, melyek sajátzerű erőlködő és göresös jellemet öltenek.

Igy a kórfolyamat lassúbb vagy gyorsabb léptekkel a második, vagyis a ránggöresös időszakra megy át. Ezen időszakot a hőkburutos köhögési rohamok jellemzik, melyek majd csak néhány percig, majd egész $\frac{1}{4}$ — 1 óráig tartanak s napjában 5-, 10-, 20-, 30-szor, sőt még többször is ismétlődhetnek. E rohamok gyakorisága természetesen változó, amennyiben esetlegességek, pl. erőfeszítés, kedélymozgalom, a nyelés, hőmérsékváltozás, stb. felkölthetik e rohamokat; mindazonáltal a második időszak elején gyakoriságuk és belterjességük növekedik s később ismét csökken. A tulajdonképpeni rohamot gyakran rögtöni nyugtalanság és félelem, elváltozott arkifejezés, a légzés és érlökés gyorsulása s mindenféle kellemetlen érzések, mint a szegycsont alatt vagy a nyakbani égetés, émelygés, hőérzet előzik meg. A gyermek ágyában rögtön felemelkedik, vagy valamely tárgy felé siet, melyhez fogódzani igyekszik s e közben rögtön kezdetét veszi a roham, mely számos, hangos, a torokgyíkös betegéhez igen hasonló belégzésből és kétily belégzés közti többszörös kilégzésekből van összetéve. Ezen belégzések között történő többszörös köhögési mozgásokat sajátóságos, nedves, nagy, hólyagos (mondhatni reesegő) gégebeli szörtyögések kísérik. A roham közben az érlökés kiesiny és gyors, a légzés göresös; a beteg száját nyitva tartja s karjaira támaszkodik; arca agályos kifejezésű, eleinte erősen kipirúl s mihamar kékkóros (cyanotisch) küilemet ölt; szemei fénylők, könnyeznek és erősen belöveltek;

sőt a vérbőség amnyira fokozódhatik, hogy a köthártyában vérömlenykék (Ekehymosen) jönnek létre s fül-, száj- s orrverzés támad; ez főleg akkor történik, ha a vérvegy a betegség folyamában már megromlott. A roham vége felé a beteg sok nyállal vegyült szivós, nyúlós nyákot köhög fel, mi mellett gyakran többé-kevésbbé elváltozott ételeket s a gyomor tartalmát képező egyéb anyagokat hány ki. A légzés és érlökés még a roham után is hosszabb ideig gyorsult marad, a könyezés tovább tart s általános bágyadság marad vissza.

Ezen rohamok H a u k e kísérletei szerint szaporodnak a belehelt lég szénsavtartalmának s ritkúlnak élelytartalmának növekedtével. Gyakran a roham fellépése előtt a felső légutakban szörtyögéseket lehet hallani s a betegek légesövényben, t. i. szegyesontjuk megett vagy nyakuk alsó részében, esiklandást érznek. Orvosok, kiknek alkalmuk volt e betegséget önmagukon észlelni G r i e p e n k e r l, L o c h n e r t, azt tapasztalták, hogy a roham csak a felső légutakban levő nyák kiürültével szűnik meg. A roham tehát erőműveleg akként jö létre, hogy a hangszálagok alsó oldalán levő s B i d d e r által kimutatott inger-visszahajlási érzékenységgel bíró öv (reflectorisch empfindliche Zone) a felfelé touló hurutos váladék által ingereltetve, erre kóros erővel visszahatást szül. Miként R o s e n t h a l állatokon tett kísérleteinél, a hangrés elzáratik, a rekesz ellazul, és a kilégzési izomkészülék tevékenységbe lép, esakhogy e mozgások hökhurutos embernél erősebbek, mint ama kísérletek alkalmával voltak. Ezt nemcsak a köhögés hevessege mutatja, hanem az is, hogy a hassajtó működése következtében hányás áll be, s e mellett még néha bélsár- és vizeletkiürítés is előfordul. W i n t r i c h kimutatta, hogy a köhögési lökések vérhullámot hoznak létre az üterekben, s hogy a sziv tevékenysége a heves kilégzések közben gyengült, sőt pillanatra meg is szűnik. Hogy mennyire hevesek eme köhögési rohamok s mily erővel bír ekkor a kilégzési nyomás, mutatja továbbá az, hogy a tüdőszövetében megszakadások történnek, mi által néha terimbeles légdag (intersticielles Emphysem) jön létre, s hogy a tüdő szélein és felső lebenyeiben helyettesítő heveny légdag (acutes vicariirendes Emphysem) szokott támadni. Ezen köhögési rohamok alatt gyakran visszerpedések történnek és ennek következtében vérzések támadnak, melyek a bőrben pontozott alakban jelennek meg, a köthártyában véraláfutást hoznak létre, az orr és száj nyákhártyájából vérkiesepedés és a megszakadt dobhártyából néha-néha még vérfeeskendés alakjában is mutatkoznak. G e n d r i n és B e a u ama felvételét, miszerint a gégebemenet lobja hurutos váladékot szolgáltatna s e váladék beszívargása a gégébe, be-

lehelten idegen test módjára, idézné elő a köhögési rohamokat, gyógytani kísérletek alapján már ezelőtt hibásnak jeleztem, s azóta hökhurutos betegek véghezvitt gégettkrészeti vizsgálatok segítségével Rehn által a legalaposabban megcáfoltatott. A tényleges lelet abban áll, hogy a gége mellső fala a hangszálak alatt, valamint a mellső légcsőfal tetemes vérbőséget mutat. Ez sokkal inkább megfelel a Bitter-féle visszahajlási érzékenységgel bíró övnek s a roham előtt fellépő csiklandás székhelyének. Ama helyen termeltetik tehát részben a váladék, vagy ha alantabb veszi is eredetét, minden esetre ama helyre jutva hozza létre a köhögési rohamot; azt azonban kétségbe vonom, hogy a roham hevességét, névszerint a hangrés belégzéskori szűkülttségét, — mire az ekkor támadó hangokból következtethetni, — a szóban forgó hely vérbőségéből ki lehetne magyarázni. Ennek okát nem az érzéseket vezető, hanem az érzéseket mozgásokká alakító készülékek, tehát a nyúltagy kóros állapotában kell keresnünk. E mellett szól az is, hogy nemcsak ivás (midőn t. i. folyadék jut a gégebe), hanem szellemi inger is előidézi rohamokat. A súlyos rohamok közben, névszerint csecsemőknél fellépő általános ránggöresöket, avagy némely esetben a köhögés közben beálló rögtöni halált a szív működésének szüneteléséből származó heveny agyvérszegénységből lehet kimagyarázni. Oly gyermekeknél, kiknek már fogaik vannak, a rohamok közbeni dörzsülés következtében a nyelvfekésén vagy mellette két oldalt fekélyek támadnak.

Ezen időszak tartama két és tizhét között váltakozhatik, közönségesen azonban körülbelül egy hónapra terjed; súlyos hevenybetegségek közbejütte ezen időszakot lényegesen megrövidítheti. — Az erre következő harmadik időszak tartama szintén felette változó. Kezdetét a rohamok lassankénti gyérülésével és enyhülésével veszi és az egészség helyreállításával végződik; ez időszak alatt a beteg erősödni kezd, előbbi szenvedő külemét elveszti, arcborének duzzadtsága elmúlik s az előbbeni vidámság ismét helyre áll. Sajtos góccok fejlődése az előbb májosodott tüdőrészletekben, s a megduzzadt hörgmirigyekben, vagy kiterjedt heveny gümőkór fellépte különböző szerveken a 3-ik időszak lefolyását megnyújthatja, vagy kedvezőtlenül megrövidítheti, amennyiben azt e kórfolyamatok vagy megszakítják, vagy hozzá társúlnak. Ezen bonyodalmak gyakorisága ismert dolog, miért is megjelenéstől minden hökhurutos kóresetnél tarthatunk.

A hörgők hurutjából, mely a hökhurut szükségképeni kísérő tünetét képezi, és rendszeren a legfinomabb hörgágésákra is kiterjeszkedik, miként a kanyarónál, úgy itt is az alsó hátsó tüdőrészletekben tá-

gúlatlanság (Atelektase), s lebenykés (lobuläre) hurutos tüdőlobok fejlődnek, melyek a tágulatlan tüdőszövetben lépnek fel s később a felső lebenyek nagyobb részleteire is elterjedhetnek. Lefolyásuk igen idült, gyakran sajtos góccokká változnak át, s a duzzadt, vértelt hörgmirigyek hasonlóképen sajtos elváltozás székhelyeivé válnak. Ennek következtében nem ritkán heveny gümőkór alakjában általános fertőzés jön létre, miután a hökhurut már hónapok óta megszűnt. Erre névszerint oly betegek mutatnak hajlandóságot, kik gyakori hányások folytán jutottak igen tönkre. A nem ritkán előforduló arevizenyő és elterjedt bőrvizkór is az így támadt vérszegénységgel függ össze.

Hökhuruthoz hasonló kóros állapotokat a hörgmirigyek gümösödése s némely hurut- és tüdőlobalakok hozhatnak létre. Ezekkel szemben nem mindig lehet a kórismét egész biztossággal megállapítani. A kórisme leglényegesebb támpontjaiként a származástani viszonyokat, így a betegség járványos és ragályozás utjáni elterjedési módját, a köhögési rohamok sajátzerű jellemét s a betegség majdnem teljesen láztalan lefolyását kell tekinteni. Éppen a kórismézésre nézve fontos, hogy a rohamokat ne csupán leírásokból, hanem saját megfigyelésünk nyomán is ismerjük s azokat e célból előidézztük; ezt néha már csupán a tárgyilagos vizsgálat is eszközli avagy eszközölhetjük akként, hogy a gyermekeknek enni és inni adunk, őket mogorván szólítjuk meg, rájuk ijesztünk, stb. A hökhurutrohamok leírásánál, melyet a beteg gyermekeket környezőtől nyertünk, legjellemzőbb, hogy egyúttal hányás áll be, a beteg arca elkékül, nyúlós nyákot köhög ki, és hogy a roham kezdetén valamely tárgyhoz igyekszik kapaszkodni vagy támaszkodni. A hörgmirigygümösödést természettani jeleinek vagy azon általános zavaroknak kimutatása által lehet megkülönböztetni, melyek a gümőkóros tolyamatok tulajdonságaiként ismeretesek. Ezen kivül mind e kóralak, mind a fojtó hörglob (suffocative Bronchitis) kevésbé szabályszerű lefolyással bír s a rohamok közt is tetemesebb zavarokat idéz elő, mint a hökhurut, végre pedig rövidebb, gyéreb, s bárha hasonló, de még sem teljesen egyenlő rohamokat mutat.

A kórlefolys és jöslat az egyes járványok jelleme szerint jelentékenyen változnak, mindazonáltal legtöbb esetben mindkettő kedvező, csakhogy ide vonatkozó általánosabb érvényű számviszonyok nem állapíthatók meg. Leginkább talán L ö s c h n e r adatai felelnek meg, ki a halandósági számviszonyúl 1 : 27 —30 vesz fel. A szerencsétlen kimenetelek különféle módon jöhetnek létre. A legközvetlenebb halál az, mely egy köhögési roham vagy egy a bonyodalnak sorában említett göresroham közben fulladás folytán támad; ezen gör-

esős rohamok (Rilliet és Barthez szerint) a köresetek $\frac{1}{3}$ -énél halálos jelentőségűek. Ezenkívül a körlefolyáshoz csatlakozó kiterjedt tüdőlobok vagy tüdőtágulatlanságok szoktak halált okozni. De még akkor is fejlődhetnek hosszantartó, veszélyes utóbajok, ha a betegség második veszélyesebb időszaka szerencsésen lefolyt. Már magának a 3-ik időszaknak rendesenél hosszabb időrei kinyulását is ide kell számitani, midőn t. i. a rekedtség, köhögés, nyakos kiköpés, a melleni elterjedt fájdalmak folyton tartanak; ide tartoznak továbbá a tulajdonképpeni betegség után visszamaradó s kiegyenlíttetésükhöz hosszabb időt igénylő vérszegénységi és vizvértségi állapotok, s végre mint legveszélyesebb utóbajok, megkeményedett májcsodási sajtosodó maradványok. Az egyes eset jóslatánál mindig a járvány jellemét, az egyén előbbeni egészségét, a görvélyes hajlam és a tüdőszövet mélyebbre ható megbetegedéseinek hiányát, valamint a rohamok belterjességét és a bonyodalmatokat kell tekintetbe venni.

A g y ó g y e l j á r á s t illetőleg járványok alkalmával legelőbb is az óvmódot kell szem előtt tartani, ugyanis a megfelelő korú gyermekeket, kik még hökhurutban nem szenvedtek, a betegekkel minden érintkezéstől távol kell tartani s hol a viszonyok megengedik s a ragályozásra nagy az alkalom, a járvány székhelyétől eltávolítani, ezt különösen roszindulatú járványok alkalmával és gyenge, már többször mellbajokban szenvedett egyénekkel szemben kell érvényesíteni. A betegek azon alapelv szerint kezeltesenek, hogy az egészséges lég- s egyenletes hőmérsékbeni tartózkodás és kellő táplálkozás leginkább képesek a körlefolyást megrövidíteni és enyhíteni. Ennélfogva a betegeket idő és körülmények szerint vagy egyenletes melegségű, de jól szellőztetett szobákban (ha tetemesebb láz van jelen: ágyban) kell tartani, vagy a nap alkalmas óraiban s enyhe időjárás mellett a szabadba küldeni. Gyakran a falun tartózkodás is jó szolgálatot tesz.

H a u k e tapasztalata a szénsav befolyását illetőleg arra hí fel, hogy a betegeket, ha az időjárás megengedi, a szabadba küldjük, ellenkező esetben pedig számukra tágas, jól szellőztetett szobákat választaszunk tartózkodási helyül. Miután gyakran azt tapasztaljuk, hogy a körlefolyást enyhíti és rövidíti, ha a betegek előbbeni tartózkodási helyüket csak néhány órára is elhagyják, ebből önként azon következtetést kell vonnunk, hogy a beteg által termelt ragály folytonos belehelése a kórszobában tartózkodás közben súlyosítja és hosszítja a körlefolyást. A gyakori hányást véve tekintetbe a táplálás kiváló gondosságot igényel. Az ajánlott gyógyszerek közül a legtöbbször nagy adag vakhit kívántatnék, hogy valaki magát mai nap alkalmazásukra

elhatározza. Ez áll névszerint a Coccionella, pézsma- (Moschus), salétromsav-, benzoë-ről, stb. A francia orvosoktól ajánlott és rövid idő alatt nagy elterjedést nyert légszesztisztító gőzök belehelése is mihamar elveszté hírét. Igen valószínű, hogy ezen eljárásnál a gyermekeknek a szabad levegőre való vezetése volt gyógyító hatással; ezt abból lehet következtetni, hogy ez eljárás mellett nyáron kedvező eredmények értek el, míg télen semmi siker nem mutatkozott. Az észszerű gyógykezelés feladata a köhögési rohamok hevességét mérsékelni, mert ezekből erednek a veszélyek, melyek a beteg életét vértések, a légutak megszakadásai és túlságos hányás alakjában fenyegetik. E cél háromféle úton érhető el. Bódító szerek legtöbbször vétettek alkalmazásba, ezek a felső gégeidegnek (N. lar. sup.) mind idegközpontjára, mind környi részeire hatást gyakorolnak. A mákony (Opium) és szunyal (Morphin) ilyenén befolyásúak. A többi bódító szerek közül kiválóan a salátony (Lactucarium) ajánlatott. Hangyanyhalvag (Chloroform), dohány, mérges vízbírók (Cicuta) és beléndek (Hyoseyamus) is külön-külön dicsérettel halmoztattak el. Valamennyi bódító szer közül Trousseau élénk ajánlása folytán a nadragulyaal (Atropin) és a nadragulyaal tartalmazó nadragulyakészítmények estéknél egyszerű növekedő adagban rendelve, jöttek leginkább alkalmazásba. Ezenkívül a szunyal érdemel legtöbb bizalmat. A köhögési rohamok mérséklésének másik módja abban áll, hogy a hörgők váladéka, mely különösen a hökhurut göresős időszakában szivós, enyvszerű, folyékonyabbá változtattassék, s így a túlérzékeny nyákhártyarészletek az érintésnek rövidebb ideig legyenek kitéve. E célra szolgálnak a hánygyökér (Ipecaeuana), a dárdanykészítmények (Antimon), de főleg a szénsavas lúgalok. A szénsavas lúgalok valódi gyakorlati értékét nem szabad felette kicsinynek tartanunk, de azt sem kell hinnünk, hogy e szerek a légesőbeni esiklandás kezdetével bevéttve, már a legközelebbi rohamot képesek volnának rövidebbé tenni. A harmadik módszer, melyet én az itteni tankórodán is előszeretettel követtem, abban áll, hogy a meglobosodott és ezáltal érzékenyebbé vált nyákhártyarészletek ingeresillapító szerekkel közvetlenül érintkezésbe hozatnak. Ez okból, élettani tapasztalatok alapján, bűzenykészítmények (Brom) s kivált a könlegenytűzeg (Bromammonium) alkalmaztattak naponta többször 0,1—0,3 gr.-os adagokban. Én hasonló célból 40%-os hamanybtűzeg (Bromkali) beleheléseket használtam. Még 1½ éves kis gyermekeket is könnyű volt a belehelésekre rávenni. A rohamok enyhültek, rövidebb ideig tartottak s gyérültek. A gyógyulás csak 1—3 hetet vett igénybe. Rohu Hanában 1—20%-os pokolköldattal még

kedvezőbb eredményeket ért el. Ezen belehelési eljárás, szükség esetében egyes nadragulyadagokkal és gyakori szikvizivással összekötve, jelenleg a legajánlatosabb gyógyeljárásnak tekinthető. Ha a betegek a hökhurut folyamában vérszegényekké lesznek, akkor a Lombard által ajánlott szénsavas vaséleceset (Kohlens Eisenoxydul) kell nagy adagokban alkalmazni; s ha a harmadik időszakban a hörgőkben, bő takárszerű váladék termelődik, úgy a Geigel M. által dicsért eserey^t (Tannin) rendeljük. Tüdőlobok fejlődését elővigyázó rendtartás és az itt ajánlt belehelési gyógymód alkalmazása által bizonyára gyakran sikerülend megakadályozni. A hol pedig már fenáll a tüdőlob, ott a beteggel gyakran helyzetváltoztatást s mély belégzéseket tétetünk és ezen kívül a már említett köptető-szereket adagoljuk.

II. JÁRVÁNYOS FÜLTÖMIRIGYLOB, PAROTITIS EPIDEMICA, ZIEGEN-PETER, MUMPS, OREILLONS.

Rombert und Henoch: Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berl. 1851 p. 116.

v. Bamberger: Unterleibkrankheiten in Virchow's Handbuch, Bd. VI. 2. Aufl. S. 6.

E. Malabouche: Etude sur la maladie désignée généralement sous le nom d'oreillon. Montpellier 1867.

E. Combeau: Des oreillons, considérée comme maladie générale et de l'atrophie consécutive à l'orchite épidémique. Paris 1867.

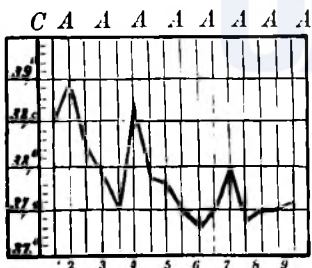
A járványos fültömrigylob s azon fültömrigylobok között, melyek sértés, meghűlés, a lobnak a szájürbőli tovaterjedése folytán támadnak, vagy általános megbetegedések alkalmával átrakodás útján jönnek létre, ha a mirigyben történő elváltozásokat veszzük tekintetbe, tetemes különbséget alig találunk. A járványos fültömrigylobnál a mirigyet körülvevő kötszövet szokott főként megtámadva lenni. A lerakodott izzadmány ritkán szolgált anyagot geuyedésbe átmenő sejtek és ép oly ritkán maradandó s megkeményedő szövetek képződésére. Bonevizsgálatra ezen kóralaknál felette ritkán nyílik alkalom, de ahol boneolat történt is, a lelet a betegség különös alakjára nézve semmi jellegzőt sem mutatott. E betegség jelleme nem a fültömrigylobjának minőségében, hanem okában rejlik, mely ok ragályozó képességgel bír s ez által a betegséget járványossá teszi, az egyénre életében csak egyszer képes hatást gyakorolni, mely hatás csak bizonyos tartammal bíró lappangási időszak folytán jut érvényre, s végre a fültömrigyeken kívül egyúttal még egyéb szerveket is megtámad, vagy

legalább meg képes támadni. A járványos fültömírigylob némely vidékeken, névszerint állítólag Belle Isle-ben otthonos (endemisch) betegséget képez. Nálunk csak időnként s járvány alakjában lép fel s a heveny klttegeknél, névszerint a vörheny- és kanyarónál gyéribben mutatkozik, de ezekhez szívesen társúl, vagy kevéssel előttük avagy utánuk mutatkozik. Zordon és nedves éghajlatok alatt a fültömírigylobjárványok állítólag gyakoribbak; néha állítólag otthonosan (endemisch) uralkodó váltólázal tapasztaltattak közelebbi összefüggésben emni. E betegség leggyakrabban a gyermekkor azon részében szokott fellépni, mely a második fogzás és a fanosodás közé esik, és több fiút szokott megtámadni, mint leányt. A járványos fültömírigylob elterjedését, miként a kanyaró, igen gyakran az iskolák-, gyárakban s hasonló helyeken együttlétnek köszöni. Felnöttek ugyan esekélyebb hajlamos sággal bírnak a megbetegedésre, de azért nem mindig kiméltetnek meg általa. Néhol katonaság között észleltetett a fültömírigylob járványosan fellépni. A lappangási időszak átlag mintegy 14 napig tart, bár egyes adatok szerint 1—3 hét között ingadozik. Az egyszeri megbetegedés biztos óverőt kölesönöz további hasonló megbetegedések ellenében. E betegségnek azon mások által is felemlített tulajdonságát, miszerint az az anyáról a magzatra átmege, egy esetben nekem is volt alkalman tapasztalni, ahol is a szülés 14 nappal két idősebb gyermek megbetegedése után következett be. Kétkedem, hogy ez esetben a gyermeknél beállott emlömírigy duzzadás úgynevezett átrakódás (Metastase) útján jött volna létre.

A körtünetek borzongás-, levertség-, bágyadtság-, étvágytalanság- s hasonló általános zavarokkal kezdődnek, a szomj fokozódik, az érlökés mérsékeltén gyorsúl, a bőr hőmérséke emelkedik. Egy idő múlva, ritkábban már kezdetben, előtérbe lépnek a helyi tünetek. A pofa és fül táján égető, nyomó fájdalom lép fel, mely kívülről alkalmazott nyomásra, vagy — ami különösen jellemző — a száj nyitásánál fokozódik, ezt nemsokára a fájdalmas részek halvány (a mélybeni) megduzzadása követi, mely duzzadás azután mindinkább a külső részekre és azok szomszédságára, u. m. az arc egész féloldalára s a nyak felső részére elterjed, az arcot nagy mérvben eltorzítja és buta, együgyü kifejezésüvé teszi. Kezdetben rendszeren az egyik, s pedig legtöbbynire a baloldali fültömírigy szokott megduzzadni, mire aztán néhány nap múlva a másik oldali mirigy megduzzadása is bekövetkezhetik, anélkül azonban, hogy megduzzadása az előbbiéhez hasonló fokot érne el. — Hogy a bőr mily mérvben vesz részt a lobban vagy a vizenyőben, könnyen

kittünik a reá alkalmazott feltületes nyomáskor nyilvánuló fájdalomosság fokából és az újjbenyomat megmaradásából. A nyak felső részének duzzadtsága különösen akkor mutatkozik tetemes mérvben, ha következésképpen az áll alatti mirigyek is megvannak duzzadva. A daganat felcserelését a nyirkmirigyek egyszerű lobos megbetegedésével, vagy a lágyszöveteknek ezen tájoni csoportjában következésképpen támadt duzzadtságával könnyen elkerülhetjük, ha a körelőzményt pontosan kitudakoljuk és a tárgylagos tüneteket szabályszerűen számba vesszük. A betegség kezdetétől számított 2-ik naptól a 6-ikig a helyi körtünetek fokozódnak, a daganat terjeszkedik, a száj nyitása mindinkább nehezített, a nyelés is akadályozott, a beteg fejét feszesen tartja, vagy egyoldali daganatnál a bántalmazott oldal felé hajtja. Az arc- és fülfájdalmak folyton tartanak, nyálfolys nem igen szokott fellépni. — A súlyosabb köreseteket már ekkor jellemzik a körfolyamathoz társuló légzési nehézségek, a hang tetemes elváltozása vagy agytünetek. Rendesen azonban az általános tünetek a kezdetbeliekhez arányítva mérséklődnek, ugyanis a láz alábbhagy, míg az emésztési zavarok nem változnak, sőt néha hányás is mutatkozik.

Fig. 22.



A lázviszonyokat illetőleg nálunk, hol e betegség a legenyhébb alakban lépett fel, csak egy esetben volt alkalom eredményes tanulmányozást tenni. Az idemellékelt láztábla azon esetre vonatkozik.

Lásd: Fig. 22. Járványos fültömrigylob 5 éves lánykánál.

Mint hogy azonban egyes járványtudósításokban tetemes, sőt hányásos láztünetekről tétetik említés, felette kívánatos, hogy oly esetekben, melyeknél a tanulmányozásra több alkalom nyílik, a hőmérsékviszonyok észlelése ne hanyagoltassék el. Régóta szokásban volt felüött betegekénél a nemző részeket átrakodástól (Metastasen) féltetni; ugyanis férfiaknál hereleobtól, nőknél a szeméremajkak és emlőmirigyek lobjától tartottak. Újabb időben tett kutatások ismereteinket e részben több tekintetben bővítették. A lob, mely férfiaknál az ondőmirigyét és a nők megfelelő szervét, a petefészket, vagy ritkábban a nemi szervek előbb említett részeit, az emlőket megtámadja, nem átrakodás szüleménye, hanem oly viszonyban áll a fültömrigylobhoz, mint a bőr vörhenykittegehez a vesebajok, azaz a

testbe hatolt ugyanazon kóroknak eredménye, mely azonban nem áll be minden esetben. E lobok nem csak akkor lépnek fel, midőn a nyák mirigy duzzadtsága alábbhagy, hanem ezzel együtt is lefolyhatnak, sőt nagy járványok alkalmával oly egyéneket is megtámadnak, kiknél a fültömírigy se azelőtt, se később meg nem duzzadt. Férfiaknál e kór maradandó heresorvot és tehetlenséget vonhat maga után. Vannak e kóranagnak még ritkábban előforduló helyi hatásai is, ilyenek: a szem, torok, fül és nemi szervek nyákhártyáinak lobjai, melyek egy szerű hurutos jellemmel szoktak birni (C o m b e a u).

A betegség lefolyása legtöbb esetben igen kedvező, úgy hogy a baj említett több napig tartó fokozódása és alig 48 óráig tartó tetőfoka után a lázas izgatottság tünetei, a fájdalmak s az emésztési zavarok gyorsan enyhülnek, mire néhány nap, körülbelül egy hét lefolyta alatt a daganat teljesen eloszlik. Ritkán kedvezőtlen, mondhatni rendellenes kimenetűek azon kóresetek, ahol még hosszú ideig csekély fájdalmasságú, de eltorzító s a rágást gátló daganat marad vissza (megkeményedés), továbbá ahol a láz látszólagos alábbhagyás után újra, avagy minden alábbhagyás nélkül folyton emelkedik, a betegség tetőpontján borzongások lépnek fel, a fájdalmasság és daganat még az első hét végén is folyton fokozódik s a daganat kiválóan egy körülírt helyen nagyobbodik, végre a Stenon-vezetéken (időnként) geny ürül ki s ezen körülmény s a daganatban mutatkozó hullámnzás a folyamat genyedésbei átmentére mutat. A genyedési folyamat gyakran még ekkor is helybeli, s a tályogképződés korlátozott marad.

G y ó g y k e z e l é s tekintetében legtöbbször elég a beteggel életrendet (Diät) tartatni, őt ártalmas külbefolyásoktól óvni, a kóros részt gyapotba vagy hasonló anyagba burkolni; kezdetben enyhén hűtő vagy a bélesőre elvezető avagy teljesen közömbös szereket rendelünk s csak heves fájdalmak s nagyfokú daganat jelenlétében vagy a garatbeli szervek jelentékenyebb megbetegedésének hozzájárultával vannak helybeli vérelvonulások (vadályok vagy bemetszések) javulva; genyedés fellépténél pépborogatásokat alkalmazunk és idejekorán bemetszéseket teszünk; megkeményedésnél higany- vagy iblanykenőcsöket rendelünk.

III. ÁLHÁRTYÁS LOB, DIPHThERITIS, BRAEUNE.

- Bretonneau: Des inflammations spéciales du tissu muqueux, et en particulier de la diphthérie ou inflammation péliculaire. 1862
- Jaffe: Schmidt's Jahrb. Bd. 113. p. 97.
- E. Wagner: Die Diphtheritis und der Croup des Rachens und der Luftwege in anatomischer Beziehung. Arch. der Heilk. VII. p. 481.
- R. Demme: Mittheilungen über eine im Berner Kinderhospitale beobachtete Diphtheritis epidemie. Jahrb. für Kinderheilkunde. Neue Folge I. 1. und 3.
- P. A. Maingault: De la Paralyse diphthérique, recherches cliniques sur les causes etc. Par. 1860.
- G. Lewin: Ueber die Diphtheritis mit besonderer Berücksichtigung der laryngoscopischen Erfahrungen. Berl. klin. Wochenschr. I. 4. 5. 6. 1864.
- L. Leszerich: Beiträge zur Kenntniss der Diphtheritis. Virch. Arch. Bd. 43. und 46.
- B. Wagner: Zur Anwendung der Milchsäure bei Croup. Jahrbuch für Kinderheilk. N. F. III. 1.

Már a hajdankori írónál találunk említést álhártyáslobos megbetegedéséről. Ennek igazolására joggal felemlíthetjük Aetius „de ulcere Syriaco“ című könyvét. A betegség mostani nevét Bretonneau-tól Tours-ban nyerte. Az álhártyás lob rendesen szórványosan vagy kisebb téli és tavaszi járványok alakjában szokott fellépni. Kivételt képeznek azon esetek, ahol a betegség oly nagy mérvben elterjedt, hogy gyakran a legkülönbözőbb országok népességét megrettgettette. Ily hatalmas járvány volt az, mely a hatvanas évek elején az északnémethoni partokon kezdődve, dél felé terjeszkedett, s mely, — úgy látszik, — még maig sem dühöngte ki teljesen magát és egyes városokban folyton uralkodik.

Az álhártyás lob közönségesen mint a torok vagy a gége helybeli megbetegedése lép fel; mindazonáltal épp úgy megtámadhatja a szem, orr, női szeméremtest nyákhártyáját, vagy a bőrön lévő sebfelületeket. Legtöbb esetben helybeli baj marad, de máskor fehérvyvelést, hűdéseket, heveny vérszegénységet, nagy szivelgyengülés okozta rögtöni halált idézhet elő. Valószínű, hogy álhártyás lob önként is támadhat; erről szórványos fellépése tanuskodik. Az önként támadt álhártyás lob csekélyebb ragályozó képességet mutat. Ellenben nagy járványok alkalmával a betegség igen ragályos és majdnem kizárólag ragályzás útján terjeszkedik. Ezen tény valóságát az orvosi rendnek áldozatul esett kitűnő képviselőin volt alkalmunk sajnoson tapasztalhatni. A ragályt maga az álhártyás lobos nyákhártya termeli s a lehet és a légzési nyákhártyák váladéka tartalmazza, egyébiránt fehérenemű s egyéb hasonló tárgyak útján is ragályozhat. Valószínű, hogy

e ragály nem légnemű, hanem a leheletben csak fel van függesztve. A mandolák annál könnyebben felfogják ez anyagot, minél duzzadtabbak és minél nagyobb bemélyedésekkel bírnak. Idült mandolalob az egyént hajlamossá teszi a torokgyíkra. A száj nyákhártyája egészséges állapotban valamint a bázsing, gyomor és bél is, kevés fogékony-sággal bír a ragály iránt. A torokból a ragály ozás a belehelési lég-áramlattal lejjebb a gégeére és légesőre terjedhet. Olyanoknál, kiken légesömetszés történt, az álhártyás lob a torkot bántatlanul hagyva, közvetlenül a légesövet támadja meg.

Újabb időben mindinkább szaporodnak azon adatok, melyek a mellett szólnak, hogy az álhártyákban és a betegek vérében növényi képletek vannak jelen, ezeket Hallier, Hütter, Tommasi és Letzerich leirták és kórokok gyanánt tekintették. A hideg időjárás kedvező a ragály behozására, talán mert olyankor a hurutok uralkodnak. Némely lakások, névszerint olyanok, melyek igen nedvesek, ha különben látszólag kedvező fekvésűek is, a ragályt sokáig magukban tartják, valamennyi benlakót veszélyeztetnek, még ha azok gyakran váltakoznak is. Az ilyen házi járványoknak megfelelők de ritkábbak az uteza- és helyjárványok. Az álhártyás lobnak minden korú ember ki van téve, mindazonáltal az első életévben ritkán fordul elő, legelterjedtebb a második és nyolczadik közti években s innen évről évre veszt gyakoriságából. Minél elterjedtebb a járvány s minél erősebben dühög a betegség valamely házban, annál inkább ki vannak a fel-
 nottek is a ragályoztatásnak téve. Az egyszeri megbetegedés nem nyújt överőt későbbi megtámadtatások ellen, hanem ellenkezőleg még növeli a hajlamosságot. Némely egyének, névszerint olyanok, kik idült mandoladuzzadtsággal bírnak, lakhelyükön kiütő minden újabbjárvány alkalmával legelőször szoktak megbetegedni. Heveny küttegek, hagy-máz, hőkhurut, hörglob után az álhártyás lob gyakorta fejlődik utóbaj-ként. Egyik betegséggel sem áll oly szoros viszonyban, mint a vörhenyyel. Némely vörhenyjárvány alkalmával e betegség majd minden esetben fellép társ- vagy utóbajként, miért is némelyek hajlandók voltak az álhártyás lobot, ha vesebajjal társúl, kütteg nélküli vörhenynek (Scarlatina sine exanthemate) és a vörheny s az álhártyás lob ragályát azonosnak tekinteni (Wiedasch). A lappangási időszak három napig tart. Emek elteltével a betegség rázó hideggel vagy legalább is nagyfokú lázzal kezdődik. A legenyhébb esetekben a láz már a következő napon lépesőszerűen kezd alábbszállani s a lázcsökkenés 2—4 nap alatt bevégeződik. Súlyosabb lefolyás mellett a lázmenet szabálytalan, ingadozó s egy vagy több hétig is elhúzódik, de

legtöbbszörre nem sokkal haladja túl a 39.5° -ot. A lázesökkenés ilyen esetekben is lassanként, reggeli nagy alábbhagyásokkal megy végbe.

Fig. 23.

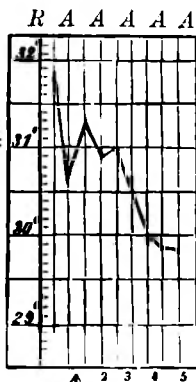
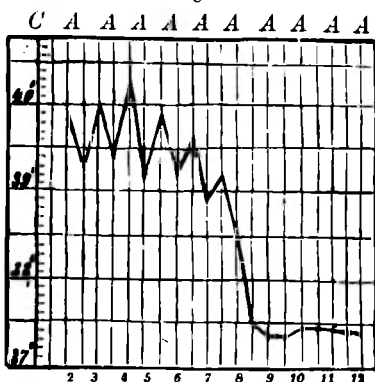


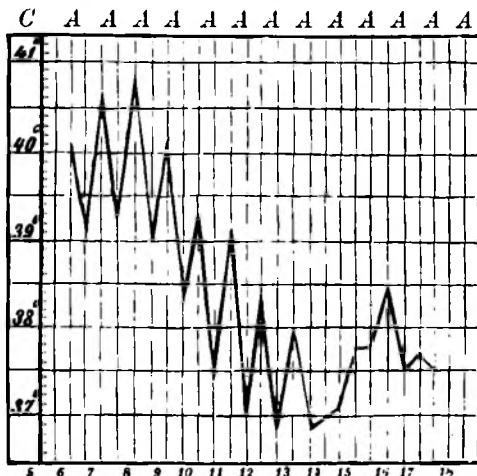
Fig. 24.



(Lásd: Fig. 23.) Egyszeri fertőzés folytán létrejött lázroham. A rázóhideget nyíl jelzi.

(Lásd: Fig. 24.) Több napig tartó ingadozó s gyors csökkenéssel végződő lázmenet álhartyás lobnál.

Fig. 25.



(Lásd: Fig. 25.) Álhartyás lob. A lázmenet lépcsőszerűt hőcsökkenéssel végződik.

Némely esetekben a betegség tulajdonképpeni kezdetét esékély roszullét és kislefokú nyelési nehézségek előzik meg, mi könnyen meggyőződhet arról, hogy itt kisebb fokú fertőzés történt. A mandolákon apró fehéressárga pontok mutatkoznak, melyeknek edzés általi teljes elroncsoltatása gyógytúlásra, akadályozatlan továbbfejlődése ellenben körülbelül három nap múlva a betegség szabályos kezdetére vezet, mely ekkor már ama kis kóros helyen termelt ragály általi új fertőzés következménye. A lázat a mindinkább lobosodó nyákhártyák által termelt lázképző (pyrogen) anyagok vérbe jutása idézi elő. Azon kör eseteknél áll be a második napon lázesökkenés, melyekben a lob már az első napon teljes kiterjedést ért. A súlyosabb esetekben a láz menete a helyi kórfolyamat menete szerint ingadozik. A kórfolyamat veszélyessége nem csupán az újonnan meglobosodott nyákhártyarészekről, hanem az előbb megtámadottak elváltozásaitól is függ; miért is a láz fokával nem áll közvetlen arányban.

A legelőbb megbetegedett helyeken körülbelül a láz kezdetévefoltos, élénk piros elszinesedés és kislefokú duzzadság látható. $\frac{1}{2}$ —1 nap múlva ezen megveresedett helyeken fehéres vagy sárgás színű, fáltyolszerű vagy pontozott izzadmány támad, mely szaporodván, papir-, egész vonalnyi vastagságú, hol sima, hol dudoros felületű, öblözetes szélű rétegekké válik. Együttal a szomszédos nyirkmirigye k megduzzadnak. Mind az álhártyás lobos nyákhártyák, mind a megduzzadt nyirkmirigyek nyomásra és vongálás- vagy mozgásnál fájdalmasak.

A nyákhártyák álhártyás lobos megbetegedése mindig vérbőséggel kezdődik, a hámsejtek megduzzadnak s az egyes megduzzadt sejtekben üregek támadnak. Ezen üregek részint csak nyákot tartalmaznak, részint magvakkal és nyirktestecsekkel vannak kitöltve. Végre a hámsejtek magvai elpusztulnak, a sejtek körvonalaí összefolynak s az említett ürök folytonos fejlődése folytán gerendázatok képződnek, melyek a torok nyákhártyájában durvább, a gége és mélyebben fekvő részek nyákhártyájában pedig finomabb szálakból szoktak alkotva lenni. Együttal az így elváltozott hámréteg alatti nyákhártya szövetében, vagy még a nyákhártya alatti kötőszövetben is, számos szétszórt genysejtek képződnek, melyek ritkán folynak össze apró tályagokká. A hámsejtek elváltozásából képződött hártya, mely alkatára nézve rostonyához hasonlít, vegyileg is a rostonya kémhatásával bír. E hártya a tulajdonképpeni nyákhártyához majd szilárdul tapad s arról le nem választható, majd meg közte s a nyákhártya közt vékony, nyákos-genyes réteg van. A torokban s gégében egész a hangszálagokig többnyire szilárdul tapadó álhártya szokott előfordulni, míg a gége alsóbb

részének, a légeső- s hörgőknek nyákhártyájával, az álhártyák rendszeresen lazán függnék össze s azokat gyenge vízszög is könnyen leöblíti vagy összegöngyöli. Sokan ezen betegség szövőányos kóreseteit, s másrészt meg azon eseteket, melyekben a betegség túlnyomólag helybeli jelleget mutat, leginkább pedig azokat, melyeknél az álhártya az alaptól könnyen elválasztható, croup név alatt akarták az álhártyás lobtól (Diphtheritis) megkülönböztetni. A kórfolyamatnak ezen elnevezések általi kétféle választása sokat vesz jogosságából az által, hogy gyakran mindkét alak egyugyanazon betegen együttesen fordul elő. Különböztetés azonban a szerzők nagyobb része már hajlandónak is látszik a croupot és álhártyás lobot (Diphtheritis) közös nézpontból tekinteni.

Némely álhártyák már néhány nap elteltével leválnak s a nyákhártyát majdnem teljesen gyógyult, legfeljebb kissé veresedett állapotban hagyják vissza, míg más álhártyák több napon át folyton vastagodnak s ha edzés által eltávolíttatnak vagy önként leválnak, helyükön új álhártya támad; sőt a legsúlyosabb kóresetekben az álhártya alatt fekvő nyákhártyában és nyákhártya alatti kötszövetben oly elterjedt s dús geny képződés áll be, hogy az álhártyák alatt s ezek leválása után helyükön mélyre hatoló fekélyedéssel járó genyes, sőt üszkös szétesés megy végbe. A fekélyek behegedése az illető részeket eltorzítja; e hegek, melyek a torokban a bujasesnyves hegekhez igen hasonlítanak, a gégében a hangképzést zavarhatják és a hangrést megszükhithetik.

Az álhártyás lob leggyakoribb székhelye a torok s ezután a gége. Ennél fogva e helyen e kör következő 3 alakját, u. m.: a torok, a gége, és e két szerv együttes álhártyás lobját kell részletesebben tárgyalnunk. A kóreseteknek legalább $\frac{1}{3}$ -ében a torokszervek szolgálnak a betegségnek egyedüli vagy legalább is kezdetbeli székhelyéül. Ezek között ismét a mandolák szoktak kiváló gyakorisággal megtámadtatni. Mindazonáltal a szájjadékok, a lágyszájpad mellső felülete s a torok hátsó fala is meg lehetnek helyenként vagy egész kiterjedésükben lobosodva s vékonyabb vagy vastagabb espadék réteg által fedve. Majd a fentebb előadott kisebb fokú megbetegedéssel (Diminutiv-Erkrankung) összefüggésben levő megelőző időszak előrementé után, majd a nélkül, heveny lázroham lép fel, mely nagy bágyadtság, súlyos általános levertség s gyakran elterjedt tagfájdalmakkal kezdődik. Már a lázroham kezdetén nyeléskor fájdalmak lépnek fel, melyek névszerint szilárdabb összeállású falatok nyelésakor fokozódnak s a falat fennakadása érzetével vannak egybekötve, úgy hogy a beteg aretorziás- és fejbölintásoktól kísért erőszakos nyelési mozgásokat kénytelen

tenni. E nyelési nehézséget a lágy szájpad izmainak lobos hűdöttsége okozza. Gyakran a fájdalmak önkéntesek és folytonosak. Az alsó állkapocs szegleteinek tájára alkalmazott nyomásnál duzzadt, fájdalmasan érzékeny nyirkmirigyecsoportot tapinthatunk ki. A száj nyitása csak igen nagy foku lobnál van kissé nehezítve. A szájjadizomzat lobos hűdöttsége folytán a szájtűr nem zárathatik el tökéletesen az orrtürtől, emélfogva a beteg beszédkor orrhangokat ad s nyeléskor az ételek gyakran az orrlikain bugyannak elő; a pofák felfűvése nem sikerül, mivel a lég az orron át távolodik el. Egyéb nehézségek is jöhetnek még létre az által, hogy a torok álhártyás lobjához heveny gégehurut társul és légrekedést (Dispnoe) idéz elő. Ha a kórfolyamat a torokra korlátozott marad s a képződött álhártyák rövid időn leválnak, akkor gyors lázesökkenés áll be s a betegség közvetlenül gyógyulásba megy át. Kedvezőtlenebb kimenetek: az álhártyák többszöri újraképződése a torokban, a kórfolyamat átvándorlása a szájtűrbe (a pofák és foghús nyákhártyájára), az orrtűrbe, a könyorresatornába és a köthártyára, s végre az álhártyás lob kiválóan veszélyes vándorlása a torokból lefelé. Ez utóbbi útjában ritkán bántalmazza csak a torkot vagy ritkán terjeszkedik ki esupán a bázsingra, hanem legtöbbszörre megtámadja a géget és ezen át a légesőre s hörgőkre áterjed. Az orr egyúttal, megbetegedése gyakori orrvérzést és az orrlikakbóli genyes kifolyást okoz; itt a kórfolyamat meltről az orrlikák széthúzása és megvilágítása, a hortyokon át pedig a toroktükrő segítségével válik láthatóvá.

A gége megbetegedése majdnem mindig együtt jár a torok bántalmazottságával, s pedig olyformán, hogy az utóbbi néhány órával nagy nappal korábban támad. Oly álhártyás gégelob, mely esupán csak a géget bántalmazza, vagy olyan, mely a torkot csak későbbben támadja meg, a kivételek sorába tartozik. Az ilyen kizárólagos álhártyás gégelob tünetei részint a heveny gégeszor tüneteivel azonosak, részint olyanok, melyek egyenesen álhártyáslobos bántalomra utalnak.

Mi itt csak az álhártyás lobhoz tartozó tünetekről fogunk értekezni. Már maga a torokbántalom jelenléte s netalán a test más részein egyúttal előforduló álhártyák a legnagyobb valószínűséggel álhártyás lob jelenléte mellett bizonyítanak. Az eseteknek legalább 2/10-részeben a kórfolyamat a torokban kezdődik s csak innen terjeszkedik a gégeire. Ha felvesszük, hogy a ragály belehelés útján jut be, úgy e viszony majdnem szükségképeninek látszik. A kórfolyamat sohasem kezdődik rögtön, hanem azt mindig hurutos tünetek, névszerint rekedtség s köhögés előzik meg. Kezdetén a hőmérsék 39—40°-ra emelkedik, míg gégehurutok csak ritkán járnak ily magas hőemelkedéssel. Az álhár-

tyás lob okozta gégeszortünetek az első másfél nap alatt folyton vagy csak csekély alábbhagyásokkal fokozódnak, míg hurutos bántalmaknál gyors javulást, rohamokat és közbeeső tüneteket észlelünk. A szomszédos nyirkmirigyek korán megduzzadtak mutatkoznak, kiköhögött álhártyák a bántalom természete felől minden kételyt eloszlatnak. Ha ez álhártyák vízben kiterítettnek s megmosatnak, rajtuk könnyen felismerhető, hogy a gége vagy légeső fala melyik részének leöntetét képezik. E helyeken e bántalom kétszeresen veszélyes; mert itt az álhártyás lob általános veszélyei a heveny gégeszlikület veszélyeivel vannak egybekötve. A halálos kimenet néha már 1—2 nap múlva következik, ritkán egy hét eltelte után. A halált a bántalom elején legtöbb esetben fuladás, későbbi lefolyásában inkább az álhártyás lob következményei okozzák.

Egyéb helyeken, a szemén, az orrban, a nemzörészekén és bőrsebekén az álhártyás lob majd különös átvitel útján támad, majd pedig igen elhatalmasodott járványok alkalmával létrejön anélkül, hogy valamely átviteli mód kimutatható lenne. Ezen részek álhártyás lobjánál a láztünetek csekélyebbek, a többi körjelek pedig szembeszökőbbek szoktak lenni. Az orr nyákhártyájának megtámadottságánál az orrból genyes vagy véres genyes folyadék szivárog, melylyel időnként álhártyacafatok távolodnak el. A kórfolyamat helyének fellelése céljából a nyákhártyát kifecsendés által megtisztítjuk s az orrszárnyakat szétlúhván, azt tükrö segélyével megvilágítjuk.

Az álhártyás nyákhártyalobnak két k o r e s a l a k j a (Abortivformen) fordul elő. Az egyiket már előbb tárgyaltuk, ez csak kevés, fehér pontszerű foltot képez. A másik heves, kezdetben nagy lázzal járó, hurut alakjában lép fel és bő nyákos, genyes s legfeljebb helylyelközzel rostonyaszerű pelyhekkkel kevert váladékot termel, mely más, egyszerűen hurutos váladékoktól álhártyás lobos ragályozás útján lett származása és csekély ragályozási képessége által különbözik. E köralak egyáltalában kedvező lefolyású s 2—3 nap alatt gyógyulásba megy át. Még meg kell említenünk, hogy e koresalaknak a torokbani fellépténél különösen jellegző a nyákhártya feltűnően veres foltos színezete s az állszögletek alatti nyirkmirigyek duzzadt volta. Én e koresalakokkal különösen egy álhártyáslobos kóresetnél ismerkedtem meg, melyben légesömetszés történt s a beteg légesővéből számos ifjú orvos csap segélyével nyákot szítt ki. Az illetők 3 nap múlva részint álhártyás toroklobba, részint csak e koreskóralakba estek. Különösen roszindulatú azon alak, mely vörheny után szokott fellépni. Ez a szövetek gyors széteséséhez vezet s genyedésbe átmenő mirigydaganatokat idéz

elő. Ha e kóralak vörhenybetegről vitetik át (a nélkül, hogy vörhenyméreg átvitelnék), legalább is utolsó sajátját gyakran megtartja. Tehát nem egyedül a vörhenynyeli szövetezés oka rozindulatúságának. — Az állhartyás lob ez alakja aránylag kedvező sikerrel kezelhető a nyakra alkalmazott hideg borogatások és a torok vashalvaggali beecseteléseivel.

A lázas mozgalmakat és a nyirkmirigyek megduzzadását az állhartyás lobos nyákhartyákban képződött termények felszívataása idézi elő. A sok esetben fellépő s éppen nem esupán kivételesen előforduló fehérsnyevizelés, mely legtöbbnyire már a betegség kezdetén mutatkozik, a körfolyamat lázas voltával s ártalmas anyagoknak a vérbe közvetlen bejutásával függ össze. E bonyodalom rendesen az állhartyás lobbal egy időben vagy kevéssel utána elműlik. Néha a vizelet igen megkevesbedik s vért, hámsejtekből vagy rostonyából álló hengereket tartalmaz. Ily esetekben a körfolyás a vörhenyvízkorhoz teljesen hasonló alakot ölt. Azon rögtöni halálesetek okául, melyeket a szivben létrejövő véralvadékok idéznek elő, s melyek némely járványok alkalmával gyakran észleltettek, szintén a vérbe jutott kórtermények tekinthetők. Azon utókövetkezményeket illetőleg, melyek a betegség vége felé vagy néhány hétre utána állnak be, melyenek a vérszegénység és hűdés, valószínűbb, hogy azok akként jönnek létre, hogy a kezdetben megduzzadva volt nyirkmirigyben visszatartott kórtermények utólagosan jutnak a nyirkutakon át a vérbe. Néha ugyanis az állhartyás lobos bántalom javulásnak indultával vagy teljes megszüntése után oly hevenyen fellépő vérszegénységgel találkozunk, hogy azt alig vagyunk képesek a tápfelvétel esökkentségéből vagy a lázból elégtőleg kimagyarázni, hanem kénytelenek vagyunk azt a mérgezési vérszegénységek közé sorozni. Ily esetekben a bőr gyorsan halványodásnak indúl, az érlökés kiesiny és gyors, a legstúlyosabb esetekben lassúbb, a sziven s nyaki edényeken fűvő-zörejek hallhatók, a beteget bágyadtság, nehéz légzés, ájulások, söt göresös rohamok is lepik meg, a láták kitégűlnak, az öntudat gyengül, s végre az élet kialszik, mit a néhány nap óta beállott vérszegénységen kívül sem az élőben sem a hullában nem vagyunk képesek egyébből kimagyarázni. Ahol a körfolyamat nem ölt ily fenyegető alakot, gyakran hetekig sápkörhöz hasonló állapot nyomorgatja a betegeket, mely a legészszerűbb kezelésnek is csak lassan enged. Ezen betegség iránt a csecsemő- és serdülőkor mutat kiváló hajlamosságot.

Végre még az állhartyás lob legsajátszerűbb következménye — a hűdésről kell szólamunk. Hűdés más heveny betegségek után is előfor-

dúl, de sokkal ritkábban és kevésbé szabányos — typicus — alakokban. Hisz gyakran a hűdés minőségéből képesek vagyunk előrement álhártyás lobot kórismézni. E hűdési alakot kiválóan T r o u s e a u és M a i n g a u l t ismertették, mely az tüdüléssel vagy a betegség lefolyta után néha néhány hét elteltével veszi kezdetét. Kedvence székhelyei a torok, a szem, azután pedig a törzs- és végtagok izmai, melyeket elterjedten támad meg. A légzési, garat- és gégeizmok is hasonló sorban részesülhetnek. E hűdések legnagyobb létszámát minden esetre az álhártyás toroklob szolgáltatja; de az kérdést szenved, valjon egyedül az álhártyás toroklob képes-e ily hűdéseket létre hozni. Némely járvány alkalmával minden köreset hűdésekkel jár, míg más járvány alkalmával azok teljesen hiányzanak, legtöbbször azonban csak a betegek kisebb számánál lépnek fel. Mindez ismeretlen okoktól függ. Rendesen, bár nem kivétel nélkül, legelőbb a lágy szájpád szokott hűdötté válni. Ilyen esetben a beteg orrhangon beszél, az ételek részben az orron át ismét kiürülnek, a pofák felfúvása lehetetlenné válik, mert a lég az orron át elillan. Később a beszéd mindinkább érthetlenebbé válik. Megtekintésnél úgy találják, hogy az inyitorla lazán leestügg, a nyelesap meghosszabbodott s a nyelv hátán nyugszik. Hangzók kiejtésakor a lágy szájpád nem emelkedik, mindamellert középvonala néha egyik oldal felé tér el. Mély légvételkor az inyitorla előre-hátra lebeg ugyan e miatt a beteg alvásközben erősen horkol. A szemben legtöbbször az alkalmazkodási készülék hűdését, mint távollátást (Hypermetropie), ezenkívül a szemizmok váltakozó hűdését észleljük, úgy, hogy ma a távolító (Abducens), holnap a szemmozgató ideg (Oculomotorius) hűdése mutatkozik. Ezen váltakozás és belterjességbeni ingadozások e hűdés jelleméhez tartoznak. Némelyek felvették, hogy a szem- vagy garatizmok hűdése mindig a végtagok hűdését szokta volna megelőzni (P a g e n s t e c h e r); ez oly szabály, mely legalább is sok esetben kivételt szenved. A gégeben létrejött hűdés igen határozott jelleggel bír. A hang gyenge, de azért bír esengéssel és nem felette rekedt, mindazonáltal könnyen kifárad és megakad. A gégebemenet elzáratása tökéletlenül történik, úgy hogy az ételek egy része a légutakba hatol. A visszahajlási ingerlékenység igen esökkent, úgy hogy₁pl. egy beteg szemem láttára egy nagy pohárnyi tejet ivott ki s azután felét ismét kiköhögte. Gégetükör segélyével csak azt látjuk, hogy a valódi s álhangszálagok nem közelednek tökéletesen s a valódi hangszálagok nem feszülnek ki eléggé. Egy esetben egyszersmind a körteképi öböl (Sinus pyriformis) feukén még fennálló elszigetelt álhártyás lobot találtam. Azon körülmény, hogy az ételek gyakran a légutakba jutnak,

s azok felkühögésének megnehezített volta két irányban válik veszélyessé, u. m. : a beteg elsatnyúlása és tüdőlob által, mi ép úgy létrejöhet idegen anyagoknak a légutakba jutása, mint a bolygideg átmetzése következtében. A légzési izmok hűdése légrekedést (Dyspnoe), hanggyengülést és megnehezített köhögést okoz. Einnél fogva a légzési izmok hűdésének a gégehűdéseli társulása felette veszélyes. A végtagok mozgási idegeinek hűdését legtöbbször esekély fájdalom, hangyamaszás és érzéketlenség előzi meg és követi; gyakran az érzéketlenség van túlsúlyban. A hűdés egyes újjak izmain kezdődik s úgy megy át a többiekre. Az egész kézben, névszerint a tenyéri oldalon az érzés el-tompul, a finomabb mozgások ügyetlenné lesznek, pl. a rubák ki- és begombolása felette nagy nehézségekkel jár. Ezen érzési zavar az egész al- vagy talán felkarra is elterjed s ez épp így történik az alsó végtagokon is, mi mellett a járás bizonytalanná s behúnyt szemekkel ingadozóvá válik. Vizsgálatnál a tapintási köröket megnagyobbodottnak s a hőérzést is esökkentnek találjuk. Ezen érzési zavarok beállta után nemsokára az izomerő is esökkenni kezd. A beteg könnyen kifárad, mozgásai gyengék, reszketők s megindításuk nagyobb akaraterőt igényel. Így eleinte a sötétbeni vagy sebes járás, avagy nagyobb utak megtevése, később pedig egyáltalában a járás teljesen lehetetlenné válik, épp így a karok mozgása is eleinte gyengül, későbbben pedig teljesen megszűnik. Ez általános hűdési alak a tárkóizomzatot is elég korán körébe vonja, a beteg fejét nem képes emelten tartani, hanem álla mellére hanyatlik; oly gyermekeknél, kiket még ölben hordoznak, a fej hátrabilen. A hátizmok hűdése szintén a fej tartását, a mellizmok hűdése pedig a légzést nehezíti. Ezen hűdési alak által még a legnagyobb mérvben megtámadott betegek is gyógyulási képességgel bírnak. Az izmok megtartják villamos összhúzókonyságukat, vagy abból csak keveset vesztenek. Valószínű, hogy e hűdést a környi idegtörzsök bántalma okozza. Ha pl. a sing- vagy orsóideget pontos vizsgálat alá vesszük, azt találjuk, hogy a környezet felé eső részében a villamos érzékenység egy bizonyos helyig esökkent, míg innen a központ felé teljesen bántatlan. Az állhartyás lobbal járó hűdést Bartels és Ziemssen is környi idegbántalomnak tekintik. E hűdésnek enyhének kell lenni, mert teljes gyógyulásra képes s tüneteit gyorsan változtatja. Azon körülmény, hogy a hűdés szabály szerint az állhartyáslobos folyamat székhelyén veszi kezdetét, arra mutat, hogy e hűdést az állhartyás lob szülte körtermények hozzák létre, melyek a kőrfolyamat székhelyén, a torokban gyakorolnak legelőbb hatást, s a távolabb eső idegtörzsökkel csak a véráram útján jönnek érintkezésbe. E dolog

mibenlétét bonctanilag teljes homály fedi, miért is elég játékkeret nyújt azon elméleteknek, melyek e hűdéseket éreltömülésekből, gerincegybántalomból stb. származtatják, bár ezen elméleteket már az élön tett vizsgálatok is eléggé megcáfolják.

Az álhártyáslobot könnyű kóris mézni és a torokban előforduló szájpenész, (Soor) vagy tejesapadék, — ha kétség forogna fenn, — göreső segítségével könnyen megkülönböztethető. Gyermekéknél az is alig lehetséges, hogy álhártyás lob után visszamaradt genyedő fekélyek bujassenyves eredetűeknek tartassanak. Az néha megtörténhetik, hogy enyhe lefolyású vörheny figyelmünket kikerüli s csak a hozzátartozó álhártyás lobot ismerjük fel. Ha croup és álhártyás lob különválasztásához akarunk ragaszkodni, akkor az álhártyás lobok közé a ragályos, járványos s fehérvyevizeléssel járó kóralakokat sorozzuk, croupnak pedig az inkább helyibántalommal járó szórványos kóreseket tekintjük, vagy bonctani szempontból indulva ki, álhártyás lobnak azon kóralakot tekintjük, melynél az álhártyák az alattuk fekvő nyákhártyához erősen tapadnak s leválásuk után fekélyeket hagynak hátra. Az álhártyás lob szülte hűdéseket, ha maga az álhártyás lob enyhe lefolyású lévén, figyelmünket elkerülte, nehéz felismerni, mivel néha más hevenybetegség is hasonló hűdéseket hagy hátra. Nehány esetben engem a hűdés eredetére nézve az hozott tisztába, hogy új álhártyás lobos bántalom felléptével a hűdés rosszabbulást mutatott. Legkönnyebb az inyvitorta hűdését felismerni. A garat hasonló hűdési alakja sem igen szokott gyermekeknél egyéb okból létrejönni; felhőttechnél a Duchenne által leirt nyelv-garat-ajkhűdéshez (Paralysis glosso-pharyngo-labialis) hasonlíthat. Általános hűdésnél az egyúttal jelenlevő vérszegénység, az érzési zavar s a mozgások összerendezetlensége (Ataxie) bír jelentőséggel. A jóslat, ha a bántalom a torok, orr- vagy szájra korlátozva marad, meglehetősen kedvező. A legnagyobb veszély attól függ, hogy átharapózik-e a kórfolyamat a gégere, mert ez esetben a betegek $\frac{2}{3}$ -a, egész $\frac{3}{4}$ -e rendszeren meghal. A gége megbetegedése után legtöbb haláleset a vérszegénységből, úszkös fekélyek vérzéséből, egyúttal tüdőlobgöccsok támadásából, a hűdésekből s a nagyobb fokú vesebántalmakból származik.

Az óvmód abban áll, hogy a betegek elkülöníttessenek, az egészséges gyermekek a fertőzött család köréből eltávolíttassanak, vagy szükség esetében oly házat végkép hagyjanak el, mely a betegség állandó tanyájává vált, végre idült mandolabajok szorgosan gyógykezelteessenek. Járványok alkalmával helyesen eselekszünk, ha az egészséges családtagok torkát naponta megtekintjük, mielőtt a beteg

gyermeket vizsgálat alá vesszük. A betegség teljes kifejlődését gyakran megakadályozhatjuk, ha a kórfolyamatnak a torokban mutatkozó első nyomait pokolköveli edzés segélyével szorgalmasan megsemmisítjük. Kiválóan a fentleirt koresalak az, melyet edzés által további fejlődésében biztosan meg lehet akadályozni. Ha az állhártyák már nem pontalakúak, hanem körülbelül lencseuagyságot értek el, akkor az edzések credménye bár kétes, megkísértésük mindemellett javalva van. Az edzések javalatát főként az általuk elértetni szándékolt kórszakító hatás (Abortivwirkung) képezi. Azon szerek, melyek e célra használatni szoktak, a következők: pokolkő, chromsav, ecetsav, hamiblaný-oldat, égető haméleg (Kali causticum). Újabb időben a gyakran ismételt edzéstől joggal elállottak, miután ez a lobot fokozza s a kórfolyamat továbbterjedését inkább elősegíti, mint gátolja. A betegség későbbi lefolyásában helyi alkalmazásra főleg az élenytűlő fertőztelenítő szerek ajánlatosak, névszerint feleselsavas hamany (hypermangansaures Kali), könfeléleg (Wasserstoffhyperoxyd) és halványos víz többszöri beecsetelések alakjában. Ugyane célra alkalmasak továbbá a lugalos oldószeres, u. m. mésvíz, lavéleg- (Lithion) vagy sziksóoldat toroköblítés- vagy beecsetelésre, végre a csupán összehúzó szerek közül bigított vashalvag, vagy zsiredényben (Glycerin) oldott cersav (Tannin). Hogy az egyes kóresetekben ezen szerek melyike van javalva, azt az illető eset természete határozza meg. Majd a képződött állhártyák leválását kell eszközölni, majd meg inkább azoknak folytonos nagyobbodását s újraképződését szorgos fertőztelenítés által gátolni, vagy az úszkös szétesésrei hajlamot leküzdeni, néha az állhártya alatt fekvő nyákhártya duzzadtságát s vérbőségét is összehúzó szerek segélyével kell enyhíteni. Belsőleg is sokféle szer ajáltatott, u. m.: kén és réz, higany, Copaiva és Cubeba, citromnedv, stb. A belső szerek közül csak kevés volt képes kiterjedtebb mérvű bizalmat költeni. Ezek között első helyen áll a hamhalvag (chlorsaures Kali) 3—5%-os oldata naponta 100—150 grm.-nyit adagolva; továbbá a szénsavas szikéleg 7—10 grm.-nyi napi adagolással és a vashalvag (Eisenchlorid), melyet szintén aránylag nagy adagokban kell alkalmazni. Nálunk és a szomszéd városokban főleg a halványsavas haméleg alkalmaztatott s vidékünk legtöbb orvosa ezen szernek korai s bőséges alkalmazása iránt — úgy vélem joggal — nagy bizalommal viseltetnek. Ha az állhártyás lob a gégét támadja meg, akkor mindjárt ezen veszélyes betegség első körjeleinek felléptével a nyakra jeges borogatásokat rendelünk, hamhalvagot adagolunk s körülbelül 3 óránként mésvíz-beleheléseket tétetünk. A jeges borogatások egyenesen a lob ellen hatnak s mérséklék a nyákhártya vérteltségét és duzzadtsá-

gát, mik a légzési csatorna szűkítésében jelentékeny részt vesznek. A halványasavas haméleg alkalmazását a fenebblemített tapasztalatok alapján ajánlom. A belehelésekre kiválóan súlyt kell fektetni; lehetséges azokat már 1½ éves gyermekeknél is alkalmazni, ha a kellő fáradtságot nem sajnáljuk. Ha egyéb hatásuk nem is lenne e beleheléseknek, minthogy a megszűkült helyről a hurutos váladékot leöblítik, alkalmazásuk már akkor is eléggé igazolt lesz. Ktichenmeister kísérletei megmutatták s Bricheteau és Adrian újabban bizonyították, hogy a mézvíz az álhártyát feloldja. E tapasztalatot legelőször Biermer használta fel élőkön sikerrel. Azóta a mézvíz, — a gége bántalmainál belehelések, a torok vagy külső részek bajainál beecsetelések alakjában alkalmazva — a leghathatósabb szerek egyikének bizonyult. Ktichenmeister szerint a szénsavas lavéleg (Lithion) oldata, Bricheteau és Adrian szerint a tejsav hasonló oldó hatást gyakorol az álhártyára. Ha e belehelések alkalmazása kellő módon sikerül, úgy azok a régebben kedvelt pokolköveli edzéseket kielégítőleg helyettesítik s nem támadják meg annyira a szöveteket. Ha az említett szerek segélyével nem sikerül a gégeszűkületet elég korán megszüntetni, akkor légesömetszés van javalva.

Az álhártyás lobbán szenvedő betegek vérszegénységét vas és chinal kellő időbeni alkalmazása által igyekeztünk leküzdeni. Ha a vérszegénység hevenyen tör ki, akkor tömör hústápanyagokat és erős borokat kell a betegnek nyújtanunk. Hogy valjon e vérszegénység leghevenyebb eseteiben lehet-e a vérátömlesztésnek sikere, azt a tapasztalásnak kell még eldöntenie. Demme R. a vérátömlesztést egy esetben pillanatnyi sikerrel, de halálos kimenettel alkalmazta. A hűdéseket illetőleg mindig sikeresnek mutatkozik a vas belső adagolása, különleg pedig a megszakított, vagy a hol ez cserben hágy, a folytonos villam-áram alkalmazása. Az üdülést falusi lég, jó táplálkozás, testgyakorlás és hideg mosások által minden esetben elősegíthetjük.

IV. VÉRHAS, DYSENTERIE, RUHR.

- A. Hirsch: Historisch-geographische Pathologie II. p. 194.
 H. v. Bamberger in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie Bd. VI. Abtheil. p. 354.
 S. Basch: Anatomische und klinische Untersuchungen über Dysenterie. Virchow's Arch. XLV. p. 204.
 Weissenfels: Diphtherie des Darmes. Diss. Berl. 1868.
 Clair: Zur Pathologie und Therapie einiger der wichtigsten Dickdarmkrankheiten im kindlichen Alter. Jahrbuch f. Kinderkr. Bd. I. p. 223.

A vérhas szörványos s nem ragályos alakja a vastagbél izgattatása következtében támad; néha csecsemőknél igen savanyú tej élvezése folytán jön létre. Ugyanezen alakja a vérhasnak másodlagosan is hasonló okokból támad, pl. Bright-kórnál az által, hogy a bélben a hűgysavból könnyen (Ammoniak) képződik (T r e i t z). A forró égövi tartományokban otthonos járványos alak nálunk forró nyarak végén szokott fellépni, sük vidékeket inkább megtámad mint városokat s egyenes ragályozás útján terjeszkedik, mit azonban, — miként számos tapasztalat tanúsítja — az ivóvíz is eszközölhet. A bél izgattatása bélsárpangás folytán (V i r c h o w), életrendi hibák s savanyú gyümölcsök élvezése hajlamosíthatnak e betegségre. Leginkább 5 éven alóli gyermekek vannak e megbetegedésnek kitéve (36% O e s t e r l e n m e d. Statistik). Egyszeri megbetegedés nem zárja ki a vérhas későbbi ismétlődését. A betegség az anyáról átmege a magzatra (Strack, Zimmermann). Az itteni tankórodán észlelt néhány betegnél, kik vérhasból megtámadott helyekről jöttek s más bántalmakkal vétettek fel, a lappangási időszak legalább 7 vagy 11 napig tartott; egy újabban észlelt esetben, melynél a lappangási időszak tartama 7 napos volt, a vérhasban szenvedő beteg egy órahosszáig fektült a kórteremben s azután elkülönített; az egész városban vérhas sehol nem mutatkozott, s az említett beteg ágszomszédjai 7 nap mulva vérhaszt kaptak. A vérhas kórcsirja (Krankheitskeim) arra, hogy ragálylyá fejlődjék, főleg magas hőmérséklet igényel; azt, hogy e kórcsir nedves égálfhoz s váltólázás vidékekhez lenne kötve, újabb időben H i r s c h megeáfolta. Ezen betegségnél fel kell tennünk, hogy az aránylag gyakran jön önként (autochthon) létre. — Ama felvételt, miszerint a vérhas gombacsírok által idéztetik elő, H a l l i e r és B a s c h vizsgálatai igen támogatják.

E betegség okozói több úton-módon juthatnak a testbe: 1) közvetlenül a betegségnek kitétt nyákhártyára pl. tisztátalan végbélfeeskendők által; 2) a szájon át fertőzött ivóvíz segélyével; 3) a betegek kipárolgása (?), szennyes ruháik s beltárlékeik által; ez utolsó ragályozási módot illetőleg nem szüktséges, hogy valaki a beteg beltárlékeivel érintkezzék, elég, ha azokhoz közeledik, minek folytán valószínű, hogy ez esetben a ragály belehelés útján vétetik fel. Úgy látszik, hogy leggyakrabban ezen utóbbi ragályozási mód szokott előfordúlni. Ha ez való, ugy ugyanazon úton a testbe jutott két különböző ragály, u. m. a vérhas s az álhártyás lobé, a test két különböző részén hozza ugyanazon bántalmat létre. Mindkét bántalom egész járványtana oda mutat, hogy a torok álhártyás lobja s a vastagbél álhártyás lobja szár-

mazástaniilag két teljesen különböző betegséget képez. A vérhas is bir koresalakkal, mely nem egyéb, mint egyszerü hasmenés és melynél csak feltünő hosszúságú összetömörödött bélsártömegek mennek el a közönséges hasmenési folyadékön kívül. A vérhas ezen koresalakok által elhurcoltathatik s ezek ragályának behatása folytán valódi alakja jöhet létre.

A csaknem kizárólagosan megtámadtatni szokott vastag bél b on ci el v á l t o z á s a i a redők kiemelkedett részén vagy a hajlatok előálló szegletein kezdődnek, mikor is a nyákhártya előbb foltos, később összefolyó szederjes veresedést mutat, felduzzad s felülete fehéres lesz. A hámréteg álhártyás elváltozása folytán darabos, fehéresszürke csapadék támad, mely alapjához erősen tapad s 1—2 mm.-nyi vastagságot érhet el. Ezen csapadékok, melyek eleinte egymástól el vannak szigetelve, később terjedelmes hártýákká folynak össze, melyek az egész vastag belet vagy legalább annak legnagyobb részét, különösen pedig az alantabb s a hajlásoknak megfelelő tájakat kibélelik. Az egész bélfal vízenyös lesz, a savós hártýa elhomályosodik, súlyos esetekben egyszersemind vérbőséget s felületén genyes rostonyás csapadékot mutat, a bél ellazul s kitágul, redői megvastagodnak s a bél ürében rögök gyanánt kidudorodnak. A bél tartalmát véres bélsárszerű vagy nyákos véres, izzadmánycafatokkal s fűtt szágószerű nyákrögökkel kevert folyadék képezi. Heveny lefolyású esetekben a hűdött belet bélsártömegek töltik ki, melyeket az imént leirt folyadék vesz körül. A legsúlyosabb esetekben a bél nyákhártyája úszkös cafatokban leválik, a nyákhártya alatti kötszövet savós véresen átnedvesedik, az izomréteg halvány s törékeny, a savóshártya vértelt s felülete genyes-evesen elhomályosodott. A szomszéd nyirkmirigyek mindig vérbőség okozta duzzadságot mutatnak, néha vértelt szöveteik között egyes körülírt, velőszerű helyek mutatkoznak. A bél belfelületén létező fekélyek, melyek a nyákhártya úszkös széteséséből támadnak, legtöbb esetben gyorsan begyógyúlnak s elvékonyult nyákhártya által vonatnak be, vagy, ha ez a fekélyek nagysága miatt nem történhetik, vékony hegyszövet által pótoltnak. Terjedelmes fekélyek gyógyulása bélsztkületet vonhat maga után; néha a fekélyedési folyamat a nyákhártyát sipolymentek alakjában aláassa s e helyen még akkor is folyton tart, midön a tulajdonképeni nyákhártya már rég begyógyult (idült vérhas). Az minden súlyos esetben előfordul, hogy a nyákhártya alatti kötszövet visszereiben, sőt néha egyéb visszerekben is érrögök támadnak; ebből a forró égövi tartományokban ép oly gyakran, mint a mily ritkán nálunk, genyedési folyamattal (májtályogok) járó verőcéreltömlések jönnek létre. Súlyos esetekben bonyodalomként terimbeles veselob szokott előfordulni, mely

a vérhas meggyógyulta után önállóan tovafejlődhetik. A halálesetek legtöbbszörre éves fertőzés vagy kimerülés következtében állanak be. — A nyákhártya göröcsői elváltozásait ujabban B a s c h pontosabban tanulmányozta, s azt találta, hogy a bél nyákhártyájának majdnem mindenik alkotó része szemcsés, alkatnélküli anyaggá változik.

A vérhas tünetei majd egy rázó hideggel vagy többszöri borzongásokkal, majd csak egyszerű hasmenéssel kezdődnek. Hányás ritkábban fordul elő. Rövid idő alatt gyakori, fájdalmas hasmenés áll be, mely annyira fokozódhatik, hogy 24 óra alatt 20—30 székürülés történik; ezen hasmenésnél a bélsártömegek mindinkább gyérülnek, hanem az ürülék majdnem egész tömegét véresnyákos, sok fehérnyét tartalmazó folyadék képezi. E folyadékban kocsonyaszerű s szagóhoz hasonló rögök s álhártyacafatok uszkálnak. A kezdetben kellemetlen szagú béltrülék későbbben felette büzösse lesz, színe elváltozik s benne néha még üszkösen szétesett nyákhártyacafatok is találhatóak. A betegség főismertető jeleit e székürülékek képezik. A székürítéseket heves hasfájás előzi meg s kíséri; az időközökben fájdalmas erőltetés áll fenn, mely a beteget többszöri sikertelen székürítési kísérletekre vagy néhány csepp véres folyadék kisajtolására ösztönzi.

A betegség alapjául szolgáló heves bélesőlob 1—3^o-nyi testhőmérsékemelkedést okoz, mely, a helyi tünetek menetétől függően, nem szabányos (atypisch), mindazonáltal legtöbbször reggelénként alábbhagyásokat mutat. Enyhe lefolyású esetekben néhány nap múlva lassu lázcsökkenés áll be; súlyos esetekben nemcsak az nyújtja meg a lázas időszak tartamát, hogy tovább vésztetnek fel lázgerjesztő anyagok a lobos nyákhártyából, hanem az tüdőlés közben, a fekélyes bél-nyákhártyából történő evfelszívódás is új ok lehet lázas mozgalmak, névszerint pedig rázó lázak létrejövésére.

Az altest vizsgálatánál azt puhának, mérsékelt domborúlatúnak, ritkán igen puffadtnak találjuk. Az altest nyomásrai fájdalmassága, mely, míg a beteg öntudatánál van, sohasem hiányzik, fokozati tekintetben szintén változó. Különösen azon táj érintése fájdalmas, ahol a remese fekszik. Minél inkább részt vesz a savós hártya a lobban, annál nagyobb fájdalmat okoz a hasfalra alkalmazott nyomás. A remesét, dacára falzata megvastagodottságának, ritkán s csak néhol lehet kitapintani, legkönnyebben az S hajlat, a bal s aztán a jobb lágyéktájon érezhető, ahol, — a mennyire a fájdalmasság engedi — a középre-mese megduzzadt nyirkmirigyait is kitapinthatjuk. Némely esetben az erős sajtolás következtében létrejött végbélelőesés folytán a vérhas-folyamat láthatóvá lesz, amikor is a nyákhártyát sokkal vörösebbnek

találjuk, mint a hogy a hullában mutatkozni szokott, igen tisztán láthatjuk továbbá ezen bántalom s a torokban észlelt álhártyás lobfolyamat közti összhangzást. E két kóralak közt csak is a származástanra nézve van különbség. A végbél felette nagy fájdalomossága legalább gyermekeknél lehetetlenné teszi, hogy a vérhas folyamatát végbélttkör segítségével gyakrabban láthassuk. A vizelet részint a láz, részint a hasmenés folytán igen gyér. húgyanysókban gazdag s igen gyakran fehérynét is tartalmaz.

A bőr mihamar elhalványodik, minek oka nem annyira a láz, mint inkább a bélből történő nagy fokú fehérynye- és vérvesztés. Súlyos esetekben az arc fonnyadt, mumiaszerű küllemet nyer s a test melege igen egyenetlenül osztatik szét, a sziv-erejének lankadása folytán a végtagok hamar kihülnek, míg a törzs tetemes hőmérséket mutat. Az érlökés oly szaporaságot ér el, minőt a testhőmérsék magassága után ítélve alig várhatnánk, a lökések kicsinyek, puhák, az összeesett arc-küllemhez szivpetyhűdés következtében kékkór társul és sok beteg félhűdött állapotban, ellazult végbélzárizommal, izzadságban fűrösztve, izom- és érzékelgyengüléssel s hosszas vonaglás közben pusztul el. A székürülések utólja felé önkéntelenül történnek s a szivnyomás hanyatlása folytán a húgykiválasztás felette csökken. Ha a vérhas idült alakba megy át, akkor a hasmenés bár gyérül, a székürülékek azonban megtartják habos, szétbomló, véresikos, kocsonyarögökkel kevert mivoltukat. A láz nem csökken állandóan, a beteg elsoványodik s verszegény lesz, a bokatáj megduzzad s legtöbbször a folytonos nedvvesztés következtében vagy másodlagos vesebántalom folytán hal el.

A járványos vérhas lefolyásának illetően meunete a gyermek- és serdülő korban a felnőtteknél észlelt körlefolyásénak megfelel. A csecsemők szórványos vérhása, mely sokkal ritkábban fordul elő, heveny hányszékélelési tünetekkel, egyes lázas borzongásokkal, panaszos sirással jár, a terimbeles szervek nedvei felszivatnak, az arc beesik, sőt a szaruhártya is kiszárad s elhomályosodik és a nyákos vizes székürítékek egyes vérpontokat vagy véresikolatokat mutatnak. — E kóralak majdnem minden esetben halálos kimenetű, míg a járványos vérhas gyermekeknél több halálozással jár ugyan (az egyes járványok szerint 5—40%), mint felnőtteknél, jóslata mindazonáltal nem oly kedvezőtlen, kivált ha a betegség elég korán gyógykezelés alá kerül. A vérhas járványos elterjedésének meggátlását célzó rendszabályoknál a betegség ismert ragályozási módjait kell tekintetbe venni. Szivacsokat, végbélfeeskendőket, ürüléktálatkat stb., főleg ha azokat másoknál ismét használni akarjuk, forró víz segítségével kell fertőztele-

niteni, mert e tárgyak által vérhascsirok (Ruhrkeime) juthatnak a végbélbe. Ha egyes városrészekben a vérhas járványosan uralkodik, az illető kutak vizét vizsgálat alá kell venni, s ahol a víz tisztátalannak mutatkozik, vagy ahol a betegség elterjedési köre az ivóvíz utjáni elterjedés mellett szól, ott a gyanús kútakat el kell zárni. Gyenge gyermekeket oly városokból, hol vérhas uralkodik, eltávolítjuk s egészséges vidéken levő falura küldjük. Vérhasban szenvedő gyermeket testvéreitől el kell különíteni. Vérhasjárványok alkalmával még hasmenésben szenvedő gyermekeket sem kellene iskolába, kiseddóvodába s hasonló helyekre bocsátani. Legszigorúbban gyermekkórházakban kell arra ügyelni, hogy a vérhasbetegek s kik ennek gyanuja alatt állnak, elkülöníttessenek. Az ürülékeket a szobákból azonnal el kell távolítani s mielőtt kiöntetnének, forró víz, carbolsav vagy chamäleonoldat segítségével fertőzteleníteni. Beszennyezett fehérneműk azonnal forróvízbe tétessenek, stb. Az egyes egyéneknél akként igyekszünk a megbetegedés lehetőségét csökkenteni, hogy óvjuk őket életrendi hibák elkövetésétől, gyümölcs, ugorka, saláta s hasonló ételek élvezését nekik megtiltjuk, meleg ruházat viselését tanácsoljuk s minden hasmenést vagy székrekedést szorgosan gyógykezeltünk.

Ha a betegség már kitört, akkor legjobb, ha a gyógykezelést ha s b a j t ó v a l kezdjük, hogy ez által netalán még a belekben levő kórcsirok kiöblíttessenek, s hogy a bél bélsártól megtisztulván, gyógyszererek behatása számára hozzáférhetőbbé tétessék. Az körülbelül mindegy, akár himbojolajat (Ricinusoil), édes higanyt (Kalomel), keserüsőt, vagy electuarium lenitivum-ot, akár más enyhe hashajtót alkalmazunk e célból. Csak azt tartasuk szem előtt, hogy a hashajtó hatásának gyorsnak, de hamar elmúlónak kell lenni. Ez után belső használatra a keserű anyagok legalkalmasabbak (u. m.: colombo, ratanhia, cascarilla), vagy ö s s z e h ű z ő k (esersav, ecetsavas ólom-éleg, chinal, mész) mákonynyal adagolva. Én közönségesen esersavat (naponta 0,4—1 grm.) alkalmaztam mákonynyal (naponta 0,025—0,1 grm) több porra osztva, vagy kevés borral elegy alakjában, gyakran salep- és colombo-főzetet is rendeltem mákonyfestvénynyel és fejetyszörppel (Syr. emulsiv). Legnagyobb értékkel bírnak a 1—4 %-os pokolköoldattal készült csörék, melyeket, dacára az alkalmazásukkal járó nehézségeknek, egy esetben sem szabad mellőzni, mert legközvetlenebbül hatnak a béltre és a béldermet itt épp úgy enyhítik, miként a pokolköbeecsetelések csillapítják a zúzódás vagy leforrázás útján létrejött bőrsebek fájdalmát. E csöréket napjában 1—3-szor eleinte kisebb, később nagyobb adagokban rendeljük. A bélderme eny-

hitése tekintetében nagy mennyiségű tojásfehérnyés csőrék haszonnal alkalmazhatók; a hambalvaggal (*Kalic hloricum*) készült csőréket illetőleg, melyek e szernek álhártyás lobnál észlelt görcscsillapító hatásánál fogva újabb időben bécsi orvosok által ajáltattak, még nem bírok megbízható eredményekkel. Az alhasi fájdalmakat mákony segélyével igyekszünk leküzdeni, mely szert, ha szükséges, a fentebb ajánlott elosztott adagokon kívül még estenkénti egyes nagyobb adagokban is rendeljük; továbbá melegített ruhákkal borogatások segélyével, melyeket gyermekeknél könnyebb alkalmazni, mint a pépborogatásokat.

Az étrendet levesre és nyákos italokra korlátozzuk, s ha a beteg erőbeli állapota táplálkozást kíván, oly anyagokat nyújtunk, melyek a gyomorban és a bélcső felső részében könnyen felszívathatnak, ilyenek: húslévek, tej, tojásszék. Az erők hanyatlásával és szív- elgyengülés beálltával veres bort kell nagy adagokban rendelni.

Idült vérhasnál a gyomorban könnyen oldható proteinanyagokali táplálás mellett belsőleg pokolkövet, allégsavas bismuthot (*Bismuthum subnit.*), főleg pedig oldott vashalvagot (*Ferr. sesquichlorat. solut.*) rendelünk. — Egyszersmind csesavas, pokolköves vagy ecetsavas óloméléges csőréket is alkalmazunk. Csecsemőknél a táplálkozásra kezdettől fogva kiváló figyelmet kell fordítanunk, s ha a test hőmérséke gyorsan süllyed, meleg fürdőket alkalmazunk, különben pedig a fentemlített szereket megfelelő kisebb adagokban rendeljük.

III. CSOPORT.

Ragálytalan, vagy kis mérvben ragályos heveny fertőzési betegségek.

Azon két kóralak, melyeket e csoportba kell soroznunk, alig egyez meg egymással egyéb tekintetben, mint abban, hogy mindkettő oly heveny fertőzési betegség, mely sem az első sem a második csoport faji jellemével nem bír. Bár e kóralakok ragályosságát nem lehet teljesen tagadni, mindazonáltal, az egyik, a váltóláz, csak különös kivételes körülmények között képes ragályozni, a járványos agygerinezagykérlob ragályozási képessége pedig legalább is nincs határozottan bebizonyítva.

I. VÁLTÓLÁZ, FEBRIS INTERMITTENS, WECHSELFIEBER, FIÈVRE INTERMITTENTE.

Griesinger in Virchow's Handbuch Bd. II. Abtheil. II. p. 6.

Bonchut: Traité pratique des maladies des nouveaux nés etc. Par. 1867. ed. V. p. 767.

J. Bierbaum: Der Intermitteusprocess im kindlichen Alter. Journ. f. Kinderkrankheit.

XXXVII. p. 194.

Thomas: Ergebnisse aus Wechselfieberbeobachtungen. Arch. der Heilk. 1866. Jahrgang VII. pag. 225 und 289.

Schramm: Ueber das genuine Wechselfieber. Bayer. ärztliches Intell.-Blatt 5. 1859.

C. Binz: Ueber die Wirkung antiseptischer Stoffe auf Infusorien von Pflanzenjauche. Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1867. Nr. 20.

Binz: Das Chinin in den Krankheiten des kindlichen Alters. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. 3. pag. 233.

Stephan Bauer: Ueber das Wechselfieber. Tüb. Diss. 1857.

A váltóláz a heveny fertőzési betegségek között sajátos helyet tölt be. Támadását legalább is oly biztosan származtathatni növényi szervezetek testbejutásából, mint az első csoportbeli betegségekét. Salisburynak, ki a váltóláz palmella-fajok általi létrejöttét legelőször kimutatta, sikerült e növényfajok testbejuttatása által különben teljesen lázmentes vidék lakóinál, kiknek szobáiban palmellát tartalmazó gyepet helyezett el, váltólázat előidézni. Ez volt az első betegség, melynél alsóbb rendű növények testbejutását lehetett kórokül kimutatni. A váltóláz lényegesen különbözik a többi fertőzési betegségektől, bár ezeknek létrejöttét is elődi növényekre hiszik visszavihetni. A váltóláz az embert nemcsak egyszer támadja meg életében, hanem ellenkezőleg misem tesz a váltólázra inkább hajlanossá, mint az, ha valaki benne már szenvedett. Lappangási időszaka felette ingadozó, úgy hogy egyszer néhány óráig tart, máskor meg hetekig, sőt hónapokig is elhúzódik; mindazonáltal középszámban 3 napos lappangási időszakot lehet felvenni. E betegség sokkal inkább a talajhoz van kötve s a hőmérsék és nedvességtől függ, mint az említett többi kóralakok. A váltóláz kórokát mocsárok, iszaptalaj és friss irtványföld termelik, honnan azt mind az ivóvíz, mind a lég magába veszi. Az északi s keleti tenger partjai, a Rajna s Duna lapályai és vidékünkön az Unstrut nagy terjedelmű járhatlan kiöntési környéke képezik e betegség főszékhelyét. Csatornázás, kiszárasztási munkálatok s előrehaladó földmívelés képesek a váltólázat oly helyekről elűzni, hol az otthonos betegség volt. Nálunk a váltóláz a melegebb időjárás kezdetével szokott fellépni, a forró évszak lefolytában, midőn a mocsárok kiszáradnak, esőkken s

azután ősszel és télen át vagy teljesen elmarad vagy ősszel kisebb járvány alakjában ismét fellép. A melegebb éghajlat alatt folyton uralkodik s a nyári hónapokban erősbül, a forró éghajlat alatti vidékeken pedig csak az eszési időszak alkalmával szünetel. A kór-ok az ivóvízzel is bejuthat a testbe, bár valószínűleg leggyakrabban belégzés útján vétetik fel. E két kórszármaszási módra vonatkozó különbségeket a betegség lappangási időtartamát vagy tüneteit illetőleg még eddig nem ismerünk. Gyermekek a váltóláznak inkább ki vannak téve mint felnőttek. E mellett tanuskodik pl. Schramm B. Bodenwöhrt s Baur Tübinga (környékére nézve. Utóbbinak összes váltólázesei közül 51% 1-ső és 20-ik év közti életkorra esik. Ugyanez mutatkozik az egyes járványok alkalmával is, amennyiben kezdetben mindig a gyermekek szoktak megbetegedni (Griesinger). Úgy látszik, hogy a kórszármaszási anyag a betegben sokáig fennmarad vagy újraképződik. Oly egyének, kik valahol ragályoztattak, néha váltólázmentes vidékeken is hónapokig betegeskednek. Különös sajátságosságot mutat a váltóláz ragályossága. Azon behurcolt váltóláz, melyről éppen szóltunk, senkit sem szokott ragályozni, de a váltóláz kór-okai az anyáról a magzatra átmennek. Észleltettek esetek, ahol váltólázban szenvedő terhes nők a rohamok alkalmával kiválóan erős magzatmozgásokat éreztek (Stokes), és oly esetek is, ahol váltólázban anyák gyermekei lépnagyobboldással születtek s rövid idő múlva szintén váltólázban szenvedtek, mely rohamok az anya rohamaival ugyanegy órában léptek fel. Ennélfogva nem szenved kétséget, hogy a betegséget okozó anyag a lepényedények falain áthatol, s valószínű, hogy ez éppen a rohamok alkalmával történik. Mig az alhasi hagymáz és a bujasenyv, e két határozottan ragályos betegség, a szoptató tejével nem megy át a gyermekekre, addig Bondin, Baxa s mások észleletei alig hagynak fenn kétséget az iránt, hogy az a váltóláznál megtörténik. Süt Souss észlelete szerint még a csecsemő is képes volna a dajkát ragályozni. Azt, hogy a váltólázban betegek izzadsága és ürülékei, — amint állítottott, — ragályzó képességgel bírnak, e betegség bizonytalan tartamú lappangási időszakát véve tekintetbe, csak nagy elővigyázat mellett szabad felvennünk.

A második életéven túli gyermekeknél, különösen pedig az 5-iket meghaladtaknál e betegség hasonló alakokban szokott fellépni, mint felnőtteknél. Majd emésztési zavarokkal vagy határozatlan lázas mozgalmakkal járó előzményi időszak (Prodromalstadium) előre menté után, majd meg anélkül rázóhidegrohamok állnak be, melyek rendszeres időközökben ismétlődnek, pl. naponta (quotidiana), harmadnapon-

ként, stb. egyszer (tertiana, quartana, quintana, etc.), vagy kettős rohammal (duplex, duplicata), vagy végre a roham mindig vagy valamivel korábban jelenik meg, vagy elkésik (anteponens, postponens).

A váltólázás rohamok e rendszerességét illetőleg még nem birunk magyarázattal. Vidéktünkön első megbetegedéskor a rohamok rendszeren harmadnaposak szoktak lenni, s midőn a betegség hosszabb ideig tart, vagy ismétlődik, akkor a mindennapos vagy negyednapos alakba megy át. A lép mindegyik roham alkalmával megduzzad, elmúltával pedig ismét megkisebbedik, de e megkisebbedés nem történik tökéletesen, úgy hogy a rohamok számának növekedtével a lép térfogata is növekedik. A rohamok után kivált gyermekeknél igen gyakran ajksömör (herpes labialis) támad. A hőmérsék még a tulajdonképeni roham kezdete előtt emelkedést mutat, a körmök elkékülnek, az arc sápadt lesz, a beteg gyakran ásít s nyújtózkodik, végre a hát hosszában jelentkező borzongásokkal megkezdődik a rázó hideg, melynek tartama alatt a testhőmérsék gyorsabban emelkedik. A hőemelkedés még a forrósági időszak kezdetén is folyton tart, azután pedig csökkenni kezd s az izzadás közben a rendes fokra sz áll alá, melyen a következő roham beálltaig meg is marad. A rázó hideg tartama alatt az érlökés kicsiny, az arc beesik, a bőr zsugorodik, a környi részek hidegek. Az erre következő forrósági időszakban megfordított viszonyok állnak be, ugyanis az érlökés telt, az arc pozsgás, a bőr száraz, forró. A rohamot bő, gyakran több óráig tartó izzadás szokta befejezni. A hőemelkedés tetőpontja legtöbbsnyire a forrósági időszak kezdetére esik s nem ritkán 40 C°-ot túlhalad. Igen magas hőmérséknel néha kezdetben tévengés áll be. A betegség kezdetén, de gyakrabban végén előfordulni szokott tökéletlen rohamoknál, néha még a legenyhébb egyéni tünetek is, mint pl. ásítási, nyújtózkodási hajlam, kényelmetlenség érzete, az újjhegyek fázása, hiányzanak, e tökéletlen rohamokat csak a hőmérsék csekély emelkedése, vagy ennek hiányában néha a szabányosan (typisch) fellépő hűganyaszaporodás a vizeletben jelzi (koresalakok). Ha a váltóláz hosszabb ideig tart, úgy vérszegénységet, fehérvyvizelést, vízkórt s feketevérüséget (Melanämie) okoz. A két utóbbi bántalom a váltóláz kórokának erős behatása folytán gyakran már korán fellép.

(Lásd: Fig. 26. a 140. l.) Negyednapos váltóláz. Esteli rohamok. A mérések naponta 2-szer tétettek.

(Lásd: Fig. 27. a 140. lap.) Negyednapos váltóláz. Negyedóránkénti mérések. Az első nyíl a forrósági, a második az izzadási időszak kezdetét jelzi.

bélféregizgatás, hagymáz s más hasonló bántalmakból származottnak tartják. A betegség fő ismertető jeleit a testhőmérsék menete s a lép magatartása képezik. A hőmérsék a nap néhány órája alatt, — bár nem mindig éppen ugyanazon időben — nagy fokú emelkedést mutat, azontúl pedig teljesen rendes fokon tartózkodik; a lépet illetőleg a kontatás s tapintás által kitűnik, hogy az többszörte meg van nagyobodva. Ily nagyfokú lépnagyobbodást legfeljebb három irányban lehetne felcserélni, u. m.: a lép szalonnaszertü elfajulásával, bujasenyves mézga-dagok (Gummigeschwülste) folytán létrejött, vagy végre fehérvérűséggel járó lépduzzadsággal. E tekintetben a kórismét a vér gör-csőt vizsgálata s egyéb görvélyes, bujasenyves stb. kórtünetek hiánya fogja tisztába hozni. Igen előrehaladott köresetekben még a vérben ilyenkor előfordulni szokott fekete festenyrgök jelenléte is fjelezheti a váltólázat. A váltóláz gyógykezelését illetőleg ezt legelőbb is kiválóan a terhesnőkön s dajkákon kell teljes szorgalommal megkezdenünk, hogy a magzatot, illetőleg a csecsemőt ezen oldalról a ragályoztatástól meg-óvjuk. Az ivóvíz s a sétahelyek választására is ki kell az orvos figyel-ménck terjednie, névszerint esténként mocsáros helyeken tartózkodást meg kell tiltani. Ha lehet, a betegeket a váltólázás környékről hegyes vidékre küldjük. Ezenkívül tanácsos, a lázrohámokat e gy nagy adag chinallal (a gyermek kora szerint 0,1—0,8 grm.) elnyomni, azután pedig 3—5-örte kisebb adaggal a beteget visszaesésektől megóvni; más szóval, a chinal alkalmazását mindaddig folytatni, míg a lép ren-des térfogatára nem tér vissza. A különböző chinalkészítmények kö-zött a sósavas chinal érdemel könnyen oldhatósága miatt elsőbbséget. Legcélszerűbb ezt poralakban vagy oldatban rendelni. Ha a chinal keserű íze miatt a beteg éppenséggel nem akarná bevenni, akkor azt csüt rében adjuk be, vagy a hol még ez sem lehetséges, büraláfeckendé-sek alakjában alkalmazzuk. Ez utóbbi módnál 2—3-szorta kisebb ada-gokra van szüktség, mint a belső adagolásnál. Alkalmazása igen fájdal-mas, de hatása sokkal gyorsabb.

II. JÁRVÁNYOS AGY-GERINCAGYKÉRLOB, MENINGITIS CEREBRO-SPINALIS EPIDEMICA, GENICKKRAMPF.

R i n e c k e r: Meningitis cerebrospinalis epidemica in Verhandlungen der Würzburger phisic.-med. Gesellschaft I. p. 246.

A. H i r s c h: Historisch-geographische Pathologie II. 624.

N i e u e y e r: Die epidemische Cerebrospinalmeningitis nach Beobachtungen im Gross-herzogthum Baden. Berl. 1865.

L. P f e i f f e r: Die Epidemie von Meningitis cerebrospinalis im Eisenacher Kreis. Jen. Zeitschrift II. 3.

Ziemssen und Hess: Klinische Beobachtungen über Meningitis cerebrospinalis epidemica. Deutsch. Arch. f. klin. Med. I. p. 72.

Mannkopf: Ueber Meningitis cerebrospinalis epidemica etc. Braunsch. 1866.

E betegség első önálló járványai 1805-ben Genfben, 1814-ben Grenoble- s 1822-ben Vésoulban észleltettek. Ezután 1837—49-ig Frankhonban a járványok egész sora lépett fel, melyek kiválóan a Loire, Rhone és Rajna környékén dthöngtek s az ország belsejét majdnem teljesen megkimélték. E frankhoni járványok főleg katonákat támadtak meg, egyes túltelt kaszárnyákba befészkeltek magukat és a tiszteket s altiszteket megkimélve, főként az újoncokat veszélyeztették. Már akkor észleltetett, hogy egyes elköltöző hadsapatok a betegséget új tartózkodási helyeikre hurcolták magukkal, ahol is az nem csak az illető csapatok között dthöngött, hanem a lakosságra is elterjeszkedett. Az olaszthoni, algieri, skandinaviai nagy járványok, melyek részint az előbb említettekkel egy időben, részint később uralkodtak, ránk nézve kisebb érdekléssel bírnak. Némethonban legelőször 1851-ben Würzburgban mutatkozott egy csekély kiterjedésű járvány, melyet R i n e c k e r ismert fel s irt le. Később 1864-ben Bromberg- Berlin- és Stettinben vette egy nagy járvány kezdetét, mely részint egyenletesen részint ugrásokkal haladva, azon év végéig Némethonnak legnagyobb részére elterjeszkedett.

Ez alkalommal is az tapasztaltatott, hogy a betegséget hadsapatok hurcolták szét; így került pl. keleti Poroszthonba Rastadtból; egészben véve azonban a betegség sokkal inkább a polgári lakosság között volt elterjedve. Gyermekek túlnyomó számmal voltak megtámadva, így Eisenach környékén 53 beteg között 42 10 éven alóli, Rastadtban 126 beteg között 72 14 éven alóli gyermek volt, stb. A férfinen csak valamivel nagyobb megbetegedési számot mutat. Legtöbb járvány hideg évszakokra esik, mindazonáltal az évszaki viszonyok magukban véve nem birhatnak túlságos befolyással, mert pl. nálunk 1868-ban a legforróbb nyáron lépett fel egy igen gyér járvány, mely valószínűleg egészen önállóan fejlődött. Ahol e betegség uralkodik, ott kiválóan kaszárnyákban, börtönökben s hasonló intézetekben szokott legnagyobb mérvben dthöngeni. De e körülményt sem lehet különös oki mozzanat befolyásának tekinteni, mert gyakran lapályokon, a kórtanyáktól mértföldekre eső helyeken is fordulnak elő egyes kóresetek, melyek ama járványokkal nem állnak egyéb viszonyban, mint hogy velük egy időbe esnek s hasonló földrajzi viszonyokkal bíró helyen lépnek fel. Az agy-gerincagykérlob önként (autochton) fejlődhetése felett alig lehet kételkednünk. Világos példát szolgáltatott erre azon

járvány, mely az 1860—61-ik évben Arnheimben oly időben lépett fel, amidőn a betegség Európában sehol sem mutatkozott. Bár a betegség kór-oka elhurcolható, s ott, hová pl. hadsapatok által vitetik, szaporodni képes, tulajdonképpen ragályozásról mégsem lehet szó, miután éppen azok, kik a betegekkel legtöbbet érintkeznek, így az orvosok a kórházakban s a tisztok a hadsapatok közt, rendszeren bántatlanok maradnak. Szokatlan erőfeszítések, rossz táplálkozás, tisztátalanság s az emberek összezúfólása fokozzák a megbetegedésre hajlamot. A szegények legnagyobb számmal támadtatnak meg. Más betegségekkel u. m. hagymáz-, vörheny-, váltólázzal e kóralak ritkán szövetkezik, legtöbb embert a legjobb egészség közepette támadja meg. A gyermekkor után a férfikor kezdete bír a megbetegedésre legtöbb hajlamossággal. A 30-ik életéven túl ritkán fordulnak elő megbetegedések. E betegség valószínűleg mocsárgerji okok folytán lép fel.

Ha hasonlatosságot keresünk, úgy e tekintetben a pellagránál előforduló agybántalom legjobban megfelelő képet nyújt.

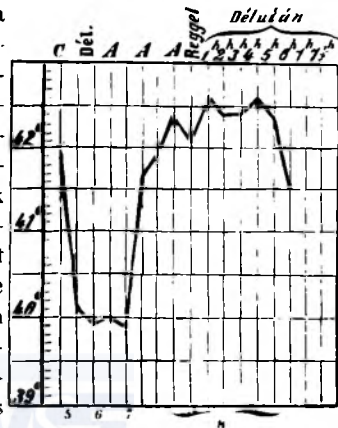
A bonci elváltozások főleg az agy s gerincagy lágy hártáit illetik. A koponyafedél néha, a kemény agykér gyakrabban vérdús. Belfelületén néha apró véromlányok mutatkoznak a szövet között. Az agyöblök telvék vérrel s alvadékokkal. A vékony agyburkok legtöbb nyire megvastagodottak, homályosak, vérdúsak s kisebb-nagyobb kiterjedésben genyesen beszűrődtek. Legtöbbször a tölcésér s Varol híd között a pókhálókér alatti ürökben genyes vagy genyes-kocsonyás izzadmánygyütemet találunk, mely e tájról az agyacs és a Sylvius-féle árok felé terjeszkedik. Az agyféltekék domborulatán, névszerint az edények mentében szintén vékony genyréteg található a pókhálókér alatt. Ezen geny sok nyákot tartalmaz s állítólag néha büzösnek is találtatott. A negyedik s két oldalsó agygyomrocok folyadéka meg van szaporodva s kevés genyvel kevert, mely geny valószínűleg a pókhálókér alatti ürökből (Subarachnoidalräume) jutott e helyekre. A lágy agykérek az agyállomány belsejében a szerv felületéről legtöbbnyire simán leválaszthatók; a Vieussenius-féle központban vagy a nagy dúcokban gyakran apró genypontok, ellágyulási góccok vagy vérpontok találhatóak, melyeket Klebs egy esetben képes volt éreltömülésre visszavinni. A gerincagyon a lágykér s a pókhálókér vérdúsak, utóbbi igen gyakran izzadmányval beszűrődött s alatta genyes zavaros folyadék vagy tiszta geny foglal helyet. Azon körülményt, hogy e csapadék a háti oldalon állandóbban jelen van s vastagabb mint a mellsőn és hogy főleg a gerinc nyaki és ágyéki részén fordul elő, genyüstlyedés következményének tulajdonítják. Maga a gerincagy majd lágyabb majd

meg vérdúsabb, mindazonáltal nem mutat mindig bonci elváltozást. Fro n m ü l l e r egy esetben a központi csatornát kitágultnak s tiszta genynyel teltnek találta. Némely friss esetben a lép megnagyobbodott-nak vagy legalább is petyhüdtnek s ráncos feltületűnek mutatkozik, je-lélül annak, hogy meg volt nagyobbodva. Az izomzat barna, száraz, merev, gócos alatt elsődleges nyalábjai (Primitivbündel) felette finom szemecékkel beszórtaknak mutatkoznak. A máj és vesék valamint a szív is többé-kevésbé előhaladott heveny zsiros elfajulást mutatnak. A bélben itt-ott az egyes tüszők meg vannak duzzadva. Ezenkívül újabb bonyodalmak is találhatók, n. m. : szivbelhártyalob, genyes izl-letlob, fültömírigy- s tüdőlob. Ez a friss esetek bonclelete, a betegség kimenteiről későbbben fogunk szólni.

A járványos agy-gerincagykérlob ritkán bir megelőző időszakkal, s ha bir, úgy az fejfájás, hát- és tagfájdalmak, bágyadtság s émelygés felléptében áll. A betegség tulajdonképpeni kezdete mindig igen viharos tünetekkel jár, n. m. heves rázó hideg, hányás, nagyfoku fejfájás. A fej-fájás majd a homlokban, majd meg inkább a nyakszirtben jelenkezik, majd pedig az egész fejre elterjed. E fájdalek, melyeknek következtében a beteg nyugtalan, kiáltoz, nyög, kezeivel hadonáz, lábaival rugdal, mindaddig tartanak, míg az öntudat el nem enyészik. Ez oka, hogy a fejfájás a leghevesebb kóreseteknél látszólag hiányzik, mivel ezeknél mindjárt kezdetben öntudatlanság áll be. Névszerint az első életévekben levő gyermekeknel gyakran játszás közben rögtön hányás lép fel s a gyermek öntudatát veszti. Még ily gyermekek is nyögés, fejtük forga-tása s fejtükhöz kapkodás által tudatják, hogy fejfájásban szenvednek. A hányás legtöbb esetben csak rövid ideig tart, mindazonáltal néha napokig is elhúzódhatik. A fejfájáshoz legtöbbnyire rövid idő mulva a gerincoszlop hosszában jelentkező fájdalek társúlnak, melyek kiválóan a tarkó s keresztcsont táján hevesek. Némely esetben a fájdalek a tarkó táján, míg máskor a keresztcsont vagy hátközép táján jelentke-znek előbb. Néha a fájdalek az egész gerincoszlop hosszában egyen-letesen terjednek lefelé. Ehez közvetlen heves tagfájdalek, s kivált a végtagok fájdalemas-túl érzékenysége (Hyperästhesie) esatlakozik ; e fájdalekat minden érintés, minden helyzetváltoztatási kísérlet s a fekhely nyomása fokozza. Ily viszonyok között gyakran nehéz megkü-lönböztetni, hogy mennyi esik a mozgási képtelenségből a beteg túl-érzékenységének, mennyi a tagok mindjárt kezdetben beálló hűdés-szerű gyengeségének s végre mennyi az izmok dermeszerű merevségé-nek rovására. U gyanis a végtagokon kezdettől fogva majd reszketéssel egybekötött, majd csak egyszerű hűdési gyengeség mutatkozik, s ez

okozza, hogy különösen a leghevenyebb esetekben a beteg rögtön öszszergyik. A fájdalommal egy időben merev izomösszehúzódások támadnak, melyek között legállandóbb s legfeltűnőbb a gerincoszlop tarkó-részletének hátrafelé hajlítottága, mi gyakran oly nagy fokú, hogy a gerincoszlop nyaki része a háti részszel derékszöget képez, miáltal a nyelés igen meg van nehezítve. Még ha a nyak mély izmai kisebb erélylyel húzódnak is össze, a hosszú hátizmok dermeje folytán annyira mell felé domborodik a gerincoszlop háti része, hogy kezünket a beteg háta alatt könnyen áttolhatjuk. Ha még ehhez az alsó végtagok feszítő izmainak megfelelő fokú dermeje is társul, akkor a beteget mint valamely deszkát felemelhetjük, de sem felültetni, sem meghajlítani nem vagyunk képesek. Ha pedig ez sikerül, akkor ennek következtében a gerincoszlop megfelelő részletében heves fájdalmak lépnek fel. A fokozódó derme- vagy nyavalyatörésszerű ránggöresős rohamok legtöbbször teljes hűlésbe és öntudatlanságba mennek át. (Lásd: Fig. 28. Halálos kimenetelt járványos agy-gerincagyhártyalob 12 éves lánynál.)

Fig. 28.



A láz a kezdetbeli rázó hidegtől kezdve nagy fokú, de rendetlen menetű. A hőmérsék súlyos esetekben közönségesen eléri, sőt nem ritkán túl is haladja a 41 C°-ot. Az érlökés általában mérsékeltén gyorsult s minden köresetnél egyszer néhány órára meglassul. A érlökések mindig nagyok s teltek, gyakran rendetlenek vagy kettősek. A bőr felváltva majd forró s száraz, majd ismét forró s izzadsággal fedett. A rázó lázak következtében gyakran a 3—5-ik napon az areon sömörösoportok jelennek meg, későbbben a bőrön izzadsághólyagesák, esalánküteg, vörhenyszertű rózsacsaftok s tarjakok fordulnak elő, mely utóbbiak valószínűleg a rendkívüli magas hőmérsék következményei. E tarjakok némely járvány alkalmával majdnem rendszeren előfordultak (e miatt nevezték e betegséget az amerikaiak spotted fever-nek), míg más járványoknál, névszerint az enyhébbeknél, majdnem teljesen hiányoztak. A lép magatartását illetőleg igen eltérők a vélemények. Némely észlelők a lépduzzadásról említést sem tesznek, vagy tagadják azt, így Niemeyer; mások mint Wunderlich és Klebs, súlyos, és friss köresek

nél mindig észlelték lépnagyobbodást. Az általam észlelt esetekben sem hiányzott: De én oly súlyt nem fektetek rá, mint mások, hanem egyszerűen csak a láz tünetének s titérellazulás következményének tartom, amely éppúgy előjöhethelybeli loboknál mint hagymázos betegségeknel. Láztünetekként meg kell említenünk még: a fokozódott szomszomságot, száraz nyelvet, kezdetbeli székrekedést, a vizelet mennyiségének csökkenését, fehérvyevizelést s a nyákhártya burutokrai hajlamát. A betegség későbbi folyamában gyakran fellépni szokott hasmenések valószínűleg a bél egyes tiszóinek duzzadtságával vannak összefüggésben.

A betegség lefolyását illetőleg a közönséges alakon kívül még két alakot lehet egész biztossággal megkülönböztetni, u. m.: a leghevesebb és legenyhébb, úgynevezett koresalakot. A közönséges lefolyású alakok között a súlyosabbakat, középsúlyosságúakat s enyhébbeket, a mennyire a gyakorlati szükség kívánja, elég könnyen fel lehet ismerni. Ha minden előjel nélkül azonnal öntudatlanság áll be, az érlökés nagy szaporaságot ér el, a láták, melyek magatartását különben gyors ingadozás jellegzi, mihamar állandó kitégüldást mutatnak, ha már az első órákban ránggöresök lépnek fel s az öntudat korán teljesen elenyészik, akkor a jóslat határozottan kedvezőtlen. Hosszan tartó igen magas hőmérsék szintén a rossz jelek közé tartozik. A kedvezőtlen kimenetelt egy részt az agytünetek, másrészt a láztünetek hevessege, vagy más szóval a történt mérgezés helyi s általános behatásának erőssége teszi valószínűvé. A kóresetek 25—60, középszámban 40%-ka halállal végződik, ezek közül legtöbb esetben a beteg a legelső bántalmaztatás következtében hal el, míg más esetekben kiválóan a hátizmokban többször észlelt másodlagos gyenyedési folyamatok folytán létrejött kimerültség, stüledés (Hypostase), vagy idült fejevizkór vet véget a beteg életének; utóbbi esetben a halál a betegség kezdete után csak hetek vagy hónapok múlva áll be. Ha a lágy agykéregben létrejött izzadmány zsugorodása a Galenus-féle nagy vizsér (Vena magna Galeni) összenyomatását eredményezi, úgy e kimeneteli módot újból fellépő fejfájás, hányás, szédültség s a látási képesség gyengülése jelzi. Az titülés közben gyenyfelszívódás folytán gyakran rázó hidegek lépnek fel. Az agykéregzsugorodása következtében részletes hűdések, különösen pedig az alvótagok hűdése, stületség s látási zavarok jöhetnek létre. Ha az arcideg (N. facialis) korán bémült lesz, gyeny lob pusztíthatja el a szemtekét.

A betegség tartama néhány óra s több hónap között ingadozik. Halálos kimeneteli esetekben a betegség legtöbbnyire csak néhány

napig tart, kedvező kimenetellekben 1—3 hétre elhúzódik. A járványos agygerinc-agykérlobot az agykéri tünetekből, a láz magas voltából s a betegség járványos felléptéből, vagy egyes kóresetnél azoknak a szomszédságban uralkodó járványügyi összefüggéséből lehet felismerni. A bántalom természetét illetőleg több irányban támadhatnak kétségek. Az agykérlobot hagymázzal, heveny gümőkórral, agytünetekkel, s heveny betegségekkel (vörheny, tüdőlob) cserélhetjük fel, míg a genyes agykérlobot gümös agykérlobbal tévesztethetjük össze, járványok kezdő és végző, szóval különálló kóresetei hibásan erőművi, fülfolyásos, vagy tüdőlobos agykérloboknak tartathatnak s bizonyára már gyakran tartattak is. A járvány alkalmával egyéb szervek különféle bántalmái, névszerint pedig gutaütések, vonaglásbanlevő agytályogban szenvedők stb. hibásan a járvány esetei közé számíthatók. — A bántalom természetét illetőleg alig kételkedhetünk, hogy itt általános s így fertőzési betegséggel van dolgunk. Alig is képzelhető, hogy a lobgerjesztő káros hatány oly jól védett szervekre, minők az idegrendszer központjai, más úton gyakorolhatna behatást, mint a vér útján. A kóroanyag fajlagos (specifisch) hatása az agykérekre még ép oly talány előttünk, mint a vörheny méreghatása a vesékre, a nadragulyáé (Atropin) a szivárványhártyára stb. Valjon e kóroanyag újra képződik-e a testben, mily úton vésztetik fel s bír-e lappangási időszakkal, ezek olyan kérdések, melyek még megoldásra várnak.

A gyógykezeléstől, a jóslatnál felemlítettek szerint, még eddig keveset várhatunk. Óvmódra vonatkozó szabályokkal is alig bírnak még. Mindazonáltal tanácsos a gyermekeket oly helyekről vagy házakból, a hol e betegség már többször mutatkozott, eltávolítani, nevelőintézeteket, árvaházakat s hasonló helyeket, ha bennük a betegség fellépett, kiűriteni vagy legalább is szorgosan kitisztogatni s szellőztetni. Járvány alkalmával mindenkinek tanácsos rendes életmódot követni, túlságos erőfeszítéseket, felhevülést, meghűlést, kihágásokat kerülni s a tápszerek választására is figyelmet fordítani. A tulajdonképpeni gyógykezelés abban fog állani, hogy a lob hevesességét igyekszünk enyhíteni, s pedig helyi vérelvonások által a fül mögé felrakott néhány nadály, vagy idősebb gyermekeknél a gerincoszlop hosszában alkalmazott köpölyök segítségével, továbbá a fejre tett jeges s ha lehet, a gerincoszlop hosszában is alkalmazott hideg borogatások által. Különösen a fejre tett jéggel telt hólyag határozottan jótékonyan hat; hashajtók vagy ecetesörék is elvezetőleg hathatnak az agykérekhez vértorlódásra. Minden egyéb eljárás az egyes tünetekre vonatkozik. A hányást pezsgőszerrel, a heves fej- és tarkófájdalmakat pe-

dig belsőleg s bőr alá feeskendések alakjában alkalmazott bódító szerek segélyével igyekszünk leküzdeni. E célra legelterjedtebb alkalmazásnak a nadragulyaal s a szunyal örvend. A rendkívül magas hőmérsék ellen gyűszűnkét, chinalt vagy zsáspaalt (veratrin) rendelhetünk. Ezeknél azonban több sikert ígérnek a hideg leöntésekkel egybekötött hűvös fürdők. A betegség későbbi folyamában az agykérbeli izzadmány felszívódásának elősegítése céljából a Wunderlich által igen dicsért hamiblagot (Jodkali) rendelhetjük. Ugyanekkor gyakran leszünk kénytelenek a beteg kimerülése ellen bort-, chinalt s vasat használni. A betegség után visszamaradt hűdészek ellen a villamárakok későbbi alkalmazása csekély sikert ígér.

IV. CSOPORT.

Idült ragályos fertőzési betegségek.

Bujasenyv, Syphilis.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. p. 394 u. f.

E. Wagner: Archiv der Heilkunde IV. pag. 1., 161., 430.

v. Bärensprung: Die hereditäre Syphilis. Berl. 1864.

Jahrbuch für Kinderheilkunde u. ph. Erz. 1858. Bd. II. p. 1. und 1861 Bd. IV. p. 213.

A. Förster: Beiträge zur pathologischen Anatomie der congenitalen Syphilis. Würzmed. Zeitschrift IV. 1.

A bujasenyv természetébe mélyebb betekintést nyújtó általános kórtani jellemei között e betegségnek legelőbb a valódi, kemény bujafekély átolthatósága ismertetett. Ricord ama hibás tantétele alól, miszerint csak a bujafekély oltható át, a bujasenyv pedig nem, a bujasenyv örökölhetősége képezte az első kivételt, mit maga Ricord sem tagadott. Az által, hogy a puha bujafekély a bujasenyvtől különválasztatott (Bassereau) s hogy a helybeli tünetekre nézve 4 heti, az alkatiakra 6 heti, egészben véve 10 heti lappangási időtartam pontosan megállapított (Bärensprung s mások), a bujasenyv a valódi fertőzési betegségek sorába lépett. Jelenleg tudva van, hogy a bujasenyv geny és vér segélyével átoltható; hogy állandó s hosszabb ideig tartó lappangási időszakkal bír, s hogy lefolyása legalább kezdetben szabányos (typisch). E lefolyás bőr- és nyákhártyabántalmakkal veszi kezdetét, melyek a vörhenynél s kütleges hagymáznál fellépni szokott bőr- és nyákhártyabántalmakhoz meglehetősen hasonlítanak, sőt, ami a hasonzerüséget (Analogie) még inkább növeli, — némely esetben a bőr megbetegedése előtt lázas megelőző időszak (Prodromalstadium)

is mutatkozik, és a bujasenyv mérge, — mint a legtöbb heveny fertőzési betegség kóroka, — áthatol a méhlepény hajszáledényeinek falain s megtámadja a magzatot. Későbbi lefolyása a bujasenyvnek már mindig teljesen idült, a heveny fertőzési kórokéhoz nem hasonlít s meglehetősen szabálytalan. A bujasenyv már az ondó útján átjuthat a petére, anélkül, hogy az anya fertőztetést szenvedett volna vagy később fertőztetették; ez egyikénél sem történik ama kóralakoknak, melyekkel a bujasenyvet párluzamba lehet tenni. Dacára e két fontos különbségnek, nem esodálkozhatunk, hogy némely tudósok a betegség okát gombáknak a testbe jutásában keresték s minthogy gombákat találtak is, azokat kóroknak tekintették.

A gyermekkorban a bujasenyv mint együltt született és mint szerzett bántalom fordul elő. Együlttszületett bujasenyv akkor támad, ha bujasenyvben szenvedő anya esik teherbe, ami — úgy látszik, — nem igen gyakran történik; vagy ha az anya a fogamzáskor egyszersmind ragályoztatott is; továbbá ha az anya — a két utolsó hónapot kivéve — a terhesség további folyamában ragályoztatott; végre ha az apa a nemzéskor bujasenyvben szenvedett. A bujasenyv, különösen pedig az örökölt bujasenyv minőségét illetőleg felette sok függ az egyéniségtől. Bujakóros fekélyben vagy másodlagos bujasenyvben szenvedők utódai a betegségnek hol rossz-, hol jóindulatúságát, hol pedig egyéb különös tulajdonságait öröklik. Legszabályosabb szerepet játszanak e sajátlagosságok az örökölt bujasenyvnél. Az anya, ki a fogamzáskor a ragályoztatástól ment maradt, bujasenyves magzatától már nem ragályoztatik, avagy rajta csak enyhébb alakok mutatkoznak, melyek azonban a legközelebbi terhességek alkalmával erősebben kifejlődnek. A terhesség vége felé bujasenyvessé lett anya gyermekét későbbi érintkezések alkalmával már nem ragályozza. Az apától örökölt bujasenyvben szenvedő gyermek szoptató anyját nem ragályozza, hanem szoptató dajkájátigen. A ragályos betegségek egyikénél sem szerepel annyira a rokonsági mentesség, mint a bujasenyvnél. Azon bujasenyves kórjelek, melyek még a méhbenlét közben vagy kevéssel a születés után a gyermek testén fellépnek, a szülék bujasenyves megbetegedési fokának némileg rendesen megfelelnek. Azon esetekben, a hol állittatik, hogy az apa a bujasenyvből kigyógyult, az anya pedig a ragályoztatást elkerülte és az apa kigyógyulta után nemzett gyermekek mégis a bujasenyv nyomaival születtek, az apa teljeskigyógyulta bizonyára legtöbbször kétségbe vonható.

A szülők valamelyikétől bujasenyvessé vált magzatok gyakran a terhesség 6-ik vagy 7-ik hónapjában halva születnek s rajtok leg-

többször külsőleg a bujasenyves megbetegedés nyomai mutatkoznak, melynek behatása még az anya testében okozta halálukat. Máskor ismét ily gyermekek idejében vagy csak kissé korábban születnek halva s a bujasenyv jeleit hozzák magukkal a világra vagy pedig sorvasak. Életben maradt gyermekek szintén bujasenyves jelekkel szülehetnek, vagy csak egyszerűen sorvasak, vagy középszerűen tápláltak lehetnek. A bujasenyves kórjelek többnyire már a születés utáni első két hét alatt fellépnek. Minél inkább ismerjük ama változatos módokat, melyeken az örökölt bujasenyv az életkor elején megjelenenszokott, annál ritkábban fogunk oly esetekkel találkozni, melyekben az örökölt bujasenyv a születés után csak hónapok vagy évek múlva tör ki. Jelenleg, amidőn tudjuk, hogy felnőtteknél a bujasenyv lappangási időszaka csak higanygyógymód behatása alatt haladhatja túl a 10 hétnyi, vagy legfeljebb 6 hónapnyi rendes időtartamot, fel kell vennünk, hogy új szülötteknél, ha különös viszonyok, mint pl. az anya vére útjáni higanyfelvétel, nem hatottak be, a bujasenyvnek szintén mielőbb ki kell törnie. Ha a bujasenyv az apától származott, úgy máj a születéskor ki kell fejlődve lennie a gyermekben, ha pedig az anyától eredt, úgy, minthogy az utolsó terhességi hónapok alatt nem szokott ragályozás történni, legalább is a születés után rövid idő múlva ki kell törnie. Innen származik az, hogy oly esetekben ahol többször korán holt magzatok születtek, ezt legtöbbször az apa bujasenyves voltából lehetett kimagyarázni, míg oly esetekben, ahol a bujasenyv a gyermekben feltűnő későn lépett fel, az legtöbbször a higanyal gyógykezelt anyától származott át.

Bujasenyves gyermekek legtöbbször rossztúl tápláltan születnek. Ezt majd a gyermek kóros állapota, majd meg az anyának a bujasenyv s az ellene alkalmazott gyógykezelés folytán tönkrement egészségi állapota okozza. Ily gyermekek bőre szennyes, hervadt küllemű, tenyerét s talpát csak igen vékony hámréteg fedi, mi által e részek feszes, fényes, a mosónők kezeihez hasonló küllemmel bírnak. A nyákhártyák hurutokra igen hajlamosak, névszerint az orr bedugul, légzéskor szörtyög s belőle vér nyomait mutató nyák szivárog, ami különben egészséges újszülötteknél alig szokott előfordulni. Számos nyirkmirigy meg van duzzadva s gyakran a máj s a lép duzzadtsága folytán a törzs meg nagyobbodtnak mutatkozik. Oly esetekben, ahol a betegség csak a születés után veszi kezdetét, a bőrön lencse-egész garas nagyságú, elmosódott határu rózsapiros foltok lépnek föl (Macula: Roscola). E foltok főleg a törzsön s a végtagok feszítő oldalán vannak jól kifejlődve s hosszab tartam után vörösbarna színt nyernek. Eleinte a foltok vörössége újnyomásra eltűnik, később bár eltűnik nyomáskor a vörösség, de utána

sárga vagy barna elszínesedés marad vissza. Az által, hogy a vérbőséghez izzadmány társúl, a foltok göbök lesznek (Papula, Lichen). E göbök rövid idő alatt pikkelyző képletekké változnak, melyek közepen gyógyúlnak, környi irányban pedig gyűrűszerűen terjednek s részint barnavörös színezetüknél és pikkelyszegénységüknél fogva, részint mert a nem bujasenyves pikkelysömör (Psoriasis) a gyermekkor elején nem szokott előfordúlni, alig ismerhetők félre. Genyttüszök vagy bárányhimlőszerű alakok a gyermek korban a göbökből ritkán támadnak, ellenben széles, vörös udvarral ellátott genyttüszökké (Ekthyma) gyakran változnak a göbök. Két más bőrkóralakot, u. m. : a függölyöket (Kondylome) és a bubort (Pemphigus) nem lehet foltokból származtatni. A függölyök a bőrnek nyákhártyábai átmenete helyén gyermekeknel is előfordúlnak s pedig legtöbbször az ajkakon, nemző részen s végbélnyíláson, néha a szemhéjakon, a szájpardon s az orrban. Gyermekeknel a függölyök a törzsön sokkal nagyobb elterjedésnek örvendenek, mint felnötteknél, így névszerint az egész úttájon, a köldökön, a lágyékhajlatban s a hónaljredőben gyakran találhatók függölyök. A kéz és láb újjain pedig viszont hiányzanak a gyermekkorban. A bubort (Pemphigus) illetőleg, mely savós folyadékkal lazán telt, tojásdadalaku hólyagok alakjában lép fel, s nedvező, későbbben a hólyag megrepedése után lepikkelyződő helyeket hagy hátra, sok vitatkozás történt, hogy e küttegalak mindig-e, avagy mikor képezi jelét a bujasenyvnek. A tapasztalat azt tanítja, hogy a bubort annál inkább kell bujasenyves természetinek tekinteni, minél inkább együtt született s mentől rövidebb időre tör ki a születés után, s minél inkább kizárólagosan a tenyereken s talpakon van kifejlődve. Míg a bubort felnötteknél bujasenyv tüneteként oly ritkán fordul elő, hogy B a m b e r g e r és W a l l e r bizonyító észleletei dacára még többektől kétségbe vonatik, addig gyermekeknel majdnem oly gyakran észlelhető bujasenyv kíséretében, mint felnötteknél a vérhólyag (Rupia). A bubort, miként a vérhólyagot későbbi másodlagos tünetnek kell tekintenünk, mely különösen gyenge testalkatú egyéneknel szokott kifejlődni. E küttegalakot, mely a jóslatra mindig igen kedvezőtlen tünetnek tekinthető, a gyermek legtöbb esetben már magával hozza a világra. A B i n e c k e r által leírt bőrgöbök (Syphilis cutanea nodosa) különösen a végtagokon s a törzsön fordulnak elő. E göbök nagyobb számmal kifejlődhetnek ugyanegy időben, mindazonáltal mindig szétszórtan ütnék. Mielőtt ily göb láthatóvá lenne, az a bőr alatt leucese- egész borsónagyságú, kerekded, feltűnő keménységű göcs alakjában tapintható, mely eleinte ide s tova tolható, később pedig a bőrrel összetapad; egy-

úttal a bőrön halványpiros, későbbben kékesbarna, kiemelkedő folt támad, melynek közepén a bőr elvékonyodik, megreped s néhány cseppnyi sűrű genyrt ömleszt. Üszkös kötszövetcafatok azonban, miként az keléseknél szokott történni, sohasem fejlődnek.

A tályog mihamar begyógyul, de a keménység s a barnás elszínesedés csak hetek mulva tűnik el. Mindezen alakok a bujasenyv sajátlagos jellegét viselik magukon, míg a bőrön gyakran előforduló repedések, a számos, vagy terjedelmes tályogok, melyek névszerint a nyakszirten s végtagokon fordulnak gyakran elő, nem ritkán csak egyéb tünetek jelenlétében tekinthetők a bujasenyv következményeinek. H u t c h i n s o n állította, hogy örökölt bujasenyves gyermekeknél a fogak, kiváltképpen a felső metszfogak rövidek, vékonyak, vésszerűek s gödrös felületűek. Mindazonáltal valószínű, hogy e változásokat más senyvek is létrehozzák (A l b r e c h t). Így minden genyttűszős vagy pontozott szaruhártyalobot sem fogunk, mint H u t c h i n s o n, bujasenyv jelének tekinteni. A csontok, a gége s a torok genyes bántalmái a bujasenyv e fajánál felette ritkán fordulnak elő.

Az örökölt bujasenyv sokkal gyakrabban idéz belszervi bántalmakat elő, mint a szerzett. Abból, hogy számos holtan született magzatnál ily bántalmak találhatók, következtethetni, hogy a belszervek már a betegség kezdete után rövid idő mulva megtámadtatnak. A kezdeményben (Thymus) vöröses göbök fordulnak elő, melyek belsejében geny foglaltatik. E geny jelenlétét mindig csak górcsói vizsgálat útján lehet kimutatni. E kóros elváltozást legelőször D u b o i s írta le. Későbbi észlelők, u. m.: H e c k e r, W e i s f l o g s mások kimutatták, hogy ez felette ritkán fordul elő. A tüdöket illetőleg három idetartozó kóros elváltozást ismerünk, u. m.: a) száraz, szűrke-vörös, szalonnaszerűen fénylő hörgtüdőlobgócokat, b) tulajdonképpeni mézgagöböket, melyeknek közepe elgenyedhet vagy elsajtosodhatik (D e p a u l), s végre c) a L o r a i n s R o b i n által leirt tüdőhámsejtdagokat (L u n g e n e p i t h e l i o m e), melyek sima, nedvszegény metszlappal bíró kékes-vörös helyek alakjában mutatkoznak, s a melyek górcsói vizsgálat útján szabályosan rendezett kövezethámsejtekkel kitöltött tüdőlegsejteknek bizonyítanak. A belszervek között leggyakrabban a máj szokott megbetegedni. Elváltozásai gyermekeknél lényeges eltérést mutatnak a felnőtteknél előforduló hasoneredetű májbántalmakkal járóktól. Ez elváltozások legtöbbször a mirigyfűrtök (Acini) közötti kötszövet elterjedt mézgas burjánzásában, az epeutak megvastagolása-, az edények átjárhatatlansága- s a májsejtek sorvadásában állnak. A máj tetemesen meg van nagyobbodva s kemény, felülete sima, majd egyen-

letes világos színezetű, majd barna s világos-sárga foltokkal fedett, a szerint, amint a szervet egészen, vagy csak helyenként érte az elváltozás. A máj metszlapján a kóros helyek tűzkőéhez (Gubler) vagy talpbőréhez (Trousseau) hasonló világos-sárga színben tűnnek fel, áttetszők, nedvesek s kemények. Göreső alatt a tömött kötszövet között apró sejtekből s magvakból álló burjanzást látni. A lép duzzadt-sága s a hashártyatömlőben található savógyütemek és vérkiömlések, a verőcérrendszerbeni vérpangásra mutatnak. Bärensprung szerint főleg az apától nyert bujasesnyv szokta ez elváltozási alakokat előidézni. Ahol a máj megvan nagyobbodva, kemény és sima, a lép duzzadt s a hashártyatömlőben folyadékgyütemet lehet kimutatni, ott a kórismét már az élőben meglehet állapítani. Körtülrít mézgas májdagok, kemnyés májelfajulás, lebenyes máj, zsugorodó májburoklob, — vagyis a felnőtteknél előforduló elváltozási alakok —, gyermekeknél ritkán mutatkoznak. A Simpson szerint másodlagos bujasesnyvben szenvedő gyermeknél halál-okként szerepelő hashártyalob a májbántalommal áll összefüggésben. A lépnek vérdús, duzzadt, kékes-vörös szövete közepett gyakran számos sárgásfehér egész cseresnye nagyságú, száraz göbök találhatóak. E mézgasdagos léplobot, ha a göbök kitapinthatók, élőben is fel lehet ismerni. Ezen bántalom is idézhet elő hashártyalobot. Förster s később Schott is egy esetben a bélben a Peyer-féle mirigy csoportnak megfelelőleg kemény duzzanatot alált; a durva rostokból álló kötszövetbe ágyazott mirigyek el voltak pusztulva, s e kötszövet felülete sárgás, üszkös pürkké változva. Seebek a mellékvészkben a májnal említetthez hasonló elterjedt mézgas elfajulást mutatott ki, mely kiválóan a kéregállományt érte s feléres, kölesszerű szemecék képződését okozta. Az agyalapján előforduló mézgasdagokat Schott, a bujasesnyves szivbellobot pedig Förster írta le. A torók, gége s légeső gyermekeknél sokkal ritkábban támadtatnak meg mint felnőtteknél, hűdések s mór (Amaurosis) itt-ott előfordúlnak. — A előadottakból már eléggé kitűnik, hogy mily sokféle bujasesnyv okozta belszervi bántalom fordul elő.

A kórlefolyás annál kedvezőtlenebb, minél rövidebb időre a szülés után fejlődött ki a betegség, minél inkább túlsúlyban vannak a genyes vagy hólyagos küttegalakok s minél több belszerv van bántalmazva. Az elevenen született bujasesnyves gyermekeknek több mint fele az első életévben hal el, köztülök sok oly korán, hogy gyógykezelés alá sem kerül, s éppen ezeket leggyakrabban hashártyalob öli el. A gyógykezelteknek legalább egy negyede elhal s pedig legtöbbször

hasmenés vagy tüdőlob következtében. Magára hagyatva a betegség, mindig halálos kimenetelű (Cullerier). Azon elgyengült s fejlődésükben visszamaradt bujasenyves gyermekek közül, kiken a betegség a születés után csak későbbben ütött ki, vagy akik a gyermekkor elején gyógyítottak, sokan későbbben a görvély- vagy a gümőkórnak esnek áldozatul, vagy idült mandolalob, orrfekély (Ozäna), zsiros májelfajulás- s bőrfarkasban (Lupus) szenvednek, mely bántalmak nem a bujasenyv közvetlen szüleményei, hanem a bujasenyv által elgyengített testalkatból erednek.

A szerzett bujasenyv bujafekélyekből támad, melyeket a gyermek születésekor anyja nemzö részeivel érintkezés útján vagy bujasenyves méreggel kevert nyirkkel beoltatás útján szerez, pl. ha a gyermek bujasenyves dajka által szoptattatik; továbbá csókok útján, szóval minden képzelhető módon, ahol csak a gyermek felszabott részei bujasenyves termények genyével érintkezésbe jöhetnek. A szerzett bujasenyv bevándorlási útjai s módjai néha rejtettek s csodálatosak s legtöbbször könnyelműség —, tudatlanság —, kedvezőtlen véletlenségekből s néha, ahol a felnötteknél szokott irányt választják, természetellenes alávalóságokból magyarázhatók ki. A ragályoztatás után négy héttel a bőrön vagy nyákhártyán a megfelelő helyen piros göböske támad, az illető oldallal közlekedő nyirkmirigyek (egy vagy több) megkeményednek s megnagyobbodnak ami mindig nagyobb mérvben történik, mint valamennyi többi lassanként megduzzadó nyirkmirigynél; további hat hét elteltével fellépnek: a rózsacs, a függölyök, a torokbántalom s mindaz, ami a szerzett bujasenyv rendes menetéhez tartozik, s csak az előbb leirt s kiválóan az örökölt bujasenyvhez tartozó elváltozási alakok nem. A hajak kihullása már csecsemőknél is előfordul, a torok kifekélyedik, az orr behorpad, a csontok mézgas megvastagodásokat s fekélyedési folyamatokat mutatnak, sőt bujasenyves gégeszor is támadhat már csecsemőknél.

$\frac{1}{2}$ —3 éves gyermeknél gyakran nehéz a szerzett bujasenyvet az örökölttől megkülönböztetni. A dolog tisztázása céljából kitudakoljuk, hogy nem vetélt-e előbb el az anya. megvizsgáljuk a szülőket, a gyermek testén fertőzési helyek s azok hollétét eláruló mirigyduzzanatok után kutatunk, azonban felette óvakodjunk oly gyermekeknél, kik 1 égy hetes korukon túl betegedtek meg, örökölt bujasenyvet feltételezni. Gödrös fogak, kemény máj, nagy lép, göbök, buborok ö: költ bujasenyv mellett, hajhullás, torok-, gége-, csontbajok szerzett bujasenyv mellett szólnak. Ha szerzett bujasenyvvel van dolunk, úgy annak kútforrását ki kell kutatnunk s ártalmatlanná tennünk, örökölt buja-

senyvnél is gyakran kénytelenek vagyunk a szülők valamelyikét régelefelejtett bujasenyvre emlékeztetni. Csecsemőknél helytelenül a bujasenyv jeleinek tekinthetők : a végbél felpírja, izzag, vérbőségek, gennyűszők, fekélyedések a bőrön, melyek mind tisztátalanság, rovaesipés, stb. folytán támadhattak ; gyermekeknél a szülletés utáni legközelebbi években : görvélykóron alapuló orrlob (Ozina), mirigyduzzanatok, bőrfarkas, csontbántalmak stb., végre a szájjad álhártyás lobszülte hegei s fehérvérűségokozta mirigyduzzanatok. A gyermekek bujasenyve különben sokkal gyakrabban elkerüli a figyelmet, mint félreismertetik, mi pedig nagy horderejű hibákat szülhet, miután a betegség és forrásainak elég korai felismerése teszi csak lehetővé, hogy a bajt előljtk.

A szóban forgó betegség gyógykezelése számos támponttal bír. Legelőször megjegyzendő, hogy már a terhesség közben az anyán alkalmazásba vett beható higanygyógymód képes a senyvnek a gyermekrei behatását gyengíteni s névszerint a legközelebb álló veszélyt, az elvetélést, meggátolni ; minélfogva alkalmazása nem csak hogy meg van engedve, sőt sürgösen javalt. Többszöri elvetélések és a szülők valamelyikének előrement bujasenyves megbetegedése szintén sürgös szükséggé teszi az erélyes higanygyógymód alkalmazását. — A gyermeknél az orvosnak legelőbb is alkalmas táplálást kell megkezdenie, mi mellett ama tapasztalatot előnnyel értékesítheti, miszerint a gyermek anyját a szopásnál nem ragályozza. Ha tehát az anya erőteljes s egészséges és emlői elég tejet szolgáltatnak, úgy legjobb a táplálás tekintetében a természetes úton haladni. Egészséges dajkának ellenben nem szabad a bujasenyves gyermeket szoptatnia, és bujasenyves dajka, ha olyan éppen találkozni is, rossz szolgálatokat tenne. Ennélfogva minden oly esetben, ahol az anya emlője a gyermek táplálására nem alkalmas vagy nem elégséges, az elfogadott szabályok szerint berendezett müleges táplálást kell eszközölni.

A gyógyszer alkalmazását illetőleg, kivált ez időpontban előbb gondosan meg kell fontolnunk, hogy a közvetlen vagy a közvetett út választjuk-e. A gyógyszerek közvetett útoni alkalmazását több orvos annyival inkább sürgösen ajánlta, minthogy többek által tett eredménytelen kísérletek után P e r s o n n e n a k sikerült higanyval kezelt asszonyok tejében esekély mennyiségű higany jelenlétét kimutatni. Sőt e részben némelyek oly messze mentek, hogy azon javaslatot tették, miszerint, ha oly dajka nem találkozni, ki magát higanyszerezésnek alávesse, tápláltassék a gyermek szürke kenőccsel bedörzsölt kecske tejével. Véleményem szerint helytelen 1) egészséges dajkát bujasenyves gyermekkel érintkezésbe hozni vagy éppen higanyszerezés-

nek alávetni; 2) bujasenyves gyermeket hasonlóképpen bujasenyves dajka által tápláltatni, miután minden rendszeresen alkalmazott s a kellő étrenddel egybekötött higanyszerelésnél a dajka teje annyira apad, hogy a gyermek táplálására elégtelenné lesz és miután előrelátható, hogy a dajka sokkal előbb kigyógyul, mint a gyermek.

Ennélfogva a közvetlen gyógykezelés minden esetben előnyösebb leend. Ez eljárásnál az iblany- vagy higanynyali szerelés, s az utóbbi gyakoribb esetben a gyógyszer belső vagy külső alkalmazása foroghat kérdésben. Szóljunk legelőbb is a higanyról. Ismeretes dolog, hogy a higany nagyobb adagokban folytonos belső használata felnőtteknél is nem ritkán a tápcső folytonos izgatottságát vonja maga után, a mi étvágytalanság-, hányási hajlam-, székürítési rendellenességek- s bétzsábaszerű fájdalmakban nyilvánul. E zavaroktól, melyek a későbbi korban ha nem is éppen veszélyesek, de minden esetre terhelők, a csecsemőkorban határozottan tartanunk kell, mert e korban sokkal könnyebben létre jönnek, s mert kivált a hasmenés, mely ily betegeknel anélkül is könnyen támad, e gyógyeljárás által előidéztetik s néha rövid idő alatt oly fokot ér el, hogy az orvos nem képes többé legyőzni. Ezenkívül gyermekeknel kénytelenek vagyunk a felnőtteknél adagolás egy kis, de semmi esetre sem közömbös előnyét nélkülözni, amennyiben gyermekeknel labdaesok nem alkalmazhatók, minélfogva csak oly alakokban nyújthatjuk a higanyt, melyek már a szájban könnyen káros behatást gyakorolnak.

Elleiben számos tapasztalat szól a mellett, hogy a higany külső alkalmazása épp oly sikeres, mint a belső, s emellett nem bir hasonló hátrányokkal. Ennélfogva nézetem szerint legtanácsosabb a gyermek kora, tápláltsága s a javalat stírgösségének minősége szerint naponta 1—3 grammnyi szűrke kenőcsöt még egyszer vagy kétszer annyi zsírral keverve naponként más-más testrészen bedörzsölni, s ezt úgy eszközölni, hogy e kenőcs soha se legyen igen sokáig a bőrrel érintkezésben, nehogy izzag támadjon. Ezt akként érhetjük el legkönnyebben, hogy ha a beteget minden nap megfürösztetjük, s pedig, ha a bekenés reggel tétetett, este, avagy megfordítva. Ez eljárást valamennyi körjel eltüntéig folytatjuk, ha csak a gyermek egyéb viszonyai kisebb nagyobb szüneteket nem tesznek szükségessé.

A másik, emennél még ajánlatosabb módszer, a maróhiganyfürdők alkalmazása, mely névszerint nagyobb tisztasága által tűnik ki. Hetenként 2—3 fürdőt rendelünk, melyek mindegyikéhez a gyermek kora s a fürdőedény nagysága szerint 1—3 grm. oldott maróhiganyt kevertünk. E fürösztéseket szintén még a tünetek elmulta után is hossz-

szabb ideig folytatjuk. Hasonyszerű külső szerelési módok még a következők : a Cyrillo-féle eljárás, mely abban áll, hogy a gyermek talpába naponta a következő kenőcsből (Sal. ammon. Mercur. subl. corros. aa grm. 0,5 Axung. porc. grm. 10 M. f. ungt.) borsónyi részlet dörzsöltetik be; továbbá Brodie módszere, melynél a sztrike kenőcs a bőr helyett gyapjúpólyára kenetik, s ezzel a gyermek combjai bepólyáztatnak. Ezen eljárásnál a tisztán tartás még nagyobb nehézségekbe ütközik, mint a sztrike kenőcsközönséges alkalmazási módjánál.

A belső szereléshez némelyek a Hahnemann- s Moscat-féle fekete higanyt, mások édes higanyt, krétával készült higanyt, sárga higanyiblagot (Hydrargyr. jodat. flav.), vagy maróhiganyt használnak megfelelő kicsinységű adagokban, így pl. maróhiganyból naponta 0,005 grm.-ot, édes higanyból 0,02—0,1 grm.-ot. A higanyhasználat következményei ritkán nyilvánulnak nyálfolyásban, de annál gyakrabban hányás-, hasmenés- s hasonló alhasi tünetekben; ily esetekben a higanyhasználatát rögtön félbe kell szakítani s a közbelépett bántalmat megfelelő gyógyeljárás által lektözdeni. A higany külső alkalmazásánál erre ritkán lesz szükség. Én ez eljárás mellett két esetben láttam egyes izületeket megdagadni s azokban fájdalmakat fellépni, azonban a gyógymód 2—3 naprai félbeszakítása s a megtámadott izületek begöngyölése után e bántalom, ismét gyorsan eltűnt. — E gyógyeljárás gyakran feltűnő gyors eredményt szül, úgy hogy a betegség látható jelei már 10—14 nap múlva eltűnnek, mi mellett természetesen maga a senyv még távolról sincs teljesen kirtva. — A hamiblag 0,1—0,6 gram.-os napi adagokban alkalmazása (Luzsinsky) kiválóan a szerzett bujasenyv későbbi alakjainál, vagy hol a bekenési gyógymód sikertelen, avagy e gyógymód eredményeinek tökéletesbitése céljából ajánlatos. Én a hamiblagot két rész vízben oldva rendelem, s ebből a beteggel naponta háromszor 3—10 cseppet vétetek be vízzel erősen felhígítva. Vérszegény vagy egyúttal görvélyes gyermekeknek vasiblagyszörpöt (Syr. ferr. jodat.) rendelhetünk napjában többször 1—3 cseppenként sok vízzel keverve.

V. CSOPORT:

Újszülöttek heveny fertőzési betegségei.

I. Újszülöttek heveny zsiros elfajulása.

Bamberger in Virchows Handbuch Bd. VI. p. 216.

Grandidier: Ueber die freiwilligen und secundären Nabelblutungen der neugeborenen Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten 1859. H. 5 und 6.

Hecker und Buhl: Klinik der Geburtskunde pag. 296

Fürstenberg: Die acute Fettdegeneration der neugeborenen Haustiere. Virchow's Arch. Bd. XXIX. p. 152.

Rilliet und Barthez Bd II. p. 294

A múlt század közepe óta birunk leírásaival az újszülöttek ama felette veszélyes bántalmának, mely az élet első napjaiban s pedig legtöbbször a 6-ik napig lép fel, s csak felette ritkán veszi kezdetét néhány hét múlva a születés után, s mely legszenbeszükőbb tünetei miatt, — melyek vézésből származott fekete tömegeknek a tápcső mindkét végéni eltávolodásában állanak, — fekete kórnak (Melána) neveztetett el. Ugyanazon gyermekek, melyeket e hajszáledényi gyomor- és bélvézések támadnak meg, a Grandidier által tanulmányozott köldökvérzésekben is gyakran szenvednek. A köldökvérzések legtöbbször az 5-ik napon lépnek fel, a midőn is a fellazult köldökebből folyton vér szivárog, annélkül hogy vérző edény látható és megfogható lenne. Ha sikerül is a köldökvérzést lecsillapítani, ezzel még korán sines minden veszély elhárítva. A gyermekek elsárgúlnak, felette vérszegényekké lesznek s a hozzáférhető nyákhártyáikon (névszerint a száj s a szem nyákhártyáján) s a külbőrön kisebb s nagyobb vérömlenyek mutatkoznak. Fiúk mégegyszer oly gyakorisággal támadtatnak meg mint leányok; a köldökvérzés következtében a betegeknek több mint 85%-a elhal. E bántalomhoz gyakran kékkór (Cyanose) s bőrvizkór társul. Minél tovább tart a bántalom, annál nagyobb mérvben kifejlődik a sárgaság s a vérszegénység. Némelyek e betegség származástanát illetőleg nagy súlyt kívántak fektetni a köldökzsínor igen korai lekötésére (Kiwisch), a magzatszurok visszamaradására, stb. Ha kétségesnek akarjuk tekinteni, vajjon az aléltsági állapot, melyben e gyermekek nagy része születik, tünete-e a betegségnek avagy elősegítő oka, akkor csak a Rahn-Escher által tett ama egy lényeges észleletet lehet tekintetbe vennünk, mely szerint a betegség okát az anya terhesség közbeni kedvezőtlen egészségi állapota ké-

pezné. Buhl fedezte fel, hogy az ily feketekórban elhalt újszülöttek hullájában a belszervekben, névszerint a savós hártványokban, a nyákhártványokban s izmokban számos apró vérömleny található, s hogy továbbá számos izom s mirigy, különösen a szív, a máj s a vesék zsirosan elvannak fájulva. A vér higan folyó s kékes piros. Ennél fogva ugyanoly, esakhogy valamivel több vérömlenynyel járó folyamatról van szó, mint a mely 1) vilany (Lewin, Ehrle), mireny-, dárdany-, epe-savmérgezés, 2) rendkívül magas hőfok behatása (Liebermeister) s 3) terhes nőknek a magzat elhalásával járó eves fertőztetése (heveny sárga májsorvadás) következtében szokott fellépni. Bár elég alkalom nyílik e betegséget újszülött házi állatokon tanulmányozhatni, származástanára nézve ezen úton még sem lehetett tiszta felvilágosítást nyerni. Fialat bárányoknál e betegség állítólag meghülés következtében támadt csúzhoz esatlakozik (Fürstenberg), malacoknál pedig állítólag a hasas sertések igen dús táplálása mellett kevés sóélvezése következtében támad (Rolloff). Rahn-Escher említett adataival összhangzásban van Buhl észlelete, miszerint e betegséget előidéző fertőzés valószínűleg a terhesség végén történik és Rolloff lelete, kinek sikerült, fiatal állatokon már a terhesség végén kimutatni a zsiros elfajulást.

Mint hogy még nincs kimutatva, hogy az újszülöttek eme elfajulási folyamatát valjon a felnőtteknél ismert kór-okok egyike vagy többje, avagy egy más különös kór-ok idézi-e elő, természetes, hogy e betegségnél óv-módról alig lehet szó,

Ha a magzatszurok első kiürülése után fellépő véres bélürülékek a betegség kezdetét jelzik, akkor az altestre hideg bőrogratásokat alkalmazunk, a végtagokat melegen begöngyöljük (Rilliet és Barthez) s belsőleg izgató szereket, pl. bort, égenyszeszt (Spir. aethereus), méhfűvizet (Aq. Melissae) rendeltünk. Rilliet és Barthez-nek sikerült ily módon 23 kóresetben 12-szer kedvező eredményt elérni. Az égényes vasfestvények s ceet savakkal keverve (Mixt. sulfur. acid. et Tet. aromat. acida) szintén ajánlatok. Ha a leirt köldökvérzés mutatkoznék, akkor vashalvag-, kreosot-, pokolköoldatba vagy egyéb összehúzó szerbe mártott dugaszt nyomunk a köldöksebre. Ha pedig ez által sem érünk mihamar célt, úgy legbiztosabb szer az izzó vas alkalmazása vagy a vérző hely tüveli átszúrása s körülkötése.

II. EVVÉRÜSÉG SEPTICAEMIE.

F. Weber: Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen. III. p. 24 u. f. und II. p. 19.

Bednar: Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Wien 1856. p. 559 u. f.

H. Widerhoffer: Die Krankheiten am Nabel des Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderheilkunde Bd. V. p. 181 u. f.

C. Hecker und L. Buhl: Klinik der Geburtskunde. Leipz. 1861.

Hecker és Buhl leírásukból, melyet ezen fejezet alapjául vettem, kiderül, hogy az újszülöttek evvére vagy gyermekágyilázszerű megbetegedése (Puerperalfiebererkrankung) az anyáról vitetik át a magzatra a terhesség utolsó hetében, még akkor is, ha ő maga a szüléskor még jó egészségnek örvendett, sőt kevés esetben olyankor is, midőn az anya tartósan egészséges marad. Utóbbi mozzanattal a ragályos betegségek körtörténeteiben, p. o. a himlőben többször találkozunk. Az anya súlyos megbetegedése jelentőséggel bír a magzatra nézve is. Gyermekágyilázban elhalt anyák gyermekei közül több halt meg evvérben, mint azoké közül, kik ezen betegségből felgyógyultak. Kiválólag talán egyedül a gyermekágyiláz nyirkedénylobos alakja támasztja ezen betegséget; a fertőző anyag áthatol a méhlepény hajszáledényein, és hatását tüstént ott érvényesíti, hol az a gyermektestbe jut, azaz a köldökön. Itt kocsonyás-savós beszűrődés támad a köldökédényeket körülvevő kötszövetben, valamint tovább a hashártya alattiiban, melyen belől mindinkább felhalmozódik genyes-homályos savó, nevezetesen nagy mennyiségben képződik ez a hashártyamögötti szövetben, elterjed a máj Glisson-féle tokjára, később a függérmentében a mellürbe és innét a gáton át a tüdők hézagközi szövetére.

Hogyha a gyermekek már a méhen belől, vagy a születés alatt, vagy a születés utáni első órákban elhalnak, hullájuk csakhamar rothadásba megy át, a savóshártyákat ellepi számos pontszerű véromlenny, és a köldökön és hashártya mögötti szöveten kívül még az agy és gerinczagy lágy kére is ilyen savós-véresen beszűrődöttnek találhatik. Ha később, de a köldökzsinór leválása előtt köszönt be a halál, úgy a mellkasi szervek lényeges változásokat mutatnak. Ezek állnak a mellhártya bágadt fényében, savós-genyes, mindkét oldali ömlenyből a mellhártyatömlőben, heveny karélyesás tüdőlobból, mely utóbbi többnyire kétoldali, és a tüdő szövetének nagyobb súlyt, petyhüdtiséget, törékenységet kölesönöz. A metszlap eves savót ömleszt, milyen-nel főképp a karélyesák közötti szövet van átívódva. Kékkóros bürszin, kiterjedt hullafoltok, belső véromlennyek kiegészítik a hullaképet. Ha

a köldökszinór előbb levált, mintsem a gyermek meghalt (3 naptól egészen a 4-ik hét végeig), akkor a köldökseb lobos, füstenezett vagy fekélyző, gyakran egy üszkös genygoccá alakult, a köldökedények belső hártájaja meglobosodott, ürterük — többször és nagyobb kiterjedésben a vissz-, mint az üttereknél — ki van töltve rostonyás vagy genygesen széteső dugaszszal, melyből származott tömeszek észleltettek az Arantius-féle visszeres vezetékben, az agykér háránt öblében és Botall ütteres vezetékében, továbbá még az utóbbiból a tüdőtérágakban. A hullák gyakran sárgakóros szintiek az epevezeték jelenvolt hurutja folytán, vagy a finomabb eputaknak a duzzadt, savósan beszűrődött fürtközti szövet (interacinöses Geweb) általi összenyomataása következtében. Genyedéssel járó lobok közül legtöbbször észleltettek: hashártyalob, azután agykérlob és genytüszös fakadékok a bőrön. Ezenkívül a hullában a test előrehaladt lesóványodására, a belső szervek vérszegénységére, többszörös vérömlenyekre, gyakran értömülési folyamatokra (tüdőbeli tályogok, agylágyulás), olykor geny nyel telt nyirkedényekre a hashártyán, kezdődő zsíros elfajulásra, (máj, szív), néha a vérben számos bilirubin-jegecekre akadunk. (N e u m a n n, B u h l).

A betegség kórtörténete mostanság nagyrészt a bonczleletből áll. Azon esetekben, hol az újszülöttek egy ideig életben maradtak, a test súlyának állandó fogyása észleltetett, mit meglehetősen biztossággal a láz kifolyásának lehet tulajdonítani; az anya lázas betegsége áttettettvén a magzatra, az a magzatnak anyatestből kihaljtatása és elválasztása után is megtartja lázas lefolyását, minek szorgos tanulmányozása a kórisméhez talán irányadó tüneteket fog szolgáltatni. B e d n a r figyelmeztet a test melegének korai egyenetlen elosztódására: igen meleg törzs és hűvös végtagok. A lépduzzanatnak úgy látszik nincs jelentősége.

Mialatt a tüdőbeli elváltozások, a savós hárták alatti beszűrődések az élőben épen nem mutathatók ki pontosan, addig azon genyedéssel járó lobok, melyek a betegség hosszabb tartamánál fellépnek, nagyobbrészt felismerhetők. A fertőző mérég legtöményebb állapotban és legelőbb találkozik a köldökviszér falaival, azután a köldökgyűrűt körülvevő szövetekkel. Itt találkozunk azon legállandóbb elváltozásokkal, melyek a köldöklob, tályog, üszök, fekély stb. különböző alakjai alatt iratnak le. Hogyha az ütterek is bevonatnak a lób körébe, akkor azoknak a köldökredő fenekén található végeikből — az ütterekre gyakorolt nyomás- vagy simításkor — szintén geny ürül ki. A köldökről tovaterjedt hashártyalob gyakran kórismerhető a has fájdalommal.

massága és puffadtsága, továbbá a folyékony izzadmány jelenlétének kimutatása által. A máj megbetegedése csak későbbben fellépő, igen belterjes sárgasággal jár, a bélsár tökéletes színtelensége nélkül, a míg a sárgaságot nem a fővezeték elzáratása, hanem számos kisebb epeút összenyomatása feltételezi. Genyttűszős fakadékok, tályogok, orbánc, bőrtűszük képviselik a genyes kórvegy (Diathese) tüneteit; a nem épen ritka genyes agykéreg csupán a szunyókór és rángások által lesz felismerhető, mely utóbbi kórtüneteknek azonban a súlyos általános betegséggel szemben nem is tulajdoníthatni ezen egyoldalú jelentőséget. Jelenleg tehát sárgaság és egész sorozata a helyi genyesedéssel járó betegségeknek tekinthetők azon lényeges kórtünetek gyanánt, melyek jelzik a köldöknek az anyáról átültetett, és nyirkedőnylobos gyermekágyi lázméreg fertőzésen alapuló, lázas lefolyást követő kóros állapotát. Ehez esatlakozhatnak durvább értőmeszek a köldökvisszérből és a legközelebbi nagy edénytörzsekből a Botall vezetékbe, a tüdőtérbe és ennek ágaiba.

A betegségtől megóvásában rejlik a főfeladat; a gyógykezelés itt épen úgy nem nyújt kilátást, miként a gyermekágyas nők ezen körhöz hasonló betegségénél. Azon feladat, hogy a szülházakat az emberiségre nézve ártalmatlanabbakká tegyük, épen annyira fontosnak látszik a gyermekhalandóság-, mint az anyák sorsának könnyebbitése, illetőleg azok megkímélése szempontjából. Magányakorlatban ajánlatos a terhes- és szülővizsgálatát csak a legszükségesebb esetben elővenni, s ilyenkor ne csak maga az orvos gondoljon a legnagyobb tisztaságra, hanem e tekintetben szabja meg a kellő intézkedéseket, és figyelmét kiterjeszse névleg a szülési műszerekre és készülékekre is. A már kitört betegség lektűzdésére megkísérelhetjük a fertőztelenítő szerek alkalmazását a kóros köldökre (feleselenysavas hamany, Kali hypermangan., könnyfeléleg Hydrogenium hyperoxydat), a hő elvonást, belsőleg vagy bőr alá fecskendezve a kinalt. Jelenleg még a fertőzés belterjességétől függ lényegesen, vajjon halálos legyen-e a kimenet, és mennyi időre következzen be a halál.

ÁLTALÁNOS TÁPLÁLÁSI ZAVAROK.

Ángolkór, Rachitis, Englische Krankheit, Durch die Glieder Zahnen, Abgesetzte Glieder, Richets, Rachitisme.

- F. G L I S S O N I: De Rachitide sive morbo puerili, qui „the richets“ dicitur, Tractatus etc. Lond. 1656.
- R o m b e r g: De rachitide congenita. Berol. 1817.
- J. G u e r i n: Die Rachitis, übers. v. Weber. Nordhausen 1851.
- C. L. E I S S E S S O R: Der weiche Hinterkopf, ein Beitrag etc. Stuttg. 1843.
- A. F r i e d l e b e n: Die Constitution wachsender und rachitischer Knochen. Jahrb. f. Kinderheilk. III. 1860
- S t i e b e l in Virchow's Handbuch Bd. I. Abth. 2. p. 527.
- R. V i r c h o w: Das normale Knochenwachstum und die rachitische Störung. Im Arch. Bd. V. p. 499.
- H. M ü l l e r in Zeitschr. f. wissensch. Zoologie 1858. Bd. IX. p. 147.
- G. R i t t e r v. R i t t o r s h a i n: Die Pathologie und Therapie der Rachitis. Berl. 1863
- B o h n: Beiträge zur Rachitis. Jahrb. d. Kinderheilk. N F. I. p. 194.

Az ángolkór kizárólag a fejlődő csontváz betegségé; létrehozhatik több, az egészségre nézve káros behatás, főképp célszerűtlen táplálás által. — Előre ment emésztési zavarok, és a test táplálkozásának csökkenése után ezen betegség általánosságban a csontfejlődés visszamaradása, és a csontokkal határos porc- és csonthártyarész bujálkodása által külföli magát.

Azon torzalakok, melyek származásukat kiváltképp az ángolkórnak köszönik, már a legrégebbi korban is annyira ismeretesek voltak, hogy az ángolkórnak azon időbeni előjvetelét kétségen kívül helyezik, de a régebbi orvosi művekben található egyes leírásokból éppen nem lehet arra következtetni, hogy szerzőik előtt már az ángolkór lényege is ismeretes lett volna. — Mint új, kiterjedten előjövő, és fontos betegség feltűnt az legelőször az angol orvosoknak a XVII-ik évszázad második negyedében. Az azon időbeli buvárok közül az első kiváló leírást bírjuk Glisson-tól. Ez idő óta Franciaországban Troussseau, Guerin, Bouvier és mások; — Németországban Elsässer, Stiebel és Bohn vetélkedve igyekeztek az ángolkór megjelenésének kórodai kórképét megismertetni, majd Virchow és H. Müller göresői vizsgálatok alapján felderíték annak kórlényegét.

Az ángolkór egyike a leggyakrabban előjövő gyermekbetegségeknek; a legnagyobb arányszámot szolgáltatják ugyan a nagy városok, de kisebb városok, sőt falukon is elég gyakran találkozunk vele. Kizárólag a

gyermekkor, azaz a még fejlődésnek alávetett csontváz betegsége. A csontváz kifejlődésének befejezése után ezen csontbetegség nem mutatkozik többé; legfőlegb bizonyos rossz csontforratképződés (Callusbildung) bir vele némi hasonlatossággal. — Magzatkorban előjövetele ritka ugyan, de bizonyos, és az újabb időben már több eset észleltetett. Ilyenkor a betegség kezdetét veheti már a magzatkor elején, és befejezheti lefolyását még a méhben (a szoros értelemben vett magzatkori ángolkór); vagy a magzatkor vége felé lép fel, midőn azt az újszülött magával hozza a világra (veleszületett alak). A születés utáni legelső életkorban felettébb ritkán keletkezik, mivel ekkor a táplálás még fermészetes, az anyatej még jó; szaporodik az előjövél az első életév közepén, és második felében. Némely vidéken ezen korra esik a legmagasabb előjövetele szám; a megtámadott gyermekek, majdnem kivétel nélkül, alig szoptak néhány hétig. Más vidéken a második életévben fordul elő a legtöbb megbetegedés, és pedig azon gyermekeknél, kik vagy kellenél tovább szoptak, vagy kik az elválasztás után a 6—12 hónapok alatt célszerűtlen tápszerekkel tápláltattak. A második életév közepén túl gyérebbe észleltetik az ángolkór keletkezése, s a 4-ik életéven túl az már a kivételek sorába tartozik. Az ángolkórt létrehozhatják mindazon tápszerek, melyeknek élvezete idült bellhurúthoz, vagy hiányos táplálkozáshoz vezet. Így azon gyermekek, kik az első életévükben kávéval, anizsforrázattal, kenyérlevessel, liszt- vagy zsemlyepéppel tápláltatnak, minden bizonynyal az ángolkórnak esnek áldozatul. Az erősen savanyú tehéntej, valamint a tulságosan hig anyatej szintén oly hátrányos tápszerek, mint a felsorolt póttápszerek bármelyike. A jómódú családok gyermekeinél fellépő ángolkór közönségesen az ériutott hiányos tápszereknek köszöni létrejöttét; és épen ezen esetek azok, melyek figyelmünket felhívják arra, hogy csekély jelentőséget tulajdonítsunk az ángolkór létrehozására a megromlott, nedves, hideg körlégnak és másfeljegyzett alkalmi kórokoknak. Ezzel épen nem akarom azt vitatni, hogy ezen kórmozzanatok ne szolgálnának hathatós pótemeltyű gyanánt az ángolkór tömeges kitöréséhez a városok szegény nép osztályánál. A szülők gyenge egészségi állapota, előrement heveny betegségek, szintén kedveznek az ángolkór fellépésének; csak hogy az elégtelen táplálkozás mindenkor fő alkalmi ok gyanánt tekintentendő. A méhen kívüli életben majd a nyújtott tápszer hiányossága, majd az áthasonító szervek kóros mivolta, olykor talán kellőnél nagyobb elhasználása a képlő anyagnak (plastisches Material) a fokozott elégséi folyamat által: képviselik az ángolkór okait. A magzatkorban lefolyó, vagy csak keletkező ritka ángolkór-esetek vagy az által támadnak,

hogy az elgyengült anyatest nem képes elégséges tápanyagot szolgáltatni a magzatnak, vagy hogy a magzatnak táplálását közvetítő szervek, különösen a méhlepény hiányos (Bohn). Csakis ez utolsó módon lehet magyarázatát adni azon tapasztalatnak, hogy adódott esetben ikerszülöttek közül az egyik jól táplált, míg a másik ángolkóros eltorzulásokkal jő a világra. (Klein). — A hiányos táplálást, mint fő alkalmi kórokat Guerin kísérletek által is bebizonyította. Ugyanis ő tapasztalta, hogy azon kölyökkutyák, melyek világrajövetelük után csakhamar hussal tartattak, ángolkórba estek és elvesztek, ellenben ugyanazon fiadzásból azok, melyek anyjuk emlőjén nevelkedtek: rendszeren fejlődtek. Nincs alapos okom ezen kísérlet bizonyító erejét kétségbe vonni; jogosult kételyre egyedül a további, hasonló kísérletek nyomán nyerendő ellenkező eredmény szabadítana fel.

Az ángolkór beköszöntését csaknem minden esetben megelőzi idült bélhurut, mely azonban semmi különös jellemmel nem bír arra, hogy azt, mint az ángolkór előpostáját fel lehetne ismerni. A gyomor és bélhuzam felfokozott érzékenységgel viseltetik minden tápszer és meghűlés iránt, s ebben találja okát az, hogy a gyomor és bélhurut nem jut végéhez. Ekkor a test megsoványodása, izom gyengeség mellett nagy nyugtalauság, tartós sírásrai hajlam lép fel az érzékeny gyermekeknél, különösen a test megfogásakor, felemeléskor; mely utolsó jelenséget Trousseau a esonthártya vértorlódásos állapotából igyekezett kimagyarázni. Előfordul ugyanezen időben gyakori bő izzadás, hörghurut, nagyobb mennyiségű vilsavas föld a vizeletben. Mind ezen kóros jelenségek határozott jellemet, kórismeit fontosságot nyernek azon tünetesoportok hozzáadása által, melyek a esontok fejlődésének megzavartatására, alakjuk megváltozására utalnak. — A hengeres esontok hossziránybani növése nem halad előre kellőleg; megduzzad az epiphysis; megvastagodik a vérdús esonthártya, a diaphysis tömött állománya megvékonyodik, ellenben nagyobb lesz a velőtir. Egyáltalában a esontállomány dúsabb lesz vízben, zsirban, s némileg szénsavban, ellenben jelentékenyen szegényebb mézsókban. A vizelet tartalma $\frac{1}{2}$ -től egész a kétszeresig emelkedik, az enyvet adó alapanyag tulajdonságaiban nem változik. Ezen megváltozott viszonyok a esöves esontoknak nagyobb hajlékonyságot, főleg nagyobb törékenységet kölcsönöznek, mely utóbbi veszélyes körülmény az által vesztit jelentőségéből, hogy a feszesebb esonthártya meggátolja a esontok tökéletes ketté törését, miért is a legtöbb esetben csak részletes esonttöréssel van dolgunk. (Einknickung d. Knochens). Azon finomabb megválto-

zásokat, melyek különösen a növekedő csöves csontok esontosodási széleit illetik, V i r c h o w és H. Müller behatóan tanulmányozták. Szerintök a kék, előkészítő rétegben gazdag bujálkodására akadunk a porcszöveteknek ; a szivacsos rész a rendesnek tízszeres térfogatára is kiterjedhet, hiányos a mészsók lerakódása ; a velőürképződés mindkét érintett rétegben szabálytalanul, arányt nem tartva halad előre ; és még is az egészben nem kielégítő azon porcszövetesítés, mely szükséges arra, hogy az újonnan képződött esontállománynak helyet adjon. A porc megvastagodása lépést tart a esonthártyáéval, képezvén tömött esontállomány helyett egy laza, véredénydús, tajtköszereű réteget. A esontnövekedés felett uralkodó legújabb élettani nézetekkel szemben, nevezetesen mi a esontképzőanyag (Osteoblasten) jelentőségét illeti, a legközelebbi időnek van fentartva az ángolkóros esontok szövettanát szemle alá venni, és azt az új tényekkel összhangzásba hozni.

Az ángolkór megzavarja a testnek hosszirányban való növekedését úgy, hogy éveken át fennállott ángolkóros folyamatnak törpe testalkat lesz következménye. A esontváz összes esontjai közül növekedésükben legkevésbé zavartatnak meg a koponya esontjai ; a fej nem nagyobb, mint minő a kornak megfelel, de nagyobb mint a test hosszához, különösen a feltünőleg kicsinynek maradt arcsontokhoz aránylag kellene lennie. A mellkas alsó része kisebb körtfogattal bír mint a koponya, holott annak közel meg kellene tüni az egyenlő mértéket (L i c h a r e z i k). A gyenge izomzat és petyhüdt bőrtakaró mellett szembeötlők a megvastagodott izületi esontvégek, főleg a kéztő, lábtő, könyök és térd izületeken. Ezen igen jellemző körtünettől származik a betegségnek a sok között egyik megnevezése : „Zwiewuchs“ (kettős tagok). Hasonló bütykös megvastagodást mutatnak a bordaporcok külső végei is. G u e r i n állította, hogy ezen megváltozások a legalsóbb tagrészekben veszik kezdetüket, és innét haladnak fölfelé. Korosb gyermekeknél igaz lehet ezen állítás, ecesemöknél azonban ellenkezőleg a koponya az, mely legelőször, és legnagyobb fokban lesz megtámadva. Ezenkívül nem hiányoznak olyan esetek sem, hol egyedül a mellkas mutat fél ángolkór tüneteit, valamint olyanok sem, hol az ángolkór túlnyomólag az egyik oldali végtagok esontjait szemelte ki magának.

A koponya esontjainak ángolkóros tüneteire főképp E l s ä s s e r n e k a koponyasorról (Ueber das weiche Hinterhaupt) írt műve által tettünk figyelmessé. Az ő munkálatai tökélyesítést nyertek F r i e d l e b e n igen pontos vizsgálatai által. Most tudjuk, hogy a koponya-esontok növekedésükben épen úgy meg vannak zavarva, miként a csöves esontok, miúgy következtében azok kevesebb tért képesek el-

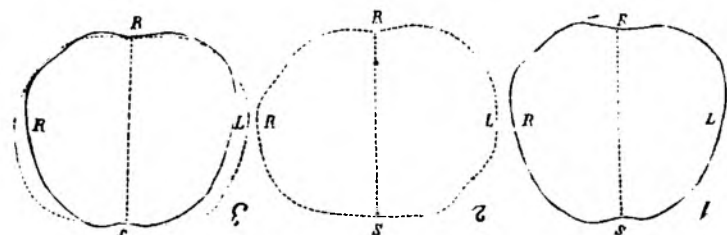
fedni, mint különben az egészséges gyermeknél. Az egymáshoz kocódó porerészek itt is bujjalkodásnak vetvék alá, minek folytán a varrányok szélesebbek, a kutaesok nagyobbak lesznek mint azelőtt; és az így megszélesbedett porczos egyesülések csak hosszabb idő elteltével tolatnak szét a koponyacsontok lassan haladó esontosodása által. — Így találjuk kifejezettebb ángolkórnál az első életévben a nagy kutaesot ujjnyi hosszúnak, mely mellfelé egészen a hajatlan homlokba terjed, míg a szomszédos varrányok 1 ctm. szélesek. — A nyíl- és koszorúvarrányok 3 éves gyermeknél még nyitva lehetnek, holott azok 12—14 hónappal rendszeren elzáródnak. Ángolkóros 4 éves gyermeknél a mellső kutaes még lüktet, fölötte az agyüterek zörejét jól kivehetni, sőt én azt egy 9 éves egyénkénél még $1\frac{1}{2}$ ctm. átmérőben be nem esontosodva találtam. Csecsemők koponyájának tapogatásánál, leginkább a nyakszirtesont felső részén, puha, pergamenszerűleg hajlítható helyek akadnak ujjaink alá. Azon esetben, ha az ilyen megvékonyodott helyek nagyobb számmal, nagyobb kiterjedésben fordulnak elő a nyakszirtesonton kívül talán még az oldalesontok hátsó részein is, azok mindenkor az ángolkór biztos jeléül tekintendők. Ellenben kisebb fokú esontlágulás nem minden esetben, mint Elsässer állítja, származik ángolkóros megbetegedéstől, mert azt Friedleben néhány tökéletesen egészséges újszülött gyermeknél is észlelte. Ugyanesak Friedleben kimutatta azt is, hogy a hatodik élethő vége felé a esontállomány nagyobb felszívódásnak van alávetve, mely körülmény a nyakszirton főleg az által válik szembeötlővé, hogy ezen felszívódási folyamat egyes helyeket pergamenszerű hajlíthatóságig megvékonyít. Egyidejűleg ezzel a mellső koponyacsontokon, kivált a homlokdudorokon megvastagodás jelentkezik, mely a esonthártyának bizonyos esontnövekedészerű (osteophytartig), puha, véredénydús lerakódásán alapul, és okozza ezen részek nagyobb kidudorodását. Valamivel később mint a homlokesontokon, a nyakszirton (és a esontváz többi esontjain) is bekövetkezik a esonthártyának hasonló osteophytszerű esontképződménye, és eltömi a esontfelszívódás folytán előbb támadt hézagokat. F. ezen folyamatból hajlandó kimagyarázni a koponyatetőnek azon vérdús kinézését a 2-ik év kezdetén, melyet az ezen korban elhalt gyermekek boncolásánál rendszeren találunk, és ebben véli kulesát rejleni azon tapasztalásnak, hogy a gyermekek általános egészségi állapota az ideiglenes fogak áttörése idején a legtöbb esetben meg van zavarva, miért ezen mozzanatot, mely állítása szerint az állatoknál is előjön: egy egészen rendes életjelenségnek tartja; de hozzáteszi, hogy az a mesterségesen táplált gyermekeknel nagyobb fokban van jelen, mint a

természetes módon nevelteknél. A nyakszirtcsonton ezen kisebb fokú élettani meglágyulásnak, valamint a sokkal kiterjedtebb és nagyobb fokban ángolkórosnak is kedvez azon nyomás és ellennyomás, melyet fekvés alatt az agy és fejal a esontra gyakorolnak. Az ángolkóros koponyasorv a nyomásra többnyire még érzékenységet kültől (valamint más ángolkóros csontok is), a gyermekek fejüket folyton a vánkoshoz dörzsölik, miért a hajzat gyér, a fejbőr megvékonyodik és helybeli izzadásokra hajlandó. Az arc esontjai kifejlődésükben jobban visszamaradnak, mint a koponyáé. Az ideiglenes fogak rendellenes, többnyire késleltetett megjelenése, mely körülmény az ángolkór legállandóbb tünetét képezi, részint az azokat befogadó csontok gátolt növekedésével, részint az egészben hiányos mészlerakódással áll oki viszonyban. Ha korábban beköszönt a betegség, azaz a 6-ik élethó előtt, mint midőn az első metsző fogak rendesen áttörnek, a gyermekek 1 egész 1½ évet is elérhetnek, mire ezen fogak megjelennek. Az ángolkór kezdete közönségesen a fogzás kezdete utáni időre esik. Ekkor az egy-egy pár fog áttörését követő legközelebbi időköz rendkívül hosszú, és mindaddig, míg az ángolkór fejlődésben van, minden egyes fogzási időköz nagyobb a rendesnél. Ezenkívül rendellenesség van a fogzási sorrendben is, úgy hogy későbbi fogpárok előbb jelennek meg, mint melyekre legközelebb került volna a sor. Az ángolkór legnagyobb fokánál az azelőtt képződött fogak ismét kihullanak. — Gyakran a hosszúra nyult fogzási időköz tesz figyelmessé az ángolkór kezdetére, vagyis inkább vonja magára a hoztartozók figyelmét. Ilyenkor közönségesen azon általános előítélettel találkozunk, hogy az egészségnak több, ugyanazon időre esett zavara: kifolyása volt a nehéz fogzásnak. Ezen téves felfogásnak kell beszámítani, hogy sok ángolkóros gyermek a betegség elején, addig t. i. míg az állandó súlyosb jelenségek be nem köszöntöttek, a szükséges orvosi segélyben nem részesül.

A mellkason először a bordák esontporez végei duzzadnak meg, mindkét oldalon egy ívalakúlag felülről és beltőlől le- és kifelé húzódó bütyöklánézolatot (ángolkóros olvasó Rosenkranz) képezve. Minthogy a mellkas körfogatos növekedése visszamarad, annak légvételeknéli mozgása oly formán változik meg, hogy belégzéskor az oldalrészek ott, hol a rekeszizom megtapad, gödör alakra bestüppednek (lílegő légzés Flankenschlagen). Ezen bestüppedés felett egészen a hónalyig, és lefelé a bordaivig a rendes, domboruságával kifelé irányuló boltozat helyett, egy lapos, sőt vajulatával kifelé néző, tehát teknő alaku mellkasrész ragadja meg figyelmünket. Ezen eltorzulása a mellkas oldalsó részének, a bordák számos tökéletlen megtörésében (Infractio) találja

okát, mely megtörések a bordák rendkívüli törekenysége mellett részben létre jöhetnek az érintett rendellenes légzési mozgások, majd a gyermek megfogásánál a bordákra gyakorolt nyomás folytán is. Ily

Fig. 29.



Cyrtometer görbületek az emlőbimbókon át vezetve, 1) ángolkóros mellkas, 2) egy 2 éves egészséges gyermek mellkasa, 3) mindkettő egymásba illesztve.

módon keletkezik a mellkasnak azon alaka, melynél a mellesont a rendesen távolabb áll a gerincoszloptól, és a bordapozsok kezdetével egy oly síkot képez, melyen mindkét oldalt tompa szög alatt egyesülnek a lapos vagy vájt oldalsíkok. — Maguk az oldalvájulatok éles szög alatt mennek át a bordafelületbe. Ez az úgynevezett madár-mell (*Pectus carinatum*), mely ellentétben a rendes tojásdad alakkal, egy tompaszöggel bíró három szögű átmetszeti síknak felel meg. A mellkas torz kinyomatában rendesen részt vesznek még a megvastagodott, idomtalan vállsontok, az ángolkór legnagyobb fokánál a tompa szöglet alatt meghajlott mell- és kulcsesontok, végül a meggörbült gerincoszlop. A mell- és kulcsesontok görbületei mindenkor csücsával kifelé irányuló szögletet képeznek, ellentétben a bordákéval, hol a csücs befelé tekint.

A gerincoszlop, mely a csecsemőnél még tökéletes egyenes vonalt képvisel, ángolkóros megbetegedésnél legelőször az utolsó mell- és első ágyékesigolyák táján egy egyszerű, domborulatával kifelé néző görbületet kap (*Kyphosis*), mely magát azonnal kiegyenlíti, mi-helyt a gyermeket fölkarjainál fogva felemeljük, és ismét előttünk, ha a testet ülve magára hagyjuk. Később oldalgörbületek támadnak a gerincoszlopon, melyek közül az első a felső mellkasrészben, domborulatával jobbra tekintve, kezdődik, és ez szokott a legerősebb görbület lenni. Ehez szegődik még más kettő, a nyakesigolyákon és az alsó mellesigolyákon, görbületükkel mindketten balra irányulva. Az első oldalgörbnéhez társul a gerincoszlop előre hajlása, míg a máso-

dik és harmadikhoz ugyanannak hátragörbülése. Ily módon jó létre az ángolkórosok hátpúp-oldalgörnyéje — *Kypho-Scoliosis*, -- minek folytán a törzs hossza rövidebbé, a mellür szűkebbé válik. — Minél fiatalabb a gyermek, annál könnyebben támadhat gerinc-oldalgörnyé, korosabbaknál s még inkább a felnőtteknél a mcső hosszú gerinceszálag ezen elferdülésnek hatalmas gátul szolgál. Az ángolkóros gyermekeknél előforduló valamennyi gerinc-oldalgörnyének megfelelő egy kisebb-nagyobb fokú mellpúp (*Lordosis*), melynek oka a esigolyatestek és esigolyaivek által képezett két oszlopszat egyenetlenségében fekszik, mivel a esigolyaivek oszlopszata rövidebb görbülettel bír, mint a esigolyatesteké. Hasonló oki mozzanaton alapszik a gerincoszlopnak azon esigamenetes forgása, mely minden ilyenmíli gerinc-oldalgörnyéhez szegődik. (H. Meyer.) Ugyanis, míg a domborúlatnak megfelelő tájon a bordaszögletek élesen kinyomvák és széttérőleg haladnak, addig a homorú oldalra tekintő bordaszögek lelapultak, és egyközesen futnak mellfelé. Ez úton a domború oldali bordafalazat az ellenkező oldalnak kétszeres hosszát elérheti.

A végtagokon, miután a esontvégek megvastagodása már megtörtént, annál nagyobb meggörbülések támadnak, minél inkább vétetik igénybe azok működése. Ángolkóros gyermekek rendszeren későn tanulják meg a járást; az első életév vége helyett gyakran csak a 3., 4. életév végén; vagy ha már egyszer tudtak is járni, ismét elfeledik azt; vagy tünyn, kedv nélkül járnak, és járásuk ingadozó (wackelig). Minél előbb nehezedik a test súlyával a meglágyult esontokkal bíró alszárakra, annál könnyebben származnak azokon olyan tökéletlen esonttörések (*Infraetio*), hol a esont külső fele nem vesz részt a törésben, minek következtében létrejö ezen hosszú esontokon több, különböző szöglettel bíró görbület, melyek azokuak görbe kardalakat kölesönöznek (*Sübelbeine*). Bizonyos oki viszonyoknak, p. o. a térdekeni esuszkálásnak, köszönik az alszárak ellenkező meggörbülésüket (az n. X. lábak); van rá eset, hogy az alszárgörbülés oly fokra hág, és úgy alakúl, hogy mindenik alszár a test másik, ellenkező oldalán foglal helyet, sőt hol az alszárak kétszer keresztezik egymást. A felső végtagokon ritkábban észlelni ilyen fokú meggörbüléseket; az alkaron rendszeren a feszítő oldalra néz a görbület domború része. A mell- és kulesesontok tökéletlen esonttörései ritkábbak s ezeknél a megtört helyet jelelő szöglet kiálló része mell felé néz. Egy ilyen megtörés támadása rendszeren észrevétlenül marad, a rendellenes mozgékonyág enél igen csekély, és a megtört esontrészek csupán a legközelebbi időben, a megfogáskor vagy nyomásnál tapasztalható fájdalomossága,

később pedig a szögletes alak adnak felvilágosítást a jelenlevő eltorzulás valódi okáról.

A koponya- és mellkas csontjainak ángolkóros megbetegedésével szoros összefüggésben, és oki viszonyban vannak az agy és tüdők működéseinek különböző zavarai, melyek közelebbi magyarázatot szűkségelnek. Ugyanis, ha az egész nyakszirtcsont és a falcsonthoz tartozó egy része teljesen meg van lágyulva, ha a nagyfokú izomgyengeség és működési képtelenség miatt elkerülhetlenné válik a folytonos hanyatfekvés, kell, hogy a fej súlya benyomja a lágy nyakszirtre, így nyomást gyakoroljon a koponyáir tartalmára, mely nyomás folytán talán szenvedni fognak a nagy agy lebenyeinek hátsó részei, az agyacs és közvetve még a nyúltagy is. Ha Reid úgy találta, hogy a mesterségesen felnevelt gyermekek között több szenved hangrészgöresben mint az emlőn tápláltakból, ha Lederer 96 koponyasorvos esetéből 92-nél hangrészgöresöt talált, ha egyes esetekben a lágy nyakszirt részre gyakorolt nyomás által mesterségesen lehet előidézni a hangrészgöresöt: igen valószínű, hogy a hangrészgöres sok esetben az ángolkórtól van feltételezve. Ehez járul még az, hogy a koponyasorvosok sok esetében az agy üregeiben és állományában a rendesen valamivel több vízigyülem rakódik le. Azon körülmény, hogy a hangrészgöres gyakran átesap általános ránggöresrohamba utólagos eszméletlányával, annak felvételére jogosít, hogy ezen esetekben a heveny agyvérzegénység közönséges alakjával van dolgunk; itt azonban feltűnő az, miért szorítkozik a göresroham egyedül a hangrésre, s miért nem megy az át azon általánosba, mely megfelel az agyvérzegénység körtünetének. Az agy üregeiben létrejött közép mennyiségű vízigyülem gyakran jelentékeny fokra hág, és ezen gyűlem még az ángolkór meggyógyulása után is mint önálló rész tovább megmaradhat, sőt növekedhet. Magát az agytülnést is gyakran az ángolkóros koponyasorvval kell oki viszonyba hozni. Dacára ezen, most érintett két agybántalomnak, az ángolkóros gyermekek észbeli fejlődése gyors és kedvező.

Az ángolkór legközségebb bonyodalmához tartozik a légutak hurutos megbetegedése; sőt találkoztak, kik azt az általános csontbetegség egyik kórokaul akarták felvenni. A hurút rendesen bő váladékkal köszönt be, és a légzési mozzanatot előmozdító izmok erőhiányossága, a hajlékony és meggyöngyösödött bordák részéről nyújtott gyenge megtapadási pontok mellett igen gyakran tüdőátgúlatlansághoz (Atelectasia), lebenykés tüdőlobhoz és hörgtágulathoz vezet. A tüdők ezen kóros megváltozásának, nevezetesen a tüdőátgúlatlanságnak kifejlődése az ángolkóros gyermekek azon sajátos légvételi módja,

melynél a mellkas belégzéskor a rekeszizom mentében egészen behúzatik, mit lihegő légzésnek (Flankenschlagen) szoktak nevezni. Ellent kell mondanom azon föltevénynék, hogy az ángol- és gümökór, vagy az ángolkór és mellhártyalob között közelebbi kórvíszony léteznék.

Ellenkezőleg a szűk mellkasnak aránytalanul nagy altest felel meg, melynek kezdetben a megzavart emésztés, és ennek folytán felhalmozódott gázgyülem az oka; később megnagyobbodik a zsírosan beszüremkedett máj, megduzzad szövetének túltengése által a lép. A zsírmáj itt hasonló jelentőséggel bír, mint más, a test általános elfoványodásával járó betegségnél. A lép megduzzadását magfejlhetni a máj visszeres hajszáledényeinek kisebb átjárhatóságából. Ezen zsigerek kóros megváltozása nem marad meg mindenkor az érintett foknál, hanem olykor átesap a kemnyéd elfajulásba, melyben lehetőleg résztvesznek a vesék és a bélhuzam titerei is.

Az ángolkór lefolyása láztalan, és legalább is hónapokra, sőt a legtöbb esetben évekre terjed. A gyógyulás beköszöntével a megkésztett fogkifejlődés gyorsan előrehalad, benőnek a nyitva maradt kutasok és varrányok, kisebbedik a csontvégek és bordaporcok duzzanata, s kedvező táplálási és ápolási viszonyok mellett azok kevésbé lesznek szembeötlők. A gyomor és bélhuzam szabályozott működése következtében gyarapodik az izom és zsírszövet; élénkül a csontok növekedése is, azonban a finomabb hosszsmérték nem egyenlített ki tökéletesen; legalább ott, hol az ángolkór nagyobb fokban volt kifejlődve, az egyén kis növést marad, s nála feltűnik a fej aránytalan nagysága és alakja. Az előbb vékony és lágy csontok szilárd alkatrésze rendkívüli tömötséget, keménységet és vastagságot kap. A csöves csontok-, gerincoszlop- és mellkas görbületei megmaradnak, legfőleg a további fejlődésnél némileg kiegyenlítettnek, és az őket befedő izomzat által részben lepleztetnek, de még a művész javításnak is kevés tért engednek. Ezen okból, de meg súlyos következmények miatt is, melyeket ezen eltorzulások az élet egész későbbi tartamára maguk után vonnak, kell, hogy az ángolkóros gyermekek idejekoráni gyógyításának elhanyagolását úgy hoztartozói, mint az orvos részéről a leglélekfurdalóbb lelkiismeretlenségnek tartsuk. A hát és mellpúp, a gerinc-oldalgörnye, melyek az ángolkórnak szülöttei, nem egyedül nevetséges jelenségek a műveletlen ember szemében, hanem maradandó okai a rövid légzésnek (Kurzathmigkeit), melyhez, mielőtt az illető még életkora deléhez jutna: többnyire szívtúltengés és vízkór szegődnek. Mennyire véstteljes jelentősége van a combkoncefjeck által kártyasziv alakra összenyomott ángolkóros medencének:

tanítja a fogómiütetek (Zaugengeburt), müleges koraszülések és a esaszármetszés története, mely utóbbi igen gyakran ezen körülmény javál. Halálos kimenetel az ángolkórnál alig fog maga az általános esontbetegség miatt bekövetkezni, de igen is a vele szövetkezett gyomor-bélhurút, hörghurút, lebenykés tüdőlob, ritkán hangréggüres vagy általános ránggüresroham folytán; főkép megjegyzendő, hogy az ángolkórtól meglepett gyermekek az időközben fellépő hevenyklütegeknek nem képesek annyira ellenállni, mint más egészséges gyermek.

A gyógykezelés célja mindenekelőtt a kór-ok elhárítása; azaz a táplálási és ápolási viszonyoknak kedvezőbb fordulatot adni, azokat kellőleg szabályozni. Fiatalabb ángolkóros gyermek részére alkalmas dajka a legbiztosabb gyógyszer; elleben az első életév vége felé szük-ségessé válhatik a gyermeknek elvétele a már elégtelentül tápláló em-lőről. A legnagyobb következetességgel kell keresztülvinni azon táplá-lást, mely a gyermek korának, a fogzáskori viszonyoknak leginkább megfelel; mindenesetre ajánljuk azon tápszereket, melyek eléggé táplálók, tehát főkép a tej, hús és tojás ételeket. Tisztaság, szorgalmas fűrésztése a testnek, gyakori szellőztetése a szobának, szabad leve-gön tartózkodás, meddig azt a kedvező időjárás megengedi, szintén mind meg annyi gyógyhatányok, melyeket kell, hogy az orvos a rész-letekig elrendeljen és ellenőrizzen.

Ezen rendszabályok foganatosításával már elég van tve azon leg-fontosb előföltetnek, hogy a még netalán meglevő emésztési zavarokat sikerrel leküzdhessük. Ha áll az, miként mi felveszszük, hogy ezen el-sődleges szövödmények azok, melyek az ángolkóros megbetegedést a szervezetbe mintegy bevezetik, akkor azok bizonyára első sorban kiérdemlik az orvos teljes figyelmét. Az alap-ok itt igen gyakran a gyomoremésztés megzavartatásában rejlik; innét eredhet a hasmenés is. Ezen esetben igen jó szolgálatot tesz az emésznye (Pepsin, minden-kor az étkezés előtt 0,1—0,2). Helyén lesznek ugyan itt azon szerek, melyek előmozdítják a gyomornedv elválasztását, így bor, fűszeres és keserü füstvények. Gyakran épen ángolkóros gyermekeknél a túlságos gyomorsavképződés oka az emésztetlenségnek, mire nézve utbaiga-zit a bélsár és a hányadék vizsgálata. Ekkor mint tápszer főkép javál-va lesz az anyatej vagy a *L i e b i g* féle leves; ellenben a közönsége-sen savanyú visszhatású tehéntej épen nem lesz helyén, legfőlebb ak-kor, ha azt előbb keseréleg vagy szénsavas szikéleg által különbösitet-tük. A gyógyszerek közt, tekintettel a esontváz mészhányára, adjunk kiváltkép mészvizet (kávéskanalanként), vagy szénsavas meszet. Az ége-tett kagylónál — *Concha preaparata* — mely porrá zúzva finom szálkákat

képez, és így erőművileg izgat, előnyösb a porrá tört kréta, vagy a frissen készült szénsavas mész, melyhez közönséges idült hasmenés jelenlétében előnnyel rendelhetünk vasat (p. o. Ferr. part 1, Cretae pulv. Sacch. lact. 3, késhegyenként). Heveny hasmenésnél mákony és összehúzó szerek választandók (p. o. Tet. opii croct. 0, 3, Tannini 0,5, Aqu. 100, Vini tocyens 15; vagy Argent. nitr. 0, 1, Ferr. sesquichlor. solut. 0,25—0,4 egy napra).

Azon mérvben, melyben az emésztés javul: átmehtünk a zsongító szerekre, melyek között én a halmájolajnak tulajdonított legnagyobb hatást. Ebből a kor szerint este és reggel 1—2 kávé-, egész evőkanállal vétetünk. Azon esetben, ha ezen szer vétele mellett étvágyhiány, vagy az emésztésben zavar lép fel, észszerűtlen lesz annak további adagolása mellett makacsul megmaradni; de hol megtüretik, minden zsongító szer felett ettől remélhetjük a legjobb eredményt. — Hasmenésrei hajlamuál előnyösebbek a vas készítmények, mint: Ferrum p. h. reduct., sesquichlorat, pomat; úgy szintén a vas kapcsolatban kinallal, főleg a citromsavas vaséleg. Langyos fürdők elősegítik a gyógyulást; korpá, só, maláta vagy más anyag hozzáadása a fürdők hatását nem igen módosítja. A légutak hurútja, vagy tüdőlob jelenlétében nincs ellenjavallat a zsongító szerek adagolása, legfőleg csak akkor, ha az erős láztól van kísérve. A légutak hurútjánál, a hol csak lehet, igyekezzünk az összehúzó szerek belcheltetését érvényesíteni. Csak a legsürgősb esetben alkalmazzuk a salamiasót, hánytatógyökeret, érekermet és ezekhez hasonló szercket, mivel mindezen szerek erősen megzavarják az emésztést, csökkentik az étvágyat. Hogy a vilsavas mésznek az ángolkór gyógytanában még mindekkorig fontos szerepköre van (B e n c k e): nehezen érthető.

A lány nyakszirt részére alig szükséges más, mint alkalmas elhelyeztetés egy, lószőrrel vagy tengeri fűvel (Sccegras) megtöltött fejkendővel, melynek közepe a fejnek megfelelően ki van metszve. Az igen erős fejjizadás ellen ezélszertiek a gyakori hűs mosások. Mindaddig, míg az ángolkór tökéletesen meg nem gyógyult, óvakodjunk a gyermekeket járásra, állásra ösztönözni, legyünk felettébb óvatosak a test, de különösen a mellkas oldalrészeinek megfogásánál, nehogy ily módon okot szolgáltatassunk a hengeres csontok vagy bordák megtörésére. A hengeres csontok meggömbülésének, vagy megtörésének idejekorán lett felfedezése, és annak gondos védőkötésekkel kezelése (Verbandbehandlung) által elejét vehetni némely eltorzulásnak.

Megkísértetett ugyan a fogak szerinti megkülönböztetés és egyes időszakok megállapítása az ángolkórban, de kevés szerencsével. A

legtöbben igyekeztek a közösülés idült alaktól elkülöníteni a hevenyt. Mindabból, a mi ezen elkülönítésre vonatkozólag iratott, az elfogadásra legtöbb igényt formálhat a Müller és Bohu által megkülönböztetett hevenyalak. Ezt jellemzi: a esontvégek heveny, fájdalmas megduzzadása, nagy erőhanyatlás, gyorsított érverés, hasmenések és a foghús stüllyös állapota, mely kórtünetek ellenében a különben hatásos gyógyszernek semmi eredményt sem képesesek felmutatni

GÖRVÉLYKÓR. SCROPHULOSIS.

Kortum: *Commentatio de vitio scrophuloso ect. Leugo 1789.*

Hufeland: *Ueber die Natur der Scrophelkrankheit etc. Berlin 1785.*

H. Lebert: *Trakté pratique des maladies scrofuleuses et tuberculenses. Par. 1849*

Virchow: *Die krankhaften Geschwülste II. p. 582 u. f.*

A. Hirsch: *Handbuch der historisch-geograph. Pathologie II. 494.*

Görvélykór alatt értjük a test szöveteinek rosz, rész aránytalan (ungleichmässig) táplálását, kiváló hajlammal sejtes túlszaporodásokra, (Hyperplasién) és makacs idült kórfolyamatokra már csekély helyi izgatásnál is. Az izomzat sovány, hiányosan táplált, kitartó munka végzésére képtelen, ellenben a bőr alatti zsírszövet helyenkint aránytalan mennyiségben van jelen. A sejttúlszaporodásra kiváló hajlammal bírnak a nyirkmirigyek, az idült lobos folyamatra a bőr, esontok, érzékszervek és nyákhártyák. A görvély a gyermekkorban legelterjedtebben és leggyakrabban előforduló betegsége. Csak ritkán veszi kezdetét a esecsemő korban, és ritkán terjed a fanosodási időn túl a középső férfikorra. Sok esetben, ha nem is oly kizárólag, mint Lugol vélte, együtt született baj: görvélyes, gümö-, bujakóros, vérsenyves, általában gyenge testalkatú, vagy egymással közel rokonságban álló szülöktől. Leggyakrabban áttiltettetik azon szülők gyermekeire, kiknél fiatal korokban a görvély még ki nem aludt, vagy az később gümökörbe ment át; oly szülők gyermekeire, kik a nemzés idején gümökörösök voltak, vagy kik egy gyakran orvosolt, de egészen soha ki nem gyógyult bujakór későbbi következményeiben szenvedtek. Ezen viszonyok, és az alább felsorolandó alkalmi mozzantok megfejtik, miért támadja meg a görvély egy és ugyanazon családnak egyszer csupán az öregebb, máskor csupán a fiatalabb gyermekeit. Kifejlődhetik azonban a görvély bármely együtt született kórhajlam (Diathese) nélkül a hiányos táplálás következtében. Leghatározottabb előmozdítók itt a szénvizegyek túlnyomósága, a proteinyanyagok hiányossága. Már maga a mesterséges táplálás az első életévekben péppel, zsemlyével, téstásételek-

kel tej helyett, majd tulságos élvezete a kenyérnek, burgonyának, főzelék és hüvelyes veteményeknek megvetik biztos alapját a későbbi görvélynek. A kifejlődést növelik továbbá a hiányos tápláláson kívül az erősebb szeszestalok korán való élvezete, gyakori emésztési zavarok. Nem csekélyebb kórmozzantó az elzárt, elhasznált, füsttel telített, megromlott levegő belehellése. Valamint a tápszer, épen úgy nemzhet görvélyt a lakás. A szabad levegőtől elzárt, tulságosan fűtött, szlik, sok embertől lakott, füst és konyhagőzzel megtöltött, nedves, penészszel megrakott falakkal bíró tisztátalan lakások képezik főképen azon telepeket, melyek a nagy városok számtalan görvély eseteit szolgáltatják. Minél tovább időznek a gyermekek ilyen lakásban, minél kevesebbet élvezik a tiszta, szabad levegőt, és gyakorolják izmaikat: annál nagyobb a veszély a görvély kifejlődésére. Egyéb alkalmi mozzanatok mellett szerepe van a meghűlésnek is. A görvély előjön minden égály alatt, hideg és nedvesnél valamivel főbbször. A melegebb vidékekről ide vándoroltak gyermekei aránylag gyakran megbetegszenek. A már előbb lappangó kórhajlam mellett a kitérésre és sulyosbodásra befolyással vannak a meghűlések, — mint melyek okot szolgáltatnak hurutokra, a nyákhártyákkal szomszédos mirigyek megduzzadására, melyek azután megkeményednek, sajtosan megváltoznak; ily módon nyilvánossá lesz az előbb lappangó kórhajlam, míg talán kedvező külvizonyok mellett az kialudhatott volna. Ugyanaz áll némely erömtvi behatásról. Ugyanis, míg az ép szervezet azokat hátrány nélkül eltűri, addig azok a görvélyesnél sajtosan széteső lobot támaszthatnak, mely az illető egyént gümökórhoz vezetheti, — holott az erömtvi behatás kimaradásával a görvély nála talán meggyógyult vagy már kialudt volna. Ilyenkor a küllerőszak nem támaszt görvélyt, hanem azt eddigi lappangó állapotából felkölti, sulyos kitérésre erőszakolja. Nagy városok, gyártelepek, laktanyaszerű gyermekmenhelyek sok görvélyt termelnek. Szaporodik a görvélyes gyermekek száma azon szüléknél, kik megszorított anyagi viszonyokkal küzdve, gyermekeik ápolását kénytelenek elhanyagolni, nem nyújthatnak nekik elegendő tápanyagot tartalmazó tápszereket, nem rendelkezhetnek elég tágas és száraz lakással; más részről ha a közömbös és rest szülők saját múltjokra esztelenül hivatkozva, szándékosan elhanyagolják gyermekeik nevelését, ezélszerű táplálását, mely körülménynek köszöni romlását meglehet a családnek már több nemzedéke. Hogy a leánygyermekek között több a görvély mint a fiuknál, az a zárt helyiségekben való sok ülésel hozandó kapcsolatba. Hökhurút és kanyaró kiválólag birják kitérésre az előbb lappangó betegséget.

A görvélykór általános gyengeség, a szervek nem egyenlő táplálkozása és működése által árulja el magát. Jellemzők: a petyhüdt izomzat, gyors elfáradás, csekély erélyesség, finom, halvány, megbetegedésre hajlandó, könnyen izzadó bőr, vékony, puha, többnyire szőke hajzat, elökélő, hamar könnybe merülő, fénylő szemek, a legtöbbször tágabb látással. A lélekműködés élénksége megfelel a változékony hangulatnak, mely gyakran testi szenvedések, hurtt, emésztési zavarok, toroklobok által komorrá válik. Felső ajk és orr gyakran megvastagodott, a zsongtalan görvélynél („torpiden Scropheln“) főképp ellentétben van a tetemes bőralatti zsírszövet a gyenge, petyhüdt izomzattal.

Görvélyben szenvedők a legcsekélyebb külsértésre bőr-, nyákhártya-, esont-, különösen pedig nyirkmirigylobot kapnak, mely lob lassu, a rendesnél jóval tovább tartó lefolyást szüktségel. Fellép a külbőrön izzag, melynek huzamosan tartó meggyógyulása után megkeményedések, idült vizenyős beszűremkedések a bőrben, vagy felhámlehamlások maradnak vissza. Az izzag az ajkakon, fülön, orron vastag varakat képező fakadékos jellemmel bír, míg a végtagokon többnyire egyszerű, nedvező, lepikkelyző természetű. Hebra a fehéres színt, csoportokat képező bőrgöcsöket görvélyes dobrócának nevezte; ennek további roncsoló alakja képezi a maró dobrócot (die fressende Flechte) vagy bőrfarkast, mely pusztításait leginkább az arcon gyakorolja, és valóban a legtöbb esetben görvélyes alapon nyugszik.

A nyákhártyák közül a legtöbbször, mondhatni mindig az orrjáratoké képezi az idült hurut székhelyét, melynek bő váladéka a felső ajkbőrt izzagossá teszi. A garat nyákhártyájának ismétlődő hurutos lobja a mandulák tultengéséhez, és a garat hátsó falán létező mirigyek duzzanatához vezet. A garatból towaterjed a hurutt egyrészt a légesöre és nagyobb hörgőkre, midőn köhögés mellett kivettetik nyulós, olykor véres esikokkal megfestett nyák; másrésztől a bélbuzamra, mely magát az altest puffadtsága, étvágytalanság és zavart ürítések által küllői. Az érzékszervek között kiválólag szenved a szem. A szemhéjszélek megvastagodása, a Meibom-féle mirigyek idült lobja itt a leggyakoribb, egyszersmind leggyengébb kórszövödmények. Majd fellép kúteges köthártya-, és szarulob több-kevesebb edénypamat kíséretében, melyhez fényiszony és könyesurgás esatlakozik. A szarulob után visszamaradt homály (Nebelflecke), ha központilag fekszik, gátolja a jó látást. Némelyek görvélyes szívárványlobbal kívánják megnevezni azon igen képlékeny (plastisch) izzadmánnyal járó alakot, hol idült lefolyásnál a szívárvány felszínéről a kamara víz által leáz-

tatott izzadmány finom szemecékben gyűl össze a csarnok fenekén, ellenben heveny lefolyáskor ezen csarnokbeli gytlem kisebb-nagyobb csafatokból állónak mutatkozik. A fülön a külhalljárat hurutján kívül észleltetik olykor a sziklaesont elgenyedése. Egyéb esontbántalmak a esonthártyalob, esontszű, esontfűszök alakjában lépnek fel; a csigolyák, újjpercek, bordák és a végtagoknak egyes esőszerű esontjait kiváltkép szereti a bántalom székhelyettl választani. Az izületek úgynevezett fehér dagja (tumor albus), genyedéssel járó idült lobok, különösen a csipő-, térd-, lábtő- és könyökizületekben a görvély kiegészítő körképéhez tartoznak.

A nyirkmirigyekre nézve tény, hogy azok megbetegedése majdnem kivétel nélkül másodlagos. Hol a mirigy megduzzadását valamely sértés közvetlen meg nem előzte, annak okát a mirigy közlelben fekvő nyirkedényekben kell keresni. VelpEAU, később GriE-SINGER vizsgálatai megerősítik ezen nézetet. A nyakmirigyek megduzzadásának kórmozzantói a legtöbbször: a száj nyákhártyájának megbetegedései, mandulalobok, arc — és fejbőrizzag; nem különben a lágycék-, fültő és könyökizület közlelben fekvő mirigyek is igen sokszor a szomszédos bőr- vagy esontmegbetegedés által vonatnak a bántalom körébe. A mirigyek duzzadása egyszerű sejtűszaporodáson alapszik; ha azonban a kóros izgatás hosszab időn-, gyakran éveken át fenmarad, idővel kedvezőtlen viszonyok befolyása mellett a bántalom központi sajtszerű elfajulásba megy át. A megduzzadt mirigy kezdetben nem fájdalmas, térfogata folyton növekszik, s egy ideig a bőr alatt még szabadon eltolhatni a sima, legfőlebb mogyoró-nagyságu dagot; később a nagyobbak közül egyesek a nyomásra érzékenyekké válnak, alapjukhoz szilárdabban megtapadnak, a bőrrel összenőnek és azt áttörik. Ily módon fejlődnek azon mirigyfajogok, melyek gyakran szabálytalan sipolymentek által több mirigygyel közlekednek, belőlük makaesül csekély mennyiségtl, hig geny szívárog, melyhez vegyűtlnek a mirigy szövetének sajtos dörzsölékei. Ezen fajogok olykor csak heteken, sokszor azonban éveken át dacolnak minden gyógyeljárással, és hátrahagynak igen jellemző, hurkaszertű cikeakkos, a bőrrel el nem tolható hegeket. A testtreiben megjelenő mirigydagok isoki viszonyban állnak azon szerv megbetegedésével, melynek nyirkedényeit felveszik. Majd elsajtosodott, kúpalku tüdőlobgócok azok, melyeknek befelé irányútt esücs részeiu nagy, szintén sajtosan megváltozott nyirkmirigyek ülnek, vagy megfelelnek ilyenek a barlangosan szétesett tüdőrészeknek; majd a mirigyek csupán idült hurútnak köszönik megbetegedéstüket. Ilyenkor lehet, hogy a hurút már régeu megszűnt, a hörgmirigyek bántalma azonban mint önálló

kór tovább megmarad, és a szomszéd szervekre nyomás-, vagy geny — átömlesztés által súlyos következményeket okozhat. A fodormirigyek közül leggyakrabban megduzzadnak a csipbélalsó részén fekvők, közöttük egyes csoportozatok galambtojás egész gyermekökül nagyságra megnőnek. Az ily fokban megduzzadt fodormirigyek sokszor megfelelnek a szomszédos bélluzam nyákhártyáján székelő görvélyes beszűkülésnek és fekélyeknek, sokkal ritkábban csak egyszerű hurútnak. Míg a hörgmirigy-dagok kórismézése kopogató-, és az általok okozott nyomási kórtünetekből felettébb nehéz, körülmenyes, és csak kivételesen jelezhető biztosan, addig a fodormirigyeké a vékony hasfalón át igen könnyű; egyedüli feleserelés, mi azonban gyakran megtörténik, esupán a bélsárgomolyakkal lehető. A nyirkmirigyeknek ezen, az egész testre általános kiterjedő megduzzadása addig, míg a mirigyek működési képessége teljesen meg nem szűnik, fehér vérsejtűséghez (Leukoeythose) vezet, mely azután megfejtí azon nagy hajlamot a genyedésre, melyet a bőrön görvélyeseknél csekély sértések után is tapasztalunk (schlechte Heilhaft).

Minél kifejezettebb a görvély, minél dusabbak és hosszan tartók a görvélyes vérvegyen alapuló genyes folyamatok, minél inkább szenved az egész test táplálása, annál könnyebben létrejő a májnak és lépnek sima, kemény, fájdalomtalan megnagyobbodása, mely karöltve a húgybő fehérsyvetartalmával, az áttündöklő halvány külbőrrel és idült hasmenéssel, kell, hogy az altest nagyobb mirigyeiben jelentkező keményes elfajulás (Amiloidentartung) jelzőjeként tekintessék. Egy további körjel, mely a vesék keményes elváltozására utal, a vizeletben megjelenő ibolyaszíntű gyűrű a két folyadék réteg közt, hogy ha ahoz hamiblan vagy füstölő kénsav oldatot adunk. A keményedelfajulások meggyógyulhatnak; én láttam, valamint E. Wagner is, a májnak és lépnek kifejezett keményes elfajulású daganatát visszafejlődni. A szalonnamájától az által különböztethető meg a zsírmáj, mely görvélynél szintén sokszor előfordúl, hogy ez utóbbi feltülete puhább, hiányzik a lép daganat, a senyves külem, gyakran a fehérsye is a vizeletben. A máj szélei ennél vékonyabbak, főképen az alak laposabb. A görvélylyel küzdőket egy sokkal nagyobb veszély fenyegeti: a gümőkór. A két betegség közötti viszony sokszor meg lett vitatva, és hála az utólsó években történt buvárlatoknak, most már a dolog tisztában van. Nem léteznek éppen szűkséges, vagy kizárólagos oki viszonyok, melyek a két betegséget egymással összefűzik. Élettelen geny (abgestorbener Eiter) a vérbe jutva hajszáledényi értömülés által szemesés gümöket termel. Régi, sajtosan szétesett gőczok, mint azt először Bunttauitotta, szűk-

séges előkövetelményei a gümőkórnak. Innét indul ki a fertőzés. Ezen fertőző góc szolgáltatja a gyermekkor számára, legalább igen túlnyomólag, a görvélyes megbetegedést, főleg a tüdőt, nyirkmirigyeket és csontokat illetőleg. Ezen tanból kifolyólag be kell látni, mennyire szükséges a görvélyes genytelepeket eleitől fogva kettőzött szorgalommal gyógykezelni. Ezért ha már nem áll hatalmunkban a hörg- és bélfodormirigyekre, melyek közül az elsők oly sokszor szolgáltatnak fertőző anyagot a gümőkórnak, közvetlenül befolyhatni, annyival inkább igyekezzünk, mennyire tőlünk kitelik, meggátolni a hörg- és bélhuzam burújtjának kifejlődését, vagy küzdjük le mielőbb a már létezőt.

A görvélykór lefolyása egyáltalában hosszantartó, s némely esetben tökéletes gyógyulásba megy át, midőn a test erőteljes marad; máskor egy gyenge, visszaesésekre hajlandó szervezet lesz a betegség kimenete, még az ifju koron túl is. Maga a görvélyes vérvégny nyugvó megbetegedés: így hosszan tartó genyedés, hörgmirigy áttörése, csigolyaszű stb., kevés gyermeknek oltja ki életét, ellenben sokét a gümőkór. Legvészteljesb helybelistülése a görvélynek: a csontok-, a belső mirigyek és a bélhuzam megbetegedése. A külső mirigyek, hör, garat- és érzékszervek könnyebben hozzáférhetők, és így gyógyíthatók.

A kórisme nem annyira az egyes kórtüneteket, mint inkább az egész szervezet részéről adódott általános benyomást veszi alapul; így egész sorát azon helybeli betegségeknek, melyben a gyermek szenved, vizsgálja az együttszületett hajlamokat, beszámítja azon táplálási és tartózkodási körülményeket, melyek között a gyermek növekedik. Szaruhomály, duzzadt nyakmirigyek, vérszegénység, vastag felső ajk, garathurút a legközönségesebben karöltve járó tünetek. Minél kevesebb bizonyíték támogatja a kórismét, annyival több figyelmet és lelkiismeretet fordítsunk a kezelésre, és soha se engedjük át magunkat a feltűletességnek, sem a szorgos fürkészet, sem a gyógykezelés tekintetében. Az ángolkórral nincs köze a görvélynek, mert az ángolkór a csontváz fejlődésének kifejezett zavara. A gümőkórtól, mennyire lehetséges, meg kell különböztetni a görvélyt; a legújabb nézetek mellett a két betegséget egymástól elválasztó tünetesoportokat még nem lehet határozottan körvonalozni.

Egyik alapoka annak, hogy a gyakorló orvosok az önálló görvélyes megbetegedésnek oly makaesúl ellenszegültek, abban rejlik, hogy a tapasztalat eléggé hebizonyította, miszerint a legtöbb helybeli görvélyes bántalom kizárólag helybeli természetűnek jeleztetve és kezel-

tette, csak igen nehezen, vagy épen nem volt gyógyulásra birható, hanem egy határozott, általános fajlagos (specificus) gyógykezelés volt szükséges a célhozjutásra. Más oldalról nincs kétség a felett, hogy egy ilyen általános gyógmód mellett a helybeli bántalom gyógyulását a célszerű helybeli kezelés még is előmozdítja. A legközelebbi jövőnek lesz feladata kutatni és javítani azon egészségtani viszonyokat, melyek az együttszületett kórhajlamot kitérésre bírják, vagy alapját képezik az együttszületett görvélynek. A körülmények fogják megszabni, szükséges-e a görvélyben szenvedőket falura, hegyes vidékre vagy a tenger közelébe küldeni, megváltoztatni a lakást, áthelyezni a gyermek szobáját, megszabni mikor, és meddig maradjon a gyermek a szabad levegőn, mint tornásztassa a szabadban izmait. Az étrend a szülék anyagi helyzete szerint mindenkor körülményesen meghatározandó, és pedig oly módon, hogy a lehetőleg tápláló, légenyűs, a körülmények szerint némileg izgató tápszerek is választásának, ellenben kerüljük a lehetőségig a kemény tartalmú és más nagyobb térfogatú, a képzékenységnek (plastischer Zweck) meg nem felelő anyagokat. A táplálás emelésére bizonynyal leginkább megfognak felelni: a tej, fehér hús, tojás és hüslé. A gyógyszerek közül hasonló célt törekszünk elérni a halmájolaj (ol. jecoris) adagolása által naponta 2—3 kanállal, melytől azonban csak akkor várhatunk biztos eredményt, ha azt a beteg hónapok, sőt éveken át szedi. Hogy a halmájolajban az epének, jódnak avagy zsirnak rövjuk-e fel a hatást, nem bizonyos, csak az áll, hogy sem az epe, sem az olaj nem képes azon hatást előidézni, nem, habár jód adatik is hozzájuk. Más gyógyszerek, különösen a zsongitók közül a vas-, a senyvellesenek sorából a jód érdemlik meg a figyelmet. — Mindkettőt, de nevezetesen az utóbbit gyakorlati szempontból, melyet különben elméletileg is okadatolhatni, leginkább szeretjük ásványvizek alakában rendelni, és pedig ha lehető, magánál a forrásnál. Névszerint Kreuznach, Krankenheil, Soden-Aschaffenburg források vizei ajánlandók. Hol azonban a viszonyok az ásványviz használatát meg nem engedik, jó a jódot vegyítékben, a vasat por alakban nyújtani. A hamiblagot kis adagokban, (a gyermek kora szerint grm. 0,2—0,5 egy napra) adjuk vegyítékben, melyhez a szer kellemetlen izének javítására valamely fűszeres szörpöt (gyömbér vagy fahéj) tettünk. Azon esetre, ha fellépne hörghurut, emésztési zavar, vagy épen a száj nyákhártyájának izgatottsága, a mi különben igen ritkán szokott bekövetkezni, rendeljük a szer bevétele után komló forrázatot.

A betegség huzamossága igen gyakran megkívánja, hogy a gyógykezelésbe alkalmas változtatásokat eszszassunk be. Ily változtatást legkevésbé engedjünk meg magunknak a halmájolajnál, ha már egyszer annak adagolására magunkat elhatároztuk. Azonban igen célszerű lesz annak folytonos vételét a nyári évszakokban valamely ivó-, vagy fürdőhelyre küldéssel megszakítani, melyek közül a már megnevezetteket, főleg *Soden-Aschaffenburg*-ot saját tapasztalatból leginkább ajánlhatjuk; télen át só- vagy anyalugfürdők folytatása mellett rendeljünk házilag jódot vagy vasat.

Mellözve sok más, különben feldiesért szereket, mint sulyany, (Baryt), mérges vízbürok (Cienta), higany etc., mely két utolsó határozottan kell, hogy hátrányos behatást gyakoroljon, csupán egyet kívánunk felemlíteni, nevezetesen a diólevelet, mely különösen a szegények-gyakorlatában (Armen-praxis) igen alkalmazhatónak látszik. Valamint egyéb keserű szerek, úgy ez is, valószínűleg a bélhuzam helybeli izgatása által zsongítólag hat. Alkalmazhatni forrázat vagy kivonat alakában (grm. 4—8 p. d.) valamint megfőzve a fürdőhöz is rendelhetni. Némi gyógyhatányt, ha bár jóval kevesebbet mint a jód- és vaskészítményeknek, nem lehet ezen szertől megtagadni, és a szegények gyakorlatában a halmájolaj mellett szívesen igénybe lehet venni.

A helybeli bántalmak kezelése nem szükségél semmi különleges (specifisch) gyógyszerelést, egyedül az általános szabályokhoz tartzuk magunkat, azon egyszerű okból, mert a görvélynél általában nem létezik semmi különleges helybeli megbetegedés. Ezen alapon szemloboknál a belterjesség foka szerint fogunk eljárni, és kezdetben helybeli vérbocsátásokat, hashajtókat, hójaghuzókat a fül mögé stb.; később helybelileg pokolkő- oldatot, kénsavas horgéleget, higitott mákony- festvényt, Conrad vizét, Collyrium luteumot, sárga higanykenőcsöt és több eféléket fogunk alkalmazni mint különben; izzagnál legelső a tisztogatás, azután horgany-, kátránykenőcs, hideg borogatások, zöld szappan vagy más egyéb; bőrfarkasnál helyén lesz a hamany vizegygyel (Lapis caust.), pokolkővel edzés, pulv. Cosmi, a Velpeau, Canquoin Rivalié-féle étető pépek stb. A csont és izületi bántalmak, valamint a bőr alatti sejtszövettyalogok, a torló-dási tájogok, genyedző mirigyek sipolymenetei egyszerűen a sebészet szabályai szerint kezelendők. A nyirkmirigyek betegségéinél névleg fontos, a mirigyhez vezető nyirkedények tájékán netalán még fennálló megbetegedéseket eltávolítani (p. o. Mandulakiirtás).

GÜMÖKÓR. TUBERCULOSE.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Bd. II. p. 620.

P. Panum: Experimentelle Beiträge zur Lehre von der Embole. Virch. Arch. XXV. p. 308

H. Lebert und O. W y s s: Beiträge zur Experimentalpathologie etc. Virch. Arch. Bd. XI.

Ott: v. Niemeyer's klin. Vorträge über Lungenschwindsucht. Berl 1867.

Schuppel: Zur Histogenese der Lebertuberculose. Arch. d. Heilkunde. Jahrg. IX. S. 524.

J. Cohnheim und B. Fränkel: Experimentelle Untersuchungen über die Uebertragbarkeit der Tuberculose auf Thiere. Virch. Arch. Bd. XLV. II. 2. S. 216.

L. Waldenburg: Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose. Berl. 1869.

Steiner und Neureuter: Prag. V. J. S. 1865. II. p. 34. B. Fränkel: Die Tuberculose der Choroides und die Miliartuberculose der Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. Neue Folge II. 2. p. 1.

A kísérleti kórtan (Experimentalpathologie) valamennyi, a szervezet leginkább aláásó (verheerend) betegségét megfosztott azon fajlagos (specifisch) jellemtől, mely egy újképletnek tulajdona, és kimutatta azon szélesen elterjedt feltételeket, melyek keletkezésüknek kedvezve, megfejtik azok gyakori előjövetelét. Virchow a gümőfogalmát a heveny szemesés gümöeskére (miliare Knötchen) vezette vissza, és szigorúan elkülönítette azt a lobos újképletnek, ráknak-, bekeményedett genynek stb. türoszerű gümőtől (verkäsende Knoten). Rindfleisch kimutatta, hogy a valódi gümő finom útrágtól indul ki, Panum az értömülések körül tett kísérleteinél apró szürke gümöeskékre talált a tüdőkben, mint a legfinomabb érdugasz terményére, melyek annyira hasonlók voltak az emberi heveny szemesés gümöeskékhez, hogy benne azon gondolat támadt, miszerint a két kóralak tökéletesen azonos elváltozásokon alapszik. Azon kísérletek, kutatások, melyeket Villemín a gümő átoltása körül megkezdett, Lebert és W y s s, Cohnheim és Fränkel és még sokan folytattak, kezdetben kedvezők voltak egy sajátságos, átoltható gümőanyag felvételére, most már azonban azon végeredményhez vezettek, hogy az élettele n geny (abgestorbener Eiter) a vérkeringésbe hozatva, ott, hol a z é r t ö m e s z k é n t m e g r e k e d, g ü m ö e s k é t n e m z. Már Panum tapasztalatai bizonyítják, hogy apró ruggyanta-, higany-szemesék, és más hasonló testek ugyanazon lelethez vezetnek. Hasonló értelmezést kell adni azon megészlelt, gümőszerű képleteknek, melyek galandóébrény által hoztattak létre (Cestoden-Tuberculose. Mosler, Lenekard). A gümőkór a legtöbb esetben, miként azt már 12 év előtt Buhl előadta, mint fertőzés nyilvánul, kiindulva valamely türoszerűen elváltozott szövetből, melynek dörzselékei (Brücel) a vérbe jutva, a vérárammal továbbvitetnek. Hol a gümőkóros hullában régiebb

túrószerű góczokra nem akadni, ott azok vagy kiürítettek már a gümő lefolyása alatt, vagy meggyógyultak. Niemeyer F.-et illeti egyedül az érdem, hogy ezen új kórélettani álláspontot korodai értékre emelte. Ujabb időben Waldenburg törekedett hasonló irányban tovább működni.

Azon kórgócokat, melyekből a gümőkóros fertőzés származik, a mirigyes szervek azon lobalakjai képviselik, hol a lobtól megtámadt szövet üszkösen szétesik (tüdők, nyírkmirigyek), a savós hárták genyes lobjai (mell-, hashártya), a nyákhártyák fekélyedései, (bélhuzam, húgy-ivarszerv, légeső) bőrkifekélyedés, a kötszövet fekélyes lobja, genybestűrűsödéssel járó csontlobok, és végtül genypangás a szűkebb, nyákhártyával kibélelt iv alakúlag görbült esatornákban (fül, hörgők).

Louis vizsgálataiból kiderült, hogy gümőkóros gyermekeknél a tüdőkben jelentékenyen esekélyebb arányszámban jönnek elő állandó túrószertű góczok, mint felnőtteknél, — egyenlő számú megbetegedést véve fel, — hogy ellenben gyermekeknél sokkal többször betegeszenek meg a hörgmirigyek, egyedül, vagy a tüdőkkel kapcsolatban. — Steiner és Neureuter 302 esetből 126-szor találták a tüdöket szabadnak. — Sajtosan megváltozó tüdőlobok (käsige Pneumonien) különösen gyakran előjönnek kanyaró- és hörkhurut következtében, innet ezen két betegség joggal tekintetik a gümőkór fő forrásának. Ellenben hagymáz, húgyár és széngőzbelehellések kevésbé vészthozók a gyermekkorra. Tüdőhurutok rendesen felélesztik épen úgy a rosz indulatú tüdőlobokat, mint még gyakrabban megduzzadását a hörgmirigyeknek. A fennebbi 302 esete közül St. és N. tudoroknak 275-ször találtattak megbetegedve a hörgmirigyek, 176-szor a tüdők; egymaguk a mirigyek csak 36-szor. Többszöri meghűlések, hiányos öltözet, huzamosb tartózkodás a füsttel vagy porral telt levegőben, közvetett módon hatnak a gümős megbetegedésre — A mellkas nyírkmirigyei mellett a megbetegedés leggyakoribb forrásai a hasürben és a nyakon létező mirigyek. A savós hárták lobjaira vonatkozólag mondhatni, hogy azok egészben véve gyakrabban végződnek halálosan, de ha egyszer meghaladták a heveny kóridőszakot, többször átmennek gyógyulásba, mint a halálos kimenetelű gümős elfajulásba. A nyákhártyafekélyek jelentősége is a gyermekkorban legtöbb esetben esekély, vagy épen semmi; görvélyes gyermekeknél egyedül a hiányos táplálkozás folytán kifejlődött bélfekélyek támaszthatnak gyakran közvetlenül, vagy mirigysorv (Tabes mesaraica) közbejövetele által gümőkórt. A külbőrön különösen jelentőséggel bírnak a tájogok, genytűszők, fekélyek. Lehető, hogy a Barthez és Rilliet által észlelt, figyel-

met keltett tény, hogy t. i. 208 elhalt gyermek között, kik védhímlővel be voltak oltva, 138 esett a gümökórra, és 95 be nem oltottból 30 gümökórban, a többi pedig más betegségben halt el, a bőrbetegség illetén értelmezésében talál megoldást. Azon régi hit is, mely a genyedő bőrkíttegek gyors meggyógyulásában nagy veszélyt látott, most már oda módosítandó, hogy nem a gyógyulás, de maga a bőrbetegség hordozza magában a veszély magvát, mint a mely a tüdőben gümös kórátrakódásokat szállhat. A csontbetegségek közül esigolya-, szikla-csont-, csipő- és térdizületlobok-, valamint egyéb üszkösödéssel és szuvasodással járó folyamatok szolgáltatják leggyakrabban a gümöket létrehozó kórananyagot.

Azon égalji viszonyok, melyek a görvélynek kedveznek, hasonló befolyással vannak a gümökórra is. (A. Hirsch). Nagy városok, gyártelepek kiválólág termékenyek; ellenben magasan fekvő, gyéren lakott vidékek csaknem mentve maradnak a gümökórtól. A megbetegedések legnagyobb száma a fanosodási korra, és az első két életévre esik. Ugy látszik egytttszületett gümökór általában nem jön elő (Virchow); ellenben előfordúl még az alig néhány hetet élt csecsemőknél is. Jelenleg, midőn a betegséget csupán az értömülés egyik különös alakának és nem sajátságos (specifisch) kórának tekintjük, nehezen gondolható valamely kórátvitel- vagy igazi ragályzás lehetősége, nyilatkozzanak bár a mellett gyakori megbetegedései a gümökóros férjek nejeinek és kórházi orvosoknak stb. Mert a szülőktől öröklést oly gyakran vagyunk kénytelenek felvenni, az öröklést a görvélyes vérvegyre kell érteni, melyből tudjuk, hogy a gümös fertőzés rendkívül gyorsan eszköztetik. A heveny szemesés gümő (Miliartuberculose) előjövetele olyan csecsemőknél, hol az apa a fogamzás, vagy az anya a terhesség tartama alatt gümökórosak voltak, mi több, náluk a gümökór gyors lépésekkel haladt előre, oly nagy, hogy igen nehéz megmenekedni azon gondolattól, hogy a gyermek nem egyenes úton örökölte volna a gümökórt. Azonban ezen gyermekek hulláiban is akadni már olyan görvélyesen megbetegedett nyirkmirigyekre, melyekből fertőzés is létrejöhetett. Noha némi tartózkodással, de hova tovább kényszerítve érzen magamat annak elfogadására, hogy a gümő-öröklés elmélete fel fog adatni, és helyettesítettai, úgy szintén megoldatni a görvélyével.

Maga a gümő egy szürke, áttündöklő magoeska az alig kivehető nagyságtól egész gombostüfő mekkoraságig, s rendkívül finom, többnyire egy magvú, kerek alakú sejtek csoportjából áll, mely sejtek részben egy finom ütéragésában, részben a körül vannak csoportúlva (gruppirt). A gümöknek ezen keletkezési módja az egészen kis üterek-

ből, az utolsó években mindinkább általános elfogadást nyer. S c h t t p e l észlelte a májbeli gümők közvetlen keletkezését az értömülés folytán, valamint ezen gümők sejtelemeinek származását a fehér vérsejtekből. Hosszabb tartam mellett a mag némileg megnagyobbodik, azután a sejt, a központtól a környi rész felé terjedőleg, zsirosan átváltozik, majd szétesik és dörzsölékei tűrőszerűleg megkeményednek. Ha valamely szervben a többnyire számos, sűrűn egymáshoz nyomult gümöcskék közül több egyesül, nagyobb sárga gümők (Knoten) keletkeznek, melyeknek alakja még nyilván megfelel azok eredetének. A tüdőben többször találhatik gümő a jobb-, mint a baloldalon; egyoldali mellhártyalob mellett a szabadon maradt tüdőfélben, tehát azon az oldalon, hol a véráram erősebb; a felső lebenyekben többször, mint a többiekben. Körül vannak véve egyszer egészséges, máskor másneműleg megbetegedett, majd heveny vértorlódásos vagy lobos szövettel. A savós hártályakon gyakrabban észlelhetni mint a tüdőkben, hol az egyes gümöcskéket illető helyi izgatottság egyesül egy rostanydús, genyes, a felületen messze tovaterjedő lobba (p. o. Meningitis basilaris). A tömött, gyurmás szervekben (máj, lép, vesék) némi duzzadást és kötszövet-vérbőséget leszámítva, a gümők minden más következmény nélkül fennállanak.

Nyákhártya- felületen támadva csakhamar szétesik a gümő azon erőmtívi és vegyi ingerek folytán, melyek reá hatnak, egy fekélyt hagyva maga után, mely több egyesek egybefolyása által kiterjedt nagyságot, és öblös alakot érhet el. A fekély közelében a takhártya-hurút makaesul megmarad, ennek váladékához a fekély alapjáról esékély hajszáledényes vagy nagyobb mennyiségű vér is vegyülhet (légeső, hörgők, bélhuzam).

A csecsemő és tulajdonképi gyermekkorra nézve a leggyakoribb megbetegedési alak a h e v e n y, mely az összes felsorolt szervek, főleg a savós hártályak súlyos megbetegedésével jár. A tűrőszerű fertőző góc ilyenkor közönségesen a tüdőkben vagy hörgmirigyekben található, mint ahol azt mindenkor keresnünk kell, ha a függér térkörében (Aortengebiet) többszörös értömülés jött létre. Ha a genydörzsölékek (Eiterbröckel) a függér által ellátott szervek valamelyike felé veszik útjokat, úgy — a gyermekkorban hasoníthatlanul gyakrabban mint felnötteknél — a belső fejtér azon út, melyet ezen dörzsölékek az agykérekhez választanak, sokkal ritkábban a függérnek valamelyik hasi ága. Ellenkezőleg bélvész (Darmphthise), bélfodorgörvény-, vagy esontgyenyedés után a tüdőkben sokkal gyakrabban bekövetkezik nagy mennyiségű gümölerakodás; ha bár ugyanezen uton létrejöhet gümös le-

rakódás a savóshártyákon és a hasüregbeli nagy mirigyekben is, az nem kevésbé történik oly módon, miként genyvértéknel már gyakran ki lett mutatva; t. i. kis értőmeszek átesésznak a tüdők aránylag tág hajszáledényein és így bejutnak a test ütereibe. Tulajdonképi nehézséget egyedül azon esetek megfejtése nyújt még, a melyekben a görvélyes lerakódmány (Depot) mellett egyidejűleg a tüdőkben gümőképződés is feltalálható. Míg a gümőt nemző hajszáledénytőmesz közvetlen befeeskenések által a vérbe (Panum-Cohnheim és Frankel) számos, egyenes bebizonyítást nyert, a felvetett eset megoldására az először Buhl által felvett, azután Niemeyer által bővebben kidolgozott azon nézethez kell fordulnunk, mely szerint a gümöeskéknek tovább vitele azon szövetekben, hol létrejöttek, a nyirkúton át történik. Virchow nyomatékkal kiemel több olyan kemény gümő-készítményét, hol nem szabadúlhatott meg azon gondolattól, hogy bujálkodó felhámual ellátott nyirkedényeket lát maga előtt; Buhl a tüdők gümőszerű gócéának közvetlen szomszédságában nagy számú gümöeskék lerakódására figyelmeztet, mely körülményt nem lehet a valódi értőmeszből megfejtetni; röviden, itt kényszerítve érezzük magunkat elfogadni azon még be nem bizonyított, de igen valószínű föltevést, hogy a nyirkúta közvetítik a tőrőszerű gócek által nemzett gümöeskék sugaras tovavezetését. Állatokon tett kísérletek alapján fel kell vennünk, hogy a tőrőszerű anyagból álló tömörebb, vagy összenyomott finom értőmeszek új tőrőszerű gócekat, mi több barlangokat, tehát új értőmeszanyagot képesek termelni.

A gümőkór természeténél fogva csaknem minden esetben a szkóros tünetekkel kezdődik: halvány, petyhüdt külbőr, nyomott hangulat, elsoványodás, fáradság érzete, esténkénti lázas mozgalom, éjjeli izzadások, hiányos étvágy és emésztés. Ezen tünetek egyszer csak az aszkóros folyamatot kísérik, máskor megjelennek már a gümős fertőzés kezdetén. Mindenesetre kell, hogy ily tünetekkel szemben épen ne késstünk figyelmünket a jelenlevő bekeményedett geny-, vagy elhalt szövetgócra fordítani. A láz magatartása a gümőkórosoknál tökéletesen megfelel egy heveny fertőzési betegségnek. Nem azonos ugyan a fonalóckór (Trichiniasis) vagy hagymáz lázával, az utólsóéhoz azonban annyira hasonló, hogy a pontos megkülönböztetést megnehezítheti. A szabány (Typus) a váltólázhoz közel álló félbenbogyó láznak felel meg, naponta 1—2 izbeni súlyosbodással. A súlyosbodások a napnak 2—8 óráját veszik igénybe, csaknem mindenkor ugyan azon részében a napnak lépnek fel, majd az estvének vagy az éjnek első óráiban, ritkábban reggel, és még ritkáb-

ban délben. Míg a súlyosbodási idő alatt a hőfok 39°, többnyire 40°, sőt 41° C.-ra emelkedik, addig rohammentes időben a test hőmérséke lassankint alábbszáll, és nem ritkán az éjnek egy nagyobb része alatt közel áll a rendeshez, de azt valamivel még is mindenkor meghaladja. Minél magasabb a test hőmérséke az alábbhagyási időközökben, annál rosszabb a jóslat. Ilyenkor a legközelebbi hőemelkedés a legtöbb esetben jelentékenyebb, mint az alábbhagyás volt, és okozza a — joggal rossz tünetnénynek ismert — naponkénti rázó hideget (Frost), a kis gyermekeknél legalább is elsápadást, a végtagok meghidegülését és bányadtságot. Az éjjeli és kora reggeli alábbhagyásokkal együtt jár, mint külső jelenség, a bő izzadás. A láz lefolyása mindenkor némi rendellenességet mutat, úgy hogy annak pontos tanulmányozására a hőmérést éppen nem elégséges naponta csak két ízben elővenni. Az értítések száma a test hőmérsékéhez viszonyítva mindenkor nagyobb, és méginkább a légvételek, miután ez utolsó nem egyedül a láz fokával járó véráram-, hanem a tüdőbeli akadályok által is növeltetik. A tüdő bántalmazottságára gyakran utalnak már a hurút, köhögés, szörtyögések, véres csikkal átszótt köpetek is, de ezeknek — ceteris paribus — annál inkább fogunk tisztán gümőkört jelző értéket tulajdonítani, minél tagadóbbak a helybeli természettani tünetek. Részint a tüdők betegsége, részint a duzzadt hörgmirigyek által a mellürbeli visszértörzsekre gyakorolt összenyomatás okozza az areban olykor észlelhető kisebb fokú bőrvizenyőt; ugyan ezen alapokon, talán még a belső fejrnek, sajátlagosan (speciell) az agykéreknek gátolt vérkeringéséből magyarázhatni meg a különben halvány arebörnek gyenge ibolya színét, mely tünetnényre R i l l i e t és B a r t h e z különös súlyt fektettek volt. Nem egészen ritka tünetnény az orrvérzés sem. A kiterjedtebb gümös megbetegedést közvetlen módon legbiztosabban kimutathatni a szemtükrök által. Miután M a n z első fedezett fel az érhártyában gümöcskéket, C o l n h e i m hullákon bebizonyította annak gyakori előjvetelét általános gümőkórnál, majd G r a c f e, L e b e r és B. F r ä n k e l már az esetek egész sorozatánál kimutatták a bántalmat még az élő szemben. Az érhártyában fészkelő gümöcskék nem hoznak zavart a látásban, többnyire nagyobb számmal ülnek a látombsa közelében, és mint fehéres, kerekded foltok tűnnek fel, melyek elmosódva átmennek a szomszédrészekbe, és okozzák, — bizonyos nagyság mellett — a felettök elhaladó edények helyközes (parallaktiseli) eltolasát. Alig lehet kétség a felett, hogy ezen érhártyabeli gümöcskék egyszerre támadnak az atykéreg gümöivel, mintán kell, hogy azok ugyanazon egy ütértörzson át (belső fej-ütr vándoroljanak a szembe. Ezért a gümőkórnak túlnyomólag az

agykérget megtámadott alakjánál legbiztosabban következtethetni érhártyagümökre. Akadni még olykor a gümökórnak kevésbé szép és feltűnő, mint inkább közvetlen értékkel bíró kórtűnetére azon továbbharapódzó fekélyes folyamatokban, melyek a mandulákból kiindulva, a garat oldalrészein tovaterjednek; továbbá a gügfedő sajátságos fekélyeiben, melyeket a gégetűkőr segélyével már keletkezésükkor biztosan felismerhetni az által, hogy itt számos kisebb fekélykék összeolvadnak, de ezen rágott szélekkel bíró (zernagt) fekélyek a fűlszínen szeretnek elterjedni. A legtöbb esetben kimutatható mérsékes lépnagyobbodás nem függ annyira a gyurmájába beágyazódott gümőanyagtól, mint a láztól. Ellenben a törzsön néha néha észlelt, a hagymázktüteghez, sőt petésekhöz hasonló rózsacs (roseola) valószínűleg a bőrben támadt hajszeledény tömlőlések folytán jö létre (hasonlólag mint F r i e d r e i c h szivbellobnál észlelte.)

A gümökór lefolyása heveny, hogyha a gümöket nemző gyendürzsölék tömegesen, és megújulva vegyül a vérárammal. — Ezen felvételek az érintett rázó hidegek által jeleztetnek, mely jelenség, miként a tüdőterek tömlülésénél, hihetőleg kell, hogy feltételeztessek a tömlülési mozzanat által mindannyiszor, valahányszor ily fertőző testeek egy egész új raja jutott a vérbe. Különböben a lefolyás igen rendetlen, vége meg nem szabható, egyszer csak napok- vagy hetekre, bizonyos idült esetekben azonban hónapokra terjedhet. Azon megnevezett kórtűnetekhez, melyek egy hagymázféle fertőzési betegséget kísérnek, esatlakoznak továbbá az agykérek és hörgők lobjának tünetei igen különböző fokban, és ez által megváltozik a kórkép egy később előadandó irányban. Egyes heveny gümőszemesék meggyógyulása nem ritka, azok rostdagszerű, fehér gümőeskékké sorvadnak; kiterjedt gümökór is meggyógyúlhat, de a nyákhártya fekélyei (légeső, bélhúzam) igen ritkán, és még ritkábban a savóshártyák gümökóros lobjai.

A gyógybeavatkozás egyelőre csaknem egészen az óvó rendszabályokra, a görvélyes mirigybetegségek pontos kezelésére, a hurutos tüdőlobok-, légutak hurútja-, vérköpés-, mellhártyalob-, esontgenyedés stb. gyógyítására van utalva.

Ha a gümökór fejlődésben van, úgy a legnagyobb testi nyugalom, ágyban fekvés stb. talán meggátolhatják az értömülés gyakoribb ismétlődését; ritkán fog sikertülni beavatkozásunk által most már a tőrőszertü göcra, még kevésbé az értömészekkbeni változásokra gátológathatni; legfőlebb esontbetegségeknel sebészi eljárások által. A láz hatalmas emelkedése ellen a gümökórosoknál ez ideig leggyorsabb hatását

láttam a kinal bőr alá feeskendésének, és gyűszűkeforrázat belehelésének.

Lassabban és hosszabb idő elfolyása alatt ugyanazon célt elérhetni ezen két szer egybekapcsolása által (0,02—0,1 Digit. és 0,05—0,2 Chinin pro dosi). A hidegvíz alkalmazása is megérdemli a kísérletet. Különös gond fordítandó a táplálásra. Ha javúl a táplálkozás, sok meg van nyerve; de rövid megállapodása, vagy esékély gyarapodása által a test súlyának ne engedjük magunkat vérmes reményekre feljogosíttatni.



III.

A VÉRKERINGÉSI SZERVEK BETEGSÉGEI.

A) A SZÍV BETEGSÉGEI. HERZKRANKHEITEN.

A szíven és burkain gyakran észlelhetnek számos jelentéktlenebb rendellenességek. Ilyenek azon homályok és megvastagodások, melyek a szívburok körülírt helyein már a kis gyermekkorban is találatnak; továbbá csekély rendellenességek a tartalom mennyiségére vonatkozólag, névszerint egyidejűtülödő-betegségeknel a bennék minőségét illetőleg a vérnek bizonyos besűrűsödési állapotainál (Inspissionszustände), midőn az rendes savós tulajdonságát elveszti, és mint ragadós, fehérnyedős folyadék találatik a szív üregeiben. — Az izomzatban gyakran akadni kisebb fokú zsíros elfajulásra, mely már a szabad szemnek feltűnik fénylőbb, a rendesnél barnább küleme által; góreső alatt pedig finom zsír-szemcsék dús beágyazódása által az elsődleges izomkötegekbe, vagy azok közé, árulja el magát. Nem egészen ritka a szívizomloboszerű folyamat sem, különösen genyedő kimenetellel, mely főképp kórattételi módon lép fel; olykor azonban épen nem mutatható ki az alkalmi ok. Mennyire fontos jelentősége legyen is ezen kórfolyamatoknak, ez idő szerint a kórismének még hozzáférhetlenek, és ezért nem képezhetik e helyen további fejtegetés tárgyát. Nem minden érdek nélküliek a szívbillentyűkön gyakran fellépő, de a belsívihártyának más helyein, sőt magán a nagy üterek külburkán (Adventitia) is észlelt, és először Luschka által leírt véromlennyek. Ezek pontszerű, legfőlebb kis borsó mekkoraságú, egészen feltélesen a szívbelhártya szövetébe beágyazódott, gyakran szemölcs- vagy félgömb alakban kiemelkedő véres foltokat képeznek, és az élet első heteiben vagy hónapjaiban elhalt gyermekek hulláiban rendkívül sokszor találatnak, nevezetesen azokéban, kik nagy fokú összeesésben (Marasmus) haltak el.

Más részről azon észlelet, hogy ugyanazon bonclelet egészen fiatal állatoknál is találtatik, határozottan a mellett szól, hogy az többé-kevésbé élettani jelenség. Bár mint legyen is, ezen vérömlenyek, miután azoknak a későbbi korban nyomaira sem akadni, ugy látszik minden fontos *Damna remanentia* nélkül felszívódnak, és nem szolgáltatnak kórodai jelenséget.

1. SZÍVBUROKLOB. PERICARDITIS.

C. M. Billard : *Traité des maladies des enfents* Ed. II p. 593.

Rilliet und Barthez ed. II. Bd. I. p. 620.

F. Weber : *Beiträge zur path. Anat. der Neugeborenen* II. p. 77.

Bednar : *Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge* III. p. 110.

Mely korban jő elő leggyakrabban a szívburoklob a szerzők adatai bár igen eltérők, de abban mindannyian egyetértenek, hogy az a gyermekkor nem gyakran támadja meg (70) boncolat között 7-szer, Billard). Már az izületésűz ritkasága föltételezi ezen arányt. Felútteknél az izületésűz képezi leggyakoribb okát ezen, csaknem mindenkor másodlagosan fellépő betegségnek, mely a gyermekeknél oly ritkán fordul elő, hogy p. o. Lebert eseteiből csak 5% esett a gyermekkorra. A méhen belüli előjövételre mutat Billard egy észlelete, hol ő egy 2 napos gyermeknél istrángszerű összenövéseket talált a szívburokon. Újszülötteknél legbővebb forrásai a szívburoklobnak : a köldök részéről adódó eves (septisch) fertőzés és gümőkór. (F. Weber). Az első esetben mindenkor mellhártyalob mellett lép fel, a másodikban általános gümőkór vagy tüdőgümő mellett. Valamivel korosabb gyermekeknél gyakran esatlakozik a tüdőlobhoz (Virehow), mellhártyalobhoz (Ziemssen 2 esetében), azután hevenykütegekhez, főkép a vörhenyhez ; itt külön kell választani azon ritkább, a betegség tetőfokán fellépő eseteket, melyek kivált nagy fokú láz mellett összetalálkoznak a tüdőlobbal, azoktól, melyek mint utóbetegségek vörheny-esúztól (Scharlach-Rheumatismus) vagy a vesék megbetegedésétől vannak föltételezve. Az utóbb megnevezett alak bő, hig izadmánynyal a szívburokban kezdődik, és csak később jelentkeznek a lobos tünetek. A Brightii-féle kór, gümőkór, genyvér, súlynál is találtatik ezen alak. Szívbetegnek ennek gyakran ki vannak téve. — Bednar néhányszor rövid időre a beoltás után látta fellépni.

A kórisme csakannyiban nehéz, mennyiben maga a természettani

vizsgálat nehéz. Lehetséges ugyan a légzési nehély, a szívtáj önkényes vagy nyomásrai-fájdalmassága, és több hasonló alanyi tünetek, továbbá kékkór, rendetlen érverés, esekély mennyiségű vizelet, vize nyő által ezen megbetegedés gondolatára vezetetni, de egyedül döntő értékkel csupán a következő körjelek bírnak: a szív-esücslökés hiányzik vagy a karlúter lökéséhez aránylag esekély, felette a szív-tompulat tovább terjed bal felé. A tompulat a 4-ik borda felett a 3-ik vagy 2-iknél kezdődik, és egy olyan háromszöget képez, melynek leg-hosszabb oldala a rekeszen, legrövidebb a jobboldali szív-tompulat szélén nyugszik. Álló helyzetben nagyobb a szív-tompulat, különösen fölfelé, fekvésnél kisebb. A szívhangok gyengék, ingaszertűek (perpendickelartig), az első fűvő zörejtől kísért; gyakran jelen van egy vakaráshoz (schabend), karczoláshoz vagy gyenge horzsoláshoz hasonló reszelő-zörej is. Egyiknek a kettő közül, a reszelő-zörejnek vagy a háromszög alakú, fölfelé megnagyobbodott szív-tompulatnak a kör-ismére nézve bebizonyítottak lenni. Mivel a savós-rostonyás és a tisztán genyes izzadmány leggyakrabban előfordul, ezért kevésbé is kell számítanunk a reszelő-zörejre, mint a szívtompulat megnagyob-
bodására.

A jóslat kedvezőtlen, mivel a legtöbb esetben már súlyos megbetegedések mentek előre, melyekhez csak most csatlakozott a szívburoklob. Gyakrabban hallani a szívburoklob kórismézését a bonc-asztalon, mint a betegágynál. Kedvező kilátást biztosít (gewährnt) a tökéletes meggyógyulásra, vagy hátramaradt megvastagodások vagy összenövésekkel gyógyulásra a csúzos szívburoklob, kevésbé kedve zőt a Brightii-féle kórtól, heveny kütegektől, tüdőlobtól feltételezett. A szívburoknak tökéletes odanövését észlelték egy ízben Rilliet és Barthez. A szövődmények közül különösen felemlítendők a szívbél- és szívizomlob, az első egészen közönséges a heveny csúznál, az utolsó p. o. Sydow egy esetében elfogadva, hol egy 8 éves leány rögtön meghalt, és a boncolat a szívburok lemezeinek többszörös egy-
benövéséi mellett a bal gyomrocs repedésére talált.

A gyógykezelés hideg borogatások alkalmazásából a szívtájra, belsőleg gyútszönke, has- és húgyhajtó sók adagolásából, külső-
leg iblany kenőcs, szükség esetében bürizgató és elvezető szerek ren-
deléséből fog állni.

II. SZIVBELLOB ÉS A SZÍVBILLENTYŰK BAJAI. ENDOKARDITIS UND KLAPPENFEHLER.

L a m b l: Aus dem Franz-Joseph-Kinderspitale in Prag I. p. 139.

C. G e r h a r d t: Ueber Herzfehler bei Kindern. Deutsche Klinik 1856. Nr. 11.

H e n o c h: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 239.

Szívbillentyűbajok gyakran fordulnak elő miut egylttszítletett kórok, midön túlnyomólag megtámadtatnak a jobb szív-fél billentyűi, és ezek közt ismét többször az ütérés mint a visszeres nyíláson levők. A magzatkori szivbellob, valamint a később fellépő is, bizonyos előszeretettel viseltetik a nagyobb nyomásnak kitett billentyűk iránt. R a u c h f u s s az irodalomban 192 jobb- és csak 10 baloldali magzatkori szivbellobot talált feljegyezve; ő maga észlelt 25 jobb- és 10 baloldali. A gyermekkorbeli szivbellob akkor is a jobb szív-felet választja székhelyeül, ha a válaszfalakbani hiányok vagy az ütérés nyílásnak nyitvamaradása a jobboldali billentyűket rendkívül erős nyomás alá helyezik. Eltekintve ezen különös viszonytól, a baloldali billentyűk szivbellobja, és pedig egész sajátlagosan (speciell) a sipkabilentyűé (Mitralis), szabály gyanánt tekintendő. A bszivlob legdúsabb forrásaul kell tekintentünk a csúz ritkább előjövetele miatt — legalább a mi vidékünkön — a heveny kütégeket, nevezetesen a vörhenyt, azután a genyvért, tüdőlobot és néhány idült alkati betegséget, mint bujakórt és mocsár-gerjt (Malaria). Már jelenlevő billentyű-hibák és magzatkori torzképződések nagy hajlammal birnak új szivbellobra. Gyakran bukkanni a gyermekkorban kifejlett billentyűbetegségekre a nélkül, hogy ezen betegségeeknek csak egy kóroka is jelen lett volna. Az ily módon, járkelés mellett tökéletesen lappangva lefolyó idült szivbellob súlyos jelentőségű billentyű-bajt hoz létre. Itt inkább látszik megtámadtatva a függér billentyűkészlete, mint az előbb felsorolt másodlagos bszivloboknál. Azonban a sisakbillentyű-hibáknak egy egész túlnyomó száma felismerhető marad a függérétől, mely utóbbi főkép a kásadagos kórfolyamaton alapszik, mig az az előbbinél teljesen hiányzik. Találni ugyan a későbbi gyermekkorban elhaltak hulláiban elég gyakran pontszerű, zsirosan elfajult helyekre a függér falán, a billentyűk fölött, de magokon a billentyűkön soha sem; továbbá ezek semmi jelentőséggel sem birnak az illető részek működésére nézve. A tünetekre vonatkozólag megemlítem itt, hogy gyermekeknél a szív rendes

állása a 8-ik évig valamivel az emlőbimbó-vonalon kívül esik, nem úgy mint felnőtteknél azon belől. Ennek megfelelőleg a szív tomputata aránylag nagyobb mint felnőtteknél, magassága megfelel a mellestől fél hosszának, legnagyobb szélessége még valamivel több. Némileg egybevág ezen körülmény azzal, hogy, a mint Rilliet és Barthez találták, a szív már 15 hónappal eléri azon nagyságát, melyet azután az 5½ életévig megtart, hogy ezentúl ismét növekedjék.

Ezen korban főképp a bal gyomrocs okozza a szív nagyságát. Azonban a jelentékenyebb térfogat arányban áll azon rendes gyenge behúzódáshoz, melyet a függér bemeneténél (Isthmus) mutat. Járulékos zörejek a gyermekkorban rendkívül ritkák, nem hiányoznak ugyan teljesen, miként West állítja; (én lázas állapotoknál néhányszor egészen mulékonyon fellelvé találtam) de aránytalanul gyérebbek mit felnőtteknél. Olykor a billentyű-hibák, vagy reeszülletett rendellenességek folytán már az ifju kortól fogva erősen túltengett szív, évtizedek mulva a mellkas külső részeihez aránylag kisebbnek tűnik fel, mint előbb volt. Én birtokában vagyok több ilyen, körülményesen feljegyzett esetnek, és hiszem, hogy a túltengett szív ezen növésbeli felakadásától (Wachstumsbemmung) a kedvező jelentőséget nem lehet megtagadni. Más részről a pitvar nyílásainak együttszülletett vagy igen korán szerzett szűkítései sokkal jelentékenyebb sorvadását vonják magok után az illető gyomrocsnak, mint az a felnőtteknél valaha létrejö. Szívbellob aránylag ritkán lép fel fékelyes, magát súlyos általános tünetek által jelző alakban; ezért a kórismerésnél utalva vagyunk főképp azon billentyűhibának tüneténeire, melyet a lob támaszt; utalva a szívtomputat kiterjedésére és a billentyű-zörej szorgos szemmeltartására, mely tüneteknek megváltozása a megbetegedés tovahaladására mutat; végül értömlési mozzanatok következményeire, melyek gyakran csatlakoznak a gyermekek nagyobb részt termelő (productiv) szívbellobához, és kórismeit tekintbenannyival értékesebbek, mert gyermekkorban a tüdők visszereiben és a szívtörökben támadt véralvadékok csak igen ritkán szolgáltatnak anyagot az értömlésekhez. A billentyűhibák körjelei ugyanazok mint felnőtteknél, esupán felismerésükhöz kívántatik több ügyesség és gyakorlat. Légzési nehély, kék- és vízkór-, megnagyobbodása a májnak, kevesbedése a húgy mennyiségének közönségesen egyenes viszonyban állnak a billentyűhibákkal. Egyik különös szövödményként szerepel a kis vidtáncz (Chorea minor), melyre később vissza fogunk térni.

Jóslat tekintetében a szívbellobok nem kedvezőtlenek, meny-

nyiben sokan közülök a test növekedésének folyamában elegendőleg kiegyenlítődve (compensirt) átlépik az ifju kort. A gyógyeljárást illetőleg is fontos a kiegyenlítődött billentyű-hibák megkülönböztetése, mert ha ilyen hibákkal van dolgunk, jó lesz magunkat a gyógykezelési beavatkozástól lehetőleg visszatartani mindaddig, míg azok ezen természetüket megtartják. Nem lehet eltitkolni azon tapasztalást, hogy kiegyenlítődött billentyűbajok némi izom-erőkifejtés mellett hosszabb időn át csendes, meglehetősen teher nélküli lefolyást követnek, minőt a test tökéletes kimélése, nyugodt magatartása mellett nem. A függér billentyűinek egy, a gyermekkorban szerzett elégtelenségét láttam egy szobafestőnél oly módon meggyógyulni, miként azt J a c k s c h a megbetegedéstől mentve maradt billentyű-részek kitágulása által értelmezi. Hasonló gyógyulások hozattak tudomásomra épen olyan egyéneknél, kik megfeszítő életmódot folytattak. Ha elégtelen-, szabálytalan szív-összehúzóásra utaló szívdobogás jelentkezik, kísértük meg a hideg borogatásokat a szív tájékára, és belsőleg gyűszönkét. A gyűszönkének, mint a szív összes idegeire, különösen a bojgidegre izgatólag ható szernek megfelelő gyógyhatása mellett bizonyít azonkívül, hogy a szív verése lassabb és szabályosabb lesz, az egy nap alatt kiürített húgy mennyiségének emelkedése, mely tünetemny egyszersmind a szer adagolására nézve jó mérvadó. Kiváltkép javalt az a bal gyomrocs sorvadásánál és elégtelen megtelésénél. Hol ezen szer eserben hagy, olykor még hatásosabb helyettesítők a Squilla, hamanysók, Oxalsók. Vérszegény szívbetegéknél aggodalom nélkül rendeljünk vas készítményeket, melyhez nevezetesen a gyermekkorban elég alkalom kinálkozik. Vízkóros szív bajosoknál az érintettek mellett kísértük meg a vérnyomást (Blutdruck) növelő szereket, azután a növény-savas alkalikat, mint melyek lugosodás (Alkalescenz) utján a húgy mennyiségét növelik; végül még izzasztó fűrdőket, és a folyadékknak a sebészet által megszabott múlttétek, hasvízkór és vízmellnél szüresapolás, bőrvízkór-nál bemetélések általi kiürítését. Feltűnő, mennyire gyakran meggyógyul az utóbb megnevezett beavatkozások által az előbbi súlyos kórállapot, mennyiben a szívtompulat ismét kisebb lesz és a húgyhajtó szerek újra elegendőleg hatnak. Vérbocsátásokra a fenyegető tüdővízenyő, és a visszerek tulságos megtöltése miatt ritkán mutatkozik alkalmi ok. Hol a szívbellob még folyamatban van, én előszeretettel és jó sikerrel alkalmaztam a szénsavas szikeny naponkénti beleheltetését. Hol valamely gyanu van új lobrobamra a billentyűkön, ott a legnagyobb testi nyugalomra van szükség, valamint tartozkodásra mindennemű kedély-izgatottságtól, nehogy fokoztassék a billentyűk feszültsége és

sűrűlődása, és a bilentyükről értőmülést létesítő anyag le ne szakkittassék.

III. A PETEKÉPŰ LIK NYITVAMARADÁSA. PERSISTENZ DES FORAMEN OVALE. LÜCKEN IM SEPTUM ATRIORUM.

H. Wallmann: Ueber das Offenbleiben des For. ovale cordis bei Erwachsenen. Prag. Vierteljahrsch. Bd. 82. p. 20.

B. S. Sobulitz: Virchow's Archiv Bd. XXII. p. 219.

Peacock p. 106 und 114.

Forster: Ueber das offene Foramen ovale mit Cyanose und systolischem Herageräusch. Duibl. quart. Journ. XXXVI. Schmidt. Jahrb. (XXIII. p. 44.

C. Hiltner: Grosse Communication zwischen beiden Vorhöfen unter dem verschlossenen Foramen ovale. Tod im 86. Lebensjahre. Virch. Archiv Bd. XXX. p. 587.

Duroziez: Offenes Foramen ovale ohne Cyanose und ohne Circulationsstörung. Gaz. des hôp. 1863. 7. Schmidt's Jahrb. CXVIII. p. 296.

Reisch: Ein Fall von Offensein des Foramen ovale mit Rücksicht auf Diagnostik. Wien. med. Wochenbl. 1862. Schmidt's Jahrb. CXVIII. p. 32.

A peteképlű lik záródása a születés utáni első napok alatt következik be a légvétel befolyása alatt. A bal pitvarnak vérrel megtöltése által, és pedig ugyanezen időegységben egyenlő mennyiségű vérrel, annyival, mennyi a jobb pitvarba hajtatik, kiegyenlítettik a két oldal közti nyomási viszony, megszűnik a véráramlás (Blutströmung) a petelikon át, és most bekövetkeznek a lik széleinek és a bilentyűnek, különösen Peacock által pontosan leirt azon változásai, melyek az elzáródást előkészítik. Maga a lik kisebb lesz, szárai közelednek egymáshoz, a bilentyű meghoszabbodik, szélével túlhalad a likon és azt oda tapadás útján elfedi. A lik nyitva maradása alapulhat ezen zárkészlet hiányán, vagy az elzáródáshoz szükséges folyamatok alapfeltételeinek kimaradásában. Az első esetet illetőleg lehet a lik túlságos nagy, vagy a bilentyű igen kicsiny, vagy átlukasztott; a második módoni el nem záródás következményeként szerepel a liknak tökéletlen befedése a bilentyű által, vagy a bilentyűnek tökéletlen odatapadása, úgy, hogy egy hasadék marad hátra, mely a bilentyű által csak lazán lévén elfedve, az alatt feltartja a bal pitvarrali közlekedést. — Nem lesznek megadva a petelik elzáródásához szükséges feltételek akkor sem, ha tüdő-tágulatlanság (Atelectasia), tüdőlob miatt az élet első napjaiban, vagy egyik jobboldali nyílás miatt a tüdővisszerekből nem folyhat elegendő vér a bal pitvarba, és ez által a jobb pitvarban felhalmozódott vér folytonosan lehetővé teszi a petelikon általi áramlást. Ha már a magzatkorban megvannak adva a feltételek egy rendkívül erős

áramlásra a petelikon át (p. o. Atresia ost. art. seu venos. dextr.), úgy a lik feltűnő tág, néha ujjnyi nagyságban nyitva marad.

A petelik nyitvamaradása vonatkozással W a l l m a n n és K l o b 800-ra menő feljegyzett eseteire, a boncletek 44%-át képviseli. Jóval ritkábban akadni a sövény alsó részében kerekded alakú résekre (Lücken) mint a magzatkor legelső időszakába eső akadályozott képződésre, melyek leterjedhetnek egészen a gyomrocsok sövényébe. A három hasonos alak közül: a Botall vezeték nyitvamaradása, rés a gyomrocsok sövényében és a petelik nyitvamaradása, az utolsó a leggyakoribb, és nyilván a legkedvezőbb is. A két elsőnek komoly jelentősége a két gyomrocsnak nyomási különbségében fekszik, mi a pitvaroknál más-ként viszonyul. A pitvar egyenetlenül hosszabb kitágulása alatt a vér csekély nyomás alatt folyik egy elernyedtt, vékony falú tömlőn át; a rövid szívösszehúzóds alatt, az összehúzóds által kifejtett nyomás általában csekély; ha egyenlőtlen, akkor csak kissé erősebb a bal oldali. Innét ered az, hogy D u r o z i e z egy egész sorát volt képes gyűjteni azon eseteknek, melyekben nyitva maradt nagy petelik mellett a szívnek nagysága aránylag egészen rendes volt, még egy 72 éves nőnél is. Igen pontos észleletek bizonyítják, hogy ezen, előbb közömbös képződési akadályok, mihelyt a bal pitvarban a vér nagyobb feszülés alá jut, a vért a jobb pitvarba átáramlásához, és a test visszereiben hátúlról jövő vérpangáshoz (Rückstauung) vezetnek.

Ha a nyitott petelikhez sisakbillentyű-elégtelenség járul, akkor létrejő visszérlükttetés (Venenpuls) (Reisch). Az ellentétes eset, a vérnyomás fokozódása a jobb pitvarban, bizonynyal gyakrabban bekövetkezik: a háromhegyű billentyű-, a tüdőtér billentyű bajainál, a tüdőbeli hajszáledény-ut (Pulmonalcapillarbahn) harántmetszetének megszorításánál (tüdőtágulatlanság, tüdőlégdag, szemesés máj, tüdőlob stb.); ez föltételezi a vér átömlését a jobb pitvarból a balba. A boncolatoknál gyakrabban akadtak iстрángszerű alvadékokra, melyek egyik pitvarból áthúzódtak a másikba; ezek bebizonyították, hogy legalább a vonaglás alatt ily átáramlás jelen volt. A tüdőlob lefolyására nézve előnyös az egészséges tüdőhözi áramlás gyöngítése a vér átfolyása által a jobb pitvarból a balba. Még közvetlenebb módon szállítatik le tüdőlégdagnál a kékkór és az ütérés vérszegénység hasonló folyamat által. Ezért nem egyedül a heveny betegségek (Braune), hanem az idült lefolyásnak részéről is, kétségkívül csak a mennyiben azok a jobb szívbeni vérpangással állnak kapcsolatban, fel kellene venni a lefolyás enyhébb voltát a petelik nyitvamaradása következtében. Ez azonban csupán a vérelosztás erőművi viszonyára vonatkozhatnék. Látva azt,

hogy a tüdőtérszükületeknek a magzatutak nyitva maradása által jobban kipótolt alakjai rövidebb életkort mutatnak fel, mint melyek ezen nyílások tökéletes elzáródása mellett keletkeznek, kevés hasznót fogunk felróni azon kiegyenlítésnek, mely a jelzett módon nyert alakbéli (formell) vérelosztást illeti, ellentétben azon zavarokkal, melyeknek itt a vegyi működésekben létre kell jönniök. Mert, hogy ha a jobb pitvarból a balba vér áramlik, akkor a vér úteresítésének (Arterialisation) — ezen átáramlás alkalmi oka által már különben is meglevő — akadály a még inkább fokoztatik.

Kórismei szempontból kétség kívül legfontosabb kérdés az, vajon a peteliknak nyitvamaradása létrehozhat-e zörejt. Egy további kérdés, a szív működésének melyik időszakában jelenik az meg, és mely kiváló feltétel alatt lesz az hallható, vagy tűnik el. Egész tömege az irodalomban leirt eseteknek nem értékesíthető ezen kérdés megoldására, mivel egyidejűleg jelen voltak más veleszületett, vagy szerzett szivbajok is. Ezen esetek leszámítása után egy nagy száma marad még legközelebb az észleleteknek, melyekben tág petelik mellett vagy egészen tisztán lehetett hallani a szivhangokat, vagy azok természeti tulajdonai (Beschaffenheit) közelebről nincsenek megérintve. Ezeknek ellenében van néhány, valóban igen pontos adat, hol a hangokban megváltozások vagy zörejek vétettek észre. Talán a legérdekesebb eset a Foster által közölt. Két kékkóros, ugyanazon szülőktől származott gyermeknél a bal oldali 3-ik és 4-ik bordaporc táján systolikus zörejt találtatott, mely a test helyzetének változása szerint belterjességében (Intensitát) feltűnőleg növekedett vagy csökkent. Az egyik, 4 éves fiúnál a zörejt az egész szivtájon hallható volt, a csücsrészen azonban nem. A sziv tompulata jobb felől valamivel meg volt nagyobbodva. Elhalt hörglobban. Boneolatnál a sziv nagysága, alakja, egyes alkrészei rendesnek találtattak, csupán a petelik volt nyitva egy tollszár mekkoraságra, valamint az Eustach-féle billentyű igen erősen kifejlődve, úgy mint azt ezen képzési akadálynál különben is észlelni. Foster felveszi, hogy a bő Eustach billentyű okozta volt a zörejt. Miután beteg hordó alakú mellkasa mellett hörglobban szenvedett, a kékkórt a légdagból és a hurutból kell levezetni. A zörejt azonban legalább közvetett összekötetésbe kell hozni a nyitva maradt petelikkal. A petelikon át történő véráramlás a magzatkorban nem támaszt zörejt, épen oly kevéssé a világra jövetel utáni első napokban (Schmitzler), a felnötteknél is csak egészen különös viszonyok között. Így a Hütter által közétett, és Meyer Jós. által igen pontosan megvizsgált egy esetben, kezdetben csak egy durva első hangról tétetik említés a sziv csücsán, később iz-

gatott szív működésnél zörejszerű, két szakaszból álló második hangról és durva első hangról. Ezen esetben jelen volt a petelik alatt a pitvar-sövényben egy tág rés, e mellett a bal visszeres nyílás billentyű-készlete annyira megváltozva, hogy abból könnyen ki lehetett magyarázni a hangok jelen volt megváltozását. Meggondolva azt, mily gyakran állnak fenn sisakbillentyű-szűkületek minden zörej nélkül, még akkor is, ha a nyílás szélei igen érdeseek, úgy mindig bizonyosabbá válik azon következtetés, hogy legtöbb esete a petelik nyitva maradásának hasonlóképp zörej nélkül lefut, és hogy egészen kiváló feltételek szükségesek arra, hogy, miként a F o s t e r-féle esetben, egy, a szív alapján hallható systolikus zörej jöjjön létre. Ezen különös viszonyokhoz számíthatók talán a tüdőlob és oly nemű megbetegedések, melyek okozói a heveny pangásnak a jobb szívben. Azon esetben, ha zörej támad, túlnyomólag meg fog az felelni a pitvarok elernyedésének, tehát systolikus (B. S. S c h u l t z e).

A felsoroltak után ezen kérdéses állapot ez időig majdnem úgy tekinthető, mint körismerhetlen. Megtúl az hosszú kort, a 60, 70-ik évig és azon túl, azonban ez a jóslatnak, másnemű szív baj jelenlétének kárára van, mivel az a vérnek visszeres állapotát tülerőre kapni segíti. — Gyógytani tekintetben egyedül az említendő, hogy elsődleges tágulatlanságok gondos kezelése által elháríthatni az elzáródás akadályainak egyik okát.

IV. A BOTALL-FÉLE ÜTERES VEZETÉK NYITVAMARADÁSA. PERSISTENZ DES DUCTUS ARTERIOSUS BOTALLI.

Almagro: Etude clinique et anat.-path. sur la persistance du canal arteriel. Par. 1862.

Schnitzler: Wiener Med. Halle 1864. Nr. 10.

Gerhardt: Jen. Zeitschrift f. Med. u. Naturw. Bd. III. p. 105.

Azon esatorna, mely az ébrény-kor tartama alatt azon vért, mely a magzat tüdőihez nem vezetetik, a függőren át a testbe elvezeti, azonnal megkezd az elzáródását, mihelyt a légvétel megindul, és kitágítja a sejteknek legnagyobb részét, valamint az azok falaiban létező tüdővéredényeket. Egy 14 napos gyermeknél ezen esatorna nyílása mind két végén még meglehetősen tágas, közepén már alig átjárható egy közönséges gombostű fejével. Az elzáródási folyamat be szokott fejeződni a 3. hónap végével. Az elzáródás az által jó létre, hogy a vér feszülése a tüdőterben azonnal kisebbedik, mihelyt az a tüdőkön át szabad és könnyű elfolyásra talál; továbbá az által, hogy egyidejűleg

megkezdődik saját falának bujálkodása, megvastagodása, és zsugorodása, mely folyamat főképp kiindul a közép burok (Tunica media) orsószerti rost-sejteiből. Rendesen nem vesz részt ezen folyamatban sem véralvadék, sem izzadmány. Olykor nem tökéletes az elzáródás, úgy hogy vagy átjárható marad a csatorna az egész életen át egy vékony kutaszszal, vagy hogy különben el van záródva, esupán a függéri végén, tehát az erősebb nyomásnak megfelelő oldalon még egy kis, kúp alakú nyílást mutat, vagy késik a visszafejlődés úgy, hogy csak a 3-ik év végén fejeződik be. Kórodai jelentőséggel azon esetek bírnak, melyekben a vezeték vagy megtartja eredeti tágasságát, vagy az még nagyobb kiterjedést nyer. Fel kell venni, hogy azon tüdőbetegségek, melyek a tüdőbeli hajszáledények átjárhatóságát megnehezítik, mindekelőtt tágulathiányos állapotok, ezen esetekben akadályul szolgáltak az elzáródási folyamatnak. Valószínűleg közreműködik itt a falnak rendellenes állapota is. A nyitva maradt vezetéknek négy féle alakát ismerjük: mindenütt egyenlő tág, a függéri oldalon töcsérszerűleg kitágult, tüérdagosan kiöblösödött, vagy végül a legkisebb fokra megrovidult, úgy, hogy a függér és tüdütér esupán falaiknak — melyek a vezeték szélén egymásba átmennek, — egy nyílása által látszanak egymással közlekedésben állni.

A vezeték nyitvamaradása az élet első napjaiban, — hol az élettani állapot is tökéletesen megfelel a fennálló vérnyomás viszonyoknak, — semmi tünetnynyel se jár. De már egy $1\frac{1}{4}$ éves gyermeknél szívültengést okozott, annak minden jelenségeivel. (F. Weber). Valóban ez képezi a későbbi, szükségképi következményt. A tüdütér ezen összeköttetés által alávettetik a függérbeli vér nyomásának, az a kitágult vezetéken át túlárasztatik vérrel, ez által kitágul ő maga is, és falai hajlamot kapnak a megvastagodásra és-kásadagos megbetegedésre. Hasonlólag ki fognak tágíttatni a tüdütér ágai is, és a tüdők túltelítetnek vérrel. Azon fokban, a melyben a vér feszülése a tüdütérben fokozódik, kell, hogy a vér továbbhajthatása végett a jobb gyomrocs túltengjen. Minél jobban meg van töltve a tüdütér vérrel, annál kevesebb vért üríthet ki abba a jobb gyomrocs, innét származik annak kitágulása, mely kitágulás magát visszafelé átülteti a jobb pitvarra és a test visszereire.

A kórjelek vagy már néhány hónapra a születés után mutatkoznak, vagy csak néhány év múlva. Ilyenek az erősebb szívdobogás, kis fokú kékkór, nehéz légzés, tüdőhurütokrai hajlam. A végtagok csakhamar meghidegülnek, könnyen fellépnek vérzések az orrból és szájából, később vérköhögés (Bluthusten). Ezekhez esatlakoznak a fanoso-

dási korban mellbajok, füladozási rohamok és vízkóros megduzzadások, ha az illető, csak csekély ellentállási erővel rendelkező betegek már előbb áldozatul nem estek valamely más véletlen betegségnek (14 eset között 5 halt el a 10-ik életév előtt). A mellkas vizsgálatánál a szivesücs lökése mérsékesen erősebbnek és messze kiterjedőnek talál-tatik; a szív tompulata szélességben és jobb felé nagyobb, ezenkívül felfelé a mellesont bal széle mentében egy keskeny nyújtványba folytatódik egész a második bordáig. Ezen tájon, mely gyakrabban némi-leg előre is domborodik, érezni a kitágult tüdütér lüktetését, többnyire systolikus surranástól kísérve. Ezen tünet már egy négy hónapos cse-csemónél is észleltetett (S a n d e r s). Hallgatódzaskor a tüdütér crede-ténél és ezenkívül különböző távolságban, még a szívtájra is kiterjedve, hallani egy systolikus fűvő zörejt, majd rövid tartammal, majd a dyastoleba átterjedőleg. A tüdütér második hangja erősebb, és a mell-kas falán érezhető. Azon betegeknél, kik a gyermekkort már túlhalad-ták, még más zörejek is előjönnek, mivel ilyeneknél igen gyakran meg-jelenik másodlagos szivbellob, nevezetesen a függőren. A zörej, mely különben nem egészen állandó, létrehozatik a tüdütér hártýainak túl-feszültsége-, és az erősebb véráramnak egy szűkebb edényből a tágab-bai betódulása által. — A zörej gyengén tovaterjed a bal fejtérbe és a mellkasi függérbe; a test üttereinek verése, a vérnek a tü-dőtérbe hajtása miatt, kiesiny. A visszerek erősen megtelnek vérrel. A vezeték ütérdagos alakjánál meg lehet zavarva a hang; ezen fatýú hang (Fistelstimme) valószínűleg kifolyása a visszafutó ideg vongáltatásának. A gyógyeljárás lehet óvó, a mennyiben a veleszületett tüdőtágulatlanságnak gyors megszüntetése által törekszünk elhárítani a vezeték nyitvamaradásának fő alapját. A későbbi alap a billentyű-bajok részéről adódik, melyek, mint p. o. a sipkabilentyű elégtelen-sége, a vérnek a kis vérkörben és a test visszereiben való pangását von-ják maguk után.

A tüdütérdagtól a Bottall-vezeték nyitvamaradását megkülönböz-tethetni a beteg fiatal kora mellett: a tüdütérnek szorosán határolt tompulata és annak csekély lüktetése által.

V. A SZÍV-GYOMROCSOK KÖZLEKEDÉSE. COMMUNICATION DER HERZVENTRIKEL.

Th B. Peacock: On malformations of the human heart. Ed. II. p. 30 und 120.

H. Reinhard: Zur anatomischen und pathologischen Kenntniss der dünnen Stelle in der Herzscheidewand. Virch. Arch. Bd. XII p. 129.

H. Bamberger: Lehrbuch der Krankheiten des Herzens. Wien 1857. p. 379.

J. Skoda: Abhandlung über Auscultations und Percussion. Ed. VI. p. 318.

Gerhardt: Congenitale Anomalien des Herzens. Deutsche Klinik 1858. Nr. 10.

C. Tüngel: Ein Fall von congenitaler zweifacher Perforation der Herzscheidewand; Tod durch Endokarditis und Embolie. Virch. Arch. Bd. 30. p. 206.

Smith: Schmidt's Jahrb. Bd. III. p. 154.

Heschl: Ibid. Bd. 115. p. 180.

Bädner: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. II. p. 147.

A gyomrocsok sövényének hiánya, nyitvamaradása vagy keresztüllyukadása előfordul: 1) a méhen-kivüli életben keletkezett szivizomlob folytán; 2) a magzatkorban a tüdőtér megszűkülése által; 3.) egyéb torzképződés nélkül világrahozva, mint a legegyszerűbb és (a petelik átjárhatósága mellett) a leggyakoribb akadályozási torzképződés (Hemmungsmissbildung). Ezen utolsó alak előjö mint tökéletes hiánya vagy csak párkányszerű kinyomata a sövénynek; vagy mint nagyobb vagy kisebb három szög, ritkán pete alakú nyílás a sövény felső részében épen ott, hol a magzatkor 2-ik hónapjának végén a bezáródó sövény hártvás része (Hausehka'sche Stelle) fekszik. Ekkor a lik a bal oldal felé valamivel tágabb és ezen hely szivbellobos nyílásától sima szélé által különbözteti meg magát. Lehet olyan fekvése, hogy egyik gyomrocsból a másik pitvarba vezet, vagy hogy mind a 4 szivürt összeköti (Thibert). Heschl esetében egy 1" tág csatorna a függér billentyűi alatt közel a jobb gyomrocs esuesáig vezetett, egy példája a gyomrocsok közlekedésének az erősen mélybe hatoló, egymással történetesen találkozó gerendees nyílásokon át (Trabecularlücken). Néha előjö több nyílás, vagy az egy jelenlevő úgy áll a hártvás hely szélén, hogy az nem vezet a jobb gyomrocs öblébe, hanem annak kúp részébe. (Commstheil).

Ezen hiánynál (Defect) a szív többnyire meg van nagyobbodva, különösen túltengett és kitágult a jobb gyomrocs; olykor egyszersmind még egy második hiány is jelen van a pitvarok sövényében, vagy nincs tökéletesen elzáródva a petelik. Feltűnőleg gyakran előfordul azon egyéneknek, kik magas kort értek és kik egyszersmind billentyűbajokban szenvedtek már a 4-ik életévüktől.

Ha valamelyik, akkor a szívnek ezen képződési hibájára áll az,

hogy a rendelkezésre álló bonczatani észleletek tömege a kórodai történelem számára csaknem hasznaveletlen, hogy még a bonczleletekhez csatolt legtöbb kórtörténet is, a szigorú természettani vizsgálat hiányában, értéktelen. A kora gyermekkoroknak egyszerű, billentyűbajokkal még nem szövetkezett eseteit illetőleg legyünk tartzkodók, tartsuk magunkat azon esetekhez, melyek már az életben felkültötték a szívhajgyanuját, és azon irányban pontosan meg lettek vizsgálva. A magzatkorban ezen hiányok jól, és minden zavar nélkül eltűnnek, osztoznak a Botal-vezetékkel annak működésében, azt egészen is átvehetik vagy helyettesíthetik, hol az, mint Smith esetében, hiányzik. A méhen kívüli életben, nagyságukhoz mérten, bizonyos fokban akadályozhatják a bal gyomrocs izomzatának egyensúlyát, mennyiben a jobb gyomrocsot túltengésre bírják. A nyílás alakja magyarázatot ad, és az izomerőnek megosztása követeli, hogy adódott esetben a bal gyomrocsból kitér a vér a jobbra, és a szerint, a milyen nagy a sövény nyílása, nagyobb munkát végez a jobb gyomrocs; innét annak túltengése. Ha szabad magamat úgy kifejezni, jelen van a sípkabillentyűnek egy bizonyos elégtelensége, mely a kis vérkört egy közelebbi uton megkerüli. A sípkabillentyű és ütterek falainak nyomási foka kisebb lesz, ellenben nagyobb a háromcsücsös billentyűé és a tüdütéré. Ezen okból gyakrabban találjuk a tüdütér második hangjának ékezettségét, és a test visszerének túlteltségét kisebb, majd nagyobb fokban. Ezen többi tünet csakhamar a születés után tökéletes kékkörig fokozódhatik. Azon ellenvetés, hogy nyitott sövénynél nem jö létre az ütteres és visszeres vérnek keveredése (Friedreich) nem áll, és egyszermind jelentéktelen, mert kékkör egyedül a visszerek túlteltsége következtében támad. Ezen kérdés nyílt észleletek által p. o. Bednár-tól tényleg el lett döntve. A bőr kék színe a visszerek kitágulása következtében később jelen meg, lassan növekszik és nem ér el magas fokot. Olykor hiányzik, vagy csak akkor lép fel, ha utólagosan billentyűbajok keletkeztek, melyek közönségesen a háromcsücsös billentyűt támadják meg, olykor azonban a két csücsöst is. Ezen billentyűbajok azon fokozott nyomás következtében jönnek létre, melynek ezen billentyűk ki vannak téve. Kezdődő hibás képződés (Verbildung), p. o. a liknak a három csücsös billentyű szövetébe való torkolata, vagy a két csücsös billentyű egy szárnyának oda-fűződése a lik széléhez, meg vehetik alapját a billentyűbajoknak. Háromcsücsös billentyűbajok vagy hiányok fel vannak említve Bednárnál, Heschlnél és Tüngelnél, ide tartozik valószínűleg Reinhardt egy esete is; a két csücsös billentyűé Bednárnál és Heschlnél. A billentyűbajoktól mentes esetekben majd tiszta, majd a tisztától csak

kevéssé eltérő hangokat találunk (B e d n a r), vagy egy, a szív csücsán legjobban hallható összehúzódási zörejt (P e a c o c k esetei p. 31, és az én idézett értekezésemben). Megerősítve találjuk S k o d a azon nézetét, hogy minél nagyobb a sövény nyílása, annál kevesebb alap van adva a zürej létrejövetelének Szűk közlekedési nyílásnál a zürej a szűkületen túl, a véráram tágabb edényrészei beömlésénél támad. A jobb gyomrocs kitágulásának és tultengésének tünetei úgy szintén a rövid légzés és a szívdobogás is (a szívtompulat megnagyobbodása haránt irányban, erősödése és nagyobb kiterjedése a csücslökésnek) annál inkább emelkednek érvényre, minél tovább él a beteg. Az általam gyűjtött 10 esetnek fele elhalt az első életévben, kettő elérte a 18, egy a 23, egy a 39 évet. Sokan, kik korán elhalnak, a fejlődésnek még másnemű hibáitól is meg vannak lepve: rekesz megrepedése, agyburoksérv, az egyik fül sorvja (B e d n a r), a később kimúltaknál a halál okát billentyűbajokban vagy értömültségben (T ü n g e l, H e s c h l) vagy gümőkórban (P e a c o c k) találom adva. A kórisme számára értékkel bír: gyakori összetalálkozás a fejlődés más akadályáival, a kis foku, lassankint mutatkozó kékkór, a háromesücsös billentyű elégtelenségének gyakori szövetkezése, az összehúzódási zürej a szívesücsön; ezen tünetek mérlegelése által lehető lesz némely esetben a kórismét felállítani. A j ó s l a t kedvezőtlen, nincs kilátás magas életkorra, a legnagyobb veszély már a korai gyermekkort találja, később bekövetkeznek a billentyűbajosok közönséges panaszai. Az orvosnak el kell tiltani ezen egyéneket az erőmegfeszítéssel járó foglalkozásoktól, ingerültségtől, nehéz munkától; H e s c h l betege egyik bal oldali szemölcsizom inrostjának elszakadása, T ü n g e l-é értömültség folytán halt meg. Nehéz légzés vagy szívdobogásnál jót tesz a hideg borogatásoknak időnkénti feltevése a szívtájjra, gyűszönke vagy borostyánmegyviz, hamany-sók használata, nevezetesen olyanoké, melyek egyuttal vizelethajtók is (Kali acet., citric., nitric., carbon).

VI. A TÜDÜTÉRI SZÁJADÉK VELESZÜLETETT SZŰKÜLETE. ANGEBORENE VERENGERUNG DES LUNGENARTERIENURSPRUNGES.

Stenosis ostii arteriosi dextri congenita.

Th. B. P e a c o c k: On malformations of the human heart. Ed. II. Lond. 1866. p. 33.

H. F ü h r (Griesinger): Ueber Stenose der Arteria pulmonalis. Dissert. Tübingen 1859.

H. M e y e r: Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. Virch. Arch. Bd. XII. p. 497.

C. S t ö l k e r: Ueber angeborene Stenose der Arteria pulmonalis. Dissert. Bern 1864.

K u s s m a u l : Ueber angeborene Enge und Verschluss der Lungenarterienbahn. Berichte über d. Verhandl. d. naturf. Gesellsch. in Freiburg i. B. Bd. III.

C. H e i n e : Angeborene Atresie des Ostium arteriosum dextrum. Dissert. Tübingen 1861.

Az összes veleszületett szívbetegségek között leggyakoribb a tüdőtéri szájadék szűkülete. Nevezetesen több mint $\frac{1}{3}$ teszi ezen alak az összes szívbeteg eseteknek. Az által, hogy az ezen bajjal születtek valamivel tovább húzhatják az életet, mint talán mások, ezen kóralak gyakorisága az évek számával még növekszik, annyira, hogy a veleszületett szívbeteg egyének közül azoknál, kik a 12. életévet meghaladták, már $\frac{1}{3}$ -ön felül ezen alakjával találkozunk a szívbetegnek.

A boncselet igen különböző. A szív egészben véve megnagyobbodott és inkább haránt fekvést. Alakja kerekded vagy tompa kúp idomú. A tüdőtér tökéletes elzáródásánál (Atresie), rendellenes összeköttetés nélkül a szívrök között, a jobb gyomrocs a lehetőségig megszükkült, annyira, hogy annak üre csupán egy borsót vagy lenesét képes befogadni. Majdnem minden más esetben a jobb szív meg van nagyobbodva, ennek gyomrocsa képezi a szívesücsöt. A tüdőtérbeli szűkület vagy magát a tüdőtérrel illeti, vagy annak kúpját (conus). Ha a tüdőtérrel illeti, akkor a szűkületnek vagy elzáródásnak székhelye lehet vagy egyedül a szájadék, vagy meg van szűkülve mérsékesen az egész ütértörzs, vagy vele együtt részt vesznek a szűkülésben az ütérágak is; és ezek azon esetek, hol egyszersmind az ütéreres vezeték is hiányzik. A jobb „conus arteriosus“ egy, úgynevezett fölösleges gyomrocs alakjában azonnal alapjánál lefűzve (abgeschnürt) találhatik, vagy meg van szűkülve egész kiterjedésében, vagy csupán csücsánál, közvetlen a szájadék alatt. A legtöbb ütéri zugszűkület (Conusstenosen) szívizomlobtól van föltételezve, melynek kérges maradványai a szív izomzatában még feltalálhatók; ritkább okok azon a gyökön, vagy csücsön kiemelkedő izomdudorzatok (Muskelwülste), melyek annak részleges megszükkítésére szolgálnak. Az ütérzsűkület oka gyanánt ittott belütérlobot (Endarteritis) vagy a kopoltyúív (Kiemenbogen), melyből a Botall-vezeték képződik, hiányos kifejlődését hitték felállíthatni; a legtöbb eset azonban a billentyűk magzatkori szívbellobjának közösni keletkezését, nevezetesen gyakori ezeknél a gyűrűalak, vagy kettőnek kettőnek egybeolvadása. Nagy része ezen eseteknek már a magzatkor harmadik hónapjának kezdete előtt jelen van, mikor azután a tüdőtér szűkülése miatt a jobb gyomrocsban visszatartott vér a még tökéletesen el nem záródott gyomrocsövényen át kimenekülést talál balra. Ekkor a gyomrocsövény örökre nyitva marad; a majd nagyobb, majd kisebb nyílás mindenestre elfoglalja a függér billentyű alatt közvet-

lentül fekvő hártvás helyet, ha nem többet. Ezen esetben egyszersmind a függér eredete is annyira el van tolvá, hogy az a gyomrocssövény nyílását fűdi, hogy ha az nem egészen a jobb gyomrocsból ered, és a vért legalább részben nem ettől kapja. Szabály szerint nyitva van a petelik is, azon megfelelő okból, mivel az a tüdütér megszűkülésénél a vérnek kitérő út gyanánt szolgál balra, és mivel annak elzáródását a nagy nyomás alatt rajta átnyomult véráram meggátolja. Továbbá nyitva marad csaknem fele részében az eseteknek az ütteres vezeték, és eredeti rendeltetésével ellentétben, táplálására szolgál a tüdütér azon térkörének, mely tőle a rendes úton vagy épen nem kap vért, vagy nem elegendő mennyiségben. Hasonló célra, t. i. a vérnek a tüdütér térkörébe való odavezetésére szolgálnak még a hörgüterek, olykor a bázsing és a szív koszorús ütterének küldöttjei is. A tüdütér és a magzatutak tökéletes elzáródásánál a jobb gyomrocs többnyire sorvad; ellenben a többi esetekben kitágult és falai megvastagodvák.

A tüdütér elzáródásának és szűkülésének különböző fokai, továbbá nyitott vagy elzárt állapota a sövényeknek és ütteres vezetéknek sokféle alakulását feltételezik a kórtüneteknek. Legfeltűnőbb ezek között a kékkór. Hogyha az már a világrajövetelkor jelen van, vagy csakhamar fellép a születés után, úgy az maga elegendő erős alapot nyújt ezen szívhaj gyanítására, mivel a kékkór a veleszületett okok között gyakoriság és jelentőségre nézve elől áll. Némelyik ezen gyermekek közül tetszhalottan és rendkívül sötétkék bőrszínnel jön a világra, másoknál a kék színezet csakhamar kifejlődik a születés után, a légvétel felületes és gyenge marad, olykor fellépnek fulladozási rohamok, és ezek folyamában göresrohamok. A bőr sötét színe növekszik a sirásnál és hideg körülégben. Hiányos marad a táplálkozás, és a bőr hőmérséklete gyakran a rendes alatt áll. Hol kimerülés vagy megfúlás folytán a halál korán be nem köszönt, később feltűnőleg gyenge marad az izomerő. Megjelennek az agyvérbiány tünetei, mint ájulás, szédülés és főfájás. Olykor visszamarad az értelem kifejlődése. Néhány esetben fel van említve a vérzékenység; úgy látszik valamivel gyakrabban előfordul ezen betegség a vérrokon családokban, és szívhajban szenvedő szülők gyermekeinél. A mellkas vizsgálatánál a szívtáj valamivel erősebben kidomborodott, a csücsülökés kiterjedtebb, nem kiválólag erős; a szívotompulat nagyobb, leginkább szélességben, és aránytalanul terjed a mellestől jobbra. Hallgatódzásnál a legtöbb esetben egy, a szívtájra kiterjedő, a 2. és 3-ik bal bordaporenál legerősebben kivehető összehúzóási zörej hallható, mely az érintett bordaporcoknál surrogása által már tapintásra is elárúlja, hogy azon

helyen keletkezett. Ritkábban hiányzik a zörej, vagy pedig kettős, és vagy nem, vagy csak gyenge fokban terjed az a nyak edényeire.

Könnyű a zörej felismerése ott, hol a tüdőtér szűkülve van, és benne az egybenőtt billentyűk rekesz gyanánt előállnak, vagy hol a megszükülte tüdőtér durva falakkal bír; ellenben nehéz észrevenni ott, hol az edény tökéletesen elzáródott. Ezen esetben utalva vagyunk annak felvételére, hogy a zörej forrásától a vér átáramlása a függérbe a gyomrocs-sővény egy nyílásán át, vagy, mi még valószínűbb, a vér áramlása a függérből a tüdőtérbe a Botall-vezetéken át, szolgál. A többi esetekre nézve nincs tisztába hozva, valjon, és mennyiben járul a zörej létrejöveteléhez a vér áramlása a magzatnyílásokon át. Ezen utóbbi esetben a zörej közönségesen érdes (rauh), fuvó, olykor durvábban vagy finomabban reszelő. Egyidejű táguhati zörej némely esetben elégtelenségre, tehát a tüdőtér billentyűinek elsatnyulására mutatott. A tüdőtér billentyűinek erősebb záródása a Botall-vezeték nyitvamaradására utal, a szűkület székhelyével a kúpban.

Ha egyszer az első életnapok fulladozási rohamai elmaradtak, szabályozva lett a tüdőkhözi véráramlás, és a bal gyomrocs működése eléggé rendbe jött, akkor egy különböző tartamu időköz következik, mely alatt bár kékkórosok a betegek, de a nagy visszerek nincsenek jelentékeny fokban megtelve; az ilyenek könnyen fáznak, testük környi részei hidegek, meglehetősen táplálkoznak, és legalább könnyebb munkák végezésére képesek lesznek. A test hőfoka majd rendesnek, majd a rendes alatt találtatott; ez irányban tett mérések azonban jövőben csak akkor számíthatók be, mint bizonyítók, ha azok a végbélben vagy hűvelyben tétetnek. Valamint a hányszékelők, úgy a kékkórosoknál is találni néha, miszerint a hőfok a hónalyban 37° C. alatt áll, míg a végbélben azon tüemelkedik. Az orsólítér verése ilyen betegeknel kicsiny és lágy ugyan, de egyebek között a kiüritett vizelet mennyisége mutatja, hogy az ütérés nyomás elégséges. Ily módon kiegyenlített billentyűbaj éveken át, sőt az 50. éven túl is fennállhat. A gyermekkorban azonban sokan elhálnak ezen betegek közül a heveny megbetegedések elleni csekélyebb ellenállási képesség miatt, nevezetesen heveny kíttegekben és tüdőlobokban. Ha nem így, akkor előbb vagy később bekövetkezik az idő, hol a billentyűbaj többé nem egyenliti ki magát, az üt- és visszerekben nem lesz többé elegendőleg különböző a vérvesztülés, és ez úton bekövetkezik a halálos kimenetel. A nyitott gyomrocs-sővény-esetek, ha felismertetnének, rosszabb körjóslatot engednének felállítani, mint a zárt sővényuyel járók. Ez utóbbiaknál az életkor átlag hosszabb (Peacock).

Fölcserélhetni ezen betegséget a függér, vagy a jobb gyomrocs-

szájadék világráhozott szűkületével, a tüdűtér szerzett szűkületével, a sűvények vagy űteres vezeték nyitvamaradásával. Csupán ott lehet meglehetősen bizonyossággal fölvenni ezen bajt, hol a kékkór világráhozott, vagy az élet legelső idejében támadt (az esetek $\frac{1}{2}$ része), és hol a zörej kétségbevonhatatlannal a tüdűtér eredete táján hallható leg-erősebben. Még ekkor is gyakran esalódásig hű a hasonlatosság a bonyodalmasb veleszületett szív bajokkal. A gyógykezelés teendője kevés. A legelső időben éleny vagy összenyomott levegő belehelte-tése által kellene leküzdeni a megfullás veszélyét; később a leggon-dosabban óvni kell az ilyen gyermekeket a heveny-kütegek általi megfertőztetéstől, meghűlésektől, hurútoktól, és mindennemű túlfeszítéstől. Csak is ott, hol a gyermekek túlságos kiabálása, szívtáji fájdalom, rendetlen érítés, a zörej magatartásában változás haladó lob-folyamatra utal a belszívburkon, vagy a szívizomban, lesz javalva a hideg borogatás a szívtájra, és belsőleg gyűszűtünke. Hogy ily esetekhez aránylag gyakran csatlakozik tüdőgűtnő, talán megmagyarázható azon hajszáledénytömülésekből, melyekhez anyagot szolgáltat a tüdűtérbillentyűkön folytonosan fenálló szívbellobb; tehát egy bizonyos fokban ezt is le lehetne küzdeni.

VII. A HÁROMCSÚCSOS BILLENTYŰ VILÁGRAHOZOTT SZŰKÜLETE. ANGEBORENE TRICUSPIDALSTENOSE.

D. G. Schipmann: Ueber angeborene Stenose oder Atresie des Ostium atroventriculare dextrum. Diss. Jen. 1869.

A tüdűtér veleszületett bajai mellett ez a leggyakoribb szív baj. Schipmann értekezletében 23 ide vágó eset van összeállítva. Ezek között 14-szer a szájadék tökéletes elzáródása, 4-szer annak jelen-tékeny szűklete volt jelen, egy eset nincs leírva. — Ezen rendellenes-ség oka az izomállomány túlságos kifejlődésében keresendő a háromcsúcsos billentyű helyén, vagy a billentyű magzatkori szívbellobjában. Ennek megfelelőleg egyes esetekben sima izomsűvényre akadunk a pit-var és gyomrocs között, máskor a hártás sűvény a billentyű maradványaiból képeződött, és magán hordja a lobos folyamat mindenféle maradványait. Azon mérvben a melyben a szájadék szűkült, össze van zsugorodva a jobb gyomrocs öböl része, össze akár annyira, hogy annak egész magassága csupán egy mandula nagyságának felel meg. Egyidejű elzáródásánál a visszeres nyílásnak és a jobb gyomrocs űteres

szájadékának, a gyomrocs egészen elcsenevész, és litere egy lencse mek-
koraságra süllyedhet. A visszeres szájadék tökéletes elzáródásánál a
gyomroessövény mindenkor el van látva egy nyílással, közönségesen a
Hanschka-féle helyen, a hiányos kifejlődés-, ritkábban utólagos átfür-
dás következtében. Egyszersmind csaknem mindig nyitott a petelik is,
mikor azután az üres visszerekből jövő vér az igen tág jobb pitvarból
a petelikon át a bal pitvarba, innét a tüdővisszerek vérevel vegyítve
a bal gyomrocsba áramlik, honnét részint a függérbe, részint a
gyomroessövény nyílásán át a jobb gyomrocsba, és innét a tü-
dőbe jut. — Egy esetben, hol egyidejűleg el volt záródva a tü-
dőtér (Hervieux), hiányzott a gyomroessövény-nyílás, ellenben tá-
gasan nyitva volt a Botal-vezeték, miért is a vér útja az üres visszere-
kből a jobb pitvaron, petelikon, bal gyomrocson, függéren át vezet-
tett. Itt egy része a vérnek elvált, és a Botal-vezetéken át a tüdőtér
átjárható ágaiba vette útját. Egy ízben a gyomroessövény tökéletlen
volt, de a petelik elzárva találtatott; ezt helyettesítette egy vezeték a
jobb pitvarból a balba.

A legfeltűnőbb kórtünetet képezte a születéskor már jelenvolt, vagy
azonnal az első napokban megjelent kék bőrszín; ugyancsak jelenvolt
az élet kezdetétől gyorsított légvétel. A későbbi bonyodalmak voltak:
fuladási rohamok, hurútok, vízkóros daganatok, vérköpés. Ilyen esetek-
ben a szív tompúlata nagyobb, a csücslökés ki- és lefelé nyomott. A
szív tompúlata a jobb oldal felé többnyire nem terjedtebb. Hallgatód-
záskor mindentűtt összehúzódnási zörejt hallani, legerősebben a mell-
csont alsó részén, vagy ennek bal szélénél. Néhány esetben (Hiffé,
Henriette, és Hervieux) semmi zörejt se volt jelen, másokban
(Bomberg), hol a szájadékot megszükitő billentyű egyszersmind
képtelen volt a zárásra, kettős zörejt hallottak, és egyszersmind visz-
szérlüktetést a nyakon. Ezen szívbaj megkülönböztetése a tüdőtérszű-
kületől leginkább alapul a jobb oldali szívtompulat hiányán, és azon,
hogy a zörejt legerősebben hallható a 4. és 5. bal bordaparez tájon. A
legtöbb, ezen bajtól megtámadott gyermek igen korán elhal, néha már
néhány óra múlva a születés után, többnyire több hónap vagy év el-
teltével. Az Ebstein által leírt eset elérte a 18. életévet, és egy má-
sik Burdachtól a 27.-et.

VIII. VELESZÜLETETT FÜGGÉRSZÜKÜLET. ANGEBORENE AORTEN-STENOSE.

- C. Rokitan sky: Lehrbuch der patholog. Anatomie. 3. Aufl. II. p. 339.
 Peacock: Loc. cit. p. 93.
 Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge III. p. 150.
 Bardeleben: Virch. Arch. III. p. 305.
 Raubfuss: Petersb. med. Zeitsch. 1866. X. H. 3. Cit. in Canst. Jahrb. 1866. II. p. 70.
 W. Müller: Jen. Zeitschrift V. 2. p. 184.
 Lober: Virchow's Archiv Bd. IV. p. 327.
 Duchek: Herzkrankheiten p. 264.
 Bamberger: Herzkrankheiten p. 446.
 A. Geigel: Ruptur der Aorte. Würzb. med. Zeitschrift II. p. 107.

Tárgyalni fogjuk itt: 1) a függér kezdetének veleszületett szűkületét és veleszületett elzáródását, 2) a függérrendszer veleszületett szűkületét, 3) a függér elzáródását és szűkületét a Botall-vezeték beszajadásának közelében. A lehágó mellkasi és hasi függér veleszületett szűkülete csak egyes esetekben észleltetett (Schlesinger, Power), úgy hogy arról általánosságban nem szólhatni.

Veleszületett elzáródása vagy nagy fokú szűkülete a bal ütérés szájadékának, miként az 8 esetben Romberg, Bardeleben, Bednar, Förster, Canton és W. Müller által felemlítették, mindenkor a gyomroessövény tökéletes elzáródása után jött létre, és a mint látszik az minden esetben lobos folyamattól volt feltételezve a billentyükön, vagy a függér belső falán. Többször annyira egybe voltak forrva a billentyük, hogy azok maguk képviselték a tulajdonképi elzáródást, midőn a függér szűkülete, és nem az átjárhatlanság, fölfelé tovaterjed egészen a vezetékig; a másik oldalon a bal gyomrocs nagy fokban szűkült, ütéré majdnem egészen hiányzik, vagy csak borsó nagyságú, ellenben falai meglehetősen vastagok lehetnek. A bal pitvar rendes kiterjedésű vagy kitágult. A vérkeringés rendszeren úgy történik, hogy a petelik és Botall-vezeték nyitvamarad. E szerint a függér tökéletes elzáródásának esetében az összes tüdő- és test visszercinek vére a jobb pitvarban találkozik. Innét halad az áram közösen a jobb gyomrocsra és tüdőterén át, és továbbra úgy oszlik meg, hogy egy része a vezetéken át a függérbe és a test ütéréibe megy, míg a másik rész a kis vérkörben marad. A test ütéréinek szánt áramból a függérben azonnal elválik egy hátramenő rész, mely a függér ivétől származó edényekbe és a koszorústerekbe vitetik. Igen hasonló ered-

ményhez jutott Rauchfuss saját 6 esetének felhasználása alatt. Különösen kiemeli ezen magzatkori szivbellobos koresképződésnek későbbi — 2 hónapon túl — keletkezését a magzatkorban, és az illető egyének csekély életképességét a méhen kívüli élet folytatására. A körjelek közül kevés van ismerve. Az észlelők mindannyian megjegyzi a gyermekek kékes bőrszínét, gyakori és erős fulladozási rohamokat, álmoságot. Bednar egy esetben bélvérzést észlelt. Bardelebennek sikerült egy esetben a bal oldalrai fektetés és erős ringatás által a fuldoklási rohamot megrövidíteni. Ezen gyermek majdnem egy fél évig életbenmaradt, a többiek mindannyian elhaltak az élet első napjaiban. Az előadottak után a kórisméről és gyógybeavatkozásról most még nem lehet szó.

Főkép Rokitsky leírása nyomán ismeretessé lett azon állapot, hol a függér és annak fő ágai egész kiterjedésükben már a legifjabb kortól szűk és vékony falakkal bírnak. A függér térfogata gyakran nem nagyobb a csíp vagy fejtűtérénel, a bal sziv túltengett, nevezetesen vastag a gyomrocs fala. Ezen állapot állítólag gyakran össze van kapcsolva az egész test kis termetével és az ivarszervek hiányos kifejlődésével. Veszélyessé és a gyakorlatra nézve fontossá válik az által, hogy könnyen vezet szétválasztó (dissecirend) ütérda-gok képződéséhez, vagy a nagyobb ütértörzsek teljes megrepedéséhez. A kórismét lehetővé teszik: a bal gyomrocs túltengésének tünetei, a kis, lágy értítés, vagy egy, a bal üteres szájadék szűkülésének megfelelő zürej. Megállapított gyógykezelés ez idő szerint nincs, alkalmilag elméleti alapokon kell azt összeállítani.

A leggyakrabban észlelt alakját képezi (mintegy 55 esetben) a függér korán keletkezett megszűkülésének az, mely az üteres vezeték beszájadásánál fordul elő. Ezen szűkület alapúl eredeti szűkenmaradásán azon összekötő résznek, mely a magzatkor egyik korszakában az összeköttetést képezi a csupán csak a test felső félrésze számára szánt függér-, és a tüdütérből jövő lehágó függér között. Ha szűknek marad ezen függérszor, (Isthmus aortae) úgy az közönségesen még egy kiváltképen szűk, behajlott helylyel bír ott, hol a töpörödött üteres vezeték megtapad. Utaltak arra is, hogy az üteres vezeték falának különös, a későbbi töpörödést föltételező állapota, mint rendellenesség, jelen lehet a függér legközelebbi darabján is, és így ez támaszthatja a szűkületet. A megtámadottak közt sokkal több a férfi mint a nő. A függér egyszer csak szűkülve van, máskor elzáródva majd a beszájadási helyen, majd azon föltül vagy alól. Egyszersmind feltűnőleg tágak a test felső részét ellátó üterek, kitágult és túltengett a bal gyomrocs, a test alsó

feléhez menő üterek a megbetegedési helytől kezdve feltünőleg szűkek, a kettő között fennáll egy tág és dús oldalagos vérkeringési rendszer, mely létrejön kiváltképp a belső emlőüter és az ettől eredő mellső bordaközi, felső bordaközi, hát- és áthajló lapoc, lapoc alatti, külső mellüterek kitágulása folytán, melyek a vért a felső fölhasi és hátsó bordaközi ütereken át vezetik.

Ezen állapot határozottan fölismerhető. A felső testfél üterei erősen megtelvék és annyira kitágultak, minőknek a bal gyomrocs másnemű túltengéseimél is találtni szoktak; az érités nagy és teljes. Ellenben az alsó testfél ütercinek lüktetése, a hasi függért is beleértve, nehezen tapintható, és az érités gyenge. Ezen ellentét a kar és combüterek lüktetéseinek nagysága között leginkább jellemző. Sőt *Bamberger* egy esetben világosan érezte a gerincoszlop mellső fölhasi-nét a hason át a nélkül, hogy feltalálhatta volna a függér lüktetését. A mellkason számos, közel a bőr alatt elfutó, tekervényes, élénken lüktető ütereket látunk és érzünk. Kiváltképp előjönnek ilyenek a lapoc alatti tájon, aztán a mellkas mellső felületén és a válltájon. Ezen kitágult üterek felett érezhető és hallható egy összehúzódási fuvó zörej, különösen kivehető az a belső emlőüter környékén és a mellesont mindkét szélének hosszában. Maguk a szívhangok tiszták.

Ezen beteges állapot mellett az élet hosszú éveken át fennmaradhat. A bal gyomrocs túltengése és az oldalagos vérkeringés a meglevő hibát igen tökéletesre kiegészítik. *Lebert* említ egy esetet, hol az illető ezen bajjal 92 évet élt; az 50-ik életévet többen túlélétek. A legtöbb ezen betegségben szenvedő azon tünetek között hal el, mint a szivbajosok közönségesen szoktak; minők a vérpangás, vízkór, légzési nehély. Ezen tünetek akkor következnek be, ha a bal gyomrocs működési képessége többé nem elégséges az akadályok leküzdésére. Másoknál belső elvérzés tünete mellett a halál egy, a megszükül hely előtt fekvő véredényrész megrepedése következtében rögtön bekövetkezik. Alanyi panaszok ezen betegeknel olykor egészen hiányoznak, felettébb csekélyek vagy csak később jelentkeznek. Hol a hiányos kiegyenlítődés okozza a szivbajosok közönséges kinjait, a *Digitalis*, *Squilla* és más, a szivnyomást és hügyelválasztást fokozó szerek nyújtása által olykor sikerül némi könnyebbülést szerezni.

B. A VÉREDÉNYEK BETEGSÉGEI. BLUTGEFÄSSKRANKHEITEN.

IX. Vértöröképződés és értömülés. Thrombose und Embolie.

R Virchow: Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medizin. Frankfurt. 1856. p. 591 u. f.

E. Mildner: Beitrag zur Pathologie und Diagnose der Nabelgefässentzündung bei Neugeborenen.

C. Ranke: Ueber Thrombose des Ductus arter. Botalli. Virchow's Archiv Bd XVII p. 376.

C. Hecker und L. Buhl: Klinik der Geburtskunde. Leipz. 1861. p. 274.

C. Gerhardt: Ueber Hirn-innenthrombose bei Kindern. Deutsche Klinik 1857 Nr. 45 und 46.

A legzsengébb gyermekkorban azon vértöröképződések birnak különös jelentőséggel, melyeket Virchow mint az újszülöttek vértöröképződését jelzett, továbbá még egy része azon erőtlenségi (marantisch) vértöröképződéseknek, melyek a csecsemőkor első szakában keletkeznek. Az újszülöttek vértöröképződése gyanánt azok tekintetnek, melyek a magzatkori utak elzáródásakor jönnek létre. Rendes módon elzáródnak az Arantius-féle visszeres, a Botall-féle ütteres vezeték, a köldökviszér a nélkül, hogy bennök létrejönne véralvadék. Ellenben a köldökűterekben egy vékony dugasz képződik, mely később összenő az edény belső falával, elszínesedik és töpörödik. Ezen vékony dugasz helyett képződhetik egy vastagabb, közepében gyenesen megolvadó értömesz, és ez beterjedhet egészen az alhasi ütterbe (Oehme). Többnyire mindkét köldökűtér bevonatik ezen rendellenes értömesz-képződés körébe. Az újszülöttek hullájában 16–20%-al tatáltatik (Mildner és Wrany). Sok tünet az újszülött posfertőzésére emlékeztet, azonban, miután abból értömülések vagy vérkeringési zavarok sohasem támadhatnak, jelentőségük alárendelt. A köldökviszér, mely rendszeren vértöröképződés nélkül, a falaiban létező izom- és ruganyos elemek összehúzódása következtében elzáródik, akkor fog vértörököt tartalmazni, hogy ha a posfertőzés bénítólag hat falaira, nevezetesen ha az lobos folyamatot hoz létre a legközelebb szomszédos szövetben. Ilyenkor a visszér háromszorosan tégabbnak tatáltatik, nagyobb majd kisebb kiterjedésben a köldöktől vértörökkel van megtöltve, ezen bennök közepében gyenesen szétfolyik, s egybefügg a piszkosan elszínesedett edényfalakkal, és olykor még a visszeres vezetékbe vagy még a verőcérbe is folytatódik. Buhl szerint ez úton erednek értömülé-

sék a verőcérben, sőt még az ütteres vezetékben és a kis vérkörben is. Ezen köldökviszér-lob ritkábban fordul elő mint az ütérlob; W r a n p szerint 2,5, M i l d n e r szerint 13,5% -al találhatik az újszülöttek hulláiban. A legtöbb esetben bonyolodva van sokszoros genyes kórátrokódással. Ezzel együtt gyakran előfordul a Botall-vezeték vérröggképződése. Ez a mint látszik, közönségesen a posgerjes véruek a vezeték falaira történt behatása következtében támad, és igen könnyen a vezeték ütérdagos kitágulását szüli, jött legyen létre az a hely színén, vagy alapúljon a köldökviszérből származott értömülésen. Mindenesetre lehetlenné teszi a természetes módoni elzáródást. B u h l a vezeték néhány értömülési esetében ugyanannak szétválasztó ütérdagját (Aneurysma dissecans) észlelte. A szilárd megtapadás, vagy vérrögek kifejlődése ezen helyen az által nyer jelentőségben, hogy az alvadékok gyakran folytatódnak a függérbe vagy a tüdütérbe, és azon hatalmas véráram által, melylyel találkozunk, leszakítatnak és tovavitetnek. Ezért észlelték K l o b, R a u c h f u s s és mások vérömlenyos tömülésből származó értömüléseket a tüdütérben, más részről észleltettek ilyenek a test különböző ütereiben (renalis mesenterica sup.) vese-, bél- és hashártyavérzéssel. A vérrög tovaaterjedése a függérbe megszükihetheti annak ütérét annyira, hogy ennek kifolyása lehet az alsó testfélben vérszegénység, a felsőben ellenben vérbőség. Az előbb megbeszélt köldökviszér-vérröggképződések tovavitethetnek a verőcér ágaiba, és aztán tályogokat támaszthatnak a májban; vagy a verőcér-gyökelekbe jutva, ezek egyes tájain vérpangást vonhatnak maguk után. Az erőtlenségi vérröggképződések gyors lesoványkodással járó betegségek-nél észleltetnek a szív működés csökkenésével és a vér besűrűsödésével; minden előtt a csecsemők hányszékélésénél. Főszékelytől tekintendők ezeknél az agy-érvezetők (Hirnbhtleiter) és a vesék visszerei. Az elsőkből elterjedhetnek egészen a felső torkolatviszérbe, a veseviszérből az üres visszérbe (B e c k m a n n). Mindkét helyről származnak érdugulások és vérömlenyos tömülések a tüdütérben. A veseviszér elzáródása szükségképen véres vizezéssel jár. Az agyöbölé egész sorozatával bir azon tüneteknek, melyek egy későbbi helyen fogják eladásunk tárgyát képezni. Az összenyomatási, erőműves és tovavezetett (fortgeleitete) vérröggképződései a gyermekkorok lefolyásukat illetőleg mi különöst sem mutatnak fel.

X. VÉRZÉSI KÓR. ÖRÖKÖLT VÉRZÉSI HAJLAM. HAEMOPHILIE, BLUTERKRANKHEIT, ANGEBORENEHAEMORRHAGISCHE DIATHESE.

Virchow: Handbuch der speciellen Pathologie I. 263.

Granddier: Ueber die erbliche Neigung zu tödtlichen Blutungen oder die sog. Bluterkrankheit. Hann. Ann. 1839. IV. 1.

Wachsmuth: Die Bluterkrankheit. Magdeb. 1849.

Bordmann: De l'hémophilie. Diss. Strassb. 1851.

R. Momberger: Beitrag zu der Lehre von der Hämophilie. Dissert. Giess. 1862.

Vérzési kór alatt értjük az örökölt vérzési hajlamot egészséges bőr mellett, és aránytalanul bő vérzéseket jelentéktelen sértéseknél. Majdnem minden esetben örökölt ezen beteges állapot, a legtöbb könnyen vérző egyén vérzékeny családba tartozik. Csaknem mindenik vérzési kórral bíró családban találkoznak egyes tagok, kik mentek ezen hajlamtól, de igen gyakran áttűtetik ezek — még ha nem vérrokonok kelnek is egybe — a náluk lappangva maradt hajlamot gyermekeikre. Ezen bajban szenvedők száma növekedik, mivel a hajlam ritkán alszik ki egészen valamely családban, továbbá mivel egyes családokban ez néha önállóan is fejlődik, és végül, mivel az ilyen családok általában termékenyek. Az északamerikai messze szétágazott Appleton és Smith családokban már több mint 100 év óta fennáll ezen betegség. Újjonnan keletkezett vérzési kórt a szülők igen különböző életkora, és igen közeli rokonsága mellett említenek. A termékenységre vonatkozólag Wachsmuth kiszámította, hogy 12 ilyen család mindenike átlag $9\frac{1}{2}$ gyermeket hozott világra. A fineműek száma 4—7-szer haladja meg a nőneműekét. Az ilyen családból születtek és a vérzékenységtől mentes tagok között gyakran jön elő veleszületett szivbaj, tökéletlen elzáródása a sziv sövényeinek, köszvény és aranyér. A legtöbb idevágó észlelet Németországból és Északamerikából ered.

A betegség a legtöbb esetben már közvetlen a születés után nyilvánul a kimerítő vérzés által a jól elkötött köldökzsinórból, mely csak akkor szűnik meg, hogyha az újszülött ajúlásba esik, vagy ha hatályos vérzéscsillapító szerek foganosittatnak. A fogzási idő alatt gyakran szivárog vér a szájtárból minden észrevehető sértés nélkül. Később ismételve apró vérfoltok jelentkeznek a bőrben a nélkül, hogy esetenként kimutatható volna az alkalmi sértés, majd feltűnök az időről-időre, sokszor meglehetősen rendet tartva, megjelenő vérzések a szájj- és orr-tárból. Egyidejűleg a nagyobb részt szőke és gyöngye testalkatú gyer-

mekeknél a gövélykór kifejezett tünetei mutatkoznak, névszerint fellépnek izületi lobok, fehér dag (Tumor albus) alakjában, gyakran azonban ilyen izületlobok nélkül is csúzos fájdalmak az ízületekben. Hol még mindez nem kölesönzött határozott jellemet a betegségnek, ott azt félreismerhetlenné teszi a bármely esekély sértést követő vérzés ijesztő hevessege és makacssága. Kis zúzott sebek ilyeneknél rosszabbak, mint a nagyobbak, de élesen metszettek. Körülmetelés, foghúzás, nadályesipés, esések alkalmával szerzett könnyű sértések ezen egyénekre nézve az elvérzés által halásosak lehetnek. Önkéntes vérzések a bőr szövetében vagy a sértetlen bőr felszínén mutatkoznak; továbbá előfordulnak ezek a nyákhártyákból, és pedig leggyakrabban az orr és szájtürből; nem ritka azonban esekély alkalmi ok mellett vagy látszólag egészen maga magától a vérköhögés, vérvizelés, vérhányás, véres székelés sem. Leányoknál korábban bekövetkezik az ivarvérzés, és az gyakran igen erős. A fanosodási kort megelőzőleg minden baj fokozódni szokott, de azután alábbhagy. A későbbi korban, ha azt kivételesen egyesek megérik, a vérzésrei hajlam igen csökken, jóllehet az ízületekbeni fájdalom gyakran továbbra is megmarad. Tavasszal és őszkor rendszeren fokozódnak az ilyen bántalmak; ellenben nedvvesztések után p. o. gyakori közöstudés, — melyre a vérzékenységben szenvedők nagy ingerrel bírnak, — hasmenés stb. után javulás áll be.

A hosszú élethez kevés a valószínűség; sokan már a gyermekkorban elhalnak. Valamennyi vérzékenylétele fenyegetve van azon eshetőségek által, melyek a közönséges életben alig kikérülhetők. A kezelésnek feladata mindenekelőtt, mielőtt a kór fel van ismerve, gondosan távol tartani mindazt, a mi vérzést előidézhetne; másod rendben, a már létrejött sértési vérzést vashalvag, Gm. Kino, vonó-gyanta (Kolophonium), pokolkő, izzóvas alkalmazása által azonnal a legerélyesebben elállítani. Hol az önkéntesen jelentkezett vérzés és az ismétlődés torlódási tünetek vagy más előjelekből felismerhető, ott ezen ismétlődésnek gyakran sikertelni fog elejét venni 2—20 Grm. Glauber- vagy keserítő nyújtása által; ezen kívül javálva lehetnek a körülmények szerint a savak, gylszönke, ólom, anyarozs. Sebecknél a vérzés teljes csillapítása után is nagy gond fordítandó az utókezelésre, mivel azok rendszeren nehezen gyógyulnak. Egy ízben sikerrel alkalmaztatott egy kancsalági műtét után bekövetkezett elvérzésnél a vérátömlesztés.

XI. WERLHOF PETÉCSKÓRJA BLUTFLECKENKRANKHEIT, MORBUS MACULOSUS WERLHOPII. PURPURA HAEMORRHAGICA.

Wunderlich: Handbuch IV. p. 584.

A. Recler: Virchow's Handbuch Bd. III. p. 624.

Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 401

A. O. Kappeler: Ueber Purpura Diss. Frauenfeld 1863.

Súly, Werlhof petécskórja és az egyszerű tarjag három, lefolyásukban sok közösséget és világos átmeneteket mutató betegséget, mint múltékony vérzésekre hajlandó vérvégvet, igen találóan állították szembe a veleszületett vérzési kórral. A bőrvérzések mindnyájokkal közösek, W. petécskórjánál ezekhez csatlakoznak vérzések a nyákhártyákból, súlynál a foghús lazasága, véres izzadmányok az izmokban és bőr alatti kötszövetben, és vérömleny lobok a szervekben, főképp a savós hártványokon. Súly és egyszerű tarjag ritkán fordul elő a gyermekkorban, a petécskór legalább is oly gyakran, mint felnőtteknél.

A csecsemőkor ritkán támadtatik meg, a legtöbb esettel a második fogzás és fanosodás között találkozunk. Vajjon gyakorol-e némi befolyást a nem? szétágaznak a nézetek; de nekem is úgy látszik, hogy a leányok között több a megbetegedés. Maga ezen beegység, rossz táplálkozáson alapuló törékenysége a hajszáledények falainak; elsődlegesen létrejön a hiányos táplálás és az életmód más kedvezőtlen befolyása következtében; másodlagosan némely a táplálkozási, folyamatot mélyen megtámadó betegségek után. Az elsődleges létrehozásra elégségesek ugyanazon hiányos tápszerek, melyek elősegítik a súly kitorését, továbbá nedves lakhely, az emberek által megrontott körlég belhellese és mértéken túli megerőltetések. Másodlagosan mutatkozik a petécskór gyakran a bujakórnál, Brightii kóránál, sárgaságnál, hagymáznál, tüdőlobnál, heveny-kütegeknél, különösen a kanyaró, tüdőlob és hökhurut után, mennyiben ezek a táplálkozás megzavarásán kívül az edényfalakban, — köhögési rohamok alkalmával, — az oldalnyomás fokozódását elősegítik. Az egyszerű tarjag keletkezési módjára és jelentőségére nézve fontos figyelmeztetéseket közölt újabban Bohm, melyek, tekintettel arra, hogy a két betegség között csupán fokbeli különbség létezik, itt is tekintetbe veendő. Ő a tarjagos foltokat a bőrön hajszáledénytömülések következményének tartja. Hogy ilyes valami előfordul, arra utalnak szívbaajosoknál a sokszoros értömülésekkel párosult nagy kiterjedésű vérömlenyfoltok a bőrben;

hogy azonban a tarjag egyes, vagy minden esetben hasonló alapon nyugszik, csak akkor lesz biztosan elfogadható, ha be lesznek bizonyítva úgy az értömüléses források, mint maga az értömülés is.

A petécskórt megelőzi több napi bágyadság és étvágyhiány, rosszulléttel és a zavart emésztés jeleivel. Láz úgy kezdetben, mint a lefolyás alatt hiányzik. Halványabb lesz a bőr színe, fájdalmak jelentkeznek az ízületekben, gyakran vizenyő mutatkozik az ízületek közelében. Hasonló előhírnökökkel — fájdalmak az ízületekben, — vagy azok után számos apró pont-, folt- vagy csík alakú sötétkek színű vérömlenyek támadnak a bőr felső rétegeiben; és pedig vagy egyedül vagy túlnyomó fokban az alsó végtagokon. A foltok kifejlődését megelőzhetik körülírt vértorlódásos helyek. Az ízületeken kiváltkép fájdalmasak a nyomásra azon szalagok, hol az inak végződnek. A bőr felső rétegeiben lerakódott kis ömlenyek egy vagy több nap elteltével visszefejlődnek, elszínesednek, mielőtt azonban tökéletesen eltűnnének, többnyire újak jelennek meg az előbb megbetegedett helyek között, az előbb még szabadon maradt bőrrészekben. Ezen ismétlődések folytán jön létre a betegség több hétre kiterjedő tartama. A ruhák nyomásának kitétt bőrrészek mentesek szoktak maradni, az arc bőre legalább erősen nem támadta meg. Egyes nagyobb vérfoltok a fülhámot hólyagba emelhetik. A belső vérzések között leggyakoribb a vesékből jövő. Ennek bebizonyítása mindazon esetekben nehéz, hol azok eleitől fogva Brightii kórral szövődvék, de azonkívül előfordúl az a tarjag csaknem minden esetében. Tekintettel a vérvezelési tünetre, sok esetet, melyek közönségesen az egyszerű tarjaghoz tartoznak, a vérfolyásoshoz kellene számítani. Minden új vérömlenyos lökennél a húgy bőven tartalmaz fehérsnyét, zavaros-veresre festett üledékében a Heller-féle Kali kémlésnél vérfestényt és vértelceket találni. Boneleletek kimutatják, hogy ezen kór-tünet alapját a húgyesövecskébeni hajszáledényes vérzések képezik. Bö vérzések beható vesemegbetegedéseket vonhatnak maguk után. E mellett leggyakoribbak az orrvérzések, a száj nyákhártyájának vér-aláfutásai és szabad vérzései, véres köhögés és vérhányás. Hol ilyen nyákhártyavérzések, nevezetesen az orrból és szájból tömegeesen mutatkoznak, igen lehet tartani vészteljes vérhiány kifejlődésétől. Az ilyen súlyos megbetegedési esetek már az első napokban felismeretik magukat mint olyanok, úgy hogy a mérsékes vagy csekély vérzésekkel beköszöntő kezdetből kedvező, de minden esetben hetekre kiterjedő lefolyást jósolhatunk.

Hol a halálos kimenet gyorsan bekövetkezett, a bonelelet számos vérkiömléseket talált a belső szerveken és szervekben, majd a vér

színének, alvadékonyságának és összállásának csekélyebb megváltozására a nélkül, hogy abból meg lenne fejthető a lényeges körfolyamat. Közönséges nézet, hogy itt a hajszáledényfalak kiterjedt táplálkozási zavarával van dolgunk; B o h n nézete szerint egyszersmind az értömüléstől feltételezett nyomási ingadozásokkal, talán oly módon, mint az agy vagy máj veres tömtülésében (im rothen Infarcte), csak a legkisebb hőritterekre terjedőleg. Ezen átalakulásoknak, melyek nyilván eléggé megfelelő, és útbaigazító tünetesorportozatot szolgáltatnak, nem képezi alapját valamely egységes ok, kifejlődhetnek azok a legkülönbözőbb módon. Talán egy része az eseteknek értömülésen alapúl, egy másik rész egyedül a hajszáledényfalak hiányos táplálkozásán.

A kezelésre nézve fontos, hogy a test mozgásai kedveznek az újabb rohamoknak (Nachschübe), míg a nyugodt ágybanmaradás által azoknak gátot vethetni. A nyugodt vízszintes fekvés kedvező hatással van különösen az alsó végtagok vizenyőjére és tarjagos foltjaira, valamint a vesék vérségeire is. Hol kizárólag az alszárok vannak megtámadva, nagy előnnyel alkalmazhatni a nyomkötést (Druckverband). A táplálás berendezése hasonló a súlyéhoz. Friss zöld főzelék, savanyú gyümölcsnedvek, túlnyomólag hús és kevés sör vagy jó bor. Ezen feltételek teljesítése már magában elégséges a könnyebb esetek meggyógyítására. A belső gyógyszerek közül javalvák a kinal és ásványsavak. Súlyos esetekben sokszor egészen cserben hagy ezen szerek feladásért vegyítése. Ilyenkor megkísérendő a vashalvag nagy adagban, vagy a H e n o c h által ajánlott anyarozs vizes kivonata. Kedvező eredményt láttak terpentinolajtól is, melyből naponta több Grm. fogyasztandó el. Heves helybeli vérzések vas és más összehúzó szerek által azonnal leküzdendők. Orrvérzéseknél helyén lesz a tömeszelés (Tamponade).

C. A NYIRKRENDSZER BETEGSÉGEI. KRANKHEITEN DES LYMPHAPPARATES.

XII. Nyirkmirigylob. Lymphadenitis, Lymphdrüsenentzündung.

G u e r s a n t : Die Halsdrüsenentzündung der Kinder in Notizen über chir. Paediatr. Uebers. v. Rehn. Erl. 1865.

B a r t h : Beiträge zur Pathologie der Lymphdrüsen. Med. Centralbl. 1869. Nr. 21.

B i l l r o t h : Ueber chronische Lymphadeniton und Lymphome Arch. f. Chirurg Bd.

Heveny nyirkmirigylobok előjövetele sokkal ritkább mint az idültké. Mindkét lobalagnál megnagyobbodnak a mirigyek egészen többszöres kiterjedésére a rendesnek; heveny alakok a vértorlódás következtében rózsza színezettel bírnak, az idülték halványak és kemények. A kimenet mindkét alaknál lehet szétoszlás, genyisedés vagy bekeményedés. Az idült alak átmehet még sajtos vagy kemmys el-fajulásba.

Elsődleges nyirkmirigy-megbetegedés felettébb ritka. Ez csaknem kizárólag a mirigyek közvetlen sebzése, zúzása vagy más nemű sértése folytán támad. Másodlagos nyirkmirigyduzzanatok létrehozhatnak több vérbetegség által (bujakór, húgyár, hevenykíttegek); ilyenkor a test majdnem összes nyirkmirigyvei egyformán bevonatnak a bántalomba; — majd egyes nyirkmirigyescsoportok gyökér részein létrejött lobok vagy izgatások következtében betegszenek meg a mirigyek másodlagosan. A bőrbetegségek közül az orbáncz, izzag, kelevény, viszketeg, sejtkosz stb. mellett szoktak megduzzadni a szomszédos nyirkmirigyek. A nyákhártyamegbetegedések közül főképp a mandolák- és szájürehez az állkapocs alatti nyirkmirigyek duzzanata esatlakozik, míg a hörgők bántalmainál a hörgmirigyek, — a beleknél a bélfodri mirigyek találatnak megnagyobbodva. Olykor valóban el lehet mondani, hogy a nyirkútak bámuláraméltók; ilyen p. o. midőn egy kelevény a háton dobot hoz létre a lágyékban. Mirigydaganatok a nyakszirton különösen a bajas felbőr-, a fültő körül a szem vagy halljárat-, az állésúcsan az ajak bántalmazottságától származnak. Leggyakrabban meglobosodnak a nyak, aztán a hörg, majd bélfodor-mirigyek. A nyirkmirigydaganatok legközelebbi tünetei: látható előtolatása a bőrnek, kemény, sima, eltolható, bab, egész tojás nagyságú, kitapintható dagok a bőr alatt. — Heveny alaknál a szomszédos kötszövet együttes megduzzadása, — idültnél a szomszédos részekhez odafüzdés következtében a mozgékonyág egészen vagy részben hiányozhat. — A heveny alakok rendesen fájdalmasak; a fájdalom nyomásra és mozgásnál fokozódik; idült alaknál a betegek csak jelentékeny terümenagyobbodás vagy a genyedés beáltával panaszkodnak fájdalomról. Egyéb körtünetek a szomszédos ideg vagy edénytörzsekre gyakorolt nyomáskövetkeztében, nevezetesen az igen hevenyen fellépő vagy felettébb nagy dagoknál keletkeznek. Így előidézhet a lágyékbani mirigylob benutságot (Taubsein) a combideg egyes ágaiiban, megdagadását a hónalyi mirigyeknek, fájdalmat és érzéstelenséget a kar vagy újjak bőridegeiben. A szomszédos visszerekre gyakorolt nyomás folytán vizenyő- az üterekre gyakoroltnál pedig hidegség és kis értítés észlel-

tenek. Legszembeötlőbbek ezen nyomási jelenségek nagyobb mirigydagoknál a nyakon. Gyakran megesik, hogy a megfelelő oldali láta szűkebb és azon arcfél erősebben kipirosodott (együtttérzideg hűdése). Még gyakrabban sikerül a dag hátrafelé nyomása által tágulásra bírni a megfelelő oldali látát (együtttérzideg izgatása) és egyszersmind észlelni a szivmozgás lassudását, gyengülését vagy megállását (bolygideg izgatása). — A nyak nagy edényeire gyakorolt nyomás, legyen az a fejtér vagy torkolati visszér, következménye az agy literes vérszegénysége. Ezen mozzanatnak értéke van azon nebézkórhámoknál, melyek a nyakmirigydagok eltávolításával azonnal megszűnnek. Közönségesen csak gyengébb agyi tünetek mutatkoznak: főfájás, szédülés, fülzúgás, álmosság sat. A daganat tartama egy vagy több nyirkmirigynél legközelebb függ a létrehozó inger tartamától. A bujakór vagy viszketeg (Prurigo) szülte mirigyduzzanatok több mint egy évtizeden át kitapinthatók maradnak; míg azok, melyek vörheny vagy kelevény mellett lobos természettel támadtak, néhány nap vagy hét alatt visszafejlődnek. E mellett döntő befolyása van a beteg véralkatának. Egészséges, erőteljes egyéneknél egyedül az inger tartama határoz; gyenge, görvélykóros, zsongtalan alkatúaknál a mirigydagokat az inger megszűnte után is hosszú időn át megmarad. Hasonlóképp a genyedésbe átmenetel is részint a beható oki mozzanattól, részint a beteg alkatától függ. A hónalyi-, lágyék- és sok más mirigydagok, hogy ha azok vörheny folytán keletkeztek, soha sem mennek át genyedésbe. Ellenben a ronesoló lobbal párosult vörheny mellett az állkapocsösszületben támadt mirigydagok közönségesen elgenyednek. Erőművi behatástól, vagy a száj nyákhártyájának jelentéktelen lobjától feltételezett mirigydagok a nyakon egészséges egyéneknél majd soha sem genyessednek, míg görvélyéseknél igen gyakran. A jóslat tehát függ a betegség okától és a beteg különbeni egészségi állapotától.

Legfontosabb gyógyjavallat a betegséget létrehozó inger elhárítása, és hol szükséges, az alkat javítása. Első tekintetben különösen gyakran találkozunk idült mandoladagokkal, melyeket el kell távolítanunk, hogy az állkapocs alatti mirigydagokat gyógyulásra bírjuk; el a fejküteget, nevezetesen a sejtkosztot és izzagot, melyek a tarkómirigyek megduzzadását sat. okozzák. A második irányban: az elsoványodott egyéneknek adjunk halmájolajat, húsételeket, tejet, vasat; majd a jól tápláltaknak rendeljük belső használatra a krenznachi, sodeni, dürkheimi, köseni, sulzai vizeket, vagy iblant és hambüzeget (Bromkali). Nagyobb, a felsorolt szerek adagolása dacára hosszú időn át makacsul meg-

maradó mirigydagok számára csupán a müleges eltávolítás marad fenn; kiváltképp javulva lesz a kimetszés ott, hol a nyomás a szomszédos ideg- és edénytörzseken észrevehető. Ilyen esetekben gyakran tapasztalni, hogy már a részletes, talán csak kísérletkép elővett kifejtése valamely mirigynek, főképp ha a seb genyedés útján gyógyul, elégséges egy egész csoport mirigydagot visszafejlődésre bírni. Genyesen szétesett mirigydagokat a jelenlevő sipolymentek felhasítása, pokolkövel vagy füstvénynyeli (Chrom) edzés és megfelelő általános kezelés által fogjuk leküzdeni. Mások ajánlják a geny boralatti kiszivattyúzását feeskendő vagy szüresap segélyével, vagy a kiüritésre a fonal alakú genyszalag (Haarseile) átvezetését.

Heveny alakoknál kezdetben megkísérthetők; nyomás, hideg borogatások, szürke kenőcs bedörzsölése, iblanyfüstvény beecsetelése.

XIII. FEHÉRVÉR ÉS FEHÉR VÉRSEJTÜSÉG. LEUKAEMIE UND LEKOCYTOSE.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 564.

J. Vogel: Ein Fall von Leukämie und Vergrößerung der Milz und Leber Virch Arch. III. 570.

Mosler: Ans der Greifswalder med. Klinik. Virch. Arch. XXXVII.

Golitzinsky: Ein paar Worte über die Leukämie der Säuglinge. Jahrb. d. Kinderheilk IV. p. 90.

Löschner: Die Leukämie der Kinder. Ibid. III. p. 1.

A fehérvér, legelőször Virchow (1845) által felismerve és megnevezve, legelőször J. Vogel (1851) által kórismerve, legelőször 1861-ben Biermer által 2 gyermekeknél találtatott, kik közül a fiatalabb 4½ éves volt. Ezen idő óta az észleletek száma egész a csesemő korig annyira szaporodott, hogy jelenleg bizton állíthatni, miszerint ezen betegség a gyermekkorban legalább is nem ritkább mint felnötteknél. Löschner és Golitzinsky korábbi észleleteikhez tartoznak az utolsó évekből Mushet (8½ éves), Scitz (1 éves) és Mosler (10 éves) eseteik.

A fehérvérnél legközelebb megnagyobbodik a lép vagy több nyirkmirigy, kiváltképp gyakran a nyak és hónalyban székelők; vagy a lép és nyirkmirigyek egyidőben. Golitzinsky szerint az első alak, lépí fehérvér (lienale) inkább előjön az egy- és több éves gyermekeknél, az utóbbi, a nyirkí fehérvér (lymphatische) inkább az élet első hónapjaiban. Hosszabb fennállása után ezen helybeli nyirksejtszaporodásnak a vérhez rendesenél nagyobb számú fehér sejtek vegyülnek, mely sejtek egyszer a fehér vérsjtek külemével és nagysá-

gával bírnak, és bennök ecetsav hozzáadására több síma magvakat ismerni fel; a nyírki alaknál kisebbek és csupán egy, kevésbé szemcsézett maggal bírnak. A fehér vérszejtek javára esökken a veresek száma. A betegség legnagyobb fokánál — a fehér és veres vérszejtek közötti arány 1 : 2 vagy 2 — 3 — a vér világosabb színt kap zavaros szűrke árnyalattal. Egyidejűleg szaporodnak a vérben azon vegyi alkészkek, melyek rendszeren csak szűken vannak képviselve, és rendellenes részek is jelennek meg. Scherer észlelt ilyeneket a hullavérben, Körner bebizonyította az életben. Ide tartoznak: hypoxanthin, hűgysav, ecet-, hangya- és tejsav, enyv és albukalin; ez utóbbi egy, újabban R. Thiele által maró kálinak a fehérvyére való behatása folytán előállított test, melyet Reichard egy ide való esetben kimutatott. A fehér vér hosszabb fennállásánál megduzzad a máj is, kötszövethálózatában terjedelmes nyírkejtés újképlődések keletkeznek, melyek kezdetben csak a göcső alatt ismerhetők fel, azután szemcsék vagy ágbogak alakjában lesznek láthatók. Ezentul a betegség harmadik, nyirkos újképződés szakába lép. Részint roppant bujálkodás, részint újant keletkezett nyirktüszök folytán fehér, puha, edénydűs, velős daganatok támadnak a gyomor és belek falain, a külön álló tüszökből és Peyereféle mirigyekből kiindulva (itt gyakrabban fekélyedésbe átmenve), a veséken, szíven, a légző szervek és garat nyákhártyáján. Végül igen gyakran támadnak véralvadékok a visszerekben, tömeszek a tüdűtérben, tüdőlobok, vérhas, bőrvizenyő és vizgyülem a test üteregeiben, vérzések.

A fehérvér oktanára vonatkozólag kevés a bizonyos. Állítják, hogy váltóláz, buja-, görvély- és ángolkór szolgáltatná az alapot. A váltóláz mellett szól nevezetesen a betegség hasonlíthatlanul nagyobb gyakorisága az észak-németi partvárosokban, egybevetve a mi hegyes belföldünkkel. Egyes esetekben váltóláz szintugy megelőzte a fehérvért mint a bujakór. Nagyfokú és tartós vérszegénység úgy látszik néha a fehérvérbe megy át. Csecsemőknél olykor bizonytalan heveny betegségek képezik a baj kezdetét. Rang és táplálkozási viszonyok nincsenek lényeges befolyással, úgy látszik a nem se bir különös megkülönböztetéssel.

A betegség kezdete közönségesen igen lassú. Halvány, fakó kinézés, bágyadság, később elsoványodás jelzik a látszólag nagy fokú vérszegénységet, melyhez feltűnő nehézlégzési tünetek esatlakoznak. A veres vérszejtek tényleges kevesbedése okozza épűgy a halvány színt, valamint a nehézlégzést. Ez utóbbi tünet még fokoztathatik a lépí alaknál a lép megnagyobbodása és a rekesz feltolatása által; a nyír-

kinél a légesőnek a megdagadt nyirkmirigyek általi összenyomtatása folytán. A test hőmérséke a rendes körül ingadozik, az éréítés valamivel gyorsabb, nagy és lágy; a húgy, ha mennyisége nem kevesebb is, hűgysavtartalma mindazonáltal nagy. A kevesebb mennyiségben keringő hämoglobin csekélyebb térfogat élenyt képes felvenni, innét a nehézlégzés, innét a csökkent hűgyanykiválasztás és a hűgysav nagyobb visszamaradása. Csekély sértések erős és nehezen csilapítható vérzésekkel járnak, később börvizenyő jelentkezik az izbütykők táján és arban; az altest, részint hasvízkór-, részint a megduzzadt lép és máj következtében megdagad; majd vérzések, vérhasas folyamatok, elgyengülés véget vetnek az életnek; utolsó betegség gyanánt gyakran észleltettek tüdőlobok és tüdütértömület is. A baj természetére nézve leginkább figyelmeztet a lép- és mirigyek megdagadása; biztosít a vérnek görösövi vizsgálata. E czélból a beteg egy ujja közép részén szalaggal vagy kendővel leszoríttatik, és a körömperezen a köröm mellett egy gombostűvel beszűratik vagy felsebeztetik. Az így nyert véresepp a körülbelöl 300-szorosan nagyító göröső alá hozatik. A láttérbe jütott veres és fehér vérrögések megszámlálása könnyen felderíti a köztük létező ellentétes viszonyt. Usak ott lehet szó a fehérvérröl, hol az arány 1 : 12-öhöz meghalad; ez úton könnyen megerösíthetni a kórismét. Olykor a hurütosan meglobosodott garat- vagy gög nyákhártyán még nyirkos újképleteket (lymphatische Neubildungen) is láthatni (M o s l e r).

A jóslat majdnem általában kedvezötlen. Habár meggyógyultak is egyes gyengén kifejlödött, nem egész határozottsággal kórismert esetek, azok még sem biztosítanak jobb kilátást mind azon többi esetek számára, melyekben a veres és fehér véresejtek közötti arány rosszabb volt az 1 : 10-hez, vagy melyekben nyirkos kóráttelemek jüttek létre. Vas készítmények használata és tápláló étrend mellett némi javulás gyakrabban bekövetkezik; egyesek diésérik az iblanyt, büzenyt és léggöveget (Ammoniak). M o s l e r egy esetben egy felnöttnél kedvező eredménnyel alkalmazta, legalább időnként, a vérátömlesztést. Általában minél fiatalabb a gyermek, annál gyorsabb a kedvezötlen lefolyás. Egy évre terjedő tartam már hoszúnak nevezhető, söt G o l i t z i n s k y állítja, hogy esecsemöknél gyakran már 3 hét múlva bekövetkezett a halálos kimenet.

A tulajdonképi fehérvérrel rokon és könnyen föleserélhető azon állapot, hol a fehér véresejtek kisebb mérvben megszaporodvák és a veresek megkevesbedtek, mely állapot a gyermekkorban gyakran előfordul azon betegségeknel, melyek a nyirkmirigyek idült duzzanata mellett a vértestecsek soradásához vezetnek. V i r c h o w ezen beteg-

séget fehér vérsejtség (Leukocythose) névvel nevezte meg. Ezen esetek egy részét a rossz táplálkozás, angol-, görvély-gümőkór, heveny betegségek utáni vérhiányosság szolgáltatják. Érdekesebbek azon, a második részt képviselő esetek, hol a nyirkmirigyek húsdagja (Sarkom der Lymphdrüsen), görvélyes duzzanata, vagy helybeli ingerek következtében egyszerű túltengése a fehér vérsejteknek jelentékeny, olykor 1:20-ra menő megsaporodását eredményezi. Így a valódi viszketegnél (Prurigo) a nyirkmirigydagoknak meglehetősen pontossággal megfelel a fehér vérsejtek szaporodása. Állandóan túlnyomók itt a kis egymagvú alakok. Valószínűleg létezik egy, hasonló alapokon nyugvó lépi fehér vérsejtség is, de az sokkal ritkábban fordul elő mint a nyirki. Ezen kórállapotok határozottan alkalmasak a javulásra és meggyógyulásra. Legsúlyosabbak: a tápláló étrend és vaskészítmények, majd szétosztása a jelenlevő mirigydagoknak az azokat létrehozó ingerek eltávolítása és iblany-szerelés által.

XIII. ÁLFEHÉRVÉRÜSÉG, ANAEMIA LYMPHATICA, PSEUDOLEUKAEMIE, HODKIN'SCHE KRANKHEIT, ADENIE

Hodkin: Med. Chir. Transactions 1832. Vol. XVII. p. 64.

S. Wilks: Guy's Hosp. Reports 1856. Ser. III. Vol. II.

R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 619.

C. A. Wunderlich: Archiv der Heilkunde VII. p. 531.

A Hodkin által leírt és Wunderlich által pontosan nyomozott álfehérvér a gyermekeknél különösen gyakran előjön. Már a Hodkin által nyilvánosságra hozott esetek között érintés tétetik 9. 10 éves gyermekekről, a Lambl, Wunderlich és mások által észlelt esetek között, a serdülő korban még több eset le van írva. Ezen betegség okai tökéletesen ismeretlenek. Az eddigelé között esetek között több a fiu mint a leány. A betegség sápadtság, bagyadtság, fakó, áttündöklő bőrszín, több külső és belső nyirkmirigy megdagadása, lép, sőt májnagyobbodás által küllöli magát. A nyirkmirigyek közül rendszeren a nyak egyik oldalán levők kezdenek megduzzadni, és egy, akár oly tetemes eszmóvá nőni, mely egészen a kulcsesontra támaszkodva, a fejet az ellenkező oldalra nyomhatja. Előjön több olyan eset, hol más mirigyecsoportok csak később dagadnak meg. Sokszoros nyirkmirigybetegedés azonnal a baj kezdetén gyakrabban látszik előfordulni a felnőtteknél, míg csupán a torolatvisszér mentében találtató mirigyekre szorítókozó a gyermekeknél

Jelen szokot még lenni nehéz légzés, szívdobogás, hasmenésrei hajlam, vizenyős beszüremkedések. A vér vizsgálata, dacára a nyirkmirigyek és a lép megdagadásának, nem tünteti fel a fehér véresejtek szaporodását, vagy legalább nem oly fokban, mely a fehér véresejtiséget meghaladná. A lépben, nyirkmirigyekben, tüdőben található megváltozások mint a sejtkeplő (Cytogen) szövet újképlete iratnak le. Ez különböző nagyságu, fehér egész szilrkésveres szintű lerakodmányok alakjában jelenik meg. Többnyire hasonló általános megbetegedés létezik a nyirkmirigyekben is, számos fiatal kötőszöveti sejtek újképződésével. A vizelet vizsgálata csak borlang által lecsapható (peptonszerű) fehérnyét, a vizeletnek vashalvag általi sötét veresre festését (diacät sav?) eredményezett, a húgysav nem találtatott nagyobb mennyiségben, nem hypoxanthiu. Valamennyi kifejlődött esetben a halálos lefolyás kimerülés vagy közbejött betegségek következménye. A lefolyás néhány hét és egy éven túl ingadoz. A kitoröfélben levő eseteknél Wunderlich az iblanykészítmények által kívánt gyógyulást elérni. A betegséget pusztán a vér göresövi vizsgálata által igen nehéz megkülönböztetni a fehérvértől, a nyirkmirigyek sokszoros húsdagjától, valamint ezek némely görvélykóros megbetegedéseitől. Legbiztosabb eljárás volna ezen megkülönböztetésre a nyirkmirigy egy részecskéjének kimetszése. A minden esetben kifejezett vérhiányosságot tekintve, legelőnyösebben adagolhatók a vaskészítmények. Emellett megkísérthetni az iblanykészítményeket is, nevezetesen a hamiblanyt és iblanyos vasat. Nem ismer-ven a betegség valódi okát, valódi gyógyelveket nem állapíthatni meg.

IV.

A LÉGZÉSI SZERVEK BETEGSÉGEI.

Krankheiten der Athmungsorgane.

TETSZHALÁL. ASPHYXIE.

Schwartz: Die vorzeitigen Athembewegungen. Leipz. 1858.

Thamhain: Ueber Asphyxie und Lebensrettung Asphyktischer. Schmidts Jahrb. CVI. p. 96.

O. Spiegelberg: Zur Behandlung des Scheintodes der Neugeborenen, die Marshall, Hall'sche Methode. Würzb. med. Zeitschr. Bd. V. p. 150.

H. Ziemssen, Die Elektrizität in der Medicin. III. Aufl. Berl. 1866. p. 91.

B. S. Schultz: Zur Kenntnis von der Einwirkung des Geburtsactes auf die Frucht, namentlich in Beziehung auf Entstehung von Asphyxie und Apnoë der Neugeborenen. Virch. Arch. Bd. XXXVII. p. 145.

Iffem: Ueber die beste Methode der Wiederbelebung scheinodt geborener Kinder. Jenaisch. Zeitschrift f. Med. u. Naturw. II. p. 451.

Tetszhalál alatt értjük azon állapotot, midőn az újszülöttek a világrajövetel után egy ideig nem adnak magukról életjelt, testrészcikét nem mozdítják, tagjaik elernyedvők, nem lélegznek, de a mellett a szív- és érverés kivehető. Helyesebben légzés-hiánynak (apnoe) lehetne nevezni, mert az összes jelenlevő zavar a légvétel hiányától van föltételezve. A szülési mozzanat alatt a magzat érése (Fötálpuls) minden szülfájdalommal lassúbb lesz. Az érités száma mindaddig fogy, míg a fájdalom tart, ennek megszüntével az érités kevesbedése is megállapodik. Ejelenség alapúl a gyermek vérkeringése akadályainak fokozásában, kevesebb éleny bevitelében a gyermek testébe, és azon nyomatásában az agynak, mely a szülfájdalmak alkalmával a gyermek kaponyájára gyakoroltatik. Közönségesen, dacára, hogy a testbe kevesebb éleny juthat, nem lépnek fel idő előtti légzési mozgások. A magzat megmarad azon léghiányos állapotban (Apnoë), melyben az egész méhen belüli életben volt. Ha ezen zavar igen nagy fokra hág, p. o. méhle-

pény időelőtt leválásánál, vagy az előesett köldökzsinór összenyomatásánál, akkor bekövetkeznek légzési mozgások a méhen belől, melyek a gyermek légutainak kiágulásához, és részben ezen utak petefolyadékali megteléséhez vezetnek. Az így megkísértett légvételek a véráramot a Botta-vezetéktől a tüdőtér ágaihoz terelik, és ez által gátolják a gyermek méhlepényes légzését, tehát légenyszegényebbé teszik a vért, fokozzák a szénsav felhalmozódását, és megtöltik a légutakat folyadékkal, mely útját állja a légvétel későbbi megindulásának.

Az első légvétel létrehozatik azon inger által, melyet a vérben felhalmozódott szénsav a nyúltagyra gyakorol. Ha most az éleny bejutása a gyermek testébe, vagy sajátlag a nyúltagyhoz, a szülés folyama alatt lassankint fokozódva annyira fogy, hogy ezen szerv izgékony-sága kialszik, vagy legálabb a jelenlevő szénsavhalmozódáshoz aránylag igen gyenge lesz, akkor a szülés befejezése után kimaradnak a légzési mozgások, és a gyermek szénsavmérgezési állapotba jut. A koponyának tartós összenyomatása nehéz szülés alatt, az úteret sztkító vérömlenyek a koponya üregében, épen úgy létrehozhatják a tetszhalált, mint a méhlepény időelőtti leválása, és a köklöksinór összenyomatása. Tetszhalott gyermekek kezdetben kékesveres színtiek, később halványak, petyhüdtek, nem mozognak, nem lélekeznek, érzéketlennek a külső ingerek iránt. Értítésük lassú, halvány szín mellett kicsiny, és gyakran csak a szíven számolható. Egyedüli gyógyszere ezen állapotnak a lélekezés mielőbbi megindítása. Hol az értítés némileg még teljes, és a bőr vérdús, ott ezen megindítás gyakran sikertül külső ingerek p. o. tenyérréli veregetések-, vagy váltogatott hideg és meleg vízbe mártás által. Ezen ingereknek csatlakozása a vér szénsava által adódotthoz, még gyakrabban kiszabadíthatja az élenyhiány folytán kevésbé ingerlékeny nyúltagy légvételi ingerét. Hol ezen kísérlet gyorsan sikerhez nem juttat, vagy hol a tetszhalál nagy foka már előre nem ígér jó eredményt, ott a köldökzsinórtól lehető gyorsan elválasztott gyermeknél következő eljárás marad hátra:

1. A levegő befűvése a légsőbe vezetett pücsapon (Hü t e r, O l s h a u s e n) vagy egy e célra készített műszeren át (P a n u m). Hol a légutak folyadékkal telvék, előbb az a pücsapba szivattynzva eltávolítandó.

2. A M a r s h a l - H a l l - f é l e eljárás (S p i e g e l b e r g): váltogatott arera fektetés, a gyermek karjainak emelgetése a homlokhoz, forgatás egyik oldalról a másikra, sőt valamivel azon túl.

3. F a r a d i s a t i o általi mozamos ingerlése a rekeszizom és külső mellkasi idegeknek (Z i e m s s e n, P e r n i c e).

4. Fel és lefelé hintázása a vállaknál megfogott, háttal mell és fölfelé tekintő gyermeknek (B. S. Schultze).

Ezen eljárások mindenike képes kedvező eredményt felmutatni, egyes orvosok egyiket majd másikat tartják legjobbnak. A 2. és 4-ről bonctanilag be van bizonyítva, hogy ezen eljárások mellett még a halva született és halva maradt gyermekek tüdőibe is sikerült levegőt szivattyúzni.

A. Az orrüreg betegségei. Krankheiten der Nasenhöhle

I. ORRHURÚT. NÁTHA. KATARRH.

Virchow's Handb. Bil. V. Abth. I. p. 395 u. f.

Rayer: Note sur le coryzae des enfans á la mamelle. Par. 1820.

Bouchut: Traité prat. des maladies des nouveau-nés. Ed V. p. 296.

Kussmaul: Ueber den Schnupfen der Säuglinge Zeltsch. f. rat. Med. XXIII. 3. 1866.

Heveny alakban föllép az orrhurút meghűlések-, vegyileg izgató gőzök-, füsttel, porral telt levegő belehelése után; továbbá mint kórjel néhány általános betegségnél, p. o. kanyarónál. A nátha előjön a gyermekkor minden szakában. Míg a későbbi gyermekkorban épen oly jelentéktelen betegség, mint a felnőtteknél, addig annál inkább válhatik az veszedelnessé, minél fiatalabb a gyermek. Csecsemőknél csak hamar betömetnek az alsó orrjáratok és orrnyílások nyák vagy megszáradt nyákgomolyok által annyira, hogy az orrjáratokon általi légvétel előbb szörtyögésektől lesz kisérvé, később épen lehetlenné válik. A szopás alatt a gyermekek egészen az orrlélekezésre szorítvák; de különben is szokásukban fekszik ezen légvételi mód, és valóban szükséges is aza gyermekek azon nagyobb számánál, kik az alvás alatt nyelvüket a kemény szájpadra támasztják. A szopás szükségkép félbeszakittatik majd a légvétel szüksége, majd valódi fulladási rohamok miatt; a gyermekek láthatólag szenvednek, végre az emlőt többé épen nem fogadják el, és nagy fokban lesoványodnak. Bouchut leír érdekes eseteket, melyekben a gyermekek a nyelvnek a keményszájpadra támasztása következtében megfúltak, vagy a legnagyobb légvételi veszélybe jutottak. A légvételt egyedül a nyelv mesterséges kihúzása által lehetett megindítani. Gyenge gyermekekre nézve ezen következmények vérszt hozóbbak, mint a jól tápláltaknál. A kezelés egyszerűen az orrjáratok tisztításából áll, ecset vagy vékony vászongyűrű segítségével, vagy összehúzó szerek, nevezetesen timsó, csersav sat. beecseteléséből. Figyelemmel kell lenni a nyelvre, és hol szükséges törekedjünk gy

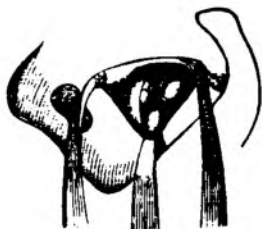
kori lenyomogatás által azt jobb álláshoz szoktatni. Könnyű orrhurútok mérsékes, sőt egészen jelentékeny lázzal is kezdődhetnek. Ez leginkább előjön a 2-ik és 3-ik életévben. Rövid hideg borzongás, majd száraz forróság, nyugtalanság, almatlanság vagy alvás közbeni félrebészélés, erős szomj, 40° C-ig emelkedő hőmérsék, és ennek megfelelő értetés körülbelül azon kórtünetek, melyek többnyire estve kezdődve mind addig megfejtetlenek maradnak, míg nem, közönségesen az éj második felében jelentkező gyakori tüszentések, bő könnyezés, az orr duzzadtsága és a megindult nyákelválasztás fővilágosítást adnak; az orrjáratok nyákhártyájának megtámadtatásánál legfőlebb még a kanyaró kitérésű szakára gondolhatunk. A láz már a következő napon maradandólag kimarad, vagy legfőlebb még néhány napon át az estveli órákban mutatkoznak gyenge lázas mozgalmak. A hurút ritkán marad az orrjáratokra szorítva, hanem tovább vándorol a legközelebbi napok alatt a garaton és gögön át lefelé, úgy, hogy ennek megfelelőleg az előbbi tünetekhez fájdalmas nyelés, rekedtség, köhögés csatlakoznak. Ezen lázas állapotok különös gyógykezelést nem szükségesnek, épen oly jól elmaradnak a megfigyelő eljárás mellett, mint hogyha hűsítő vegyítékek adagoltatnak.

Heveny hurútok könnyen átmennek idültbe mindazon esetekben, hol ugyanazos ártalmas hatányok ismétlődnek, vagy hol az alap, melyen kifejlődtek, kiváltképp kedvező a hurútnak. Bujakóros csecsemők és görvélykóros gyermekek ritkán mentesek a náthától. A Schneiderféle hártya ilyenkor nem csupán duzzadt, veres és nyákkal bevont, hanem gyakran székelyét képezi felületes kievődéseknek és fekélyeknek. Mindkettőnél gyakran megdagad a felső ajk, az egyiknél fölrepedezésekkel és fűggölyyszerű duzzanatokkal, — a másikuál vastag, barna, izzagos pörkökkel.

Heves, sokáig tartó náthánál a váladék genyes jellemet ölt magára. A pörkök által elzárt váladék gyorsan szétbomlik. Már a közönséges körlég, még inkább a nedves pinezelakásoké, elég mennyiségű erjedést támasztó gombacsirokat visz a hurutos nyákhártyára; ezek a váladékkal közönségesen ismét elmosatnak, midőn elegendő idejük van arra, hogy behatásukat érvényesítsék: a váladék bomlásba megy át és büzös. Ezen szétbomlást gerjesztő anyagok legerősebben megtapadnak a fekélyeken, és lemeztelenített helyeken; ilyenkor a kifolyás közönségesen büzös, vérrel és szétesett szövetrészekkel kevert.

Ilyen idült hurútok megkivánják a szoros vizsgálat annak megállapítására, vajjon fekélyekkel, ronesoló lob folyamattal van-e dolgunk, avagynincs-e jelen idegen test vagy habarc. Én e célra a Lüt er

Fig. 30.



megtekintése egy egészséges gyermek orrregének összpontosított napfény mellett. A világos, félhold alakú csik a sővény és középső kagyló között, a garat hátsó falához tartozik. A terpesztő 3 karja közül a felső elfödi a középső és alsó orrkagyló közötti határnak egy részét.

egyedül a nyákgyülemlettől, hanem a nyákhártya igen gyors, igen jelentékeny, és ismét gyorsan elmúló, az alsó kagylók visszérfonatai folytán támadt duzzanatától függ. A kezelés helybelire és általánosra oszlik; helybelileg meg kell gátolni a váladék felhalmozódását közhöns oldatok ($\frac{3}{4}$ % konyhasóoldat, vagy vízzel hígított tej,) befecskendezése által; a kifolyás büzös természeténél ezen célra alkalmazunk fölselenysavas hamanyt, halvány vagy pokolkő gyenge vizes oldatát, végül szárító szereket (csereny, timsó, pokolkő) alkalmas alakban beecsetelésre, befűtésre, vagy befecskendezésre. Ha a baj bujakórban gyökeredzik, úgy, az alaphátalom időszakának megfelelőleg, vétesünk higanyt vagy iblant. Különösen gyakran látni jó eredményt a jódvastól. A nátha görvélykóros természeténél helyén lesznek az iblany tartalmú ásványvizek, jódvas vagy halmájolaj.

II. ORRVÉRZÉS. NASENBLUTEN, EPISTAXIS, RHINORRHAGIE.

Újszülötteknél nem találkozunk ezen körtlinettel, escesemőknél igen ritkán; leggyakrabban előjön minden életkor között a gyermekkor végén. Legközelebbi alkalmi okai: az edényfalak megbetegedése vagy sértése, és tulságos oldalnyomás az edényekben. Ide tartoznak legelső sorban az állandó vagy átmeneti vérvegyek (vérzékenység, suly), fekélyek és újképletek az orrűrben, a nyákhátyának körömi, vagy játékközben bevitt idegen testek általi megsértése.

által a légesömetszéshez készített, három lapból álló terpesztőt (Dilatatorf) használok. — Mialatt a fej szilárd rögzítése mellett a terpesztőt bal kezemmel az egyik orrűregbe felvezetve, azzal az orrnyílást kifeszitem, addig a jobb kezembe tartott világító tükör segítségével napvagy erős lámpafényt vetek az orrűregbe. Ily módon megszemlélhető egy része a sővény falának, az alsó és középső kagylónak, és a garat hátsó részének. Nyákhabarcok jelenléte is feuntarthat hasonló idült hurútokat; de azok sokkal gyakrabban szerepelnek mint alkalmi kórokok. Idült náthánál az orrjáratok átjárhatósága felettebb változó, és az nem

Rendellenes vérnyomási viszony következtében létrejön az orrvérzés a szivbajosoknál, lázas betegségek kezdetén (heveny kültegek, hagymáz, váltóláz), köhögési rohamoknál (höklurút); végül ide tartozik azon neme az orrvérzésnek, mely az iskolai évek vége felé az egészséges gyermekeket gyakran megtámadja, és nagyobb mennyisége, gyakori ismétlődése által okot szolgáltat az aggodalomra. Sokkal gyakrabban észleltetik a fiúknál mint a leányok között, és még különösen karöltve jár néhány más kevésbé szembeötlő tünettel is, mint: gyakori főfájás, szemszíkrazás, ingerültség, nyomott álm. Ezen összefüggés a vértorlódástól föltételezett agytünetek és orrvérzés között könnyen megtalálja magyarázatát abban, hogy a melső rostaütér a szemüteéből ered. Az iskolabani ülő helyzet, az ez által okozott akadály a légvételen és vérkeringésben, túlfeszített szellemi munkálkodás, jóllehet néha még a test gyors növése és erős táplálása is, létrehozhatják ezen állapotot. Tartós segélyt a tanítás félbeszakításától, kitaró gyaloglástól, főkép a szabadbani huzamos tartózkodástól várhatni. Heves orrvérzésnél rögtöni segélykép alkalmazzunk hideg borogatásokat az orrhátra, szivassunk fel az orrba hideg vizet, keményítővel, arab mézgával vagy cukorral hígított cserenyt, Gm. kinót, tim sót vagy vasgálicot. Legroszabb esetekben szükséges az alsó orrjáratot vashalvas vagy más összehúzó szer oldatába mártott tépettel betömni, A betömésnél legelőször egy rendezett, közepén elég erős fonállal átkötött tépetyalábot tolunk az alsó orrjárat leghátsó részébe, és a kintmaradt fonálrészrt ragtapasszal az archoz erősítjük; ezután tépetyomolyokat illesztünk az orrjáratba egész a teljes kitömetésig.

B. A GÉGE BETEGSÉGEI, KEHLKOPFSKRANKHEITEN.

A gégetükör érvényesítése óta a gyakorlatban, a gége betegségeinek száma lényegesen növekedett. Ezen vizsgáló eszköz kifolyása nem csupán az, hogy az annak előtte ritka kóralakok mind gyakoriabbakká váltak, de ez által kiváltképp mód lett adva a közönséges gégebetegségek sokkal szabatosabb vizsgálhatása és megészlelhetésére. Lehet a tükört gyermekeknél is alkalmazni, csak hogy itt nagyobb ügyességre és sokkal több türelemre van szükség, hogy azzal célt érjünk. A gégetükörészlet által a működési tünetek egész sorozatát tanultuk értékesíteni. Ezen működési zavarok, a szerv rendes működésének megfelelőleg, 4 osztályba oszthatók. Vagy vonatkoznak azok a gége

mint hangképző szervre, vagy mint a nyelési készlet falrészére, vagy mint a légző-szervnek az idegen testek bejutása elleni védőjére. Dacára annak, hogy a gégetükörreli vizsgálatot sokkal inkább és sokkal gyakrabban foganatosítjuk a megzavart hangképződés-, a zörejektől kísért nehéz légzés, gyakori hibás nyelések, és nyelések nélküli fájdalmak egyes eseteiben, mégis minden súlyos esetben egyedül ezen vizsgálati mód nyújt döntő felvilágosítást a gége kórállapota felől. Az ezen alapon nyert kórismerési haladás szülte csakhamar gyógykezelését sok gégebetegségnek a Bruns által megalapított műteti módokon; így vált lehetségessé a beleheltetés vagy más módok által a gyógyszerket nem csupán közvetlenül vagy közvetve a gégebe juttatni, hanem azok hatását nyomról nyomra megészlelhetni.

I. HEVENY GÉGEHURÚT, ACUTER KATARRH.

Már a gyermekkorban találkoznak egyénké, kik kiváló hajlamot mutatnak a gége hurutos megbetegedéseire. Ezek többnyire azon gyenge, rosúl táplált gyermekek, kik beteges szülőkötől származva sokat betegeskedtek, vagy olyanok, kiket a szülők túlságos aggodalma a szabad levegőtől és hidegtől egészen visszatartott. Hajlammal bírnak azon szer- vi hibákban szenvedők is, kik kényszerülvök nagyobb részt szájukon át lélekzeni. Elsődleges gégehurútok létrejönnek meghülés-, a szerv túl- erőltetése következtében, leggyakrabban oly anyagok belehellése után, melyek vegyi vagy erőművi izgatások folytán lobot támasztanak. A lagmagasabb előjövetei szám a nyár derekára és a tél legzordonabb részére esik. Másódlagos gégehurutok kísérik a kanyarót, hök hurútot, és más általános betegségeket, továbbá a gögbeli fekélyeket és újkép- leteket.

A hurút által létrehozott bonci megváltozásokat sokkal jobban tanulmányozhatni a gégetükörrel, mint a boncasztalon, hol azok csak meghalványodva láthatók. Már a garat megtekintésekor, mely a betegségben rendesen részt vesz, feltűnik a nyákhártya nagyobb duzzanata és vörössége, a mandolák előállása, a nyelésap hegyének vizenyő- je. A garat hátsó fala majd száraz, mint ha be volna mázolvá (gefir- nisst), vagy nyákmirigyei megduzzadása miatt egyenetlen, vagy nyák- csikokkal bevont. Gégetükörrel láthatni a megduzzadt szemülesüket a nyelv szélén, valamint megvastagodását és sötét verességét a gögfé- dőnek, a kán-gögfedő redőnek és álhangszállaguak. (Taschenband).

Enyhébb esetekben a hangszálagok megtartják fehéres-sárga színtüket, súlyosabbaknál egy foltos-csikos vörösség indul ki a hangszálagtól, mely rövid idő alatt elterjed az egész nyákhártyára, és azután csakhamar egyes, sötétveres, vérömlenyos pontokkal lesz behintve. Elszórt kis vérömlenyek egyebütt is láthatók a nyákhártyán, különösen pedig ott, hol a részek ki vannak téve erős feszülésnek vagy gyakori ellentétes érintkezésnek. Ez utolsó helyeken azután gyakran előjönnek csikszertű felhámlehorzsolódások is, melyek könnyen átalakulhatnak felületes fekélyekké. Egy másik neme az itt előforduló kerekded, tölesér alakú fekélyeknek túltömött (überfüllt) nyákmirigyekből származik. Ez is csak kivételkép észleltetik. A hangszálagok mozgása egészben véve kevésbé élénk. Majd látni, hogy a szálagok a nyugodt légzéshez átmenetelnél lassan és elégtelenül kifelé fordulnak, majd, hogy a rés zárásánál száraik között egy körkörös (elliptisch), vagy szélesebb, alapjával bátra felé irányuló háromszög alakú hasadék marad nyitva. Igen erős hurútoknál a kán-gögfedőredők, az álhangszálagok és a gége hátsó falának redői, olykor a gögfedő is, jelentékenyen meg vannak vastagodva, halvány veresek, áttetszők.

A betegség kitörését csekély lázas tünetek előzik meg; a hőmérsék és érités valamivel emelkedik, kivált az első estvén, olykor még a második- és harmadikon is; borzongás, roszullét, nyugtalan álom, fokozott szomj jelzik a láz nagyságát. Majd megjelennek az orr-, garat- és szemhurút tünetei. Ezekkel együtt vagy ezek után, ritkábban ezek előremeute nélkül, fellép a köhögési inger, csiklándozás, szárazság, nyílt seb jelenlétének érzése a gégében, és elrekedés. Ezen rekedtség közelebbi okaiként szerepelhetnek: az álhangszálagok duzzadtsága annyira, hogy azok kiemelkednek (hevortreten), a valódi hangszálagokra illeszkednek, és zavarják azok rezgését; a gége hátsó falán létező redő megduzzadása, mely gátolja a hangrés közti porc (glottis intercartilaginea) záródását; a hangszálag-feszítő izmok hűdése, vagy a legközelebbi időben a hangszálagoknak nyák általi bevonatása. Miután a köhögési inger néhány órány vagy napon át tartott, bekövetkezik az üveges, felhámmal vegyes, áttetsző, később genytestek hozzávegyülése folytán zavaros és sárga nyák elválasztása, mely a felköhögés után vagy kiköpetik vagy lenyeletik. Ez által a köhögéskori zörej nedvesebb hangot kap, és hozzá szörtyzörejek vegyülnek. Mig a legközelebbi napok alatt az elválasztás növekszik, az elválasztó felület is nagyobb lesz, mennyiben a hurút az alatt lefelé terjedve, a légsöt és hörgöket is körébe vonja. Már néhány nap múlva elmarad a rekedtség, a köhögés még tovább megmarad, és egészen csak lassan lassan szűnik meg. A heveny hurút vagy teljesen meg-

gyógyul, vagy idült alakba megy át, vagy a legkritkább esetekben olynemű bonyodalmak csatlakoznak hozzá, melyek megfűladás veszélyével járnak.

Legjobb óvszer a hurútok ellen, legalább az egészséges gyermekeknél, az edzés. Minél inkább szoktatják a gyermekek gyapjuszövethez, meleg vízhez, annál nagyobb hajlammal bírnak a hurútokra. Angol-, görvélykórban, vagy más, hurútokra hajlamosító betegségekben szenvedőknél az alapbetegség ellen irányzott zsongító gyógykezelés alatt szükséges lehet némi kimélés, elkényeztetés; de még ekkor is hátrányosabb a szobalevegő és pchely-ágy, mint a gyenge légáram, és a takaró időnkénti félretevése (Blossliegen). A kezelés tekintetéből a kórokokat kell szem előtt tartani. Hol az ok a porral telített körlég behellésében fekszik, legjobb szolgálatot tesz a közömbös vagy gyengén összehúzó szerek behellése. Erősebb, lobhoz vezető ingerek behatásánál a gége, helyén lesz a hidegborogatás, és szükség esetében nadályok a nyak mellső részére. Meghűlések után itassunk az illetővel bodzavirág forrázatát, seltersi vizet tejjel stb. langyos italokat, nagyobb mennyiségben. A gyógykezelésnél másod rendben irányadók a körttinetek. Heves köhögési ingert szunyal kis adaga vagy Dower por által küzdjünk le. Ha a köpet nehezen olvad, és megerőltetett köhögést okoz, könnyebülést szereznek a $\frac{1}{2}$ —1% konyha-, szalamia- vagy sziksóoldat behellések; előnyösek ilyenkor belsőleg a lugalos- és légkőnegkészítmények is. Később a nyákhártya sokáig tartó elválasztása ellen alkalmas az összehúzó szerek behelltetése.

II. ÁLTOROKGYÍK, PSEUDO-CROUP.

H. R ö h l e: Die Kehlkopfkrankheiten. Berl. 1861. p. 80.

N. F r i e d r e i c h: Virchow's Handbuch. V. p. 423.

G. G e r h a r d t: Dictionnaire des sciences médicales. „Art. Group.”

G. G e r h a r d t: Der Kehlkopfcroup. Tüb. 1859. p. 55.

P i e d v a c h e: Rev. de thérap. méd.-chir. 6—8. 1857. Schmidt's Jahrb. 96. p. 59.

C h a t e l a i n: Ibid. 10. Ibid. p. 60.

K e r l i: Deutsche Klinik 1858. 5—7. Schmidt's Jahrb. 98. p. 198.

Bármely gégehurút, hogyha az azt létrehozó hatályos lobinger (Entzündungsreiz) folytonosan tart, oly fokot érhet el, hogy a különben is szük gégeür a nyákhártya megduzzadása következtében tetemesen megszűkül, a légvételnél nem ereszt át elegendő levegőt. Ilyenkor a légzés hangos, a köhögés ugató, az érttés kicsiny és gyors, a visszerek erősen megtöltvők. A gyermeket azon gyorsan fellépő szén-savmérgezés, mely a betegség kezdetén nem tűnt fel veszedelmesnek,

kivégezheti, vagy legalább a légsömetszést teszi szükségessé. Ezen esetekkel szemben, melyeket valóban a hurúthoz csatlakozott gőgfedővezénynek kell tartani, vannak mások, melyek az által jellemzők, hogy a gyermekek évek során át minden, vagy csaknem minden heveny hurút alkalmával füldoklási rohamokat kapnak. Ezen állapotot nem tekinthetünk kóros egyéni hajlamnak (idiosynkrasie); az nem egyéb, mint bizonyos görcsös állapota a gégeinek, mely nem csak önmagától megszűnik, hanem mesterségesen is elhárítható. Nagybórá egészen egészséges, csupán hurútokra hajlandó, és épen e miatt némileg elkényeztetett és időváltozások iránt fogékony gyermekek azok, kik ezen érdekes bajnak alávetvők. A legtöbb, általam észlelt eset a 2—10 év közötti gyermekekénél fordult elő, és pedig, amint az több oldalról megerősítettik, túlyomúlag előkelő családok gyermekei között. A körlefolvás rendszeren abban áll, hogy valamely élénkább meghűlés, testmozgás, vagy efélék után közönséges orrnátha támadt. Közönségesen az első éj, ritkább esetben a második alatt, a gyermek légvétele nehezzé, hallhatóvá, hangossá válik, álmából felriasztja a gyorsan súlyosbodó nehéz légzés, időszakonként (stossweise) szárazon, sipolva köhög; rekedt, krákogó (krähend) hangon félelemről és elfogultságról panaszkodik. Az érítés gyors és kicsiny, a légvétel lassú, be- és kilégzésnél hangos, félbeszakítva ugató köhögés által, melynél a bordaemelő izmok erősen működnek; feltűnő az u. n. belégzési behúzóadás (inspiratorische Einziehung) a rekeszizom megtapadása hosszában; az arc duzzadt, kékesveres, aggodalmas kinyomatú, visszerei hatalmasan duzzadvák. A garat megtekintésénél hurútos lob tünetei mellett az álhártyának semmi nyomát sem látni. Hiányzik a valódi torokgyíknak megfelelő mirigydag az állkapocsszöglet alatt és a nyakon; a test hőmérséke kissé emeltebb. Ezen torokgyíkroham, mint azt a tünetek után jogosan nevezni szokták, egy fél órától egész ó, a legtöbb esetben 2—3 óra hosszúig tart, és bő izzadással, nedves szeresegő köhögéssel, bágyadsággal és alvással végződik. Elmarad a hangos légzés, a görcsös légvétel erőtetette megy át, az előbb aggodalmas, felizgatott arcnyomat nyugodtabbá válik. Más napra a közönséges hurút tünetei maradnak meg, még csekély rekedtséggel, még duzzadt arccal, és egyes betegekénél, a tetemes visszeres pangás bizonyítékául, az arcon számos apró vérömleny pontokkal. Ezen túl minden új hurút hasonló rohammal jár. Ismerek egy fiút, ki 6 év lefolyása alatt több mint 50 rohamot állott ki. Később azon gyors növés beköszöntésével, mely a 12—15 életév között a gégeürt aunyira kitágítja, hogy a hangszálakok 10 Mm. hosszúságról fiuknál 17-re, leányoknál 13-ra növekednek, mindinkább kialszik ezen hajlam,

annyiban, hogy mind ritkábban jelen meg egy-egy új hurút, s nem mindenik jár áltorokgyík-rohammal, és a rohamok gyengébbek, s rövidebb ideig tartanak.

Az első roham megkülönböztetése a gége álbártyás lobjától nehéz. Jóllehet azon körülmény, hogy a garat nyákhártyájának álbártyás loba ki nem mutatható, továbbá a nyakmirigyek duzzanatának hiánya, és az előrement erős hurút, hatalmas támpontokul szolgálnak az áltorokgyík kórismerésére, mégis helyén lesz, ha első alkalommal az eldöntést a szerek hatásától, és a betegség lefolyásától tesszük feggővé. Hogyha 36 óráu túl tartós rosszabbulás mutatkozik, határozottan álbártyás lobra tegyük a kórismét, mert áltorokgyíknál a gyermekek közönségesen már a második napon tökéletesen jól érzik magukat.

A lefolyás az itt felsorolt tünetek mellett csaknem minden esetben kedvező, azonban voltak esetek, hol szükségessé vált a légesümetzés, és egyeseknél még ez úton sem sikerült az életet megmenteni.

Az egyes rohamok leküzdésére úgy a bólitó, mint az izgató és görcsellenes szerek ajánlatnak, a szerint, a mint a betegség a gége izmainak görcse vagy hűdése gyanánt fogatik fel. Épen nemcsuda, ha mindezen szerek üdvös hatásúaknak tartatnak, mivel a betegség az esetek több mint 90%-ben különben is meggyógyúl. Föltéve, hogy ilyen hurútnál felette bőven és gyorsan képeződik az izzadmány, hogy a nyákhártya rövid idő alatt vizenyösen megduzzadt, míg a váladék a felsziure jutva, onnét kivettethetik: igazolva lesz a következő szer is. Ugyanis én a roham kezdetén mustárpépet tétetek a szegycsont markolata fölé, és ez által a rohamnak néha elejét hiszem vehetni. Szerintem ezen elvezetési eljárásról fel tehetni, hogy kisebbíti a gögbeli vérbőséget és kiizzadást. Hasonló irányban még hatályosabbak a hideg borogatások, és jeges vízzeli szájöblöngetések. Ha mindezek dacára a roham még hosszabb időu át fokozódik, akkor a vérnyomást legbiztosabban csökkenti, és a béltrülések által háritólag hat a hánytató. A háziszerek közül kiterjedten használt forró meleg tej hatását csak úgy magyarázhatni meg, hogy az, mint általában a forró meleg italok, fokozza a szivverést és vérnyomást, és így a hig izzadmány elválasztását a felszinén gyorsítja. Hol ezen szerek eserbenhagyva, a szénsavmérgezés tüneteje jelentkeznek: véghez kell vinni a légesümetzést. Föltéve, hogy a roham az alkalmazott szerektől meglehetősen függetlenül kedvező kimenetelü szokott lenni, akkor fő feladat az újabb hurút-, vagy legalább a fulladozási roham bekövetkezését megakadályozni. Ha ilyen betegeket rohammentes időben gégettkörrel megvizsgálunk, a gégében semmi változást sem veszünk észre, nem, még a szövetnek durvább rend-

ellenességét sem. Én Először R a u c h f u s s által tétettem figyelmessé arra, hogy itt a garat és gögbemenet idült hurútja képezi az alapot. Ez idő óta valóban egy megvizsgált esetemben sem hiányzottak a nevezett tájon, a garat hátsó falán, gyér edénytagulatok és szemcsésedések. Mi több, az e végből belehelletett $\frac{1}{2}$ — $1,0$ ° timsóoldat ritkábban okozott hevenyhurútot, és a rohamokat teljesen megszüntette. Egy esetben a belehelletés hosszabb kihagyása után a rohamok újból megjelentek, és ismétí belehelésekre végkép kimaradtak.

III. IDÜLT GÉGEHURÚT. CHRONISCHER KATARRH.

A gyermekkor általában nem gyakran támadtatik meg ezen betegségétől. A gége nyákhártyája itt a veresség különböző fokát mutatja egészen a valódi sápadt külemig, e mellett azonban mindenkor kitágult edényeket, melynek nevezetesen feltűnők a hangszálagokon és a kán-gögfedő redőkön. Hosszabb tartamnál a nyákhártya, és főképp annak fölháma megvastagodik, a takhártya alatti szövetben körülírt túltengések-, habareszerű daganatok (polypoide Anschwellungen) támadnak. (T ü r e k k). Olykor a hangszálagokon kis visszértágulatok képződnek a nyáktüszökön, nem különben szemölcszerűt kinövések, kis tömlők, egyenletes megvastagodás a hangszálagokban. Általánosn gyakori, heves behatások képezik azon kórokokat, melyek heveny, az idültnek alapjául szolgáló hurútot szülnék. Még csak néhány fontos körmozzantó tartozik ide: túlfeszített működtetése a gégének, súlyos hevenylobok maradványai, és a szomszédos szervek részéről adódott vérkeringési zavarok. Idült hurúttal, vagy annak érintett következményeivel gyakran találkozunk azon gyermekeknél, kiknek hiányos vagy hibás neveltetés folytán szokásukká vált a hangos kiabálás, túlhajtott énektanítás után, különösen gyakran a szabadban fenhangon tanulóknál (Currendeschülern). Torokgyík, kanyaró, hökhurút után némely esetben visszamarad rekedtség, mely az egész életen át megmaradhat, és közönségesen mirigydagokon, visszértágulatokon és eféléken alapúl, melyekről fel lehet tenni, hogy kezdetüket idült hurút képezte. Végre a szomszédos szervekben fészkelő daganatok (golyva, kedeszmirigy, hörgmirigyek) is támaszthatnak pangási vérbőséget a gégében, melynek következtében hevenyhurútok idültbe mennek át, és mint ilyenek megmaradnak.

Fő kórtünete az idült hurútnak a rekedtség, mely a legkülönbözőbb fokra fejlődhetik, és majd egészen szabálytalan, majd bizonyos

szabályszerű súlyosbodásoknak van alávetve. — A rekedtségnek a hangszálalagok nyákkali bevonatásától függő súlyosbodása a reggeli órákban észleltetik, midőn a rendesen csendesebb álm alatt a váladék felhalmozódik. Ilyen rekedtségi hurütök a hangszálalagok mozgásainak finomabb vagy durvább erőműves megzavartatásán alapulnak, és mint a kifáradás következményei legsúlyosabbak estve. *) Nehéz nyelés, nehéz légzés ritkán észleltetik; még ott is, hol ez utóbbi tünet jelen van, amnyira megszokják azt a betegek, hogy arról mit sem látszanak tudni. Köhögés ritkán hiányzik ugyan, de az könnyű, és csak azon mérvben ingerli a beteget, a mennyi a nyák kihozatalára szükséges. A gégetükörrel vizsgálat megerősíti a kórismét, és megismerteti az egyes részleteket. Egyes részek nyákkali bevonsága, és kitágult edények mellett a hangszálalagoknak majd egyenletes bársonyos veres duzzanatát, majd az állhangszálakon lapos, vereses duzzanatokat, majd egyes helyeken fehéres felhámmegevastagodásokat látni.

A tükkörrel vizsgálat főképp biztosít a tulajdonképi gégedagok és hangszálalaghidésseli föleseréléstől. Bujá- vagy gümőkóros fekélyek jelenlétét másnemű kórjelek alapján már könnyebben sejtetni, de ezen vizsgálat azokat is kétségen kívül hagyja.

Hol a kórokok kézre advák, legelőször is azok veendőik figyelembe. Ilyenek a gyakori meghülések, füsttel telített szobalevegő, erőltetett énekgyakorlatok. Belső gyógyszerek közül alkalmazzák az égvényeket (emsi viz, szénsavas hamany, kétszer szénsavas szikeny), hamany-sókat (Salamiasó, higitott anizsos könenylégeg oldat,) kénkőnegeket (Weilbachi viz, kénsavas hamany). Fő szerepe van mindenkör a helybeli kezelésnek. Edénytágulat és a nyákhártya bársonyszerű duzzanata ellen előnyös a timsó befűvése, és pokolkő oldatávali eszetelés. A beeszeteléshez legalkalmasabb egy görbe halesontkutasz végére kötött szivaesdarab; az oldat 1—5%. Körtülrít bujálkodások étető szerek, vagy gálvános égetés által roncsolandok szét, vagy késsel bemetélenődök. Könnyebb, kiterjedt megbetegedések a belchellésekre (pokolkő, timsó, esereny) is engednek. Visszamaradt hangszálalaggyengesség miatt utólagosan még gyakran szllkséges a villamozás is.

*) Mennyire hatalmas befolyása van a hangszálalag izmainak még a hangképzés durva akadályai ellenében is, újból közelebb tapasztaltam egy színházi énekesnél, ki egy. a hangszálalag szélén ült kis mirigydag miatt orvosa által a bőrön át faradalsaltrattott. Beteg állítja, hogy minden ülés után némely magas hangot, melyre azelőtt képtelen volt, 3—6 órára ismét tökéletesen visszanyert.

IV. HÁRTYÁS GÉGELOB, HÁRTYÁS TOROKGYÍK. CROUP,
DIPHHERITIS LARYNGIS.

Bartels: Beobachtungen über die häutige Bräune. Deutsches Arch für klin. Med. II. p. 967

Ziemssen: Ein laryngoskopirter Croupfall. In Greifsw. med. Beitr. Bd. II. p. 123.

P. Güterbock: Notizen zur Diphtheritis und Tracheotomie etc. Arch. d. Heilk. VIII. pag. 518.

Behn: Die Croup-epidemie 1856–57 in Königsberg.

C. Gerhardt: Der Kehlkopfcroup. Tübingen 1859.

A. Biermer: Zur Behandlung des Kehlkopfcroups mittelst Inhalation zerstäubter Flüssigkeiten. Schweiz. Zeitschrift f. Heilkunde III. p. 157.

Fr. Pauli: Der Croup 2. Aufl. Würzb. 1865.

A Croup megnevezés skót eredetű és vonatkozik a hang, valamint a légzési zörejek ezen betegségnél észlelt megváltozására. A bonctani tulajdonságok először Ballou által (1576) lettek leírva.

Azon, több oldalról nyomatékosan hangsúlyozott különbség, mely a gégebeli folyamat alapján a Croup és Diphtheritis között létezik, nézetem szerint többé nem tarthatja fenn magát. Bonci alapon úgy igyekeztek definiálni ezen különbséget, hogy míg a diphtheritikus hárttyák betervednek a nyákhárttya állományába és ott feszesen megtapadnak, addig a croup hárttyái lazán fekszenek a felszínen, és arról könnyen leválaszthatók a nélkül, hogy fekélyt hagynának hátra. Ezen felfogás szerint a gége rousoló lobjának csaknem minden boncolásánál látunk a hárttyáslob megszakadás nélküli átterjedését, és ugyanazon alapon kifejlődését a légcsőben. Nincs következetesség a szétválasztásban még kóroktani alapon sem, oly módon, hogy a ragályos, járványos alak lenne a diphtheritis, a szórványosan fellépő pedig a hárttyás torokgyík. Én magam láttam és közöltem is, egy kitünő példáját a ragályosságnak egy szórványos eseténél. Ezért fel kell venni, hogy egy és ugyanazon betegség ismeretlen segédmozzantók befolyása alatt némely helyen tartósan megmarad, következetesen elterjed, (tájkóros croup a Weener tónál), máshol, és pedig legtöbb helyen, a talaj csak mulékonyan kedvez elterjedésének (járványos croup), de közönségesen kevés esetre marad szorítva (szórványos croup). Gyermeknek fogékonyabbak mint a felnőttek, újszülöttek és csecsemők ezen szabály alól kivételt képeznek; legnagyobb a hajlam a 2—7 életév között. A kór-hajlam a betegség egyszeri túlállásával úgy latszik meggyengülni, de ki

nem alszik. A másodszeri megbetegedésre több példa van, mint más heveny ragályos betegségekre, de az mégis nem mindennapi. A férfienem minden korban, egy kivétellel az első életévben, többször lett megtámadva mint a nőnem. Görvélyes gyermekek kiváltkép gyakorau esnek ezen betegségbe ; úgy látszik, hogy ezek legkedvezőbb talajt szolgáltatnak a ragályanyag tovaterjedésének. Ezen okból a hártvás torokgyikban elhaltak boncolásánál aránylag gyakran találni a légeső idült hurütját, és a hörgmirigyek elsajtósodását. Egyes betegek a ragályanyag felvételére kiválóan erős fogékonysággal bírnak, annyira, hogy ilyenek a hártvás gégeleobnak (a legkülönbözöb ktlviszonyok között) ismét és ismét megszabadult áldozatait képviselik. Másrészról vannak egyes házak és útcák, helységek és vidékek, melyek valódi termelői a betegségnek, ezek bírnak bizonyos mérvben azon tulajdonsággal, hogy a betegség kórananyagát megkötik és visszatermelik. A kifejlödés feltételei kedvezöbök a nagy városokban, és mindenttt, hol az emberek összesüfolva laknak ; sik földön kevésbé, ellenben laktanyákban, szegénylakokban annál inkább szedi áldozatait ezen betegség. A szegények gyermekei általában nagyobb számmal betegesznek meg mint a jómódúaké. Azon tapasztalat, hogy egy családban több gyermek betegszik meg egyszerre vagy egymás után, könnyen megfejthető a ragály természetéből, mely az esetleges átoltás által fájdalom, már igen gyakran kétségbevonhatlan bizonyítékokat szolgáltatott. A ragályanyag tárgyakon is megragad és elhurezoltathatik. A lappangási idő körülbelöl 3 nap. H u t t e r, T o m m a s i, L e t z e r i c h és mások vizsgálatai nyomán alig kétségbevonható többé, hogy gombaacsir képezi a betegség gerjanyagát (E n e g e r), és hogy ezen csirok a vérbe felvétetnek. Hogyha a gége hártvás lobja csaknem mindenkor a garat hártvás lobjának kíséretében lép fel, ellenben az utöbbi még többször egyedül is, akkor ezen körülményből az derül ki, hogy a gombaacsirok beleheltetvéu, először a légyszájpad előálló részeire, azután a gége kiemelkedő redüire rakóduak le. Másodlagosan előjön a hártvás torokgyik vörhenynél vagy vörheny után, kanyarónál, hagymáznál, hökhurüt és genyvérnél. Újszülötteknél az kapcsolatban állhat a bujakórral (F ö r s t e r). Míg a vörheny mellett oly gyakran észlelünk álhártvás garatlobot, addig a kanyarónál, ha az egyáltalán diphtheritissel van szövödvé, a hártvás lob inkább a géget támadja meg.

Boncolásnál a gége nyákhártvája egészben duzzadtnak és tetemesen veresnek találtatik, egyes helyeken, vagy az egész kiterjedésben egy fehér, ritkábban — a tisztátlanúság következtében — szürke vagy barna hártvától fedve, melynek vastagsága finom papirtól

több mm. között változó. Ezen hártya mögött, még ott is, hol az könnyen levonható, néhány kis vérömlenyos pontot láthatni. A gögfedő csak alsó, a gögfedő-redő csak belső oldalán van izzadmánytól fedve. Egyszersmind ezen redőgyengén vizenyös, a vizenyő elterjedhet a gögfedőre is. A betegségnek néhány napi tartama után a légeső, és egy része a hörgőknek is bevonatik a hártvás lob körébe. Ekkor azután ezen szervekben izzadmányesőveket, — a legfinomabb hörgöskékben az alaphoz igen lazán tapadó izzadmányhengereket találunk, mialatt a gögtrbeli álhártva csakis csatokban választható le. Egyidejűleg találjuk: belterjes hurútját a diphtheritistől mentve maradt többi nyák-hártvának, tágulatlan helyeket a tüdők alsó lebenyeiben és a tüdőszéleken, lebenykés — (Bronchopneumonie), croupos tüdőlobot, légdagját a tüdők felső lebenyeinek, mely leletek mindannyian összefüggésbe hozandók a hártvás torokgyiknál érvényre emelkedett rendellenes légzéssel. A nyak nyirkmirigyei, úgy az állkapocs alattiak mint a torkolati visszér mentében fekvők, rendesen nagyobbak, halványveresek. Ha a lobsfolyamat a hörgőkbe terjed, túltengve taláthatnak a hörgők elosztódását körülvevő —, valamint a tüdőmirigyek is. Nem oly rendes a távolabb fekvő mirigyek —, mint a kulesalatti és fodor, valamint az elszórva és csoportosan álló béltüszők duzzadtsága. Ellenben valamivel nagyobbodott a lép, vérdús, és igen kivethető Malpighi-féle hólyagcsákat mutat. Végre felemlitendő, hogy a vesék ben csak kivételesen taláthatnak heveny gyurmaalob-alakok, azonban alig hiányoznak a könnyebb hurutos megváltozások.

A betegség kitörése többnyire lassan köszönt be, ritkán borzongással vagy rögtöni roszülléttel; kezdetben csak gyenge láz és a légző szervek, különösen a gégehurút tünetei találhatók. Erre következnek: kedvetlenség, fokozott szomj, nyugtalan alvás, a külbőr emeltebb hőmérséke; majd rekedtség, köhögés, szárazság és karcolás érzete a garatban utalnak a hurutos állapot jelenlétére. Ezen előhírű nőki (prodromale) hurút sohasem hiányzik, de gyakran nem vétezik észre; tartama igen különböző, majd néhány óra, majd 3—4 nap. A második (sztkületi) időszak beköszöntével mindinkább megváltozik a hang, magas fittyhangok közbeszövése mellett sziszegővé, sípolóvá válik, nehezedik a légvétel. A nehéz légzés ezen időben nem szokott egyenletesen fokozódni, hanem rohamszerűleg (anfällsweise; u. n. torokgyikrohamok). E mellett a légvételek száma csak kevéssel több a rendesenél; az egyes légzések, úgy a be- mint a kilégzés, vagy csupán egyik a kettő között, hallható, hangos (mint midőn belégzés melletti-t vagy ű-t akarunk kimondani), azaz a gögrés most már szükült,

és itt az erőltetett légzés mellett átnyomuló levegő hangos dörzs-zörejt hoz létre. A légvételek a legnagyobb erőmegfeszítést bizonyító külső tünetek kíséretében, — megfeszített végtagokkal, többnyire feltámasztott törzs, nyitott száj-, élénk orrszárnymozgások mellett — történnek. Gyorsan emelkedik és süllyed a gége, erősen kidomborodik a mellkas, csupán alsó részén, a mellesont alsó végénél és a szomszédos bordaporcokon látható minden belégzéskor egy mély, barázdaszertű behúzó-dás, — mi egyik bizonyossága annak, hogy a szűkült hangrészen át nem jut be elegendő levegő arra, hogy a belégzéskor kitágult mellkas ürterét kitöltse. Így a kardnyújtvány a küllégnyomás következtében 2''-re közeledhetik a gerincoszlophoz. Ezzel egyidejűleg minden belégzéskor behúzódnak gödör alakra a kulcsosont fölötti és alatti tályak, valamint a bordák közötti hézagok. Gyakoribb, füttyülő, ugató hangtól kísért köhögés, (melyek némelyek mint „Croupköhögést“ ezen betegségnél jellemzőnek tartanak) közben olykor nyúlós, nyák- és genyből álló köpet vettetik ki. Ezen tünetek — hang, légvétel, köhögés — némelyszerző által tévesen a torokgyík körjellegző tünetei gyanánt vétetik, mivel azok ezen betegség egyes ritkább eseteiben mindannyian hiányozhatnak, ellenkezőleg gyakran jelen vannak más, a gége ürterét szűkítő betegségek-nél is, és csupán azt bizonyítják, hogy valamely, a hangrész szűkületével járó betegséggel van dolgunk.

Hogy a betegség alapját álhártyás lob képezi, valószínű lesz a heveny lefolyásból, az állkapocsalatti nyirkmirigyek hevenyen támadt megduzzadásából; ha álhártyás izzadmányt találunk a garatban, vagy (ritkán) a test egyéb részein; végre akkor, hogyha köhögésnél fölismerhető álhártyadarabkák vettetnek ki. A mandulákon hiányozhat az izzadmány, mintez némely járványnál gyakran észleltetik; vagy az csak később a betegség fokozódásánál vagy rendellenes lefolyásánál jelenik meg. Az első napokban ne számítsunk az álhártya kiköhögésére, és erre általában legtöbbször hiába várakozunk is. Az érítés többnyire teljes és gyorsított, az arc mérsékesen kipirult, a bőr forró, a gyermek egész lényé megváltozott, p. o. kedélye szomorú, szeszélyes, minden figyelme betegségére van irányozva, úgy, hogy mindent gondosan kerül, mi nehézlégzési rohamokat előidézhethetne, — így némelyik még az evést is. A rohamok, melyek alatt a gyermekek gyakran nyakukhoz kapnak, mintha onnét el akarnának távolítani valamely akadályt, némelyek által kizárólag a hangrészgöres következményei gyanánt tekintetnek, míg mások úgy a rohamokat, mint a rohamok közötti nehéz légzést a gögizmok hűdéséből magyarázzák; jóllehet az esetek egy kis számában mindkét nézet tökéletesen jogosult, azonban Bretonneau szerint, és általunk egy

más helyen részletesebben megadott nézpont nyomán, a rohamok közönségesen az által támadnak, hogy a hörgőből jövő hurutos váladék nehezen hatol át a megszűkült gögrésen. Ritkán ezen tünetek elmáradása, és a betegség kedvező fordulata mellett a második időszak néhány napi tartama után egy harmadik, egyszerűen hurutos szak következik, mely lassanként a tökéletes gyógyútláshoz vezet. Az esetek 3/4 részében a harmadik időszakot már a halál előhírnöke, a tetszhaláli állapot képezi.

A tetszhaláli időszakban is megmaradnak a gége szűkülésének összes tünetei, valamint az álbartyás lobé is, csak hogy azokhoz még a szénsavmérgezés tünetei csatlakoznak. Az arc halványabb, az élet vége felé pedig kékes vagy ólomszint ölt magára; az előbbi, aggodalmat kifejező vonások mind közönyösebbé, életteleenné válnak; a szem elveszti fényét, bezáródnak a szemhéjak, az értítés kevésbé telt, ellenben igen szapora, rendetlen és kimaradó (belégzéskor nem érezhető); szaporább lesz a légvétel is, és a mellett szükségkép tökéletlen és felületes; minden mozgás bágyadtabb, fogy az értelem, — egyes esetekben azonban sajátságos módon megmarad, sőt fokozódik; — végre bekövetkezik szunyokór, meghidegtülnek a végtagok, érzéshiány mutatkozik a bőrön, mely tünetekhez a halált megelőzőleg ritkán göresök is csatlakoznak. Ezen jelenséget a vérnek gátolt légesere mellett lassanként kifejlődő szénsavmérgezéséből, és részben még azon akadályból magyarázzák, melyet a vérkeringés a folytonos erőszakos légvételi mozzanatok által szenved. Ezen utolsó időszak legfőlebb egy napig tart.

Gégetükörreli vizsgálat egy torokgyikos gyermeknél Ziemssen által végeztetett. Ő egyéb részek vörösségén és bevontságán kívül látta, miszerint a megduzzadt, izzadmánytól fedett hangszálagok mozdulatlanok voltak, mellfelé széleikkel közvetlen egymásra feküdtek, mialatt hátrafelé egymástól egy keskeny rés által voltak elválasztva; a rés legszélesebb volt a hátsó eresztéknél. Világosan látható volt, hogy a ki, és belégzéskor ezen rés nagysága nem változott. Ezen lelet adja legközelebbi magyarázatát a tarkó azon hátrafesztésének, melyben az ilyen betegek könnyebbülést keresnek. Ugyanis, hogyha a gége előtt fekvő lágyrészek fesztítvők, és ha a gerincoszlop nyakrésze domborubb, akkor a gög porcváza előről hátrafelé laposra nyomatik, és ez által szélesebb lesz a hangszálagok közötti rés.

A légzés a gög megszűtlése következtében oly módon szenved változást, hogy a nyúltagy izgatottságának folytán az összes légző izmok a lehető erőlylyel működnek. Ez által a mellkas ürtere már a belégzés kezdetén rendkívül kitégittatik, egyszersmind, mivel a szü-

kült gögön át a levegő csak gyéren juthat be, abban egy megfelelő kisebb belnyomás támad. Ennek következtében behúzatik (adspirist) egy részről a rekesz, másrészről a gége, s ez utóbbi, dacára belégzéskori összehúzódásának, magasabban fog állni, míg a rekesz mélyebb helyzetet kap, mint azt különben a nyelv és mellsout közötti izmok összehúzódása eszközölhetné. E mellett bestüpednek a mellkas falának legengedeke nyebb helyei, behúzódnak az alsó álbordák és felső bordaporcok, és pedig legerősebben ott, hol azokra egyszermind a rekesz összehúzódásai is hatnak. A belégzés tartama alatt lassankint beáramlik a levegő, a mellürben növekszik a nyomás és alábbhagynak a behúzóadási tünetek (Adspirationserscheinungen). A kilégzésnek is szüksége van a rendelkezésére álló minden izomkészletre, hogy hangos zörej mellett ismét kiszorítsa a belégzésnél felvett csekély levegőmennyiséget. A nem elégséges légesere következtében fokozódik a vérnek szénsavfelhalmozódása és éleny-elszegényedése, míg nem ez utóbbi körülmény következtében a nyúltagy ingerlékenysége fogy, mire a légvételek felületesebbek és gyorsabbak lesznek.

A tüdők felső melső részei belégzésnél erősen kitágíttatnak, mert épen itt a mellkas falán semmi behúzóadás sem található; hasonlókép a kilégzéskor ezen részek még egyszer annyira tágíttatnak, és pedig azért, mert itt ninesenek olyan kilégzési hatányok (Exspirator), minők a tüdők többi részeitösszenyomják, és a levegő a hangrésen át csak lassan térhet ki. Ezért boncolatoknál a felső lebenyekben mindenkor légdagra akadunk. Egészen megfordítva áll a dolog a tüdők alsó részeinél: ezek nem tágúlnak ki a belégzéskor, mivel épen ezen tájakon besülyed a mellkas, és a rekesz fölfelé húzatik, mint azt fölismertetni a máj alsó szélének kontatásakor; ellenben kilégzéskor ezen részekre közvetlenül behat a hasprés, innét azok légszegények lesznek, nagyobb kiterjedést tágulatlanságot mutatnak először a hátsó széleken, később egyebblütt is. A tágulatlansághoz vérbőség és később izzadmány csatlakozik; ezeken belől lebenyek és tüdőlob-gócok támadnak (Bartels). Ezek nyomán torogyikosoknál a környi (peripherisch) lebenyekés tüdőlobok a szükület következményeiként fogandók fel, és nem mint az álhártyás folyamat tovaterjedései. Ezen kívül előjönnek központi lobbócok és májasodások is, melyek, mint tisztán álhártyás, a felső légutak croupjával egybefüggő folyamatok tekintendők. Azon esetben, hogyha a tüdőszélek tágulatlanok, és a szív, a vér adspiratioja következtében, túltelt, nagyobbban fog látszani a szív tompúlatá; ellenben hogyha ezen befolyások a légesömetszés által megszüntetnek, a tompúlat azonnal kisebb lesz.

A légvétel viszonylagos lassúsága (az érttéshez viszonylag mint 6 : 4, 5—6) ez idő szerint nincs eléggé kimagyarázva. Nem származhatik az a felső gögideg lob általi izgatásából, mert akkor annak a légesömetszés után is tovább fenn kellene maradnia, és nem alábbhagyni. Sokkal valószínűbb az, hogy erre nézve határozott befolyást gyakorol a C. Hering által fölfedezett tüdő-önkórma nyzás (Selbsteuerung der Lunge). A hallható légzési zörej kilégzésnél magasabb mint belégzéskor.

A láz magatartása még nincs elegendőleg kifürkészve. A Bartels, Güterbock és mások által teljesített mérések tanítják, hogy a hőfok majd veszélyes magasságra emelkedik (40—41° C), majd meglehetősen alacsony marad. Többnyire meghaladja a 39. 5°-et. Több nap elteltével a kitérés után (a 6—9-ik napon) nem ritkán ezen hőfokot találjuk. Az állhartyás garatlob enyhébb alakjai rövid időig tartó erős lázrohammal járnak; a torokgyik is hártvás garatlobbal kezdődik, a mely azután (Lewin által gégetükörrel megfigyelve) továbbterjed a gégére, több nap múlva a légesőre és a hörgőkre, különösen a már különben is vértorlódásos állapotban levő hátrafelé futókra (Bartels). A visszat ermődő ragály nyomról nyomra elfoglalja a légzőszervek nyákhartyájának mélyebb és mélyebb részeit. Az újonan meglobosodott részek lázgerjesztő anyagot szolgáltatnak a vérnek. Hol a lob tovaterjedése lassan, de nem megszakadás nélkül, mint a tüdőlobnál, hanem újabb rohamokkal (schubweise) halad előre, sok esetben meg van fejtve a szabálytan, meredek emelkedésekből — közöttük ismét a test rendes hőmérsékének megfelelő helyekkel —, vagy erős alábbhagyásokkal egybeállított hőgörcsület; ellenben ha a lob megszakadás nélkül gyorsan fejlődik, s erősen körébe vonja a nyákhartya alatti szövetet, akkor magas hőfok van jelen, mint erre p. o. Bartels eseteket hoz fel, melyekben csak is a hideg fürdők által sikerült neki a hőfokot 40° alá szállítani. Azon esetek, hol a hőfok a végbélben 39°-et el nem ér, már a kivételek közé sorolandók. Tartós magas hőfok jóslati szempontból kedvezőtlen, legalább a gégeszükkület veszélyén kívül még egy második veszedelmet jelez; mely kiváló kezelést igényel.

A gégében létrejövő dörszörej mint sürlődás a paizsporcon át is érezhető, és ki- és belégzési, tehát tartós szűkülésre mutat; de kilégzésnél valamivel erősebb, valószínűleg azért, mivel a gög magasb állása folytán a hangrés és száj közötti légoszlop rövidebbé válik. Ehhez egészen hasonló zörej származhatik a gége másnemű szűküléseinél, hasonló a légeső vagy garatszűküléseknél is. Olykor megakad a légáram, s vele együtt rögtön elmarad a zörej. Ezen tünet csaknem

egyedül a kilégzést követi, és közönségesen egy félig vagy egészen felszabadult álhártya beékelődése által okoztatik; természetesen ezen tünetényt szintúgy föltételezheti valamely idegen test, kocsányos habarc, szívós nyákgomoly jelenléte a gőgben. Ezen testek érintkezése az alsó hangszálagok felületével egy, a légzés kimaradására bekövetkező köhögési rohamot idéz elő. Álhártyák jelenléte biztosabban jelezhető akkor, ha a légzési zörej nem csupán félbeszakad, hanem egy tompa csattanó hangba is végződik. A köhögési roham fülladozássá fajúlhat, mely halállal végződhetik; visszafejlődhet, mennyiben az álhártya egy erős belégzésnél visszahúzódhatik a légesőbe, a nyákkal vegyes álhártyagomoly azonban legtöbbsnyire kökögés közben kivettetik. Ha kigombojtjuk ezen gomolyt, és vízben úszni hagyjuk, akkor azon alakot látjuk meglepőleg visszaadva, honnét a hártya ered (lenyomatait a légső porcgyűrűinek, a hátsó hörgfalak ruganyos elemeinek stb.), s bennük az izzadmány vastagsága és kiterjedése felől értékes felvilágosítást nyerünk. Fájdalom csak ritkán teljesülnek azon remények, melyeket megjelenésükhöz akkor csatolunk, midőn rajtuk csupán a gége falainak kinyomatait találjuk. A legközelebbi időben szabadabb az átjárhatóság, megkönnyebbül a beteg, de az álhártya csakhamar, mint azt a garatban szemmel közvetlenül észlelhetni, ugyanazon helyen újra képződik, és a légzést ismét megnehezíti. Az álhártyák által okozott nehézlégzési rohamokon kívül előjönnek még más tünetek is, melyekről kimutathatni, hogy a köpettől föltételezvék; ilyen köpetek megszűkitik vagy eltömik a hörgöket, légsőt vagy géjét. Annak felfogására, mennyire tehetetlen a beteg egy, a szűk hangrésbe beékelődött köpettel szemben, tekintetbe kell venni a kilégzés-kori légáram gyöngeségét. Hogy ezen rohamok a hangszálagok göröse vagy hűdése által idéztetnének elő, az érintett gégetükrési lelet által előttem megcáfoltnak látszik. Tetemes lázzal járó esetekben mindenkor jelen van fehérvyevizelés, különben az majd kimarad, és pedig gyakrabban a szórványos esetekben, majd nem. A megnagyobbodott lép kimutatható.

A betegség első, lázas burútból álló időszakának középtartama 2—4 nap (Charles Wilson). Az utolsó, a tetszhaláli, középtartama mindenkor igen rövid, s néhány órától 2 napra terjedhet. A kettő közötti időszak, a gégeszüktilet, változó; 12 órától egész 14 napig tarthat. Azon esetek, hol ez 2 napot sem tesz ki, mindenkor mint igen hevenyek tekintendők. Ezeket többnyire rövid lappangás, magasláz, nehézés csaknem folytonosan egyfokú nehézlégzés jellemzik. Ellenben azon esetek, hol a második időszak több mint 6 napra elhúzódik, mint kevésbé heveny

lefolyásúak (protrahirt) jeleztenek. Ezeknél a hőmérsék alacsonyabb, ingadozó, a nehézlégzés változó, kevésbé elviselhetlen; ilyenkor a betegség egyes rohamokban foly le, csaknem egészen szabad időközökkel. Olyan valódi idült alakok, minők felnőtteknél a hörgőkben gyakrabban észleltenek, a gégében nem találtnak. Minél fiatalabb a gyermek, annál gyorsabb lefolyástól kell tartanunk. Az évek számával mind gyakoribbak azon lassúbb lefolyású esetek, melyek több időt engednek az eredményes orvosi beavatkozásnak. Hol a betegség gyógyulásba megy át, az többnyire tökéletes, csak ritkán marad vissza a heges elváltozás következtében rekedtség, s még ritkábban, a gég heges megszűkülése folytán, nehéz légzés. Utóbetegségek gyanánt, mint hártvás lobnál általában, észleltenek: hűdések, vízkór vagy vérszegénység.

A jóslat a torokgyiknál általában renkívül kedvezőtlen, csak is kiváló² kezelési mód, és kiváló kedvező viszonyok között menekszik meg $\frac{1}{4}$ része a betegeknek. Egyes esetekben a rövid megelőző szak, a nagy láz, bonyodalom gyanánt csakhamar megjelent belterjes hurút vagy tüdőlob utalnak a betegség gyors és kedvező lefolyására. A jóslatot nem kevésbé teszik kedvezőtlennek a kórházi tüszök, gyermekági lobos folyamatok, súly és más eféle vérbajok uralkodása. Végre beszámítandó az is, valjon azonnal fogantba vétetett-e az orvosi gyógykezelés, és nevezetesen kiterjedt-e az a műtetre is.

A mi álhártvás gégeLOBOKNÁL az orvosi beavatkozást illeti, az legfőbb a kórisme lehető idejekoráni és biztos megállapítása; mi az által érhető el, ha figyelemre méltatunk minden mozzanatot, úgy a járványra vonatkozó általános, mint az egyes esetet illető fajlagos tüneteket. Soha sem mulasztjuk el a garat szerveinek, az állalatti mirigyeknek megvizsgálását; nem a láz megmérését, az érütések —, valamint a köpetek figyelembevételét. A croup leggyakrabban föleserléttik a már előbb előadott áltorokgyikkal; azután azon gégeszükkületekkel, melyek hurótos alapon nyugszanak, és melyeket alig lehet másképp, mint a gégetükör által megkülönböztetni. Esetenként garatmögötti tályog, bujakór, porchártyalob, haugrés-vizenyő is vétethetnek torokgyik gyanánt, itt azonban lelkiismeretes vizsgálat mellett nem nehéz a megkülönböztetés.

Az óvó eljárás azon gondosságot igényli, melyet általában a diphtheritis; a gyógyeljárás főadata: tekintetbe venni különösen azon veszélyt, mely a gégeszükkülés által adódik. Szükséges a torokgyikuál is, ha elég korán jut kezelésünk alá, valamely edzőszer tömény oldatával szétronsolni a mandolákon netán jelenlevő fehér

pontokat vagy foltokat, és egy, ugyanazon edzőszer gyengébb oldatába mártott, halhéből készített kutasz végére jól megerősített szivacsdarabbal a gégebe hatolni. — Ez által gátat vehetünk a betegség tovaterjedésének. Következétesen adhatni belsőleg halvány-savas hamanyt, két szénsavas szikenyt, ¹/₂ vashalvagot; külsőleg jégborogatásokat a nyakra. A fajlagos helybeli betegséggel szemben igyekezzünk fogatosítani a belehelléseket, melyek már maguk birnak azon előnnyel, hogy a nyákot folyósabbá alakítják, és a légutakat kiöblítik —, ha e mellé a belehellésre még szvíz vagy szénsavas alkali vétetik, úgy az az álhártyára oldólag is fog hatni. Ha a kiköpés megreked, igen erőssé válik a köhögés, nehezzé a légzés, akkor elérkezett a hánytató ideje. Ez által talán sikertül az álhártyát és egyéb váladékat a légesöbblől kivettetni, lohadásra birni a nyákhártya-vizenyőt Valjon hányborkót, kénsavas rezet vagy kénsavas horganyt vegyünk — a hánytatáshoz, egyre megy; a szernek biztosan, de nem igen húzamosan (nachhaltig) kell hatni. A szükület első napjaiban a hánytató szert ismételve alkalmazhatni, később erőkimelés tekintetéből azzal jobban kell gazdálkodni. Fulladozásirohamok beálltával, kimaradozó értütsnél, kékes bőrszinezetnél elérkezett az idő, hogy a légesömetzésre gondoljunk. — Hogy ezen műtét idejekorán és teljes gonddal kivive, és utólagosan kezelve jobb eredményeket képes felmutatni, mint minden más gyógyeljárást, bizonyítják azon számos közlemények, melyek Virchow, Gnrll s Hirsch évkönyvüknek utolsó három kötetében megjelentek. Bartels torokgyikos eseteinek a légesömetzés mellett ³/₄, más módokon szerelve ⁷/₈ részét vesztette el; — Böckel maga felét mentette meg azon gyermekeknek, kiket ezen betegség miatt műtött. — Csak azt nem szabad hinni, hogy ezen műtét mindazon mozzanatok ellen gyógyszer, melyek a torokgyikos betegek életét veszedelemmel fenyegetik, mert az egyedül a gégeszükkületet teszi ártalmatlanná, de hatástalan marad a vér nagyfokú megmérgezése —, és a magas hőfokkal szemben. Ha már a műtét előtt a tödökbeni megváltozások: tágulatlanság, lebenykes tödölob az alsó részekben, és tödölégdag a felső lebenyekben, nagyon előrehaladtak, vagy igen sok hörg lett betömve álhártyával és hurutos váladékkal, akkor a légesömetzés sem állit helyre elégséges légcserét, és a betegek elfulnak, mivel náluk a levegő szabadon bejut ugyan a légesöbe, de nem hatolhat be a légsejtekbe. — Idejében véghezvitt légesömetzés megekadályozza ezen másodlagos tödöbetegségek keletkezését, és innét a kedvezőbb eredmény. Igen érdekesek a halálos kimenetek megbirálására vonatkozólag a légesömetzés után azon mérések, melyeket Bartels tett;

azok oda bizonyítanak, hogy a csapcsön át elegendő mennyiségű levegő leheltethetnék ugyan ki, de a kilehelt levegő csak $\frac{1}{6}$ részét tartalmazza az öt megillető szénasv mennyiségnek. Hol csak lehető, a barmalik időszak beállta előtt kell műteni, de csak akkor, ha a kórisme teljes biztossággal meg van állapítva, és ha lelkiismeretes megbíralás mellett a gyógyulásra légesömetzés nélkül igen kevés kilátás van. Két éven alól igen ritka a kedvező eredmény. Túlnyomólag erőhiányos jellemű járványok annyira rossz kilátást nyújthatnak az eredményre, hogy inkább feladjuk a műttétet. A műttéhez több segédre van szükségünk, kik a kábitást, a sebszelek eltávolítását, szivacsot, sat. kezelik. A nagyobb edényeket, úgy az üt mint a visszereket, oldalra kell húzatni, vagy lekötni; azonban a vérzés csillapításával soha sem szabad sok időt elvesztegetni, mivel az a csapcső bevezetésével úgyis magától bekövetkezik. Legalkalmasabb az $\frac{1}{6}$ körivre görbitett, és a cső felé mozgékony tokkal ellátott csapcső. A műttét utáni legközelebbi napok alatt egy kellőleg betanított ápolónak kell a betegre feltügyni, ki a belső csövet annyiszor kitisztítsa, mennyiszor az szükséges. Magas lázzal szövődött eseteket hidegvizel kell rendszeresen kezelni, úgy, mint a hagymázt. Azon esetekben, hol nem a szükület, nem is a láz foka az, mi veszedelemmel fenyeget, hanem a súlyos vérfertőzés tünetei, kísértstik meg a bort és kinalt. A torokgyik ellen nagy száma lett feldicsérve a biztos vagy legalább hatásos gyógyszereknek; így külsőleg a nadály, pépek, izzasztó gyógymódok, szürke kenőcs; belsőleg horgany, kénvirág, kénsavas haméleg, Copaiva, valamely hánytatótószer rövid időközökbeni folytonos adagolása, kénsavas rézeleg. Minden évben növeli egy újonnan ajánlott gyógyszer a régiek számát, fájdalom a nélkül, hogy ez idő szerint közülök csak egy is általános bizalmat yivott volna ki.

V. GÉGEVIZENYŐ. OEDEMA GLOTTIDIS.

Ezen betegség *Sestier* igen jeles értekezésben letett vizsgálatai szerint ritkábban jön elő a gyermekeknél, mint a felnöttek között. A gyermekkorban, főkép a kóroktant illetőleg, ezen betegség, egészen sajátos alakkal bír, mely több angol orvos (*Poland, Coley, Jameson*) által megfigyeltetett már, minek kifolyása, hogy e helyt értekezésünk tárgyát képezi. Értjük az elsődleges megbetegedési alakot, mely forró vizpárák behellése által hozatik létre, és kiváltképen azon $1\frac{1}{2}$ —3 éves gyermekeknél észleltetik, kik a forró vízzel megtöltött theafőző-üst elöntő csővéből szörpölgették a forró parát. Köny-

nyen kimagyarázható okokból éppen az angol orvosoknak van legtöbb alkalmuk, ezen kóralakot tanulmányozni. Ezen forró pára, mert maga a víz soha sem hörpöltetik föl, általi megforrázás következtében azonnal heves fájdalmak jelentkeznek, a gyermek kibocsátja szájából az edényt, és élénken sír. Rövid idő elteltével enged a fájdalom, mire néhány, látszólag veszélytelen óra következik, mi alatt a gyermekek szokott játékjuknál maradnak; erre lassankint nehezebbé válik a légzés is, s míg előbb csupán a szilárd tápszerek lenyelése nem történt egészen szabadon, most rekedt lesz a hang, nyújtott sziszegő a légzés, gyorsabb az érítés, halvány az arc, hátrafeszített a nyak. Ezen tünetek néhány óra hosszáig folyton fokozódnak, és p. o. J a m e s o n eseteiben 4—6 óra elteltével életveszedelmes fokra hágnak.

Ezen időben a száj- és garatürben a leforrázás egyes közösleges tüneteire akadni: hólyagok vagy fölpir, a hangrészszélék duzzadtak, a göggedő többnyire fölfelé irányul, és hol a behatás jelentékenyebb volt, szélei és oldalai a nyákhártya megdagadása következtében letetűződtek. A nehéz légzés ritka esetben vagy megmarad hosszabb időre a mérsékeltég határai között, vagy mihamar alábbhagy; a gyermekek kora magávalhozza — p. o. J a m e s o n mind a 13 esete 1½—3 éves gyermekekre vonatkozik, hogy a gége megszűkülése csak rövid ideig elviselhető, a nélkül, hogy azok tetszhalotti állapotba ne essenek. Ezen tünetek között elhalt gyermekeknél a kängöggedő-redők, az áhlangszálagok, gyakran maga a göggedő is be vannak vonva petyhüdt, laza, ráneos, különben erősen megduzzadt nyákhártyával, melynek főlháma fehéresen elhomályosodott, ritkábban hólyagokba emelkedett, melyek átmetszetvén véres vagy pelyhes, zavaros savót ömlesztnek. Igen belterjes esetekben ezen kóros megváltozások kiterjednek a gégén túl a légeső felső részeibe. Úgy látszik, gyakran bekövetkeznek lobos folyamatok a légutakban is, legalább hörg és tüdőlob több boneyeletben fel van említve; hogy ezek a párának a légutakbai mélyebb behatolása folytán származnának, nekem kétséges, míg adspiratio útjáni létrejövétel mellett az érvel, hogy hasonló megbetegedések minden gégeszűkülésnél észlelhetnek; hol a légesőmetszés idejekorán véghezvitetik, ezen veszély el van hártva.

A j ó s l a t lényegesen függ a sértés bcterjességétől, agyermek korától, a gyógykezelés mielőbbi fogantositásától. J a m e s o n 13 esetéből 9 halálosan végződött.

A g y ó g y e l j á r á s a heveny és könnyebb esetekben a bélhuzamon általi erősebb levezetésekre fog szoritkozni, mit azon esetben, ha a nyelés felettébb nehezített, csőrök által lehet elérni. Helybeli szerek

alkalmazása oly kiskorú gyermekeknél, minők ezen betegség által közönségesen megtámadtatnak, még a legjobb bánásmód és türelem mellett is a legtöbb esetben csaknem kivihetetlen. Marshall Hall a nehezebb esetekben ajánlja a megduzzadt nyákhártyarészek bemetszéseit. Legrosszabb esetekben, mennyiben a gyermek kora némi sikerrel kecsegtet, továbbá a légzőszervek állapota különben nem ellenjaválja, a légesömetszést kell elővenni. Jamieson főntebb érintett 4 meggyógyult esetek között 3-nál légesömetszés történt. Ezen kívül belsőleg, mihelyt a tünetek fenyegető jellemet öltenek, sápadtság, összeesés beköszüntésénél erősebbizgatószereket adagoljunk. Némelyek által kezdetben helybeli vérbocsátások, és később hólyaghúzó szerek is alkalmaztattak.

Mi a másodlagos gégevizentyőt illeti, ennek jelentősége annál csekélyebb, minél súlyosabb azon alapbetegség, melyhez az csatlakozik. Ide tartoznak mindenelőtt a gümőkór, torokgyík, és némely más betegségek mellett föllépő gégevizentyő, melyet a legtöbb esetben úgy kórismeit, mint gyógytani szempontból nem lehet tekintetbe venni. Nagyobb jelentőséggel bírnak már azon esetek, melyek általános vízkór mellett nagyobb gyermekeknél észlelhetnek; itt a szájon át elővett helybeli vizsgálat azonnal fölismereti velünk a gyorsan föllépő tetszhalál okát. Ezen alak is kevés kilátást nyújt a gyermek életbenmaradására, ellenben reményünk lehet ahoz mindentűt, hol a gégevizentyő a garatnak vagy gégeének valamely másnemű, kevésbé vészteljes helybeli megbetegedéséhez csatlakozott; mennyiben ilyen esetekben, valamint a felnötteknél is, a légesömetszésnek jó eredménye van.

VI. SZEMÖLCSDAG. PAPHLOMA.

A. Causit: Etude sur les polypes du larynx chez les enfants et en part. sur les polypes congénitaux. Par. 1867.

V. v. Bruns: Die Laryngoskopie und die laryngoskopische Chirurgie Tüb. 1865. p. 322. und 370.

Id.: 23 neue Beobachtungen von Polypen des Kehlkopfes. Tüb. 1868. p. 114 und 151. (Beob. VIII., XI., XXXVI. und XL.)

O. Reichel: Papilläres Fibrom der Stimmhänder bei einem 2jäbr. Knaben. Virch. Arch. Bd. 44. p. 370.

Behn: Cancroid der Taschen- und Stimmhänder bei einem 3jäbr. Knaben. Ibid. 43. p. 123. mit Nachschrift von R. Virchow.

A gégedagok a gyermekkorban egy fontos, veszedelmes, legalább is nem egészen ritka megbetegedési alakot képviselnek. Az esetek körülbelöl $\frac{1}{3}$ része veszettülett baj, legalább is kitesz annyit

azok száma, melyek eredete a gyermekkorba esik, de csak később, ezen életkoron túl lesznek észlelés tárgyává. Voltolini két gégebeli daganat eltávolítása által vetett véget egy 60 éves férfi azon rekedtségének, mely nála állítólag már kora ifjúsága óta jelen volt. A gyermekkorban előjövő gégedagok természetét illetőleg azok úgy osztályozódnak, hogy 52 az irodalomban közölt eset közül egy tömlősdagnak, egy fölhámdagnak, 4 rostsdagnak tekinthető, míg 5 a leírás nyomán nem osztályozható; a többit valamennyit biztosan vagy legalább nagy valószínűséggel a szemölcsdagokhoz sorozhatni. Nevezetesen idetartoznak az 52 eset közül azon 11, melyekről határozottan adva van, hogy veleszülettek. Ezen szemölcsdagok mint kis bibircsek vagy bohólyszerű bujálkodások támadnak a nyákhártyán, egy vastag, több rétegből álló fölhámtakaróval; gyorsan nőnek, számos fi- és unokabimbókat sarjadznak, és végre fehérveres, kártifolhoz hasonló tömeggé alakúlnak, mely egy gyér, puha kötszövet-vázból, és egy dús föl- vagy kövezethámhoz hasonló sejttakaróból áll. Az egyes dagok gyakran rövid és vékony kocsányon ülő, földi eperre emlékeztető tömegnek látszanak, különben már a gyermek gégejében is mogoró nagyságra növekedhetnek. Egy ilyen nagyobb dag körül, vagy enélkül is, homokszerű bujálkodások lepik el a gége nyákhártyájának nagyobb felületét, sőt olykor annak majdnem egész belső falát. Egy esetben a dagok a légeső falára is elterjedtek. (M a i s o n n e u v e.) Lemetszésnél vagy szétroncsoláskor ezen dagok keveset véreznek; sok, de igen finom véredénynyel bírnak. Könnyen kiűjölnek; nevezetesen mindaddig, a míg szövetükből csak legkisebb részecske is visszamarad. Az egymás melletti többszörös előjövétel a továbbterjedési képességet (Ausbreitungs-fähigkeit) bizonyítja, mely határos a ragályzással. Még inkább emlékeztet ezen fogalomra azon észlelet, hogy a hangszálag szemölcsdagjának kiirtása alkalmával, a gögfedő történetesen megsértett helyén szintén hasonló újképlet támad.

Hogy a szemölcsdag előjön mint veleszületett, kétségkívül be van bizonyítva az által, hogy azon gyermekeknél, kiknek hullájukban a dag később megtaláltatott, már a születés után hiányzott az első sikoltás, és egész életükön át nem hallattak rendes hangot, hanem hang helyett csak susogó zörejeket. Ezen betegség méhen belüli támadása fölött most még nem bírnak semmi megfajtási kísérlettel; $\frac{1}{3}$ része az észlelt eseteknek már a világrajövetel után kezdődött. Egy része ezeknek a meghülésre vezetettik vissza. Többen közülök heveny betegségek alatt keletkeztek, és pedig éppen olyanok alatt, melyek a gége vértorlódásos állapotjával —, és erős köhögéssel járnak: hökhurüt

és hártvás gégelob három-három izben, kezdődő orbánc a garatban, kanyaró, vörheny egyszer-egyszer hozatnak fel. A kór-ok legtöbbször ismeretlen. A férfinem kétszerte nagyobb arányszámmal van képviselve, mint a nőnem; 48 gégedagos esetből a gyermekeknél 16 illet leányt, és 32 fiút. Csupán azon észleleteket számítva, melyek az 5-ik életévig halállal végződtek vagy felgyógyultak, akkor 7 leányra esik 6 fiú. A közölt esetek a legkülönbözőbb államokra oszolnak, és épen úgy vonatkoznak a szegények, mint a jó módúak gyermekeire. Hogy az elsőbbség száma túlyomó, tekintethe kell venni azt, miszerint az észleletek jó része kórodákon gyljtetett.

A körttnetek között legállandóbb és legelső a rekedtség, melynek foka függ a dag helyétől és odatapadási módjától. Leggyakoribb székhelye a dagnak a hangszálagok, és pedig, mint a mirigy- és rost-dagoknál, a felső hangszálagok szabad széle. Ezután következnek az állhangszálagok (Taschenbänder), a Morgagni-gyomrocok, a valódi hangszálagok melső egyesülési helye, és a gégefedő. Igen ritkán támad a dag a hangszálagok alsó felszínén, soha a kánéggefedő redőn. Nem ritkán ezen helyek közül egyszerre több megtámadatik, így Bruns egy esetében mind a 4 hangszálag. Midőn a dag egyes, ritkább esetekben egy időn át rekedtség nélkül —, vagy csupán a hang csekélyfátyolozottsága mellett fennáll, akkor az vagy távol ül a hangszálagok széleitől, vagy hosszú nyellel van ellátva. A rekedtség gyakran átmegy hangtalanságba. Hetek vagy évek múlva rekedtségre nehéz légzés következik. Széles alapon ülő daggal aránylagos és tartós rövid légzés jár karöltve, míg hosszú nyellel bírónál csak egyes fulladozási rohamok jelentkeznek, de melyek annál veszedelmesbek. (Habarc hangszálagok közéékelődése következtében halál: S e h u l t z, föleserélés hökhurúttal: S é e.) Hol a nehézlégzés aránylagosan fejlődik, az minden erőlködésnél, néha még a fekvés alatt is fokozódik. A betegek némelyike a nyak hátrabajtása mellett könnyebbülést érez. Vannak tünetek, melyek futólagos szemlélésnél ezen bajt hártvás gégelobhoz felettébb hasonlónak tüntetik fel; ilyenek a hangos légzés, a rekedt, némileg ugató köhögés, belégzéskor a mellkas falának behúzódása, a dag vértorlódásos duzzanata, és, a környékbeli hurút következtében fokozott, nehéz légzés. A daghoz csatlakozott hurút a test hőmérsékletének némi emelkedését vonva maga után, ez által az előbbi láztalan lefolyás még inkább megváltozik. A betegek majd egy rögtöni elfuladásnak, majd több napig tartó tetszhalotti állapotnak esnek áldozatul. Az utolsó időben épen úgy kifejlelődhetik tüdőhurút és hurutos tüdőlob, mint másnemű gégesztüklülseknél. Maga a lefolyás 3 időszakra osztható, melyek azonban nincse-

nek minden egyes esetben sztkéskép kifejezve. Ezen időszakokat jellemzik: a hangképződés zavara, hang- és légzési rendellenesség, faldadozás. A betegség biztos felismerésének egyedüli módja a gégetükkörreli vizsgálat. Azon esetben, hogyha sikertül a hangszálagokat teljes kiterjedésükben a láttérbe hozni, alig lehet a dag elnézése; addig azonban, mire gyermekeknél a gégetükkörreli vizsgálatot kívánt siker koronázza, a fáradságos előkészítés heteket vesz igénybe, sőt két éven alóli gyermekeknél hiába lesz minden türelem és fáradság. Mióta a dagok gégetükkörrel annyira biztosan kórismertetnek, minden egyes kórtünetnek annyira meg lett állapítva saját értéke, hogy a betegséget olykor már a tünetöszletből is meghatározhatni. Ezen kívül mindazon kórjelek érvényben maradtak, melyek már G a r c i a találmánya előtt a gégedagok kórismérésére és müleges eltávolítására felhozattak. Kiváló értéke van ezeknek a zsenge gyermekkorban annyival is inkább, mivel van eset, hol a gyógybeavatkozás tekintetében határozott irányt kell vennünk, mielőtt még sikerülne a tükörreli vizsgálat.

Kocsánynyal bíró, a gögfedön tülő, vagy a kiáltáskor ennek magasságát elérő habarcot erősen eltátott száj és a nyelvgyök erős lenyomása'mellett is megláthatni (G r e e n 1845-ben egy 10 éves leánynál). Ujjal a gége bejáratán, sőt még az állhangszálagokon tülő dagokat is kitapinthatni (p. o. D u n c a n G i b b egy 2 éves gyermeknél); a tévedés azonban itt tág mezőre talál. M a c k e n z i e egy 3½ éves gyermeknél kemény dagot vélt tapintani: a nyelvcsont volt, melyen alól egy lágy szemölcsdag tült. Az E h r m a n n által 1844-ben müttött, általános érdeket keltett eset az által lett fölismerve, hogy az újképletből a köpetben hússzerű darabkák találtattak. Ezen kárfiolszerű dagoknál (Blumenkohlgeschwülste) egyes részek (Knospen) igen könnyen leválnak, melyeket a gyermekek természetesen lenyelnek. Azon jelenség, hogy a dag csupán a be vagy csupán kilégzést gátolja, vagy hogy az a mély belégzés vagy erős köhögés által annyira eltávolítatik a hangréstől, miszerint az előbb rekedt hangot tiszta váltja fel, jellemző ugyan, de csak igen ritkán észleltetik, mivel a legtöbben ezen dagok közül rövid szárral magukon a hangszálagokon, vagy azok legközelebbi szomszédságában ülnek, és behajolnak a hangrésbe. Épen a székhely ezen viszonyán, és a dagok alakján nyugszik azon tünet, melyet legalább a felütteknél, mint igen gyakran előfordúlt és bizonyost tanultam ismerni; névleg, hogy a dag minden belehelést követő első hangnál a hangszálagok közé ékelődik, és a kilehelli nyomás által ugyanitt magasra kiemeltetik. Ha ezen mozzanat gyorsan történik, akkor a hangszélek rögtön felszabadúlt fesztlése egy tompa hangot (Schall) hoz létre, mely a most érintett hang közé vegytlve hallható,

vagy legalább ezen hang egy első csengés nélküli, és egy második ékeltebb részből van összetéve. Legjobban kivethető ez, ha a beteggel mély belégzés után valamely hangzót hosszan nyújtva mondatunk. Ezen kívül kórismerési alap gyanánt tekinthetjük a következőket: hosszú időn át változatlanul fennálló, talán már veleszületett, láztalan rekedtség és nehéz légzés azon gyermekeknél, kik nem sorvosak és nem is szeüvednek bűjakórban, a legnagyobb valószínűséggel újképlettől van föltételezve. Különbözik bármily fontos érvek kezeskedjenek is a valószínűség mellett, a gégetükkörreli vizsgálás mindenkor szükséges. A jóslat felett következő számok szolgáltatnak fölvilágosítást: 52, a 15-ik életéven imen észlelt gégedagos esetből elhalt 30; köztük légesömetzés után 6; meggyógyult 17, ezek között 4 légesömetzés után; a műtét után, az újképlet eltávolítása folytán tetemes javulással azonnal eltávozott kettő, és, még más 3-nál jelentékeny javulás hozatik fel. Azon 41 gége dag-cset közül, melyet a leírás után szemölcsdagnak kell tartani (jóllehet éppen nincs valamennyi ezen névvel jelezve), meghalt 22, gyógyult 13, 5-nél a gyógyulás nem tökéletes.

A kórlefolys különböz. Gyorsnak akkor nevezhető az, ha a rekedtség kezdete, illetőleg a súlyos fulladozási tünetek már a születés utáni első 3 év alatt lépnek fel; közép gyorsnak (mittleren) hol, az érintett mozzanatok később, de a veleszületett dagoknál még is a gyermekkoron belől, a szerzetteknel a legközelebbi 15 év alatt beköszöntenek; végre egészen lassú lefolysúak azon esetek, melyekben a gyermekkorban keletkezett, vagy a világrahozott gégedagok csak a férfikor derekán, vagy éppen a késő agg korban támasztanak légzési nehélyt, sőt melyek minden súlyosb körtünet nélkül észrevétlenül fennálnak, és csak történetesen lesznek fölfedezve. Ilyen p.o Voltolini 6-ik és (Galvanokanstik p. 53) Türk (Kehlkopfskrankheiten p. 309) 73-ik esete. Érdekes, hogy az éveken át változatlan nagyságú dag valamely történetes kórok befolyása mellett ismét gyors növekedésnek indulhat.

A gyógykezelésnél el kell választani azon eseteket, melyek a gégetükkörzésnek és az eszközök szájon általi bevezetésének hozzáférhetőek. azoktól, hol ezen lehetőség még nincs megadva. Bruns az először felsorolt föltételek mellett műtött egy 5 éves fiút, Morrell Mackenzie egy 4 éves, Lewin egy 3½ éves leánykát. Eddigi tapasztalatok alapján tehát a 3. életév képviselné a belső gégeműtét (intralaryngeale Operation) számára a legszélsőbb határt. Kisebb korú gyermekeknél, továbbá ott, hol azon előleges begyakorlásra, mely a gégetükkörreli vizsgálás fogantatosítása előtt feltétlenül szükséges, a fenye-

gető életveszély miatt idő nem marad: nincs más hátra, mint azonnal elővenni a légesömetszést. Ennek lehetősége is legfőlegb a 1½ életév-től kezdődik. Azon 12 gégadagos esetből, hol ezen műtét végrehajtatott, 6-szor kedvező volt az eredmény. Korra nézve az illető felgyógyult betegek 15, 11, 6, 6, 5½ és 3½ évesek voltak; míg a halálos kimenetelűek: 3, 3, 2½, 2½ 2 évesek, és egy esetben a kor nincs följegyezve. Ezek nyomán a légesömetszés határozottan kedvezőbb kilátást nyújt a 3. éven túl, mint azon belől. A szerencsétlenül végződött esetek között szerepel egy olyan is, hol a halál 10 hónapra a műtét után a gég és hörgők álhártyás lobja következtében következett be. Egy második esetben már a légesömetszéskor jelenvolt hártvás lobfolyamat a felső légutakban; 2-szer a már nagyon előrehaladt alélságnak (Asphyxya), egyszer a már kifejlődött tüdőlobnak nem sikerült gátat vetni a műtét által; végre egy esetben hörglob hozatikfel a halál okául. A felgyógyult esetek között is fel van jegyezve egy gyermek, ki, utólagosan hártvás légeső és hörglobot állott ki. Az ez irányban elővett kísérletek közel azon gondolatra vezettek, hogy a pöcsap, vagy éppen a műszer volt a ragályzó anyag átültetője; mindenesetre érdekes, hogy a garat a ronesoló lóbtól mindkét esetben szabad maradt. Az előadottak alapján a jóslat kedvezőbb az idős-, mint a fiatalabb gyermekeknél. A szerencsétlen kimenetelű esetek fele része azon körülménynek számítható be, hogy a műtét a kellő időponton túl lett kivívve. A kedvező eredményű esetek némelyikénél kíváltkép ki kell emelni, hogy a légesömetszés által annyi idő és életerő nyertett a műtét további kivitelére, mennyi a nélkül lehetlen lett volna. A légesömetszéstől nem nagy utat kell megtenni azon műtéthez, melyet először Brauer (1834) és Ehrmann végezett, újabb időben Burow, Balassa, Gilewski és mások által ismét felkaroltatott; értem a paizspore kettéválasztásához, és a megnyitott g e g e i r b e n. az újképlet leválasztásához. A hol csak kivihető, előnyt adunk a műtét száj-ürön át bevezetett műszerrel kivitelének.

Kis és puha összállású újképleteknél célt érhetni pokolkő, festenysav (Chromsäure) és más szerekkeli edzések által; a legtöbb esetben azonban tanácsos lesz ezen kezelésre nem sok időt pazarolni. Kocsányon ülő dagok legkönnyebben leszakíthatók egy üres esőből előretolható sodronyakacsával; szélesebb alappal bírókual szükséges lesz a leválasztást késsel vagy éles fogóval eszközölni. Igen apró, nagyobb területen bujalkodó, sűrűn egymás mellé sorakozott dagoeskákat Brunus egy e ezélra készített vakaró-műszerrel (Schabe-Instrument) távolított el.

Az utóbb megérintett 4 mód mindenikénél visszamarad a nyák-hártyán némi részecske a dag alapjából, és ebben rejlik oka annak, miért kell folytonosan kitűzni a kiújulásokkal. Ebben találja magyarázatát az is, miszerint a nyilvánosságra hozott esetek jelentékeny számában csak javulásról tétetik említés, és viszont némely gyógyútlak jelentett esetben még épen nem volt befejezve a küzdelem ezen folytonos utóbujalkodások ellen. Saját, mindenesetre a felütleknél szerzett, tapasztalatom alapján nagyobb egyszerűségért a galvános leégetés fölött a sodronykacs általi lecsavarásnak adom az előnyt mindaddig, míg a szemölesszerű újképlet eltávolításáról van szó. Hol ellenben az újképlet visszamaradt részének szétroncsolását célozzuk, határozott előnnyel bír a tüzes érensodrony úgy a kés-, mint valamennyi vegyileg ható étetöszerek fölött. Hogy efféle műtétekhez gyermekeknél kétszeres, háromszoros türelemre van szükség, könnyen beláthatni; azonban a különös nehézség a műtő orvosra különös ingerként is hat, ezért remélhető, hogy majdnem túlnyomó száma a gyógyult eseteknek hasonló észleléseknek lesz kifolyása.



VII. HANGRÉSGÖRCES, STIMMRITZENKRAMPF, SPASMUS GLOTTIDIS, LARYNGOSPASMUS.

H. Helfft: Krampf und Lähmung der Kehlkopfmuskeln und die dadurch bedingten Krankheiten. Berl. 1852.

Hérard: Du spasme de la glotte. Thèse. Par. 1843.

Friedreich in Virchow's Handbuch, Band V. Ath. I. p. 501.

Salathé: Journ. f. Kinderkrankheiten 1857. Nr. 11 und 12.

E. Heuoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge, pag. 76.

Hauner: Ueber den Kehlkopfkrampf der Kinder. Journ. f. Kinderkrankh. XLI. 321

A hangrészgöresöt legelőször találjuk leírva Richa-tól (1723), Verdus-tól (1726), azután Harintontól (1813), mire következett még több angol leírás; a német szerzők Kopp (1830) óta főképen az általa felelevenített azon kérdéssel foglalkoztak, vajon a kedeszmirigy túltengése képezi-e alapját a hangrészgöresnek? mit utóbbi időben a legtöbben tagadnak ugyan, de a kérdés közelebb Friedleben által igen terjedelmesen lett szellőztetve, és a kedeszmirigy túltengése részére megoldva. Kiváltképen Reid, Trousseau és Hérard kutatásai vetették meg alapját ezen betegségre vonatkozó ismereteink jelenlegi állapontjának. Értjük ezalatt, időközökben fellépő oly természetű göresöt a megszükkült hangrésznek és légzőizmoknak, melyek

a hangképző- vagy légzési készüléknek semminemű bonci megváltozásán sem alapúlnak.

Kórszármazási szempontból megkülönböztetendők az elsődleges esetek a csupán kórtünetbeli, de különben egészen hasonló göresalakoktól, minők előjöhetnek p. o. a különféle agybetegségeknél. Az elsődleges alak legtöbbször az 5 és 24 élethó között, igen ritkán a fogzás után, észleltek. A fiúk között nagyobb ezen megbetegedés mint a leányoknál, nagyobb a téli és tavaszi hónapok alatt mint nyáron, nagyobb az északi tájakon mint délen. További hajlamot szolgáltatnak bizonyos, még teljesen meg nem fejtett örökölt mozzanatok, meny nyiben gyakran ugyanazon szülőknek több gyermeke szenved ezen bajban a megfelelő életkorban a nélkül, hogy a felől felvilágosítást nyújthatnának a szülők egészségi viszonya, lakhelyük és táplálkozásuk. Évek előtt kezeltem egy zsákhordó hangrészgöresben szenvedő gyermekét, kinek 8 más testvére megkapta ugyanezen betegséget, és annak részben áldozatul esett. Az egészséges szülők azon idő alatt többször változtatták lakásukat, a gyermekek egy részét maga szoptatta az anya, a későbbieket mesterségesen táplálta, röviden csaknem minden viszony különféleképp változott, és mégis valamennyi gyermek az első életév felében egészen hasonló módon megbetegedett. Már azon körülmény, hogy a szegényebb néposztályhoz tartozók gyermekei gyakrabban megtámadtának ezen betegség által, felébreszti azon gyanút, hogy a rosszabb lakás és táplálás befolyással lehet a hangrészgöres fellépésére. A lakásra vonatkozólag megerősítést nyer ezen gyanítás azon tapasztalat által, hogy a nagyobb városokban aránylag nagyobb megbetegedési szám szerepel, így nevezetesen Londonban; hogy éppen a téli évszakra esik a legtöbb megbetegedés, midőn a gyermekek jobbra a szobában maradásra kényszerítvük; végre, hogy a falun tartózkodás, az égalj megváltoztatása stb a különben egészen makacs esetekben gyakran gyógyulást szerezhet. A táplálást illetőleg nevezetesen Reid által kiemeltetett, hogy mesterségesen felnevelt gyermekek gyakrabban esnek ezen betegségbe, mint az emlőn növekedtek; ez tükéletesen megegyez azon tapasztalati ténnyel, hogy éppen angolkóros gyermekek igen gyakran szenvednek hangrészgöresben (L e d e r e r-nél 96 esetben 92 Cranio-tabes). Én is úgy találom, hogy a koponyaacsontok angolkóros bántalmazottsága gyakran képezi alapját a hangrészgöresnek. Valjon egyedül a puha nyakszirtesontra, és az által fekvésközben az agyra gyakorolt nyomás teszi-e ezen egybefüggést (E l s ä s s e r), nem vitatom. Ezen kívül fel lett említve még egész sora az oki kórmozzanatoknak; így nevezetesen az agy túltengése, emésztési zavarok, az epelválasztás

rendellenessége ; valjon helyesen-é vagy sem, mindkettőt egyenlően ne-héz lenne bebizonyítani.

Azon alkalmi kórokok, melyek a göres kitörésére vagy ismétlődésére a legközelebbi lökést megadják, az egyes esetekben igen különbözők, leggyakoribbak azonban a kedélyizgatottság, érzéki benyomások (zörej és több eff.), ivás, roszul nyelés (Sichverschlucken), erőmtives izgatása a garatnak vagy nyaknak. Azonban néha az is megesik, hogy a rohamot semmi látszólagos, vagy valódi kórmozzanat sem előzi meg. Előhírnök gyanánt némely esetben elhalványodás, vagy a légesőben kisebb szörtyögés mutatkozik, többször azonban rögtön, minden figyelemzetető előtűnet nélkül beköszönt légrekedés, ezt követi gyorsan változó, mondhatni göresös, szokatlanul hangos, sziszegő vagy sípoló belégzés, melynek aztán csupán egy, majd minden zörej nélküli, majd hangos, hőkhurútra emlékeztető kilégzés felel meg. Ilyen szokott lenni a közönségesebb alak ; gyakran azonban a leirt tünetsorozat oly módon változik meg, hogy a belégzések után a légvétel rövid időre tökéletesen elmarad (Apnöe), és csak aztán következik be a kilégzés ; vagy a roham a légzés kimaradásával veszi kezdetét, mire szaggatott (stossweise) kilégzések, majd befejeztül egy vagy több belégzés következnek ; vagy végre az egész roham kezdete az érintett zörej nélküli kilégzésekből áll. Nincs kétség a felett, hogy a hangrésnek, hangos légzési zörejek által jelzett, gyorsan elmúló, a gégének kimutatható megbetegedésétől nem kísért megszűkülése a hangrés göresös elzáródásától van föltételezve ; de nem kevésbé bizonyos, hogy ama be- és kilégzések, melyek közbe-közbe, egészen megzavart mozzammal követik egymást, a nélkül, hogy köztük meg volna a fölváltási sorrend : nem hangrés-göres, hanem az egész be-, illetőleg kilégző készülék görese által hoztattak létre. A göres beköszöntésekor az arc kékes színt, aggodalmas, nyugtalan kinyomatot ölt magára, fénylőbbek lesznek a szemek, egyszersmind a szemtűrből jobban kiemelkednek, és köthártyájuk belövelt ; a száj nyitott, orrszárnyak elállók (erweitert), hátra van feszítve a nyak, gyakran ökölbe szorítvák az újjak, úgy, hogy a hüvelyk a többi újj által fedetik, vagy a kezek a nyak közélébe emelvek ; kicsinynyé válik az orsó-ítér verése, rohamossá a szív lökése, s e mellett azok még rendetlenek is ; öntudat nélküli ürüléseken kívül olykor még az eszmélet is elmarad. Erőteljes gyermekeknél mérsékes rohamok csak csekély nyomokat hagynak vissza, különben pedig a bágyadtság és kedvtelenség a roham kissé lassúbb megszűnése után még hosszú időn át fennmarad, vagy pedig más izomcsoportok : arc, végtagok stb. rángásai csatlakoznak a rohamhoz. A legenyhébb

esetekben a roham a légzésnek csupán kissé feltűnő, alig pár perc alatt eltűnő rendellenességére szorítkozik, mely alkalmilag kételyt támaszthat a felett, vajjon nem kiunyomata volt-e az egy közönséges ijedésnek, vagy nem az ijedés folytán bekövetkezett hangrészgörcsesel van-e dolgunk. Az egyes roham tartama ritkán nyulik $\frac{1}{2}$ perennél hosszabbra, miért is ha p. o. 2 óráig eltartott rohamokról olvasunk, nem kételkedhetünk abban, hogy egy roham-szagról (Cyclus), és nem egy rohamról van szó.

Ritkán állapotodik meg a betegség az első rohamnál, mely azután gyógyulással, vagy még ritkábban közvetlen megfúlással végződik; többnyire bekövetkezik még egész sora a belterjesb vagy gyengébb rohamoknak, napok, hetek, ritkábban hónapokra terjedő időközökkel. Rilliet és Barthez láttak egy (a megbetegedés elsődleges természetét illetőleg igen is kétségbenvonható) 17 hónapig tartó esetet, én magam megfigyeltem egy, az első roham alatt elhalt több éves fiút, kinél a honcselet nem volt képes a halál legközelebbi okát felderíteni. A betegség hosszabb fennállása hátrányos lehet a táplálkozásra, és ez úton könnyen fejlődhetik aszkóros állapot. A jóslat felállításánál mindenkor óvatosak legyünk, miután a már kiállott rohamok száma és belterjességéből épen nem vonhatni következtetést a még bekövetkezők fokára és veszélyességére. Általában mégis jó jel gyanánt tekinthetni az enyhébb, nevezetesen a belterjességben alábbhagyó rohamokat, ha más betegségek vagy súlyosb táplálkozási zavarok nincsenek jelen. A halálozás úgy látszik a különböző vidékeken igen változó, és a legtöbb orvosi kimutatásban feltűnő nagy, minthogy nincs mellé állítva aszámoskedvező, egészen könnyű, kezelésen kívül maradt eset. Rilliet és Barthez betegjeik közül elhalt $\frac{2}{3}$, Herardnál $\frac{1}{7}$, ellenben Lolent összegyűjtött 289 esetet, melyből elhalt 174, tehát körülbelül 40%, és pedig 45%-al fiú, 32-vel leány. Salathé 24 fiú betegje közül halálos kimenetelű volt kettő.

A betegségnek legtöbb esetben nagy hasonlatossága van a Cheyne-Stokes-féle légzési tünetmennyel, melylyel az utolsó időben Traube behatóan foglalkozott, és azon következtetést vonta, hogy az a nyúltagy rendellenes izgékonyaságától függ. Felnőtkeknél előjön ezen betegség az ütteres agyvérzegénység (zsirosan megváltozott szív: Stokes) és bódultsági állapotoknál; egészen közönségesen akkor, hogyha a nyúltagy légzési központjának izgékonyasága az ütteres vér hiányos odavezetése következtében csökken. Ehhez hasonló magyarázása akkor lehető ezen gyermekbetegségnek, ha az mint agytúltengés következménye lép fel, vagy általában oly nemű agybe-

tegségektől feltételezett, melyek a koponya ürterét megsűkítik (raum-beschränkend).

Minden más esetben úgy fogandó az fel, mint visszahajlási görcs, mely függ p. o. az áttörő félben levő fogak által támasztott inylobtól (West), a bélhuzam beteges állapotától (Reid). Az angolkor bizonyos alakjainál két mozzanat működik össze ezen körjelösszlet (Symptomencomplex) támasztására: az általános vérhiány, és a lágy koponya, mint mely utóbbi lehetővé teszi azt, hogy fekvéskor a nyakszirt laposra nyomatik, következőleg a koponya ürtere szűkítettik. Ezen utóbbi mozzanat befolyása mellett hathatósan bizonyít Spengler azon esete, hol a lágy nyakszirtre gyakorolt nyomás által mesterségesen elő lehetett idézni a rohamot. A koponyának ezen viszonya az angolkórhoz minden közt a legfontosabb, és leggyakrabban figyelembe vétetik. Menél hevenyebb a koponyaacsontok angolkóros megváltozása, annál előbb vezet az hangrészgöreshöz. Hogy ezen betegség továbbá feltételeztetik az agy vérhiányosságától, a mellett szól még Henoch azon tapasztalata is, miszerint a hangrészgörcsesetek mellett $\frac{2}{3}$ részben előjön általános rángás (Eclampsie) is. Kórszármazás és a gyógyeljárás tekintetében nagy súlyt fektettek a betegség gyakoribb előjövételére a hidegebb tájakon, és a téli évszakban, miből azon következtetést igyekeztek levonni, hogy itt a görcs a bőr izgatásából kiinduló visszahajlás útján támad. Nekem valószínűbbnek látszik ezen tapasztalatnak egy más értelmezése, nevezetesen azt hiszem, hogy a túlnépes helyek élenyszegényebb levegője, majd a tisztátlan szobalevegő, elősegítő kórokai a betegségnek, és hasonló behatással vannak, mint hőkhurútnál a szén-savdúsabb vagy élenyszegényebb levegő. Ez megfejtí legkönnyebben a helyváltoztatás, falun és tenger melletti tartózkodás, utazás kedvező befolyását. Sohasem tapasztaltam hátrányát, ellenkezőleg mindenkor csak előnyét, annak, ha ezen gyermekek naponta a szabad levegőre kivetettek. Épen úgy előnyösek a fürdők, nevezetesen ha azokhoz erősítő szerek vétetnek.

A gyógykezelés első sorban a kimutatható kórokok ellen irányul. Ezek között gyakoriság tekintetében kiválnak a vérszegénység és angolkór. Mindkettő ellen alkalmas és elegendő tápszerek mellett haszonnal nyújthatók a vaskészítmények, és halmájolaj. Hasmenés jelenléténél, inkább rendeljük a vashalvagot, különben a szénsavas vasélecsét, mindkettőt nagy adagokban. Az angolkórt tekintve, valamint a levegőváltoztatás miatt is, ajánlandók a falun tartózkodás, nem különben a sós-, vasas-, tengeri fürdők is. Mint az egyes kórtüneteknek megfelelő szereket, nagy számmal ajánlották az u. n. idegekre ható ké-

szitményeket (Nervina): bitzaszatot, horgéleget, gyökönkét. Az ezen osztályba tartozó szerek közül legnagyobb hirre vergődött a *Salthé* és *Hanner* által ajánlott pézma (Mosehus), mely kis adagokban nyújtatik füstvény vagy fejet alakban, körülbelül grm. 0,1—0,2 pro die. Állítatik, hogy maga ezen szer képes volna az újabb roham bekövetkezésének egy időre útjátállni. Ellenben a foghús bemetélése, mely Angolországban *West* és mások által lett ajánlva, nádályok felrakása a fejre, egyáltalában a gyengítő szerek alkalmazása sikertelennek vagy károsnak bizonyult. Hogyha maga a roham ellen akarunk hatni, fecskendezzünk hideg vizet az arcra, mellre, oldjuk fel az öltözet kötelékeit, alkalmazzunk mustárpépet stb. Makacs rohamok ellen ajánlották a hangyhálvag belehelytetését, szunyal bőr alá fecskendezését (*Bohut*); valószínűleg előnyös lehet itt a *Chloralhydrat* is belsőleg adagolva, vagy bőr alatt alkalmazva. Hogyha a beteg a roham alatt hosszabb időn át nem lélegz, akkor *Marchall-Hall* szerint elő kell venni a műleges légbehajtást, vagy a rekeszideg faradlatisióját.

VIII. A HANGSZÁLAG HÜDÉSE. STIMMBANDLÄHMUNG.

- H. Heilft*: Krampf und Lähmung der Kehlkopfmuskeln. Berl. 1852.
C. Gerhardt: Studien und Beobachtungen über Stimmbandlähmung. Virch. Arch. Bd. XXVII. p. 68.
Morell Mackenzie: The treatment of hoarseness and loss of voice by the direct application of galvanism to the vocal cords. London 1863.
F. Sikora: Beobachtungen über Stimmbandlähmung. Diss. Jen. 1866.
V. v. Bruns: Laryngoskopische Chirurgie p. 212.
L. Türk: Klinik der Kehlkopfkrankheiten p. 461.
J. M. Rossbach: Beiträge zur Diagnose und Therapie der Stimmbandlähmungen. Würzb. med. Zeitschrift VII. p. 117.
H. Ziemssen: Laryngoskopisches und Laryngotherapeutisches. Deutsch. Arch. f. klin. Med. IV. p. 376.

A hangszálaghüded szabatos ismerete ez idő szerint még igen fiatal, és még nem vált annyira általános tulajdonává az orvosi gyakorlatnak, hogy annak előjövetele gyakoriságáról a gyermekeknél most már tüzetesen szólhatnánk. A gyermekkórtanra nézve ezen betegség bizonyára nem kis jelentőségű. Idült rekedtség főbnyire hurutban, újképletben, vagy hangszálaghüdedben találja megoldását. Azonban ismét maga a gégehurut kórtörténete, a hangszálag hüdésével sokszorososan bonyolódott.

A legtöbb, biztosan felismert eset 10—15 életévre esik. Egy 6 éves gyermekre vonatkozó esetet közöltem; 12 az irodalomban újabb

időben közölt hangszálaghüdésből 7 illetett leányt, 4 fiút. A nélkül, hogy épen szabatos bizonyítékot felhozhatnánk, azt hiszem, hogy az alapi agykérlelnél, és az agygyümök (Hirntuberkeln) egyes eseteinél a hangban észlelhető rendellenességek legkönnyebben megfejtethők úgy, hogy felvesszük, miszerint a hangszálagfeszítő izmokban hüdés lépett fel. Különben úgy látszik, hogy a gyermekek agy- és gerincagybántalmainál ezen működési zavar legalább is oly ritka, mint a felnőtteknél. A bolygidegre a nyakon körüli nyomást gyakorolnak: a korán támadt golyva, valamint a nagyobb nyirkmirigydagok. A visszafutó ideg aránylag gyakran ki van téve a megváltozott hörgmirigyek nyomásának. Az ide vonatkozó esetek egész számát találjuk összegyűjtve — bonelelettel együtt — H e l f f t-nél. Nincs kétség a felett, hogy ezen idegekre egyes esetekben a nagyobb kiterjedésű mellhártya-szivburokizadmány, és a jobb tüdő esücsának idült lobja is nyomást gyakorolhatnak; ellenben a függér táglulatai, és a bázis hámdagjai (Epitheliomen), melyek felnőtteknél hangszálaghüdüst okoznak, ezen korban nem jönnek elő.

A legtöbb ez időig leirt eset mint utóbetegség lépett fel heveny hurut vagy álhártyás lob után, egyszer csorvás idegláz (gastrisch-nervöses F i e b e r) után (v. B r u n s). Egynehány eset mint v i s z a h a j l á s i h ü d é s fogandó föl (Reflexlähmung), p. o. bélféreg-, emésztetlenségi inger következtében; ismét néhány mint e l s ö d l e g e s i z o m m e g b e t e g e d é s (idiomusculäre Erkrankung), így tüleröltetett sikoltás, nehézkóros rohamok után. Végre épen a gyermekkorot illetik a félbehagyó hangtalanság (intermittierende Aphonie) azon ritka és még talányos esetei, minőket legújabban J a f f e is leirt. Az eddigelé észlelt hüdések a gége legkülönbözőbb izmaira, — gyakran egyes idegekre is, — vonatkoztak, így egy esetben (T ü r e k) mindkét hátsó gyűrű-kánizom-, egyszer (G e r h a r d t) a bal oldali felső gügideg volt hüdve. Ezen utóbbi eset az által válik érdekessé, hogy az a serdülő kor kezdete óta femállott, tehát valószínűleg világrahozott volt. A hurutos hüdések többnyire a paizs-kánizmokat érik (R o s s b a c h). Az összenyomatás folytán keletkezett hüdések (Compressionslähmung) csaknem mindenike féloldali, és feltételezi a hangszálagnak ügyuevezett hullabani állását (Cadaverstellung). Valamennyi hüdésben szenvedő, kivéve a fentebb érintett T ü r e k által észleltet, a hangképződés zavara, és pedig hangtalanság vagy rekedtség miatt keresett orvosi segílyt. A kórisme biztos, mihelyt a tükörképben a különben rendes küllemű legfőlebb burutos állapotnál vérdús gége egyes részeinek hiányos vagy részaránytalan mozgása tisztán észrevehető. Gyermekeknél azonban

a tükrörelvi vizsgálat éppen nem mindenkor kivihető, ezért tekintetbe veendőek még következő, legalább valószínűséggel hangszálaghüdéstre utaló jelenségek: 1) hol a hangtalanság félbenbogyó, vagy lelki benyomásokra, igénybe vett gyógyszerekre, általában esekélyebb külbehátásokra mulékony tiszta hang jelenkezik, valószínű, hogy hüdéssel van dolgunk; 2) álhártyás lob után támadt hüdésekhez (diphtheritische Lähmung) gyakran még más szervek, névleg a szemek, szájpad, végtagok izmainak hüdése is csatlakozik. Szájpadhüdések általában igen gyakran jönnek elő együtt; nevezetesen gyakran összetalálkoznak azok a visszafutó ideg nyomási hüdéseinél, a nélkül, hogy köztük a bonetani összefüggés világos volna; 3) a felső gögideg hüdése tükrök nélkül is felismerhető; ekkor a gögfedő ferdén áll az egészséges oldal felé. A gyürü és paizspore közötti térbe illesztett 2 újjunk segélyével meggyöződhetünk, miszerint beszéd alatt a hézag az egészséges oldalon változik, mialatt a beteg oldalon egyenlő nagy marad; 4) a hangszálagfeszítő izmok egyoldali hüdése az által válik felismerhetővé, hogy beszéd közben a hangszálag tovavezetett rezgése a paizspornak csupán egy oldalán érezhető; 5) a hang helyreállíthatása villamáram által a mellett bizonyít, hogy a baj hüdésses természetű volt. A gyógyulásrai kilátás azon mérvben kedvező, a minőben a kórokok eltávolíthatók, és a megtámadott izmokban még nem következett be sorvadás vagy zsiros elváltozás, mi a környi nyomási hüdéseknél mihamar beköszönt. Hol ilyetén megváltozások tökéletes érvényre emelkedtek, ott a beteg oldali porozok növése is visszamaradhat. Vajjon a gége idegeinek hüdése ugyanesak a gége nyákhártyájának elválasztására bir-e befolyással, nines megállapítva, azonban egyes tapasztalatok a mellett bizonyítanak. A gyógykezelés számára több nyílt út van: gyógytornázás (Heilgymnastik), erömüvi izgatás, villamozás, és gyógyszerek általi beavatkozás.

A gyógytornázás (v. Bruns) abból áll, hogy a gégettükör bevezetése mellett először csupán hangzók, azután hangzó és egy mással hangzó váltakozva a lehető hangosan ejtetnek ki.

Kutaszok bevezetése és azokkal ingerlése a gége nyákhártyájának, valamint por alakú szerek befűvése, visszahajlás útján erősebb összehúzódásokra készítetik a gége izmait. Mindkét eljárási mód névleg a hurutos-, és az úgynevezett tisztán ideges (idiopathisch) hangszálaghüdések ellen hatályosnak bizonyult. Ideges hüdéseknel egyes esetekben még akkor sem tévesztik hatásukat, hogyha a villamozás eserbenbogyott, miért is különösen megérdemlik, hogy a villamozással egyidejűleg, vagy ezzel felváltva alkalmaztassanak.

A villam általi gyógyítást 1800. évben Humboldt-

n a k az izgatott izom- és idegrostok érdekében tett kísérletei által indítatva, mint első Gra p e n g i e s s e r Berlinben fogatosította, és pedig rögtöni siker mellett, egy 20 éves leánynál. Eljárásához a V o l t a f é l e oszlopot és egy nyakkötőt használt, hasonlót a M o r e l l - M a c k e n z i e által újabb időben ismét feltalálthoz. Azon időtől különböző irányban lett tökéletesbitve és tovább mivelve ezen gyógyhatány, úgy, hogy jelenleg megkülönböztetjük a villam bőrön általi és közvetlen alkalmazását, továbbá az állandó és szakgatott áram melletti villamozást,

Ezen eljárási módok között leghasznavehetőbb a b ő r f a r a d i s a t i ó j a. A gyűrűt-paizsizmot, mely kizárólag a felső gögideg által láttatik el, egyoldali összehúzódásra bírhatni az által, hogy az egyik villamsarkot (Elektrode) a paizspore felső szarvára, a másodikat magára az izomra tesszük fel; kétoldalú összehúzódást pedig akkor célozunk, ha az áram a paizspóre mindkét felső szarvára vagy mindkét izomra vezettedik. A többi, az alsó gögideg által ellátott izom egyoldali hüdésénél a villamos izgatás úgy történik, hogy a tevéleges sark szorosán a paizspore alsó szarva mögé és alá, míg a nemleges attól valamivel lefelé, a légeső oldalsó részére, a mennyire lehet a b á r z s i n g felé illesztetik. Midőn mindkét visszafutó gögideget, mi a kóroki viszonyokat tekintve elég gyakran előadja magát, kell faradísálni, akkor a villamsarkok a paizspore alsó szarvaira tétessenek. Az áram erősségét illetőleg körülbelöl maradjunk meg a mellett, mely a hüvelyk tenyérfelületi izmait éppen összehúzódásra bírja. Abbeli nézetem, hogy a bőrön bevezetett villaminger mindkét gögidegpár ra behat, az ily módon meggyógyított esetek, melyeknek más magyarázatát adni komolyan még senki sem kísértette meg, egész során-, és olyan élettani szigorú kísérleteken alapúl, melyeknek ismétlése mindenkor ugyanazon eredményhez vezetett. A nézetem ellen tekintélyes oldalról támasztott kételey nekem annyival kevésbé megfogható, mivel ugyanazon tekintély a sokkal mélyebben fekvő idegágak bőrön általi ingerelbetését, mint megállapított ténynt tekinti. A csúzos, hurútos visszahajlási hüdés sok esetében ezen módszer által a kórismét azonnal biztosan megállapíthatni, azaz meg lehet szüntetni a hangtalanságot (Aphonic), vagy rekedtséget. Ha ez nem sikerül, akkor kétségekívül még mindig fennforog annak lehetősége, hogy elsődleges izom (idiomusculär)-, vagy már izomsorvhoz kötött hüdéssel van dolgunk.

Egyes izmok hüdésénél, és azon esetekben, melyek a bőrön által alkalmazott villamozásnak makacsúl ellenállnak, legközelebb megkísérlendő a közvetlen faradísatio, mely némi értelem mellett már 5 éves gyermekeknél is kivihető. Mialatt a nemleges villamsarkot maga

a beteg bal tenyerére nyomva tartja, vagy pedig egy segéd a nyak mellső oldalára illeszti, addig az orvos bal kezével a gégetükört, jobb kezével pedig a tevőleges sarkot vezeti be. E célra szolgál a *Morel-Mackenzie*-féle gége-villanyozó (*Laringeal-Galvaniseur*), vagy ennek hiányában egy megfelelőleg görbített ércvesző, melynek bevezetendő vége kissé megnedvesített szivacsdarabba göngyöltetik. A bevezetett villamsarkkal érintjük a haránt kánizmot (*Giesskammknorpel*) a hátsó felszínén; az oldalsó gyűrű-kánizmot a körteképlü öböl magasságában, hátra felé a gyűrűpore külső széle táján; a paizs-kánizmot magán a hangszálon; a hátsó gyűrű-kánizmot a gyűrűpore hátsó oldalán. Különben e tekintetben kimerítőbb adatokat találunk *Ziemssen*nél. (*Die Elektrizität in der Medicin*, ed. III. p. 197 n. f.)

A *folytonos villamárám* — a nagyobb kiterjedést villamsarkak folytán — alkalmasabb a bőrön általi közvetett villamosításra, mint a közvetlenre. Egyes esetekben, hol a szaggatott áram eserbenhagy, vagy ki nem elégít, ezzel jobb eredményhez juthatni. *Tobold* ennek alkalmazása mellett különösen kedvező tapasztalatokat nyert.

Szorál bőr alá föcskendése is lett egyesek által alkalmazva. Így *Lewin* azzal egy 11 éves fiút meggyógyított, kinél a *faradisatio* eredménytelen maradt.

Ahol a hangszálaghüdésnek valamely kézzelfogható oka jelen van, az légelöször, vagy a már felsorolt kórjeli kezelésmódokkal egy időben, figyelembe veendő. Hogy csak néhány esetet említsek: az álhártyás lob után támadt hüdések vas- és chinalkészítmények adagolását igénylik; ezen esetekben a szorál is hasznosnak mutatkozott. Görvélyes egyéneknél, hol a hangszálaghüdés mirigydagok vagy golyvától van föltételezve, kiváló hús- és tejjeli táplálkozás mellett iblant kell alkalmazni külsőleg és belsőleg. Időszakonként jelentkező hangtalanság (*intermittierende Aphonie*), főleg ha az *moesárgerjen* (*Malaria*) nyugszik, chinal- vagy mirenykészítmények vétele után meggyógyul; a félbenhagyó hangtalanság egyéb esetekben hideg lemosások és belsőleg gyökönke- (*Valeriana*) készítmények vannak ajánlva. Az előadottakhoz hasonló módon kell minden egyes esetekben az oki javaslatokat szem előtt tartani.

IX. IDEGEN TESTEK A LÉGÚTAKBAN. FREMDKÖRPER IN DEN LUFTWEGEN.

T. B e r t h o l l e : Des corps étrangers dans les voies aériennes. Paris 1866

Gyermekek kiváltképpen gyakran visznek szájukba mindenféle tárgyat, érepénzt, babot, borsót, gyöngyszemeket stb.; ők egyszerűs mind kevésbé szabályozott, és hatalmukban álló izomműködéssel bírnak, annyira, hogy a szájukba vitt idegen testek könnyen a nyelv gyök részére jutva, azok vagy lenyeletnek, vagy egy gyors belégzés alkalmával a gégebe-, és innét a légútakba tovább hajttnak. Ez fejti meg a szóban levő bántalom kiváló gyakoriságát (az esetek $\frac{2}{3}$ részében) a gyermekeknél. A légutakba tévedt idegen testek, úgy szállásukat, mint a nagyságukat és alakjukat illetőleg, a legkülönbözőbb eltéréseket mutatják. Leggyakrabban borsószemek, majd játékkövek, kavics és hűvelyes vetemények nyeletnek le. Folyós, vagy tömött de puha (festweich) összállású testek, ha csak mennyiségük által fulladási tüneteket nem támasztanak, rendszeren a legesekélyebb következményeket vonják maguk után. Így p. o. a garatmögötti tályog fölfakadása és nagyobb mennyiségű bennékező a légútakba ürülése az alvás alatt, mindenesetre rögtöni megfűlés veszélyével járhat. Közönségesen azonban a rossz nyelésre „Sichverschlucken“ csak egy erős köhögési roham következik, mely a légutak rendellenes tartalmának kiürítéséhez vezet. Hasonló köhögési rohamokat támaszt a legtöbb idegen test, mialatt az a légesőn áthalad. Tartós és folytonos köhögési inger csak akkor támad, hogyha az idegentest alakja és nagyságánál fogva alkalmas a gégebe mozdulatlanul beékelődni, következőleg azon helyen a nyákhártyát hosszabb időn át izgatni, és talán még fekélyedésre stb. bírni. A rohamos, sőt fulladási tünetekkel is párosult köhögés ismétlődésétől kiváltképpen akkor kell tartani, midőn az idegen test a légvételeknél légáram által a légesőben föl- és le mozdittatik, föltéve, hogy az -- miként hegyezett, szögletes, kampós tárgyaknál könnyen megesisik, -- valahol szilárdan meg nem tapad, különben idővel talán kedvezőtlen helyi megbetegedésnek vetheti meg alapját. Természetesen a bejutott idegen test saját súlyának is lényeges befolyása van arra, vajjon az a gégeben és a légesőben, — ennek alsó nyílásaig — ugyanazon utat le- és föl többször is megtegye-e, vagy pedig csakhamar bejusson

az az egyik hörgbe (leggyakrabban a jobb oldaliba) és innét tovább annak oldalágaiba nyomuljon. Ha most a légútak egy része tökéletesen elzárattott, úgy az elzárt részben a beurekedt levegő fölszívódrán, az tágulatlaná válik (Atelektatischer Zustand), mi, ha nagyobb tüdő-részre vonatkozik, akkor annak a tüdő többi részeire azon befolyása lesz, hogy azokban ellenkező irányú megváltozás jö létre; azaz légdagos állapot fejlődik. Hogyha az idegen test általi elzárattása valamelyik hörgnek tökéletlen, akkor idővel még a tüdőnek tömesz mögötti része is légdagossá válhatik. Alkalmas alakkal biró, a légútak valamely részében (gége, légeső, hörg) szilárdan tiló idegen testek fekélyedést támasztanak, gyakori köhögést, genyes köpetet, vérköpést, sőt idővel sorvasztó (colliquativ) tüneteket is szülnek. Továbbá fekélyedés által az illető esővet áttörésre birhatják, tályogképződéshez vezethetnek, majd kivándorolva ismét más, távol eső helyen jelenhetnek meg, mint az a lenyelt töről eléggé ismeretes, vagy pedig kötszövetből álló tokot kapnak, és így betokolva egy helyen megmaradnak.

Azon f a j l a g o s t ü n e t e k, melyek ezen folyamatokat jellegzik, következők: a gége részéről arcelkékülésseljáró köhögési rohamok, megfuladás veszélye, helybeli inger, görösös összeszorítás, idegen test jelenlétének érzete. A légesőben valamely babszem vagy hasonló idegen test fel- és lefelé mozgásánál loecsanó zörej (schlotterndes Geräusch) támad, mely melől a légesőre illesztett halleő segélyével, hátul pedig a hetedik nyakcsigolya felett szabad füllel is kivehető. Egyik fűhörg eltömetésénél a légzési zörej a beteg oldalon meggyengült, vagy éppen hiányzik. Tüdőtagulatlanóság (Atelektase), tüdőlégdag és tályogképződés a vizsgálat közönséges szabályai szerint fedezendők fel. Ezen kívül a kórismézésnél tekintetbe veendő a betegeknek azon többé kevésbé bizonytalan érzése, hogy az idegen test inkább ez vagy amaz oldalon ül. Hol az idegen test székhelye a hangszálagok fölött van, ott a gégetükör éppen úgy biztosítja a kórismét, mint vezeti az el-távolítást.

A j ó s l a t szabály szerint igen komoly, mennyiben nem egyedül a folytó (suffocativ) rohamok ismétlődhetnek minden percen, és hozhatnak közvetlen veszélyt az életre, hanem akkor is, midön az idegen test a légeső alsó részében állandóan megmarad, és így a közvetlen veszély kimarad, súlyos tüdőmegbetegedéseknek (tüdőlob, tályog) vettethetik meg alapja, és csaknem előre látjuk a szükségképpen bekövetkezendő bajok egész sorát. Éppen a jóslat tekintetéből legnagyobb fontossággal bir a behatolt idegen test alakja és összállása: mennél puhább az, és mennél alkalmasabb a szétesésre, és folyós állapotbai átmenetelre, annál

kevésbé fogunk annak káros befolyása felett aggódni; ellenben mennél keményebb, hegyesebb, szögletesebb és nagyobb az idegen test, annál vészthozóbb a betegre nézve. Valamivel több mint fele az összes eseteknek az idegen test kiköbhögése (Wiederaushusten) vagy megolvadása által gyógyul; hol a légcsömetszés foganatosított, csaknem $\frac{3}{4}$ életben maradt.

A gyógybeavatkozás célja az idegen test eltávolítása, és az ez által már létrejött rossz következmények leküzdése. Az első és fontosabb javalatszereket a hánytatás szereke adagolása által igyekszünk megfelelni, hogy így a hányás alatti erősebb légzési mozgások által az idegen testet kivetetésre bírjuk (eredmény igen bizonytalan, az eljárás nem éppen veszély nélküli); vagy más módokon ingereljük az illetőket mennél erőteljesebb kilégzésre, vagy oly módon törekszünk célunkat elérni, hogy a beteget fejére állítva rázogattjuk. Mindazon esetekben, ahol az idegen test alakja és összállása különösen enyhe lefolyás felvételére nem jogosít, ahol az a légcsőben vagy ennek nagyobb ágai-ban székkel, a légcsömetszés szolgáltat legjobb eredményeket; és az ezen javalatszereket folytán elővett műtét sokkal kevésbé veszélyesnek bizonyult, mint midőn a gége lobos vagy szövetelfajulási megbetegedéséről van szó. Légcsömetszés által megkönnyítették a kilöketés, és egyszerűen teljesen elhárították a fulladási rohamoktól feltételezett veszélyt, a mennyiben t. i. azok keletkezése a gége izomzatától függ. A második javalatszereket az egyes esetekben adódott körülményektől, és általános szabályok keretébe alig illeszthető.

C. A LÉGCSŐ SZÜKÜLETE. STENOSIS TRACHEAE.

A légcső szűkülete esupán bizonyos, a legkülönneműbb kórbonci folyamatokon nyugvó tünetösszletet (Symptomencomplex) képvisel. Miután a kórbonci folyamatok kórismerésénél mindenkor tisztában kell lennünk azzal, hogy légcsőszűkülettel van dolgunk, miután ezeknél az elkülönített kórisme (Specialdiagnose) egyáltalában nem mindenkor lehetséges, talán helyén lesz itt azokat egybefoglalni, és azután egyenként röviden vázolni. Miként a légcső betegségei általában a gége és hörgőkbeli hasonló (analog) kórfolyamatokkal igen gyakran társulnak, sőt a hurut és álhártyás lob oly mérvben, hogy semmi támponttal sem bírnak azoknak, mint a légcső külön betegségeinek felvételére: éppen úgy sok légcsőszűkület is bonyolódva van a gége vagy hörgők szű-

kületével. A légeső elsődleges megbetegedései (habarcok, Polypen) egyáltalában ritkán fordulnak elő, és csaknem mindenkor a szomszédos szervek kóros megváltozásaitól (p. o. összenyomatási szűkületek, Compressionstenosen, tovaterjedési hurútok, fortgeleitette Katarrhe) vagy általános betegségek-től (bujak-, görvélykór) függenek.

A légesőszűkületek a légeső falainak megbetegedésén vagy összenyomatásán alapulnak; a rendellenes bennük következtében támadtak a gyermekkorban, vagy nem esnek beszámítás alá, vagy már előbb képezték előadásom tárgyát (idegen testek, hártvás torokgyik).

Veszületett légesőszűkületről említést tesznek Rokitansky, Bednar és mások. Egy ilyen esetet Rahn-Escher következőleg ír le: egy 20 hetet élt gyermeknél a gége feltűnőleg kicsinynek találtatott, porcai, valamint a 4 felső gégyüre-gyűrű kemény, mint ha meg lenne esontosodva, szalagos- és izületi összeköttetései merevek, nem engedékenyek, az egész légeső egy 6 hónapos magzaténak megfelelő szűk. Azonkívül a tüdők kifejlődése csak a durván szemeses hézagok határáig jutott, a gyomoresuk megszükkült. Az élet tartama alatt észlelt tünetek: gyenge, rekedt hang, légzési nehély, rendetlen légzés, zavart szopás; kékkór hiányzott.

Légesőbéli habarcok Lieutaud és Steiner által iratlak le. L. esetében a 12 éves fiu megfuladt, mivel az önmagától leszakadt habarc a hangszalagok közé ékelődött. Maisonneuve egy esetet észlelt, hol a gégebéli kárfiol kinézésű dagok még a légesőbe is leterjedtek.

Genyesedő porchártyalob (Perichondritis suppurativa) esetekről csak felnőtteknél van tudomásom (p. o. Jurine), ellenben a légeső és hörgők megszükkülését képződményes porchártyalob folytán (számos apró, esontosodó porckinövések Echondrosis ossificans képződése) Gintrac egy 8 éves fiunál észlelte. Hasonlókép előjön a légesőnek bujakóros megbetegedése, a poregytűri kiterjedt fekélyedése, lemesztelenítése, elgörbülése, szétroncsoltatása; azután létrejöhetnek összefüző, léce vagy gyűrű alakú hegek a szomszédos mirigyek nagyobb fokú megduzzadásával. A megbetegedés székhelye lehet egyedül a légeső legfelsőbb része, a villaszerű elágazódás környéke, vagy pedig az egész légeső. A Steiner és általam leirt esetekben örökölt bujakórrol volt szó egy 12 és egy 6 éves gyermeknél.

Összenyomatási szűkületek (Compressionstenosen) vagy világrahozott golyva által támasztatnak, és okkozzák ilyenkor az úgynevezett paizsmirigyi légrekedést (Asthma thyreoi-

deum) vagy a gyermekkor vége felé föltételezvék a szerzett nagyobbdásnak alávetett golyva által, mely a légesőt- amennyiben a paizsmirigy leér a mellsont alá, vagy az erősen kifejlődött nyakizmok által befelétolatik-, kardhüvely-, hasáb stb. alakjára összenyomja. E mellett sorvosakká válnak a poregytrük, vagy alakjuk úgy módosul, hogy még ha az akadály elharittatik is (tömlödagos golyva szüresapolása), a légeső szükülete tovább megmaradhat. A szükület helyén, és azon túl fölfelé, gyakran mutatkoznak visszeres vértorlódás nyomai, a nyák-hártya hurátja, és vizeuyös duzzanata.

Egy második, a gyermekkorra nézve főként fontos összenyomásí mozzanat a me g l o b o s o d o t t ny i r k m i r i g y e k részéről adódik. Megkülönböztetendő itt a megbetegedés két főhelye: nyirkmirigydagok a nyakon összelapítják a légeső felső részét egyik oldaltól a másik felé, és a légesőnek kisebb-nagyobb szöglet alatti meghajlítása által egyszersmind szükítőleg hatnak; a villaszerti széttagozódást (Bifurcatio) körülvevő mirigyek egyes helyeken benyomják a légeső és egyik hörg falát, vagy mindkettőét. Idevágó boncleteket közöltek p. o. R o m b e r g, A l k e n és mások. Mennyire vékonyvá válhat ilyenkor a légeső fala, bizonyítja E c k w a r d egy esete, ahol egy 8 éves fiunál egy hörgmirigy elvált (sequestrirt) darabja áthatolt a légesőbe, és a hangrésbe ékelődve okot szolgáltatott a megfullásra.

A kedezmirigy túltengéséből is származhatik légesőszükület és nehezített lézés.

Végre meg kellene még emlitenem a légesőnek nagyobb kiterjedésű mellhártyaizzadmány-, vagy egyoldali tüdőzsugorodástól föltételezett térszerü becsuklását (Knickung), és megszükülését a becsukalott helyen. Ez egy, eddigelé kevésbé ismeretes viszony, mely a hártvás gégelobéhoz hasonló mozzanatok által volna létrehozható.

A légesőszükület felismerésére ugyanazon tünetösszlet szolgál mint a gégeszornál: nehezített, fáradságos, hangos, viszonylagosan lassú légvétel. A megkülönböztető ismejelek következők:

1) Külső tapogatás által a nyakon fel fogjuk ismerhetni a légeső megszükülését vagy becsuklását, vagy egy, a hangos légzési zörjnek megfelelő surrogást (Schwirren) fogunk észre venni a légesőnek vagy szegyesont markolatának valamely részén, mely a gégen hiányzik.

2) Ugyanazon időbeli hörgszükület a mellkas egyik felének erősebb kiegyenlítő (complementär) bestüpedésével jár a belégzéskor, és gyengébb hólyagesás légzéssel az egyik oldalon (különösen fontos a bujakórnál, és a hörgmirigyek duzzanatánál).

3) A gége csekélyebb, csaknem teljesen hiányzó mozgása fel és lefelé, a fejnek inkább előre hajtott tartása.

4) A hang rendes marad, ha csak egyidejűleg gégebéli betegségek nincsenek jelen, csakhogy nem oly terjedelmes, kiváltképen nem kielégítő a magas hangok.

5) Gégetükkörrel a gége szabadnak találatik, — és ez elegendő ott, hol egyéb kézreadott tünetek által a felső légutak szűkülete biztosan kórismézettett-, vagy tükör segélyével még magát a légeső szűkült helyét is fölismerhetni, és ez úton felvilágosítást nyerhetni a szűkület foka és létrejövetelének módja felől.

A kórismét illetőleg az éppen felsorolt tüneteket kell kiaknázni. Legyünk óvatosak a kórisme megállapításánál, mivel a baj nem egyedül a gége bántalmaival, hanem tisztán hörgőszorral, (Bronchostenose) hörgőcs lobbal (Bronchitis capillaris), croupos hörgllobbal-, végre idült tüdő- vagy mellhártyabetegségekkel is fölcserélhető. Gyógykezelésnél őrizkedjünk a vérbocsátásoktól, émelyítő (nauseosa) vagy hánytatószerrek adagolásától, mint melyek ez idő szerint a felsorolt kórtörténetekben még nagy szerepet játszanak. A betegnek teljes erejére van szüksége, hogy a betegséget saját légző izmainak (Respirationsmuskeln) tevékenysége által legalább egy időre leküzdhesse (Compensiren). A sűrített levegő (Comprimirte Luft) tetemes könnyebbülést nyújt. Eltekintve némi erőműves behatástól a megszűkült hely duzzadt állapotban levő nyákhártyájára, a sűrített levegő a testszövetcinek élelynyeli dús tápláltatását-, a szénsav és a nem tökéletes élelynyelési folyamat maradványainak (Schlacke) kimosatását (Ausspütung) eszközli. Különben a gyógybeavatkozás függ a szűkület kórokaitól. Golyva vagy bujakórnál sikert várhatni az iblany belső használatától, a bujakórnál legalább az első, tisztán izgékony kórszakban; később a bujakóros fekélyek gyógyulása, sietteti és fokozza a heges zsugorodást (Narbenconstriction), következőleg behatása most már inkább kedvezőtlen. A hörgmirigyek duzzanata ellen forduljunk a görvélyellenes izerekhez, hasonlóképp iblanyhoz, azután halmájolajhoz. Habarcok, legalább felnötteknél, már sikerrel műtettek (Schrotter).

D) ÚJSZÜLÖTTEK GOLYVÁJA. KROPF DER NEUGEBORENEN.

K. E. H a s e : Anatomische Beschreibung der Krankheiten der Circulations- und Respirationsorgane. Leipzig 1841. P. 523.

F r. B e t z : Ueber den Kropf der Neugeborenen. In H e n l e und P f e u f e r's Zeitschrift für rationelle Medicin. Bd. IX. 1850. p. 233.

R. V i r c h o w : Ges. Abhandlungen p. 980. und die krankhaften Geschwülste Bd. III. p. 51.

A. B e d n a r : Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge III. p. 77.

O. S p i e g e l b e r g : Drei Fälle von Struma congenita. Wdrzb. med. Zeitsch. V. p. 160

Azon vidékeken, hol a golyva otthonos, és azon családokban, melyeknek tagjai golyvásak, olykor születnek gyermekek, kiknél a pajzsmirigy már a születés alkalmával egyenletesen úgy van megduzzadva, hogy az a nyakon félhold alakban előre emelkedik, és hasonlít egy zsiróvhöz (Fettwulste). Az ujszülött pajzsmirigye aránylag már különben is nagyobb a test súlyánál: annak 4—6-szor nagyobb részét képezi mint a kinőtt korban. Világrahozott golyvánál a pajzsmirigy gyurmája túltengett, egyes apró vérömlenyekkel átszűrnekedett, és véredényei jelentékenyen kitágultak. Helyzete gyakran magas, csaknem megfelel a nyelvcsont állásának, és hátrafelé a légeső legfelsőbb részét esiptetőszerűleg körülveszi. Ritkábbak azon esetek, ahol az egészben mérsékesen nagyobb mirigy egyik lebenye lúdtojás mekkoraságra túltengve a nyakon dudorzos kiemelkedést képez. Ezen esetekben koloidesomók, vagy nagyobb tömlők találtatnak a különösen megnagyobbodott lebenyben. Általános túltengési eseteket észlelt névleg B e t z, egy-egy lebenyét B e d n a r. A szülés alatti erőműzet (mechanismus) a pajzsmirigy megduzzadására bizonyos fokban befolyást gyakorol. Ezt H e c k e r névleg az arefekvésre vonatkozólag kimutatta. Azonban még olyan koraszülötteknél is, kik könnyen megszülettek, a a pajzsmirigyben nagyobb csomók (Knoten) is találtattak.

Golyvával született gyermekek gyakran tetszhalott állapotban jönnek világra, náluk a test visszerei erősen megtelvék vérrel, a légzés hangos zörejtől kísért, fáradságos és rendetlen, s rekedt hanggal sikoltanak. B e d n a r, S p i e g e l b e r g és mások felhoznak eseteket, hol kevésbé a születés után az ujszülöttek megfuladtak. B e d n a r még különösen arra figyelmeztet, hogy ezen bajjal gyakran van bonyolódva nagyobbodott keczmirigy, szívtúltengés, rendellenes lefutása a nagyobb edénytorzseknek, és más fejlődési hibák. Ezek által fokoztatik a kékkór és nehéz légzés. Zavarva van a szopás is azon

mérven, mint minden légzési nehélynél; ugyanis a gyermekek ismételve megkísértik a szopást, de azonnal kénytelenek azt félbeszakítani; a teljes aléltás (Asphyxie) bekövetkeztével a szopási kísérletek is kimaradnak. Hogyha a megszütkített légesövön át a légzési izmok erőlyes működtetése által elegendő levegő hajtatik be arra, hogy a tüdő egészen kitáguljon, akkor a paizsmirigy duzzanata — feltéve hogy a duzzadás egyenletes volt — néhány nap lefolyása alatt eltűnik; csak a tömlöktől vagy kolloid csomóktól föltételezett dudorok maradnak, és növekszenek. Hogyha ezen légfelvételi küzdelem az újszülött első napjait igénybe veszi, akkor ez könnyen hátrányossá válhatik a tüdőre nézve, melynek tágulatlan maradt részei vértorlódásos-, vizenyős-, lebenykés tüdőlobos (bronchopneumatisch) állapotba jutnak (B e d n a r), éppen úgy, mint a felső légútak másnemű szűkületeinél. Az élenyhány és a visszeres edények túlteltsége az agyra nézve sem közömbös. Ezeknek kifolyásai lehetnek a halált megelőző ránggöresrohamok. Az agy vizenyőjét és vérbőségét B e d n a r mint gyakori leletet jelzi. A két, általam itt helyben megszelett eset közül az egyik, hol a légzési nehély igen nagyfokú volt, néhány év múlva nehézkörhöz és butasághoz vezetett. A legtöbb észleletek azon vidékekből származnak, hol a golyva határozottan otthonos; S p i e g e l b e r g 3 esetében maguk az anyák golyvásak voltak. Az én két esetem golyvamentes vidékről néhány év előtt ide költözött golyvamentes családokból való egyéneket illetett. Ebből világos, hogy a golyvát nemző mozzanatok az anya szerzetét, anélkül hogy arra behatnának, átjárhatják, és behatásukat csak a magzaton érvényesíthetik.

A g y ó g y k e z e l é s első feladata a légvétel tökéletes megindítása. E célból törekedni kell a légző izmokat (Athmungsmuskeln) erőteljes működésre bírni, és a paizsmirigy által a légesőre gyakorolt nyomást a lehetőleg kisebbé tenni. Hogyha a légzés valóban megindul, akkor a paizsmirigy vértúlteltsége különben is gyorsan alábbhagy; miért célszerű a gyermek testének meleg fürdőben tartása mellett a mellkast és nyakat hideg vízzel leönteni, miután ezen eljárás mellett a légvételi mozgások erőteljesebbek, és egyszersmind kisebbedik a paizsmirigynek — túlnyomólag vértorlódáson nyugvó — állapota is. Miután a gyermek tápláltatása felettébb meg van nehezítve, kísértük meg a bor adagolását cseppenként. Súlyos esetekben megkísértendő a paizsmirigyre folytonos hideg borogatás, és a belégző izmoknak (Einathmungsmuskeln) faradisatio általi izgatása. Azon golyváknaál is, melyek a légzésre lényegesen gátló befolyást nem gyakorolnak, a hideg helybeli alkalmazása az élet első napjai alatt leginkább ajánlható; azonban

magától értetődik, hogy tekintettel a korra és gyenge szervezetre, a hideg alkalmazását nem fogjuk megengedni hosszú időn át, és csak is félbeszakításokkal. Az élet első napjain túl, továbbá a dudorzos, egyenetlen fülszintű paizsmirigydagoknál, már kezdetől fogva ajánlva van az iblanyos kenőcs alkalmazása.

Aszerzett golyva közönségesen csak a gyermek koron túl éri el ama nagyságot, és megy át azon megváltozásokon, melyek neki kórbonci érdeket kölcsönöznek. Mindazáltal a golyva ezen neménél is igen figyelemreméltó a keletkezési szak, mely a legtöbb esetben a második fogzás és a gyermekkor vége közötti korszakra esik. Azon egyének, kik ifju koruktól fogva ki vannak téve a tájkóros, golyvanemző okok behatásának, ha a golyva iránt egyáltalában fogékonyak, úgy náluk a baj keletkezésének ideje az élet érintett szakára esik, és ezen idő alatt a gyógykezelés határozottan sikeresb mint később. Ilyenkor még csak túlképlékenységgel (Hyperplasic) és kisebb kolloid göcsök (Knötchen) képződésével van dolgunk, míg az elmeszesedés és nagyobb tömlős dagok támadása csak a későbbi időre esik. Kezdődő golyva gyógykezelésénél az *iblanykór* (Jodismus) neve alatt ismeretes tünetnyek bekövetkeztétől kevésbé kell tartanunk, mint talán különben. Röviden, minden egyes esetben ajánlatos a paizsmirigy megduzzadásának, mely később oly könnyen eltorzuláshoz és életveszélyhez vezet, idejekoráni méltánylása és gyógykezelése. E tekintetből előnnyel ajánlatok: hosszabb időn át tartózkodás valamely golyvamentes vidéken, legjobban a tenger közelében; belső használatra hamiblag; iblanyfösvény-beecsetelések a nyakra. Beecseteléseknél a jód a belehelés útján hat, az a bőrön át nem szivatik fel. Némelyek kedvelik az iblany tartalmu ásványvizeket, p. o. Adelheid forrást vagy a kreutznachi vizet.

E. A HÖRGÖK ÉS TŰDŐ BETEGSÉGEI, KRANKHEITEN DER BRONCHIEN UND DER LUNGE.

I. Hörghurut. Bronchial-Katarrh.

A. Biermer in Virchow's Handbuch der spec. Path. und Ther. Bd. V. Abth. I. p. 647. u. f.

Rillet und Barthez; Traité clin. et prat. des maladies des enfans. Ed. II. Bd. I. p. 588.

Fauvel: Recherches sur la bronchite purulente et pseudomembr. Thèse. Par. 1840.

Hauer: Bronchialkrankheiten im Jahrb. f. Kinderheilk. V. p. 76 u. f.

Steiner: Die Bronchitis catarrh. sicca bei Kindern. Jahrb. f. Kinderheilk. 1868. p. 209.

A kórokok körülbelöl azonosak a gégehurutokéval, és a legtöbb hörghurut ezen okok további behatása által (lefelé) hozatik létre; így

meghülés, vegyi vagy erőmtívi módon izgató anyagok belehelése támasztja a hurut elsődleges alakjait, míg a másodlagos hurutok következményei a legközelebb határos nyákhártya tovább vezetésének, a szomszédostüdőrészben fészkelő kórgócok ingerének; vagy tünetét képezik azok heveny vagy idült általános-, vagy mellbetegségeknek. Kanyaró, hőkhurut, hártvás gégelob, tüdőlob, tüdővész, görvély-, ángolkór ritkán folyhatnak le hörghurut nélkül. A bonci megváltozások a nyákhártya veres színében, duzzadtságában, és a rendesnél több, sejtekben dús elválasztásban állnak, melyekhez csatlakozhat hosszabb tartam mellett a hörgők kitágulása, a nyákhártya megvastagodása, és sekély kirágódások képződése. Ha a hurut a legfinomabb hörgőkbe leterjed, akkor azok már a hurut tartama alatt kitágulhatnak, és megtöltetnek nyakos-genyés váladékkal, a szomszédos tüdősejtek betömetnek fehér bujálkodó sejtgyülemmel, és így fehéres szemecéket képeznek, melyeknek közepében, a kitágult hörgők metszlapján, egy csepp nyák (hurutos tüdőlob) ürül ki. Ezen kórállapot különösen gyakran kifejlődik azon tüdőszövetben, mely a hozzavezető hörgők eltömetése következtében már előbb tágulatlanúságba esett. Megfordítva, gyakori erősebb köhögés következtében tüdőlégdag fejlődhet. A mellkas légvételtől erőmtíves viszonyai hozzá magukkal, hogy gyakran tüdőlégdag fejlődik a felső lebenyekben, és egyidejűleg tágulathiány az alsó részekben. Heveny hurutok mellett lobosan megduzzadnak a szomszédos hörgümirigyek. A hurutok ritkább következményeiként felemlítendők a tömlőszertü hörgőtágulatok, és a szomszédos mellhártyarész lobja.

A kórtünetek között a lázas mozgalom esekély, és rendetlen szokott lenni. Kezdetben az idősebb gyermekek élénk mell- és kiterjedt izomfájdalmakról panaszkodhatnak. Szabály szerint a köhögés eleinte száraz, gyötrő, a legközelebbi napokban laza és nedves (rascselnd). Miután a köpetet a gyermekek rendszeren lenyelik, a hurut felismerésére főleg a gyakori köhögés, majd a kopogtatás és hallgatódzás nemleges vagy esekély eredménye szolgálnak. A légvétel oly fokba lesz megnehezítve és erőltetéssel egybekötve, a mint a nyák a légutak ürterét megszükiti. A kopogtatási hang, meddig csupán egyszerű hurruttal van dolgunk, nincs megváltozva. Hallgatódzáskor a nagyobb hörgők hurutjánál csak gyenge, érdes vagy szakadozott légzési zörejt vehetni ki a mellkas falán, de szeresegeteket nem; ellenben, hogyha a beteg nyitott száj mellett mély lélekzetet vesz, nagy sejtés, nedves, a forrásban levő víz bugyborékolásához hasonló szörtyözörejeket (Rasselgeräusche) hallhatni. Midőn a hurut a kisebb hörgőkben székel, egyenetlen, hólyagcsás, nedves, tompa szörtyögések hallhatók a mellkas falán

is, nevezetesen az alsó lebenyek fölött is. Több hörgnek nyak általi el-tömetésével járó hurut kifolyása a gyakori erőltetett légzés, behúzódas a rekesz megtapadási pontjainak megfelelőleg, gyors apró értítés, túl-teltsége a visszereknek, és a bőrnek halvány, ólomszínű kinézése. A legtöbb hurut a légútak felső részéből terjed lefelé, és légeső-hörglobnak (Tracheo-bronchitis) neveztetik mindaddig, míg az a légesőről csak a nagyobb hörgökre terjedt, különösen pedig hogyha ezekben megmaradt. Hurutok, melyek nagyobb számú kisebb hörgöket támadnak meg, hörgöeslob (Bronchitis capillaris) névvel jeleztetnek. Ezek képezik a legaggasztóbb gyermekbetegségeket, melyek nevezetesen gyakoriak a csecsemőkorbán, és vagy a kanyarótól, vörhenytől, hőkhuruttól és más hasonló, a hurutra hajlamosító betegségektől függnek, vagy oly módon támadnak, hogy a közönséges orrnátha rövidebb vagy hosszabb idő alatt a nagyobb hörgökre leterjedve, ott meglehetősen ártatlan jellemmel megmarad, és aztán csakis valamely külső ok következtében, olykor felette gyorsan és hevesen megtámadja a körgöcskéket, mire a légzési nehély egészen a légrekedésig (Orthopnöe) fokozódik, a legvételek száma egy perc alatt 60—70-re szűkhet. A légzés felületes, az összes belégző izmok gyorsan és nagy erővel összehúzódnak, de csak rövid ideig maradnak összehúzódasban; a kilégzés is nagy izomerőkődéssel van egybekötve. Ez idő szerint még talány, miért van gyorsítva a légzés több hörg betömésekor, holott az a gége vagy légeső szűkülésénél lassított. A köhögés bár gyakori, azonban a légzés nehezbűlésével az mindinkább háttérbe nyomul. Alacsonyabb hőfok mellett az értítés rendkívül gyorsított; ezen körülmény kell, hogy kifolyása legyen a kis vércör azon zavarának, mely a tüdők megbetegedése által adódik; kopogatas által gyakran kimutathatni a jobb szív kitágultságát, mi mellett a visszerekben nagy a hátsó vérpangás (Rückstauung). A betegek kinézése halványkékes, pöfledt; ellenben fogy az ütteres nyomás, úgy, hogy az értítés kicsiny, és a hügy mennyisége csekély. Már ezen okból is, de meg a kevesebb élynyfelvételnak megfelelőleg is, sok hügy-sav választatik ki. Egészen közönséges a bő izzadás. Sok beteg szénsavmérgezés tünetei között hal el, némelyeknél bekövetkeznek az agy vérszegénységétől föltételezett rángások is. A mellkas kopogatasi hangja nagy kiterjedésben kissé dobos és üresebb, azonban, legalább az első időszakban, hiányzik minden körülirt tompulat. A halál beköszönhet az első-, és a következő 14 nap alatt; ha tovább kimarad, úgy a következményi kör-állapotok, mint tagulatlanság, tüdőlob, érvényesitik magukat. A gyógyulás mindenkor hosszabb időt vesz igénybe.

Azon gyermekek, kik zsenge koruktól fogva a friss levegőhöz és hideg vízzeli lemosásokhoz szoktatvák, keveset szenvednek hurutokban; mialatt a nyafogó gyermekek, kik — ne hogy meghűljenek — nem mehetnek ki a keleti szél mellett, nem ihatnak hideg vizet, nem nélkülözhetik a flanellt, kiknél a veszélyt hozható hajnyírás a lehetőleg halogattatik, persze nehezen szabadíthatók meg az elkényeztetés és szobalevegő által szerzett hurutokrai hajlamtól. Sőt még a heveny betegségeknel is a szorgalmas szellőztetés és a mellkasra alkalmazott hideg borogatások által a hörgők részérőlí szövödmények megátoltatnak-, és nem elő idézhetnek. Bartels e tekintetben döntő tapasztalatokat szerzett. Hol ilyen alapelvek a családok körében nem értékesíthetők, azok behozatalát megkönnyíti a tengeri fürdő, vagy a falun tartózkodás. Enyhébb hurutok alig szükségelnek más gyógykezelést, mint hogy a gyermekek egyenletes mérsékletű, és jó, tiszta levegőben tartózkodjanak, e mellett bőven igyanak selti vizet tejjel, meltheát vagy hasonló langyos italokat. Erőszakos beavatkozások vérvételekkel, hánytató- és undort gerjesztő vegyületekkel előbb rontanak, és a hörglob rosszabb alakjaihoz vezetnek, mintsem gyógyítanak az enyhébbeket. A hörgőslobnál tapasztalhatni, hogy az erősebb kipárolgás kevesbíti a légutakbani elválasztást. Mustárpép a mellkasra, meleg begöngyölgötése a végtagoknak, elvonják a vértorlódást a tüdők-ről. Szénsavas szikéleg, salamia-só belehellése folyékonyabbá teszik a köpetet, és megakadályozzák a hörgők eltömetését. Ritkán nélkülözhetők az izgató szerek, mint anizsos oldott légkőneg (Ammon. sol. anisat.), bor, senega, pézsuma; és csak ritkán nyúlunk a nagyobb nyáktorlódás elhárítása végett a hánytatók adagolásához.

Olykor az erős köhögési inger csillapítása végett szükség van a mákony-készítményekre, azonban a súlyos esetekben, a mennyire lehető, azokat kertiülni kell. Valamivel lassúbb lefolyás, és gyengébb testalkat mellett megfelelnek a vaskészítmények. Ezen gyógykezelés mellett sohasem volt okom annyira aggódni a Capillaris-alaktól, mint azt a francia és angol gyermekorvosok nyíltan bevallják. A lefolyás majdnem mindenkor kedvező volt.

Idült hörghurút ugyanazon kórmozzanatok gyakoribb behatásának kifolyása, melyek a hevenyalakot létrehozzák; vagy fenntartatik az bizonyos, beteges testalkat, p. o. görvély-, buja- és angolkór által. Itt annyiban háttérbe szorúl a nehéz légzés, mennyiben az csupán a test nagyobb megeröltetésénél nyilvánúl. A főtünetet képezi a gyakori, mindannyiszor nyákos köpettől kísért köhögés. Gyakori pontos vizsgálatra van szükség, hogy el ne nézzük a lebenykés tüdő-

lobot, vagy azon tágulathiányokat, melyek gyakran csatlakoznak az idült hörghuruthoz; másrésztől, hogy helyesen megkülönböztessük a hurttot a tüdővészes folyamattól. A gyógykezelés leghatásosabb lesz, ha belsőleg a zsongító és egyszersemind oldó szereket, p. o. vasas kőn-légenyhalvagot (Eisensalmiak), tisztított vasport szénsavas hamanynyal, adagoljuk, külsőleg összehúzó vagy balszamos szereket: timsó, csersavoldat alkalmazunk, majd kátrány- vagy terpentinpárákat lehellettünk be.

Száraz hörglob (Bronchitis sicca), elválasztás nélküli hurut, előjön mint előkészítő korszak, és mint különös, saját tulajdonságokkal bíró alak. Ez utóbbi nehéz légzés, erős, száraz köhögés, majd ezekhez csatlakozott tüdőlégdag által jellemzi magát. A tünetek itt valószínűleg egy részben fültételezvék az erősebben duzzadt hörgmirigyek általi nyomatástól. A lefolyás közönségesen halálos kimenetelűnek tekintetik, azonban kérdéses, mennyi befolyása van erre a hörgmirigyek tūros megváltozásának, és más kórszövődményeknek. Gyógykezelés tekintetéből ajánlandók a zsongító szerek, és közömbös vagy oldó behellések (konyha-, szik-, salamia-só.)

II. HÖRGTÁGÚLAT, BRONCHIEKTASIE.

A. Biermer: Zur Theorie und Anatomie der Bronchienerweiterung. Virch. Arch. XIX.

H. Bamberger: Bemerkungen über die Broncheectasis sacculiformis. Oestr. Zeitschrift f. prakt. Heilk. 1859. 2. und 3.

C. W. Trojanowsky: Klinische Beiträge zur Lehre von der Bronchiektasie. Diss. inaug. Dorpat 1864.

F. r. Holzhausen: Ueber Broncheectasie. Diss. inaug. Jen. 1865.

Rilliet et Barthez: Malad. des enfans. Ed. II. t. I. p. 509.

Az irodalomban feltalált 208 hörgtágulatos esetből 19 vonatkozik gyermekekre, miből látható, hogy a gyermekkorban erősen kifejezett, tömlőszerű hörgtágulatok ritkán fordulnak elő; azonban lényegesen más eredményhez jutnánk, hogy ha beszámíthatnók a mulékony (vortübergerhend), hengeres alakokat is. A hörgök a gyermeknél feletöbb könnyen megváltoztatják ürterüket úgy a kitégülés, mint az ismét-megszűklítés (Wiederverengerung) értelmében. Azon gyermekek hulláiban, kik hártvás gégelobban, kanyaróban, bökhurutban, hörglobban, sőt ezen betegségek valamelyike alatt közbejött valamely heveny folyamat következtében elhaltak, azon középvastagságú hörgökben, melyek székhelyét képezik belterjesb hörglobnak, hengerded vagy orsóalakú kitégülasokra akadni. Az ezen betegségek után támadt, tömlőszerű hörgtágulatokon nyugvó, bizonyossággal kimutatható üregek is idővel ismét tökéletesen eltűnnek. Ezen betegségeknel a kilég-

zészneli tényleges nyomás az, mely a lobbolyamat által petyhüdtté vált hörgfalakat kitágítja. A lassan oszlott tüdőlobok-, és mellhártyalob után is többnyire tömlőszerű tágúlatok fejlődnek. Ezen esetekben, hol a kitágulások a töpörödő tüdőszöveten belül fekszenek, a szenvedőleges belégzési nyomás az, mely őket létrehozza. Ezen utóbbi, maradandó, közönségesen egyedül kórismerhető alak mindenesetre ritkább a gyermekkorban, mint a felnőtteknél. Egybe van az kötve rendszeren a mellkas falának nagyobb besűppedésével, épen úgy a szívnek nagyobb helyzetváltoztatásával. A vékonyfalú mellkason át igen könnyű a tüdőbeli barlangok physikalís kimutatása. Igen jól kivehetők: a csengő érezhang, a hang hullámozása (Höhenänderung des Schalles); a csengő szörtyözrejeket gyakran már a mellkason át éreztük és meghalljuk, mielőtt még fillunket oda illeszténék. Az egyszerű alak gyakoribb mint az eves (putride), mely utóbbinál bűzös, rossz színű, savi visszhatású köpet választatik el. Mindkét alaknál a váladék igen bő, úgy, hogy az gyakran a szájon és orrlíkákon át folyik, és többször tartalmaz zsírszalakat, epefagyanyjegeczeket, vérszöveteket, és- a különben is előjövő genysejtek mellett ruganyos rostokat is. Ha az üreg bennéke egyszer evesedésnek indul, akkor az a gyermekeknél aránylag gyakran keresztül töri magát a mellhártyán, vagy a mellkas falán, az első esetben halálos genymellhez, a másodikban valószínű gyógyúláshoz vezetve. Midőn egy egész lebeny, vagy a tüdőnek még nagyobb része támadtatik meg, akkor elöterbe lépnek a visszeres pangás tünetei, melyek között különösen gyorsan kifejlődik a körömperecek bunkós megduzzadása. A kórisme, mennyiben eves anyagok felszívódása következtében felléphetnek lázas tünetek is, melyek a test lesóványodásához vezetnek, nem mindenkor könnyű; sőt néha a gyógykezelés eredményétől kell azt függővé tenni. Ezen eredményre gyermekeknél jóval nagyobb valószínűséggel számolhatni, mint felnőtteknél. Jóllehet meghiúsíthatja ezen eredményt a gümőkór fellépése, a mellhártya áttörése, vérzés, sorvasztó elsóványodás (hektische Abmagerung); közönségesen azonban van rá kilátásunk. A gyógykezelésnél irányadók: a szétbomlott bennék fertőztelenítése, gyors kiürítése a bennéknek, leszállítása az elválasztásnak, ismétli kitágulásra bírása a körüladó, légnélküli tüdőszövetnek. A három első czélnak megfelelnek kátrány-, terpentín-, benzín- és fenyőlevélből sajtolt olaj (Fichtennadelöl) páráinak belehelletése. Ha ezen szerek, vagy mi még inkább ajánlható, a porlasztott vashalvag 1% oldatának belehelletése féloldali megbetegedésnél az egészséges oldalon is fogantatba vétetik, akkor egyszermind elomozdittatik a körüladó tüdőszövet újbóli kitágulása is. Jó

táplálék, tornázás, faradisatio gyámoltják a belehllési izmok működési képességét, egyszerűsmind elősegítik a megérintett ézelt. Bóditók használása csak ott engedhető meg, hol a száraz köhögési inger a kitágulás nagyobbodásával fenyeget, nem pedig ott, hol valóban van mit felköhögni. Tápláló, erősítő szerek, halmájolaj, vas stb. kiegészítő részei a gyógy módnak. A legroszabb aszkóros esetekben, hogy a láz ellen hathassunk, szükségünk van a kinalra, gyttszönkére, hideg borogatásokra.

III. TÜDŐLÉGDAG. LUNGENEMPHYSEM.

W. H. W a l s c h e: A practical treatise on the diseases of the lungs. Ed. III. p. 326.

A. B i e r m e r in Virchow's Handbuch Bd. V. Abth. I. p. 781.

R o k i t a n s k y. Lehrbuch der path. Anat. III. Auß. Bd. III. p. 50.

H e c k e r: Zur Frage über das Vorkommen eines intrauterinen Lungenemphysems. Virchow's Archiv. XVI. p. 535.

G r a y l y H e w i t t: Ueber das Vesicularemphysem der Lungen in der ersten Kindheit, etc. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. p. XXXII. 231.

A gyurmabeli tüdőlégdagot jellemzi a szövet ruganyosságának tönkrejutása, a tüdősejtek kitágulása, és közülök többnek egygyéolvasása, válfalaik- és az azokban lefutott véredények elenyészése mellett. A tüdő egészben véve nagyobb, a tüdütér hajszáledényei szükebbek, a légző fölszin kisebb. Kórok gyanánt tekintetik kiváltképen a tüdő gyakori túlságos kitágulása, jött légyen az létre a be- vagy kilégzés útján. Azon kórokok, melyek felnötteknél a gyurmabeli légdag támadására közrehatnak (golyva, hurut, fúvó hangszerekeni játszás), kell, hogy igen hosszú időn át fennállottak legyen, míg a légdag kimutatható fokra fejlődött. Gyermekeknél ritka ugyan ezen betegség, de keletkezés módja bir némely sajátságokkal, melyeket kell, hogy e helyt felsoroljak. A tüdőlégdag előjöheth mint világra hozott (Valleix, Hecker), azaz kifejlöhdhet az a szülés alatt a méhben. Nevezetesen Hecker esete annyira körülményesen le van írva, és annyira bizonyító feltételek között folyt le, hogy azt épen nem lehet kétségbe vonni. Másodszor, könnyen előidézttetik az, miként Leroi d'Etioilles első kiemelte, tetszhalott állapotnál az erős légbefúvás által. Ezen két tényből következik, hogy az újszülött tüdője néhány óra alatt a tágulathiányos állapotból átvihető a légdagosba; tehát, hogy ezen korban meglepő gyorsasággal kifejlöhdhetik légdag. Tekintetbe véve, hogy oly kevés gyermek támadttatik meg légdag által az első életévekben, holott annak keletkezésére elég alkalom kínálkozik a szülés alatt vagy az után, már ezen tapasztalat annak felvételére kényszerít,

hogy a gyermekek tüdőlégdagja a mily gyorsan támad, épen oly gyorsan vissza is fejlődhetik.

A Jackson által először felállított azon nézet, hogy a tüdőlégdag örökölhető, hogy az összes légdag- esetek nagy része a szülőtől származik át a gyermekekre, a gyermekkorra nézve akkor bírna kiváló jelentőséggel, ha helyesnek bizonyítlna Freund azon fölvétele, hogy a — bizonyos családokban uralkodó — legfelső bordaporc nagyobb hossza és merevsége főfeltételét képezné ezen betegség létrejövetelének. Ez alapon nem ritkán világosan kifejezett támpontjára találni az örökölt légdagnak már a második fogzás alatt. Egy egész sora a tulajdonképi gyermekbetegségeknek azon mérvben kedvez a légdag keletkezésének, a mint azok a köhögést előidézik; így a hökhurut, torokgyík, hurutos tüdőlob, hurut. Azon vidékeken, hol a golyva otthonos, ez már korán befolyhat a légdag támadására. A leggyakrabban nyílik alkalom a hökhurutban elhalt gyermekek hulláinak boncolásánál meggyőződést szerezhetni arról, mennyire nagy szabálysággal változtatja át ezen betegség a tüdő felső lebenyeit légdagossá. A legtöbb ember kiállta gyermekkorában a hökhurutot, holott kevesen szenvednek tüdőlégdagban; mi ismét a mellett bizonyít, mennyire könnyen és tökéletesen képes a gyermekek légdagja visszafejlődni. Tartós, visszafejlődésre nem képes légdag-alak föltételeztetik azon száraz, odafüzdésekkel járó mellhártyalobtól, mely annyira szilárdan odafüzi a tüdő szélét a fali mellhártyához, hogy köztük semmi tr sem marad vissza, és így a tüdő nem térhet ki a levegő előtt. Kisebb fokú hörgtágulatok gyakran egybeesnek a szóban levő betegséggel; nevezetesen szabály gyanánt tekinthető ez a hökhurut után. A kórodai tünetek következők: a mellkas széles alakja, nevezetesen a nagy mellcsont-gerincz átmérőben, a rekesz mély állása, kis, mélyen álló szív-tompulat, gyengébb, kiterjedt csúcslökéssel mellett, a jobb pitvar lükettése a fölhasi tájon, gyengült ütér-lökés, a visszerek túlteltsége, mindenütt tiszta (hell), teljesebb kopogatósi hang, gyenge hólyagesás légzés, csak az alsó lebenyek fölött kiterjedt szercseregések. Csecsemők-nél még alig lett ugyan kiismerve ezen betegség, de néhány életével már eléggé kifejezett esetek vannak feljegyezve, melyekben a jelen volt nehéz légzésből elég könnyen lehetett ezen kóralakra következtetni.

Az előadottak nyomán a jóslat a gyermekkorban kedvező, mivel a még fejlődésben levő tüdőknél előbb számolhatni a kiegyenlített tüdőre, és így a gyógyulhatásra, mint a már tökéletesen kifejlődöttknél, mennyiben t. i. tehetségünkben áll és alkalmunk van a kórokokkal

sikeresen és idejekorán szembeszállni. A hökhurut különben is néhány hét alatt megfűtja pályáját, a golyva kisebbithető az iblany külső és belső alkalmazása által; legnehezebb és legfontosabb az idült hurut lektüzdése. Itt érvényesül a valódi középúttat megtalálni az újabb meghülésektől óvórendszer és a test edzése között; kiváltképen súly fektetendő az illető beteg távoltartására a tisztátalan körlégtől. Jómódúaknál előnyösen ajánlhatni a télen általi tartózkodást valamely déli vidéken a tengernél. Kiváltképen kedvező eredmény várható a süritett (comprimirt) levegő belehellésétől, mennyiben ez által nem csupán pillanatra öblítették ki a szénsav, hanem a kisebbedett belégzési szükség a mellkas tőrfogatának kisebbedését is maga után vonja.

A n m. R a h n-E s c h e r: (Beiträge zur Pathologie des kindlichen Alters in v. Pommer's schweiz. Zeitschr. Bd. I. II. 1. Cit. in Schmidt's Jahrb. Bd. VI. p. 166), H e r m. M e y e r (Ueber angeborene blasige Missbildung der Lungen, nebst einigen Bemerkungen über Cyanose aus Lungenleiden in Virchow's Archiv Bd. XVI. p. 78) és R o k i t a n s k y (Path. Anat. III. p. 56) leírnak a tüdőnek bizonyos képződési hibáit, melyek megegyezők abban, hogy a világrahozott torzképződés következtében a tüdőnek nagyobb vagy kisebb része durva sejttű, egészen öblözetes szerkezettel bírt. Miután egyike a betegeknek több évet megélt, másik ezen betegség következtében kékkóros lett, továbbá a leírásban helyenként oly mozzanatokkal találkozunk, melyek, mint feltűnő körtűnetek, a mellkas vizsgálatánál a betegséget fölismerítették volna, röviden felsorolom az illető eseteket:

1. R a h n-E s c h e r: a gőgo, légső és gyomorcsuk szűkületénél született fiú, ez utóbbi baj következtében 22 hetes korában elhalt. Tüdők terjedelmesek, a szívburkot egészen elfedik, durván sejtes és egyenotlen szerkezetűk némileg hasonlít a békaporonidhoz.

2) H. M e y e r: egyéves leány, 5 hónapos kora óta kékkórosban, fulladozási rohamokban szenvedett; nehezített fekvés a jobb oldalán. Bonczlelet: jobb tüdő jól fejlődött, belső felszínén egyes, egészen borsó nagyságú hólyagok; bal oldalt a tüdő alsó lebenye 3 lebenykéből áll rendez szövetvel, a felsőt egy rostos nyáklártyával kibélelt tömlő képviseli, egyes redős kiemelkedésekkel befelé, közlekedve több hörgggyel; levegőt tartalmaz, fala egyes helyeken elmeszesedett.

3) Id. 5 hónapos magzat; számos vizes folyadékkal megtöltött, a hörgőkkel közlekedő hólyagok mindkét tüdő felületén és belsejében; egy ilyen diómekkoraságú hólyag képezi a jobb felső lebeny legnagyobb részét.

4) T h. B a r t h o l i n u s (cit. bei M e y e r) 4 éves fiú máj-tályoggal; a tüdő helyén hártvás, levegővel telt hólyagok, melyekbe nyílik a légső.

5) R o k i t a n s k y: 8 napos kékkóros fiú, a bal felső lebeny alsó szélén citrom nagyságú, vékony kocsonyon ülő daganat, mely borsó, egészen mogyorónagyságú, kerek és többszögű, többnyire egymással közlekedő, meglehetősen vastag falú ürök csoportozatából volt összetéve.

A felsorolt esetek a tüdő légdagszerű, durva hólyagesás szerkezetének sorozatát tüntetik elő egészen a hólyagalakig, melyek közül a legtöbb mint egyszerű félbenszakadt fejlődés fogandó tel. Közülök egyesek idővel talán kórimeríthetők lesznek.

IV. TÜDŐTÁGÚLATLANSÁG. ATELEKTASIS.

E. J ö r g : De pulmonum vitio organico ex respiratione neonatorum imperfecto orto. Diss. Leipz. 1852.

L e g e n d r e : Recherches anatom., path. et clin. sur quelques malad. de l'enfance Par. 1846.

G e r h a r d t : Beitrag zu der Lehre der erworbenen Lungenatelektasie. Virch. Arch. XI. p. 219.

B a r t e l s : Bemerkungen über eine im Frühjahr 1820 beobachtete Masernepidemie mit besonderer Rücksicht der dabei vorgekommenen Lungenaffecte. Virch. Arch. XXI.

B o u c h u t : Atelektasia pulmon. chron. Wien. med. Wochenschr. 1868. 76.

Apneumosis, Lungencollapsus, état foetal du poumon, azon boncztani állapotát jelzik a légüres tüdőszövetnek, mely alapját képezi egy meglehetősen sokoldalú, de gyakran önálló kórképnek, melynek két főalakját a veleszületett és szerzett tüdőtagulatlanság ábrázolja. Születés előtt az egész tüdő szabály szerint tágulathiányos, ennek megfelelőleg a mellkas szűkebb, domborúsága és körfogata kisebb; a rekesz főntebb áll. Hogyha a tüdő születés után elegendőleg ki nem tágíttatik, vagy a levegő bejuthatása a tüdő egyes részeiben akadályokra talál, akkor ezen részek nem fognak levegőt tartalmazni, és határozatlan időn át megmaradhatnak magzatkori állapotjukban; mégis valószínű, hogy, eltekintve talán a mellkas torzképződéseitől, néhány hónap elteltével a tüdők mindenkör tökéletesen és egész kiterjedésükben levegőt tartalmaznak. Azon körülmény, hogy a nagyobb légutak a világrajövetel előtt megtöltvék nyákos folyadékkal, mely a magzatvízzel közlekedik, valószínűvé teszi, hogy az első belégzés alkalmával ezen folyadék beszivattyúztatik a finomabb hörgőkbe, és ez okból a tüdő csakis nagyszámú légvételek után tágulhat ki teljes térfogatára. A tágulathiányos tüdőrészek hörgjeiben gyermekmáz és hajszálak találtak. Menuél erőteljesbek a légvételek, mennél szabadabbak a légutak, annál gyorsabb lesz a magzatkori állapotból átmenetel a tüdő tökéletes légtartalmához.

Mialatt elsődleges tágulathiányos tüdőrészek csupán a legelső gyermekkorban észlelhetnek, addig a másodlagosan léghiányossá vált tüdődarabok előjöhetnek úgy a felnőtteknél, mint a gyermekeknél,

mindenesetre sokkal gyakrabban és könnyebben az utolsóknál. A szerzett tágulatlanság közöséges kórokai: 1) azon összenyomás, melyet a tüdő kívülről szenved, p. o. a mellhártyabeli izzadmányok, daganatok, szívtúltengés, rekesz magas állása részéről; 2) tükeletes eltömülése egy vagy több hörgnek, miként ez létrehozathatik, p. o. a tüdőbeni újképlet vagy bejutott idegentest által; 3) súlyos, sorvadásal egybekötött betegségek jelenléte (hagymáz, hagymázszerű lázas állapotok.)

Tárgyalásunk folyamában tekintettel leszünk az elsődleges tudótágulatlanságra, ellenben azon alakokat, melyek más fontosb, körtünetekben dús mellbetegségek, így mellhártyalob, mellürbeli daganatok, légutakbani idegentestek stb. mellett lépnek fel, mint lényegteleneket egészen mellőzzük, és a szerzett tágulathiany főképen azon alakjainak leírására fogunk szorítkozni, melyek saját kórképet állítanak előnkbe, s egyszersmind egy valóban gyakori és fontos gyermekbetegséget képeznek. Ezen alakok, miként már egy más helyen kiemeltük volt, főképpen két föltétel alatt keletkeznek; nevezetesen akkor, hogy ha bő és szívós váladékot szolgáltató hurutok alkalmat szolgáltatnak a hörgök eldugulására, továbbá hogyha a légző izomkészslet gyengesége miatt ezen eldugulás tartóssá válhatik. Tovább beboesátkozva ezen kórmozzanatok taglalásába kiderül, hogy különösen az idült hurut szolgáltat szívós váladékot, hogy azonban idült hurutok főképen, és jelesül az egyszersmind bő váladékkal járók, úlyyomó gyakorisággal föllépnek az ángolkór folyamában, de más idült, nevezetesen senyves általános betegségek lefolyása alatt is. Azon bonci alapok, melyekre közelebb visszatértünk, valószínűvé teszük, hogy különösen a váladékok felhalmozódása a kisebb hörgökben kedvez a tágulathianyok keletkezésének. A gyermek-hörgök föltétlenül kisebb ürtere, valamint azok gyengébb szerkezete, és a tüdőszövet nagyobb visszahúzóhatási képessége, részben megfejtik ezen kórállapot könnyebb létrejöhetségét a gyermekeknél. De túlyyomó része van ezen korban a légzési izomzat erőhiányosságának, és ez még kórosan fokozódik akkor, ha idült betegségek folyamában jelentékenyül alábbszáll az izmok beidegzése és táplálkozása, mint az p. o. ángolkórnál, gyermekek bányászkelésénél szokott lenni.

Ezen két kórmozzanat, hurut és izomgyengeség az, mely, valamint felnötteknél a hagymáz alatt, úgy különböző gyermekbetegségek lefolyásában alkalmat szolgáltatnak a tágulatlanság létrejöhetségére. Mennél nagyobb fokban van egyike ezen mozzanatoknak jelen, annál kevesebb kiségitésre van szükség a másik részéről. Maga a kór-

folyamat abban áll, hogy a ruganyos tüdőszövet nyomása alatt álló, kifelé juthatástól elzárt (bennrekedt) levegő rövid idő alatt felszívódik. Egyéb mozzanatok, melyeket ezen folyamattal még kóroki viszonyba hoztak, vagy nem léteznek mint olyanok, vagy csak másodrendű szereppel bírnak. Így p. o. előidézhet ugyan a rosz, megromlott, vagy porral telített levegőbeni tartózkodás hurutot, és fokozhatja a betegségeket, de tágulathiányt sem szükségképen, sem közvetlenül nem hoz létre. Nagyon is alárendelt jelentősége van e tekintetben a gyermekek pólyázásának, mely bizonynyal csak igen ritkán alkalmaztatik annyira tudatlan módon, hogy ez egymaga nagy fokban akadályozhatná a légzési mozgásokat. Ellenben bc kell ismerni, hogy a kis gyermekek örökös hátonfekvése fontossággal bír, ha nem is épen magát a tágulathiányt, de azon helyet illetőleg, hol az, egyéb adódott föltételek között létrejön; mennyiben folytonos hátonfekvés által alkalom adódik súlyedési vértorlódások támadására, a hurut hatalmas kifejlődésére, és a váladék pangására a tüdő hátsó legalsó részeiben.

Áttérve a tüdőtágulatlanság körbenetánára, itt is, előbbi válaszunknak megfelelőleg, úgy találjuk, hogy a kórgóc leggyakoribb, kedvenc helye az alsó tüdőlebenyek leghátsóbb és legalsóbb részei, e mellett a ligula és a tüdőszélek, miért is egy nagy része a világrahozott tágulatlanság ősmérete előtt „Pneumonia marginális“ név alatt leirt eseteknek a tágulathiányhoz számítandó. A baj kezdetén a tüdőszövet légűres helyei gyakran vékony, környileg fekvő lapokat képeznek, melyek között létezhetnek még levegőt tartalmazó szigetkék; és épen ezen körülményben bonci bizonyítékát látjuk annak, hogy a finomabb hörgők eltömülése szolgáltatja az alkalmat a tágulathiány keletkezésére. Kívülről úgy látszik, mintha a légűres szövetrészek a többi szövetek színvonala alá lennének süllyedve; szintük kékesveres, az ibolya vagy acélkékbe átmenő, petyhüdtek és puhák, széleiken könnyen behajlíthatók, és a tapintó ujj alatt semmi jelentékenyebb ellenállást sem éreztetnek; a metszlapon léghólyagesák nélkül savós-véres folyadék ömlik, szeresezés (Knistern) az ujjakkal vagy szikéveli nyomásra elő nem idézhető; a metszlapon kivehetők ugyan a tüdő egyes karélycsái, de olyan szemesék, minők a tüdőlobos szövetet illetik, semmi esetre sem. A szomszédos zsigeri mellhártya gyakran találtatik kisebb fokban megvastagodva, vagy elhomályosodva, a széleken le is kerekítve (abgerundet), de nem vérbő, vagy nincs izzadmánnyal fedve, miként az a májosodás fölött szokott lenni. Ezen utóbbi lelettel szemben egy utolsó sarkalatos ismejel abban fekszik, hogy a tágulathiányos tüdőszövet a hörgőkön át felfúvatva, megfelel-

het a rendesnek vagy ahhoz egészen hasonlíthat. A tagúlathiány további lefolyás alatt, a hozzá csatlakozott vérbőség és vizenyő következtében átmehet lépesedésbe (splenisatio), midőn is a metszlap több savós-vizes folyadékot ömleszt, és a tüdőszövet még a felfúvás után is a rendesnél élénkebb veresnek látszik. A szerzett tagúlathiány, menyiben eredetét hurutnak köszöni, az alsó lebenyek hátsó részein veszi kezdetét, és eleinte innét halad fölfelé 1—2' széles, kék, behúzódott szalag alakjában, részarányosan mindkét oldalon, valamivel kifelé a tüdő hátsó szélétől; majd oldalvást is szélesbé válik ezen szalag, s miután elérte volt a felső lebenyt, mélyebben behatol a szövetbe is; egyidejűleg gyarapodik a tagúlatlan rész térfogata is, benne több barna, tömöttebb helyek képződnek, melyek nagyobb keménységükkről könnyen felismerhetők. Ilyen, — egy kitágult hörg körül csoportosult kemény esomócskák egybefolyva megnagyobbodnak, és később szürke megkeményedésbe mennek át. Más részről, idültébb lefolyásuál a nagyobb kiterjedésben tagúlathiányos tüdőszövet, sejtközi kötszövetének bujjakodása és a hörgök mind nagyobb kitágulása közben, inkább és inkább tömötté válik.

A tüneteket illetőleg legközelebb tekintbe veendő, hogy a tüdőtágúlatlanság bonetani állapot, és teljességgel nem tevéleges kórfolyamat, miért mindekor nélkülöz minden láztüntetet, és hogy a mellette történetesen bekövetkezett lázas mozgalom mindenkor azon szövödményeknek számítandó be, melyek ugyanakkor jelen vannak. Oly fokú emelkedései a hőfoknak és az érttések számának, minők a valódi tüdőlobokat kísérik, sohasem észlelnek, és a láz egyéb tünetei is, mint: nyugtalanság, álmatlanság, fokozott szomj stb. jelentékenyebb fokban nem szoktak jelen lenni. A tagúlathiány többi tüneteit két osztályba sorozhatni; a) k ö z v e t l e n e k r e, hová tartoznak a tüdőszövet megvastagodását és a zavart légzést jellemzők; b) k ö v e t k e z m é n y i e k r e, melyek a vérkeringési és idegrendszerre vonatkoznak.

Tüdőtágúlatlanságban szenvedő gyermek természetani vizsgálásánál magátólérthetőleg annál kifejezettebbek lesznek a kórtünetek, mennél nagyobb kiterjedésű a tüdőszövet megbetegedése; mi több a tüdő meglehetősen jelentékeny, mintegy $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{4}$ részének megtámadtatása szükségeltetik ahhoz, hogy a mellkas vizsgálatánál világos kórtüneteket lehessen kivenni. A légzési mozzanat nehezbíttettnak látszik, a légvétel gyorsított, a mellkas légvételeknél emelkedése szembeötölő; azon esetekben, hol a magzatkori állapot egyedül vagy túlnyomólag egy tüdőfelre van korlátolva, légvételeknél az egyik mellkasfél emelkedése sokkal erősebb, mint a másiké. Általában hol a tagúlathiány

kimutatható fokban jelen van, ott a légvétel módja is jellemzőleg megváltozott; nevezetesen megfelel azon nehéz légzési alakokat kísérendek, melyek a gége szűkülésénél észleltenek. Miután a tágulathiányos szövet sokkal kisebb térfogattal bír, mint a levegőt tartalmazó, és nem járul a behelt levegő felvételéhez, e miatt ott, hol sok tüdőszövet tágulathiányos, nem jön létre a mellürben semmi, a mellkas belégzés-kori kitágulásának megfelelő hézagkitöltés (Raumausfüllung): ezért belégzéskor a mellkas falának legenedékényebb helyei bessüppednek, a helyett, hogy kitágittatnának. Ezen tünetny nyilvánul részben a bordaközökben, még inkább azon élesen kinyomott barázdában, mely a belégzés alatt a kardnyújtvány felett harántirányban vonul (Trousseau tüdőlobot jelző barázdája); midőn egyik tüdő túlnyomólag van megtámadva, a szenvedő oldalon ezen barázda is — a rekesz megtapadásának hosszában — élesebben ki van nyomva. Mialatt a vázolt tünetek, ha a gége és légső nincs jelentékenyebben szűkülve, általános felvilágosítást nyújtanak a tágulathiány székhelye felől, addig ugyanazt pontosabban megjelölik a kopogtatás és hallgatódzás.

A kopogtatási hang a légűres helyek fölött annál tompább, mennél felületesebbek, és mennél kiterjedtebbek ezen helyek. A tágulathiány kedvenc helyének megfelelőleg ezen tompa hang, mely gyakran csak igen gyengéd kopogtatás mellett tisztán kivehető, leggyakrabban találta az egyik mellkasfél leghátsóbb és legalsóbb részén, és nagyobb kiterjedtség mellett megfelel a megtámadott lebeny alakjának, úgy mint a tüdőlobnál. Valamennyi általam vizsgált esetben a rekesz állása nem volt megváltozva, ellenben gyakran nagyobbak találta a szívtompulatot, erősebbnek és kiterjedtebbnek a szívlökést (a tüdőszélek nem fűdik a szívet.) Hallgatódzásnál a mérsékesen kiterjedt tágulathiányos részek fölött gyengébb, a környezetből odavezetett, légzési zörejt hallani, mivel a betegség jelleme kizárja a légzési zörej létrejöhetését magukon a megtámadott helyeken. Egyszersmind kivehető olyan kiterjedt hurutos szeresegések, melyek csupán a magzatkori állapot nagyobb kiterjedésénél támadhatnak összhangzás utján (consonirend). Ilyen esetekben hörglégzés is támadhat.

A hangrezgés (Stimmvibration) rendes marad, vagy erősbűdött; azonban nagyobb hörgők eltűmülése itt is okot szolgáltathat a hang rűgtöni meggyengülésére. Általánosságban a tüdőtagulatlanság ezen tünetei meglehetősen állandók, csak csekély és épen nem gyorsan bekövetkező változásoknak alávetvék, mi a tüdő lobos tömörülésével szemben egy további kórtűnetet képvisel. Ezen betegségben szenvedő gyermekek sokat köhögnek, nem a tágulathiány miatt, hanem

zon hurut következtében, mely náluk jelen szokott lenni; a köhögés többnyire rohamokban jelenkezik, a mint mondani szokás „laza“ („lose“), nem rövid, és nem szaggatott, oldalnyílás soha sem zavarja meg a rohamot, kivéve ha jelen van valamely tisztán esetleges kór-szövődmény.

Kiterjedt tudótágulatlanság visszhatása a vérkeringésre kimagyarázható az által, hogy az összeesett tüdőrészekben nehezítve van a vérkeringés, következéleg gátolva van a jobb gyomroc tartalmának kiürülése, mi által legközelebb késleltetik a születés utáni legelső időben a magzatkori utak elzáródása, továbbá létrehozatnak a szívnek rendesenél gyakoribb összehúzódásai, és literes vérszegénység. Ennek megfelel sok esetben a kis és gyorsabb érités. Másfelől ugyancsak a jobb szív tartalmának akadályozott kiürülhetése következtében pang a vér a test visszereiben, és innét van, hogy tagúlatliányos gyermekek bőrszine gyakran kékkóros, náluk olykor még kisebb fokú bőrvizenyő is észleltetik. Különben a vérelosztás még részaránytalanabb is lehet, nevezetesen létrejöhetnek egyes, különösen alkalmas helyeken nagyobb fokú vérpangások, így p. o. a koponyatérben; midőn aztán vagy megmarad az a szenvedőleges agyvérbőségnél (passive Hirnhyperämie), vagy, hogyha még más előmozdító mozzanatok is közreműködnek, véralvadások támadnak magukban a kemény agykér obleiben. Ezen viszonyoknak tulajdonítható, hogy tágúlatliányosoknál felettébb gyakran észleltetnek különböző tünetei az idegrendszer bántalmazottságának, különösebben a rángásoknak.

A tudótágulatlanság kórismézése némi szakismeret mellett nem nehéz, azonban a bántalmat fel is cserélhetni egyszerű huruttal, tüdőlobbal, tüdőgümövel, és mellhártyaizzadmánnyal. Egyszerű hurutnál hiányoznak a tüdőszövet tömörülésének tünetei, és ebben fekszik a megkülönböztetés lehetősége; tüdőlobok egybekötve a test magasabb hőfokával, oldalnyílásokkal, sokkal gyakrabban mint tágúlatliánynál, hörglégzéssel, szeresegésekkel, (Knisterrasseln), a hallgatódzási tünetek gyorsabb megváltozásával, rövid, szaggatott köhögéssel, mialatt hiányzik a rekesz megtapadásának hosszabani behúzóldás; mellhártyaizzadmányok erősebb, inkább vízszintes határral bíró tomputatot mutatnak, s gyakran dörzszörejt stb. hallatnak.

A kórlefolvás és jóslat azon elsődleges betegségek maguktartásától függ, melyekhez a tágúlatliány szegődik, továbbá a betegek külvizonyainak kedvezőbb alakúhatásától, végre a tulajdonképi gyógykezeléstől. Az esetek nagy számában az idejekoráni és erélyes kezelés gyógyuláshoz vezethet, így p. o. azon esetekben, hol ángolkór-

tól volt föltételezve a tágulathiány; persze sokkal kevesebb a kilátás ott, hol a tágulatlanságot béllhurut hozta létre.

A gyógykezelés kiváltképen tekintettel van a kóroki mozzanatokra. Így legközelebb kellő figyelemre méltatandók az alapbetegségek. E mellett feladatunk a táplálkozást általában emelni, és ez által a légzési izmokat nagyobb erő kifejtetésre képesíteni. Erre való mindenekelőtt a szigorúan elrendelt, és következetességgel keresztülvitt szabályszerű ápolás és táplálás. Már egymaga ezen eljárás képes lesz elhárítani, vagy korlátok közé szorítani a béllúzzam azon bántalmait, melyek képviselik közönséges kórokat a zsenge gyermekeknél oly gyakori erőhiányosságuk. A gyógyszerek közül ugyanezen célnak megfelelnek a zsongitók (vas, kinal, halmájolaj), és sürgős esetekben rögtöni alkalmazásra az izgatók, különösbben a bor is. Hurutok ellen javaltak a köptető-, és pedig legjobban a hánytató szerek, melyek egyúttal képesek azon mély belégzéseket is kicrészakolni, melyek föl szabadíthatják a tágulatlan helyeket. A hánytatók könnyen eltűretnek, és módszeresen, körülbelül 2—5 napi időközökben ismétlendők. Mi hánytatótól már többször láttunk kitünő eredményt. A vérkeringésbeni zavarokkal szemben ajánlandók gyakori langyos fürdők, meleg begöngyölések, végre izgató szerek.

V. IZZADMÁNYOS TUDÓLOB. CROUPÖSE PNEUMONIE.

H. Ziemssen: Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. Berl. 1862. p. 251.

A. Steffen: Klinik der Kinderkrankheiten Bd. I. p. 146. u. f.

F. L. Valleix: Klinik der Kinderkrankheiten. Uebers v. Bressler, p. 16.

F. Weber: Beiträge zur path. Anath. der Neugeborenen. Kiel. 1851. II. p. 47.

A. v. Franque: Statistische Zusammenstellungen über das Vorkommen der Pneumonie. Diss. inaug. Würzb. 1844. p. 47. und 63.

A. O. Rietz: Statistik der in der Klinik und Poliklinik zu Jena 1862—67 behandelten Pneumonien. Diss. Jen. 1868.

E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 149 u. f.

C. H. Bäumlcr: Ueber das Auftreten des tympanitischen Perc.-Schalles in der Pneumonie. Deutsch. Arch. f. klin. Med. I. p. 145.]

Immermann und Heller: Pneumonie und Meningitis. Ibid. V. p. 1.

O. O. Heinze: Ueber das Verhältniss der schweren Kopfsymptome zur Temperatur bei Pneumonie. Arch. d. Heilk. IX. Jahrg. p. 49.

A tudólob egyike a zsenge gyermekkor leggyakoribb és legfontosabb betegségeinek. A lefolyás csaknem kivétel nélkül hevenyen kezdődik, és közönségesen ugyanúgy végződik. A heveny lefolyásnál megkülönböztetendő két főalak: az elsődleges, izzadmányos, karélyos; és a hurutos, lebenykés, többnyire másodlagos. Igaz, hogy az

izzadmányos tüdőlob sem támad meg mindenkor egy egész lebenyt, vagy annak nagyobb részét, olykor föllép másodlagosan is; másfelől a lebenykés tüdőlob is (Bronchopneumonie) elfoglalhat csaknem egy egész tüdőlebenyt; hogy vannak esetek, melyek megkülönböztetése úgy kórodai mint bonci tekintetben nehézséggel jár, mindazáltal, miután a tüdőlobok különböző keletkezési módja bonctanilag, és a lefolyás különféle magatartása kórodailag meg van állapítva (Ziemssen Bartels és mások,) és a kórszármazás is lényeges különbség mellett bizonyít, kell, hogy a kétféle kóralakot elfogadjuk, és mennyire lehető megkísértsük azokat egymástól elkülöníteni. A szerzők által a tüdőlob kórodanára vonatkozólag általában felhozottakat illetőleg, azok kisebb mérvben alkalmazhatók az izzadmányos alakra, melynek előjövetele az első életévben némelyek által kétségbevonatott (Gerhard és Rufs), és most is kétségbevonatik (O. Bayer), mások, kikhez én is tartozom, állítják, hogy azzal ezen korban is gyakran találkoztak.

Előjön mint veleszületett (Valleix, Weber) n. A.), és ilyenkor különösen gyakran alapúl azon bomlási fertőzésen, melyet a gyermek az anyatest részéről nyer, és minek következtében már a magzat gyakran elhal, vagy a gyermek csak néhány órával éli túl születését. A tüdőlob ezen okból előjövetele világosan ellene szól azon megszokott fölvételnek, mintha bizony minden tüdőlobnak meghülésen kellene alapulni.

Mialatt a kórházi kimutatások a tüdőlob legnagyobb gyakoriságát a férfikor kezdetére vagy derekára teszik, addig az angol és genfi népességi statisztikából kiderül az, hogy a tüdőlobban elhaltaknak 70 és még nagyobb százaléka az első 5 életévre esik; továbbá, hogy ezek között ismét legnagyobb szám illeti az első évet. Ugyanezt kisebb kerületekből is kimutathatni. Az itteni járó betegek kórodáján (gyermekek 0—1 évig a szülőkörödán kezeltnek) 1862—1867-ig 317 tüdőlobesetből összesen 158 csett az 1—5 évesekre. Fiúk gyakrabban megbetegszenek mint a leánygyermek, kivéve az 1. életévet. Nagyobb a megbetegedési szám a szegény- és nagy városokban lakó gyermekek között, mint a jómódú és vidéken lakó szülők gyermekeinél. Legnagyobb hajlamot képez a már egyszer kiállott tüdőlob: másodszori megbetegedés, köztülből egy évi időközzel gyakori; egyesek 4, 6, sőt 8-szor is megtámadtatnak, mielőtt gyermekkorukat túlélék. Az év 5 első hónapjában több a megbetegedés, mint a többi 7 alatt (v. Bamberger). Különböző helyeken a megbetegedés tetőpontja többnyire januárra vagy májusra esik. Általában a tüdőlobok maximuma sohasem találkozik a gyermekek tüdőlobjával, itt p. o. a gyermekeké

májusban szokott lenni, míg az általános magaslat januárban. A tüdőlobbani megbetegedések függővé tétele az uralkodó keleti szelektől: dogma, melyben némely vidéken általánosan hisznek, de még sehol sem lett elegendőleg bebizonyítva. Ez egybefügg a sokszor túlbecsült meghűléssel. Kórházi és laktanyabani viszonyok bizonyítják, hogy az emberi kigőzölgés által megrontott levegő belehelése a tüdőlob keletkezésére sokkal kedvezőbb, mint a szabadbani tartózkodás. Azon körülmény, hogy a tüdőlob különböző években egészen egyenetlen zaklatottsággal lép fel (W. Ziemssen), ezen betegség még ismeretlen kórokára mutat. A jobb alsó lebeny túlnyomó számbani megtámadtatása azon gyanút támasztja bennünk, hogy az értőmeszeknek, vagy belehelt idegen testeknek megfelelő ingerként ható kórokok, a vér- vagy légáram erősebb folyását követik. Erőteljes, egészséges, jól táplált gyermekek épen úgy megbetegedhetnek, mint a gyenge testalkatú, már más betegségekben sinlődő egyénké. Noha az izzadmányos tüdőlob bizonyosabban esatlakozhatik a huruthoz, kanyaróhoz, vörhenyhez, váltólázhoz, sejtszövet keményedéshez (Scleroma), még is sokkal gyakoribb szövödmény ezen betegségeknel a hurutos alak. Mint kórattételi alakot, néhányszor a tüdőtér tömülése mögött találtam; noha e helyett sokkal gyakrabban előfordul a vérömlenyos tömülés. Jóllehet a valódi tüdőlob göreső alatt boncolva egészen hasonló lefolyású a felső légutak roncsoló lobjához, mégis a kórszármazást tekintve azzal semmiben sem közös.

A bonci megváltozások egészen hasonlóak a felnöttekéhez. Itt is túlnyomólag többször találattik megtámadva a jobb oldal, és az alsó lebenyek. Az első időszakot, a vére stömülést jellemzi a vérteltség, a szövet kezdődő duzzadása, törékenysége; a másodikat, a vére máj a s o d á s t a levegő hiánya, nagyobb térfogat, merev, tömött összállás, barnaveres szín. A metszapon első tekintetre simának látszik a szövet, és csak közelebbi megtekintésnél tűnik ki, hogy az finoman szemcsézett, mely föltételeztetik a tüdősejtek kitöltésétől vérrelvegyes, rostonszerű, szívós de lágy (festweich) tömeg által. Mennyiben ez térfogatában még növekszik, a tüdő a most következő s á r g a máj a s o d á s szakában még nehezebbé, nagyobb térfogatúvá lesz. A tömörülés elveszti véreverességét, a tüdő a tömörülés által gyakorolt nyomás következtében vérszegénynyé válik, megtartja szemesés külemét, a metszlap kevesebb vért-, a helyett több savós nedvet ömleszt, a nagyobbá lett tüdő a bordafalhoz támaszkodik, és külső felszínén megtartja a bordák benyomatait, melyet szükségképeni tartós, és nem csupán mulékony (espiratorisch) ellennyomástól származtattak. Azon gránitköszertű márványozottság, mely ezen

korszakban a felnőttek tüdőinek füstenezettségétől származik, kis gyermekeknél hiányzik, mivel a tüdő színe még változatlan állapotban van. A szürke májasodás jellemét képezik a tömörülés tökéletes elszínesedése, a sejtek bennéének folyóssá változása, újbóli fölvétele a levegőnek, és a tüdőszövet nagy törekenysége. Ezen korszakok közül az épen kezdődő, vagy tökéletesen lefolyt tüdőlobnál lehető, hogy csak az első és utolsó találtatik, többnyire mégis több szokott egymás mellett jelenlenni. A betegek vizsgálása mutatja, hogy nem az egész, később megtámadva talált tüdőrésszel betegszik meg azonnal egyszerre, hanem hogy a lobos folyamat egy kezdetleges nagyobb vagy kisebb résztől lépéstartva elterjed az azt körülvevő szövetre, — oly módon, mint a külbőrön tovább harapódzik az orbánczos lob. A szürke mája sodásból indul ki a folyóssá vált sejtbennek felszivódása, és kiköpetése, és közönséges, kedvező esetben tökéletes helyreállása a tüdő előbbi rendes szerkezetének. Azonban még itt is, a fölhámvesztesség lassan viszapótlása következtében, gyakran fennmarad hajlam a hurutokra, s a vesztett ruganyosság miatt légdagképződésre. A tüdősejteket kitöltő anyag keletkezése Buhl E., Wagner és mások szerint visszaviendő a sejtek fölhámjára, mely egyenlő módon átváltozik olyan hálozattá és gerendezetté, miként azt előbb (121. lap) a felső légutak roncsoló lobjánál taglaltuk volt. Az érintett kedvező kimeneten kívül előjönnek még: elgenyedés, elsajtosodás, tiszók, bekeményedés.

A tüdő szövetébeni megváltozások mellett még következő kóros állapotok lépnek fel a közelebb vagy távolabb fekvő szervekben. A lobos-tüdőrésszelhez vezető hörgőkben jelen van hurutos állapot, nyákhártyájuk rozsdaszintű nyáktól fedett; vagy a legkisebb hörgőkben izzadmányos lobfolyamat. A mellhártya azon része, mely a lobos tüdőrésszel érintkezik, vérdús, fénytelen, duzzadt kinézésű, továbbá mintha be volna fedve fátyollal, azután rostonyás genyes váladékkal, és ritkán kevés, folyékony, véres-savós ömlenynyel. Az illető hörgőmirigyek heveny duzzadtság mellett veresebbek, mely lelet lehetővé teszi ezen mirigyek bántalmatlan állapotának könnyebb megkülönböztethetőségét a gyermekeknél. Ritkábban találtatnak, és már szövődmények gyanánt tekintendők, szivborok- és szivbel-, agykérlob, vese-, légcső-porchártyalobok.

A betegség rögtön és megelőző tünetek (unangekündigt) nélkül köszönt be; Ziemssen szerint azon esetekben, hol az alkalmi körök (meghülés) meglehetősen bizonyossággal tudva vannak, körülbelül 1—16 órával a behatás után. Idősb gyermekeknél hideg borzongás jelzi a kezdetet, de kicsinyeknél is észlelni borzongást, vagy, mi annak

megfelelő, elsápadást, reszketést, bágyadtság mellett álmoságot, sőt görcsrohamot is. Ezen tünetek után gyakoribbá, feltűtetessé válik a légvétel, szaggatottá a belégzés, míg a kilégzés nyögéstől vagy köhécseléstől kísért; ez jellemzi a mellhártyából kiinduló fájdalmat, fokozott légvételre kényszerítés mellett. A borzogatástól kezdve fölemelkedik a test hőmérséklete 39—41C. fokra, többnyire azonban csak csekély alábbhagyásokkal megmarad a 40C.—körül, ritkábban félbehagyásokkal egészen a válfokig (Krisis) $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ héten, — többnyire 5—7 napon át. Az érités nagy, teljes, szapora, a láz egyéb tünetei is megfelelők a hőfoknak. A mellkas vizsgálata felismerteti velünk a tömörülés első- és az olvadás harmadik (kórodai) szakában a tüdősejtek kevesbedett légtartalmának, — és falaik ragadós tulajdonságának, — a májasodás második (veres és sárga együttvéve) szakában pedig a sejtek léghiányos állapotának tüneteit.

Mellkasvizsgálat: a tüdő térfogatának növekedése (Umfangszunahme) közönségesen nem eléggé jelentékeny arra, hogy a mellkas falát kitágítsa; ritkábban, a valódi tömeges (massig) májasodásnál kimutathatni a szenvedő mellkasfél $\frac{1}{2}$ —1 Cm.-nyi kitágítását (Ziemssen). A májasodásban levő tüdő levegő általi kitágításra nem képes; a mellkas fala azon mérvben fog kevésbé mozogni, mely megfelel a hozzá támaszkodó, tömörtült tüdőszövet tömegének; a beteg mellkasfél szabadon maradt részében gyakran észlelni erősebb kiegyenlítési (compensirend) mozgásokat. A bordák mozgására májasodás nincs befolyással. Általában a mellkas, falának mozgási zavara is kisebb fokú az első és harmadik időszakban. A légvétel felületes és szapora; a szaporaság viszonylik a légző felület kisebb voltához, a májasodás és a hörgők hurutos eldugulása következtében; viszonylik továbbá a mellhártyai fájdalomnak a légzési mozzanatot gátló behatásához. Ezen fájdalom miatt a betegek megtámadott mellkasfelük légvételek alkalmávali kitágulását gyakran a gerincoszlop (domborúlttal az egészséges) oldalrahajlítása által igyekeznek korlátozni.

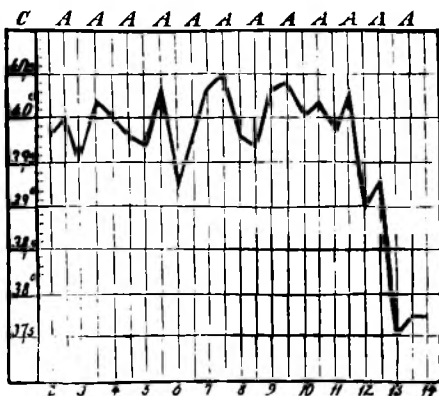
A kopogtatási hang akkor gyakorolnak befolyást a lebenyes tüdőlobok, hogyha azok eléggé közel fekszenek a mellkas falához arra, hogy a kopogtatás általi rázkodtatás (Percussionserschütterung) azokra is átterjedhet: tehát a központiak nem, a központból kiindulók legalább az első napok alatt nem. A csak rövid idő előtt meglobosodott szövet veszt rugányosságából és levegőtartalmából, ezért dobos hangot ad, mely a száj nyitvatartása mellett egyenlő magas marad. Azon mérvben, a melyben a tüdőszövet tökéletesen léghiányossá lesz

a dobos hangot tompa, üres váltja fel, mely közönségesen megmarad egy lebeny határai között, gyakran azokat sem éri el, vagy ellenkezőleg azokat túlhaladja. A légüres beszüremkedés folytán kitágult tüdőszövet környékén részben a lob továbbterjedésére, részben a gyurma visszahúzóására találni; mindkét állapot a hangnak dobos jellemet kölcsönöz. Ezen mozzanatok közül a másodiknak felhozott annyira kiterjedten hat a hang módosítására, hogy már az egyik kulcsesont alatt hallható dobos hang figyelmessé teheti a vizsgálót az alsó lebeny kiterjedt májasodására. Hasonlóképp legerősebben van kifejezve a dobos hangnak ezen, a levegőt bevezető külső nyílás (száj, orr) távolságától független, neme akkor, hogyha a tömörödött tüdőszövet között kis légtartalmú szigetek bántalmatlanul megmaradnak. Ilyen eseteknél, valamint a következőben, gyakrabban észleltetik a repedt fazék-hang is. A felső lebenyek tömörüléseinél, a kulcsesont alatti tájon elővett erős kopogtatás rezgésbe hozza a megfelelő oldal fő hörgőbeni légoszlopot, és ez úton előidéz dobos hangot, mely a száj nyitásánál magasabb, zárásánál pedig mélyebb lesz. Ezen, a felnőtteknél épen úgy előjövő neme a dobos hangnak, sokkal nagyobb jelentőségű a gyermekek tüdőlobjánál. Dobos hangot erősebb kopogtatás mellett kaphatni már az egészséges gyermekmellen is (a gyomorban vagy cseplezben meggyült levegő együttrezgése), valamint a még eléggé nem ismert feltételektől függő repedt fazék-hangot is. Tüdőlob jelenléténél gyakran sokkal könnyebb megmagyarázni a dobos, mint a tompa kopogtatási hangot. Az alsó lebenyek tompulata elnézethetik, ha az mindkét oldalon jelenvan; itt kisegít a hallgatódzás; vagy tévesen felfogathatik, hogyha a tüdőnek megfelelő tiszta (hell) hang, a mellkas falának kilégzésnél megfeszülése által megtompíttatik (W i n t r i c h A. V o g e l). Általában elnézethetik, ha túl erősen, vagy nem elegendő felületen kopogtatunk. A harmadik időszakban, ugyanazon feltételek folytán mint az elsőben, ismét dobos hang lép a tompa helyére.

Hallgatódzáshoz jobb a pusztá fül, mint a halledő. Azon tüdőrészek fölött, melyek a tömörülés vagy olvadás szakában vannak, finom, egyenletesen hólyagesás szürtyözerejket, és szeresegéseket, (Knistern) hallunk, melyek létrejönnek az egymással átellenes sejtfalak összetapadása, és ismét szétválása folytán (W i n t r i c h). Igen gyakran észleltetik ezen, a köhögés utáni mélybelégzéskor talán soha nem hiányzó zörej körülírt helyen a második időszakban is, az ezen időszakot megillető tünetek mellett. Tömörödött tüdőszövet jobb hangvezető lévén, a valamivel kiterjedtebb, a mellkas falához támaszkodó lobbó felet tisztán kivihető: hangos, tiszta hörgőlégzés, a légzésnél csengő, nedves,

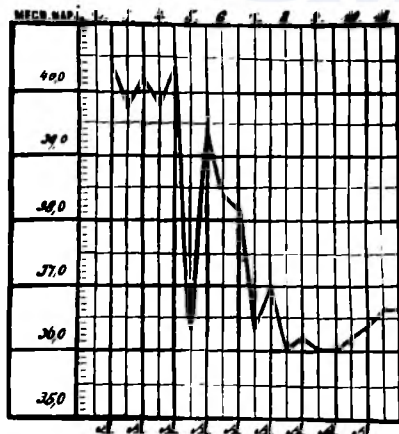
egyenetlen hólyagesás szörtyzörejek, a beszédnél vagy kiáltáskor erős hörghangzás (Bronchophonie). Az első zörejek clesnek, a meddig és a míg az olavezető hörg el van tömve.

31. Fig.



A testhőfoka magasra emelkedik már az előhírnöki borzongásnál; a hőfok az első napon, mennyiben a borzongástól fogva folyton fokozódik, 39 és 41°C,

32. Fig.



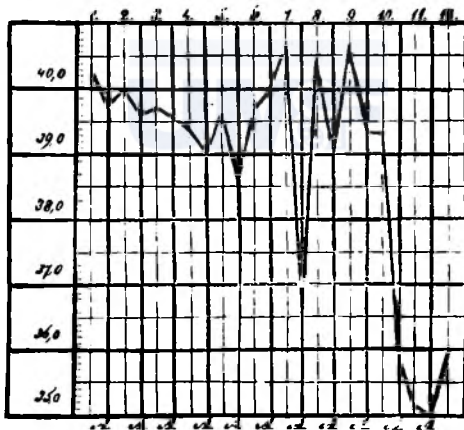
A tüdőlob vastagsága 8 és fél éves fiúnál; félbehagyás az ötödik napon, la-sú olvadás a következő naptól kezdve.

többnyire 39,5 és 40,5 között ingadoz, és ezentúl ezen magasság közelében marad. Reggelenkénti alábbhagyások és estveli emelkedések az esetek néhány tizedrésében meglehetősen szabványossággal észlelhetnek. A legmagasabb hőfok (magaslat, Fastigium) kedvező esetekben az első napokra, halálos kimenetűeknél gyakran a haldoklási időre esik. Igen gyakran 3, vagy 5, két, ritkábban egy nappal az olvadási időszak beköszöntése előtt átmenetileg körülbelül 1°-ot esik a hőmérő. Súlyos esetekben 7 nap elteltével, vagy még később, enyhébbekben 3—6, a legenyhébbekben —

azok között, melyeket én észleltem — 2½ nap múlva kezd a hőfok alábbszállni. Ezen alábbszállást megelőzi erősebb napi hullámozása vagy észrevehető emelkedése a higanyoszlopnak. Tiszta, szövödmény nélküli tüdőloboknál, hol a láz folytonos, a hőmérő 12—24 óra alatt eléri a rendes határt, sőt azt lefelé túllépi.

A láz visszafejlődését jelző görbe, egyes rövidebb félbeszakadások, ellentétes ingadozások folytán lehet lépcsőszerűt, jelezve így a „küllöképtü válponttól“ („solenne Krise“) mint tökéletlentől átmenetet az olvadásba, a szó szorosab értelemben kórválságba. Közép heveny lefolyás mellett ritkább esetekben megszakíthatatik a betegség a hőfok erősebb, de a rendest el nem érő süllyedése által, vagy kimaradhat a láz akár több ízben fél-, vagy egy egész napra is (félbenhagyó, alábbhagyó tüdőlob.) Tökéletes kórválságnál — többnyire a késő estvelni órában kezdődve egyaránt lecsik a hőfok, értítés és légvételek száma; az előbb száraz bőr nedvessé válik, lazább lesz a köhögés.

33. Fig.

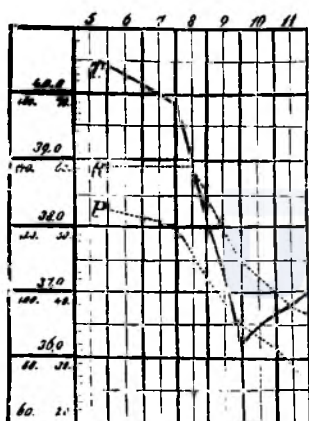


8½ éves leány tüdőlobja. Későt, de tökéletes válpont, melynél a hőfok rendszeren alóira süllyedt. 2 nappal előbb jelentékeny alábbhagyása a láznak.

szabad a légzés, a kinézés halvány- és kissé megsoványodott, az előbb kevés vagy éppen semmi alvást most elég tartós váltja fel. A helybeli tünetekkel egybehasonlítva a kórválság megfelel a második kórszak átmenetének a harmadikba, oly módon, hogy a láz tökéletes megszűnése után hátramarad még az éppen folyossá vált tömörülés felszívódása. Ezen tény, valamint a félbenhagyó lázzal járó tüdőlobok előjövetele megoldhatók következő föltevés szerint: azon lázterjesztő

anyagot, melynek fölvétele a vérbe a hőemelkedést szüli, nem a májasodott, hanem a véres tömülés szakának kezdetén álló tüdőszövet szolgáltatja. Ha most a májasodott tüdőszövet megmarad ezen fokon, a nélkül, hogy lob fejlődnék valamely más, még addig meg nem támadott részben, akkor alábbhagy a láz, feltéve hogy ezen szünet (Stillstand) rövidebb, mint meddig a vérben még jelenlevő lázgerjesztő (pyrogen) anyag felhasználása tart; félbenhagyó a láz, ha a szünet hosszabb. A közönséges, folytonos alak kifolyása a lob folytatólagos kiterjedésének a tüdőszövetben. Ha a lobfolyamat tartósan megállapodik, alábbhagy a láz, jöllehet a májasodás azután még több napon át változatlanul fennállhat. Igen hasonló egybefüggést a láz és a helybeli lob tovaterjedése között minden orbánc megfigyelésénél igen tisztán felismerni.

34. Fig.



A. A. A. A. A. A.

A tüdőlob válsága egy 8 és fél éves fiúnál. Az érület, hőmérés és légzés megatartása.

esetekben genyes agykér-, vagy agy-gerinczagykérlobon alapulnak, melyet mintegy eltévedt njabb tüdőlobrohamot (Error loci eines pneumonischen Nachschubes,) igyekeztek felfogni. Ezen felvett agykérlob felismerése a betegágnál felettébb nehéz, mivel annak csaknem minden tünete (merev láták, rángási rohamok, a nyakszirt izmainak összehúzódása, rendellenes értítés, hányás, főfájás) agykérlob nélkül is jelenlehet. Egyedül egyes agyidegek nyilvánvaló hűdcéből szabad a körismét ez irányban megállapítani. Sokkal gyakrabban a láz rendellenesen magas foka képezi ezen agyi tünetek okát, különösen akkor, midőn tévengés, szunykor, izomrángások nyomulnak előtérbe, de melyek a betegség válsága (Krise) után gyorsan eltűnnek. Ezen oki mozzanat

dése között minden orbánc megfigyelésénél igen tisztán felismerni. Arcsömör (Herpes facialis) igen gyakran észleltetik, és pedig a 2. és 5-ik nap között (Rietz 35 esetében 11-szer); megjelenése függ a láz kezdetének nemétől, és a mellett az alanyi viszonyoktól. A lép valamivel megnagyobbodottnak látszik (láz tünete), a vizelet szegény halvagokban, gazdag hngyanyban és húgysavakban, néha átmenetileg fehérnyét tartalmaz, főképp a rendellenesen magas hőfoknál. Súlyos agyi tünetek gyakran előjönnek, némelyek szerint különösen akkor, midőn a lob a felső lebenyekben székel. Ezen agyi tünetek a legritkább

hőmérő általi kimutatása azért is fontos, mivel az hideg fürösztések és borogatások által sikeresen lektüzdhető. E mellett a gyermekkorban ez képezi leggyakoribb forrását az érintett agybeli zavaroknak. Kezdetben némely mellékokok is közreműködhetnek, így névleg a vérkeringés zavara, mely oly nagy fokra hághat, hogy a kezek és lábak vizenyösen meglágnak (Bednar). Egy harmadik nemét képezi az agyi zavarnak (Hirnstörung) bizonyos hideg tévengés (kaltes Delirien) arczesalódásokkal (Gesichtstäuschungen); vagy szunyókóros állapot, mely rövid idővel az oszlási időszak előtt-, vagy aztán lép fel, és kifolyása azon agyvérzegénységnek, mely a test lázfolyamat általi kimerítettetésének következtében jött létre. Ezen tünetekhez számítandók a látásbani zavarok is; mint színlátás, szürkén látás (Grausehen) stb. (Sichel, Seidel), vagy a műlékony elvakulás. Ezen utóbbi tünet ményt még több más magas fokú lázzal járó betegségben is észlelték (Gräfe, Henoch), és a szemtükörrel lelet azokban is a reezeg ütérés vérhiánya volt. A látás ezen zavara megfelel azon elvakulásnak, mely felnőtteknél a vérhányás, vagy méhvérzés mellett észleltetik.

A tüdőlob lefolyása szabályos épen úgy a gyermekkorban, mint a felnőtteknél. Az elsöleges croupos tüdőlobok lefolyása kedvezőbb, mint a másneműeké, és az élet többi korszakaiban; de mégis kevésbé kedvező mint a 15. és 35. életév között. A halállal végződött esetek száma igen eltérőleg van feljegyezve; Henoch 15%, Ziemssen $4\frac{1}{2}\%$ (9 a 201-re), Steffen 13,8%-ot vesznek fel; eseteimből 5, 7% halt el. A betegség kezdetén a tünetek ninesenck annyira élesen kifejeződve, a lefolyás vége gyakrabban mint felnőtteknél tökéletes válság alakjában következik be, tartama átlagosan rövidebb; az oszlási szak gyermekeknél 2—5 napon többször beköszönt, mint a felnőtteknél. Valjon Griesingernek alkalmilag (Dissert. von Wunderlich) tett azon észrevétele, hogy a jobb oldali tüdőlobok egyremásra egy nappal később oszlanak, mint a baloldaliak, igazolt-e nagyobb számmal is? nem akarom vitatni. Egyes eseteknél kedvező beszámítás alá esnek: az előbbi egészség, erőteljes szervezet, esekélyebb fokú kiterjedés a tüdő megbetegedésének, szabályszerű lázmenet a hőfok túlságos magasra emelkedése nélkül, kisebb hurutos állapota a hörgőknek, semmi bonyodalom. A halálos kimenetelt főképpen föltételezik: a kiterjedt májasodás, vagy az egészséges oldali hörgők túlerős hurutja következtébeni megfúladás, a láz folytáni kimerültség, vagy más kórszövődmények. A bonyodalmak közül különösen kiemelendők: az izzadmányos mellhártyalob, szívburok- és szívbélhártyalob, agykéreglob és hevely bélhurut. Ez utóbbi kivált a esecsemőknél veszedelmes szö

vüdményt képez. A lefolyás eseesemőknél nyögő rövid légzés, a szopás félbenszakítása, halvány bátyadt kinézés, és többszöri rangások által van jellemezve. A csaknem láz nélküli lefolyás azon tüdőloboknál észleltetik, melyek valamely súlyos betegség vége felé szövüdmény gyanánt lépnek fel. Névleg a már Vall e i x, Bed n a r és mások által tett azon észrevételeket, hogy sejtszövet-keményedésben szenvedő gyermekek (Scleromkranken) tüdőlobja láz nélkül foly le, hőmérések alapján is megerősíthetem. A tüdőlob kimenetele a beszűrenkedett rész sajtos megváltozásába, bekeményedésbe, és tályogképződésbe, egészben véve a gyermekeknél ritka. A kimenetel ezen alakjai legbiztosabban az által lesznek felismerhetők, hogy az oszlást jellemező helybeli tünetek kimaradnak, és hogy a hőmérsék tökéletes vagy tökéletlen leesése mellett a legközelebbi idő alatt néhányszor folytonos lázas mozgalom mutatkozik. Különb a bekeményedést el fogják árulni a mellkas falának erős besüppedése, továbbá hörgőtágulatos türegek (Caverna) keletkezése, és a köpetnek egyszerűen genyes-nyakos összállása. Hogyha ezen köpet nagy mennyiségben, és hig genyvel vegyítve ürítetik: tályogképződésre, és a hol az ismételve vérpontokat és ruganyos rostokat tartalmaz: elsajtosodásra kell következtetnünk.

A tüdőlob kórismézése az első gyermekkorban azért nehéz, mivel az orvos egészen a tárgyilagossá tüneteire van utalva, és mert ezek között is a köpet — jellemző részeit illetőleg — hiányos szokott lenni (a vér belső összekeveredése az üvegszerti nyákkal, rostonyás hörgővadék-Bronchialgerinsel). A tüdőlob megkülönböztetése a tüdőtágulatlanságtól (Atelectase) könnyű, mennyiben az utóbbi lefolyása láztalan. Ott is, hol valamely lázas betegséghez tüdőtömörödés (Verdichtung) esatlakozott, a tüdőlob fölismérése könnyű lesz a rövid, szakadozott köhögéssről, az illető mellkasfél gyengébb, de behúzódnak nélküli mozgásából, a tömörödés gyors, lebennyes (lobär) elterjedéséből, a szeresegeő szürtyözrejekből (Knisterrasseln), és az erős hörgőlégzésből. A mellhártyalobtól megkülönböztetést biztosítja a hangrezgés (Stimmfremitus) növekedése a tüdőlobnál, míg annak gyengültsége a mellhártya bántalmazásánál képviseli azon tünetet, melyet a sirás alatt igen könnyen megészlelhetni, sőt a tüdőlob kiterjedésének meghatározására fel is használhatni. E mellett a mellhártyalob hűdítőleg hat a bordalközi izmokra, az illető mellkasfél erősebben kitágítja, eltolja helyéről a szívet és rekeszizmot, melyek különben a tüdőlobnál helyükön rendesen megmaradnak; végre a mellhártyalob csak alacsony fokú, és szabályt nem tartó lázzal jár. Legnehezebb a megkülönböztetés a

croupos és hurutos tüdőlob (Bronchiopneumonie) között, mely utóbbi a legközelebbi fejezetben fogja előadásunk tárgyát képezni. A tüdőlob teljes elnézésétől, legyen az elsődleges, mely olykor egyszerű hurutnak vétetik, vagy legyen olyan másodlagos, mely más súlyos betegségekhez csatlakozik : megóv a mellkas szorgalmas és körülményes vizsgálata, a test hőmérsékének naponta legalább két ízben elővett szabályszerű megmérése.

Mialatt a tüdőlob gyógykezelésében a szervezetet erősen megtámadó, gyengítő beavatkozási módok felnötteknél már Dietl úttörő tapasztalatai óta az alkalmazásból kijöttek, addig gyermekeknél még mindekkoráig olyannyira napi renden van a vérbocsátás, édes higany és hánytató borkő adagolása, mintha bizony ezeknél egy egészen másnemli megbetegedés forogna fenn. Még csak a legközelebbi évtized alatt nyert elismerést a szervezetet kímélő, közönyös gyógyeljárás mód általános előnyös volta, azon gyógyítási módé, melyet én már ezen tankönyvem első megjelenése alkalmával mint megfigyelő, kórtünetekhez alkalmazkodó (expectativ-symptomatisch) eljárást élénken védtem. Különböztetve a kórtünetek szerinti segédszerek az utolsó időben nagyobb számmal, és hatásosabban alakban vannak kezünkre adva. A tüdőlob gyógykezelésének azon újabb vívmányai közül, melyeket felsoroltunk, szorosán véve az ezen eljárási mód körébe vágok érdemlik meg elismeréstünket.

Olyan egyszerű tüdőlob, mely igen gyöngye korban lép fel, vagy a mely bélhuruttal van bonyolódva, legjobban kezelhető mézgyanakkal, árpa, rizsfőzettel stb., egy kevés savval, röviden a közönyös szerrekl. Hogyha a mellhártya bántalmazottságától föltételezett fájdalom igen élénk, akkor gyakran sikertülni fog azt egy mustárpéppel egyedül, vagy utólagosan még hangyhalvag bedörzsölésével csillapítani. — Ugyanezen célból megengedhető esténként egy-egy kis adag mákony vagy szunyal, nagyobb gyermekeknél egy-egy bőr alá fecskendés szunyallal. E mellett oldalszűrásoknál bármikor is alkalmazható, és pedig előnyösen, a hideg borogatás, mely egyszersmind hőelvonó hatással is bír; ezen gyógyhatány — N i e s s e n és W e b e r által Kielben, azután B a r t e l s, N i e m e y e r, Z i e m s s e n-től alkalmazva és ajánlva — hasznossága és jótékony behatása most már általánosán el van ismerve. Egy törülköző vagy asztalkendő hideg vízbe mártva jól kifacsartatik, és a beteg mellkasfélre — a mellestől a gerincoszlopig — körülbelül minden $\frac{1}{4}$ órában szorgalmasan felfrissítve föltéttetik. Ezen hideg borogatások szabályszerű alkalmazása mellett engednek a láz tünetei, alábbhagynak az oldalszűrások, és enyhébb lesz az egész

lefolyás. A láz lehatálmítására következő gyógyszerek jönnek alkalmazásba: hamanysók, különösen salétrom, chinal, gyűszünke és zsáspaal. Az ezen osztályban legutóbb álló hatásosb lázellenes szerek egyúttal veszedelmesebbek is. Hamanysóknak a közönségesen rendelni szokott adagok mellett semmi megmérhető hatásuk sincs. Chinal és gyűszünke többszöri nagy adagai a test hőmésékét $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{4}$ °-al lejjebb szállíthatják, de a lázat teljesen nem képesek megszüntetni. Ellenben zsáspaal (Veratrin) óránkénti adagolása mellett, mint azt *B i e r m e r* a felütkéknél *K o c h e r* jeles értekezletében (Dissertation) kimutatta, a test hőmérséke — hogy ha ellenőrzéskép a hőmérést minden órában előveszszük — még a rendesnél is alantabb áll. Fájdalom azonban gyakran hányászekelés vagy ájudozás jelentkezik, és épen ezen mellékhatások gyermekeknél igen gyakran útját állják a már régebben *A r a n, V o g t* és mások által ajánlott zsáspaal igénybevételének. Mindenesetre az egyes adagok nagyságát a lehető kiesnyre kell szabni, körülbelöl 0,5—1,5 Ctrgm. Megvallom, eddigelé nem mertem magamnak bátorságot venni ezen szer alkalmazására gyermekeknél. Hol a betegség beköszöntésekor az erőbeli állapot gyengébb volt, hol elgyengülés, agyvérsegenység, összeesés (Collapsus) tünetei jelentkeznek: nem lehet eléggé melegen ajánlani a bor és erős húsleves kanalankénti adagolását, ha nem is azon mértékben, mint az Angliában *T o d d* rendelése szerint szokásban van. — Mindenesetre téves felfogás, ezen szerek alkalmazásából a tüdőlob számára gyógymódot alkotni; csupán bizonyos, a körlefolyás alatt előtérbe nyomuló tünetek azok, melyek a bor és húsleves javalatát sürgösen kívánják. Az oszlási időszak alatt a vaskészítmények igen megfelelnek a javalatnak. Végül fel lenne még említendő a vérboesátás. Nadály vagy köppöly gyermekeknél minden esetben elégséges, különben is elég ritkán forog fenn azok szükségessége. Nézetem szerint a vérboesátást gyermekeknél egyedül a nagyfokú, az egészséges tüdő hurutja által kifejezett oldalagos (collateral) vizenyő javalhatja. Ilyen oldalagos véráramlástól föltételezett hurut (collateral-fluxionärer Katarrh) ellen a hánytató szereket is szokták ajánlani; én azonban hosszabb idő óta ismételve alkalmaztam ezen szereket, a nélkül, hogy a hánytatas által kedvező eredményhez jutottam volna.

Az üdülés alatt az utólagos hurut leküzdésére előnyvel rendelhetünk salmiasót, szénszavas égvényeket, összehúzó vaskészítményeket, továbbá igyekezzünk a testnek a betegség alatt szenvedett jelentékeny súlyvesztését elegendő mennyiségű, tápláló ételek által kiegyenlíteni. — Gyakran az ntólagosan fellépett mellhártyalob,

has-, vizelethajtó, helybeli bürizgató szerek alkalmazását teszi szükségessé.

VI. HURUTOS TÜDŐLOB. KATARRAHLISCHE PNEUMONIE.

Z i e m s s e n : Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter p. 292 u. f.

B a r t e l s : Virchow's Archiv Bd. XXI. Heft 1 und 2. 1861.

I d . : Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. II. p. 395 u. f.

S t e i n e r : Ueber lobuläre Pneumonie der Kinder. Prager Vierteljahrschrift 1862. Bd.

III. p. 1.

O . B a y e r : Ueber die Versuche, crampöse Entzündungen der Respirationsorgane künstlich zu erzeugen und über die Specificität dieser Prozesse. Arch. der Heilk. IX. p. 85.

C o l b e r g : Beiträge zur normalen und pathologischen Histologie der Lungen. Deutsch. Arch. f. klin. M. II. p. 453.

D a m a s c h i n o : Des différentes formes de la pneumonie aigue chez les enfants. Par. 1867

Ezen, a csecsemő korban gyakrabban előjövő alakja a tüdőlobnak hurutból fejlődik; és pedig annál könnyebben, mennél dúsabb a hurutos elválasztás, mennél belterjesbek a hurutos tünetetek általában, és névszerint a köhögési rohamok. Lázzal járó megbetegedés, tartós háton fekvés, megfogyott erőbeli állapot képviselik azon további, gyakran kínálózó mozzanatokot, melyek a betegség keletkezésének kedveznek. Ezért az elsődleges, önszenvi (idiopathisch) hurutokou kívül főkép a kanyaró, hökhurut, hártvás torokgyík, angol- és görvélykór mellett fellépni szokott hurutok képezik a hurutos tüdőlobbai átmenetelt. Bouctanilag a közvetítő folyamat a tagúlatlan részek, és az ezekhez csatlakozott vérbőség és kiizzadás által van adva. A hurut egyenletes elterjedése a légsöről a hörgökre föltételezi a hurutos tüdőlob közönségesen mindkét oldali föllépését, míg az alsó lebenyek erőtanilag kedvezőtlenebb helyzete, — melynél fogva azok inkább alávetvék a vértorlásnak, és a váladék meggyülemelésének, — azokat, és sajátlagosan (speciell) azok legalsóbb és leghátsóbb részeit a lob fő székhelyévé változtatja. A legelső kórszakbéli lobgóczokat mint lencse- egész mogyoró nagyságú, barnaveres, tapintásra kemény csomókat (Knoten) találni a tagúlatlan szövetbe beágyazódva. Hogyha ilyen csomók nagyobb számmal jelen vannak, a lebeny különben petyhüdt ((schlaff), tagúlatlan részének göcsös (knotig), dudorzos kinézést kölesönöznek, mely göcsök a metszapon az összeesett szövetből kiemelkednek, és az ilyen részeket a hörgökön át fel nem fúhatni. A gócz közepén a metszapon egy vagy több kitágult, hurutos váladékkal megtelt hörgöt találni. A tüdősejtek megváltozása hurutos váladékkal-, ellökött fölhámsejtekkel-, vagy ezek bujálkodásából származott ifjabb sejtekkeli megtelésben áll. Később, időlt lefolyás

mellett chez csatlakozik a lézagközi (interstitiell) szövet bujálkodása, és ez által zsugorodása az egész tüdőrésznek, mialatt saját hörgjei kitágulnak. Mialatt a kimenetel keményedésbe (induratio), és a beszűremkedett rész sajtos megváltozásába (Verkäsung), mely sokkal gyakoribb, mint a croupos tüdőlobnál, bekövetkezik, addig még is túlnyomólag gyakran észleljük, hogy a megbetegedett helyek tüdősejtjei zsiros átváltozás, a bennük felhalmozódott sejtek folyósodása, és felszivódás által a bekeményedéstől és sajtosodástól megszabadulnak. Csak is ilyen alakulásnál válik az egyes góczok közepe szárazabbá, maguk a góczok piszkos szürkére vagy sárgára festődnek, majd elszinesednek, puhábbak és nedvdúsabbak lesznek, és végül visszanyerik légtartalmukat. Üszkösödésbe és tályog képződésbei kimenetelt Steiner észlelt. Az egész folyamatban a mellhártya határozottan kevesebb részt vesz, mint a croupos tüdőlobnál; előjön ugyan itt is annak megvastagodása, elhomályosodása, egyes odafüzdése, de nem azon élénk vérbőség, és rostonyás-genyes kiizzadás, mint amott.

A betegség kezdetét ritkán lehet oly pontosan, óra szerint meghatározni, mint a croupos tüdőlobnál. Ennek oka nem egyedül abban rejlik, hogy többnyire már beteg egyénkék támadtatnak meg, hanem magában a betegség lassú kifejlődésében, nevezetesen a láz halk megjelenésében. Ilyenkor a gyermekek nyugtalanabbak lesznek, fokozott szomj mellett arcuk pirosabb színt ölt, értetésük szaporább, épen úgy a légvétel is, a köhögés rövid, akadozó (anstossend), a légvétel fo-bászzkodásoktól kísért. A test hőmérséke több nap alatt, többnyire reggelenkénti csekély alábbhagyásokkal $1\frac{1}{2}$ —3 fokra emelkedik a rendes felett, és azután $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ héten át, erős reggeli, vagy egy, egész több napi alábbhagyással ezen fokon megmarad, hogy azután a lob lassú oszlásba átmenve, vagy az oszlás beköszöntése után végre még is gyors válsággal végezödvé, a hőfok a rendesre stlyedjen. A lázas kórszak tartama itt hosszabb, a láz foka csekélyebb, és inkább ingadozó mint a croupos tüdőlobnál, az egész lefolyás igen hasonlít az enyhébb hagymáz högörbületéhez.

Kopogatóskor többnyire mindkét alsó lebeny felett kiterjedt tompa hangot nyerünk; gyakran több, különböző lebenyekben elszórt, elmosódottan határolt góczokra is akadunk. E mellett igen gyakran, és igen kifejezetten előjön a különböző okoktól feltételezett dobos kopogatósi hang is (lásd 297. l.) főképen ott, a hol a felső lebenyek megtámadtatásáról van szó. Hallgatódzáskor legállandóbban észleljük a hólyagcsás légzés gyengültségét, és egyenetlenül hólyag-

csás, helyenként összhangzó (consonirend) szörtyzörejeket. Nagyobb lobgócsok jelenléténél nem hiányzik a höröglégzés sem, azonban az alig éri el azon erőteljességet, tisztaságot, mint az előbbi fejezetben tárgyalt alaknál. A tulajdonképi szeresegek (Knisterrasseln) hiányoznak, de igen is előjönnek meglehetősen kis sejtés, csak alig egyenetlenül hólyagesás zörejek. A tüneteknek, névleg a höröglégzésnek —, hörghangzásnak — (Bronchophonie), a csengő szörtyzörejeknek, és a fokozott hangrezgéseknek többszöri váltakozása megnehezíti a kórismét. Ahol a köpet korosabb gyermekeknél megtekinthető, azt majd vérrel kevertnek, rozsdá szintűnek, majd csak egyes rozsdaszínű vagy tiszta vér pontokkal avagy csikokkal átszőtt (durchsetzt) nyákosnak találjuk.

Kis gyermekeknél gyakran már rövid idő mulva, szívgyengeség, (Herzschwäche) és szénsavmérgezés tünetei jelentkeznek. Értítés és légvétel felettébb gyorsított, — utóbbi egész 100-ig megy egy perc alatt —, kicsiny és feltűtetes; a bőr színe a visszerek erősebb megduzzadása mellett elhalványodik, és bő izzadtsággal fedett; eltűnnek az arevonások, és a betegek szentelen (apathisch) állapotba esnek. Ezen tünetekhez gyakran fulladozási rohamok szegődnek. Ez úton a betegség sokkal nagyobb számú áldozatot von maga után, mint az izzadmányos tüdőlob. H e n o c h 98 esetből elvesztett 9-et, S t e i n e r betegeinek $\frac{2}{3}$ -át, Z i e m s s e n 98 eset közül 36-ot, és pedig a kanyaró mellett föllépett hurutos tüdőlobokból csak $\frac{1}{3}$ -ot, míg a hőkhuruttal bonyolodottaknak több mint fele részét. Mennél fiatalabb a gyermek, annál rosszabb a jóslat. A felgyógyultaknál is gyakran visszamarad hajlam a hurutokra vagy ismétlődő tüdőlobra, tüdőlégdagra, a tüdő részletes töpörödésére (Schrumpfung), hörögtágulatra, végül tüdővészre. A lefolyás feloszlik egy hevenyebbre, minőt az egyszerű hurutból kifejlődött —, és a kanyarót követő esetek többször követnek; és egy inkább félhevenyre vagy idültre, mely inkább a görvélykóros gyermekeknél —, és a hőkhurutban szenvedőknél fordul elő. Heveny lefolyás mellett a válság (Krise) nem ritkán igen korán —, a 3—4-ik napon bekövetkezik, vagy az oszlás később, és lassan köszönt be a 6—9 napon, mindazáltal a lefolyás tökéletes válsággal végződik. Idült alakoknál heteket és hónapokat vesznek igénybe a tökéletlen válságok, visszacsések, és rendellenes kimenetek, mely idő alatt, az ingadozó lázas állapotokat leszámítva, bő elválasztás a kitágult hörögök részéről, és a mellkas falának besüppedése a zsugorodó tüdő rész felett, képezik a főtüneteket.

A k ó r i s m é n e k, nevezetesen az izzadmányos tüdőlobbal szem

ben, meg van a maga nehéz oldala ; ezt bizonyítják az izzadmányos lebenykes (lobuläre croupöse), a hurutos lebenyes, sőt az izzadmányos és hurutos tüdőlobok összetalálkozása e g y t ü d ő b e n (D a m a s c h i n o). Daczára ennek igyekeztünk kell a két alakot egymástól különválasztani, és pedig elkülönítő kórismézésünknel a hurutos tüdőlobot illetőleg támaszkodjunk a lobnak kifejlődésére hurutból és tüdőtárgulatlanságból (Atelektase); mely utóbbi esetben a tüdőtömörödés (Verdichtung) mindaddig láztalan marad, míg csak a hozzá esatlakozó tüdőlob magát a láz által el nem árulja ; támaszkodjunk továbbá a láz alacsony, hosszú időre elhúzódó, hullámzó magatartására, a kiterjedt, többnyire kétoldali tompült kopogatási hangra, a hurutos, nem szeresező szűrtyözörejekre (nicht knisternde Rasseln), és a késedelmes ozslásra.

A gyógykezelésnek legközelebb feladata, távoltartani mindazon káros hatányokat, melyek a hurutot fokozzák, nevezetesen gondoskodni meleg öltözetről, és a körlég egyenletes mérsékletéről, azután leküzdeni a köhögést és légzési nehézséget az által, hogy gondoskodunk tiszta körlégről (Athemungsluft), czélszerűen alkalmazzuk a belehelli gyögmódot, a szükség szerint adagolunk bódító szereket, p. o. kis adagokban mákonyt, szunyalt, beléndek kivonatot (Extr. hyosciami) salátonyt (Lactuarium), nadragulya kivonatot (Extr. belladonnae). A betegség kezdetén épen úgy óvó, mint gyógykezelési szempotból előnyös, és érdektünkben áll a betegnek kényelmes, tetszés szerint változtatható helyzetetést adni, hogy így nagyobb nyák felhalmozódás az alsó lebenyekben, vagy az egyik oldali tüdő hörgeiben a lehetőleg elkerültsék. A tüdőlob lefolyását illetőleg legnagyobb fontossággal bír a láz lehatálmítása. E tekintetben leghatásosbak a hidegborogatások a mellkasra körös körül, azonban ezek felrakásánál gondos ellenörködésre van szükség, mivel többször gyors összeesések (Collapsus) jelentkeznek, melyek egyrészt követelik a borogatások félretételét, más résztől izgató szerek alkalmazását, különösen a bor adagolását javallják. Hurutos tüdőloboknál tanácsos a gyengítő gyögmódokat már kezdettől kerülni, és eleitől az életerő megtartását, tápláló eledelek elrendelése által annak istápolását célozni. A lázellenes szerek köztül késedelmes (protrahirt) lefolyás mellett főkép a chinal van javalva. A szokásban levő köpető szerekkel (hánytatógyökér, érczkermesz, hánytató borkő kis adagokban) kevésre megyünk, hátrányos nyákfelhalmozódásnál előbb ajánlhatni időnként a hánytatót. Az üdülés alatt bő táplálék, bor és vas vannak javalva ; a hurut megszüntetésére szárító belehellesék fogatosítandók.

VII. TÜDŐVÉSZ PHTHISIS PULMONALIS.

- R. Virchow: Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 712 u. f.
 1 d.: Verhandlungen der Berl. med. Gesellschaft. 1867. Heft III. p. 241.
 Ott: F. v. Niemeyers klinische Vorträge über die Lungenschwindsucht. II. Aufl. Berl. 1867.
 Henoch: Beitr. z. Kinderheilk. 1861. p. 61. und 1868 p. 222.
 Colberg: Zur pathol. Anatomie der Lungen. Arch. f. klin. Med. Bd. II.
 Hérard et Coruill: De la phthisie dans ses rapports avec la scrofule. Union med. 1866. Nr. 124.
 L. Waldenburg: Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrophulose Berl. 1869.
 Buchanan: Ueber die tuberculöse Lungenaffecten der Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten 1869. Heft 7 und 8.
 Oesterlen. med. Statistik p. 380. u. f.

A tüdővész és mellbetegségek jelentősége a gyermekkor aránylag nem sújtja annyira. 1000 tüdővész halálesetből, öt évi korszakokat véve fel, esik: az első 5 életévre 50—60, az 5—10. úgy szintén a 10—15 évesekre körülbelül 20—30; ellenben a 15—25 és a 25—35 évekre külön külön 200—250. Az első 15 életév alatt tüdővészben alig hal el félszer annyi, mint 10 év alatt. a 15 és 35 évesek közül. Az első öt év alatt a fentebbi 50—60 (1000 tüdővészben elhatalt véve fel) halál eset igen egyenlőtlenül oszlik meg, névleg a 4 és 5 év mindig csak igen gyengén, 5—7 esettel van képviselve, holott az első erősen — 20-al, — a második 16—19-el; ezen kettő között ingadozik a 3-ik év, mely igen különböző arányszámmal vesz részt. Így p. o. Angliában az 1859-ik évben esett az I. 20, II. 15, III. 7, IV. 4, V. 4; magában Londonban 1849. és 1851—53 években következőleg oszoltak meg a halálesetek: I. év 20, II. 19, III. 12, IV. 7, V. 5. A mint itt Londonra, épen úgy más nagyobb városokra vonatkozólag is a tüdővész gyakrabban mutatkozik mint a vidékeken. Ezen betegség főleg a szegény, különösebben pedig a munkás osztályhoz tartozó családokból szedi áldozatait. Gyárvárosokban az ifjú korban is nagyobb a megbetegedés.

Ezen túlnyomó megtámadtatás az első életévben az öröklés (hereditär) befolyására utal, mely mozzanat kell, hogy a gyermekkorban hatalmas szerepet játszon, mint minden más oka a tüdővésznek. Némely gyermeknél a görvélyes hozomány (Mitgift) annyira hatályos, hogy az magát csak hamar a születés után érvényre emeli; legkivált akkor következik ez be, hogyha a veleszületett görvély azon szülőkötől

származik, kik a nemzés, illetőleg a szülés alkalmával már halálos tüdővészben sínlődtek. Hiányos táplálkozás, meg nem emészthető tápszerek, elzárt, porral-, füsttel telített levegő, tisztátalanság kedveznek az örökölt tüdővész csir (Keim) kifejlődésének, vagy az új keletkezésének. Némely fertőzőési kórok, főleg kanyaró és hökhurut is szolgáltatnak egy bizonyos contigenst, valamint a bujakórtól sem lehet ezen képességet egészen megtagadni.

A tüdővész alapját képező bonci megváltozások közül mint általános betegség, leginkább a gümökór szerepel. Felnötteknél ez ritkább, és az esetek mintegy 10% (Colberg, 11,4% Slavjansky) ában képviseli a kór okot, a többi 90%-ban sajtosan elváltozott tüdőlob (käsige Pneumonie) szerepel. Áll ezen viszony a gyermekkorra nézve is? szabatos feletre nem áll elég anyag rendelkezésünkre. Rilliet és Barthez a tüdővész tüdőkben megkülönböztetnek szemcsésedést, por alakú gümösödést (tuberculösen Staub), kölesgümöket (Miliartuberkeln), azután szürke, sárga beszűrödést, és barlangokat. Hogyha a három első alakot a gümökórhoz-, a 3 utolsót pedig az idült, sajtosan megváltozó tüdőlobhoz tartozónak tekintenök, akkor a valódi gümökór képviselné a gyakrabban előjövő kór-okot Steffen az érhártyabeli gümökről irt munkájában oda nyilatkozik, hogy a rendelkezésére állott kórányag között a sajtos tüdőlob meghaladta a gümökórt. A nélkül, hogy határozottan megakarvánk jelölni azon időt, melyben mindkét tüdővész-alak gyakrabban észleltetik, annyit még is állíthatunk, hogy gyermekeknél a gümökór jelentékenyen magasabb, míg az idült tüdőlob kisebb előjövetei számot ér el, mint a felnötteknél, hogy tehát a gümökórnak legalább viszonylagos túlnyomóságát be kell ismerntünk, és pedig ezen túlnyomóság annál nagyobb, minél fiatalabb korosztályról van szó.

Köles gümök (Miliare Tuberkeln) kizárólag az egyik tüdőben körülbelöl épen oly gyakran lépnek fel, mint egyszerre mindkétben, mégis ott, hol a kórképet lényegesen és túlnyomólag azok alkotják, mindkét tüdőben nagy kiterjedésben taláztatnak; valamivel többször jelennek meg a felső-, mint az alsó lebenyekben, többször a jobb-, mint a bal tüdőben. Lényeges jellemük a sejtek bujálkodásán alapuló létrejvetelben fekszik, mely sejtek kezdetben szürke szintieknek, félig áttetszőknek, az épen kivethető nagyságtól lassanként köles szem mekkoraságra növekedő gümöcskéknek tünnek fel. Ezen, kicsinségük és nagy magvuk által feltünő sejtek, és pedig legelőször a központiak, most zsiros átváltozásnak indúlnak, a közben egyidejűleg felszívódik a sejtek között létező folyadék, és a mag központja sárga

szint ölt magára. Ezen megváltozások a szóban forgó alaknál számos, de mégis egymástól annyira távol fekvő ponton következnnek be, hogy azok egybefolyása vagy éppen nem, vagy csak kevés ponton jöhet létre. Ezen folyamatok ritkán maradnak egyedül a tüdőre korlátolva, hanem hasonló módon ismétlődnek több savós hártván, kiváltképen a mellhártván, és az altest nagy mirigyeinek tokján, gyakran azok, és még némely más szerv gyurmájában is. Ezen folyamat igen ritkán támad a szervezetben mint legelső, sőt közönségesen találni már egy korábbi góczra akár a tüdőben, akár a hörgmirigyekben, vagy más szervben, a honnét a fertőzés kiindult és tovaterjedt.

Ha most szemügyre veszük ezen alak kórtüneteit, úgy a köles gümönél kezdetben, vagy a lefolyás legnagyobb részében, bizonyos lappangó magatartást fogunk megállapíthatni, mely alatt csak is a hurut ismétlődéséből, könnyű lázas mozgalmakból, az étvágy és emésztés tartós zavarából, az erő és táplálkozás hanyatlásából következtethetünk valószínűséggel a szervezet valamely mélyebb megtámadtatására; és ekkor is legfőlebb a különösen szembeszökő kórszármaszasi mozzanatok - p. o. világos, tovalaladó gümökórja az anyának vagy dajkának az egészen kis gyermekeknél-, kellő figyelemre méltatása nyújthat némi valószínűséget a tárgyunkat képező bántalom fölvetelére, ha csak ezen valószínűséget egy már fenálló régibb beszűrődmény (mirigyek, gümögóczok a tüdőben) tünete közvetlenül meg nem világítják. A kórkép különböző, hosszabb majd rövidebb időre a halálos kimenetel előtt heveny, jellemet ölt magára, a láz fokozódik, és az alhasi hagymáz jellemével bír. Ekkor vagy előrtérbe nyomódnak a mellkasi tünetek is, és megfelelnek a heveny hurutnak, hörgöcs lobnak (Bronchitis capillaris), lebenykés tüdőlobnak; vagy feltűnő tünetek jelentkeznek azon, egymástól távolabb fekvő szervek részéről, melyek most a köles gümö körébe vonattak; így a betegség vége felé nem ritkán találkozunk az alapi agykérlob (Meningitis basilaris) teljes kórképével.

A kórjelek közül fontosak: a csecsemők szokatlanul halvány és lesoványodott, panaszos, félig élettelen kinézése. A lefolyás alatt ezen tünetekhez gyakran esatlakozik gyenge bőrvizenyő, ellenben ritkán nagyobb fokú éjjeli izzadás. Mindazáltal figyelmet érdemel a bőr gyakoribb megnyirkosodása (Fenchwerden) a magas láz mellett, mint az ezen betegknél észleltetik. Az éritések száma igen nagy, a hőmérsék legalább is magas. A lázmenet majd szabálytalan ingadozásokat mutat, melyek közt csak egyes magas csúcsok jönek elő, máskor a hörgbület egészen küzeledik a hagymáz- vagy lebenykés tüdőlobéhoz.

Mintán e mellett a lép is nem épen jelentéktelen fokban megduzzad, gyakran fellép hasmerés, sőt még tarjagos klíteg (a nagy fokú lázzal járó esetekben) is észlelhető, ezért a hagymáz és heveny gümőkór összetévesztése valamint a felnőtteknél, épen úgy gyermekeknél sem kerülhető ki minden esetben. Az általános megbetegedés súlyossága, és a mellkasi tünetek csekélyége joggal emeltem ki ezen betegség-nél, mint olyan mozzanatok, melyek itt mindenkor összetalálkoznak. Egyes kölesgümő meggyógyulhat, kemény, fehér színű, kötőszövetes vagy elmeszesedett göcsöcskévé (Knötehen) töpörödhet; ezen kimenet épen nem ritka. Azon esetekben hol a köles-gümőkór (Miliartuberculose) felismerhető, a nagy fokú lesoványodás, és a nagyobb mennyiségű újabb és újabb fertőző anyag (Infectionsmaterial) miatt ritkán számolhatni többé a betegség gyógyulásai átmenetére. Több szerv megtámadtatása a gümőkór által, a gümöcskék közötti tüdőszövet meglabosodása (kocsonyás tüdőlob, gelatinöse Pneumonie; hasonló az alapi agykéreglobhoz), kiváltképen pedig a láz általi fölemésztetés (Consumption) vezetnek a halálos kimenetelhez. A gyógytan ez időig a lázas viszonyokat méltatta, és pedig joggal, kiváló figyelemre. Jelenleg leginkább ajánlatnak: kinal, gyűszönke, főképen hideg borogatások, lemosások, fürdők, a mint azok alkalmazását a pontos hőmérséksek javallják; ezek mellett a bor, erősítő táplálékok, zsiradék és tejgyógymódok továbbra is megtartották az őket megillető gyógyértéket. Oly nemű gyógy mód, mely által a sajtosan megváltozott fertőző göczokat, hol ilyenek a test külső részein fekszenek, kiirtsuk, vagy más képen hatástalanokká tegyük, ez időig csak kevés esetben lehetséges, azonban a gümőkór gyógykezelésének kell, hogy ez képezze tulajdonképi célját. A mi a betegség kitörése előtti időben az óvó eljárást illeti, azt a görvély- és gümökórról szóló fejezetekben általános-ságban kifejttem.

Azon időlt tüdőlobos alakok között, melyek a tüdővész alapját képezik, van egy, mely kiváltképen mégérdemi a saját, görvélyes tüdőlob (scrophulöse Pneumonie) megnevezést. Felnőtteknél alig jön elő ezen tüdőlob-alak annyira kifejezve. Ezen alak a hurutos tüdőlobokból fejlődik, és feltűnik szalma — egész kén sárga szín, szárazság és tömeges előjövétel által. Kizárólag az egyik tüdőben körülbelül 8 szorta többször találtatik, mint mindkettőben, de kiváló előszeretettel egyik tüdőfél iránt sem viseltetik; a felső lebenyeket valamivel gyakrabban választja székhelyetül mint az alsókat, különösen szeret a hörguirigyek görvélyes megváltozásával szövetkezni. — Boncoláskor a tüdő külső felszínén sárga színt, a zsigeri mellhár-

tyán áttündöklő, 1—7 Ctm. átmérőnek megfelelő, tapintásnál mérsékesen kemény összállást eláruló helyeket látni. E mellett a mellhártya rendes, vagy egy bizonyos módon szintén be van vonva a kórfolyamat körébe. Ezen sárga színű tömegek a metszlapon hengeres vagy ék alakkal terjednek a tüdő-gyök felé, határvonalai csipkézett; a szomszédos részek ritkán felelnek meg az egészen egészséges tüdőnek, sőt inkább a körültek fekvő szövetben számosb, később egymással egyesülő (confluirend) göcsök képződnek. Az érintett sárga tömegben helyenként még felismerhetni a hézagközi (interstitielle) szövetet, meg vannak a nagyobb hörgők, melyek a beszűrődött részben itt ott úgy végződnek, mintha kettémetszettek volna. Világos, hogy a hörgimirigyek a gyermekkorban még alkalmasbak az élénk működésre, de egyszersmind a megbetegedésre is, még nem mentek tönkre bekeményedés, füsténylerakodás stb. folytán, és utólagosan (consecutiv), de azon tüdő-részekhez szükségképen hasonló módon betegszenek meg, melyek nyirkedényeit felveszik. Ilyenkor az elfajult mirigy annyira közel nyomúlhat a kórosan megváltozott tüdődarab csücs részéhez, hogy a kettő egybeolvad. — Ezen görvélyes tüdőlob, dacára azon jelentékeny térfogatnak, melyet elérni szokott, a betegágyon csak ritkán mutatható ki, mint olyan.

Azon betegknél, kiken a betegség lefolyását kezdetül fogva észlelhetjük, lassan kifejlődő májasodás (Hepatisation) tüneteivel találkozunk az előbbi körülírt hurut helyén, melynek oszlását napról napra várjuk, de az mind tovább és tovább húzódik, és a májasodott rész térfogata időnként látszólag változik ugyan, de előbb növekszik, mint fogy. Ezen, a legtöbb esetben májasodásnak tekintett beszűrődés — mely olykor a mellkas történetesen elővett vizsgálatánál megállapítván, az egész kórképet rögtön kiegészíteni látszik — tartama alatt a bőr halvány, gyakran egy kevésbé kékes szinezetet kap, az izmok vékonyakká és mindinkább fonyadtakká válnak, hanyatlik az életerő, végre megjelen a tüdővész valamennyi tüneteivel. Ugyanekkor tompult kopogatási hang-, hörglégzés-, öszhangzó szörtyözejek-, erősödött hanghullámozás (Stimmvibration) mellett hasonló helyek még egyebütt is felmerülhetnek a mellkas falán, mialatt a kiterjedt hurut, hasmenések, könnyebb hasbártyalob-tünetek, a mellhártyának, vagy éppen magának a szivburoknak dörzszözejei, a gümökóros folyamat egyidejű elterjedését jelezhetik.

Mialatt ezen kedvezőbb esetekben a kórelőzményi, okszerű (rationell) és általános tünetek alapján kell, hogy adódott esetben meghatározzassuk, vajjon a májasodást görvélyes tömegnek (scrophulöse

Masse) tartjuk-é, addig más esetekben a kézre adott tünetek ismét úgy alakulnak, hogy a beszűrődött rész nem eléggé kiterjedt, vagy nincs, és az egész lefolyás alatt sem lesz annyira körzetileg elterjedve, hogy magát világos körtünetek által felismertesse. Ilyenkor találunk némi tompulást, mely zavarba hoz, és hajlandók vagyunk azt a mellkas ferdebb tartásának felróvni; némely légvételkor hörglégzést hallunk, — melyet később ismét nem vagyunk képesek kivevni stb., ezen kétséges, az orvost zavarba ejtő tünetek valódi természete felől csak is később, az általános betegség tovalhaladása nyújt tiszta felvilágosítást. A kórisme tulajdonképi nehézsége abban fekszik, hogy vannak bizonyos májasodási maradványok (Hepatisationsreste), melyek, a nélkül, hogy sajtosan megváltozának, hosszabb időn át egyenlő állapotban (stationär) megmaradnak, mi mellett a beteg erőbeli állapota természetesen nem éppen virágzó, azonban csak ritka esetben olyan, mintha az egyént tüdővész fenyegetné. Egyes esetekben, hol ilyen sajtosan megváltozott tömegek éppen a tüdők csücsaiban vannak lerakódva, a legközelebb fekvő nyakmirigyek keményre dagadása (különösen előjön a mellhártya összenövéseinél) jó, de csupán a tényt bizonyító tünetet ad kezünkre. Máskor a köpet göröcsői vizsgálata által nyerhetni jellemző elemi részecskéket.

A második idült tüdőlobos alak, kizárólag a tüdők csücsaitól kiindulva a sejtközi szövet (interstitiell Geweb) hatalmas bujjakodásával kezdődik, és a tüdőcsücs-, vagy maga az egész felső lebeny töpörödéséhez vezet, nem különben a hurutosan vagy izzadmányosan (croupös) beszűremkedett tüdőszövet részletes elsajtosodásához (Verkäsung), gyorsan bekövetkező genyes megolvadással, (Schmelzung) és részint az ezen folyamatból származó, részint hörgtágulatos barlangképződésekhez. Ez a tüdővész közönséges alakja a felnőtteknél, gyermekeknél azonban körülbelül a legritkább. Így Rilliet és Barthéz p. o. 265 tüdővész gyermek között csak 77-szer találtak barlangképződést. Ezen alak helyes felismerésére kell, hogy a mellkas vizsgálatát a legpontosabban végezzük, nehogy egy részről a gyermekeknél oly gyakori dobos- és repedt fazékra emlékeztető hang által magunkat félrevezettetve barlangok jelenlétét kórismérjünk, más részről, hogy a tüdőcsücsök töpörödésének tüneteit kellő figyelmünkreméltassuk, a barlangos hörglégzést, és nagy hólyagesás (grossblasiges) szörtyözörejeket jól megkülönböztessük, a ferde tartás folytáni csücs-hang (Spitzenschall) tompulatok felvételétől órakodjunk stb. A kórjellek második sorozatát a köpet szolgáltatja, mely idült bántalmakuál, — nem oly állandóan mint a tüdőlobnál — hiányos. H e n o c h mindazáltal

állítja, hogy 5 izben véres köpetet észlelt. Még gyakrabban sikertől azon ruganyos rostok feltalálása, melyeket ezen tüdőrészben szenvedők köpete oly tömegesen tartalmaz. Végtül tekintetbe veendő itt a lázat jelző görbület (Fiebereurve) is. Ezen görbe nem bír szabványos alakkal, csak ritkán mutat egészen magas meredekségeket (Ascensionen), azonban szabálytalan emelkedései és mélyedései által a kórismére fontos támpontul szolgálhat; jóslat tekintetében mindenesetre fontos a lögörbület, mert a láz magassági fokától és tartamától függ az önfelcímzés (Consumption)-, a tüdővész fő veszélyének mértéke. Az egy 24 óra alatt több izben elővett hőmérések által meglehetősen állandóan találni egy csaknem-, vagy teljesen láztalan, időszakot, mely az éjj második felét és a délelőtti egy részét kitölti, azután egy, súlyos esetekben rázó hidegtől megelőzött lázrohamot, mely legmagasabb fokát azonnal-, vagy estve felé éri el, és az éjj alatt izzadásba átmenve mintegy válságot képez. Ezen magatartás képviseli a láz egyik leggyakoribb, és a kórismére legelső jelentőséggel bíró alakját. A láz magatartásával egészben véve lépést tart a test súlyának fogyása. — Igaz, hogy gyakran mutatkozik a test súlyának nem épen igazolható megállapodása, vagy még mulékony gyarapodása is, azonban jobb reményeket csak is a maradandó súlygyarapodás mellett táplálhatunk. Kivételt képez ezen esetekben is a vízkóros állapot jelentkezése, mely néha a nélkül, hogy külső jelek által valahol kimutatható lenne, a testsúly növekedése által külsőli magát, és a legtöbb esetben a vesék, máj- és nyirkmirigyek keményes elfajulásán, ritkábban a mellhártya- vagy szívburok nagyobb kiizzadásain (Exsudation) nyugszik. Gyermekeknél ezen vízkóros állapot a tüdővész lefolyása alatt igen gyakran előjön.

N i c m e y e r ezen alakról nem alap nélkül emelte ki, miszerint felismerése annak, hogy itt a tüdővész nem újképlődési (neoplastisch), hanem már eredetében egyszerű lobos természetű: sokkal jobb kilátást nyújt a kezelésre. Névszerint áll ez azon gyermekkorban, a hol ama, félig vagy egészen feladott betegek váratlan meggyógyulása különösen gyakran előfordul, melyekkel szemben az orvos azzal szokta magát megnyugtadni „azon esetek még is csak hörgtágulatok voltak.“ A míg gümőkór és tüdővész azonosaknak tartattak, minden gyógykeelési siker a tüdőcsücs vészteljes (fatal) tompulatánál nagyon is ártott az orvos azon kórjóslatának, mely a gonosz idúlatú gümö-újképletre (Neoplasma Tuberkel) vonatkozott. A csücsbéli idült tüdőlob lefolyását a fennforgó láztünetek szerint szigorú étrend mellett az ágyban kell bevárni. Meghűlések, és még inkább a tisztátalan, elzárt kör lég folytonos behellése rosszabitják a lefolyást. Ilyen betegek, miután

magukat mint járó betegek éveken át fenntartották volt, a kórházban csak hamar tönkre mennek. A déli órákban, mielőtt a kűllevegő a 10 R^o-ot meghaladja, ilyen betegek a szabad levegőre kiboocsáthatók. A gyógyszerek közül a gyermekkorban kiváltképen a zsongitók és egyzersmind táplálók, (Tonica nutrientia) így a halmájolaj, savó, izlandi züzmő lesznek hatással. A halmájolajra vonatkozólag azon jeles véltétekre hivatkozom, melyeket *Walshe* számok alapján felállított. Vértzegény betegeknél, valamint a hörgők nyákhártyájának bő elválasztásánál különösen ajánlva van a vashalvag (Eisenchlorid), vagy a vas Myrrhával, a Phellandrium, a két szénsavas szikeny. Idült esetekben előnyösek az emsi, sodeni sós források, és Walbach kénes vizei. Kiváló lázas betegeknél előnyt adunk a kinalnak magában, vagy gyttzönkével kapcsolatban. A lefolyás későbbi szakában a köhögés, fájdalom és álmatlanság miatt a mákony készítmények alig nélkülözhetők. Salamia-, timsó, esereny belehellések, különösen a betegség kezdetén mutatnak kedvező hatást. Kinzó köhögési inger ellen szükségessé válhat a szunyal beföcskendezése a gége nyákhártyájára. Hogy az égalji gyógyhelyek (Curorte) a tüdővész gyermekekre kedvező befolyást gyakorolnak, azt tapasztalatok bizonyítják.

VIII. VÉRES TÜDŐTÖMÜLÉS. HAEMORRHAGISCHER INFARCT.

A. *Staffon*: Klinik der Kinderkrankheiten I. 388.

L. *Sachner*: Pylophlebitis, Icterus etc. 'ahub. f. Kinderheilk. II. p. 110 und IV. 66.

B. *ednar*: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850 II. p. 70.

C. *Rauchfuss*: Ueber Thrombose des Duct. art. Botalli. Virch. Arch. Bd. XVII. p. 376.

F. *Weber*: Beiträge zur path. Anatomie der Neugeborenen II. p. 50 u. f.

C. *Rauchfuss*: Ueber die Lungenerweichung der Säuglinge. Journ. f. Kinderkrankheiten Föl. XXXII. p. 161.

Hogyha szilárd testecskék a test visszereinek-, vagy a jobb szív-felnek vérárárama által felvétetnek, akkor azok szükségkép a tüdőtörbe veszik útjokat, és ott az ütér törzsébe, vagy annak egyik ágába ékelik magukat, a megrekedés helyén tökéletesen, vagy közel egészen kitöltvén az ütér ürterét (Lumen). Az értömeszek (Emboli) ritkán képviselnek valamely, már előbb szilárd alkattal bírt szövet részt, hanem azok legtöbnyire a vér folyós részéből kivált alvadékok. Az elsőkhöz (szilárd szövet rész) tartoznak: a nagyobb üterek vagy szívbillentytik mézszerű lemezei (Kalkplatten), a szív valamely lobjóczáról vagy újképletéről levált darabka (szívizomlob, húsdag, burkony, Echinococcus). Számos sértési esetben vérrögök (Tromben) szolgáltatják az értömeszeket, ide számitandók azon vérrögök is, melyek származásukat

csontszúrnak, himlőnek, fülfolysáknak, kelésnek (Furunculosis), köldök-visszérlobnak, és más geny termeléssel járó betegségnek köszönik. Ezen alakok átmenetelt képeznek azon lobos vérrögképződésekhez, melyeknek fő képviselőit a meglobosodott szivbillentyűkrei lerakódások tekintendők. Sorvos vérrögképződések (Marantische Thrombosen) a szokott helyeken: comb-, lábikra-, méh-, dűlmirigy visszereiben többnyire csak azután támadnak, midőn a vérrögek már a nyak- és kar visszereiben, főképen az agy visszeres öbleiben, és a vese-visszerekben, újszülötteknél a Botall-féle vezetékben, azután a jobb szívfülcsébe, és a jobb szív-kamarának csücs részében lerakodtak.

A vérrög leválása kisebbitheti a jelenléte által előbb támasztott nehézségeket (Hegar). Vérrög beékelődése a tüdőtér törzsébe, vagy egyik fő ágába rögtöni halált von maga után, vagy a halált megelőzi egy rövid vonaglás, rángásokkal, önkéntelen székeléssel, és vizelet boesátással, az érzékenység teljes megszűnésével (kivéve a száruhártát) és csak nagy nehezen kivethető légzéssel. A halál ezen nemét, melyet Panum kísérletileg (experimentell) tanulmányozott, vérszegénység a szó szoros értelmében, a bal szív-fél és az üterek vérhiányos állapota hozzák létre. Hasonló eredményhez vezetnek a hajszáledény-ágak számos eltömetései szilárd magesák (Körnchen), zsirszemecskék, vagy légholyagesák által. Hogyha a tüdőtérnek csupán egy vagy csak kevés ága támadtatik meg, akkor többnyire a jobb alsó lebenyt éri a bántalom; hogyha a jobb tüdőben valamely nagyobb ág már eltömetett, vagy a jobb tüdő töpörödött állapotban van, akkor a véráram erősebb lökése az értömeszt a jobb oldal felé hajtja. Hogyha a dugasz a beékelődés helyén az edénycsövet — annak különös alakánál fogva — egészen ki nem tölti, akkor az eltömés kiegészítéséhez, a dugasz zöm-oldalaira (centrale Seite) új alvadékok rakodnak. Az eltömött tüdőtér-ág által ellátott tüdőszövet, egy, alapjával a mellhártyán nyugvó-, csücsával befelé fordult ék vagy kúp, csak ritkán válik vizenyössé vagy tüdőlobossá, hanem sorsa általában az, hogy lézagos részei (Hohlräume) átívódnak vérrel, mialatt az egyes részek egybefüggése meglazul. Ily módon jön létre a véres tüdőtömülés (hämmorrhagischer Infaret), mely a zsigeri mellhártyán, a hol t. i. azt eléri, barna, kékes veres, lapos gömbhöz hasonló kiemelkedést képez, míg a metszlapon fekete-veres színe által tűnik ki, és megtekintésnél finomul szemesezett alakot mutat. A tömüléshez vezető ütérágot eltömő, barnaveres egészen szürke színű, a létrejövétel ideje szerint az ütér falához tapadó, rétegzett, közepében meglágyult értömesz a legtöbb esetben már a metszlapon kimutatható, néha azonban csak

akkor található az meg, hogyha a tüdőtérnek a tömüléshez vezető elágazódását nyomról nyomra felhasítjuk. Egyetlen egy esetét láttam a véres tüdőtömülésnek, ahol sem az értömeszt nem lehetett megtalálni, sem érdugulást nem lehetett a tömülés valószínű oka gyanánt felvenni. A tömült részt bevonó mellhártya sokszor be van vonva egy vékony rostony-hálózattal (Faserstoffnetz). Ezen mellhártya-rész lobja később önállóvá fejlődhetik, midőn túlhaladja a tömülés határait, és a mellhártya-tömlőben folyós elválasztást hoz létre. A Rokitansky által leirt két gyógyulási folyamat közül én csak az egyiket — elszínesedés, zsíros elfajulás, és behúzódtott kis, kemény, sárgafehér színtű csomokká töpörödés — észleltem, és pedig több ízben; ellenben a másodikat — a vérömleny folyósodása s felszivódása, és így a tüdőszövet működőképességének ismételi helyreállása (Wiederwegsamwerden) — soha sem láttam. Olykor a megbetegedett tüdőrésszel egy véres, haematin jegeceket és tüdőszövet maradványait tartalmazó, szagtalan folyadékká esik szét. Ellenben, hogyha az értömesz származását genyes vagy üszkös folyamatnak köszönve, genyes vagy üszkös szétbomlás gerjanyagával van felruházva, akkor az, ezen szétbomlást közli a tüdőszöveggel, s saját beszűrődésével, mire a véres tömülés tályogba vagy üszkösödésbe megy át. Ezen folyamat nevezetesen ott jön létre, hol a megbetegedés ves fertőzésből, gyermekági lázból, köldök-visszérlobból, kelevényekből, arcüszkőből, bőr tájogokból indul ki. Ilyenkor a megtámadott tüdőrésszel felett üszkössé válhat a mellhártya, és áttörtetés folytán légmellel támaszthat.

Kis tömülések általában nem ismerhetők fel, nagyobbak, hogyha valamely lázas megbetegedés p. o. szívbelhártyalob alatt támadnak, a tüdőlobhoz rendkívül hasonlíthatnak. Maga az értömlés támadása (Act), hogyha az eldugulás a tüdőtérnek nem épeu kis-, avagy több ágában történik, fulladási rohammal jár. Ez rövid idő alatt rendszerint többször ismétlődik. Egy ilyen dugulási roham alatt a test visszerei erősen megtöltve, az arc ólom színtű, az érverés kicsiny. A test hőmérséke a legközelebbi óranegyed alatt $\frac{1}{10}$ fokkal a rendes alatt áll, azon túl, az érdugasz legközelebbi, és nagyobb behatása szerint lehet a test hőmérséke a rendesenél kisebb, megfelelhet a rendesnek, vagy annál valamivel nagyobb; a légvétel nehezített és gyorsabb marad, de mégis nem annyira, — mint közvetlen az érdugulás után. A kis vérkör oldalagos (Collateral) véredények által szabályozza magát. Gyakran oldalszúrások gyötrik a beteget, és azok el tartanak az egész legközelebbi napon át. A kopogtatás és ballgatódzás a mellkasbeli viszonyokat a baj kezdetén rendben találja, csak is néhány

nap elteltével jelentkeznek durva hólyogesás szörtyzörejek a tömülés helyén. A köpet, hol egyáltalán megészlelhető, belsőleg vegyült, igen véres. A legközelebbi napok alatt a szörtyzörejek hangosakká (klingend) válnak, és a tömülésnek megfelelőleg, — többnyire jobb oldalt hátul alól a kopogatási hang tompúlnak mutatkozik. Olykor nyíán ehhez a mellhártya-tömlőben big kiömlés (Erguss) csatlakozik; ekkor a kezdetben erősebb hanghullámzások (Stimmvibrationen), — mialatt a tompulás erősödik, nagyobb térre terjed és vízszintes fekvonalat (niveau) nyer-, meggyengülnek. Ezen észleleteken nyugszik a véres tödőtömülés, következőleg a tödütér eldugulásának kórismerése, mely, miként én mindinkább meggyőződöm, a legtöbb esetben igen is lehetséges. Hogyha a tömülés genyessedésbe avagy üszkösödésbe megy át, akkor azt genyes vagy eves köpet kíséri; a test hőmérséke, miután az kezdetben rövid időre lecsett volt, jelentékeny fokra emelkedik, és azután ingadozó magatartást követ, mely alatt, nevezetesen egy-egy góe megpattanásuánál valamely hörgbe, feltűnő alábbhagyás mutatkozik. A jóslat függ a tömülés kiterjedtségétől, az érdugaszok számától és természetétől, és a beteg különbeni egészségi állapotától. Legkedvezőtlenebb kilátást azon érdugaszok ígérnek, a melyekkel egyidejtűleg a vér eves (septisch) megmérgezése jár; ezek után következnek azon esetek, a melyek létrejövetelüket a szívben támadt vérrögnek, vagy szivbellobnak köszönik. A sorvos (marantisch), sértési és lobos tömülések valamivel jobb kilátást nyujtanak, igen nagy, valamint az igen számos érdugulások is rögtöni életveszéjt tételeznek fel. Eves alvadékból származó dugaszok a későbbi időben azért lesznek felettebb vészthozók, mivel a tödőbéli tályog és üszök sokkal ritkábban végződik gyógyulással, mint az egyszerű véres tödőtömülés. Az érdugulás által létrehozott nehézlégzési roham alatt a legelső pillanatban belsőleg izgató szerek-, bőrizgatók-, és, hogyha a kékkör nagy fokra hág, vagy az oldalszűrés igen heves, helybeli vérvételek vannak javalva. Hogyha a tömülés tünetei előtérbe nyomúlnak, akkor korosb gyermekeknél — az ezen folyamattal járó tödővérzés miatt — leheltessűnk be vashalvagot; belső használatra is ajánlhatók a vas és chinal készítmények, közbe közbe sókkal, has- vagy vizelethajtó szerekkel. Ez utóbbi szerek, valamint a gyűszűnke még inkább helyén lesznek az utólagosan fellépő mellhártyalobnál. Hol a tödőtályogot vagy üszköt felismerhetni, ott a javaltnak leginkább megfelelnek: belsőleg a zsongító szerek, és belehellésre a terpentinolaj.

IX. BURKONY A TÜDŐBEN. ECHINOCOCCUS. BLASENWURM.

D a v a l n e ; Traité des entozoaires. Par. 1860. p. 412—449.

H. R o g e r : Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 44. p. 287.

Burkony a tüdőben három féle módon jelenhet meg: az ébrények (Embryo) közvetlen bevándorlása által, a leány tömlök érduugulásos (embolisch) áttltetése folytán a tüdőbe, többnyire a máj-viszerek környékéből, és végre benövés utján a máj domborn fölszínéről a rekesz áttörése után. Az utóbbi előjveteli mód á leggyakrabban észleltetik.

A kórtünetek hosszú időn át összevagnak valamely idült, biztosan meg nem határozható tüdőbántalomnak, időnkénti lázas időközökkel (intercurrente Pleuritis etc.), több ízben ismétlődő, a véres tüdőtömléséhez hasonló vérköppéssel, és a test kisebb fokú elsoványodásával. A májbeli burkony tünetei némely esetben elég korán útbaigazítók, ritkábban gyengén hullámzó dag jelen meg, mely a mellkas falát kidomborítja; a burkonytömlő közönségesen áttör valamely hörgőbe, midőn következő tünetek észleltetnek: a bő mennyiségű, híg, vérrel vegyes köpet között feltalálhatni a burkony tüvegyszerűen átlátzó, összegombolyított, az átmetszet lapján szalagszerűleg csikolt hárttyáit. Ezen lelet biztosítja a kórismét, és ez által gyakran egyszersmind meg van nyitva az út az önkéntes gyógyüléshez. Kidültledő, hullámzó dag a mellkason próba csapolást javal, vagy a dag oly nemli bemetszését, hogy az által lehetővé tétessék az anyatömlő kiürülése. Azon makacs esetekben, ahol a köpettel hosszabb időn át hárttyák vettetnek ki, meg lehet kísérteni valamely élősdli (Parasit) ellenes szer, p. o. a Benzin, beleheltetését.

F. MELLHÁRTYALOB. PLEURITIS.

B a r o n : De la pleurésie dans l'enfance. Par. 1841.

W i n t r i c h : Virchow's Handbuch Bd. V.

H. Z i e m s s e n : Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter. Berl. 1862.

E. H e n o c h : Beiträge zur Kinderheilkunde. 1868 p. 195.

W. R o s e r : Zur Operation des Empyems. Arch. d. Heilk. VI. p. 33.

A. K u s s m a u l : Sechzehn Beobachtungen von Thoracentese bei Pleuritis, Empyem und Pneumothorax. Deutsches Arch. f. klin. Med. IV. 1.

B a r t e l s : Ueber die Operative Behandlung der entzündlichen Exsudate im Pleurasack. Ibid. IV. 283.

Miként a legtöbb savós hártya, úgy a mellhártya lobja is ritkán lép fel elsődlegesen. Sértések, ütések, zúzódások elsődleges sértési mellhártyalobot hoznak létre. A meghűlés, mint kórok igen gyakran felhozatik, azonban csak is azon kevés, határozott meggyőződésből kifolyó esetben fogadható el ezen kórnemző, midőn a megbetegedés kezdete közvetlen követte a hideg földöni fekvést, erős átázást stb. Eltekintve az érintett két megbetegedési osztálytól, igen nagy elővigyázatra van szükségünk az elsődleges mellhártyalobok felvételénél, — mert gyakran a betegség valódi okai igen mélyen el vannak rejtve a szervezetbe, és csak a hosszú lefolyás, — sőt sok esetben a bántalom csak is a boncasztalan lesz kézzelfogható. Igy emlékezem egy 12 éves fiúra, kinél egy nagy, minden tudvalevő ok nélkül támadt, több évig fennállott mellhártyaizzadmány okául a bonczélet egy burkoytömlőt mutatott ki a máj domború oldalán, mely a jobb oldali mellhártyatömlőbe áttört volt. Másodlagos eredet mellett a betegség keletkezését leggyakrabban a tüdőszövet betegségeinek köszöni. Nem létezik egy oly megbetegedése sem a tüdőnek, mely mellhártyalobot ne támaszthatna, a menyiben a mellhártya betérjed a tüdőgyurma mellhártya alatti (subpleural) rétegeihez; még maga a tüdőlégdag (Emphysem) is nem ritkán száraz, hegesztő (adhäsiv), vagy idült, eltorzító (deformirend) mellhártyalobhoz vezet. Gyakorlati szempontból kiváltképen fontosak: 1) a mellhártya azon lobalakjai, melyek a tüdőlob lefolyása alatt veszik kezdetüket, és az esetek igen kis számában — a betegek rendkívüli előnyére a — tüdőlob oszlása után önállólag tovább fejlődnek; 2) azok, melyek a véres tüdőtömlülés szövödményeként keletkeznek. Igy magyarázhatók meg a kelevények, tályogok, és a súlyos heveny betegségek végén, továbbá szivbajosoknál, genyvrénél fellépő mellhártyaizzadmányok, ellentétben az előbbi, többnyire igen lappangó lefolyást követőkkel. 3) Gümökör, hörgtágulat, idült tüdőlob bő forrásai a savós-rostonyás és genyes mellhártyaizzadmányoknak. 4) Kevésbé vétetik tekintetbe az, hogy a tüdő hurutos lobjaihoz is esatlakozik mellhártyalob; ezek azon tüdőhurutok, melyek a tüdő egy részét kiváló hevességgel támadják meg, és melyeknél a láztünetek belterjessége, és a mellkas természetani tünetei viszonylag esekély maguktartása, névleg a kopogatási hang nem kielégítő megváltozása, lebenykés tüdőlob-folyamatot gyaníttatnak. Valamennyi más, a mellhártya által fedett, vagy ahoz közel fekvő szervek is okot szolgáltathatnak a mellhártyalobra, nevezetesen gyakran adódik az: bordatörések és borda-esontszú, a bázsing átfürödése, hörgmirigylobok. azután, mint a már előbb felemlített esetben, a hasürbeli szervektől

kiinduló átfürödés részéről. Minden kivethető sértés nélkül is (a mindkét oldalon nyitva álló nyirkedények által) átültették a hashártya lobja a mellhártyára, és viszont. Szívburoklob gyakrabban csatlakozik a mellhártyalobhoz, mint megfordítva. A vér megbetegedésének egész sorozata gerjeszthet mellhártyaiobot, így az evvérőség, a húgy alkrészeinek visszatartása, heveny kútegek stb. Különböen szigorú fürkészés mellett sok, valamely vérbetegség által támasztott mellhártyalob is, mint a tüdőszövet előrement lobjától függő, a másodlagos alakok sorába fog tartozni. – Mellhártyalob kezdetét veheti már a születés előtt. Weber F.-nél a mellhártyalobnak egy tisztán lobos, és egy vérsenyves (dyskrasisch), az anya evvéres (septisch) megbetegedése által gerjesztett alakját találjuk tüzetesen előadva. Hasonló eredetre vezethetni vissza még a szülés utáni legközelebbi idő alatt támadt esetek jó részét is. Különböen a mellhártyalob, kivéve a sértés vagy tüdőlob által támasztottakat, a escesemőkorban ritka. A 3-ik, 4-ik életévtől kezdve azon mérvben nő az előjövetele szám, a melyben gyarapszik a mellhártyalobnak ezen korban általában alapúl szolgáló mellbetegségek gyakorisága.

A betegség kezdetét veheti magas lázzal, mely több napon át megfelel a tüdőlobos lázmenet magatartásának. Z i e m s s e n ilyen lefolyás előjövetele számos példát hozott fel. Gyakrabban észleltetik a félheveny (subacut) vagy idült lefolyást jellemző kezdet. A félheveny lefolyású alakok kezdetén gyakori, könnyű borzongás jelentkezik a test hőmérsékének mérsékes emelkedésével, névleg a délutáni, vagy esti órákban, mialatt az egyes rohamközöket több, egészen, vagy csaknem egészen lázmentes napok töltik ki. Idült lefolyású eseteknél a lázas mozgalom még esekélyebb, és ritkábban jelentkezik. A fájdalmat gyakran még a kisebb gyermekek is helyesen jellemzik, de székhelyül majd inkább a mellkas egyik felét, majd a has felső részét jelölik meg. H e n o c h a betegség kezdetén néhány esetben félbenhagyó jellemmel rázó hideg-, vagy ránggöresrohamokat észlelt. Azon befolyások közül, melyek a fájdalmat fokozzák, közönségesen csak egyik vagy másik oldal megtámasztatását emelik ki a betegek, azonban a légzés rövid, szaggatott módja határozottan arra mutat, hogy a fájdalom fokozódására a légvételi mozzanatok vannak befolyással. A fájdalom, olykor gyermekeknél is, nem a lobfolyamat székhelyét képező, hanem az ellenkező oldalon van; a fájdalom ezen magatartása kiváltkék gyakori akkor, hogyha a lob helyét kijelölő dörzszőrej a mellestont egyik szélén székel. Úgy látszik, hogy itt a bordaközi idegek végei átesapnak egyik oldalról a másikra, és ez úton az illető betegek nem

képesek az izgatás helyének pontos leírását adni. Nagy kiterjedésű mellhártyaizzadásmányok kitágítják a nekik megfelelő mellkasfélét, csökkentik annak, és sajátlagosan (speciell) az izzadmánnyal érintkező bordaközök, légvételkedori mozgását, eltolják, könnyen kimutatható módon, helyéről a szívet, gátort, légesőt és májat; tompa, tres, fönt a vízszintes határvonalat megközelítő kopogatási hangot adnak, deszkaszerű ellenállással (brettartige Resistenz); gyermekek-nél igen ritkán támasztanak dörzszőrejt, hanem felettük egészen mindennapi a hangos hörglégzés. A sírás alatt igen könnyen megszelhető hangrezgés (Stimmvibration) vagy tartósan elenyészett, vagy igen csökkent. Kiterjedt izzadmányok kórismerése könnyű, eltávolításuk nehéz, és megfordítva a kisebb térre szorítózó, még csak keletkező félben levő izzadmányok természetani tünetek általi kimutatása nehéz, de annál kedvezőbbek a gyógykezelésre nézve. Midőn a két mellhártya-lap (fali és zsigeri) szabad, a folyós izzadmány oly módon gyülemlik meg, hogy az legelőször is a gerincoszlop és a lapoezkától vont függélyes vonal (Scapularlinie) között lesz kimutatható; ez azon tájék, a melyben a májnak, lépnek vagy veséknek duzzanatai a tompa kopogatási hangnak igen könnyen hasonló magatartást kölesönözhetnek. Mialatt a mell felé esekély mérvben fogyó tompulati határ növekszik, addig az tovább terjed mellfelé, a vállvonalban (Schulterlinie) mindenkor hullámszertleg egyenetlen síkban. Röviden, mielőtt a tompulati határa a lapoezka szögletét elérj, addig az mellfelé a mellesontig jut.

A hangrezgések kisebbedése még igen kis mellhártyai (pleurifisch) tompulati mellett is igen pontosan kimutatható; a hólyagesás légzés majd gyengébben hallható, itt ott egy-egy szüresüléshez hasonló (sehlütfend), vagy gyengén horzsoló dörzszőrej is közbevegyül. Ez utóbbi előjön a lobfolyamat helyén, gyakran aránylag igen távol az izzadmány határvonalától. Korán, és aránylag igen sokszor előfordul a hörglégzés.

Nagyobb kiterjedésű izzadmányok lefolyása alatt számos közbejövetelek (Zwischenfälle) léphetnek fel: tüdőgümő támadása, vagy a már előbb fennállottnak gyors előrehaladása; igaz, gyakrabban bekövetkeznek ezen folyamatok a tulajdonképi betegség lefolyása után. Az izzadmány-gyülem áttörheti a zsigeri mellhártyát, útat törhet magának a légútakba, és köhögés alatt nagyobb tömegekben (gussweise) kiüríthetők. Ellenkezőleg ilyen áttöréseknél levegő toltul a mellhártyai tömlőbe; a létrejött szabad vagy eltokolt (abgesackt) légmell (Pneumothorax) az áttörési hely elzáródása után átmehet gyógyításba (pél-

dák Steffen, Henoch és mások által észleltettek) vagy halálosan végződik. A fali mellhártyától kiindulólág a bordaközi fal áttörése egymás után több helyen létrejöhet, valamint áttörhetik egymás után mind két mellhártya is. Ilyenkor kezdetben tályog jelen meg a külbőr alatt, mely a nyomás által kisebbíthető, míg az a köhögés alkalomával erősebben megtelik, és hogyha a tályog egyszersmind levegőt is tartalmaz, akkor az a tapogatás alatt gurgulázó (gurgelnd) zörejt hallat és éreztet; később áttöretik a bőr, és a tályogból nagy mennyiségű genny ürül, sokkal több, mint mennyi a tályog nagyságának megfelelően. Hogyha a sipoly megnyílása után a legközelebbi idő alatt, a mellhártya többszörös áttörése és aláátása folytán, genyvérség (Pyämie) fel nem lép, akkor a betegség idült állapotba megy át, melynél több mint 7 évre terjedő tartam már a gyermekkorban is észleltetett (Henoch). Idült, azaz láz nélküli mellhártyalob kiváltképen 3 főalakban fordul elő: a mellkas falának kitégülésével, megszüklítésével, és sipolyképződéssel. Ezen idült alakok, nevezetesen az utolsó feunállása alatt az altest és a bélhuzam nagyobb mirigyeiben könnyen kifejlődhetik kemnyés elfajulás. Ezen következményi betegség (Folgekrankheit) tüneteit képviselik: fehérvyevizelés, vízkór, a bőr viaszszertü színe, megduzzadása a májnak, lépnek; hasmenés. Épen a gyermekeknél észleljük, hogy a kemnyés megváltozás ezen tünetei néha, még hogyha kétség kívül erősen voltak is kifejezve, az alapbetegség visszafajlódásával, és a táplálás kedvezőbb fordulata mellett, ismét eltűnnek. Nagy kiterjedésű, hosszú időn át feunállott mellhártyaizzadományok után hosszabb ideig rövidlégzés és oldalszűrés marad vissza. A gyermekek mellkasa természetes engedékenységénél fogva igen alkalmas arra, hogy a mellhártyaizzadománytól származható legjelentékenyebb alak-megváltozásokat is szemlélhetővé tegye. A rekesz fölfelé huzatik, és 5 Ctm-el magasabban áll mint az egészséges oldalon, a gátor (Mediastinum) és szív az ellenkező oldalra nyomatnak, leesik a váll, a beteg-oldali mellkasfél körfogata néhány Ctm-el kevesebb, a bordaközök bemélyednek, és még is bonezolásnál a tüdő sokkal kisebb fokban, ököl-nagyságra, (Henoch) találhatik töpörödvé, mint a kézreadott tünetek alapján várni lehetett. E mellett a megtámadott mellkasfél ürterének kisebbítésében résztvesznek a mellhártya megvastagodásai (egész 2'' vastagságra, Krause), és vizes, genyes vagy dörzsölékszerü (mörtelähnlich) folyadékkal telt tömlök. Hasonló esetekben igen nehéz megmondani azt, mikor érné végét az izzadomány felszívódása. A mellkas megvastagodott, merev fala a hang rezgéseit gyengébben adja vissza, még akkor is, hogyha többé egy csepp folya-

dék sincs jelen; a jelzett tömlők általában alig képesek a felszívódásra, a töpörödött, elpusztult tüdőréssz nem ad hólyagesás légzést, és hogyha annak kitágult hörgjei váladékkal telvék, hörglégzés sem támadhat. A mellkas oldalrészének behűződése, valamint a tüdő töpörödése is idővel kisebb fokra hághat, vagy egy fokon megmaradhat a késő aggkorig. A legtöbb esetben kis fokban gyarapszik a feszítési képesség (Expansionsfähigkeit), a térfogat valamivel ismét nagyobb lesz, de a hörgök megmaradnak ugyanazon kitágult állapotban, székhelyét képezve a bő váladékkal egybekötött hurutnak. Középnagyságú, és nem igen hosszú időn át fennálló mellhártya-izzadmányok után a mellhártya-lapok összenövése nem jön elő oly gyakran, mint épen gyanítani lehetne. Ezt bizonyítják a szabad izzadmány újratamódása ugyanazon helyen, és némely boncztoni észleletek.

Szabad izzadmánygyülemek azért még nem szabadon mozoghatók. Lebert azon adatai, hogy ezen gyülemek fokozatos zörejt (Successionsgeräusch) támasztanak, és Rilliet és Barthez azon állításai, hogy a test helyzetváltoztatásakor a mellkasbeli gyülem mozgott, tévedésen alapulnak. Csakis egy és ugyanazon testtartás, vagy helyzet hosszabb megtartása által sikerül a mellhártyai ömlenynek (Erguss) felső határvonalát az illető helyzetnek megfelelő vízszintes síkba hozni. A folyadék betokoltságát a szokott helyen belől könnyen felismerhetni a mozgás hiányáról a légvételeknél, az ömleny felső határának — a kopogtatás által — kimutatható mozgása által. Nehezebben kimutathatók a szokatlan helyeken támadt, névleg a felső lebenyek kiterjedésének megfelelő betokolt ömlenyek. Ilyenkor a bordaközök elmosódottsága és mozdulatlan állapota, továbbá gyengült hólyagesás légzés, és a hangrezgés hiánya képezik a kórismére nézve döntő tüneteket. Alig felismerhetőeknek tekintem én azon ritka mellhártyaizzadmányokat, melyek a tüdő alsó felszíne és a rekesz mellhártyája között gyütlnek össze, és egy kúpalakú, kifelé mindenütt a tüdő által határolt tért foglalnak el.

Száraz mellhártyalob, a mellhártyának csupán rostauyhoz hasonló finom réteggeli bevontságával, és bolyhos (zottig) szövethüjalkódásaival, minden hig ömleny nélkül, a gyermekkorban ugyszólva épen nem fordul elő. Maga a folyós ömleny, a tompulat lassu növekedése, esekély láz, és nyilván kivethető dörzszörejek mellett, (melyek a zörejek nagy többségét teszik) savós-rostonyás természetti. Az izzadmány ezen alakja hosszabb fennállás után gyakran átmegy a genyes vagy eves alakba. Ezen két alak közül az első (genyes), megfelelő kórmozanatok folytán elsődlegesen is fellép. És ezek azon, kezdettől fogva magas láztól kísért, tüdőlobhoz hasonló, dörzszörej nélküli mellhártya-

lob-esetek, melyeknél a tompa kopogtatósi hang súlyos, általános kör-
tímetek mellett gyorsan előre halad. Túlnyomólag véres mellhártya-
ömlenyek a hevenykötegek vérömlenyek alakjainál, súlynál stb. jönnek
elő, és már támadásuk alatt felismerhetők a létrehozó kórokok, és a
börtakaró elsápadása által. Mindkét mellkasfél meglehetősen egyenlő
gyakorisággal támadtatik meg, mindkettő egyidőben a gyermekkor-
ban valamivel többször, mint a későbbi korban.

A betegség felismerése könnyű, hogyha az orvos a mellkas ter-
mészettani vizsgálat-módját kellőleg elsajátította, és a vizsgálatot el
nem hanyagolja. Hogy ennek dacára a mellhártyalob a leggyakrab-
ban — legalább a kezdetet tekintve — fel nem ismert betegségek
egyikét képviseli, annak oka nem annyira a tudatlanságban, mint in-
kább a hanyagságban fekszik.

Az izzadmánnyal járó mellhártyalob lefolyása újszülött és
esecsemő gyermekeknél különböző, részint általános, részint magából
a baj természetéből folyó okok miatt egyáltalán nem kedvező. Kisebb
képesség a hevenybajok leküzdésére, csakhamar közbelépő agytünet-
tek, (göresök, szunyokór stb.), a táplálkozás gyors és beható megzavaro-
dása azon mozzanatok, melyek ezen korban a mellhártyalob lefolyá-
sát igen veszélyessé teszik; ezenkívül már kis mennyiségű izzadmány je-
lenléte is elegendő arra, hogy a mellkas szűk ürterénél a légzésre ká-
ros befolyást gyakoroljon; az izzadmány többnyire másodlagos, vagy
kórattételi (metastatisch) természete már egymaga is rosszabbítja a
jóslatot. Ez fejti meg, hogy a legtöbb, az első életév alatt mellhártya-
lobban megbetegedett gyermek, mi szerenesére ritkán fordul elő, ugyan-
ezen bajnak esik áldozatul. A későbbi gyermekkorban, már az 5. élet-
éven túl, a gyógyulásbai átmenet a leggyakoribb, és még ott is, ahol
mélyen gyökerező tüdőbetegségek képezik a mellhártyalob alapját,
ezen közbejött (intercurrierend) mellhártyalob visszafejlődésével leg-
alább feltűnő javulás áll be, habár egyéb, névleg a tüdőbetegségek to-
vahaladása, ezen javulást csak rövid időre engedlik meg.

Az izzadmányos mellhártyalob ki m e n e t e l e i között a megful-
ladás-, a szövetkezett tödövizenyő-, agyi tünetek következtében bekö-
vetkező halál mellett kiváltképen kiemelendők: az izzadmány gümös
elfajulása (Tuberculisiren), elevesedése, és áttörése. Hogyha az áttörés
súlyedési tályog közvetítése által kifelé jön létre (szükségképeni geny-
mell, emphyzema necessitatis), akkor ez által a lefolyás kedvező fordula-
tot vehet, mennyiben az izzadmány folytonos levezetése (Abfluss)
folytán a tüdőre gyakorolt nyomás lassanként kisebbedik, mennyiben
továbbá a képződött genyesatorna sipolyszerű menete a levegőnek be-

légzés alatti benyomulását akadályozza. Sokkal hátrányosb az áttörés (Perforatio) a légutak felé, vagy az önkéntes légfejlés (Gasentwicke lung) az izzadmányból (mindkettő genyfélmelt, pyopneumothorax hoz létre), mely körfordulatok egyéb ismeretes tünetek által is felismertetik magukat, minthogy mindkét esetben gyorsittatik, vagy tökélyesbitetik az izzadmány eves szétbomlása, és a legtöbb esetben csakhamar bekövetkezik erőkimertülés, nemkülönbén a tüdő mind nagyobb és nagyobb eltolatása fokozódó nehéz légzést von maga után. — További kimenetelek gyanánt szerepelnek a tüdő odahegedései (Adhaesio), és a mellkas falának behuzódása. Az odanövéseket illetőleg azok az izzadmány kevésbé képlékeny (plastisch) természetének megfelelőleg a gyermekkorban ritkábban találtnak, mint később, a hol bonczolatoknál az élet egész tartama alatt képződött izzadmány összegét látjuk magunk előtt.

A g y ó g y b e a v a t k o z á s annyira hatalmas befolyással bír a betegség lefolyására, hogy orvosi szempontból szabad, és kell azon feladatot magunk elé tűzni, miszerint mellhártyalobban senkit sem engedünk meghalni. Ezen tétel természetesen nem vonatkozhatik azon esetekre, melyek alapját evvéres (septisch) fertőzés, gümökör, vesebetegség képezik, hanem esupán az elsődleges és önállóan fejlődött alakra; a vélt beavatkozást egyelőre csakis a csecsemő-koron túli gyermekeknél sikerül érvényre juttatni, és noha a sikerre itt annyival több a kilátás, minél előbb került valamely eset gyógykezelés alá, mégis a javallat szabta eljárást minden adódott esetben vigyük keresztül. A mérsékeltebb hevességgel fellépő mellhártyalob gyakran már ágybanmaradás, és a láz követelte étrend (Fiberdiät) mellett meggyógyul; minaddig, míg a gyógyulás ezen két föltétele meg nincs szabva, daczára a legmegfelelőbb gyógyszerek adagolásának, a betegség minden esetben súlyosbodik. Erőteljes gyermekeknél javallt a vérvétel, mit a dörzszürejnek vagy erősebb fájdalomnak megfelelő helyen kell alkalmaznunk; gyengébb alkatu gyermekeknél a vérvétel mustárpépek felrakása által pótolandó. A belső gyógyszerek közül ezen korszakban a lázesillapító és vizelethajtó szerek felelnek meg. Legjobb a szerelést gyüszönke forrázatával bevezetni, és utána hamansókat (ecetsavas, légenysavas, két-borsavas, aeticum, nitricum, bitartaricum) küldeni. Némelek által a hashajtók is élénken ajánltnak, így M e y e r L. által higany-halvaes (Calomel). Magasfoku láz, és gyorsan gyarapodó izzadmány mellett előnyösek a W e b e r, N i s s e n és mások által a gyakorlatba bevezetett hidegborogatások; ugyanezen esetekben ajánlatos gyüszönke mellett, vagy azután a kinal nagyobb adagokban. Azon he-

venyen támadt esetekben, a hol a betegség oka nem gyökeredzik a szomszédos szervek nagyon belterjes megváltozásában, rendszerint sikerül ezen szerek segítségével a kórfolyamatot megállásra bírni. Nagyobb mennyiségű hidegvíz ivása hasznosnak bizonyult. Kiterjedtebb, kevésbé lázas izzadmány-ömlenyeknél megkísérülhetni a hügyhajtó szereket, iblany-gyógymódot, névleg az iblanyos vasat (Ziemssen), azonban én legtöbb kedvező eredményt láttam a meleg fürdők és begöngyölések (Einpäckungen) általi erősebb izzasztásoktól. Nagy, egészen a kulcsontig felterjedő ömlenyek összállásukrai tekintet nélkül a mellkas szűrcsapolását (Thoracenthese) teszik föltétlenül szükségessé. Minden pillanatban, főképp baloldali izzadmánynál, beköszönthet a légzés vagy vérkeringés gyors, halálos megszakíttatása; névleg az alsó üres visszérnek — a szív eltolatása folytán támadt — térdszerű behajlása (Knickung) okot szolgáltathat arra, hogy a szívhez nem áramlik elegendő mennyiségű vér, így létrejön az ezen okból származó agyvérzegénység (Bartels). Genyes ömlenyek, melyek felismerhetők a láz fokából és folytonos magatartásából, a legközelebb fekvő külbőr vizenyőjéből, néha következtetésképp már a betegség kórokaiból, megkövetelik még, hogyha az előbb jelzett nagyságot el nem éri is, egyik bordaközi tér bemetszés általi megnyitását, a seb nyitvatartását, és ezen át a mellhártyatömlő naponkénti kiöblítését. Ezen műtét által elért eredmények gyermekeknél jóval kedvezőbbek, mint a felnőtteknél; a Ziemssen által összegyűjtött eseteken kívül Roser, Bartels és Kusmaul értekezleteikben számos, kedvező eredmények vannak feljegyezve. Guinier egy 12 hónapos gyermekre vonatkozó gyógyulási esetet közölt; az általa összeállított 31 eset között a gyógyultak száma hatszorosát tette a halálos kimenetelűeknek; szintugy hatszorta több volt a baloldal megtámadtatása, mint a jobbé. Azon esetekben, a hol a műtét kivitele elmulasztatik, rendszeren néhány glümös-, vagy sajtosan megváltozott tüdőlobos gőcz jelenléte szolgáltat okot ama álvigasztalásra, hogy a műtét végrehajtása ugy is hiábavaló lett volna. A kórjavalatok és gyógyeljárások az utolsó évek alatt igen tökélyesbültek, és remélhető, hogy azok idővel a tökélyesbülésben még mindinkább nyerni fognak. Valamennyi huzamos lefolyású mellhártyaizzadmánynál, a betegség kezdetén szükséges lázkövetelte éttrenddel (Fiberdiät) fel kell hagyni, és azt lehetőleg erősítő- és táplálóval kell felváltani. A lefolyás későbbi szakában gyakran többet használ a halmájolaj vagy vas, mint minden más orvosság.

G. HÖRGVÉSZ. PHTHISIS BRONCHIALIS.

B a e k e r : De glandulis thoracis lymphaticis atque thymo specimen. Berol. 1826.

C. H e n n i g : Schwellung und Tuberkeln in den Bronchialdrüsen. Jahrb. d. Kinderheilkunde III. 19.

B o u c h u t : Journ. f. Kinderkrankheiten 1863.

R i l l i e t u B a r t h e z III. p. 600.

G u e n e a u d e M u r r y : Journ. f. Kinderkrankheiten 1868. 7. u. 8.

A mellürbeli nyirkmirigy-csoportok: mellső és hátsó gátortüdő- és hörgmirigyek közül az utolsók leggyakrabban képezik székelyét az idült megduzzadásnak és lobfolyamatnak, sajtos megváltozásai kimenetellel. Ezen mirigyek, számra nézve 15—20-an, a légeső elosztódási helye és két fő ága körül vannak elhelyezkedve. Nem ritkán heveny hörg-, lebenykés- vagy izzadmányos tüdőlobnál alkalmunk van hörgmirigy-lob kezdeti időszakát tanulmányozhatni. Ilyenkor a mirigyeket körülvevő köttszövetet vérdúsnak, magukat a mirigyeket nagyobbaknak, a metszlapon a tok fölött boltozatosan kiemelkedő szövetüket puhának, halvány szürkésveres színűnek találjuk. Hosszabb tartam mellett a mirigy szövete fehérebb színt ölt magára, tömöttebb lesz, és egyes, többnyire a központ körül fekvő helyeken vérhiányos elhalásba (anämische Nekrose) megy át. Majd egyes, sajtosan megváltozott helyek egybefolynak, és végre a mirigy tokjának egész bennékét képezik. Több, ily módon elfajult mirigy, nyomás által sorvossá téve a köztük fekvő köttszövetet: egy dudoros-fürtszerű (höckerigtraubig), dió egész tojás mekkoraságú daggá egyesül. Másnemű kimenetelei az eredeti lobnak: a duzzadás visszafejlődése, a mirigy töpörödésével és bekeményedésével, vagy a nélkül, és a genyisedés. Ez utóbbi gyakran csatlakozik a sajtos megváltozáshoz, és a genyedés által ellökötett darabnak (Sequester) — a tok áttörése után — útát tör a szomszédos szervbe. Ez úton létrejöhet gyógyulás a mirigy töpörödésével, vagy halálos kimenet. Hogyha a genyedés kimarad, akkor a mirigy elhalt sajtos része elmeszesedhet, és a sorvadttal, talán megkisebbedésc daczára a szomszédos szervet vongáló, mirigyben vesztég maradhat. A halálos kimenet az áttörétesen kívül létrehozatik a szomszédos szerv összenyomatása által, még gyakrabban szemesés, általános gümőkórnak a hörgvészhez csatlakozása folytán.

A felnőttek legnagyobb számánál a hörgmirigyek töpörödnek, festenyzettek, elöregedtek (gealtert), míg ugyanazok a gyermekeknél

épek, élénk működésben vannak, megbetegedésekre hajlandóbbak. Ezen betegség leggyakrabban előfordul a 3. és 11. életév között, fi gyermekeknél valamivel többször, mint a leányoknál; Rilliet és Barthéz szerint az összes gümökóros (tüdővésztes?) gyermekek közül 79% esnek a hörgvészre. Tulajdonképi kór-okok gyanánt szerepelnek itt azon szervek lobos megbetegedései, melyek nyirkedényeiket a hörgmirigyekhez küldik, tehát a légeső, hörgök, és a tüdőszövet lobjai. Különösen az idült lefolyású, vagy gyakrabban ismétlődő lobar alakok azok, melyek a mirigyek duzzadását fentartják. Görvélyes véralkatú egyéneknek a mirigyduzzanat az öt létrehozott legközelebbi kór-oknál tovább megmarad, és hajlandó a sajtos megváltozásra. A hörgvész gyakran tapasztalt kitörése hökhurut, kanyaró, ángolkór után, a hörgöknek ezen betegségeket kísérő hurutjaiban találja megoldását, mint a mely hurutoknál a hörgmirigyek sajtosan megváltozó lobbifolyamat, igen is sokszorosán képezi a közvetítő mozzanatot. A tüdő- és hörgmirigyek ezen megbetegedése gyakran találta a tüdőszövet hasonzerűen megváltozott, ékalakú részletéhez — a legszűkebb térközben — esatlakozva, rendszerint akkor, midőn egyidejűleg sajtosan megváltozott, de elszórt esomók találhatók a tüdő távolabb eső helyein, ritkán a tüdőnek minden régibb, sajtosan megváltozó, sőt minden újabb gümös megbetegedése nélkül. A höghurut megszüntével a tüdőszövet visszanyerheti egészséges állapotát, azonban a hurut által támasztott mirigylob önállóan továbbra is fennmaradva: hörgvészhez vezethet. Azon tetemes nagysághoz, melyre a mirigyek megnönek, alig fog másképen tér nyeretni, mint a szomszédos szervek, tehát a tüdőallomány, légeső, és hörgök, véredények, és idegek, a bázisra eltolatása vagy összenyomtatása által. A tüdőn belől elhelyezett mirigyek alig érnek el valaha oly nagy térfogatot, mint a mellkas felső bejáratánál, a légeső környékén, és a hátsó gátorban (mediastinum) szabadabban fekvők. Az így megnagyobbodott mirigy által gyakorolt nyomás hatása oly tetemessé válhatik, hogy annak következtében az ellentállóbb szervek, mint légeső és hörgök falai megsemmittetnek, és ekkor a mirigyek, a tönkre jutott falrész széleihez köröskörül odanöve, egy részükkel szabadon betervednek az illető eső ürterébe (Lumen). Ritkábban mint ezen, nagyobb nyomásnak kitett hörgfalak sorvadása következtébeni átfürödés, létrejön az elgenyedt mirigyek részéről, úgynevezett átevődés (Diabrose) útján, ugyanesak a hörgök falának áttörése, mely után a mirigyek bennéke a hörgökbe ömlik. Hogyha a sorvadás útján áttörési folyamat volt az első, és csak az után következett be a mirigyek ben-

nékének meglágyulása, és kiürülése az áttört rész felé, akkor elvégre a kórkép ugyanaz lesz, mint a másodiknak leírt áttörétsnél. Egy negyedik, még ritkább áttörési mód az, midőn az elmállott gümöanyag valamely más esőbe, p. o. az üres visszerbe, tüdütérbe, bázrsingba tör magának útát. Ezen lehetőség még tovább is bonyolódhat, a memnyiben létrejöhet kettős átlíkadás különböző irányban, és pedig vagy ugyanazon egy-, vagy különböző időben, p. o. ugyanazon egy mirigyből először valamelyik hörgbe, azután a tüdütérbe, hörg- és légesőbe, tüdőbe, és a mellhártyaürbe.

A kórtünetek általánosságban megfelelnek a lassú lefolyású vésznek (Phthise), tehát: gyakrabban ismétlődő hurut, torokgyikrai hajlam, esténként fellépő láz, szabálytalan étvágy, könnyebb, de többször előjövő emésztési zavar, idősb gyermekeknél bő izzadási hajlam, lassankénti fogyása a táplálkozásnak. Ezekhez esatlakoznak azután némely esetben több-kevesebb idő múlva a helybeli tünetek, vagy legalább olyanok, melyek határozottan alkalmasak a helybeli kórállapottólí levezetésre. Ilyenek létrejöhetnek az által: 1) hogy a nyirkmirigydagok kiterjedhetnek egészen a mellkas faláig, vagy legalább annak közelébe jutnak, annyira, hogy azok csupán a légtüres tüdőszövet, vagy egy, léget tartalmazó vékony szövetréteg által látásnak attól elválasztva lenni; 2) hogy a szomszédos esővek, tehát a légeső vagy hörg üres-visszer, tüdő-véredények, vagy bázrsing összenyomatása a szükületnek megfelelő kórtüneteket támaszt; 3) hogy bekövetkeznek átlíkadások a nyirkmirigytyályogokból a szomszédos türegekbe.

ad 1) Kis nyirkmirigydagok ninesenek befolyással a természetani vizsgálat eredményére; nagyobb, sőt tyükpete mekkora-ságú dagok mellett is, koronként, vagy állandóan hiányozhat minden idevágó tünet. Máskor hasonló nemű dagok csupán a nagyobb légúta-
kat szükítik meg a tüdő-gyökön, minek kifolyása a légvételek szokványos (habituell) gyorsítotttsága, rohamonként még növekedő szaporá-
rága, mely körülmény továbbá alkalmi okot szolgáltathat száraz, durván hólyagesás (grossblasig) szörtyzörejek, bűgások (Schnurren) és sipolások keletkezésére. Hogyha ilyen dagok egészen a mellkas falá-
hoz jutnak, akkor azok, mint tömött, de puha tömegek, hasonló módon mint a májasodott tüdőrészek, jobb hangvezetést tartanak fenn a mell-
kas fala és azon nagyobb hörgök között, melyeknek merev falain meg-
telepedtek, úgy, hogy a mellkas megfelelő helyén, a hörgöktől-, vagy közel fekvő barlangból származó hörglégzést, vagy összhangzási (consonirend) szörtyzörejeket fogunk hallani. Ezen mirigydagok a

hallgatódzás útján nyert tüneteknél még sokkal jobban kórismerhetők a kopogtatás által kézre adott jelekből. Rendesen a felső vagy középső része a lapoczközi tájnak, ritkábban a mellesont felső része az, hol a mirigydagok a mellkas belső fölszínéhez érnek. Azon kiterjedésben, a melyben a dagok a mellkas falára lerakodnak, lesz a kopogtatási hang teljesen tompa. Csekélyebb jelentőséggel bír a hang pusztán türesebbé válása, mi mellett az teljesen tiszta (hell), miután ezen körülmény, bár gyakrabban előfordul, mégis ismételve okot szolgáltat a csalódásra. Még gyakrabban, mint ez utóbbi vázolt körülmény, megtörténhet az is, hogy hasonló mirigydagok egészen a gerincoszlopig elterjednek, és akkor természetesen, jóllehet a mellkas falának egy részével a szó tágasb értelmében érintkeznek, mégis kikerülnek a kopogtatást. Ezen esetben Rilliet és Barthez szerint az összhangzási tünetnek (Consonanzerseheinung) az illető csigolyákra szorítókozó kiterjedtségében, melynek tovább terjedését a csigolyák közötti porcok és a bordák hátsó végrészei megakadályozzák, lenne a kórismerési mozzanat kezünkre adva (?). Ezen utóbbi pontra vonatkozólag nem bírok saját tapasztalattal, de annyit tudok, miszerint ritkán fordulnak elő olyan jelentékeny fokban gümösen elváltozott mirigydagok, melyek a hallgatódzás és kopogtatás eredményét tetemesen megváltoztatják.

a d 2) Az összenyomatási tünetek kiváltképen a légzés, vérkeringés, és nyelés részéről adódnak. A légzési zavarok vagy a légső, vagy a nagyobb hörgők összenyomatásától feltételezvék, és ezen esetben is a legtöbbször, a légvételek számát vagy csak bizonyos rohamok alatt növelő, vagy a légzésnek szabványos gyorsulást kölcsönző, valódi kór-ok alig lesz más módon felismerhető, mint az által, hogy csupán egy hörg összenyomatásánál a légzési zörej a szenvedő oldalon időnkint gyengébben hallható, mint az egészséges oldali tüdő fölött. Különb, hogyha a légzési zavar oka a visszafutó gögideg (Nerv. recurrens) bántalmazottságában fekszik, akkor a nehéz légzés (Dyspnöe) rohamszerű fellépése még inkább ki van fejezve, mint az előbb vázolt esetben. Ezen nehézlégzési rohamok vagy már akkor megjelennek, mielőtt az alapbetegség még nagyobb fokban előrehaladt volna, vagy csakis annak vége felé, és vagy egészen váratlanul, vagy közvetlen követte valamely lelki bántalmat vagy testi megerőltetést; jellemüket tekintve gyakran sokkal súlyosb természetűek, mint az előbb érintettek; nagy hasonlatosságuk van a hangrés-göreshöz (Spasmus glottidis), mennyiben az arez kék színt ölt magára, az értés kicsiny és gyorsított, majd fellép a beteget felülésre kényszerítő

légrekedés (Orthopnöe), rendellenesek a légvételeket kísérő mozgások, a nélkül, hogy a mellürbeli szervekben a természettani tünetek alapján valamely, a rohamot megfejtő kóros megváltozást lehetne megállapítani. Ezen folyamatokkal egyidejűleg a hang igen változó, és különféle megváltozásoknak lehet alávetve, mennyiben az magasabbá vagy mélyebbé, rekedté, hamissá (misstönend) válik, vagy egészen tönkre megy (lásd 246. lapon). A tüdő és gyomor-idegek (pneumogastrische Nerven) működésében beállott zavarok következtében némelyek gyomortresség érzetét, hányást stb. észleltek volna; hogy a mellett a szív beidegzésének zavara is előjönne, nem találom felemlítve.

A véredények összenyomataása különösen akkor támaszt nyilvános tüneteket, hogyha az a felső üres visszert éri; ezen esetekben következő tünetek észleltek: a szemhéjaktól kiinduló arcbőr-vizenyő, mérsékes kitágultsága a nyak és arc visszereinek, gyenge kékes bőrszínezet; végre mint az összenyomtatás következményei tekintettek: a boncilag bebizonyított vérzések a pókhalókér (Arachnoidae) tömlőjében, valamint alvadékképződések az agy érvezetőiben (Hirnblutleitern, Tonnelé). Végre a bázsing összenyomataása nyelési nehélyeket vonna maga után, hogyha egy ilyen puha és petyhüdt szerv sokkal előbb ki nem térne, mintsem az a közvetlen összenyomtatást hosszabb időn át tűrné. Ismeretesek olyan esetek is, hol a rekeszideg a mirigyesomóba zárva találtatott, a nélkül, hogy az életben a rekesz hűdésének tiszta kórképe jelen lett volna.

a d 3) Az átfüródások főképp akkor keltenek nagyobb érdeket, hogyha azok kettős irányt követnek; azonban a mennyire érdekesekek ilyenkor a kórtünetek és következményi állapotok, éppen oly ritka a kettős átfüródás előjövetele. Egyszerű átfüródások, p. o. valamely mirigy áttörése egy véredénybe, a bázsingba, valamely kis genytömlő átrágódása a hörgbe vagy légesőbe, természetesen semmi feltűnő kórtüneteménnyel sem járnak; csak is nagyobb mennyiségű geny benyomulásánál jelentkező sajtosan megváltozott törmelékekkel vegyes geny felkőhögése (de egész mirigy sohasem vettetik ki, mint azt némelyek állítják), továbbá a mellhártyába történt áttörésnél a gyorsan fellépő mellhártyalob, és a véredények átlikasztatásánál az értömptlés (Embolie) könnyebbithetnék meg a kórismét.

Kettős átfüródásoknál, azaz olyanoknál, hol az áttörés két különböző irányban jött létre (mert kettős áttörés ugyanazon szervbe talán oly gyakori, mint az egyszerű), a legkülönbözőbb módosulások adhatják elő magukat. Egyéb lehetőségek mellőzésével főképp kiemelendők a kiterjedt hörgvérzések, a légmell, és azon nehézlégzési

rohamok, melyek a nyelést követik. Vérzések (Hämorrhagie) nem épen ritkán észleltettek, így p. o. West által ötször olyan gyermekek-nél, kiknél nagy volt a gyanú mirigygümőkórra (Drüsentuberculose), vagy valóban abban szenvedtek. Mindannyian a vérzésnek estek áldozatul; csak kettőnél lett kivéve a boneolás, de az egyiknél sem derített ki közlekedést a véredény és hörg között. Más oldalról észleletek is megerősítik, hogy a szóban levő betegség fennállása alatt előfordulhatnak hasonló nagyobb vérzések a légutakból az érintett rendellenes közlekedés fennállása nélkül, többnyire valamely testi vagy lelki izgatottság alkalmával, valószínűleg a tüdővisszereknek mirigydagok általi összenyomtatása folytán. Nehézlégzési és köhögési rohamok támadása akkor, midőn a tápszerek a garatot már elhagyták, Berton által észleltetett olyan betegnél, ahol a bázsing és hörg között, mirigytályog által meggyitott közlekedés volt jelen.

Az egész betegség lefolyása szabály szerint igen hosszú, jóllehet gyakran évekre elhúzódik, azonban a lappangó kezdet miatt a tulajdonképi tartam egyes esetekben nem épen könnyen deríthető ki. Csak egészen ritka esetben bír a betegség azon látszattal, mintha bizony a lefolyás meglehetősen gyors lett volna. Valódi vészes (phthisisch) végkórszak, és kifejezett tüdő-gümőkór esatlakozása igen is alkalmasak arra, hogy a rendes rossz kimenetelt előidézzék. Hogy gyógyulások is előjőnek, az bizonyos; ezt bizonyítja a különben elhalt egyének hulláiban gyakrabban megtalált elmeszesedett mirigyállomány; azonban ezen gyógyulás csak ritkán maradandó, s ezért inkább úgy tekintendő, mint a betegség szünetelése, és részben visszafejlődése. Dacára azon sokoldalú lehetőségnek, mely a jellemző körtünetek keletkezésének kínálkozik, a kórisme a legtöbb esetben mégis alig lépheti túl a valószínűség határát, és ily értelemben, és csupán a kirekesztés útján, azon egyszerű okból, mivel azon esetek, ahol a mirigydagok elegendő nagyságot értek arra, hogy a szomszédos szervet jelentékenyebb fokban összenyomják, épen nem gyakoriak. Ilyen körülmények között arra vagyunk szorítkozva, hogy tisztába hozzuk az idült, sorvasztó betegség jelenlétére utaló körtüneteket, és egyéb, hasonló tünetekkel járó kórállapotoknál, névleg a betegség kezdeti időszakában a tüdővész kirekesztése által az illető mirigymeghetegetésre tegyük a sorvos (hektisch) állapotot jelző kórismét. Kezdetben, nevezetesen a kórelőzményre (anamnestisch) vonatkozó mozzanatok szolgáltatnak jó támpontokat. Később, folytonos figyelmes észlelés mellett, előbb fog sikerülni az egyes felemlített közvetlen körtüneteket feltedezhetni.

Hogyha öröklött hajlam, betegeskedés, görvélykór, gyakori hurutok, és a test lesoványodása gyanút keltenek ezen betegség iránt, és a felsorolt körtünetek közül talán egyesek ezen gyanút támogatják, mindenekelőtt rendeljük el az erősítő étrendet: túlnyomólag hús- és tej-jeli táplálkozást, kevés sör ivását, és csak kevés keményetartalmú tápszereket (Amylacea) engedjünk meg. Kíségitőkép a megszabott étrend mellé rendeljünk zsongító, másító szereket, névleg halmájolajat és ib-lanyos vasat. Másodrendben a leggondosabban kerülni kell mindazt, mi heveny hurut támadhatására okot szolgáltat, így a tisztátalan kör-lég belehelését, és újabb meghűléseket. Ez utóbbi külbefolyás ellen legjobban megvéd a test rendszeres edzése. Harmadik sorban következik úgy a hörgők még fennálló hurutos állapotának megszüntetésére, mint a hörggyökök környékén elhelyezett nyirkmirigyek betegsége ellen is befolyásunkat a lehetőleg érvényesíteni; e tekintetben sürgősen ajánlottak az összehúzó, oldó, és másító szerek beleheltetése. Különösen alkalmasnak látszik e célra a vasas salamiásó, vashalvag, esereeny, szénsavas égvények. Hogy ezek közül melyiket választjuk, azt minden egyes esetben a javalatok szabják meg.



V.

AZ EMÉSZTŐSZERVEK BETEGSÉGEI.

Krankheiten der Verdauungsorgane.

A) A száj- és torokür betegségei. Krankheiten der Mundhöhle und Rachenhöhle.

I. A SZÁJTAKHÁRTYA HURUTJA. STOMATITIS CATARRHALIS.

H. B o h n : Die Mundkrankheiten der Kinder. Leipzig 1866. p. 37.

C h. F e r n e t : Séméiotique de la bouche. L'union med. 1868. Nr. 108.

B a m b e r g e r : Unterleibskrankheiten. 2. Aufl. pag. 2.

M a y r : Ueber Semiotik und Untersuchung des kranken Kindes. Jahrb. d. Kinderheilk. III. p. 234.

A szájür takhártyája az első két életév alatt túlnyomólag gyakran betegszik meg hurutosan. Ezen takhártya feltűnő érzékenységgel viseltetik a szokatlan tápszerek-, és a gyomorból visszahányt púp részéről adódó inger iránt. Cukrossütemény, bomlásba ment (zersetzte) tej, szopózaeszkó (Lutschbentel), túlságosan meleg, csipős, fűszerezett ételek szolgáltatják csecsemőknél a szájbántalom főokait. Azonkívül a fogfejlődés torlódási vörösséget, és sok esetben hurutos lobot támaszt, különösen akkor, hogyha az áttörésben levő fog helyén, vagy azzal átellenben, a takhártya kifekélyesedik. Heveny kütetek kitérésével a lob különböző alakjai jelennek meg a szájür takhártyáján is, melyeket általában úgy tekinthetni, mint heveny hurutokat, melyek azonban felruházvák ugyanazon tulajdonokkal, melyekkel a különböri jelenlevő kütet bir: foltok, kanyaró, genytszők, himlő; és kifolyásai a vérben szétterjedt kórmező behatásának, módosítva a bántalom székhelye által. Méreg által okozott (toxisch) lomalakok, a későbbi gyermek évek alatt, csipős növényi, maró ásványi anyagok helybeli behatása következtében támadnak, nem különben a higany, mireny, dárdany

alkati (constitutionell) hatása, és olykor orvosi hila folytán. Benső összszefüggés egyrészről a bőr, másrészről a garat megbetegedéseivel, legalább eseteim között, igen ritkán fordult elő. A lázas betegségek tartama alatt keletkező hurutos szájlóbnál (Stomatitis catarrh.) csak a véredények hűdéses kitégulásán alapuló vérbőség közös a bőrpírral (Erythema cut.), mint melyel azt párhuzamba állították; ellenben azon működési zavarok, melyek a szájlób folyamában föllépnek, elég alapot szolgáltatnak arra, hogy ezen párhuzamot mint valóban hiányost tntessék fel. Nehány idült lefolyású alkati betegségnél, Brightii kórnál, fehérvérítésnél, stllynél előjön a szájtakhártya hurutja, részint mint állandó alak, részint mint különösb szájbetegségek előhírnöke.

A bonci viszonyok szemünk előtt fekszenek. A lob heveességének megfelel a takhártya nagyobb vagy kisebb fokú élénk vörös színezete és némi duzzanata, mely a kórok behatása, tartama, és azon kiterjedés szerint, melyre a behatás történt, majd csupán egy fog környékére van korlátolva, vagy sziget alakjában terjed az egyik ajakra, majd egyenletesen megtámadja a takhártyát egész kiterjedésében. Egyes alakoknál túlnyomólag duzzadtak és vörösek a nyelv árkolt szemölesei (Papillae clavatae), így nevezetesen a vörheny alatt fellépő szájlóbnál.

Az ajak és pofa takhártyájának nyákmirigyei áttetsző göcsöcskék (Knöthen) alakjában kiemelkednek, és nyomásra egy nyák eseppecskét ürítenek. A szájtakhártya elválasztása, egynémely alaknál a nyákmirigyeké is, nagyobbodik, annyira, hogy a szívós, fonál alakra kihúzható, savi visszhatású folyadék, összegyűl a szájlúr fenekén, vagy az ajkak között kiesorog. Azon alakoknál, melyek heveny betegségek fölöttételevék, a felhámellökés nagyobb, mely aztán a nyelven és ajkokon torlódik össze. A helybeli hőmérsék emeltebb, B o h n mérésénél a honaljával egyenlőnek találta. A takhártyának ujjali érintése, a szájlótrón áthaladó ételek által okozott inger, szopásnál mozgások, a gyermekeket fájdalom kitlölésére készítetik. Hideg italokat, legalább a korosabb gyermekek, kérnek és azt örömmel elköltik. Maga a szájbántalom következtében csak akkor találkozunk lázas mozgalommal, hogy ha túl erős hévségi (thermisch) vagy vegyi inger ment előre. Cseesemőknél a szopás megzavartatása koros vizhatással lehet a táplálásra.

Körismeí szempontból kiemelendő a bántalommal járó bonci és működési zavarok esekély foka. A szájtakhártya hurutja többször elnézetik, mint föleseréltetik. Kiváltképen fontos a kórokok kifürkészése, mivel azok eltávolításával meg van téve az első és legfontosabb lépés

a gyógyuláshoz. Mindenelőtt követeljük a szájüreg leggondosabb tisztítását, a gyermek kora szerint a szájnak kimosása vagy kiöblítése által minden étkezés után; ezután terjeszszük ki figyelmünket a táplálék netalán hibás minőségére, mi által egyszersmind sikertlani fog a gyomor azon megbetegedéseit leküzdhetni, melyek a szájür takhártyájának megbetegedését előidézték. Alkati betegségek, valamint a szomszéd szerveké, az illető betegségek által megszabott szabályok szerint kezelendők. A szájür takhártyájának hurutjánál a legtöbb esetben már a fölemlített életrendtani szabályok is célhoz juttatnak, hogyha egyszer az alapbetegség leküzdése sikerül. Ritkán kell igénybe vennünk a két-bórsavas szikenyből álló beecsetelési szörpöt (Pinselsaft), a halványsavas hamany, ratanhia festvény, csereny és több efféle szerek oldatából készített szájvizeket. A fogak áttörésével kapcsolatban álló szájlobokat természetes lefolyásukra hagyjuk, ezek súlyos alakot nem szoktak magukra ölteni; ha mégis ezen eset mutatkoznék, akkor más irányban nyomozzuk a köröket.

II. HÓLYAGCSÁS SZÁJLOB. STOMATITIS VESICULARIS.

Zsebrés szájlob. Stomatitis aphthosa. Aphthen der Mundhöhle.

Bohn: Loc. cit. pag. 67.

Hennoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 252.

Hednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien, 1850. I. p. 165.

A zsebre megnevezés (Aphthen) annyi zavarra szolgáltat alkalmat, nemkülönben fölcserélésekre szájpenészszel (soor), ronesoló, fekélyes és másnemű szájlobokkal, hogy a legtanácsosabb volna ezen kifejezést egészen mellőzni, és inkább azon megnevezést elfogadni, mely a betegség lényegét legjobban kifejezi. Sok szerző a zsebre alatt olyan hólyagesákat kívánt értetni a szájür takhártyáján, melyek ön maguktól megpattannak, és maguk után kis fekélykéket hagynak vissza. Bohn ezen nézet ellenében kiemelte, miszerint azon sárga színű, vörös szegélylyel ellátott foltok a szájür takhártyáján, melyeket zsebre névre kereszteltek, felhasítás után nem ömlesztenek folyadékot, hanem szilárd bennékel bírnak. Mindazáltal ő indítatva érzi magát ezen betegséget a bőr egyik genyütűsös betegségével párhuzamba állítani, és azt a szájtakhártya fakadékjának (Impetigo) keresztelni. Niemeyer esatlakozik Rokitsansky nézetéhez, ki tankönyvének ezen bántalomra vonatkozó rövid és nem eléggé tiszta fejezetében

a zsebrét állhártyás izzadmánynak tartja. Azonban ezen nézet ugy kórszármazási, mint bonctani szempontból véve nem áll. Az állhártyás izzadmánynyal feleserelés már csak azért sem lehetséges, mivel ezen lobgócsokat könnyen kivethető, és mindenki által beismert fölhám fedí. Hogyha nem is a bouci szerkezet, de a baj élettani jelentősége után ítélve, kell, hogy ezen apró képződményeket mint hólyagcsákat tekintsük.

A megbetegedés előtt a szájrak takhártyája már rendszeren burutosan meglóbosodott állapotban találtaik. Ezen lobos alapon, a takhártya különböző helyein, az ajkakon, pofákon, nyelven, szájpadráson, a foghúson, apró, vörös szegélylyel bíró, szürkés sárga, később kén-sárga színtű, kissé kiemelkedő gombostüfő, egész lencsenagyságu foltok képződnek. Némely folt közepén egy kis, csak éppen kivethető pontszerű mélyedéssel bíró, mely a bárányhimlő köldökéhez hasonlít, és akaratlanul emlékeztet valamely nyáktűsző kivezetési szájadékára (Ausführungsgang). Hogyha ezen kiemelkedett részeket megszurjuk, akkor azokról egy vékony felhámból álló burkot választathatunk fel, és fejthetünk le. Ezen burok alatt egy lapos, sárga színtű, lencse alakú korong (Schvebe) következik, mely tüvel könnyen szétdarabolható, és a göreső alatt számos, részint golyó, részint korong alakú, apró finom sejtekből álló tömegnek látszik, mely sejtek között tekervényes, itt-ott némileg rostos kötszövet foglal helyet. A takhártya ezen megbetegedésének természetes lefolyása az, hogy a majd csak ketten- vagy hármanként, majd nagyobb számmal jelenlevő sárga színtű helyek, burkaiknak megrepedése után, és a burok letekerődése (Abschifferung) közben. alapunktól — a szélektől kiindulva — felválnak, és kezdetben még vörös szegélylyel bíró, később egyenletes színtű felhámlehorzsolódásokat hagynak hátra, melyek néhány nap alatt hegképződés nélkül önmaguktól meggyógyulnak. A zsebrék ugy fogandók fel, mint hólyagcsák, és pedig azért, mert 1. hólyaghúzó anyagok alkalmazása után a bőrön a szájtakhártya jelen bántalmához egészen hasonló megváltozások támadnak, 2. a szájtakhártya legtöbb himlő-genyttűszűje (Pocken-pusteln) hasonló szerkezetet mutat, 3. az ajkak takhártyájának zsebréi gyakran nem egyebek, mint egyszerű továbbterjedései az ajkszegélyt kívülről átlépő ajksömörnek. (Herpes labialis.)

A megtámadott helyek rágásnál, és csipős eledelék általi érintésre némi érzékenységet küldölnek. A szájnedy valamivel nagyobb mennyiségben választatik, és savi visszhatással bíró. Még újabb időben is állítják (Bouchut), hogy a zsebrék fekélyeket hagynak vissza, és ezek által a szájrak takhártyájának tűszűs szétroncsoltatásához vezet-

hetnek. Ezen folyamat mindenestre annyira ritka, hogy azt az egyáltalában kedvező jóslat mellett nem lehet számba venni. Boh n ezen hólyagcsákat a gyomor és bélbuzam fekélyes kórfolyamataival akarta összefüggésbe hozni, nézetem szerint azonban az neki éppen nem sikerült. Ezen betegség némely helyen feltűnő gyakran jön elő a gyermekeknél, így Königsbergben (Bohn), míg más helyeken inkább a felnőtteket támadja meg. Kórokok gyanánt tekintendők azon lázrohamok, melyek az aresömört (Herpesfacialis) kísérve, a szájír takhártyájának mellső részén zsebréket támasztanak; továbbá azon idült gyomorbántalmak, melyek gyakori felbűfögéssel és növekedett nyáleválasztással jelentkeznek; végre a szájír takhártyájára hosszabb időn át beható erőtűvi és vegyi ingerek. Sok esetben az alkalmi kórnemzőket nem sikerül felderíthetni.

Mintán a szájír takhártyáján elszórt egyes zsebrék mindenkor maguktól meggyógyulnak, a gyógykezelésnek feladata leginkább abban áll, hogy a netalán kézreadott kórokokat eltávolítsa; nevezetesen a gyomor bántalmainál gyakran helyén lesz valamelyik keserű, égvényes vagy szelidebb hashajtó szer adagolása. Sok esetben előnyös a halvansavas hamany (Kali chloricum) belső használatra, vagy helybelileg összehúzó szájvizek, vagy végre a takhártya megtámadott helyeinek beecsetelése sósavval, vagy pokolkő oldatával. A felszúrt zsebrék égénnyeli (Aether) beecsetelése is, mely eljárást Worms ajánl, igen előnyösnek bizonyúl.

Az ugynevezett újszülöttek zsebréi, vagy a Bednar-féle zsebrék, Boh n által a szájpád kásadagjainak (Miliun) tartatnak. Ezek két nagy, laposan kiemelkedő, sárga színtű, vékony felhámréteggel bevont folt alakjában jelennek meg a szájpád varrányának mindkét oldalán. A felhámából álló burok megrepedhet úgy, hogy ekkor két, néha egymásba folyó fekély támad, melyek egészen a csontig betérjedhetnek. Máskor a zsirosan elfajult felhámsejtekből álló bennék genyedés nélkül felszívódik. Hasonló sárga színtű, vagy inkább kékes színbe játszó tüszős dagok (Folliculartumoren) előjönnek a szájpádív és az állkapocs felső fogmederünyútványa között, az egyik vagy mindkét oldalon, többnyire többes számmal. Ezen zsebrék csakis a csecsemőknél észlelhetnek, és Boh n azokat a szájpád megfelelő helyein meg lehetőszen szabályszerűleg előjövő köles-, egészen gombostűfő nagyságú mirigyek képletektől származtatja, mint a mely képletek a 8-dik hónapon tul többé fel nem találhatók. Ezen mirigyeké valamint a tüllük származó, kásadaghoz hasonló megbetegedési helyek is, semmi kiváló gyógykezelést sem szükségelnek.

III. SZÁJPENÉSZ. STOMATOMYKOSIS.

Schwämmchen, Soor, Muguet. Blanchet.

Reubold: Beiträge zur Lehre vom Soor. Virch. Arch. VII. 84.

J. Maurau: Considerations sur le Muguet. Montpellier 1867.

Hallier: Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Körpers. Leipz. 1866. pag. 86 u. f.

Burchardt: Über Soor und den dieser Krankheit eigenthümlichen Pilz. Ann. d. Berl.

Charit. XII. I. p. 1.

A szájpenész (Soor), mely azelőtt sokszorosán összezavartatott a zsebrével, sőt attól még jelenleg sem különböztetik meg mindenkor tisztán és elegendőleg, valódi jellemző megfejtését a penészgomba első felfedezése óta bírjuk. (Berg Stockolmban 1842.), melyet később Gruby és Rubin pontosabban leírtak, és ez utóbbi fehérítő terjedénynek (*Oidium albicans*) nevezett.

A penészgomba a takhártya felhámjával egyttiesen fehér morzsaszerű lerakodmányt képez a takhártyán, mely arról könnyen letörölhető, és alatta a takhártya bántalmatlan. Hosszabb tartam mellett fehér színét, részint más anyagok hozzávegytülése, részint magában a gombában kifejlődő festeny folytán, sárgára változtatja. Mialatt a szájpenész többnyire lapmentes kiterjedésben, mint lepel (Belag) jelen meg, addig az a csöves szervekben henger-

alaku tömeszökké (Ausfüllungsmassen), egyes felszíneken tüszőszerű tömegekké halmozódhatik. Legközönségesebb székhelye a száj- és garatúr, ritkábban előfordul a bázsingban, a gége bejáratánál, a hüvelyben, a hüvelyszőn, az emlőbimbókon, az orrjáratokban. Ezek nyomán a penészgomba megjelenése a kövezet-hámsejtek (Pflasterepithel) jelenlétéhez látszanék kötve lenni (Trousseau), azonban Zaleski, Plaskuda és mások már a gyomor takhártyáján is találtak penészgombákat. A szájttrben háromféle körülmény között jön elő: 1. súlyos lázas betegségek mellett (gümőkór, hagymáz, tüdőlob) többnyire igen elagott, kimerült egyéneknél, 2. hugarban (Diabetiker) szenvedőknél (Friedreich, Hallier), 3. csecsemőknél a szájttrben,

Fig. 35.



Penészgomba cistokokkal; egy 10 öves, alapi agykérleobban kimúlt gyermekétől.

Az utolsó alak átültethető az egészséges gyermekek szájtakhar-tyájára, és ez valóban többször át is ültetetik a penészgombával meg-rakott kanál, szopóttveg, emlőbimbó által az előbb szájpenésztől men-tes gyermekekre. A szájpenész azután hurutos állapotot támaszt a szájtír takhar-tyáján, és mintegy megszerzi a saját fennmaradásához szükséges feltételeket. Hogyha ezen hurut már jelen van, és névleg a szájaváladék kifejezetten savi visszhatásu, akkor nincs szükség a penész további átoltására, legalább azon esetben bizonyosan nem, hogyha a penészgomba azonosságát a tejterjedénnyel (*Oidium lactis*), a tej savanyú erjedését létrehozó gombával, bizonyosnak tekintjük. A sa-vanyú szájnédv kedvező közeget nyújt, s a tejgomba megtapad a fel-hámsejtek és a szétbomlási termények által képviselt talajon, és szájpenésztelepeket termel. A gomba tenyészése az azt környező folya-dék savanyú minőségéhez van kötve. A szájpenész három fokát különböztethetni meg: 1. szétszórt, az alaphoz lazán tapadó, a szájtír-ben, és ugyan többnyire annak mellső részén, szigetforma tömegeket képezőt; 2. nagyobb kiterjedésű, egybefüggő, az alaptól nehezebben letörölhető lapszintes telepeket, melyek a légyszájpadra és a garat hátsó falára terjednek; 3. a bázsing penészgombáit. Sok gyermek, mielőtt a szájpenésztől meglepetnék, már hányással párosult hasme-nésben (*Brechdurchfall*) szenved; az egész tápcsatorna hurutja alkal-massá teszi a szájtír takhar-tyáját a penészgomba kifejlődésére. Innét magyarázható meg, hogy *Valleix* a végbélnyílás körül támadt ki-evődéseket (*Wundsein*) a szájpenész előhírnökének tekinti, holott az csupán a bélhurut következménye. A szájpenész megjelenésével kar-öltve jár erősebb nyálfolyás, nagyobb érzékenysége a szájtír—rendesnél vörösebb színű — takhar-tyájának az érintésnél, gyakori kierésztése az előbb mohón megfogott emlőbimbónak a szájból, gyakran savanyú szag kiáramlása is a szájtüdből. A szájtír élénk vörös nyákhártyáján, és pedig az ajkakon, po-fákon, kemény szájpadon, ritkábban a nyelven, egyes, szabálytalanul határolt szigeteket képező, fehérszínű, morzsa-szerű tömeget láthatni, mely mint vékony kéreg egészen két mm. vastag-ságban jön elő. Első megtekintésnél ezen szigetkéek hasonlítanak az összefutott tejhez, de nem törölhetők le egészen oly könnyen, és némi gyakorlat mellett már egyszerű megtekintésre is, mint olyanok, meg-lehetős biztossággal felismerhetők. Teljes bizonyosságot a göröcsői vizs-gálat nyújt. Göröcső alatt számos $\frac{1}{700}$ — $\frac{1}{200}$ mm. átmérőnek megfelelő, egyenetlenül tagolt, oldalagos rügyekkel és ágacs-kákkal ellátott gom-bafonalakat látunk, melyek a törzsfonáltól rekeszek vagy rovátkák által vannak elkülönítve. A fonalakban és rügyekben gyakran mag-

csák, hézagok, és nagyobb ibolyaszintű, áttetsző alakok vehetők ki. A fonalak kerekdeden (abgerundet), körte-alakra megduzzadva, vagy több egymást követő hólyagocskában végződnek. A fonalak körülről számos kerekded vagy tojásdad alakú, a fényt erősen törő kúpocskák (Konidien) feksziknek. B o u r c h a r d t a kelemtytk (Sporangien) csirtokjait mint kerekded vagy fojásdad alakú, $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{12}$ mm-t tevő, könnyen megpattanó fokokat írja le.

Hosszabb feunállás mellett, ros, gombacsirokban bővelkedő levegőben, névleg kór- és lelenházakban, a belterjes gyomorhurttal küzdő, elgyengült gyermekeknél, nem sokára a szájpénész első megjelenése után, egybefüggő, a szájpád, pofák és ajkak takhártyáját kibélelő vastagabb, az alaphoz szilárdabban tapadó gombaréteg képződik. A szopásnál fájdalom ilyenkor tetemes, és azt csupán pillanatokra engedi meg, s már ezen körülmény miatt a táplálkozás és általános egészség jelentékeny fokban szenved. Hogyha a penész még a bärzsingra is tovább terjed, és azt gombáival kitölti, akkor a nyelés lehetlenné válik, a szájtörbe mohón beszívott tej újra kibányatik, vagy az a szájtörből kiesorog; most már a test lesoványodása gyors léptekkel halad előre. Ezen ártalmatlannak látszó betegség vészes oldalai következő körülményekben gyökeredznek: 1 a szopás és ivás a szájpénész már két első fokánál nehezítve van, míg a nyelésre a harmadik fok gyakorol gátló befolyást; 2) a lenyelt anyagokhoz vegyült számos gombacsir hasmenést támaszt, azt fenntartja, vagy annak konokabb lefolyást kölesönöz; 3. a bärzsingban talált penészgombáknál W a g n e r E. vizsgálatai kiderítették, miszerint, legalább ezen helyen, a gombafonalak beteregdedhetnek a takhártya felső rétegeinek véredényeibe; Z e n k e r egy szájpénészes hulla agyvelőjében számos apró genyógócokra akadt, mely góccok mindenike egy gombarögöcskét tartalmazott, tehát itt szájpénész szülte értömtlés (Soorembolie) forogott fenn.

Szabályszerint a szájpénész csak segéd-kóroka a mesterségesen nevelt, vagy természetes módon, de roszul táplált gyermekek halálos megbetegedésének; füszerpet játszanak itt a gyomor és bélhurut. Z e n k e r észlelete azt bizonyítja, hogy a rángások alatt nem egészen ritkán beköszöntő halál is a szájpénész közvetlen behatásától származhatik. Végre a bärzsingbeli Soor, kivéve azon kevés szerencsés esetet, a hol a tömöttebb penész-dugasz még elég korán kivettetik, csaknem bizonyosan halálhoz vezet. Azon kiváltképen kedvezőtlen behatások, melyeket a penészgomba akkor von maga után, hogyha az a gége bejáratára terjed, még nem ismeretesek, azonban lehető, hogy némely

nyelési tüdőlob (Schluckpneumonie) ezen körülménynek köszöni létrejöttét. A jóslat az esetek nagyobb számában, nevezetesen ott, hol a szájpenész különben egészséges — a gyomor és bélhuzam bántalmazottságától mentes gyermekeket támad meg, és az első fokot még nem lépte túl — feltétlenül kedvező. Még a második alaknál is, hogyha a gyógyuláshoz szükséges külső feltételek adva vannak, vagy azok megszereshetők, még többnyire sikerül a lefolyásnak kedvező fordulatot adni, sőt kivételesen még a harmadiknál is, mint ezt R i n e e k e r egy esete bizonyítja, hol a szájür takhártyájának kénsavas rézeleg-oldatávali beecsetelésére egy ujjnyi hosszú, vastag penészdzugaszt vettetett ki, mire bekövetkezett a gyógyulás.

Sikeres gyógykezelést következő feltételek mellett várhatunk: alkalmas táplálás, a legnagyobb tisztaság, és jó levegő. Miután a szájpenész többnyire a második hónapot még be nem töltött gyermekeket lepi meg (S e u x), ezért a kellő táplálás céljából legstürgösb követelmény a jó dajka. Hol ez nem lehetséges, az asszonytejet leginkább pótló tápszereket (Surrogate), L i e b i g-féle levest, közömbösített vagy égvényessé változtatott, a gyermek kora és egészségi állapotának megfelelőleg hígított tehéntejet stb. kell a gyermeknek nyújtani, ellenben el kell tiltani minden kemnyeféle tápszert, el a cukorsüteményeket és egyéb nyalánságokat. Hogyha a szopás felettébb nehezített, akkor előnyösb a tápszereket kanállal adogatni; szopó zacskó (Lutschbeutel) ezen betegség mellett különösen hátrányos. A száj minden szopás, étetés után, de különben is minél gyakrabban tiszta hideg vízbe mártott vászondarabkával kimosandó; mi ha elég szorgalmasan és némi ügyességgel történik, nevezetesen ha a szájpenész-rétegek leválasztására és eltávolítására kellő igyekezet fordítottatik, akkor könnyebb esetekben már egymaga ezen ápolási eljárás gyógyuláshoz vezet. A gyermek ápolóit különösen figyelmeztetni kell az ivó edények, kanalak, szopó üvegek szopókáinak (Saugnapfe) stb. legszorgosb tisztogatására. Azon tapasztalat, hogy a szájpenész feltűnő gyakran előjön a roszul szellőztetett kór- és lelencházakban, stürgösen javulja, miszerint kiváló figyelmet fordítsunk a beteg szobájának elegendő szellőztetésére.

Helybeli szerelésre — csakis ilyenre van szükség — különösen megfélelők az égvényes szerek (Alkalien). Innét magyarázható meg az, hogy a két bórsavas szikeny (Natron biboracium) vízben oldva és mézzel keverve, ezen betegség ellen már igen régi idő óta használ-tatik. A javító szer gyanánt szereplő méz itt nem csak hogy fölösleges, de éppen hátrányos. Egyszerűbb eseteknél ajánlhatni a mésvizet, két-

szénsavas hamany vagy szikeny oldatait. A szájür takhártyájának kifejezettebb hurutos állapotánál helyén lesznek a pokolkő, kénsavas horgéleg (Zinkvitriol), a csereny $\frac{1}{4}$ —1%-os oldatávali edzések. A bázsingbéli penészgombánál igyekezni kell a kénsavas horg- vagy rézéleg (Zincum oder Cupr. sulfur) erősebb, 2—5%-os oldatának a szájürbe vitele által hanyást előldézni. Szigoru gondozás mellett csaknem minden gyógykezelési mód meghozza a kedvező eredményt, ellenben az ápolók részéről hanyagság, és a tisztaság figyelmen kívül hagyása mellett hajótörést szenved bármely orvosi beavatkozás is.

IV. FEKÉLYES SZÁJLOB. STOMATITIS ULCEROSA.

Stomakace, Mundfäule.

T a u p i n : Stomatite gangréneuse. — Sa nature — ses causes — son traitement. Journ. des conn. méd. chir. 1839.

B o h n : Die Mundkrankheiten der Kinder p. 97 u. f.

A H i r s c h : Handbuch der histor-geograph. Pathologie Bd. II. p. 165.

A száj takhártyájának ezen lobja, mely kezdetben kizárólag a foghus szélére marad korlátozódva, és pedig csupán oda, hol fogak valóban jelen vannak, a foghus megrduzzadásához, és széleinek elhalásához vezet, úgy, hogy ennek folytán a fogak mentében egy fekélyes szegély támad. Ezen szájbántalom a fogak megjelenése előtt épen nem fordul elő, a fogzás ideje alatt csak oly kiterjedésben, a mennyire a fogak már áttörtek. Leggyakrabban észleltetik az öt és tiz év közötti korban (T a u p i n). Kiváló fokban ki vannak téve ezen szájbántalomnak a halvány bőrszinű, petyhült izomzatú, nagyobb mérvben görvélyes véralkattal bíró gyermekek, továbbá azok, kik heveny-ángolkörbän szenvednek (M ö l l e r, B o h n), kik valamely hevenybetegségből lábadoznak (Reconvalescens). Otthonos (endemisch) az a tisztátalan gyermekkórházakban, és a lelenházakban; szörványosan főképen a nedves, pincelakásokban tartózkodó, nyomorral küzdő, és a hideg ellen kellőleg nem védett gyermekeket támadja meg. Vidéken, és a kevésbé népes, magasabban fekvő városokban kisebb számmal jön elő, mint a nagyobb, névleg a tengerparti városokban. Voltak, kik ezen bántalmat ragályos természetűnek nyilvánították (Hirsch), de azon járványok, melyek a katonaságnál Franciaországban (D e r g e n n e t t e s, B e r g e r o n, C a f f o r t), Hollandiában, és Portugalliában észleltettek, ezen felvétel ellen bizonyítanak, az által, hogy a törzstisz-

tek épen nem, az altisztek pedig csak igen gyér számmal támadtattak meg. Az előjövétel rendkívül nagy számát tekintve, épen ugy a gyermekek között, mint a felnőtteknél, kórok gyanánt egyedül az eróhiányosságot, rosz lakást, és táplálkozást lehet tekinteni. Ellenkezőleg a súlyos, higanykóros, vilanykóros (Stom. scorbutica, mercurialis, phosphoricá) szájlobokat épen oly jól visszavezethetni ismeretes kórnevezőkre, mint a fekélyes szájlobot (H. B o h n). Fiu gyermekek többször támadtatnak meg, mint a leányok. Ezen szájlobbal az év minden szakában találkozunk. A helybeli kórtünetek ugy következnek egymásra, hogy a szájtr takhártyáján először általános vérbőség és duzzadság mutatkozik, különösen erős fokban a foghus szélén. ugy, hogy az megvastagodott, kékes vörös színű dagályt képez, vagy a fogak között sajátságos bunkó alakban emelkedik ki. Már ekkor megkezdődik a száj váladékának nagyobb elválasztása, a lehelet rothadt szaga, a foghus és a szájtr egész takhártyájának vérzékenysége. Már csekély nyomás elégséges arra, hogy a takhártyából hajszáledényes vérzés jelentkezék. Szilárd tápszerek rágása fájdalmas, és hasonló vérzéseket támaszt. A betegek már néhány nappal a betegség valódi kitörése előtt roszul érzik magukat, bágyadtak, láztalanok, vagy ha láz jelentkezik is, az jelentéktelen fokú. Ezen roszulléti állapot rövid tartama után a foghus széle szorosan a fogakkal érintkezésénél megpuhul, és egy pépszerű, lazán egybefüggő tömeggé alakul. A foghus ezen elhalása az állkapocs egyik oldalának valamelyik mete- vagy szemfoga táján veszi kezdetét, és azután innét mindkét állsont mellső oldalán szegélyszertüleg tovább terjed a zápfogak felé, s a fogak közé hatolva, megtámadja a foghus hátsó szélét, és a takhártya szövetében nyomról nyomra nagyobb pusztítást visz véghez. Most egy csekély szélességű fekélyt látunk magunk előtt, melynek hossza megfelel a foghus egész szélének, és alapja meglehetősen vízszintes vonalban fekszik. Az elhalt szövetrészeket nem határolja genyeseledés, azok nem löketnek el csafatokban, hanem a fekély alapján sárga-, vagy sárgás-szürke színű, a roncsoló lobbolyamatéhoz hasonló vékony lerakodmányt képeznek. A fogak gyökerei, a foghus tovaterjedő szétesése következtében, mindinkább lemeztelenítettnek, majd inogni kezdenek a fogak, és egyesek ki is esnek. Ezzel egyidejűleg a pofák takhártyájának azon részein is, melyek a foghus fekélyes részével átellenben fekszenek, megkezdődik a kékes-vörös színű duzzadság, mely szintén — egy megszakadás nélküli vonalban fekvő — mélyebb, sárga színtű, és csafatoktól fedett, kevés véres genyőtől áztatott fekélyek támadásához vezet. Hasonló rágalyszása a foghus fekélyeinek a nyelv egyes helyein, vagy a nyelv-

szél akár azon egész kiterjedésében is létrejöhet, mely a fogmedernyújtvány hátsó oldalához támaszkodik. Egyszersmind nagyobbodik a nyálfolyás, a nyál genyvelés vérrel vegyes, a szájtürbéli kigőzölgés nagyobb fokban rosszszagn, az állkapocs mentében elhelyezett nyirkmirigyek nagy mérvben megdagadnak, a pofák, sőt bizonyos körülmények között a nyelv is vízenyősen megduzzadnak, a baj legmagasb fokán a fogmedernyújtvány esonthártyája helyenként elpusztul, a csont üszkösödésbe megy át, a pofák takhártyáján támadt fekélyek átesaphatnak vizrákba (Wangenbrand) (West, Taupin és mások).

Ezen tünetek magatartása rendszeren kezdettől fogva gyorsan, napról-napra észrevehetőleg rosszabbodó. Hatásos szerek alkalmazása mellett csakhamar megindul a javulás, de az nem szokott mindig egyenlő léptekkel haladni a gyógyulás felé, hanem olykor egy megállapodási, vagy ingadozó kórállapot hosszabb időn át közbeszöheti magát. Szerencsére meglehetősen biztossággal hatalmunkban áll a betegséget megállapodásra birni, és azt gyógyulásra kényszeríteni.

A betegség sikeres gyógykezelésére nézve fontos a vérhiányos egyéneknél jó és elegendő táplálékról gondoskodni, különben az étrendet valamennyinél megszabni, de az adagokat legalább tulságosan meg nem szorítani. Kell, hogy a háló- vagy betegszoba (utóbbira csak a baj súlyosb fokánál lesz szükség) pontosan szellőztessék, és száraz legyen, s a beteg testére és ágyneműire a legnagyobb tisztaság fordítassék. Kemény tápszereket, melyek rágásnál a foghusra nyomást, zuzást gyakorolnak, nagyrészt a betegek már ugy is visszautasítanak, és csupán folyós és pépszerű ételeket vesznek magukhoz. Ételrészek visszamaradását és szétbomlását a fogak és a fekélyek között, a száj gyakori öblögetése által kell elkerülni. Öblögetésre a fűszeres szájvizeket, kámforszeszt, legjobban füleselenysavas hamany gyenge oldatát szokták alkalmazni.

Belső szerelésre minden szerek felett feltétlenül előnye van a West, Hauner és mások által ajánlott halvanysavas hamany (Kali chloricum, 5% oldat óránként). A betegség mérgezőesszerű alakjainál, még a kórok mérsékes fokbani fennállása mellett is, lehet gyógyulást eredményezni, így a higanykórnál (Ricord), hol egyes nagyobb adagokra (4—5 szemer) rövidebb ideig tartó, mintegy az élet-tani hatásnak megfelelő nyálfolyás következik. Egyidejűleg a fekélyek naponta egy-két ízben sósavval, füleselenysavas hamany, vagy könny-főléleg oldatával esetelendők be.

Függelékül felemlítendő még itt a fekélyes szájlób két könnyű alakja, körülírt, a takhártyának meghatározott helyein ülő fekélyekkel.

1. A fogzási fekély (Dentitionsgeschwür). R ö s e r (Betz, Memorabilien 1857. Nr. 22.), majd R o s e r (Arch. d. Heilk. II. 471.) utaltak először arra, hogy némely gyermekeknél közvetlen az alsó metszfogak áttörése után a felső szögletben, a nyelvfelek tapadásának megfelelőleg, a nyelven egy sárgásszürke színi, vörös szegélylyel ellátott fekély jelen meg, mely 8—14 nap elteltével önmagától meggyógyul. R ö s e r ebben egyszersmind természetes segélyt lát a tulfeszés, és tulságosan előre álló nyelvfelek ellen, mely annak azelőtt oly gyakran elővett felváltását (Lösung) feleslegessé teszi.

2. A hökhurut mellett előjövő fekély (Keuchhustengeschwür). A hökhurutban megbetegedett gyermekek valamivel több, mint fele számánál a második korszak huzamos tartama mellett, néha már a hökhurut kezdeti időszakában is, kifekélyesedik a nyelvfelek, vagy ritkábban fekély támad a nyelv alsó lapjának más helyén is. Ezen fekély létrejövetelének oka azon dörzsölésben rejlik, melynek a rohamok alatt kiöltögetett nyelv az alsó fogak részéről ki van téve. Midőn a fogak szabályos irányuak, akkor a fekély a nyelvfeken ül; hogyha pedig a fogak valamelyike különösen előre áll, akkor az a nyelv alsó felszínén, a nyelvfelek valamelyik vagy mindkét oldalán is kifekélyedést támaszt. Hogyha a hökhurut meggyógyul, azzal együtt eltűnik maga a fekély is.

V. VIZRÁK. NOMA.

Wangenbrand.

A d. L. R i c h t e r: Der Wasserkrebs der Kinder. Berl. 1826.

J. T o u r d e t: Du noma ou du sphacèle de la bouche. Diss. Strasb. 1848.

L ö s c h u e r: Prag Vierteljahrschr. 1847. III. 39.

v. B r u n n: Die chirurg. Pathologie und Therapie des Kau- und Geschmack-Organes Bd. I. p. 60.

A. K e i l l e r: Ueber den Mundbrand der Kinder etc. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXXIX. p. 22.

H i r s c h: Hist.-geograph. Pathologie II. 176.

G i e r e c k e: Zur Casuistik des Noma. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. I. 267.

Vérszegény, kimerült gyermekeknél, sokkal ritkábban a felnőtteknél, a test takhártya által kibélelt csatornáinak nyílásai azon tisz-

kös kórfolyamatoknak válhatnak székhelyeivé, melyek a takhártyából kiindulva, a legnagyobb valószínűséggel halállal végződnek. Hyen üszök-alakok, melyeket az átmeneti nyákhártya (orificielle Schleimhaut) üszökje gyanánt tekinthetni, észleltettek: a végbél-nyíláson (Morrell), a hüvelyen, a külhalljáratban (Gierecke) és a szájon (vizrák a szó szorosb értelmében). Utóbbi legrégebben leírt (Hensinger szerint már Juvenal néhány versszakában felismerhető), legelterjedtebben előforduló alak, tulnyomólag a nagyobb városok rosszul táplált, pincelakásokban nevelkedett, szegény gyermekei között szedi áldozatait. Nedves, lázlakta (fiebrereich) vidékek növelik a hajlamot. Nyomorult, görvélykór vagy más valamely betegség folytán elesenevészett testalkattal bíró egyének gyakran még valamely hevenykedte, főkép a kanyaró, majd hagymáz, mocsárgerjji senyv (Malaria), vérhas, hökhurut által kapják meg a vizrákhoz vezető döntő lökést, különösen ha még e mellé higanynyali gyógykezelés vétetik igénybe. A vizrák-esetek jó része az édes higanynak, és a szürke kenőcsnek rovandó fel. Kiváló érdekléssel bírnak azon számos példák, melyek a fekélyes szájlóbból származnak, és melyek párhuzamban állnak azokhoz, melyek a külhalljárat idült lóbjához csatlakoznak. Leányok valamivel gyakrabban betegesznek meg, mint a fiúk (Toures); legnagyobb előjövetei szám esik a 2—12 életévre (v. Bruns), de a csecsemő-kor sem egészen mentes (Billard és mások). A felnőtteknél mindenik évből közöltetnek vizrák-esetek; úgy látszik, hogy az különösen gyakran támad a hagymáz után, és hogy a katonaság között gyakrabban észleltetik, mint a polgári osztályban. Nagyobb városok tultömött kórházai képviselik a vizráknak, ezen általában épen oly ritka, mint vigasztalást nem engedő betegségnek, főgóczát. A vizrák egyszeri túlélése után a szervezet még mindig hajlamot táplál a hasonló módoni megbetegedésre; másod-, sőt harmadik ízben ismétlődött vizrák-esetek egy és ugyanazon gyermeknél a szakirodalomban elég számmal találhatók. A betegség kezdetét megelőző tünetek bizonytalanok, változók.

Elerőtlenedett, betegségek folytán kimerült gyermekeknél, különösen azoknál, kik már másnemű szájbetegségben szenvednek (St. ulcerosa, mercurialis), a vizrák helybeli körtünetekkel köszönt be; más esetek általános, meg nem határozható előhírnöki tünetekkel bírhatnak. Az üszökhöz vezető lóbfolyamat egyik, gyakrabban a balpofa nyákhártyáján kezdődik, sokkal gyérebbek azon esetek, hol a kezdet mindkét oldalon, vagy a takhártya valamely más helyén észleltetett. Ilyenkor a takhártya meglobosodott helyén tisztán kivehető

hólyagocska fejlődik, ennek megpattanása után sárga színtű üszkös folt támad, mely aztán gyorsan, és kezdetben csupán a felszínen tovaterjed. Ezt követi csakhamar az arc, nevezetesen a szenvedő oldali pofa kiterjedt és vizenyösen dagadt, feltűnően halvány, viaszszerűleg átetsző megdagadása. A takhártyán képződött pörkkel átellenben fekvő helyen a daganat már néhány nap múlva kiválóan feszessé lesz, a takhártya és külbőr közötti szövetben egy kemény csomó támad. Ezen csomó az, mely a kórfolyamat által gyors üszkös szétetésre van kijelölve, mihelyt azt a takhártyabeli elhalási folyamat elérte. Az elhalás most már rendkívüli gyorsasággal halad előre, úgy, hogy csaknem óráról-órára szemmel kísérhetni, miként változik át az ép szövet — a mélyben úgy, mint a felületen — fekete színtű, rosszul egybefüggő, cafatos, rendkívül büzös tömeggé. Ezen elhalási folyamat nevezetesen azon pillanattól halad élénken előre, midőn a roncsolás a mélységből a külbőrig előnyomult. Azután elterjed az a foghusra, és még a szájlír távolabb eső részeire is.

Azon esetben, hogyha az élet ki nem alszik, a roncsolás képes elterjedni egészen a szemöld-ívekre, a nyak bőrére, az orrszárnyra. Részben elpusztulhat a nyelv is; lecsupasztatik az állsont, mire azután az részben elüszkösödik, részben esontnövedéket (Osteophyt) termel. Az üszök a külbőrön mint u. u. száraz üszök jelen meg, annak feketebarna, talpbőrszerű kületem kölesönöztvén. Ellenkezőleg a takhártyafelületen az puha, duzzadt, tapló (Zunder) vagy posztószerű, sárga vagy szürke színtű pörköt képez. F r o r i e p ugyanezen vizrákban gombákat talált, melyeknek állandó megjelenése azonban (v. B r u n s) oly értelemben el nem fogadható, hogy az e kórfolyamatnál lényeges szerepet játszanék. Erősebb vérzéssel ritkán találkozunk. Boncolatoknál az üszkös tömegen belüli véredényeket, idegeket, és a S t e n o n-féle vezetéket meglehetősen ép állapotban (R i l l i e t és B a r t h e s), vagy az üszkösödött rész kezdetén az edényeket mintegy el-metszve, de nagy fokú szűkülettel végeződve találták, a visszerek pedig itt-ott szintén tömülve voltak (v. B r u n s). Az illető betegek lehelte állandóan rendkívül büzös; a szájlír egész belfelülete izgatott és lobos. Az eves, elhalt cafatokat tartalmazó nyál nagyobb mennyiségben esorog az egymástól elálló és duzzadt ajkakon át. Ezen kórállapotnál, félig elroncsolt száj mellett, dögletes büztől elárasztva, a gyermekek gyakran még éberek, játszanak és esznek, s épen nem árulják el, hogy lázzal, betegséggel, avagy különösebb gyengeségi állapottal küzdenének. Közönséges, csaknem elválaszthatlan kísérője a vizrának a tüdőlobos beszűrődmény, mely a rossz kimenetelre a legtöbb

esetben közvetlenül behat. Ezen tüdőlob lebenykés gócek alakjában támad, gyakran hajlammal az izzadmány és az ezáltal átítatott szövet genyes olvadására, vagy az üszökbei egyenes átmenetelre. A körlefolrás ezen utóbbi szakában, midőn a légzőszervek másodlagos módon megbetegszenek, midőn a ronesolás gyakran az egyik arcfelet egészen körébe vonja, és az ismétlődő vagy folytonos láz, gyorsított értítés, fokozott szomj, a külbőr emeltebb hőmérséke bekövetkeznek, a gyermekek előbbi élénk külseje eltűnik, és azt többnyire feltűnő kedvetlenség, és a lassu, de folytonos sinlődésre mutató külem váltja fel, mely magát az étvágy elvesztése, hasmenés, elsóványodás, az alsó végtagok vizenyője által árulja el. Ezen kimerítő folyamat — olykor már más előrement kórállapotok is — siettetik a rossz kimenetet. A kórismezés felettébb könnyű; a jóslat általában kedvezőtlen, a mennyiben csak igen kevés számú meggyógyult vizrák-esetek jegyzék fel az irodalomban. A gyógyulás, hogyha gyógyipar elég korán mutatkozik, tökéletes lehet; ha a szájtrbeni ronesolás már kiterjedtebb, akkor az még kedvező lefolyás mellett is nehezen gátolható összenövéseket hagy hátra a szájtrben.

A B r u n s által összegyűjtött 413 eset között 123 gyógyulás említettik, tehát a halandóság 70%-ra van téve. Azonban rendszeren több gyógyulási, mint halálozási eset közöltetik; kisebb, egy észlelő rendelkezésére álló kóranyagból összeállított statisztikai adatok többnyire még rosszabb eredményt tüntetnek fel, így G i e r k e 18 halálesetére 3 gyógyulás jön.

A vizrák-esetek száma alább fog szállni, hogyha a gyermekbetegségekben a higanytulságos használata ki lesz küszöbölve. Ugy hiszem, eléggé visszataszító, midőn olvassuk, miként menekül meg a gyermek a rühtől fehér higanykenőes alkalmazása mellett akkor, midőn miatta vizrákba esett. (A. G ü n t h e r). Mindenesetre a nép jólétének, és a közegészségügynek emelése még hathatósabb emeltyük lehetnek ezen borzasztó betegség háttérbe szorítására. Azon épen nem számos eset, mely keletkezését a fekélyes szájlobnak köszöni, az által kerülhető el biztosan, hogy elegendő mennyiségű tápszer idejekoráni nyújtása mellett halvanysavas hamanyt adagolunk. Ezzel épen nem akarjuk ezen, H u n t h által ajánlott szert a vizrák gyógyszerül is ajánlani. Vizrákos betegek már másokra való tekintetből elkülönítendő, szobájuk pontosan szellőztetendő, és a levegő idönként izzó szén, terpentinelaj vagy más hasonló szer elpárologatása által szagtalanítandó. A betegek, kell, hogy mihelyt csak némi étvágy mutatkozik, borral, sörrel, hus, tej, tojásételekkel tápláltassanak, és erősítessenek.

nek. Hasonló javalatok tekintetéből alkalmazzuk a zsongító gyógyszereket, főkép vasat és kinalt. Helybeli kezelésre a baj kezdetén kiválólag alkalmasak az erősebb étetőszerék: ásványsavak, pokolkő, dárdany-halvaes (Antimonbutter), mireny, izzóvas. Ezen szerek által törekszünk az elhaló, különösen pedig az üszkösödési folyamat külszöbén álló szövetet szétroncsolni, hogy így tiszta fekélyfelületet nyerjünk. Hogyha az üszkös fekély nagyobb nyákhártyaterületet elpusztít, akkor az étetések ismétlése épen oly keveset használ, mint a fekély alapjának — jelenleg minden oldalról hátrányosnak ismert — beme-télése. Ellenben ilyenkor helyén van a fertőztelenítő és másító szerek alkalmazása: kreosot (L ö s c h n e r), faecet, föleselenysavas hamauy, könnyfőléleg.

VI. TOROKLOB. ANGINA.

Pharyngitis acuta. Mandelentzündung.

A heveny toroklob iránt némely egyének bizonyos hajlammal viseltetnek, sőt vannak, kik állítják, hogy ezen hajlam a szülőköről száll át. Annyi bizonyos, hogy az egyszer kiállott toroklob után ismét-lődésekrei hajlam marad vissza. Közvetlen sértési behatások, p. o. forró vagy izgató ételek, szögletes vagy hegyezett testek lenyelése kö-vetkeztében ritkán támad toroklob; az elsődleges alakok legáltalánosb kórokai gyanánt egyenes meghülések vétetnek fel. A másodlagos to-roklob-alakok azonban főkép a vörhenynyel, kanyaróval, és bizonyos gégebántalmakkal függnék egybe. Hol a toroklob esetlegesen hörg-lobbal, tüdőlobbal, hagymázzal stb. összetalálkozik, ott a két bánta-lom között nem kellene nagyobb benső egybefüggést felvenni. Mel-lözve ezen másodlagos toroklob-alakokat, mint a főbetegségnek egé-szen alárendelt bántalmakat, a heveny-alakoknál azt észleljük, hogy a nyelést kísérő szuró fájdalom, a zavart hallás, a torok vörössége és duzzanata, a nehezbített légzés, a gyakran borzongással beköszöntő lázas mozgalmak általában ugy a felnötteknél, mint a gyermekek közt egyenes viszonyban állnak a lob belterjességéhez, és a súlyosbodás tar-tamához. De épen ezen lázat jelző tünetek maguktartása képezi gyer-mekeknél, és még a gyermekkort meghaladott serdülő egyéneknél is itt-ott a kivételeket az érintett szabály alól, mennyiben a tünetek he-veessége feltűnő aránytalanságban áll a helybeli lobos tünetek esekély

voltához. Így előfordul, hogy azon gyermekek, kik a torokban esekély fájdalmat éreznek, s arról csakis egyenes megkérdezés mellett panaszkodnak, meglehetősen jól nyelnek, előrement rázó hideg, és olykor önkényes hányás után heves főfájásról lepetnek meg, értítésük feszes, teljes, a székelet visszatartott, jelen van kábultság, tévengés, és az első gyermekkorban még rángások is beállhatnak. E mellett az arc élénken kipirult, a bőr forró és száraz, a köthártya fénylő, erősen belövelt, ajkak és nyelv szárazak, a légzés többször némileg nehezített. Az étvágy teljesen hiányzik, amál fokozottabb a szomj. Hasonló esetek, hogyha a torok vizsgálata elmulasztatik, vagy a talált tünetek ninesenek összhangzásban a kórállapottal, kezdődő hevenykutegnek, hagymáznak, tüdőlobnak nézethetnek. Névleg, midőn a vörheny uralkodik, ezen toroklob igen nehezen különböztethető meg az u. n. küttegnélküli vörhenytől (*Scarlatina sine exanthemate*). Azon aggodalom, melyet ezen megbetegedések támasztanak, szabály szerint igen gyorsan elenyézik; enyhébben ható hashajtó, egy nyugodt éj, néhány órai bőrpárolgás elégségesek arra, hogy a tulajdonképi toroklobos nehézségeket leálcázzák, és az ökei megillető színben tüntessék föl, s az orvost a tünetek urává tegyék. Torokloboknál a láz, és agyi tünetek rövid tartama alatt (többnyire 1—3 nap) orrvézés is többször ismétlődhetik, épen úgy, mint a súlyosb hevenybetegségek kezdetén. Ezen tényekkel szemben épen nem felesleges azon figyelmeztetés, hogy a még határozatlan lázas állapotok okának kutatásánál a fiatal egyének garatvizsgálását soha sem kell elhanyagolni. Ezen bántalom jóslata igen kedvező, mennyiben azon közvetlenül és gyorsan ölé esetek, melyekre *Rilliet* és *Barthez* egy, *Bamberger* pedig két esetet felhoznak, rendkívül ritkák, és más, veszélylyel fenyegető betegségekbei átesapások is — így gégevizényő, a torok üszkösödése — csak különösen kedvezőtlen viszonyok között észlhetnek. Ahol azonban a toroklob már többször előrement, az izzadmánynak keményedésbei átmenetelétől tarthatunk. A genyedésbe való átmenet gyakran a legártatlanabb módon bekövetkezik, azáltal, hogy a felszínen — különösbben a hevenykütteget kísérő torokloboknál — számos, csak kendermagnyi felületes genypontok képződnek. Mélyebben fekvő nagyobb genygócek jelentékenyen fokozhatják a bántalom nagyságát és tartamát, azonban alkalmas gyógykezelés mellett ezektől sem kell nagyon félnünk. Elsődleges toroklobok gyógykezelése kezdetben a heves általános tünetek mellett gyenge lobellenes: enyhe hashajtók, hideg borogatások a fejre, és korosb, igen erőteljes gyermekeknél talán még néhány nadály a esecsuyjványra vagy a nyakra. Maga a toroklob

kezdetben néha kétségkivül rögtön megszlntethető, nevezetesen ott hol a betegek már eléggé értelmeseek arra, hogy torkukat igen hideg-, vagy összehúzó folyadékokkal szorgalmasan öblögessék. A bélluzambő irritálései hánytató vagy hashajtó szer következtében, gyakran még a lefolyás későbbi szakában is gyors lohadásra bírják a bántalmazott részeket. Azon esetben, hogyha mindkét eljárás sikertelen marad, vagy nyomós okok folytán nem alkalmazható, akkor a további lefolyás alatt lágyító, nyákos torokvizek, pépek a nyakra, könnyű izzasztó vagy elvezető keverékek nyujtandók; jelentékenyebb vérbőség mellett javalva van a mandulák bemetélése, majd a valódi lobfolyamat bevégződése után a manduláknak netalán visszamaradt lazasága, fájdalom nélküli duzzanata ellen összehúzó torokvizek, vagy ahol a gyermekek az öblögetést még nem tanulták meg, a fimsó, halványos mész (Calcar. chlorata), légenysavas ezüst helybeli használata, utóbbi merő vagy oldott alakban. Gyengécek idejekorán felnyitandók. A toroklobok tartama alatt szükséges a nyugalom, étrend, és melegen tartás, a légvonaltól óvakodás, a kipárolgás előmozdítása, stb. Nemkülönben a betegség lefolyása után visszaesések kikertülése céljából a estnek hideg mosások és fürdők általi édzése.

VII. SZÖVEZETI, PHLEGMONOSUS, GENYEDŐ MANDOLALOB

Tonsillitis parenchimatosa. phlegmonosa, suppurativa. Eiternde Mandelentzündung, Mandelgeschwür.

Ezen betegség gyakrabban előjön a felnötteknél, mint a gyermekek közt, utóbbiaknál ismét gyakrabban a gyermekkor vége felé. Azokat, kik a bajt már egyszer kiállották, gyakran ismételve megtámadja, azonban az egyes ismétlődések között többnyire hónapok vagy évek telnek el. A legtöbb esetben alkalmi kór-ok gyanánt meghűlések szerepelnek; a lob rázó hideggel köszönt be, melyre következik heves fájdalom a nyakban, mely nyeléskor tűrhetlenné fokozódik. A fájdalom többnyire hevesebb az egyik oldalon, átsugárzik a fülbe, és fokozódik a száj nyitásakor. Mintán a láz,— mely kisebb gyermekeknél rendkívül nagy fokra hághat, és agyi tünetekkel lehet párosulva,— félhétig vagy valamivel azon túl tartott, lecsik, vagy legalább nagyobb fokban alábbhagy, a helybeli nehézségek azonban, névszerint a száj felnyitásának nehézsége, és a nyelésüeli fájdalom folytonosan fokozód-

nak. A fogakat többé alig távolíthatni el egymástól ujjnyi távolságra, többé alig gondolhatni a tápszer fölvetelére, a bő mennyiségben elválasztott nyál kiköpetik, vagy kiesorog a szájból. Ehhez társul gyakran nehéz hallás és nehéz légzés. A legközelebbi napok alatt ismét emelkedik a láz, és gyakran meglehetősen fokot ér el. A garat megtekintésénél, hol ez lehetséges, a részek kiterjedt vörösséget és duzzanatot mutatnak, különösen kiálló duzzanatot az egyik mandola tájékán, s innen kezdve a mellső szájpadív mellfelé, a nyelvesap pedig a másik oldalra van tolva, a torok bejárata (Gaumenthor) szűkült, és gyakran a garat ürtere is szűkebb. Ahol a megtekintés nem lehetséges, a bevezetett ujj segítségével érezhetni az egyik oldalon kidudorodó és hullámzó lágy szájpadot, vagy az elődomborodás a mandula belfelületét illeti, és a nyelvesap felé van fordulva. E mellett bő mennyiségű nyúlós nyák tapad a torok szerveire, és a nyelés annyira nehezített, hogy a beteg minden nyelési kísérletnél arcát fájdalmasan eltorzítja. Ritkábban a légzés is akadályozott, és mint olyan, felülésre kényszerítő nehéz légzés (Orthopnoë) alakában, fuladási rohamokban, vagy hangos légvételben nyilvánul. A második hét kezdetén (gyakran ugyanazon betegnél ismét a betegség ugyanazon napján, a 8., 9., ritkábban 7., 11. napon) önmagától felfakad a tályog, mire a beteg száj- vagy garatüregébe nagyobb mennyiségű geny és kevés vér ömlik; a láz a felfakadás után leesik, a száj azonnal jobban kinyitható, a nyelés könnyű, a javulás gyorsan halad előre, habár a legközelebbi napok alatt még kevés geny szivárog is a tályog nyílásából. Aggasztó kimenetek: megfúlás garatszűkülés folytán, vagy a tályog éjjeli megpattanásánál a gög elborítása következtében; genyüstledés a nyakon, ugyiszintén nagyobb véredények átrágódása rendkívül ritkán észleltetnek, annyira, hogy nyugodtan várhatjuk a tályog önkénytes megnyílását a második hét végeig, ha csak súlyosb körtünetek a müleges megnyitást előbb szükségessé nem teszik.

A betegség könnyen felismerhető a láz magatartásából, a hosszú tartamból, nevezetesen pedig a torok szerveinek megtekintése vagy megtapintása által nyert eredményből; továbbá ugyanezen mozzanatok folytán könnyen megkülönböztethető más toroklob-alakoktól, valamint a garatmögötti tályogoktól.

A mandolatályogok megnyitásánál a geny feltűnő gyakran rosszszagu. Nagy mandolák, melyek vánkosszerűleg előállanak, és az áthaladó szilárdabb ételrészecskék által megkarcoltatnak, melyek puha szöveteibe hal- és esontszálkák fúródnak, melyek tág firneveiteibe ételrészecskék nyomulnak és ott sajtos dugaszokká esomósodnak, képezik

a hajlamosító (praedisponirend) mozzanatot. Eltekintve a ritkáob sér-tési esetektől, a genyedő mandolalob létrejövetei módjában sok ha-sonlóság van a közönséges zsirtüszeghez (Acne vulgaris). Ott fagygyü-, itt ételrészekből álló dugasz: körötte alkalmi meghülés vagy helybeli inger folytán támadt lobos duzzanat, ezen duzzanat következtében a tüsző elzáródása, a lob átmenete genyedésbe, midőn a sajtos dugasz szolgáltatja az erjesztőt a romlott geny számára. Ezen, a betegek előtt eléggé ismeretes lobalak kifejlődését a kezdetkor gyakran kettévá-glatni az által, hogy az ürmeneteket (Lacunen), melyekből a dugaszok végei kiemelkednek, vajtutaszszal átjárjuk és kitisztítjuk. Azon egyé-neknél, kik hajlammal bírnak a genyedő mandolalobra (Tonsillitis suppurativa), azaz azon alakra, hol a mandolák kitágult ürmenetei-ben dugaszok képződnek, a mandolalob más alakja is, p. o. a diphthe-riticus, ugyancsak genyedő lobot támaszthat, úgy, hogy a diphtheriti-cus hártják alatt rendkívüli fájdalomtól kísért tályog fejlődik.

A gyógykezelés feladata kezdetben a lob leküzdése, és pedig hol lehetséges, a lobot támasztott inger, a sajtosan megváltozott du-gasz eltávolítása által, hol ez már nem áll hatalmunkban, ott hideg öblögetések, a nyakra alkalmazott hideg borogatások és hashajtó szerek által. Az előbb használatban volt szerek: külsőleg nadályok vagy lágyító pépek a nyakra, belsőleg hánytatók, és a sajátlagos sze-rek (Specifica) többnyire elhagyattak. Utóbbiak közül némelyek által még a gvaják mézgagyanta és a pimpinella-festvény ajánlatnak. A hideg alkalmazása még a tályogképződés ideje alatt is gyakran szüksé-ges azért, hogy ez által korlátozzuk a szövetet többi részének duzzaua-tát; a hidegen kívül ezen korszakban még bődítő szereket tartalmazó torokvizek alkalmazandók. Hogyha a nyelés igen heves fájdalommal van egybekötve, vagy ahhoz még nehéz légzés szegődik, akkor a tályog — ha t. i. már jelen van — megnyitandó, különben szükséges a mandolák bemetélése (Scarification). A legtöbb esetben bevárhatni a tályog önkénytes fölfakadását; itt-ott elegendő lesz egy vékony kútszt vezetni a tályoghoz legközelebb fekvő üregbe, hogy azt innét a tá-lyogba toljuk, és így a genyt egy természetes csatornába vezessük. Máskor a majdnem hegyéig vásszonnal vagy ragtapaszszal körülgön-gyölt, s lapjára fektetett kusztorát mutató ujunk alá rejtve vezetjük a hullámzó daganatig, s előretolt hegyével bemetszünk a tályogba. A mandola közepében vagy hátsó részén fekvő tályog megnyitása kiváló nehézséggel van egybekötve. Langyos vízzel vagy theávali öblögeté-sék a legközelebbi napok alatt elégségesek a tökéletes gyógyulás elérésére.

A betegség ismétlődésének meggátlására szolgálnak: 1. A mandolák kiirtása. 2. Hideg vízzel öblögetés minden étkezés után. 3. Hamanyiblag-jegeczek ismételt bevitele a tágasb ürmenetekbe, azon célból, hogy ott lobot támaszszunk, és az üregek falait töpörödésre bírjuk. Azt hiszem, hogy ez utóbbi két eljárás által néhány betegnél sikerült a különben gyakrabban ismétlődött genyedő mandolalobot több éven át kimaradásra birni.

VIII. A MANDOLÁK TÚLTENGÉSE. HYPERPLASIE DER TONSILLEN

Virchow: Die Krankhaften Geschwülste II. p. 612.

T. Ph. E. Brun: Des tumeurs des amygdales. Par. 1866.

Morell Mackenzie: On some formes of disphagia. Medic. times a. g. 1866. March 3.

A mandolák idült lobja vagy gyakrabban ismétlődött hevenylob után jön létre, vagy már kezdettől mint olyan fejlődik. Létrejövételének rendkívül kedvez a görvélykór. Némely családban öröklött; még gyakrabban felvehetni, hogy ugyanazon egy családban több gyermek hasonszerű kártékony befolyások, nevezetesen a hiányos táplálkozás és hosszabb időn át behelt rosz levegő következtében betegszik meg. Némely esetben úgy tűnt fel nekem, mintha a világrahozott bujakór utolsó maradványai lennének ezen alakban képviselve; többnyire szőke, halvány bőrszinű, gyenge testalkatu, duzzadt arccal, aggodalmas vonásokkal, némileg kidülledő szemekkel bíró, és nyakukat némileg mereven tartó gyermekek az ilyenek, kik nyitott szájjal szoktak légzenni. Hogyha ezen kórképet felismertük, akkor még csak néhány orrhangra van szükség, hogy a dologgal tisztában legyünk. A torok megtekintésénél egész galambtojásnyi, halványszintű, a fülshinen sokszorosán bemélyedő dagokat láthatni, melyek az ínyvitorla között mindkét oldalon kiemelkednek, és melyek alsó határát gyakran csak a nyelvgyök legerősebb lenyomása mellett szemlélni meg. Ezen dagok annyira közeledhetnek a nyelvesaphoz, hogy ezt maguk közé szoritják, és csak egy keskeny rést hagynak vissza a nyelvesap és nyelvgyök közt; másrésről a torokür legnagyobb részét kitöltik, és a lágy szájpadívet előre tolják. Kötszövetből és erősebben kifejlődött, — a mandolák üregei és táskái körül fekvő — nyirktüszökből állnak. A kötszövetben olykor csontosodás vagy porcoidás lép fel, a táskákban, felhalmozódott hámból és a bejutott ételmaradékokból képződött, sajtos dugaszok találhatnak. Ilyen mandoladagok szabály szerint a leg-

hátsó áll alatti, s a legfelső torkolati nyirkmirigyekkel vannak összekapcsolva. Ezen kemény, babnagyságu dagok az állkapocs mögött, a gyermekek szülői által sokkal előbb észrevétnek, mint azon körök, melyektől a mandolák megbetegedése, és a kór tartama valóban függ. Hogy a duzzadt madolák által a belső torkolati visszerre nyomás gyakoroltatnék, a helyzet után ítélve nem valószínű, azonban az are duzzadt külemét és a betegek áhmosságát olykor ezen körülményből lehetne kimagyarázni. A mandolák megnagyobbodása főképen befelé történik, kisebb mértékben le- és hátrafelé. Ebből értelemzhetők azon működési zavarok, melyeket előidéz, s melyek a nyelésre, légzésre és hallásra vonatkoznak. A nyelés a garatszor megszűklése miatt lassabban, és a nagyobb falatokra nézve nehezebben megy véghez. A légvétel szintén korlátolt, a nehéz légzés állandóvá válik, a nélkül, hogy arról a betegeknek tulajdonképen tudomásuk volna, de a mely az illetők aggodalmas arkifejzésében-, és még inkább abban nyilvánul, hogy a mellkas fejletlen, szűk és lapos marad. Az éleny elégtelen bejutása, s a szénsav felhalmozódása a vérben megfejtik ezen betegek izomgyengességét és bágyadtságát. La n g e a légdago sok izomerejét megmérhetőleg gyarapodni látta az összenyomott levegőben. A garatür szűkebb volta miatt a betegek fejüket kénytelenek hátravetve tartani, és szájukon át légzeni. Midőn alvás alatt az inyvitorta elernyed, ez a mandolák között ide-oda himbálódik, és okozza az erősebb horkolást. Mivel a betegek szájukon át légzének, nem az orrtür bézagai és kiálló részei használatnak fel a beszívott levegő előleges megmelegítésére, hanem a szájpadvitorta, maguk a mandolák, és a hátsó torokfal. Ezáltal feltartatnak a garathurutok, melyek okot szolgáltatnak a részek folytonos nyákos bevonatására, gyakori krakogásra, és önmaguk is gyámolítják a mandolák duzzanatát. A garatür felső és alsó része között jelenlevő korlátolt közlekedés miatt a hang orrhanggá változik. Az Eustach-kürt nyílására átterjedt garathurut és a mandolák hátradomborodása nehezítik még a dobürben foglalt levegő feszülésének kiegyenlítését is. Innét a nehéz hallás ezen betegeknél. Végre megemlítendő még, hogy az idült mandoladagok a tág ürmenetekben képződött dugaszok általi izgatás folytán kiválólag alkalmasak és hajlandók tályogképződésre, valamint a belhelt diphtheritikus ragály felfogására és annak továbbfejlesztésére.

A betegség elhárítása könnyű; és ezt annyival kevésbé kell elmulasztani, mivel várható, hogy minden újabb mandolalob, legyen az egyszerű diphtheritikus, vagy genyedő, súlyos lefolyást fog követni. A túltengés elhárítására körülbelül következő eljárás módok ajánul-

hatók: naponta porrátört, s a megnedvesített ujj hegyén bevitt fínsó bedörzsölése a dag felszínére, a mandolák edzése étető mészéleg és *Natrum hydricum seu causticum* egyenlő mennyiségéből készített vegyülekkel (*Pasta londoniensis*), a körülmény szerint néhány napi időközökben (*Morell Mackenzie*), füsténysav- (*Lewin*) vagy hamiblagjegecek betétele a mandolák ürmeneteibe, vagy azok szöveteibe ejtett kis bemetszésekbe. Mindezen eljárásokat több héten át kell folytatni, és még ekkor sem vezetnek teljesen megbízható eredményhez. A torokvizek és belehellések többnyire sikertelenek szoktak maradni. Legbiztosabb és leggyorsabb eljárás a mandolák kiirtása, azaz a mandolák kiálló részének lemetszése gombos kusztorával és horgas fogóval, vagy a sok javításon és egyszerűsítésen átment *Fahnestock*-féle műszerrel. Még ezen műtét sem kezeskedik minden esetben az eredmény maradandóságáról. Én kezeltem egy nőt heveny diphtheritikus, és tályogképződéssel egybekötött mandolalob ellen, ki- nál (hirneves sebészek által) egy év lefolyta alatt kétszer lett a mandolakiirtás kivive. Alapos eljárás, és a mandolák egészbeni kifejtése mellett olykor jelentékeny, és a betegre nézve életveszélyessé válható vérzéssel találkozunk; azon esetben, hogyha a kóros mandolaszövetből nagyobb rész visszamarad, be kell várni, míg az újból túlteng, és mint mandoladag ismét nehézségeket támaszt. Általában azonban a kiirtás gyors gyógyulást eredményez nem csupán a torokbetegséget, hanem a szomszédos nyirkmirigyek dagauatát illetőleg is.

IX. GARAT ÉS BÁRZSING MÖGÖTTI TÁLVOG. RETROPHARYNGEAL- UND RETROÖSOPHAGEAL-ABSCCESS.

Romberg und Henoch: Klinische Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berl. 1851. p. 1.0

v. Bamberger: Unterleibskrankheiten in Virchow's Handbuch Bd. VI. 2. Aufl. S. 72.

Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Neue Folge. Berl. 1863. pag. 238.

E. P. Gillette: Des abcès rétropharyngiens idiopathiques. Par. 1867.

Azon zsirszegény kötszövet, mely a garat hátsó és oldalsó falát kibéleli, nem ritkán olyan genygyülemeknek válik székhelyévé, melyek a garat ürterét megszükitik, és ez által gátat vetnek úgy az étel-
lek átnyomulásának, mint a légvételeknélű légáramnak. Ezen geny-
edések majd a nyakesigolyákból, majd ezek szalagos készülékeiből
indulnak ki, honnét mint torlódási tályogok (*Congestionsabscesse*)
lestülednek a garat mögé; vagy a genyvérőség (*Pyämie*) lefolyása

alatt kórátrokódás (metastasis) útján helyben képződnek ; vagy végre hasonló súlyos betegségektől egészen függetlenül támadnak. Ez utóbbiak az önszenvi (idiopathisch) garat mögötti tályogok neve alatt ismeretesek. Garat mögötti tályogok kezdetben a vörösebb színű takhártyának lapos, felülről lefelé terjedő, hosszukás kidomborítása által külölik magukat, mely domborodás az egyik oldaltól kiindulva, bizonyos idő elteltével gyors nagyobbodással terjed a garat középvonala felé, és még azon is túl, úgy, hogy most már a garat egész hátsó falát mintegy magasra előtolja, és mogyoró, egész galambtojás nagyságot ér el. A tályog székhelye lehet a koponya alapjától kezdve a 6. nyakesigolyáig bármely rész. Azon tályogoknak, melyek az érintett térközben a bárzsing legfelső része mögött keletkeznek, hasonló jelentőségük van azokkal, melyek a garat mögött támadnak, és ezektől csak kevés körtünet által különböztethetők meg. VERNONÉL azon nézete, hogy az idetartozó önszenvi tályogok létrejövele sok esetben a garat mögötti nyirkmirigyek elgyenyedésének rovandó fel, sok vonzalommal bír. Ezen nyirkmirigyek a 2-dik nyakesigolya magasságában oldaltól, többnyire kettőnként fekszenek ; ritkábban csak egy mirigy van jelen, és az akkor majdnem mindig a jobboldalon található. Ezen mirigyekhez a garatból számos nyirkedény halad. A tályog alakja és helye, a betegség kezdetén eddigelé megészlelt kevés esetben megfelelt ezen nyirkmirigyek viszonyának. A garat középvonala felé haladó gyors növekedés időszak megfelel azon időnek, midőn a geny a nyirkmirigy tokját áttörve, a szomszédos laza kötőszövetbe szétterjed. A tályog magaráhagyatva áttörheti a garat falát, és gyógyuláshoz, vagy megfulladás folytán halálhoz vezethet ; vagy ritkább esetben a gerincestatorna felé tör magának utat ; vagy a mellhártya vagy gátor felé stüljed ; vagy végre a nyak külfelszínén jelen meg.

Az észlelt eseteknek körülbelül $\frac{1}{3}$ -ad része a gyermekkort illeti, és itt kiválólag erősen van képviselve az 1 és 5 életév közötti kor-szak. Görvélykóros gyermekek nem csupán a másodlagos, tehát a nyakesigolyák bántalmától függő garat mögötti tályogok által támadtatnak meg feltűnő gyakran, hanem ezen betegség u. n. önszenvi alakjára is bizonyos hajlamot tanúsítanak. Ezenkívül ez utóbbi alak általi megtámadtatásnak azon gyermekek vannak inkább kitéve, kik angol-, gümőkórban, vagy csúzban szenvednek. Alkalmi kórokok gyanánt néhányszor leforrázások, idegen testek megrekedése (névszerint néhány esetben érepéncz-darabok), közönséges, ronesoló és bujakóros garatlobok hozatnak fel. Előjön ezen bántalom hagymáz és hólyagos himlő (Variola), nemkülönbén tüdőlob után is.

A tünetek kezdetben, míg t. i. a tályog ki nem fejlődött, megfelelnek a belterjes garatlobénak: fájdalom a nyakban, nehezített nyelés, a fej gátolt mozgathatása, rekedtség, különböző fokú láz, hányinger, a lenyelt ételek és italok kiökrendezése (wiederauswürgen) a szájon és ornyílásokon át, kis gyermekeknél a táplálék visszantásítása. Ezen tünetek nincsenek egyenes viszonyban a garat csekély fokú vörösségével. Hogyha a tályog már megképződött, és általa a garat ürtére hátulról mellfelé mindinkább szűkítettik, akkor a nyelés mindinkább nehezebb lesz, és minden nyelési kísérlet az arc fájdalmas eltorzításával, majd a gyakori roszulnyelést követő köhögési rohamokkal van egybekötve. Még magát a nyálat sem nyelik le többé a gyermekek, hanem az a nagyobb mennyiségben elválasztott nyákkal együtt a szájból kifoly. A csecsemők nem fogadják el az emlőt, vagy azt fájdalmas arcinyomat mellett szájukból ismét kieresztik. A légvétel gátolt, hallható hangos, szörtyzörcjektől és sziszegésektől kísért. Bár időnként a nyelésnél, vagy a nyálnak — főleg alvás alatti — felhalmozódásánál valódi fulladási rohamok lépnek fel, mégis általában a nehéz légzés foka egyenletesb, és tovább tart, mint a szűkülettel járó legtöbb gégebetegségnél. A nyak oldalán található daganat, az állesontok egymástóli eltávolításának lehetlensége, heveny lefolyás mellett rázó hideg, idülnél pedig a gátolt táplálkozás következtében a test lesoványodása egészítik ki a kórképet. Hasonló körülmények között a torok megvizsgálását soha sem szabad elmulasztani. A bárzsing mögött székelő tályogoknál a gége külsőleg gyakran rendelkezlenesen előre van tolvá, míg a garatmögöttieknél, hogyha a száj valamivel tágasbra nyitattik, a garatban gömbölyded alakú, a domborulat legmagasb részén valamivel halványabb színű dagot látni, mely annak ürtérét a legnagyobb mérvben megszüikiti, gyakran még a lágy szájpadot is előre nyomja. Ha most, mindenesetre pedig akkor, hogyha a száj felnyitása a garatür megtekintetésére nem elégséges, mutató ujjunkat a garatürbe vezetjük, ott egy feszes, hullámzó dagot tapintunk. Az egész gyógyeljárás, miután közönségesen csak akkor mutattatnak be az ilyen betegek, midőn a tályog már megképződött, vagy a betegség székhelye fölfedeztetett, a tályog megnyitásban áll. A megnyitásra kusztorát használunk, melynek alsó része körül vászondarabot göngyölünk, és azt mutató ujjunk alá rejtve visszük a daganat mellső faláig, és most a kusztorát ujjunk alól előre tolvá a tályogot felülről lefelé vezetett, elegendő nagy metszéssel a középvonalban megnyitjuk. A sikeres megnyitást a garat- és szájürből kiömlő gyentömeg adja tudunkra, mely után a súlyos körtünetek azonnal,

mintegy varázsütésre, elmaradnak. Épen ezen rögtöni eredmény miatt ezen betegség a legtöbb gyermekorvosnak kedvenc gyógyítási tárgyává lett. A végleges gyógyulás a legtöbb esetben könnyen megtörténik, úgy, hogy alig van szükség a tisztító vagy lágyító torokvizekre, vagy hasonló beecsetelésekre. Ritka esetben a tömlő újra megtelik, nevezetesen akkor, ha az első nyílás kicsiny volt, és a tályogot másodszer, sőt még többször is szüresapolni kell.

A garat mögötti tályog megkülönböztetése a mandolák daganatától, és bizonyos gége bántalmaktól, nevezetesen a gégevizenyőtől (Oedema glottidis), egyedül a helybeli vizsgálat alapján lehetséges. Nagyobb nehézségekbe ütközik gyakran az önszenyi alak megkülönböztetése a másodlagostól. Legjobban útbaigazit ilyenkor a nyakcsigolyák pontos vizsgálata a fájdalomosságra nézve, továbbá a fej mozgáthatósága, és a test azon alsóbb részeinek működése, melyek idegeiket a gerinczagytól kapják. Ezen másodlagos alakok mindenkor idült lefolyást követnek, és itt a tályog megnyitásával várniuk kell mindaddig, míg nyomós jelek a tovább halasztást már meg nem engedik. Az önszenyi alakok inkább heveny vagy félheveny (subacut) lefolyásnak.

B) A BÁRZSING BETEGSÉGEI. KRANKHEITEN DER SPEISEROHRE.

- A Steffen: Krankheiten des Oesophagus Jahrb. f. Kinderheilkunde Ü F II p. 113
 A Förster: Die Missbildungen der Menschen. Jena 1865. p. 101.
 Keller: Oesterr. Zeitung f. prakt. Heilkunde 1867. Nr. 45 und 47. Excerpt. Jahrb. f. Kinderkrankheit n V. Annal. p. 25.
 Jahrb. der Kinderheilk. IV. p. 203. Angeborene Halssteteln mit einem Divertikel des Oesoph. us. Aus dem St. Annenspitale
 E. Wagner: Zur Kenntniss des Soors des Oesophagus. Jahrb. f. Kinderheilkunde. N. F. I. p. 58.
 Hirschsprung; Der angeborene Verschluss der Speiseröhre etc. Schmidt's Jahrb. Bd. 117. p. 310.

1. A világra hozott nyakcsipoly többnyire csak egyik oldalon jön elő, és ekkor gyakrabban a nyak jobb felén. Ilyenkor a külszínen igen finom, behuzódott kemény gyűrű, vagy sarjadzásszerű párkányzat által körülvett gödröskét látunk, melyen csak igen vékony kutasz vezethető át, s mely majd vakon végződik, majd a légutakba, leggyakrabban pedig a bárzsingba vezet. Székelyhely többnyire $\frac{1}{2}$ —1"-kel a szegycsücszűlet mögött és fölött. Nyeléskor ezen gödröské behuzódik, és belőle ott, hol a bárzsinggal egybefügg, nyákcsövek és légbuborékok nyomulnak ki. A folyadék befeccskendezése nyelésre ingerel.

Létrejövetelét a 3. vagy 4. szilványhasadék (Kiemenspalte) hiányos elzárulásának köszöni. Ezen bajjal veszedelem nincs egybekötve, azonban a kilátás is kevés, hogy sebészi eljárás mellett valaha meggyógyuljon.

2. A bárzsing kiöblösödései (Divertikel) lehetnek világrahozottak, a bárzsing vakon végződésével kapcsolatban. Gyakrabban keletkezik a gyermekkorba esik, midőn a bárzsing oldalához tapadt zsugorodó nyírkmirigyek vongálása következtében támadnak. Ilymódon nevezetesen a légeső osztódása táján jönnek elő, és egy sekély gödröccsesel kezdődnek, mely aztán félborsónyi fülkévé mélyed be, s később egy lefelé irányuló, egy darabon maga a bárzsing mellett haladó vaktömlőben végződnek. A kiöblösödésben és a bárzsing szomszédos részében a nyákhártya hurutos állapotban van; ezenkívül a csatorna nem ritkán ki van tágulva. Csak azon esetek ismerhetők fel, melyekben esékély mennyiségű ételrészec kikrákogása mellett időnkint nyelési zavarok merülnek fel. Hogyha a bevezetett kutasz olykor legyőzhetlen ellenállásra talál, míg ugyanaz más alkalommal egészen szabadon hatol be, akkor ezen körülményben a legerősb kórismeit bizonyítékot nyerhetjük. Ritkább esetekben a bomlásba ment ételrészec könnyebbülés érzete mellett kikrákogása is, vagy étkezéskor daganat mutatkozása a nyak oldalán, a kórisme támogatására szolgál.

3. Bárzsinglob (Oesophagitis) előjön mint hurutos, hurutos-fekélyes, diphtheritikus, továbbá mint genyttűszős és tályogos. Az euehőbb alakok vegyi vagy crömitvi izgatások, nevezetesen gyógyszerek, csipős ételek, lenyelt idegen testek következtében támadnak. Steffen másodlagos alakokat több másnemű betegségeknél, nevezetesen pedig a légzőszervek bántalmainál észlelt. A bárzsinglobok a nyákhártyán vérbőséget és duzzanatot, egyes helyeken felhámlehorzsolódást, és tűszős fekélyeket támasztanak. Csak azon ritka esetekben kórisme lehetők, hol nyelésnél a fájdalom a gerincoszlop vagy szegycsont mentében nyilvánul. A gyógykezelés nyákos, olajos szerek nyújtására szorítkozik, lehetőleg kerülve az izgató tápszereket.

4. Diphtheritis ezen szervben nagy ritkán fordul elő. Wagner sohasem találta ezt együtt garat- és gégediphtheritisszel, de igenis egyes sorvadással járó betegségeknél. Kórisme és gyógykezelés a jövőnek van fentartva.

5. Midőn a vészhihlő a bárzsingra terjed, itt is képződnek genyttűszők. Ezenkívül a falazat egyes rétegei között, vagy a nyákhártya alatti szövetben olykor gombostűfej-egész lenesényi, magánosan álló tályogok találtattak.

6. A bárzsing mögötti tályogok hasonló kórokok folytán támadnak, mint a garatmögöttiek: a csigolyatestek bántalma-, nyirkmirigy-genyedés következtében, vagy mint kóráttrakódás a hevenybetegségek folyamában. Csak akkor ismerhetők fel, hogyha újjal kitapinthatók, a nyak oldalán dudort támasztanak; talán ily esetben is csak akkor, ha ezen dudorra gyakorolt nyomáskor a garatba vezetett újj által maga a tályog kitapintható, vagy ha a nagy fokban nehezített nyelés geny kikrákogása között gyorsan elmulik. Az egyedül batályos gyógykezelés a tályog megnyitásában áll, mit, hol csak hozzáférhető, a szájon át végeztünk. A megnyitást követő genykiürüléssel azonnal megszűnik a nyelési nehézség, és gyakran a netán jelen volt nehéz légzés is.

7. Gyenge csecsemők szájpenésznél, névszerint olyanoknál, kik hasmenésben szenvednek, ha a penészgomba a garatba is nagyobb mennyiségben beterved, a penész bevándorolhat a bárzsingba is, és ott gyakran hengeralakká tömörülve, a nyelést lehetlenné teszi. Ezen körülményre támaszkodik a kórisme. R i n e c k e r által leirt egy esetben, melyet magam is észleltem, a baj kórisméztetett, és a szájrnek részgáliccali beecsetelése után a penészdugasz ki is hányatott, mire a gyermek meggyógyult; különben a betegség általában halállal szokott végződni.

8. Bárzsingszükület létrejöhet a szomszédos daganatok, nevezetesen a nyirkmirigyek általi nyomtatás következtében, azután heges zsgorodás folytán. A szükület gyermekkorban sokkal ritkább, mint felnötteknél, már azért is, mivel az njdonképletek gyermekeknél egyáltalában ritkábbak. A heges zsgorodások legtöbbségre sem kerül észlelet alá, mindazáltal K e l l e r Bécsben 46 olyan eset közül, a hol a két első életévben levő gyermekeknél kálilüggali mérgezés forgott fenn, 23-szor észlelt bárzsingszükületet; a 45 beteg közül meggyógyult 31, és pedig szorgos kutaszolás által a legtöbbségre azok, kiknél szükület fejlődött.

9. A bárzsing világrahozott elzárulása akkor is életképtelenséget tétélez föl, hogyha — miként az esetek nagyobb számában — más képződési hibák nincsenek is hozzá társulva (agyvizkór, végbélzár, végbél-hngyhólyagsipoly). H i r s c h s p r u n g 14 ilyen esetet gyűjtött össze. A bárzsing felső része egész kétszeresére ki volt tágulva, az alsó rész a légesöbe-, vagy az egyik hörgbe szájadzott, a közbenfekvő elzárt rész a légesö közepében vagy azon alul feküdt. A gyermekek mohón kezdenek nyelni, azután szájukat eltorzítják, és fulladási rohamtól lepetnek meg. Pücsap bevezetése a bárzsingba csupán az

elzáródási helyig lehetséges, melyet egyszersmind megjelöl. Gyermekszurok, valamint világos-sárga bélsár ürítetik ki, s a halál kimerülés következtében a 3. vagy 4-dik napon áll be.

C) A GYOMOR ÉS BÉLHUZAM BETEGSÉGEI.

I. Emésztéshiány. Dyspepsie.

A. Bednar: Die Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850. L p. 9.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josephs-Kinderhospital zu Prag. Prag. Vierteljahrsh. 1866. Bd. I. p. 47.

Itauchfuss: Ueber die Bedeutung der Zuckercur bei der Behandlung der Dyspepsie der Entwöhnungsperiode. Petersb. med. Zeitschr. 1866. Heft 4. cit. in Virchow und Hirsch Jahresb. 1866. II. p. 568.

Ujszülötteknél a gyomornedvmirigyek alkata még hasonló a nyákmirigyekéhez, azok kisebb számmal találtnak a gyomorban, és inkább egyenként a nyákmirigyek között, mint meghatározott helyeken csoportosulva, és gyéren vannak ellátva gyomornedvsejtekkel (A. Werber). Ebben rejlik, bonetani alapon, az emésztéshiányra való hajlam.

Az emésztéshiányról az utolsó évek alatt megjelent számos munkában (Wilson Fox, Pavy, Beau stb.) a gyermekek gyomor-emésztésére vonatkozólag csak kevés található. A gyermekgyógyászok túlnyomólag a bonci viszonyokat veszik alapul, tekintet nélkül arra, hogy ezek igen gyakran korábbi, tisztán működési zavaroktól függenek. Vegytani tanulmányok a betegágnál, melyek itt felettebb szükségeseek, még majdnem teljesen hiányoznak. Vérhiányos vagy heveny-betegségekből lábadozó gyermekeknél az emésztés és étvágy a gyomornedv kisebb mennyiségbeni elválasztása miatt végképen hiányzik; a savanyú ételek utáni vágy kimagyarázható az emésztésnek a savbevétel által megkönnyített felhasználhatóságából. Az emésztéshiány leggyakrabban a csecsemőkorban jön elő, és pedig — miként Bednar joggal felveszi — a hasmenés első korszakát képezi. Ezen nézetét azon tapasztalatra állapítja, hogy a felvett tápszerek a gyomor által épen nem, vagy csak félig emésztetnek meg. Az emésztés ezen zavara függhet vagy magától a tápszerek mennyiségétől és minőségétől, vagy a tápszerek tökéletes jósága mellett más, egyidejűleg beható mozzanatoktól. A tápszerek között mindazok támaszthatnak emésztési zavarokat, melyek a gyermek korának meg nem felelnek, még nem emésztetnek meg. Az anyatejről tudjuk, hogy ha azt a gyermekek igeu

gyakran, és túlságos mennyiségben kapják, akkor a gyomor rendelkezésére álló emésztő-sósav (Pepsin-Chlorwasserstoffsäure) annak csak egy részét képes megemésztetni, a többi emésztetlen marad. A túlságosan kövér, a gyermek korának meg nem felelő dajkatej, olykor az ismét bekövetkezett terhesség-, vagy havi vérzés alatt elválasztott tej is szintén nehezen emésztetik meg. Azonban a gyomoremésztés ezen zavara a szopás ideje alatt általában ritkább, mint rövid idővel az elválasztás után. Ilyenkor gyakran a tehéntej, különösen pedig egyes tehének erősebben savi hatású teje okozza a gyomoremésztés tökéletes hiányát. A gyomorba jutott tej először is megalvad, mit — az emésztőtől és sósavtól függetlenül — egy bizonyos erjesztő időz elő; ezen folyamat után pedig az emésztő-sósav behatása következtében a megalvadt sajtany peptonná, parapeptonná és dyspeptonná változik át. Ez utóbbi oldhatlan anyag mennyisége Meissner szerint 20%-ra rög. A tej fehérszínűjének a gyomornedv által talán meg nem emésztett része a hasnyál (pankreatischer Saft) behatása folytán részben peptonná változik át, részben tyrosinná, leucinná stb. bomlik. Észlelet által kimutatható, hogy nem ritkán a gyomornedv mindkét nemű behatása, úgy az alvasztó, mint az oldó, sőt még a hasnyál behatása is, a zsirra és a tej fehérszínűjére, időnkint fennakad. E mellett bizonyítanak azon székeletek, melyek egészben vagy túlnyomólag alvadt, emésztetlen tejből állnak, másrészt a még meg sem alvadt tej kihányása hosszabb időre a felvétel után. Közelebbi felvilágosítást ígér a hányadék megvizsgálása dialysator segélyével: a peptontartalom megközelítő mennyiség meghatározása. Ha az emésztéshiány ezen tünetei fellépnek, biztosan számíthatunk rá, hogy ugyanazon tápszer további használatára mellett a legközelebbi székeletek hígak, dügbűztek, erjedők lesznek, később egyszerti-, vagy choleraeműl hasmenés áll be. A tehéntej ekkor hasonló gyomoremésztést megállító — hatást gyakorol, minő a gyomorba jutott epéről ismeretes, s melyet Burkard az emésztő-sósav a glykocholsav általi erőműves lecsapódásából értelmezett. Lehetséges, hogy az ilyen tejből különösen nagy mennyiségben fejlődött dyspepton az emésztőt erőműlvi uton kiesapja, és így hatástalanná teszi. Annyi bizonyos, hogy van egy időpont, midőn a gyomorban a sajtanyemésztés megszűnik, és a székelettel előbb változatlan tejalvadék, azután rohadó tömegek ürülnek ki, épen úgy, mint azt Busch egy vékony- bélsipolyban szenvedő felnőttnél észlelte akkor, midőn a lefelé haladó bélrészletbe fehérszínű anyagok vitettek. Olykor ezen zavarok kezdetén feltűnőleg kemény, összetartó, gyér székeletek vonják magukra az orvos figyelmét, melyek Jacobi által

a gyomorbeli elégtelen sajtanyemésztés kifolyásának tulajdonítatnak. Gyakran nyílik alkalom észlelhetni, hogy ezután bizonyos ideig ugyanazon asszonytej vagy tehéntej nyújtása mellett az emésztési zavar mindannyiszor ismétlődik. Hogy ezen emésztéshiány létrehozásában az erős savtartalom lényeges szerepet játszik, abból is gondolható, hogy ilyen betegek nem esupán az anyatejet, hanem a b. Liebig módszere után készített, kevesebb tejsavat tartalmazó tehéntejet is igen jól tűrhetik.

Az emésztéshiánynak — mint amely a kis gyermekek többféle hasmenés-alakjának gyakran okozója, különösen pedig az elválasztás után azonnal jelentkező hasmenések túlnyomó számának szerzője — jelentősége könnyen belátható. A gyógyszerek közül ésszertileg kiváltképen három ajánlható: emésznye, sósav és higanyhalvaes. Az első pótolja a gyomor saját emésznyéjének hiányát, természetesen a szokásos 0.1—0.2 Gr. adag mellett, a naponta elválasztott, a testsúly $\frac{1}{10}$ -ét tevő gyomornedv mennyiségével szemben, többnyire nagyon is elégtelenül. A sósav adagolása azon elvnek felel meg, hogy az emésznye csekély mennyisége, ha folytonosan egyedül sósav vitétik be, és a képződött pepton felszívódik, végtelen mennyiségű protein-anyagokat oldhat fel. Az édes higany, mint hashajtó, ott van javálva, hol arról van szó, hogy az emésztetlen-, vagy erjedő tejrészeket a béluuzamból gyorsan kiküszöböljük, nehogy ezek a belek falávali hosszabb érintkezés mellett hurutot vagy tüszös fekélyeket támaszszanak.

Ezen gyógyszereknél hatályosb az emésztéshiány kórokainak eltávolítása, sőt annyira hatályos, hogy a legtöbb esetben tisztán étrendi uton kedvező eredményhez jutunk. Ez áll nevezetesen az elválasztás után tehéntejjeli táplálás következtében támadt alakról. Hogyha sikertől a szopást ismét rendbehozni, új dajkát fogadni, vagy haesak kíségitőképen a gyermeknek naponta néhány izben (hat hónapon túli gyermekeknél) egy időn át asszonytejet nyújtva, a szoros értelemben vett táplálkozást helyreállítani, akkor ezen eljárás szolgáltatja a leghatályosb gyógyszert. A gyermekek lassankénti elválasztásának nagy előnye abban rejlik, hogy a netalán mutatózó emésztéshiánynál ismét visszatérhemi a szoptatáshoz, és az elválasztást egyelőre elbalaszt-hatni. Hol ez ki nem vihető, olyan szoptatós asszonyra kell szert tenni, ki elegendő tejjel bír arra, hogy saját, már másnemű tápszerekkel is táplált, gyermeke mellett az emésztéshiányban szenvedő gyermeket naponta 2—4 izben megszoptassa. Ilyen esetben tehéntejet még a szopási időközök alatt sem szabad a gyermeknek nyújtani, hanem az alább felsorolandó póttápszerek (Surrogat) valamelyikét; e mellett,

hogya már hasmenés mutatkozik, rendeljünk vörös- vagy tokaji bort vízzel. Felettből fontos, és minden áron arra kell törekedni, hogy az elválasztás után megbetegedett gyermek az emlőt újból elfogadja, és éppen azért, mivel ez sok esetben igen nehezen sikerül, hol a viszonyok megengedik, igyekezni kell a gyermeket ismét minél előbb emlőre tenni. Hol asszonytej semmi áron sem szerezhető meg, a tehéntejet több napon, egész egy héten át félre kell tenni, és — habár nem elegendőleg is — cukros víz (R a u c h f u s s), salepfűzet (A. V o g e l), vagy zabkása, tojás sárgája és vörös borból álló elegy (B. S. S c h u l t z e) által pótolni. Ha a gyomorbeli emésztés ismét reudbe jött, a L i e b i g-féle levessel kezdjük meg a táplálást, és hogya újból emésztéshiányra mutató tünetek jelentkeznek, azonnal az utolsó helyen felemlített póttápszerhez térjünk vissza, melynek azon előnye van a többi fölött, hogy a táplálkozás kielégítő marad még akkor is, midőn a gyermekeknek hosszabb időn át kizárólag ezen elegy nyújtatik, mit a másik két póttápszert illetőleg határozottan kétségbe kell vonni.

γ : Az étrendi hibák megszüntetése által az emésztéshiány más alakjainál is végét vethetni a betegségnek.

II. Gyomorhurut. Magenkatarrh.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josephs-Kinderospitale zu Prag. Prag. Vierteljahrsschrift Bd. 89 p. 47.

A heveny-gyomorhurut bonci tüneteit képezik : a nyákhártya vörössége, duzzanata, és nyákkali bevontsága.

A nyákkali bevontság és duzzanat, mint élettani állapot előjön az üres-, vörösség és nagyobb elválasztás az emésztő gyomornál. A heveny-gyomorhurut bonctani kórisméjét egyedül ezen tünetek összetalakozásából is meg lehet állapítani, nevezetesen pedig akkor, ha a nyákhártya felületén egyidejűleg vérpettyek vagy apró folytonosság-hiányok találtnak. Idült gyomorhurut hasonlóképen nagyobb nyákelválasztással jár, azonkívül még a nyákhártyának palaszürke elszínesedésével, túltengésével, nem ritkán a gyomor ürterének megnagyobbodásával vagy megkisebbedésével is.

Gyomorhurutok támadnak meghűlések, erőművi izgatások, pl. bejutott idegen testek vagy bélférgek, vegyi ingerek : mérges anyagok, csipős ételek, meg nem emészthető tápszerek behatása folytán. Utóbbi tekintetben figyelembe veendő, hogy hosszabb időn át fennálló

emésztéshány gyomorhurutot von maga után. Idült alak a heveny gyomorhurutot létrehozó kórokok folytonos fennállása mellett jön létre. Ezenkívül sok heveny és idült betegség támaszt gyomorhurutot.

A kórtünetek következők: fehér nyelvcsapadék, kellemetlen savanyu szag a szájrútból, gyakori felbőgés vagy hányás, mely utóbbi tünet, különösen a csecsemőknél, a gyomornak még függélyesebb állása miatt ritkán hiányzik. A székelet kezdetben kemény, és gyakran emésztetlen ételmaradványokat tartalmaz; később könnyen fölléphet hasmenés. A hányadék csak némileg megváltozott, vagy erjedő ételrészekből, sok nyákból, és a bántalom hosszabb fennállása mellett epéből is áll. Nagyobb gyermekek gyomortáji fájdalomról, gyomornyomásról, vagy gyomorteltségről panaszkodnak; kisebbeknél csupán az étkezés utáni nyugtalanságból és kedvetlenségből következtethetni az érintett tünetekre. Az előbbieknél székszorulás, utóbbiaknál hasmenés szokta követni ezen tüneteket.

A gyomorhurut kórisméje az emésztéshányynyal szemben nehéz, mert egyik bántalom a másikat másodlagosan maga után vonhatja. Általában azonban gyakoribb a működési zavar és előbb jelen meg, míg a benci elváltozások csak aztán lépnek föl, és amannak alárendelvék. Lázas betegségeknel, és vérhiányos állapotoknál bizonyára sokkal gyakrabban forog fenn a gyomornedv elválasztásának zavara, mint a valódi hurut. A gyomorhurut föleserülésének heveny fertőzési bántalmakkal most már ritkán kellene történnie, miután e baj mégis megszűnt már a kórtan szabadalmazott bünbakja gyanánt szolgálni, melyre minden tisztán nem kórismézett állapotot reátukmáltak. Legfőbb csekélyfoku, rövid ideig tartó lázat lehet belőle némi joggal levezetni.

A gyógykezelést illetőleg azon heveny gyomorhurutoknál, melyek meghülés következtében támadtak, megfelel az izzasztó eljárás, ártalmas anyagok rövid idő előtti élvezése után a hánytató, azonkívül szénsavas sókat bőven tartalmazó italok és gyógyszerek, majd heves fájdalom mellett a nyákos burkoló- vagy bódító szerek. Idült gyomorhurut ellen szigorú, könnyen emészthető tápszerekre szorítózkodó étrend mellett különösen ajánlandók a pokolkő, vashalvag és festeny-éleg (Chromoxyd).

III. A GYOMOR ÉS NYOMBÉL KERÉK FEKÉLYE. CLAVUS VENTRICULI ET DUODENI ROTUNDUM.

Rundes Magen- und Duodenalgeschwür.

C. Hecker: Klinik der Geburtskunde II. p. 213.

H. Bohn: Die Mundkrankheiten der Kinder. Leipz. 1866. p. 58. u. f.

Rinz: Perforirendes Magen- und Duodenalgeschwür beim Neugeborenen. Berlin. klin. Wochenschrift 1865. Nr. 13 und 16.

Spiegelberg: Zwei Fälle von Magendarmblutung bei Neugeborenen in Folge von Duodenalgeschwüren. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. II. 333.

Andrew Clark, Curling, Mayer: Fälle von Ulc. duodeni nach Verbrennung bei Kindern, cit. in Hirsch und Vrchow's Jahresber. 1866. 1867.

W. v. Gunz: Aus dem St. Jos. Kinderhospital auf d. Wieden. Jahrb. f. Kinderheilk. V. p. 161.

Ugy a gyomor mint a nyombél kerek fekélye gyermekeknél a legnagyobb ritkaságok közé tartozik. Steiner és Wolmann Berlinben 4300 boncolat között 158-szor találtak fekélyeket és hegeket a gyomorban, de a gyermekkorban elhaltaknál egyszer sem. Hogy azonban ezen bántalom alól a gyermekkor szines teljesen kivéve, bizonyítja Gunz boncolata (ki nyomatékkal ki is emeli, hogy azt Rokitsansky azelőtt sohasem látta) egy 14 éves leánynál. Továbbá közöltek még eseteket Rufz és Donné 13 és 3 éves gyermekekre vonatkozólag; majd Bloest egy 7 éves fiú nyombelében átfűrő fekélyt talált. Ezen betegség rendkívül ritka előjvetelének oka talán azon körülménnyel hozható kapcsolatba, hogy a pálinka élvezete, ugy szintén azon többi étrendi kihágások, melyek a gyomorfekély keletkezésének kedveznek, valamint az ütterek falainak zsiros elfajulása, és a szívbántalmak, mint mely kórfolyamatok a gyomorfekélyt értömülés útján létrehozhatják, a gyermekkorban ritkán észleltenek. Mindazáltal számos, az újszülöttek gyomor- és nyombél-fekélyére-, és a gyermekkor második szakában az égetés (Verbrennung) után fellépő nyombélfekélyekre vonatkozó észlelet áll rendelkezésünkre. Az első élethő folyamában, közönségesen a születés utáni első napok alatt előjönnek vérzések a gyomorból és bélhuzamból, melyek már kezdetül igen erősek, és az esetek közel fele részében halállal végződnek. Ezen vérzések következtében kimúlt egyénkéek egy részének hulláiban a boncolat mit sem képes földeríteni; sok esetben azonban a vérzés forrása gyanánt egyszerű gyomor- vagy nyombélfekély lett kimutatva. Ezen észleletek előbb csak egyenkint Billard és Cruveilhier által előadva az

ujabb időben megszaporohtak, Hecker és Spiegelberg még kettőt esatoltak hozzájuk, s helyet adtak azon gyanításnak, hogy a kerek gyomor- és bélfekélyek képződése egyik legkiválóbb oka azon kórképnek, mely az ujszülöttek feketekórjának (*Melaena neonatorum*) felelne meg. Binz egy átfürödési esetet is hoz fel, melyben a hányadék az utolsó napon vér nyomait tartalmazta. Ezen betegség gyakoribb föllépte ujszülötteknél, kiknél a táplálás kellő gondnal vezetett, és így ezen részről ártalmas befolyások nem foroghattak fenn, kiknél továbbá a születés rendes végbemenetele még a baj crömüvi uton keletkeztét is kizárta, csupán azon gyanításokra szolgáltat okot, melyek értömülés vagy az edényfalak elzsirosodás általi keletkezésre utalnak. A bonciolet 3 esetben egyes nyombélfekélyt, 3-ban egyes gyomorfekélyt, 5 esetben többszörös gyomorfekélyeket mutatott. Egyes esetek minden tünet nélkül folytak le; az esetek többségében igen bő vérhányás — a hozzá tartozó véres hasmenéssel — képezé az egyetlen kórtünetet. Itt-ott említettnek: a hányadékban vérnyomok, nagy nyugtalanság és fájdalomnyilvánulások, rögtöni összeesés, makaes hányás. Kár, hogy gyermekkorban hiányzik a legbizonyítóbb tünet, a fájdalom, mely tápfelvétel után fokozódik, egyik odalfekvésre nagyobbodik, a másakra enyhül, mely végre a gyomortáj egy körtüli részletének nyomás iránti érzékenységével összefügg. A másik fontos tünet a vérzés, bizonytalan jelentőségű. Legalább Kiwisch és mások elég gyakran nem találtak boncolatoknál a gyomor- és béltakhártján folytonossághiányokat. A kórismét tehát egyelőre még nehéznek kell tartanunk, mindenesetre csak akkor lehetségesnek, ha vérhányás volt jelen. Gyógykezelési tekintetben tanácsos lesz a gyomortájra hideg borogatásokat rakni, s belsőleg vashalvagot, vagy pokolköoldatot adni.

Égetés utáni nyombélfekélyt vehetünk föl, ha kiterjedt égetés után 1—3 hétre heves fájdalom áll be a tápfelvétel után néhány órával, mely a jobb bordaszélek alá gyakorolt nyomásra fokozódik, ha az említett időben véres székeletek vagy hashártyalob jelenségei lépnek föl. Itt is tejétrend, hideg borogatások a fájdalmas tájra, vérzésesillapítók, átfürödés esetén belsőleg mákonyfélék lennének javalva. Clark után nagyon valószínű, hogy kezdődő átfürödés következetesen keresztülvitt jejes borogatások, koplaltatás, és mákonyszerek által még meg gyógyítható.

GÜMÖS GYOMORFEKÉLY. ULCUS VENTRICULI TUBERCULOSUM.

Steiner und Neureutter Prag. Vierteljahrschrift Bd. 86. p. 49. und Bd. 89. p. 73.
Rilliet und Barthez: Bd. III. p. 832.

Willig k 1600, nagyrészt felnőtt egyén hullája közül 241 bélgümösödést, ellenben csak 4 gyomorgümösödést, tehát 60 bélgümösödésre 1 gyomorgümösödést talált; Rilliet és Barthez gyermekeknél 141 bélgümösödés közül 21 esetben találtak gyomorgümösödést, tehát mintegy 7 bélgümösödésre egy gyomorgümösödést.

A gümös gyomorfekélynek ezen aránylag nagyobb gyakorisága gyermekeknél azáltal is megerősítést nyer, hogy a gyermekgyógyászok közül legtöbben saját kóranyagukra támaszkodva járultak egyik vagy másik észlelethez, így Bednar, Steiner és Neureutter, és mások. A gümö mint szemese (Knötehen) Rilliet és Barthez 21 esete között csak egyszer találtatott, a fekélyek leginkább a nagy görbületen székeltek. Nagyságuk a legkisebektől kezdve egész egy öfrankos terjedelméig ment. Gyakran voltak a gyomor alapján, vagy a szomszédos hashártyán gümök falálhatók, melyek a fekély természetét jelezték. Közönségesen csak egy fekély volt jelen, néha több, egész háromig.

Steiner és Neureutter 2 esetükben a következő tünetek. e támaszkodva állíthatták fel a kórismét: előhaladott tüdő- és bélgümösödés, erős gyomorfájdalmak az evés után, gyakori hányás, itt-ott vérpontokkal vagy csikokkal kevert hányadék. Tehát ugyanazon tünetek, mint a kerek gyomorfekélynél, csak ahol vérzés jelenkezik, az nem oly bő. A kerek fekély ritkasága a gyermekkorban, az első hetek kivételével, — majd ugyanazon egyén több szerveiben kimutatható görvélyes elváltozás, annak fölvételére jogosítanak, hogy a felsorolt tünetekből kórismézett fekély gümös természetű. A halálos kimenet rendszeren más szervek részéről adódik, azonban maguk ezen fekélyek is áttörhetik a gyomor falát, vagy átrághatják az edényeket. A gyógykezelés ugyanaz, mi a kerek gyomorfekélynél: tejtrend vagy tej és hustáplálék, e mellett pokolkő, vashalvag, vagy keneny (Bismuthum) alkalmazása, ahol kilátás van a gyógyulásra; hol azonban csupán a fájdalom és hányás esillapítására lehet gondolni, elégséges a szunyál.

IV. BÉLHURUT. DARMKATARRH. DIARRHOE. *)

C. F. Eichstadt: Ueber den Durchfall der Kinder. Grefsw. 1852.

La nbl: Aus dem Franz-Joseph-Kinder-pital in Prag. Prag. 1860. Bd. I. p. 291 u. f.

Hervieux: Ueber die krankhaften Zustände der Peyer'schen und solitären Drüsen der Darmschleimhaut bei kleinen Kindern. Gaz. med. de Par. 1855. 7—22. Schmidt's Jahrb. 88. p. 66.

A. Werber: Beiträge zur pathologischen Anatomie des pädatrophischen Darmes. Berichte über die Verhandlungen der naturf. Ges. zu Freiburg i. B. Bd. III. Heft 3. und IV. p. 137.

Steiner und Nourcutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josefs-Kinderaspitale in Prag. Prag. Vierteljar schr. B. 91 p. 115.

Müller: Der Durchfall der Kinder mit besonderer Berücksichtigung der Therapie. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 50 p. 296.

A. Monti: Ueber die Veränderungen der Dejektionen im Säuglingsalter und ihren Zusammenhang mit bestimmten Krankheitsformen. Jahrb. für Kinderheilkunde. N. F. I p. 299

H. Schwartz: Pathologisch-anatomisches Bild der Cholera infantum. Journ. für Kinderkrankheiten Bd. 32. p. 329.

Le Barillier: Zur Aetologie der Enteritis der Säuglinge. Ibid. Bd. 36. p. 209.

A kórbonei elváltozások között egyedül állandó a bélhuzam tartalmának megváltozott állapota, mely a vastagbélben folyós, a vékonybélben higan folyó, egészen vízszertű, világos-sárga, zöldes színtű, vagy csaknem színtelen, nyálkás, darabos, a nyákhártyáról ellökötett fehéres felhámorzsalékkal, ritkábban genyes nyákból álló részecskéekkel vegyülve. Megváltozások a bél falában teljesen vagy majdnem hiányozhatnak, hogyha a hasmenés fellépése után csakhamar bekövetkezik a halál. Közönségesen azonban úgy itt, mint a távolabb eső szervekben elváltozások találhatók.

1. Heveny bélhurutnál a nyákhártya különböző fokban duzzadt, fellazult. Erősebben ki van ez fejezve a hurkabélen (Colon), hol az a nyákhártya alatti szövetre is elterjed. Ezen megduzzadásban részt vehetnek a tüszők is, túlnyomólag meg lehetnek támadva, vagy megkímélve. A felhámsejtek duzzadvák, gömbölyűbb alakúak, bizonyos körülmények között szemesésen zavarosak, vagy nyákos ellágyulásnak indultak, kisebb darabokon leváltak és a béltartalomhoz vegyültek. A vörös szín ritkán feltűnőleg élénk, rózsás, a bél egész kiterjedésében; midőn ez inkább következménye mint oka gyanánt tekintendő a tulajdonképi kórfolyamatnak. Gyakrabban a lehágó remese, végbél. csipből alsó részének nyákhártyáján egyenletesen elterjedő élénk vö-

*) Bélhurut és hasmenés fogalmak nem azonosak. Ezen fejezetben azon bélhurutokat tárgyaljuk, melyek hasmenést támasztanak, és azon hasmenéseket melyek nem alapulnak a bél vagy más szervek (verőcérelzáródás, vesecelfajulás) nagyobb bonci bántalmazottságain.

rös szint találunk. Még gyakrabban találni egyes kisebb részekre, a remese néhány redőjére, vagy a csipbél néhány darabjára terjedő erősebben telt véredényeket, mint csikokat, szegélyeket, szabálytalan alakokat. A fodormirigyek nem vesznek részt ezen elváltozásokban, a lép kicsiny, tokja ráncos.

Az idült bélhurutnál különféle kórképek alakulhatnak.

2. Felpuffadása és halvány színe a bélnek; vékony, szakadékony állapota a bélfalaknak, gyenge kifejlődése, lefelé eltűnése a Kerkring-féle redőknek, megrövidülése a bolyhoknak kerekded, rögzös alakokká, zsíros, festenyés, enyvnyéd elfajulása a felhámsejteknek, a bolyhoknak és a bolyhokat alkotó egyes szövetelemeknek (A. Weber), kemnyéd elfajulása a felhámnak (Lambd). Lambd-nál egész sorozatát találjuk lerajzolva ezen különféle felhámelfajulásoknak. A fodormirigyek halványak és duzzadtak. A legfontosabb felszívó készülékek, a bolyhok, itt sorvadva vannak; finomabb, a nyirkedényekhez vezető gépezetük, a felhámok, működése a különféle elfajulás következtében gátolt vagy hiányos; végre a tápanyaáram esomópontjai, a nyirkmirigyek, nehezebben átjárhatók. Röviden, a felszívódás a nyirkútakban annyi akadályra talál, miszerint épen nem lehet esodálni, hogyha a test, miután semmi sem válik javára, lesóványodik, mialatt a bélváladékok hasmenés alakjában folyton ürítetnek. Weber a nyirkkészülék megzavart működésének erős kinyomataként a bolyhoknak visszeres edényeit zsírral megtelve találta.

3. Mérsékes foka mellett az épen jelzett elváltozásoknak, vagy azok nélkül, a tüszőkészülékek lesznek a kóros megváltozások sajátos székhelyévé. Számra és fejlettségre nézve ezek még gyéren vannak képviselve az újszülötteknél. Hervieux az egész bélhuzamban csak 6—15 Peyer-féle mirigyecsoportot (Platten) talált. Ezek szintugy mint a különálló tüszők még több helyen tömeges sejthalmazokat mutatnak, körüladva erős hajszaedényezettel tömött szövettel, de éles határ nélkül beágyazódva az őket körülvevő kötszövetátlományba. (Weber). Ezen képletek sejteiknek bujálkodása által megduzzadnak, mialatt egy vértorlódásos edénykoszoru fejlődik, mely idővel egy barna vagy szürke füsténykoszoruvá változik át. Maguk a tüszők első megduzzadásuktól kezdve elsorvadhatnak, ugy, hogy azok helyét egyedül az üres füsténykoszoruk jelölik. Vagy gyarapszik a duzzadás, és fehéres egész sárgás-veres kiemelkedéseket képeznek, puha, szivacsos átmetszettel. Ezek azonosok a Hervieux által leirt lobalakokkal. A duzzadás kezdetétől mindjárt átmethetnek heveny, fekélyes lobalakokba; különösen előjön ezen folyama* a vastagbél magányos tü-

szőinél (túlszós kifekélyedés); a halvány duzzanatok egyes részeiben turós elfajulás jöhet létre, es így támad azon alakja a bélfekélynek, többnyire a csipbélben, mely mint gümös fogatik fel (Niemeyer görvélyes bélfekélye). Mindezen alakoknál részt vesznek a bántalomban az illető fodormirigyek, mennyiben legalább erősebben megduzzadnak; az utolsónál bennük is mindenkor turós góccok fejlődnek. Egyébb megváltozások: a lép gyakran kis fokban duzzadt, túlfejlett, de vérszegény; a máj nagy, halvány, zsírdus; sokkal ritkábban nagy és vérdus, vagy kicsiny és barnás színű. A vesékben a szemölcsök idült hurutján kívül gyakran akadni huyasavas és földes tömülésekre, kis kövecskékre a kehelyben. Egyébiránt a test elsoványodott, a többi belső szervek vérszegények. A szív kicsiny, üreiben kevés alvadékkal, a nagy visszerekben önkénytes (spontan) véralvadékok (Sinus durae, V. renalis), a tüdőkben a hörgők némi vérbősége mellett gyakran akadni táguatlan részekre, és nyelési tüdőlobokra (Schluckpneumonie), helyenkint vérömlenyos góccokra is, mint az értömülések következményeire. (Schwarz). Az agy majd vérszegényebb, majd visszeres pongást mutat, és sorvadt, ritkán — az öbölbeli tömülés folytán — egyes ellágyulási helyekkel vagy vérömlenyekkel. Kiterjedt kemnyéd elfajulása a belső szerveknek, mint másodlagos körtermények, újabb időben gyakran felemlítettnek. A bélgörvély (Darmscrophulose) néha gümőkörhöz is vezethet.

*A bélhurut kóroka i nagyrészt a táplálásban keresendők; kevesebb befolyást gyakorolnak a lakás, ápolás és tisztaság, égaljvaltoztatás, a test kedélyállapota és kifejlődési mozzanatai.

Az egész halandóság kis gyermekeknél ezen betegség által uraltatik. Különösen ugy látszik, hogy, miután ez nagyobb számmal és súlyosabb lefolyással támadja meg a gyermekeket, ez által ismét ki egyenlítődik a két nem közötti azon különbség, mely a születésnél tapasztaltatik. A korra vonatkozólag a koraszülöttek, — kiknél a tápésatorna nincs tökéletesen kifejlődve, — legnagyobb része ezen betegségben hal el, az első élethét majdnem mentes, míg a második, harmadik és negyedik hétből ismét nagy mérvben szedi áldozatait ezen betegség. Minden következő hónap kisebb megbetegedési számot mutat fel, mint az előtte való; legalább ugy van ez minálunk, hol leggyakrabban az első élethéba esik a mesterséges felnevelés megkísérlése. Az évszakok közül a nyár derekán és ősszel fordul elő a legtöbb megbetegedési eset. Minél melegebb az év, minél melegebb éghajlat alatt ekszük valamely ország, annál gyakoribb a bélhurut. Észak-Amerikában, hol ezen bántalom borzasztó kiterjedésben lépett fel, New-

York-ban 10 év alatt elhalt ezen betegségben 10,000 gyermek (Hexamer), egyenesen nyári betegségnek („Summer complaint“) nevezetik. Inkább kiterjed a szegényekre, mint a gazdagokra, jóval inkább a nagy városokra mint a vidékre. Az élelmi szerek, nevezetesen a tej drágulása és hamisítása, nagy városokban növeli az előjövételt. Nedves lakások, a test ápolásának elhanyagolása némileg kedveznek ugyan a betegség keletkezésének, a főok azonban mindenkor a táplálásra vihető vissza.

Az anyák által szoptatott gyermekek az anyák heves felindulása után hasmenésbe eshetnek; nem különben olyan tápszerek fölvétele következtében, melyek magának az anyának emésztési zavart okoznak, vagy hashajtó szereket bocsátanak át a tejbe; olykor rendszerint az ivarvérzés beköszöntésekor. (Le Barillier beszéli, hogy gyermekénél a hasmenés föllépéséből képes volt megmondani a dajka ivarvérzésének bekövetkeztét.) Hasonló behatást tulajdonítanak a közösülésnek is. Valamint hajtólag hat az anya első teje (Colostrum), a mely csak fehérrnyét és nem¹ sajtanyt tartalmaz, épen ugy gyakran hajtó hatása lehet későbbi időben azon tejnek is, mely sok colostrumtesteket tartalmaz. Ugy a tulságosan kövér, mint az igen vízduz dajkatej ugyanily hatást szülhet a gyermekeknél; gyakran jó a dajkatej, és csak az által támaszt hasmenést, hogy tudatlanságból gyakrabban szoptattatik a gyermek, mint kellene; vagy jó a dajka teje, de nem felel meg a gyermek korának.

A mesterséges fölnevelés tekintetéből megkísérelték a tehéntejnek cukrosvízzel, kosbor-gyökérnyákkal stb. higitása által az anyatejhez hasonló tápszert előállítani. Legtökéletesebben sikerül az a Liebig-féle gyermektápszert által, mely a Liebe-féle készülék segítségével könnyen előállítható. Azonban ezen mesterséges tápszert mellett is sokkal gyakrabban kell megküzdenni az orvosnak a bélhurutokkal, mint a rendes szoptatásnál. Legroszabbul vagyunk akkor, midőn a gyermek mesterséges fölnevelése tulnyomólag cukor- és keményetartalmu anyagokkal, vagy tetszés szerint vegyített tápszerekkel eszközöltetik. Az elválasztás annyival döntőbb mozzanat a gyomor- és bélhuzam működésére nézve, minél korábban történik az. A szoptatásra legkevesebb 9 hónapot kell számítani; ezenkívül ne engedjük meg az elválasztást akkor, midőn valamelyik fog épen áttörő félben van, és, hol lehetséges, ne a forró nyári hónapok alatt. Ismételve kiemeltük már, hogy az elválasztásnak lassan kell történni, ugy, hogy a mellett a gyermek még jó ideig az emelőre tétessék. Az elválasztás után egyszer a tehéntej általában, máskor csupán bizonyos tehén teje, és ismét

máskor egyéb, a tej mellett nyújtott tápszerek idézik elő a hasmenést.

Igen gyakran hosszú időn át fenmarad a tej élvezete után a hajlam emésztéshiányra és bélhurutra, minden újabb kísérlet hasonló eredményez, és hónapokon át más tápszerekkel kell magunkat kisegíteni. Szerencsére szabály szerint nincs az úgy, és többnyire csakhamar sikertül a gyermek bélesatornáját az új tápszerhez szoktatni.

Végre a hasmenés okai gyanánt meg kell említenünk a meghűlést, a kedélyizgatottságot, és a fogzást; három olyan befolyás, melyekre csak akkor gondoljunk, midőn a táplálásban kór-okra nem találunk. A meghűlés és kedélyizgatottság inkább nagyobb gyermekeknél, mint csecsemőknél szerepelnek. Hogy a fogzás a nagyobb mennyiségben elválasztott nyál lenyelése által, és még más ismeretlen módon is hasmenéshez vezethet: elfogadható ugyan, de nem szabad ezen hasmenésnek sem valamely gyógyerőt tulajdonítani (agytünetek levezetője, mint az E i c h s t e d t után többször visszhangoztatfik), sem azt szabályosnak tekinteni. Nevezetesen nem szabad, mint az, fájdalom, gyakran történik, a fogzást kibuvónak felhasználni arra, hogy megvizsgálatlanul hagyjunk a táplálkozási viszonyokat, és tétlenek maradjunk azon megbetegedés kezdetével szemben, mely annyi gyermek életét kioltja. Különösen utalunk e tekintetben azon fejezetre, mely a bélhurutuak az emésztéshiányból származását tárgyalja.

A) HEVENY BÉLHURUT. ACUTER DARMKATARRH (CHOLERA INFANTUM.)

A heveny bélhurut előpostája gyanánt tekinthetui sok esetben a visszatartott székelést, és a tápszer felvétele után rövidebb vagy hosszabb időre bekövetkező hányást. Ezután változik az ürülékek természete és száma. Ha föl vesszük is, hogy a székelések száma egy 24 óra alatt kitchet 4-et, még ezen számon belül is gyanus lehet az ürülékek szokatlan megjelenése, p. o. szokatlan időben, vagy ha rövid idő alatt egymás után több székelet bekövetkezik. Legközelebbi felvilágosítást nyújt a megtekintés. Laza, el nem változott tejvadékból álló, vagy ilyenekkel vegyes, halvány, élesztőszerű, feltűnő kellemetlen, vagy savanyú szagú ürülékek a bélhurut biztos jeleit tekintendők, szorosán véve annak alkalmi kórokáról adnak felvilágosítást. Még néhány napig eltarthat a hasmenés székrekedéssel váltakozva, mi mel-

mellett jelen van rosszullét érzete, de a kinézés nem mutat súlyos megbetegedésre, olykor hányás; ekkor azonban bekövetkeznek a gyakori híg, vizes, vagy sárgás-nyákos, vagy zöld székélések 20-szor, sőt többször is egy nap alatt; ezek erősen savi visszhatásnak, könnyen kimutatható fehérnyetartalommal, — a rendes székéletben hiányzik, — undorító vagy savanyu szaggal, edző természettel, annyira, hogy a végbél körötti külbőrt vörösre marják és kisebesítik. Felette gyorsan fellépnek a zavart felszívódás tünetei. Folyton tartanak a vérbőli kiválasztások, melyeknek pótlása, nevezetesen vízben, vagy nem történik, vagy csak tökéletlenül. Kisebb lesz a vérnyomás, kicsiny és szapora az érítés, a huy gyér és sötét, a külbőr száraz, a test legtávolabbi részein hűs. Ezután felszívódnak a gyurmanedvek (Parenchymasäfte), beesik az arc, bágyadtá és fénytelené válik a szem, besüpped a kutaes, a varrányokban egymásra tolnak a csontszélek, és pedig úgy, hogy a falesontok szélei magasabban fekszenek, a koponya alkalmazkodik az agy kisebbedő térfogatásához. Végre bekövetkeznek a hányszékeléshez hasonló viszonyok, üresek lesznek az üterek, verésük alig érezhető, felhalmozódik a vér a visszerekben, főkép azok nagyobb öbleiben; az üteres agyvérszegénység kinyomatai: a mozdulatlan látás, kábultság, később ránggöresök; a nyult-agy vérszegénysége szuli a nehéz, rendellenes légzést; gyengül és rekedté válik a kiáltás a ránggöresroham alatt; nyelési tüdőlob (Schluckpneumonie), tehát végtére emeltebb testhőfok mellett, vagy a kimerülés folytán esendesen beköszönt a halál. A halálos kimenet okai lehetnek aszkóros véralvadások is az agykéreglökben, a vesevisszerekben (Beckmann). A kedvezőbb lefolyások gyógyulásba vagy idült bélhurutba mennek át.

A jóslat kezdettől fogva bizonytalan, noha mondhatni, hogy az idejekorán és alkalmas szerekben nyújtott segély mellett egy gyermeknek sem volna szabad ezen betegségben elveszni. Ha a csecsemőnek még elég korán anyatejet nyújthatunk, akkor megtaláljuk a legjobb gyógyszer megbetegedett tápasatornája számára (hasoul. lap 368). Ha ez nem kivihető, és a gyermek zsemlye-lisztpeppel, vagy más ilyenekkel tápláltatott, akkor kísérsük meg a Liebig-féle tápszert, e mellett adagoljunk pepsint, sósavat, talán mindenekelőtt édes higanyt. Hol a hasmenés tehéntejjeli táplálás mellett jelentkezik, tétessük félre azt néhány napra, és a helyett rendeljünk tápszert zabkását (Hafergrütze), tojást, vörös bort. Sok tápszert az ilyen gyermekek úgy sem emészthetnek meg, azért azt inkább meg kell szorítani. E mellett belsőleg megkisérszhetni a mákonyfösvényut (gtt. $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{2}$ p. dosi, lecsapott légsavas kenenyéléget (Bismuthum subnitricum), mész-

vizet; kemnye vagy pokolkő-esőréket. Ha gyengül az értítés, hidegülnék és kékessé válnak a távolabb eső testrészek, úgy jávalva van a meleg fürdő (28—29° R) és erős bor. Ha a gyermek már nem képes többé szopni, tegyünk kísérletet a kifejt anyatej kávéskanalankénti adagolásával.

B) IDÜLT BÉLHURUT. CATARRHUS INTESTINALIS CHRONICUS.
(TABES MESERICA. ATROPHIA INFANTUM.)

A hányás és hasmenés nem bírnak ugyan itt azon kimerítő jellemmel, de azok folyton tartanak, nevezetesen az utóbbi, támogatva túlságos vagy nehezen emészthető tápszerek által. Előrement nyögések, nyöszörgések és fájdalmas arcrángások után haskorgások és szélboesátások között a gyermekek naponta több ízben székelnék, s a székeletek nagy része egyszer vízből áll, sárga és fehéres horzsolódmányokkal; máskor híg, pépes, egyenetlen színű, vegyesen sárga, zöld és fehér, egészben erősen savi visszhatásu, higan folyó anyagból vannak összetéve. Ilyen gyermekeknél a bennék ellenében kevés ellentállással bír a bél, benne H, N, CO₂-ből álló gőz halmozódik fel, minek kifolyása az altest felpuffadása, és a kifeszített bélkacsok hurkák alakjában elötünése a hasfalon át. Elsorvad a bél, fölhámjai elfajulnak, összesugorodnak a bolyhok és redők, megduzzadnak a fodormirigyek, lesóványodik a test, mivel a táplalék részéről semmi, vagy csak felettébb kevés az, mi előnyére válik. Ezek azon agkori gyermekarcok redős bőrrel, beesett pófakkal és szemekkel. Elgyengülnek az izmok, eltűnik a zsírszövet, visszamarad a esontnövés is. Mialatt a testből minden zsír felszívatik, ugyanaz lerakódik a májban, mely megduzzad és segít a puffadt hasnak — a test többi részeihez viszonyítva — még feltűnőbb torzalatot kölesönözni. A bélesatornával egyetemben meglepi a hurut a szájüreget is; a savanyu nyál bő mennyiségben választatik el, a nyákhártya mindenütt vörös és sima, ha csak szájpenész nem esatlakozik a betegséghez, és az gyorsan el nem terjed az alkalmas talajon. Sokan ezen gyermekek közül még a heveny bélhurutnak esnek áldozatul, másoknál nem marad el a következmény: a görvélkör, belső szervek kemnyés elfajulása, vagy angolkör kifejlődése. Kedvező esetekben sok idő eltelik, míg enged az aszkór és vérszegénység, és az emésztő szervek ismét meglehetősen kedvező állapotba jutnak. A gyógykezelés itt is túlnyomólag étrendi. E tekintetben az szolgáljon alapul, hogy csak annyi legyen a felvett tápszer mennyisége, mennyit

a gyomor megemészthet. Mindaz, a mi több, egyszersmind ártalmas. A minőségre vonatkozólag előnyös a nyers husvakarék (Weissg), naponta 2—3 kávéskanállal, továbbá tojássárga, cacao, zabnyák, erős nyákos huslevesek; a tej csak ritkán türetik, ellenben annál jobban a bor. Kezdetben előnyösen adagolhatni esersavoldatot, mákonyfösvényt és bort; később összehúzó növénykivonatokat p. o. Extr. Ligni Campechiani, Tinct. Catechu, Guarana, még inkább a keneny (Bismuthum), pokolkő vagy vashalvaes (napj. 3-szor 1—2 esőppet vízben); nevezetesen az utolsó szertől, kellőleg berendezett étrend mellett, kitünő eredményeket láttam. Belső használatra továbbá ajánlhatom — pokolkővel állóvetek mellett — a következő vényt: Tannin. Grm. 0,2—0,5, Tinct. Opii Gtt. 2—6, Vini Tocayensis Grm. 15. Ag. Grm. 100. Igen idült alakoknál alkalmas a vaspor szénsavas mézszel és valamely fűszeres javítóval. A zöld festenyéleg (chromoxyd) is megérdemli a kísérletet. Szájpenész fellépésénél, a száj igen gondos tisztítása mellett, a nyákhártya valamely égvényes szerrel esetelendő be. Végbélkivődések pokolkővel vagy földmagánsavas haméleggel kezelendők.

C) TÜSZÖS BÉLLOB. FOLLICULARERKRANKUNG DES DARMES. (ENTERITIS FOLLICULOSA.)

Ha a legközelebb kifejtett alaknál a gyermekek feltünő mérvben lesoványodnak, és összesznek, lázba esnek, felettébb bizös székeletük bőven tartalmaz nyákgomolyokat, és itt-ott véres pontokat vagy esikokat, akkor fel leszünk jogosítva azon gyanura, hogy a vastagbélben, és talán még a csipbélben jeleulevő béltüszök megbetegedésével van dolgunk, oly módon, mint azt fentebb bonctanilag vázoltuk. A kezelés itt összevág azzal, melyet az előbbi kóralaknál felsoroltunk, de a jöslat sokkal kedvezőtlenebb.

V. SZÉKREKEDÉS. STUHLTRAEGHEIT.

Verstopfung. Obstipation.

A. J a c o b i: Ueber einige wichtige Ursachen der Verstopfung bei Kindern. Amer Journ. of Obstetr. Mai 1861. Schmidt's Jahrb. 1869. IV. p. 181.

H. B o h n: Bemerkungen über die habituelle Stuhlträghheit im frühen Kindesalter. Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. I. p. 83.

Az első életévben különösen gyakran előjön a székrekedés, mint tünete a bélhurutnak, lehangolt bélmozgásnak, és a felvett táp-

szerek rendellenes mivoltának. Ilyenkor naponta csak egyszer következik be a székelés, vagy mindenkor csak több nap elteltével. Az ürülék kemény, darabos, epeszegény, gyakran fehér, kemény sajthoz hasonló törmelékkel kevert. A székelés közönségesen csak többszöri eredménytelen megkísérlés után sikerül, és egybe van kötve szokatlan erőlködéssel, arckékválással, néha könnyű rángatózódsági tünetekkel. Majd a kimerültség okozza, hogy újabb székelés megkísértése kerültetik, vagy a lehetőségig halasztatik. Székeléskor a végbél nyákhártyája előeshetik, vagy megsérülhet, úgy, hogy ennek következtében a székeleten vérpontokat vagy esikokat látni. Makaes és tartós székrekedésnél a puha és mérsékesen puffadt hasfalón át láthatók vagy kikapinthatók a kemény bélsárcsomók, melyek újjnyomogatások által tovább mozdíthatók, alakjukban megváltoztathatók, és a remese, nevezetesen a haránt és lehágó remese hosszában elrendezhető. Gyakran mulékony, egy vagy több napig tartó lázas állapot észlelhető a székrekedés mellett, sőt görcsök is csatlakozhatnak hozzá. Az egyes ürüléseket hasesikarások előzik meg. B o h n szerint föltételezhet ezen baj nem csak agyvérbőséget, hanem idült kütteget is a fejen. Ugyanú az első életévben fennálló lomha székelést az angolkór rendes előhírnökének tartja; hogy az kezdete a hiányos emésztésnek, és nevezetesen az elválasztás után az első zavart képviseli: már előbb jeleztük.

J a c o b i joggal arra figyelmeztetett, hogy a sajtanydus tej, különösen a tehéntej, ezen alkatrész kemény, esomós megalvadása által behat a bélsár töményebb alakulására, és így alkalmat szolgáltatthat ezen betegségre. Ezért nagyobbmennyiségű sajtanydus tej élvezete ezen betegség alkalmi okául tekintendő. Gyakrabban nehezen emésztendő, szilárd növényanyagok hozzák létre; nevezetesen szélszorítólag hatnak a tápszerek akkor, ha gyér mennyiségben, és kizárólag a növényi országból vétetnek. Néha ezen betegség körjelét képezi egy idült mérgezésnek, p. o. ólom által, látogatójegyek vagy ólomkatonák nyalogatása következtében; vagy mákonymérgezésnek azoknál, kik ezen szer álmhozó hatását kizsákmányolják. Korosb gyermekeknél a székszorulás nem származik egyedül a túlnyomólag növényi tápszerrektől, hiányos táplálkozásból, hanem a kevés testmozgás, agy- és idegbetegségek, és a bélesatorna szervi betegsége következtében is. Csecsemőknél kedvez ezen betegség kifejlődésének az S képi hajlás aránytalan hosszúsága, és jobb felé hajlása.

A kezelés főadata legközelebb az okot eltávolítani. Itt kérdésbe jöhet a tej hígítása, több állati tápszer elrendelése, rossz szokások be szüntetése, tornázás és szabadbani járkelés. Hol emésztetlen anyagok

halmozódvak fel a bélhuzamban, mint: gyümölesmagvak, kenyérhéj, hüvelyes vetemények stb., hol a bélsárgomolyok a hasfalón átérezhetők, ott azok kihajtására erősebb hashajtó szerek, mint édes higany, seena, fagyalfahéj (Faulbaumrinde), és hashajtó csőrék rendelendők. Enyhébb alakoknál elegségesek a hideg vízzeli allövetek, belsőleg gytmölesnedv, rhabarbara, egy kevés soda- vagy keserűviz. Közönségesen elegendő a célszerű táplálkozás elrendelése, hogy a bajnak jövőben eleje vétessék.

VI. BÉLFÉREGKÖR. HELMINTHIASIS. WURMKRANKHEIT.

C. D a v a l n e : Traité des entozoaires. Par. 1860.

H. L e u c k a r t : Die menschlichen Parasiten. Leipz. u. Heidelb. 1863.

D r a s c h e : Ueber die Behandlung des Bandwurmes. Wien. med. Wochenschrift 1866.

Nr. 31.

K ü c h e n m e i s t e r : Ueber Wurmbeseesa etc. Oestr. Zeitschrift. für prakt. Heilk.

1167. Nr. 16.

H o u c h u t : Accidens vermineux causé par des lombrics. Gaz. des hop. Nr. 42 1867.

Számra nézve a bélféregkór gyakrabban előfordul a gyermekek-nél, mint a felnőttek között, a mennyiben legalább azon különös viszonyoktól eltekintünk, melyek az elmebetegekre vonatkoznak (Vix). A bélféregkórnak itt csak ezen alakjairól fogunk tüzetesben értekezni. Azon nézet, hogy a bélféreg ártalmatlan, legfőlebb itt-ott alkalmatlan zsellérei az illető szervezetnek, mindinkább tarthatlanná lett. Ezen élősdiék közül még azokról is egészen komoly életveszélyesség közölte-tett, melyek a legközönyösebb szerepet látszanak játszani. Nevezetesen L e u c k a r t műve hatott oda, hogy ezen tekintetben gondosabban széttekintsünk. Most már tudva van, hogy a legközönségesebb galandóc, (Taenia solium), ha annak érett tagjai feljutnak a gyomorba, heveny galandócgötmű (Cestodentuberculose), vagy az agynak sejtiszüveti hólyagfark-megbetegedése (Cisticercinerkrankung) által halálos lehet; hogy a májbeli métej (Distomum h.) bevándorlása az epeutakba életveszélyes sárgaságnak lehet alapja (B i e r m e r esete); hogy még maguk a kis, szabad szemmel nem látható indafejek (Trichocephaler) sem közönyösek a bél takhártájára iránt. Egy szóval világos az, hogy a bélféreg korai fölismerése, és elűzése a szervezetből sokkal fontosabb, mint azok gyakori előjövételéből talán sejteni lehetne. Másfelől óvakodnunk kell súlyos, batározatlan jellemű megbetegedések kez-

36. Fig.



Közönséges galandóc két petéje, és egyiknek maradványa trippelphosphatkristályok, izompanaszok, és bélsárrészek között.

hát nem vagyunk többé azon kényszerhelyzetben, egyedül az egész állat, vagy egyes tagjainak kitarodásából állapítani meg a kórismét, vagy kísérletkép bélféreghajtó szereket alkalmazni; hanem az érintett vizsgálat alapján biztosan megmondhatjuk minden egyének, valjon szervezetében tartózkodik e bélféreg, és ha igen, melyik az. A következő lapokon látható ábrák a tankórodamon járólág megfordult gyermekeknél észlelt, és bemutatott bélféreg-petéket mutatják.

detén biztos alap nélkül, egyedül a gyanura és „gondolom“-ra építve, pontos vizsgálás helyett a kényelmesebb hypothesisre támaszkodni. E tekintetből a kórismére egyik rendkívüli értékes kiegészítő mód a bélsár göresői vizsgálata. A legtöbb bélféreg oly mennyiségben trit ki petéket a bélsárral, hogy a göreső alatt csaknem minden bélsárrész egyik vagy másik bélféreg petéjét tartalmazza; a pete alakja pedig azonnal fölvilágosítást nyújt az illető élődi jelenlétéről. Te-

37. Fig.



Egyetlen indafej (Trichocephalus dispar) petéje.

1. ORSONYA. ASCARIS. SPULWURM.

A bélférgek között az emberi orsonya (*Ascaris lumbricoides*), az, mely körülbelül leggyakrabban előfordul. Egyes esetekben a macska-orsonya (*A. mystax*) is találatott emberben. Az első hengerded, sárga vörös, ha nőstény, mintegy 40 Mm. hosszúságra és több mint 5 Mm. vastagságra megnő; ha hím, elér 250 Mm. hosszúságot, és 32 Mm. vastagságot, fején 3 ajkkal, melyeket körülvesz néhány száz igen finom fog. A vékonybélben tartózkodik, és úgy látszik, igen gyorsan eléri tökéletes nagyságát, mivel csak igen ritkán akadni fiatal, még kis példányokra. Olykor ezen bélférgek száz, nem ritkán fuzat számra

vannak jelen. Előjövételük a vastagbélben és gyomorban, felettebb ritkán az epeutakban, a hüvelyben vagy légutakban, sőt az Eustach-kürtben, és az orr egyéb melléküregeiben, mint kivándorlás vagy eltévedés tekintendő. Nevezetes hajlammal bírnak a sztk nyílásokoni átkuszásra. Így találtatott már beszorulva a történesen lenyelt sodronygyűrűben (Drahtöse), sőt egy féreg két ilyen gyűrűben; és innét magyarázható az, hogy a bél fekélyes átfuródásainál a bélférgek a nyíláson át többnyire a hasüregbe vándorolnak. Azt sem merném kétségbe vonni, hogy az orsonya maga átfurhatja a belet; nehéz eldönteni, valljon a gyermekeknél itt-ott észlelt áttörése a férgeknek a köldöktájon, felnőtteknél a lágyékban, a giliszták tevőleges előnyomulásán alapul-e, vagy azok a már előbb jelenvolt sérvkapukon történetesen átkusznak. Bizonyosnak látszik, hogy az orsonyák igen ritkán veszik igénybe számos fogaikat arra, hogy a bél falát átlikaszzák, és hogy a legtöbb esetben, hol a giliszták az átlikasztott bélfalon kívül találtattak, utólagosan csúsztak át a valamely más módon létrejött nyíláson. Saját észleletem nyomán állithatom, hogy a bél falához illeszkedett orsonyák vérbőséget és duzzadást okozhatnak a nyákhártyában; a bél közönségesen nincs megváltozva.

A bevándorlás módja még ismeretlen. Tudjuk, hogy számos orsonyapete emlős állatoknak beadva, vagy a magukat kísérlettevésre elszánt egének által lenyelve: eredménytelen marad. Valljon sztkés-ges-e egy közbeneső tenyésztelep (Zwischenwirth), vagy hogy az ébrényeknek a testen kívül kell kifejlődniök, eddigelé nincs tudva. Annyi bizonyos, hogy inkább szenvednek benne a gyermekek mint a felnőttek, elmebetegek mint az egészségesek, szerencsének mint a féhérbőrűek, vidékiek mint a városban lakók. Egyes falvakon feltűnő gyakori ezen betegség; bizonyos évek különösen kedvezni látszanak a kifejlődésnek.

A gilisztakór tünetei kimagyarázhatók részben a bél nyákhártyájára történt közvetlen behatásból; így hasmenés a hurutos izgatás folytán; székrekedés, hol több orsonya egy esomóba tekergőzve a bél ürterét eltömi; fokozott vagy lehangolt étvágy; sőt ideszámítható a bizonyos tápszerek, mint kenyér és tészta ételek, utáni vágyódás is. A giliszták átesűszása következtében közvetlenül végbécsiklandás is támadhat. Egyéb tünetek nem magyarázhatók ugyan ki közvetlen behatásból, de megközelítőleg visszavezethetők az együttérzidegrendszer izgatására; így a feltűnő tág, vagy tágulásában feltűnőleg változó láta, vagy az arcszin gyors elváltozása; az orrvizketés, és álombóli gyakori felkiáltozások is a gilisztakór tüneteiként szerepelnek a köz-

életben. Midőn a giliszták a végbélből átvándorolnak a hüvelybe, azonnal igen heves viszketést támasztanak, de mely az állat eltávolításával azonnal megszűnik. Ha a bélhuzamból fölfelé vándorolva eljutottak a gyomorba, akkor bekövetkezhetik 1—3 napig tartó lázroham, mely a giliszta kihányásával véget ér. Ifjabb példányok benyomulása az epevezeték nyílásába sárgaságnak és epecsikarásnak (Leberkolik) képezi helybeli okát. Sok giliszta egybeesomósodása előidézheti a bélelzáródás összes tüneteit, az altest felpuffadásától és székrekedéstől egészen a bélsárhányásig. Még fulladozási rohamok is közöltettek az orsonyának a gégébe és légesőbe mászása következtében. Hogy a felsorolt súlyos kórtünetek bármelyike csakugyan az orsonya jelenlétének köszöni keletkezését, alig lehet másképen tisztába hozni, mint hogyha az állatot magát, vagy petéjét szemlünkkel látjuk. Az esetek kiválóan nagyobb számában bizonyos számú orsonya jelenléte a szervezetben semmi kórtünettel sem jár, és csak is egyes példányok történetes kitűritése a bélsárral, tudatja azok jelenlétét. Tökéletesen egészséges egyének bélsáranak göresői vizsgálásánál nem ritkán akadni orsonyapetékre. Betegekre nézve a giliszta előbb válik ártalmassá, mint egészségesekre. Orsonyák a bélhuzam betegségeinél,

38. Fig.



Két o sonyapet é f h é r a y e m a g v a k , i z o m r o s t o k , é s a b é l s á r e g y é b a l k r é s z e i k ö z ö t t .

valamint a test magas hőfokával járó betegségeknél is vándorolni szoktak, és ez uton súlyos kórtüneteknek válnak szerzőivé. Innét származik azután, hogy a bélféregkór tünetei gyakran megjelennek más betegségek kíséretében, mikor is a dolgot csak félvállról vevők feljogosítva érzik magukat egyedül a gilisztának tulajdonítani minden alapot. Más részről mindenesetre némi figyelemre van szükség, hogy el ne nézzük, vagy föl ne eseréljük a gilisztakór sok alakú kórképét. E tekintetből leghigorubbán ajánlhatni a bélsár göresői vizsgálatát mindazon esetekben, hol a gyermek betegségéről a szervezet pontos vizsgálata nem nyújt tökéletesen megnyugtató fölvilágosítást. Hogy egészen ritka esetekben még ezen vizsgálati mód sem fog elegendő lenni: igen kevés, vagy csupán him giliszták jelenléténél, annak a gégébe, garatba, hüvelybe stb. vándorlásánál, magától érthető.

A kórjóslat kedvező. Legtöbb esetben könnyen sikerül a gyógyítás. Bélátfürödés, hashártyalob, átvándorlás a légutakba rend-

kivül ritka, és némely esetben még ilyenkor is kilátás van a meggyógyulásra; de mindenkor élénken és sürgetőleg emlékeztetnek arra, hogy, mihelyt az orsonya jelenléte be lett bizonyítva, épen ne késsünk annak kitzésével a szervezetből, ha csak különös ellenjavallattal nem állunk szemben.

A gyógykezelés tekintetéből fontos a kellő, vagyis azon idő megválasztása, midőn bizonyos a giliszta jelenléte, és lehetőleg kevés ellenjavalló körülmény van jelen. Adjunk ilyenkor d. e. 0,05— legfőlebb 0,1 ürömal (Santonstüre) egy órai időközökben 3—4-szer; majd d. u. valamely hashajtó szert, — sennalevelet, keserűsót, himbóymag-olajat stb. — melyre több hig székelet következzék.

Az ürömal hatásáról megjegyezzük itt, hogy az 1—3 órával a bevétel után színlátást (Chromatopsie) okoz, tulnyomó sárga színnel a színezőben. A vizelet 1—2 napon át sötét sárgára van megfestve, és égvények hozzáadására tüz-vörös színt ölt magára. Igen nagy adagok után föllépnek főfájás, hányás, szédülés. Üröm vétele mellett a giliszta megmerevednek, mozdulatlan állapotba jutnak, midőn a bélsartornából a hig bélsárral könnyen kihajthatók. Azonban nem ületnek meg, miért is szükséges a hashajtószert utólagos adagolása. A kereskedésben forgalomban levő, ürömal tartalmazó gilisztalepénykék nem ajánlandók, mivel ez uton igen bizonytalan az épen nem közönbös szor adagolása. Reménytelen, eléggé ismeretes lett a santoninak szerencsétlen fölcserélése a szorallal, hogy az jövőben például szolgáljon a gyógyszerészeknek.

Az ürömal hatása annyira biztos, hogy alig van szükség más szerre. Ha mégis ilyenről szó lenne, első sorban ajánlható az ol. tanaetici aether. 0,5—1 gr. 15—30 gr. himbolyolajban oldva.

GYERMEKI VONALNYA. OXYURIS. MADENWURM.

A közönséges gyermeki vonalnya a vastagbélben tartózkodik, és 4—10 Mm. hosszú, melyből az első mérték a hímét, az utolsó a nőtényt illeti. Az elsőnek vastagsága 0,16, az utolsóé 0,6 Mm. Ezen féreg színe fehér, alakja sodronyszerű (drehrund), a nőtény finoman hegyezett, meggörbült farkkal. A peték hosza 0,052 Mm., szélességük körülbelül félszer annyi. A bélnuzamban sokkal gyakrabban találtnak nőtények, mint hímek. Különben ezen féreg tartózkodási helye az egész vastagbél, gyakran különösen megszaporodik a végbélben. Előjöhhetnek ezer számára a remesében; egyesek eltévedve találtnak a végbélnyílás környékén, a gáton, a hüvelyben. A vonalnya

életviszonyára vonatkozólag tudva van, hogy tápszerveibe felvesz bélsarat, számos petét tojik, melyek jellemző alakját a 39. ábra mutatja; továbbá, hogy az esteli időben körülbelül egy vagy több óráig eltart a vándorlás a végbélnyílás közelében.

Fig. 39.

Három vonalnyapeto a készítmény közé
pében.

Ezen vándorlások különböző időben veszik kezdetüket, többnyire a késő esti vagy éjjeli első órákban, és majd rövidebb majd hosszabb ideig, többnyire mintegy egy óra hosszáig tartanak. Ilyenkor sok petét raknak le az illető bőrrészekre; és még sokkal nagyobb azon peték száma, melyek ezen időből a bélsárral kitrittetnek. A bélhuzamban nem fejlődnek tovább; sohasem akadni új ivadéokra, hanem mindenkor csak tökéletesen, vagy már közel kinőtt férgekre. Ellenben Leuckart kísérletei szerint az állatok gyomrába vitt petékből új ivadék keletkezik. A legtöbb vonalnya mint fiatal állat jut a testbe. Másfelől a végbélbe lerakott peték is megtapadhatnak az illető beteg — viszketés esillapítására bevitt — ujjain, majd ezekről áttűtethetnek a szájba, lenyeletnek, és a gyomorban kifejlődnek: önfertőzés (Selbstinfection). Minő tápszerekkel és tápszerek melletti tisztátlanságokkal jutnak a vonalnya ébrények az emberi testbe közönségesen, még nincs kimutatva. Gyann van a gyümölesre, nyers zöldségekre, gyökerekre stb. Ezen betegség előjön minden életkorban, kivéve a esecsemőkort; leggyakrabban a második életévben levő gyermekeknél. Megkeres minden néposztályt, de mégis jóval kiterjedtebben a szegény falusi népet. Épen nem ritka a vonalnya előjövetele orsonyával vagy indafejjel együttesen. Kell, hogy a fertőzésre alkalom gyakran egyidejűleg adva legyen ezen bélférgekkel.

A vonalnyakór egyetlen állandó tünete a — gőresőileg igen könnyen kimutatható — peték kitakarodása a bélsárral. Ezek fáradtságos felkeresése azonban gyakran feleslegessé válik az által, hogy a székeletben egyes vonalnyák füllelhetők. A peték keresésére készíttet a segg környékének gyakori viszkéte, mely annyira gyötrő lehet, hogy még jól nevelt gyermekeket sem lehet eltiltani attól, hogy ismételve ne kapkodjanak a test alsó részeihez, és azokat ne vakarják. Ezen kínzó érzés kiterjedhet a nemzőrészekre, a combokra és kereszt-tájra, úgy, hogy a vonalnyakórosok kezeikkel ezen tájakon is önkénytelenül keresgélnek. A végbél nyákhártyáján, a vonalnyák által oko-

zott inger vérbőséget, nagyobb nyákelválasztást, és pontszerű vérömlenyeket támaszt; nemkülönben megduzzadását és nagyobb vörösségét a végbélnyílás takhártyájának. Ezen inger szüli továbbá visszahajlás útján a székelésre erőltetést, huycsorgást; vagy gyakori vizelésre késztet, és himveszőmerekedéseket támaszt. Más tünetek az állatok érintett esteli vándorlásának köszönik létrejövételüket. Ugyanis, megnyiben azok átesusznak a szomszédos szervekbe, ezen részekre is átültetik ugyanazon viszketést, melyet a végbélnyíláson előidéznek. Így keletkeznek nevezetesen nemi felizgatottságok; kezdetben tudton kívüli, később öntudatos önfertőzés, hurutos lobja a külső ivarszerveknek stb. Vérszegény, ingerlékeny gyermekeknél azon fájdalmas viszketés következtében, melynek a végbél és ennek környéke folyton alá van vetve, kifejlődhetik ideges ingerültség, lázas állapot reszketéssel, hideg borzongás és göresroham. Mivel a rohamok leginkább este jelentkeznek, a gyermekek később alusznak-el, alvásuk zavart vagy nyugtalan. A felsoroltak együttvéve nagy befolyással lehetnek a táplálkozásra és így megvethetik alapját nehéz megbetegedéseknek. A betegség felismerése nem jár nehézséggel, ha a székeletek időről időre megtekintetnek, vagy sürgős esetben egy kis bélsárrész, melyet a végbélnyílás körül mindenkor találni, góceső alatt megvizsgáltatik. Ennek elmulasztása esetében a hurutos végbéllob, erőltetés, hüvelylob, estenként megjelenő, váltólázra emlékeztető lázrohamok stb. hosszabb időn át mint önálló betegségek fognak tekintetni, és dacolni minden ellenük irányzott kezeléssel.

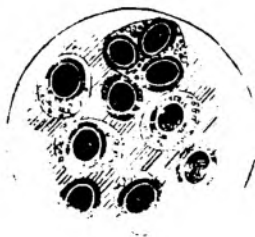
A vonalnyakór igen makacs; elhuzódhatik a legkisebb gyermekortól a késő agykorig. Egyik lényeges oka az ilyen hosszú tartamnak gyakran abban gyökeredzik, hogy vagy egyáltalában kevésbé vétetik az egész baj, vagy hogy az alkalmazott szerek egyedül a végbél legalsó részében tartozkodó férgeket ölik meg, vagy kergetik el. Az ismételt ragályzás elkerülése végett nagy gond fordítandó a végbélnyílás-, és a gyermekek kezeinek tisztán tartására. Az első célnak, a végbél alsó részeiben tartozkodó, a gyermekeket kiváltkép gyötrő vonalnyáknak eltávolítására szolgálunk: allövetek hideg vízzel, foghagymafőzettel, higanyhalvány (sublimat) gyenge oldatával, vagy mésviz-zel; vagy a végbélnyílás széleinek bekenése szürke kenőcesel. Hogy azonban ezen szereknek sikere legyen, gyakran és rövid időközökben kell azokat alkalmazni. Előnyös ezen allövetekkel egyesíteni a bürökal (Santonin) belső használatát úgy, mint azt az orsonyánál előadtuk.

GALANDÓC. TAENIA. BANDWURM.

Valamennyi, az emberi testben előjövő galandóc és hólyagfark (Blasenwürmer) között egyedül a vájthátu és körkörös galandóc (*Taenia mediocanellata et elliptica*) bírnak nagyobb jelentőséggel a gyermekkorra nézve. A vájthátu galandóc gyakrabban észleltetett egészen kis gyermekeknél az óta, hogy Weisse ajánlatára aszkóros csecsemőknek nyers marhahusvakarék nyújtatik. K u c h e n m e i s t e r különböztette meg először a már régibb idő óta ismert szélesebb galandócot, és írta le ezen, most már alig alkalmas néven. L e u c k a r t első helybizonyította ezen galandóc szükségképi egybefüggését a marhahus borsókával (*Finne*), és ez által ismerni tanította annak tökéletes különbségét a diszuóhus-borsókából tovább kifejlődő közönséges galandóctól. (*Taenia solium*). A galandóc 4 mm. nagy; széles, horog nélküli, 4 erős szívórszészével felfegyverzett fejjel, és az ivarképes tagokban egy dús, egészen 35-szörös elágazással bíró méhvel, melynek ágaiban felismerhető csekély kettős osztódás. És épen a vastagabb, horog nélküli fej, és az ivarképes tagrészek számos méh-elágazódásai képezik a biztos felismertető jeleket a közönséges galandóctól. Ezenkívül ezen galandóctól gyakrabban elszabadulnak egyes, élénk mozgásokat végző tagrészek, a közönséges galandóctól gyakrabban egész láncolata a tagrészeknek. Kitzése nehezebb mint az utóbbié, de nincs egybekötve a hólyagfark (*Cysticercus*) közvetítése általi ünfertőztetés veszélyével. Midőn boncolásnál történetesen ráakadunk, fejével közönségesen az éhgyomor legfelsőbb részéhez van fészesen megtapadva. A nyers marhahussal táplálás látszik csaknem egyedüli utnak, melyen ezen galandóc a gyermek bélesatornájába jut. Észak-Németországban gyakoribb mint a déliben, hol a husvizsgálás rendszeresen be van hozva. Egyes vidékeken nemesak szórványos, hanem, mivel a nyers hus használata orvosok által gyakrabban rendeltetik is, az különösen elterjedt baj a gyermekek között. Ismeretes előttem egy eset, hol egy 16 éves ifjú még mindig hurcolja a második életévében Kasselben szerzett galandócot. Azon kórtünetek, melyeket ezen belféreg előidéz, igen csekélyek, sőt egyenlők lehetnek a semmivel, a legtöbben panaszkodnak időnkénti farkaséhségről (*Heisshunger*); gyakori fájdalmakról a köldök- és gyomortáján, különböző égető, nyomó, rágó, kellemtelen ézésről az altestben; igen ritkán a nyavalyatörés, vidtánc,

vagy más súlyos idegbetegség lehet föltételezve ezen bélféregtől. Azonban ezen körtünetek egyike sem biztosít a galandóc jelenlétéről, hanem csakis az ivarképes tagrészek kítakarodása, vagy a 40. ábrában látható peték feltalálása a bélsárban. Fölveszik, hogy annyi galandócpete vegyül a bélsárhoz, miszerint néhány göresői készítmény megtekintésénél erre bizonyosan akadunk. Több esetben már nekem is sikerült ily módon biztosan felfedezni a galandóc jelenlétét ott, hol arra előbb gyanu sem volt. Nem hallgathatom el azonban azt sem, hogy egy esetben, midőn egy gümőkóros bullájában egy nagy, élő vajthátu galandóc találtatott, számos ivarképes tagokkal, a végbélből vett bélsár többszöri megvizsgálása dacára sem lehetett csak egy petére is találni. A betegségre közönségesen csak galandócrészek kilíritésekor tétetünk ügyelmessé.

Fig. 40.



Vajthátu galandóc (*Taenia melioco-nellata*) petéi.

A jóslat annyiban határozottan kedvező, mennyiben ismeretes, hogy ezen galandócfajtól hólyagfark - betegség nincs feltételezve, ellenben az elhajtás sokszor nehezen sikerül. Két nappal előbb ki kell üríteni a belek tartalmát hashajtószer által, és meghagyni, hogy az illető betegek ezen idő alatt nagyobb mennyiségben élvezzék azon anyagokat, melyek a galandócot megbetegítik, mint aprómagvu gyümölcsfajok (málva, földi eper) és heringsaláta. A szer vétele napján a beteg reggelre fekete kávé vagy huslevest kap, ezután a féreghajtó gyógyszert, melyet néhány óra múlva a hashajtó szer követ. Ilyen szerekül ajánlatnak a friss gránátalma-gyökér héja, a kamala, az erdei páfrány gyökere (*Radix filicis maris*) és Koussó. Utszó időben közönségesen a két utóbbi szert alkalmaztam, felnötteknél ladbaes, gyermekek számára nyalat alakban; p. o. Koussó grm. 10 Etr. filicis mar. aether és viz \bar{a} gr. 5, kávé kanalanként veendő. A siker főleg függ az utólagosan, 2-3 óra múlva a gyógyszer után alkalmazott erős hashajtószertől. Más szerek, mint kali pieronitricum és benzín kevésbé alkalmasak a gyermekgyakorlatban.

Az eddigelé igen ritkán észlelt körkörös galandóc (*Taenia elliptica*) élér $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ mm. hosszúságot, igen vékony, végén vöröses színezettel, és fel van fegyverezve horogkoszorúval. Minden tagrész mindenik oldal szélén bír egy ivarnyílással. Néhányszor észleltetett gyermekeknél. L e n e k a r t azt gyanítja, hogy ezen galandóc életének első részét (seine Jugendzustände) rovarbábban tölti el.

VII. VAKBÉLKÖRILÖB. PERTYPHILITIS.

E. H e n o c h : Klinik der Unterleibskrankheiten, III. Aufl. p. 555. und Beiträge zur Kinderheilkunde, 1838. p. 329.

S c h n ü r e r : Ueber die Perforation des wurmförmigen Fortsatzes. Dissert. Erl. 1854.

C. A. C r o u z e t : Des perforations spontanées de l'appendice iléo-coecal. Thèse de Paris 1865.

A. B o s s a r d : Ueber die Verschwärung und Durchbohrung der Wurmfortsatzes. Diss. Zürich 1869.

E i m e r : Fall von Durchbohrung des Wurmfortsatzes. H. u. Pf. Zeitschr. X. 3. 1851.

R o g e r : Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 41. p. 163.

Hogy a végbélköri lob némely statistikájában a gyermekkor csak igen kis számmal van képviselve, így B a m b e r g e r n é l 73 eset között 2-vel, az a statistika anyagát képező azon sajtóságos viszonyban találja megoldását, hogy az adatok tulnyomólag a kórházakban elhalt felüöttéktől lettek véve. Ellenben V o l z - n á l 35 bonczolt esetre 11 gyermek esik, tehát csaknem a 3-ad rész, és L e w i s 47 eset között 6-ot talált a 10-dik életéven alól. Kifejtendő nézeteimnek alapját képezi az irodalomban füllett 17 közlemény (2 S c h n ü r e r t ő l és H e n o c h t ő l, egy-egy A m y o t t ő l, B a r t h e z t ő l, B e t z t ő l, B i e r b a u m t ő l, B o s s a r d t ő l, C r o u z e t t ő l, E i m e r t ő l, E i s e n s c h i t z t ő l, F a b e r t ő l, H e n r o t t ő l, S t o m a n s t ő l, R o g e r t ő l, W o r t h i n g t o n t ő l). A kórhajlam jelen lehet már a legzsengőbb gyermekkorban is. H e c k e r és B u h l már újszülöttnél magzatszurok-gyülemre akadtak a feregnyujtványban. Ezen bélfüggelék fejlődésére vonatkozólag L. F. T o f t szerint egy 9 hónapos gyermeknél 4,5 cm., 10 hónapos magzathnál (!) 5, 4 éves korban 6, 7 évvel 7 ctm. hosszal bír, közép számitással; míg ürtere megnő 0, — 0,9 mm.-től 1 ctm.-re. A feregnyujtvány átfuródásának legfiatalabb esete F a b e r által közöltetett, hol azt, 3½ éves leánykánál, állítólag egy orsonya furta volt át. Úgy látszik, hogy orsonyák különben is gyakrabban betévednek ezen tömlőbe. J a d e l o t p. o. egy 13 éves fiúnál 4 darabot talált ezen bélnyujtványban; az azonban bizonyos, hogy nem gyakran, és kétséges, vajon hoznak-e létre valaha átfuródást; úgy látszik, csupán a már meglevő nyílást szeretik felhasználni a kivándorlásra. A 10-dik életéven tul több esettel találkozunk, mint ezen alól; 3 esik a 13-ikra. Valamint a felnöttek között a férfinen nagyobb arányszámmal van képviselve, ugygyermekeknél is 11 fiura esik 6 leány (a fente bb érintett közleményekben). A felbonczolt 13 eset közül egyszer a vakbél nagyobb átlikadása

képezte a betegség alapját (H e n o c h), 12-szer egy vagy többszörös átfuródása a feregnyujtványnak. Ezek között 7-szer találtatott meg a bélsártömesz (K o t h s t e i n) mint eseresznye- vagy citrommag nagyságu, réteges, sárgabarna tömeg; 2 ízben nem akadtak reá; egyszer állítólag egy orsonya képezte volna a tömeszt; egyszer gümös fekélyedésen alapult a baj; végre két esetben (mit némelyek kétségbe akartak vonni) lenyelt, és a feregnyujtványba jutott idegen test, egyikben eseresznye-mag (C r o u z e t), a másikban aprószülő magja (B a r t h e z) találtatott. Felnötteknél mi sem gyakoribb, mint egy és ugyanazon egyénben ezen betegség többszöri ismétlődése; így magam 9-szer észleltem azt egy betegemnél. Azon 17 gyermek között, kikre az irodalomból hivatkozom, csupán S c h u ü r e r észlelt egy 15 éves leánynál többszöri ismétlődést, és a boncelet ennél is, az átfuródási helyen kívül, több hegről tesz említést a feregnyujtvány nyákhártyáján. Feltűnő rendellenesség a székelésekben, vagy más tünetei elméletileg megállapított hurutnak, mely elősegítette a bélsárgyülemet, nem voltak jelen, vagy elnézettek. Ugy látszik, hogy hagymáz és gümőkór ezen korban még keveset szerepelnek, ellenben az elhaltak némelyike mint feltűnőleg görvélykóros említettik. Hogy gümőkór szolgáltatná a legközelebbi alkalmi kórokat, annak bizonyítására ismételve felhozatik egy eset, mely különben csak a már jelen volt fekély biztos áttörését segítette elő.

A betegség jellemét igen találóan eseteli W i l l a r d P a r k e r megjegyzése, mely szerint a feregnyujtvány átfuródása és üszökje gyakran előjön az ifjúkorban, míg a tályogképződés többször találta-tik a felnötteknél. Elfogadva az előkészítő időszak, és a már megtörtént átfuródás külön tüneteisorozatát, miként azt jelenleg többen teszik, oda kell nyilatkozni, miszerint a gyermekeknél többnyire csak az utóbbi van képviselve. Egy esetben (E i m e r) több évig tartott fájdalom után azt a jobb esipő-árokban találok feljegyezve. Különben váratlanul köszöntött be a betegség, heves, a megbetegedett helytől kiinduló alhasi fájdalom, nehányszor kezdetben borzongás vagy hányás is mutatkozott, egy ízben a fájdalommal hasmenés is jelentkezett. A fájdalom fölötte nagy, a test legnyugodtabb tartására kényszerít, a jobb esipő-árokban gyakorolt nyomásra fokozódik, és gyakran kisugárzik a jobb czomb felé. A lábszár nyujtása vagy gyors mozdítása, mély légzés, helyzetváltoztatása a testnek növelik a fájdalmat. Jelen van láz, de a hőmérő szabványos ingadozása nélkül; az értítés igen gyorsított. Gyakran állandóan megmarad a székrekedés, és előbb vagy később bekövetkezik hányás.

Hogyha különválasztjuk a vakbél mögötti kötszövetlobot (Para-

typhlitis) a jobb csipesonti táj hashártyalobjától, akkor a gyermekeknél majdnem rendszeren az utóbbi lobalakkal van dolgunk. A betegség körülírt hashártyalobbal köszönt be, de az csakhamar tovaterjed a hashártya legnagyobb részére. Ez az oka, miért hiányzik gyermekeknél valamely tisztán kitapintható daganat, vagy tompa kopogtatási hang a jobb albastájon. Ellenben nem hiányzik az alhasban bizonyos nyomás érzete, gyakori hányás és a fájdalom rendkívüli fokozódása között; erősen felpuffad a has, a beteg kinézése nagy szenvedés kinyomata. Több esetben göresök is esatlakoztak a felsorolt tünetekhez, a halál többnyire teljes öntudat mellett köszönt be. A szabad levegő hashártya-tömlőbe jutásának tünetei (a máj- és léptompulat eltűnése, mélyebb érhang a törzs mozgatásánál) többnyire azért nem találatnak, mivel a hasfal közvetlen közelében fekszenek a légtől puffasztott és genyesen összetapadt vékonybél-kaesok, a kiömlött levegő- és bélsárgyülem ellenben a hátsó hasfal közelében foglal helyet. A kiterjedt hashártyalob gyors fellépése csakhamar maga után vonja a halált, a legtöbbször a 3. és 6. nap között. Csupán egy esetben huzódott a betegség több héten át, hol a vakbélben képződött bélsártályog (Kothabscess) átlikasztotta a hasfalat. Csak kevés meggyógyult esetet találunk följegyezve (Bossard és Bierbaum, több Henschuel).

Ezek után a jóslat meglehetősen kedvezőtlennek látszik, azonban nem kétlem, hogy az voltaképen kedvezőbb, mint látszhatnék; mivel bizonyára némely meggyógyult esetek elnézetnek, és más kór neve alatt lesznek följegyezve; továbbá az idejében és helyesen alkalmazott gyógykezelés is bizonyára többször számolhat kedvező eredményre.

Ezen betegség arra figyelmeztet, hogy soha se mulasztjuk el a gondos vizsgálatot ott, hol a betegek alhasi fájdalmakról panaszkodnak. Hol a jobb csipesonti tájon a nyomás érzékeny, rendeljünk azonnal tökéletes testi nyugalmat, szorítsuk meg az étrendet egészen a higtápszerekre, és adagoljunk mákonyt olyan adagokban, hogy reá teljesen megszünjenek a fájdalmak, és a beteg gyenge szunyókóros állapotba essék. Ne engedjük magunkat hashajtószer rendelésére csábítani. Eimer esetében közvetlen a hashajtó után halálos átfuródás jött létre.

A helybeli kezelést illetőleg sokkal kevesebb súly fektetendő a vérvételekre, melyek a gyermekkorban még könnyen hátrányosak is lehetnek, mint következetes és erélyes alkalmazására a hidegnek, jég-tömlők vagy jeges borogatások alakjában. Csak is akkor szabad abban hagyni a mákony adagolását és a hideg alkalmazását, midőn minden nyoma eltűnt a helybeli fájdalomnak; de még ezentul is az

étrendet hosszabb időn át szigorúan meg kell tartatni, és az igen könnyen bekövetkező visszaesések kikerülése végett olyan tápszerekre szoritani, melyek a gyomor által tökéletesen megemésztetnek, és kevés bélsarat szolgáltatnak.

VIII. BÉLSZÜKÜLET. ENTEROSTENOSIS.

Darmverschluss. Darmverengerung. Atresia interna.

Bednar: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge I. p. 122 u. f.

Steiner: Ein Beitrag zu den Stenosen im kindlichen Alter. Jahrb. f. Kinderheilk. VII. 2

Valenta: Ibid. VII. I. p. 72.

Dobrn: Zwei Beobachtungen von Stenose des Darmes und fötaler Peritonitis. Ibid. N. F. I. p. 216.

Romberg: Klinische Wahrnehmungen p. 140.

Labourde: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 47. p. 401.

Druitt: Journ. f. Kinderkrankheiten. Bd. 47. p. 401.

H. Wiederhofer: Jahrbuch für Kinderheilkunde II. p. 37. id. ibid.

Hirschsprung: Der angeborene Verschluss der Speiseröhre, nebst einem Beitrage zur Kenntniss des angeborenen Dünndarmverschlusses. Schuidt's Jahrb. Bd. 117. p. 310.

Förster: Die Missbildungen de Menschen pag. 122.

Piedler: Fall von Atresie des Dünndarmes. Arch. d. Heilk. V. p. 78.

A) VELESZÜLETETT ALAK.

A bél veleszületett szükülete vagy elzáródása az esetek egy részében heges, minden oldalról összezsugorodó megváltozását tünteti fel a bél egy kis darabjának, mely mellett jelen lehet még némi nyoma az átjárhatóságnak, vagy az tökéletesen el van zárva. A második osztályba tartoznak azon esetek, hol a billentyűszerű nyákhártyaredők, vagy tökéletes sövények (Scheidewände), mindkét oldalról kibéelve nyákhártyával, képezik a bélesatorna megszakításának okát. Aránylag gyakran szerepelnek ilyen ok gyanánt a bél befűződése (Einschnürungen), ujképleti zsinegek, vagy más magzatkori hashártyalob-maradványok által. Hyenkor néha többszörös lefűzésre (Abschnürung) is akadni, így egy esetben Küttner 3-szor találta a vékonybelet mintegy lekötve. Az ötödik és hatodik csoportba sorozandók azon esetek, melyekben a bélnek egy darabja egészen hiányzik, vagy annak helyét egy heges zsineg pótolja (Schuppe) által 9-szer észlelve egy vékonybelen), végre magának a bél falának megszükülése veleszületett dagok — p. o. scjtközös rák (C. alveolaris) — vagy tömlős dag (Wiederhofer) által. Tengelye körüli megcsavarodása a bélkaes-

nak a rendelkezésemre állott ide vonatkozó esetek között csak is a már más alapon nyugvó bélszükületek mellett találtak.

A szükület vagy elzáródás székhelyét kiváltképgyakran a nyombél képezi. A H i r s c h s p r u n g által összegyűjtött 24 vékonybél-szükületből 9 esett a nyombélre; tehát 4 szükület között három. A maga H i r s c h s p r u n g által megészlelt, és igen kimerítően leirt esetben a szükület a lehágó részben tilt, a megszükült résznek megfelelőleg hiányzott a uyákhártya. Itt közel azon gondolatra kell jönni, hogy egy, a magzatkorban jelen volt, és gyógyulásba átment nyombél-fekély következményével van dolgunk. A nyombél billentyűszerű elzáródása közönségesen nem, mint a szükület a lehágó részben, hanem az élbélbe átmenetelnél találtak. Egy második, meglehetősen gyakori elzáródási hely a vékony- és vastagbél közötti határ; itt talán a rendes billentyűképződés szolgáltatja az előkészítő hajlamot (praedispositio). A magzatkori hashártyalob következtébeni bél-befűződés leg több esetben a vékonybél, és pedig annak körülbelöl középtáját választják székhelytl. Vastagbélezáródások, bár ritkán, más helyeken is találtak, leggyakrabban mégis az S képtü kanyarulatbai átmenetelnél, mikor aztán többször a végbélzárhoz számíttatnak. Az érintett dagképződések a bél falában, a billentyűn, és a legalsóbb vékonybél kaesokon jöttek elő.

Általános körvonalai ezen, különböző módokon létrejött be'egségek kórképének körülbelöl következők: miután semmi, vagy csak alig valami gyermekszurok trítettett, végkép kimarad a székelés, felpuffad a has, rövidebb majd hosszabb idő elteltével a születés után az új szülött előbb kihány mindent, mit magához vett, azután sárga folyadékot, néha gyermekszurokhoz hasonló anyagot; a hányás mindaddig tart, míg a halál be nem következik. Tápszert ezentül csak keveset fogadnak el, nehezebbé válik a légzés; olykor a halál előtt még göresök is járulnak ezen tünetekhez. A végbélen át elővett vizsgálatnál a végbél újjal átjárható, valamint ruganyos püsesappal és allövettel az S képtü hajlás is. A halál annál előbb bekövetkezik, minél tentebb til a szükület, és minél tökéletesebb a bél ürterének átjárhatlansága. Azonban az élet több esetben 18 napig is fenmaradt. A nyom- és vékonybél felső részének elzáródásánál megkülönböztető tünetek gyanánt tekintendök: a korán beköszöntött hányás, nem egyenletes felpuffadása az altestnek, mely főkép a gyomortájra van kiterjedve, míg az altest alsó oldalsó részei szabadon maradnak; ennek megfelelőleg a kopogatási tünetek jelentékeny gyomorkitágulást jeleznek; végre gyors erőhanyatlás. Barlow nagyfokú bélszükületek-

nél, a felnőtt korban megkülönböztető tünet gyanánt felhozza a húgy-elválasztás kimaradását; vagy legalább kevesbedését. Erre vonatkozólag az előttem fekvő észleletek között egyedül *Dorn* tesz említést. Az ő első esetében a vékonybél közepe táján székelt az elzáródás, a húgy fajsúlya 1018 volt, és az tüdők feltünőleg sok húgysavat tartalmazott. A második esetében szintén felemlíti a hólyagban talált húgy sötét színét. Valjon a nyombél elzáródásánál a bázis alsó részének bonetanilag kimutatott kitágulása már pücesappal is fölismerhető e, és így kórismei értékkel bír-e, nem akarom fejtegetni.

Azon esetekben, hol az altest tetemes, minden oldalról egyarányos felpuffadásával találkozunk, és hol a később jelentkezett hányás a szűkülés székhelyeül a remesét teszi kilátásba, megkísérthetni a hasmetszést, és miután a vastag-, vagy a vékonybél legalsó részének erősen megtelt darabja a sebbe varratott, a megnyitást. Többször megkíséreltetett ezen műtétet, de mindannyiszor kedvezőtlen volt az eredmény (*Laborde, Druitt, Depauls*); azonban ez egyedüli módja a segélynyújtásnak.

B) SZERZETT ALAK.

A szerzett bélszűkületnek vagy elzáródásnak esetei a gyermekeknél sokkal kisebb számmal találhatók az irodalomban, mint a vesztületet elzáródások, befűzödések (*Invaginatio*), vagy vakbélkörülobok.

Következő alakok érdemelnek különösen megemlítést:

1. Egy *Meekel*-féle bélöbölt (*Divertikel*) képez a hid, melyen át, vagy körülte helyezkedik a bél-betürődés vagy tekerődés. *Falk* (*Berl. 1835*) és *Schröder* (*Erl. 1854*) ezen tárgyról irt értekezletükben nem találok eseteket közölve a gyermekorból ellenben; egy hasonló 12 éves fiura vonatkozó esetet leirt *Lawrence*.

2. A féregnyújtvány, más szervekkel összenöve (petefészekkel egy 15 éves leánynál, *Blöst*, a fenesont jobb oldali szárának belső felületével, *Löwenhardt*) képezi a betürődő részt.

3. Előrement, néha még a magzatkorban lefolyt hashártyalobok maradványai odafűzik a belet, vagy zsebet képeznek, melybe a bél sérvszerűleg beszorúl, vagy alkalmat szolgáltatnak a bél hirteleni erős meghajlására (*Knickung*), vagy tengelye körüli megesavarodására.

4. Orfonya-gombolyag kitágítja a vékonybél, fészeken támasz-

codik annak falához, és létrehozza az elzáratást (H a l m a - G r a n d, R e q u i n u. A.)

5. Ehez hasonlólag hatnak a nehezen emészthető tápszerek, gyümölcsmagvak stb.

6. A bél falán támadt újképletek megszüktik annak ürterét. Így észlelt Steiner egy 9 éves fiúnál sejtűreges rákot (Alveolar-krebs) a kanyarulaton, Bonrdillat egy 12 éves fiúnál 30 Ctm. nagyságu nyirkmirigy-dagot a billentyű fölött.

Az általam gyűjtött 9 eset között 8 fiu volt; egy 9, egy 10 éves, a többi mind idősebb.

A körtünetek, a felsorolt alakok közül a 3 elsónél egyszerűen ugyanazok, melyek a heveny vagy idült bélzárnál, és csak annyiban van különbség, a mennyiben a zárt képző akadály a bél magasabb vagy mélyebb részén ül. Heveny eseteknél kezdetben jelen van fájdalom a betűrődés helyén, mely aztán innét elterjed az altestre, és gyakori, heves rohamokban ismétlődik. A betűrődés pillanatán túl csak is annyi bélsár fog üríteni, mennyi már akkor a bélzár alatti részben meggyűlt volt. A has annál nagyobb mérvben felpuffad, minél alantabb fekszik a betűrődés; a vékonybél felső részének ilyenmő megbe-tegedésénél csak is a gyomortáj, vagy a has középső része van felpuffadva. A hányás annál előbb bekövetkezik, mennél magasabb helyen jött létre az elzáródás; a hányadék néhányszori ismétlődés után bélsárszagu, vagy épen tiszta bélsárból áll. Fogy a táplálkozás; részben kimerülés, részben a fellépett hashártyalob következtében csakhamar kialszik az élet. R o m b e r g állítja, hogy neki sikerült egy ilyen betegjét tisztított higany, G e d i c k e-nek levegő behajtása által meggyógyítani. Ott, hol az erősebb hashajtószerek eredménytelenek, helyén lesz nem sok időt vesztegetni a beszerelésre, hanem valamely feszesen megtelt vékony bél-kaes megnyitásához fogni, melyet aztán a fölhasított hastakaróhoz varrunk. Mivel ezen betegeknek sok esetben a felsőbb bélrészek lég túlteltségéből és feszüléséből származó légnyomás (Ventilwirkung) az, mely az elzáródást tökéletes fokra emelni segíti, a bélmetszés által gyakran helyreállíthatni a bél természetes átjárhatóságát.

A bélnek a 4., és 5-ik pontok alatt felhozott, idegen testek által létesített elzáródási alakjainál a bélzár tüneteire gyakran még visszahajlási agyfűnetek is csatlakoznak; így félrebeszélés, szunyokor, nevezetesen pedig göresök. Néha megsértetik vagy felsebeztefik a bél nyákhártyája is, midőn aztán az első székeletekhez csekély vér vegyül. Orsonyák fölismerhetők a bélsárral kiűritett petékről. Ezek

ellen szertünk van az ürömalban (Santonin); az emésztetlen ételmaradékok, gyümölcsmagvak stb. ellen kezdetben hashajtószerek, bélgöresők föllépésénél a bódítók alkalmazhatók haszonnal.

IX. BÉLBEHÜVELYZŐDÉS. INVAGINATION.

Darmeinschiebung, Intussusception.

Gorham: Guys Hospital reports Nr. 7. Oct. 1838.

Rilliet und Barthez: Maladies des enfans I. p. 1806.

W. Thomas: Ueber Darminvagination im ersten Kindesalter. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 46 p. 23.

C. Pilz: Zur Invagination im kindlichen Alter. Jahrb. für Kinderheilk. N. F. 10. p. 7.

Hodges und Vacy: cit. in Virchow und Hirsch's Jahresber. pro 1868. p. 135.

A bélbehüvelyződés aránylag gyakran előfordul a gyermekkorban ($\frac{1}{2}$ -nél több az összes esetekből), főképp az első életév közepe táján; fiukra több mint kétszer annyi arányszám esik. Az esetek kis töredékénél kór-ok gyanánt fölvehetők: néhány nappal előrement erőműves behatás az altestre, testrázkodtatás, székrekedés, vagy hasmenés. Rendesen nem mutatható ki a kórmozgató; mennyiben számíthatók be a post hoc: propter hoc értelmében az utóbb érintett emésztési rendellenességek, még igen is kérdéses.

A legtöbb bélbehüvelyződés a gyermekeknekül lehágó. Az esetek több mint fele részében a vékony- és vastagbél hüvelyződik a vastagbélbe. Ehhez kell még venni 8%-ot, midőn a vékony bél iszamlik a vastagbélbe; ezután mondhatni, hogy körülbelül $\frac{2}{3}$ -a az esetek összes számának a csip-, vakbél-tájón jön létre; a még fennmaradtból $\frac{1}{4}$ esik magára a vastagbélre, míg a legkisebb szám a vékonybél-t illeti. Többszörös behüvelyződés a vékonybélben csupán a vonaglás alatt támad a hasmenésben szenvedett gyermekeknekül, azonban ez egészen közömbös hullattnet. Olyan kettős, vagy épen többszörös behüvelyződések, melyek még az életben támadtak, a bélhártyák vér-átivódásával és a hashártya lobjával, rendkívül ritkák. Thomas közölt egy ilyen esetet. Már Rilliet kiemelte, mint alkalmi okát a gyakori befűzéseknek a billentyű-tájón, a vakbél laza megtapadását a jobb csipőárokban. Pilz e mellett egy további mozzanatra figyelmeztetett, nevezetesen a vékonybél hosszirányu izomrostjainak megosztott átmenetére a vastagbélbe. Látva, mily gyakran szolgáltatnak felnőtteknél kór-okot a bélbehüvelyződés keletkezésére a rák-dagok, habarok, és más hasonló növedékei a bélfalnak, valószínűnek vehető, hogy ezen

hely, kiemelkedő nyákhártyaredője, és az abban erősen képviselt gyűrűrost-réteg által, igen is kedvező támpontot nyújt a behüvelyződésnek. Egyidejű erős összehúzódása a gyűrű- és hosszirányu rostrétegnek a legkedvezőbb föltételt képezné ezen betegség létrejövetelére. Különösen könnyű volna azt kimagyarázni akkor, ha — bármely okból — a vékonybélnek legalsóbb darabja hig pép helyett szilárd bélsárt tartalmazna. Hogyha már létrejött a behüvelyződés, és a vékonybél, a bettremlett bélfodor, és a bettremlett bélkaes (Intussusceptum) hárttyáinak megduzzadása következtében megszűnik, akkor a fokozott körmozgások (peristaltische Bewegungen) szolgáltatják a további erőt, mely a behüvelyzett részt folytonosan tovább előre hajtja, és ez által a remesét mindinkább megrövidíti, egész egy zsineggé, mely hárttúl húzódik a jobb csipárokba a balba; sőt oly fokra emelheti a behüvelyződést, hogy a vakbél a végbélben, vagy előtte fekszik. Az igen terjedelmes behüvelyződések keletkezését elősegítik a bélfodor bettremledései (Claron).

A betegség mindig rögtön támad. Hányás és hasfájdalom jelzik a kezdetet, mindkét tünet állandó, majd az egyik, majd a másik nyomulván előtérbe; mindkettő rövid időközökkel ismétlődik egész a betegség végeig. A hányadék kezdetben ételmaradékokból áll, azután epéből, és sárgás-nyákos anyagból, csak néhány nap elteltével következik be, ha a betegség addig tart, a bélsárhányás. Tápszert fölvetele előidézi és fokozza a hányást; e tekintetben azon magatartása van a betegségnek, mint minden bélezáródásnak. A bél tulságos kiterjedése ingerként hat a bélfalak érzidegeire, és heves, igen fájdalmas bélgöresöket támaszt. A bél összepréselt bennébe csupán fölfelé térhet ki, és, a gyomorba jutva, előidézi a hányást. A behüvelyződés helyén összenyomatik a bélfodor, a visszérfalak kevesebb ellentállást nyújtanak, mint az üttereké; a beiszaulott darab ez okból túltelítettik vérrrel, hárttyái átívódvák vérömlenynyel, és e mellett a nyákhártya felülete vérzik. A székeletek, csakhamar a megtörtént behüvelyződés után, az esetek $\frac{3}{4}$ részében véresek. Ezen tünet állandóbb a gyermekeknél, mint a felnötteknél, mivel a szűk ütter mellett a bélfodor erősebben behuzatik, mint a felnötteknél. Ha alkalmunk van a beteget rövid időre a betegség kezdete után vizsgálhatni, úgy a has valamelyik részén, legtöbbször a jobb csipárokban egy hengerded, sima, mozgatható daganatot lehet kitapintani, mit a behüvelyződés helyén képez a háromszorosa megdagadt, és vérrrel átívódott bélfal. A betegség bizonyos tartama után a minden oldalról légtől és folyadéktól puffasztott vékonybél a hasfalhoz támaszkodik, feszültebbek lesznek

maguk a hastakarók is, miért a daganatot nem fog lehetni kitapintani. Olykor a behüvelyzett bélkaes kinyomul a végbélnyíláson, melyet már vörös színe elárul, és megkülönböztet a közönséges végbélkittremléstől. A betüremlett bélrész (Intussusceptum) sehol sem folytatódik a végbél falába, hanem egész hosszúságával szabadon behelyezkedik annak ürterébe. Máskor, természetesen nem gyakran, sikerül a bevezetett ujjnak a betüremlett darab szájadékát a végbélben kitapintani. Ezen vizsgálathoz megkívánatik a zárizom tökéletes elernyedése, mely itt épen úgy jelen van, mint a bélzár más alakjainál, és magyarázatát találja, bár hiányosan, a végbél teljes ürességében. A lefolyás heveny, de láztalan. A gyermekek gyorsan összesnek, és lesoványodnak. A halálos kimenet sokkal gyakoribb; 9 eset közül körülbelül 7-szer, és pedig a 2. és 6. nap között. Érdekes kérdés, mi viszi sirba ezen betegeket. A legtöbb esetben a boncolásnál nem találni sem hashártyalobot, és semmi súlyosb megbetegedését a bélnek a behüvelyződési helyen felül; mindenesetre ritkaságnak kell tekinteni azon eseteket, hol, mint V a c y esetében, a megnevezett helyen üszkös bélátfuródás találtatik. Hasonló áll a bélsár — hányás alkalmávali — bejutásáról a légutakba, és az ily módon létrejött tüdőlobról, és eves (septicus) fertőzésről. A betegek legtöbbször a megszakadt táplálkozás miatti kimerültség áldozatául esnek, mit némileg előmozdíthat a vérzés is. A bélbehüvelyződés önkényes létrejövetelének lehetősége képezheti ugyan vitatkozás tárgyát, mindenesetre annyira nehéz annak bizonyítása, hogy gyakorlati jelentősége elenyészik. A természet utjánai gyógyulásnak közönséges, egyedül figyelmet érdemlő módja: a betüremlett darab üszkös ellökése, és kitűritése, mi a gyermekkorban ritkábban észleltetik, mint a felnőtteknél; P i l z 162 esetében csak 14-szer, tehát 11—12 esetre jut egy. Felnőtteknél a beiszamodott darabon átvezető esatorna is kitágulhat lassanként, és így helyreállhat a bél elegendő átjárhatósága. Egy ilyen egyén meglátogatja időről időre kórodámat; ez egy igen erőteljes paraszt ember, kinél több év előtt a végbélnyílásból kilógott vakbél sodronykaesével leválasztatott — a sebészi kórodán jelenleg is őriztetik — a behüvelyződés vége most is érezhető a végbélnyílásban, sőt az elébe is kitolható, annyira, hogy annak ürterét egy vastag pöcsesappal kényelmesen vizsgálhatni. A beiszamlott rész üszkös ellökése, ha megtörténik, a legtöbb esetben az 1—3. hétre esik.

A gyógykezelést illetőleg az első időben a baszfájdalom ellen javulva van kevés mákony, mely egyttal hatással van a hányás, és a bajt fokozó körmozgás ellen is. Erős vérzésnél, vagy az altest gyorsan

növekedő puffadásánál ajánlandók a hideg borogatások. Némelyek ajánlják a fémes higanyt (metallisches Quecksilber); ez azonban a — nagyobb számmal képviselt — lehágó behüvelyződésnél csak is árthat. Különben fel van jegyezve egy, ezen szer által meggyógyított eset (Uimer). Hashajtók alkalmazásától, biztos kórisménél, legjobb egészen elállni; bizonytalan kórismével szemben meg kell azt kísérlni. A betegség kezdetén, mihelyt lehetséges, tegyünk kísérletet nagyobb mennyiségű levegő, víz, vagy felváltva mindkettő behajtásával, a beiszamodott rész visszatolására; ezen eljárástól, miután a behüvelyződés legtöbbször a vastagbélben, és többnyire lefelé van irányulva, a legtöbbet remélhetni Valóban Pilz 12 ily módon meggyógyított esetet gyűjtött össze. Hol a behüvelyződés vége a végbélben kitapintható, Niszen szerint azt előnyösebb bázsingkutaszszal (Schlundsonde) közvetlenül visszatolni. Ez ő esetben sikerült. Hol az első időben mindkét eljárás sikertelen maradt, és az altest erősen puffad, csupán egy, elméleti alapokon nyugvó, kísérlet van sürgősen ajánlva, nevezetesen az ideiglenes bélmetszés (Enterotomie) elővétele. Ez által utat nyitunk a vékonybél tartalmának, ismét lehetővé teszszük a táplálkozást, és egy szersmind nyugalmat szerzünk a megbetegedett résznek arra, hogy a természet befejezhesse a beiszamodott darab elöketését.

X. VÉGBÉLISZAM. PROLAPSUS ANI.

Végbéliszammal ritkán találkozunk a escesemőkorban. leggyakrabban az 1—3 életév között, később ismét ritkábban; fiuknál gyakrabban mint leánykáknál, főképen azon betegségek folyamában, melyek a végbél zárizomának elernyedésével, és erőlködéssel járnak. Így létrejön az hasmenésnél, vérhasnál, makaes székrekedésnél, végbélburutnál, habarenál, hughólyagkőnél stb. az erős erőlködések alatt; azután rendkívül erős köhögési rohamok alatt, p. o. hőkhurutnál, erős sírás közben stb. Az első előkészítő (prädisponirende), az utóbbiak alkalmi kórokok.

A kitérülés oly módon történik, hogy először néhány halvány-piros, fénylő redő mutatkozik a végbélnyílásban, ezek azután előbbre nyomulnak; visszatérésük a zárizom által gátolva lévén, a végbél lefelé nyomott középső részének nyákhártyájából ily módon egy (a dűlmirigy és Douglas-féle redő közt fekvő) dag képződik. Ezen dag kerekded, tojásdad, vagy henger alakú, halványvörös, fénylő nyáktól

bevont, tapintásra kissé érzékeny, azonban könnyen vérzik. Legalsó részén észrevenni egy kerekded vagy hosszukás hasadékot, melyen át újjunkat a végbélbe tolhatjuk. A bélső nagyobb elernyedésénél, és a hasprés huzamos, jelentékenyebb behatásánál megtörténik, hogy a végbéliszamnak egy más neme jöhet létre, mely azonban nem minden esetben különböztethető meg az első alaktól: a végbél tulajdonképi iszama összes hártáival, és pedig ugyancsak a középső résznek. Csak akkor lehet fölvenni, hogy a végbél egész alsó része is iszamodva van, ha a végbélnyílásnál a nyákhártya közvetlenül átnegy a kültakaróba. Ezen alak körülbelül nagyobb hossza, és gyorsabb kitolatása által különböztethető meg az elsőől, melylyel egyéb tünetei különben közösek. Mindkét esetben, ha az iszam hosszabb időn át fennáll, az előesett rész kifeléyesedhetik, sőt tiszkosan is elhalhat.

A jóslat annyiban kedvező, mennyiben az iszam visszahelyezése és visszatartása — bizonyos tartam mellett — nem szokott nehéz lenni; ellenben megmarad a visszaesési hajlam, mely idővel igen nyomasztóvá válhat. Egyedül az elhanyagolás folytán válhatik a folyamat életveszedelmessé; azonban még tiszkosodás mellett is, az iszamodott darab ellökése után, létrejöhet gyógyulás. A visszahelyezés a jobb kéz — bealajozott — mutatóujjával történik, oly módon, hogy azzal — kisebb iszamoknál — az előesett végbéldarabot egyszerűen a seggnyílásba toljuk, mialatt a bal kéz mutató- és középuja a seggpofákat egymáshoz közelítve, azokat a visszahelyezés után néhány percig, míg t. i. az erőlködés alábbhagy, összetartja, hogy az előesés ne ismétlődjék. Nagyobb iszamnál először a jobb kéz mutatóujjával kedjük meg a visszahelyezést az iszam csucsán, s miután ezt a végbélnyíláson betöltük, igyekeztünk magát a kitéremlett végbéldarabot visszafordítani, és csak miután ez bizonyos mérvben sikerült, helyeztik vissza a még hátralevő részt egészben. Fontos, ezen eljárás alatt a testet alkalmas helyzetben (hason fekvés fölemelt keresztájjal és közelített combokkal) megtartani, és a gyermeket a sírástól és erőlködéstől, — édesgetés vagy fenyegetés által — lehetőleg visszatartani. Most, hogy a visszahelyezés maradandó legyen, úgy pólyázzuk be a gyermeket, hogy a medencecsontok, fenesont és has fölött vezetett pólya-kerületek elég feszesen rögzítsék a végbélnyílásra illesztett szivacs- vagy tépésgomolyt. Folyton tartó erőlködés, és a végbélzár-izom jelentékeny elernyedése mellett azonban szükségessé válhat a tömeszelés, és a tömesznek behintése, vagy megnevesítése összehúzószerekkel (Gum. Kino, Ratanhia, ecet). Ismétlődés kikerülése végett szük-

séges célszerű gyógykezelés alá venni azon betegségeket, melyek a végbél nyákhártyájának fellazulását föltételezik; tehát a hasmenést, székrekedést stb. A székelés alkalmával még jó ideig kertiendő minden erőlködés, vagy ez lehetlenné teendő. Feletőbb makaes esetekben az előesett végbéldarab heges zsugorodása céljából vegyünk elő edzéseket (pokolkövel vagy tűzes vassal) az izsamolott részen, vagy mestsünk ki néhány nyákhártyaredőt. Ezenkívül előnyösnek mutatkozott a szoral alkalmazása is, a végbélnyílás közelében a bőr alá fűcsken-dezve (grm. 0,003—4), vagy a bőrbe dörzsölve; vagy belsőleg az eb-vészmag kivonata (Extr. nucis vom.)

XI. VÉGBÉLZÁR. ATRESIA RECTI.

Angeborener Verschluss des Mastdarmes.

G. Förster: Die Missbildungen des Menschen p. 123.

T. B. Curling: The Lancet 1857. I. Nr. 5. und Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 40. p. 346. Journ. f. Kinderkrankh. Bd. 42. p. 279. (Verhandlungen der chirurg. Gesellschaft in Paris

H. Friedberg: Ueber einen Fall von angeborener Aftersperre. Virch. Arch. Bd.

17. p. 117.

Ezen ritka torzképződés több alakban előfordul. 1. A végbél a húgyhólyag vagy hüvely felé irányult, és ott vakon végződik; ilyenkor egészen hiányzik a végbélnyílás, vagy csak igen gyengén van kinyomva. 2. A végbél megtartotta rendes irányát, és meglehetősen leereszkedett, de vakon végződik a szintén vak seggnyílásba. Lobligovis szerint 60 olyan végbélzár közül, hol az elzáródás az alsó részen volt, az 52-szer a belső végbélzárizom és a bőr között találtattott. 3. Az elzáródás, vagy csak szűkülés a külső nyílás fölött néhány hüvelykkel ül. 4. A végbél nincs megképződve, a remese vakon végződik a bal csipesont tövise táján. 5. A végbél természetes nyílása hiányos, de a legtöbb esetben egy szűk nyílás vezet a végbélből a húgyhólyagba, a hüvelybe, húgyesőbe, ritkábban valamely más rendellenes helyen kifelé a bőrön át. Ezen hiányos képződéssel karöltve lehetnek más képződési hibák is, nevezetesen szűkülések a bélhuzam felsőbb részeiben, melyek azután módosítják a körtüneteket, és kihatnak a jóslatra és gyógyeljárásra.

A tünetek legalább a négy első alaknál következők: hiányos székelett, kitágulása a remesének a benne felhalmozódott gyermekmáz következtében, tompa kopogtatási hang (D e p a u l), gyakran ki-

tapintható daganat is a lehágó remesének megfelelőleg, mely ezen körülmények között többször jobb felé hajlik, úgy, hogy a hajlás kezdete a jobb faneont fölött fekszik. Igen gyakran felpuffad az egész altest, az ételek kihányatnak, mire sárgás folyadék (vékonybél tartalma), majd a gyermekszurok következnek; a gyermekek többé nem vesznek magukhoz tápszert, és így — kimertülés folytán — néhány nap alatt elhalnak. Azon régiebb időből származó adatokat illetőleg, miszerint végbélzárral születtek nem csak felvették a tápszert, hanem azt meg is emésztették, és a bélsárt időnkint hányás által kitritették (Bartholin, Baux, Denys) nem vonhatni ugyan egyenesen kétségbe, de még is föl kell venni, hogy azon kevés esetben egészen kivételes bonci viszonyok szerepelhettek, és hogy hasonló kedvező berendezésre a természet részéről soha sem számolhatni.

Az egyszerű végbélzár (die einfache Imperforation) fölismerése könnyű; feltűnik az már a gyermek környezetének, úgy hogy ezek sok esetben a baj megnevezésével keresik meg az orvost. Nehezebb az eligazodás ott, hol a végbél rendesen fejlődött, és az elzáródás a hajlison van. Ilyenkor a pösesap segélyével kell felkeresni az elzáródott helyet, és az eredménytelen vízbefücskendezések által meggyőződni arról, hogy a bél legalsó része mit sem tartalmaz. Fontos a húgyhólyag megvizsgálása pöscsappal, és a vizelet megtekintése, hogy a végbél és húgyhólyag között netalán fennálló közlekedés (a magzatkori kitritő csatorna-képződés maradványa) figyelmenket ki ne kerülje. A bél magasabb részében egyidejűleg jelenlevő szűkülésekre utalnak: csakhamar bekövetkezett hányás, kizárólag folyékony, sárgás hányadék valódi gyermekszurok nélkül, csekély és egyenetlen kiterjedése a hasnak. Ezenkívül fölvehető még, hogy a vékonybél felsőbb részében jelenlevő szűkülések a húgy mennyiségének feltűnő kevesbedése által is elárulják magukat.

A gyógy eljárás tisztán sebészi. Hol gyaníthatni, hogy a végbél közel fekszik a végbélnyílásnak megfelelő helyhez, javálva van a lágyszöveteket — kívülről befelé — rétegről rétegre felválasztani, és azután a megnyitott végbélet, mennyire lehető, varratok által a külbőrhöz erősíteni. Az egyszerű beszűrásnak vagy bemetszésnek gyakran nem csupán súlyos sebzés és erős vérzés lett a következménye, hanem még azon kedvező esetekben is, melyekben a végbél csakugyan megtaláltatott, csak is mulékony eredménye volt (Friedberg); a képezett csatorna ismét megszükkül, és dacára az ismételt tágitásnak nem lesz maradandólag átjárható. Hol a végbél valamivel nagyobb nyíláson át közlekedik a hüvelylyel vagy húgyhólyaggal, az

ezen szerveken át bevezetett, hegyével lefelé irányított ércpösesap jó vezető leend a végbélhugyhólyag-képzés (Boktoplastik) műtéténél. Némi-
leg hasonló lesz a műtétjárás a legközelebb vázoltéhoz azon esetek-
ben, hol a végbél vakon végződik, és jogosult azon fölvetel, hogy ür-
terének megszakadása csak kis darabra szorítkozik. A helyreállított
közlekedés után itt is törekedni kell a felsőbb rész nyákhártyáját le-
huzni és az alsóéval egyesíteni.

Mindazon esetekben, a hol nem sikerült a végbélnyíláson át a
végebelet föllelni, vagy a szűkülés magasabb helye miatt azt nem sza-
bad megkísérteni, egyedül a Callissen, Amussat és Littre-
féle műtétmódok maradnak fenn, t. i. megnyitása a bélnek az ágyék-
vagy lágyéktájon. Az utóbbi mód könnyebbnek és inkább célhozve-
zetőnek tekintetik, azonban nehéz kitalálni, valjon a bal, avagy a
jobb oldalon vitessék-e ki. Hol a lehágó remese a bal lágyékban érez-
hető és kikopogtatható, válaszszuk a bal oldalt, varjuk oda a vastag-
belet, és azután nyissuk meg azt. Ha ki nem mutathatók az érintett
tünetek, a remese végének feltalálására a jobb oldal biztos ki-
látást nyújt. A célbavett eredményre vonatkozólag felemlítendő, hogy
Curling állítja, miszerint ő 26 egyszerű végbélzár között 5-ször a
végbélnyíláson, 7-szer a lágyékon át véghezvitt műtét által eredmény-
hez jutott; 31 valamivel magasabban ült végbélzárnál a végbelen át
végezett műtét 10-szer, egyszer pedig az ágyékon elővett: segélyt nyuj-
tónak bizonyult. A bél műteles megnyitását illetőleg a régibb esetek
igen tökéletes gyűjteményét találjuk Türgel könyvében.

XII. VÉGBÉLHABARC. MASTDARMPOLYPEN.

A. Stoltz: Historische und kritische Bemerkungen über Mastdarmpolypen bei Kindern
mit neuen Beobachtungen. Journ. f. Kinderkrankheiten XXXIV. p. 393.

Kronenberg: Ein Beitrag zu den Beobachtungen über die Mastdarmpolypen bei
Kindern. Journ. für Kinderkrankh. XXXVI. p. 1.

P. Guersant: Polypen des Mastdarmes bei Kindern. (Bull. de Thérapie, Avr. 1864.)
Schmidt's Jahrb. Bd. 121. p. 55.

Egyes esetek már régebben, mindenestre a múlt évszázadban,
hozattak nyilvánosságra. Stoltz első 1831-ben írta le körülménye-
sen a betegséget, ő utána Gigeon, Dotzauer, Guersant és
mások. Szó van itt a végbél nyákhártyáján fellépő egyes kis, vékony
száron ülő kinövésekről, melyek elérhetnek földi eper, mogyoró, cse-
resznye nagyságot. A dag puba összállásu, vérdu, érintésre könnyen

vérző, és átmetsetben a nyákhártyaburkon kívül maggal bir, mely a leírások szerint mirigydag (Adenonia) volna tekintendő. Előjövetei helye $1\frac{1}{2}$ —2'' a végbélnyílás fölött, a belső és külső zárizom között, ritkábban magasabban egészen a vakbélig (G u e r s a n t).

Az előjövétel gyakoriságát illetőleg különbözök az adatok; úgy vagyunk ezen betegséggel is, mint némely más gyérebben előfordulóval „a ki keres, az talál.“ Találkozunk vele a 3. és 12. életév között, fiuknál többször mint leányoknál; mindenesetre hasonlíthatlanul gyakrabban előjön az a gyermekeknél mint a felnőttek között.

Kórokok gyanánt felhozatnak: bélféreg által gyakorolt inger (Wurmreiz), rendellenes székeletek, székeléskori erős hasprés; általában a végbél idült harutja szolgáltathatja az alapot.

Ezen betegek halványaknak, vérszegényeknek, betegeseknek, gyakran görvélyeseknek is jeleztenek. A betegség leküzdése utáni gyors helyreállása az egészségnek bizonyítja, hogy ez csupán következménye a betegségnek, és nem oka annak. Maga a dag több helybeli kórttineteket támaszt, mint: fájdalom, erőltetés, bélgörcsszerű rohamok a székelésnél, melyek azonban később gyakran kimaradnak, vagy nem vétetnek többé tekintetbe. Allandó tünet a végbélnyílásbéli vérzés úgy a székelésnél mint azután, valamint időközben is. A vérzés nem nagy, de hosszabb időn át ismétlődve még is vérszegénységhez vezet; a bélsárral vegyült vér élénk piros, és leánykáknál már többször alkalmat szolgáltatott az időelőtti ivarvérzés téves fölvételére. A dag bizonyos nagysága és keménysége mellett a bélsáron barázda támadhat, azonban ezen tünetény épen úgy előjöhet más okból is, a mint hiányozhat ezen betegségnél. Minél régibb, és minél inkább növekszik a dag, annál hosszabbra és vékonyabbra fog nyújtatni annak kocsánya a végbél áthaladó bennéke által; mi tán a vérzés egy ideig már jelen volt, minden székelés után egy vörös, szeder- vagy cseresznyekütemű test tűnik elő a végbélnyílásban, mely eleinte magától visszahúzódik, később az ujjal kell azt visszahelyezni. Valamennyi u. n. habarc között, mely egyik-másik nyákhártyán előfordul, leggyakrabban a végbéihabarc szakad le önmagától, mivel ez a béleső tartalma részéről — a legnagyobb vongálásnak van kitéve. A végbélbe vezetett ujjal nem mindenkor sikerül az ujképletet kitapintani, részben mert magasabban ül, részben puha összállása miatt. Legállandóbb ismertető jel a vérzés, e mellett a végbélnyílásból kitekintő dag, a bélsáron barázda, a végbélben kitapintható dag.

Ha a táplálkozásban nincs észrevehető zavar, ha a vérzés ritkán és csekély fokban jelentkezik, egy ideig várhatni, valjon a nyél mind-

inkább vékonyulva és végre leszakadva nem vezet-e önkéntes gyógyuláshoz. A beteg vérszegény állapota legtöbb esetben sürgeti a dag mielőbbi eltávolítását. E célból allövetet adatunk a betegnek, vagy himbójmagolajat vétettünk vele, az erre bekövetkezett székelés alkalmával a végbélnyílásban előtűnt dagot csipeszszel óvatosan előbbre huzzuk, és a nyélen lekötjük, mire az a legközelebbi, legfőlebb a második napra leesik; és így kikerülhetni azon kellemetlen vérzést, mely a lemetszésnél olykor föl szokott lépni. Azon esetben, ha a habarc nem tűnik elő a végbélnyílásban, kénytelenek vagyunk azt a végbélben megfogva lecsavarni, vagy lemetszeni. Ismétlődések ugy látszik, nem jönnek elő.

D) A HASHÁRTYA BETEGSÉGEI. KRANKHEITEN DES PERITONAEUMS.

I. Hasvizkór. Ascites.

Fehérnyetartalmu, sótartalmát tekintve a savóhoz hasonló, többnyire véres vagy rostany-pelyhes, néhány grammtól egész több liter mennyiségű izzadmánygyűlem a hashártyatömlőben gyermekeknél következő okoktól van feltételezve: 1. A hashártya megbetegedéseitől (gümőkór, lefolyt lob). Ide tartoznak nevezetesen a veleszületett hasvizkór legtöbb esetei. Így elbeszéli Moreau, hogy ő kénytelen volt a szülés alatt a szuresapolást megtenni. 2. Tartós huyrekedéstől és fehérnye kiválasztásától a vérből: vérvizenyősség (Hydraemia), vesebajok következtében. Ezen alak mindenkor együttjár bőrvizenyővel, és meglehetősen rendszeren más savós tömlőkbeli hasonló gyűlemmel; kiváltkép követni szokta ez a vörhenyt, és aztán könnyen átmenetet képez a hashártya lobos megbetegedéséhez. 3) Általános visszeres vérpangás (tüdőtágulatlanság, tüdőszemcsésedés, tüdőlegdag, szivbajok) a vizkór egyéb alakjai mellett többnyire előidéző kifokú hasvizkórt is, mely, ha tulnyomó, akkor vagy még más helybeli segédkörök (gümőkóros hashártyalob, májbajok) is szerepelnek, vagy, hol szivbajról van szó, meg van betegedve önállóan a háromcsucos bilentyli, vagy csak részt vesz a betegségben. 4. Mindazon betegségei a verőcérnek vagy a máj szövetének, melyek ezen edényt elzárják, vagy átmérőjét kisebbitik, hasvizkórhoz vezetnek. Ide tartoznak p. o. a verőcérlob és szemcsés máj (cirrhosis) ritka esetei (L ö s c h n e r), nem különben némely bujakóros megbetegedése a májnak. 5. Azon vérkeringési akadályok, melyek az alsó üres visszér felső részét érik, mint

p. o. a keményesen elfájult, vagy különben megduzzadt nyirkmirigyek általi nyomás, hasonló kórok gyanánt szerepelhetnek a hasvízkór előidézésére.

Hasvízkórnál az altestnek erősen előre domborodott, állásnál lefelé kiszélesbedő tojásdad alakja van, mely alak a háton-fekvés közben megváltozik, olyképen, hogy a has középső része lelaposodott, ellenben két oldalsó és alsó részei előredomborodvak. Ugyancsak háton-fekvés-kor a kopogtatási hang tompult az alsó és oldalsó részeken, határolva lévén egy félholdképű, vajúdatával felfelé tekintő vonal által; oldal-fekvésnél a tompulat csakis azon oldal részére terjed a hasnak, a melyen a beteg fekszik. A hasürbeli folyadék mindenkor a legalantibb részeket foglalja el, és határolva van egy vízszintes sík által, mely a test állása szerint a has mellső falát különböző alakú vonalban metszi. A tompulat határán belől hullámlás érezhető. Tulságosan nagy mennyiségű folyadékgyülem feltételezhet tompa kopogtatási hangot a hasfal egész mellső felületén, a has domborúságának egyenletesebb gömb-alakot kölcsönözhet, a köldököt sérv alakra kitolhatja, a nagy visszereket annyira összenyomhatja, hogy a mellső hasfalon — kitágult oldalagos visszerekből álló — szabálytalan hálózat tűnik elő; végre veszedelmes fokra fölnyomhatja a rekeszizmot. Igen csekély folyadékgyülemek nem változtatják meg a hasfalak alakját, és gyakran alig kórismerhetők a kedvező fekvésbe terelt, körülírt tompulatból. Dus folyadékkiválasztás megszorítja a tápszerek felvételét, kisebbiti a körmozgást, megnehezíti a székelést és vizelet visszatartását, végre a rekesz rögzítése és felnyomása által gátolja a légzést. Feszülés és súly érzete az altestben-, s a test nehezebb hordozása nyugtalanítja a betegeket, míg a gátolt légzés veszélylyel fenyeget.

Hasürbeli terjedelmes tömlős dagok hasvízkórral cserélhetők fel. Az elkülönítő kórisménél tekintetbe veendő a májburkonyok (Echinokocken), a cseplez bőrtömlői (Dermoidcysten), vesevízkór (Hydronephrose), vesevízkór (Cystenniere), a húgyhólyag kitágulása. Megkülönböztetésre közönségesen elegendő a folyadék tompulatának fentebb előadott határvonala, és helyzetváltoztatása a test különböző helyzeténél. Lobos természetű kiizzadásoknál jellemzők a lázas mozgalmak, dörzszőrej, nyomásrai érzékenysége a hasfalnak. A jóslat függ a — minden egyes esetben gondosan fürkészendő — kóroktól. Kedvezőbbek azon alakok, melyek heveny hashártyalob, vörheny, tüdőtagulatlanúság következtében jöttek létre; ellenben rosszabb jellemmel bírnak a máj-szemcsésedéstől, szivbajoktól, idült veseelfajulásoktól feltételezettek.

Nagy mennyiségű hasviznél, mely a légzést nagyobb mérvben gátolja, javulva van nem sok időt vesztegetni a várakozásra, hanem csapolás által könnyebbülést szerezni a betegnek. Ez által időt, és egyszersmind kedvezőbb kilátást is nyertünk a hngyhajtószerek hatására. Szuresapolás által még szivbajoknál is sikerül hosszabb időre megállapodásra birni a kórfolyamatot. Kisebb mennyiségű hasviz jelenlétének ajánlva vannak a hngyhajtók, sós és növényekből készített szerek: szivbajoknál gyűszönke, vagy Scilla; a legtöbb esetben, főleg hol bőrvizenyő is jelen van, az izzasztás.

II. HASHÁRTYALOB. PERITONITIS. BAUCHFELLENTZÜNDUNG.

J. L o r a i n: Das Puerperalfieber beim Fötus und beim neugeborenenen Kinde. Gaz. des hop. 1853. p. 123. Schmidt's Jahrb. Bd. 81. p. 73.

F. W e b e r: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel. 1851. I. I. p. 59. u. f.

R i l l i e t und B a r t h e z Mal. des enf. Ed. II. Bd. II. p. 1.

B e d n a r: Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge. Wien 1850.

M a r t e n: Zur operativen Behandlung der Peritonitis II. p. 117. Virch. Arch. Bd. XX. p. 530.

Hashártyalob az összes savóshártya-lombok között leggyakoribb, és egyszersmind a legkönnyebben is felismerhető. A legkisebb gyermekkorban fellépéséről P h o r és B e d n á r u á l, a későbbiben R i l l i e t és B a r t h e z u á l találunk jeles leírásokat, melyeket alább kifejtünk, a nélkül különben, hogy a kór-oktánt illetőleg a két alakot egymástól elválasztanók. Bonctanilag a hashártyalob első időszakában a hashártya alatti szövet, és maga a hashártya edényeinek erősebb belöveltsége, ezen hártya kiterjedt vagy foltos vérossége, és fénytelen, homályos kinézése által van jellemezve; később azonban az izzadmány létrejövetelével ennek tünetei mérvadók az egész kórlefolyásnál. Nevezetesen a körülírt alakok terménye egyszerűen rostanyás, mely mint szakadékony izzadmány vagy a megtámadott helyen rakódik le, vagy az átellenes helyhez tapad; mialatt más, inkább kiterjedt alakok savós-fehérszínű izzadmányt termelnek, mely csak kevés rostanya-pelyheket tartalmaz, s melyek a hashártyatömlő legmélyebben fekvő helyeire lerakódva találatnak. Bizonyos, épen a hajlammal kedvező körülmények között kifejlődnek nagyobb mennyiségű sejtek, melyek egyaránt megmaradnak a kifejlődés kezdetleges fokán; az izzadmány genyesen átváltozik, valamint evesen is szétesik; vagy végre hajszál-edényrepedés következtében vértömegek vegyülnek hozzá: vérömleny izzadmány. A lefolyás későbbi szakában az izzadmány, feltéve, hogy az épen nem volt vérömleny es, szilárd alkrészeinek folyóssá

alakulása után felszívathatik, hátrahagyva a hashártyán kisebb-nagyobb megvastagodásokat vagy odaftüzdéseket; vagy a felszívódási folyamat által a genyes izzadmány hig részei eltávolítottván, a visszamaradt szilárd részek megkeményednek, majd, az odaftüzdések által betokoltatva, zsirosan és meszesen elváltoznak. További kimenetek: az izzadmány áttörése a húgyhólyag, bél, hasfalon át, és így kifelé ürülése; végre sajtos átváltozása a bekeményedett, helyben maradt izzadmánynak. Végre némely esetben visszamarad táplálkozási zavar, mely folytonos savós átizzadáshoz vezet — hasvizkor mint a betegség következménye —.

Hashártyalob egyike a leggyakoribb magzatkori betegségeknek. Fő kórmozzantója ennek a bujakór (Simpson), és — a magzatkor utolsó szakában — eves megfertőztetés az anya részéről. Hogy azonban más okokból is származhatik, már Weber felemlíti. Maga az átlukadó hashártyalob (perforative Peritonitis) is előjöhethet már a méhen belől (Breslau). A veleszületett bélszűkület sok esete a magzatkori hashártyalobnak köszöni eredetét; továbbá hátrahagyhat az hasvizkört, miként azt Virchow ugyanazon anya több gyermekénél talalta.

A világra jövetel után leggyakoribb ezen betegség az első három hétben, az anya részéről történt bomlási fertőzés folyton tartó hatása, majd később a köldök némely megbetegedése következtében, minők: tszök, veleszületett sérv. Az első alak, a helyet és időt illetőleg, szorosán egybefügg a gyermekágyi láz-járvánnyal. Hashártyalobban több fiu betegszik meg mint leány.

Elsődleges hashártyalob a gyermekkor többi szakáiban rendkívül ritka, jöllehet, egyes esetek kell hogy küllerőszakban, vagy is — más támpont hiányában — meghülésben találják megoldásukat. A némelyek által kétségbe vont elsődleges hashártyalob mellett érvelt Duparque, állítván, hogy az gyermekeknél 7 eset között 6-szor meghülésből származott. Gyakran kapcsolatban áll általános betegségekkel: a legkülönbözőbb módon létrejött genyvérrel, hólyagos himlővel, védhimplővel (Impfpocke, Bédnari), gümőkórral, vörhenyyel. Ez utóbbinál a genyes alak a betegség legmagasb fokán lép fel, vagy a másodlagos vízkórhoz csatlakozik, midőn is az hasvizkórból fejlődik ki. Másodlagos alakok gyanánt szorosb értelemben azok tekintendők, melyek a köldök betegségeiből, sérvekből, belső kizárulásokból (incaeratio) a gyomornak vagy bélnek, vakbélkörilob vagy másnemtt folyamatok következteleni átfürödésából, továbbá máj, fodormirigybajokból stb. indulnak ki.

A későbbi gyermekkorban sokkal ritkább ezen betegség mint

a csecsemőknél, és Riíliet és Barthez szerint a kórházakban többnyire másodlagos, ellenben a magánygyakorlatban elsődleges természetű. Kórtünetek és lefolyás lényegesen flüggnék a kórfolyam kiterjedésétől, az izzadmány természetétől, és a fajlagos (specifisch) betegségektől. Egészben véve a tünetek három osztályba sorozhatók : általánosak, alhasi fájdalom, és az ettől flüggnő légzési tünetek stb., végre helybeli tárgyilagós tünetek. Az általános tünetek épen nem hiányoznak a betegség folyama alatt, de, valamint a más két osztálybeliek is — talán az átfuródási eseteket kivéve — nem birnak határozott kinyomattal azonnal a betegség kezdetén, és csak akkor válnak félreismerhetlenné, hogyha a betegség már bizonyos fokra hágott, sok esetben azonban a betegségnek többnyire kórättételi, másodlagos természetéből kifolyólag a tünetek még ilyenkor sem egészen tiszták (undentlich). Mindazonáltal a bőr hőfoka minden kiterjedt hashártyalobnál igen emelt, és csakis akkor süllyed, midőn a nagyobb fokú erőhanyatlásnál a végtagok hidegülni kezdenek ; az értítés (kis gyermekeknél 150—200) gyorsított, a szomj emelt, az étvágy vagy szopásvágy egészen hiányzik, az arc fájdalmas kinyomatú, félénkséget ktlől, később beesett, a szem fénytelen, a bőr redős és kékkóros, a gyermek majdnem mozdulatlanul fekszik, kevés mozdulatai is félénkek és lassuk. E mellett az altest puffadt, és — még a körülirt alakoknál is — érzékeny, fájdalmas. Minél hevenyebben lép fel, és minél kiterjedtebb már kezdetben a betegség, annál hevesebbek és kiterjedtebbek az alhasi fájdalmak is ; ellenben a körülirt, enyhébb alakoknál gyakran csak a tapogatás által kereshetők fel az egyes fájdalmas helyek. Nem ritkán azonban, a hashártya tetemes vérbőségenél és belterjes lobjánál, dacára a bekövetkezett erőhiányosságnak, a fájdalom mindvégig teljesen hiányzik. Leszámítva ilyen kivételes eseteket, fájdalom a betegség egész lefolyása alatt jelen van, sőt azt mint legállandóbb és körülbelül legjellemzőbb kórtünetet tekinthetni, mennyiben az jelentékeny, és már feltületes tapintásnál is tetemesen nagyobbodik. Ugyan csak ezen fájdalom lényeges befolyással van a légzésre és a beteg fekvésére. Így ezen betegek mindazon nyomást vagy helyzetváltoztatást gondosan kikertlik, mely mellett a rekesz- vagy hasizmok nyomást gyakorolnak az altestre, és innét a gyorsított, de feltületes légzés a mellkas felső részével. Sok esetben előmozdittatik ez még a rekesz magas állása (haspuffadás következtében), és a hasfal mellső részének htdött állapota által is. A test majdnem mozdulatlan helyzetben marad, mivel minden helyzetváltoztatás fájdalommal jár, nevezetesen az alsó végtagok a térdben (a hasfal megfeszítésének kikerülése végett) gyakran

meg vannak hajlítva. Természetes, hogy a légzés befolyással van a hangképződésre, sirásra stb. is, és azt lényegesen meggyengíti, s szagatottá változtatja. Egyik lényeges, közvetlen alhasi körtünet gyanánt felemlítettük már a haspuffadást, mint mely a kiterjedt hashártyalobnál ritkán hiányzik, noha az különböző más kórállapotokhoz is esatlakozhatnak; e mellett a hasfalán át láthatók a bélkanyarulatok, a hasfal kitágult visszerei, kékes, a bőrön áttündöklő hálózat alakjában. — Leglényegesebb tünetek azonban mindezek közt az izzadmány természetani kimutatására szolgálók: mindenkor az altest legmélyebb helyét elfoglaló, a beteg helyzetével változó tompa hang, és hullámzás. A dolog természetében fekszik, hogy ezen tünetek sem szükségesek feltétlenül, és egymagukban nem biztosok. Ugyanis legközelebb egészen hiányozhatnak a nagyobb mennyiségű izzadmány, lehet az tulnyomólag rostanyás; továbbá a közép mennyiségű izzadmány odatapadások által különböző helyeken lehet megkötve, miért nincs alávetve a helyzetváltoztatásnak; végre a tompa hang és hullámzás gyors fellepése nyilvános lobos tünetek (láz és fájdalom) mellett nem engedi meg pusztán a hasvízkór felvételét. Újszülötteknél a bő mennyiségű szabad izzadmánygyülem a hashártyatümlőből a borék még el nem záróott hüvelytümlőjébe süllyedhet, később sérv alakban kitolhatja a köldököt, kivékonyítja annak börtakaróját. Több idült esetben (Gottschalk, Marten) a genyes-eves izzadmány a köldök-tájón áttörte a bört, és így — a folyadék önkéntes kiürülése után — gyógyulás jött létre. Erthető, miszerint nagyfokú bélpuffadás valamint gátolja a helyzetváltoztatást, épenugymegnehezíti főképp az izzadmány természetani vizsgálatát. Tulnyomólag rostanyás izzadmánynál kezdetben az altest felső részén, a légvételeknél, dörzszörejt hallhatni. Különösen létrejön ez a máj és lép fölött, és olykor a hasfal eltolása által mesterségesen is előidézhetni. Hányás némelykor a betegség kezdetére utal, máskor csak a lefolyás alatt jelentkezik, végre nem ritkán egészen is kimarad; nevezetesen olyan esetekben, melyek föltételezvék valamely általános súlyos betegségtől; ez többször hiányzik a csecsemőknél, mint nagyobb gyermekeknél. A székrekedés sem tekinthető állandó körtünetnek. Minden egyes eset megvilágítására igen sok függ attól, mennyiben van kifejezve ezen két utolsó körtünet, avagy mennyiben hiányosak azok. Így behüvelyződés, kiszorulás, és eféle szövödményes alakoknál minden esetre tartósan jelen lesz mindkét körtünet, sokkal előbb hiányoznak azok a genyvéres hashártyalobnál. A kórisméhez főtámpontot nyújt főképp a betegség lázas természete, jelentékeny gyors kimertülés, a beteg sajátságos fekvése és légvétele, az altest fájdalmassága, és az iz-

zadmány kimutatása. Eléserelés leginkább megeshetik bélgörcsrohamokkal, heveny gyomor-béllhurttal, hasvízkórral. Az első két betegséggel szemben csakhamar útba igazít a betegségnek többnyire másodlagos, vagy kórattételre hajlamosított természete, a láz — kivált a hőfok — magassága, a fájdalom növekedése feltületes tapintásra, és az izzadmány kimutathatása; az utóbbinál hiányzik a láz, lefolyása idült, és alapját másnemű határozott szervi bántalmak képezik. Soha se elégedjünk meg a hashártyalob egyszerű kórismézésével, hanem, mennyire lehetséges, kutassuk tovább az izzadmány minőségét, és a betegség kórnemzójét, mert éppen ezen két körülménytől függ lényegesen a jó s lat, mely általában felette kedvezőtlen; határozottan halálos, hogyha átfürdési vagy evvéres (septicus) alakra vonatkozik; és csak is az egészen körülírt, kisebb kiterjedésű, jó indulatu izzadmánnyal járó, valamint az elsődleges hashártyalobokra nézve kedvező némileg. Idősb gyermekeknél a jóslat aránylag kevésbé rossz, mint az egészen kicsinyeknél.

A gyógykezelés feladata: a lob lehatárolása, a lobos szerv nyugalomba helyezése, és egyes veszedelmes tünetek leküzdése. A lobellenes szerek közül a helybeli vérbocsátást nadályok által csupán kezdetben vegyük igénybe, és ekkor is csupán az egy évnél idősebb, és azonkívül erőteljes, telivértü gyermekeknél, hol a heves rohammal fel lépett lob gyorsan halad előre. A vérvétellel legalább is egyértékű a hideg borogatás, melyet gyakran kell felváltani, és nem szabad, hogy az sulya által a betegnek fájdalmat, nedvessége által alkalmatlanságot okozzon. A nyomfoltok kis térre szorító loboknál lehetnek kicsinyek, máskülönbén kell, hogy befedjék a has egész mellső falát. Ezek által nagyobb enyhülést nyernek a betegek, és ezek általában sokkal kedvezőbb behatást gyakorolnak a betegség lefolyására, mint a még mindez ideig igen kiterjedten használt langyos pépek. A higanyos kenőcs és édes higany lobellenes hatásának értékéről idővel mind kevesebb bizonyítékhoz jutottam. Az elsőt, mennyire lehetséges, a nélkül, hogy általa szájlobot támasztanánk, alkalmazhatjuk, az utóbbinak adagolását csak is az evvérséggel, gyermekági lázzal kapcsolatban álló alakokra szorítanám. A hideg alkalmazásának leghatásosb támogatója a mákony egyidejű adagolása elég nagy adagokban, egészen a gyengébb bódításig. — Ez által leszállíthatni a peristaltikus mozgásokat, és ez által meg van adva a kedvező föltétel azon odanövések számára, melyek korlátolják a betegség tovaterjedését. Valamennyi esetben csupán könnyen felszívatható, folyékony tápszereket engedjünk meg; és még ezeket is, nem különben az italokat, egy-

szerre csak kis mennyiségben. Hol a mákony kihányatik, esőre vagy bőr alá fecskendés alakában kell azt pótolni. Egyes körtünetek lektüzdését illetően a szabad, áttörésre képes (perforatív), hashártyalobnál, vagy túlságos haspuffadásnál megkísérlelhetni a szuercapolást kémszuercsappal. Előbb a bélpuffadás ellen talán a gyapmáz beecsetelését lehetne megkísérlelni. Makaes hányást jéglabdaesok nyeletésével, mustárpép feltételével a gyomortájra, szunyal bőr alá fecskendésével igyekezzünk csillapítani; gyorsan bekövetkezett összecsesés a bor adagolását teszi szükségessé.

Kedvező lefolyásu eseteknél az izzadmány visszafejlődését elősegíthetik a meleg fürdők, belsőleg a körülmények szerint hashajtó, zsongító szerek, iblanykészítmények. Szokásban van iblanyos vagy biganyos kenőcsök bedörzsöltetése a hasfalakra.

Nagy mennyiségű genyes izzadmánygyütem a müleges kiürítést teheti szükségessé. M a r t e n p. o. egy ilyen esetet sikerrel müttött.

III. A HASHÁRTYA GÜMÖSÖDÉSE. TUBERCULOSIS PERITONAEI.

L. H e m e y : De la peritonite tuberculeuse. Thèse de Paris 1866.

R i l l i e t und B a r t h e z : Ed. II. Bd. III. p. 779.

H e n o c h : Beiträge zur Kinderheilkunde 1868. p. 333.

I d. : Klinik der Unterleibskrankheiten. III. Aufl. p. 700.

Mennyire gyakran előjön gyermekeknél a hashártya gümösödése, mutatja már azon körülmény, hogy R i e l l i e t és B a r t h e z tankönyvükben ezen betegség leírását 86, egyedül általuk megészlelt, esetre alapíthatták. A gyermekkorban előjövétel gyakoriságának számszerinti adataira nem találtam ugyan, azonban hiszem, miszerint H e n o c h azon nyilatkozata, hogy ezen betegség leginkább ki van fejezve a 4—10 életév között, úgy fogandó föl, a mint az saját észleleteimből is következik, hogy olyan esetek, melyekben a hashártyának ezen megbetegedése önálló, vagy a kórkép és körlefolyás csakugyan elér egy bizonyos jelentőséget, leggyakrabban ezen korba esik. B e d n a r szerint előjön már a második élethótól kezdve. Fiúk gyakrabban megtámadtatnak mint leányok (53 : 33 R i l l i e t és B a r t h e z). A körnemzők hasonlóak azokhoz, melyek a gümös megbetegedésnek egyáltalában alapját képezik. A családban otthonos görvénykór, hiányos táplálás, tisztátalanság, megromlott körlég, a kedélyt lehangoló, nyomasztó behatások képviselik a távolabbi állapot; sajtosan megváltozott gócek a tüdőben, nyirkmirigyekben, bőrben, szolgáltatják a kórananyagot. Ezen betegség gyermekkorban egy részét képezi az ál-

talános szemesés gümőkórnak, nevezetesen annak, mely fő székhelyettl választja a savóshártyákat, — ezen esetben alárendelt jelentőségűt; vagy a szomszédos szerek sajtosan megváltozott gócaihoz esatlakozik, ott, hol az a húgy-ivarszerveket még kevésbé, vagy éppen nem vonja körébe; főkép a bél- és fodormirigyek, vagy a genyes hashártya-izzadmány bekeményedett maradványának említett megváltozásához. A tüdőcsucok ezen betegség füllépésekor még szabadok lehetnek, de ritkán maradnak olyanok hosszabb időn át, közönségesen előbb vagy később azok is a gümőkóros folyamat körébe vonatnak.

A bonci elváltozások csupán azon helyeire lehetnek korlátolva a belek savós hártájának, melyek gümös fekélyekkel fedvék, oly módon, hogy itt az elhomályosodott, és némileg vérbő hártya be van szórva szabad szemmel kivethető szűrke szemesékkal. Ezen kórképtől kezdve valamennyi átmenetével találkozunk a minden részében gümöskékkal sűrűn megrakott hashártya egészen általános megvastagodásának, palaszűrke-re festett, idült vérbőségének. Ezen esetben azon különös magatartása van a kórfolyamatnak, hogy csak zsinegszerű, hasonlókép újképlettel megrakott odatapadások keletkeznek az egyes részek között, zsugorodik a ezeplez, és háránt irányu bittykös (knollig) istráנגgá huzódik össze; e mellett egyes helyeken néha még besűrűdött genyes, vagy sajtosan megváltozott izzadmányrészekre is akadni, melyek könnyen a szomszédos szerv átlukadá sához vezetnek. Crooke leirt ilyen tályog átlukadást egy bélkaesba, és egyszermind a köldökön át kifelé, úgy, hogy ez uton bélsársípoly (Kothfistel) jött létre. A hashártya kiterjedtebb gümös megbetegedésének közönséges alakjánál a felsorolt kóros elváltozások mellett nagy mennyiségű, tisztán savós, egészen tejhez hasonló genyesvéres, a legkülönbélebb természettani sajátságokkal bíró folyadék választatik ki. Ezen folyadék leggyakrabban nagyszámu sejteket — egész a savós kinézésig — tartalmaz, és egyes rostany-pelyhekkal van vegyítve. Egy esetben, midőn az feltűnőleg tej-kinézésű volt, B n i g n e t elővette a vegyvizsgálatot, mely eredményezett: 7,75% szilárd alkatrészt; e között 0,34 sókat, 1,835 zsirt, 5,33 Protein-anyagokat. Azon lobos megváltozásaiban a hashártyának, melyek a gümőképződést kísérik, sok a hasonlatosság a lágy agykér azonos kórfolyamataival. A hasvizkört itt az agyvizkór képviseli. Olykor növeli ezen hasvizkört a máj és vesék kemnyés elfajulása. Egy esetemben az alsó lres visszer a négyoldalú likbai (For. quadrilaterum) betérésénél kemnyésen megváltozott nyirkmirigyek által volt összenyomva.

A betegség kezdete a görvélykór kifejezett tüneteivel köszönt

be : lesóványkodás, altestpuffadás, halvány börszin, lehangoltság, hasmenés felváltva székrekedéssel és viszont, hörghurut. Ezek az idült lobalakok tünetei, melyek kiváltképen a bélen és nyirkmirigyekben készítik elő a fertőző góccokat. Erre következik fájdalom az altestben, majd heveny jellemmel : heves, egybekötve lázzal, a bőrnek felületes nyomásnál élénkebb érzékenységgel ; majd gyengébb a fájdalom. és egyes bélgöres-rohamokhoz hasonlít, a hasfal nyomás iránt érzéketlen, kezdetben hiányzik a láz. Később a has gömb alakra kidomborodik, hátán fekvéskor közepén lelaposodik, visszerreccékkal a hasfalakon, melyek eléggé sorvosak és vékonyak arra, hogy rajtuk át ki lehessen venni a belek erősebb körmozgásait, melyek ezenkívül gyakran még bélléges zörejek (gurgelnde Geräusche, petits cries bei H e m e y) által is küllölik magukat. További tünetek megfelelnek a hasütrbeli kisebb-nagyobb mennyiségű szabad folyadékknak ; ezenkívül kítapinthatók egyes állandó, vagy helyükből elmozdítható kemény helyek, melyek nem egyebek, mint részben betokolt, megkeményedett izzadmányok, részint duzzadt fodormirigyek. Ez utóbbiak H e n o c h esetében gyermekfő nagyságu dagot képezve ültek a gerincoszlop előtt. Nagyobb, haránt helyzete és bütykös tulajdonsága által jellemzett, dagot képezhet a gombolyoggá alakult eseplez. Különböző tekintélyek által kiemeltetik a hashártyai dörzszörej gyakorisága, mely különösen szuresapolás után nem egy könnyen hiányzik. A lefolyás későbbi szakában számolhatni az alábbhagyó lázas állapotra, mely mellett halad az elsóványodás, gyakran fellép bőrvizenyő a lábakon, vagy általános vizkór. A hastömlőbeli ömleny magatartása igen ingadozó ; kevesbedik az a bővebb hasmenésnél, izzadásnál, vagy a küllönbben gyér hügyki választás némi szaporodásával, valamint a betegség vége felé is, hogy ha a betegek tetemesen összeesnek. Átlynkadás ntjáni kítirülés többször észleltetett ; így a végbélen, (H e n o c h) a köldökön át (V a l l i n). A betegség tartama huzamos, több hónapon sőt éven át elhúzódó, gyakran félbeszakítva feltűnő javulás által, mi azonban nem hárithatja el a halálos kimenetelt.

A gyógykezelés zsongító ; nevezetesen helyén van itt a vashalvag ; halmájolaj a hasménes miatt ritkábban türetik, előbb adhatni iblanyos vasat. Alhasi fájdalmak és hasmenés ellen időnkint szükség van a mákonykészítményekre, allövetekre pokolkövel, összehuzó szerrekkel. Heves fájdalmaknál könnyebbülést szereznek a langyos pépek, naponta néhány órán át alkalmazva. Hasvizkór ellen előnyösek az izzasztó eljárások ; hol azonban az veszélyes nehézségeket föltételez, javalva van a szuresapolás.

E) A MÁJ BETEGSÉGEI. KRANKHEITEN DER LEBER.

I. Sárgaság. Icterus.

a) Újszülöttek sárgasága. Neonatorum.

R. Virchow: Gesammelte Abhandlungen p. 858.

E. Leyden: Beiträge zur Pathologie des Icterus. Berl. 1866. p. 17.

A. Brunnich: Ueber die pathologische Bedeutung der Gelbsucht bei Neugeborenen. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. XXXIV. p. 193.

Frerichs: Klinik der Leberkrankheiten I. p. 198.

v. Bamberger: Unterleibskrankheiten. Ed. II. p. 480.

A. Porchat: Rev. med. chir. Mai und Juni 1855. cit. in Schmidt's Jahrb. 89. p. 320.

E. Neumann: Ueber das häufige Vorkommen von Bilirubinkristallen im Blute der Neugeborenen und todtfauler Früchte. Arch. der Heilk. IX. p. 40.

Az újszülöttek sárgasága épen úgy, mint a felnőtteké, csupán körülmene különböző általános betegségek, a máj és epentak betegségeinek. Megjelen a születés és a 14. életnap között, túlnyomólag föllép a koraszülötteknél, gyenge, rosszul táplált gyermekeknél, bomlási termények által fertőzötteknél, és olyanoknál, kik világrahozott májbajokban (Cirrhosis, Syphilis) szenvednek. Némely szülházi kimutatásokban kivételkép az újszülötteknek több mint fele sárgakórosnak van bejegyezve.

Legenyhébb alaknak tekinthetni azt, mely a bőr élettani vörösségének eltűnével a 3. nap körül lép fel, és a bőr vörösés alapszínének, a hajszáledényes vérömlenyek átváltozásának következtében, kis fokú sárgás árnyalatot kölesönöz, meg nem festve a köthártyát és a vizeletet, nem gyakorolva semmi befolyást a székelet epe általi megfestésére. A bőr ilyenkor néhány nap alatt ismét elveszti sárgás színét.

Más alakoknál hosszabb időn át sötétebb sárga marad a bőr, sárga a köthártya is, a vizelet epesárganyt (bilifulvin) tartalmaz, az értítés lassabb, egész 80-ig egy perc alatt, mindaddig, míg a sárgaság valamely lázas betegségen nem alapszik, vagy ilyennel nincs szövetekezve; hosszabb tartamnál a test táplálása nem gyarapszik, sőt fogy. A betegség megbírlásánál legközelebb az ürülékekre kell figyelmünket fordítani: ha azok tartósan és egészen szintelenek úgy az epevezeték elzáródásával van dolgunk, jött légyen ez létre valamely súlyosb bántalom (a máj-nyombélszálag tőpörödése, vagy már az újszülöttek-

nél előforduló epeköképződés) vagy hurutos megbetegedés folytán; hurutos sárgaság (Icterus catarrhalis). Ez utóbbi valóban leggyakoribb alakja az újszülöttek sárgaságának. A hugy Leyden szerint kell, hogy epefestanyagon kívül epesavakat is tartalmazzon. Ez boncilag felismerhető az epehólyag és epeutak túlteltségéből, a máj átívódottságából epével, az epehólyagban meggyült epének nehezebb kitritetéséből a nyombélbe, és a belek tartalmának szintelenségéből. (Gyermekek az epesavak felszívódását a vérbe, jóval kevesebb ideig bírják eltünni, mint a felnőttek; gyorsabban lesóványodnak, előbb kifejlődik náluk vérömlenyekrei kórhajlam (Diathese), és agyi tünetek, vagy a köldökvérzés következtébeni vérhiányosság tünetei között elhalnak, hogyha a hurutos tömesz az epeutat megolvadás által mielőbb szabaddá nem teszi. Bizonyos, hogy a máj folyton tartó epeátívódása heveny sárga sorvadáshoz vezethet, habár ezen betegségnek — L ö s c h n e r, P o l i t z e r és mások által közölt kevés eseteiben — kifejlődése más módon is felfogható. P o r c h a t a kedvezőtlen kimenetel megítélésénél legnagyobb súlyt fektet a bélhuzam epehiányára, és hivatkozik arra, hogy fiatal kutyák nem sokáig élnek túl a mesterséges epesipolyt. Tény az, hogy azon esetek jóslata sokkal kedvezőtlenebb, melyekben a kiürített bélsár tökéletesen szintelen. Sárgaságban szenvedő gyermekek vizeletének színe nagy vízmennyiségéhez aránylag világossárga, legalább csak is az egyidejű lázas állapotoknál lesz az sötétebb, miként ez felnőtteknél észleltetik.

Harmadik csoportba tartoznak azon sárgasági esetek, melyekben a bőr, köthártyák és hugy sárga színűek, de hiányzik a bélsár szintelensége. Ezek azon esetek, hol a boncolásnál a nagyobb epeutak rendeseknek találtnak. Itt szó lehet a finomabb epeutak elzáródásáról vagy megszüküléséről a májon belől, és pedig nyákhártyájuk hurutja következtében, mint a W y s s és E b s t e i n által leírt vilánymérgezőések-nél; vagy a túltelt visszerek általi összenyomatás folytán, mint a szerecsendiómájnál; vagy hämatogen sárgaságnál. Ez utóbbinak körismerhetése közel kilátásba van helyezve akkor, hogy ha megerősítést nyer N e u m a n n azon közzétett lelete, miszerint ő sárgakóros újszülöttek vérében számos bilirubin-jegeceket talált. Ezen alak értelmezésére N e u m a n n fölfedezésén kívül két ellentétes mozzanat vonta magára a figyelmet. F r e r i c h s úgy hiszi, hogy az epe alkatrészeinek felszívódását megkönnyebbiti a máj visszeres hajszáledényeinek kisebb feszülése, minek következése a köldökvisszér elzáródása, H e v i t t ellenben a máj vértorlódásos állapotából származtatja le a sárgaságot, mely torlódás úgy jön létre, hogy a jobb szív kilrülhetése — a még

részben tágulatlan tüdőkbe — gátolva van Utóbbi magyarázat szerint leginkább megközelíti a valót. Neumaun is utal saját leletének (bilirubin-jegecek a vérben) összefüggésére a légzési zavarokkal, továbbá csaknem állandó összetalálkozására a vesékbeli húgysavas tömüléssel, mely a tökéletlen légzés tüneteként fogandó fel. Röviden, hiszem, hogy az újszülöttek sárgaságának valamennyi súlyos alakját kimagyarázhatni az epe kitrtilésének erőmitves zavarából, hozassék az létre az epevezeték hurutja, vagy a finomabb epeutak vértorlódásos összenyomatása által.

A gyógytan számára ezen betegség kevés mezőt nyújt. A legtöbb eset meggyógyul magamagától. A súlyosabbak között némelyek egyáltalán gyógyíthatlanok, úgy az epeutak világrahozott elzáródásán, súlyos veleszületett májbetegségeken, mint amáj bujakórján és szemcsésedésén (Cirrhosis) alapulók; ezeknél az erélyes beavatkozás többnyire igen kis mérvben van jávalva. Azon esetben, hol köldökvisz- vagy ütérlob (Schuller) képezi a sárgaság alapját, megkísérthetni belsőleg a kinalt vagy kénsavas k seréleget, helybelileg posellenes szereket a köldökre. Egyébiránt ajánlatnak a gyenge hashajtók, nevezetesen az egyszersmind vizelethajtó sók.

B) A CSECSEMŐKORON TUL. IM ÜBRIGEN KINDESALTER.

E. H e n o c h: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 340.

H. R e h n: Eine Icterus-Epidemie. Jahrb. für Kinderheilkunde. N. F. III. p. 197.

J. B o u d o n: Des diverses espèces de coliques hépatiques. Thèse de Paris 1865.

L e w i n: Studien über Phosphorvergiftung. Virch. Arch. Bd. 21. p. 306.

A sárgaság gyermekkorban előjövő alakjai között kétségbevonhatlanul leggyakoribb a gyomor-nyombélhuruttól föltételezett. Ennek alapját nyáktömesz képezi, mely feszesen ül az epevezeték legszűkebb helyén, a beszajadzás közelében. Az epeutak ilyenkor erősen kitágulvák, különösen a hólyag, a máj duzzadt és epével átívóldott. Hogyha a kitágult epeutak által létesült nyomás hosszabb időn át behat a májra, akkor ez kisebbedik, mialatt az epeutak orsó- és tömlőszertileg kitágulnak, és a kitágult helyeken hurutosan megbetegszenek. A bél beunéke fehér, világossárga vagy világosszürke.

A 2-dik életéven túl meglehetősen egyenletesen oszlik meg a betegség az egész gyermekkorra. Némely járványok alatt, mint egyet R e h n Hanauban (1868 őszén) észlelt, a megtámadott gyermekek száma nagyobb, mint a felnötteké; szörványos előjöveteleknél az el-

lenkező arány észleltetik. A szórványos megbetegedések körülbelül rendszeren visszavilthatók meghűlésekre, vagy megromlott, meg nem emészthető, vagy másképen ártalmas tápszerek élvezetére. Ilyen alakok előjönnek az év mindenik szakában, leginkább a forró nyár alatt a tápszerek és ivóvíz megromlása következtében. Kezdetben csorvás tünetek mutatkoznak különböző belterjességgel: rosullét, hányás, gyomortáji nyomás érzete, elvesztése az étvágyinak, keserű szájjal, esékély vagy egészen a borzongásig fokozódó lázas mozgalom több napon át. Hol a hurut elterjed a bélhuzamra, az első napokban hasmenés is csatlakozhatik az előbbi tünetekhez. Nehány, többnyire a megbetegedés utáni 3—8 napra megjelen a sárgaság, mely mint hepatogen felismerhető a bélsár szintelenségéből, a húgynak a Pettenkoffer-féle Nenkomm által módosított vizsgálat által kimutatható epesavtartalmából. Az epesav behatása által támasztott ideges tünetek: bőrvizketés, és az érlítés lassúsága nem igen állandók. Sőt ez utóbbit, mely a szív izomzatában létező ducek által hozatik létre (Röhrlig), Henoeh egy esetben sem észlelte, ellenben annak előjvetelét Rehn néhányszor kimutathatta. A bélhuzam epehiányára utalnak: a kemény, szintelen, gyér székelések, szilárd tápszerek fölvétele iránti ellenszenv, és lesóványkodás, ha csak a kiváltkép fennmaradt étvágy nagyobb mennyiségű tápszer fölvetelét meg nem engedi. Epe-pangás az epeutakban a májnak nagyobb tompulatot kölesönöz, ellenben néhány heti fennállás után tompulatkisebbedést eredményez; ezenkívül néha a májtompulat alsó szélén, az epehólyag vágányának megfelelőleg a kitágult epehólyagnak megfelelő tompulatot, vagy épen kitapintható vagy szabad szemmel kivehető daganatot hoz létre. A sárgaság tartama alatt a betegek nem panaszkodnak fájdalomról, láztalannak, vagy testük hőfoka még a rendesnél is kisebb. A tartam néhány nap és hónap között ingadoz, középidő 2--4 hét. Egészen közönséges kimenet a gyógyulás. Kedvezőtlenebb kimenetek: epés sorvadása (Gallencolliquation) a májszövetnek, egyik alakja a gyermekkorban egyedül ismert heveny sárga májsorvadásnak, mely felismerhető a súlyos ideges tünetekből, vérzésekből, a máj fájdalmasságából, a beteg összeeséséből, és sajátlag a csaknem óráról-órára kisebbedő májtompulatból. Utóbetegségek gyanánt észleltetnek: az epeutak kitágulása és hurutja a májon belül, tartós emésztési zavarok.

A gyomorhurut kezelésére szolgálnak a savak, Pepsin, rabarbara, keserű anyagok pezsgővegyületek, továbbá a szigorú, orvosiilag megszabott étrend.

A hurutosan elzáródott epevezeték megnyitását ezélozhatni:

1. Savak adagolása által (halványos víz, Siebert, királyvíz, Henoch, citromsav stb.), mint melyek különös visszahajlási mechanizmus által az epehólyagot az epevezeték beszajadásának szemöleséből kiinduló erős összehúzódásra készítik.

2. Égvényes ásványvizek által, mint melyek növelik az epeelválasztást, és így egyuttal a tömesz kibajtására is hatnak.

3. Hánytató által, mivel a hányás alatt nagy nyomás alá jut a máj- és epeutak tartalma.

4. Petyhüdt hasfalak és átérezhető epehólyag mellett ugyanazon eél könnyen elérhető nyomogatás által, midőn az epehólyagot egyfelől hüvelyk-, másfelől mutató- és középujjaink közé szorítjuk, vagy a has hátsó falához nyomjuk. Sikertült ezen eljárás, ugy azonnal ujjaink alatt érezzük a dag összcseesését, és a bélsár már a következő napon festett lesz.

5. Hol a közvetlen összenyomás lehetlen, helyettesítsük azt a faradisatio által, oly módon, hogy az egyik sodrony végét illesztjük azon tájra, hol az epehólyag vágánya van, a másikat azzal átellenben a has hátsó falára. Én néhány esetben, a színes bélsár rövid időrei megjelenésén és az előbb kopogatás által kimutatott és megjelölt epehólyag-tompulat eltűnésén kívül, feltűnő mennyiségű halvány vizelet kiürítését láttam azonnal az ülés után. (A bolygideg ingerlése fokozza a vesék általi kiválasztást, Bernard).

A gyermekek sárgaságának különösb alapokai gyanánt szerepelhetnek még :

1. Orsonyák benyomulása a közös epevezetékbe, mely bélgörcsöt, valamint epeköveket, meglehet rángásokat is támaszt (Lieutaud és mások esetei, összegyűjtve Boudontól).

2. A remese tulteltsége következtébeni, a nagyobb epeutak összczenyomatásával járó bélsárlhányás (Koprostase) magyarázatát adja a sárgaság gyors gyógyításának hashajtó által.

3. Vilanymérgezés, kimutatva a megnagyobbodott, zsirosan megváltozott máj, szív és vesék által, a máj finomabb epeutainak hurutja által támaszt sárgaságot. Levin fölemlít egy Shepard által észlelt 2½ éves gyermekre vonatkozó esetet; az itteni szigorlati értekezletek között van egy 17 hónapos gyermeket illető eset F. Starek-től, a hol mindkét gyermek 8—8 darab gyufaküpp által halálosan megmérgeztetett. Ellenszer: rézgálic, azután ecetsavas rézéleg (v. Bamberger).

II. AZ EPEUTAK HEGES ELZÁRÓDÁSA. NARBIGER VERSCHLUSS DER GALLENWEGE.

C a m p b e l l : Northern Journal of Med. 1844, cit. bei Frerichs. (Mir nicht zugänglich).

C. B i n z : Zur Kenntniss des tödtlichen Icterus der Neugeborenen aus Obliteration der Gallenwege. Virch. Arch. Bd. XXXV. p. 360.

M. R o t h : Virchow's Archiv Bd. XLIII. p. 296.

A máj-nyombélszálag (Lig. hepatoduodenale), továbbá a haránt-barázda (Fossa transversa), a Glissonféle tok kötszövetének lobja és töpörödése folytán létrejöhet az epeutak szűkülése és elzáródása, mely bizonyos körülmények közt körébe vonja a verőcér és annak ágait a májon belől. Ezen elzáródás lehet világrahozott: fel kell azt venni akkor, hogyha a sárgaság, és a bélsár tökéletes szintelensége már a születés óta jelen van (R o m b e r g és H e n o c h esete); vagy a szül-letés alatt, vagy rövid idővel az után támad az elzáródás; úgy látszik ez volt jelen a B i n z által gyűjtött legtöbb esetben. Különösen érdekes a maga B i n z által megészlelt, ugyanazon egy anyának két egy-mást követett gyermekére vonatkozó eset. A bedugulás vagy csupán az epevezeték kisebb-nagyobb darabjára szorítkozik (D o n o p esete), vagy kiterjed ez az epehólyag-, májvezetékre (Duct-cysticus, hepaticus), az epehólyagra és a májbeli epeutakra. Egy esetben — világos tüne-teként a heveny-elzáródásnak — az epehólyag a megrepedésig telve találtatott epével, dacára mind a három nagy epevezeték eldugultságá-nak. Ezen heveny esetekben a máj nagynak és változatlanak állitta-tik, míg R o m b e r g és H e n o c h hosszabb időn át fennállott ese-teikben a máj meg volt kisebbedve. Körtünetek itt a világrahozott, vagy a születés utáni 1—3 nap alatt támadt belterjesebb sárgaság, és a bélsár tökéletes szintelensége. Az altest puffadt, a máj többnyire mérsékeltén megnagyobbodott, fájdalomtalan, sem rajta, sem a köldö-kön nem találui olyan elváltozásra, mely a sárgaságot okadatolná. A külső körtünetek néhányszor lázas mozgalomra mutattak; ezt B i n z szükségesnek tartja, azonban hőmérések által nincs bebizonyítva. Hogy ha egyszersmind meg van szűkülve a verőcér és környéke, akkor be-következik hányás és bélvérzés. Ilyen esetben számolhatni lépduzza-dásra és hasvizkórra is. Az élet elhúzódhatik egy naptól 4 hónapig. A halált megelőzik kábultság és rángások, miként azt előre várhatni a vérben felhalmozódott epe-savak behatásától az idegszövetre. Vala-mennyi észlelt eset elhalt; emeleti alapon ajánlották a jodkali ada-golását.

III. A MÁJ KEMNYÉD ELFAJULÁSA. AMYLOIDENTARTUNG.

Steiner und Neureutter: Die amyloide Entartung der Leber im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilkunde. VIII. p. 47.

Pilz: Ein Fall von verbreiteter, hochgradiger amyloider Degeneration, besonders der Leber. bei einem dreizehnjährigen Kinde. Jahrb. für Kinderheilk. N. F. III. 29.

C. Hoffmann: Ueber die Aetiologie und Ausbreitung der amyloiden Entartung. Diss. Berl. 1868.

Egyenletes megnagyobbodás mindenátmérőben, nagyobb keménység, viasz fényű, szürkésvörös színe a metszlapnak, csekélyebb teltsége a véredényeknek, kevés, hig tartalma az epehólyagnak képezik azon közönséges külső ismertető jeleket, melyek a máj finomabb edényei és sejtei kemnyés megváltozásának megfelelnek. Vékony metszetek áttetszők, és vízzel, joddal és kénsavval kezelve vörös ibolya vagy kék színre festetnek. A máj anyagszaporodása 3—4 Kgrm.-ot is elérhet. Rendesen ugyanilyen megváltozásra találni egy vagy több szervben, mint lép, vesék, bél nyákhártyája, nyírkmirigyek. Alkalmi kórmozzatok: görvély, gümőkór, sajtosan megváltozó esont-, nyírkmirigy-, tüdőlobok, bujakór, angolkór, idült genyedése a bőrnek, nyákhártyáknak, vagy ugyanilyen folyamat az izmokban, kötszövetben, savós tömlőkben. Ide tartoznak a fej genyes izzagánál, idült vérhasnál, hashártyalobnál előjövő kemnyéd-elfajulások. Ezen betegek között tulnyomó a gyermekek-, és az 5-dik életévet meghaladtak száma, azonban már az első életév alatt többször, sőt egy két hónapos gyermeknél is észleltetett kemnyéd-elfajulás.

A betegség idült lefolyásu, soha sem támaszt lázat, de összefügg mélyen beható táplálkozási zavarokkal, nevezetesen vizenyővel, melyet ezen bántalom lényegesen fokozhat. A betegek kiuézése halvány, viaszszerűleg áttetsző; annál nagyobb fokban lesaványkodnak, minél inkább meg van zavarva — a bolyhok kemnyéd-elfajulása következtében — a bélen általi felszívódás, és oly mérvben válnak vízkórosakká, a milyenben a vesék elfajulvák. Hogy maga a máj megnagyobbodott s leterjed a jobb részbe vagy a has egész felső részébe, a tapintás és kopogtatás ad fölvilágosítást. Különbö az ilyen máj kemény, síma feltétl, szabályos alakjának megfelelő, egészen a köldökig vagy épen a csipesont töviséig leterjedő dagot képvisel. A has előre domborodását még növeli a — egészen ritkán hiányzó — hasviz, az egyidejűleg hasouló módon megváltozott lép, és a hiányos emésztés következtébeni

légpuffadása a beleknek. Az epeelválasztás csökkenése felismerhető a halványabb, ha nem is épen epenélküli bélsárból, mihez járul még annak felettébb undorító szaga és vizenyős összállása; ez utóbbi körülmény a megváltozott bélhuzam melletti csökkent felszívódás kifolyása.

A mi magát a kemnyélelfajulást illeti, az visszafejlődhet, és — ha idejekorán kezeltetik — nem veszedelmes. Azon körülmény, hogy az alapbetegségek gyakran halálos kimenetelűek, sodorta a kemnyélelfajulást az őt meg nem illető gyógyulhatlan hirbe. Első javalat a kemnyeképződés forrását a leggondosabb gyógykezelés alá venni, hogy azt kiapadásra bírjuk; második a táplálás legpontosabb és legkedvezőbb irányban szabályozása, ápolás és étrend a legszorosabb értelemben; harmadik az egyes kórtünetek ellen irányul. Így a hasmenés ellen rendeljük az emésztést előmozdító szereket: keserű anyagokat, Pepsint, sósavat vagy zsongítókat; a vízkört kezeljük izzasztó fitrdökkel stb., főképen a vérhiányosság ellen adagoljunk vaskészítményeket, és a kórvegy ellen iblant

IV. ZSIRMÁJ. FETTLÉBER.

C. G. G a b l e r : Ueber die Fettleber der Phthisiker. Diss. Berl. 1868.

K ö l l i k e r : Einige Bemerkungen über das Vorkommen einer physiologischen Fettleber bei jungen Säugethieren. Verhandl. d. Würzb. phys.-med. Gesellsch. VII. 179.

S t e i n e r u n d N e u r e u t t e r : Die fettige und amyloide Entartung der Leber im Kindesalter. Jahrb. für Kinderheilkunde VII. III. p. 1.

F r e r i c h s : Klinik der Leberkrankheiten I. p. 285.

A májsejtek z s i r b e s z ü r e m k e d é s e (Fettinfiltration) folytán nagyobbá, némileg vastagabbá lesz a máj, szélei vékonyabbak és élesek, felszíne halvány, sima, metszlapja halványsárga színű, edényei vérszegények, az epeelválasztás gyér. Görcsö alatt a sejtekben magcsákat, zsireppecskéket, és egész zsireppeket találni; a betegség legmagasabb fokán erősen fénylő csepp tölti ki a sejtet, olymódon, hogy a btrök és mag fel nem ismerhető. A zsirbeágyazódás vagy csak a karélycsák közötti edények közelében veszi kezdetét, vagy előnyomul az egészen a központi visszerekig. (Venae centrales lobulor). Első esetben a metszlapnak egyenlőtlenül színezett, szerezendioszerű kinézése van, a másodikban a szín egyenletesen sárgás.

A zsirmáj bizonyos foka a csecsemőkorbán élettani tünetmennynek tekintendő, mely a vajdus tejjeli táplálkozáson alapszik. A legtöbb

zsírmáj a gyermekkorban a 4-ik életév vége előtti korra esik. A nemnek nincs jelentékeny befolyása, azonban már a gyermekek között is némileg meghaladja a nőnem a férfié (6 : 5 Steiner és Neurenter szerint). Alapbetegségeként szerepelnek mindenelőtt a görvély és gümő-, majd az angolkór, genyvér, bujakór, idült bélhurut és valamennyi sorvadással járó betegség.

A zsírmáj felismerésére legközelebb kutatjuk a kóroki mozzanatok: zsír, kemnye, vagy a felnőtteknél nagyobb mennyiségű alcohol tartalmazó táp- és esemlegeszerket, vagy a sorvasztó betegségeket; ezután kórisménket a máj jelentékenyebb megnagyobbodására alapítjuk, mi mellett az puha összállású, sima, és szélei felé megvékonyodott. Lép és vesék nincsenek megbetegedve. A verőcérbeni vérkeringés mérsékes gátoltságának gyakori következményeként — a máj gyurmája által a véredényekre gyakorolt nyomás következtében — tekintendő az idült hasmenés (Legendre, Rilliet und Barthez), mely ezen betegséget kísérni szokta. A bőr zsiros kinézésére és gyengén sárgás vagy barnásszínűre — mely tünetek egyes esetekben felhoznak — kevés suly fektetendő.

A zsírbeszűremkedés nem bír saját jóslattal, a körkezelés is időhöz kötött, és csupán a zsírmájt létrehozó betegségek ellen irányul.

A májsejtek zsiros elfajulása (Fettdegeneration) előjön a magas lázzal járó betegségeknel, vilany- és mirenymérgezéseknél, a máj szövetének epeatívódásánál, az ujszülöttek zsiros elfajulásánál (bei der fettigen Degeneration der Neugeborenen). Mindenkor zsirosan elfajulnak egyszermind a szív és vesék is. A máj nagyobbodott, később kisebb a rendesnél; kifejlődik sárgaság; a savós hártályakon, nyákhártályakon, izmokon és a bőr alatti kötszövetben többnyire hajszáledényes vérömlenyekre akadni.

V. BUJAKÓROS MÁJLOB. HEPATITIS SYPHILITICA.

G n b l e r: Affection der Leber als Symptom der erworbenen Syphilis bei Neugeborenen. Gaz. de Par. 1852. Nr. 17—23. Schmidt's Jahrb. Bd. '6. p. 48.

E. W a g n e r: Das Syphilom der Digestionsorgane. Arch. der Heilk. IV. p. 430.

S c h o t t: Veränderungen der inneren Organe bei Syphilis hereditaria. Jahrb. für Kinderheilk. IV. p. 231.

A F ö r s t e r: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Syphilis der Neugeborenen. Würzb. med. Zeitschrift IV. p. 10.

v. B ä r e n s p r u n g: Die hereditäre Syphilis. Berl. 1864.

S W i l k s: Syphilitic cirrhosis of liver from an infant. Transact. of the path. soc. XVII. p. 167.

A máj bujakóros megbetegedése csaknem kizárólag a csecsemőknél, nagyobbrészt az ujszülötteknél találatik. Kimutatható, miszerint

keletkezése még a magzatkorba esik, már a 7—8 hónapos magzat hullájában feltalálható, és szigorú utánkutatás mellett azon gyermekekénél, kik a rendes időre születtek és azon túl egy hónapot megélték, kimutatható, miszerint a betegség már a születés, tehát még a méhen belül vette kezdetét.

v. *Bärensprung* számos észleleteiből legalább az derül ki, miszerint ezen betegség tulnyomólag az apától öröklött bujakórnál fordul elő; hogy egészen kizárólag-e? még bebizonyításra vár. A bonci megváltozások épen oly esekélyek, mint a felnőttek egyszerű bujakóros alakjainál, de azok ettől lényegesen eltérők. A két legközelebbi alak nyilván a *Gubler* által (1852.) leirt általános és részletes elfajulás névvel jelzett.

Az elsőnél a máj jelentékenyen, és minden átmérőjében megvan nagyobbodva. *S. Wilks* legközelebb leirt esetet, melyben a 4 hetes gyermek mája $1\frac{1}{2}$ fontot nyomott. A szövet kemény, ruganyos, fénylő, halvány színt, melyet *Gubler* a tüzkő, *Trousseau* a talpbőr színéhez hasonlít. A szemesék kinyomata (*Zeichnung*) elmosódott, esupán a nagyobb edények és epeutak ismerhetők fel a metszlepon. Göresői vizsgálat a karéjesák közötti kötszövet számos, kis sejtű, kiterjedt bujalkodását — kiváltképen azon részekben, melyek a verőér ágait és az epeutakat követik — és a májsejtek soradását tárja fel előttünk. 2. A *Gubler*-féle részletes alak, mely *v. Bärensprung* esetei között is nagy számmal van képviselve, a májnak esekélyebb nagyobbodásával van egybekötve, melynek egyes részei rendes szövettel bírnak, mások keményebbek; ez utóbbiak gyakran fedvék elhomályosodott lobos hashártyával, kemények, sárgás vagy barnavörös foltokkal, a szemesék körrajza (*Zeichnung*) nélkül, ellenben megrakva *durchsetzt* számos, csak épen látható, egészen gombostífőnyi fehér pontokkal. Ezen pontok közül a frissek a karéjesák közti kötszövet dúsabb bujalkodásából, a régibbek zsiros dörzselékből (*Detritus*) állnak. 3. *Förster*, *Festelin* által fölemlítettnek, *Bärensprung* által igen szépen lerajzolvák bizonyos, vörösen szegélyezett, közepükben vörösesszürke, egészen fehér, kemény, egészen mogyoró nagyságu csomók, melyek többnyire nagy számmal elszórva fekszenek a máj szövetében: *mézagadagok* (*Gummata der Leber*). 4. majd a 2. és 3. alakkal együtt, majd elkülönözve a máj tokjának genyes, rostanyás vagy tulnyomólag plasticus, innét a szomszédos részekre áterjedő hashártyalobjára akadunk.

Azon tünetek között, melyek ezen bonci megváltozásoknak megfelelőnek, egyedüli, meglehetősen állandó a máj nagyobbodása és na-

gyobb keménysége. Közönségesen leterjed az a köldökig, könnyen kitapintható, és a has felső részét rendszerint jobban kidomborítja. A többi kórtűnek a következő három irányban fejlődhetnek. Tulnyomólag májköri lobnál (Perihepatitis) a máj tájéka nyomásra fájdalmas, és itt a légvételtörzőre hallható, vagy még könnyebben érezhető. Nem rég észleltem esetet, ahol a törzőreje éppen a kardnyújtvány alatt érzés által kimutatható volt. Ha egyszer a májbeli epeutak megszütkültek, úgy nem marad el a sárgaság, a mi különben bujakóros ujszülötteknél csaknem ritkább, mint a többiekénél. Ezzel lehetne kapcsolatba hozni a valamivel gyakrabban észlelt többszörös vérömlenyképződést a bőrön. Végre a verőcér-ágak összenyomatásának szükségképeni következményei a hasmenés, hányás, hasvíz (egyszer főlemlítve Bärensprungtól). A jóslat rossz; gyógyulási esetek eddigelé alig mutathatók ki bizonyosan; az életbenmaradás legfőlebb hat hétre húzódik. Mindazáltal minden egyes esetben meg kell kísérleni a betegség leküzdését higalványos (Sublimat) fürdők, belsőleg jodkali adagolása-, vagy higányos bekenések által. Legalább előre fel kell venni a göcsös és májköri (perihepatisehe) alak gyógyulhatóságát, és ezen föltevést támogatják az ujszülöttek máján talált egyes felületes hegek.

VI. MÁJSZEMCSÉSEDÉS. CIRRHOSIS.

Ezen betegséget Weber egyszer ujszülöttnél, Rilliet és Barthez, újabban pedig Steffen ismeretlen kórok mellett néhány éves gyermekeknél találták; előjön a gyermekkor vége felé egyes, korán iszákosságra vetemedett egyénekénél. Kórtűnetek ugyanazok, mint felnötteknél; jóslat és gyógykezelés a gyógyulásra mi kilátást sem nyujtanak.

VII. BURKONYOK A MÁJBAN. ECHINOCOCCUS HEPATIS.

- H. Krabbe: Die isländischen Echinokokken. Virch. Arch. Bd. 27. p. 225.
 R. Leuckardt: Die menschlichen Parasiten. Leipz. u. Heidelb. 1862. Bd. I. p. 358.
 C. Davaine: Traité des eutozaires. Par. 1860.
 J. Harley: On a case of hydatid disease of the liver and remarks on the treatment of similar tumours. Med. Chir. transact. XLIX. p. 79.
 Bouchut: Journ. f. Kinderkrankh. Bd. XL. p. 256.
 H. Roger: Ibid. Bd. XLVI. p. 83.
 C. Uterhart: Ueber Incisionen nach Doppelpunction zur Heilung von Echinococencysten des Unterleibes etc. Berl. klin. Wochenschrift 1868. Nr. 14—17.
 C. E. M. Paul: Traitement des kystes hydatiques du foie. Thése des Paris 1866.

Burkonytömlők a májban leggyakrabban a 20. és 40. életév között találtak; az első életévekben ezen betegség csaknem egészen hiányzik, legalább Cruveilhier egyetlen 12 napos gyermekre vonatkozó esete nem biztos; ez után legfiatalabb F i u s e n esete, hol a burkonytömlő az első életévben támadt, és a hatodikban lett műtve. Th o r s t e n s e n és B o d z o n észleletei 4 éves gyermekeket illet. Az 5 és 10 év között kevés, a 10 és 15 között már meglehetősen sok eset van felsorolva az irodalomban. A betegség nem egyéb, mint egy, kutyában tartózkodó burkonygalandóé, a *Taenia echinococcus* petéinek kifejlődése az ember gyomrában, és aztán az ébrények kivándorlása a szomszédos szervekbe. Hogy az ébrények tulnyomólag megkeresik a májt (166 : 200 a többi szervekhez arányítva D a v a i n n á l), legkönnyebben úgy magyarázható meg, hogy az állatok nem egyedül közvetlen átvándorlás útján jutnak a májba, hanem a gyomorvisszerek által értőtömlés (embolicus) módon is bevitetnek. A burkony petéinek gyomorhajutása mi módon történik, még biztosan nincs ismervé. Burkonyhólyagok a májban vagy egyenkint, vagy igen kevés számmal találtak, olykor egyidejűleg ugyanilyenek a tüdőkben, agyvelőben, eseplezben. Ugy *E. granulosus* mint *hydatidosus* is észleltettek már gyermekeknél, de tudtommal sokrekeszlű (*multilocularis*) még nem.

Ezen betegek néhány hónapon vagy éven át — határozatlan emésztési zavarok mellett — fájdalomról panaszkodnak a has közép- vagy jobboldali részében, továbbá érzékenyek a szűkebb öltönyök által okozott nyomás iránt. Kezdetben néha jelen van sárgaság, mely ismét eltűnik; erre következik daganat, mely kiváltképen a has felső részére terjed, gyakran azonban rajta egyes dudoros kiemelkedések is találhatók. Ezen betegségekre fogunk gondolni azonnal, mihelyt a különben egészséges gyermekeknél a máj tetemes megnagyobbodását kimutathatjuk, mely terimegyarapodás egyenetlenül van elosztva a máj felső vagy mellső részére egy vagy csak kevés helyen. Feltevéstünk azonban akkor lesz biztos, hogyha a has mellső részén, vagy a jobb oldali bordafalon, a megnagyobbodott máj tompulatának megfelelőleg, kisebb fokban hullámzó, (*Kleinwellige Fluctuation*) sajátos rezgéssel (*Hydatidenschwirren*) bíró daganat emelkedik ki. Mily nagyságot érhet el az ilyen máj, bizonyítja S i m o n esete, hol egy 9 éves leánykánál ember nagyságu tömlő ürítettett ki, és K ö f o d é, hol a 14 éves leány hasának térfogata megfelelt egy 9-dik hónapban terhes nőének. Több éven át feltűnő az ellentét a rendkívül nagy májdaganat és a beteg jó táplálkozása, egészséges arszine között; azután azonban — a gyermekeknél inkább, mint a felnőtteknél — gyorsan

lesoványodik a test, és ekkor a kórkép meglehetősen hasonlít a máj rákos elfajulásához, vagy a hájmájéhoz. A tömlő áttörése a tüdőkbe, mellütrbe, epentakba, hashártyába, és innét a köldökön át kitélé már többször észleltetett. Ha sikertől — kétes esetekben — szuresappal a tömlőbe hatolni, akkor következő mozzanatok bizonyítók: 1. viztiszta, fehérnye nélküli, enkort és borostyánkősavat tartalmazó folyadék; 2. ifju porondok (Brut), fejtükön horgokkal (Hacken); 3. leányhólyagok burkai, a harántmetszeten szalagszerű esikkelal.

Önkénytes g y ó g y u l á s — gyomorba vagy bélhuzambai áttörés, vagy a csomók (Knoten) elmeszesedése folytán — a gyermekkorban nem észleltetett; le folyás a művészet beavatkozása nélkül mindenkor halálos. A műtét által nyújtott kilátás aránylag kedvező; 14 műtött esetből csak 4 halálos kimenetelű van feljegyezve; egynél többszöri szuresapolás vezetett a gyógyuláshoz. Hasonló eljárás mellett gyógyult két más eset (Brodie, Phompson), a többiek közül 8-nál másnemű műtét végeztetett. Kórismei szempontból, támaszkodva a saját tankórodámon megészlelt esetre, fel akarom még említeni, miszerint a cseplez veleszületett, a májjal összenőtt tömlős dagjai alig különböztethetők meg a burkonytömlőktől. Ez idő szerint a műtétől következőket kell várnunk: 1. hogy általa a máj hashártyái burka összenőjön a hasfali hashártyával, hol ez különben már a műtét előtt létre nem jött; 2. hogy a műtét által elég tág nyílás hozassék létre, melyen át a tömlő bennéke kiíritethessék. Ezért elvetendő az egyszerű szuresapolás, legfőlebb műtét előtt a kórisme biztosítása tekintetéből hajtassék végre egyszer. Tulajdonképi, ajánlásra méltó műtétmódok gyanánt felemlítendőek: 1. a Reccamier-féle, mely abban áll, hogy étető tapasztal a hasfalat elpusztítjuk egész a burkonytömlőig vagy annak közvetlen közeléig, ekkor a — hashártyát is megtámadott — pörkөн keresztül bemetszve kiíritjük a tömlő bennékét, mire iblanyos, később fertőztelelítő folyadékot feeskendezünk be (gyógyult esetek Bouchuttól, Rogertól, Paultól); 2. a Simon-féle: két szuresap bevezetése a tömlőbe, ezeken át kiíritése a bennéknek, 1—2 hét elteltével eltávolítása a szuresapok esőveinek, egyesítése a két szuresapnak egy metszés által, kifejtése a tömlőnek, kifeeskendezés (két gyógyult eset Uterhardtól); 3. vastagabb szuresap beszúrása után nyitva tartása a szuresatornának a lagesővek (Drainage) által stb. (gyógyulási esetek Hjaltelein, Boinet). A pikrinsavas hamany (Kali pieronitricium) hosszabb időn átali belső adagolása után két betegemnél fájdalom jelentkezett a daganatban, és fellépett láz. Az egyiknél a dag bélbei áttörése, a másiknál annak egyszerű töpörödése következteben

jött létre a gyógyulás. A legközelebb kinálkozó alkalmat felhasználandom, hogy ezen szerrel további kísérleteket tegyek.

F) A LÉP BETEGSÉGEI. MILZKRANKHEITEN.

A lép lázas megduzzadásáról, mint az a bevenyfertőzési kóroknál és a helybeli heveny-lobfolyamatoknál (tüdőlob, orbánc) előjön, és kiváltképen a váltóláznál nagy fokot elér, már előbb (lap. 49.) ismételve megemlékeztünk. Hátra vannak még a lágy, vérdus, mérsékes nagyságu, gyakran a tok helyenkénti elhomályosodásával egybekötött megduzzadásai a lépnek.

Idült túltengések (chronische Hyperplasien) tömött, vérszegényebb, szövetére nézve a rendestől lényegesen el nem térő lépduzzanatok előfordulnak némely idült alkati bajoknál, p. o. angol-, görvélykórnál. Ugyanezeknél, főképen pedig a buja- és gümőkóros elsoványodási állapotoknál, idült loboknál találkozunk a keményesen megváltozott léppel (Amyloidmilz), hol ezen megváltozás székét csupán a Malpighi testecskék képezik; ez Ságólép, midőn a testecskék átalakulvák nagy, áttetsző magvakká, midőn pedig az egész szerv, az üterekből kiindulva, egyenletesen megvan támadva: viaszlépnek nevezetik.

Az ilyen lép halvány színű gyermekeknél viaszszertleg áttetsző, nagy, kemény, sima, esecsészén könnyen kitapintható dagot képez, mely könnyen felismerhető az által, hogy ugyanily módon van megduzzadva a máj, egyidejűleg jelen van hasmenés, és a vizeletben fehérnye; továbbá a kórok mérlegeléséből.

Pangási vérbőség (Stauungshyperämie) következtébeni lépduzzanat nem jön elő szívbajoknál, a lépviasszerek hajszálhálózata védi a lépét. Ellenben rendszeren találkozunk azzal egyes májbajoknál, így a szemesés májnál és verőcérlobnál, meglehetősen gyakran a máj bujakóros megbetegedéseinél.

Ujképletek közül leggyakoribbak a gümők, melyek—csaknem kivétel nélkül szemesés alakkal — inkább a buokra, mint a gyurmába rakodnak; elvértve a fehérvérüség (Leucämie) és a lép-máj vérszegénység (Anämia splenico-lymphatica) nyirkdagra (lymphoma) akadni. Nevezetesen ez utóbbi betegségnek kiváló módon találtak ilyen nyirkdagok, mint szürkevörös, egészen fehér színű beágyazódások, melyek egész esecsésznyemag nagyságra megnöve, nagyobb számmal lehetnek

jelen, és a lép kitapintható részének gyakran már az ujjak által is érezhető durva göröngyös felszínt kölesönöznek. A lép ezen két nembeli megbetegedésénél itteni eseteimben Hypoxanthin a vizeletben nem találtattott. A fehérvérűséggel járó lépduzzanathoz a fehér vörsejtek nagyobb száma, — álféhevérűtségnél (Pseudolenkämie) a test külső részein, közönségesen a nyakon elhelyezett nyirkmirigyek soha sem hiányzó duzzadtsága szolgáltatják a biztos ismertető tüneteket.

A gyermekkorra nézve nagyobb jelentőségűek azon megváltozások, melyeket a b u j a k ó r — úgy a veleszületett, mint a szerzett, — a lépben támaszt. A kóralakok itt többfélék, azonban azok különböző közelebbi viszonyban állnak az alapbetegséghez. A kemény megváltozás nem tartozik mint olyan a bujakórhoz, hanem azon senyvhez, a melynek huzamos és a szervezetet mélyebben megtámadó behatása alatt az létrejött. A hol maga a lép nincs megtámadva bujakóros uj képletek által, de igen is — és pedig jelentékeny mérvben — a máj, ott egyszerű vértorlódasos lépduzzanattal találkozunk, melynek ezen esetben hasonló keletkezés módja és jelentősége van, mint a máj szemcsésedésének (cirrhosis hepatis). B ä r e n s p r u n g néhány lépköri lob (perisplenitis) esetről tesz említést, mely előjön mint lazább szövetbujalkodás és rostanyas lerakódmány a vérbő lép-tok egy részén, nemkülönbön inas, vérszegény megvastagodások alakjában is. Épen úgy előjöhet májköri lobbal (perihepatitis) egyidejűleg, mint ettől függetlenül, ritkán a nélkül, hogy ugyanakkor a lép ne lenne megnagyobbodva. Körismerése csak akkor lehetséges, hogyha a nagyobbodott lép feltűnően fájdalmas, a fájdalom nyomásra fokozódik, vagy hol az ilyen lép fölött dörzszőrejt vehetni ki. Bujakóros ujképletek a lépben csupán körülírt alakkal jönnek elő, midőn azok mogyorónyi, száraz és szalonuás külemit, fehéres, vörös szegélylyel ellátott esomókat képeznek, mely esomók környi elhelyezkedés mellett, mint halványabb kiemelkedések már külső megtekintésnél is kivehetők. Azon esetben, hogyha sikerül ezen kiemelkedéseket a bujakórban szenvedő egyén megnagyobbodott lépjén kitapintani, akkor igen is megállapíthatni a körismét, és aztán sikeres iblany- vagy higany-gyógymód mellett azok néhány hét alatti tökéletes visszafejlődését nyomról-nyomra észlelhetni.

A lépduzzatok visszafejlődését előmozdítják : történetesen bekövetkezett gyomor- és bélvérzések, bő hasmenések, nadályok fölrakása a végbélnyílás közelében, hashajtók, a hideg helybeli alkalmazása, p. o. hideg zuhanyok a léptájra ; lázas betegségeknel ezen célra szolgálnak a kinal, gyűszönke, zsáspaal (veratrin) ; senyves állapotoknál meglehetősen általános az iblanyos vas adagolása. Inkább fajlagos (speciell)

osztályozás tekintetéből: bujakóros alakok iblanynyal vagy higany-nyal-, fehérvértiségen és álféhvértiségen (pseudoleukämisch) nyugrók, vas-, kemnyédelfajulások, iblanykészítményekkel kezelendők; ez utóbbiak ellen B u d d a salétromot ajánlja.

Burkonytömlő (Echinococcus) a lépben eddigelé kevés közölte-tett; a nyilvánosságra hozott esetek között találtam két 14 éves gyer-mekre vonatkozót V o i s i n- és D n b o n é t ö l. Mindkettő csak a bonc-asztalon lett fülismerve.



VI.

HUGY- ÉS IVARSZERVEK BETEGSÉGEI.

Krankheiten der Harn- és Geschlechtsorgane.

I. VILÁGRAHOZOTT VESEVIZKÓR. CONGENTALE NIEREN- WASSERSUCHT.

V i r c h o w : Ueber congenitale Nierenwassersucht. Verhandlungen d. Würzb. phys.-med. Gesellsch. V. p. 447.

Elzáródása, hiánya avagy szűkebb volta a húgyszerv valamely részének a húgycsövecskéktől a húgyeső nyílásáig, a rendellenesség mögött fekvő rész kitágulását vonja maguk után. Hogyha az egyenes húgycsövecskék magzatkori lobfolyamatok következtében elzáródnak, hogyha ugyanezek húgysavas tömesz által elzáródnak (V i r c h o w), vagy oly nemű képződési hiba forog fenn, hogy a vesemedencék és kelyhek ninesenek megképződve (W. K o s t e r), akkor könnyű magyarázatát adni a húgycsövecskék és Malpigh-féle tok hólyagszerű kitágulásának, melyek egyttesen a tömlőszerű vesét (Cysteniere) állítják előnkbe. Ezen esetekben a húgyszerv környi részei kicsinyeknek és üreseknek találótnak. Nevezetesen áll ez a húgyhólyagról. Tömlőszerű vese azonban a húgy levezetésére szolgáló utak valamely távolabb eső részének igen tökéletes elzáródása folytán is támadhat, p. o. a húgyeső egy részének hiányánál (L. L e h m a n n), mikor az a húgyhólyag, húgyvezetékek és vesemedencék rendkívüli kitágultságával van egybekötve. A vesék tetemes, hólyagosan dudoros (blasig-höckerig) daggá alakulvák, mirigy-állományuk ngyszólva semmi, s a hasütr felső és a mellkas alsó részét annyira kitágítják, hogy e miatt a gycrinek megszütlése tetemes akadályra talál, melyet csupán szuresapolás vagy szétlarabolás által győzhetni le; s a rekesz

annyira feltolatik, hogy a légvételek megindítása lehetlenné válik. Ezen torzképződés ugyanazon anya több szülötténél ismétlődött még akkor is, ha a gyermekek különböző apák által nemzettek. Következőleg kell, hogy az oki mozzanatot az anya testében keressük. Sokan ezen gyermekek közül idő előtt jöttek világra, mindannyian elhaltak már a szülés alatt, vagy rövid időre az után. Közöttük többenél még más torzképződés is találtatott, nevezetesen gyakori szövödmény a vízfej (Hydrocephalie).

A világrahozott vesevízkór a vesemedence és húgyvezeték felső részének kitérését mutatja, melynél a veseállomány a dagnak megfelelő részre terjedő, és azt befedő vékony kéreggé sorvadt. Többnyire csak az egyik oldali vesét illeti, és a húgyvezető készülék szűkülésétől, ritkábban egy rész elzáródásától van feltételezve. E mellett az élet hosszabb időn át megmaradhat, és a baj a másik vese mirigyállományának tultengése által lassankint kigyenlítheti magát. Ezen betegség csupán az egyik oldali — egyidejűleg fájdalmas — vesetáj erősebb kidomborodása, és kiterjedtebb tompa kopogtatási hangja által lenne felismerhető.

Hol világrahozott vesevízkór mellett az élet egy ideig fennmarad, megkísérelhetni a szuresapolást. Van egy gyógyult eset Hillier-től, ki egy 4 éves fiúnál ismételve alkalmazta a szuresapolást.

II SZÖVEZETI VESELOB. NEPHRITIS DIFFUSA.

M. Brightii im engeren Sinne, N. parenchymatosa, Nephrite albumineuse.

S. Rosenstein: Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. II. Aufl. p. 97.

Eisenschitz: Ueber das Verhalten der Nierenkrankung zum Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilkunde VIII. 2. p. 69.

Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. Berl. 1868. p. 315.

A. Biermer: Ein ungewöhnlicher Fall von Scharlach. Virch. Arch. XIX. p. 537.

Rilliet und Barthez II. p. 41.

Szövezeti veselob a gyermekkorban is heveny és idült alakkal lép fel. Ritkán elsődleges megbetegedés; mint ilyen talán még leginkább a hideg és nedvesség tartó behatása után támad. Rilliet és Barthez különösen kiemelik ezen alak fellépését azon szegény szülők gyermekeinél, kik nedves, roszul fűtött lakásokban kénytelenek tartózkodni. A másodlagos alak bármely heveny betegség tartama

alatt létrejöhet. Bármelyike azon betegségeknek, melyek mulékony (transitorisch) fehérvyvizeléssel járnak, tartós vesebajt is vonhat maga után; így az összes hevenyfertözési kórok és a magas lázzal járó helybeli lobok, mint tüdő, mellhártya-, hashártyalob, orbáuc, heveny csnz. A hevenyfertözési betegségek között e tekintetben első sorban áll a vörheny, másodikban a diphtheritis. Sőt a vörhenyről állítatott, hogy minden egyes esetben, még ha a lefolyás egészen enyhe is, a vizeletben föltalálhatók a vesék megtámadtatására utaló tünetek (Eisenschitz). Állhat ez egyik vagy másik járvány alkalmával, egész átalánosságban azonban el nem fogadható. Ellenkezőleg előjönnek egész vörheny-járványok gyengébb megbetegedési alakokkal, melyeknél fehérvye a vizeletben legszigorubb elemzés mellett sem található. Más járványok alatt a vesék esupán az esetek egyes csoportjainál betegszenek meg.

Mindazáltal a vörheny-esetek nagyobb számánál a vizelet naponkénti szorgos vizsgálata mellett egyszer valamikor fehérvyére vagy alakatlan részekre bukkanunk, és így figyelmessé tétettünk a vesék megbetegedésére. Ezért a vörhenymérget (Schlarlachgift) igen is úgy kell tekintenünk, mint egyikét azon gyakori hatányoknak, melyek majd hurutos, majd szövzeti veselobot támasztanak. Kiválóan érdekes azon, újabb észleletek által (Thomas) is megerősített mozzanat, hogy ezen mérég behathat a vesékre a nélkül, hogy azon időben a bőr vörhenyküteget mutatott volna. Azon tünetek a vizeletben, melyek a vesék megtámadtatásának kezdetét jelzik, közönségesen a virágzás időszakában (Floritionsstadium) jelentkeznek, ritkán már azelőtt, vagy csak 3—4 hétre a betegség kezdete után, valamivel gyakrabban a lehámlási időszak (stadium desquamationis) alatt. Mindaz, a mit e helyt a vörhenyre vonatkozólag felsoroltam, áll a ronesoló lobról (diphtheritis) is. A fehérvyvizelés annyira állandó kórtünetnek tekintetett, hogy azt a diphtheritis elkülönítő kórismezésére akarták fölhasználni tévesen, mivel az egész járványok alatt, és sok szórványos esetben hiányzik. Mindazáltal a fehérvyvizelés ilyenkor úgy tekintendő, mint a diphtheriticus mérég közvetlen behatása, és nem mint kórättétel (Metastase), vagy valamely más kórmenüző szütleeménye. Azon idült betegségek köztül, melyek Bright-kórt támasztanak, kiváltképen felemlitendők a bnyakór, hgyár (diabetes), genyedéssel járó folyamatok, görvélykór.

A bonci elváltozások a vesék vértorlódásával és duzzanatával veszik kezdetüket, mely kórszak alatt egyszersmind a fekervényes hgy-csatornácskák felhánjai is zavarosan megduzzadnak, és a Malpigh-

féle loborok kezdenek vérrel erősebben megtelni. A második „kiizzadási szakban“ (stadium exsudat.) a vese még nagyobb, tokja könnyen leválasztható, felülete halvány; a metszlapon a kéregállomány szintén halvány, és a még erősen vérbő loborokkal (Pyramiden) szemben feltűnőleg elütő szinezettel bír, mely azonban a két állomány közötti határon elmosódva, a loborok szinezetébe megy át. A kéregállomány hugycsatornácskái kitágulvák, nagyobb fokban elhomályosodott fülhámjuk zsirszemcsékkel kezd megtelni. A vérszegény vesegomolyok (glomeruli) körül bujálkodni kezd a kötszövet, mely bujálkodás különböző fokban tovaterjedhet, és a tekervényes csatornácskák közé veheti magát. A harmadik „sorvadás szakában“ ezen betegségnek a vese kisebbedik, dudoros felszint kap, tokjából nehezen fejthető ki. A mirigy ezen megkisebbedését, és a felszínén támadt bestüppedéseket a hámsejtek zsiros szétesésének, és az így üressé lett hugycsatornácskák összeesésének köszöni. A vesék ezen sorvadásával szabályszerint együtt jár: a vesemedence nyákhártyájának hurutos megbetegedése, és a bal szivgyomrocstúltengése; gyakran: recseg lob (retinitis), bőrvizenyő, vizenyős kiizzadások a savóshártya-tümlőkben, a tüdőkben stb., tüdőlob vagy egyes savós hárták lobja.

Hevenyalaknál kezdetben a vesetáj néha fájdalmas, a betegek gyakrabban késztetnek vizelésre, e mellett jelen van gyenge lázas mozgalom. Vörheny utáni megbetegedésnél a láz gyakrabban egyes borzongásokban, vagy a test naponkénti mérsékelt kimelegedésében szeret jelentkezni. Azután gyérül a hugykiválasztás, a vizelet fajsúlya egész 1030-ra emelkedik, színe barnába játszó zavaros-vörös, nagy mennyiségben tartalmaz fehérszövetet, vért és festanyagokat, nem különben kocsosyszerű, vagy felhámsejtekből álló hengereket, és megvastagodott felhámsejteket; szegény hugyanban, és a hugy tulajdonképi alkárszeiben. Fogy az étvágy, e helyett fokozódik a szomj, olykor hányás is jelentkezik. A vérvesztés és rostany-felemésződés következtében a bőr színe már néhány nap múlva meghalványodik, mialatt az egyszersmind áttetszővé és duzzadtá válik. A bőrvizenyő majd a szemhéjakon-, majd a bokákon, majd a bőr- vagy nyákhártya valamely más részén tűnik fel először, elterjed a kültakaró nagyobb részére, s végre összeköttetésbe lép a belső savóshártyák ömlenyeivel. Tüdő- vagy gégefödővizenyő rögtön halálhoz vezethet, vagy miután a hugyelválasztás igen jelentékeny fokban, csökkent, a beteg szunykorba — önkívüli állapotba — és ránggörcsökhöz esik, és egy görcsroham alatt megszűnik élni. Hogyha ezen veszélyeken a beteg túlesett, akkor gyógyulásnak néz elibe, mennyiben a vizelet mennyisége és a hu-

gyany kiválasztás ezentúl növekedik, lassan-lassan eltűnik a vízkór, és utána a vizelet fehérnyetartalma is; vagy a betegség idült alakba megy át, a mennyiben a lázas lefolyás véget ér, a heveny-alak egyéb tünetei is alábbhagynak, a vizelet azonban még folyton tartalmaz lényeges rendellenes részeket. Sok esetben a betegség már kezdettől idült jellemmel bír, midőn a második időszak előtt alig lesz felismerve. Idült alaknál a vizelet mennyisége nem annyira esökkent, színe sárga, bőven tartalmaz fehérnyét. Különösen jellemző az, ha a porszerű üledék között zsírszemecskékel töltött hámsejtek, és ilyenekkel behintett vagy megrakott hengerek találhatók. A sorvadás szakában a vizelet halvány színtű, bőven ürítették, fajsúlya kieséni, hűganyban szegény, ellenben még mindig nagy mennyiségben tartalmaz fehérnyét, és egyszersmind kevés cukort is. Lázas időközök a vizelet mennyiségére és színére többé ninesenek lényeges befolyással.

Vörheny mellett mindkét alak előjön: a vesék lázas megbetegedése keresztstáji fájdalommal, nehéz légzéssel, gyér, vérrel kevert vizelettel, a hűg kiválasztás időnkénti szűnetelésével (B i e r m e r esetében 118 óráig), tetemes vízkórral; másrésztől vannak esetek, melyek lappangva fejlődnek, midőn csupán a vizelet idejekorán elővett vizsgálata — a vörheny tartama alatt, vagy a kütteg eltűnése utáni legközelebbi hét alatt — deríti fel a hűg fehérnyetartalmát, kocsonyaszerű hengereit és egyes duzzadt hámsejtjeit, míg a további következményeket csak a későbbi idő, hónapok, sőt olykor évek hozzák napfényre; ilyen következmények: petyhüdt halvány kinézés, látszólag nem okadatolható vérszegénység, vízkór, mely utóbbi néha a szemhéjakon, néha az ivarszerveken, talán az állangszálagokon (W a l d e n b u r g) is kezdődik, és egész sorozata másnemű zavaroknak. — Előjönnek középalakok (Mittelformen) is, a hol a vizelet vértartalma és esökkenése kevés, láz nines jelen, azonban a vízkór korán beköszönt, és hevesen lép föl. A vesék vörhenytől feltételezett hevenylobja aránylag gyakran tökéletes gyógyulással végződik, azonban e tekintetben nem igen szabad hitelt adni a fehérnyevizelés több héten általi kimaradásának.

41. Fig.



Mégesés hengerek és fellámsejtek, utóbbiak részben kevésbé megváltozva, részben szemecskéscs elfajulva. 5 éves vörheny-vízkóros stútol.

Idült Bright-kór egyike a sok alaku és leggyakrabban elhízott betegségeknek. A vérszegénység és vízkór tünetösszletén kívül egyes esetekben túlnyomó jelentősége van: a szívtúltengést jelző tüneteknek, így a szívdobogásnak, járulékos zörejeknek a szív csuesán, a légrekedésnek; receglobnak, látzavarnak (Sehstörung) stb., azután az emésztési zavaroknak, hányásnak, gyomorfájásnak, vagy az idült hasmenésnek (hugyanyból fejlődött szénsavas légköneny behatása által a bélluzam nyákhártyájára, Treitz); bizonyos lobos hajlamoknak, mint: tüdő-, mellhártya-, hashártyalob. Idült alaknál a kórosan megváltozott vér behatása az idegszövetre főfájásban, szédülésben, érzékesalodásokban (Sinnestäuschungen), egyes zsábákban stb. nyilvánul, mig heveny-alak mellett ugyanaz ránggöresrohamok által külöli magát. Legtöbb észlelő nézete szerint a szövzeti veselob és ránggöres közöfti összefüggés a vér vegyi megváltozásában keresendö, légköneny-kórbán (Ammoniamie, Frerichs, Treitz), vagy általában a kiválasztási alkrészek vérbeni felhalmozódásában (Hoppeseyler); Traube és utána Rosenstein a bal gyomrocs azon túltengését, mely a veselob harmadik szakában a vesebeli hajszáledények sorvadásá által hozatik létre, arra akarják felhasználni, hogy ez uton azon agyvizenyöt (Hirnödem) származtassák le, melyben a ránggöresroham gyökerezdik. Ezen felvétel ellenében következöket kell fontolóra venni: 1. Azon heveny vörheny-vízkórnaál, mely ránggöresrohamokkal végződik, tényleg sehol sem lehet szó vesesorvadásról vagy a bal gyomrocs túltengéséről, tehát ezen esetekre nem alkalmazható Traube elmélete. 2. A vesék kizárólagos kemnyédelfajulásánaál is elöjön a hugyvérüség (uraemia) okozta göresroham. 3. A test höfoka némely hugyvérüségen alapuló rohamnaál le van hangolva, mint az p. o. Billroth kísérleteinél is taláztatott; máskor ismét emelt a test höfoka, mint azt Rosenstein egész átalánosságban felveszi. Utöbbi esetben a hőemelkedés megfejtését bármely szerv vizenyöje sem képes adni, tehát az agyvizenyö sem. 4. Habár hugyrekedés (Anuric) fennállhat a nélkül, hogy ránggöresrohamot támasztana, és a roham olykor csak akkor köszönt be, midön a hugyrekedés már több nap elött megszűnt volt, mégis a legtöbb esetben be kell ismerni a vizelet mennyiségének csökkenése és a göresroham között közelebbi viszony létezését, melyre nézve nem szükség, hogy a mozzanatok közvetlen kövessék egymást, de azért, mert talán néhány nap közbeesik, épen nem szabad ezen viszonyt tekinteten kívül hagyni. A vörheny-vízkór körül tett tapasztalatok határozottan annak felvételére készítetnek, hogy a hugyvérüség okozta göresrohamok alapját a kiválasztási alkrészek megrekedése képezi.

A heveny-alak jóslata kedvezőbb; idült alaknál mutatkoznak ugyan hosszabb szünetelések, jelentékeny javulások, de gyógyulás, ha erről általában szó lehet, a lehető ritkán jön elő.

A kórismézés mindenkor és kizárólag a vizelet vizsgálata — mit egy betegnél sem szabad elmulasztani — által a húgyban feltalált fehérnyére, kocsonyaszerű hengerekre (felhám és felhámhengerek előjőnek a vesék egyszerű hurutos megbetegedésénél is), a húgyanyag aránylagos megfogyására, a vizelet mennyiségének kevesbedésére, és fajlagos súlyának megváltozására támaszkodik.

A gyógykezelésnek a kórtünetek szerint kell irányulni. Heveny, élénk vesetáji fájdalmakkal és tetemes vizeleti ingerrel egybekötött eseteknél helyesen fogunk eljárni, — hogyha a gyermek kora és erőbeli állapota azt megengedi, — ha néhány nádályt rakatunk fel. Gyér mennyiségű, sok vért tartalmazó húgygyal szemben egyszersmind az összehúzó és húgyhajtó (adstringir. Diuretica: uva ursi, Diosma crenatum, Thea viridis) szerek ajánlandók, különben pedig a növény-savas hamanyások. Nagyfoku vízkór valamennyi esetében kétszeresen javalt az izzasztó fürdők rendszeres alkalmazása, és ezen gyógy mód elébe teendő a legtöbb vizelethajtó szernek. Vérszegénységnél, tartós fehérnyevizelésnél, enyhébb vízkórnál fürdők mellett belsőleg vaskészítmények és bő tejétrend (Milchdiät) fognak megfelelni. Húgyvértüszülte göresrohamoknál én belsőleg izgató szereket nyújtottam, továbbá meleg begöngyöléseket, a fejre hideg borogatásokat rendeltem, s a hol a rohamok tulerősek voltak, előnnyel alkalmaztam a szuonyal bőr alá fecskendezését.

III VESERÁK NIERENKREBS.

A. K u s s m a u l: Beiträge zur Anatomie und Physiologie des Harnapparates. Würzb. med. Zeitschrift IV. p. 38.

C. H e n n i g: Lehrbuch der Krankheiten des Kindes. II. Aufl. p. 455

H i r s c h s p r u n g: Ueber den Krebs der Kinder. Ugeskrift for Loeger. 3 R. VI. 8. 27. Auszug in Virchow und Hirsch Jahresb. 1868. II. 658.

S. R o s e n s t e i n: Die Pathologie und Therapie der Nierenkrankheiten. II. Aufl. p. 413

Hennig adatai szerint egy millió élő között körülbelül 24 gyermek betegszik meg rákban. Ezek között, az általános felvétel szerint, leggyakrabban megtámadtatik a szem, és a hozzá legközelebb fekvő részek. Ez után következnek az agy, én azonban kétlem, hogy a glioma leszámítása után ezen nézet jövőben tarthassa magát. Az

átalános sorozatban a harmadik, a mell- és hasúri szervek között az első hely határozottan a veséket illeti. Vcsérák leggyakrabban előjön a késő aggkorban, a 60-dik életéven tul. Az előjövétel gyakoriságát illetőleg, az aggkor után azonnal a gyermekkor következik, és itt az esetek $\frac{3}{4}$ -de a 2—4 életévre esik. Fiúk valamivel többször támadtatnak meg, mint leányok (14 : 10). Az első életévet a rák éppen nem kiméli meg. Így Möhl esete 9 hónapos gyermekre vonatkozik, Bednar szeriut a betegség már 4 hónapos csecsemőnél is észleltetett. Egyes eseteknél felhozzatik, hogy az illető szülők egyike rákban szenvedett volna (v. Franque). Nehányszor rövid idővel a betegség kitérése előtt a vesetáj megsértetett. A legtöbb esetben kór-ok éppen nem volt kimutatható. Az általam gyűjtött 24 eset között (a Kussmaul és Rosenstei-nél felemlített eseteken kívül közöltetett még 2 Drugmond, 1 Möhl, Faludi, Schuberg, Franque, Retzius, Monti, Ellis által) a vesék, a bal- és jobboldali vese megbetegedései ugy viszonylottak, mint 1 : 2 : 3. A megbetegedés legtöbbször elsődleges volt; néhány esetben kétes volt, vajjon a mellékvesékből, a hashártya mögötti mirigyekből, vagy valamelyik más szomszédos szervből indult-e ki a bántalom; egyszer a vese maga nem volt megtámadva, hanem csupán annak zsírburka (Fettkapsel). Másodlagos módon többször részt vett a bántalomban a máj és tüdő is. Gyakran előfordult, hogy az egész szerv nem volt rákosan elfajulva, hanem egy csekély mirigyszövet meg volt kimélve; a ráknemek közül csaknem mindenütt velősrák (Markschwamm), és pedig annak igen lágy alakja találtatott, sokkal ritkábban a vértapló (Fungus haematodes). Egy-egy rákos vese sulya gyakran 3 kgr-ot nyomott, sőt egyszer 6, egyszer — nyolcz éves fiunál — 15,5 kgr-ra növekedett (v. d. Byl).

Első tünet gyanánt néha vizelesi zavar szerepel; így gyakori ösztönzés a vizelet kiürítésére, kellemetlen nyomás, majd bizonyos akadály érzete a vizelés alatt, annyira, hogy itt-ott a pöcesapot kellett alkalmazni. Máskor a test lesóványodása tünt fel először, vagy már elég korán felfedeztetett az altestben támadt daganat. A legtöbb esetben vérvizezés (Blutharnen) észleltetett. Nehányszor azonnal a betegség kezdetén, nehányszor a lefolyás későbbi szakában, egyszer csupán mulólag fehérvyevizelés volt jelen, azonban mindkettő — vér- és fehérvyevizelés — egészen kimaradhat a rák egész folyama alatt. Majd az altest daganata vonja magára a teljes figyelmet; ugyanis az albordák és csipcsont taréja között, nagyobbrészt az egyik oldalra terjedő, egyenetlen felszintű, csaknem mozdíthatlan, terjedelmes daganat

tapintható. A vesének megfelelő tompulat nagyobb, mialatt a dag — főképp mellfelől — kitapintható, és olykor egészen a has mellső falaig elterjed. Hosszterjedésben pedig ezt is túlhaladja, vagy a mellső hasfal belső széle mellett halad el, s itt egy széles csiknak megfelelőleg éles (hell) kopogatósi hangot észlelni; ez a remese. Olykor csalékony hullámzás van jelen, akár annyira, hogy azon hiedelem folytán, miszerint petefészekdag esete forog fenn, próba-szucesapolás végeztetett. Mialatt az altest térfogatában mindinkább nyer, addig a test többi része lesoványodik, s nevezetesen ott, hol vérzések ismételve beállottak, a bőr viaszhalvány szint kap. A halál különböző végtünetek között köszönt be, miután a betegség 10 héttől egészen 2 évig, legtöbb esetben néhány hónapon át dult a szervezetben. Kórjósolat feltétlenül halálos, a gyógykezelés célja egyedül a baj enyhítése lehet.

Kórismeai szempontból nevezetesen kiemelendő a veserák lehető felcserélése petefészekdagokkal és a hashártyának világrahozott tömlősdagjával. Petefészekdagok időelőtti ivarvérzéseket támasztanak, a hasürben inkább mellfelé fekszenek, s nem bírnak azon biztos viszonylással a hurkabelhez (colon), mely a vesedagokat egyáltalában kijelöli. Hashártyabeli tömlősdagok szabadabban mozgathatók, valódi hullámzást mutatnak, nem soványítják le a testet, lefolyásuk lassabb, és nem támasztanak vérvizelést. Hasonló körtünetek veseburkonyok (Echinkocken der Niere) mellett is mutatkozhatnak. Spangmacher esetet közölt, hol 15 éves fiúnál a burkonytömlő a hurkabelbe tört magának utat.

IV. VESEKÖVESEDÉSEK. NIERENCONCRETIONEN.

Virchow: Gesammelte Abhandlungen p. 833 u. f.

E. Martin: Ueber das Vorkommen des Harnsäure-Infarctes bei Neugeborenen. Jen. Ann. 1850. II. 1.

Willis: Die Krankheiten der Harnorgane. Deutsch von Heusinger. Eisenach, 1841.

Rosenstein: Nierenkrankheiten. II. Aufl. p. 424.

Gmellin: Ueber die Bildung von Nierensteinen bei Kindern. Württemb. Corresp.-Bl. 1850. 27. Schmidt's Jahrb. CVII. p. 64.

Vesekövek már a magzatkorban előjönnek; Wöhler vegyontott ilyen hűgysavas követ. Különböben a vesekő előjövetele nincs korhoz kötve, azonban leggyakrabban észleltetik a gyermekkorban. Gomhostífő-, egész borsónyi, gömbölyded alakú hűgysavas kövecskék (Harnsäureconcremente) a vesemedencében feltűnő gyakran találtnak már a csecsemőknél. Kényszerítve vagyunk ezen kövesedéseket

az újszülöttek huygsavas tömülésével (Harnsäure-Infaret) kapcsolatba hozni, ugy, mint azt Virchow, Martin és Hodann már tették is. Ezenkívül a vesekő képződése elősegítettik: 1. Ismeretlen tájkóros (endemisch) viszonyok által. Thüningiában, az altenburgi keleti kerületben ugyszólva góca van a köképződésnek, hol Geinitz tett észleleteket, és gyűjtött adatokat; második telep Weida-ban létezik, honnét a legtöbb vese- és huyghólyagkő-esetek kórodáinkat keresik fel. 2. Bizonyos táplálkozási és életmódok köképződésre hajlamosítanak; így azon tápszerek és életmódok, melyek a köszvény iránti hajlam alapját vetik meg, huygsavas, míg kizárólag növényi tápszerek sóskasavas vesekőveket termelnek. 3. Azon betegségek, melyek a vesék vizelet-kiválasztását hosszabb időn át csökkentik, korlátolják a test mozgásait, és némileg csökkentik az éleny vér általi felvételt: huygsavas kövek képződésére hajlamosítanak. Ide sorozom azon köbajokat, melyek hosszabb időn át fennálló szivbajok mellett nem ritkán keletkeznek, ide a félheveny (subacut), bő izzadással egybekötött csusz mellett fellépőket, végre azon alakot, mely idült hasmenések alatt vagy azok után támad, s mely a gyermekkorok különösen sajátja. 4. Azon idült betegségei a huygszerveknek, melyek okozzák, hogy a vizelet a huyg-utakban égvényesen felbomlik (alkalische Zersetzung) okai a vilsavas légkőncserélegből álló kövek (Trippelphosphatsteine) képződésének.

Vesekővek képződése a gyermekkorban nem fejtegethető a nélkül, hogy az újszülöttek h u g y s a v a s v e s e t ö m ü l é s é r e (Harnsaurer-Infaret) vissza ne térjünk. Ez a 2 és 20 nap között elhalt újszülöttek hulláiban szabály szerint taláztatik, ellenben hiányzik améhen belül elhalt, és a már születéskor rothadásba ment magzatok (Faultodtgeborene Früchte) hulláiban. Ezen tömülékek a vesekupok (Pyramiden) csuesain és alsó fél részükön narancs-, egész élénkpiros színű csikolatoknak látszanak, mely csikolatok góreső alatt megtekintve, huygsavas, jegesedett sókból álló oszlopocskákat képeznek. Savak hozzáadására eltűnnek a jegecek, és a huygsavnak megfelelők jelennek meg. Ilyen tömülékekkel bőven ellátott vesék vérdusak, és nem ritkán meg vannak rakva kisebb vagy nagyobb vérömlenyekkel. Talán innét származik vízkórral született gyermekeknél a vizelet fehérnyetartalma, mint ezt Charcelay kimutatta. Virchow-tól tanultuk a vesék huygsavas tömülékeit azon következménynek tekinteni, mely a születéssel a szervek működésében beállott rendfelbomlás (Revolutio) folytán jön létre, és azt bizonyítja, hogy az újszülött már légzett (Geathmethaben). Virchow igen szépen jellemzi a huygsavat, mint a huygany kora-

szülöttét, melyhez Bartels vizsgálatai nyomán következőket csatolhatunk: koraszülött elégtelen légzés következtében. Azon idő alatt, míg a méhlepényes légzés (Placentalrespiration) meg van szakítva, a tüdő azonban még teljesen vagy részben tágulatlan állapotban van, valamennyi újszülött átéli azon időszakot, a hol szervezetébe nem vitétik elegendő mennyiségű éleny. Ezen körülmény, és talán még az, hogy néhány órára a vízbevitel (Wasserzufuhr) is félbe van szakítva, melynek folytán a vizelet töményebbé lesz, alkalmas arra, hogy belőlük megmagyarázzuk az annyira jelentékeny mennyiségű húgysav képződését és felhalmozódását. Azon esetek, mint Hoogeweg-é, hol a világrajövetel előtt $3\frac{1}{2}$ órával elhalt gyermeknél vesetümlés (Infaret) találtatott, a méhlepénynyi összefüggés részbeni megszakadásában, tehát méhen belüli nehéz légzésben (Dyspnoe) találhatja magyarázatát. A tümlést a nagyobb víztartalmu húgy a 20-dik, legfőlebb 40-dik napig részben feloldja, részben elmossa, midőn azt finom szemcsék (Körnchen) alakában a húgyhólyagban, vagy húgyos pelenkában találjuk meg. Ilyen szemcsék azonban megmaradhatnak a vesekelyhekben és medencékben is, és a hol a húgy víztartalma tüdőtágulatlanság, hasmenés, szivbajok folytán nem elegendőleg bő, azok jeggedésre képes magvakat (Krystallisationskern) szolgáltatnak vesekövek számára. Hensinger ezen veseköveket mirigysorvval (Tabes meseraica) hozza viszonyba, azon betegséggel, melyközöségesen hasmenésben küllöli magát; Henoch esetet ír le, hol öt héttel előbb hányszékélés (Brechdurchfall) volt jelen; én számos esetet ismerék, hol idült hasmenés ment előre; Bartels még felnötteknél is kiemeli, hogy a legelső utakban képződött sav előmozdítja a húgysavas üledék kiesapatását; } röviden, nem kétlem, miszerint a csecsemők húgysavképződésének főokát idült bélhurut képezi.

Ezen kövecskék közöségesen váratlan bonceletek, midőn azokat az életben semmi tünet sem jelezte. Olykor azonban ezek képezik a halál valódi okát, mint azt Gmelin két esetben észlelte. A középhelyet azon esetek foglalják el, melyekben gyakoribb vizeleti inger, vizelésnél erős sikoltás, óráhoszant tartó fájdalmas sírás minden ok nélkül, a vizelettel gyakrabban ürített homok, dara és apró kövecskékkel szemben a kórismézést lehetővé teszik. Azon inger következtében, mely a húgyvezérben (Ureter) felhalmozódott húgykőszemcsék részéről okoztatik, felléphetnek visszahajlási göresök, ránggöresrohamok, vagy egyes izmosoportok zsonggörese (tonischer Krampf) alakjában. Vesekehelylob (Nephropylitis), mint következményi betegség ritkán fejlődik ki; ez genyes alakkal alig lép fel, enyhébb hurutos alakja

boncolatoknál rendszeren kimutatható. A gyermekkorban előjövő huyár (Polyurie) némely esete szorgos nyomozás mellett ebben találhatja megoldását. Vesekőképződés a gyermekhűdés (Kinderlähmung) egyes alakjaival is összefüggésbe hozható. Végre a vesében] támadt kövek a huyhólyagba jutva, ott megmaradnak és nagyobbodnak.

A gyógykezelés, hol huyssavas kivátásokról van szó, főképen italok nagyobb mennyiségbeni nyújtásából, és égvényes szerek, nevezetesen szénsavas lamany (Lithion) kis adagainak (Gr. 0,02—0,05) rendeléséből fog állni. Hasmenések leküzdésére szigoru figyelem fordítandó; nagyobb gyermekeket tulnyomólag növényi étrendre szorítsunk. Rángásoknál (convulsio) javalvák a langyos fürdők, belsőleg szunyal, chloralhydrat. Vérszegény gyermekeknél jó szolgálatot tesz a vashalvány (Eisenchlorid).

V. A VESEEDÉNYEK BETEGSÉGEI. KRANKHEITEN DER NIEREN-GEFAESSE.

a) A vesetűtér tömülése. Embolie.

B. C o h n : Klinik der embolischen Gefässkrankheiten. Berl. 1860. p. 563.

A vesetűtér valamelyik ágának tömülése szivbeni vérrögzképződés, baloldali szivbelhártyalob, a tüdőszövet hegesedésével járó idült tüdőlob, a tüdővisszerekbeni rögzképződés, ritkábban hörgmirigylob és a sajtos genyes gócnak valamelyik tüdővisszérbeí átfuródlása következtében jó létre. Az eldugulás folytán ékidomu, szélesebb és élesebben határolt részletével a kéregállomány felé tekintő tömület támad, mely később összetöpörödlk, és sárgás-fehér behuzódott részlet hátrahagyásával gyógyul. A bal vesébe gyakrabban vándorolnak dugaszok, mint a jobba.

Az élöni tünetek : rögtön támadt fájdalom az egyik vese táján, néha annak kontatásilag kimutatható terime nagyobbodása, a vizelet-mennyiség jelentékeny csökkenése, rögtön fellépő vagy fokozódó fehérvye és vértartalma a huyznak, mely néhány nap mulva csökken és ismét elenyészik. Ha egyidejtüleg a test más titereiben is keletkeznek tömületek, az mint a kórismét megerősítő mozzanat tekintendő.

A kezelés feltétlen testi nyugalom, hideg borogatások, vagy a vesetájoni helyi vérvétel rendeletére szoritkozik; belsőleg összehuzó

szerek, mint cseszav, ecetsavas ólom, vashalvag adhatók. A vesét illetőleg komoly veszély nem fenyeget, sokkal inkább várható az a légző és vérkeringési szervek részéről.

b) A vesevisszérbeni rögképződés.

O. Beckmann: Ueber Thrombose der Nierenvene bei Kindern. Verhandlungen der Würzb. phys.-med. Gesellschaft.

Csecsemőknél, kik hányás, hasmenés folytán sorvadásba estek, Beckmann 10-er, újszülötteknél Rayer 2-er észlelt a vesevisszérben vérrögképződést. A bal visszér gyakrabban támadtatik meg; a dugasz a májvisszereknek az alsó tres visszérbe nyílásukig folytatódhatik. A vese különösen a loborok alapján és azon helyen, hol ezek a kéregállományba mennek át, vérteltnek mutatkozik. A vesevisszér kisebb ágaiban rögképződés, nyomás által feltételezve, a vese kiterjedt lobja, rákos és keményed elfajulásánál jöhet létre. Ez állapot kórodai képe még ismeretlen, anuyi azonban a kórbonctani leletből világos, hogy vérhugyozásnak jelen kell lennie.

VI. KÜLSZEMÉREM-HÜVELYLOB. VULVO-VAGINITIS.

Míg a belső nemzőszervek betegségei — eltekintve a kivételes esetektől — e korban ritkábban fordulnak elő, a külső szeméremrészek és a hüvely alsó fele oly, részint fájdalmas, részint veszélyes bántalmak egész sorozatának vannak alávetve, melyek nem csupán kórismeik és gyógytani, hanem orvostörvényszéki szempontból is érdekekkel bírnak. Ezen bántalmak mindnyájan lobos jellegűek, s rendszerint egyidejűleg szoktak elterjedni az említett részekre. A formákat illetőleg, csatlakozva Belrend gyakorlati és könnyen áttekinthető felosztásához, megkülönböztethetők: a felpiros, lobos, ronesoló és liszkös alakok, azután kúteges lobjai a külnemzőszerveknek. Az első (vulvo-vaginitis catarrhalis) gyakran már újszülötteknél található, mely esetben annak okai alig bírnak általános jelentőséggel; sokkal gyakrabban fordul elő azonban idősebb leánykáknál különböző okok folytán, mint a milyenek: tisztátalanság, szétbomlott faggyu, nyakmirigyváladék és hámsejtek felhalmozódása, kivülről odajutott mocsok, vázsoncafatok s több afféle; létrejö továbbá meghűlések vagy erőművi izgatások után, a nemző szervekeni viszketeg, a végbéltől a

hüvelybe mászott kukacok (*oxyuris vermicularis*), erőszaktétele és még némely más esetleges behatások következtében. A baj az alkalmi okok sajátossága szerint néha hevenyen, a legtöbb esetben azonban lassankint lép fel; kezdetben alig részesül figyelemben, s csak ha bizonyos idő múlva magasabb fokra hágott, vétetik komolyan. Kezdeti tünetek: viszketés-, fájdalom, hő és égési érzet, ez utóbbi minden testmozgás, érintés- és vizeletürítésnél hevesebbé lesz s néha annyira fokozódik, hogy az alvást is zavarja. Majd a szeméremajkak megdagadnak, bel-felületük, valamint a hüvely nyákhártyája erősen belövelt, inmitt-amott hámfosztott, forró s bő mennyiségű fehéres-sárgás lig genyt választ el, e váladék, ha el nem távolíttatik, beszárad s a nemzörések külfe-lületén sárgás vékony kérgeket képez. Csak ha a lobos folyamat magasa-bb fokra hágott, lép fel láz, ellenben közérzeti zavarok, mint kedvet-lenség, izgatottság, étvágyhiány, gyakran esatlakoznak hozzá. Igen elhanyagolt esetekben, vagy ha ártalmas külbefolyások hatottak közre, a lágyékmirigyek együttérzeti duzzadása léphet fel, sőt azok genyedésbe is átmehetnek. A baj néhány nap, vagy legfőlebb egy hét alatt teljesen kedvező kimenettel végződhetik, vagy idült alakba megy át; ez utóbbi esetben a fájdalom megszűnik, a duzzanat, pír, hőérzet esökken, ellenben a nyákhártya fellazulttá lesz s folyton bő mennyiségű, sejt-dus anyagot választ el. Alkalmilag legyen itt megem-lítve, hogy a gombaképződés — különösen Soor — a hüvely takhártyán könnyebb hurutos állapot mellett gyakran előfordul. A jóslat általában kedvező, figyelembe veendő azonban, hogy a kórfolyam gyenge bete-ges egyéneknél inkább az idült lefolyásra hajlandó, s hogy továbbá könnyebb esetek is súlyosakká válhatnak. A kezelés, hol az ok kiku-tatható, első sorban ennek eltávolításában áll; részint e célból (a le-hető tisztátalanságok eltávolítására), részint hogy a kóros részek sza-batosabb vizsgálat alá vétethessenek, fürdők alkalmazása vagy leg-alább langyos vízzeli mosások célszerűek; el kell továbbá tiltani a nemzörések vakarását vagy babrálását; ha netalán végbélkukacok (*Madenwürmer*) volnának jelen, ezeket kell elhajtani, szóval a kórokok után kell kutatni, s azok gyakoribb behatását meggátolni. Heveny- és súlyosabb esetekben a legnagyobb testi nyugalom, tehát fekvés, meg-szorított étrend s enyhébb lobellenes kezelés vannak javalva; e cél-ból gondoskodni fogunk székürülésekről gyengéd hashajtó vagy eső-rék által; a lobos részekre hideg borogatások alkalmazandók, sőt ha a fájdalmak igen hevesek volnának, idősebb és különben egészséges gyermekeknél a combokra néhány nadályt is lehet ragasztani. Más enyhébb esetekben nyugalom, hideg borogatások s a részeknek gya-

kori tisztogatása kezdetben elégséges. Ha a fájdalom enged, a nélkül, hogy egyszermind a kifolyás is szűnt volna, tehát a folyamat mintegy idültté válik, az összehúzóknak javálva, és pedig legcélszerűbben befecskendezések vagy borogatások alakjában, mely uton egyszermind a váladék eltávolítása is eszközölhető; e célra goulardviz, timsó, horgany, pokolkő-oldat s összehúzó növényfűzetek használhatók. Alkalmilag előmozdítatik a gyógyfolyamat idült hüvelyhurutnál zsongító adagolása által, csak ritkán, igen heves lefolyású esetekben válik szükségessé — alvás eszközlése végett — bőditőkhöz nyulni.

Említettél ritkábban fordul elő a vulvo-vaginitis phlegmonosa. E kórfolyam az előbbi alak elhanyagolt vagy rosszul kezelt eseteiben, vagy az azt előidéző kórokok belterjebb és hosszasabb behatása folytán jöhet létre, heveny lefolyású alakját a leggyakrabban erőteljes, egészséges leánykánál találjuk sértések után, az idültet pedig görvélyeseknél, csekély vagy néha minden kimutatható oki mozzanat nélkül. Lényeges tünetek itt is: a fájdalom, bővebb elválasztás s közérzeti zavarok. Heveny esetekben a tünetek már eredetileg kifejezettebbek; mindjárt kezdetileg vagy nem sokára láz, sőt a további lefolyás alatt rázó hidegrohamok lépnek fel, a fájdalmak, melyek szuro vagy lüktetővé válnak, a helyett, hogy bizonyos idő múlva esökkennének, különösen egyes helyekre szorítkozva mindinkább fokozódnak, a nyákhártya duzzanata a legközelebbi napokban nem enged, egyes kiemelkedő pontjai felettébb érzékenyek, sokkal gyakrabban, mint hurutos alaknál, csatlakoznak lágycmirigydagok; végül a nyákhártya alatt képződött tályog felismerhetővé válik, melynek felnyitása után a vázolt tünetek csakhamar visszafejlődnek. A bántalom idült alakja főképp az által jellegzetetik, hogy miután kevésbé heves lóbtünetek között tályog képződött, az, felnyitása után, senyves alkati viszonyok befolyása alatt, rosszul genyedő alávájulás- és sipolyképződésre hajlamos, kékés-vörös vértelt, szélü fekélylyé változik, mely a mellett, hogy igen soká ugyanazon állapotban marad, még a szomszéd részeknek is folytonos ingergőcél szolgál.

A jóslat ezen alaknál is egészben véve kedvező, s a gyógyeljárás eredményre vezet. Kezdetben és erőteljes egyéneknél helybelileg lobellenes kezelés s elvonólag gyengéd hashajtók (rheum, ricinus-olaj, középsók) javálják. Mibelyt a genyedésrei hajlam előtérbe lép, nyugalom, étrend s a legnagyobb tisztaság mellett puhítólag kell hatni, mi célra fürdők és meleg pépborogatások leginkább ajánlatok, s ezek még a tályog felnyitása után is folytatandók. Az idült lefolyású alaknál belsőleg zsongító és görvélyellenes szerek (csukamájolaj, vas,

iblan), helyileg másító kezelés (gyengéd edzések, borogatások) s a szokott sebészi teendők, például a sipolymentek felhasítása, veendők foganatba. A roncsoló lóbfolyamat vagy mint jóindulatu lép fel, s szétszórt foltokban jelentkező izzadmányokat képez a különben gyuladt nyákhártyán, vagy mint rossz indulatu, azaz vérfertőzés következtében támadt, s ez esetben egyeből is basoutermészetit bántalmak vannak jelen, vagy hevenykitégek utóbántalmaként, vagy végül hagymázhoz szövődve fordul elő. Ha mint rossz indulatu lép fel, fehéres szilárdan tapadó, némileg kiemelkedő, szigetszerű lerakodmányokat képez, különösen a nagy szeméremajkak belfelületén; széleik vérteltek, a nyákhártya duzzadt, fájdalmas, az elválasztás fokozott. A kórfolyam fellépte a legtöbb esetben erős láztól kísért, mely még később is tart. A további lefolyás alatt a fehéres vagy fehéres-sárgás pörkök sötétszínti, szaggaftott, cafatos, morzsalékony külemtvé válnak, majd lassankint genyedés által leválnak és sárgásan bevont, könnyen vérző felületes fekélyeket hagynak maguk után, melyek még egyideig nagyobbodnak, vagy rövid idő múlva a láz alábbhagyásával, jóindulatu genyedés és szömcésedés mellett gyógyulásnak indulnak; egyidejűleg a környező nyákhártya is rendes állapotba tér.

Jóslat s gyógykezelés a baj tisztán helyi, jóindulatu vagy alkati mivolta szerint módosul. Egyes esetekben elegendők pokolköveli edzések, melyek az állbártyás izzadmányt szétroncsolják, borogatások és mosások kezdetben langyos vízzel, székfűtheával stb., később goulard-víz vagy gyenge pokolkő-oldalattal, melyek a szemcsésedő fekély hegedését gyorsítják. A második alak általános zsongító és vérbomlást gátló szerelést igényel, javalvák tehát: bor, chinal, savak, helybelileg erőlyes edzések pokolkő, só- vagy légenysavval, nehogy a pörk leválása után úszkösödés lépjen fel. Ez — a vulvo-vaginitis gangraenosa — a roncsoló alakon kívül más egyszerű gyuladás mellett is létrejő, senyves alkati viszonyok befolyása alatt, mely esetben közbős, hogy a senyves alkat hiányos táplálkozás, hosszú idült betegségek, kiállott súlyos hevenykórok vagy több ilyszerű mozzanatok összműködése által jött-e létre. Az úszkösödés az által jellegettetik, hogy a már jelenlevő fekély alapja, vagy a lobos nyákhártya felszine a szeméremajkak belfelületén, vagy ezek eresztékein, fekete-barna, ritkábban szenyves sárgás színt vesz fel, lágy és foszlékonyvá lesz, majd cafatokban leválik; e folyamat a fekély alapja és lobos udvarából kiindulva, mélyben és széltiben mindinkább tovaterjed. A kifolyás piszkos, hig és bitzössé lesz, s levált szöveti részekkel vegyült; a láz fokozó-

dik s határozott erőhiányos jelleget mutat; a hámfosztott helyek vagy erőmlvi behatásoknak kitett testrészek úszkösödésrei hajlamot mutatnak, átrakodási folyamatok képződnek a tüdőkben, májban, lépben, hashártyában s a legkülönbözőbb szövetekben; bő hasmenés áll be, ezek s egyéb zavarai az emésztésnek a betegeket mindinkább elerőtlenítik s az esetek nagy részében az életnek véget vetnek. Kedvező lefolyásnál határvonal képződése, az úszkös részek leválása és a fekély megtisztulása után jóindulatu genyedés, majd szemcsésedés áll be. A vérbőség és beszűrődés a környi részeken csökken, a kifolyás gyéribb és kevésbé büzös lesz, a láz alábbhagy, így jó étvágy, az erők visszatérése s a helyi zavarok kiegyenlítése mellett a betegek lassankint felüdülnek. A jóslat a legtöbb esetben kedvezőtlen, különösen azokra nézve, hol a baj heveny betegségekhez csatlakozik, vagy a hol járványi viszonyok befolyása alatt áll. Egyes esetekben a jóslat az erőbeli állapot minősége, a folyamatnak egy helyre korlátoltsága és kiterjedésétől függ. A gyógykezelés belsőleg zsongító és vérbomlást gátló szerek nyújtásában s a beteg lehető legjobb táplálásában áll, helybelileg tömör ásványsavak vagy títzes vassali beható edzések, izgató és másító borogatások, kifecskendezések vagy öblögetések javalvák. Cél szerűek e tekintetben kámforos szesz, fűszeres bor, benzoe, kappanör- arnica-, mirrhafestvény stb. Ha a folyamat kedvező lefolyást vett zsongító étrend mellett helybelileg egyszerű tisztántartás s később a hegedés előmozdítása veendő figyelembe. Ez alak a csecsemőkorban nem fordul elő.

Megkülönböztették még a nemző szervek lobjának bujase nyvi alakját is, mint hiszem, csupán oktani szempontból. Tisztátalan ujjakkal, szivaecsal történt fertőzés által, szintugy nemi visszaélés folytán takár és elsődleges fekélyek jönnek létre, azonban az előbbi mitsem különbözik a közönséges huruttól, az utóbbi pedig valamivel több, mint csupán egy neme a hüvelylobnak, azért mi itt mindkétféleséget mellőztük.

Heveny- vagy idült kútegeknek, minők a himlő, vörheny, kanyaró, továbbá az izzag, sümör, viszketeg és orbáncnak átterjedése, illetőleg fellépéséről a külnemzőszerveken és hüvelyben, a mennyiben az a megfelelő helyeken nem történik, legyen itt röviden említés téve. Himlő vagy bárányhimlőnél, ha a kútegzés erős foku, ritkán történik, hogy egyes genytűszők a szeméremajkak küln- vagy belfelületén szintén elő nem fordulnának; ez utóbbi esetben s különösen akkor, ha a kútegzés a hüvelybe is tovaterjed, bő elvlasztás és hurut jó létre, ép

ny, mint az e betegségnél gyakran a szájüregben észlelhető. Szintugy előfordulhat vörheny és kanyarónál a küttegzés tetőfokán vagy a le-hámlási időszakban a nemzörések nyákhártyáján vérbőség és bővebb elválasztás, a nélkül, hogy e tekintetben különös gyógyeljárásra volna szükség, s csak ha a folyamat erősebb foku, javalvák hideg borogatások és összehuzó befecskendezések. Másként áll a dolog, ha az említett hevenyküttegekhez a külnemzörések roncsoló vagy üszkös természetti lobja csatlakozik, a miről egyébiránt már föntebb volt szó. A többi említett küttegeknek egyes esetekben szintén szolgálnak a nemzörések kiindulási pontul, vagy épen különös székhe-lyül; ilyen például a sömör és az izzag a nagy szeméremajkakon; az előbbi alig okoz némi fájdalmat és kisfoku gyuladást a környi részeken, s néhány nap alatt kezelés nélkül kedvező lefolyást vesz, mig az izzag rendesen makacs és erélyes kezelést igényel; erről azon-ban később.

VII. A MAKKTAKÁR. BALANO-POSTHITIS.

Csaknem ugyanazon okok, melyek leánykánál a külnemzöré-szek hurutos lobját hozzák létre, fiuknál is hason irányban hatnak. Igy találjuk, hogy megsűrűdött makktuyfaggyu, vázsoncafatok, mocsok stb., melyek a makktuy és makk között összehalmozódva meglehető-szilárd, sárgás, törékeny, a makkot gyűrűszerűen körülvevő tömeggé egyesülnek, ha még más tényezők is közre hatnak, például sok szalad-gálás, érdes ruhadarabok dörzsolése, különösen a melegebb évszakban, a makktuy és makk hártáján hurutos lobot okoznak. Hasonlólag oki tényezőkként szerepelnek az önfertőzés, a makktuy alá mászott végbél-kukacok, viszkető küttegek a himvesszőn, rovarszurás, vese- és hólyagbántalmak. Kezdeti tünetek: hőérzet, égető, szuró fájdalom a makkon és makktuyon, mely minden érintés-dörzsolésnél fokozódik s leghevesebbé válik a vizelet-ürítés alatt és után. Ha vizsgáljuk a részeket, azt talál-juk, hogy a himvessző mellső része dagadt, piros, forró, különösen a makktuy szélén, mely hurkaszerűen megduzzadt s elzárja a makkot, a makktuy legmellső részében fehéres vagy genyszerű váladék gyülemlik meg, mely, ha sikerül a makktuyt visszagördíteni, ez és a makk között még bővebb mennyiségben találatik. Hámfosztott helyek az egymás felé néző nyákhártyafelületeken ritkán észlelhetők, sokkal gyakrabban találatik a makk-koszoruban a fentemlített faggyu fel-

halmozódva. A hugycső szájadéka dagadt, söt elhanyagolt, hosszan tartó s roszul kezelt esetekben lefolyásában is nagyobb kiterjedésben meg lehet támadva. Láz nincs jelen, vagy igen csekély fokú, a fájdalom csak akkor válik hevesé, ha az erősen megdagadt makkot a makktyu szorosán zárja vagy körülfttzi. A jóslat általában kedvező; külső, kártékony hatányoktól óvás s tisztaság mellett a gyógyulás gyorsan bekövetkezik. Erősebb fokú gyuladásnál a beteg ágyban fektüdjék; eltiltandó a fájdalmas részek körüli babrálás vagy azok dörzsölése, ezenkívül ólmos vagy csak egyszerű hideg vízzeli borogatások rendelhetők, míg a daganat s fájdalom csökkennek. Ezután szükséges a makktyut visszagördíteni, hogy a makkoszoru körüli váladékot s a netalán meggytlemlett faggyut onnan eltávolítani lehessen. Ha a makktyu mellső részének szük volta miatt a visszagördítés nem sikerült, de az csak lazán veszi körül a makkot, a tisztántartás viz vagy gyenge összehuzó szerek befecskendezése által is elérhető; ha ez sem vihető ki, a makktyuszor müttét van javalva, de csak felmetszés által, a meunyiben fiuknál a hosszú s látszólag a körülmetélést javaló előbör a későbbi életkorban a makkhoz helyes arányba jut. Ha a makk szabaddá lett, a bő nyákhártya-élválasztás csökkentésére gyenge ólmos vagy pokolkő-oldattali borogatások s fűrösztések alkalmazandók. Végül még megjegyezzük, hogy az előadott bántalom miatt a gyermekek gyakran alaptalanul a netalán gyakorolt önfertőzés felől kérdeztetnek ki, s figyelmük épen ezáltal terelitetik ez irányba, holott az egész baj legalább is épen oly gyakran idéztetik elő más alkalmi ok által, minök a nadrág dörzsölése, faggyumirigy felhalmozódás stb. Körülmetéltéknél ritkábban fordul elő, miután ezeknél a makknyákhártyája csakhamar vastaggá s többé-kevésbbé bürszerűvé válik.

VIII. ÉJJELI HUGYTARTHATLANSÁG. ENURESIS NOCTURNA. ;

Az önkénytelen vizeletürítés, gyakorlati jelentősége miatt itt külön tárgyalatik. A nevezett bántalom előfordul gyengeelmjűtek s butáknál, mindennemű agybántalmak és sok más nehéz betegségekben szenvedőknél, egyébként egészséges kisdedeknél mindaddig, míg szellemi működésük egészen fejletlen, és ez esetben nappal is, továbbá elég gyakran roszul nevelt vagy elhanyagolt gyermekeknél; végül vannak gyermekek, kik bár szellemileg eléggé fejlettek és jól nevel-

tek, mégis — sőt minden akaratmegfeszítésük dacára — éjjel önkénytelenül maguk alá vizelnek.) Épen ezen utóbbi eset az, melyről itt szó lesz. A legtöbb ilyenmü hugytarthatlanságban szenvedő gyermek a fanosodás beálltával önkényt gyógyul. A baj leginkább a 3—6 és 10—14 életévekben fordul elő, tehát azon időben, melyben a hólyag működése nem áll egészen az akarat befolyása alatt, továbbá a fanosodás előtt; fiuknál gyakoribb, mint leányoknál; alkati viszonyok egészben véve különbséget nem tesznek, mindamellett Frank P. állítása bir némi alappal, hogy görvélyesek és köszvényben szenvedő szülők gyermekei gyakrabban esnek e bajba, mint mások. A gyermekek éjjelenként többnyire csak egyszer vizelnek maguk alá, és pedig gyakrabban az alvás első két órájában, mint reggel felé, a legritkábban éjfélután (Trousseau). Bell szerint szokványos hanyattfekvés kedvező mozzanatul szolgál. A baj nem folytontartó, hanem néha hetek, hónapokon keresztül is szünetelhet. Rosz szokások által ápoló- és nevelő-intézetekben járványszerű kiterjedést vehet. Egyéb tünetek az éjjeli hugytarthatlanságnál vagy teljesen hiányzanak, vagy csak esetlegesen vannak jelen. Az oki mozzanatokról már sokat irtak, valószínű, hogy a baj több tényező összehatásának eredménye. Kétségkívül mély alvás az ágybavizelést előmozdítja, miután ekkor a hólyag teltsége mint inger kevésbé jut az alvónak tudatához; befolyással van továbbá délután vagy esténként bő ivás vagy hig tápszerek élvezete; egyébként ugy a hólyagzárizmának elernyedése, mint a vizeletsaitoló izomzat (Detrusor) rendellenes összehuzódása oki mozzanatul szintén szerepelhet. Minthogy azonban a vizeletürítés sugárban, éjjelenként csak egyszer és pedig az alvás kezdetén történik, alig lehet kételkedni, hogy az esetek többségében, mint az önkényes vizeletürítésnél is történik, a zárizom elernyedése mellett a hajtóizomzat tulságos összehuzódása van jelen. A hólyagizomzatának ezen összehuzódása hason módon megy végbe, mint némely más mozgási működési folyamat a hugy-nemzőszervek körében, nevezetesen az inger, mely a hólyagteltségéüél ennek érzőidegeit éri, a nélkül, hogy öntudatra jutna, a mozgási idegpályákra vezetetik által. A baj megszüntetésére hanyag és rest gyermekeknél fenyítés- és büntetéshez gyakran eredménnyel nyulhatunk, ez eljárási mód azonban olyanoknál, kik bajukat szégyenlik s azt kikertülni igyekeznek, nincs helyén. Minden esetben javalva van délután és este minél kevesebbet inni és inkább csak száraz ételeket enni; célszerű továbbá azon időtájt megelőzőleg, midőn a gyermekek rendszerint az ágyba vizelnek, őket felébreszteni s vizeltetni; ilymódon, miután a felébresztést mindinkább az éj későbbi

időszakára halasztjuk, idővel a baj is megszűnik. Ha ezen kísérletek eredményre nem vezetnek, alkalmazásba vehetjük a Dupuytren által ajánlott hideg ülőfürdőt, belsőleg a Belladonnát (Bretonnean) vagy nux vomicát és a körisbogár-festvény adagolását (nagy óvatossággal).

A Trousseau és Pluviez által ajánlott eljárási módok, nevezetesen a hólyagnyaknak összenyomása, fiuknál a végbéltájra tett nyomasz, leánykáknál a hüvelytömesz egy neme, vagy a himvesszőre alkalmazott ruganyos gyűrű által, a gyermeknevelés általános alapelveivel ellentétben állanak.



VII.

IDEGBETEGSÉGEK.

a) AGYKÓROK.

Mauthner L. észleletei szerint 15,836 beteg gyermek közt 1747 agybántalomban szenvedett (melyek közül azonban csak 184 halt el); Forsyth Meighs közlései után Philadelphiában 5 év alatt 3970 gyermek halt meg agy-, 4204 emésztésszervi-, és 3376 mellbetegségekben; West kiemeli, hogy 16,258 idegbaj következtébeni haláleset közül (1842. és 1845. évben Londonban) 87% az első életévet érte; mindez elég bizonyíték arra, hogy a gyermekkorban aránylag nagy hajlam mutatkozik agybetegségekre, s ennél fogva ezen körösoportok nagyobb figyelmet igényelnek.

A gyermekkorban fellépő agybántalmak gyakorisága függ: 1. az öröklött vagy pedig a terhesség tartama alatt létrejött agybajok felléptétől az első életévekben (vizfej); 2. azon csekély ellenállástól, melylyel a koponyacsontok irtik tartalmát védeni képesek (veleszületett vérömleny); 3. a szomszéd szervek gyakori megbetegedésétől, mely egész az agyra terjedhet tova (eves füllob); 4. a tisztán működési agyzavaroktól, melyek minden, bonci leletekre vissza nem vihető gyermekbántalmak eseteiben jelentékeny, de biztosan meg nem határozható tényezőként szerepelnek és a még teljesen el nem különített két hatányra, az egyes szövetek még bekövetkezhető visszképződési folyamatára (az ujszülöttek u. n. állományi agylobja) és a még ki nem fejlett összrendezési utakra (Coordinationsbahnen) vihetők vissza.

Mint mindenütt, úgy az agybántalmak oktanánál is nagy szerepet játszanak az erőművi behatások. A koponya a legbehatóbb nyomásnak a szülés alatt van kitéve, az agyhártyavérzések majd egész sora innét veszi eredetét. A járastannulásnál, a mászkálás- és a gyermekek civakodásánál gyakran megtörténik, hogy a fej a földhöz vagy más kemény

tárgyhoz tettetik. Ez utóbbi alkalmak gyakrabban napfényrehozói inkább, mint előidézői az agybetegségeknek. A gyermekkoponya lágy és kevésbé törekeny; reáható erők könnyebben pillanatnyi általános keringési zavarokat okoznak, mint egyes részek szétrombolását.

A véredények szintén gyakori közvetítői lehetnek az agybántalmak kifejlődésének. És befolyásuk jóval túlterjed a sokoldalú és tág fogalmu vérbőség és vérszegénység határain. Azon agytünetek, melyek számos ragályos betegségnél, főképp az önmaguktól támadottaknál, vagy bódítók általi mérgezésnél vegyi uton jönnek létre, a véredények utain át nyerték kóroanyagukat. A tömeszülési agykórok tágabb keretébe foglaljuk ma már a veszélyes tünetektől kísért váltólázakat (intermittentes comitatae), az alapi agyhártyalobot, az agytályogok egy részét, nem különben az agy némely élősi bántalmait s más egyéb kórokat. A vérnyomás ingadozásait illetőleg a szivbajok és a tüdőlegdag alárendeltebb szerepet játszanak, mint a csontlágylásból eredő mádmell, a szűkmellűség egyáltalában, a nyak és mellkas mirigydagai, mely utóbbiak az út- és visszerek feszülési viszonyainak megváltoztatására nagy befolyással lehetnek. S következményi bajként annál könnyebben fejlődhetnek tultengés és vérbőség, minél kevésbé képes a még ki nem fejlődött koponya, tartalma nagyobbodásának megfelelőleg, ellenállást kifejteni.

E viszonyoknál fogva a zsenge gyermekkor agybántalmainál nagyobb számú tárgyilagos tünetek szoktak mutatkozni. A tartalom mindennemű nyomási ingadozása látható és megmérhető változást fog okozni a koponya alakján. A varratok, kutaacsok és csontszélek egymáshoz viszonya könnyen megfigyelhető támpontokul szolgálnak. Sőt vérömlenyek és agydagok is képesek a kutaacsok hajlatát észrevehető módon domborítani. Az agybántalmak körisméjének kiderítésére igen hálás tér nyílt a szentükrészeti tárgyilagos leletek értékesítése által. Az idegreceglóval, agyalapi idegek nyomsorvadásával, koponyabeli vérpangással és tömeszülési folyamatokkal járó agykórok felismerése a szentükrő segélyével jelentékeny könnyebbséget nyert. Mint a gyermekbetegségekhez tartozó némi sajátlagosságokat fel kell még említenem: 1. a ránggöresök gyakoriságát, melynek okát az agy kifejletlen gátló tehetségében (Hemmungswirkung) és a visszahajlási műveletek emelkedésében kell keresnünk. 2. A helybeli körtünetek sokkal változékonyabbak. A heveny-vizfejnél (ritkábban az idültünel) néha a már Wilks S. által is közölt tünetet észlelhetjük, hogy a beteg gyermek egyoldali fekvésénél önkényesen az egyik láta megszükülését lehet előidézni. 3. Göcszerű agybajok sokkal könnyebben és na-

gyobb fokú sorvadást idéznek elő a szétromosolt agyszervek által beidegzett részekben. Felnőttnél a csikolt testbe vagy lencsemagba történt vérömleny csak bénulását okozza az ellenoldali testfélnek, míg gyermeknél egyszersmind sorvadást is hoz létre. 4. Oly agybetegségek, melyek az egész szerv táplálását csökkentik, gyermekeknél az értelmiségre is sokkal károsabb befolyással vannak. E tekintetben körülbelül oly viszony áll fenn, mint a hallás- és beszédnél. Ha valamely felnőtt süketül meg, beszédképessége nem tűnik el, csak kisebbedik; ha ellenben egy gyermek veszti el hallását, mielőtt még beszélni tudott, akkor többé nem lesz képes beszélni tanulni. A felnőttél, ha agya szenved is táplálkozásában, a fogalmak egész halmaza marad fenn előbbi időkből, habár újabbak felfogására nem is képes; míg a gyermeknél, ha agya korán sorvadásba jut, a gondolkodás igen alacsony fokon marad, bár a test többi része óriási növekedést és kövérséget ér is el. Butaság alatt azon állapotot értjük, a melyben a gyermek marad, ha érzékei korán eltompulnak, míg a felnőtt, ha érzékei elbutulnak is, gondolkodási tehetségét megtarthatja.

I. AGYVÉRSZEGÉNYSÉG.

Az agyállomány halványsága, az agy nagyobb edényeinek és burkainak vérszegénysége, a kemény agykér vérebleinek lohadtsága, gyermekeknél gyakori bonci elváltozásként tűnnek elő. Az általánosnál még gyakrabban előfordul a részletes vérszegénység, de miután ez utóbbi az élön semmi tünetektől nem kísértetik, ez okból sem kórismeci, sem gyógykezelési tárgyul nem szolgál. A vérszegénység okai általánosak és helybeliek lehetnek. Az általánosak gyakrabban szerepelnek, és megjegyzendő, hogy nem egyedül vérvesztések (pl. köldökvérzés, vérelvonás), hanem nedvvesztések is, mint heves hasmenések, fekélyedés, a hörgnyákhártyák dus elválasztása, idézhetnek elő agyvérszegénységet. Szintugy oka lehet a vérszegénységnek a bal ütteres szájadék szűkítése, szivizomelfajulás, szivizomhiány és ütteres edénygöres. Csekélyebb jelentőséggel bírnak a helybeli okok, mint a nyak nagyobb üttereinek összenyomatása (pl. mirigydagok által), továbbá mindazon mozzanatok, melyek a koponyatér tartalmát nagyobb feszültség alá helyezik, pl. a még engedékeny koponyacsontok kívülről összenyomatása, vagy pedig a koponyatérben képződő dagok vagy vizenyős beszűrődések és ömlenyek. Az agyüterek bedugulásánál, a vér megstrüdési álla-

potánál és némely hevenybántalmak folytán részletes agyvérzegénység gyakori bonci elváltozásként mutatkozik. Az agyvérzegénység tünetei változók a szerint, a mint eredetét heveny vagy idült folyamatoknak köszöni. A közvetlen kórjelek kizárólag a kutaes állapotára vonatkoznak és némileg még a bőr színezete is figyelembe veendő, mely azon esetekben, hol a vérzegénység általános, megfelelő halványságot fog mutatni. A kutaes pedig, minél jelentékenyebb a vérzegénység, annál besüppedtebb és gyengén lüktető, feltéve, hogy maga a vérzegénység nem a koponyatér tartalmának megnagyobbodott feszüléséből ered. Azonban az agy lohadása mint elsődleges folyamat is oka lehet a varratok és kutacsok besüppedésének, és következményeként vértorlás léphet fel a koponya beljében. Ezek szerint a kutaes viszonyaiból csak nagy elővigyázattal lehet a koponyatér vértartalmára következtetni. Heveny agyvérzegénység folytán öntudatlanság, izompetyhüdttség, ránggöresök és látatágnulat állanak be. A környi idegrendszer részéről a tünetek némely esetekben, különösen 2 éven aluli gyermekeknél, rendkívül hevesek és azon kórképet nyújtják, melyet Marshall Hall a heveny-vizfejjeli (alapi agyhártyalob) különös nagy hasonlósága miatt agyvizszerű kórnak nevezett el. Ezen alak főleg kis gyermekeknél fordul elő, s leggyakrabban hasmenés által okoztatik. Marshall Hall két szakot különböztetett meg, az izgatottság és a lehangoltság szakát; az előbbi tartama alatt nagy nyugtalanság, izgatott külem, vörös arcszin, szapora érlökés van jelen, az alvás nyugtalan és gyakori nyöszörgés által zavart. A lehangoltság szakát, mely a gyengítő befolyások fenállása folytán fejlődik, szunyokór, gyengeség, szapora és rendetlen érlökés, halvány arcszin, a hang elgyengülése és általános kimerülés jellegzik, s néhány nap lefolyása után a bőr melegének fokozatos csökkenésével a halál áll be. A valóságos agy- és agyhártyaloboktól elkülönítő mozzanatok gyanánt tekinthetők: előrement bő vér- és nedvvesztések, a bürhőmérséklet csekély emelkedése és végtül nagyfoku süllyedése, hasmenések gyakori fellépte vagy legalább duguláshiány és részletes hűdések kimaradása. Hányás, fejfájás, szédülés s más egyéb tünetek ép ugy jelen lehetnek, mint az említett kóralakoknál. Az agyvérzegénység ezen legmagasb fokától le egész a legjelentéktelenebb alakjáig, mely nagyobb gyermekeknél csak mint szemkáprázás, fejfájás, szédülés stb. szokott nyilvánulni, bizonyos fokozat áll fenn, és épen e miatt az u. n. agyvizszerű kórok határait nem lehet szorosan körvonalazni. A kórjóslat csak tulságos eseteknél kedvezőtlen, máskülönben pedig, a mennyiben helyes gyógykezelés mellett a vészes tüneteket rövid idő alatt el lehet háritani, általában ked-

vező. Ilyennemű eseteknél gyakran megtörténik, hogy azon orvosok, kik egyáltalán minden agyi tünetnél nádiályt és calomelt szoktak alkalmazni, helyrehozhatlan hibát követnek el, míg ellenben izgató és zsongító szerek alkalmazása által gyakran meglepő eredményt értünk el. Célszerűen alkalmazhatók: bor (óránként egy kávéskanállal), égény, égett bor (óránként 10 csepp), leves, tojássárga, vagdalt hus, azután helyén lesz china-, vas- és csukamájolaj utólagos használata. Mindenekelőtt azonban az előidéző okokat kell a leggondosabban elhárítanunk s ezek után a végtagoknak meleg ruhába való göngyölgetése, langyos fürdők, dörzsölések s más hasonló eljárásokhoz kell folyamodnunk.

Szivgyengeség, edénygörcs vagy vérvesztés folytán hevenyen fellépő agyvérzegénység ájulás alakjában mutatkozik. Kisérő tünetei: bőrhalványság, az érlökés gyengesége, izompetyhüdség az összeroskadásig, öntudatlanság és érzéketlenség. Ha nagy fokot ér el, akkor általános váltakozó görcsök szegődnek mellé, a merev, elébb megszűkült láta kitágul s a halál ezen tünetek között állhat be. Az agyvérzegénységet ezen esetben nem bonci, hanem élettani, vagy a mi egyre megy, körelőzményi szempontból kell tekintünk. Boncolásnál az agyban a vérteltség minden jeleivel találkozhatunk, s dacára ennek, a halál mégis az általunk tárgyalt agyvérzegénység következtében s tünetei mellett következett be. A tüdütértömületnél, midőn az egész főág elzáratik, az agy működésének fentartására okvetlen szükséges úteres vér odavitele teljesen megszűnik, a koponya beljében levő visszerek azonban tultelve levén, a bonclelet az agyvérzegénység semmi jelét sem fogja mutatni. Általános úteres vérzegénység leghamarább és legnagyobb fokban az agyra hat vissza, az említett tüdütértömület folytán pl. a betegek agyvérzegénységben vesznek el. Az agyvérzegénység ezen neme fontos szerepet játszik nehézkör- és eklampsiában szenvedők rögtöni halálának kimagyarázásánál, mely betegségek a legkülönneműbb agy- és edénybántalmak folytán felléphetnek. E téren Kussmaul és Tennertettek először kísérleti kutatásokat, és általuk jelentékeny felvilágosítást nyertünk számos agytünetekre nézve. Sőt a koponyatü- és visszereinek rendes és egyenletes vértartalma mellett is, az agyvérzegénység tüneteivel megegyező módon állhat be a halál, ha a vér a táplálás és működés fentartására többé nem alkalmas, mint ez pl. a szénélelégmérgezésnél előjő. Ezen állapotok kezelésénél vízszintes fekvés, a szoros ruhaneműek tágitása és üde levegő ajánlatosak. Belsőleg pedig izgatók adagolása által a vérkeringés gyorsítását, a légzést pedig villamos izgatás vagy a Marshall

Ha 11-féle eljárás által igyekezzünk elősegíteni; legrosszabb esetben a vérátömlesztéshez kell folyamodnunk.

Az idült vérszegénység az izgatási és kimerülési tünetek egész sorát idézi elő. Mint izgatási tünetek tekinthetők: a főfájás, mely fekvésnél enyhülni szokott, a szédülés, továbbá ránggörcsökre és zsábákra való hajlam; az érzéki és szellemi izgékonyosság lefokozott neméhez tartoznak: emlékgyengeség, tunya gondolatmenet, a szellemi tevékenység könnyű kimerülése, fokozódott álmoság, ájulásrai hajlam. Az orvosnak főfeladata leszen ezen állapotok okait megismerni és azokat eltávolítani. Tápláló étkezés és vas adagolása többnyire jó szolgálatot tesznek.

I. VÉRBŐSÉG.

Ha az agy vértúltelttségét bonci szempontból tekintjük és jelenlétére a nagy visszerek és véröblök duzzadt állapotából, a lágy agykér élénk edényszinezetéből és az átmetszetek számos vérpontaiból következtetünk, akkor az mint egy tünetdus kór jelenik meg előttünk. Az agy vérbőségének legkülönbözőbb tünetei az egyszerű szeszélyes állapot- és főfájástól egész a valóságos görcsös rohamokig emelkedhetnek, de ezen tünetek semmi megegyező tulajdonokat sem mutatnak és az agyvérbőségből ki nem magyarázhatók. Különös az, hogy hasonló jelek az agyvérszegénységnél is előfordulnak; főleg áll ez az u. n. pangási vérbőségről, mely szivbajok, a tüdőtér kereszt-átmetszetének kisebbedésével járó tüdőbántalmak, a lehágó üres visszért vagy a nyaki visszereket nyomó dagok és az agyöblök dugulása kíséretében lép fel.

Élettani szempontból ezen folyamatokat mint agyvérszegénységet kell tekintetünk, melyeknél egy meghatározott idő alatt kevesebb üteres vér vitetik az agyhoz, mint rendes körülmények között. Valóságos agyvérbőségről, hol a szerv üteres vér általi tápláltatása gazdagabb, csak akkor lehet szó, ha balsziv-tultengés, oldalagos agyi vérnyomás, lobos folyamat vagy közeli izgató bántalom van jelen. Élettani szempontból vett agyvérbőséget — az oki mozzanatok kimutatásán kívül — főleg a tárgyilagos tünetek tekintetbe vételével lehet felvennünk. A még nyitva levő varratok és kutacsok erős feszülése mellett a szemtikörrel vizsgálat fog döntő felvilágosítást nyújtani. Körülbelül áll azon következtetés, hogy a belső fejtér egyik ágának vérbősége irány-

adó leszen a többi ágak vérteltségi viszonyaira nézve is. Kevésbé bir nyomatékka az arc lágy részeinek ütteres pirja. A működési tünetek eltéréséből nem lehet egészen biztos következtetést vonni. Következmenyi elváltozás gyanánt tekinthetők: agytultengés, agyvizenyő és agyvérzés, mely utóbbi egyes agyedények aneurysmaticus kitágulásából veszi eredetét. Fogalmi zavarok annyiban állhatnak fenn, a mennyiben nagyfoku lázakkal és hevenyfertőző kórok kíséretében beálló agyzavarokat hibásan agyvérbőségnak tekintik s mint ilyenek szelertetnek.

Az agyvérbőség ellen használatban vannak: általános vagy helybeli vérelvonások, a fejre alkalmazott hideg borogatások, a szív-működést lehangoló szerek (gyűtszünke, hamanysók, veratrin), távolabbi szervekhez való levezetési módszer (hashajtók, meleg lábvizek, mustárpép).

III. AZ AGYÖBLÖK RÖGÖSÖDÉSE. HIRNSINUSTHROMBOSE.

- C. Gerhardt: Ueber Hirnsinuathrombosis bei Kindern. Deutsche Klinik 1857. Nr. 45 und 46
 v. Dusch: Ueber Thrombose der Hirusinus. Zeitschrift f. rat. Med. VII. p. 16f.
 W. Griesinger: Zur Lehre von den Hirnkrankheiten aus Otitis interna. Arch. d. Heilk. III. p. 437.
 J. Molthau: Ueber Entzündung und Thrombose der Gehirnsinus. Diss. Gießen 1862.
 G. Huguenin: Pathologische Beiträge. Zürich 1868. Habilitationsschrift.
 O. Heubner: Zur Symptomatologie des Hirnsinuathrombose. Arch. d. Heilk. IX. p. 417.
 E. Lancereaux: De la thrombose et de l'embolie cérébrales. Par. 1862. p. 116.
 Meissner in Schmiedt's Jahrb. CIX. 105 und CXVI. 232.

Tonnélé használta fel először 1829-ben az agyöblök bedugulásának néhány esetét ezen folyamat megbeszélésére. Esetei, valamint a Rilliet és Barthez által közölt négy eset, két évet meghaladt gyermekre vonatkoztak. A csecsemőkorbani érrögösödés bonci ismeretét Virchow állapította meg. Jelenleg már oly terjedelmes anyaghalmoz felett rendelkezünk, mely az illető kórnak nemcsak bonci viszonyait világítja meg, kellő színben, hanem sok tekintetben utmutatóul is szolgál az élöni kórisme felállítására és a követendő gyógyeljárás irányára.

Az agyöblök merev falzatu, csekély összehuzódással bíró, egyetlen feltöltött ürei kedvező viszonyokat szolgáltatnak önkénytes vérmegalvadásra. Ezen rögök eredhetnek az öblök közelében fészkelő lobos folyamatoktól, az öblök, nyakvisszerek vagy az üres visszérre gyakorolt nyomástól, vagy végtül aszkóros (marantisch) állapottól. A Dusch által feljegyzett esetek közül $\frac{1}{16}$ aszkóros, $\frac{9}{28}$ pedig lobos

természetű volt. Legnagyobb mérvben az első életév szokott szenvedni; egy veleszületett himlőben szenvedő csecsemő csak 33 óráig élt (Tünel). A lobos alak leggyakoribb oka a sziklacsont, azután egyéb koponyacsontok és a szomszéd érzékszervek elgenyedésében, és a fejbőr genyes kútegeiben keresendő (Tonnélé). Ezen eseteknél továbbterjedő érrögösödést kell felvennünk, hol a csont- vagy bőrvisszerek mentében a vérmegalvás egész az öblökig hatol és ott szétterjed. Némely hasonló eseteknél, pl. a homlok- vagy ajktájokról kiinduló keléseknel, könnyen genyes agyhártyalob is támadhat. A nyomás-okozta érrögök létrejöttét okozhatják: nyirkmirigydagok az úres visszér mentében, vértorlódási tályog (Congestionsabscess) a belső torkolati visszéren. Az aszkóros alak főleg oly csecsemőknél fordul elő, kik choleraszerű hasmenés folytán igen kimerülvén, agyuk besüpped, a koponyavarratok egymásra tolódnak s végül a szív lökéréjének csökkenése és a csontok egymásra tolatása folytán a koponyakisebbedést túlhaladó agyzsugor következtében az agyöblökben pangás támad, mely vérmegalvadást okoz. Aszkóros érrögösödés a csecsemőkorban vagy azon túl is, még oly gyermekeknel is előfordul, kik kimerítő genyedés által (Dusch), hagymáz (Bouchut), vagy egyéb hosszas betegségek folytán nagyon elgyengültek.

Az agyöblök rögösödésének bonctani képe abban áll, hogy az agy kivétele után az illető vérvezetékek duzzadtak, gömbölydeden kitágítvák, az erős vérteltséget rendszeren jellegző sötétkék színezeten kívül ott, hol nagyobb rögök rejlenek, már külsőleg is homályos vörös szín mutatkozik és a felmetszés után gyengén fénylő, keményded, barnavörös véralvadékra akadunk, melynek színe fenállásának ideje szerint többé vagy kevésbé elváltozott, és szintén ekként módosult az edényfalakhoz való tapadása és központi ellágyulása is. Külsőleg néha rendes alakot mutat és sima felülettel bír, máskor pedig, midőn új véralvadék támad, a régi rög és edényfal közt dombesás és egyenetlen lesz, szabad vége kerekded sima csucsban végződik, melyre ismét új alvadék rakódik le. Átmetszésnél néha rétegesen eltérő szint mutat, és pedig olyformán, hogy a rög központi részén az elszínesedés legnagyobb fokot ért el. Ezen néha fél hüvelyk vastag rögös képletek legközönségesebb székhelye a haránt és egyenes öböl szokott lenni; ritkábban terjednek azok el az alsó vagy felső hosszanti öbölre, és még ritkábban fordul elő az üreges öböl, a sziklaöblök és a körös öböl stb. rögösödése. A betömött öblökbe nyíló visszerek, valamint az agyféltekék domborulatán lefutók is, gyakran részt vesznek a rögösödés folyamatában, míg másrésről a harántöböl röge a belső torkolati visszérbe terjedhet

tova. Az agyöblök rögösödésének következményei: az agyvisszerek pangása, az agy vérbősége és savós átívódása, véres ellágyulás, agyvérzés, másrészt pedig lehetőség van jelen a már *Rauchfuss* által csecsemőknél észlelt tüdőtértömlettel (embolia) létrejöttére. A testben előjövő egyéb változások a legkülönneműebbek lehetnek, a legtöbbször bélhurutra és a sziklacsont megbetegedéseire akadunk.

A kórtünetek igen változók. A legtöbb esetben öntudatlanság, álmoság, közöny állnak be; ezekhez néha egyes hűdési és görcsös tünetek is csatlakoznak, a hűdés kiválóan a szemizmok idegeit, az arcideget s többször még a féloldali végtagokat is szokta fenyegetni. Ezen hűdések azonban csak tökéletlenek és változók. Görcsös tünetek gyanánt felemlíthetők: a tarkó és hátizmok merevsége, a kéz- és lábujjak görcse, általános görcsrohamok és a szemteke görcsös forgatása. Ha az öblörög az egyik páratlan vérvezetékre szorítkozik, akkor az arcideg és szemmozgató ideg könnyű hűdései vele egyoldaliak. Bármily feltűnök legyenek is azonban ezen agytünetek, még sem lesznek irányadók a kór nemére nézve; sokkal inkább a keringési zavarokra kell figyelmünket fordítani, melyek gyakran hiányoznak ugyan, de hajelen vannak, bizonyító érvvel bírnak.

1. Ha a harántöblök egyike és vele az alsó sziklaöböl vagy a belső torkolati visszér kezdete van bedugulva, akkor, ha a nyakvisszerek egyáltalában a vérteltségnek bizonyos fokát mutatják, a beteg oldali külső torkolatvisszér üresebb lesz, mint az ép oldalon levő, miután könnyebben ürül a belső visszérbe, mely a koponyából nem kap vért. Ezen tünet értékét, melyet már 13 év előtt észleltem, *Huguenin* újabb megfigyelései megerősítették.

2. Ha a vérmegalvás a csecsnyujtványoni közlő visszéren át a harántöblöböl a hátsó fülvisszerekre terjed, akkor a fül mögött körülírt, kemény, vizenyős dag támad. (*Griesinger* és *Mohs*).

3. Az üreges öböl eldugulása először is a szemvisszérre hat, mely vérét nagyrészt oda üríti. Következmény gyanánt a szemalapon levő visszerek vérbősége áll be, mit szemtükörrel be is lehet bizonyítani, továbbá kislóku dül szem (*Huguenin*), a felső szemhéj vagy az egész arcfél vizenyője lépnek elő (*Genouville*).

4. Az üreges öböl véralvadéka folytán egyenes nyomás által izgatási vagy hűdési tünetek jöhetnek létre az ötödik agyideg első ágán és a szemizomidegeken (*Heubner*). Ez azonban inkább felnőtteknél, mint gyermekeknél szokott előfordulni.

5. A felső hosszanti öböl véralvadéka arc-cyanosist, a nagy ku-

tacstól a halántéktájhoz futó visszérágak vagy hálózatok kitágulását, a homlok- vagy orr körülírt izzadását, orrvérzést stb. okozhat.

Természetes, hogy a harántöbök elzáródása, mely gyakran mindkét oldalt éri, az 5. pont alatt jelzett, a felső hosszanti öböl rögösödéséből származó pangási tüneteket is előidézheti; a haránt és alsó sziklaöbök bedugulása pedig a 3. pont alatt leírt üreges öböl és szemvisszér pangási tüneteit okozhatja, míg ellenkezőleg az üreges öbök vagy a sarlóképtű öböl rögösödése soha sem viseli magán a harántöbök bántalmánál előjövő körképet.

Az agyöbök rögösödésének valamennyi eseténél még egy tünetre kell figyelmet fordítanunk, melynek kellő felhasználása a körisme megállapítására értékes befolyással leend, s ez a tüdőtér tömesztülése — embolia — következményeivel, a véres tüdőtömléssel és tüdőtályoggal. Már *Toussé* említést tesz egy öbölrögösödés mellett előjövő tüdőbeni gyengéről. Ezen átrakódás előjöttét bizonyítják még *Fritz*, *Langenbeck* és mások is. Az egyszerű véralvadék tömesze csak véres tömlést okoz, a genyes alvadékból származott azonban a tüdőtömlést tályoggá fejleszti. Ha valakinél egy bizonytalan agykór mellett az elébb leírt véres tömlés tünetei mutatkoznak, a nélkül, hogy az emboliának más forrása kimutatható volna, ugy nagyon valószínű lesz, hogy agybajának alapját öbölrögösödés képezi. A csecsemők aszkóros öbölrögösödésénél még kiváló figyelmet érdemel a kutacsok és varratok állapota. Ezeknek besüppedése, illetőleg egymásra tolatása a csecsemők cholerajának vagy egyéb kimerítő kóroknak következménye, melyhez még az öbölrögösödés is társulhat. Ha az öbölrögösödés tünetei már jelen vannak s a koponyacsontok ismét széttolatnak, a varratok és kutacsok pedig újból kidomborodnak, ugy ennek oka fejrizkór, vérömleny vagy agyhártyalob lehet, melyek a rögösödés folytán fejlődtek. (*Langenbeck*, *Gerhardt*).

A lobos rögösödés lefolyása genyláz alakját öltetheti magára, sőt az aszkórosnál is hőemelkedés (38,8 *Huguenin*) észlelhető, az érlökés mindig szaporább. A közönségesen halálosan végződő kórfolyamat tartama egy naptól egész három hét közt ingadozik. *Griesinger* saját észleletein és az irodalomból merített eseteken kimutatta, hogy az alvadék zsugora és átcsatornáztatása által gyógyulás állhat be. Kis teriméjű, jó indulatu alvadékok a tüdőtérbe való tömesztülés és a vértömlés zsugora által is gyógyulhatnak.

Öveljárás gyanánt igen ajánlatos a genyedő fülbajokat mindjárt felléptükkor gondosan gyógykezelti, szintugy a heveny bélhurutot is, melynek gyakori következménye szokott lenni a szív működés gyenge-

sége. A lobos alakoknál tartós hideg borogatások és belsőleg china vagy aconit alkalmazandók, az aszkóros alak ellen pedig izgatókat alkalmazunk, névszerint bort, égvényt, moschust. Az agyvérzés veszélyének elkerülése végett itt is célszerű leszen hideg borogatásokat rendelni.

IV. AZ AGYHÁRTYÁK VÉRZÉSE.

(Apoplexia neonatorum).

Heveny eseteknél csak ritkán találhatók a koponyacsontok szét-tolva és a kutacsok kifeszítve, mivel a kiömlött vérmennyiség közönségesen csekély. Ellenben a lágyrészek félretolatása után gyakrabban láthatók bőr- vagy csonthártyaalatti vérömlenyek, kisebb vagy nagyobb dagok vagy pontszerű foltok képében. A koponya és a kemény agykér eltávolításánál ez utóbbinak belfelületén lapos, középrészükön fél egész egy vonal vastag, széleiken észrevétlenül elvesző, többé-kevésbbé tömör véralvadékok láthatók, savó azonban ekkor még vagy épen nem, vagy csak nagyon kis mennyiségben szokott a pókhálókér lemezei közt jelen lenni. Más esetekben a sima, lapos alvadékok a zsigeri pókhálókér felületét vonják be, dusabb vérzésnél pedig annak miudkét átellenes lapját elfoglalják vagy legalább a szemközi rész beivódás és izzadmány által elhomályosittatik. Csak kivételkép rakódnak ezen vérömlenyek a koponyaalapra vagy a közép és hátsó koponyamélyedésbe, az agy domboru felületén előjövő vérömlenyek is inkább háttelé a boltozat és a kis agy féltekéi fölé huzódnak. Terjedelmük a lencse-mekkoraságtól oly nagyságig emelkedhetik, hogy az agydomborulat legnagyobb részét befedik. Edényrepedést, mint a vérzés okát, nem mindig lehet kimutatni, mintán nem épen a nagyobb visszerek szoktak megrepedni, noha már a sarlóöböl elszakadása is észlelve volt. Ujszülötteknél, kik leggyakrabban vannak ezen megbetegedésnek alávetve, a folyamat okául a koponyacsontok egymásra tolatását és a koponyabelfelület és az agyfelület egymáshoz helyzetváltoztatását kell tekintünk, miáltal a pókhálókér lemezei közt lefutó visszerek megfeszülnek s néha el is szakadnak. Ezen körülmény megfejtí azt is, hogy miért fordulnak elő leggyakrabban a vérömlenyek az agy domborulatán és a Galén-felé visszerek környékén (V i r c h o w). A fogóval eszközölt szülési műtétek tulnyomó befolyásán kívül még a fej tulságosan kifejllett vagy fejletlen volta is szerepel, az első esetben erősebb

nyomás igényeltetvén, az utóbbinál pedig csekélyebb ellenállási képességgel bír. Előjön ez nehéz, hosszan tartó szülések után, valamint gyorsan lefolyóknál is, hol a méh összehuzódásai és így a koponyára gyakorolt nyomás igen hevesek voltak. A szülés után rövid idő múlva bekövetkező halálózások egyharmada ezen agyvérzések rovására történik (Cruveilhier). A gyermekek tetszholtan születnek, bőrtük violaszínű, izomzatuk petyhüdt és nem légzének s vagy már ezen állapot folytán vesznek el, vagy pedig az élesztési kísérletek által felüdülni látszanak, a légzés beáll ugyan, de tökéletlen marad, sirásuk gyenge, félmámoros állapotban maradnak, rosszul szopnak s néhány óra vagy nap lefolyása után elvesznek. A tiszta tetszhalál és az egyszerű életgyengeség (Lebensschwäche) vagy elsődleges tüdőtágulatlan-ság közti kórismét alig lehet határozottan körvonalozni, a mi azonban gyakorlati szempontból annál kevésbbé bír jelentőséggel, miután a vérömleny gyors eltávolítására semminemű eszközzel sem bírnak. A lefolyás azonban nem mindig közvetlen halálos, mint azt rendszeren látni szokjunk, néha az első hetekben történő boncolatoknál szívós, haematoidin-jegeekkel behintett felrakódásokra találunk az agyhártyákon, melyek ily vérömlenyek maradványai gyanánt tekinthetők. Kórismésztük az által van megnehezítve, hogy csak ritkán okoznak hűdéseket, a göresök pedig ezen korban még csekély kórismei jelentőséggel bírnak. Közönségesen nem párosulnak vezetési akadályokkal és az agyállomány szétroncsolásával, hanem csupán elterjedt agygyo-más van jelen.

Noha az újszülötteknél leggyakrabban fordulnak ugyan elő az említett vérzések, azért az egész gyermekkor alá van vetve hasonnemű folyamatoknak, sőt a 2 és 3 életév közt bizonyos gyakorisággal szoktak azok fellépni. Míg újszülötteknél soha sem esatlakozik hozzájuk az agy állományának vérzése, későbbi korban ez gyakran megtörténik. A vérzések okai, eltekintve a szülési folyamatól, ugyanazok, mint az agyvérzésekéi egyáltalában, noha e helyen, mint az a követő lapokon bővebben magyarázva leendő, ki kell emelnem, hogy azok főleg koresvéregegyű gyermekeknél és azoknál, kik göresök vagy ránggöresös rohamok folytán haltak el, fordulnak elő, hol valószínűen a göresök okozzák a vérzést (O z a n a n), s ez amazokkal együtt a halált. A vérömlenyek lassu támadási módja, minden lobos izgatási tünet hiánya, azoknak elterjedt és ennélfogva csekélyfoku behatása az agy féltekéire okozzák, hogy a kórtünetek igen homályosak, legalább a baj keletkez-tét és kezdetleges lefolyását illetőleg. Ezen időben az érlökés sem szabálytalan, sem gyérebb nem leszen, hanem szaporábbá és teltté válik.

dugulás és hányás nem szoktak fellépni (Legendre ezeket csakis egy esetnél észlelte), csak láz, ránggörcsök és a végtagok összehuzódásai szoktak jelentkezni. Sőt maga a főfájás is hiányozhatik vagy legalább igeu kis mérvben van jelen, hűdés pedig, melynek rögtöni beállta a legérvesebb körjelek egyikét képezné, csak egyetlenegyszer észleltették Rilliet és Barthez által. Megemlítendő azonban, hogy a váltakozó görcsök, melyek ezen korban különben is gyakran előjönnek, gyakori, és néha heteken át tartó rendszeres ismétlődéseik és belterjességük által, valamint a zsugorok, melyek a végtagokat néha csak néhány órán át tartják félig hajlított helyzetben, jellegző sajátással bírnak, és hogy a halálos kimenetre gyakran közbejövő tüdőlobos folyamat szolgáltat alkalmat. — Ha nem rögtön áll be a halál, akkor a felnőtteknél előjövő hasonló kórfolyamatokhoz képest azon boncilag és kórtünetileg jellegző eltérésekre kell figyelmessé tennem, hogy a koponya, míg varratai el nem csontosodvák, tehát a 2 és 3 életévben, néha azonban egész fel a 7 évig, jelentékeny kitágulást mutat, e szerint az agyra beható nyomás esekélyebb, s így az agy kevésbbé van összenyomatásnak és belapításnak kitéve.

Kis vérömlenyek gyógyulása, rozsdabarna festenyfoltok hátrahagyása mellett, boncilag be van bizonyítva; a kórismézhető esetek jósata kedvezőtlen. A kezelés kórtüneti javulatokon alapul, belsőleg hűsítő, a belcsőre levezetőleg ható szereket (ásványsavakat, középsókat), nagyon elgyengült és elsatnyult gyermekeknél azonban néha izgatókat (arnica, serpentaria, aether, bor) alkalmazunk, azonkívül a szokásban levő bőrelvezetőket (hólyaghuzók vagy mustárpép, meleg fürdő) és nagyobb fokú agyvértolulás ellen hideg borogatásokat és 1—2 darab vérszívót a csecsenyűtványok fölé. Ha a kórisme biztos volt s az első veszélyen túl vagyunk, akkor a kiömlött vér felszívását akként segítjük legcélszerűbben elő, ha a beteg erejét és tápláltságát lehetőleg emeljük, s a szokásban levő elvezető szereket, vérvételeket és higanykészülékeket mellőzzük. Ha azonban e tekintetben mégis valamit tenni akarnánk, úgy legészszerűbb lesz, ha a tarkóra vagy fejre iblanykenőcsöt alkalmaztatunk.

V. AGYVÉRZÉS. HAEMORRHAGIA CEREBRALIS.

Az agyvérzések létrejötte, mint azt Dietl kimutatta, két főmozzanatra vihető vissza, a véredényfalak rendellenes törékenységére és bennéjük megnagyobbodott oldalnyomására. Ha némelyek azt

állítják, hogy ezen vérzések a gyermekkorban nem nagy jelentőséggel bírnak, úgy az nehezen egyeztethető meg Moosher vizsgálatainak eredményével, ki azt találta, hogy a finomabb agyedények már az első gyermekévekben is gyakran zsiros elfajulás alá esnek. És valóban Tonnélé, Mauthner, Valleix, Stiebel és mások elég nagy-számu eseteket közöltek, melyek saját megfigyeléseinkkel együtt némi bepillantást engednek ezen kór történetébe. Az említett ütőrelfajulás kivül, melyet élön kórismézni épenséggel nem lehet, főleg más agybetegségek, mint a glioma, agyhártyalob, agylob, agygtümkór s más hasonlók szolgáltatnak okot ugy közeli agyedénymegbetegedésekre, mint helybeli vérbőségre, melyek folytán azután vérzések támadhatnak. Az edényfalak törékenysége kiválóan súlynél és a Werlhof-féle kúteges betegségnél fordul elő és mindkettőnél gyakran mutatkozik véres guta, főleg pedig azon súlyos kóralakoknál, melyek a hökhurut után szoktak létrejönni és a hol a köhögési rohamok egyuttal az edényekbeni oldalnyomást nagyobbítják. Más heveny-vérbetegségek az edényfalak tápláltságának csökkentése folytán szintén vérzésekre nyújthatnak alkalmat. Ez azonban a gyermekek hagymázánál és a hevenykútegek vérömlenyek alakjainál ritkán fordul elő, gyakrabban a genyvérnél (Bednar). Jelentékenyebb máj- és léptul-tengés kíséretében már szintén észlelve volt. A másik mozzanat, t. i. a magas oldalnyomás főleg szívtulengésnél, nehéz légzés mellett, göresös és köhögési rohamoknál, végre a vérnek a koponyából lefo-lyását gátló erömiwi akadályoknál szerepel; hasonlóan hatnak a hörgmirigyek gümösödései, melyek az üres visszért nyomják (Ber-ton), és az agyöblök érrögei (Tonnélé). A megfigyelések egyáltalán azt mutatják, hogy az agyvérzések a gyermekkor minden szaká-ban előjönnek, újszülötteknél gyakrabban, mint később. Az ifjabb korban főleg a férfinem (14:6 Valleix és Bednar), előrehalad-tabb években pedig inkább a nőnem van fenyegetve. A bonci visz-nyok egészben véve megegyeznek a felnötteknél előforduló véres guta tüneteivel, csak heveny-hajszálrepedések, főleg az agy hártái gom-bosttl nagyságu, gyakran nagy számmal jelentkező véres foltok alak-jában, itt-ott halvány udvartól környezve, gyakrabban (az agyvérsési esetek felénél) észlelhetők és a göcök nagysága általában kisebb (borsó, egész bab), úgy hogy tojásnyi terjedelmü vérömleny már a ritkaságok közé tartozik. Az elváltozások székhelye igen változó és e tekintetben, mivel épen a jelen megfigyelések oly különböző helybele-sítést tüntettek elő, csak azt mondhatjuk, hogy gyermekeknél a látte-lep és a esikolt test tájai nem oly kedvenc székhelyei a vérömlenyek-

nek, mint felnőtteknél, továbbá hogy aránylag gyakran történik vérzés a gyomrocsokba, végre a nagy agy többször szenved, mint az agyacs, s ez ismét gyakrabban, mint a Varol-hid és a nyultagy. Ezen elváltozásokkal még számos egyebek szoktak karöltve járni, így a pókhálókér ürének, a kemény és lágy agykérnek vérzései, fejevérda-gok (Cephalämatome), mellhártyák, a szivburok vérzései, agyvérbőség, vagy pedig a már említett módon szervi agykórokkaal vannak szövödve, vagy végre hajlamosító bonci hibák vannak más szerveken jelen (sziv-tültengés, jelcsen függéri elégtelenség, a függér helyzetváltoztatása, a máj és lép idült túltengése, visszer-összenyomatás vagy érrögképzödés). A mi ezen bántalom tüneteit illeti, ugy azok annál kevésbbé jellegze-tesek és rohamosak, minél ifjabb a gyermek, vagy röviden szólva in-kább ránggöresös, mint gutalttési jelleggel bírnak. A tünetek az egyes esetek szerint annyira eltérök, hogy a nélkül, hogy azoknak lényegi-leg különbözö voltát akarnám felvenni, mégis megkísérlem egyes elkü-lönitett alakok felállítását.

1. A veleszületett agyvérzés, haemorrhagia adnata. Nehéz szülés utáni tetszholt állapot, cyanoticus küllem, a fej nagyfoku vérdagja, a varratok és kntacsok erős feszülése, az érlökés és légzés rendellenessége, a tetszholt állapotban, vagy pedig gyengeség és rendetlen légzés mellett egy vagy több napig tartó élet után halálos kimenet.

2. Az ujszülöttek agyvérzése, h. neonatorum (az élet első hetei alatt). Hosszan tartó vagy ismétlődö börpír, rögtön beálló ránggöresök, az elébb besüppedt vagy lapos kutacsok merev kidomborodása, a ránggöresök igen elterjedt volta és hosszú tartama, mely fő-leg mint a végtagok reszketése, az arc ide s tova vonatása, a szemhé-jak görese, gyakori és megszakított sírás, mely néha órákon át minden légvételnél ismétlődik, nyilvánul; végre hörgés, rendetlen légzés, az elébb lassu és rendetlen érlökésnek szaporasága.

3. Vérzés az agyöblök röggösödéséböl, h. ex throm-bosi sinuum (Tonnélé, Valleix, West és Gerhardt esetei). Az elébb besüppedt kutacs rövid idő alatt kidomborodik, megelőzőleg heves agytünetek (a röggösödés folytán) mutatkoznak, melyek az agy-guta beálltával jelentékeny fokozódást mutatnak.

4. A senyves agyvérzés, h. dyscrasica. A hagymáz és hevenykütegek legmagasabb fokán vagy súlyös állapot mellett beálló hüdések, ránggöresös rohamok, melyek nagy kimertülést s végül halált okoznak.

Az egyes tünetek közt alig akadunk olyanokra, melyek csak némileg jellegzők lennének; e tekintetben még legtöbb súlyt fektetünk az öntudat és az izmok feletti uralom rögtöni elvesztére, mely körülmény néha idősebb gyermekeknél ép úgy előfordul, mint felnőtteknél.

A jelen kóralakot 12 esetben volt alkalman észlelni, 8-szor fiu és 4-szer leánygyermekknél; ezek közül 4 egy, 2 négy, 1 hat hetes, 1 három hónapos. 2 egy és fél, 1 két és 1 öt éves volt. Ezen koponyaürbeli vérzések az agyat kiterjedt góciókban érték (2 esetben obólrögösödés, 1-szer csecsemők cholarája). 3 esetben a lágyagykér és kéregállomány volt a vérzés székhelye, 2 ízben a kemény agykér alatt és 4 ízben a pókhálókér ürében foglalt az helyet. A vérzést okozó betegségek a következők voltak: 3-szor agyöbólrögösödés, 1-szer agygümő, 2-szer a csecsemők súlyos sárgasága, 2-szer cholera, 1-szer ránggörcs, 1-szer tüdőlob, és egyszer gégefedőgörcs; egy esetben pedig semmi okra sem találtunk.

Ezeken kivül még fontossággal bír: újszülötteknél a bőr vörös színének fennmaradása vagy pedig többszöri ismét beállta, csecsemők-nél a kutaes rögtöni kifeszülése, a végtagoknak öntudatlansággal párosult és hosszabban tartó rázó- vagy remegő görcse, továbbá a néha már az élet első napjaiban, gyakrabban azonban idősebb gyermekek-nél előjövő féloldali arc és végtaghlidések (Vernois esete Val-leix-nél), főleg ha egyuttal hányás és nagyfoku főfájás is mutatkozik. A kórisme igen sok esetben bizonytalan marad vagy éppen fel nem allítható; így azon vérzéseknél, melyek nehéz betegségek alatt fejlődnek, vagy pedig a melyek szervi agybántalmak szövödménye gyanánt lépnek fel, főleg pedig ha a vérzés, mint ez agyhártya és agylobnál történni szokott, csak hajszáledényrepedés által jó létre. A hajszáledényvérzések egyáltalán, ha csak csoportosan nem rakódnak valamely működésileg kiválóan fontos helyiségre, csakis a heves agyvérbőség tüneteit mutatják. Tudva van, hogy a tünetek kifejezett volta nem egyedül az ömleny nagyságától és létrejöttének gyorsaságától függ, hanem kiválóan a helyiségtől, hova az helyeztetik. A véres guta helyiségeinek és tüneteinek nagyon is változatos volta okozza azt, hogy sok esetben igen nehéz lesz azt egyéb szervi vagy működési agybántalmaktól megkülönböztetni. A lefolyás majd gyors, a betegek öntudat nélkül esnek össze és ránggörcsök közt mulnak ki, majd több napra huzódik, hetekre azonban csak nagyritkán terjed, miért is gyermekek-nél a vérömlenyek ismert gyógyfolyamatait (sárga heg, tömlő) nem igen észlelhetjük. Mindazonáltal vannak hiteles gyógyulási esetek is közölve, hol nemcsak kis vérömlenyek, hanem nagyobb góciók tüneteit mutakoztak.

Nagyobb terjedelmű agyvérzések, melyek a csecsemőkorban, sőt később egész a 9-ik életévig előfordulnak, a mozgató központi készítmények roncsolása folytán nemcsak maradandó hűdést okoznak, mint felnőtteknél, hanem a növekedést is gátolják. Ide sorozhatók az agnesia legtöbb esetei, főleg azok, melyeknél a sorvadt agyfélteke közepén kemény, vörösen festenyezett heget találunk. A sorvadás az agyacsón, hidon és loborkeresztözésen át egészen a mellső kötegekre, sőt az ellenoldali mellső gyökökre is elterjedhet. A sorvadt agy helye részben a koponyacsontok megvastagodása és agyviz által pótoltatik. Az ellenoldali végtagok, leggyakrabban a jobboldaliak, rövidebbek és soványabbak, és hajlító izmaik zsugora miatt nehezebben hajlíthatók. Az egész oldal terjedelme kisebb. Az illető egyéneknél gyakran a szellemi fejlődés is hátramarad és nehézkóros rohamoknak vannak kitéve. Az elsatnyulás a törzstől legtávolabb fekvő tagokat éri legjobban, s néha csak egyes részekre szorítkozik. Így egy gyermek sorvadt kezén, ki öt év előtt, akkor 9-ik évében, hideg vízbei esés folytán féloldali hűdést kapott, az orsó oldaloni két ujja nemcsak ép maradt, hanem rendkívül kifejlettek voltak. A sorvadt részek érzékenysége vagy éppen nem, vagy csak kis fokban szokott szenvedni. Az arefél és a fül szintén részt vesznek a sorvadásban.

Noha nem kétkedem azon, hogy értömesz folytáni agylágyulás és más, az oldalgymrocsok fenekén lefolyó és a dúc-sejteket roncsoló folyamatok szintén okozhatnak ilyenmő agnesiát a gyermekkorban, mégis azt hiszem, hogy leggyakrabban gyógyulással végződő agyvérzések után lépnek fel az említett rendellenességek.

A jóslatra nézve az áll, hogy minél ifjabb a gyermek, minél fontosabb a bántalmazott agyrész működése s minél nagyobb a vérömleny, annál kedvezötlenebb a lefolyás. Az agyvérzés után visszamaradt hűdés még a legkedvezöbb esetben is makacsabb, mint a mely értömesz folytán támadt. Minél ifjabb a gyermek, annál nagyobb a veszély arra nézve, hogy a hűdött részek növekedésükben visszamaradnak és teljesen használhatlanok lesznek. A roham alatt a vérzést a fejre alkalmazott hideg borogatások segélyével kell megállítanunk, belsöleg közönségesen közepsökat adagolunk; azonkívül hashajtó esö-réket és a lábakra mustárvörzést rendelhetünk. Ha a bönultság sokáig tart, ugy izgató szereket kísérthetünk meg (bor, aether, moschus, arnica, serpentaria).

A roham utáni első időben, a viszhatási időszak alatt, hűsítő savak vannak javalva; ha hűdés és növekedési zavar maradnak hátra, ugy egy év leforgása után a villamosság és gyógytestgyakorlat vehetök igénybe.

VI. AZ AGYÜTEREK TÖMESZÜLÉSE. EMBOLIE DER HIRNARTERIEN.

C o h n : Klinik der embolischen Gefässkrankheiten. Berl. 1860. p. 363 u. 687.

E. L a n c e r e a u x : De la thrombose et de l'embolie cérébrales. Par. 1862.

E r l e n m e y e r : Die Embolie der Hirnarterien. II. Aufl. Neuwied 1867.

J. E i s e n s c h i t z : Embolie der Art. foss. Sylvil. Tod. — Wien. med. Presse 1866. p. 286.

Id. : Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. II. 93.

Idült tüdőlobnál a tüdővisszerekben vagy a baloldali szivürokben képződött véralvadék tovamosatása, a bal szivbillentyűin történt lerakódásoknak, kinövéseknek és kisebb levált csafatoknak bejutása az agy valamely üterébe, hevenyen fellépő táplálási zavart okoz az agy nagyobb vagy kisebb területén. Ha a négy nagy agyüter valamelyike képezi székét a bedugulásnak, akkor ájulásszerű öntudatlanság, s az ellenoldali végtagok gyengülése és zsihadtsága áll be, de a másik három edény, a Willis-féle üteres körön át, csakhamar elegendő mennyiségű vért visz a vérszegénynyé lett agyrészhez, s ez által ennek táplálása és működése ismét beáll. Ha ellenben valamely ág a Willis-féle körön túl tömül el, akkor az ezen ágtól ellátott agyrészlet táplálkozása és működése rögtön megszűnik és szövetének ellazulása és utólagos vérbőség által a vörös lágyulás szakába lép. A lágyulási góc területébe eső mozgó és érző rostok vezetésképtelenné válnak, az ilyen módon elkülönített vagy pedig elroncsolt központi szervekkel összefüggő idegek többé nem adnak életjelt. A vörösen ellágyult részlet később tömlővé vagy agyagszintű heggé változik át, csak ha az értömesz evesen fertőzött volt, képződik tályog. Az értömeszeknek majdnem fele a Sylvius-féle árok üterébe jut, azoknak egy negyedrésze pedig a belső fejrben található, úgy hogy azoknak még hátralevő negyede valamennyi többi üterre oszlik el. A gyermekkorban csak a Sylvius-féle ároküter és a belső fejüter (Addison és Rees, 14 éves leány) bedugulását ismerem. A Sylvius-féle ároküter tömeszülésénél a lágyulási góc a csikolt testben, a lencsemagban és kezdeti részének tökéletes eldugulásánál még az innét a homloktekervények felé eső fehér állományban is kifejlődik. Egyenes lefutásuk miatt a baloldali fejr és Sylvius-ároküter gyakrabban szenvednek, mint a jobboldalon levők. Ha a tömesz terjedelme és tökéletességénél fogva nagyfokú agyvérsegenységet idéz elő, akkor rögtön öntudatlanság, gyakran göresökkel párosulva, lép fel, melyből a beteg a végtagok, (legtöbbször a jobboldaliak), az arcideg, a szemmozgató és látideg hüdése mellett ocsudik fel. A végtagok bé-

nultsága eleintén tökéletes, az arcideg szemhéjzáró ága a legtöbb esetben bántalmazatlan marad, a szemmozgató és látideg hűdése pedig igen esekély foku szokott lenni és csakhamar eltűnik. Az öntudatlanság néha egészen elmarad vagy csak tökéletlen, s ekkor csak a rögtön beálló féloldali hűdés lesz jellegző. A hűdés az arcon és a végtagok érzőidegein gyorsan javulásnak indúl. Később a láb mozgathatósága, legtöbbször a karé kezd mutatkozni, tökéletes gyógyulás azonban ritkán észlelhető. A tömeszűlési folyamattal főleg gyermekeknél gyakran izgatási tünetek járnak karöltve: így a hűdött rész végtagjainak görcsös mozgatása, vagy pedig az egyik oldal tökéletes hűdése mellett a másik oldal folytonos ránggörcsökben szenved. Ezen súlyos eseteknél az öntudatlanság hosszan tart, s a halálos kimenet csakhamar beköszönt. Egy idevágó példát *Eisenschitz* közöl. Harmadszor kétoldali értömeszűlésnél ránggörcsök és nehézkóralaku rohamok lépnek fel. *Burrow*-nak egy eseténél a roham után heves főfájás maradt vissza. A hol nagyszámu edénybedugulások dacára még sem áll be rögtön a halál, sem szív- vagy tüdőbántalom azt hetek vagy hónapok alatt elő nem idézi, ott a hűdött részeken nagyfoku növekedési akadály fejlődik, sőt az agybántalomnak megfelelő koponyafél is kisebb marad. Ha a lágyulási folyamat egész a homloktekervényekig hatol, úgy megsemmisíti azon tehetséget, mely a gondolatokat beszéddé alakítja. (*Aphasia*, *Aphemie*).

Az értömesz és az önálló érrög elkülönítése, mely felnötteknél gyakran nagy nehézségekkel jár, gyermekeknél alig jó kérdés alá. Annál nehezebb az agyvérzés és tömeszűlési agylágyulás közti kórisme. Mindkettő rögtön szokott fellépni és ugyanazon kedvenc helytük van az agyban: a bal csikolt test és lencse mag, és ez okból rendszeren megegyező hűdési tüneteket hoznak létre, melyek javulhatnak ugyan, de új roham nélkül soha sem terjednek tovább. A megkülönböztetés miatt figyelembe veendő: a tömesz keletkezési góciának kimutathatósága, névleg heveny szívbellob, egyidejtűleg a test egyéb ütereiben jelentkező tömeszek (*Addison* és *Rees*-nél a lép és vese ütereiben), tökéletlen öntudatlanság és a roham alatt halvány arcszín és a hűdés gyorsabb javulása mint az agyvérzéseknél történni szokott. A hűdés azon része, mely oldalagos vizenyő által okoztatott, ismét eltűnhetik.

A jóslat az élet megtartására nézve nem egészen kedvezőtlen. Maga a tömeszűlés némely esetekben, agyvértelenség folytán tartós öntudatlanság, ránggörcsök, önkénytelen bélsár- és vizeletürítés s heves légzési nehézségek mellett halált okozhat. Ha a beteg a rohamot kiállja s a maradandó (vagy visszafejlődő) hűdési időszak áll be, akkor az

élet tartama nem a jelenlevő agysértüléstől függ, hanem a szív- vagy tüdőbántalomtól, mely az embolicus anyagot szolgáltatta. Még a kedvező lefolyó eseteknél is a végtagok sorvadásától, zsugorától és marandó hűdésétől lehet tartani.

A kezelésnél minden gyengítő behatástól óvakodnunk kell. Helybeli vérelvonásnak csak akkor lesz helye, ha az arc- és nyakvisszerek teltettsége mellett az öntudatlanság órákon át tart. Azonban megvallom, hogy még ily esetekben sem láttam általa kedvező sikert elérhetni. A gutaütési roham alatt a bőrre és a hozzáférhető nyákhártyákra izgatókat alkalmazunk: mustárpép, ammoniak vagy kölni víz szagoltatása, a száj nyákhártyájának borszeszszeli bekenése. Az állandó hűdés szakában erősítő gyógymód szükségeltetik, ilönként a gyüisztünke készítményeinek adagolása s helybelileg a hűdött izmoknak átterjedő árammali villamozása.

VII. A VÉRÖMLENYES BELSŐ KEMÉNY AGYHÁRTYALOB. PACHY-MENINGITIS INT. HAEMORRHAGICA.

J. Kremiansky: Ueber die Pachymeningitis interna haemorrhagica bei Menschen und Hunden. Virch. Arch. XLII. p. 129 und 321.

Guido Weber: Ueber das Hämatom der Dura mater. Arch. f. Heilk. I. p. 451.

Ogle: Schmidt's Jahrb. CXII. p. 174. F. 15.

B. Wagner: Ueber das Hämatom der Dura mater. Jahrb. f. Kinderheilkunde N. F. p. 105.

Steffen: Ibid. pag. 155. Paulicki: Ibid. II. p. 438.

Rilliet und Barthez: Bd. II. p. 248 u. f.

A kemény agykér a küloldalán fekvő három agykérütértől nyeri táplálatását; ezek csak hajszáledényágak által közlekednek egymással, visszereik azonban sokszoros összeköttetésben állanak. A kemény agykér idült ütteres, ritkábban visszeres vérbősége képezi egyik alapokát a belfelületén létrejövö edénydus, lobos szövetbujalkodásnak. Az ütteres vérbőség által okozott elváltozások főleg a közepső agykérütér területén, az oldalfalcsont táján lépnek fel. A visszeres vérbőség szülte kemény agykérlob pedig inkább elterjedten vagy különböző helyeken elszórtan mutatkozik. A kemény agykér beloldalán lágy, sárgás vagy halvány rozsdaszintü felrakódás látható, mely görcsö alatt sejt-, edény- és festenydus sarjadzasi rétegnek tünik elő. A mint ezen felrakódás vastagodik, réteges alkatot nyer. Némely esetekben a pókhálókér és az újonnan képzett hártya közt kistöku savós ömleny lép fel, miáltal a kemény agykér felemeltetik és megfeszül. Ekkor azonban gyakran

már csekély külső erőtvi behatás folytán is, mely a koponyát éri, vérzés áll be az újképlet rétegei közt, mely vérzés azután tömlő képében, az illető agyféltekére felülről lefelé nyomást gyakorol. Ez azonban csak az egyik oldalon, vagy pedig az egyikken nagyobb mérvben szokott előjönni, s ritkán fejlődik ki egyenlően mindkét részen. Ezen, a kemény agykér belfelületén tapadó vértömlő, hosszabb feuéállás után, festenydus-falzatu savós tömlővé válhatik, sőt az egész bennék fel is szivathatik s az egész felrakódási réteg összezsugorodhatik, s e szerint még akkor is, ha a kemény agykérlob folytán már vérdag fejlődött, gyógyulás állhat be. Ezen kóralak leggyakrabban a késő fértikor idejére esik. Legközönségesebb oka pedig a pálinkávali visszaelés, mely körülményből ki magyarázható, hogy miért ritkább a gyermekkorban. Ama régiebb nézet, mely szerint a vérdag gyermekeknél soha sem jön elő, teljesen téves, sőt az első 15 évben gyakoribb, mint a másodikban. A gyermekkor vége felé már pálinkaivás okozta megbetegedésekkel is találkozunk; így Rilliet és Barthez ezen kórt szemesés-máj kíséretében látták kifejlődni. Előjön továbbá még gümőkórosaknál vérömlenyos vérvég mellett (Wagner B.); hogy vajjon pangást okozó egyéb tüdő- és szívbajok kíséretében fel szokott-e lépni, az a gyermekkorra nézve még nincs kiderítve. Ellenben az agy felületére és az agyhártyák közé történt vérzések már többször hoztak létre vérdagot. Hogy bujakór a gyermekkorban oka lehet-e ezen bajnak, és hogy zuzódások mennyiben hatnak közre létrejöttére vagy nagyobbodására, még felderítésre vár. A közlött esetek a 9 hónap és a 14 életév közé esnek; a legtöbb a 2 és 4 év közt fordult elő.

A kórjelek közül először is a göresös roham szokott mutatkozni, mely vagy csak hosszabb kórtünetmentes időköz után ismétlődik és akkor, vagy pedig mindjárt kezdettől fogva szunykóros állapotba megy át. A látak megszűkülése már többször észleltetett. Féloldali hűlés csak ritkán áll be. Az első göresös roham után főfájás maradhat vissza. A fej vagy az egész test csekély megrázkódására a göresös roham visszatér. Ezen jellegzetes lefolyás csakis a vérdag képződési idejére vonatkozik, a kemény agykérlob magában véve alig jár némi tünetekkel. A csecsemőknél idültlen fennálló vérdagképződés hasonló módon tágitja a koponyát, mint az fejevízkórnál történni szokott. Egy St e f f c n által leirt ilyenmő esetnél az esti hőemelkedés 40° C. ágott. A betegség tartama néhány naptól hónapokra terjedhet, s rendesen halálosan szokott végződni. A kór felismerése mindeddig még sok nehézséggel jár. A hol gümőkór szolgál alapokul, ott inkább hajlandók leszünk agygümöre és alapi agyhártyalobra gondolni. Még legkönnyebb

leszen felismerése pálinkaivóknál és tarjagban (purpura) szenvedőknél. Irányadók lesznek e tekintetben: a kezdetbeli göresök, a későbbi szunykór és a láták megszűkülése. A kezelésre nézve legegyszerűbb lesz a fejre folytonos hideg borogatásokat alkalmazni. Elméleti szempontból pedig gyenge hashajtók, hamansók és iblanybedörzsölések ajánlatosak.

VIII. A GÜMÖS AGYHÁRTYALOB.

M. basilaris, Hydrocephalus acutus, Morbus Whytii, hitzige Gehirnhöhlenwassersucht.

R. Whytt: On the dropsy of the brain 1768.

H. Hahn: Die Meningitis tuberculosa vom klinischen Gesichtspunkte betrachtet. Preisschrift. Deutsch von Pauls. Köln 1857.

Hessert: Ueber tuberculose Meningitis. Diss. Würzb. 1860.

Förster: Ueber einige Hirn- und Nervenkrankheiten bei Kindern. Schmidt's Jahrbuch 121. p. 68.

Einige Bemerkungen zur richtigen Benrtheilung der tuberculösen Meningitis. Journal für Kinderkrankheiten. XL. p. 161.

A. Steffen: Ueber Miliartuberculose und Tuberculose der Chorioidea. Jahrb. für Kinderkrankh. II. p. 315.

A bonci lelet azt mutatja, hogy az agy hártái erősen kifestültek, a pókhálókér az agyféltekék felületén száraz, sima és kissé fénylő, a nagyobb edények vérszegények és az agytekervek mérsékelttel lelapítvák. Az agy kivételénél nagy mennyiségű savós, néha tejszerűen vagy genyesen zavaros folyadék ömlik ki, melyből azután a gyomrocokban még nagyobb mennyiség (egész 4 obony) található. A domborn agyfélület lágyagykére csak ritkán van gümőkkel hasonlóan megrakva, mint az alapi, és a szerint mutat nagyobb vérbőséget, a mint az említett folyadékgyűlem a gyomrocokban hiányzott vagy csak kífokú volt. Az agyállomány a gyomrocsofalzat környékén (láttelep, esikolt test, boltozat) gyakran fehér ellágyulást mutat vagy legalább savósan beivódott, s az ependyma igen lágy és szakadékonny. A leglényesebb elváltozásokra azonban az agy alapján akadunk, és pedig főleg a látidegkeresztözés környékén s innét egész a hidig s azután a Sylvius-féle árok körül. Ezen helyeken a lágyagykér hajlatai közt nagy mennyiségű szürkés-sárga, kocsonyás vagy rostonyás, vagy inkább genyszerű izzadmány van jelen. Részint ezen tömegek között, részint az erősen vérdús lágykér háti oldalának távolabbi helyein (lehuzásnál) találjuk azután majd elszórva, majd csoportosan a jellegző szürkés vagy szürkés-sárga köles-gümöket. Főleg a nagy edények lefolyását követik

s szigorú vizsgálatnál gyakran a Sylvius-árokban is fellelhetők. Majd nagyfokú fejevizkór van jelen az agyhártyák jelentéktelen elváltozása mellett, majd ez utóbbiak szenvednek kiválóan, s a vizelválasztás igen csekély; más esetben a vérbőség és koecsonyas izzadmány igen kis fokú (a lágyagykér kölesgümöje), vagy pedig a gümők hiányzanak (egyszerű alapi agyhártyalob), a legtöbb esetben azonban mindkét alak együttesen jelen van. A koponyatűr beljében előjövő egyéb elváltozások közül még felemlítendők: az egyidejűleg gyakran előforduló agygümők, melyekhez csak végül esatlakozott az agyhártyalob, a gümős anyagnak lemez-alakbani nagyobb sárgás felhalmozódása a lágyagykéren, a kéregállománynak vagy az agyhártyáknak kisebb vagy nagyobb véromlenyei. A hevenyfolyamatok mellett csak igen ritkán talláthatunk elmeszesedett kölesgümöket és az agyhártyák szívós hártvás megvastagodásait az agyalapon (gyógyulás és ismétlődés). A többi szervekben gyakran elterjedt, főleg a savós hártvákon dusan kifejezett kölesgümők mutatkoznak, rendszeren egyes sárgás csomók a tüdőekben, a hörgmirigyekben vagy más helyeken, néha azonban — a legkritkább esetekben — gümőkórnak vagy görvélykórnak nyomaira sem akadunk.

A kórokokat illetőleg egyáltalában nem birunk biztos adatokkal, s egyenes előidéző okot nem ismertünk; annyi tudva van, hogy kiválóan 1—8 év közti gyermekeknél fordul ezen kór elő. Leánygyermekek kevésbbé vannak e bántalomnak kitéve, mint fiúk. Néha oly gyermekeknél is látjuk e kórt kifejlődni, kik már azelőtt gümőkóros vagy görvélyes külemmel bírtak, azonban sokkal gyakrabban látsszólag virágzó egészségű, jól táplált gyermekek esnek áldozatul; a boucolat azonban ez esetekben is a legtöbbször régibb gümögöcöket derít fel. Azon gyermekek, kiknél agygümők, a sziklaesont szuvasodása, a Pott-féle kór a nyakmirigyek sajtos lobjával vannak jelen, leginkább veszélyeztetvék. Gyakran egy családnak több sarja, vagy pl. csak a fiugyermekek, vagy pedig csak a mesterségesen tápláltak lesznek bántalmazva. A betegség kitörését előidéző esetleges okok gyakran felemlítvék, melyek azonban legtöbbször csak az előbb kistofu tünetek nagyobbodását idézik elő. Alig szükség megemliteni, hogy ezen betegségnél mindazon okok érvénynyel bírnak, melyek a gümőkórnál általában szerepelnek. Ilyenek pl. az öröklési hajlam, előrement hőkburat, kanyaró stb., egészségtelen lakás és táplálás. Ez utóbbi okok behatása azonban nem lehet valami jelentékeny, mivel nem csupán s nem is talányomólag a szegényebb sorsuak gyermekei szoktak megámadtatni. Némelyek azon nézetben vannak, hogy az agy gyermekeknél

gyors fejlődése képezné okát az agy és agyhártyák gyakori gümös megbetegedésének.

A gyakoriságot illetőleg Nasse számításai szerint Poroszországban 15 millió [gyermek közül 30,000 ezen betegségben vesz el. Oesterlen szerint Genfben 0.07%-ka a lakosságnak betegszik meg s ezek közül 3.4% hal el, Angliában a lakosságra 0.03—0.04% megbetegedés esik és 1.6—1.8% halálozás. A betegség tulnyomó volta az első tíz életévben oly nagy, hogy az esetek $\frac{1}{2}$ része ezen korra esik. A legtöbbször az 1—3 év közti kor szokott szenvedni, ezen viszony azonban hely és idő szerint gyakran változik. Fiúgyermeknek rendszeren nagyobb számmal betegesznek, mint leányok. E bántalom télen és tavasszal állandóan gyakrabban fordul elő, mint nyáron és ősszel. Az alapi gümőkör veleszületetten nem észlelhető, azonban már néhány hónapos gyermekeknél kifejlődhetik.

Rendszerint néhány napon vagy héten át bizonyos neme a megelőző időszaknak szokott mutatkozni. Ezek azonban tulajdonkép csak ál-előjelek, s oly betegségek tünetei, melyek olyképpen viszonylanak a gümös agyhártyalobhoz, mint az érrög a tömeszhez vagy az előrement durvább tömesztlés a későbbi hajszáledényihez. A tüneteket két osztályba sorozhatjuk: tüdővészre és agyi tünetekre. Az előbbieket könnyű, rendetlen lázmozgalmak, lesoványodás, izzadásrai hajlam, vérszegénység, a légutak vagy a bélső hurutja által jelentkeznek, az utóbbiakhoz pedig főfájás, alvásközbeni hirtelen feljézés vagy fogcsikorgatás, mulékony érzéki esalódások és különféle elszórt helybeli zavarok tartoznak. A tüdőveszi jelek azon esetekben válnak tulnyomókká, hol a hevenygümösödés közvetlen okát a tüdők vagy a hörgmirigyek sajtos lobja képezte, az agyi tünetek pedig ott, hol az agy vagy lágyagykér idült gümösödése szolgált közvetítő hid gyanánt. A tünetek nélkül beálló gümös agyhártyalobok azon ritka és szigoru vizsgálatnál mindinkább ritkuló esetekhez tartoznak, hol a lágyagykéreg gümösödése különben teljesen ép szervezetben lép fel, vagy kissé gyakrabban ott, hol esékély fokú elrejtett göcök nyújtják a fertőző anyagot.

A tulajdonképpeni betegségkezdlet ritkán van rázóhideg vagy rögtön beálló láz által jellemezve, rendszeren önkényt beálló hányás, heves fejfájás, vagy ha ez már jelen volt, ennek fokozódása és tartós volta képezik a kezdetleges tüneteket. Kevésbé állandóan szoktak hallási esalódások, fülzugás, szédülés, elesési érzettel jelen lenni; ez utóbbi okozza valószínűen az agyhártyalobban szenvedők ingadozó járását is, ha azok az agyból felkelnek. A folyton

tartó fejfájás mellett, gyakran a hányás ismétlődésével egész sora a lényeges tüneteknek szokott beállani; mint első a láz jelentkezik, mely fokként nagyobbodva esti emelkedéseket mutat, és gyors, szabálytalan, néha hullámzó vagy kettős érlökéstől, rendetlen menetű emelt bőrhőmérséktől kísért, gyakran jelentékeny és szabálytalan alábbhagyásokat mutat (Roger), s mellette felhevülések, étvágyhiány, nagyfokú szomj és nyugtalan álmok jelentkeznek. A betegség kezdetén gyakran hirtelen felsikoltás (Coindet), mely azonban körjelleggel nem bír, szokott előjönni. A székürítés, ha csak valami más bélbántalom, mint gümős fekélyek nincsenek jelen, tunya és az üríték száraz, a szék-szorulás makacs, az altest beesett, úgy hogy a környező rásztáják és az előálló csipesontok közt teknőszerű bemélyedést képez. A betegek gyakran már kezdetben álmkórosok vagy legalább igen bágyadtak és haragosak s egyes rendellenes mozgásokra hajlandók, mint fogcsikorgatás, a fejhezi kapkodás, a beszédnél az arc egyenlőtlen mozgása s az értelmiség könnyű zavara szoktak mutatkozni. Mindezen tünetek fokozódnak, a mint a gyermeket a betegség jobban és jobban előveszi. Ekkor legtöbbször hátfekvést vesz fel, mindkét vagy egyik lába felhúzódott, karjai a fejen keresztözve fekszenek, a tenyér gépszerűen a fejtetőn vagy a homlok felett ide-oda mozog vagy pedig a fényt kerülő szem elé tartatik, a tarkó hátfelé görbült, a nyelv száraz és veres, ritkán piszkosan bevont, az arc veres, közömbös, a bámulat vagy butaság kifejezését mutatja, a szemek félig csukvák vagy pedig nyitott szemhéjak mellett a kancsal szemtekék felfelé gördítvék, a láták egyenlőtlenek, kitágultak vagy szűkebbek, a fénybehatásra tunyán mozognak, néha hullámzó, az arevonások eltorzítvák, itt-ott ráncbaszedvék, gyakran rángást mutatnak. Ez volna a kór szokványos képe, melyet talán könnyebb lefesteni, mint leírni, s mely az időnkénti fogcsikorgatás, gyakori nyöszörgés vagy főfájás miatti panasz, lassu, zavart feleletek, majd szelidebb, majd hevesebb tévengések által sajátságos élénk színezetet nyer. Az érlökés legalább időnként lassult (90, 80, sőt 60), rendetlen, szintugy a légzés is, mely egyuttal mély és sóhajszertű, a hányás ezen időszakban már a ritkább tünetek közé tartozik. Gyakran esaló alábbhagyások közben, a midőn az öntudat, élénkség, sőt az étvágy is visszatér, az álmkórság, főfájás és láz órákon vagy napokon át enyhül, a betegség végszaka felé közeledik, az érlökés és légzés ismét gyorsul, az álmoság sznykórba megy át, melyből a eteget alig lehet többé felébreszteni, az arc halvány és szederjés szint ölt, az izmok általános lazultsága mellett kifejezett részletes hűdések lépnek fel, elterjedt ránggüresök, inrángások, resz-

ketés és kancsalság, az arcizmok eltorzító félrevonátása, önkénytelen rágási mozgások mutatkoznak.

Ila az egyes lényegesebb tünetekre különös figyelmet fordítunk, ugy azt találjuk, hogy azok közül egy sem állandó s magában véve egyik sem körjellegző, de több együttvéve oly értékes képet nyújt, melynek alapján a kórismét biztosan felállíthatjuk. Az érlökés például majd minden esetben a kórlefolyás középidéjén meglassul és pedig annál feltluőbbben, miután előbb szaporább volt és utólagosan ismét azzá leszen. A betegség lefolyásának legnagyobb részében szabálytalan, főleg pedig annak vége felé, a midőn ismét hirtelen szaporább leszen. Végül a lassulás alatt néha oly jellemet ölt, melyre már Rilliet és Barthez nagy súlyt fektettek, t. i. „rezgő“ (vibrierend), vagyis hullámozó vagy kettős lesz, mint ez agybántalmak és hagymázás lázak lefolyásánál többször előfordul. A test hőmérsékét illetőleg a viszonyok épen ugy állanak, mint az a heveny-kölesgümőnél leiratott. A bőr színezetére némi figyelem fordítandó; eleintén természetes halványság van jelen, mely a láz magasultával veres és felhevültté változik, a baj vége felé azonban sajátságos módon, főleg a száj, az ajkak és homlok környékén szederjessé lesz. Néha ezen színváltozás igen feltűnő s már a halál előtt néhány nappal fellép, máskor ismét egészen hiányzik vagy csak néhány órára tűnik elő. Izzadás csak az utolsó időszakban szokott beállani. Azonkívül, mint az gyakran erős foku láznál történni szokott, a bőrben bizonyos pangásrai hajlam mutatkozik, melytől a már Trousseau által is észlelt tünet függ, hogy ujjnyomás után hosszabb ideig fennálló eseresznyeörös folt támad. Elkülönböző kórismeii szempontból fontos azt is tudni, hogy ezen bántalom lefolyása alatt csak igen ritkán lehet a törzs bőrén rózsaszíntű foltokat látni, és hogy a lép — a mennyiben kölesgümők lerakódási székhelye szokott lenni — néha megnagyobbodva taláztatik. A koponya csak azon esetekben mutat megnagyobbodást, a hol a varratok még teljesen záródva voltak. A mozgatási zavarok a legkülönbözőbb alakban fordulnak elő, kis fokban már a megelőző időszakban is mutatkozhatnak s azoutul fokozatosan súlyosbodnak. Kiválóan az agy mozgató idegein fellépő zavarok (tarkózsugor, kancsalság, egyenlőtlen láták, ferde irányu nyelv, a szájszöglet ferdesége) egymás közt néha bizonyos megegyező tüneteket mutatnak, ugy hogy gyakran azon gondolatra esábittathatunk, miszerint mindazok az agy valamely gócszertl megbetegedésének következményei, azonban e felvét ellen szólanak a tünetek gyakori változékonysága és tökéletlen kifejezettsége, még iukább a boueletek összehasonlítása, néha ugyanis előfordul, hogy a

tünetek az élön egy oldalra szorítkozva lépnek fel s a boncolásnál kiderül, hogy az agyburkok homálya és szemcsésedése, valamint az oldalgymrocsok víztartalma mindkét oldalon egyenletesen van kifejlődve. Ennélfogva e tüneteket valószínűleg az idegeknek részint agybeli, részint az agyhártyákoni kilépésüknél szenvedett legkülönbélebb izgattatása, vongáltatása és nyomatása idézi elő, s csak a látidegnél lehet még ezen kívül a gymrocsbeli folyadékgyülemnek ez ideg agybeli központjára gyakorolt nyomatását külön okul tekinteni. Agygümökre csak akkor szabad következtetnünk, ha e gümők jeleivel még az agyhártyalob valószínű kezdete előtt találkozunk, továbbá némileg abból is, ha az agyhártyalob folyamában korán erős ránggörcsös rohamok lépnek fel. A láták gyakran kezdetben, ritkán az egész kórlefolyás alatt szűkülteknek mutatkoznak, később napról-napra mindinkább tágulnak s a fényinger iránt fogékonytalanok lesznek. Néha, ha a beteg oldalt fektettetik, az egyik láta jobban kitágul (a gymrocsbeli folyadék nyomása folytán, Wilks S.). Az oldalfekvés más hűdési tünetekre is befolyással lehet. Én oly beteget láttam, kinél valahányszor felült, mindannyiszor ránggörcsös roham lépett fel. Míg e hűdésekben szenvedőknél kezdetben az arcvonások csak bizonyos közönységet mutatnak s a beteg tekintete szórakozott, esodálkozó, addig a kórlefolyás vége felé az arcizmok gyakori rángása s a legtöbbnyire felfelé forgatott szemtekék szabálytalan mozgásai az arcnak felette visszataszító kifejezést kölcsönöznek. A végtagok, melyeknek mozgásai később is mutatnak még némi ösztönszerű célirányosságot, mindamellet legtöbbnyire lankadtak s legalább is oly gyakran tesznek képzelődés szülte vagy tisztán görcsös, mint célirányos mozgásokat. Az érzidegeken éppen gyermekeknél sokkal nehezebb kisebb zavarokat kimutatni, mint a mozgási készülékeken, minthogy az érzési zavarok különben is kevésbé szoktak kifejlődve lenni. Némely esetben a végtagokban heves fájdalmak jelentkeznek, mi különösen akkor fordul elő, ha a lob a gerincagyhártyáira is elterjed. A mi végre a légzési készülék működését és tüneteit illeti, a légvételek szabálytalanok s számuk közönségesen a legutolsó időszakig megkevesbedett (gyakran csak 10—14), és csak később, a kór vége felé szaporább, azonban a légvételek ekkor feltületesebbek, mint előbb. A légvételek illetén gyorsulása s nagyfoku szabálytalansága igen kedvezőtlen jelentőségű. A tüdőn vagy hörgmirigyeken kezdettől fogva gümös beszűrődöttség jelei mutatkozhatnak, vagy teljesen hiányozhatnak, ha t. i. beszűrődés nincs jelen, — a mi felette ritka eset, — avagy mert nem elterjedt, vagy nem eléggé előrehaladt. A kórlefolyás vége felé elterjedt hörg-

huratot s nem ritkán a tüdő alsó hátsó részleteinek (sülyedési) tömörülését lehet kimutatni.

A kórismére nézve jelentőséggel bírnak az előzményi tünetek: a kezdetbeli hányás, egy helyre rögzített heves homlokfejfájás, továbbá a székrekedések, az alhas beesése, az érlökés szabálytalansága s a lefolyás közbeni lassulása, s végre az e tünetekhez rövid idő múlva csatlakozó részletes archüdések s értelmi zavarok. Mintán gyakran egyuttal az edényhártyában (Choroidea) is gümösödés fordul elő, a szemtüközés nem ritkán már korán felvilágosítást nyújt a bántalom természetéről. Ha a betegség általános gümökórral áll kapcsolatban, v a tóláz vagy hagymázos láz képe alatt is jelenkezhetik. Még azon esetben is, ha szabályosan beálló lázfokozódások (esténkint) mutatkoznak, jellegezni fogják a betegséget a nem egészen kórtünetek nélküli időközök, a fejfájás, hányás s a lépduzzadtság hiánya. Az hogy a hagymáz kis gyermekeknél felette ritkán fordul elő, hogy a hő hagymáznál szabályos menettel bír, továbbá hogy a rózsacs, a lépnagyobbodás, a hasmenés s a has puffadtsága hiányzik, végül hogy a hüdések korán (nemesak vonaglaskor) lépnek fel, kizárja a hagymáz jelenlétét, mindazonáltal bizonyos körülmények között (bélgümökór jelenlétében) még hasmenés, orrvérzés (gümölerakodásnál), lépnagyobbodás, sőt itt-ott rózsacs is mutatkozhatnak. Legnehezebb e bántalmat egyes esetekben némely rokon agybántalmaktól megkülönböztetni, így a genyes agyhártyalobtól, a heveny agyvérzegénységtől s némely agylob-alakoktól. Itt nem egyedül a bántalom gümökóros természetének megállapítása, mit jelenleg a szemtükör segélyével az edényhártyában fellelhető gümök által határozottan lehet eszközölni bír elhatározó fontossággal, hanem az egész kórleflowás s annak előrehaladó, legföbbször határozott kórképeknek megfelelő menete is jellemző. Az is értékes körülmény, ha a szülők vagy testvéreknél görvéllyes folyamatokra vagy épen e kóralak előrementére mutató jeleket találunk. Leggyakrabban feleseréltetik e kóralak gyomorhurattal és hasonló enyhébb bántalmakkal, az előzményi időszakban egyszeri agyvérterlódással; némely hevenykütegek, kivált a bímlő, kezdetben e kóralakhoz nagy hasonlatosságot mutatnak (fejfájás, tagfájdalmak, hányás). Ily összetévesztéseket még valaimennyi körülmény legszorgosabb figyelemben tartása mellett sem lehet mindig elkerülni, a betegség további folyama azonban minden kétséget eloszlat.

A mi a betegség e további folyamát illeti, ez ritkán oly gyors, hogy 5—6 nap alatt vagy még előbb véget érne, — vagy ez csak akkor történik, ha a megelőző időszak hosszabb ideig tartott, — hanem

a körlefolyás e része legtöbb esetben 10—14 napra, ritkán még továbbra is elhúzódik. A halál rövid ideig (csak néhány óráig, legfeljebb egy napig) tartó végkimerülési időszak után, néha pedig már egy korai ránggöresös roham közben, vagy tulsulyra emelkedett hurut, súlydési vagy közönséges tüdőlob folytán, vagy hagymázos erőhanyatlás közben áll be. Gyógyulások mind gyermekeknél (Rilliet és Barthez, Hahn), mind felnőtteknél (Wunderlich) észleltettek s pedig olyformán, hogy oly egyéneknél, kik látszólag hagymázos vagy agyhártyalobos tünetekben szenvedtek, a későbben tett boncolat alkalmával a lágyagykéren elmeszesedett vagy megkeményedett kölesgöbök találtak; mindazonáltal el kell ismernünk, hogy ilyenemű boncolatok a legnagyobb ritkaságok közé tartoznak, miből következtetni, hogy az agyhártyagümők a mell- és hasüri szervek gümöihez képest felette csekély gyógyulékonyssággal bírnak, mihez még az is járul, hogy semminemű gyógymodot nem ismertünk, mely csak némi valószínűséggel is képes volna a gyógyulást eszközölni. E gyógyulások legtöbbször csak a körfolyamat szünetelésében állanak, mert hónapok vagy évek múlva ismét hasonló, ezuttal már halált hozó bántalom lép fel. Az óvmód mindenestre felette nagy fontossággal bír, a mennyiben t. i. eszközlése épen lehetséges. Oly szülőknek, kiknek előbbi gyermecek gümös agyhártyalobban vagy rokonaik gümőkórbau haltak el, vagy kik maguk idült mellbántalomban szenvednek, azt tanácsoljuk, hogy gyermekeiket erőteljes dajkák által szoptattassák s később tápláló étrend, falun tartózkodás, szabadbani játszás, tulságos sok szobábani ülés kerülése, hideg mosások stb. által erősítsék; s a gyermeket pedig, ha görvély vagy csak betegeskedés nyomai is mutatkoznak, vasas szerekkel, csukamájolajjal, keserű növényi anyagokkal, növényi fürdőkkel stb. gyógykezeljük.

Miután jelenleg az agyalapi agyhártyalob támadását a tüdő és a hörgmirigyek sajtos lögócaival kell összeköttetésbe hoznunk s létrejöttét hajszáledényeltömülésekből származtatnunk, ebből önkényt ama javalat-támad, hogy az idült hörghurutokat mindig, különösen pedig görvélyes családoknál a legszorgosabban gyógykezeljük. Mert ha megakadályozhatjuk ama helyeken a fertőzési gócek létrejöttét, akkor megóvjuk az egyént az agyalapi agyhártyalobtól. Kiváló figyelmet kell ezenkívül még fordítanunk görvélyes gyermekeknél a hőkhurutra, vörhenyhurutra s fül-folyásokra.

Gyógykezelés céljából közönségesen lobellenes eljáráshoz szoktak nyulni, s pedig oly módon, hogy a nadályokat, hashajtókat, hi-ganykésztiményeket s hólyaghúzókat lehetőleg erélyesen alkalmaz-

zák. Nekünk ez eljárás ellen, mely a halálos kimenetelt még sietteti, nem volna ellenvetésünk, ha a betegség tényleg oly teljesen gyógyíthatatlan lenne, mint amilyennek az közönségesen tartatni szokott. De majdnem minden gyakorló gyermekorvosnak volt már alkalma gyógyulási esetet észlelni, bár e tekintetben oly skepticismus uralkodik, hogy csak oly gyógyulási esetek szoktak nyilvánosakká tétetni, melyek visszaesés következtében boncvizsgálat útján állapították meg. Az észszerű eljárás azt kívánja, hogy a lágyagykér gümölerakodás folytán támadt lobját hideg borogatások segítségével igyekezzük mérsékelni. Hashajtók, valamint vizelethajtó szerek is képesek az agytrök savógyütlemeit megakadályozni. Teljes nyugalom! alkalmat nyújt a fertőzési góccok gyógyulására, anélkül hogy további éreltömlések támadnának. E szerint javálva van a H a s s e által ajánlott mákony — vagy szunyal — alkalmazása, s egyúttal tünetileg is hat, a menyiben a fejfájást és hányást csillapítja. Egyszersmind lázellenes szereket, ugymint chinalt s gyűtszűnkét (digitalis) adagolunk. Ha a betegnél a kimerülési időszak áll be, akkor bort s egyéb izgatókat rendelünk.

IX. EGYSZERŰ AGYHÁRTYALOB. MENINGITIS SIMPLEX.

E kóralak az előbbitől mind bonctani, mind származástani tekintetben különbözik, s bár ha egyes tünetek meg is egyeznek, ez utóbbi egészen más lefolyással bír, minélfogva külön tárgyalatást igényel s az előbbenitől már rég óta külön is választatik, kivált mióta az agyalapi agyhártyalob gümőkóros természete felismertetett. A b o n c l e l e t abban áll, hogy a lágyagykér szövetében s gyakran helyenként a pókhálókér felületén is sűrű, szilárd-híg, sárgásszürke, zöldessárga vagy sárga színű, tejfel-, geny- vagy olvadt rostonya összeállású izzadmány található, mely vékony, egész 2^{mm}-nyi vastagságú réteget képez s csak ritkán mutatkozik zavaros savószertű folyadék alakjában. Ezen izzadmány kisebb vagy nagyobb kiterjedésben fedí az agy és agyaes d o m b o r n felületét s csak kivételesen terjeszkedik el az agy alapjára, a gerincagy hártáin már gyakrabban mutatkozik. Az a g y g y o m r o c s o k rendszeren t r e s e k csak kivételesen mutatnak a leirthez hasonló izzadmánycsapadékot, vagy mérsékeltén vannak azzal kitöltve. A l á g y a g y k é r k ó r o s részletén s o h a s i n c s e n e k g ü m ö k s más szervekben szintén vagy épenséggel nem talál.

hatók, vagy csak esetleg fordulnak elő. Ellenben más szervekbeni genyes lerakódások, kivált a savóshártyákon, fekélyedések a bélben, tüdőben, koponyacsontokon stb. épp oly gyakran mutatkoznak — mint az agyalapi agyhártyalobnál gümök. — Maga az agy, kéregállományát kivéve, rendesen épnek mutatkozik. — Egyes átrakodással (metastasis) járó esetekben azonban benne apró, legfőbbször számos, igen környileg fekvő tályogok találhatók. Az agy kéregállománya a lágyagykérhez van tapadva, külső rétegei halványak savótól átívólvák, ritkábban hajszáledényi vérömlenyekkel is beszórttak. Ha a boncolat akkor tétetik, midőn az izzadmány már visszafejlődésben van, úgy minthogy ekkor már az izzadmány folyékony része felszívott, a finom agyhártyákat annak merev maradványaitól tetemesen megvastagodottaknak és elhomályosultaknak találjuk. Különös okok, névszerint erőművi behatások következtében néha e betegség bizonyos helyre szorítottan körülírtan így pl. csak az egyik oldalon, csak egyik sziklacsont táján, vagy csak az agyacs egyik lebenyén stb. lép fel.

Miként bonctani, úgy származástani tekintetben is teljesen távol áll e bántalom a gümöktől; ugyanis semmi tekintetben sem örökölhető, a férfienet csak valamivel nagyobb gyakorisággal támadja meg mint a nőemet (míg minden gümökös bántalomnál, valamint némely más betegségeknél is, a férfienet sokkal nagyobb tulsulyban van). A gyógyanyag minősége szerint lelencházakban vagy gyermekkorházakban az észlelők közül némelyek az első életévben, míg mások az 5-ik 10-ik életév közti években találtak több megbetegedést, mi mellett még a betegség időnkénti járványos fellépte is bir némi befolyással. Egészben véve azonban valamennyi észlelő tanúsága szerint az agyhártyalob ezen alakja sokkal ritkább, mint a másik, s valószínű, hogy a magángyakorlatban legtöbb kóreset az 5-ik és 10-ik életévek közé eső időben, lelencházakban pedig különös okoknál fogva az első életévben fordul elő. — Elsődleges uton e bántalom napszúrás (insolatio) folytán támad, bár meg kell jegyeznünk, hogy azon eseteknek aránylag csak kis része alapszik agyhártyalobon, melyeknél napszúrás után agytünetek állanak be; e körülmény különben csekély befolyással is bir a betegség általános viszonyaira, minthogy legnagyobb gyakorisága épen nem esik a legforróbb hónapokra. Elsődlegesen továbbá különféle erőművi behatások folytán, sőt csupán koponyarázkódás által is létrejöhet. Másodlagosan e kóralak, a koponyacsontok, kivált a sziklacsont fekélyedő folyamataihoz valamint a közel fekvő lágyrészeknek, például a fültömírgynek

s néha a hajás fejbőrnek hasonló folyamataihoz szokott társulni. A mi ez utóbbit illeti, könnyen feltűnhet, hogy ha rajta (pl. fakadékos, impetiginös) kútegek lépnek fel, lehetséges, bár ritkán következik be miszerint a ki s belépő edények útján eves anyag jusson a koponyabeli szervekhez, s egyes észlelt esetek azt mutatják, hogy ez kiválóan akkor történik, ha nagyobb kiterjedésben hirtelen eltávolítottván a pörkök, a lég odajutása folytán a lobfolyamat belterje fokoztatik. Mindazonáltal ez ritkán történik s a fejkútegek gyógyítása éppen az előadott oknál fogva kívánatos és ez magában véve agyhártyabajt soha sem okoz. Á t r a k o d á s (metastasis) útján az egyszerű agyhártyalob eves, genyes vagy egyszerű lobos folyamatok tüneteihez szokott csatlakozni, így pl. tüdőlobhoz (Weber), vérhashoz, fekélyek-, genyedő csonttörések- s hasonló bántalmakhoz. Ez agyhártyalob kis gyermekeknél gyakrabban gyermekági kórok és g e n y v é r t ű s é g i állapotok alkalmával támad s néha a köldök edényekből, csonttörések, tályogokból vagy védhímlőoltásból kiinduló genyvértségi bántalmakhoz társul. Vörhenynél s a Bright kórnál csak kivételesen fordulhat elő s az e bántalmaknál mutatkozó agytünetek legtöbbszörre huyvértségen vagy agyvizenyőn alapulnak.

A kórkép s a t ű n e t e k tárgyalására térve, legelőbb az elsődleges, más, egyidejűleg jelenlevő heveny kórállapotoktól független alakokat vegyük szemügyre ;

Rilliet és Barthez szerint erőltetés nélkül több ily alakot lehet megkülönböztetni. Ezek közül legkiválóbb az, mely inkább az 1-ső s 2-ik életévben fordul elő, a betegség kezdetétől fogva jelenlevő s többször ismétlődő göresrohamokban nyilvánul s 2—5 nap alatt halállal végződik, s azon alak mely az 5-ik s 10-ik év között fordul elő, ezen alaknak lefolyása 1—2 hétre elbuzódik, s bár éppenséggel nem ránggöresök nélküli, mindazonáltal kiválóan szellemtevékenységi zavarok által jellegzetetik s névszerint gyakran erős tévengések, tetemes felizgultság s a nemesebb érzékszervek tulérzékenysége kíséretében foly le. — Igen rövid ideig tartó, alig egy napra menő megelőző időszak után nem ritkán e nélkül is, állandó tünetként heves fej f á j á s lép fel. Az előzményi tünetek igen általános természetűek szoktak lenni, u. m : kényelmetlenségi érzés, étvágytalanság, álmatlanság, láz ; a fejfájás névszerint idősebb gyermekeknél mihamar élénk panaszokra ad okot, kezdetétől fogva igen heves, legtöbbször a homlok táján székel s gyakran tetemes alábbhagyások nélkül mindaddig szokott tartani, míg az öntudat el nem enyészik. A kezdetben jelentkező hányás, a későbbeni székrekedés és a has behuzódott volta értékes tüneteket

képeznek ugyan, de az agyhártyalob ezen alakjánál éppenséggel nem állandók, még csak nem is igen gyakoriak. E helyett a betegek rendszeren kezdettől fogva heves lázban szenvednek, melynek felléptét majd a fejfájás, majd ránggöresös roham jelzi, mely kezdetben izgatottság, nyugtalanúság, fény és hang iránti érzékenység, zavart arckülem forró, száraz bőr, kipirúlt, duzzadt arc s telt, szapora érlökés által nyilvánul; néhány (2—4) nap múlva az érlökés kicsiny s még szaporább lesz, az arc összeesik s elsápad, néha kissé elkékül, az egész bőr sárgás színt ölt, s a beteg arcvonásai legalább a göresös s tévengések közti időközökben bárgyú, közönyös kifejezést mutatnak. Az érlökésben gyakrabban lehet rendtelenségeket észlelni, mindazonáltal ez sem állandó tünet, sokkal gyakoribbak a légzésben mutatkozó rendtelenségek, mely ezen kívül lassú vagy csak kissé gyorsult s mély szokott lenni. Körülbelül az említett idő leteltével a betegek öntudatlan állapotba esnek, mind inkább szunyokórosakká lesznek, e közben élénken tévengnek, úgy hogy gyakran erőszakkal kell őket visszatartani, nagyokat kiáltanak, csak ritkán hozhatók öntudatra s birhatók tökéletlen válaszok adására, és a legkülönbözőbb érzesi és mozgási zavarokat mutatják. Főleg az ingerfogékonyság szokott általában gyengültnek mutatkozni, néha azonban ily zavarokat csak egyes helyekre, pl az egyik szemre, az egyik oldali pofára szorítkozva találjuk; mindazonáltal sokkal állandóbbak a mozgási zavarok úgy, hogy göresös tünetek egy esetben sem hiányzanak, Az 1-ső és 2-ik életévben előfordulni szokott ránggöresös alak ugyszólván valóságos göresrohammal szokott kezdődni, mely roham rövid időközökben gyakran ismétlődik; de a másik, úgynevezett dühöngő (phrenetisch) alaknál, a betegség későbbi folyamában szintén fellépnek illetén ránggöresös rohamok, mely alkalmakkor több percig, sőt egész egy negyed óráig a beteg teljes öntudatlan állapotban van, arca eltorzúl, szemeit elforgatja, végtagjai ide stova hányatnak, tarkója störzse hátrafelé hajlitott vagy oldalt fordított a a légzés majd megakad, majd ismét heves, göresös mozgásokat tesz, a száját hab fedi. Később időnként majd az inakon, majd a rekeszen, végtagokon, arcizmokon, rágizmokon egyes rángások észlelhetők. Ha a ránggöresös korán rohamok alakjában lépnek fel, akkor azokat gyakran nehezen lehet könnyű ránggöresös (eklamptisch) rohamoktól megkülönböztetni s éppen ily esetekben a rohamok közti időközökben mutatkozó visszamaradt mozgási zavarok is más neműek szoktak lenni, melyek közül a zsugorok és hűdések különös értékkel bírnak. A zsugorok legtöbbszörre abban állnak, hogy a tarkó, néha a törzs is hátrahajlitott helyzetben marad, az már ritkábban történik, hogy a

végtagok hajlított vagy nyújtott helyzetüket s az arc eltorzultságát megtartja, amennyiben éppen e részeken legkönnyebb a hűdések észlelni, melyek azonban gyakran csak tökéletlenül vannak kifejlődve, amint az inkább központi okoktól függő s oly hűdéseknél szokott történni, melyeknél az idegrostok folytonossága nincs megszakítva vagy azok nem szenvednek túlságos nyomást. Így pl. azt találjuk, hogy a láták tágságában némi különbség létezik, hogy egyes arcerek elsimultak, egyik szemhéj kissé csüng vagy egyik szájzug lejjebb áll, hogy valamelyik alsó vagy felső végtag gyengébb. Az agy göci megbetegedését az jellemzi, hogy e jelek nem állandók s gyakran váltakoznak. Ezenkívül e betegségben szenvedő idősebb gyermekek, — miként már Cruveilhier kiemelte, — ha ágyukból eltávolítottatnak, egész lényükben feltűnő változást mutatnak, arcvonásaik sokkal dültebbek, összeesettebbek mint előbb, járásuk bizonytalan, tántorgó.

A lobnak a lágy gerincagykérekre történt nagy mérvű elterjedését jelző tünetekként felhozattak a tarkósngor, a gerincesatorna hosszában jelentkező fájdalmak és az alsó végtagokban fellépő heves fájdalmak és túlérzékenység. Az utóbbi jel, t. i. a végtagok folyton tartó s minden érintésre tetemesen fokozódó fájdalmassága általam minden felnőttek-, avagy gyermekeknél észlelt kóresetnél élénken kifejezett volt s néhány esetben keresztcsonttáji fájdalmak is voltak jelen, egyszerű agyhártyalobnál azonban e fájdalmak mindketteje többé kevésbé hiányzott, s meg vagyok győződve, hogy a tarkósngor sokkal gyakrabban fordul elő egyszerű agyhártyalobnál, mint a gerincagyhártyalobbal szövetkezettnél, miért is e tekintetben éppen nem vehető jellemző tünetnek. — Ha az agyhártyalob valamely heveny betegséghez (tüdőlob, genyvértséghöz) csatlakozik, akkor a kezdetbeli tünetek homályosak szoktak lenni és csak midőn már a bonyodalom magasabb fokot ért el, mutatkoznak támpontok, melyek alapján a dolog mibenléte felismerhető. Tévfengés, fejfájás, kábultság elkezdve az egyszerű hörgőlobtól egész a hagymáz- és himlőig minden heveny gyermekbetegségnél különben is jelen lehet s csak az esetben lehet e tüneteket némi joggal agyhártyabántalmon alapulóknak tekinteni, ha igen nagy belterjességgel bírnak s hozzájuk görcsrohamok tarkóderme s archűdések csatlakoznak. Azon körülmény, hogy e tünetek az említett betegségeknel gyakran előfordulnak, hogy továbbá az agyhártyalob mint bonyodalom aránylag ritkán lép fel, szükségessé teszi, hogy e részben a körismérés tekintetében felette óvatosak legyünk. Különben az agyhártyalob gyakran a nélkül is könnyen kikerüllyi figyelmünket, minthogy éppen jellegző tünetei gyakran igen homályosak.

A kórisme tekintetében névszerint az egyszerű agyhártyalob s a gümös agyalapi agyhártyalobközti különbségeket kell kiemelnünk. Örökölt hajlam, főleg pedig gümőkóros vagy görvélyes bántalmak hiánya, ezekkel ellentétben kimutatható különös oki mozzanatok, n. m. a fejre [történt erőművi behatások, napszúrás, genyvértüségi folyamatok, járványi viszonyok jelenléte egyszerű agyhártyalob mellett szólnak s e gyanu megerősbit, ha a betegség hirtelen kezdődik vagy csak rövid előzményi időszak által jeleltetik, s rohamos, szabálytalan menettel bir, de sokkal ritkább és sokkal tökéletlenebb alábbhagyásokat mutat. Nagyobb fokú tévengések görcsök és görcsrohamok ez alaknál is előfordulnak, ellenben hányás, érlökési rendétlenségek s névszerint az érlökés lassulása ritkábban észlelhetők, a fejfájás erősebb, tartósabb, csak hogy az öntudattal egyetemben előbb elenyészik. Egyéb előfordulható felcserelelések főleg az agy és hártýáinak más heveny betegségeire, pl. agylobra, agyhártýavérömlenyre, külső fejrizkór stb. vonatkozhatnak; felcserelelése tárgyai lehetnek továbbá heveny agyizgatottsági és agyvérbőségi állapotok, melyek hagymáz, tüdőlob lefolyásában s a hevenykütegek előzményi időszakában lehetnek észlelésünk tárgyaivá, végre majd kimagyarázható, majd kimagyarázhatlan okokból származó, ugynevezett ránggörcsös (eklampisch) rohamok. Ez utóbbiakkal szemben az erőhanyatlás, az álomkórosság, a láz, a hűdések és zsugoroknak az időközökben is folyton tartása fog döntenit, minthogy nehézkórnál az időközök teljesen szabadok szoktak lenni. Legnehezebb a szóban forgó betegséget az említett agybántalmaktól megkülönböztetni s a megkülönböztetést a származástani viszonyok felhasználásával csak úgy sikerül eszközölnünk, ha a kórlefolyás egy részét áttekinthetjük s gyorsan kiterjedő, előhaladó agybántalommal állunk szemközt.

A kórlefolyás legtöbb esetben kedvezőtlen, gyógyulások ritkán észleltettek (Charpentier, Gölis), s még ritkábban oly esetek, melyekben a betegség idült alakba ment át (ez felnötteknél gyakrabban előfordul), mi abban áll, hogy hosszabb időre hűdések, zsugorok, értelmi és szellemi zavarok maradnak vissza s csak ritkán enyésznek el későbbben. Az egyszerű kóralakok jóslata nem egészen oly kedvezőtlen, mint a gümös agyhártyalobé. A halál kis gyermekeknél néha már a betegség első napján, rendesen pedig még a 4-dik nap előtt beköszönt, idősbeknél a kórlefolyás 1—2, felette ritka esetekben 3 hétre elhúzódik s a halál egy görcsroham alkalmával vagy láz okozta kimerüléskövetkeztében állhat be. A gyógykezelést illetőleg rövidek lehetünk. A betegre nézve előnyös és szükséges lesz minden izgató külbehatást

(zaj, fényinger) távol tartani, s lobellenes szerek segélyével a kezdetben legterhelőbb tünetet, a fejfájást enyhíteni. E célból a fejre jeges borogatásokat s a csecsnyujtványokra néhány nadályt alkalmazunk. Ha az első vérelvonás (mint rendszeren) elmuló sikert nyújtott, úgy javalva van azt rövid idő múlva ismételni s e mellett igyekezzünk ez eljárást hashajtók és az alvégtagokra, vagy hátra alkalmazott hólyaghuzók segélyével támogatni. Minthogy tapasztalati tény, hogy ez eljárás a betegséget menetében nem képes megakadályozni s hosszabb ideig (a jeges borogatások kivételével) nem folytatható, szokás a betegeket a bántalom további folyamában mind külsőleg, mind belsőleg alkalmazott higanynyal vagy — mit én inkább ajánlanék — lázellenes szerekkel (salétrom, ecetsavas haméleg, savak, chinal) gyógykezeleni és közben kis szunyaladagok segélyével megnyugtani.

X. AGYLOB. ENCEPHALITIS.

G. H a y e m : Études sur les diverses formes d'encephalite Thèse. Par. 1868.

M. J a s t r o w i t z : Studien über die Encephalitis und Myelitis des ersten Kindesalters. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. II. p. 389.

P. M e y e r : Zur Pathologie des Hirnabscesses. Diss. Zürich 1867.

Jahrb. für Kinderheilk. I. anal. 7., V. 111. VI. 265.

W. G u l l : Ueber Gehirnabscess. Guy's Hospital Reports 1858. Schmidt's Jahrb. G., 295 und 298.

V. B r u n s : Handb. der prakt. Chirurgie. Tüb. 1854. I. p. 939 u. f.

M o o s : Virchow's Archiv XXXVI, p. 509.

Virchow ujszülöttek agyában feltünő vérbőség s helyenkint elszórt vérömlenyek kíséretében gyakran vereses-szűrke kórgócokat talált, melyekben görcsű alatt megnagyobbodott s zsirosan elfajult agyköszöveti sejteket lehetett felismerni. Jastrowitz később tett vizsgálatai kiderítették, hogy ez az agygerendezetben (Balken) és a szomszédos fehér állomány egy részében az élet 5-ik hónapjáig rendszeren előfordul.

Az agylob genyképzéssel járó alakja mindig körttlirt góciókban fordul elő, s az agyállomány piros ellágyulásából ered. A kezdetben sárgavörös, véresgenyes folyadék cafatos falu üregben foglaltatik; később ez üreg falai kisimulnak, tartalma zöldessárga színt nyer s körötte legalább 3 hét lefolyta alatt köszöveti tok képződik, s ily állapotban évekig fennállhat. A tályogok főszékelye az agy, azonban nem ritkán az agyacs, a Varol-hid és a nyultagy is megtámasztatik. Az agyban a bal lebeny szokott gyakrabban bántalmaztatni. Ez onnan ered, hogy e bántalom gyakorta éreltömülésből származik. Ellenben

oly tályogok, melyek genyes fülbajokból származnak, sokkal gyakrabban fordulnak elő a jobb oldalon. A fehér állományban gyakoribbak a tályogok mint a sztrkében. Későbbi időben megtörténhetik, hogy a tályog a gyomrocsok valamelyikébe, az agy felületére vagy a koponyaacsontokon át a külfelületre tör ki; ehez agysorvadás, vizenyő s genyes agyhártyalob társulhat. Bűzös genyet csak oly tályogok tartalmaznak, melyekbe véralvadék vagy behatolt lég útján crjanyagok jutottak.

A gyermekkor az agytályogokról szóló kimutatásokban csekély szerepet játszik, Bruns kimutatásában 3, Gull-ében 2 eset fordul elő. A Meyer által összeállított 90 eset közül csak 15 esik a 20 első életévre. Mindazonáltal tekintetbe kell vennünk, hogy az újabb irodalomban az esetek gyakoribbak s főleg, hogy az agytályog tartama sokkal hosszabb lehet, mint az közönségesen felvétetni szokott. Leginkább igazolja ezt Härlin esete, melyet Bruns közölt. Az általam észlelt és Schott által leirt esetet is ide számítom: egy 5 éves fiu lépcsőről esett le s 12 éves koráig fejfájásban szenvedett, a midőn is teljes gyógyulás állott be. Nehány évvel az illető elhalása előtt, mi 26 éves korában (fényes sikerrel tett érettségi vizsgálat után) történt, ismét felette heves fejfájások léptek fel. Boncolatnál a jobboldali mellső lebenyben galambozós nagyságu tályog találtatott. Így valószínű, hogy több agytályog, mely az érett korban kerül csak észlelés alá, szintén a gyermekkorban vette eredetét.

Az agytályogokat illetőleg az adatok oda mutatnak, hogy ezek gyermekeknél is esés, lükés vagy ütés általi fejsérülések következtében szoktak létre jönni. A tályog közvetlen a sérülési hely alatt vagy attól tetemes távolságban székelhet. Súlyos sérülések következtében könnyen több tályog képződhetik. Az agylobot vagy az üveglemezből kipattant csontszálka, vagy visszérrög idézi elő, mely genyedő sebekből egy Santorini-féle (emissarium) ágon át jut az agyba; rendszeren azonban nem lehet ilyenén összefüggést kimutatni. Mindazon agytályogok, melyek a koponyaacsontok és az azokat körülvevő lágyrészek, pl. a fejbőr, az ornyákhártya genyedő folyamataihoz csatlakoznak, ily uton, névszerint visszérröbbléi érrögképződés útján támadnak. Legnagyobb jelentőséggel bírnak a halljárat genyes bántalmi. Ily bántalomnál a külhalljárat és a csecsnyujtvány sejtei a haránt öböl útján rendszeren az agyacs csal, a dobüreg fedelén át az agygyal s a tömkelegen át a nyultagygyal közlekednek. A genyedő füllob útján vörheny, kanyaró, görvélykór, izzag lehetnek közvetett okozói az agytályognak. Az agytályog harmadik főokaként az ütértömületek szerepelnek, me-

lyek rendszeren tüdőtályog, üszök vagy idült tüdőlob okozta tüdővisszérbeli véralvadékokból erednek. Így pl. Bamberger egy esetét, a hol egy csontdarab egyik hörgbe jutott s ott három évig időzött, ez idő elteltével a boncolat alkalmával idült tüdőlob s agytályog találtott, szintén ily módon lehet értelmezni.

A szóban forgó kóralak tünetei olyanok, mint a melyek körülirt bántalmaknál szoktak jelentkezni. Az egész lefolyást három időszakra lehet osztani: az elsőt a kezdetbeli agylob, a másodikat az állandó, gyakran lappangó agytályog, s végre a harmadikat a többé-kevésbbé viharos végkimenetek képezik. Az első időszak jelei lehetnek: fejfájás, hányás, álomkór, ránggöresös rohamok, emelkedett hőmérsék, telt, szapora, szabálytalan érlökés.

Kezdetben helyi izgatottsági és hűdési tünetek, bárha igen homályos alakban is, szintén szoktak mutatkozni. Némely erőmtívi behatás, valamint átrakódásszülte kóresetekben is ezen időszak elteltével a tünetek azonnal gyors léptekkel haladnak előre, s néhány hét vagy hónap alatt minden tetemesebb alábbhagyás nélkül halálos kimenetelre vezetnek. Rendszeren azonban a betegeket terhelő tünetek teljesen elenyésznek, a tályog betokoltatik, növekedni egyelőre megszűnik s az általa gyakorlott nyomáshoz az agy hozzászokik. Azt, hogy az agybántalom folyton tart, egyes, a kóros elváltozás székhelyének körülbelül megfelelő fejfájási rohamok, idegzsábák, nehézkórszerűt (epilepsicähuliche) rohamok, hűdések, pl. az alvétagokon, jelzik némileg. A lappangás ez időszaka évek hosszú során át elhúzódhatik, s fenállását nem ritkán csak homályos jelek gyaníttatják. A végidőszakot, mely néha a tályognak a külfelszín vagy az agy terei felé törtető kitérése folytán áll be, heves fejfájás, hányás, ránggöresös rohamok s végül öntudatlanság jelzik. Tartama csak néhány napra terjed.

A kórisménél szem előtt kell tartanunk, hogy a göcszerű előhaladó agybántalmak közül az agydagokat sokkal ritkábban idézik elő fejsértülések, mint az agytályogokat, hogy ezekkel felette ritkán jár egyes agyidegek teljes hűdése, hogy agytályognál a fejfájás még sokkal hevesebb, mint agyagnál, s hogy a tünetek menete kevésbbé egyenletes és inkább tesz ingadozásokat. Némileg az is jellemző, hogy néha agytályogos betegek másként érzik magukat, ha felkelnek, mint fekvő helyzetben: inognak, tántorognak, mintha részeket volnának, arcvonásaik összeesnek s dült kifejezést nyernek, úgy hogy a betegeket mihamar ismét ágyba kell fektetni. A kórkép a tályog nagysága és székhelye szerint igen változó lehet. Érzéki zavarok ritkábban észlelhetők, mint agydagoknál.

Oly esetekben, a hol a kórismét meg lehet állapítani, a jóslat határozottan kedvezőtlen. A gyógykezelést csak ritka esetekben lehet egyenesen és sebészi úton a tályog ellen irányítani, mindazonáltal könnyen felismerhető sebészi esetekben már kedvező eredmények is vannak ismerve, így pl. újabb időben Renz egy felültesen fekvő tályogból a genyt kibocsátotta. Egyébképen a gyógykezelés abban áll, hogy a beteget minden káros hatánytól távol tartjuk s az őt leginkább terhelő tüneteket enyhíteni igyekszünk. E célból szunyalt, hideg borogatásokat, helyi vérelvonásokat s hashajtókat használunk, mindazonáltal alkalmazásukkal a lehetőleg gazdálkodunk.

XI. AGYKEMÉNYEDÉS. SKLEROSIS.

Rilliet et Barthez I. p. 160.

F. Weber: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. I. p. 46.

Jacobi: Schmidt's Jahrb. CXII. p. 361.

Steiner und Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Franz-Josef-Hospitale zu Prag. Prag. Vierteljahrsschrift LXXVIII. p. 102.

Larcher: Fall von Sklerose des Pons. Schmidt's Jahrb. CXL. p. 33.

Az agykeményedés a csecsemőkortól egész a gyermekkor végéig egyes elszórt esetekben fordul elő. Okai ismeretlenek, mindazonáltal a tapasztalatok a gyermekkorú illetőleg azt mutatják, hogy aránylag felette gyakran görvély és angolkór (rachitis) kíséretében jelenik meg. Jacobi oki tekintetben kiváló súlyt fektet a koponyavarratok korai csontosodására. Az elmondottakon kívül semmi egyéb származástani támpontokkal nem bírunk.

A keményedés az agyhártyák és koponyacsontok egyuttali megvastagodása kíséretében az agyban és a gerincagyban, vagy egyedül az agyban fordul elő s azt majd nagy kiterjedésben bántalmazza, majd csak egyes részeire van korlátozva. E bántalom a megtámadott részeknek porcszerű keménységet kölcsönöz, mi mellett azok tiszta fehér vagy kékesen áttetsző külemmel bírnak. A kórosan elváltozott részeket, görcsű alatt vizsgálva, csikos, szemcsés anyagból, idegrostmaradványokból és zsirosan elfajult ducsejtmaradványokból állónak találjuk. Ha idegrészeket nem lehet az illető anyagban kimutatni s a sejtburjánzás tulnyomó (Virchow), akkor az agykeményedés (sklerosis) gliomába (glioma) megy át, mely két alak között különben nehéz határvonalat húzni. Némelyek az agylágyulás és agyvérzés után visszamaradt szívós és kemény hegeket is az agykeményedéshez szá-

mitják. E bántalom jelei lassan fejlődnek. A kórlefolyás felnőtteknél szabály szerint több évig elhúzódik, gyermekeknél pedig rendszeren több hónapig tart. A kórkép a gyermekkorban a kórosan elváltozott góccok székhelye és nagysága szerint felette változó. Ama kórisme szabályok, melyeket Frerichs, Rühle és Leo a felnőttek agykeményedése körül következtetés útján megállapítottak s használtak, ujszlűtökre s gyermekekre alig alkalmazhatók. Találhatni eseteket, a hol igen kicsiny gyermekeknél gyakorta visszatérő ránggöresös (eklamptisch) állapot van jelen, s más eseteket, a hol göresök nem mutatkoznak, hanem különféle hűdések lépnek fel, erős szédülés áll be stb.

A kórlefolyás minden jól kifejezett esetben halálos kimenetelt. A bántalom hosszadalmas, felismerése a kórtauban a legnehezebb és legfelismerésreméltóbb eredmények sorába tartozik. A gyógykezelés, bármilynemű lett légyen is az a felismert esetekben, nem volt képes sem a betegség menetének gátat vetni, sem gyógyulást előidézni. Ennél fogva kénytelenek vagyunk csupán tüneti eljárásra szorítkozni.

XII. AGYTULTENGÉS. HIRNHYPERTROPHIE.

F. Mayr: Jahrbuch für Kinderheilkunde I. 15.

R. Virchow: Untersuchungen über die Entwicklung des Schädeldruckes. Berlin 1857. pag. 99.

S. Koda: Allgemeine Wiener med. Zeitung 1859.

F. Betz: Ueber die Hirnhypertrophie im Kindesalter. Memorabilien Jun. 1865.

N. Steiner und E. Neureutter: Pädiatrische Mittheilungen aus dem Kinderspitale zu Prag. Prag. Vierteljahrsschrift 1863.

G. Sangalli: Ueber partielle Hypertrophie des Gehirnes. Gazz. Lomb. 30. 1858. Schmidt's Jahrb. CII p. 21.

Az agytultengést legelőször Laennec írta le (1806.). Dacára annak, hogy e kóralakot illető számos értékes bonctani felvilágosítással birunk, mint a melyek például azt nem valódi agytultengésnek, hanem csak az agykötszövet (neuroglia) tultengésének derítették ki, s dacára e bántalomról tett számos közlésnek, támadási módját s tünetana egy részét még nagy homály fedi. E bántalom mint együtt született, s mint szerzett baj fordul elő; utóbbi féleségében is tulnyomólag a gyermekkor sajátja. Legtöbb adat szerint több fordul elő fiuk-, mint leányoknál, mindamellett Steiner és Neureutter három esete épen ez utóbbi nemhez tartozott. Számos agytultengésben szenvedő gyermek egyszersmind angolkóros. E bántalom létrejöttét az angolkór könnyíti, a nélkül azonban, hogy tulajdonképen okául szolgálna. Az

agytultengés mellett egyuttal egyéb tulképlődések is lehetnek jelen (a nyelv, kedezmirigyé).

A boncelváltozásokat illetőleg, a koponya annál nagyobbnek mutatkozik, minél jelentékenyebb s minél korábban támadt az agytultengés. A kutacsok mérsékeltén nagyobbodtak, a varratok kelleténél tágabbak s mozgékonyabbak, bár néha rendesek, sőt korán csontosodtak. Az agy a koponya ürét bőven kitölti, a koponyafedél és a kemény agykér levétele után kiduzzad s a koponya metszszélén tuldurododik. Az agyhártyák vérszegények, a felületen kiemelkedő tekervények laposra nyomottak, a gyomrocsook belitre szűk. Az agy, ha kivéteket, nagynak, ellenállónak s szívósnak bizonyul, állományai egymástól tisztán megkülönböztethetők, az oldalgomrocsook fenekén levő ducos képletek nagy mérvben kifejlődöttek. Az agyacs soha sem vesz részt a tultengésben, az agy majdnem mindig; a gerinegöb (bulbus rachiticus) egyedül, vagy az agygyal egyetemben lehet a tultengés székhelye. Egyszerűbben alakulnak a viszonyok, ha az agynak csak kisebb részét éri a tultengés, miként ezt Andral és Sangalli a látdombon, egy agytekervényen s a csikolt test egy részén észlelték.

A betegség igen halkán veszi kezdetét, s a kifejlődés bizonyos fokáig lappangó; az ezután fellépő tüneteket mindig agyvizkór jeleivel szokták volt összehasonlítani, mert e kóralak régebben ismertetik s mert a legtöbb agytultengési eset, ha némileg felismertetik, agyvizkórnak szokott tartatni. Az agytultengést ez idő szerint csak azon esetben lehetséges felismerni, ha az a koponya alakja s nagyságára befolyást gyakorol. Ez a gyermekkorban a 9-ik életévig történhetik. A koponya a test többi részeit a növekedésben lassankint megelőzi, terjedelme miúndinkább nő, a nélkül egyébiránt, hogy az arctól nagyon elütne; s alakja szögletessé lesz, a nélkül, hogy oldalai s a homlok golyószertü kidomborodást nyernének. A fej tulsulyra vergődik, minek következtében a gyermek gyakran elesik, s ez okból szivesen támasztja fejét kezére, az asztalra stb. A nagy kutacs nagy kiterjedésű, feszült, kissé kidomborodott s erősen lüktet. A varratok mozgékonyak, a nélkül, hogy tulajdonképen szétállnának. Az agyüetörörej a kutacson vagy hallható, vagy hiányzik, miután ez a koponyabennék feszülési fokától függ. Ily agybántalomban szenvedök szellemit fejlődése rendesen közepszertü, oly esetek megítélésénél, melyekben a szellemit tehetségek fejlődésének korai előhaladottsága állittatik, rendesen a szülök elfogultsága vagy a feletti csodálkozás szerepel, hogy fejjvizkórszertü koponyában ttrhetőleg kifejlett szellemit tehetségek székelnek. Mindazonáltal számos ily beteg is szellemszegénynyö, sőt butává lesz, miután agyuk a kötszövetbur-

jánzás nyomása alatt szenved. Ha a koponya csontosodás útján záródik, míg a tultengés folyton előhalad, úgy az összes koponyabennék feszülése folyton növekedik s e feszülés által az agyüterek véryomása kisebbedvén, agyvérzegénységi tünetek lépnek fel, melyek ránggöres-rohamokban nyilvánulnak. E rohamok általános ránggöresszerűek, vagy pedig csak egyes tájakra, pl. az arcra, a karokra korlátozottak. Leggyakrabban hangrészgöres lép fel. Kedélyizgatottság, izomerületetés vagy napszurás rohamot idézhetnek elő, vagy az váratlanul a legteljesebb nyugalom közepette alvásközben lép fel. Ha a hangrészgöreslöz általános ránggöresök csatlakoznak, úgy halálos kimeneteltől lehet tartani. Ezen eshetőségnek különösen a 6-ik hónapon tuli kor van kitéve, melyben a csontosodás gyorsan halad elő. Az együttes hangrészgöres s ránggöresök mindig tetemes fokú nyomás szülte agyvérzegénység jelei. Némely kóresetekben, névszerint a részletes vagy egyenletes agytultengéssel járókban oly tünetek mutatkoznak, melyeket hajlandóbbak volnánk göcszerű agybántalomból származtatni, ily tünetek: az alvégtagok gyengesége, rögtöni megvakulás, részletes hűdés.

A kórismét megállapíthatjuk, ha azt találjuk, hogy angolkóros gyermeknél a koponya lassan növekedik, a rendes méreteket jelentékenyen túlhaladja, a nélkül, hogy roppant nagyságot érne el, ha a koponyacsontok tulajdonképeni szétállás nélkül mozgékonyak, a kutasok csekély domborúság mellett tágak maraduak és erősen lüktetnek, ha végre gyakori hangrészgöresrohamok lépnek fel, a nélkül, hogy a beteg feltűnően elbutulna. A jóslat a kórismézhető esetekben kedvezőtlen. Kisfokú agytultengés huzamosb ideig nagyobb hátrány nélkül fennállhat.

A gyógyeljárásnak legelső sorban a felismerhető alpbántalmak ellen kell irányoztatni. Ha sikerül életrend és alkalmas gyógyszerek segítségével az angolkórt vagy a görvélyes hajlamosságot legyőznünk, úgy remélhető, hogy ezáltal az agytultengés előhaladásának gátot tettünk. Ez okból erősítő tápláló szerek, valamint iblanykészítmények, kiválóan iblanyvas alkalmazására vagyunk utalva. Különböen pedig szükséges, hogy a beteget szellemi erőfeszítések-, kedélyizgalmak-, testi fáradoalmak- s izgató étszerektől óvjuk.

XIII. IDÜLT AGYVIZKÓR. HYDROCEPHALUS CHRONICUS.

Az agyvizkórnak kórodailag két alakját különböztetjük meg, u. m. hevenyt és idültet; az idült agyvizkórnak bouctanilag ismét két alakja van, az egyik külső, a másik belső agyvizkórnak neveztetik, s származástani tekintetben mindkettő vagy együtt született, vagy szerzett. Az agyvizkór (idült belső agyvizkór) abban áll, hogy az agy gyomrocsaiban hig, legtöbbször tiszta savógyütlelem létezik, melynek mennyisége a rendes csekély folyadék tartalmát felülbaladja s némely esetekben egész egy litre-re rug, közönségesen azonban csak körülbelül 4 obonyt tesz. Schmidt K. szerint e folyadék felette csekély fehérsyemennyiséget s aránylag sok hamanyt és vilsavas sót tartalmaz. A folyadékgyütlelem fűszékhelye a két oldalgyomrocs, melyekben legtöbbször egyenlően van elosztva, ritkábban fordul csupán az egyikben, vagy tulnyomólag az egyikben elő; ezenkívül különböző fokban a többi agyütlegek is részt szoktak benne venni, a nélkül azonban, hogy — miként az oldalgyomrocsok — tetemes, tömlőszerű kitágulást szenvednének. A folyadék elosztódását illetőleg igen ritka s kivételes esetekben a legesodálatosabb módok észleltettek, így pl. egyik szarv-, egyik oldalgyomrocs, a harmadik gyomrocs, az áttetsző sővény gyomrocsának egyedüli vagy tulnyomó kitágulása stb., mik aztán inkább helyi agybántalom körképét feltételezték. Egyes esetekben az agygyomrocsokban álhártyákat találtak, melyek a Monro-féle likat elzárták; más esetekben e nyílás ki volt tágulva. Az agyütlegek folyadékgyütlemeinek a pókhálókér alatti ürrel való közlekedését illetőleg, ez Blach szerint 2 esetben a negyedik gyomrocs mellső végének más iránybai nyílása folytán elzártnak találtatott, s úgy látszik, hogy ez legtöbbször így szokott lenni. A kitágult agygyomrocsok falait a megvastagodott, gyakran szemcsésen elfajult, itt-ott ujon képlődött szürke agyállomány-részletekkel fedett belhám (ependyma) vonja be. (Virchow). A környező agyállomány — ellenkezőleg, mint a heveny agyvizkórnál — szivós, összenyomott, úgy hogy gyakran a gyomrocsok fedele csak néhány vonalnyi vastagságu, s a nagy ducok laposra nyomottak. Az agyacs, Varol-hid és nyultagy kevésbé szoktak szenvedni. Az esetek nagy részében egyszersmind különböző képlődési hibák, részhiányok s részaránytalanságok (az áttetsző sővény, a gerendezet stb. hiánya) mutatkoznak, mely rendellenességek majdnem egyedül együtt született

fejvízkórnál észlelhetők. A koponya valamennyi átmérői, ha az a fejvízkór támadásakor még nem záródott csontosan s a folyadékgyülem elég tetemes, meg vannak nagyobbodva, a kutacsok s varratok kelle-ténél tovább nyitva maradnak, a csontok elvékonyultak, közéjük szá-mos szögletcsont van beékelve, a fejbőr hajjal gyéren fedett s rajta kitágult visszerek látszanak. Mindazonáltal arra is tekintettel kell len-nünk, hogy némely korán támadt kóresetekben nem nagyobbodik meg a koponya, hanem annál inkább elsorvad az agy, másrészt meg, hogy egész a 9-ik életévig mindig kezdetét veheti a koponyanagyobbodás (mint a Rilliet és Barthez által észlelt esetben).

Mind a koponyaúrben, mind a mell- és hasúri szervekben külön-bözű sérülések találhatók, melyek szerzett fejvízkórnál főleg keringési és táplálási zavarokra, továbbá vizvértüszre vihetők vissza, mig az együtttszületett fejvízkórra vonatkozólag az okokat majdnem teljes ho-mály fedi. Gyakran az említett okok közül több működik közre. Kerin-gési zavarok támadnak pl., ha az agyacsban dagok (gümök) vannak s az egyenes visszeres öblöt vagy a Galenus-féle nagy visszerset összenyomják, ha a visszeres öblök valamelyikében vérrög képződik (Tonnelé), továbbá hörgmirigygümösödés és nyakmirigy-duzzana-tok következtében; ez esetek elsejéhez és harmadikához az is hozzájá-rul, hogy a gümökör a vért képlékeny anyagokban szegénynyé teszi. Táplálási zavarok a különböző heveny és idült agybántalmak (érrepe-dés, agylob, agyhártyalob) lefolyásában válnak az agyvízkór okozóivá, de kiválóan oly esetekben, a hol az agygyomrocshelámának (epen-dyma) lobja, a heveny agyvízkór megállapodik s későbbben idült agy-vízkóros folyamatba megy át. Ily folyamat következtébeni agysorvadás majdnem kizárólag csak felnötteknél fordul elő. Gyakori agyvérbüszég következtében is támadhat savógyülem az agygyomrocshokban, minek folytán különösen angolkör-, hörgtüdőlob- s jelentékeny tüdőtgulat-lanságban szenvedő gyermekeknél előforduló belső agyvízkór is való-szintüleg ily uton támad. A vizvértüsz legkifejezettebb szokott lenni idült vesebántalmak-, idült fekélyedési folyamatok-, tüdőgümökör- és fodormirigygümökórnál. Ezen kóralakok mindegyikénél észleltek már helylyel-közze agyvízkört fellépni; mindazonáltal a közüszeges kerin-gési akadályoktól és heveny kórfolyamatok kimeneteleitől eltekintve, az okok legtöbbnyire homályosak és számosak, s ennélfogva nehezen megítélhetők. A távolabbi okokat illetőleg megjegyzendő, hogy a fej-vízkór legtöbbször a gyermekkor elején támad, fiuknál valamivel gyak-rabban fordul elő, mint leányoknál s némely esetekben öröklés útján terjed vagy legalább egy anyának több gyermekén előfordul. Ugy

látszik, hogy a fejevizkór némely helyeken (Bécsben, Londonban) gyakoribb, mint máshol, és gyakorisága épen nem a szegényebb néposztályoknál túlnyomó.

Tünetei között a legfontosabb és legjellegzőbb a koponyatágulás. Ha ez hiányzik, mindig nehéz a kórismét igazolni. Legelőbb is jegyezzük meg, hogy e tünet a koponya tágulékonyasága s a folyadékgyülem mennyisége által feltételeztetik, tehát attól függ, hogy nyitvak-e még a kutacsok, vagy legalább is nem nyertek-e már a varratok csontos összefogódás útján bizonyos ellenállási erőt, — hogy mind azonáltal igen bő folyadékgyülemek későbbben is képesek a koponyát kitágítani, — végre, hogy e tünet hiányozhatik is. De ha jelen van, akkor a mellső kutacsot fedő képletek, melyek előbb petyhüdtek vagy lelapultak voltak, kifeszülnek, elődomborodnak s ruganyosságot nyernek, a varratok szélesbülnek s mint ujjnyi szélességű lágy csikok tapinthatók, a falsontok mérsékelten ki- és lefelé, a homlokcsont mellfelé, a nyakszirtesont hátfelé domborul, úgy hogy rövid idő alatt a koponya minden átmérője rendellenesen nő s a koponya golyóalakot nyer; a szemgödör boltozata lefelé nyomatik, minek folytán a szemek kidülednek s egyszersmind inkább a felső szemhéjak alá tolatnak, úgy hogy ezek a látakat félig fedik s a szemfehérje alul rendesenél nagyobb kiterjedésben lesz láthatóvá. Mindez, az arc aránytalan kicsinységével és buta kifejezésével egyetemben, a betegnek sajátságos küllemet kölcsönöz, mit még az is emel, hogy a beteg alig képes fejét emelten tartani, vagy hogy feje folyton inog, bólintgat, mit a nyakizmok változó, majdnem szabványosan ismétlődő göresös összehúzódása okoz. Észleltettek esetek, melyekben a betegek koponyája mind a gyertya, mind a nap fényét áttüntette. Némelyek azt hiszik, hogy a fejevizkóros koponyán különös zörejt lehet hallani (B a a d e r, L u n d), mások meg, hogy a rendes, ugynevezett „agyzörej“ (ütérlökés) ezen, valamint némely más kóros állapotoknál is hiányzik (H e n n i g, R i l l i e t). A mi a többi tüneteket illeti, azok se nem jellegzők, se nem állandók, és ha a koponyatágulás hiányzik, soha sem elegendők a kórisme biztos megállapítására. E tünetek névszerint kezdetben szoktak előtérbe lépni s későbbben is gyakran fokozódnak, létrejöttüket nem a folyadék jelenlétének, hanem nyomásának köszönik, miért is akkor, midőn már a nyomás állandóvá lett s az agy hozzá alkalmazkodott, a beteg állapota türehető lehet s minden tünet hiányozhatik. A savógyülem fejlődésekor azt észleljük, hogy a gyermekek hanyagokká s komorakká lesznek, nyugtalanul alusznak, gyakran felkiáltanak, fejfájásról panaszkodnak, vagy ha még igen kicsinyek, gyakran fejükhöz kapkodnak. Fontosabb

ennél azon körülmény, hogy a gyermekek gyakran, még mielőtt a koponyakitágulás észrevehető lenne, fejüket megtámasztják, a váll vagy a felemelt kéz felé hajtva hordják, szóval feltűnik rajtuk, hogy fejük nehezzé kezd válni. A szellemi tehetségek visszamaradnak, az értelmi tehetség nem fejlődik ki vagy gyengül, a beszéd s a járás tanúsítják ezt, igen gyakran hányás és idült székrekedés lép fel, vagy legalább is tulszáraz bélsár ürítetik ki, az étvágy bár változatlan marad, sőt gyakran igen fokozódik s a beteg teljes láztalan állapotnak örvend, mindamellett nagy mérvben szenvedni szokott a táplálkozás. A bőr sápadt s fonnyadt lesz és névszerint az izomerő gyorsan csökken, úgy hogy a beteg nem képes hosszabban állani (a tántorgó járás valószínűleg egyrészt szédülélen is alapul), ágyában felülni, fejét a párnáról felemelni, hanem azt csak nyugtalanul forgatja. Fontos működési zavarok gyakran a légzésen mutatkoznak, s pedig majd csak szabálytalan, lassu, mély légvételek, majd rögtön fellépő légrekedési rohamok alakjában, melyek elkétküléssel s fuladási veszéllyel járnak és ily alakban különösen csecsemőknél gyakran előfordulnak.

Az értelmi tehetség csökkenésével az érzékek is általában tompulnak, e tekintetben azonban legnagyobb mérvben a szem szenved, kevésbbé a hallás, szaglás és a bőr érzékenysége. A szem heveny rohamok közben rövid ideig fényiszony s tulizgékonyágban szenved, későbbben pedig eltompul, s nem ritka eset, hogy az ily szerencsétlenek megvakulnak, de rendszeren rövidlátók. E mellett a szem, a felső szemhéj alá tolatva, sajátságos helyzetet nyer, a láta tágult, renyhén mozog, a szem helyzete gyakorta változik, szabálytalan, gyors szemforgatást gyakran észlelhetni.

Az agyvizkór lefolyása néhány hónapra lehet korlátozva, másrészt meg egész a 60-as életévekig elbuzódhatik, mindazonáltal azon felette ritka esetekben, melyekben a betegség több évig tartott, a fejevizkór megállapodott. A bántalom gyakran heveny folyamatokkal veszi kezdetét és ekkor hőmérsék-emelkedéssel, érlökés-szaporodással, izgatottsággal és az érzékek fokozott ingerfogékonyágával van kapcsolatban. Ily állapotok a körlefolyás közben sokszor ismétlődnek s felléptüket gyakran fejfájás, hányás s erősebb székrekedés jelzi. Minden köresetben, ha a beteg rögtön közbelépő esélyek folytán el nem hal, lassanként hűdöttségi állapot fejlődik, melyet bárgynság, eszméletlenség, érzéketlenség, önkénytelen bélsár- és vizelettírités, orrbeszéd (inyvitorlahűdés), végre a végtagok hűdése jellemez. A betegség kezdete s e végidőszak közti időközben gyakran lépnek fel egyes görcsös mozgások vagy valóságos görcsrohamok és néha egyideig tartó izom-

zsugorok is. A folyamat kimeneteli módja igen különböző, a mennyiben majd a koponya belsejében fellépő hevenybántalmak, pl. az idültböz társuló heveny agyvizkór, vagy az agy megszakadása vet véget a beteg életének, majd egy göresös vagy légrekedési roham közben köszönt be a halál, vagy végre, amint rendszeren történni szokott, a hűlye hűdött beteg mindinkább elsoványodik s végelgyengülés útján pusztul el. A jóslat az előadottaknak megfelelőleg igen kedvezőtlen, a mennyiben felette ritka esetben áll be visszafejlődés, csak kevés esetben állapodik meg a folyamat, közönségesen pedig épen semmi eredmény sem érhető el. Ha a varratok s kutaesok csontosodnak, a koponya teriméje nem növekedik, a hányás elmarad, a székrekedés és fejfájás csökken stb., akkor fel vagyunk jogosítva a folyamatot megállapodottnak tekinteni.

Mielőtt még a gyógykezelésre térnék át, szükséges, hogy a kórismét teljesen megállapítsuk. Míg ezt kifejlett kóresetekben könnyűszerrel eszközölhetjük, addig a baj kezdetén s enyhébb fokainál könnyen tévutra vezetethetünk, ugyanis a koponya angolkóros bántalmával s azon kóros állapottal cserélhetjük fel, mely *Laennec* óta agytultengés nevet visel. A koponya angolkórjára vonatkozólag már fentebb kiemeltük, hogy az nem csak a kutaesok és varratok tovább nyitvamaradása s szélesebb voltával jár, hanem egyuttal a koponya az archoz s a csontváz egyéb visszamaradt részeihez képest aránytalanul nagy. Különben az angolkórt mindig könnyű felismerni: a mellen levő olvasószerű göbök, a csontvégek otrombasága, a hosszú csontok s a gerincoszlop elgörbülései eléggé jellegzők; azonban angolkóros gyermekeknél is előfordul mind a fejvízkór, mind az agytultengés. Ily esetekben e kóralakokat, ha mérsékelt fokban vannak jelen, csak az általuk okozott működési zavarok útján lehetséges megkülönböztetni, melyek abban állnak, hogy az angolkórnál annyira gyakori hasmenéseket székrekedés váltja fel, fejfájás, göresök, látzavar lépnek fel s az értelmi tehetség, mely különben angolkórosoknál élénk szokott lenni, csökken. A szerelés sikeres vagy sikertelen voltából azonban nem lehet biztos következtetést vonni, minthogy úgy látszik, hogy az angolkórnál minden más beható agybántalom nélkül fellépő idült agyvizkórt kezdetben az említett alapbaj erélyes gyógykezelése segélyével visszafejlődésre lehet vezetni, különben is oki gyógykezeléstől várható leginkább siker. Ily oki gyógykezelés van javalva, ha görvélyes vagy gtlmőkóros bántalommal állunk szemben, mert számos esetben ily bántalom szolgál a szerzett agyvizkórnak alapul. Ily esetekben csukamájolaj bőséges használatát, sós fürdöket, állati táplálékot, faluntartózko-

dást, szabadbani mozgást stb. ajánlunk; ezenkívül hamanyiblagot adagolunk, mely szer segélyével főbbször sikerült az agyvizkórt gyógyulás elé vezetni, s e szer alkalmazása különösen oly esetekben látszik javaltnak lenni, melyeknél mirigyduzzanatok (hörg- és nyakmirigyduzzanatok) szerepelnek. Más esetekben, hol a fejevizkórt hevenyfolyamatok előzték meg, a gyógyulás ama folyamatok maradványai eltávolíttatásának s újabb vérbőség meggátlásának lehetőségétől függ. Oki gyógykezelés eszközölhető továbbá még azon kóresetekben is, melyek vízvértiségen alapulnak (a gyógyítás vizelethajtó, izzasztó s vasas szerekkel történik). Sok más esetben épen nem várható gyógyulás, így olyanokban, melyek tetemes agyliányokkal vannak kapcsolatban, továbbá melyekben a koponya falai s az agygyomrocsok tetemesen kitágultak s ily alakban megmerevültek, vagy hol az agyvizkórt a koponyatírben támadt ujdonképletek, visszeres öbölbeni rögzépződés stb. idézték elő. Ha már most a legelőbb előadott eseteket, melyek a folyamat oki viszonyaiba tiszta betekintést engednek s erre alapított oki gyógykezelést tesznek lehetővé, s a második sorban előadott gyógyíthatlan eseteket kizárjuk, úgy még mindig elég oly kóresettel állunk szemközt, melyeknél tisztán csak agyvizkórral van dolgunk. De miként kelljen hát ezeket gyógykezelnünk? E tekintetben legelőbb is az ajánlt sebészi módszerekre gondolhatunk. Ezek között legelső helyen áll a szurc sapolás, mely műtét vékony szurc sap segélyével a kutaacs szélén történő beszurással vitetik végbe s csak oly esetekben alkalmaztatik, melyekben a koponyaacsontok még eltolhatók, a kutaacsok s a varratok még nyitvák, tágak, s a beteg egészsége egyébként kedvező. Ez eljárás a legrégebb idők óta ismételve ajánlott, s a mellett, hogy számos esetben kedvezőtlen, sőt halálos kimenettel is járt, néhányszor kedvező eredményt is nyújtott (Schöpf, Heidborn). Azon feltételek, melyek e műtétnek kedvező sikert ígérnek, sokkal ritkábban találhatók együtt, mint hogy általánosabb alkalmazását lehetne ajánlani. Kisebbfokú agyvizkórúál e műtét nincs javalva, nagy foknál ritkán nyújt sikert. Ellenben a koponya összenyomása, reá keresztezve s körkörösén (a Hippocrates-féle süveg módjára) alkalmazott ragtapaszcsikok segélyével, úgy egyedül, valamint megfelelő belső gyógyszereléssel összekötve, minden esetben megkísérthető, csak hogy e kötést, ha reá az idegrendszer működési zavarai fokozódnak, rögtön el kell távolítani. Alig szenved kétséget, hogy ez eljárás számos esetben jelentékenyen elősegítette vagy eszközölte a gyógyulást. Ilyenmü betegeknel ezenkívül általában erősítő gyógyeljárás, továbbá iblanykenőcs alkalmazása a koponyára s a

tarkóra és időnkénti hashajtó s vizelethajtó szerek használata lesz javulva. Azonban a higanygyógymód, hányborkő s croton-olajkenőcsök, hólyaghúzó, perzshenger (moxa) stb. alkalmazása, mint sikert nem nyújtó vagy épen ártalmas s kínzó eljárás, elvetendő.

A külső idült fejkör, melynél a folyadék legnagyobb részt a pókhálókér tömlőjében székkel, több fehérnyét tartalmaz és ritkán van nagyobb mennyiségben jelen, körülbelül ugyanazon bántalmaktól ered, mint a fentebb tárgyalt rokon kóralak; így láttunk külső idült agyvizkört Bright-kör-, agyümsődés-, idült lefolyásná vált agyhártyalob (igen zavaros izzadmánynyal), nyaki nyirk mirigyduzzanatok- és a visszeres öblökbeni rögzépződéssel kapcsolatban fellépni, mindazonáltal nagy látszik, hogy leggyakoribb oka az agyhártyaedényrepedés. E kóralaknál az agytekervényeket igen kifejezetteknek, s az agy domborulatán lefutó edényeket igen telteknek találjuk, az agy egészben az alap felé nyomott s a koponyacsontoktól kisebb-nagyobb tér által választatik el, melyet folyadék foglal el. A gyomrocok csak igen kisfokú külső agyvizkórnál mutatnak szintén folyadékgyütemet, rendszeren pedig türesek. A kórlefolyás ezen alaknál még gyakrabban lappangó, mint az előbbinél, egyébként tüneteik hasonlóak. A külső agyvizkört csak két esetben lehetséges a belsőtől megkülönböztetni 1. ha támadását (agyhártya-) edényrepedés kétségtelen jelei előzték meg, 2. kémcsapolás útján. Ez utóbbit azonban legtöbb esetben nem tanácsos alkalmazni. A jóslat és gyógykezelés ugyanaz, mi az előbbi alaknál, csak a szuresapolástól az utóbbi alaknál talán több eredményt lehetne várni, minthogy ennél nem szükséges az agyat sérteni, és mert a koponyacsontok egymáshoz közelitése elégséges a támadt ür kiegyenlítésére, míg a belső agyvizkórnál ezt még az oldalgomrocok kitágult volta is gátolja.

HEVENY AGYVIZKÓR. HYDROCEPHALUS ACUTUS.

A mennyiben minden további, e kóralakra vonatkozó körülményt illetőleg a gümös agyhártyalobnál alkalmilag elmondottakra utalunk, itt csak annyit említünk meg, hogy felette ritkán fordulnak ama még csak távolról is alig körismézhető esetek elő, pedig gyermekeknél kissé gyakrabban, mint felnőtteknél, hol a boncolat alkalmával egyedüli halál-okul az oldalgomrocokban hevenyen támadt s legtöbbször a szomszédos fehér állomány átnedvestülése és szétroncsoltatásával jár

foliadékgyütemet találunk. A halál legtöbbször érrepedés követ. kezében, vagy néha több napig tartó agyhártyalobos tünetek után köszönt be. Némelyek (Dietl s mások) a heveny-agyvizkört a halál által korán félbenschakított heveny-agybántalomnak (agyhártyalobnak stb.) tekintik, mit az is igazolni látszik, hogy ily esetek igen gyakran gümökórral állnak kapcsolatban.

XIV. AGYDAGOK.

P. L a d a m e : Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste. Würzburg 1865.

a) Husdag, Sarkoma.

M a u t h n e r : Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks bei Kindern. p. 189.

S t e f f e n : Zur Casuistik der Hirntumoren im kindlichen Alter. Berl. klin. Wochen. schrift 1867. Nr. 27.

V i r c h o w : Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 661.

W. E b s t e i n : Fall von Gehirn-sarkom bei einem 2 ein halbjährigen Mädchen. Arch. d. Heilk. IX. p. 439.

L e o n M a r c y : Sarkom des Gehirns und der Orbita. Presse med. 1863. 50. Schmidt's Jahrb. CXXIV. 79.

b) Bujasenyves dag, Syphiloma.

S c h o t t : Veränderungen der inneren organe bei Siphilis hereditaria. Jahrb. f. Kinder heilk. IV. p. 224.

c) Pörcdag, Enchondroma.

E. W a g n e r und C. H e n n i g : Fall eines intracephalen gemischten Enchondroma. Virch. Arch. Bd. X. p. 209.

d) Tömlök, Cystae.

F. A. Z e n k e r : Enorme Cystenbildung im Gehirn, vom Hirnanhang ausgehend. Virch. Arch. XII. 454.

M u r r a y : Hydrocephalus in Folge einer Cyste im Kleinhirn. Lancet I. 12. March. 1868. Schmidt's Jahrb. CXL. p. 64.

A. B. D u f f l i n : Hydatiden-ähnliche Cyste in der vordern Hemisphäre. Brit. Med. Journ. 1865. p. 667. Schmidt's Jahrb. CXXIX. 160.

e) Ütérdag, Aneurysma.

S c h m i d t ' s Jahrb. CVI. p. 291. K i n g e s t o n : Aneurysma der A. basilaris und Crisp. Aneurysma der Art. cer. ant.

W. G r i e s i n g e r : Fortgesetzte Beobachtungen über Hirnkrankheiten. Arch. d. Heilk. III. p. 56) und 565.

f) Bőrdag, Dermoidgeschwulst.

R. M a l e r : Virch. Arch. XX. p. 536.

g) Rák, Carcinoma.

v. S y d o w : Journal für Kinderkrankheiten Bd. XXXIX. p. 450.

E c k e l u n d u n d B j ö r k m a n n ibid. XLI. 118.

G r i e s i n g e r : Arch. d. Heilkunde. III. p. 43 Anm.

h) Glioma és Gliosarkoma.

V i r c h o w : Die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 148.

A. v. G r ä f e : Archiv für Ophthalmolog. XII. 2. p. 100 u. f., Schmidt's Jahrb. CXXXIV. 319

E i s e n s c h i t z : Jahrbuch für Kinderheilkunde N. F. I. 312.

Valószínűleg valamennyi agydag kezdete (körtülbelül csak az együtt születtetteket kivéve) lappangó. Némelyiknél már ez időszakban beköszönt a halál. Névszerint az agy kéregállományában, a féltékék fehér velőállományában, ezek legmellsőbb részében, valamint a Varolhid és az agyacs közepében székelő kisebb dagok sokáig nem idéznek elő tüneteket. Az agydagok általános tünetei között legállandóbb s legtöbb esetben legkorábban fellép a fejfájás. Ha a dag az agyhártyákra közvetlen nyomást gyakorol, a fejfájás mindig a dag székhelyének megfelelő oldalon jelentkezik, diagonális nyomásnál azonban az ellenkező oldalon is felléphet. Nyakszirtfájás arra mutat, hogy a dag a hátsó koponyaárokban székel. A fejfájáson kívül a nyomás következtében első sorban szédülést, hányást, az értelmi tehetség és a látás tompulását, csecsemőknél nagyobb koponyadomborulatot s a varratok feszülését észlelhetni. A többi tünetek inkább helybeliek s leginkább a dag székhelyétől függnnek. E tünetek az agydag jelenlétéről annál inkább tanuskodnak, minél folytonosabb sorrendben fejlődnek. A gyakrabban megtámadtatni szokott agyrészleteket illetőleg körülbelül a következő tünetcsoportokat lehet megemlítenünk: a csikolt test-, a láttelep-, a lencsemagban s e részek környékében székelő dagok ellenoldali mozgási hűdések és csekélyebb érzési zavarokat idéznek elő. Az arcon csak az arcideg (N. facialis) lesz hűdve, és pedig a homlok és a szem izmaihoz járuló ágak kivételével. A nyelv, ha kinyujtatik, hegyével kissé a hűdött oldal felé tér el, minthogy a szakcsont ferdén áll. A nyelv izomidege nem vesz részt a hűdésben. Ezen alakoknál gyakran szókiejtési zavar van jelen, ha t. i. a dag a homloktáji agytekevények felé is kiterjed. Másrészt azonban agyacsdagoknál is gyakran fordul elő beszédzavar. Féloldali érzéketlenség oly esetekben ész-

lelhető, melyekben a görgőc a látteleptől egyenesen kifelé fekszik. (T u r c k.)

A Varol-hid oldalában ülő dag a test ellenoldali hűdését, s az arcideg keresztüzési pontjáhozi helyzetviszonyai szerint ugyanazon oldali, ellenoldali vagy mindkétoldali archűdéseket idéz elő. Ezenkívül a Varol-hid dagjai általános reszketű göresűket, nyelési és légzési zavarokat s gyakran kétoldali hűdést okoznak. Kétoldali hűdéseket általában közepén fekvű agryrészletek látalmából vagy kétoldali agybetegsűgből kell származtatnunk. Létrejűttűket leggyakrabban a Varol-hid bántalmának köszűnik.

Ha valamely betegen keresztűzű hűdés mutatkozik, vagyis az egyik oldalon a végtagok hűdűttek, a másik oldalon meg az arc érzeketlen, ugy e bántalom székhelyét, kivált ha pályafutásszerű járás (Reitbahngang) vagy keringésrei hajlam is mutatkozik, az agyacs közepsű szárában keressűk. Hasonoldali szemmozgató ideghűdés és ellenoldali végtaghűdés az agy szárának bántalmaztatására utal. Ha egymásután a hasonoldali látideg és szemizom-idegek hűdűtnek, akkor a turhamirigy táján székelű daggal van dolgunk. Hasonoldali hűdés egyes agyidegtűrzsűkre történű agyalapi nyomás vagy kettűsen keresztűzűtt mozgató rostokra történű agybeli nyomás folytán támad. Brown-Sequard szerint ily rostok fekszenek közel az alaphoz az agyszárakban és a láttelepek közelében. Kiváló jelentűségűtek a látási zavarok; ezek a látideg szemgűdri és koponyatűri részletének megbetegeedése, valamint a négy telep bántalma, továbbá agyvizkűr és leterjedű ideglob (neuritis descendens) folytán támadnak. Ha a dag nagy s dacára ennek nem okoz látási zavarokat, ugy annak az agy mellsű felsű, vagy az agyacs hátsű részében kell székelnie. Számos kőrismeszabályt lehetne e helyen még felsorolni, azonban legyen elég ennyi, minthogy nem szoros szabályok, hanem egyedűl az egyes eset átgondolt taglalása és az agy élet- s kűroktanának szorgos tanulmányozása teszűk lehetővé az agydagok székhelyének kőrismézését.

A gűmők és tűmlűfűrgek után — mely kűralakok külön fognak tárgyalatni — a husdagok fordulnak elő leggyakrabban. Gliomák és rákos dagok névszerint a szemgűdűr hasonnemű bántalmával szoktak egyűtt elfordulni, a rák gyakran a koponyaacsontokból indul ki. Az egyes dagnemek külön leírását mellűznűnk kell.

XV. AGYGÜMÖK.

Virchow: Die krankhaften Geschwülste II. p. 656 u. f.

Rilliet und Barthez: Bd. III. p. 528.

Hench: Beiträge zur Kinderheilkunde. N. F. Berlin 1868. p. 61.

Steiner und Neureutter: Prag. Vierteljahrscrh. 1863. Bd. II.

Pörrsterin (Dresden). Einige Bemerkungen über Meningealuberculose und Hirntuberkel. Jahrb. für Kinderkrankheiten. N. F. II. 366.

A. Steffen: Ueber einige selteneren Formen von Krankheiten des Gehirnes und der Hirnhäute. Ibid. I. p. 150.

L. Fleischmann: Mittheilungen aus dem St. Josefs Kinderspitale in Wien. Ibid. III. pag. 90.

C. Pilz: Ein Fall von Tuberkel in den Vierhügelu. Ibid. III. p. 133.

Az agyban előforduló azon dagok, melyek gümöknek neveztetnek, sárga színtiek, száraz, szétmorzsolható állományuak s a görvélykórosan elfajult nyirkmirigyekéhez hasonló, sajátserű külemmel bírnak. Mekkoraáguk lencse-, egész ökölnyi nagyság között ingadozik, leggyakoribbak! a cseresznyemag, egész mogyorónagyságuak. Alakjuk meglehetősen szabályos gömbölyded, ha csak kemény szövetekhez nyomatás által el nem lapítottak vagy összezsufoltságuk folytán sokszögű gyurmát nem képeznek. Átmetszetben e dagok némelyike növésknek megfelelő központ körüli rétegzetes, mások szabálytalan, cafatos alkatot mutatnak. A dag határát, ha az élénken növekedik, veresszürke, lágy, kötszövetsejtes sarjréteg képezi, melyben néha kölesgümök található, máskor nem, miért is csak kevés esetben lehetséges a dagnak ily valódi gümökből származtat kimutatni; a többi esetekben a „sajtósodó agylob“ elnevezés jogos. A dag elmeszesedik és zsugorodik, vagy központilag ellágyul s zöldes, genyszerű péppé változik, vagy pedig zsugorodása közben geny- vagy savóréteg által vétetik körül. A nagy dagok csekély vagy egyes számban szoktak előfordulni; ha 20 vagy több dag van jelen, ugy azok teriméje mindig kisebb. Az agy edénydus részei s a szürke állomány sokkal inkább ki vannak e bántalomnak téve, mint az edényekben szegényebb részek s a fehér állomány; ez utóbbiban felette ritkán fordul elő elsődlegesen. Az agygümök nagyobb számmal főleg a kéregállományban, egyes nagyobb göbök alakjában a nagy ducokban, Varol-hidban s az agyacs velőállományában mutatkoznak. Ez utóbbi ép oly gyakran szolgál dagok székhelyétül, mint az agy, ha tehát nagyságát tekintetbe vesszük, sokkal gyakrabban, mint emez. Az agynál ritkábban, de a hártýák között leggyakrabban bántalmaztatik a lágyagyké, ritkábban a kemény. A

koponyacsontok között a sziklacsont van a gümösödésnek leggyakrabban kitéve. Rilliet és Barthez kimutatták, hogy mind az agyhártyákat, mind az agyat és agyacsot illetőleg a baloldal jóval gyakrabban bántalmaztatik, mint a jobb.

A dagot körülvevő agyállomány gyakran vörös vagy fehér ellégulási állapotban van, vagy egyes apró vérömlenyeket mutat, néha nagyobb vérzések is előfordulnak a dag közelében vagy attól távolabb.

Sokkal gyakoribbak azon esetek, melyekben az agygümöhöz agyvizkór vagy agyalapi agyhártyalob társul. Az agyacsbeli gümők kíséretében felette gyakran, a fégében székelőkkel rendszeren savógyülemet találni az oldalgymocrokban. E savóatízzadás a Galen-féle nagy visszer vagy a visszeres öblök nyomtatásának következménye. Az eseteknek körülbelül egy ötödrészében a halált gümös lágyagykérlob idézi elő. E koponyabeli bántalmakon kívül egyszersmind a lesóványodott hullákban rendszeren sajtos hörgmirigy-tüdőlobot s különböző szervek gümőkórját találjuk. Mindazonáltal azon csekély számu, az njabb kimutatásokban is feltalálható eseteket sem szabad figyelem nélkül hagynunk, melyekben a gümösödés elsődlegesen s kizárólag csak az agyban fordult elő.

A szóban forgó kóralak legnagyobb gyakorisága a gyermekkorra esik, ugy hogy pl. a L a d a m e által összeállított esetek felénél valamivel több a tizedik éven alóli gyermekkort illeti. Leányok és fiuk egyenlő gyakorisággal támadtatnak meg, leggyakrabban a 2—5 évesek. Volt rá eset, hogy a bántalom már az élet 13-ik hónapjában kezdetét vette. Legtöbbször oly gyermekek támadtatnak meg, kik már előbb görvélyes bántalmakban szenvedtek. Minden, mi görvély- vagy gümőkórra hajlamosít, bizonyos mérvben az agygümők támadását is elősegíti. Mindemellert feltűnő, hogy némely családban épen e kóralak, mely különben nem oly felette gyakori, több gyermeket megtámad. Tulajdonképeni támadási módjára nézve még felette kevés tudomással birunk, s így csak vélekedésekre vagyunk korlátozva. Számos esetenél felvehetjük, hogy a görvélyes egyén agykötszöve lobosodásra hajlandó, mit a lobtermények vérszegénység-szülte elhalása követ (Virehow); erömtüvi behatások e szerint — miként ez gyakran előadatik és felvétetik — legközelebbi kórokokká válhatnak. Igaz, hogy oly esetekben is gyakran erömtüvi behatások hozatnak fel, melyekben a boncolat kórokokként burkonýtömlöket s horsókaférget (Echinococcus, Cysticercus) mutat ki. Erömtüvi behatás a tünetek kitérését bizonyára többször idézi elő, mint magát a betegséget. Én azon körülményt, miszerint az agygümők legtöbbször az edénydus agyré-

szekben s az agy baloldaliában fordulnak elő, hajlandó vagyok edényeltömülés útján értelmezni, mit a gümökör természetéről jelenleg uralgó nézetekkel felette könnyű összhangzásba hozni. Erre nézve fajlagos (specifisch) edényeltömülést kellene felvenni, mely az agytályognál ismert módon maga körül az agy kóros elváltozását idézi elő. Az agygümöhöz társuló agyalapi agyhártyalob e szerint nem az agygümő következménye lenne, hanem ugyanazon kutforrásból eredne, melyből az agygümő származott. Az agygümő tünetei ugyanazok, melyek minden edényszegény, székhely-, nagyság- és tartamra nézve hozzá hasonló agydagnál előfordulnak. Az agygümök oly tulnyomóan gyakoriak a gyermekkorban, hogy igen hajlandók szoktunk lenni, minden agydagot, mely a gyermekkorban felismerhetővé válik, agygümőnek tartani, kivált ha azt görvélykóros tünetek és elsoványodás előzték meg, s ha a lefolyás vége lázas és agyhártyalobos tünetekkel jár. Valóban mi sem igazolja jobban valamely agydag gümökóros természetét, mint az, ha a lefolyás agyalapi agyhártyalobbal végződik.

A legtöbb agygümő agyvizkört idéz elő, s pedig két okból. Az agygümök épp oly gyakran választják az agyacsot székhelyül, mint az agyat. Az agyacsban nem érhetnek el egykönnyen jelentékeny nagyságot, a nélkül, hogy az agyacs közelében összecsoportosult visszeres készülékekre hátrányos nyomást ne gyakorolnának. E mellett még a görvélykórosban is fontos segédokok rejlenek; a betegek vérszegényekké lesznek, a vese kemnyés elfajulása a vízkór létrejövését elősegíti, a duzzadt nyirkmirigyek összenyomják az üres visszeret és gyökeit, szóval az oldalgyonrocsokban még gyakrabban fordul elő savógyütlelem, mint az agyacsbeli gümök számából ítélve várni lehetne. Eunek folytán látási zavarok lépnek fel, melyek szemtükrözés által idegreceglőb, vérpangási szemöles (Stauungspapille) vagy látidegsorvadás következményeinek tűnnek ki; továbbá a koponya terimenagyobbodása áll be, mi egyes esetekben a 2-ik és 7-ik életévben következik be, és néha a varratok és kutaacsok újra megnyílása útján eszközöltetik végre elterjedt agyvérszegénységi és agynyomási tünetek lépnek fel.

Némelyek azon véleményben vannak, hogy az agygümök gyakran ránggöresüket idéznek elő. Én számos köreset összehasonlítása után úgy találom, hogy ez nem egyedül az agygümök, hanem valamennyi a gyermekkorban fellépő agydag tulajdona.

Petyhüdt testalkatu, elsoványodó, már előbb görvélykóros bántalmakban szenvedett egyéneknél fellépő, hűdések vagy görcsök nélküli, egy helyre rögzített fejfájás, melyhez később az értelem csökkenése s végül álomkórosság csatlakozik, a lágyagykér idült gümökórája mu-

tat. Az oly gyakran előjövő agyacsbeli gümők nyakszirt és tarkófájdalmakkal, gyakori hányással, tántorgó járással, s e mellett hol féloldali hűdéssel, hol mindkét alvégtag gyengültségével, felette gyakran megvakulással, néha szótlanúság, (aphasia) keringései hajlammal s korai nemi izgatottsággal járnak. Főleg féloldali testhűdés leggyakrabban idéztetik elő agygyümők által (H e u o c h). Járnélék-ideggörcs (Accessorinskrampf) és tulságos vizelet (polyurie) szintén gyakran észlelhető agyacsbeli, de természetesen még gyakrabban a nyultagyban ülő gümők kíséretében.

A gümők gyakrabban találhatók többes számmal, mint egyéb dagok. Tümlőférgesek, rákos és bujasenyves dagok is észleltettek már többes számban, ez azonban ezeknél csak kivételes, míg az agygyümők-nél tulnyomóan gyakori esemény. Bár agydagoknál is áll ama szabály, hogy minden tünetet lehetőleg egy dagra igyekezzünk visszavinni, mindazonáltal gyakran nem vagyunk képesek ez által kielégítő eredményre jutni. A gümőkór gyanuja alatt ép azon kóresetek állnak, melyeknél mind a bujasenyvet, mind a bélférgeseket stb. kiválóan jellegző tünetek hiányzanak. Az agykéregállományában elszórtan ülő gümők-nél gyakran az egész kórkép súlyos volta, a magasabb agyműködések akadályozottsága s a mutatkozó hűdési és izgatottsági tünetek csekély foka, nyújt módot a helyes kórisme megállapítására. Az agy kéregállományában elszórt, számos gümövel járó kóreseteknél még leggyakrabban észlelhetni félheveny (subacut) agyhártyalobhoz hasonló lefolyást.

A kórismére nézve legfontosabb támpontok a következők: görvélykór vagy görvélykórrai örökölt hajlam, egyéb szervekben, névszerint a tüdőben vagy nyirkmirigyekben kimutatható görvély vagy gümőkóros bántalom, fejevizkór a kórlefolyás közepén, az agyalapi agyhártyalob annak végén, végre felette idült lefolyásu, hűdéssel és lázavarral járó agydag vagy többes agydagképződés jelei.

Bárha a gümő nem is gyógyul, mindazonáltal fejlődésében hosszabb időre megállapodhatik, sőt visszafejlődési elváltozásokra is képes. Kétségtelen, hogy észszerű gyógyeljárás a dolgok menetét elősegítheti, míg vizás eljárás a végkimenetelt gyorsíthatja. Oly egyéneknek, kik agygyümőkór gyanuja alatt állanak, kerülniök kell minden testi erőfeszítést és szellemi felidulást, táplálkozásuk erőtéljes, de nem izgató tápszerek segítségével történjék. Fejevizkór támadásának meggátolása céljából előnyös időnként a belekre elvezetések eszközölni és a tarkóra bőrízgatókat alkalmazni. A fejfájás és rángörcsös rohamok

miatt nagyobb szunyal vagy chloralvizegyadagokra lehet szükség. A gyakori hányás ellen pezsgő keverékeket, jeget és bódító szereket rendelünk. Egyes agyidegek hűtését erősítő gyógykezelés segélyével igyekezzünk legyőzni, s mindennemű kül- vagy belső gyógyszerelést villamos izgatást mellőzzünk.

XVI. BURKONYTÖMLŐ, ECHINOCOCCUS.

Mauthner: Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks bei Kindern. Pag. 286.

Davaine: Traité des entozoaires. Pag. 650.

Risdon Bennet: Journal für Kinderkrankheiten XL. P. 394.

Canstatt's Jahresbuch I. 1. Pädiatrie Pag. 19.

Politzer: Jahrbuch für Kinderheilkunde. VI. p. 50.

II. Meissner; Shmiedt's Jahrbuch CXVI. pag. 198. Ferner ibid. CXIV. p. 297., ferner CXXIV. pag. 41.

Az agybéli burkonytömlő általában véve felette ritka bántalom. A gyermekkorban e bántalom legalább is oly gyakorisággal fordul elő, mint felnőtteknél. A Davaine által összegyűjtött 29 kóreset közül 8 a gyermekkort illeti; ha e mellett tekintetbe vesszük, hogy az életkorra vonatkozólag csak 22 esetben van említés téve, úgy bizvást felvehetjük, hogy a kóresetek $\frac{1}{3}$ -a gyermekkorra esett. A bántalom támadására nézve mindaz áll, a mi a hasontermészetű májbetegségnél megemlítettett. Valamennyi észlelt beteg a 7. és a 15-ik évek közé eső korban volt (a bántalom valószínűleg néhány évvel előbb vette kezdetét) s csak egy beteg volt halálakor 5 éves. Fiúk s leányok egyenlő gyakorisággal támadtattak meg. A szülők polgári állására s arra nézve, hogy a betegek családjai tartottak e kutyákat, természetesen nem jutottunk adatok birtokába. 17 eset közül 10 esetben egy, egyben tizenkét s ötben két tömlő volt jelen, az egyes tömlők között több ludtozás és egy nyargatozás nagyságának találtatott. A dagok a következő agyrészletekben székelték:

Az agyban 12 esetben, ezek közül 8 esetben, jobb, kettőben baloldalt; a jobboldalt mutatkozott dagok közül 5 a mellső lebenyben székelt.

A kemény agykér három, az agyacs egy, a harmadik és negyedik gyomrocs egy esetben volt bántalmazva. Három esetben egyuttal a májban is találtattak burkonytömlők.

E szerint két főkóralakot kell megkülönböztetnünk, a mint t. i. a dag az agyban vagy a kemény agykérben székelt. Első esetben a bántalom sokkal gyakrabban fordul elő jobboldalt (8:2) gyakorta az oldalgomrocsból indul ki s gyorsan növekedő, nagy agydagra mutató tünetek-

kel jár, második esetben a dag a kemény agykérnek vagy külső vagy belső felületén ül s tünetei a koponyacsontdagok tüneteihöz hasonlítanak; ez alaknál az agyidegek agykivüli teljes hűdése fordul elő, melylyel a hűdött izmok sorvadása jár karöltve.

A betegség kezdete minden tünet nélküli lehet. Így T o u n é l é a jobboldali mellső agylebenyben két diónagyságu tömlőt talált oly finál, kinél semminemű agytünet nem mutatkozott s ki májtályogban halt el. Ha e kezdetbeli lappangó időszaktól eltekintünk, ugy a kór lefolyás 4 héttől egész 4 évig tarthat. A legelőbb jelentkező körtünetek a dag székhelye szerint különfélek lehetnek s fejfájás, hűdések, különböző göresalakok, látási vagy szellemi működészavar alakjában mutatkozhatnak. Minden terjedelmesebb dag körtünete közt a legállandóbb, a kezdetbeli tünetek közt a leggyakoribb a fejfájás, mely némely esetben a kórlefoyásnak csak egy részében van jelen, míg más esetekben majd folyton tartó majd elkülönített rohamokban jelentkezik. Heves rohamok alkalmával hányás és álmkórosság szokott fellépni. Felette gyakoriak a látási zavarok s legtöbb esetben egyik vagy mindkét szem teljesen elvakul. Az adatok szerint az esetek $\frac{3}{5}$ részében beállanak ily látérzéki zavarok s névszerint 8 esetben féloldali agydagoknál is teljes vakság állott be, mit is a tömlő tetemes nagysága és székhelye (legtöbbször mellül alul) magyaráz meg, minélfogva a látidegkeresztözést vagy a látideget összenyomja. Ezt igazolja azon eset, melyben a jobb oldalgyomrocsban székelő dag a vakságon kívül egyszersmind szaglási képtelenséget is idézett elő (R e n d t o r f f). Göresök és hűdések az esetek számának valamivel több, mint felénél s egyenlő gyakorisággal fordulnak elő. A göresök változatosabb alakokban mutatkoznak, így féloldali, kétoldali, clonikus, dermegöresök vagy nehézkóros rohamok, továbbá fél vagy kétoldali vittánéz alakjában. Minthogy e göresök gyakorta előfordultak a kórismére nézve is birnak némi értékkel.

A hűdések a dag székhelye szerint igen különböző alakban mutatkoznak, féloldali agydaagnál leggyakorabban az ellenoldali arc és végtagok hűdése fordul elő. Egy esetben, melyet F a t o n észlelt, a bántalom négy évig tartott s az első két évben csak ily féloldali hűdés állott fenn. Felette nagy tömlő, bárha az csak az agy féloldalában székel is, kétoldali hűdést idéz elő. Egyes esetekben a szemizomidegek, az arcideg s a hughyólyag hűdése is észleltetett. A szellemi működések igen gyakran zavart szenvednek, mi az értelmi tehetség csökkenése, butaság-, álmoság- s álmkórosságban szokott állani. Az álmkórosság rendszeren végtünetként szokott szerepelni, bár néha hetekig eltart. Az

agyban ülő dagokról szóló adatok négy esetben elmuló szóflanságról (aphasia) s egy esetben önkénytelen hátramenésről tesznek említést. Agybeli burkonytömlők kíséretében leggyakrabban a következő tünetek szoktak kifejlődni: heves fejfájás hányással, gyakori, különféle alakú görcsrohamok, ellenoldali hűdés, egyik vagy mindkét szem megvakulása; végre e tünetek gyors, tartós fokozódásával s hosszabb ideig tartó öntudatlanság és ránggörcsök kíséretében beköszönt a halál. A keményagykér burkonytömlős bántalmát heves fejfájás, a test ellenoldalának hűdése és egyes agyidegek teljes hűdése jellegzi. — Ha a dag egész a szemürbe terjeszkedik, akkor vakságot, szemizomhűdést s a szemteke kidülledését idézi elő; ha pedig a nyelvizom idegére gyakorol nyomást, úgy a nyelv illető fele elsorvad. Kiváló érdekességű a Moulinié által észlelt kóreset, melyben 15 éves leánynál egy ily dag a koponya csontokat átfurta s feltörvén, belőle geny és számos fióktömlő ürült ki, mire a már eléggé sulyossá vált agytünetek megszűntek s teljes gyógyulás állt be.¹⁾ Az agybeli burkonytömlők kórisméje megállapítható: ha olyanok egyszerűen a májban is mutathatók ki, ha a kórjelek gyorsan fokozódnak s az agyban vagy annak alapján székelő tetemes nagyságu dag kórképét nyújtják a nélkül, hogy gümökóros vagy rákos bántalom általános vagy helyi tünetei lennének észlelhetők. A gyógyulás lehetőségéről Moulinié esete tanuskodik. Roger észlelt esetet, melyben egyik tömlő vakolathoz hasonló anyaggá változott, míg a másik folytatta növekedését. Ha a bántalomnak és székhelyének kórisméje csak némi biztossággal is megállapítható, úgy a sebészi eljárástól várhatunk még legtöbb sikert.

Nem tartom tulzásnak, hogy e bántalomtőli óvás céljából azt szokták tanácsolni, hogy tiltassék meg a gyermekeknek a kutyákkal játszás. (Hasonlítsd össze a 428. lapon mondottakkal).

XVII. BORSÓKAFÉREG. CYSTICERCUS CELLULOSAE.

W. Griesinger: Cysticercen und ihre Diagnose. Arch. der Heilkunde. III. pag. 307.

W. und G. Merkel: Ein Fall von Cysticercus im Kleinhirn. Deutsch. Archiv für klin. Med. III. p. 294.

G. Merkel: Freier Cysticercus im Aditus ad infundibulum. Pag. 297.

¹⁾ Emlékszem, hogy olvastam egy hasonló, régibb esetet, melyet Peinemann észlelt, melyet azonban most nem vagyok képes ismét feltalálni.

Bouchut: Journal für Kinderkrankheiten XXXIII. p. 271.

Wilks: Lancet I 16. Apr. 1863, Schmidt's Jahrbuch CXXI. p. 66.

Roger: Gaz. de. hopit. 1863. 87. 88., Schmidt's Jahrbuch CXXXIII. 307.

Lambert: Aus dem Franz-Josef-Kinderspitale in Prag I. p. 62.

A borsókaféreg sokkal ritkábban fordul elő a gyermeki agyban, mint a burkonytömlő, bár átszármazási helyének közelebb voltánál fogva könnyebben és gyakrabban bevándorol, mint az utóbbi. Mig a burkony petéi a kutya belében veszik eredetüket, addig a borsókaféreg gyakran a beteg saját beléből származik. Igen valószínű, hogy hányás vagy a belek egyéb ellenkező irányban tett mozgása alkalmával érett galandóc-izek jutnak a gyomorba, ott kifejlődnek s mint ébrények vándorolnak ki. Ez mindazon esetekben biztossággal felvehető, melyekben a bélben a galandóc még feltalálható, s melyekben a testen nagyszámu borsókaféreg van jelen. Ily esetek gyermekeknél még nem észleltettek, minthogy a közönséges galandóc (*taenia solium*), mely nyers, borsókás disznóhús (finniges Schweinefleisch) élvezése folytán támad, gyermekeknél is ritkábban fordul elő, mint a vājthātu galandóc. Azon 8 esetnek, melyet a szerzőknél találtam: (Bouchut-, Lambert- és Merkel-től két-két, Wilks és Rogertől egy-egy esetet), s melyekben a gyermeki agyban borsókaféreg volt jelen, egyikében sem volt galandóc kimutatható, s mindenik esetben csak igen kevés tömlő találtatott az agyban. Ez esetekben tehát sem a fentemlített módon, sem a beteg saját belében volt peték útján nem történt a fertőzés. (Leuckart).

A megtámadottak kora a 6-ik és 13-ik életévck közé esik. Egy esetben a tünetek lezuhanás után vették kezdetüket, ugyanigy történt ez egy burkonytömlős kóresetben is. E körülmény felfoghatóvá válik, ha tekintetbe vesszük, hogy egy általunk észlelt esetben a borsókaféreg agylobgóc által vétetett körül, egy más esetben meg agyhártyalobot idézett elő.

Hasonló szerepet játszanak gyakran a fejrázkódások is az agybántalmak kórtörténetében és oly bonyodalmakra adhatnak alkalmat, melyek a tünetek fellépését okozhatják, de magának a betegségnek soha sem okai. Azon jelek, melyek felnőtteknél némely esetekben a kórizmézést lehetővé teszik, gyermekeknél még nem észleltettek. E jelek a következők: előrement galandócbani szenvedés, más szervekben kimutatható felületes fekvésű borsókaférgcek, gyakori nehézkórrohamok s e mellett előhaladó agybántalom jelei, névszerint féloldali hűdési vagy izgatottsági tünetek. Gyermekeknél csak a fejfájás és hányás tekinthetők állandó tüneteknek. Egy esetben, melyben a jobb agyfélteke hátsó

részének felületén két borsókaféreg székelt, jobboldali vittánc és baloldali érzéketlenség volt jelen. A kórlefolyás minden ismert esetben halállal végződött, mindazonáltal azt is megtörténhetők kell tekintenünk, hogy az állat elhal s az általa képzett tömlő összezsugorodik. Gyógykezelésről ez idő szerint még szó sem lehet. Az övmódot illetően megjegyzendő, hogy a galandóe mielőbbi eltávolítása az abban szenvedőkből, és mind az ételekbeni, mind a személyes tisztaság azon tényezők, melyek segítségével a borsókaféreg-okozta bántalomnak mind az előadott, mind pedig egyéb alakjaiban létrejövését legbiztosabban meggátolhatni.

B) GERINCAGYBÁNTALMAK.

1. Hasított gerinc.

Spina bifida, Hydromeningocele, Hydromyelocele, Hydrorrhachis.

R. Virchow: Die Krankhaften Geschwülste I. p. 176 und 184.

A. Förster: Die angeborenen Missbildungen pag. 84.

Journal f. Kinderkrankheiten Bd. XLl. p. 100, 295, 312, 314, 418. XXXV, 61. XXXVI, 301. XXXVII, 146. XLVII, 427.

A központi gerincagycsatorna, valamint a pókhálókér alatti ür együttlészületett vízkóros kitéágulásának kisebb fokai nem idéznek elő külső alakváltozást; a központi csatorna vízkórjának legnagyobb foka gerincagyhianyival (Amyelia), az egész gerinccsatorna hátsó oldalának nyitvamaradásával s más életképtelenné tevő képlődési hibákkal szokott járni. E két szélsőség közé esnek a közönségesen előforduló esetek, melyekben néhány nyitva maradt csigolyaiven át folyadékkal telt tömlő dudorodik elő, a hátán dagot képezvén. E dag rendszeren az ágyék- vagy kereszttáj középvonalában székel, azonban a gerincoszlop bármely részletén s oldalt is előfordulhat. Kezdetben alma-, egész gyermekfőnyi nagyságu, s folytatott növekedés által emberfej nagyságot is túlhaladhat. Boritékát a külső lágy részek, a gerincagyi kemény kér és a pókhálókér képezik. Bennéke csak 1—2% szilárd részt tartalmaz, melyek kevés fehérnyéből, a savóban előfordulni szokott sókból állanak. A gerincagy teljesen bántatlan vagy nyomásszülte sorvadásban lehet (Hydromeningocele spinalis), vagy egy része hiányzik, a központi csatornáig haladó hasadást mutat, avagy a tömlőbe hatol. Ez esetben szögletes hajlással halad ki a nyíláson s vagy szabadon vég-

zódik, vagy a tömlő falához tapad. E tapadás helye külsőleg behuzódás alakjában válhatik láthatóvá (Virchow); belül e tapadási helytől számos idegtörzs indul ki, melyek a tömlő határát képező keménykért átfurják. Még több képlődési hiba is lehet egyszerre jelen, névszerint fejvízkór s lóláb (Klumpfuss). Néha a dag felületén összenövések mutatkoznak, melyek arra mutatnak, hogy a baj a peteburkokkali összetapadás útján jött létre (Cruveilhier). Megtörténhetik, hogy a dag már a méhben megreped, zsugorodik, s csak egy, a pókhálókér alatti ürbe vezető nyílást hágy vissza, vagy csak egyszerűen csapszerű nyulványnya zsugorodik. Néha a tömlő belseje több líregre osztott vagy tömlőshusdaggal (Cystosarcom) szövetkezett. A szóban forgó kóralak mint örökölt bántalom szerepel, vagy legalább egy anya több gyermekén, avagy oly családban fordul elő, melyben több testvér egyéb képlődési hibákkal született. A hasított gerinc létrejöttét az anya által a terhesség közben szenvedett testi vagy kedélyi rázkódásra hitték visszavihetőnek. E képlődési hiba a gyakoribbak sorába tartozik; Pickford szerint leányoknál valamivel többször fordul elő, mint fiuknál.

A bántalom főjele a hullámzó, néha gyertyavilágnál áttetsző dag, mely alig mozgathatólag ül a gerincoszlopon, alapja befűzött, s ha maga a dag nincs felette feszesen folyadéktól kitöltve, rajta keresztül a tökéletlen fejlettségű csigolyaívek végei kitapinthatók. A dagra alkalmazott erős nyomás agy- és gerincagytüneteket idéz elő, u. m.: ájulást, hányást, görcsöket, alvégtagfájdalmakat stb. Gyenge nyomásra a gerincagyvízsérv (hydromyelocele) fájdalmasabb, mint a gerincagyhártyavízserv (hydromeningocele). Ha a beteg áll, köhög, vagy hasizmait működteti, a dag nagyobbodik, fekvésnél, nyugodt légzés mellett s beleheléskor kisebbedik. Néhány esetben a keresztcsonttáji dag mesterséges utoni gyógyulása után hirtelen agyvízkór fejlődött. Érzéketlenség, az alvégtagok sorvadása, lólábbá elgörbülése s önkénytelen vizeletürítés arra mutatnak, hogy a képlődési hibában a gerincagy is részt vesz.

Gyakran a dag szülési akadályként szerepel, szülésközben megrepedhet vagy olyatén nyomást szenvedhet, hogy ennek folytán meglabosodik vagy a legközelebbi napokban feltörik. A tömlő önkéntes feltörése s néha müleges megnyitása is annak üszkös elhalását, genyedő gerincagyhártyalobot, sőt néha agyhártyalobot is, és halált idéz elő. Igaz ugyan, hogy fordultak már elő esetek, melyekben az ily hibában szenvedők 50 évig is éltek, mindazonáltal annál kisebb a hosszú életre kilátás, minél hosszabb s minél magasabban fekszik a

gerinchasadék, minél sértettebb a gerincagy s minél több más képlődési hiba is van egyuttal jelen. Az önkéntes gyógyulások a legritkább események sorába tartoznak s akként jönnek létre, hogy a tömlő megreped s egy része eltiszksüődik, vagy akként, hogy a tömlő és a központi csatorna közti közlekedést fentartó szük nyílás önként elzáródik s a tömlő összezsugorodik.

A gyógyulás eszközlése müleges uton is megkísérletett, s pedig a tömlőbűli kimetszés, vagy — a hol lehetett — a tömlő kocsányának lekötése által; G i g o n említ eseteket, melyekben a dag lezuzatása (excision), tük vagy szurcsap általi megcsapoltatása, többszöri, nem teljes lecsapoltatása, iblanybefecskendés vagy lögyapot segélyével eszközölt nyomás útján gyógyulás állott be. Az iblanybefecskendés, mit B r a y m a r d ajált, D e b o u t szerint 13 esetben tizszer kedvező eredménnyel alkalmaztatott. Ez eljárásnál csak kevés iblanyoldatot, mely a tömlőből kibocsátott csekély mennyiségű folyadékkal kevertetik, kell befecskendeni. A lögyapottali beecsetelést B e h r e n d alkalmazta egy esetben sikerrel. Bármely müleges eljárásnál is a felöl biztosságban kell lennünk, hogy gerincagy nem foglaltatik a tömlőben.

II. GERINCAGYHÁRTYALOB. MENINGITIS SPINALIS.

B i l l a r d : Traité des maladies des enfants. Ed. II. Par. 1833. p. 629.

H. K ü h l e r : Monographie der Meningitis spinalis nach klinischen Beobachtungen. Leipz. u. Heidelb. 1861.

I d : Falle von Opisthotonus, abhängig von Rückenmarkserkrankung hydrocephalisch verstorbenen Kinder. Jouru. f. Kinderkr. XXXII. 409.

A gerincagyhártyák heveny lobalakjai, u. m. : a közönséges és gümös keménykérlob (Pachymeningitis) és lágykérlob (Leptomeningitis), tulnyomóan a gyermekkorban fordulnak elő, míg az idült gerincagyhártyalobok a felnött korban gyakoribbak. A keménykérlob nagyfoku erömtívi behatások folytán, esigolyasértülés és esigolyaszű kíséretében szokott előfordulni, tehát legtöbbször közvetlenül esigolyabántalmakból tovaterjedés útján támad. E kóralak a kemény kér felszínén vérbőség-okozta csekély edénytágulatot és helyenként véromlennyfoltokat idéz elő; csak dusabb szövetburjánzás beálltával támadnak a kemény kéren edénydus vereses foltok, melyeket rostonyás-genyes csapadék von be. Néha e csapadékban elszórva vagy a kevésbé elváltozott, vérbű kemény kéren kisebb-nagyobb területen gümöszemesék találhatók.

A heveny lágykérlobnál a lágykér élénk vörös, duzzadt s zavaros savó vagy genyszerű csapadékkal fedett s a lob a gerincagy savóval átítatott és ellágyult felületes rétegeire, és a lágykér lefutását követve, a gerincagyból eredő idegtörzsekre is átterjed. Az izzadmány leginkább a gerincagy hátsó oldalán s a háttájon gyülemlik meg. A gümös lágygerincagykérlob leggyakrabban a nyaki részt szokta megtámadni, minthogy legtöbbször az agy lágykéréről terjed le. Azon esetekben, hol e lobarak gerincagygümökhöz vagy sajtos csigolyalobhoz csatlakozik, e kórgócok közelében szokott legkifejlettebb lenni. Az egyszerű genyes lágy-gerincagykérlobnak gyakran a szomszédrészek bántalmái szolgálnak alapul, így pl. csigolyalob, agylob, agyhártyalob. Néha elsődlegesen támad meghülés vagy erömüvi behatás folytán. Ezenkívül önfertőzés következtében jön létre, vagy a hevenykítegek súlyosabb alakjaihoz, néha tüdőlob, kötszövetlob, a savós hárták genyes lobjához és bujasenyves bántalmakhoz társul. Billard a lágygerincagykérlobot felette gyakran észlelte újszülötteknél. 30 ránggöresös haláleset közül 20-szor lobnyomokat talált a gerincagy hártáin, s csak 6 esetben egyszersmind az agy hártáin is. Mások nem találtak hasonló viszonyok közt ily gyakran gerincagyhártyalobbal.

A gerincagyhártyalobok bonyodalmak, névszerint agyhártyalob nélkül oly ritkán fordulnak elő, hogy már megszokták, tüneteik egy részét e bonyodalmaktól elhomályosítottaknak tekinteni, s egyedül csak megkülönböztető jeleiket emelni ki. Az előzmények bizonytalanok s inkább az alapbántalomtól, mint a gerincagyhártyalobtól függenek. A kísérő láztünetek hevesek vagy enyhék, tartósak, alábbhagyók vagy váltólázszerűek lehetnek. Az érlökés, ha csak e bántalom van jelen, szabályos, mérsékeltén gyorsult, kemény s eléggé telt. Kezdetül fogva heves, vongáló hátfájás jelenkezik, melyet a csigolyákra alkalmazott nyomás vagy a gerincoszlop hajlítása vagy forgatása fokoz. Rövid időn heves érz- és mozgidegizgatottsági tünetek lépnek fel a test alsó felében, melyek később az egész törzsön s a felső végtagokon is mutatkoznak. A hátfájdalmak a kereszttáj s a combok felé kisugárzanak és a test egész alsó része felé kiterjednek, úgy hogy minden mozdulat vagy érintés fájdalmat okoz. Egyszersmind a hátizmok dermedt feszülésbe jönnek, úgy hogy kemény kötelekként emelkednek ki, a hát homoruvá lesz s a tarkó hátrahajlitott helyzetet nyer. Igaz ugyan, hogy ez utóbbi tünet csupán agyhártyalobnál is, sőt heveny-agyvizkóránál is előfordul. Hasonló göresös izommerevség áll be az alsó végtagokban is, minél fogva azok merev nyújtott helyzetet vesznek fel, szétterpesztett ujjakkal. E tüneteknek az idegyökök s az ezekkel legközelebbi összefüg-

gésben álló idegrostok izgattatása szolgál alapul, valamint ha a genyes gerincagyhártyalob hosszabb ideig tart, ugyane részek nyomatása és savós átvődása folytán a test alsó felének szárazságával — anidrosis — és hőemelkedésével járó mozgási és érzési hűdések is jöhetnek létre. A merev izmokban részint önként, részint csekély fokú érzési izgatottság folytán időnként beálló göresös rángások növelik e kóros állapot s a derme (tetanus) közti hasonlatosságot, mely ntöbbival az néha fel is cseréltetett.

A bántalom kimenetele a biztosan kórismézhető esetekben rendszeren kedvezőtlen, mindamellott a kórodai észlelet valószínűvé teszi s egyes boncletek bizonyítják, hogy némely hevenyen támadt gyermek alvégtaghűdések lefolyt részletes gerincagyhártyalob maradványain alapulnak. A csigolyabántalmakkal, gerincagylob, gümőkór s agyhártyalobbal kapcsolatban levő kóresetek mindig kedvezőtlen jóslattal bírnak, előbb várhatunk gyógyulást azon kóresetekben, melyek heveny belbetegségek folyamában, bujasenyvvel kapcsolatban vagy erőművi behatások folytán lépnek fel. A gerincagyhártyalob gümőkóros alakja, — ha illetén természetét más szervek, görvély vagy gümőkóros bántalmaiból gyaníthatjuk, — mindig kedvezőtlen kimenetelre nyújt kilátást.

A gyógykezelést nedvdús, nem felette kiskoru gyermekeknél a gerincoszlop hosszában alkalmazott helyi vérelvonással kezdetjük meg. Gyenge egyéneknél mindjárt kezdetben, különben pedig a vérelvonás után a gerincoszlop hosszában folytonos hidegborogatásokat alkalmazunk ; e célnak különösen jéggel töltött belek felelnek meg. A fájdalmak s az izommerevség belsőleg vagy büraláfecskendés alakjában alkalmazott bódító szereket igényelnek, u. m. : szunyalt (morphin), nadragulyaalt (atropin), vagy mindkettőt együtt. Ha az izomderme a légzési készülékre is kiterjed, curare-t fecskendünk a bőr alá. Minthogy székrekedés folytán a gerincoszlopra vérbősége fokozódik, időnként hashajtó szereket kell alkalmazni, azoknak, kik a higany állítólagos lobellenes hatásához ragaszkodnak, itt alkalom nyílik az édes higany (kalomel) használatára. A visszamaradt hűdések meleg fürdővel, zsongító szerekekkel és a elővigyázattal alkalmazott villamosság segítségével gyógykezeljük.

III. GERINCAGYLOB. MYELITIS.

Rilliet et Barthez: I. p. 171.

Schlesier: Myelitis infantum. Pr. Vereinszeitung 1841. Nr. 36. Schmidts Jahrb. Supp V. p. 150.

W. A. Hammond: Zwei Fälle von Myelitis bei Säuglingen. Med. chir. Rundschau 1869 p. 230 aus The Amer. Journ. of obstetr. Diss. of woman and children 1868. Nov.

A gerincagylob némelyek szerint főleg a gerincagy hátsó kötegeiben (Rilliet et Barthez), mások szerint annak szűrke állományában veres és fehér ellágyulási góccok alakjában szokott fellépni. Ugy látszik, hogy általa leggyakrabban a nyaki és felső háti rész szokott megtámadtatni. Mindazonáltal még sokkal kevesebb felhasználható észlelettel birunk a gyermekkorból, hogysem e kérdést eldönthetnők. E bántalomnak minden kor és nem egyenlőn ki van téve. A gerincagylob heveny alakja hátfájással s láztünetekkel, névszerint állandóan érelkőszaporodással kezdődik; hőemelkedésről is tétetik említés. Az e bántalom által előidézett göresök, melyek eleinte ritkább, rángásos rohamok alakjában mutatkoznak s később dermévé halmazódnak össze, bár az izmokbani elterjedésüket némely esetben az ellágyulási góc helyzetének magassága határozza meg, máskor mégis a tarkó arc és szemizmokra is elterjednek. Ép ily különös, hogy némely boneolat utján megállapított esetekben korán beálló teljes eszméletlenségről tétetik említés. Schlesier említi, hogy betegeinél jellemző volt az, hogy tekintetüket folyton felfelé irányították. A gyakran feltűnő alábbhagyásokat mutató s néhány napig tartó körlefolyás végén az előbb összehúzódott izmok ellazulnak s hűdött állapotba jutnak és a halál légzési zavarok vagy idegkimertülés folytán áll be. — Az idült eseteknél a ránggöresök folytán hűdés áll be az alsó végtagokban, a hügyhólyagban, a törzs különböző magasságig terjedő részletében, a felső végtagokban stb. E kóralaknál, melynél az ellágyulás a gerincagyat sem egész vastagságában, sem pedig egész hosszában nem szokta elrönszolni, a hűdés mellett rendszeren még némi izomzsugor is mutatkozik, a villamos ingerlékenység bántatlan, az izomelsoványodás mérsékelt, az érzékenység igen eltompult, azonban nincs teljesen, főleg pedig ninesenek valamennyi féleségei (tapintási, nyomási, fájdalom, melegségi és általános érzékenység) megszüntetve. Az érzéktompulat közönségesen a tapintás és hőérzet csökkenésében s a visszahillási ingerlékenység fokozottságában áll (a szűrke állomány alsó részének bántatlan volta s a visszahillást gátló agybefolyás csökkenése folytán).

Kezdetben a hideg alkalmazása s körülmények szerint helyi érvonások is vannak javalva; továbbá heveny eseteknél a görcsök csökkentése céljából bódító szereket (mákonysfestvényt, nadragulyaalt, curarét) rendelünk. Az idült lefolyású alaknál is a zsugorok és a fokozott visszahajlási ingerlékenység gyakran szunyal- vagy curarabefecskendést igényelnek. Ily hűdések igen kevés reményt nyújtanak gyógyulásukhoz. Villamos gyógykezelésüket illetőleg több siker várható az állandó, mint a megszakított áramtól.

IV. GERINCAGYHÁRTYAVÉRZÉS. HAEMORRHAGIA MENINGEALIS SPINALIS.

F. Weber: Beiträge zur pathologischen Anatomie der Neugeborenen. Kiel 1851. I. p. 61. u. 70

J. Schütz: Ueber Convulsionen der Neugeborenen. Prag. Vierteljahrscr. III. 22.

Friedleben: Ueber Apoplexien der Nervencentren bei Neugeborenen. Arch. f. phys.

Heilk. XIV. 1855.

Ollivier: Ueber das Rückenmark und seine Krankheiten. Übersetzt von Radius.

Leipzig. 1824. p. 240.

E. Levier: Beiträge zur Pathologie der Rückenmarkapoplexie. Bern 1864.

C. E. Hassé: Krankheiten des Nervensystems. Ed. II. p. 664.

Gerincagyhártyavérzés leggyakrabban a születés utáni két első héten fordul elő, mikor is a keménykér külső félfületén támadt s főleg a keménykér és a csigolyák közti zsirus laza kötőszövetben szokott elterjedni s két módon jön létre, u. m.: nehéz szülés következtében, mikor is a gerincoszlop felette erős hajlítást vagy vongáltatást szenved. Az ily módon támadt vérzés, melyet a tökéletlenül történő légzés is elősegít, hirtelen lép fel s erős ránggörcsrohamokat (Schütz esetében), vagy, miként az agyvérzésnél történni szokott, rögtön beálló álmóros állapotot (Elsässer esetében), vagy, ha a vérzés kis fokú, részletes hűdést idéz elő (Mauthner). Gyakran egyuttal az agy és gerincagy lágykéreibe is történnék ily vérzések, melyek különben is gyakoribbak az agy, mint a gerincagy burkaiban. — Ilyetén vérzés jelenlétét gyaníthatjuk, ha nehéz szülés után rövid időre ránggörcsök lépnek fel, melyek az agyidegek menetét elkerülik, főleg a test alsó felét támadják meg, légzészavarral járnak s rövid ideig tartó hűdéses időszak után halált okoznak.

A gerincagyi keménykér és a csigolyák közti laza zsirus kötőszövetben fellépő vérzés másik támadási módja az újszülöttek derménél (tetanus) fordul elő s Finkh óta (1825) majdnem minden vizsgáló tanúsága szerint e derme boucletetének majdnem állandó részét

képezi. E vérzést különben legtöbbször a derme következményének, nem pedig okának tekintik. Idősb gyermekek erőművi uton támadt derméje is idézhet elő ily keménykéren kívüli vérzést (Bouchut esete). A gerincagyhártyavérzés más esetei a további gyermekkorban gyéren elszórva fordulnak elő és erőművi behatások, esigolya- s gerincoszlopbántalmak, testrázkódás, göresös betegségek s a testfelület hirtelen lehülése folytán szoktak támadni, bár némely pontosan észlelt esetben minden illetén oki mozzanat hiányozhatik. A tünetek itt a következők: rögtön fellépő hátfájás, mely legtöbbször az ágyéktájon kezdődik, eleinte izgatottsági, később hűdési tünetek a test alsó felének érzési és mozgási idegein, láztalan állapot mellett.

Az izgatottsági tünetek élénk fájdalomtól kísért, rángásos és zsongos, egész a derméig fokozódó rángörcsök alakjában mutatkoznak. A bekövetkező hűdések többnyire tökéletlenek s a visszahajlási ingerfogékonyság nincs megszüntetve. Az izgatottsági tünetek a vérömlenynek az idegyökökre gyakorolt behatásából származnak. Gyógykezelés tekintetében ajánlatos: a bélnek hashajtók általi kiürítése, hogy a gerinccsatornában feüálló oldalagos vérpangás kiegyenlítették; a hideg helyi alkalmazása jégzaeszkök alakjában; erőteljes gyermekeknél, kik az első életéveken már túl vannak, mérsékelt, helyi vérelvonások a gerincoszlop alsó részén. Ama számos tudósítás, mely göresös bántalmaknál a gerincoszlop hosszában folytonosan alkalmazott jeges borogatások kedvező hatása mellett szól, kiváló bizalmat költ bennünk ez eljárás iránt. Ha az első veszély már le van küzdve s hűdések és sorvadások maradnak vissza, melyek különösen az alvtagokat szokták érni, ugy a legszorgosabb tisztántartás és ápolás mellett meleg fürdők, iblanyvas, a gerincoszlop hosszában bedörzsölt iblanykenőcs és más a felszívódást elősegítő szerek jönnek alkalmazásba. A villamosságot csak évck elteltével vegyük használatba.

V. GERINCAGYDAGOK.

a) Gümő.

C. E. H a s s e: Virchow's Handbuch Bd. IV. Ed. II. p. 729.

W. G u l l cit. in Jahrb. f. Kinderkrankheiten III. Annal. 75 aus Guys Hospital reports.

E i s e n s c h i t z: Tuberkel des Rückenmarkes. Jahrb. f. Kinderheilk. N. F. III. 224.

b) A gerincvelő egyéb dagai.

R a y e r und B a l l: Gaz de Paris 1864, Schmidt's Jahrb. CXXIV. p. 161. Umfangreicher Tumor, hervorgegangen aus einer Hyperplasia der grauen Rückenmarksubstanz, bei einem 6 monatlichen Fötus.

c) Kivülről beburjánzott dagok.

Steinerner und Neurentler: Pädiatrische Mittheilungen. Prag. Vierteljahrsschrift LXXIX 1863. d. 71.

C) KITERJEDT MOZGATÁSI IDEGBÁNTALMAK.

I. Derme, Tetanus.

Hervieux: Über die verschiedenen Arten des Tetanus der Neugeborenen. Journ. f. Kinderkrankheiten XL. p. 80.

Th. Kirchstetter: Ein Fall von geheiletem Tetanus neonatorum an einem 9 Tage alten Knaben. Jahrb. f. Kinderheilkunde VII. II. 69.

A. Monti: Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. II. p. 290 u. 298.

Hüpeden: Ueber die Verbreitung des Trismus neonatorum durch ein Contagium. H Pfleffer's und B. Schuchardt's Zeitschrift f. Epidemiologie und Gesundheitspflege 1869. Nr. 3.

Hirsch: Historisch-geographische Pathologie II. p. 581.

A gyermekkor nem kevésbé van a dermének kitéve, mint a felnőttkor, és pedig az esetek legnagyobb számában a dermét sebzésből származottnak lehet tekinteni. Névszerint a 6-dik és 14-dik évek közötti korban levő gyermekeknél észlelhetők számos esetek, melyekben a sebzési derme a végtagokon történt szálfaszúrás, vagy hasonló esékély sebzések után jön létre, A gyermekek ily uton támadt dermójétől meg kell különböztetnünk az újszülöttek dermójét, mely a $\frac{1}{2}$ és 2 hetes korhoz van kötve s némely helyeken gyakoriság tekintetében a felnöttek dermójét tetemesen felülmulja. Az újszülöttek e zsonggörese ép ugy, mint az emberi kor egyéb részeiben fellépő dermek is, forró égövi tartományokban mutatkozik legnagyobb gyakorisággal, inkább megtámadja a fekete szerecsenfajok sarjadékát és legtöbbször nyílt köldöksebbel áll összeköttetésben; néha környülméletés után is észlelték fellépni. Némely helyeken e bántalom oly gyakoriságot ér el, hogy a szülöttek legnagyobb részét elpusztítja. Így volt ez pl. állítólag Vestmannoe-ben Island déli partján, és Cayenne-ben. Némely helyeken (Kopenhágában, Petersburgban) néha a bántalom a szülintézetekben nagy mérvben dühöng, míg a magánházakban ugyanakkor csak ritkán mutatkozik. Ebből azt következtethetni, hogy oly ártalmas helyi okok szolgálnak a bántalom alapjául, melyek sem egyedül a köldöksebben, sem csupán az éghajlati viszonyokban nem rejlenek. Még feltűnőbb azon körülmény, hogy a kóresetek valamely több bábával bíró helységben csak egy bizonyos bába gyakorlatában fordulnak elő (így Bremervörde mellett, Elbingben). Ez ártalmas okok, melyek a bántalom helyi gyakoriságát feltételezik, nyilván különfélék lehetnek. A derme-

okozta halálesetek számát, a dublini szülházban sikerült tisztaság és szellőztetés által jelentékenyen csökkenteni, Islandban szülházak létesítése által az újszülöttek a halzsirfűst behatása alól, melyet a magánlakokban használatban levő s béllal ellátott szárított madárból készült lámpa fejleszt, elvonatván, a megbetegedések száma tetemesen csökkent (P a n u m, S c h l e i s s n e r). Elbingben ismét kiderült, hogy egy, a hőmérsék irányában érzéketlen baba valamennyi keze alatt született gyermeket tulságosan forró vízben fürösztött s ez által a gyermekek legnagyobb részénél dermét idézett elő. Szóval, azon okok, melyek már fenálló fekélyek (köldök-, fitymaséb) utján dermét idéznek elő, igen különbözők lehetnek; e mellett a rendesnél magasabb vagy alacsonyabb hőmérsék főszerepet játszik, azonban a lég vegyi vagy mocsárgerjes tisztátalansága szintén közreműködhetik. Ama felfogási mód hibás voltát, mely egyszerűen csak a köldökfekélyedés élettani folyamatát tekinti a derme okának, már azon esetek is mutatják, melyekben a derme a köldökseb képződése előtt vagy begyógyulta után lép fel.

A boneelváltozásokat illetőleg, a gerincagyi keménykér külső felszíne s a csigolyák belfelülete közti laza kötszövetben leggyakrabban vérömlenyeket találunk. E vérömlenyek a gerincoszlop tulfeszítése s az izomedényekből történt vérkisajtolás következményei. R o k i t a n s k y ama állítását, miszerint a derménél a gerincagy kötszövet-állománya burjánzik, ugyan D e m m e H. s mások is igazolták, mindazonáltal az ilyen vizsgálatok sokkal nagyobb nehézségekkel járnak, hogysen egyes hasonló leleteket azonnal általános érvényűeknek lehetne elfogadni, és legalább a mérgezési derme (toxiher Tetanus) tüneteinek e leletet nélkülözhetővé teszik.

A derme tüneteinek egy vagy több napig határozatlanok lehetnek, úgy hogy csak a beteg nyugtalansága, gyakori aggályos sikoltása s a láz mutatnak valamely határozatlan rosszullétre. Ehhez aztán mint első, biztos jelentőséggel bíró jel, a szopási nehézség s képtelenség társul, olymódon, hogy a gyermek a csecsbimbót állkapcsai közé szorítja, azután pedig hirtelen elboesátja; nem sokára ezután nyelési képtelenség és tarkósugor áll be. Még mielőtt ez utóbbi észrevehetővé válik, a rágzimok dermedt állapotba jutnak, a nélkül azonban, hogy az alsó állkapocs szorosán a felsőhöz záratnék. E háromszatu ideggörce fellépte miatt némelyek e betegséget állgöres és derme (Trismus et Tetanus), vagy—hol a hátsugor kifsokú, — újszülöttek állgörese (Trismus neonatorum) névvel nevezik. A bántalom további folyamában az arcideg is részt látszik venni, minthogy a homlok redőkbe vonatik, a szemek erősen zárttak, a száj hegyesre biggyesztett s sugárszerű

redőktől körített. Különben az arc sápadt, összecsett, s a körlefolyás vége felé tetemesen akadályozott légzés mellett elkékült; a száját gyakran hab fedi, vagy az ajkak között a fogak közé becsipett nyelv látható; a bőr forró, az érlökés szapora, a tarkó s a hát hátrahajlított és dermedt, a végtagok feszes nyújtott helyzetben állanak, a hasfalak domborúak s kemények. Szék- és vizeletürítés nem mutatnak jelentékenyebb zavarokat, a légzés ellenben szapora s felületes, a betegek csak ritkán hallatnak panaszos nyögést vagy megszakított kiáltásokat. A test deszkaszerű merevsége, vájulatot mutató háttal, nem folyton egyenletes, de teljesen soha sem is szűnik meg, hanem külső okok, pl. érintés vagy zúrejek folytán időnként fokozódik; mindazonáltal tagadhatlan, hogy az ujszülöttek dermójénél, némely más dermealakokhoz képest, a zsonggöres kifejezettebb, mint annak visszahajlási fokozódása.

W n d e r l i c h mutatta ki legelőbb, hogy a derme magas, egész 44 C°-ra hágó, a halál után még magasabbra emelkedő hőmérsékkel jár. Az ujszülöttek dermójénél M o n t i 40,9, a petersburgi lelencház 43, 2°-ra menő hőemelkedést észlelt. L e y d e n a dermedt izmok hőtermelését joggal tekinti a hőemelkedés forrásának. A hőmérsék magassága tehát a bántalom belterjességének mértékétől szolgál. A legnagyobb hőemelkedést épen a göres azon rohamokban jelenkező visszahajlási fokozódása hozza létre, mely rohamok általános zsongos ránggöresöknek neveztetnek. Oly kóresetek mindig kedvezők, melyeknél a hőmérsék csak néhány tizedfokkal emelkedik rendes állása fölé, vagy melyeknél a hőmérsék fokonként emelkedve, mihamar rendes magaslatára száll alá. A heves göres dacára alacsony hőfokkal járó némely esetekben bizonyára hőcsökkentő okok működtek. Az ujszülöttek dermeje általában nagy halandósággal bír, úgy hogy a gyógyulási esetek a legnagyobb ritkaságok sorába tartoznak. Mindazonáltal tagadhatlan, hogy újabban a tudósítások valamivel kedvezőbbek; így B o h n 13 betege közül 2 épült ki, M o n t i-nak pedig 4 betege közül gyógyult meg kettő. A halálos kimenetelt legnagyobb részben a légzési zavar, ezenkívül a kimerülés és a magas láz idézik elő.

A gyermeki testnek aránylag nagyobb táp- és élenyszükségletében talál az e korban gyorsan és számos esetben bekövetkező halálos kimenetel megfejtést. Egy vagy két nap alatt véget ért kóresetek nem ritkán fordulnak elő, a 8 napnál tovább tartók már az enyhébbek, reményteljesek s következésképen a ritkábbak sorába tartoznak. Minél később lép fel a derme a születés után, annál több reményt lehet a kedvező kimenetelre nézve táplálni. A legfontosabb azonban a jóslatra nézve

a testhőmérsék. Minél magasabbra emelkedik ez, annál kevesebb, s minél inkább rendes marad vagy rendes magaslatához minél inkább visszatér, annál több kilátás nyílik a kedvező kimenetelre. A bántalmat könnyű gerincagyhártyalobbal és gerincagyhártyavérzéssel felszerelni. Mindkét említett kóralak azonban sokkal ritkábban fordul elő, hátfájással kezdődik s gyakran jár hűlési tünetekkel, melyek a derménél teljesen hiányzanak.

A gyógykezelés az ujszülöttek derméjének gyógyítása körül újabban határozott haladást tett. A beteg táplálkozását tejjel, tojászsékkal, stb készült csörék s lehetőleg gyakori tápszernyújtás által kell támogatnunk s belsőleg, illetőleg bőraláfeeskendések alakjában izomellazító szereket alkalmaznunk. E célból a nadragulyaal. (Atropin), melynek segélyével *K i r e l i s t e t t e r* egy egyetlen sikert aratott, a felnőtteknél 50% gyógyssikerrel alkalmazott curare, főleg pedig a calabárvonatot, naponta 0,6, adagonként 0,075 bőraláfeeskendve, érdemel figyelmet. Ez utóbbi szer segélyével *M o n t i* 4 kóreset közül kétszer gyógyulást eszközölt

A későbbi gyermekkorban előforduló derme (tetanus puerorum), melynek örömlvi eredete legtöbbször kimutatható s kiválóan a forró évszakokban csekély végtagszbzések következtében szokott támadni, körülbelül azon viszonyokat mutatja, mint a felnőttek derméje. Leányoknál sokkal ritkábban fordul elő, mint fiuknál, a forró tájakat s a fekete emberfajokat sokkal inkább fenyegeti. Lefolyása e korban összehasonlíthatlanul kedvezőbb, mint az ujszülötteknél, sőt kedvezőbb, mint a felnőtteknél. Ezen alaknál is gyakran találunk a boncolat alkalmával gerincagyhártyán kívüli vérömlenyeket a gerincesatornában. A gyógykezelést illetőleg szunyalt alkalmazunk bőraláfeeskendés, vagy bőrbedörzsölés alakjában; ha a sértési helyről tudomással birunk, ugy ennek közelében curarét feeskendünk bőr alá 0,01—0,025 grnyi adagokban.

II. NEHÉZKÓR. EPILEPSIA.

F i n k e l n b u r g: Bericht über die neueren Leistungen auf dem Gebiete der Epilepsie. Schmidt's Jahrb. (XIX. p. 90.

W. G r i e s i n g e r: Ueber einige epileptoide Zustände. Arch. f. Psychiatrie u. N. K. I. 2. p. 320.

E. H e n o c h: Beiträge zur Kinderheilkunde p. 21. N. F. p. 86.

Teljes öntudatlansággal járó ismételt göresrohamok gyakrabban észlelhetők felnőttek-, mint gyermekeknél, mindamellett legtöbbször a gyermekkorban vagy annak vége felé, leggyakrabban a 10-ik év után veszik kezdetüket. Már az első életévek-, sőt az első élethónapokban előfordulhat e betegség, és pedig két lefolyási alakkal, u. m. : a betegség első fellépte után rohamai kisebb vagy nagyobb időközökben folyton bekövetkeznek, vagy hosszú szünet áll be s csak a későbbi férfikorban sorakoznak ismét nehézkóros tünetek a félig elfeledett gyermekkori rohamhoz. Névszerint az örökölt nehézkór az, mely gyakran már korán fellép. A nehézkór e fajánál én úgy találom, hogy az öröklés ép oly gyakran történik akként, hogy a bántalom a család egy vagy több tagját átugorja, mint akként, hogy az a szülőkről egyenesen a gyermekekre átszarmazik. Ez esetben is ritkán nehézkóros a család valamennyi gyermeke, Foville szerint azoknak csak egy negyede szenved nehézkórosan, azonban csak fele egészséges. Ha szorgosan utána kérdezősködtünk, esodálkozni fogunk, hogy mily gyakran találkozunk nehézkórosak családjában hasonló bajban szenvedett szülőkkel, nagyapával, nagyanyával nagybátyával stb., vagy a holtz ninesigy, ott gyakran a család korábbi tagjai között elmebetegeket, idegbántalmakban, gerinesorvadásban, hugarban szenvedteket találunk, vagy azt, hogy a szülők egymáshoz közeli rokonságban állottak. A nehézkóros roham agyvérzegénység tünete; az agyüterek elzárása által állatoknál nehézkórosan hasonló göresöket lehet előidézni (K u s s m a n l és T e n n e r). Embernél nehézkóros tünetek mindazon agybántalmak kíséretében jelentkezhetnek, melyek az agyat vérszegénnyé teszik; ilyenek a többszörös éreltömülés (die mehrfache Embolie), vagy az agyüterek önállóan támadt elzárata, a fejevízkór, agytultengés, agydagok, vérömlenyek stb. Számos nehézkóros eset ilyenén tüneti volta okozza, hogy nehézkórosan szenvedettek agyában majdnem minden lehető bonelelettel találkozhatunk. Kiváló érdekeltséggel bírnak azon agybántalmak, melyek legtöbbször nehézkórt okoznak, mint például a két agyfél egyenlőtlen nagysága, vagy azok, melyek igen gyakran ismétlődő rohamokat idéznek elő, mint például a borsókaféreg. Fel kell vennünk, hogy a nehézkórnál a vérszegénység által az agy működésképtelenné tétetik, — az öntudatlanság csak ekként magyarázható meg, — s hogy a Varol-hidban elhelyezett s a nyultagy egy bizonyos részletének útján ingerelhető göresközpont izgatódik s ekként működésbe hozatik. E központ olyatén természetel látszik bírni, mint a nyultagyban elhelyezett légzési központ, melyet az élcnyhiány ingerel, avagy ingerlését másodla-

gos vérbőség eszközli. Ez utóbbi felvétellel inkább megegyeznék Schröder van der Kolk lelete, ki a nyultagy legfinomabb utereinek tetemes kitágulását mutatta ki, mit különben maga Schröder van der Kolk is csak sokáig tartott nehéz-kór következményének tekint.

A bántalom sokkal gyakrabban alapszik környi, mint központi oki mozzanatokon. Valamely, például a fejbőrön levő heg minden roham előtt fájni kezd, e hegre gyakorolt nyomás rohamot idéz elő, vagy gátolja annak már-már fenyegető kitörését. Megtörtént már, hogy ily hegek kimetszetvén, azokban elkeményedett vastag kötszűvethüvelybe ágyazott idegágcsák találtattak. Hasonló módon szolgálhatnak nehéz-kóros rohamok alapjául és kiindulási pontjául örökölt vérszegénység és ideges alkat által hajlamosított egyének-nél hegbe tokolt idegen testek, elhalt csontdarabok, félficamok — subluxatio — s számos más hatányok, melyek az érzi-degek valamelyikét külsőleg izgatják. Belső izgatások is okozhatnak nehéz-kóros rohamokat; így például Kaufmann V. egy mészárosról tesz említést, a ki mindaddig nehéz-kóros rohamokban szenvedett, míg nem tőle önkényt galandóc távolodott el, s a rohamok végkép elmaradtak. Fogzás, kőszerű gyülemek beékelődése, nemzűszervi bántalmak szintén ily belső ingerek-ként szerepelhetnek. A helyi izgatás egy bizonyos fokánál általános vagy csűpán az agyűterekre korlátozott edény-görcs áll be, mely aztán a rohamot előidézű. E mellett a nyultagyban lassankint elváltozások állhatnak be, melyek — dacára az eredeti ok megsűntűtének — további rohamokat idéznek elő. A hasonló környi ingerek csak bizonyos feltűtelek mellett hoznak létre nehéz-kóros rohamot támasztó görcsűs agy-vegszegénysűget. Brown-Sequard a gerincagy átmetűszűse által az illetű állatot oly állapotba helyezte, hogy csekűly bűringerek nehéz-kóros görcsűket idéztek elő. Az önfertűzők oly gyakori nehéz-kórja inkább idegrendsűrűk roncsolt voltán, mint nemzűszerveik izgatottságán alapszik. Az edény-görcs magából az agyból is indulhat ki, így van ez mindazon esetekben, melyekben ijedés, heves érzűki benyomások, szenvedűlyek, a nehéz-kór utánzása idézik elő a betegsűget vagy annak egyes rohamait. Szeszűs italok, bűditűk, nemi kicsapongások által okozott idegtűlizgatottság hajlamossá tesz a bántalomra.

A roham legtöbb esetben elűjelekkel, u. m. fűjdalmakkal vagy szokatlan érzűssel (névszerűnt a test alsű részűrűl fűlfele haladó hideg érzűtével), izomrűngűsűkkel (pl. egy ujjon vagy egyes arcizmokon), érzűki csalódásűkkel vagy az agy enyhe működűszűzavarával kezdűdik. Ezen szűlet (aura), mely legtöbbnyire érzűki természűtű, értűkes a

betegre nézve; mert ha a rohamot jóval megelőzi, úgy a beteg még leülhet, lefekhetik, magát veszélyen kívül helyezheti, vagy még elég korán eltávozhatik a társaságból, úgy hogy baja még barátai előtt is titok marad; ha a bántalom környi okokon alapszik, e szellet lehetőséget nyújt a roham megszakitására, sőt a baj gyógyítására is. — Teljes roham kezdetével a beteg, előrement szellet után vagy a nélkül, összerogy, minden izma ellazul, csupán a szív s a légzés folytatják működésüket, a bőr elsápad s az érzidegek minden ingerlékenységüket elvesztik. Ezután rendszeren dermeszertü izommerevség áll be, a bőr elkékül, a környi visszerek a légzés fenakadása folytán megtelnek, ezt nehéz, zörejes légzés kíséretében zavart, váltakozó göresök követik, melyek kiválóan a rág-, nyelv- és arcizmokat veszik nagy mérvben igénybe, de a többi izmokat is körükbe vonják. Ekközben szelletek állhatnak be vagy a roham korábbi jelenei ismétlődhetnek; azután a beteg nyugodtabbá lesz, látái még merevek s érzéketlenek, hűvelykét markába szorítva tartja, ajkait hab fedi, mely gyakran az összeharapdált nyelvtől vérrel festett; ezt tartós alvás követi; a felébredés-kor a beteg feje zavart, nehéz s a szellemi tevékenység csak lassau tér vissza. Minél nagyobb fokú volt a kékkórosság, annál inkább mutatkoznak a roham után a pontszerü vérömlenyek az arc bőrében, névszerint a szemek körül. A rohamok majd rendszeresen, majd szabálytalanul jelentkeznek, az egyes rohamok közti időközök órák-, napok-, hetek-, ritkán évekig tartanak. Hosszu időközökre gyakran összehalmozott rohamok következnek. A rendszeres rohamok bizonyos alapszabánnyal (typus) bírhatnak, úgy hogy a váltólázéhoz hasonló pontossággal mindig ugyanegy órában jelentkeznek, vagy legalább legtöbbször éjjel vagy nappal, avagy körülbelül egyenlő időközökben lépnek fel. A szabálytalanul jelentkező rohamokat gyakran kimutatható alkalmi okok idézik elő. Sok roham után szívtultengés fejlődik.

Az időközök eleintén teljesen szabadok. Nehány órával a roham után minden kóros jel eltűnik s a következő rohamig nem jelentkezik. Minél gyakoribbak s hevesebbek a rohamok, annál előbb bekövetkezik az emlékező-tehetség csökkenése, később az elneél az erkölcsi finomérzés is eltompul. Ezzel együtt az arc külleme is elváltozik s szellemszegény, eltompult kifejezést nyer. A rohamokat gyakran elmezavar, érzéktompulat vagy izgatott tevékenység követi, mely állapotok az időközöket mindinkább elfoglalják s a bekövetkezendő szellemszegénység előhírnökeiként szerepelnek. Különösen már hosszabb idő óta tartott vagy örökölt nehéz-kórban szenvedőknél, önfertőző- és iszákosoknál szoktak az időközök igen zavarosak lenni, s a legkülönfélébb

ideges tünetektől kísérték. Sok nehézkórosnál az időközökben örjöngés (mania), sokaknál butaság (Blödsinn) mutatkozik.

A rendes teljes rohamok (haut mal) között enyhébb, tökéletlenebb rohamok jelenkezhetnek (petit mal), a melyek alkalmával, a nélkül, hogy a beteg összerogyna, csak az eszmélet enyészik el néhány pillanatra, vagy csak egyes igen korlátozott izomcsoportokon mutatkoznak némi görcsös mozgások. Azonban az is megtörténik, hogy a betegség időnként vagy mindvégig csak tökéletlen rohamokból, csupán ráng-görcsökből vagy csupán eszméletlenségből áll, vagy a rohamot időnként beálló elmebántalom, ismétlődő rendellenes mozgások, érzések vagy képzelmekek helyettesítik. Minél rendellenesebbek és tökéletlenebbek a rohamok, annál zavarosabbak szoktak az időközök is lenni.

A nehézkórt s a ránggöresöt (Eklampsie) nem lehet minden esetben egymástól különválasztani. A ránggöres-roham hasonló kórképet nyújt s hasonló okok által feltételeztetik, mint a nehézkóros, csak hogy épen nem, vagy csak felette hosszú idő múlva tér vissza. A nehézkór első tökéletlen rohamai gyakran ájulással (kisebbfoku agyvérzészegénységgel) eseréltetnek fel, vagy — ha erősebben kifejezettek — érrepedés, agyhártyalob, vagy más hasonló agybántalom kezdetének tartatnak. Ha a nehézkórt felismertük, mi rendesen könnyen sikertül, akkor még azon nehezebb kérdés megfajtése van hátra, hogy a baj honnan ered. Ha a nehézkórral, mint durvább agysértülés tünetével, vagy valamely hevenybetegség (torokgyík, tüdőlob) izgatása folytán támadt egyes rohammal találkozunk, akkor csak az a kérdés: együttérzési-e az? de ha — mint rendesen — elsődleges, önszenvi (idiopathisch) nehézkórral van dolgunk, akkor elkerülhetetlenül szükséges az oly sokféle s gyakran igen elrejtett okok után kutatnunk. Mert ezekben rejlenek egyszerű mind az oki gyógykezelésnek támpontjai, melynek létesítésére kel főtörekvésünket irányozni. E szerint majd bélféregtűző szerek lesznek javulva, majd meg arra kell törekednünk, hogy helyi kezelés, gyűszűnkeal (Digitalin), komlóal (Lupulin), kámfor segélyével nemzőszervi izgalmak ellen működjünk, vagy vastartalmu szerek segélyével vérzegénységet küzdjünk le. Ólommérgezésnél kénfürdők és hamiblag nyujtanak sikert; ha a nehézkór bujасыnyvvel áll kapcsolatban, ugy maróhiganyt (Sublimat) vagy higanyiblagot (Jodquecksilber) kell használatba vennünk. Hegkek, ficamok, esontzárlatok (Sequester) s dagok, ha a baj inger visszahajlás útján ezektől származott, a sebészi gyógykezelés alkalmazására hinak fel, mely rögtöni, teljes és tartós sikert ígér. Így volt ezt alkalmam egy nehézkóros ifju betegnél észlelni, kinél a rohamok

igen gyakran jelentkeztek s kínél én a legkülönbözőbb belső szerek sikertelen alkalmazása után egy duzzadt torkolatmirigyosmagot irtottam ki s a sebet fél évig nyitva tartottam. Ez egyénnél négy év óta nem mutatkozott roham. Vagy a siker csak ideiglenes, mit minden erősebb behatás segélyével el lehet érni. A heg kiirtása után új heg jön létre, mely hasonló káros behatást gyakorolhat. Avagy a betegség szokványossá (habituell) vált, s akkor az eredeti ok sebészi utoni eltávolítása már nem képes ugyan megszüntetni a bajt, azonban lehetővé teszi annak gyógyítását belső szerek által, melyeket mindig jó egyuttal alkalmazni. A légesümentszés (M a r s h a l-H a l l) alkalmazása hibás feltevéseknek köszönte eredetét és hatástalannak bizonyult. A fejen lévő csonthegeknel alkalmazásba vett koponyalékelésnek kevés sikere van; öt eset közül, melyekben e műtétet egy Rajna-n elletti híres műtő vitte véghez, 3 esetben nem mutatkozott siker, egy gyógyulással s egy halállal végződött. Hol az oki gyógykezelés számára minden támpont hiányzik, tapasztalati szerekre vagyunk utalva. Ezek némelyikének hatási módjára és fajjavalatára (Specialindication) nézve legesekélyebb adatokkal sem birunk; ilyen szerek: a *Selinum palustre* (H e r p i n), *artemisia*, *paeonia*, *valeriánagyökér*, a narancslevél és sok más növényi anyag, a horganyéleg, a horgany sók, a könlegenyes kénsavas rézéleg (*Cuprum sulfuric. ammoniat.*) s a légsavas ezüst. Mindazonáltal ama nézet némi valószínűséggel bír, hogy az utóbb említett szerek közül néhány, például a légsavas ezüst az által hat, hogy a tápasatorna bántalmait, melyek a visszahajlási inger kiindulási pontját képezték, meggyógyítják. Érthetőbb a következő szerek és gyógymódok hatása: az egész test napontai hideg vízzeli mosása, mit — ha csak lehet — minden esetben alkalmazni kellene; ez eljárás tompítja az érzidegek ingerlékenységét és ez által gátolja a rohamok ingervisszahajlás utjání létrejövését. Azon felfedezés alapján, hogy a nehézkórnál a nyultagy üterei kitágultak, *Schröder van der Kolk* indítványozta, hogy a tarkón gyakori vagy tartós elvezetések eszközöltessenek. A tapasztalás már többször nyilatkozott ez eljárás előnyös volta mellett, s kívánatos, hogy idült esetekben új gyógyítási kísérletek alkalmával ez eljárás mindig szintén alkalmazásba vétessék. A nadragulyaal (*atropin*), melyet újabban bécsi orvosok ajánlottak, *Bezold* által kimutatott edénybénító hatásánál fogva teljesen megfelel az ugynevezett elsődleges vagy jobban mondva agybetegségektoél nem függő nehézkór főjavalatának. A *Benedict* által e bántalom gyógyászatába behozott kuráre közvetlenül az izmok mozgató idegeire hűdő, s ez által görcsellenes hatással bír. Az utóbbi időben igen feldicsért hamanyblüzeg (*Kalium bro-*

matum) valószínűleg az által hat, hogy részint mint hamanysó, részint büzenyartalmánál fogva az érzidegek ingerlékenységét alábbszállítja s az edényizmokot hűdöttekké teszi. E szer, még ha 7,5 grm.-nyi napi adagokban alkalmaztatik is, egyedül ritkán idéz elő gyógyulást, hanem a rohamokat eléggé biztosan gyériti, és gyengíti. Ha szabványos rohamoknál minden roham előtt képesek vagyunk elég korán a betegnek kellő adag chloralvizegyvet beadni, úgy az a rohamot elaluszsa s még néhány későbbi roham önként elmarad.

A gyógyszer megítélésénél felette elővigyázóknak kell lennünk, minthogy egyrészt önkéntes gyógyulások, legalább vidékünkön, épen nem tartoznak a nagy ritkaságok közé, másrészt meg, mert majd minden tjan alkalmazott, csak némileg beható szer szünetet idéz elő a rohamokban; ily tulajdonsággal bírnak kiválóan a tulságosan magasztalt titkos szerek. Végre mikor mondhatjuk biztossággal, hogy az ily beteg meg van gyógyulva? Ismerek egy asszonyt, a kinél több, mint husz évi szünet után ismét rohamok léptek fel.

Én is mindenekelőtt oki gyógykezelést igyekszem alkalmazni, s ha erre nézve minden támpont hiányzik, hólyaghuzó segélyével sebet készítek a tarkón s azt nyitva tartom és reá naponta 5—6 csepp 1%-os kuráreoldatot cseppentek, e mellett vagy hamanybitizeg-, gyökönkesavas horganyéleg (Zincum valerianicum) vagy légsavas ezüstadagokat alkalmazok belsőleg. Ezen gyógyeljárás hatása oly jelentékeny, hogy pl. egy 17 éves kifejletlen fiúnál, kinél tankórodánkrai felvételésekor napjában 100—250 roham lépett fel, néhány nap alatt napjában 0—10-re apadt a rohamok száma. Minden nehézkóro eset komoly, beható tanulmányozást igényel; a rohamok számának vagy a szünetek tartamának pontos számbavétele nagy mérvben könnyíti a gyógyszer megítélését.

III. KIS VITTÁNC. CHOREA MINOR.

Cyon: Die Chorea und ihr Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus, Perikarditis und Endokarditis. Wien. Zeitschrift XXI. 1865.

Klebs: Virchow's Archiv XXXIV. p. 342 u. f.

M. Benedict: Elektrotherapie. Wien 1868. p. 141.

J. W. Ogle: Brit. and for. med.-chir. Rev. Jan. und April 1868. Schmidt's Jahrbuch CXLIII. p. 30.

Steiner: Klinische Erfahrungen über Chorea minor. Prag. Vierteljahrsschr. 1868. III. p. 45.

R. Arndt: Chorea und Psychose. Arch. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten I. 3. 509.

E. R. Kretschmer: Ueber den Veitstanz. Diss. Berl. 1868.

H. Roger: Klinische Untersuchungen über den Veitstanz und dessen Zusammenhang mit Rheumatismus und Herzaffectio, aus den Arch. gen. d. Med. Dec. 1866. Journ. f. Kinderkrankheiten Bd. 47. p. 307 u. f. B.

Szétágaznak a vélemények a felett, vajon a vittáncról van-e már Galen irataiban említés téve; annyi bizonyos, hogy e bántalom már a XV-dik században ismertetett. Kimerítőleg s igen természet-hiven a vittáncot legelőbb Sydenham, Cheyne és Dower írta le. E bántalomnak ma már egész biztossággal megállapított összefüggését a csuzzal már Stoll, Bouteille s Bright észlelték és See azt pályamunkájában statistice kimutatta. Ama fontos körülményt, hogy a csuz a vittáncal szükségképen szív-bántalom útján jön kapcsolatba, Kirkes emelte ki.

A vittáncot az akaratlagos mozgásokhoz keveredő társmozgások képezik, melyek az akaratlagos mozgásokat gátolják, megváltoztatják vagy tulhajtják. A bántalom többnyire 5—14 éves gyermekeknél veszi kezdetét, s pedig a kórokok minősége szerint vagy rögtön, majd előz, mények után. A rögtöni kezdet is gyakran már régebben betegeskedő legalább vérszegénységi tünetekben szenvedő gyermekeknél mutatkozik. Előzményekként hát-, tag-, fejfájás, gondolkodási és cselekvési mohóság s zavart alvás szoktak szerepelni. A görestünetek eleintén gyakran előldaliak, és pedig — miként néhány kimutatásból látom — kissé gyakrabban jobb-, mint baloldaliak. E féloldali vittánc (hemichorea), mely — mint tapasztalom — a betegség szabályos kezdetét képezi, inkább a kezet s a kart támadja meg, mint a lábat. Minden kézfogáshoz forgó ujj- és karmozgások szövetkeznek, sőt a kar szándékos nyugalomban artását is rángások zavarják, a kar egészen magára hagyatva azonban — pl. ha a beteg gondolataiba mélyed — nyugodtan is maradhat. Az arc rángásokat mutat s beszéd-, nevetés-, nézés-közben elfintorodik, a beteg lábát menéskor hányja-veti, ülésnél lóbálja vagy folyton más-hová teszi. Néhány nap vagy hét múlva a göres kétoldalivá válik, ni mellett az előbb megtámadott oldal folyton erősebben lehet bántalmazva. A göresös mozgások egy ideig fokozódnak. Valamennyi akaratlagos izmot megtámadnak (kivéve a zárizmokat, sphinkter), de azokat a beteg minden akaratlagos mozgás véghezvitelére használhatja; e göresös mozgások nem nagyfokuak, hanem csak oly társmozgásokként lépnek fel, melyek bizonyos foku összrendezettséget (Coordination) is mutatnak. A nehézkóros vagy méhkóros (hysterisch) roham zavaros, szabálytalan mozgásaihoz képest a vittánc némileg eltorzított, használható, célszerű mozgások képét mutatja. Egyes esetekben a beszéd szerve lehet tulnyomóan megtámadva (részletes vittánc dadogás alakjában), vagy a tarkóizmok, arcizmok, avagy valamely más izomsoport bántalmaztatik erősebben. Komoly akaratnak sikerül a göresös mozgásokat néhány pillanatra elnyomni. Alvásközben e mozgások tartósan

szlmetelnek, az alvás azonban nehezen áll be; súlyos esetekben a gör-
csök a beteget sokáig hánykódtatják álmatlanul ágyában, s néha —
talán álmok által felköltetve — alvásából is felzaklatják.

Nem csupán mozgási, hanem érzési zavarok is mutatkoznak. Az
érzidegek erőművi és villamos ingerek irányában rendkívül érzékenyek
(Benedict), s tulságos visszahajlási viszbatást mutatnak. Az ér-
zidegek lefutásában a Valleix-féle fájdalompontokhoz hasonló,
nyomás iránt érzékeny helyeket lehet kimutatni (Roussé). A beteg
kedélye levertté lesz, még akkor is, ha a gyermek sem eltorzult arc-
külleméről nem bir tudomással, sem mások gunyjára nem hajt. Ha a
betegség sokáig tart, a szellemi tehetségek is megtámadtatnak. Tulaj-
donképeni hűdések ritkán fordulnak elő bonyodalommakként vagy a
vittánc kimeneteként, ellenben bágyadság s kislefokú kifáradás
mindig kimutatható.

A bántalom lefolyása mindig idült, középszámban 6—10 hétig
tart s rendszeren gyógyulással végződik, mit kivált tavasszal vagy a baj
első felléptének megfelelő évszakban könnyen visszaesések szakíthat-
nak meg. A halállal végződő esetek ritkák, melyekben a ránggöresök
végül folyton hevesbednek s végre hőemelkedés is áll be, vagy me-
lyekben a halál hosszas álmokór után köszönt be, a göresös állapot
állandósulása is ritkán történik, mikor is mindig egyuttal az értelmi
tehetség is csökken.

Halálosan végződő esetekben agy-gümők, a fognyujtvány tul-
tengése, idült agyhártyalob, részletes agytultengés, agylágyulás taláta-
tott; hanem mindez csak a mellett tanuskodhatik, hogy a legkülönbö-
zőbb agybántalmaknál előfordulhat a vittánc mint tünetbonyodalom.
Maglehet, hogy az agy és gerinecagy kötszövetburjánozása előfordul a
vittánc bonceletében (Rokitansky), mindazonáltal e vitás tárgyat
sem szabad bűnbak gyanánt minden homályosidegbajnál szerepeltetni. S
e mellett a legpontosabb göresői vizsgálatok (Mejnert) oda mutatnak,
hogy inkább a központi ducok szürke állományában levő idegsejtek
izgatottsági folyamata képezi a bántalom okát. E bántalom bonceleté-
ben mindinkább elsőbrendű szerepet kezd vinni a kéthegeyi billen-
tyltre korlátolt szivbelhártyalob. Így Ogle 16 halálos kimenetelt
vittánc eset között 10-szer burjánzásokat talált a kéthegeyi billentyűn.
A balszivtól az agyhoz azonban csak egy ut áll nyitva kórokok számára,
t. i. a test úterein át. S valóban, Klebs a legfinomabb agy-, Peppere
a gerinecagyltérben mutatott ki bajszáledénytömülést. Számos oly
esetben, hol a balszivben vagy bárhol értimesz képzésére alkalmas
anyag találatott vagy találatik, az oldalgyomrocok fenekén elhelye-

zett nagy ducok hajszáledényeltömülését kell a vittánc okául tekintennünk (H u g h l i n g s J a c k s o n). E felvétel összhangzásban van azon körülménnyel, hogy a bántalom féloldalt, többnyire jobboldalt kezdődik, hogy a göres hatásköre hasonszerű a Sylvius-féle árokbeli ütér eltömülése folytán támadt hűdés hatáskörével, hogy t. i. pl. a kezet inkább megtámadja, mint a lábat, végre hogy a bántalom lassanként fejlődik. A lelet gyakori tagadólagos voltát a sértés kiesiny volta fejtí meg. Ezzel azonban nincs az mondva, hogy minden vittánc esetet hajszáledényeltömülésből kell avagy csak lehet is származtatni. Valamint nem minden gyomorfekély támad éreltömülésből, ugy bizonyára a csikolt-test és lencsemag valamennyi hajszáledénytáplálkozási zavarának sem kell szükségképen ez okból származni. Vérszegény egyéneknél az ütérfalak zsiros elfajulása, s hol ijedtség idézte elő a betegséget, talán hajszáledényrepedés lehet oka ama táplálkozási zavarnak. Sokan a baj székhelyét az agy összrendezési központjaiban (Coordinationscentra C y o n) vagy az e központokat a szervekkel összekötő készülékekben igyekeznek fellelni (K l e b s), s valóban forognak fen oly tények, melyekkel szemben kénytelenek vagyunk a gerincagnak a vittánc kóroktanában fontos szerepet tulajdonítani. Igy B r o w n - S e q u a r d azt észlelte, hogy vittáncos kutyáknál a gerincagy átmetésése után a test hátsó fele folytatja rángásait.

A vittáncra igen nagy hajlamosságot mutat a női nem (4 : 1), a 6-dik és 14-dik évek közti gyermekkor, s későbbi korban a terhesség. Ujszülötteknél (R i c h t e r E. H.), s néhány hónapos gyermekeknél is észleltetett már vittánc. E bántalom gyakran télen és tavasszal támad. A hajlamosság örökölt lehet s gyakran fordul elő ideges szülők gyermekeinél. Közvetlen kórokokként szerepelhetnek: a fej vagy hát rázkódása, névszerint esésről gyakran tétetik említés, továbbá ijedés, szorongattatás, félelem. Azon esetek ritkák, azonban igen bizonyítók, melyekben ijesztést célzó ügyetlen tréfa vagy ros z bánásmód után közvetlenül vittánc lép fel, mely gyakran épen az ijedés okát eltávolítani törekvő mozgásokat tünteti elő. Igy pl. egy szivbajos fiu, kit az ugró deszkáról a vízbe taszítottak, a rögtön beállt vittánc közben még később is gyakran tett uszási mozgásokat. Az ily uton támadt esetekben az ijedés folytán fokozott szivmüködés már készen volt értömeseket szakít-e le, avagy ez esetek alapját más okok képezik, még nincs eldöntve.

Erös meghülések s átázások szintén a vittánc okozói közé tartoznak. Különös csoportot képeznek az ingervisszahajlás útján támadt esetek. Ezek között legismertebbek azok, melyekben a baj önfertőzés

és főregíngeren alapszik. Ez többbit hol galandóé, hol orsóca eszközli, a mit csak akkor lehet biztossággal megállapítani, ha a főreg eltávolodásával a körttnetek is megszűnnek. Azon körülményből, hogy a vittánc épen a második fogzástól kezdve mutatkozik nagyobb gyakorisággal, a fogzást szintén e bántalom ingervisszahajlási okai közé sorozzák. Az érzidegek ingervisszahajlási érzékenysége tünete, nem pedig oka a vittáncnak, s már ahoz mindig beteges alkat szűkségeltetik, hogy ingervisszahajlás utján vittánc támadjon. Hogy e bántalom utánzás által is előidézethetik s ily uton gyakran egész iskolát, egész gyár vagy árvaház ifju népességét megtámadja, kétségbevonhatlan, de egyszersmind megmagyarázhatatlan tény. Az „ideges ragályzás“ (nervöse Contagion) s hasonló elnevezések inkább gátolják, mint könnyítik a bántalom természetébe betekintést.

A kórisme feladata, a vittáncot szervi agybántalmak, ránggörcsök s rossz megszokás utján támadt izomnyugalanságtól megkülönböztetni. E bántalom működési görösalakokkal is felcserélhető. Továbbá a bántalom okait kell meghatározni. E tekintetben meg lehet különböztetni:

1. Tüneti vittáncot, mely durva, anyagi agybántalmaktól függ. E tartósan féloldali vagy még részletesebb vittánc hűdésekkel, heves fejfájással, értelmi zavarral s nehézkes rohamokkal jár. Számos ily eset helyesebb elnevezést is nyerhet, mint a „tünetbonyodalom“ név.

2. Szívbeteg vittánc. A dolgok jelen állásánál fogva én ez elnevezést helyesebbnek tartom a „csuzos vittánc“ elnevezésnél. E rovatba azon kóresetek tartoznak, melyek előrement heveny csuz után hosszabb vagy rövidebb időre támadtak; ily eseteket, ugy látszik, a francia tudósoknak nagyon sokszor volt alkalmuk észlelni, melyekben ugyanis a bántalom idültlen s lappangva támadt baloldali szívbelhártyalob után lépett fel, — nálunk ez esetek a többséget képezik, — továbbá hol a vittánc együtt született billentyűhibák kíséretében fellépett szívbelhártyalobnál, vörheny, tüdőlob s más hevenybetegségek után lépett fel. Az azóta tett tapasztalatok már bebizonyították, hogy némely esetben a belhártyalobot heveny korában még a legszorgosabb szívvizsgálat mellett sem lehet felismerni, ez azonban csak kivétel s ennél fogva soha se tartson vissza bennünket a szív vizsgálatától.

3. Visszahajlási vittánc (chorea reflectoria), melynek kiindulási pontját kiválóan az emésztési és nemzési szervek körében kell keresnünk.

4. Önszenvi vittánc (chorea idiopathica). E rovatba az

idült emésztési zavarok, vérszegénységen s a fentemlített alkalmi okokon alapuló esetek tartoznak.

A jóslat kedvező, ha csak súlyos agy- vagy szívbántalmak nem képezik a vittánc alapját, s a mennyiben a legtöbb eset megszokott gyógyulni s csak ritkán végződik a baj halállal vagy válik gyógyíthatatlanná. Idegesség által hajlamosított családoknál, melyeknek tagjai között nehézkórosok, elnebetegtek, huyárban szenvedők fordulnak elő, kedvezőtlenebb a jóslat. A gyógyulás mindig néhány hetet igényel. Visszaesésektől minden esetben lehet tartani.

A gyógykezelésnek legelső helyen minden kipuhatható köröknek meg kell felelnie. Névszerint a visszahajlási vittáncnál sikerülhet, féregirtó, hőszámlajtó szerek (emmenagoga) stb. segítségével sikert aratni, azonban az ez irányban tett kísérletek rendszeren eredménytelenek. Általában a vittáncban szenvedőknek szabadbani tartózkodást, testi és szellemi erőfeszítésektől óvakodást, sőt még az iskolátogatás félbenschakítását is, és erőtéljes táplálkozást kell ajánlanunk. A vastartalmu szerekkel, névszerint a szénsavas vas nagy adagaival, vagy csnkamájolajjal eszközölt gyógykezelés gyakran célhoz vezet. Sok más esetben bódító és fajlagos szerekhez folyamodunk. Az első köztül már majdnem valamennyi megkisértetett és ajáltatott. Némi figyelmet érdemel a nadragulyaal (Atropin), a kuráre bíraláfeskenedése, a calabárbabfestvény (0,5—1 grm. 2—3-szor napjában) s a chloralhydrát. Ez utóbbi szer kisebb adagokbani alkalmazása mellett a legkedvezőbb eredményeket észleltem. Fajlagos szerekként ajáltatnak: a fehér horgéleg, a kénsavas anilin, a szoral (Strychnin), mireny, légsavas ezüst, a kénfúrdők. Benedict a gerincoszlop hosszában alkalmazott felhágó galvanáramot találja hasznosnak, mások tornaszást ajánlanak. Szívbántalom jelenléte engem nem indít — miként némelyeket — a gylszünke használatára, haem legfeljebb hideg borogatásokat alkalmazok a szív tájára, belsőleg chloralhydrátot s e mellett vasat vagy vasfestvényt adagolok borostyánceresznyevizzel (Aqu. lauroceras). A nadragulyaal, mely bolygidegbémitő hatásánál fogva a szív működést fokozza, ily körülmények között nem alkalmazható.

Kényszerítéssel járó módszerek vittáncos betegeknél mindig célszerűtlenek. Gnyolástól s egyéb kellemetlenül érintő bánásmódtól mindig óvni kell a beteget. A kedély felvidítása szeretetteljes, legalább is emberies bánásmód, testi ápolás hathatósan elősegítik a gyógyásikert.

IV. NAGY VITTÁNC. CHOREA MAGNA. GROSSER VEITSTANZ. CH. GERMANORUM.

C. E. W i e k e : Versuch einer Monographie des grossen Veitstanzes und der unwillkürlichen Muskelbewegungen. Leipz. 1844.

S k o d a : Bemerkungen über Chorea magna. Allg. Wien. med. Zeitung 1858. Nr. 36.

S t u n d e : Somnatio convulsiva. Petersburger med. Zeitschr. 1864. 12.

L e u b e i m Arch. f. klin. Medicin VI. p. 273.]

M o s l e r : Ueber Ch. germanorum vor dem Eintreten der Menses. Deutsche Klinik 1860 Nr. 30.

F. R o t h : Chorea magna. Bayer. Arztl. Intelligenzblatt 1863. 9.

Míg a kis vittánc tisztán mozgási bántalmat képez, addig a nagy vittáncnál a mozgási zavarokhoz szellemiek társulnak. E bántalom körképe felette változatos, gyakran alig lehet azt nehézköros rohamoktól s dühöngési állapottól különválasztani, néha elmuló hűdésekkel s gutaüttésszerű rohamokkal s a legkülönbözőbb idegbántalmak, névszerint a mélikór s a reszkető hűdés körképének vonásaival kevert. E betegség legnagyobb gyakorisága a serdülési korra esik, főleg a 10-ik és 20-dik évek között. Leányok sokkal gyakrabban megtámadtatnak mint fiúk. A megtámadottak közül sokan ideges családból származnak, s már előbb betegesek voltak; mindazonáltal erőteljes paraszt gyermekek is megbetegedhetnek. Néha meghűlések, erős szellemi benyomások, a havivérzés kimaradása s féreginger tartatik a bajtámadása okának. Egyes esetekben, miként a kis vittáncnál, a bántalmat csúsz és szívbjaj előzik meg.

A baj kezdetét a beteg összes szellemi állapotának megváltoztatásával járó, különféle bizonytalan, nehezen értelmezhető ideges tünetek képezik, néha közönséges vittáncszerű görcsök, gutaütési vagy nehézköros rohamok, álomköros, reszkető hűdéses állapot stb. Ezután rögtön göresrohamok lépnek fel vagy fejlődnek ki lassanként, melyek a betegség jellegét képviselik. E rohamok $\frac{1}{4}$ - vagy több óráig tartanak, megjelenésük szabályszerű, nap és óra szerinti, névszerint gyakran a délutáni időre esik, avagy szabálytalan időközökben ismétlődnek. Kezdetüket szunyókóros, dühöngési vagy göresös tünetekkel veszik, mit tulizgatott beszélés, szónoklás, nevetés, taglejtés, ugrálás, táncolás követ, némely beteg úgy tesz mintha repülni vagy uszni akarna. Ezen állapot a szellemi erők összpontosulására mutat, mi az egyént egyrészt egészen szokatlanul bőbeszédűvé s okoskodóvá teszi, beszédmódját megváltoztatja, másrészt meg a testfelület s az érzékek gyakran ész

lelhető érzéketlenségét megfejtí. E roham után a betegek alig mutatkoznak fáradtának s majd rendes magatartást, majd meg különböző idegbántalmi tüneteket mutatnak. A betegség mindig hetekig s hónapokig tart, halállal ritkán végződik, a betegek azonban legnagyobb részt méhkórosak, nehézkórosak vagy elmebetegek maradnak.

A betegségnek szándékolt esalásoktól megkülönböztetése, továbbá annak meghatározása, hogy mely jelenségek tartoztak a valódi kórtünetek sorába, s melyek voltak tulzások vagy hozzátoldások, gyakran nagy nehézségekkel jár. A mióta láttam, hogy miként ámitattott egy ily esetben aljas indokokból hetekig egy elismert éles elméjű tudós, kitől épen az idegbántalmak mezején a legjelentékenyebb dolgozatok jelentek meg, azóta helyesnek tartom azon elvet, miszerint mindazt, mit ily betegnél élettani ismereteink jelen állása szerint nem vagyunk képesek megmagyarázni, valótlannak tekintsük, s mindazon esetekben, melyeknél megmagyarázhatlan dolgokkal találkozunk, a tettetés gyanuja alá helyezzük a beteget. A holdkórosság vagy állati delejesség játszása kiválóan alkalmas a rövidlátók elvakítására.

A nagy számmal előforduló, tettetésen alapuló eseteken kívül megkülönböztettünk oly eseteket, melyek szivbántalmakkal, nehézkórral, elmebetegséggel s idő előtt támadt méhkórral vannak közeli viszonyban. Legkönnyebb azon esetek támadási módját meghatározni, melyekben a közönséges határokon túlterjedő bajszáledényeltömítések folytán a közönséges vittánc görcsös mozgási zavaraihoz elmezavarok társulnak; a mely esetekben tehát nem csupán a láttelep s a csikolt test, hanem az agy kéregállománya is bántalmaztatik.

A gyógykezelésnek mindenekelőtt az okok ellen kell irányoztatnia. Minden tettetés, tulzás, sőt fitogtatás ellenében is erélyesen kell fellépniünk. A szivbajok, vérszegénység, nemzűszervi bántalmak megfelelő gyógykezelést igényelnek. Mosler pl. egy beteget a havi vérzés előidézését és szabályozását célzó eljárás segélyével gyógyított meg. Különböben pedig mireny, vas és szabányos lefolyást mutató esetekben nagy chinaladagok ajáltatnak (Skoda), Bendict kuráre és galvanismus segélyével két beteget gyógyított meg, különben más esetekben a villamosságot alkalmazhatlannak találta. Állítólag hamanybűzeg (bromkalium) által is észleltettek gyógyulások.

V. RÁNGGÖRCS. EKLAMPZIA. CONVULSIONEN, FRAISEN.

B o l : Jahrb. f. Kinderkrankheiten III. 1. p. 66.

H e n o c h : Beiträge zur Kinderheilkunde, Berl. 1863. p. 86.

Göresrohamok annál gyakrabban fordulnak elő, minél kisebb koruak a gyermekek. Haerohamok általános váltakozó (klonisch) göresök alakjában lépnek fel s mellettük az öntudat nem enyészik el, ha e szerint ugyanazon jellemmel bírnak, mint a nehézkóros göresök, esakhogy egyes számban lépnek fel, a nélkül, hogy folytonos rohamsort képeznének, úgy ezek ránggörcs elnevezést szoktak nyerni. Mind a ránggöresök, mind a nehézkóros göresök kétségkívül hasonló élettani alapon nyugsznak. A ránggöresök a Varolhidban levő göresközpont agyvérzegénysége folytán támadnak. A nevezett két kóralak közti különbség csak abban áll, hogy a nehézkór,—valószínűleg a S c h r ö d e r v a n d e r K o l k által kimutatott edénykitágulás folytán — szokványossá válik.

Ráנגgöresben meghaltak hulláiban a koponyabennéken és a távolabb eső szerveken kivételesen mutatkozható legkülönfélébb elváltozásokon kívül, meglehetősen gyakran agyvizenyöt s visszeres agyvérbőséget, valamint az agyhártyákon vagy az agy felszínén apró véromlányokat találunk.

Meg szoktak különböztetni: elsődleges vagy önszenvi, másodlagos vagy együlttérzési és tüneti ráנגgöresöt, a szerint, a mint a göresroham előbb egészséges gyermekeknél, más betegségek kíséretében, vagy valamely agybántalom tüneteként lép fel. Az elsődleges esetek rendszeren ingervisszahajlás útján támadnak; ilyenkor főreginger, foginger, vesekövek, esetleg a bőrbe szurt tű, heves kedélyi benyomás idézik elő azon agyültérgöresöt, mely az agyvérzegénységnek alapul szolgál. Kivált alkati vérzegénység jelenlétében könnyen elérheti az agyvérzegénység a kellő fokot. Némely családoknál az elsődleges ráנגgöres alapjául szolgáló ingervisszahajlási erőműzet (Reflexmechanismus) kiválóan ki van fejlődve. Ez fejt meg a betegség öröklés útján előjvetelét. Angolkór s hasmenés folytán elgyengült gyermekek könnyebben megbetegesznek, mint mások. Az elsődleges kóresetekhez tartoznak azok is, a melyek mérgezés (ólom, borszesz, kávé) folytán jöttek létre. A másodlagos alakok különféle jelentőséggel bírhatnak, így pl. néha göresroham helyettesíti a különben hevenybetegségeket

megelőzni szokott rázó hideget. A rázó hideg általános ütörgöres, a görcsroham különösen agyütörgöres következménye. Főleg váltóláz-, tüdőlob- s mellhártyalobnál veszi gyakran kezdetét a láz a rázó hidegnek ezen legelőbb Trousseau által felismert helyettesével. Más hevenybetegségeknel, mint pl. hökhurut-, tüdőlob-, torokgyik-, kanyarónál fuladási rohamok idézik elő az agy iteres vérszegénységét. Máskor ismét a vérvégyszűrlő elváltozásait kell okoznunk, így súlyos vörheny-esetekben, hagymáznál stb. E rovatba tartoznak legtöbbször a hevenybetegségek halálos kimenetele előtt rövid idővel beálló görcsalakok is. Végre a ránggöres különféle térszűkítő agybántalmak, pl. vérömleny, agyhártyalob, agydagok stb. tüneteként lép fel. Érdekes és a ránggöres illetően utóni támadási módját mintegy kísérlet útján igazoló Elsässer azon tapasztalata, hogy néha angolkóros betegek lágy nyakszirtcsontjára gyakorolt nyomás által mesterségesen ránggörcsöket lehet előidézni. Az agybetegnek eme tüneti ránggörcsénél még mindig szükséges, hogy a lassan növekedő agynyomás rögtön fokoztassék, s ez vértorlódáson, savókiizzadáson stb. alapulván, e hatányok olyanok legyenek, melyek a kóros részeket oly fokozatba hozzák, hogy az egészséges részek teljesen vérszegényekké válnak. Hogy néha az elsődleges ránggöres rohamai után hűdések vagy zsugorok maradnak vissza, a roham közben támadt vérömlenyek- vagy ellágyulási gócból magyarázható meg. A tüneti ránggörcsök közé számíthatók azok is, melyek elterjedt veselobban szenvedőknél mutatkoznak. Nem csupán a vörheny után fellépő, inkább a belhám kóros állapotában álló s legtöbbször már származástani viszonyukból felismerhető s a jelenlevő vízkór által eléggé jellegzett vesebajok, hanem az igen lappangó lefolyású, tulajdonképeni terimbeles veselobok is képesek — történjék az bár vizeletrészeknek vérbeni visszamaradása avagy agyvizenyő által — ránggörcsös rohamokat előidézni. Coheens mások ismételve kimutatták, hogy figyelmes vizeletvizsgálatnál gyakran mutatkoznak — kiválóan fehérsége képeben — erre vonatkozó jelek.

A roham felette ritkán lép fel rögtön, hanem oly előjelek által előztetik meg, melyek valamely bántalom jelenlétére mutatnak s részben már magát a ránggörcsöt is megjósolják. Ugyanis azt találjuk, hogy több nappal a baj kitörése előtt az alvás nyugtalaná lesz, gyakori felébredés vagy nyugtalan mozgások által szakítottatik meg, ébrenlétnél a beteg hangulata, tekintete, arckifejezése megváltozott, úgy hogy a különben esendes, jóviselettl gyermek most roskedvű, durcás, sőt makrancos s e mellett gyakran igen álmos, arckifejezése bizonyos aggályt s fe-

szültséget mutat, tekintete nyugtalan s átható. Az érlökés teltségére és feszült voltára is fektettek némi súlyt. E változások, miután gyakran több napig tartottak, a roham közeledtével fokozódnak, a beteg tekintete merev lesz, bőrszíne elváltozik, elsápad vagy futólagosan elpirul, a beteg tartása szintén változást szenved, tagjait gyakran egy pillanatra kinyújtja vagy fejét hátra hajlitja, s a következő pillanatban megkezdődnek a váltógöresök, melyek teljes rohamok alkalmával a szem, az arc, a nyelv izmait, a rágizmokat, a legtöbb törzs- és végtagizmot, valamint névszerint a légzési izmokat is játékkörtikbe vonják.

E roham közben az arc előbb elsápad, később a göres huzamos tartamánál kékesvörösé lesz, az érlökés rendszeren szapora, ritka esetekben lassabb, a légzés vagy egyszerűen gyorsított, vagy egyenletes menetében megzavart, sőt a légzési izmok megtámadtatása folytán néhány pillanatra meg is akad. Ha ez beáll, úgy a felhas s a mellkas mellő fala mozogni megszűnnek, avagy élénk, rövid (a légzésre elégtelen belterjességű) rángásokat tesznek. Ebből könnyen kimagyarázható, hogy a ránggöresös rohamok könnyen fuldoklási (asphyktisch) állapotba mehetnek át. Legfeltünőbbek s a részletes ránggöresöknél is meglehetősen állandók a szemizomgöresök, melyeknek legtöbb részük van a beteg arc kifejezésének eltorzításában. A szemtekének legtöbbször felfelé, ritkábban lefelé fordulása folytán a szivárványhártya a szemhéjak alá rejtőzik, a szemtekék változatos módon hol össze-, hol széttartanak, vagy reszketve jobbra-balra mozognak, a láták átmérője többször változik vagy szűkült avagy tágult marad, a kifejezéstelen szem mereven követi izmai rohamos mozgását, a nélkül, hogy a beteg képes volna tekintetét valamely tárgyra rögzíteni. A homlok redőke vonsága, a szájzugok különböző irányokba való vongáltatása, a száj össze- és szétbuzódása s a különféle arcintorítások az arcidegnek, a rágás s a nyelv kinyújtása a háromosztatu s a nyelvszakideg működési zavarára mutatnak, e mellett még a néha tett éles, magas sikoltás, valamint talán az időnként fellépő légzési zavarok is azt gyaníttatják, hogy a bolygideg ágai is bántalmazva vannak. A beteg fejét majd hátra hajtja, majd felváltva hol jobbra, hol balra fordítja, a végtagokon, melyek közül tökéletlen rohamok alkalmával inkább a felsők, mint az alsók s féloldali göresöknél csak a féloldaliak szoktak megtámadtatni, a legkülönbélebben váltakozó göresös mozgások mutatkoznak. Gyakran, miként nehézkórnál, hüvelykét a beteg markába szorítja, míg más esetekben az ujjak kinyújtva s a kéz hol horított (pronirt), hol hanyintott (supinirt) helyzetet vesz fel, vagy a beteg összeszorított öklével ide s tova csapkod a léghen vagy a takarón. A törzs forgó mozgá-

sokat tesz vagy oldalfekvést vesz fel, s néha féloldali göresöknél erősen hánykodik. Teljes rohamoknál az öntudat is teljesen elenyésszik, mit a beteg tekintetéből bőringerek iránti visszahajlási érzékenység hiányából, s a végbél s a hólyag zárizmai feletti uralgás megszűntéből lehet felismerni, bár állítólag a legnagyobb foku rohamnál is mutatkozik az érzékeket érő némely behatásokra, pl. könnyegyzőkre (Ammoniakdämpfe) még némi visszahatás. Öt-hét éves gyermekek gyakran közölni is képesek, hogy a történetekre némileg vagy épen nem emlékeznek. Egy roham tartama néhány percre rug, avagy bizonyos tekintetben több napig elhúzódik, vagy is a beteg ezen egész idő alatt öntudatát nem nyeri vissza s időnként, pl. néhány óra leteltével mindig újra ránggöresöktől támadtatik meg. Körülbelül az esetek felénél csak egy roham lép fel, különben pedig néhány nap alatt több roham követi egymást; némely esetekben ugyan megtörténik, hogy hónapok, sőt évek telnek el, míg ismét újabb roham mutatkozik. A roham elmúltával a beteg kimerültségéről laza tartása, fáradt arcvonásai s gyakran félálomkóros állapota s arcának nagyfoku sápadtsága tanuskodnak. Gyakran egyes tagok fájdalmassága, izomzsugorok, korlátozt hűdések maradnak vissza, sőt állítólag vérömlenyeket, inszakadásokat, s csonttöréseket is észleltek már ránggöresük következtében létrejönni (Brachet). A halálos kimenet nem tartozik a nagy ritkaságok közé (Rilliet és Barthez eseteiben 13 közül 4, a Bouchut által észlelteknben 57 közül 7 halálozás); a halál vagy az idegműködési zavar folytán áll be hirtelen, vagy fuladás által idéztetik elő a légzési működés fenakadása (gyakran tetszhalál) következtében.

Az oki gyógykezelés lényeges feladata a ránggöresük alapjául szolgáló belszervekre ható vagy a külső ingerek megszüntetésében áll. Ezen ingerek néha igen kézzelfoghatók lehetnek (pl. valamely bőrseb tisztátalan volta vagy lobosodása, beszurt tü, forró szobalég, gyomortulterhelés), vagy meghatározásuk némi nehézségekkel járhat (önfertőzés, bárzsingsérülés, beszorult hegyes testek által), avagy teljesen hozzáférhetlenek (vesekövek, bélféreg). Az okok kikutatása céljából a beteghez tartozókkal a lehetőleg részletes értekezésbe kell bocsátkoznunk, s a nyert eredmény szerint eljárunk. Így például beszélük, hogy egyes esetekben a bőrbe szurt tü eltávolítása, a gyermeknek hűvös szobába áthelyezése elég volt arra, hogy a roham megrövidítettessék. Más esetekben ismét, hol a gyomornak nehéz étellekkelitulterheltsége volt a baj oka, szóval hol tápszeri káros behatások szerepeltek, hánytató szerek, hol több napig visszatartott magzatszurok (meconium) volt gyanu alatt, hashajtók tettek jó szolgálatot; oly gyermekeknél,

kiktől már többször bélférgesek távolodtak el, állítólag a féregellenes szerek is megszüntették a görcsrohamokat. Ha csak lehet, minden esetben legelőbb az oki javalatnak kell eleget tenni. Hol erre nézve minden támpont hiányzik, a tisztán tüneti eljárásra vagyunk utalva. A tisztán tüneti szerek első csoportját a fejre alkalmazott hideg borogatások, a fülék mögé felrakott nadályok s a fejűterek (Carotiden) összenyomása (Trousseau) képezi. Ha tekintetbe vesszük, hogy a tartós, halálos kimenetű álomkór s a visszamaradó hűdések létrejövetele, főleg vérömlenyek képződésétől függ, úgy ez eljárási módok okszerűségét el kell ismerünk. Igaz, hogy e módszerek nem képesek a rohamot közvetlen megelőző agyvérzegénységet megszüntetni, ellenkezőleg inkább fokoznak azt, hanem hasznosak akkor, midőn az útérgörcs alábbhagyván, a légzési zavar folytán visszeres vérpangás áll be és az agy újrafelélesztésére szükséges ütteresvéráramlásnak gátul szolgál. A roham ez időszakában legalább a nevezett eljárások elseje s másodika gyakran fényes sikert nyújt, míg a harmadik eljárás felől a birtokunkban levő néhány adat különbözőleg nyilatkozik.

A második csoportot a tulajdonképeni bőditő szerek képezik, melyek főleg izombénító hatásuknak köszönik szerepüket. A nadragu lyaal (atropin), szunyál, mákony, beléndek kivonat (extr. hyoscyam), a két első bőr alá fecskendve, utóbbiak belsőleg adagolva, továbbá a hangyanyhalvag belehelések alakjában már igen sok esetben alkalmaztattak. A hangyany halvag s a chloralvizegy segélyével néhány kiválóan kedvező eredményt értett el.

A harmadik igen tarka csoportot a talán legtöbb alkalmaztatásnak örvendő ugynevezett idegre ható szerek (nervina) képviselik; ezek közül főleg a horganyéleg, a gyökönkesavas horgany (zincum valerian), a moschus, a gyökönke s a büzaszat (asa foetida) használatnak gyakran. Helylyel-közzel iblanyhigany- s mirenyyel is tétetnek kísérletek. E csoportbeli szereknél hit és bizalom, nem pedig okadatolt hatás szerepel. Hol a szív ereje csökken, kétségkívül bor, moschus s hasonló izgatók vannak javalva.

A rohamok visszatérésének meggátlása céljából, ha vérszegénységgel állunk szemközt, vasat, lázas betegségeknel hitítő eljárást, ugyanis hőelvonást vagy chinált, gyliszűnkét stb. kell használatba vennünk, angolkór és más, a ránggörcsökkel oki viszonyban levő bántalmak megfelelő gyógykezelést igényelnek. Dns táplálás, hideg mosások általi edzés, a betegnek felhevülések- s indulatmozgalmaktól megóvása minden esetben helyén leendő.

VI. GÖRCSÖS IZÜLETZUGOR. ARTHROGRYPOSIS. CONTRACTURA ARTUUM.

A zsongi végtaggörcsök is azon idegbántalmak hosszú sorába tartoznak, melyek lényét sem bonci, sem élettani tekintetben nem ismerjük. E bántalomalakot legelőbb Tonnelé irta le 1832-ben mint sajátságos gyermekbetegséget, s azt azóta számos francia szerző észlelte, úgy hogy Rilliet és Barthez leírásukat, melyet mi is követni fogunk, 28 kóresetre alapíthatták. Feltűnő, hogy — mint látszik — e kóralak, — legalább agy-vagy gerincagybántalmaktól függetlenül — Némethonban felette ritkán észleltetett vagy vétegett figyelembe. Ezen betegségnél is, miként a rángörcsöknel, ugyanazon értelemben elsődleges, együttérzési és tüneti alakot lehet megkülönböztetni, melyek közül azonban mi csak a két elsőt fogjuk tekintetbe venni. Ez alakok a gyermekkor bármely részében előfordulhatnak, mindazonáltal legnagyobb gyakoriságukat az első s harmadik életév között érik el. Főleg gyenge, más betegségekből felüdülő, ritkán teljesen egészséges gyermekeknél lépnek fel, s megjelenésük inkább a hideg, mint a meleg évszakokra esik. Az ismert esetekben a fiúk megbetegedése határozottan túlsúlyban van; a bántalom közelebbi okait nem ismerjük. Maga a betegség láztalan, vagy csak csekély izgatottsággal párosult, majd hirtelen lép fel, majd lassankint fejlődik s gyakori, sőt némely esetekben szabályos alábbhagyásokat mutat. Lényege abbau áll, hogy nagyobb izomcsoportok, főleg a végtakon egyenletes, merev összehuzódásban vannak, mi mellett csekély fájdalmasságot mutatnak, míg a meggörbült tagok passiv nyújtása mindig élénk fájdalmat okoz. A baj rendszeren a végtagokban, s pedig többször a felsőkben székkel; csupán egy izomcsoport is meg lehet ugyan támadva, mindazáltal a bántalom többnyire részarányosan lép fel, sőt gyakran egyszerre mindkét kezet s lábat megtámadja. E mellett a beteg hüvelykét tenyerébe hajlítja, többi ujjait a kéz közép-ujjpercizületekben meghajlítja, az ujjpercizületekben pedig hüvelyke felett kifeszíti s a hajlítók inai az alkaron kiálló kemény zsinegekként tapinthatók. Ehhez társul a kéz hajlítása, úgy hogy az az alkarral majdnem egyenes szöveget képez, ritkábban és kevésbbé tökéletesen szokott a könyökizület meghajlítani. Az alvégtagokon a sark felfelé van húzva s a lábujjak hol hajlított, hol nyújtott helyzetben vannak. Féloldali zsuGOROK, melyeknél a térd- és

könyökizület szintén meg voltak hajlítva, állítólag egyes esetekben csipizületlobbali feleserülésre adtak alkalmat. A hajlított tagokon többször vizenyő s kifsokú bőrpír észleltetett. Ugy látszik, önkénytől függ, hogy a szegykulcsesecsiszom és a hátizmok némely zsugorodása (konoknyak s oldalgörnye) szintén e tüneti kórképhez számíttassék-e. A kórcsfolyás különböző hosszúságu, több napig, gyakrabban hetekig s hónapokig tart, majdnem mindig feltűnő alábbhagyásokat vagy félbenzakadásokat mutat, mellette gyakran a beteg elváltozott szomorú kedélyű, ellenben váltakozó göresök, kancsalság, hányás vagy egyéb agytünetek csak kivételesen mutatkoznak, a mi annál inkább figyelemreméltó, minthogy az elkülönítő kórismét (Differentialdiagnose) némely agybántalmakkal (kivált agygyümőkör- s agyhártyavérzéssel) szemben épen ama agytünetek hiányára szoktuk alapítani. Különben a lefolyás általában kedvező, minden eset gyógyulással végződik, s csak kiujulásoktól tarthatni. A gyógykezelés főjavalatait a megtámadottak testgyengesége s a göres leküzdése fogja képezni, melyek elsejének tápláló étrend, vas, chinal s bor adagolása, az utóbbi javalatnak langyos fürdők, a megtámadott részek melegen tartása s kis adagokban rendelt mákony vagy szunyal, megfelelő esetben hanygyanyhalvag- vagy elaylchlorür-bedörzsölések felelnek meg.

VII. IZOMTULTENGÉS. MUSKELHYPERTROPHIE.

Zsiros izomsorv.

S e i d e l M : Die Atrophia musculorum lipomato-a. Jena, 1867.

E betegséget egyes izmok terimeuagyobbodása, mások elsatnyulása s mindezen izmok hűdösszerű elgyengülése jellegzi. Az elsatnyult izmok halványak, fonnyadtak, göresű alatt elsődleges nyalábjaik (Primitivbündel) tetemes elvékonyodást, sőt részben oly teljes elsorvadottságot mutatnak, hogy csakis izomhüvelyük (sarcolemma) marad vissza. A tultengett izmok főtömegét, miként legelőbb G r i e s i n g e r az izommetzés által kiutatta, kötszövet és felhalmozódott zsirsejtek képezik, melyek között kevés megmaradt, elsatnyult, sőt itt-ott tultengett elsődleges nyaláb mutatkozik. Valamennyi ily eset a gyermekkorban támadt, melyek némelyike már a gyermekkor legelején idomtalauság, gyengeség és mozgási nehézség által feltűnt. E bántalom majdnem kizárólag fiukat támad meg, többnyire gyermekdus családokban fordul elő s a család több egymásután következő gyermekén szokott mu-

tatkozni. Ily családok lakása, táplálkozásmódja s egészségi állapota rendszeren igen kedvezőtlen, névszerint a családban nagy mérvben uralkodik az angol- vagy görvélykór; némely esetekben a szóban levő bajt gyengítő általános bántalmak előzték meg. Származástani tekintetben e bántalom az izomrendszer angolkórja látszik lenni. Ha a betegség igen korán veszi kezdetét, a gyermek feltűnő későn tanul meg járni s járása nem veszi el nehézségét, ingadozó voltát. Ha később lép fel, a beteg legelőször arról panaszkodik, hogy könnyen kifárad s a járáskor működő izületeiben fájdalmakat érez; azután a beteg tartása s járása folyton bizonytalanabbá válik s az erőtlenség az alvőtagok teriméjével együtt növekedik. A gerincoszlop rendes görbületei fokozódnak, a mellkas lelapul s elsoványodik, a felkelés nehezített s erőszakos lökés útján történik. A járás olyatén elváltozást mutat, hogy a betegek lábujjhegyen járnak, a nélkül, hogy sarkaik a földet érintenék. Ezen időszakban vizsgálatottéve a tultengett izmok között már mindig sorvadtakat is találunk, s pedig meglehetősen szabályossággal elosztva. Legterjedelmesebbek a lábikrák; ezután a combizmok egy része, névszerint a négyfejű combizom s a combközéltők. Sorvadtak rendszeren a mellizmok s a kétfejű karizom. A kar háromfejű és deltaizmai rendszeren vagy egészen vastagabbak, vagy gumószerűleg kiemelkedő tultengett részleteket mutatnak. A far-, ágyék- és hosszú hátizmok is gyakran megvaunak vastagodva. Ennél fogva a bántalom igen jellegző körképet nyújt, melynek fővonásai a következők: vastag lábikrás combizmok, sorvadtt mellizmok, a sorvadtt karizmokon, főleg a vállon sa küloldalon egyes gumószerű kiemelkedések, az ágyéki rész előgörnyéje s a gerincoszlop puppa (lordotische Lenden und leicht kyphotische Brustwirbelsäule), lábujjhegyeni járás. Közelebbi vizsgálatnál még a következő viszonyok tűnnek fel: a bőr alatti kötőszövet, kivált a megvastagodott izmok felett, zsírdus. A soványodó izmokon gyakran rostokénti (fibrilläre) vagy nyálábokénti rángások mutatkoznak. Mind a tultengő, mind a soványodó izmokban az erőesökkenésnek megfelelőleg a villamos összhuzékonyság is csökken. Dermedett állapotban (tetanisirt) ez izmok kevésbé vastagodnak meg, kevesebb meleget s erőt fejlesztenek ki, mint az egészséges izmok. Míg a tapintási körök nagysága s a bőrdegek abszolút érzékenysége rendszernek mutatkozik, azonban S e i d e l és W a g n e r azt észlelték, hogy a tapintás vizsgálata ily betegeknél sokkal nagyobb nehézségekkel járt, mint különben szokott, mert a tapintási benyomások hosszabb ideig tartottak. E körödrai észleletre határozottan sulyt kell fektetnünk, minthogy a mellett tanuskodik, hogy itt nem csupán izombántalommal állunk szemközt.

A betegség lefolyása mindig évekig tart, s gyakran tíz évig is elhúzódik. Kedvező esetekben a kórfolyamat megállapodik, tu lajdonképeni gyógyulások még nem észleltettek. Sokaig csak a helyváltoztatás mutatkozik megzavartnak, névszerint a felkelés igen fáradságos a betegre nézve, s a legnagyobb erőfeszítéssel történik. A beteg külleme nem változik, csak az állásuáli mellpup (Lordose), mely az ágybani ülésnél erős hátpupba (Kyphose) megy át, feltűnően eltorzítja a beteget, ki járásnál nagy fáradsággal vonszolja testének terjedelmes és súlyos alsó felét. Lassankint általános erőhanyatlás áll be, az egész test kényszerített nyugalma hátrányosan hat a betegre, a légzési izmok felette elgyengülnek, s a halálos kimenetet elgyengülés vagy fuladás idézi elő.

A gyógykezelést illetőleg, már számtalan szerrel tétettek sikertelenül kísérletek; így alkalmaztattak belsőleg zsongítók, mireny, iblanykészítmények, Banting-féle étrend, külsőleg a galvánáram, megszakított áram, az alvégtagok bepólyázása. Ez utóbbi eljárást Griesinger állítólag néhányszor sikerrel alkalmazta.

VIII. GYERMEKHÜDÉS. PARALYSIS INFANTILIS. KINDERLAEHMUNG, ESSENTIELLE, SPINALE KINDERLAEHMUNG.

J. v. Heine: Beobachtungen über Lähmungszustände der untern Extremitäten und deren Behandlung. Stuttg. 1840. II. Aufl. Stuttg. 1860.

C. Heine: On infantile paralysis. Med. Times and gazette 1863. p. 536. und 583.

W. Vogt: Die essentielle Lähmung der Kinder. Schw. Mon. Schrift 1857. Schmidt's Jahrb. C. 211.

Benedict: Elektrotherapie. Wien 1868. p. 379.

G. Salomon: Ueber Diagnose und Therapie einiger Lähmungsformen im kindlichen Alter. Jahrb. f. Kinderkrankheiten. N. F. I. p. 370.

A. Brünliche: Ueber die sogenannte essentielle Lähmung bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten XXXVI. p. 366

Duchenne Sohn: Paralyse atrophique de l'enfance. Arch. gen. 1864. Schmidt's Jahrb. CXXXVI. 53.

R. Volkmann: Sammlung klinischer Vorträge I. Ueber Kinder-Lähmung und paralytische Contrakturen. Leipz., Breitkopf u. Härtel 1870.

Azon hüdési alakokból, melyek gyermekeket szoktak megtámadni, a kórisme menetének megkönnyítése céljából néhány könnyen megkülönböztethető csoportot lehet alkotni. Az agybántalmak következtében támadt hüdéseket az agyidegek együttes bántalmazottsága, a magasabb agyműködés zavart volta s főleg a hüdött izmok változatlan villamos összehuzékonysága jellegzi. Hol a bénító ok behatása vegyes idegtörzseket ért, a villamos összhuzékonyság 1—2 hét eltel-

tével tetemesen csökken avagy teljesen megszűnik, az érzékenység hasonló mérvben tompul, a hűdött izmok elsoványodnak s a csontok növésükben visszamaradnak. Egy másik, s pedig a gyakoribb hűdési alaknál a villamos összhúzékonyosság megszűnik, az izmok a legnagyobb fokban elsoványodnak, a csontok növésükben visszamaradnak, azonban érzési zavarok épen nem, avagy csak kezdetben mutatkoznak. Kétségtelen, hogy e hűdési alak nem székel sem az agyban, sem a környi idegekben, hanem a közbeneső s kizárólag mozgató rostokat tartalmazó részekben, u. m. a mellső gerincagyi kötegekben vagy gyökökben. Ha ehhez még hozzávesszük, hogy a hűdés rögtön támad, eleintén hirtelen csökken s később kiterjedése élethossziglan egyenlő marad, úgy e gerincagyi gyermekhűdésekre nézve elég számos jellegző adattal bírunk. E kóralakot *Heine J.* nevezte el, ki e bántalom körül, mintán az előbb *Underwood* és *Badham* által leíratott, a legkimerítőbb vizsgálatokat tette, s kitől e betegség legterjedelmesebb leírását bírjuk.

E két hűdési alak külső hasonlatossága azonban nem dönti meg ama lehetőséget, hogy itt két különemti kórbonei folyamat szerepel, és a további kutatásnak nem lehet feladata az, hogy e két bántalomalak jelleme közötti összhangzást tökéletesbitse, hanem csak az, hogy különböző kórbonei alakjaikat felismerje s elkülönítse. Az azóta tett kórbonei vizsgálatok a következőket mutatták ki: velő-állomány sorvadását (*Hutin*), a mellső ideggyökök sorvadását (*Longet*), gerincagyhártyalobos lerakódásokat (*Behrend*), gerincagygümöket (*v. Recklinghausen*), a mellső kötegek szürke elfajulását (*Duchenne* és *Roger*). E leletek egyrészt támogatják ama felvételt, hogy a bántalom a mellső kötegekben s a mellső ideggyökökben székel, valamint másrészt meg oda mutatnak, hogy az, mi egyelőre gyermekhűdés neve alatt egybefoglaltatott, nem képez bonei alappal bíró kőregységet.

A betegség $\frac{1}{2}$ és $3\frac{1}{2}$ év között szokta kezdetét venni; legtöbb esetben előbb egészséges és erős gyermekeket támad meg; ritkán vagyunk képesek valamely közelebbi kóroktani mozzanat, pl. meghülés (*Bouchut*), hevenykötegek rendetlen lefolyása stb.*) nyomára jönni, hanem a betegség első kezdete váratlanul szokta a beteget meglepni, s pedig olymódon, hogy a hűdés nyugtalanul töltött éj után, vagy a

*) Nehány féloldali alvótaghűdést vizelési nehézségek előztek meg, s a hűdött oldalon még később is képes voltam veszenagyobbodást kimutatni (talán mégis környi a hűdés?).

nélkül, hogy valaki okát adhatná, hogy honnét támadt, rögtön lép fel vagy rövid ideig tartó lázas időszak által előztetik meg, vagy végre a hűdés közvetlen előrement, kiterjedt váltógöresös roham után jut észlelés alá, a mely roham, minthogy benne az agyidegek is részt vesznek s egyúttal öntérdatlanság is van jelen, ránggöresös (eklamptisch) rohamnak tekinthető. A göresrohamok ritkán ismétlődnek többször, legtöbb esetben egyetlen rohamban, mely a száj habzása, az öklök összeszorítása s a szemek elforgatásával jár, kimerül a betegség rövid első időszaka, melyet aztán a hosszasan, sőt élethossziglan tartó hűdés követ. Ez mindkét alsó végtagot s a törzsizmok egy részét, ritkán egyzersmind a felső végtagokat is, legritkábban csupán ez utóbbiak egyikét vagy mindkettejét, vagy csak egyik alvégtagot támadja meg (féloldali, kétoldali alvégtag, részletes hűdés).

A hűdés nem marad oly kiterjedésű, mint a milyen közvetlenül a roham után volt, hanem a hűdött izmok egy része, s pedig igen gyakran nagyobb része, ismét visszanyeri tevékenységét, pl. hol kezdetben mindnégy végtag hűdve volt, csak egyik felső vagy alsó végtag maran hűdött, avagy hol csak egy végtag volt megtámadva, a hűdés néhány nap múlva csak egy-két izomra marad korlátozva. A hűdés kiterjedését tekintve, második időszakának első idejében visszafejlődő haladást tesz, további részében pedig állandó marad. A legenyhébb esetekben, minőket K e n n e d y átmeneti hűdéseként, M ü l l e r gyermekhűdéseként írt le, a roham után nem sokára valamennyi hűdési jel eltűnik. Rendesen azonban megmaradnak a hűdési tünetek, s pedig legtöbbször az alsó, ezek után a felső végtagokon, néha csupán a törzson. Körülbelül 8—10 nap alatt a végképeni hűdésre kijelölt izmokban a megszakitott áramrai összhuzékonyság teljesen kihal. Azon izom, mely fél év elteltével sem nyerte önként vissza mozgásképeségét, örökre hűdött marad. A villamgyógyászok egyes eseteket hoznak fel, melyekben a villamos ingerlékenység egyes izmokban kialudt, az akaratlagos összhuzékonyság pedig fennmaradt és megfordítva, mindazonáltal általánosságban fel lehet venni, hogy mindazon izmok, melyeknek villamos ingerlékenysége a két első héten kihal, tartósan hűdöttek maradnak. A hűdött izmokban, miként S a l o m o n észlelte s miként én is többször láttam, gyakran visszamarad némi visszhatási képesség a galvanáram iránt. Az érzékenység, miként összhangzóan állítatik, bántatlanul marad, ellenben a hűdött rész melege mihamar esökken, a bőr elkéktül, márványhidegségt; féloldali hűdésnél a kóros térdali árokban a hőmérő 2—4°-kal alantabb áll, mint az époldaliban, az ütterek szitkebbeknek mutatkoznak, az izmok elsorvadnak, a csontok növéstükben

visszamaradnak. Évek mulva pl. a kórosoldali lábikra sokkal vékonyabb s a végtag 2—5 cmtr.-rel rövidebb, mint az époldali. Az izmokban ekkor már dus kötszövetképződés állott be az elsődleges izomnyalábok között, melyek szemesésen vagy zsirosan elfajulnak. Némelyek az izmok zsiros elfajulásában kivánták a betegség lényegét feltalálni (Duchenne), ámbár ez nem is mindig van jelen (Laborde, Volkmann). Az izületek a csontsorvalás s az elégtelen izomtámogatás folytán tulságos mozgékonytást nyernek, mi az izületek eltorzulására ad alkalmat, minek végleges létrehozásában a testrészek sulya s izomzsugorok működnek közre. A hüdött kar, melynek nem kell semmi terhet viselnie, kevésé idomtalanodik el, csak az ujjak s a kéz a rendes nyugalmi állásnak megfelelő kissé hajlított helyzetbe jutnak, a könyökizületben csak a hanyintás (supinatio) szenved, a vállizületben a felkarcsontfejecs kissé az izárok alsó széle felé sülyed. A láb többnyire lódongalábbá (pes equinovarus) változik, de a hüdés terjedelme és fellépési idejéhez képest lud- vagy kampóláb is fejlődhetik. A térdizületben, minél többet jár a beteg, annál inkább hátragörbülés áll be. Sok beteg, kik különben a hüdés fokánál fogva még eléggé jól járhatnának, a másodlagos elidomtalanodás miatt alig képesek magukat tovavonszolni. Mondják, hogy e betegség elsődleges időszaka, vagyis ama roham, mely után a hüdés kezdetét veszi, soha sem öl, de miből is tudjuk meg, ha valaki gerincagyhártyalobban vagy gerincagyvérzésben hal el, hogy e betegnél, ha betegsége tovább tartandott, épen e hüdési alak lépett volna fel? A második, vagyis a hüdési időszakot illetőleg annál bizonyosabb, hogy az nemcsak hogy az életet nem veszélyezteti, hanem egy vagy több tag elsatnyulása mellett az illetők heveny fertőzési kórokat és egyszerű lobos bántalmakat könnyedén kiállanak.

A jóslat e szerint, a mi az élet megtartását illeti, teljesen kedvező, a hüdés gyógyulását illetőleg azonban kedvezőtlen, végre a tagelferdülések meggátlására vagy megszüntetésére nézve ismét kedvező.

Az elsődleges időszakban a gyógykezelésnek hűsítő lobellenes eljárásban kell állania. Ennélfogva a hátra hideg borogatásokat kell alkalmazni, hashajtó szereket és sós hűsítő elegyeket adagolni; ránggörösös rohamoknál bódító szerek, névszerint hangyhalvag, mákony, vagy idegreható szerek, mint horgany, moschus vagy hamanybtüzeg (Bromkalium) vannak javalva. A visszamaradt hüdés dus táplálást és zsongító gyógyszerelést igényel, valamint azt, hogy a részek mielőbbi használata testgyenyészeti (orthopädische) segédeszközök által könnyítettessék. Az átterjedő villamáram kezdetben legalább hatástalannak bizonyul; az

állandó áramról nem nierném ezt állítani, Benedict, Bärwinkel s mások ennek, kivált gerincagyidegáram alakjában következetes alkalmazásával néhányszor sikert arattak. Én is észleltem, hogy ilyen eljárásra a kóros részek táplálkozása, növése, vérkeringése s használhatása némileg javult. Legnagyobb súlyt kell helyezni arra, hogy alkalmas elhelyezés s a járásnak alkalmas, az izomsegély hiányát pótló testegyenészeti készülékek segélyével támogatása által a másodlagos elferdüléseknek eleje vétessék. E részben elég, ha Volkmann jeles kórodai előadására utalunk.

D) KÖRNYI IDEGBÁNTALMAK.

I. Arcideghűdés. Paralysis nervi facialis.

Mimische, Bell'sche Gesichtslähmung.

G. B. Duchenne: De l'électrisation localisée et de son application etc. Ed. II. p. 650.

H. Ziemssen: Die Elektrizität in der Medicin. III. Aud. p. 71 u. f.

H. Ziemssen und A. Weiss: Die Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit bei traumatischen Lähmungen. Arch. f. klin. Med. IV. p. 579.

F. Bärwinkel: Zur Casuistik der doppelseitigen Faciallähmungen. Arch. der Heilkunde. VIII. 71.

Hennoch: Beiträge zur Kinderheilkunde. N. F. p. 114.

H. Roger: Ueber die Gesichtslähmung bei Kindern. Journ. f. Kinderkrankheiten XLII. p. 401.

A 7-ik agyideg hűdve lehet 1. az agyban, s pedig: a) a szemzárizom s a homlokredőző izomhoz menő ágainak épen maradása mellett, a csikolt test táján; b) valamennyi ágával együtt a Varol-hidban vagy a nyultagyban. Ide főleg a kétoldali s a nem egyenoldali arcideg hűdés tartoznak. 2. Az agyon kívül, de a koponyán belül, mikor egyszermind a hallideg is hűdve van. Ide tartoznak szintén a nem egyenoldali hűdés (a végtagok jobb-, az arcideg baloldalt), melyek az által tűnnek ki, hogy a hűdött arcizmok mihamar elvesztik villamos összluzékonyosságukat. 3. Az arcidegre a sziklaesontbani haladása közben különböző okok hathatnak bénítólag, így pl. kifejtetlen halljárat mellett együtt született arcideghűdést észlelünk. A sziklaesont legkülönbözőbb genyes roncsoló kórfolyamatai bántalmazhatják az arcideget s azt elroncsolva, vagy csak savósan átítatva, végképen, illetőleg ideiglenesen hűdötté tehetik. Ha a bénító ok a térddue (Ganglion geniculi) felett éri az ideget, vagyis ott, hol a nagyobb felületes sziklaideg (N. petros. superf. major) töle még el nem vált, akkor az ügyvi-

torlaemelő izmon is mutatkozik hűdés, ha pedig az említett hely alatt van az ideg bántalmazva, akkor ezen izom ép marad. Majdnem valamennyi ugynevezett csuzos hűdésnél az ideg a sziklaesontbani lefutása közben van bántalmazva. 4. A esontbóli kilépése helyén (foramen stylo-mastoideum) hegek, mirigydagok, ujszülötteknél a szülfogó nyomása hathatnak az idegre bénítólag. 5. A fültömirigyben e mirigy duzzalása által számosabb arcidegág, e mirigyen tul pedig egyes ágak, hegek, sebek stb. által tétethetnek működésképtelenné.

Származástani tekintetben következő főalakokat különböztethetünk meg: 1. Az ujszülöttek mindig néhány nap alatt gyógyuló s mindig féoldalí hűdését, melyet a szülfogó nyomása idézhet elő. 2. Az ugynevezett csuzos arcideghűdést, mely légvonat, átázás s hasonló hatányok folytán támad, s gyermekeknél majdnem oly gyakori, mint felnötteknél, s mely a csuzos hűdésnek vagyis a mozgó idegvégék bőrön át támadt hűdésének mintaképeül tekintett, mely azonban tényleg a dobüregen át az arcideg törzsének a dobüreg falához legközelebb eső részletére történt behatás következménye. Azt képzelik, hogy ezen alaknál a Fallop-esatornában vérzés vagy savógyülem nyomja az ideget. 3. A sziklaesont genyedése folytán támadt hűdést, mely az előbbi-től teljessége és kedvezőtlenebb jóslata által különbözik. 4. A tökéletlen, de más hűdésekkel bonyolódott agybeli hűdést.

A hetedik agyideg hűdése előjelekkel birhat, melyek agybeli hűdésnél fejfájás- és más agytünetekben, a sziklaesontbelinél nehézhallás- vagy hallási zavarokban állnak. Hogy mutatkoztak-e megelőzőleg az arcideg uralma alatt álló izmokon rángások, csak a legritkább esetekben lehet kitudakolni. A hűdés a nyugalomban levő arevonásokon kezdetben alig enged változást felismerni, minden rész egyensúlyban van, minthogy a gyermeki are zsírpárnázata feszes voltánál fogva az arevonásokat szokott helyzetükben tartja. Csak nevetés-, sírás-, beszélésnél, szóval az arcizmok nagyobb fokú tevékenységénél látjuk, hogy az egyik oldal nyugalomban van, míg a másik rendesen mozog s a részek a középvonaltól kissé az ép oldal felé térnek el. Névszerint feltűnik, hogy a száj körötti barázdák mozdulatlanok, s hogy a szemhéjrés semmi körülmény között sem záródik. Az arcideg által ellátott összes arcizmok hűdésén kívül még a következő tünetek érdemelnek figyelmet: a kinyújtott nyelv hegye az egészséges oldal felé tekint, minek oka abban rejlik, hogy a karc-szakizom (m. stylohyoidcus) s a kéthasn izom hátsó hasa hűdött levén, a szakesont kellőleg nem rögzítetik. Az inyvitörle emelő izmának hűdött volta folytán a szájpadv (Ganmenthor) a kóros oldalon alacsonyabb. E mellett a uyelesap

begye az ép oldal felé tér el. A fültömírigy elválasztása csökkent. Egy felnőtt egyénél, kinek mindkétoldali Stenon-vezetékébe egy-egy cső alkalmaztatott, az époldali esőből négy csepp nyál ürült ki, míg azalatt a kóros oldaliból csak egy csepp mutatkozott. A nyelv szélének izképesége a dobhúr (chorda tympani) hűdött voltánál fogva csökkent. A hallideg bántatlan volta dacára is mutatkoznak kistöku hallási zavarok, névszerint erős és magas hangok a betegnek fájdalmas érzést okoznak. E körülményt a dobhártyafeszítő s a kengyelizom (m. tensor tympani, m. stapediüs) bénult volta fejtí meg.

Már néhány nap múlva kezd a százug süllyedni, a kóros arcfél nyugalomkor is síma s kifejezésnélküli, az alsó szemhéj a belső szemszegletnél a szemtekétől eláll, úgy hogy a könyvek a könyelvezetésre nézve fontosabb alsó könyrpontot nem érhetvén el, az arcra peregnek. Ez elváltozások folyton fokozódnak, míg végül évek múlva az arc középvonala állandóan az egészséges oldal felé van elhúzódva, a kóros szájfél lazán s félig nyitva esügg le, a szemöldök s az arcereidök lejebb állnak, az alsó szemhéj kiszegélyt mutat, s a szemteke haránt körkörös fedetlen felülete a porchártya elhomályosodásával járó lobosodást szenved.

Baierlaeher, Meyer M. s mások által leirt azon körülmény, hogy a hűdött izmok a megszakított s a folytonos villamáramra különböző visszhatást mutatnak, az Erb és Ziemssen által tett kísérleti vizsgálatok alapján jelenleg a következőkre vihető vissza. Ha az idegek több mmtr.-nyi hosszúságu részlete roncsoltatik el, úgy az izmok s idegágaknak mind a megszakított, mind a folytonos áram iránti ingerlékenysége néhány nap alatt elenyészik, s ha valaha, úgy csak hónapok múlva tér vissza. Erös összenyomatásra az idegből mindkétmenüt villamos ingerlékenység kihál, az általa ellátott izmok azonban csak a megszakított áram iránti érzékenységüket veszítik el, míg ellenben a galvanáramra fokozott visszhatást mutatnak. Az izmoknak a folytonos áram iránti túlingerlékenysége addig tart, míg a megszakított áram iránti ingerlékenység vissza nem tér, mikor is emennek növekedésvel amaz esökken. Mindez annál előbb bekövetkezik, minél esekélyebb sértést szenvedett az ideg. Agybeli (intracerebral) hűdésnél sem az izom, sem az ideg villamos ingerlékenysége nem szenved. Engem az többször meglepett, hogy oly izmok, mint pl. a poszáizom, melyeket részben a háromosztatu ideg lát el, sorvadással járt s évtizedek óta fenállt teljes hűdés mellett, az állandó áramra még némi visszhatásképességet mutattak. Az arcideg valamely bántalmazott környi részletének helyi kórisméjére nézve jelentőséggel bír a nagyobb felületes

sziklaideg (n. petros. superf. major) s a dobhur (chorda tympani) magatartása, melyek elseje a térdducnál eredvén, az inyvitorta emelőizmát, utóbbika pedig a karcsecseslikon valamivel túl ered s a nyelv szélét és a kengyelizmot látja el.

A jóslat legtöbb esetben, még némely agybántalomszülte hűdésnél is kedvező s csak a sziklacsent szűvasodásán alapuló esetekben kedvezőtlen.

Gyógyítani némely alakokat nem szükséges vagy nem lehet, így az újszülötteknél a szülfogó nyomása által támadt, vagy az egytt-született halljárafhiány folytán fenálló hűdést. Óvmód tekintetében ajánlatos a külljáratnak a gyermekkorban oly gyakran előjövő s névszerint hevenykütegeket kísérő hurutjait a legszorgosabban gyógykezelti. Heveny, csuzos alakoknál a csecsnyujtványon eszközölt helyi vérelvonást teszünk, később az eset minősége szerint a megszakított vagy a folytonos áramot sikerrel alkalmazhatjuk. A villamozásnál nem szabad az izmot se tulfárasztani, se tulingerelni. A kifárasztás fokozná a hűdést, a tulingerlés pedig arcideggöresöt idézhetne elő.

II. FÜRÉSZIZOM-HÜDÉS. SERRATUS-LAEHMUNG

Duchenne: De l'électrisation localisée. Ed. II. p. 770.

F. Neuschler: Ein Fall von Serratus-Lähmung. Arch. der Heilk. III. p. 78.

Wiesner: Zur Pathogenese und Aetiologie der Serratus-Lähmungen. Deutsch. Arch. für klin. Med. V. p. 95.

A mellső nagy fürészizom hűdése, mely nehéz munkát végző néposztályok felnötteinél a kulcsfeletti tájt érő erőmtívi behatások vagy meghűlések folytán szokott támadni, 8—14 évek közti gyermekeknél gyakran előfordul. Leányok legalább is oly gyakorisággal betegesznek meg, mint fiúk, míg felnötteknél e tekintetben a férfinen hátrózzottan tulsulyban van. A bántalom támadási okául gyermekeknél hol nehéz munka, hol esés, vagy tulhajtott tornászás hozatik fel, egy esetben a hűdés heves hőkhurutrohamok után lépett fel. A hosszú mellidegnek, (n. thoracicus longus), mely egyedül s csakis a mellső nagy fürészizmot látja el, lefutásmódja, mely szerint az a középső bordaemelő izmon át s ennek mellső felszine felett halad, következtetni engedí, hogy ez ideg gyakori erőmtívi s légmérsékleti ingereknek van kitéve, s hogy ekként környi hűdés támadhat. Helylyel-közzel oly esetek is észleltettek, melyekben a hűdés az agyban székelt vagy izomsorvból indult ki, ez utóbbi alakok néha más izomsorvokkal s hűdésekkel

szövetkezettek s kétoldaliak szoktak lenni, míg a közönséges idegszervi fibrésziomlódás csak egyik oldalon, s pedig gyakrabban a jobboldalon lép fel. E bántalom ismertető jelei a következők: ha a beteg karját mell felé emeli, a lapoc függélyes tengelye körül fordul akként, hogy belső széle a mellkastól szárnyként eláll, egyuttal alsó szeglete a gerincoszlop felé fordul, míg felső-belső szeglete ettől eltávozik. A kar segítség nélkül nem képes a vízszintes helyzetnél magasabbra emelkedni, míg ha a lapocot rendes helyzetébe tesszük vissza s abban rögzítjük, a kar könnyűszerrel feljebb emelkedik.

Kezdetben gyakran a kulcs feletti tájon fájdalmak jelentkeznek, a baj későbbi folyamában az izom elveszti a megszakított áram iránti ingerfogékonyságát s elsorvad. Ha igaz az, hogy a hűdés a hosszú mellidegnek a középső bordaemelő izmon átthaladásában szenvedett nyomatásán alapul, úgy az izom állandó áram iránti ingerlékenységének egyidőre e hűdési alaknál is fokozottnak kell lennie.

Gyógykezelés céljából hólyaghuzók és vérelvonások vétettek használatba, miket legegyszerűbb a kulcsesont fölé alkalmazni. Későbbben izgató kenőcsök, az állandó s a megszakított áram és meleg fürdők alkalmaztattak. Egyáltalában hol a villamáramra nem mutatkozik visszhatás, kevés kilitás van a sorvadt izom helyreállításához.

III. BÓLINTGATÓ GÖRCS. SPASMUS NUTANS.

Salaam-Krampf, klonischer doppelseitiger Accessorius-Krampf.

R o m b e r g : Klinische Wahrnehmungen p. 56.

H e n o c h : Beiträge zur Kinderheilk. Berl. 1861. p. 23, und Neue Folge. Berl. 1868. p. 102.

B o h n : Die Nervenkrankheiten der Kinder. Jahrb. der Kinderheilk. N. F. III. 1. p. 67.

S c h m i d t's Jahrb. Bd. 67. p. 213. Bd. 74. p. 331. Bd. 72. p. 220.

Legelőbb N e w n h a m irt le 1849-ben egy görcsalakot, mely gyermekeknél a fej bálványszerű bólintgatását okozza. Majdnem ugyanekkor F a b e r is irt le ily köreseteket (a „Journal für Kinderkrankheiten“ 1850. évi folyamában); ezt R o m b e r g, H e n o c h, E b e r t leirásai követték, újabban pedig B o h n festette igen világos színekkel e bántalom képét.

E betegségnek két alakját kell megkülönböztetnünk, egymint enyhét és súlyosabbat. Bár e bántalom kórbonctanát teljes homály fedi, mindazonáltal kórodai tüneteiből gyaníthatjuk, hogy enyhe alakja nem egyéb egyszerű visszahajlási göresnél, súlyosabb alakja pedig

agyhártlyabántaloméhoz hasonló alapon nyngszik. A kórokok, melyekről e bántalomra vonatkozólag említés tétetik, sokkal különféleképek, hogysen azoknak értéket lehetne tulajdonítani. Egyes esetekben a megbetegedés nyakszirtrei esés vagy vízbezuhanás után történt, főleg pedig gyakran gyengítő betegségek, u. m. hasmenés, angolkór, hörgtüdőlob előzték azt meg, egy esetben angolkór jelenlétében már előbb más göresalakok állottak fenn, ugymint ránggöres és hangrészgöres. Az kivételes esetnek tekinthető, hol a gyermek e bántalom előtt teljesen egészséges volt. A kóresetek kétharmada az első életévre esik, s ezek közül ismét legtöbb a 6—9-dik hónapban fordul elő. A tudomásomra jött esetekben a kor tekintetében a határokat a 3-dik hónap s a 11-dik életév képezte. Számos enyhébb esetben, hol egy vagy több fog kibuvása után minden tünet alábbhagyott, azt következtették, hogy a göres foginger által visszahajlás útján támadott. Egy esetben képes volt H e n o c h kimutatni, hogy a bántalom visszahajlás útján idiült garatlob következtében jött létre.

A kóresetek egy részénél a legelső kórjelt a fej egyenesen előre s hátra, vagy néha kezdetben ferdén oldal felé történő bólintgatása képezi, gyakrabban ezt más göres- vagy hűdési alakok, u. m. csuklás, megvakulás, szemhéjgöres, aregöres stb. előzik meg, s csak mintán ezek egyideig már fenálltak, lép fel kezdetben ritkábban s csekély mérvben, később növekedő gyakoriság- és hevességgel a bálványszerű bólintgatás. Megtörtént, hogy az egyes roham csak egyetlen előrehajlásból állott, máskor ismét 60, 80, sőt 100 bólintás észleltetett egy perc alatt. Néha napjában csak néhány, míg máskor óránként több roham mutatkozott. A kistöku bólintgatási göres, melyet E b e r t csak a szegykulcs-csecszimok, R o m b e r g pedig egyszersmind a fej egyenes izmai kóros működésének is tulajdonit, a gerincoszlop hajlító s feszítő izmainak nagyobb részére is elterjedhet. Volt rá eset, hogy a beteg minden roham alkalmával megsebezte homlokát és ajkait, minthogy e részeit a pallathoz nyomta s dörzsölte. A betegség lefolyása közben gyakran még más szervekben, pl. a karizmokban is lépnek fel göresök. A bántalom többnyire hónapokig tart. Az enyhébb esetekben a göres, miután a legkülönbözőbb gyógyszerek sikertelenül alkalmaztattak, önként rögtön megszűnik, azonban kiujulásoktól lehet tartani. Súlyos esetekben a kórleflyás butasággal, nehézkórral végződik, néha lassankint testi s szellemi gyengeség fejlődik. A jóslat csak oly esetekben kedvező, hol biztosak vagyunk, hogy oly visszahajlási görcsesel van dolgunk, melynek keletkezési helyéhez gyógykezelés tekintetében hozzáférhetünk. Különbben mindig súlyosabb, maradandó idegzavarok fejlő-

désétől kell tartanunk. A gyógykezelést illetőleg még nem birunk biztos szabályokkal. Visszahajlási görcsnél annak indító okát igyekeznünk megszüntetni. Más esetekben legjobb, ha megnyugtató idegreható szerek mellett enyhe lobellenes eljárást követünk. Az eddig követett gyógyeljárások bizonytalansága megfelel a bántalom körbonci viszonyai ismeretlen voltának.

IV. IDEGES ARC-SORV.

S. S a m u e l: Die trophischen Nerven. Leipz. 1860. p. 274.

P. G u t t m a u: Ueber einseitige Gesichtstrophie durch den Einfluss trophischer Nerven. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten I. 1. pag. 173.

H e r i n g: Archiv für klin. Chirurg. 1867. IX. 1. p. 230.

B ä r w i n k e l: Beitrag zu der Lehre von den neurotischen Gesichtstrophieen. Archiv der Heilkunde. IX. p. 151.

Azon tíz féloldali arc-sorveset közül, melyeket leírva talállok, 8 a 15 első életévben támadt. Támadási idejük ez életkorban a következőzöleg oszlik el:

az életévek,	az esetek száma.
—1	1
2—3	1
6—7	2
7—8	1
10—11	1
14—15	2
15—16	1
21—22	1

Ezen esetek közül 8 leányoknál fordult elő, s csak kettő fiuknál. Valamennyi esetben lehet okokra vagy legalább ezek nyomaira akadni, így hol az arcfél megégése (Hering), hol az arcfél s a kar érzéketlenségével járt guttaüttésszerű roham (Parry), nyakmirigygyűrvely, genyes torokgyík, kanyaró, höghurut s.t.b. hozatik fel. A gyermekkor tuhyomó megtámadtatása azon általános ismert tényben találja magyarázatát, hogy a fejlődésben levő részeken könnyebben megtörténik, hogy azok visszamaradnak növéstükben, mintsem hogy kifejlett részek sorvadásba esnek. A jobboldal csak két esetben volt megtámadva, a bal nyolcszor. A sorvadás hétszer az egyik háromszatu ideg egész hatáskörére ki volt terjedve, egy esetben az első, egyben a második, s egyben a második s harmadik ága által ellátott részekre szorítkozott. A sorvadás vagy egyenletesen fejlődik, úgy hogy

lassankint az egész arcfél kisebbnek tűnik fel, vagy foltokként veszi kezdetét, ugyanis az arcfélen halvány mélyedt helyek képződnek, melyek mindinkább nagyobbodnak, összefolynak s végtül az egész arcfelületet elfoglalják. A csontok kisebbek maradnak, az izmok elvékonyodnak, a nyelv fele keskenyebb, a bőr alatti zsírszövet elenyészik, maga a bőr is vékonyabb s feszült lesz, a szemteke visszasütyed a szemgödörbe s kisebbnek tetszik. Az ajk s a pofa vékonyabb, a hajat kihull, gyéren nő vagy idő előtt megöszül az arc középvonala képezi minden elváltozás határát. A sorvadás felfelé a falcsontig, lefelé a nyak hosszának feléig terjedhet. Az érzékenység s mozgékonyág bántatlanok, csak egy példát ismerek, a hol a háromosztatú idegmozgató s kevés esetet, melyekben érző rostjain izgatottság mutatkozott, ugyanis Axmann s Hüter esetében kezdetben rágizomgörcsök s az arc tulérzékenysége volt jelen. A kitapintható nyak- s arcüterek feltűnő rendellenességet nem mutatnak. Ilyetén hajban szenvedők állították, hogy ha a tükörbe nem tekintenek, semmi zavart sem vesznek észre. Minden észlelőt meghatott a kifejezettebb esetekben a beteg arcküleme, mely egyik oldalon ifju teltséget mutat, míg másik fele agg, beesett, redős, idő előtt megöszült hajzattal ellátott.

Legtöbb esetben, mintán az egyik háromosztatu ideg vagy egy ágának körébe tartozó részek teljesen megtámadtattak, a bántalom állandóvá lett. Sem belsegek, sem a megszakitott vagy állandóáram hosszszasabbhasználatára nem volt képes tartós sikert nyújtani. A villamos gyógy mód azonban azon érdekes eredményt nyújtja, hogy a bőrön igen könnyen véráramlási pir támad. Bár ez minden ülés alkalmával mutatkozik, mindamellert még hónapokon át alkalmazott villamos gyógy mód sem képes jelentékenyebb javulást eszközölni; mindez eléggé bizonyítja, hogy nem ütészükület, hanem más finomabb hatányok szolgálnak az ideges sorvnak alapul.

Hasonló zavarok, t. i. ideges sorvok a test egyéb részein is, ugy a törzsön, mint a végtagokon többszörösen észleltettek. Ezenkívül te-kélyedések (Wagner E. esetében) és elszinesedések néha oly ki-terjedésben fordulnak elő, hogy bizonyos idegek hatáskörébe esvén, idegbefolyás utján létrejöttük bizonyítékának tekintetű.

VIII.

BŐRBETEGSÉGEK.

I. EGYÜTTSZÜLETETT HALHÉJAG. ICHTHYOSIS CONGENITA.

J. F. J a h n : Ueber Ichthyosis congenita. Jahrb. f. Kinderheilkunde III. 204. und 316.

H. L e b e r t : Ueber Keratose. Breslau, 1864. p. 99.

H. M u l l e r : Verhandlungen der physik.-med. Gesellschaft in Würzburg I. 119.

Némely rendes időre vagy csak valamivel korábban született gyermekek szaruszerű pikkelyekkel fedett bőrrel jönnek a világra. E betegség valószínűleg a magzatélet korábbi részében veheti kezdetét, okai ismeretlenek, előfordulása okát állatoknál (borjú) sem lehetett kipróbálni. A test felületét felhám helyett szaruösszeállású, vonalnyi vastag barnás-szürke anyag fűdi, melyet barázdák pikkelyekre osztanak, s ezek között a bőr csupasz s hámnélküli. Az e pikkelyek által képezett páncél szűk a tagok számára, úgy hogy az egyes pikkelyközök tátognak s épen ebből lehet korábbi létrejöttére következtetni. A bőrszemölcsök tultengettek, a pikkelyek faggyu- és szőrtüszők kivezető csöveiből és hámsejtekből állanak s telvék faggyuval. A megvastagodott mirigycsövek a pikkelyeknek rostos, és felületüknek pontozott alkatot kölesönöznek. A kezeken s lábakon hiányzanak a pikkelyek és az irha, a szemölcsök s a felhám egyszerűen csak megvastagodottnak mutatkoznak. A felhamban a zsíros anyaggal telt verejtékmirigycsövek kezdetben függélyesen, további menetükben pedig sok helyen majdnem vízszintesen haladnak, úgy hogy a kérges felhám finoman esikolt külemet nyer. Az arc és a kéz s lábujjak mindig fel-fűnően el vannak torzulva, a szemhéjak kifordultak s duzzadtak, az orrszárnyak s állporeok satnyák, a száj az ajkak elhuzottsága folytán

tágra nyitott, a kéz és lábujjak elnyomorodottak. Ily gyermekek születésük után néhány órával vagy nappal mind elhalnak, azonban úgy látszik, hogy mindig élve születnek. Születés után a pikkelyek közti barázdák a levegő behatása folytán mélyebbek lesznek és genyednek. Boucolat alkalmazásával többször lobos állapot mutatkozott a tüdőkben.

II. EGYSZERŰ HALHÉJAG. ICHTHYOSIS SIMPLEX, KERATOSIS DIFFUSA, FISCHSCHUPPENKRANKHEIT.

Lebert: Ueber Keratose. Breslau, 1864. p. 125.

Azon egyének, kik e bajban szenvednek, vagy rendes alkattal születtek, vagy világrajöttükkor bőrtük kissé repedezett s eserepes volt. Majd rövid időre a születés után, majd több hónap vagy év múlva a bőr feltűnő szárazzá lesz, s felhámrétegét hálószerű repedések pikkelyekre osztják. E pikkelyek széleiről apró csatok s lemezkék válnak el, s a különben élénk veres csupasz bőrt fehéresen csillogó réteggel borítják. A betegek bőrtük kellemetlen szárazságáról panaszkodnak, mely valóban kevés váladékot is termel, azt kissé lehűlni s gyakran kissé viszketni érzik. A tenyerek, talpak s többnyire az arc is bántatlanok. Ha a baj magasabb fokot ér el, úgy sárgás, szárszerű lemezek, továbbá halpikkelyek, karózat (Pallisaden), tüskékhez hasonló szaruképletek képződnek, melyek akár önmaguktól leválva, akár művi-
leg eltávolítatva, ismét újraképződnek. E betegség, ha kifejlett, gyógyíthatlan; hosszan tartó meleg fürdők, kénfürdők, szappanok s lugalok ideiglenesen könnyebülést szereznek. Egyes észleletek, így pl. Fröbelius legújabb észlelete szerint ezelőtt e bántalom enyhébb alakjai kezdetben gyógyíthatók voltak. Fröbelius esetében mandolajjal bedörzsölések s korpafürdők alkalmaztattak. Kifejlett alakokat többször láttam a legtapasztaltabb bőrgyógyászok által hónapokig eredménytelenül kezeltetni.

III. FELPÍR. ERYTHEMA.

A bőr felpírja alatt általában annak a szemölcsréteg esekély duzzadásával járó elterjedt (az ép részekbe lassankint átmenő) vérbőséget értjük, mi mellett a bőr alatti kötszövet elsődlegesen nincs bántalmazva

s másodlagosan csak az írha genyedésének áttérjedése folytán lép fel benne vizenyő vagy genyedés.

A gyermekeknél előforduló bőrpállás (intertrigo) nem egyéb, mint erőmlvi behatások utján támadt felpír, melyhez, ha okai hosszabbban fenállanak, vagy egyszerű a fellám leválása, vagy hólyag- s genytltszöképződés folytán többé kevésbé felületes hámtalanság (excoriatio) és fekélyedés társul. Ez elváltozások oly helyeken szoktak leginkább létrejönni, hol két bőrfelület érinti egymást, tehát főleg redőkben; e szerint e bántalomnak leginkább ki vannak téve a végbélnyílás s a nemzőrészek környéke, a combok belfelülete, a tarkó, a fülek, a hónaljárok s a könyökhajlat, már kevésbbé a lábikrák, a sarkak, a tenyerek s az ujjak. Egészséges gyermekek ruganyos, pozsgás bőre kevésbbé alkalmas e bántalom fejlődésére, de annál alkalmasabb erre idült sorvasztó betegségekben, névszerint bélhurut-, bujasenyv-, idült hörghurut-, gümökórban stb. szenvedők vékony, petyhüdt, sorvadtt köztakarója. Ily gyermekeknél a bőrt érő vegyi vagy erőmlvi (leggyakrabban egyuttal mindkét nemű) hehatások illetén bántalmat idéznek elő. Az erőmlvi ingerek többnyire abban állanak, hogy két bőrfelület dörzsolli egymást, vagy hogy a gyermek valamely testrésztét, pl. sarkát az érdes pólyához dörzsolli. Vegyi ingerek főleg akként származnak, hogy valamely váladék a szomszéd részekben visszamarad s felbomlásnak indul. Ilyetén ingerként bélsár, vizelet, geny, izzadság szerepelhet, főleg azonban folyékony, hasmenésszülte anyagok szokták a végbélnyílás környékén, a combokon s a nemzőrészekben a bőrt bemoeskolni s benne lobot gerjeszteni. Ha a váladékok gondosan s óvatosan lemosatnak, úgy nem gyakorolnak ilyen káros behatást, s ennél fogva a bőr bizonyos hiányos alkatán kívül annak hiányos tisztogatása s ápolása is a bőrpállás hajlamosító okai közé tartozik. A megtámadott részek bőre simává, fényessé lesz, kissé megduzzad s élénk veres színt ölt, mely nyomásra eltűnik, vagy csak halvány, sárgás elszínesedést hagy vissza. Ezen állapotában a bőr fekélyedésekre igen hajlandó; miért is ha a körökök tovább is tartanak, a fellám leválk, a bőr felső rétege horzsolás folytán szintén elpusztul s ekként kissé bemélyedt, többnyire éles, öblös szélű nedvező felületek támadnak, melyek mihamar tulajdonképeni genyedésbe mennek át, sárgásszürke esapadék által vonatnak be, s végre, ha a fekélyedés mélyebbre nem terjeszkedik vagy üszkösödésbe nem megy át, gyógyulás áll be, mely kiterjedt, kékesveres, későbbben veresszürke, sima heget hagy hátra. Különös gyógyulási mód mutatkozik gyakran a végbélnyílás környékén, mely abban áll, hogy a hámtalan felület behagedt részei között egyes kis helyeken

nedves, burjánzó sarjcsomócskák emelkednek ki, melyek meglehetősen hasonlítanak a lapos függölyökhöz. Míg oly helyeken, hol tulnyomóan horzsolás szerepel, azonnal hámtalanságok támadnak, addig a fentebb említett vegyi ingerek befolyása alatt inkább megtörténik, hogy a meglobosodott bőrfelületen hólyagesák s genytliszűk is támadnak, melyek aztán felpattanván szintén fekélyedésekre nyújtanak alkalmat. A bőrpállás, főleg ha fekélyek támadtak, fájdalmakat okoz, s ennél fogva sok sikoltozásra, nyugtalanság- s álmatlanságra adhat okot. Tetemesebb láz nem szokott jelenlenni, legtöbbször teljesen hiányzik, ha csak egyéb, a bőrbajt kísérő betegség vagy a bőr elgenyedése által elő nem idéztetik. Vérzések a hámtalan felületekből, a genyedésnek üszkösödésbei átmenése vagy a bőralatti zsírszövetrei átterjedése csak kedvezőtlen gyógyviszonyokkal bíró helyeken észlelhetők. A kórisime mindig könnyű s azt rendszeren már az ápoló személyzet meghatározza, csak a fentebb említett esetekben lehetne a végbélnyílás környékén mutatkozó bőrpállást lapos függölyökkel feleserélni. A betegség gyógyulási ideje és lehetősége előhaladási fokától, a kíséretében netalán fellépő más betegségek menetétől s a kellő fokú tisztaság fentartásának lehetőségétől függ. A végbélnyílás környékebeli bőrpállásnál főleg azon kell igyekeznünk, hogy hozzá hasmenés ne társuljon, vagy a már fenálló megszüntetessék. *V a l l e i x* amaz állítása, miszerint e bántalom a szájpneumóniával (soor) közeli összefüggésben áll, sőt annak előhírnökét képezi, valótlanul bizonyult. A jóslat általában véve kedvező, s a bajt rendszeren sikerül néhány nap alatt meggyógyítani. A gyógykezelésnek mindig első feladata a lehető tisztaságot helyreállítani, s a bántalmazott bőrrészeket benedvesítő váladékokat eltávolítani. Ennél fogva a hasmenéseket le kell küzdeni, a bélsárt s vizeletet mindannyiszor langyos víz vagy nedves szivacs segítségével eltávolítani, fullfolyásnál befekendéseket tenni s bő izzadásnál filterdöket alkalmazni. A használatni szokott gyógyszerek közül mind a kenőcsök, mind a közönséges hintőporok (semen *lycopodii* vagy kemnye, horgéleggel, ólomléggel) azon hátrányos tulajdonsággal bírnak, miszerint éppen azt eszközlik, hogy az általuk bevont részekre a váladékok erősebben tapadnak; ennél fogva én előnyösebbnek tartom egyszerű felpírnál csupán gyakori hideg mosásokat, hámtalanság- és genytliszűkkel járónál pedig ólomvízzel, kénsavas, ecetsavas horganyéleg (*sulfas et acet. Zinci*), vagy légsavas ezüstoldattal készült borogatásokat alkalmazni. Névszerint a légsavas ezüstoldat ($\frac{1}{2}$ — 1%), naponta a kóros hely megtisztítása után 2—3-szor beecsetelve mindig jó szolgálatot tett.

E g y s z e r t ű b ő r f e l p í r körülírt helyekre szoritkozva, vagy

az egész tets felületére elterjedve fordulhat elő. Ez utóbbi alakhoz számíthatjuk ama bőrpírt is, mely a születés után közvetlen, vagy az első bárom nap alatt fejlődik; ez újszülötteknél élettani folyamat s néhány napi fenállás után lassankint eltűnik, sárgás elszinesedést hagyván hátra (erythriasis). Ide tartoznak továbbá a bőr ama általános, világos vérbőségei is, melyek különböző heveny gyermekbetegségek folyamában, pl. torokgyiknál, tüdőlobnál rövid idő alatt megjelennek s ismét eltűnnek és tapasztalatlanok által könnyen vörhenykütegnak tartathatnának. Még ismertebbek azon részletes felpirok, melyek gyakran heveny betegségek kezdetén a szegyeletti tájon, a nyakon, a homlokon s a pofákon mutatkoznak. Azonban oly általános felpirok is észleltettek már, melyek csecsemőknél érlökésszaporodás-, izgatottság-, álmatlanság- s a végtagok reszketésével — kimutatható helybeli megbetegedés nélkül — lépnek fel, s 1—3 napi fenállás után a láztünetek megszűntével ismét eltűnnek. A felpír legenyhébb alakjaihoz tartoznak azok, melyek vértorlódásokra hajlandó bőrt gyermekeknél tulságosan meleg fürdő folytán általános uton, vagy helybelileg nyomás vagy más kisebb erőművi behatások folytán támadnak. Az említett alakok egyike sem kíván különös gyógykezelést, csak felismerünk szükséges azokat, nehogy tévedésbe essünk

IV. ORBÁNC. ERYSIPELAS.

Rothlauf. Rose

Trousseau: Journ. de medecine 1844. p. 1.

Rilliet et Barthez: Maladies des enfants II. p. 103.

Fürth: Beobachtungen über das Ery-sipel der Neugeborenen. Jahrb. f. Kinderkrankheiten VI. 3. p. 124.

Horvieux: Gaz. med. de Paris 1856. p. 123 u. f.

Bartscher: Ueber Erysipelas der Kinder. Journ. f. Kinderkrankheiten XLVIII. p. 1.

Bierbaum: Ibid. p. 218 und 339.

Abelin: Ibid. LX. 217.

W. C. Blas: Beobachtungen des Erysipelas. Dias. Leipz. 1863

Nyrkedénylob, mely a bőrt nagyobb kiterjedésű körtülről helyen megtámadja, veressé, duzzadtá s izzadmánynyal átívódotta teszi, ezenkívül a felhám Malpighi-rétegében sejtburjánzást s a mélyebb bőr- és kötszövetrétegekben savós beszűrődést idéz elő, és néha a kötszövet tulajdonképeni lobjával is szövetkezik (Phlegmone), képezi az orbánc körbonetani alapját. Ezenkívül a bonclelet, az egyes köresek származástana és bonyodalmaihoz képest, még számos elváltozást mutathat,

melyek közül a köldökviszérlobot, tüdőlobot, hashártya- s mellhártya-lobot említjük meg. A körfolyamat bonci kimenetelei lehetnek: 1. Az izzadmány felszívata, úgy hogy a vérbőség s a duzzadtság eltüntével az illető bőrreszleten csak esekély sárgás elszinesedés marad vissza, különben pedig a bőr, mintán előbb hámrétege lefoszlott, ismét teljesen rendesnek mutatkozik. 2. Kötszövetlobbai átmenet, a bőr alatti kötszövet elgenyedése s kisebb-nagyobb falyogok képződése a bőr alatt. 3. Üszkösödés, a mikor is a legutóbb megtámadott bőrreszletek sötétebb piros színt öltenek, mint az egyszerű orbáncnál, vérpontokkal beszórtaknak mutatkoznak, máshol ismét a felhámréteget vér- és savóhólyagok fedik végre teljesen befejezett üszöknél a bőr szövete barna, szakadékonny, csafatos, büzös anyaggá változik, mely határoló genyedés útján válik le.

Felüöttéknel az orbánc rendszeren az arcon vagy esetleges sértések környékén szokott fellépni, s mind az arcorbánc, mind a sebzési orbánc, bár előbbi felette ritkán, utóbbi pedig csak kórházakban járvány alakjában is előfordul. Az ujszülöttek és a két első életévben levő gyermekeknel azonban sem az arc nem szolgál rendszeren az orbánc székhelyéttl, sem pedig közönséges értelemben vett sebekből nem szokott az kiindulni, hanem rendszeren járványosan fordul elő, sőt bizonyos gyógyintézetekben otthonos (endemisch) betegségként szerepel. Az általánosabb és hajlamosító okokat illetőleg a nemnek e tekintetben jelentékeny befolyást nem tulajdoníthatunk, minthogy a megtámadott fiúk száma csak kissé van tulsulyban a leányoké felett. Ellenben annál több befolyással bír a kor, s a kóresetek legnagyobb száma az élet két első hetében fordul elő, a mennyiben a 3-ik és 4-ik életéven tud egész a serdülési korig az orbánc még ritkábban mutatkozik, mint a virulási években. Billard e viszony okát joggal kereste az élet első napjaiban élettani folyamatként fenálló bőrvérbőségben, valamint azon körülményben, hogy a magzatmáz eltávolodása után, a bőr megszokott óvó takarójától megfosztatván, nagyobb izgékonytságot nyer. A helyiség is nagy befolyással bír; ugyanis az orbánc, mely szül- és lelenházakban felette gyakori, a magángyakorlatban, kivált jobb módú osztályoknál oly ritkán fordul elő, hogy már ebből is azt lehet következtetni, hogy létrejövése körül posgerji (miasmatisch) hatányok szerepelnek. E mellett szól továbbá az is, hogy időnként az orbánc járványos fellépte genyvértséggel, gyermekági lázzal, s egyes járványok alkalmával az anyák nemzörészeinek orbáncos megbetegedésével, valamint a gyermek genyvértséggel és köldökviszérlobjával esik össze. Ez okozza tehát, hogy az ujszülöttek orbánca néhány, a magán-

gyakorlatban ritka s csak itt-ott a szegény osztálynál előfordul s lelenházakban honos betegséghez, mint köldökgenyedés- és üszök-, köldökviasszérlob-, hashártyalob- és keményedéshez (scleroma) szokott társulni. Mind az élet két első hetében levő gyermekeknél, kikenél e betegség általában senyves jellemet mutat, mind pedig idősebb gyermekeknél legtöbb esetben ezenkívül még egy, a betegség létrejöttét közvetítő és fellépési helyét meghatározó alkalmi ok forog fenn. Újszülötteknél ily alkalmi okként leggyakrabban a köldök vagy köldök- edények lobja szerepel, miért is mind régiebb, mind újabb írók joggal állítják, hogy az újszülöttek orbáncja rendszeren az altesten kezdődik, és pedig a köldök alatt vagy annak közelében. Ezenkívül szülfogóvali sértések, bőrrepedések, bőrpállás (intertrigo), genyub (impetigo), himlőoltás és egyéb genyedéssel járó bőrbántalmak gyakorolhatnak kedvező helyi és járványi viszonyok mellett az orbánc székhelyére és fellépésére befolyást. Körülbélül a 4-ik életéven túl a fejkütegek kivételével mindezen okok hatástalanokká lesznek, és a fejkütegek is, valamint a fül és az ornyákhártya bántalmai, ha a tulajdonképeni erőmtvi orbáncoktól eltekintünk, ez időtől fogva az arcorbáncoknak szereznek túlsúlyt, míg előbb a törzs hasonló bántalma gyakoribb volt, mint a végtagoké, s ezeken ismét gyakrabban fordult elő orbánc, mint az arcon.

Mint hogy idősebb gyermekeknél az orbánc tünettanát s lefolyási módját a felnőtteknél észlelhetőt megközelíti, ennél fogva itt csak az újszülöttek orbáncjának megfelelő mozzanatait fogjuk tekintetbe venni. Miként említve volt, a köldökön gyakrabban, mint a test egyéb helyén, a bőrön körülírt élénk piros támad, mely főleg széleinél kissé a felszín fölé emelkedik s forró tapintatú. Ha e helyre nyomást gyakorolunk, a gyermek rendszeren felsikolt, vagy elfintorítja arcát. A felnőttek orbáncjának — melynél már a bőr megbetegedésének első jeleivel vagy még előbb tetemes lázas izgatottság szokott fellépni — menetétől eltérőleg gyermekeknél gyakran az orbánc már teljes kifejlődésben van, a midőn láz és izgatottság hozzátársulnak. A dolog természetete hozza magával, hogy azon tünetekkel, melyeket némelyek esorvás (gastrisch) bonyodalomnak neveznek (étvágytalanság, rossz szájíz, vastagon bevont nyelv, gyomortáji nyomás és teltség érzete) kis gyermekeknél nem találkozhatunk; ezeken rendszeren minden ilyen tünet hiányzik, csupán a láz fokozódik kezdettől fogva mindinkább, az érlökés szaporodik, a bőr hőmérséke emelkedett, a gyermek álomkórossá lesz, sokat nyöszörög és nyög, nyelve veres, száraz lesz, a beteg gyorsan soványodik és néha a körlefolvás vége felé ránggöresöské

vagy kisértő sárgaságba esik. Ezalatt a helybeli bántalom továbbhalad, a duzzadt bőr sötétebb veres színt kap, sima, fénylő felülete számos finom redőkbe szedődik, a duzzadtság csökken, teljesen lelohad s a felhám finom pikkelyekben kezd leválni, azonban míg az első megbetegedési hely gyógyulásra vergődik, — a folyamat felette ritkán meggyógyul hólyagképződésig, — azalatt hasonló folyamat veszi kezdetét a vele határos bőrrészleten, s így folyton odább-odább halad, szóval, az ujszülöttek orbánca mindig vándorló orbánc (*erysipelas migrans*) szokott lenni. Helylyel-közzel a bántalom ugrásokat tesz, úgy hogy a legelőbb bántalmazott helyre később ismét rákerti a sor, vagy úgy, hogy pl. a bántalom egyik kar hosszán egész a kézig végighaladván, a másik karon vagy a háton jelenik meg. Észleltettek esetek, hol e lobos folyamat az egész testfelületet bejárta. Mindazonáltal ez még sem oly felette gyakran történik, a mennyiben a bántalom előbb meggyógyul, vagy a beteget a kimerülés (lázás felemésztetés, vérszegénység) megöli, vagy a helybeli folyamat kedvezőtlen fordulata, vagy bonyodalmak idézik elő a halálos kimenetelt. Magát a bőrbántalmat illetőleg névszerint attól lehet félni, hogy az kötszövetgenyedésbe megy át, hogy az így létrejött tályogokból vérzés támad, vagy hogy úszkösödés áll be, mely utóbbi folyamat következtében pl. *Unterwood* egy esetben az egész borékot elpusztulni látta, úgy hogy a herék teljesen fedetlenek voltak. Genyvérűség létrejöttétől nem annyira lehet orbánc következtében félni, mint inkább attól, hogy az kezdettől fogva az orbánc társát képezi. A bonyodalmak között névszerint az egyszerű és lebenykes tüdőlobot, a genyedő (átrakódási) tüdőlobot s hashártyalobot említjük meg, melyek közül a tüdőbajokat természettani tüneteikből, a hashártyalobot pedig az alhas puffadtságából, a magas melli légzésből, a hányás- és székrekedésből ismerhetjük fel. Azon hashártyalobot is, mely főként oly esetekben fordul elő, hol az orbánc kiindulási pontját a has köztakarója képezi, alig lehet egyszerűen a has bőréről a hashártyára átvettett lobnak tekinteni, hanem mindkét folyamat az orbánc s a hashártyalob bizonyára a köldök rendellenes elzáródási folyamatán vagy a genyes vérvegyen alapul.

Az ujszülöttek orbáncának lefolyását és jóslatát illetőleg igen különbözők az adatok: *Bouchut*, *Trousseau* és *Baron*-nal egyetemben az ujszülöttek orbáncát mindig halálosnak nyilvánítja, s e nyilatkozatnak kétségkívül számos, azonban csupán egy helyen s egynemű körülmények között gyűjtött észleletek szolgálnak alapul, s még e mellett ez észleletek a kedvezőtlen egészségi viszonyairól ismert párisi gyermekkorházakban gyűjtettek. *Billard* 30

kóroscte közül, melyek különben az első életév egész tartamában fordultak elő, 16 végződött halállal. Bednar a gyógyulást mondja gyakoribb kimenetelnek. Általában e dolog körülbelül akként állhat, hogy szoros értelemben vett ujszülötteknél kór- és szülházakban a halálos kimenetel képezi a szabályt, már a magángyakorlatban azonban kedvezőbb a lefolyás, s még kedvezőbb a két első héten túl levő gyermekeknél. Kedvezőtlen jeleknek tekintettek: a bántalmazott hely gyors elékülése, úgy hogy csak szélén marad meg az élénk veres szín, a lob nagy kiterjedése s gyors vándorlása, a gyermek életgyengesége, ideges tünetek, a bőr elgenyedése és üszkösödése. A kórlefolyás ritkán tart két hétnél kevesebb ideig vagy épen csak három napig, hanem hat hétre is elhúzódhatik. A gyógykezelést illetőleg a legkülönbözőbb módokon tettek kísérletek külsőleg, belsőleg higanyt alkalmaztak, maró higanyfürdőket, szűrke kenőseket vettek használatba, vérelvonások tettek hideg és meleg borogatásokkal és begöngyölésekkel, nemkülönbön olom-, kámfor- és horganyoldatokkal történtek kísérletek, a bántalom haladásának hólyaghozók és égetés segélyével igyekeztek határt vetni — mind hiába. Véleményünk szerint az orbáncot kétféleképen lehet felfogni, ugyanis vagy mint egyszerű, szabányos lefolyásu heveny bőrlobot s ez esetben várakozó (expectativ) tüneti eljárásra vagyunk utalva, vagy mint senyves eredetű bántalmat, mely vérfelbomlás vagy genyvérítéssel levén kapcsolatban, bomlásellenes (antiseptisch) gyógykezelést igényel, s ekkor belsőleg chinal, vas és szeszek, külsőleg kámfor s hasonló izgató anyagok vannak javalva. Mi tehát óránként két csepp sósavas vasfestvényt (Tetr. ferr. muriat.), vagy naponta 0,25 grm. chinalt, s jelentékenyebb összeesésnél (collapsus) közben bort, pálinkát vagy szénsavas kőnlegenyt (Ammon-carbon.) rendelnénk s a kóros bőrrészletet olomeccettel vagy kámforszeszszel borogattatnók. Más esetben azonban, ha a bántalom önálló, jó tápláláson s kedvező egészségi viszonyokról gondoskodáson kívül a bántalmazott hely lögyapot (collodium), vagy traumaticin-nali bevonása volna ajánlható. Kiállott orbánc után a szülőket elővigyázatra kell figyelmeztetnünk, hogy a gyermeket a könnyen megtörténhető kiújulást elősegítő hatányoktól óvják. Ha az orbánc genyedésbe, üszkösödésbe megy át, vagy vérzések támadnak, vagy az elgenyedő orbánc alatt másodlagos csontszu lép fel: a közönséges sebészi gyógy-mód alkalmaztassék.

A csecsemőkoron túl fellépő orbánc ugyanazon okokkal s tünetekkel bír, mint a felnőtteké. Leggyakrabban az arcot támadja meg s e helyen apró genyttüszök-, sebek- és egyéb bőrsérülésekhez szokott tár-

sulni, névszerint ha ezek bomlásnak indult genyvel tartósan érintkeznek, vagy tisztátalanul tartatnak, avagy erőmtvi ingereknek vannak kitéve. Igen sok esetben a bőr orbánca ingerelt nyákhártyaseb folytán tovavezetés útján támad. Ez elsődleges nyákhártyabántalmak majd az orrban és melléküreiben (Z u e e r i n i), majd—gyakrabban—a torokban székelnek. Ha pontosan kutatjuk, tapasztalni fogjuk, hogy a legtöbb arcorbánc nyelési nehézségekkel s a torok hátsó fala nyákhártyájának veres, duzzadt, száraz, fényes voltával kezdődik. Innen a lobfolyamat vagy az Eustach-kürtön, dobtüregben s a külső halljáraton, vagy az orrtüreg hátsó részén, az orrkönyesatornán s a könyesatornácskákon, vagy végre az egész alsó orrjáraton át terjed tova az arc bőrére. Az elterjeszkedés utóbbi alakja a legrendesebb; innen van, hogy az orbánc gyakran az orr oldalán kezdődik. Hogy görvélyes gyermekek az orbáncnak jobban ki vannak téve, mint mások, annak egyedüli oka a nálunk oly gyakori kútegekben és nyákhártyabántalmakban rejlik. Bizonyos kórházak-, intézetek- s házakban a tisztátalan levegő folytán majdnem minden csekély börsértüléshez orbánc társul. Az évszakok közül főleg az ősz bővelkedik orbáncos megbetegedésekben. Azon körülményt, hogy időnkint más lobos bántalmak felette gyakran szövetkeznek orbáncal, valamint a súlyos hevenyfertőzések, például genyvértiség és hagymáz kíséretében fellépő átrakódási orbáncok mibenlétét még nem vagyunk képesek megfejtetni.

A bántalom kezdetét rendszeren rázó hideg képezi, a test hőmérséke néhány óra alatt rendszeren magaslatáról 40°-ra vagy még magasabbra emelkedik, előzmények mutatkozhatnak vagy hiányozhatnak. Kevéssel a borzongás előtt vagy után valahol a test felületén, az arcot illetőleg rendszeren az orr oldalán babmekkoraságu vagy nagyobb barnás rózsásszintű, duzzadt, forró, viszkető, fájdalmas folt támad, mely mindkét oldal felénagyobbodik, úgy hogy például gyakran az egész arcot elborítja. A lob régi főjelei, u. m. a meleg, a pir, a duzzadság s a fájdalom a legkifejezettebben vannak jelen. Hol a lob még folyton tovaterjed, a megtámadott bőrrészlet a még bántatlan résztől sáneszerűen emelkedett, nyomásra igen fájdalmas szél által választatik el, mely — ha már a bántalom tovaterjeszkedésének határát elérte — lelapul s fájdalomtalaná lesz. A míg a lobfolyamat terjeszkedése tart, addig a betegek folyton lázasak; a mint haladásában megállapodik, azonnal gyors lázesökkenés áll be. Ebből azt lehet következtetni, hogy a lázgerjesztő anyagok csak az ujonnan meglobosodó szövetekben termeltetvén, jutnak a vérbe, nem pedig azokról, melyek már lobos s duzzadt állapotban vannak. A lázesökkenés beálltaig rendszeren 3—6 nap telik el. A betegség tetőfokán a hőmérsék

39—41°-ot tesz, reggelenként csekély alábbhagyásokat mutat s általában egész menete olyan, mint a tüdőlobnál. A válság is hasonló gyorsasággal s teljességgel áll be. Némely betegeknel, főleg olyanoknál, kik már többször szenvedtek arcorbáncban, gyakran a láz menete félbenhagyó, sőt szabálytalan váltólázszerű. Ez teljesen a bőrbántalom haladásának folytonos vagy megszakított voltától függ. Ugyanis tisztán lehet látni, hogy a bőrbántalom minden újabb terjeszkedésével — néha még a válság után is — mindannyiszor lázas visszaesés lép fel. Ha az izzadmány igen nagymérvű, az idomtalannul felduzzadt, lobos bőrön hólyagesák, hólyagok vagy genyttűszök támadnak. A láz étvágytalanság- s nagy szomjúsággal, a kezdetbeli rázó hideg gyakran hányással jár. Ha az orbáncot eves anyagok behatása, névszerint sajátlagos állati mérgeknek hámtalan bőr- vagy nyákhártyarészlettel érintkezése okozta, ugy ahhoz könnyen társul bőralatti kötszövetgenyedés, visszérrögzépződés, mely az arevisszerekttől az agyöblökig terjeszkedhetik, továbbá genyes agyhártyalob és értömülési tüdőbeszűrődés (embolisher Lungeninfaret). Az arcorbánc lefolyásában annyira rettegett agytlünetek okai egyrészt az elmondottakban, másrészt a láz rendkívül magas voltában rejlenek. Igen satnya egyének orbáncra, továbbá az evfertőzésen alapuló és a helyi bántalmazásoknak kitett orbáncok üszkösödésbe mehetnek át. Végre néha arcorbánc után bőrvizenyő vagy keményedés marad vissza, mi valószínűleg nagyobb visszértörzsek vagy számos nyirkutak elzóradásán alapul. A legtöbb orbánc eset minden orvosi beavatkozás nélkül, sőt némely dacára az oly eljárásoknak is meggyógyul, a melyek — mint például a gyapottali begöngyölés — alkalmasabbak arra, hogy a lázt s a lobot fokozzák, mint hogy gyógyulást eszközjenek. Kezdetben legjobb hűsítő szereket alkalmazni, melyek egyszersmind az émelygést és hányást is csillapítják, ilyenek például a hamanysók, a pezsgőkeverékek s a növényssavak. Természetes, hogy ha a bántalom származási helye fellelhető, azt szorgosabban kell a genytől tisztogatni s fertőztelenítő anyagokkal kezelni. Minél nagyobb fokú a bőrlob s minél erősebbek s fenyegetőbbek a láztünetek, annál sürgősebben javalva van, a lobos részre hideg borogatásokat alkalmazni. A lobos tér pokolköoldattal beecsetelése, mit újabban ismét W e r n e r élénken ajánlott, főleg akként gyakorolhat befolyást, hogy a bőrlob terjedését gátolja. Ha a lázesökkenés már megkezdődött, ugy a lögyapot (collodium) helyi alkalmazása által, mely némi nyomást gyakorol, és belsőleg hashajtók által, melyek a felszívódást gyorsítják, a helyi elváltozások gyors kiegyenlítettését jelentékenyen elősegíthetjük. E fertőzésen alapuló köresek ellen, melyek szerencsére ritkán

fordulnak elő, természetesen nem biztos sikerrel, chinal, és ásványsavakkal szoktunk küzdeni. Visszacéseiteői megóvás tekintetében fontos a betegség kiindulási pontját pontosan megfigyelni s az ott visszamaradt bármínemű enyhe hely bántalmakat szorgosan gyógykezelti. Görvélyes gyermekeknél ezek gyakran orr- és torokhurutok.

V. IZZAG. EKZEMA.

Salzfluss, Crusta lactea, Flechten.

A. Wertbeimber: Ueber das Ekzema im Säuglingsalter. Journ. f. Kinderkrankheiten XLII. p. 305.

Lederer: Ueber Ekzema faciei im Kindesalter. Journ. f. Kinderkrankheiten 1856. Heft 3

Hebra in Virchow's: Handbuch III. 325.

Ez elnevezés alá a szemölesrétget érő ingerek által gerjesztett legegyszerűbb bőrlomalakok tartoznak. Ezek sorából azonban kiesnek az élesen határolt ingerek által keltett alakzatos (figurirt) bőrbetegségek, továbbá a molyre ható s egész hevenylefolyásu bőrlombok. Az izzagot előidéző ingerek hőmérsékletiek, erőműviék és vegyiek lehetnek. A hideg huzamosb behatása némely embereknél fagylob helyett izzagot idéz elő, mely aztán főleg a fedetlen részeket választja székhelyéül s télen kiujul. Még gyakrabban létrejön e kitteg a kezeken s az arcon a nap égető melegének behatása, forró testekkel érintkezés, a kályha avagy a tűz hősugárzása által; névszerint hideg és forró fürdők nemesak létre hozhatják az izzagot, hanem gyógyulását is gátolhatják. Az erőművi ingerek közül megemlíthetjük az egyén saját körmeivel vakarást, gyapjuból készült alsó ruhák vagy harisnyák általi dörzsölést s az élőli állatok oly gyakorta izzagot okozó befolyását. Élőli növények is képesek—elterjedt ingert gyakorolva a bőrre—izzagot elő idézni. Azon anyagok közül, melyek vegyileg izzagot támasztanak, nem egyet az orvosok gyógycélokra használnak. Ezenkívül említsük meg azon izzagokat, melyek anilinnal festett harisnyák és zubbonyok, higany, némely hajkenőcsök s hajfestő szerek, bomlásnak indult geny, vizelet, izzadtság és faggyu által idéztetnek elő, s melyeknek fellépési helye származási módjukat igen gyakran elárulja. Ide tartoznak azon izzagok is, melyek kövér egyéneknél a hónaljban, a combok között s a köldökön előfordulnak. Gyakran többféle káros hatány együttesen működik közre, így pl. a fejen felbomló faggyu és tetvek. Ily ingerek iránt nem min-

den bőr egyenlően fogékony, a szívósabb alkat és felhámoriték ellenük némi oltalmat nyújt, a gyermeki bőr nélkülözi ez órv tulajdonokat, miért izzagoknak gyakran ki van téve. A görvélycesek finom, halvány bőre kiváló hajlamot mutat e bántalomra. Ezenkívül a bőr vértartalma s a véralkat bir jelentőséggel. Idült vérbőségben levő bőrreszletek sokkal könnyebben megbetegednek. Fejvértorlódások, hörghurut, székrekedések e szerint e bőrbántalommal—bárha eléggé távolról is,—viszonyban állhatnak. A véralkatnak legalább annyiban befolyást kell tulajdonítanunk, a mennyiben alkalmas életrendet s belső gyógyszereket vérszegénység-, görvélykór- s némely más senyveknél izzag ellen sikerrel alkalmazunk.

A bántalom a szemölcsréteg izgalma által okozott élénk viszketéssel s a bőr vörösödése- es csekély megduzzadásával veszi kezdetét, azután apró güböcskék jelennek meg, melyek rendszeren igen rövid idő alatt vitziszta, ragadós, lugalos vegyhatású folyadékot tartalmazó hólyagesákká változnak. Ezen alig gombostüfejnagyságu hólyagesák nagy területen sűrűn lehetnek elhelyezve, a bántalmazott hely határai felé azonban mindig gyéribben vannak elszórva. Bár a legtöbb izzagnál létrejönnek e hólyagesák s gyakran újraképződnek, és szétszórt voltak s a kisérletükben jelentkező lobttinetek által az izzagot a sömör (herpes) néven ismert alakzatos bőrbántalomtól, s az izzadságnak a verejtékmirigyek kivezető esőveibeni meggyülemelésében álló kölegtől (miliaria) megkülönböztetik, mindazonáltal oly izzagalakok is fordulnak elő, melyeknél e hólyagesák időnként vagy teljesen hiányzanak. Az inger minősége vagy a bőr alkata hozhatja magával, hogy 1. a lobos szemölcsréteg által termelt képle (plasma) a felhámot nem emeli fel hólyagesákká, hanem hogy annak csak dusabb táplálására és képzésére fordittatik, minek folytán veres, pikkelyző felület, az ugynevezett pikkelyes izzag (ekzema squamosum) jön létre. 2. A képle átáztatja ugyan a felhám mélyebb rétegeit, azonban csak helyenként hoz göbszertü felemelkedéseket létre, s ez a bibireses izzag (ekz. papulosum). 3. Teljesen más alak jön létre, ha a kezdetben vitziszta képle hozzákeveredett sejtek által zavarossá s később genyessé lesz: fakadékos izzag (ekz. impetiginodes). E folyamatnál erős vagy tartós ingerek befolyása alatt, névszerint a fejbőr hajás részén könnyen támadnak pörsgenyttűszök (Achorpusteln). Mig a közönséges hólyagesák, ha felvakartatnak vagy megrepednek, vitziszta, ragadós folyadékot szolgáltatnak (Salzfluss), mely megszáradva, pikkelyekké vagy pikkelyes kéreggé változik, addig a felvakart genyttűszök genyrt választanak el, mely vastag, ha netán vér keveredett hozzá, mézsárgaszínű pörkké

szárad. A hólyagesákkal járó izzagok közül 4. azon alakot, melynél a bőr igen veres, 5. a közönséges egyszerű alaktól (ekz. simplex) vörös izzag (ekz. rubrum) név alatt szokták megkülönböztetni.

Az izzag legkedvencebb fellépési helyei a hajjas fejbőr s az arc. A fejbőrön főleg fakadékos izzagok szoktak előfordulni, melyek a fej elő részén lapos pörköket képeznek (ekz. capillitii planum), a fej hátsó részén pedig a hajakon esüggő s beszáradt genyből álló számos szemesét szolgáltatnak (ekz. granulosum). Az arcon főleg a nyílások körülete szokott megtámadtatni, így orrfolyásnál a felajk, fülfolyásnál a fülkagyló stb. A nyákhártya-átmenetek közelében székelő izzagok többnyire fakadékosak, a pofa- és homloktájon előjövők gyakrabban egyszerűek. Ezenkívül többszörösen előfordulnak izzagok a kezeken, melyek gyakran egyszerűek, vörösek vagy pikkelyzők, a végbélnyílás s a nemzőrészek környékén, végre mindenütt, hol két bőrfelület redőt képez. Helyi inger által létrehozott korlátolt izzagok első elterjedési körtükben sokáig megmaradhatnak, valamely alkalmilag közbelépő káros behatás folytán azonban gyorsan elterjedhetnek s a testfelület legnagyobb részét megtámadhatják (ekz. universale). A tenyerek s talpak még ily esetben is teljesen bántatlanok maradnak. Ezen általános izzagok fenállásukban sokkal makacsabbak és sokkal gyakrabban kiújulnak, mint a részletes alakok bármelyike.

Laza bőralatti kötszövettel bíró helyeken, névszerint az arcon, a veres s a genyubos izzaghoz kislefokú vízenyű társul. Vastag pörkök, névszerint olyanok, melyeket közbekuszált hajszálak szorosan tartanak, az alattuk elválasztott genyrt úgy a bőrhöz nyomhatják, hogy az genyesen beszűrődik, minek fekélyek, orbáncszerű lobok s lázgerjesztő anyagok felszivatása szoktak következményei lenni. Hymódon a különben tisztán helybeli folyamat a táplálkozást lehangolhatja, elsoványodásra vezethet. Részint a genyes váladék behatása, részint gyakori vakarás folytán kelevények támadhatnak a bántalmazott bőrrészlet környékén. A szomszédos nyirkmirigyek mindig megduzzadnak, mi annyival is inkább megtörténik, ha genyelválasztás áll be s ha a bántalom huzamos ideig tart. A legenylibb, csupán tulképlődési nyirkmirigyduzzadásoktól kezdve egész a genyedő mirigydagatokig itt a nyirkmirigyduzzadás minden fokával találkozhatunk. Hogy általános izzagnál a nyirkmirigyek nagy részének duzzadtsága nem egészen közömbös tény, mutatja az, hogy ekkor a fehér véresejtek kimutathatólag meg vannak szaporodva.

Az izzag könnyen meggyógyítható. Gyógyulása soha sem jár káros következményekkel, elhanyagoltásából azonban, mint láttuk,

súlyosb bántalmak származhatnak. A hol csak lehetséges, a kórokokat kell kipuhatólnunk s megsemmisítenünk. A legjobb gyógykezelés sem nyújthat sikert, ha a beteg ártalmas anyagokkal festett gyapjuból készült ruhákat hord, tisztátalan vízben fürdik, vagy ártalmas kenőcsöket használ.

A gyógykezelés első feladata a netalán jelenlevő genyt, pikkelyeket s pörköket eltávolítani, s a kóros helyet a legszorgosabban tisztán tartani. Néha képesek vagyunk, csupán a jelenlevő köthártyalob vagy orrfolyás gyógykezelése által a pofán, illetőleg a felajkon székelő izzagot meggyógyítani. Magának az izzagnak gyógykezelésénél kevés gyógyszerre van szükség. Heveny-izzagoknál hideg vízzel, idültéknél kátránykenőccsel legtöbbször célt érünk. Valamennyi vérbőséggel s fájdalommal járó alaknál legelőbb is tartós vagy óránkénti hideg borogatásokat vagy zuhanyokat kell alkalmazni. Ez eljárás által a fájdalom s viszketés legkönnyebben megszűnik s a hámtalan helyek meggyógyulnak. Ez utóbbi célt 1—5 százalékos pokolköldattali beecsetelés által tetemesen elősegíthetjük; ezután a bántalmazott felület naponta egy-kétszer kátránykenőccsel, szeszes kátrányoldattal vagy egyszerű oleum cadinum-mal vonjuk be. Ez eljárásnál az említett szereket először csak kis területen alkalmazzuk, hogy lássuk, vajjon a kátrány jól türelik-e, s nem okoz-e felpírt vagy lázt. Nem régi izzagoknál még a horgany-, pokolkö-, ólomoldat s ólomkenőcs ajánlatok, régibbeknél hamélegoldattali beecsetelés, hideg borogatás, zöld szappan, carbolsavoldat ($\frac{1}{2}$ —4%-os), csukamájolaj, diachylon-kenőcs. Netalán jelenlevő belbetegségeket, névszerint görvélykört, vérszegénységet, gyomorhurutot, székrekedést, nyákhártyahurutot egyuttal megfelelő gyógykezelésben kell részesíteni, mi által az izzag gyógyulása gyakran tetemesen elősegíthető. Maga az izzag ellen belszereket alkalmazni utóbbi időben mindinkább szűkségtelennek találtam.

VI. TEJSZEMŐLCS. STROPHULUS.

A közönséges dobroc-alakok (Lichen-Formen) a gyermekkorban ritkán fordulnak elő, csak a csecsemőkorban mutatkoznak gyakran göbök, melyek színre nézve a bőrtől különböznek, a bőr különböző helyein elszórvák, kissé viszketnek, fekete pörköktől soha sem fedetnek, soha az irhában megvastagodást s a szomszédos nyirkmirigyekben megduzzadást maguk után nem vonnak, s ennél fogva dobroc-nevet kellene viselniök, azonban a gyermek- s börgyö-

gyászok által, gyors növésük, kedvező lefolyásuk s a kor miatt, melyben előfordulnak, a dobroctól különválaszthatnak s tejszemölcs névvel neveztetnek. E bőrbaj közelebbi okait nem ismerjük, kivéve, hogy némelyek fogzástól szeretik származtatni, s hogy gyakran gyomor- és bélhurat kíséretében jelentkezik. Bonctanilag tekintve, e kütégalak egyes haj- és faggyutüszők körül támadt savós fehérszínű izzadmányban áll. Ily köles-, egész kendermagnagságu göbücskét tüvel felszurva, abból az izzadmányt sárgás, tiszta csepp alakjában kinyomhatjuk. Megszokták különböztetni a strophulus ruber confertust, volaticust, albidust, candidust és intertinctust. A két első alak főleg a test felső felét, a pofákat, karokat s a mellet szokta megtámadni, mindkettő apró élénk veres bibiresekből áll, melyek a str. confertusnál sűrűn ülnek, itt-ott összefolynak, egyes csoportokat nem mutatnak, egyszerre vagy többszöri kitérésokban nagy számmal megjelennek s több napi fenállás után elhalványodnak, míg a stroph. volaticus bibiresei apró, kerek csoportokat képeznek s gyéribben ülnek. A str. albidus bibiresei fehérek, vörösen szegélyezettek, szintén legtöbbször a test felső felén mutatkoznak s kissé huzamosb ideig fenállnak; a str. candidus bibiresei nagyobbak, keményebbek, feszültebbek, veres szegélylyel nem bírnak s körülbelül egy hétig tartanak. Végre a str. intertinctus veres göbücskékből áll, melyek között a bőrön felpírfoltok mutatkoznak; ez alak a bőr különböző helyein elszórtan jelenik meg, rendszeren többször kiújul s ekként több hétig eltarthat, míg nem a kezdetben setétvörös göbök elhalványodnak, megsárgulnak, lelohadnak s a gyógyulás a bőr lehámolásával végét éri. Általában valamennyi tejszemölcsalak lefolyása ilyen korpaszerű lehámlassal végződik. Lefolyásuk rendszeren gyors és láztalan, bár egyes alakoknál (str. volatilis és confertus) a kitérés enyhe láztünetek kíséretében is történhetik. A jóslat egyáltalában kedvező, minthogy e göbök sem magukban véve, sem bonyodalmak mellett veszélyt nem hoznak, minthogy továbbá a betegség természetes lefolyása minden gyógybeavatkozás nélkül egy vagy több hét alatt gyógyulással végződik. Ha épenséggel tenni akarunk valamit, úgy láztalan esetekben tiszta vízből, szikfű- vagy korpaforrázból stb. készült langyos fürdöket rendelhetünk; hol a kitérés érelőkészaporodás-, hőemelkedés- és nyugtalansággal történik, az étrendet kell megszorítani, és salétromot, savakat stb. belsőleg adagolni; végre hol hasmenés van jelen, ezt az ismert szabályok szerint gyógykezelné.

VII. PIKKELYSÖMÖR. PSORIASIS.

A gyermekek pikkelyképzéssel járó bőrbántalmainak e legkülönösebb és legfontosabb alakja soha sem fordul elő az 5-ik életév előtt a 7-ik évnél korábban csak ritkán. A pikkelysömör néntely esetekben örökölt, s ép azon esetben, hol az már a gyermekkorban kifejlődik, gyakran képesek vagyunk a szüléknél is hasonló bántalom nyomára jönni. Néha esés, lökés vagy ütés után támad s legelőbb a sértett helyen jelenik meg, miként én ezt egy hat és egy nyolc éves gyermeknél kimutattam. Egyéb okait nem ismerjük, s csak még annyit mondhatunk, hogy főleg erőteljes egyéneken szokott fejlődni; kimerítő betegségek folyamata alatt elenyészik s az üdülés beálltával ismét megjelenik. A pikkelysömör kezdetét a bőrön megjelenő igen apró, piros emelkedések képezik, melyek egy-egy faggyu vagy szőrtüsző helyét foglalják el s hegyüket rövid idő alatt vastag, fehér, gyöngyfényű pikkelyek borítják. Ez apró emelkedések folyton nagyobbodnak s közlők több-több összefoly, s ekként változó nagysága szerint a kütég eseppes, pénzszerti, alakzatos pikkelysömör (ps. guttata, nummularis, figurata) elnevezéseket nyer, a bőrön vastag pikkelyektől fedett, kissé emelkedett, lapos foltokat képez, melyeken a pikkelyek eltávolítása után kissé duzzadt s számos könnyen vérző piros pont mutatkozik. A pikkelysömör legkedvencebb székhelyei a végtagok nyújtó oldalai, mindazonáltal a fejét és törzset is megtámadhatja. Egyes foltok központjukban folyton gyűgyulnak s maguk után a bőrön fehér, festenyszegény helyeket hagynak, s ezalatt vagy rövid idő múlva új bőrrészletek betegednek meg. Míg a pikkelysömört főleg a korlátozott, idült vérbőséget mutató, duzzadt alakzatos, kórosan elváltozott helyeken dúsz pikkelyképződés jellegzi, addig a hasonló nevű bujasenyves kütég megkülönböztetése céljából megemlíthetjük, hogy ez pikkelyszegényebb, sötétebb színtű, kedvence székhelyei a tenyerek, talpak, s a hajjas fejbőr széle, de a test bármely helyén is előfordulhat, csak éppen a végtagok feszítő oldalain nem. Ehhez járul még az is, hogy a bujasenyves pikkelysömört egyéb bujasenyves kütégek is előzik meg s kísérik, hogy a nem bujasenyves pikkelysömör erősebben visket, végre hogy ez utóbbi soha, a bujasenyves pedig rendszeren esemőknél fordul elő. Azon alakok, melyeknél a pikkelyek igen vastagok s kemények, gyermekeknél nem igen fordulnak elő. A jóslat anynyiban kedvezőtlen, a mennyiben a pikkelysömör felette ritkán vagy

csak lég- és táplálkozási változtatás befolyása alatt gyógyul meg önként, s még ha gyógyszerek által szüntettedik is meg, igen könnyen kiújul. Másrészt azonban nem veszélyes bántalom, soha lázzal nem jár, sem egyéb aggasztó körülményeket nem okoz, s a gyermekkortól egész az aggkorig szakadatlanul fenállhat a nélkül, hogy gyakori viszketésnél egyéb nehézségeket okozna. A pikkelysömör ellen alkalmazott szerek közül hasznosaknak bizonyultak: külsőleg veres vagy fehér praccipitat-kenőcsök, módszeresen alkalmazott zöldszappan-bedörzsölések, huzamosan folytatott melegvízfürdők; belsőleg: főleg mireny, mint Fowler-féle mirenyoldat (solut. arsen. Fowleri) 2—4 cseppnyi napi adagban.

VIII. VISZKETEG. PRURIGO. JUCKFLECHTE.

H o b r a: Virchow's Handbuch III. p. 476.

Viszketegben szenvedő betegek bőre festenydus, a felbám sárgás színű, könnyen lefoszlik, az alszáraokon érdes tapintatú, a törzs bőre kevesebb, a végtagoké a feszítő oldalakon minél lejjebb megyünk, annál nagyobb számú, színre a bőrlőz hasonló göböcskékkel ellátott, a melyek a hajlító oldalakon, s többnyire az arcon s a nyakon is hiányznak. Számos ily göböcske hegye fel van vakarva, s megszáradt vérből álló pörkkel fedett. A vakarásnak máshol is világos jelei mutatkoznak a bőrön. A göböcskék között súlyosabb esetekben pikkelyek, hólyagcsák és genyitűszők mutatkozhatnak. A bőr mindig megvastagodottnak s merevnek mutatkozik, a legtöbb felületes nyirkmirigy, névszerint a lágyékhajlatbeliek vastag csomagokká duzzadtak, minek folytán a fehér vérsejtek meg vannak szaporodva. A viszketeg rendeseu felnötteknél kerül észlelés alá, azonban ha a beteget kikérdezzük, többnyire azt halljuk, hogy a baj még az iskolalátogatás előtt jött létre. H e b r a említi, hogy e bántalom soha sem együtt született, hanem már az első életévekben csalánszerű küteggel veszi kezdetét. A viszketeg többnyire ifjúságukban rosszul táplált s ápolt szegény sorsu egyéneknek fordul elő. Tulajdonképeni okai még eddig teljesen ismeretlenek, s csakis a bántalomnak a gyermekkorban létrejövésének feltételei s módjai felül tett kutatások útján lesznek felfedezhetők. Az erős viszketés arra mutat, hogy a szemölcsréteg jelentékeny részt vesz a bántalmaztatásban. Minden beszúrára minden bibires egy kis csepp savós izzadmányt ürít ki. Ez arra mutat, hogy a szemölcsrétegben számos,

egészen korlátolt lobjóc székkel. A bántalom többször javul a meleg évszakokban, de soha meg nem gyógyul. Meleg fürdők, kátrány- és zöld szappanali bedörzsölések ideiglenes könnyebbülést szereznek.

IX. GENYBUB. EKTHYMA.

A genyub nem egyéb kemény alapon ülő, széles udvarral ellátott s igen szétszórt nagy genyüttüszöknél, melyek barnavörös pörkkékké száradnak s e pörkök eltávolítása után többnyire hosszasan tartó fekélyedéseket hagynak hátra. A rüh-, genyvértlenség- s bujasenyven alapuló genyub-alakokon kívül a gyermekkor minden részében — csak csecsemőknél ritkábban — előfordul ama alak, melyet *senyves genyubnak* (ekth. cachecticum) szoktak nevezni, minthogy hátrázott előszeretettel támad meg elsatnyult, beteges, tisztátalanul tartott gyermekeket. A körlefolyás lehet heveny vagy gyakrabban idült, rendszeren a bántalom többször kiújul. A testrészek közül gyakran támadja meg a végtagokat, a nyakat s a hátat. A kültegg fejlődése akként történik, hogy veres, kemény folt támad s kissé emelkedetté lesz, végre felhámját eleintén zavaros savós, de mihamar híg genyynyé változó folyadék emeli fel. Ezen egyes genyüttüszök krajeár-, egész garasnyi vagy még nagyobb terjedelmet érnek el, miért is, főleg minthogy szüneten laposak s köldöknélküliek szoktak lenni, a buborhoz (pemphigus) képeznek átmenetet. Későbbben a genyüttüsző tartalma pörkké szárad, vagy a tüsző felpattanása folytán kiütrül s fekélyedést hagy hátra. A genyub elmulta után vagy némi beszűrődöttség, keménység és sárga vagy barna elszinesedés marad a bőrben vissza, vagy ha fekélyedés volt jelen, kissé bemélyedt, kerek, gerendezett heg támad. A genyub magában véve, t. i. ha nem alapul bujasenyven vagy genyvértlengen, nem veszélyes bántalom s önkényt meggyógyul, mindazonáltal attól lehet tartani, hogy többszöri kiújulás által a beteget elgyengíti, s hogy a satnyaság s a rossz véralkat folytán, mik a genyub alapját képezik, súlyosb betegségek is (tüdőlob, hasmenés) támadnak. A gyógykezelésnek az okok ellen kell irányoztatnia s ennélfogva belsőleg vaskészítményeket, chinált, vagy igen gyenge gyermekeknél bort adagolunk. Külsőleg csupán langyos fürdők, tisztaság, s hol fekélyedés áll be, egyszerű tépetkötés vagy szikfuborogatások vannak javalva.

X. BUBOR. PEMPHIGUS.

Pompholyx, Blasenausschlag.

A. Steffen: Eine kleine Epidemie von acutem Pemphigus. Berl. klin. Wochenschrift 1866. Nr. 29.

Köbner: Zur Streitfrage über die Existenz eines Pemphigus acutus. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1869.

Steiner: Klinische Studie über den Pemphigus im Kindesalter. Arch. f. Dermat. u. Syph. I. p. 491.

E küteg hólyagokból áll, melyek a test különböző helyein akként fejlődnek ki, hogy legelőbb nagy, veres, kissé emelkedett, be nem szűrődött foltok támadnak, melyeken néhány óra vagy legfeljebb egy nap múlva a felhám felemelkedik s világos színű, kissé zavaros, lugos vegyhatású folyadékgyülemnek ad helyet, mi által lassankint keskeny, halványpiros szegélytől körített kerekded vagy tojásdad hólyag jön létre, mely csak lazán van kitöltve. E hólyag még néhány napig nagyobbodik a körülte levő piros udvar rovására. Ezalatt együttesen vagy egymás után kisebb-nagyobb számú hasonló hólyag támad a szomszédos vagy távolabbi részeken; e hólyagok ritkán vannak oly sűrűn elhelyezve, hogy összefolynának; ezután a hólyag megreped s tartalma, mely talán híg, genyes folyadékká változott, kiömlik, vagy a hólyag elszárad a nélkül, hogy kiürült volna; mindkét esetben vékony, halványsárga, száraz kéreg támad, mely több nap múlva leesik s finom hámmal fűdött piros felületet hagy vissza, mely lassankint ismét rendes kületem nyer; csak kivételesen megy át e folyamat fekélyedés- vagy üszkösödésbe, vagy a hólyagok alapjából vérzések történnek.

E bántalom a gyermekkorban sokkal gyakoribb, mint felnőtteknél; Hebra és Steiner szerint mintegy 700 beteg gyermekre esik egy buboreset. Legnagyobb gyakoriságot a bántalom az első életévben mutat, ebben ismét aránytalanul tulsúlyban van az első hónap. A nem tetemes különbséget nem tesz. A gyermekkorban a heveny lefolyású bubor játszik nagyobb szerepet, később az idült. Megkülönböztetünk önszenvi s tüneti bubort, ez utóbbi alakjai közül ismét a buja-seuyvest kell különösen tekintetbe vevnünk. Az önszenvi bubor az egész gyermekkorban előfordul, néha a Steffen által leirthoz hasonló kis járványok alakjában mutatkozik, miért is ragályosnak tar-

tatott, azonban Steiner s mások oltási kísérletei legalább nem szolgáltattak erre nézve positiv bizonyítékot. A tüneti alak a tüdőlob, a bélhurut, a genyvérűség s különböző, elsatnyulással járó betegségek lefolyása közben fordul elő. A bujasenyves bubor mindig újra meg újra kiváló érdekeltséget költött az orvosi világban. Egyszer létezése tagadtatott (Bärensprung), máskor ismét a bujasenyves kütetek főalakjának, sőt csecsemőknél egyedül előjövő alakjának tartatott. Azon együlttszületett bubort, mely főleg a tenyereken s a talpakon mutatkozik, meglehetősen biztossággal bujasenyv tünetének tekinthetjük, minél távolabb esik azonban a kütteg kitörése a születéstől, annál többet vesz valószínűségéből e felvétel, melyet különben is csak a szülőkön vagy a gyermekeken fellelhető egyéb bujasenyves tünetek tesznek biztos ténynyé. Mig felnőtteknél a bujasenyves bubor a legnagyobb ritkaságok közé tartozik s egészen más jellemet mutat, melyet Bamberger, Waller s mások ismertettek, addig gyermekeknél számos bujasenyves köresetben előfordul, a nélkül, hogy a hólyagok alakja- és csoportosulásában jellegző eltérés mutatkoznék.

A heveny önszenvi bubor gyakran lázas mozgalmakkal lép fel. A láz majd megelőzi, majd kíséri a kitörést s magas fokra emelkedhetik. Az esetek számának nem egészen felénél a bántalom a szájtltreget is megtámadja, mit egyes adatok szerint a bujasenyves alak nem tesz. A bujasenyves bubor bujasenyvellenes eljárást (bekenési gyógymódot, maróhiganyfürdőket), a hevenybetegségek lefolyása közben fellépő azonban semminemű gyógykezelést sem igényel, minthogy az alapbántalom gyógyultával a nélkül is gyakran elmulik; ha ez azonban nem történik, avagy a bubor az üdülés közben támadt, akkor belsőleg zsongítókat, külsőleg pedig langyos fürdőket kell alkalmaznunk. Ezen főelveket kell különben minden esetben a gyermekek bubor-gyógykezelésnél követnünk. Mindenekelőtt jó táplálásról kell gondoskodnunk (egészséges anya vagy dajka általi szoptatás), mi különben is a legjobb zsongító, azután pedig az ágy s a fehérmemű stb. lehető legnagyobb tisztaságáról, végre gyakori szellőztetésről. Minthogy pedig igen sok esetben gyengék s elsatnyultak vagy épen görvélyesek e gyermekek, belsőleg vasat, chinalt, csukamájolajt vagy bort rendelünk. Helyileg alig kell egyebet tenntünk, mint csupán langyos fürdők által, melyekhez bármely közömbös fűzetet adhatunk, tisztaságot fentartanunk, és a hólyagok megpuukkanása, vagy fekélyedés útján, továbbá a pörkők lecsése folytán támadt hámtalan helyeket egyszerű sebészi gyógykezelésben részesítenünk, a mely célra némelyek ólomir (Bleicerat), mások lycopodiumból, kemnyéből stb. készült hintő port, ismét

mások traumaticin- vagy zsirédény (Glycerin)- beecsetelést ajánlanak. Ajáltak néhány fajlagos szert is a nem bujasenyves bubor ellen, így *Trousseau* maróhiganyfürdőket, *Bednar* a mireny belső használatát. Minthogy a bántalom rendszeren önkényt meggyógyul, ennél fogva az illetén fajlagos szerek is gyakran sikert nyújtanak.

XI. CSALÁNKÜTEG. URTICARIA.

Nesselfriesel, Nesselfieber.

Mosler: Zur Aetologie der Urticaria. *Virchow's Arch.* XXV. p. 605.

Bierbaum: Jouru. f. Kinderkrankheiten XLI 208 u. XLV 217. L. 45.

Heusinger: Eine merkwürdige Hautkrankheit. *Virchow's Archiv* XXIX. 337.

Ugyanazon bőrelváltozás, mely veres, néha közepében fehéres folt alakjában a csalánfajok tüskéinek s számos rovar fulánkjának behatása folytán támad, némely egyéneknél hőmérsékleti behatások (forró fürdő, napsugarak), a bőr megszakított árammali ingereltetése, erőtlen és vegyi ingerek által is létrehozatik. Így például *Heusinger* egy 16 éves fiúnál egyszerű ujjnyomás után mindannyiszor csalánkütegszerű bőrlobot, *Wagner* E. nadragulyaalbefecskendések (atropin) után a beszurási hely körül csalánkütegggyűrűt látott létrejönni. Ilyetén helyi ingerek utján támadt bőrbántalomhoz teljesen hasonló támadhat belső okokból is. A kütegg ily esetekben többnyire elterjedt, a testfelület legnagyobb részét elborítja. Egy és ugyanazon káros hatány mindig csak kevés embernél bír csalánküteget okozó hatással. E hatányok sorában legelső helyen ételek és italok szerepelnek, melyek közül talán leggyakrabban okoz csalánküteget a francia pezsgő (*Champagner*), továbbá más borfajok s néha a sör is. Az ételek közül névszerint bizonyos husfajok, kalbászok, rákok, a szamóca, a málna, a ribiszke, a gyógyszerek közül helylyel-közzel a chinal s a csukamájolaj mutatnak illetén hatást. Hevenyfertőzési kórok lefolyásában is fordul elő csalánkütegg, így váltó és visszatérő láznál (*f. intermittens, recurrens*). Én e bőrbajt többször láttam heveny mellbántalmak lefolyásában közvetlen a rázó hideghez társulni, úgy hogy itt a rázó hideg hasonló következményeként látszott szerepelni mint az arcsümör (*herpes facialis*). Azon felvétel mellett, hogy a csalánkütegg az edénymozgató idegek megbetegedésén alapul, két körülmény szól; ezek egyike az, hogy vannak esetek, melyekben a csalánkütegg egyik karideg zsábjának hatáskörében s csakis erre szorítkozva lép fel (*Fahrner*), má-

sika, hogy nőgyógyászok többször észleltek a méhre alkalmazott nádalyozás után csalánküteget megjelenni. Leggyakrabban lép fel e bántalom az arcon s a végtagizületek táján. Maga a küteg számos, 1–5 cmtr. nagyságu lapos, veres emelkedett foltokból áll, melyek esipkézett szegélyű vörös udvaroktól körítettnek, kifejlődésük tetőpontján középen fehéresek s néhány óra alatt elenyésznek, kevés idővel előbb azonban szennyes veres színt öltenek. Mindegyik folttal a csalán- vagy balhaesipéshez hasonló élénk égetés és viszketés jár. A küteg kitörését némely esetekben rázó hideg s erős láz előzi meg vagy kíséri, míg máskor a küteg minden közérzeti zavar nélkül jelenik meg. A megbetegítő ok egyszeri behatása rendszeren csak egyetlen kitörést idéz elő, mely különben a foltok folytonos megjelenése s eltűnése által meglehetősen hosszas ideig tarthat. Más esetekben ismét több kitörés követi egymást szabálytalan időközökben, vagy a kitörések kifejezett harmad- vagy mindennapos szabányt (typus) mutatnak. A kitörések illetően szabányos voltából azonban épen nem szabad azt következtetnünk, hogy a küteg váltólázzal áll kapcsolatban.

A bőrelváltozást a szemölesrétegben támadó rendkívüli heveny vérbőség és savó kiválás okozza. Ha ez utóbbi igen bő, úgy néhány vagy számos folton hólyagképződés állhat be. A betegek azon állítása, hogy bőrtükön viszkető hólyagok jelennek meg s ismét hirtelen eltűnnek, onnan ered, hogy a foltok közepében az izzadmány nyomása folytán támadt, vérszegény, halvány helyeket hólyagoknak nézik. Másrészt azonban megbízható adatokkal bírunk arra nézve, hogy némely esetekben csakugyan jelennek meg egyes foltokon valódi hólyagok. Ez által e bántalom a heveny bubort meglehetősen megközelíti, miért is nem lehet csodálni, hogy újabb időben némelyek a bubor egyes alakjait az edénymozgató idegek zavarából igyekeztek származtatni. Fordulnak egyes szokatlan csalánkütegalakok is elő; ilyen azon alak melynél az egész kitörést mindannyiszor csak egy, tenyérszerű folt képviseli, továbbá az melynél oly bőséggel és sürűen jelennek meg a foltok, hogy ez által nagy kiterjedésű bőrrészletek fájdalmas heveny vizenyős állapotba jutnak. Ez esetben a lefolyás durvacafotos bőrléghámlassal végződik. Finom, sápadt bőrrel bíró szőke gyermekek főleg ki vannak a csalánkütegnek téve, s épen ezeknél szokott a bőr vizenyős megduzzadása is könnyebben fellépni, sőt az izzadmány is kissé tovább fenállani.

A jóslat kedvező, a gyógyulás önkényt bekövetkezik s csupán a bántalomtól megóvás titkódik nehézségekbe. Ha megállapítottuk, hogy csalánküteggel, s nem — miként azt aggódló szülők gyakran vélik —

vörheny vagy kanyaróval állunk szemközt, úgy legelőbb is a körök után kell kutatnunk. Az elődi állatok csipése által előidézett hasonló alakú kütetek a szurási pontról, valamint a visszamaradt vérömlenykéről könnyen felismerhetők, s kellő jóakarattal mellett mindig könnyen meg is szüntethetők. A belső befolyások által létrehozott alakoknál netalán okolható ételek és gyógyszerek után kell kutatnunk. E mellett tekintetbe kell vennünk, hogy az idiosynkrasia, mely bár rendszeren a kora ifjúságtól fogva élethossziglan fenn szokott állani, csak ideiglenes is lehet. Gondos s az orvostól kellően utasított szülőknek legalább oly esetekben, a hol bizonyos ételek káros hatása forog fenn, többnyire sikertelni fog a káros hatvány nyomára jönni s azt jövőre távol tartani. E tekintetben néha az idiosynkrasia öröklött volta segédkezet nyújt az ok felfedezésében. Hol újabb káros behatás történte nélkül több roham követi egymást, s hol e mellett nagyfoku emésztési nehézségek mutatkoznak, néha hánytató vagy hashajtó szer nyújt segílyt. Váltólázserű szabányt mutató alakoknál chinált még kísérletképen se alkalmazzunk. Az ugynevezett idült csalánkütegnél, t. i. melynél a közönséges alak gyakori kiujulásokat tesz, a némely orvosok által előszeretettel alkalmazott mireny aránylag ritkán nyújt sikert; gyakrabban sikerül az élet mód beható megváltoztatása s kizárólag a legegyszerűbb táplálékokali élés által a bajnak gátot vetni.

XII. ÖVSÖMÖR. ZOSTER.

Zona, Gürtelrose.

- v. Bärensprung: Die Gürtelkrankheit. Charité-Annalen Bd. IX.
 L. Thomas: Arch. der Heilkunde 1868. IX. p. 495 n. VII. 449.
 Mörs: Deutsches Arch. für klin. Medicin Bd. III. p. 162 u. IV. p. 249.
 E. Henoch: Beiträge zur Kinderheilkunde 1861. p. 154 u. 1868. p. 389.
 H. Bohn: Der Zoster im Kindesalter. Jahrb. für Kinderkrankheiten. N. F. II. p. 19.
 C. Gerhardt: Ueber Zoster facialis. Jenaische Zeitschrift II. p. 345.
 Hutsebenson: In Virchow und Hirsch. Jahresber. 1866 II. p. 471 und Ver.
 non ibid. 1868. p. 548.
 J. Bierbaum: Journal für Kinderkrankheiten Bd. XLI. p. 213.

A hólyagsás kütetek között azok, melyeknél a hólyagsák egy közös veres alapon csoportokban ülnek, sömör névvel neveztetek el.

E küttegalaknak két főfaja van, ezek egyikét, mely gombák által idéztetik elő s körkörösén burjánzó hólyagscsoportokból áll, egyszerűen csak sömörnek (herpes) neveztük, míg a másik fajt, mely idegban-

talmak folytán jön létre s csak terjedelemre, számra nézve azonban nem növekedő hólyagescsoportok által képeztetik, övsömörnek (zoster) fogjuk nevezni. Ha a bántalmat létrehozó inger valamely idegnek, azaz egy hátsó ideggyöknek vagy a háromosztatu idegnek főtörzsét, avagy az ez utóbbival összefüggésben levő ducot érte és ennek megfelelőleg az ideg egész elterjedési köre képezi a bőrbántalom székhelyét, ugy ez esetben valódi — genuin — övsömörrel van dolgunk. Hol a bőrbaj székhelye csak a háromosztatu ideg egyes arcágainak felel meg, arcsömörrel (zoster facialis), hol ismét csak egyes nemzörérszi idegágak lefutásában mutatkozik e küttegalak, nemzörérszi sömörrel (zoster progenitalis) állunk szemközt. A törzsön vagy a nemzörerveken elszórtan mutatkozó hasonszertű bőrbaj pörsenéses sömör (zoster phlyctaenodes) nevet nyer. A valódi övsömör Bo h n szerint aránylag gyakrabban fordul elő gyermekek-, mint felnőtteknél. Ez alak már csecsemőknél is észleltetett, s az egyes gyermekévekben meglehetősen egyenlő gyakorisággal fordul elő. Mind felnőttek-, mind gyermekeknél a férfinem látszik e részben túlsúlyban lenni. Határozott kóroknak ritkán lehet nyomára jönni, a pontosabban észlelt esetekben a háton esett sérülések szokatlan testi erőfeszítések, vagy néha épen bizonyos mérgezések, névszerint posgerj (malaria), bujasenyv, mireny s szénééglég okoltattak. A sérülés 2—5, legtöbbször 3 nappal a bántalom fellépte előtt történt. Egy általam észlelt esetben, melyben az övsömör a mellen székelt, a beteg — könyvkötő-inas — hátát társai tréfából többször asztal széléhez nyomták.

A bántalom székhelytől leggyakrabban egy vagy több, közvetlen egymás felett fekvő bordaközideg, s ezek között főleg az 5., 6., 7., 8-dik elágzási körét, ezenkívül a végtagok nagy idegtörzsei lefutását, sokkal ritkábban az arcon a háromosztatu ideg első, még ritkábban harmadik ága tertletét választja. Az övsömör helyi elnevezését legjobb nem az illető testtáj, hanem az illető ideg szerint alakítani, így pl. zoster nervi intercostalis V. dextri. A bántalom kezdetét a megtámadott idegkörnyékben jelentkező fájdalmak képezik, kivételesen néha kezdetben rázó hideg lép fel. Ezen első, előzményi időszakában az övsömört tüdő- vagy mellhártyalobbal lehet felcsereálni. Körülbelül három nap múlva veres, emelkedett foltok támadnak, melyeken nem sokára gombostüfejnji, gyöngyfényű hólyagesák képződnek. Minden egyes csoport hasonnemű hólyagesákból áll; legelőbb a központhoz közelebb eső csoportok jelennek meg, s ennél fogva kifejlődésükben is ezek legidősek, a környileg fekvők a legifjabbak. A kórlefolyás tovább haladtával igen bő izzadmány létrejötté folytán egy csoportban több hólyag-

csa összefolyhat. Nagyfoku vérbőség mellett, névszerint szivbajos egyéneknél a hólyagesák alapjából vérzés történik, úgy hogy ezek ólom-szűrke vagy sötét ibolyaszint nyernek. Ez alakok, mintán a felhám megpattant s a mindig lugos vegyhatású hólyagtartalom kiömlött, gyakran fekélyedésbe mennek át. Rendes körülmények között a hólyagesák kiszáradnak, apró pörköket, később elszinesedett foltokat hagynak hátra s végre nyom nélkül eltűnnek. A körlefolyás egy-két hétig tart, csak ha fekélyedés áll be, húzódik el három hétre vagy tovább. Ez esetben jellemző, csoportosan elhelyezett hegek maradnak vissza. A kütteg menetét láztünetek vagy a megtámadott ideg elágzásában jelentkező zsábás fájdalmak követik, vagy mindez hiányzik. Ritka esetekben a végtagok övsömörénél a bőrbaj tartama alatt a mozgidegek enyhe htdési vagy izgatottsági tüneteket mutatnak. A felnőtteknél előforduló, a bőrbántalom elmulta után még hónapok-, évekig makacsul fenálló idegzsába a gyermekkorban még nem észleltetett. Az övsömörrel csak egyetlen esetben jár állandóan mozgási zavar, ha t. i. a háromosztatu ideg első ágát támadja meg, a látát mindig szükültnek találjuk. Egy bordaközideg lefutásában 1—10 hólyagesacsopot léphet fel. Ha sok csoport van egy helyen, úgy közöttük gyakran egyes különülő hólyagesák mutatkoznak. Ha több egymás felett fekvő bordaközideg van megtámadva, a csoportok száma még sokkal jelentékenyebb lehet. Hólyagesák nélküli, csupán duzzadt, vérbőséget mutató foltokból álló sömör ritkán fordul elő. Hol csak egyetlen csoport van jelen, könnyen pörsenéses sömörre, avagy a csoport helyzete szerint a két másik alakra fogunk gondolni, ha csak idegzsábás fájdalmak a valódi övsömör jellemére nem figyelmeztetnek. A valódi övsömör is léphet fel kétoldalt, ha a kórok kétoldalt avagy elterjedten hatott be. M ö r s közölt ily eseteket. Kétoldali fellépésre kiváló hajlandóságot mutat az arcsömör. Ez alak mindig hirtelen hőemelkedés avagy nagyfoku fejevértorlódás következménye. Leggyakrabban rázó hidegroham kíséretében szokott fellépni, s pedig 1—5, középszámban 3 nappal utána. Kedvelt székhelyei az ajkak, továbbá az orr, a fülek, a pofa s a szájpad. Lassan fokozódó lázzal járó betegségeknel soha sem fordul elő. A kütteg kitörését csekély égetés és viszketés érzése kíséri, sőt, — ha a kütteg dusan van képviselve, — a szomszédos arcbőr vizenyője társul hozzá. Az arcsömör lefolyása s visszafejlődése nyanyoly módon történik, mint a többi sömöralakoké, csak hogy valamivel gyorsabban megy végbe s jobb indulatot mutat.

A sömör jóslata gyermekeknél mindig kedvező. Életveszélylyel e bántalom soha sem áll kapcsolatban, s mindig teljes gyógyulással végződik. Gyógykezelésénél a legközömbösebb eljárás a legjobb. Keuöcsök

s borogatások a fekélyedés beálltát elősegítik, s csak ha a kütteg crös égetést okoz, lehetünk a hideg helybeli alkalmazására feljogosítva. A megtámadott részeket óvni kell minden dörzsölés-, mozgás- s vongálás-tól. A mondottakon kívül én soha sem voltam kénytelen bármi csekély hatással bíró szert is alkalmazni. A bántalom kiújulásától nem igen lehet tartani, kivéve a nemzöszervi sömört (zoster progeuitalis), a mely — minthogy helyi ingernek köszöni létrejöttét — könnyebben kiújul s könnyebben is kifeléjedik, mint a többi sömőrfajok. Azon újabb időben keletkezett nézet, miszerint a valódi — genuin — sömör az egyént életében csak egyszer támadja meg, teljesen alaptalan.

XIII. KÖRÜLIRT HAJHULLÁS. ALOPECIA CIRCUMSCRIPTA.

A) Areata, Area Celsi.

v Barenprung: Charité-Annalen 1858. VIII. 3 p. 59.

Geigel: Würzb. med. Zeitschrift Bd. I. p. 295.

Ziemssen: Area Celsi. Greifsw. med. Beitr II. 1. p. 111.

Böck: Aus der Greifswalder med. Klinik. Beobachtungen über Area Celsi. Virch Arch.

Bd. 43 p. 336.

Rindfleisch: Area Celsi. Histologische Studie. Arch. für Dermatolog. und Syph.

I. pag. 483.

Bár e betegséget már Hippokrates és Celsus leirta, mindazonáltal csak a görösői vizsgálatnak sikerült azt a körcsés sömörtől (herpes tonsurans) — mely a hajas fejbört szintén foltonként kopaszítja le — pontosan megkülönböztetni. Előrement kellemetlen, feszülési, hidegségi érzés stb. után, gyakran minden előzmény nélkül, a beteg azt veszi észre, hogy fésülködéskor egy vagy több körkörös körülirt helyről naponta több-több haja hull ki. E helyeken eleintén a hajzat ritkul, később teljesen kopasz foltok támadnak, melyek folyton növekedvén, összefolyhatnak, miáltal a köralak vesz- vagy piskótaalakká változik. Ekként a fej hajzatának legnagyobb része, sőt a szemöldök is elpusztulhatnak. E kopasz foltokon sem pikkelyek, sem bőrlob nyomai nem mutatkoznak. Sőt ellenkezöleg a bőr halvány, festeny- s vérszegény, s csak látszólag egyenetlen felszintű az által, hogy petyhüdt lévén, a hajszálak s a faggyumirigyek helyeit jobban előtünteti. Kik ily köreseteket észleltek, látták, hogy e foltoknak megfelelő bőr nyomásra nem vörösödött meg, felületes bemetszésekre nem vérzett s végre, hogy érzékenysége esökkent volt. Rindfleisch azt találta, hogy a betegrészet minden egyes hajszála hosszának

alsó s középső harniada közötti tájon az állományában lerakodott számtalan zsírszemese folytán törékenynyé lett s későbbben e helyen le is tört, mire aztán a törési hely alatt göbös duzzanat támad akként, hogy a visszamaradt hajszálrészletben dus hajsejtképlődés van folyamatban, a nélkül, hogy a hajszál megfelelő mérvben kifelé tolatnék. Gruby véleménye szerint e bántalom okát egy általa talált gomba képezi. Azonban azóta tett számos és megbízható észlelők által eszközölt vizsgálatnál mindig hiányzott a Gruby-féle mikrosporon Andonini. Mindamellett egyes nem csekély beccsel bíró észleletek oda mutatnak, hogy e bántalom még jelenleg meg nem magyarázható uton történő ragályozás által terjed; így pl. Ziemssen egy ugyanazon iskolapadban ülő hat gyermeknél találta. A körülírt hajhullás többnyire a gyermekkor második felében lép fel; felnőtteknél ritkán fordul elő. Néha felléptét a fejbőr hőcsökkenése előzi meg. Legvalószínűbb ez idő szerint azon felvétel, mely e bántalmat tápidegbántalomnak tekinti. (Bärensprung). Ugy látszik, e kóralak Angolhonban gyakoribb, mint nálunk. Előre ment görvény- s angolkór, általában rosz táplálkozási viszonyok hajlamosságot nyújtanak a megbetegedésre. A bántalom gyógyultával eleintén hullékony, hegyes, későbbben állandó hajszálak nőnek, idővel azonban gyakran kiujulások állanak be. Több esetben a baj önként meggyógyult; ezenkívül bőrpirt okozó szerekkel s zsongítókkal kenőcsalakban, így fűtej (euphorbium)-, körisbogár- s chinallal tétettek kísérletek különböző sikerrel. Rindfleisch sikerrel alkalmazta a tet. capsici-t zsírédenynyel (Glycerin). Ezenkívül legtöbb esetben egyuttal belső zsongító gyógykezelés van javalva.

XIV. HAJKOSZ. FAVUS.

Tinea favosa, Erbgrind, Teigne.

H. Köbner: Klinische und experimentelle Mittheilungen über Dermatologie und Syphilidologie. Erl. 1864. p. 21 u. f.

Th. Starek: Jenaische Zeitschrift 1865. II. p. 220.

B. Wagner: Favus durch Herpes tonsurans erzeugt. Arch. der Heilk. 1866. p. 472.

E kütteg az által, hogy Schönlein rajta fedezett fel legelőbb bőrbántalom alapjául szolgáló gombát, a bőrbetegségek történetében nagy jelentőséget nyert. A hajkosz legtöbbnyire a serdülő korban támad — s ez időtől a gyakorlatban rettegett makacosságának megfelelőleg — egész a késő vénkorig fenállhat. Felnőtteknél majdnem oly gyakran

találkozunk, mint gyermekeknél e bántalommal, melyben gyakran több testvér szenved, ritkán mind a szülők, mind a gyermekek. Már e körülmény ragályozás általi származására mutat. A fej hajas részén kívül, oly embereknél, kik régen e bőrbajban szenvednek, az a tarkón s a felkaron, néha a törzsön s a combokon is előfordul. Ily esetekben félreismerhetlen, hogy a bántalom a fejről terjedt el. E kóralak állatoknál (egér-, tyuk-, házinyulnál) is előfordul s ezekről, az emberre, s megfordítva az emberről ezekre átvihető. Átjutásához nedves, szennyes felhám kívánatik, létrejövésének legállandóbb feltétele a tisztátalanság.

A kifejlett fejkosz, miként az legtöbbször észlelés alá kerül, a hajas fejbőr kisebb vagy nagyobb részét elfoglalja, de szélének egy részét többnyire bántatlanul hagyja. A hajszálak részint kihulltak, részint letörvén s ennél fogva különböző hosszúságúak, fénytelenek, mint egy finom hajporral fedettek (gepudert), könnyen kitéphetők. Maga a fejbőr kénsárga, száraz, szakadékonny kéreggel fedett, mely sűrűn egymás mellé helyezett, kulesalaku, gombostűfej- egész lencese-, legfeljebb garas nagyságú pörkökből áll. E pörkök mindegyikének megfelelőleg sekély benyomat látható a kissé vérbő, de különben ép fejbőrön. Az egész fej feltűnő kellemetlen szaggal bír, a szomszédos nyirkmirigyek duzzadtak. A kulesalaku pörköcskék mindegyike, görcsű alatt vizsgálva, számtalan hámsejtből, tömérdek sok szintelen mycelium-szálcából és gonidiákból áll. A mycelium-szálcák faszertü elágazást, itt-ott válaszfalakat, magvakat s erős fénytöréstű tőröket mutatnak, a gonidiák majd egyenkint, majd láncszertten sorakozva fekszenek s tojásalakúak.

A fejkosz önkéntes gyógyulása kétféle módon szokott történni. Ha a tisztátalanság egy bizonyos fokot ér el, a fejkosz-pörkök alatt genyedés támad, mely azokat leválasztja s a hajszálakkal együtt, melyek szintén gombákat tartalmaznak, eltávolítja. Gyakrabban történik az, hogy a kor előrehaladtával a fejbőr sorvas és kopasz lesz, és hogy aztán a fejkosz-pörkök egészen kiszáradva, lehullanak, avagy csak egy még hajzattal bíró kis folton

Fig. 42.



Fejko a zomba

maradnak meg, a mi névszerint a nyakszirten s a fülek mögött szokott történni. Ha valamennyi pörköt s lehetőleg minden hajjat eltávolítunk úgy a baj ismét kinjul s pedig oly módon, hogy a fejbőrön erős lepikelyződés áll be s eközben apró, sárga, erősen a bőrhöz tapadó, pont-

szerű csomócskák támadnak, melyek aztán fejkoszpörkökké nőnek. Ha azonban a fejkoszgomba a pörkök lehullása után az illető kar vagy törzs bőrébe vándorol át, avagy ha más egyének e részei ragályoztatnak vagy mesterségesen beoltatnak, úgy a lefolyás más alakot ölt. *Köbner* mutatta ki legelőször, hogy ez esetben sömörszerű előidőszak fejlődik, névszerint ugyanoly veres foltok képződnek, melyek központilag gyógyulva, hólyagesáktól szegélyezett, veres körökké változnak, miként ezt a tarlósömörnél (*herpes tonsurans*) legközelebb látni fogjuk. Csak hosszabb idő múlva tűnnek el e körök közepette apró tálesaalakú fejkoszpörkök.

Azon gomba, melyet *Schönlein* a fejkoszbaufelfedezett, *achorion Schönleinii*, az, melyet *Malmsten* a tarlósömörben talált, *trichophyton Malmstenii* nevet nyert; itt még azon kérdés merül fel, hogy van-e egy külön gomba, a mely a bőrön csakis tarlósömört idéz elő, s egy másik, a mely előbb sömört, később pedig fejkoszt hoz létre, avagy csak a bőr jobb ápoltságától függ-e, hogy ezen két kóralak alapjául szolgáló egyetlen gomba az általa előidézhető kóros elváltozásoknak csak első szakát hozza létre? Azon körülmény, hogy *Wagner B.* egy esetben közönséges tarlósömörből fejkoszt látott fejlődni, nagyon ez utóbbi felvétel mellett szól. Hogy az emberen *achorion* és *trichophyton* név alatt szereplő gomba a természetben más név alatt máshol is előfordul, egyelőre igen valószínű. A mióta *Zürn A.*-nak sikerült — *penicillium glaucum*-mal tett bedörzsölés által — házi nyulakon fejkoszt létrehozni, alig szenvedhet kétséget, hogy e közönséges penészgomba a nevezett bőrbetegségeket előidézheti.

A fejkosz gyógyításánál első teendő valamennyi pörköt eltávolítani, mit legkönnyebben azoknak olajjal átáztatása által eszközölhetünk; ennek megtörténtével a bőrt szappannal mosások által a leg gondosabban s tökéletesebben tisztán tartatjuk, minden kóros hajszálat kitépettünk, s végül gombaölő szereket alkalmazunk. E célra alkalmasak a borszesz, az iblanyfestvény, a kénessav, a maróhigany-, chinal-, carbolsavoldat stb. Az eredmény inkább a kóros hajszálak tökéletes eltávolításától s a legpontosabb tisztántartástól, mint az alkalmazott szerektől függ.

XV. KÖRCSÉS SÖMÖR. TARLÓ SÖMÖR. HERPES CIRCINNATUS.
HERPES TONSURANS.

Ringwurm.

Friedinger: Jahrb. f. Kinderkrankheiten II. p. 85.

Köbner: Klinische und experimentelle Mittheilungen über Hautkrankheiten p. 6 u. f.

E. Hallier: Die pflanzlichen Parasiten des menschlichen Körpers. Leipz. 1866.

A gombák által előidézett, egymással azonos bőrbántalmaknak négy nemét szoktuk megkülönböztetni. Az e nemek közötti különbség csupán abban rejlik, hogy mily befolyást gyakorolt a talaj, vagyis a bőr a rá jutott körcsirokra. Az emelkedett szélű izzag — ekzema marginatum — s a szőrtüszeg (sycosis) élődiék által előidézett alakjai csak felnőtteknél fordulnak elő. A tarlósömör (her. tonsurans) s a körcsés sömör (herp. circin.) egy ugyanazon betegség, csak hogy az első a hajas fejbőrön, az utóbbi pedig a bőr egyéb részein fejlődik. A bőrön legelőbb kissé emelkedett veres folt képződik, melyen hólyagesák vagy néha csak pikkelyek ülnek, e folt minden irányban egyenletesen terjeszkedik, miközben szélei mindig élénk pirosak, gyakran hólyagesákkal is ellátottak, közepe lelohad, elhalványodik és sárgás színt nyer, hólyagesáit elveszti, azonban pikkelyeket folyton termel. Az övező élénk piros szél $\frac{1}{4}$ — 1 cmtr. szélességű. Az egész kerek folt több, mint fél tenyérnyi nagyságot érhet el, többnyire pedig néhány cmtr. átmérőjű szokott lenni. Ha a folt hosszabb fenállás után szabálytalanul vagy csak helyenként kezd nőni, úgy az tojásdad, öblös vagy piskótaalakot nyer, vagy csupa körszeletekből állónak mutatkozik. A hólyagesák a (legalább nálunk) rendszeren előjövő alaknál oly nagyságuk, hogy épen láthatók s tartalmuk víztiszta; egy másik alaknál, melyet én főleg állatoktól ragályozott földmítveseknél láttam, a hólyagesák gombostíféjnagyságot érnek el, huzamosb ideig fenállnak s tartalmuk tej- vagy genyszerű zavaros folyadékából áll. A hólyagesák

Fig. 43.



Tarló és körcsés sömör hat éves fiú arcáról gombaszálasák a gonoidákkal. 300-szoros nagyítás mellett.

hoz legközelebb fekvő pikkelyekben, s pedig inkább a mélyebbek mint a felületesebbekben göcsös alatt hamélegoldat vagy zsirédenyelyi kezelés után gyéren szétszórt, villaszerűen osztott, itt-ott válaszfalakkal ellátott gombaszálasákat találhatni, melyek némelyike ék- vagy körtealaku, sárga- vagy barnásszinezetű magtokokkal bir. Gyakran több, a leirthez hasonló kóros folt van jelen, a melyeknek egyenlő vagy különböző nagyságából meg lehet itélni, hogy mind egy időben keletkeztek e, avagy egy legelőbb megbetegedett helyiöli ragályozás útján támadtak. Ha a hajás fejbőr támadtatik meg, ugy a gombaszáksák a hajszálakba is befészkelik magukat s azokat törékenyekké teszik. A hajszálak letörése vagy kihullása által aztán a pikkelyző fejbőrreszleten kerek, kopasz vagy csak apró hajzattal ellátott foltok támadnak, melyeket hólyagesákból alkotott koszoru szegélyez. A bántalom az illető gombának a bőrrei jutása által támad, minden korban előfordul, s gyermekeknél legalább is oly gyakran mint felnötteknél. A gombák bőrrei jutása történetik 1) fejkoszpörkök, 2) tarlósömörben szenvedő betegektől származó pikkelyek, 3) szórtüszeg vagy emelkedett szélű izzagban szenvedő betegektől végre 4) gombán alapuló bőrbajokban szenvedő állatoktól származó pikkelyek útján. Arra nézve, hogy nem állati testen nött gombák bőrrei jutása előidézi-e ezen betegséget, nem jutottak bizonyító esetek tudomásomra. Különbözn Z ü r n-nek a fejkoszra vonatkozó tapasztalatai ide is alkalmazhatók. A bántalom gyógyítása nem jár nagy nehézségekkel, főleg ha az a hajatlan bőrön székel, már valamivel nehezebb azzal elbánni, ha a hajzatot s legnehezebb, ha a szakált választotta székhelytől. Gyakran elég, az illető helyeket szappanvizzel szorgalmasan mosatni, azonban biztos sikerhez vezet az előbb gondosan megtisztított kóros bőrrészleteket carbolsav-, sósavas chinal-, maró higany vagy hamélegoldattal gyógykezeln; ez oldatokat oly higitásban kell alkalmazni, hogy bőrlöböt ne okozzanak. A hajás fejbőrön is rendesen sikerül e szerekekkel gyógyulást eszközölnünk s csak a legmakaesabb esetekben volna szükséges a siker biztosítása céljából, a hajzatot előbb eltávolítani. A gyógyulás után a kopasz helyek ismét teljesen visszanyerik hajzatukat. A bántalmat, a mint az felismertett, minden esetben azonnal a legerélyesebb gyógykezelésben kell részesíteni, már csak azért is, nehogy az fejkoszszá fejlődjék.

XVI. RÜH. SCABIES.

Krätze. Gale.

Burchardt: Ueber Krätze und deren Behandlung. Arch. für Dermatologie 1. 180.

A gyermekek ép oly mérvben ki vannak a rühek téve, mint a felnöttek. A bántalom rendszeren sztleik-, ápolóik-, dajkájuk-, szóval emberekről, s csak ritkán hasonló atkákat tenyésztő állatokról (ló-, kutyáról) származik át rájuk. A ragályozás főleg akként történik, hogy az atkamenetekből előbujt fiatal atkák a rühes egyén fedetlen bőrrészletéről lesepertetve, a ragályozandó bőrre jutnak. Nem szenved kétséget, hogy az atkák ruházat vagy ágynemű útján is átjuthatnak. Ha csak lehet, ki kell puhatolnunk, hogy az illető gyermek rühe honnan vette eredetét, hogy aztán ugyanazon kufforrásból történhet újabb ragályozásnak elejét vehessük.

A rüth tünetei heves viszketéssel járó kütég tüneteinek felelnek meg. A viszketés éjente fokozódik, s pedig oly mérvben, hogy a 3 első életévben levő gyermekek gyakran az egész éjtel álmatlanul s folytonos sikoltással töltik, vagy csak dajkájuk karjain találnak ideiglenesen nyugtot, s ágyba tétetve, ismét szörnyen kinoztatnak. Azon környék, melyet a betegek leginkább vakarnak, tehát a mely legerősebben is viszket, gyermekeknél kevésbé körülírt, mint felnötteknél, kikenél ez Hebra szerint a mellől a térdekig terjed. Az első életévekben az arc is ide tartozik. A vakarás a bőrön igen különböző elváltozásokat idéz elő, melyek között azonban mindig tulnyomó a fakadékos izzagalak (ekzema impetiginosum). E mellett nagyobb genyitűszök s egyes kelevények mutatkoznak. A bántalom természetét leginkább jellegzik az atkamenetek, melyek gyermekeknél az egész testen elszórva, névszerint az arcon is gyakran találhatók. E menetek szegletekben futó görbe vonalakként mutatkoznak, melyek fehérek vagy piszkos sztrke színttek, másik végükön pedig fehéres pontban végződnek, hosszúságuk egész 3 cmtr.-nyi lehet. A rüth legbiztosabb jele az atka jelenléte, mely tüvel felfogatva, szabad szemmel is látható, azonban csak góreső alatt ismerhető fel. A rüth gyermekeknél könnyebben félreismertethetik, mint felnötteknél. Nem egy erősen viszkető s feltűnően makacs általános izzag alapján néha nem egyéb, mint rüth. Ilyetén tévedésektől csupán az atkák s meneteik fellelésébenei gyakorlottság és biztosság

öv meg. Néha-néha a rühl még bujasenyvvel is felcseréltetik, bár e betegséget mindenekelőtt az jellegzi, hogy kúttegei nem viszketnek.

A rühl gyógykezelése a perubalzsam s a folyékony styrax alkalmazásba vétele óta sokkal könnyebben s rövidebb uton eszközölhető. Ma már épen nincs, helyén a rühl ellen a bőr dörzsölésével, kén, homok s lugok alkalmazásával küzdeni. A cinnamen s cinnamein, mit e balzsamok tartalmaznak, az atkamenetekbe hatolnak s az atkát néhány óra alatt biztosan elölik. A perubalzsamot magában szoktuk alkalmazni. A folyékony styrax-hoz $\frac{1}{4}$ rész faolajat adunk. Valamennyi betegbőrészletet be kell kenetni, mit sem fürdők-, sem bedörzsöléseknek nem szükség megelőzni. Egyszeri teljes bekenés elégséges. Több órával a bekenés után a beteg megfürdik s tiszta ruhát s ágyat vált; egyszerismind arról is kell gondoskodnunk, hogy szintén rühlben szenvedő családtagok vagy ápolók egyuttal gyógykezeltessenek. Ha — Burchardt szerint — felnőttél egyszeri bekenésre 9 grm. perubalzsam s 15 grm. styrax-keverék szükségeltetik, ugy öt éven alóli gyermekeknél e mennyiség fele bizonyára bőven elégséges.

XVII. FAGGYUÁR. SEBORRHOEA.

Az első életévben a faggyúmirigyek felette tevékenyek, minek folytán váladékuk a bőrön gyakran vékony, repedezett, fehéres, zsiroshártya alakjában meggyülemlik s egyszerűen ftrüsztés vagy mosás által könnyen eltávolítható (seborrhoea universalis). Nem így a fejen, hol a váladék dusabban rakodik le s a — bár vékony — hajzat miatt nem oly könnyen távolítható el. Ennélfogva a bőrre, ha az nem eléggé tartatik tisztán, eleintén zsirospikkelyes, fehéres színtű csapadék rakodik, mely később a váladék folytonos gyülemlése, por s piszok hozzákeveredése folytán sötétsárga vagy barnás színt nyer. Ekként a bőrhöz szorosan odafekvő lapos pörkők támadnak, melyek nagy területeken, névszerint a fejtető mellő részén összefüggő tömegeket képeznek, s melyek alatt, ha eltávolíttatnak, a bőr épnek s legfeljebb kissé pirosabbnak mutatkozik. A második életévvel e pörkők kiszáradnak, az erősebben növő hajzat által felemeltetnek s lehullanak. Rendesen ép azon szülők vagy ápolók, kik restek a gyermekeket kellően tisztogatni, szoktak egyszerismind azon véleményben lenni, hogy a gyermekek fejének tisztogatása káros következményeket von maga után. Ilyenekkel szemben ne álljunk el ama rendeletünktől, miszerint a pörkők olajjal bekenesenek s egy idő mulva eltávolíttatván, a fejbőr szappanos vízzeli mosások segélyével tisztán tartassék.

XVIII. UJSZÜLÖTTEK KÖTSZÖVETKEMÉNYEDÉSE. SCLEREMA
NEONATORUM.

Billard: *Traité des maladies des enfans*. Ed. II. p. 179.

Bouchut: *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*. Ed. V. p. 329.

Journal für Kinderkrankheiten XXXV. 80. und 318. und XLV. 153.

Hervieux: *Ibid.* XLII. 217.

C. Hennig: *Die Verhärtung des Zellgewebes der Neugeborenen*. *Arch. d. Heilkunde*. II. p. 513.

Löschner: *Ueber die progressive Algidität, das Sklerem und die sogenannte Graisenhaftigkeit der Kinder*. *Jahrb. f. Kinderheilkunde* II. 91.

A kötszövetkeményedés gyenge, koraszülött, rosszul táplált s ápolat gyermekeket főleg életük két első hetében, vagy néha később is szokott megtámadni. Már Billard, újabban pedig Suckling észlelte e bántalmat együttszülve előfordulni. A téli hónapokban sokkal több ilyen megbetegedés fordul elő, mint a nyáriakban. E kóralak kiválóan a nagy városok szegényeinél, de főleg lelenházak-, s gyermek-kórházakban fordul gyakran elő. A francia orvosoknak szembevetőn több alkalmuk van e betegségről észleleteket gyűjteni, mint a németeknek.

A szóban forgó kóralakot főleg két tünet jellegzi: a bőralatti kötszövetnek s magának a bőrnek vizenyővel vagy a nélkül járó keményedése és a test melegének csökkenése. A bántalom kezdetén a beteg bőrén gyakran még mutatkozik ama veres színezet, melyet ujszülöttek felpírjának szoktak nevezni; máskor a beteg tödőtágulatlanság folytán kékkóros; ismét máskor rajta épen az ujszülöttek sárgasága mutatkozik. A bőr elváltozása rendszeren a lábikrákon veszi kezdetét s innen terjed felfelé a combokra, a törzs- s a karokra, lefelé a lábra. Mindazonáltal ép úgy választhatja a mellet s az arcot is, vagy bármely tetszés szerinti helyet kiindulási pontjául. A bántalmazott bőrrészeket sápadt, sárgás, viaszszerű külemet nyernek, kemények-, merevek- s hidegekké lesznek, s ha ehhez még vizenyő is társul, térfogatukban tetemes növekedést szenvednek. Kezdetben a tagok mozgékonyasága még nincs megnehezítve, csak az ajkak mozgása s a szopás válik lehetetlenné. Később, ha a kötszövetkeményedés általános, a bőr feszes volta miatt a test oly merevvé lesz, hogy egyes esetekben a tarkónál fogva deszka módjára felemelhető.

A betegség kezdetétől fogva minden jel arra utal, hogy nem helybeli bőrbántalommal, hanem a legfontosabb működések mélyebbre ható zavarával állunk szemközt. Még mielőtt a kötszövetkeményedés

kezdését vette volna, a gyermekek álmosakká lesznek, egyes nyöszörgő hangokat hallatnak, s mozgásaik gyengék. Az ér- és szívlökés gyakran lassulnak, más esetekben gyorsulnak, de mindig igen erősen találtatott. A test melegét illetőleg legelőször R o g e r mutatta ki, hogy az a betegség kezdetével csökkenni kezd, és lefolyása közben néha egész 10 C°-kal áll a rendes magaslat alatt. Megfelelően ennek a végtagok valóságos márványhideg tapintatnak s még a száj is hideg. A test meleg e csökkenése a legszorgosabb begöngyölés dacára is beáll s oly makacs, hogy még croupos tüdőlob fejlődése — mi be szokott következni — sem képes annak egészen gátot vetni. Igen érdekes azon észlelet, miszerint elsatnyult, de kötszövetkeményedésben nem szenvedő gyermekeknél több nappal haláluk előtt szintén ilyenét hűcsökkenés áll be. A légzés, mely felületes s szapora, mihamar megnehezül s köhögések által szakítottatik meg. A hasi zsigerekre vonatkozólag állandó tünetek nem észleltettek. Egy, legfeljebb négy nap alatt bekövetkezik a halálos kimenet, s csak ritkán a gyógyulás. Ez utóbbi esetben a megtámadott részek elvesztik viaszkülemüket s keménységüket, a bőr többi része megszűnik kékkóros lenni, a test melege emelkedik, a szopás megkönnyül s az előbb nagyot csökkent testsúly ismét növekedni kezd.

A boncvizsgálat alkalmával a bőralatti kötszövet szemcsésnek (még nagyobb mérvben mint különben gyermekhullákban szokott) keményedettnek és a közte lefutó kötszövetszalak, sőt néha az alatta fekvő izmok s kötszövethüvelyek is vizenyösen beszűrődötteknek mutatkoznak. A vizenyős kötszövetből kicsurgó savó, miként az különben is gyakran megtörténik, utólagosan megalvad, az tit- és visszerek bántatlanok, némelyek szerint a hajszáledények befecskenése épen nem, vagy csak nehezen, mások szerint ép oly könnyen sikerül, mint rendes körülmények között. A belszervekben gyakran a vér kevésbé alvadékony voltát, számos hajszáledényi vérömlenyt, tüdőtagulatlanságot, hurutos sárgaságot, bélhurutot, lebenykés tüdőlobot s véres tüdőbeszűrődést találunk. Hogy a bélesatornát gyakran kissé rövidebbnek s a Botall-féle vezetékét még nyitva találjuk, azt kora- vagy ujszülött gyermekeknél könnyű megmagyarázni. Azon számos kísérletek közül, melyekből e bántalom tüneteire igyekeztek következtetést vonni, az újabbak e tekintetben legnagyobb részt — s azt hiszem, joggal — a test melegének csökkenését emelik ki, s e felvétel alapossága mellett több körülmény nyilatkozik. Koraszülött gyermekek gyakran még nem képesek szopni, mások nem kapnak elég táplálékot, vagy nem képesek azt a bélhurut folytán áthasonítani, avagy az elégtelen hőképzés foly-

tán nincsenek eléggé a melegvesztés ellen óva. Az is összhangzásban van e felfogással, hogy a bántalom tulnyomóan a téli hónapokban fordul elő. Némelyek a tartós hanyattfekvést hozták fel e betegség okául, s az izomműködés általi hőképzést tekintetbe véve, e nézet szintén alaposnak látszik. Ha mindez így áll, úgy a zsírszövet megmerevedésének a testmeleg csökkenése következtében kell beállania, s ekkor azon körülmény is megfejtésre talál, hogy a megmerevedés többnyire a törzstől legtávolabb eső részeken veszi kezdetét. Azon esetekben, hol az arcbőr merevedik meg legelőbb, ez csakis annak fedetlen részével történik.

A gyógykezelés feladata a táplálkozást fentartani s a test melegét emelni. Legjobb szolgálatokat tesz itt a jó dajka, kinek teje eleintén szükség esetében a gyermekszájába fecskendeztetik. Ennek hiányában tehéntejet vagy Liebig-féle levest igyekezzünk befecskendezni s időközben a gyermeknek néhány csepp bort nyújtani; a kámfor s a moschus is lettek már sikerrel alkalmazva. A test melegét meleg fürdők, meleg kendőkbe vagy gyapotba göngyölés, főleg pedig *Legroux*-tól ajánlott s a test, főleg pedig a végtagok gyurasában álló eljárás által igyekezzünk emelni. Az izmok megszakitott árammali izgatását is meg lehetne e célból kísérteni.

A serdülők kötszövetkeményedését (*sclerema adultorum*), mely kóralak körülbelül a gyermekkor végén kezd előfordulni, már teljesen idült lefolyásánál s a test összes táplálkozására gyakorolt csekély befolyásánál fogva sem lehet az ujszülöttek kötszövetkeményedésével bármint viszonyba is hozni.

... and the ... of the ...

... the ... of the ...

... the ... of the ...

... the ... of the ...

... the ... of the ...

... the ... of the ...

... the ... of the ...

TÁRGY-JEGYZÉK.

A.

Agyhártyák vérzése 464.
Agyi ütértömülés 471.
Agylob 489.
Agytályog 490.
Agyvérzés 466.
Agyvérszegénység 456.
Agydagok 503.
Agytultengés 493.
Agyüblök rügösödése 460.
Agyvízkór, idült 496.
Agyvízkór, heveny 502.
Agyvérbőség 459.
Agy - gerincagyhártyalob , járványos 141.
Agyhártvalob, egyszerű 483.
Agyhártvalob, gümös 475.
Agykeményedés 492.
Agygümök 506.
Agyrák 504.
Alhasi hagymáz 90.
Álhártyás lob 118.
Álfelhérvérűség 226.
Arcideghűdés 551.
Arcsorv, ideges 551.
Angolkór 163.

B.

Bárzsinglob 362.
Bárzsingszűkület, heges 364.
Bárzsingárulat, világrahozott 364.
Bárzsing kiüblösődései 363.
Bárányhimlő 78.
Belehelési gyógymód 32.

Bélbehüvelyződés 398.
Bélhurut 373.
Bélhurut, heveny 377.
Bélhurut, idült 379.
Bélszűkület 394.
Bélsár 27.
Borsókaféreg az agyban 512.
Bólintgató görcs 555.
Botall-féle üteres vezeték nyitvamaradása 200.
Bőraláfecskendések 35.
Bőrpállás 561.
Bubor 578.
Bujasenyv 148.
Bujasenyves agydag 503.
Bright-féle kór 434.
Burkonytömlő a tüdőben 320.
Burkonytömlő az agyban 510.
Burkonytömlő a májban 427.
Burkonytömlő a lépben 432.

C.

Croup 241.
Csalánküteg 580.

D.

Dajka 8.
Derme 322.

E.

Egy napos láz 15.
Emésztéshiány 365.
Éjjeli nyugtathatlanság 451.

Értömülés 214.
Érlökés 2., 16.
Epeutak heges elzáródása 422.
Evvérűség 160.

F.

Faggyuár 592.
Fehérnyelvizelés 19., 60.
Fehérvérűség 223.
Felpír 560.
Féregkór 382.
Fertőzőségi betegségek 40.
Fogzás 11.
Fogzási fekélyek 318.
Fültömirigylob, járványos 114.
Fűrészsizomhűdés 554.
Függérszükület, világrahozott 211.
Fürdők 31.

G.

Galandóc, körkörös 390.
Galandóc, vājthātu 389.
Garatvizsgálat 24.
Garatmögötti tályog 359.
Gége-porchártya genyedése 272.
Gégevizenyő 251.
Gégedagok 253.
Gégehurut 234.
Genybub 577.
Gerincagyhártyavérzés 520.
Glioma 504.
Gerincagyhártyalob 516.
Gerincagylob 519.
Gerincagydagok 521.
Gerincagygümő 521.
Golyva 275.
Görvélykór 175.
Gümőkór 183.
Gyermekhűdés 547.
Gyermekek halandósága 37.
Gyomorfekély, kerek 370.
Gyomorfekély, gümős 372.
Gyomorhurut 368.
Gyomrocsovénylikak 203.
Gyógyszeradag 28.

H.

Habarcok a légesőben 272.
Habarc a végbélben 405.
Hagymáz, alhasi 90.
Hagymáz, küteges 84.
Hajhullás, körülirt 585.
Hajkosz 586.
Halhéjag, együttszületett 559
Halhéjag, egyszerű 560.
Halandóság 37.
Hangrészgörcs 259.
Hangszálaghűdés 264.
Hasvizkór 407.
Hashártyalob 409.
Hasmenés 373.
Hasított gerinc 514.
Hányás 26.
Hártyás gégelob 241.
Háromesucsú billentyű világrahozott
szükülete 209.
Himlő 69.
Hörgmirigylob 329.
Hörgvész 329.
Hörghurut 277.
Hörgtágulat 281.
Hörglob, száraz 281.
Hökhurut 106.
Hömérsék 2., 14.
Hökhurut-fekélyek 348.
Hugyvér vörheny után 61.
Husdag az agyban 503.
Hűdésék hártyás lob után 125.

I.

Idegen testek a légutakban 269.
Idegtünetek 22.
Iskola mint kór-ok 12.
Izületzsugor, görcsök 544.
Izomtúltengés 545.
Izzag 571.

K.

Kanyaró 47.
Kemnyéd elfajulása a májnak 423.
Kemény-agyhártyalob 473.
Kórhajlam-öröklés 5.

Köldökzsinór 25.
 Köldökzsinór-visszérlob 214.
 Köhögés 21.
 Körösés sömör 589.
 Körülírt hajhullás 585.
 Kötőszövetkeményedés 593.
 Kúteges hagymáz 84.
 Külszemérem-hüvelylob 445.

L

Láztünetek 14.
 Légzés 3., 20.
 Légdag, a tüdőben 283.
 Légcsősor 271.
 Légcsőhabarc 272.
 Lép betegségei 430.
 Léplob, bujakóros 431.

M

Makktakar 450.
 Mandulák tultengése 357.
 Mandulalob, genyedő 354.
 Májszemcséscdés 427.
 Májlob, bujakóros 425.
 Melltünetek 20.
 Mellhártyalob 320.

N.

Nátha 230.
 Nehézkór 525.
 Növés 1.
 Nyaksipoly, veleszületett 362.
 Nyirkmirigylob 224.
 Nyombélfekély 370.

O.

Orbáné 563.
 Orrvérzés 232.
 Orrhurut 230.
 Orsonya 383.
 Övsömör 582.

P.

Petécskór 218.
 Peteképiük nyitvamaiadása 197.
 Pikkelysömör 575.
 Piros kúteg 67.
 Pitvarsövénylikak 197.
 Poredag az agyban 503.

R.

Ráנגgöres 539.
 Rüh 591.

S.

Sárgaság 417., 419.
 Sikoltás 21.
 Sömör, körösés 589.
 Sömör, pikkelyes 572.
 Szájlob, fekélyes 345.
 Szájlob, hólyagcsás 338.
 Szájhurut 336.
 Szájpenész 341.
 Száraz hörglob 281.
 Szentükri tünetek 27.
 Szemölcsdag 253.
 Székszorulás 380.
 Székürítés 27.
 Szívántalmak 191.
 Szívbellob 194.
 Szívuroklob 192.
 Szívbillentyűhiba 200.

T.

Tapintási érzék 5.
 Tarlóssömör 589.
 Táplálkozás kezdete 6.
 Tchénhimlő 80.
 Tej 4., 7.
 Tejszemölcs 573.
 Testsuly 1., 2., 16.
 Testhossz 1.
 Testhőmérsék 2., 14.
 Tetszhalál 228.
 Toroklob 352.
 Torokgyik 241.

Tömlők az agyban 503.
 Tüdőlégdag 283.
 Tüdőtér eltűnése 316.
 Tüdőtömülés, véres 316.
 Tüdőlob, izzadmányos 292.
 Tüdőlob, hurutos 305.
 Tüdővész 309.
 Tüdőtágulatlanság 286.
 Tűszős béllob 380.

U.

Ujszülöttek heveny zsiros elfajulása
 158.
 Ujszülöttek kötszövetkeményedése
 593.

V.

Vakbélkörü lob 391.
 Váltóláz 137.
 Veseutér tömülése 444.
 Vesevízkór 433.
 Veselob 434.

Vesecrák 439.
 Vesekő 441.
 Végbéliszam 401.
 Végbélzár 403.
 Végbélhabarc 405.
 Vérzési kór 216.
 Vér mennyisége ujszülötteknél 3.
 Vérhas 130.
 Vérzékenység 216.
 Vérrögképződés 214.
 Villamgyógymód 37.
 Vittánc 531., 537.
 Visszatérő láz 101.
 Viszketeg 576.
 Vizelet 3., 18.
 Vizrák 348.
 Vonalnya 386.
 Vörheny 56.

Z.

Zsebre 338.
 Zsirmáj 424.

Értelemzavaró hibák.

3. lap	12. sor	alulról	1/12-adát,	helyett olvad:	1/12-adát.
6.	16.	"	fültörmirigylob	"	fültörmirigylob.
87.	5.	felülről	lehető fel	"	lehető fel.
113.	9.	"	alulról	"	érzékenyebbé.
123.	14.	"	"	"	vagy.
			nagy	"	

