



11040

H. 475

A GYERMEKBETEGSÉGEK KÖRISMÉJE ÉS TÜNETTANA. THERAPEUTICUS ÚTMUTATÓVAL.

IRTA

D^r FÍLATOW NİL

A MOSZKVAI CSÁSZÁRI OROSZ EGYETEMEN A GYERMEKGYÓGYÁSZAT NY. RK. TANÁRA
ÉS A CHLUDOW-FÉLE GYERMEKKÓRHÁZ IGAZGATÓJA.



SZERZŐ ENGEDÉLYÉVEL A IV. EREDETI OROSZ KIADÁSBÓL

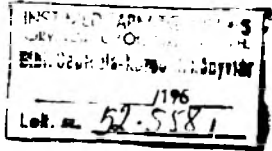
FORDITOTTA

D^r DEMJANOVICH EMIL

BUDAPESTI GYERMEKORVOS,
MŰTŐ, MÁRMAROS-MEGYE TB. FŐORVOSA.



— SZÁMOS ÁBRÁVAL. —



BUDAPEST.

DOBROWSKY ÉS FRANKE KIADÁSA

1896.

01 JUN 2004



23112



Szerző előszava a magyar kiadáshoz.

Dr. Demjanovich Emil oly szíves volt, hogy elvállalta az én Semiotikámnak magyar nyelvre való fordítását. Ez a fordítás a 4-ik orosz kiadás correctur-ivei után készült. Ezen orosz kiadás körülbelül egyidejűleg jelenik meg a magyar fordítással. Midőn Dr. Demjanovichnak az ő készségeért, hogy az én könyvemmel megismerteti a magyar kartársakat, legmélyebb köszönetemet nyilvánítom, azon reményt táplálom, hogy azt nem fogják figyelmen kívül hagyni és részemre nem marad más hátra, mint azt kívánnom, hogy Magyarországon ugyanazon szíves fogadtatásban részesüljön könyvem, mint a minővel én magam voltam szerencsés fogadtatni 1894. évben Budapesten, a VIII-ik hygienicus congressuson.

Filator Nil.

A fordító előszava.

Kissé különös, s a nyelvi viszonyoknál fogva igen ritka, eddigelé e tekintetben az első, hogy az orosz irodalomból plántáltatik át orvosi mű a hazába. De voltaképen a jót keressük s bárhol találjuk, szívesen fogadhatjuk. Bár hazai orvosi irodalmunk újabb időben oly fényesen lendült fel, hogy a jövő a legszebb reményekre jogosít, de a gyermekorvoslás terén eddigelé valami sok nem történt. A hazai orvosi irodalom felvirágoztatása körül bokros érdemeket szerzett „Magyar Orvosi Könyvkiadó Vállalat“ e bajon segitendő, Henoch kétségtelenül kiváló könyvét a magyarba is átültette, de ez csak tagoknak hozzáférhető, a nem tagok pedig azt drágán kaphatták addig t. i., a mig az el nem fogyott.

Filatow könyve nem az a chablonos irányban írt mű, a mely az egyes betegségeket kórcsoport, eredet, kórbonecztan, tünet, lefolyás stb. modorában tárgyalná, ettől elütőleg tehát oly könyv, a melyben az ismertetés a tünetekből folyik s így kezdő orvosnak leginkább megadja azt az utbaigazítást, a mire neki a gyakorlatban minduntalan szüksége van. Hogy példát mondjunk: hányszor jön az anya csesemőjével az orvoshoz, avval a panaszszal, hogy gyermeke nem tud szopni?! A kezdőnek, ha a gyermekorvoslással tüzetesebben nem foglalkozott, már ezen első alkalommal is nehézségei merülnek fel. Filatow ép ily, s ehhez hasonló esetekben segíti ki a kezdőt, amennyiben a *tüneteket* tárgyalván legkivált — folytonos exclusiv módon vezeti a kezdőt a helyes utra. Eredeti orosz művének II-ik kiadását, mely német fordításban az ismert jeles szakíró, *Hypsius* moszkvai gyermekorvos kitünő fordításában látott napvilágot — tetszéssel olvasva, elhatároztam, hogy e művet kartársaimnak magyarul bemutatom. Időközben a szerzővel személyesen, a VIII. demographiai congressuson s levélileg is érintkezvén, a szerző tudomásomra hozta, hogy művének 4-ik kiadása már sajtó alá került, minélfogva az ő határozott kívánására e legújabb, teljesen átdolgozott s bővített kiadást fordítottam le a 4-ik eredeti orosz kiadás correctur-íveiből, melyet ő készségesen bocsátott rendelkezésemre, annál is inkább, mert e kiadásban a szerző az egész

művét nemcsak átdolgozta, hanem igen sok fejezetet, mint pl. a szájbetegségeket, a torokbajokat, az idegrendszer, a veleszületett bujakór, a heveny lázas betegségeket, bőrbajokat stb. teljesen, a legújabb irodalom felhasználásával vette fel könyvébe. A mű végéhez csatolt therapeuticus utmutatóval csak a kezdők érdekeit tartottam szem előtt, a kik abban nem recept-halmaz előtt állnak, hanem a kiknek javára a szerző még ebben is igyekszik mindenkor lehetőleg kimerítő és tárgyilagos állásponton maradni. A therapeuticus utmutatónál, a mennyire lehetett, — a latin terminus technicusokat használtam; s csak ott tértem el ettől, hol helyesebb magyar kifejezést találtam, részint a könnyebb áttekintés, részint a nyelvi viszonyoknál fogva, mert az orosz abc beosztása a mienktől nagyon is elütő. Hogy a gyógyszerek adagolásánál s a rendelésnél elhagytam a nálunk kötelező rendelési formulát, a melyben a szereknek adagolási módja a tizedes rendszer alapjára van fektetve, s a melynél az u. n. dent. tales doses kerülendő, tettem csak azért, mert úgy gondolom, hogy a kezdő, akinek az adag nagysága sokszor fejtörést okoz — a Filatow által használt recept-formulák szerint — azonnal tisztában lesz a kornak megfelelő adaggal.

Végül hálás köszönetemet nyilvánítom Filatow tanár úrnak, hogy művének fordítását oly készséggel megengedte, sőt ahhoz előszót is írt, nemkülönben a kiadó Franke Pál urnak, a ki a hazai orvosi művek megjelenését áldozatkészségével oly nagyban fellendítette, hogy a magyar orvosok igazán elismeréssel adózhatnak neki.

Budapest, 1896. május havában.

Dr. Demjanovitch Emil.

Előszó az első kiadáshoz.

E könyv kezdő, fiatal orvosok és felsőbb tanfolyambeli orvoshallgatók számára készült, tehát azok számára, a kik már a különös kór- és gyógytannal foglalkoztak, ugyszintén azok számára, a kik a klinikai vizsgálati módszerekkel tisztában vannak ugyan, de a gyermekbetegségek önálló kórisméjének felállítására még kellő gyakorlottsággal és határozottsággal nem rendelkeznek. Az volt a célom, hogy a kezdőnek egy rövid vezérfonalat nyujtsak, a melylyel kezében a leggyakoribb gyermekbetegségek felismerésénél a főtüneteket tartva szem előtt, a kórisme megállapítását könyvem segélyével neki megkönnyítsem, s megmentsem őt attól, hogy a részletek túlságos mérlegelése által zavarba jöjjön. E célt az által véltem elérni, hogy 1-ször az egyes kórtünetek jelentőségét részletesebben tárgyalom, mint azt a tankönyvekben olvashatjuk és 2-szor az egyes betegségek tárgyalásánál csakis a lényegesebb tüneteket tartom szem előtt, s minden jelentéktelen dolgot szándékosan mellőztem, mert 12 évi tanárkodásom alatt gyakran győződtem meg arról, hogy a kezdő a részleteknek mennyire könnyen hódol, s a fődolgot mellette nem veszi tekintetbe, szóval „a fától nem látja az erdőt“.

A gyermekkorban gyakori, vagy bizonyos sajátságok által kiváló betegségeket körülményesebben tárgyalom, ellenben a ritkábban előforduló tüneteket vagy teljesen mellőztem, vagy csak futólag említettem fel, ugyszintén nem tárgyalom bőven azokat a bajokat, a melyek a felnőttekével azonosak, minők pl. a szívbajok.

A kezdők érdekét tartva szem előtt, nem tartottam feleslegesnek azt, hogy könyvemben a körelőzményi adatokat bőven tárgyalom, s a művet egy rövid therapeuticus utmutatóval fejezem be, a melyben a leginkább használt és kipróbált vénymintákat vettem fel, a mi mellett szem előtt tartottam azt is, hogy a gyógyszereknek kor szerinti adagjait is mindenkor felemlítettem.

Filatov Nil.

Előszó a 4-ik kiadáshoz.

E bővített kiadásban leginkább az egyes idegbajok, veleszületett bujakór és a lázas betegségek fejezetét tárgyalom kimerítőbben; a többi fejezeteket csekélyebb módosításokkal bocsátom közre, melyek összesen mintegy 48 oldalra terjednek.

A veleszületett bujakór fejezetében levő új ábrákat *Fournier* németre fordított „*Syphilis hereditaria tarda*“ könyvéből vettem át.

Moszkva, 1895.

Filatow Nil.

TARTALOM.

	Oldal
Előszó	5
A gyermek megvizsgálása.	
Kórelőzmény	1—5
Jelen állapot	6—9
A beteg objectiv megvizsgálása és az egyes tünetek jelentősége	9—52
<p style="margin-left: 20px;">Testtartás. — Arczkifejezés és arczzsin. — Általános tápláltság és testalkotás. — Súlymérések. — A test, mellkas és fej növése. — Egyszerű atrophia. — Symptomaticus atrophia. — A köztakaró színe s elváltozásainak jelentősége. — <i>A fej megvizsgálása.</i> — Agytullengés. — Nyerges koponya. — Koponya csontok ellágyulása. — A kutacska és varratok rendellenességei. — A fejbőr vizsgálása. — Fejdaganat és fejtérdaganat — Agysérv. — A száj és torok megvizsgálása. — A nyak megvizsgálása. — Mellkas vizsgálat. — Ujszülöttek és csecsemők légzése. — A mellkas alaki eltérései. — A gyermek szívének megvizsgálása. — Az érverések száma. — Szívzörejek. — Veleszületett szívhibák. — <i>A sírás tünettana.</i> — A has megvizsgálása. — A köldök betegségei. — A húgy- és ivarszervek megvizsgálása. — Húgyvizsgálat. — Hőmérés.</p>	
Az emésztő szervek betegségei.	
A száj betegségei	53—66
<p style="margin-left: 20px;">Stomatitis erythematosa s. catarrhalis. — Bevont nyelv. — Szőrös nyelv. — Vörhenyes nyelv. — Szájpenész, Soor. — Pityriasis linguae. — Stomatitis morbillosa. — Comelones palati duri (Hohn-fele csomók). — Fogzás. — A szájüreg oly megbetegedései, melyeknél a száj nyálkahártyája fekélyesedik, de a száj nem bűzös. — Stomatitis diphtheroidea staphylococcea. — Aphthás szájgyulladás — Stomatitis herpetica. Aphthae Bednari. — Nyelvfelek fekélyesedése. — Stomatitis syphilitica. — A nyelv harapott sebei. — A szájnyálkahártya oly betegségei, a melyeknél a szájnyálkahártya kifekélyesedik és a száj bűzös. — <i>Fekélyes szájgyulladás</i> (Stomacacae). — Stomatitis mercurialis. — Noma. — Szájstbly (Scorbut). — Osteoingivitis gangraenosa neonatorum. —</p>	
Az étvágy tünettana	67—70
<p style="margin-left: 20px;">Tulságos étvágy. — Iskola vérszegénység. — Az emlő visszautasításának oka. — Fokozott szomjúság.</p>	
A torok betegségei	71—90
<p style="margin-left: 20px;">Hurutos torokgyulladás. — A torok nyálkahártyájának különféle elváltozásai kiütéses bajoknál. — <i>Angina follicularis et lacunaris.</i> — Aphthás torokgyulladás. — Pontaluku diphtheria. — Hártyás képződéssel járó torokbetegségek — Sömörös torokgyulladás. (Angina herpetica). — Pseudodiphtheritis s. angina fibrinosa. — <i>Torok-diphtheria.</i> — Vörhenyes diphtheria. — Vörhenyes torokgyulladás. — Fekélyes torokgyulladás. — Pharyngitis ulcerosa. — Bujakóros torokgyulladás.</p>	

	Oldal
Megnehezített nyelés (Dysphagia)	90—92
Valódi és ál dysphagia. — Garathüvés. — Oesophagitis corrosiva et soor. — Nyelőcső szűkület és gurdély.	
A hányás tünettana... .. .	92—101
Émelygés. — Vérhányás. — Melaena neonatorum. — Valódi és látszólagos vérhányás. — Agyi és gyomorból eredő hányás. — Uraemiás hányás. — Ideges eredetű hányás. — Nyelőcső szoros esetén jelentkező hányás.	
A gyomor és bél betegségei	102—112
A csecsemők heveny gyomor- és bélbetegségei. — Dyspepsia. — Kólika. — Heveny vékonybélhurut. — Gyermek-kolera (Cholera infantum). — <i>Heveny vastagbélhurut</i> — Zöld hasmenés. — Idősebb gyermekek heveny gyomor- és bélbetegségei. — Idült gyomorhurut. — Idült bélhurut. — Periodicus hasmenés.	
A véres ürülések tünettana	117—123
A szervezet általános megbetegedéseinél jelentkező véres ürülések. — Vérhas (dysenteria). — A végbél betegségei.	
A székrekedés tünettana... .. .	122—126
Csecsemők székrekedése. — A székrekedés oka csecsemőknél. — Végbélrepedés.	
Makacs székrekedéssel és hányással járó betegségek	127—139
Bélelzáródás. — Lágyék és köldöksérvek. — Intussusceptio et invaginatio. — Vakbélkörüli gyulladás. Perityphlitis. — Heveny hashártyagyulladás.	
A hasfájdalmak tünettana	135—138
A hasfalak túlérzékenysége. — A hasizom és bonyók fájdalmai. — Belfájdalmak. — Különféle okok okozta hasfájdalmak.	
Az alhas megnagyobbodásának tünettana... .. .	139—141
A normalis és felfuvódott has. — Hasvízkór. (Ascites.) — Savós és gümős hashártyagyulladás.	
Hasüri daganatok	143—156
A máj megnagyobbodása. — Izzadmányos hasvízkór. — Májbajok. — Lépmegnagyobbodás. — Vesedaganatok. — Veserák.	
Bélférgyek	157—163
A légző szervek betegségei	162—166
Nátha. — Orrvérzés. — Orrdiphtheria.	
Megnehezített (stenoticus) légzéssel járó gége- és légesőbajok	169—177
Gégeszükültre vezető heveny gégebajok. — Valódi és álcroup. — Gegevizenyő. — Spasmus glottis. — Garatmegetti talyog. — A felső légutak idült szűkülése. — Gége bujakór. — Ujképletek a gégeben. — Perichondritis laryngea — Golyva — A hörgőmirigyek túltengése és sajtos elfajulása.	
Tüdőbetegségek, melyeknél a kopogtatási viszonyok rendesek	182—203
Hörghurut. — Capillaris hörghurut. — Pharyngitis granulosa. — Időszakos éjjeli köhögés. — Asthma bronchiale. — Influenza. — Grippe. — Szamárhurut. — Szamárhurutos vizelet. — Tüdővizenyő. — Emphysema pulmonum.	
Tompa kopogtatási hanggal járó tüdőbajok	203—226
Pneumonia crouposa. — A rostonyús tüdőgyulladás és a mellhártyagyulladás közötti különbség. — <i>A rostonyús tüdőgyulladás rendellenes alakjai.</i> — Pneumonia abortiva és centralis. — Pneumonia cerebralis. — Görcsös alak. — Meningealis alak. — Pneumonia migrans. — Hurutos tüdőgyulladás. — Pneumonia hyposthasica. — Atelectasia pulmonum. — Influenzás tüdőgyulladás. — Mellhártyagyulladás. — Hydrothorax et Pneumothorax.	

	Oldal
Bűzös köpettel járó tüdőbántalmak	226—227
Az idegrendszer betegségei	228—246
Heveny fejfájás. — Idült fejfájás. — Migrain. — Iskola fejfájás.	
Az általános görcsök tünettana	235—246
Agyi eredetű görcsök. — Lázas mozgalmakhoz csatlakozó görcsök. — Rán- gások idősebb gyermekeknél (láz nélkül), — fiatalabbnaknál. — Vit- táncz. — Spasmus nutans. — Tetania.	
A nyakizmok zsugora (Contractura)	246—248
Felsőoldali nyakizom zsugor.	
A hűdések tünettana	249—273
A központi és környi eredetű hűdések közötti különbség. — Petyhüdt izom- zattal járó hűdések. — <i>Gyermekhűdés</i> . — Strümpel-féle hűdés. — Neuritis multiplex. — Myelitis transversa. — Haladó izomsorvadás. — Erb-féle sorvadás. — A Landouzy-Dejerine-féle izomsorvadás. — Angol- kórúak lábgyengesége. — Szülés utáni hűdés. — Diphtheriás hűdés. — Alkalmazkodási benulás. — <i>Feszült izomzattal járó, vagy gör- csös hűdések</i> . — Idiopathicus görcsös hűdés. — Little-féle hűdés. — Egyoldalú cerebrális hűdés. — Paralysis spinalis spastica. — Malum Pottii. — Spondylitis cervicalis.	
Az agyhártyák gyulladása	273—299
Az agyhártyák gyulladásának különféle alakjai. — Aethiologia. — Menin- gitis tuberculosa. — Agyvérbőség. — Egyszerű heveny fejevizkór. — Hydrocephaloid. — Passiv agyvérbőség. — Meningitis purulenta s. simplex. — Meningitis cerebro spinalis epidemica.	
A vizellet és nemi szervek betegségei	300
A vizellet tünettana	300—324
Fehérnyevizelés. — Heveny parenchymás vesegyulladás. — Vesehurut. — Heveny interstitialis vesegyulladás. — Idült fehérnyevizelés. — Neph- ritis chronica parenchymatosa. — Pangási vese. — Véres vizelés. Haematuria. — Haemoglobiuria. — Pyuria. — Hólyaghurut. — Hugyhomok.	
A vizelés tünettana	318—324
Nehéz és fájdalmas vizelés. — Hugyhólyagkő. — Incontinentia urinae.	
Hereborék és lügyéksatorna daganatai	324—326
Herevizscrv. — Visszatartott here.	
A bőr és a bőralatti kötőszövet betegségeinek tünettana	326—352
Halvány bőrszinnel járó betegségek. — Egyszerű vérszegénység. — A vér elváltozásai különféle vérszegénységnél — Csacsomók lépés vér- szegénysége. — Leukaemia. — Veszélyes vérszegénység. — Chlorosis. — Sárga bőrszinnel járó betegségek. — Sárgaság, veszes, hurutos. jáványos. — Winckel-féle betegség. — Cyanoticus bőrszinnel járó be- tegségek.	
Bőrkiütések, bőrbajok	339—366
Erythema neonatorum physiologicum — Dermatitis exfoliativa. — Bőr- orbáncz. — Erythema caloricum. — Erythema prodromale exanthema- e variolae. — Foltos kiütés, roseola. — Erythema multiforme. — Erythema nodosum. — Herpes tonsurans maculosus. — Urticaria. — Gyógyszerek okozta kiütések. — <i>Apró bőr-vérkiütések által jelleg- zett betegségek</i> , petécsék. — Purpura. — Purpura urticae. Purpura fulminans. — Purpura variolosa. — <i>Hólyag-pustula és pörkképző- dással járó bőrbetegségek</i> . — Bányahimlő. — Miliaria crystallina. — Herpes. — Eczema. — Seborrhoea. — Favus. — Herpes tonsurans. — Impetigo. — Eczema impetiginosum. — Ectyma. — <i>Különálló hó- lyagok által jellegzett bőrkiütések</i> . — Pemphigus. — Prurigo. — Sclerema neonatorum. — Sclerema oedematosum. — Sclerema adipo- sum. — Bőrvizenyő. — Emphysema subcutaneum.	

	Oldal
Különböző helyekre localisált idült, láztalan általános megbetegedések	360—388
Görvélykór. — Angolkór. — Öröklött bujakór. — Tünetei. — Syphilis hereditaria tarda. — Parasyphiliticus tünetek. — Bujakóros fogak és csontelváltozások.	
Lázás betegségek	383—390
Lázás mozgalmakkal járó bőrbetegségek. — A nyaki nyirokmirigyek idiopathicus gyulladása. — Periparotitis epidemica. — Periostitis. — Lymphadenitis colli epidemica. — Fülgyulladás. — Nátha, a száj és torok betegségei, mint a láz okai. — Csontbántalmak.	
Szorosan nem localisálható heveny, lázas betegségek	391—412
<i>Állandó vagy remittáló typhus által jellegzett betegségek.</i> — Hasi hagyomány. — Tünetei. — Roseola typhosa. — Diaso-reactio. — Könnyű és súlyos alak. — Visszatérő láz. — Heveay miliaris gümökör. — Annak typhusos alakja. Félheveny alak.	
Intermittáló lázak által jellegzett betegségek	413—423
A váltóláz. — A váltóláz szabálytalan alakjai. — Febris intermittens.	
Jellegző lefolyással és bőrkiütésekkel járó heveny lázas megbetegedések	424
<i>Lázás bőrkiütések.</i> — Vörheny. — A vörheny változatai. — A kanyaró. — A kanyaró különféle alakjai. — Rubeola. — A himlő. — A himlő különféle alakja. — Báranyhimlő.	
Therapeuticus utmutató	447



A gyermek megvizsgálása.

Az idősebb gyermekek és a felnőttek megvizsgálása között lényeges különbség nincs. A következőkben tehát főfigyelmünket leginkább a két éven aluliakra, az úgynevezett első gyermekkorra, fordítjuk.

Ha ilyen korú gyermeket akarunk megvizsgálni, mindenek előtt azon kell lennünk, hogy azt meg ne ijesszük, mert a vizsgálás természetesen meg van nehezítve, ha a gyermek sírni kezd és nem marad nyugodtan. Legjobb, a szobába belépve a kis betegre nem is ügyelni és mindenekelőtt a kikérdezéssel foglalkozunk; ekkor ideje van a gyermeknek arra, hogy az orvos személyét megszokja és könnyebben mulik el alaptalan féelme. A megvizsgálásnak a gyermekre nézve kellemetlen, vagy épen fájdalmas részét azonban hagyjuk utóljára. E czélból jobb, ha pld. a hallgatózást és kopogtatást az általános megtekintés, a légzések számának megfigyelése stb. után, a torok és száj megtekintését pedig egészen utóljára hagyjuk, mert a gyermek későbbben már nem barátkozik meg oly könnyen az orvossal.

Körelőzmény.

A megvizsgálást tehát a kikérdezéssel kezdjük. Mielőtt azonban ehhez hozzáfognánk, alkalmat kell adnunk az anyának arra, hogy kibeszélhesse magát, mert különben gyakran szakítja meg és zavarja rendszeres kikérdezésünket. Ezután azt kérdezzük, hogy mióta beteg a gyermek, mit vettek rajta észre mielőtt beteg lett és mi járult még későbbben hozzá?

Erre a gyermek korát kérdezzük, mert ez az orvosnak a betegség megítélésére és a későbbi kérdezősködésnek határozott irányt ad, még pedig nem csak az adott eset kórisméjére, hanem a kórjólás és gyógyításra nézve is.

A kórismét illetőleg a gyermek *kora* azért fontos, mert egyes megbetegedések igen gyakran, vagy épen kizárólag bizonyos fejlődési korban fordulnak elő, így pld. a betegségek az a csoportja, melyet a tankönyvek „az újszülöttek betegségei” czimén tárgyalnak. Ide tartozik az asphyxia, a tetanus, a cephalhaematoma, az ophthalmoblennorrhoea stb.

Az első hónapokban kiválóan az emésztőszervek bántalmai az uralkodók, különösen a bélgörcs és a dypepsia; az első 2—3 hónapban mutatkoznak a veleszületett bujakór és valamivel később az angolkóros koponya első jelei. A fogzás és elválasztás idejébe (azaz a 7-ik hónaptól a 30-ig) esnek különösen gyakran a bélhurut, a szájöreg bántalmi, az angolkór, a hangrészgörcs és az eklampsia. A 3-ik év után meg azt látjuk, hogy leggyakoribbak a különféle fertőző megbetegedések, a légző utak hurutja és a tuberkulosis.

Másodszor, a kórismére vonatkozólag annyiban is fontos a kor, a mennyiben a betegség tüneteinek semiotikus jelentősége a gyermek kora szerint különböző lehet. A sárgaságnak pld. semmi jelentősége nincs az újszülöttnél, mert ennél ez élettani jelenség is lehet; nagyobb gyermekeknél azonban mindig kóros. Más példa: valamely gyermeknek időnként görcsei vannak. más agyi tünetek azonban nem mutatkoznak nála; az a kérdés tehát, hogy ily esetben mindenekelőtt mire gondoljunk? Ha a gyermek a fogzás korában van, akkor a görcsök valószínűleg angolkórnak és hangrészgörcsnek a következményei, de ha már körülbelül 6 éves, akkor epileptikus rohammal lehet dolgunk. Sok ilyen példát említhetnénk fel, mert úgy van ez körülbelül a tünetek nagyobb részével is, a miből kiderül az, hogy a kórisme megállapítására az egyén korának milyen nagy jelentősége lehet.

Másik fontos kérdés a gyermek *hygienikus és táplálási viszonya*, megelőző és jelenlegi táplálása és a lakás egészségi állapota. Ezekre vonatkozó adatok szükségesek: 1. hogy megállapíthassuk azokat a szabályokat, a melyekhez magát a betegnek tartania kell; 2. annak megtudására, melyek azon kórokozó tényezők, a melyek a legelterjedtebb gyermekbetegségeket, mint a bélhurut, általános táplálkozási zavarok, (angolkór, vérszegénység, görvélykór, túlságos zsírfelhalmozódás, kimerülés) okozzák.

Mindenek előtt azt tudakoljuk meg, vajjon szopik-e a gyermek, vagy mesterségesen táplálják-e?

Ha a gyermek szopik, meg kell tudnunk, vajjon az anya vagy

dajka szoptatja-e? Hányszor szoptatják a gyermeket? (3 hónapos koráig nappal minden két órában és éjjel háromszor kell a gyermeket szoptatni, tehát összesen 24 óra alatt 10-szer; a 3-ik hó után nappal minden 3 órában, éjjel meg 2-szer, összesen 7-szer); mennyi ideig (hány perczig) szokták minden egyes alkalommal a gyermeket szoptatni és felváltva-e mindegyik emlőből? (Ha elég a szoptató teje, nem kell $\frac{1}{4}$ óránál tovább szoptatnia); mit szokott a szoptató enni? (A gyermek dyspepsiáját ép úgy okozhatja az, hogy a dajka sovány, mint az, hogy nagyon zsiros ételt eszik, ép így hat akármely más étel is, mely a szoptató emésztésére károsan foly be, vagy tejére direkte kártékony, mint pld. savanyú gyümölcs, (egyes hashajtó, opium stb.); egészséges-e a szoptató, nincs-e havi baja? (Néha csak a dajka tisztulásának idejében van a gyermeknek bélgörcse és dyspepsiája); van-e a szoptatónak elég teje? (Ha kevés a teje, többnyire rossz is; ez esetben soványodik a gyermek, nyugtalan, még pedig nem csak azért, mert éhes (dyspepsiája van), hanem azért is, mert emésztése megnehezített.

Ha dajka szoptatja a gyermeket, akkor fontos tudni azt, hogy mikor szült a dajka. (Nagy különbség a dajka gyermeke és a szopós között káros következményekkel járó makacs dyspepsiát okozhat); vajjon él-e a dajka gyermeke és ha nem, miben halt meg? (Ha gyermeke a szoptatás alatt egészséges volt, akkor valószínűleg jó a dajka teje); egy dajka szoptatta-e a gyermeket vagy többször cseréltek dajkát? (Utóbbi esetben a gyermek ritkán kerül el az angolkórt.)

Ha a gyermeket mesterségesen táplálják, vagy az emlőn kívül mást is adnak neki, kérdezni kell, hogy mit kap, tisztán tejet-e, vagy hígítva és minő fokig hígítva? Tisztán tejet csak 6-ik hónap után szokás a gyermeknek adni. Az első hónapban háromszorosan hígítjuk vízzel, a 2—3-ik hónapban csak kétannyi vizet adunk hozzá és később a következő arány szerint 1:1, 2:1. Mivel keverik a tejet: vízzel, darával, zsemlével vagy valami nyálkás levestel-e? (Az első 4—5 hónapban minden keményítőtartalmú étel hozzáadását kerülni kell, mert a keményítő emésztési zavarokat okoz és angolkórra vezet); hányszor adnak a gyermeknek enni és egyszerre mennyit? Adnak-e nekik még azonfelül: levest, kását, szopókát és más hasonlót? (A szopóka csecsemőknél szájpenészt okozhat és 6 hónapnál idősebbeknél rontja a fogakat); mióta kap a gyermek mást is a tejen kívül? (Ha a dajkának elég teje

van, ne adjunk a szopósnak 7—8 hónapos koráig mást.) Mert minél előbb etetik mással is, annál inkább léphetnek fel az emésztő szervek bántalmái, általános táplálási zavarok (mint túlságos zsirfelhalmozódás, vérszegénység, angolkór).

A gyermekszobát tekintve, szóba jön annak levegőtartalma (kívánatos legalább 5 köböl levegő), a levegő tisztasága, hőmérséke (14—16° R.) és páratartalma, (nyirkos lakásban ritkán nő fel a gyermek anélkül, hogy görvély vagy angolkórba ne essék; ép ily ártalmas a sötét szoba is). Fontos még, hogy milyen a gyermek fekhelye (rosz az elfüggönyözött ágy, mert a szellőzést akadályozza, az átnedvesedett és bűzös derékalj, ép úgy, mint a pehelylyel töltött vánkos, ha t. i. a gyermek feje izzad), a gyermek öltözete (igen meleg betakarásnak csak koraszülöttnél van értelme, szoros bepólyázás mindenkor egészségtelen), a fürdő (igen hideg víztől meghűlhet, míg túlságos meleg gyengíti és könnyen okoz görcsöket, pl. Tetanust vagy börbajokat, — mint a minő az ujszülöttek Pemphigusa. — Az első hat hónapban napjában egyszer szokás a gyermeket fürösztetni, ezután minden másodnapon, vagy kétszer hetenként; (az ujszülötteket 28 R. fokos, később 27°, az első év végén és nyáron 25 fokos vízben fürösztjük).

Miután a gyermek egészségi és táplálási viszonyait megbeszéltük, áttérünk előbbeni egészségi állapotára: kezdjük a szülésnél, azaz megkérdezzük, idejére született-e, rendes volt-e a szülés és mindjárt utána sirt-e?

Koraszülöttek hosszabb időn, néha éveken át. gyengék és halványak és rendszeren angolkórosak lesznek; a gyermek fejletlensége vagy gyengesége tehát oki összefüggésben van e kérdéssel. Ha a koraszülést semmi nyilvánvaló ok nem idézte elő (az anya betegsége. esés stb.), akkor ezenkívül veleszületett bujakórra kell gondolnunk, különösen, ha az anya megelőzőleg elvetélt. Minő bajokban szenvedett már a gyermek, nincse-e különös hajlama hasmenésre, szorulásra, köhögésre vagy kiütésekre? Mikor mutatkoztak első fogai és minő időközökben nőttek ki az egyes fogcsoportok? (A fogzás szoros összefüggésben van az általános táplálkozási viszonyokkal, ennélfogva rendes és idejében történő fogzás bizonyos tekintetben arról is biztosít, hogy a gyermek rendszeren fejlődött.) Nem jártak-e a fogzással bizonyos betegségek és melyek? Ismétlődtek-e ezen jelenségek minden egyes új fognál. (Ha ez így volt, akkor valószínűleg a fogzással függtek össze.) Gyakran határozot-

tan tagadja az anya, hogy a gyermek már beteg volt, de ha azt kérdezzük, könnyen fogzott-e a gyermek: se vége, se hossza a panaszoknak. E sajátságos tapasztalást az magyarázza meg, hogy az anyuk nagyon hajlandók gyermekük minden baját a fogzásnak tulajdonítani. Ennélfogva a körelözmény érdekében tanácsos, hogy ha a megelőző betegségek után kutatunk, azokat a fogzással együtt kérdezzük, még akkor is, ha a gyermek már néhány esztendő. (Rendes körülmények között 7 hónapos gyermeknek 2, egy évesnek 8 és kétévesnek 16 foga van.)

Mikor tartotta a gyermek már szabadon a fejét? (Rendesen a 3—4-ik hónapban); mikor tudott már ülni? (4—5-ik hónapban), mikor állni? (a 9—12-ik hónapban) és mikor járt már (a 12—18-ik hónapban)? Abba hagyta-e időközben a járást? Vajjon ennek oka valamely heveny megbetegedés volt-e, vagy pedig idült baj? (Ha az anya ezt nem tudja megmondani, legnagyobb valószínűséggel angolkóros a gyermek.)

Annak a megtudására, hogy hajlamos-e a család öröklékeny bajokra, azt kérdezzük, hány testvére van a kis betegnek, hány él és hány ha't meg közülök és mily idők voltak akkor. Legfontosabb kideríteni azt, hogy a családban nincs-e hajlam valamely öröklött bajra. Mert tudjuk például, hogy vannak családok, melyekben a gyermekek bizonyos korban meningitis tuberculosában halnak el, a nélkül, hogy a szülőknél a sorvadás tünetei láthatók volnának. Ép így tudjuk azt is, hogy a gyakori szülés nem csak az anyát gyengíti, hanem szülőtteire is károsan hat. Azt is fontos tudni, vajjon csak azok a gyermekek haltak-e meg, a kiket az anya maga szoptatott, vagy ellenkezőleg azok, a kiket nem szoptatott. Az e kérdésre adott felelettől függhet az orvosnak azon ajánlata, hogy az anya tovább szoptathasson, vagy pedig dajkára bizza a szoptatást.

A betegnek testvérei jelenleg egészségesek-e, vagy szintén betegek, talán épen ragályos bajban szenvednek? E kérdés akkor fontos, ha még egy ki nem fejezett fertőző betegségnek prodromalis vagy kezdeti szakával lehet dolgunk.

Végül a szülők egészségi állapotára térünk át. Azt kérdezzük, hogyan érezte magát az anya a terhesség alatt, sokszor hányt-e, főnjárt-e a terhesség végéig vagy lefeküdt-e a vége felé? Hány évesek a szülők? Nem vérrokonok-e? S nincsen örökölhető baja az apának vagy anyának (tuberkulosis, bujakór, súlyos idegbajok, haemophilia, görvélykór)?

Ezen előzetes kérdések után, a jelen állapotra térünk át, melynél. hogy figyelmünket semmi se kerülje el, bizonyos rendszer szerint kell eljárunk. Az emésztő szervekkel kezdjük, aztán a légző-, vérkeringési-, húgy- és ivarszerveken és az idegrendszeren folytatjuk s végül a hőmérsék felől tudakozódunk.

Emésztőszervek. A gyermek étvágyát kérdezve, nem kell avval megelégednünk, hogy az jó vagy rossz, hanem a gyermek étrendjét pontosan meg kell ismernünk. — Mely órákban eszik, és mit? (Megtörténhetik könnyen, hogy a gyermek állítólagos rossz étvágya tulajdonképpen jónak bizonyul.) Sokat szomjazik-e? Jól nyel-e és szívesen fogadja-e az emlőt? — Hány-e vagy csuklik-e? Mikor szokott hányni, csak akkor, ha pólyázzák és felemelik, vagy egyáltalán mozgatják, (a mi nem igen fontos), vagy pedig akkor, ha nyugodtan fekszik (a mi azt jelentené, hogy sokat szopatják)?

Meg nem alvadt tej-e az, mit közvetlenül a szopás után kihány (rendes állapot)? Ha pedig csak később, a szopás után mintegy 15—20 perczel, hány: vajjon alvadt-e tej, vagy talán éppen fordítva szokott lenni (a gyomor felesleges fermentmennyisége vagy savtartalma, vagy azoknak hiánya)? Minő körülmények között szokott a hányás bekövetkezni: az evés után (gyomorból eredő hányás), helyzetváltozásnál (agyi inger)? köhögés után (szamárhurut)? alvással végződik-e (migrán) vagy magas lázzal (fertőző baj)?

Hányszor székel napjában? Szopósoknál 24 óra alatt 2—3 ürülés a rendes, az első éven túl naponta legalább egyszer kell székelnie; tiszta tejtáplálásnál az ürülék pépes összeállású és egynemű narancsszínű; nem szabad annak zöldes és bűzösnek, sem nyákkal, fehér törmelékekkel, vérrel stb. keverve lennie. Minden eltérés a rendestől gyakoriság, összeállítás, szín, szag és összetétel tekintetében kóros és csak akkor, ha mindezen tüneteket tüzetesen beszéltük meg, jöhetünk avval tisztába, vajjon dyspepsiában, vékony bélhurutban vagy tüszős bélgyulladásban szenved-e a gyermek. Nem ismétlődik-e a hasmenés időszakonként a nap bizonyos órájában, vagy minden másodnapon?

Nincsen-e a gyermeknek hasgörcse? Rohamszerűen lépnek-e fel a görcsök, vagy állandóak? Első esetben meg kell állapítani, vajjon evés után, vagy üres gyomorra (bélférgek, gyomorgörcs), vagy időszakonként (interm. larvata) lépnek-e fel? Nincs-e szék-szorulása, vagy képes-e székelni (belek atoniája vagy veleszüle-

tett' anus szűkület) vagy pedig kemény a széke (szopósoknál ez egyáltalán nem normális)?

Erölködik-e a székelésnél (szorulás, nyákos hasmenés), vagy nagyon fájdalmas-e ez (fissura ani, végbélelődesés)? Nem látni-e a székelés után egy-két tiszta vércseppet (polypus)? Látni-e az ürülék között gilisztát? Nem viszket-e a gyermek végbélnyílása (oxyuris)?

Légzőszervek. Van-e a gyermeknek heveny vagy idült náthája? Előbbi esetben nyákos-geyes-e a váladék (egyszerű nátha, influenza kanyaró) vagy vérrel kevert marófolydék-e (orrdyphtheria, bujakór)? Mind a két orrjáratban székel-e az idült hurut (görvélykór), vagy csak az egyikben (idegen test)? Vérzik-e az orra, és mely alkalommal? (Köhögés után: számarhurut; ismeretlen okból: habitualis, orrpolypus, szivbaj; időszakonként, különösen éjjel: intermittens larvata.)

Nem köhög-e rekedten, ugatóan (gégehurut, croup), vagy szokásosan szárazan (heveny hurut), vagy nyálkásan (oldódásban levő hörghurut)? Mikor köhög erősebben, nappal-e vagy éjjel. (Ezen s a többi kérdések czélja kideríteni azt, van-e számarhurutja a betegnek.) Kipirosodik-e az arca, mikor legerősebben köhög és hány-e a végén? Vajjon füttyhangú-e a belégzés azalatt, a míg köhög? Képződik-e tapadós váladék a roham alatt? Erősebben köhögött-e kezdetben, mint jelenleg? Vajjon lázas volt-e akkor?

Ha influenzára gyanakszunk, meg kell tudnunk azt, hogy volt-e a köhögés mellett kezdetben magas láz, nátha vagy fülszúrás; ha gyulladáshoz gyanakszunk, hogy fájdalmas-e a köhögés?

A *vérkeringés szerveire* vonatkozólag nem szükséges külön kérdezősködni, mert az ide tartozó betegségeket tárgyilagos megvizsgálás alapján kórismézzük. Gyermekek szivdobogásról ritkán szoktak panaszkodni.

Húgy- és ivarszervek. Rendes időközben vizele-e a gyermek? Nehéz azt megmondani, hogy szabály szerint hányszor kellene a gyermeknek vizelnie, mert az egyénileg igen különböző, hogy hányszor érezzük annak szükségét. Csak annyit jegyezzünk meg, hogy nagyobb gyermekek rendszerint már nem szoktak éjjel vizelni, és hogy kis mennyiségek igen gyakori (pl. óránkénti) kiürítése hólyagizgalmat árul el. Nem fájdalmas-e a vizelet? Világos színű-e a vizelet? Vajjon húgyrekedést, vagy ellenkezőleg azt tapasztalták-e, hogy a vizelet — különösen éjjel — nem bírja viszatartani?

Idegrendszer. Fáj-e a gyermek feje? Mióta? Folyton tart-e, vagy csak időnként? Mindig szellemi munka után kezdődik-e? Külső erőszak folytán jött-e létre? A fejnek melyik része fáj (migrénnél az egyik halánték vagy a fej fele)? Fáj-e neki máshol is valamije? Vannak-e görcsei? Ha igen, hányszor ismétlődnek azok? Fűtyhangu légzéssel járnak-e (hangrészgörcs), vagy magas hőfokkal (lázás eclampsia), vagy pedig szellemi tompultsággal, hűdéssel és más agyi tünetekkel-e (agyi eredetű görcsök)? Hűdött-e? Hogyan alszik a kis beteg? Egészséges gyermek, fiatal ép úgy, mint idősebb egész éjen át felébredés nélkül szokott aludni; két éves koráig nappal is alszik a gyermek. A rossz alvást gyakori felébredés, félrebeszélés és fogcsikorgatás jellemzi, és az is, hogy a gyermek esteli jó elalvás után ijjedve ébred fel, környezetét kimeresztett szemekkel nézi, a nélkül, hogy megismerné s néha hangos kiáltással nevezi meg a rémlátományt, melytől felébredt; néhány perc multán ismét magához tér, nyugodt lesz, mélyen elalszik és másnap reggel már nem is emlékszik a történetekre. Hasonló rohamok, melyeket „éjjeli felijedéseknek“ — pavor nocturnus — nevezünk, leggyakrabban 2—5 éves gyermekeknél minden éjjel vagy csak időnként lépnek fel.

Annak nem kell nagy fontosságot tulajdonítanunk, ha a gyermek lázas és akkor alszik rosszul, de ha rendes körülmények között nyugtalan az álma, akkor ez a központi idegrendszer rendellenes állapotára mutat (fokozott ingerlékenység). Kis gyermeknél (a 3-ik évig) rendszeren angolkór vagy idült bélhurutból eredő vérszegénység (agyanämia) okozza a nyugtalan álmot; a rossz alvásnak egy másik oka az idegrendszer azon különös ingerlékenysége is lehet, melyet a fogzás idéz elő.

Gyakran találunk nagyobb gyermeknél is vérszegénység és általános idegizgalomtól (öröklött állapot) eredő nyugtalan álmot. Ilyen gyermekek szoktak leginkább éjjel felijedni.

Az iskolás gyermekek álmatlanságát többnyire az erőltetett, késő estig folytatott szellemi munka okozza.

A nyugtalan alvás főbb okai közül felemlítjük még a hasfájást, a bélférgeket, a rossz emésztés termékeit (ptomainok) és a bélsárfelhalmozódást is.

A láz. Vettek-e észre a gyermekben forróságot, hidegrázást vagy izzadást? Mikor kezdődött nála a lázas állapot és miképen folyt le?

Természetes, hogy csak a legszükségesebb kérdéseket tartottuk szem előtt és hogy minden egyes esetben szükséges lehet még számos mellékkérdést is tenni, de ezeket mind felsorolnunk nem csak lehetetlen, hanem szükségtelen is.

A beteg objectiv megvizsgálása és az egyes tünetek jelentősége.

Legjobb, ha a megvizsgálást az általános megtekintéssel kezdjük, ennek eredménye a kórisme felállítására gyakran nagyon fontos. Ennél mindenek előtt az általános benyomásra, az úgynevezett habitusra, azaz a testalkotásra, arczkifejezésre, tekintetre, tápláltságra, a köztakaró minőségére, a légzésre s általában mindenre ügyelünk, a mit látni lehet. Ha a gyermek kicsiny, jó azt alvása közben megtekinteni, mert ekkor pontosan határozhatjuk meg az érverések és légzések számát, a gyermeknek rendes bőrszínét látjuk, míg akkor, ha az sír és hánykolódik, ezek a tünetek nagyon megváltozhatnak.

A test tartása erőltetett, fájdalmas lehet, vagy szabad és természetes. Előbbinek azt nevezzük, melyet a gyermek ösztönszerűleg és önkéntelenül vesz fel, mert minden más tartás kellemetlen vagy fájdalmas neki.

Gyakran vezet rá az orvost az erőltetett tartás az ezzel összefüggő bajra és ezt összevetve, a kis beteg általános alkatával nyilvánvalóvá teheti a kórismét; így pld. már magában véve is jellemző a mellhártya izzadmányra a *folytonos egyoldalon* (a betegen) *való fekvés*; minden más helyzetben el volna a mediastinum az egészséges oldalra tolva és a tüdőkre gyakorolt nyomás miatt a légzés megnehezítve. Ha még e mellett azt látjuk, hogy a beteg halvány és lesoványodott (hogy a betegség tehát már régen tart) és légszomja is van, mely felfújtt orrlukakkal való szaporább légvételekben nyilvánul, hogy a beteg oldalon a hordaközök elsímláltak és a szivcsücslökés helye az ellenkező oldalra tolódott el, akkor a mellkas megvizsgálása nélkül is bő mellhártyaizzadmányra tehetjük a kórismét: felületes megkopogtatás elég volna arra, hogy légmellel össze ne tévesszük.

Heveny hashártya gyuladásra az a jellemző, hogy a beteg *kevésbé felhúzott térdekkel* mozdulatlanul fekszik a *hátán*; a Pott-

féle betegség némely eseteinél, a hát bőralatti kötőszövetének gyuladásánál és nagy fényiszonynál (mikor is a gyermek a váncosokba temeti arcját) meg azt látjuk, hogy *hasán* szokott feküdni; gégeszükülésnél *hátravevell fejjel*, a vízfejűt pedig *radáskutya fekvésben* (erősen oldalra görbülve) látjuk feküdni, úgy, mint azt a gyermeket is, a kinél a nyakizmok erős összehúzódása lehetetlenné teszi a hátton fekvést.

Heves fejfájásnál, nehéz légzésnél, elmetévangéssal és eszméletlenséggel párosult lázagnál a gyermek *nyugtalan és folyton változtatja a fekvést*.

Fontos az *arczkifejezés* és a tekintet. Az arcznak gyors színváltozása *mereven a távolba néző tekintettel és tágra nyitott, ritkán pislogó szemekkel*, jellemző az agyhártyagyuladásra, és ez lehet esetleg az egyedüli megkülömböztető jel, melylyel a hagymázt kizárjuk. Jellegző még *a szemgolyók ideges rángása*, az úgynevezett *nystagmus*, mint a mi nem egyéb, mint a szemizmok clonicus görcse; rendszeren már igen korán mutatkozik, sőt egyes szerzők szerint ez veleszületett baj és csak arra mutat, hogy bármely okból (kisebb cornealis homályok, veleszületett hályog, amblyopia, albinismus, nagy fénytörési rendellenesség), a csecsemőnél már az első hónapokban látási zavarok vannak. (Teljes vakoknál nystagmus nincs, hanem a szemgolyók mozgása nem szabályszerű.) Idősebb gyermekeknél a nystagmus nagyon ritka; ha a végtagok reszketése is kíséri, ez mindig a központi idegrendszer sklerosisának kifejezett tünete.

Vörhenynél mindig élénken *kipirult az arc*, mely feltűnően üt el az ajkak, az áll és az orr halvány színétől, kanyarónál ellenben ez soha sincsen így.

Nagyon *halvány, duzzadt arc* vesegyulladás, vizenyösen duzzadt arc pedig, nedves vörös szemekkel számarhurut mellett szól; erre az különösen akkor jellemző, ha a szemgolyók is belöveltek. *Beesett arc* ellenben, mélyen fekvő és sötét karikával övezett szemekkel, nagyfokú nedvvesztésre mutat, pld. choleraszerű hasmenésre, vagy arra, hogy a verőerek a szív gyengesége miatt nem eléggé teltek, mint azt többek között a heveny hashártyagyulladásnál is látjuk.

Ha az arczon, s különösen a szemhéjakon számos *pelécsel* látunk, akkor pld. heves hányás, hörghurut vagy általános görcsöktől eredő nehéz légzés folytán, az arczbőrön fellépett mülékony, de nagyfokú vivőeres pangásra következtetünk.

Vizenyős, duzzadás nélküli halvány viaszszínű arcz a vér nagyfokban csökkent haemoglobinn tartalmának kifejezője, mint a mi chlorosissnál, leukämiánál, pseudoleukämiánál, perniciosus anämiánál és kis gyermekek nagyfokú, lépmegduzzadással járó angolkörnál szokott előfordulni. Ha olyan gyermeknek, ki még csak *néhány heles, halványsárga az arcza*, szemöldökén pedig sötét festenyezettség látható seborrhoeával és a gyermek már régóta náthás is, akkor már jóval a többi jellemző tünet fellépése előtt veleszületett bujakórra tehetjük a kórismét

Ránczos, *aggastyánéhoz* hasonló arczot atrophikus gyermekeknél találunk, mely többnyire hosszantartó táplálékhiány (igen kevés tej, vagy a gyermek korához nem illő táplálék), vagy hosszadalmas hasmenés és tuberculosis következtében jött létre.

Különböző arczizmoknak önkénytelen *rángatózásán* ismerjük meg a vidtánczot.

Ha az *arczvonások az egyik oldalra ferdén áthúzódnak*, akkor faciális hüdéssel van dolgunk és mindenek előtt a halántékcsontról szuvasodására gondoljunk.

Valamely fájdalomnak helyét biztosan meghatározhatjuk, ha az arcz, valahányszor egy bizonyos helyre nyomást gyakorolunk, mindig fájdalmasan *elfintorodik*.

Meglátni az arczon a nehézlégzést (az orrvitorlák mozgása) és a nagyobb fokban akadályozott vérkeringést is, cyanosis az ajkakon.

Szóval a kis betegnek arcza az adatoknak egész halmazát szolgáltatja a kórismére. E helyen csak a legfontosabbakat említettük.

A beteg *általános tápláltságát és testalkotását* a csontok és izmok fejlődéséből, a köztakaró és a nyálkahártyák színéről és a bőralatti zsírszövet vastagságából ítéljük meg. Az erős testalkotásnak első feltételei a jól kifejlődött csontváz és az erős izomzat, a gyenge testalkotatot ellenben gyengéd csontok, lapos mellkas és pettyhüdt izmok jellemzik. A mi a bőralatti zsírszövetet illeti, ép úgy kóros, ha nagyon sok (kövérség), mint ha az nagyon kevés (soványság). Különösen kedvezőtlen jel a majd igen gyorsan, majd lassan előrehaladó *lesoványodás, melynek okát nem találjuk*, mert ennek oka könnyen lehet lappangó tuberculosis is, ámbátor más okokat sem zárhatunk ki, mint pld. gyors növést, vérszegénység

következtében létrejött étvágytalanságot vagy szellemi túleröltetést és különösen önfertőzést.

Természetes, hogy a külső megtekintésnél csak a durva fejlődési hiányokat vesszük észre, de ha a táplálási zavaroknak csak kezdeti szakáról van szó, ha a gyermek fejlődését lépésről-lépésre kell megfigyelnünk, akkor a pusztá megtekintés nem elegendő, ekkor rendszeresen mérnünk kell a test súlyát és pontosan felvennünk a test és egyes részeinek, különösen a fej és a mellkas méreteit.

Ezen eljáráshoz fordulunk mindannyiszor, valahányszor azt kell meghatároznunk, hogy elég-e valamely szopós gyermeknek a neki nyújtott táplálék, hogy jó-e a dajka, hogy ideje-e már, hogy öt mással is táplálják vagy hogy elválasszák?

Az ily esetekben legpontosabb adatokkal szolgálnak az 1—2-szer hetenként eszközölt *súlymérések*. Az adott eredmény megítélésénél bizonyos megállapított szabályok szerint igazodunk el, a melyek nagyobb eltéréseket nem engednek meg. Minthogy minden gyermek individuálisan fejlődik és a növekedés sem egyforma a test egyes részeiben, azért természetes, hogy lehetetlen minden egyes esetre érvényes szabályt felállítani. Innen van, hogy minden e kérdéssel foglalkozó szerző a saját súly-tábláit állítja fel. Minthogy azonban nézetem szerint egyike ezen táblázatoknak sincsen az úgynevezett *Bouchand*-féle, a szopós gyermekeknek súlyszaporodását feltüntető ideálgörbe felett előnyben és mivel ez utóbbit ezenkívül könnyen emlékezethen is lehet tartani, azért ehelyütt ezt állítjuk fel mint szabályt. Az újszülöttek közepes súlya 2500 és 5000 gr. között ingadozik, átlag 3250 gr.; 2500 gr. alatti testsúly azt mutatja, hogy a gyermek nincsen eléggé kifejlődve, ez tehát a koraszülöttek testsúlya. Az első napokban a szülés után rendszeren csekély (egészben 130—200 grnyi) súlyvesztést találunk, mely a 4-ik napon éri el a tetőpontját; ha a gyermek rendszeren fejlődik, akkor a 10-ik napig kiegyenlítődik e különbség, ellenkező esetben valami abnormitás forog fenn. Elsőszülötteknél úgy mint koraszülött és mesterségesen táplált gyermeknél nagyobb és lassabban egyenlítődik ki a súlyvesztés (Müller szerint koraszülött nem éri el az eredeti súlyt két hét eltelte előtt). Az első 10 napon túl, különösen az 1-ső és 2-ik hónapban igen gyorsan gyarapodik a gyermek súlya, később minden hónapban kevésbé. Rendes fejlődés mellett a súly az ötödik hónap végével kétszerese az ere-

detinek, és háromszoros lesz az első év végén. *Bouchand* szerint következő a súlyszaporodás:

Az	1. hónapban	750,	naponta	25	gr.
"	2.	"	700	"	23 "
"	3.	"	650	"	22 "
"	4.	"	600	"	20 "
"	5.	"	550	"	18 "
"	6.	"	500	"	17 "
"	7.	"	450	"	15 "
"	8.	"	400	"	13 "
"	9.	"	350	"	12 "
"	10.	"	300	"	10 "
"	11.	"	250	"	8 "
"	12.	"	200	"	7 "

Ezek szerint a gyermeknek az első év végén 9000 gram a súlya. Ezen súly a 6-ik esztendőig megközelítőleg megkétszereződik (évenként körülbelül 1500—1800 gr. szaporodás) és 14—18 kgr.-ot ér el; további 7 év lefolyása alatt újra megkétszereződik (évi átlagos 1800—2000 gr., a 10 év után körülbelül 3000 gr. a súlyszaporodás).

A test, a fej és a mellkas növekedése. Az újszülöttek közép-hossza 50 cm. (a legkisebb 45, a legnagyobb 58 cm.) A gyermek az első hónapokban nő a leggyorsabban és az első évi növés *Quetelet* szerint 20 cm., a 2-ik évben 10-et, a 3-ikban 7-et, ezután pedig a 4—16-ik esztendőig 5·5-öt, a 16—17-ikig 4-et és végül a 25-ik évig 2·5-et — összesen 128 cm.-t nő, ezek szerint a felnőttnek rendes magassága 178 cm.

Egészséges emberek *Liharzik* szerint bizonyos időszakonként megközelítőleg egyformán növekednek, ö 23 ilyen szakot különböztet meg; minden új időszak hosszabb az előttevalónál és különbségük számtani arányban nő: az első szak = 1 hónappal, a 2-ik = 2, a 3-ik = 3 és így tovább. Minden szakban a 21-ik hónapig (a 6-ik időszak vége) növekszik a testhossza $7\frac{1}{2}$ cm., a fejkerület $2\frac{1}{2}$ cm., és a mellkas körfogata $2\frac{1}{2} + \frac{13}{17}$ cm.-rel. A 21-ik hónapon túl sokkal lassabban nő a gyermek: a test hossza minden időszakban 5, a fejkörület $\frac{13}{34}$ és a mellkas körfogata $2\frac{1}{2} + \frac{13}{17}$ cm.-rel nő. A 12-ik esztendőől kezdve (18-ik szak) lényeges gyarapodást

lehet észlelni a mellkas körfogatában, a mely ettől kezdve szakonként $13/34$ —5 cm.-rel növekedik.

Legjobban láthatók ez időszakok a következő táblázaton:

Időszakok	A hónapok száma	A fejkerület	A mellkas körfogatának	A test hosszának	Fejkerület	Mellkas körfogat	Testhossz.
		n ö v e k e d é s e					
1	1	$21\frac{1}{2}$	$21\frac{1}{2} + 13\frac{17}{17}$	$71\frac{1}{2}$	$37\frac{1}{2}$	$36\frac{9}{34}$	$57\frac{1}{2}$
2	3	—	—	—	40	$39\frac{18}{34}$	65
3	6	—	—	—	$42\frac{1}{2}$	$42\frac{27}{34}$	$72\frac{1}{2}$
4	10	—	—	—	45	$46\frac{2}{34}$	80
5	15	—	—	—	$47\frac{1}{2}$	$49\frac{11}{34}$	$87\frac{1}{2}$
6	21	—	—	—	50	$52\frac{20}{34}$	95
7	28	$18\frac{34}{34}$	$18\frac{34}{34} + 13\frac{17}{17}$	5	$50\frac{13}{34}$	$53\frac{25}{34}$	100
8	36	—	—	—	$50\frac{26}{34}$	$54\frac{30}{34}$	105
9	45	—	—	—	$51\frac{5}{34}$	$56\frac{1}{34}$	110
10	55	—	—	—	$51\frac{16}{34}$	$57\frac{2}{34}$	115
11	66	—	—	—	$51\frac{31}{34}$	$58\frac{11}{34}$	120
12	78	$18\frac{34}{34}$	$18\frac{34}{34} + 13\frac{17}{17}$	—	$52\frac{10}{34}$	$59\frac{16}{34}$	125
13	91	—	—	—	$52\frac{20}{34}$	$60\frac{21}{34}$	130
14	105	—	—	—	$53\frac{2}{34}$	$61\frac{26}{34}$	135
15	120	—	—	—	$53\frac{15}{34}$	$62\frac{31}{34}$	140
16	136	—	—	—	$53\frac{28}{34}$	$64\frac{2}{34}$	145
17	153	—	—	—	$54\frac{7}{34}$	$65\frac{7}{34}$	150
18	171	—	$13\frac{34}{34} + 5$	—	$54\frac{20}{34}$	$70\frac{20}{34}$	155
19	190	—	—	—	$54\frac{33}{34}$	$75\frac{33}{34}$	160
20	210	—	—	—	$55\frac{12}{34}$	$81\frac{12}{34}$	165
21	231	—	—	—	$55\frac{26}{34}$	$86\frac{25}{34}$	170
22	253	—	—	—	$56\frac{4}{34}$	$92\frac{4}{34}$	175
23	276	—	—	—	$56\frac{1}{2}$	$97\frac{1}{2}$	180
	(23 év)						

$21\frac{1}{2}$ cm., $64\frac{1}{2}$ cm., 130 cm.

Az újszülött fejkerülete 34—35 cm. és a mellkas körfogata (a csecsbimbók magasságában mérve) 32—33 cm.

Nem minden gyermek növekszik egyformán, még ha egészséges is. Azért is nem elégséges erre a növeésre vonatkozó számok abszolút határait ismernünk, hogy adott esetben a gyermek

fejlődését rendesnek vagy kórosnak mondjuk, hanem sokkal inkább szükséges a fejkerület, a mellkaskörfogat és a test hosszának összehasonlító méreteit ismernünk. Ez okból állítottuk ezeket táblázaton össze.

Csak akkor fontos a testnek igen gyors növekedése, ha a test hossza nem marad arányban a mellkas körfogatával és a vállak szélességével. *A vállszélességnek mindig megközelítőleg a testhossz $\frac{1}{4}$ -nek kell lennie.*

Uffelmann pld. a következő adatokat közli:

Évek száma,	vállszélesség,	testhossz.
0 év	13·7	50
3 „	23	87
6 „	32	122
14 „	36	150

Rendesen kifejlett újszülöttnél a fej körülete 1—2 cm.-rel nagyobb, mint a mellkasé, és a mellkas körfogata 9—10 (legkevesebb 7) cm.-rel nagyobb a testhossz felénél. De ha a fej és mellkas közti különbség 2 cm.-nél nagyobb, a mellkas és a test hossza közötti pedig 7 cm.-nél kisebb, akkor gyenge, kevésbé életképes a gyermek.

Általában véve a következő tétel érvényes: mennél jobban fejlett a gyermek, annál közelebb áll egymáshoz a fej és a mellkas mérete, mennél gyengébb, annál nagyobb aránylag a fej. A Liharzik-féle táblázat szerint még 6 hónap eltelte előtt éri el a mellkas körfogata a fejét, de valósággal ily gyors növést ritkán, legfeljebb igen kifejlett gyermeknél látunk. A mellkas szélessége a legtöbb egészséges gyermeknél csak a 3-ik évben kezdi a fej körületét túlszárnyalni, gyenge és angolkóros gyermeknél pedig csak az 5—6-ik évben.

Már említettük, hogy a mellkas körfogatának legalább 7—8 cm.-rel (átlag 10 cm.-rel) kell a test félhosszánál nagyobbnak lennie. Az első években lassanként apad e különbség és 7—8-ik évig egészen kiegyenlítődik; ezentul a mellkas körfogata a test félhossza mögött marad és a 12-ik esztendőben már 3—4 cm.-rel rövidebb; mennél jobban fejlett a gyermek, annál tágabb aránylag a mellkas; jól kifejletteknél még a 10-ik évig 4—5 cm.-rel nagyobb a féltesthossznál és csak a 14—15-ik évben lesz vele egyenlő.

Ha ennél fogva újszülöttnél kisebb a test súlya 3000 grammal,

és a fej és mellkas körfogata s a testhossza a fentemlített méretek mögött áll, akkor a gyermek gyengén fejlett, ellenben pedig jól van kifejlődve, ha a gyermek hossza és súlya nagyobb, mint az említett méretek. Óriásnak akkor nevezzük a gyermeket, ha súlya 5000 gr.-nál nagyobb.

A legnagyobb példányt, melyet az irodalomból ismernek, Dr. Wysin írja le (9000 gr.-ot nyomott). Ha az újszülött igen keveset nyom (ha általános atrophában van), az arra mutat, hogy vagy korán született, vagy hogy táplálása valamely okból a terhesség ideje alatt meg volt zavarva, talán az anya (rendesen bujakór), vagy a méhlepény megbetegedése miatt.

Egészséges és jól kifejlődve született gyermeknél leggyakrabban hosszantartó éhezés és elégtelen táplálás következtében fejlődik ki az atrophia, és ilyenkor a közönséges atrophia képét mutatja. Más esetben a lesóványodásnak valamely idült betegség az oka, leggyakrabban hasmenés vagy általános tuberkulosis; ekkor symptomatikus az atrophia.

A közönséges atrophia mint önálló megbetegedés, azaz a midőn azt sem béthurut, sem más szervek megbetegedése nem idézi elő, csakis az élet első hónapjaiban fordul elő és ép e miatt szorosán meg kell különböztetnünk származását, tüneteit és gyógykezelését illetőleg azon atrophiatól, mely más betegségek következtében jött létre.

A tiszta atrophia kizárólag hosszantartó éhezés következtében fejlődik ki, bármi legyen is ez éhezésnek oka, akár az, hogy a dajkának kevés a teje, akár czélszerűtlenül alkalmazott mesterséges táplálás, a mikor a gyermek igen hígított és kevés *tehéntejet* kap, akár pedig az, hogy a táplálék, a gyermek korának meg nem felelő és ennél fogva nem tudja azt a gyermek megemészteni.

Az atrophia minden alakjánál azt találjuk, hogy az egész szervezet kimerül; ezt legszembeötlőbben abban látjuk, hogy a bőralatti zsírszövet teljesen eltűnik és hogy a bőr petyhüdt és ránczos lesz. Egy-két hónapos gyermeknél jellegző, hogy a koponya az agyállomány megkisebbedése következtében összeesik: a nagy kutaacs mély gödört képez és a fejtető csontjai egymásra tolnak.

Az egyszerű, semmi más által nem komplikált atrophia abban különbözik a hosszantartó hasmenés által létrehozott symptomatikus atrophiatól, hogy: 1. ellentétben az utóbbival, rendszeren az első

4 hónap alatt, ritkán a 6-ik hónap után fejlődik ki; 2. ennél a puffadt has és idült hasmenés helyett székrekedést, lapos, beesett hasat és csekély vizeletkiválasztást találunk; 3. a hasmenéses atrophianál a lábakon és a bokatájon ritkán hiányzó bőrvizenyőt ennél sohasem látjuk. Ha az egyszerű atrophia mellett hasmenés is van (ez elég gyakran történik, különösen ha ezt czélszerűtlen táplálás idézte elő), akkor puffadt lehet a has és az esetet csak az 1-ső és 3-ik pont alatt említett különbségek és a közvélemények alapján ítéltjük meg helyesen. (Már hasmenés fellépte előtt is szemmel látható volt-e a lesoványodás? Kérdeznünk kell, mivel táplálták a gyermeket és mennyit adtak neki a táplálékból; megvizsgáljuk a dajka emlőinek tartalmát.)

A symptomatikus atrophia, melyet néha súlyos angolkórban szenvedőknél látunk, főleg abban különbözik az egyszerűtől, hogy itt — eltekintve a gyermek korától — az angolkór tünetei nyilvánvalóan ki vannak fejezve. Ezen körülmény a *Bohntól* megállapított azon tény által is nyer a kórismére különös jelentőséget, hogy egyszerű atrophianál szenvedő gyermeknek nincsen hajlama az angolkórra: sőt még kraniotabest sem találunk nála.

Legnehezebb a kis gyermekeknek egyszerű atrophiját a gümőkórtól megkülönböztetnünk, különösen ha az előbbi mellett hörgűhurutot vagy tüdőgyulladást is találunk; másfelől meg az sem zárja ki az általános gümőkórt, ha a beteg nem köhög. Ha a kór-előzmények ellene szólnak az egyszerű atrophianak, és a lesoványodásra semmiféle okot nem tudunk találni, akkor valószínűleg tuberkulosissal van dolgunk és ekkor e kórisme megerősítése más uton derítendő ki (láz, öröklött hajlam).

A *köztakaró* megismerésénél annak általános színezetére és esetleges kiütésekre kell ügyelnünk, (lásd a bőrbajok semiotikájáról szóló fejezetet).

A lymphatikus mirigyek állapotáról meggyőződhetünk a nyak s a hónaljür megtekintése és tapintása által. Teljesen egészséges gyermekeknél, középserűen kifejledött bőralatti zsírszövet mellett, a lymphatikus mirigyekre sehogy sem lehet akadni. A chronikusan megnagyobbodott mirigyek, melyeket már az első pillanatra észrevehetünk, az általános táplálkozás komoly zavarára mutatnak (tuberkulózisra, valódi vagy látszólagos leukaemiára, vagy legalább is igen kifejledött scrophulózisra). *Micropoliadenismus* esetén, t. i. ha tarkón, a hónaljür táján kitapinthatjuk a lapos, mozgat-

ható, nem fájdalmas, kender- vagy kávébabnagyságú mirigyek egész csoportját, ez arra enged következtetni, hogy a lymphatikus mirigyek nem tartós jellegűek, azaz: hogy a hyperplasia és sajtos elfajulásra való hajlamuk folytán kissé elváltoztak; az ilyen egyéneket mi scrophuloticusoknak tartjuk, akik a hyperplasiára s belső, pl. bronchiális mirigyduzzanatra hajlamosak. Egynéhány francia szerző véleménye szerint micropoliadenismus és a lépdaganat — sápadt, s nagyon lesóványodott gyermekeknél, — az általános tuberkulózis biztos tüneteinek tekintendő.

Ha a *fejet vizsgáljuk*, meg kell azt szemlélnünk, tapintanunk és mérnünk. Megfigyeljük az alakját, a nagyságát, a varratok és a kutacsok állapotát, a csontok keménységét és a bőr minőségét.

Normálisan fejlett gyermek feje tojásdad, a fal és homlokcsont dudorai csak kevésbé emelkednek ki és a fej tökéletesen arányos; a fejtető csontjainak, ha megtapintjuk, keményeknek kell lenniök és nem szabad nyomásra engedniök. A nagy kutacs a 12—16-ik hónapig nyitott marad, a lamda, korona és nyilvarrat még a 3-ik hó végéig is kitapintható. Az újszülött koponyájának nagyságáról, a gyermek egyes korszakaiban történő növekedéséről és a fejkerület s mellkörfogat viszonyáról már fentebb szoltunk.

A rendestől való eltérések igen különbözők. Rendetlen szögletes alakú koponya, a hol a fal és homlokcsontdudorok túlságos erősen kifejlődtek, angolkórra mutat, ezen rendellenes képződés legnagyobb foka az úgynevezett *nyerges koponya*, amelyre jellegző, hogy a fejtető lelapul, a dudorok erősen kiemelkednek és hogy a varratok helyén bemélyedés támad.

Gyakran láthatjuk, hogy a csecsemők koponyája assymetrikus, (egyoldalú lelapulás, mely a halánték és nyakszirtesont találkozási helyén jön létre); ez állandóan egy oldalon való fekvéstől fejlődik, az ilyen assymetriának nincsen pathologicus jelentősége s gyorsan elműlik, ha arra vigyázunk, hogy a gyermek ne feküdjék állandóan egyik oldalán. Másképpen áll a dolog a nagyobb assymetriákkal, melyeknek az az oka, hogy a varratok az egyik oldalon idő előtt csontosodnak, vagy pedig, hogy veleszületett hiány van az egyik agyféltekében.

Ha már egy éves gyermeknél haladja túl a mellkas körfogata a fejkerület méretét, az utóbbinak hiányos fejlődésére (mikrocephalia) lehet következtetni és attól kell tartani, hogy a gyermek hülye lesz; ha ellenben a gyermek korához képest a fej a mellkashoz

viszonyítva igen nagy, akkor vagy angolkór és agytúltengés fejlődött ki, vagy pedig vízfejű a gyermek. Ez utóbbi mindig veleszületett bántalom és abban áll, hogy az agy gyomrocsaiban folyadék gyűlik meg; ezen bántalom a kor előhaladásával rendszeren súlyosbodik.

Mayr Ferencz a következőkben állította össze (Jahrb. f. Kinderh. I. köt. 15. old.) azon jeleket, a melyek által az agytúltengés a hydrokephalustól különbözik:

Agytúltengés.

Hydrokephalus chron.

A fej alakja

inkább széles, majdnem szögletes, erősen kiemelkedő homlok és falcsontludorokkal.

gömbölyű, minden irányban egyformán megnagyobbodott, különös kiemelkedés nincsen rajta.

A koponya megnagyobbodása

lassan, majdnem észrevétlenül halad előre és oly nagy fokot nem igen ér el, hogy az arcz és koponya között nagyobb aránytalanság jönné létre.

gyorsan halad, annyira, hogy az átmerők egy félhónap alatt már észrevehetően megnagyobbodnak; az arcz és a koponya között természetellenes aránytalanság van.

A nagy kutacska

nagyobb terjedelmű és kiemelkedő, rajta erős pulsatio érezhető.

rendellenesen tág, kidomborodott pulsatio épen nem, vagy kevésbé érezhető.

A csontok

a varratoknál eltolhatók, de csak keskeny köz választja el egymástól azokat.

hártyás feszült közök által elválasztottak.

Szövődmények

a csontváz többi részén kezdődő angolkór nyomai láthatók.

a csont és izomrendszer fejlődése a test többi részein visszamaradt.

Hangrésgörcs.

Általános görcsök.

Szellemi fejlődés

nincsen akadályozva, néha feltűnő gyors.

akadályozott legalább is egyes irányokban, a gyermek gyakran hülye.

Az agynyomás következményei

nem vehetők észre, ha a betegség kezdetén a kutacska még nyitott volt.		ha csekély fokban is, de mindig jelen vannak, a beteg hány, feje nehéz, a fej mozgatásánál reszket, szeméi oldalra térnek, pupillái tágak stb.
--	--	--

A *koponyacsontok ellágyulása* veleszületett vagy szerzett lehet. Előbbi esetben nem kóros (amiben pedig nem mindnyájan értenek egyet) és a születés után csakhamar elmúlik, utóbbiban különösen a kezdődő angolkórnak a jele. A koponyacsontok veleszületett ellágyulása, a melynél a lágyabb részek a nyilvarrat mentén szoktak lenni, leginkább a szülés utáni első napokban van kifejezve. A szerzett, vagyis angolkóros csontlágyulás a 3—4-ik hónapban kezdődik és többnyire a 9-ik hónapig, ritkán az első év végéig tart. A lágyulás a nyakszirtecsont táján kezdődik (craniotabes) és könnyű esetekben egyes góczokra, súlyosakban az egész nyakszirtecsontra terjed ki. A csontlágyulást a koponyán nem nehéz felismerni, mert a felpuhult helyeken a csont ujjunk nyomására úgy enged, mint a pergament. Jó a gyermeket hátán fekvé megvizsgálni, hogy egy lágyulási gócz se kerülje el figyelmünket. A beteg lábaihoz állunk és mindkét hüvelyünket annak homlokára illesztve, többi ujjainkat pedig gyengén behajlítva, a nyakszirt köré tesszük és ezt gyengén nyomogatjuk. Leggyakrabban angolkóros, hangrészgörcsben szenvedő betegeknél találunk a nyakszirtecsonton lágyulást.

A kutacska és a varratok rendellenességei. A nagy kutacska az első 9 hónapban néha teljesen egészséges gyermeknél is lassan nagyobbodik s ezt a nagyobbodást rendes tünetnek tekintjük, ha a négyszögnek ellentétes oldalai, azaz: a kutacska végei között a távolság nem nagyobb 1,5—2 ctmternél, de az utolsó negyedévben és a 16 hónapig egészen záródnia, azaz csontosodnia kell. Ha a kutacska és a varratok nagyon sokáig nyitva maradnak, vagy ha a kutacska nagysága abnormis, t. i. ha nagyobb 2×2 ctm.-nél az, hacsak chronikus hydrokephalustól nem ered, hiányos csontképződésre, vagyis angolkórra utal; evvel többnyire késői és szabálytalan fogzás is együtt szokott járni (l. fogzás), úgyszintén az angolkórnak más tünetei is, de amelyek nem okvetlenül kell, hogy meglegyenek, mert az első évben az angolkór magára a koponyára szorítkozhatik csupán.

Kidomborodó kutacska azt mutatja, hogy a nyomás a ko-

ponyaüregben fokozódott, a *beesett* ellenben a nyomás és az agy tömegének csökkenésére enged következtetni. A szerfőlött beesett kutacska, a melynek kíséretében néhány hónapos gyermeknél a esontoknak egymásra tolódását is észleljük (a nyakszirtcsont széle a falsontok alá tolódik), igen fontos megkülönböztető jele heveny hydrokephalusnak a hydrokephaloitól, ha meg van, az utóbbi baj mellett szól.

Kissé kiemelkedő és lüktető kutacska agyvérbőségre utal (magas láznál rendszeren észlelhető), de ha a kutacska *kidomborodott* és *feszül*, azaz, ha újjnyomásra nem enged könnyen, akkor izzadmány van a koponyaüregben, legyen ez akár genyes agyhártyagyulladás az egyik féltekén vagy heveny hydrokephalus, akár pedig újképlet vagy az újszülötteknél előforduló vérömleny az agyburkok között. Ezen jelenség azért fontos, mivel a véredényeknek egyszerű vérbőségét kizárja, minthogy kidomborodó és egyszersmind feszülő kutacsokt sem activ, sem passiv vérbőségnél nem találunk; a kutacsokának állapota e szerint sok kétes esetben döntő befolyással bírhat, pl. ha azt kell meghatározni, hogy agyi tünetek (hányás, aluszékonyság, görcsök) eredetét a koponyán kívül (magas hőmérsék, heveny tüdőgyulladás, húgyvérűséggel járó vesegyulladás), vagy pedig az agynak önálló megbetegedésében keressük-e.

Még nagyobb e tünetnek a jelentősége, ha a betegségnek lefolyása szerint a gyermek esetleges kimerülésénél azt kellene várni, hogy a kutacska behorpadjon, a kutacska pedig kidomborodottnak mutatkozik, (a mint ez rendszeren meg is szokott történni a heveny hyprokephalusnál).

Ha *újszülöttnél* kidomborodó s ellenálló a kutacska és nem lüktet, akkor nagymennyiségű agyburkokközötti vérömlenyre tehetjük a kórismét.

Ha a kutacska táján hallgatózunk, sikerül némely gyermeknél az érlökéssel egyidejűleg fuvózörejt hallani. Ez a zörej, *Jurasz* szerint a carotisban, — mely a halántécsont can. carotisában csekély nyomásnak van kitéve, — keletkezik; ennek, bár angolkoros gyermekeknél gyakoribb, mint egészségeseknél, de semmi kóros jelentősége nincsen.

A fejbőr vizsgálása. Gyakran fordul elő, hogy oly gyermekeknek, a kik craniotabesben szenvednek, feje izzad és a nyakszirt táján kopaszodnak. ezen tüneteknek ugyanaz a jelentőségük, mint magának a nyakszirtcsont lágyulásnak (l. fentebb). A fejbőr

a különböző kiütéseknek kedvencz helye, szopósoknál gyakran láthatunk e helyen ótvart és idősebb gyermekeknél ekzemákat és élösdieket (tetvek, herpes tonsurans, favus). Ezen kiütések kórisméjét a bőr semiotikájánál fogjuk tárgyalni.

Fejdaganatot különösen újszülötteknél látunk gyakran. Rögtön a szülés után az elülfekvő résznek vizenyője és véres átívódása folytán elmosódott határu daganat képződik, melyet *caput succedaneumnak* neveznek; ez a születés után csakhamar eltűnik és ezért csekély jelentősége van; a fejdaganat abban különbözik minden más terimenagyobbodástól, hogy tésztatapintatú vizenyős (az újjnyomás helyén sekély gödör marad vissza), hogy a bőr felette kékes és hogy elmosódott határu. A koponya bármely részén fordulhat elő és a varratokkal összefüggésben sincsen.

A *fejvérdaganat*, a *cephalhaematoma*, azáltal jön létre, hogy a csont és csonthártya között véromlenny képződik; ez szintén a szülés alatt fejlődik, de nem mutatkozik rögtön utána, mint az előbbi, hanem csak 2—3 nap mulva; eleinte növekedik, aztán néhány napon át nem változik és 4—12 hét alatt lassanként felszívódik. A daganat diónagyságú, élesen határolt, rendes színü-bőrrel fedett és hullámzó. Különösen jellemző reá azon körülmény, *hogy soha a varraton túl nem terjed* (mert a csonthártya e helyen szorosán oda van növe és az alája ömlő vér nem bírja azt felemelni). A fejvérdaganatnak kedvencz helye a falcsonatok közepe, ép úgy egyik, mint mindkét oldalon. A daganat körül néhány nap mulva könnyen kitapintható gyűrű képződik (a csonthártya túltengése).

Nagyobb gyermekeknél is fordulnak elő néha vérdaganatok (leggyakrabban a homlokon), melyek élesen határolt, ruganyos, kissé hullámzó csomó képét mutatják; de ezek kizárólag zúzódás következtében keletkeznek; a bőrön tehát véraláfutás látható, és a daganat helyén később kék folt támad.

A gyermek fején képződött *tályog* szintén hullámzó, élesen határolt daganatnak a képét mutathatja. Heveny tályogot könnyen ismerhetünk fel, mert fájdalmas és a bőr felette piros, míg hideg tályognál a bőr színe rendes és nem fájdalmas. A hideg tályog nincsen úgy, mint a fejvérdaganat a varratokkal összefüggésben, és keletkezésére nézve is különbözik az utóbbtól (többnyire gürvélyes és bujakóros gyermekeknél csontszuvasodás következtében, pyämia folytán keletkezik), továbbá a különbség az, hogy a terime-

nagyobbodás nincsen kemény gyűrűvel körülveve és hogy csak nagyobb gyermekeknél fordul elő (hideg tályog újszülöttek fején nem szokott fejlődni).

Az *agysérvnél* a terimenagyobbodást — ellentétben az előbbiekkel — mindig valamelyik varrat mentén, leggyakrabban az orrgyökénél (glabella) vagy a nyakszirten találjuk. Az agysérv zsacsakóalakú, alapján szűkebb, tartalma pusztán folyadék (*hydromeningocele*) vagy agyállomány is (*encephalocele*). Előbbi esetben áttünő és hullámozó a daganat, utóbbiban nem hullámozik, sőt néha pulsál; mindkét esetben kitapinthatjuk alapján azon nyílás szélét, melyen át a sérv kilépett. Ha a nyílás elég tág, könnyen visszahelyezhetjük a daganatot, a mikor a koponyaüregben fokozott nyomás tünetei mint feszesen kidudorodó kutacska vagy általános görcsök lépnek fel.

Az agysérv megduzzad és feszül, ha a gyermek sír, ez oly jel, a melylyel azt veleszületett sarcomától vagy lipomától megkülönböztethetjük. Ha a koponyán ülő daganat fluctuál, akkor az minden valószínűség szerint agysérv, s ha a mellett a daganat akkor, ha a gyermek sír, nem feszül és nyomásra nem kissebbedik meg, akkor azt kell felvinnünk, hogy a koponyacsontok között lévő nyílás nagyon kicsiny, s ennél fogva feltehető, hogy az ily daganatok operatiója kedvezően sikerül. Nagyobb gyermekeknél a koponyán néha körülírt csontthártyagyulladás, úgy egyszerűt, mint genyestet találunk. Sarcomák is előfordulnak.

A *száj és a torok megvizsgálása* abban áll, hogy azokat megtekintjük; e megtekintés néha csak úgy eszközölhető, hogy a gyermek száját erőszakkal nyitjuk ki. Újszülöttek és szopósaknál néha elég, ha e célból újunkkal állat gyengén lenyomjuk, de 3—4 éves betegeknél néha alig leküzdhető ellenállásra találunk. Gyakran azáltal sikerül a gyermeknek száját kinyitni, hogy orrát összeszorítjuk, de e fogással sem érünk mindig célra, mert némelyik gyermek ilyenkor szorosan összeszorított fogainak közein át légzik. Ilyenkor a kávéskanálnak a nyelét kell a pofa és a fogak között egész az utolsó zápfog mögé vezetnünk és olyképen fordítanunk, hogy az a fogsorok közé nyomuljon; ezen fogásnál a gyermek okvetlenül kinyitja száját és ha feje jól van rögzítve, néhány másodperc elég, hogy torkát megtekintsük.

A száj megtekintésénél mindenféle rendellenességet találhatunk, mint pld. teljes vagy részleges ajak atresiát, nyúlajkat (labium leporinum), vagy farkastorkot (palatum fissum).

Találhatunk a szájon oly jeleket is, a melyek távolabb fekvő szervek bajaira vagy általános betegségekre jellemzők, mint pld. trismust, mint a tetanus első jelét, állandóan nyitva tartott száját, mely görvélykórtól eredő idült náthára és mandulatültengésre mutat, nyitott nyálas száját, mely hevenyen aptháknál, idültlen hülyéknél fordul elő.

Vastag duzzadt felső ajk a görvélyes testalkat egyik tünete. Ez a gyakori, edző nyálkát kiválasztó nátha következménye, a mely az ajak bőrén és bőralatti kötőszövetében csekély gyulladást okoz.

Az ajkak nyálkahártyája kedvező helye a veleszületett bujakkórnak, a hol is az repedések és nedvedző papulák alakjában nyilvánul.

A száj és torokbajokról az illető fejezetekben lesz szó.

A nyak megtekintésénél és megtapintásánál esetleg fontos kórisme adatokat nyerhetünk. Megfigyeljük a fej tartását (l. torticollis és tarkómerevség), a gerincoszlop állapotát (csigolyaszavasodás, spondylitis) a nyirkmirigyeket és a bőralatti kötőszövetet. A nyak körülírt vizenyőjének jelentőségéről a bőr és a bőralatti kötőszövet semiotikájánál lesz szó. Genyes kötőszövetgyulladást és nyirkmirigy-tályogot sokkal gyakrabban találunk a nyakon, mint bármely más helyen; a genyes kötőszövetgyulladás többnyire a rosszindulatú vörhenyhez társuló croupot kíséri, de a nyirkmirigy-tályogok ép úgy támadnak idiopathikusan, még pedig különösen a fülkagylók mögött, mint nedvedző kiütések következtében, melyek a fejen (tarkómirigyek kis gyermekeknél) és az arczon (kis nyirkmirigydagánat az áll alatt) szoktak lenni. A mikropoliadenizmusról fentebb szoltunk.

Néha mint veleszületett rendellenességet sipolyt vagy kicsi, folyton nedvedző mélyedést találunk a nyakon, amely a kopolyúvek tökéletlen elzáródása következtében maradt vissza. A nyílás többnyire a nyak közepén van és szűk sipolyon át a légesővel közlekedik (*fistula colli trachealis cong.*), vagy pedig oldalt a szegykulcscsont izesülés felett van és akkor a nyelöcsöbe torkol.

A nyakon előforduló daganatok közül különösen azon sima kis és tömött terimenagyobbodást kell felemlítenünk, a mely épen a fejbiccentőn szokott lenni és tojásdad alakú s ép bőrrel fedett. Ez a születés után az első napokban fejlődik és arra mutat, hogy e helyen a szülés után izomszakadás történt; a szakadás helyén vér

ömlött ki és lobos beszüremkedés fejlődött: *haematoma m. sternocleido-mastoidei*. Ezen daganat mindig csak az egyik oldalon fordul elő és 2—3 hét alatt nyomtalanul eltűnik.

A nyak idült daganatai közül nagyobb gyermekeknél néha a pajzsmirigy túltengését látjuk (golyva), melyet puha tapintatáról, és jellemző fekvéséről, — t. i. a nyak felső felén — könnyen megismerhetünk. Még gyakrabban találhatunk idült nyirkmirigydagاناتokat, melyek óriási dűdörös csomókká folynak össze, ily esetben azok sajtosan vagy sarkomásan fajultak el. Ezeket nem szabad a nyakon előforduló veleszületett tömlőkkel (*hygroma cysticum congenitum colli*) összetéveszteni, melyek néha folyékony tartalmuk daczára (elég) tömött tapintatuak.

A mellkast ép olyan módon vizsgáljuk meg gyermekeknél, mint a felnőtteknél, t. i. megtekintjük, tapintjuk, kopogtatjuk, mérjük és hallgatózunk felette. Feltesszük, hogy olvasóink ezen vizsgálati módszereket tüzetesen ismerik és azért csak néhány rövid megjegyzést akarunk tenni azon sajátos tünetekre, a melyek a gyermek kopogtatása és hallgatózásánál felmerülnek. Vannak ezeknél bizonyos eltérések, a melyeket, ha az orvos nem ismer, könnyen tévútra vezethetnek. Pl. tompult kopogtatási hangot kaphatott, a hol ilyen nincsen, és fordítva, valósággal jelenlevő tompulat könnyen kikerülheti figyelmét. Ha *részaránytalan mellkason kopogtatunk*, a melyen a bordák az egyik oldalon erősebben kidomborodnak, a másikon meg le vannak lapulva, caeteris paribus tompább hangot nyerünk a domborúbb, mint a lelapult félén. Rendes mellkason is könnyen jutunk hibás eredményre, ha a gyermek ferdén ül; ennél is, mint a scoliosisnál, feltűnőbb a tompulat a domborúbb oldalon. Ha a karok nem fekszenek egyformán és az izmok ennek következtében a mellkas egyik felén megfeszülnek, akkor ezen oldalon tompulatot kapunk (feltéve, hogy az összehuzódott izmokon kopogtatunk). Hogy ezt kikerüljük, úgy kell a gyermeket tartani, hogy vállalai egy magasságban legyenek, és a lapoczkák állása mindkét oldalon egyforma legyen. 1—2 éves gyermekeket legobb e czélból hátukra fektetni. A hát megvizsgálására a következő tartást ajánlom: a gyermeket vízszintes síkra, pl. az asztalra fektetett vánkosra ültetjük, könyökeit derékszögben behajlítjuk és alkarjait elől kereszteljük; ezen tartásban rögzíti ezeket a gyermek jobb oldalán álló anya; balkezét eközben a gyermek nyakszirterére teszi és gyengéd nyomással előre hajtja fejét; ekkor a gyer-

mek nem veheti magát hátra, a mit mindig megpróbál, valahányszor öt hátul akarjuk kopogtatni.

Azt sem szabad elfelejtenünk, hogy a kopogtatási hang, ha a gyermek *kopogtatás közben sír*, jóval tompábbnak hangzik, még pedig leginkább a mellkas hátsó és alsó részein, a hova a kilégzést eszközölő izmok legnagyobb része tapad; azért, ha a gyermek sír, addig kell rövid koppantásokkal egy és ugyanazon helyen kopogtatnunk, míg az mély belégzést nem vesz; ha még akkor is tompa a kopogtatási hang, akkor meglehetünk róla győződve, hogy a hang valóban tompa.

Mindig gyengén kell kopogtatnunk, mert a kopogtatás alkalmával létrehozott-rezgések a gyermek mellkasának nagyobb rugalmassága és kis terjedelme miatt könnyen vitetnek át távolabb fekvő tüdőrészekre és ennél fogva erős kopogtatásnál, a kis terjedelmű tompulatot, a szomszédos tüdőrészek éles hangja fedi.

Kezdők *a hát kopogtatásánál* gyakran követik el azt a hibát, hogy nagyon alant, azaz ott kopogtatnak, a hol már tüdő nincsen. A tüdők alsó határának meghatározására a csontváz bizonyos pontjait használhatjuk, mert a tüdők viszonya a mellkas csontos vázához úgy kis, mint nagyobb gyermekeknél is állandó: az alsó határ a hát. a 11-ik csigolya tövisnyulványán kezdődik és innen vízszintesen tart előre, a hol baloldalt a hónaljvonalban a 9-ik (axillaris), jobboldalt a bimbóvonalban a 6-ik bordát (l. mammillar) keresztezi.

A hallgatózást nagyon megnehezíti a gyermekek nyugtalan-sága és hangos sírása. Különösen nehéz, sőt néha lehetetlen a kis gyermekeken a közönséges stethoskop segélyével hallgatózni, és azért közvetlenül fülünkkel hallgatózzunk. A gyermeket mellére helyezett egyik-kezünk és fülünk közé szorítva tartjuk mozdulatlanul. De mielőtt fülünket reá helyezzük, előbb ujjunkkal kell azt a helyet, a hol hallgatózni akarunk, megjelölnünk és fülünket csak azután tegyük oda. Könnyen nagy hibát követhet el a kezdő akkor, ha ezen elővigyázati szabályt figyelmen kívül hagyja, pl. a hát helyett a keresztcsont táján vagy a mellkas hátsó és oldalsó része helyett a gerincoszlopon hallgatózik.

A mellkas elülső oldalán kényelmetlen közvetlenül a füllel hallgatózni, mert erre (különösen fent) kevés a hely. Legjobb, ha e célra puha, guttaperchából készült stethoskopot használunk, mely lehetségessé teszi, hogy a gyermek mozgásait követve, hallgatóz-

zunk. anélkül, hogy a bőrre nagyobb nyomást gyakorolnánk; de ennek alkalmazásánál, mivel a légzési zörejeket erősíti és jellegüket megváltoztatja, hosszas gyakorlatra van szükségünk.

Az, hogy a gyermek sír, csak kezdőnél képezhet akadályt, tapasztalt orvosnak még megkönnyíti a vizsgálatot, még pedig 1-ször azért, mert lehetővé teszi, hogy a mellrengést, mely a tüdő- és a mellhártyagyulladás megkülönböztetésére fontos tünet, és a hörgi szózatot, melynek jelentősége a kórismére nem kevésbé fontos, mint a hörgi légzés, kellően megfigyelje és 2-szor, mert a beteg ilyenkor mélyen kénytelen belégni és ennek következtében könnyebben lehet a belézési és szöreszörejeket, különösen a kis hólyagú és serczegő zörejeket megkülönböztetni.

Helyesen járunk el, ha síró gyermek hallgatózása közben, *Ziemssen* tanácsára, szabadon lévő fülünket újjunkkal betartjuk, hogy figyelmünket a hallgatózási tünetekre összpontosítsuk.

Kezdőknek azt sem szabad szem elől téveszteniök, hogy a gyermekeknél a 2-ik évtől kezdve a sejtes légzés igen élesen hangzik (ezért nevezték el külön „pueril“ légzésnek) és ez hörgi légzéssel téveszthető össze. Az első évben a szülés után, a csekély izomműködés folytán, gyengébbeknek tünnek fel a légzési zörejek.

A *mellkas megtekintésénél* figyelembe vesszük a légzési mozgások jellegét és a légzések számát, a szívcsúcslövés helyét, a mellkas alakját és a bőr állapotát.

Az újszülöttek és csecsemők légzése hasi jellegű és csak a 4-ik életév táján válik lassanként mellkasi légzéssé. A légzés néhány hónapos gyermekeknél rendes állapotban még teljes nyugalom, pld. alvasközben sem egészen szabályos, amennyiben fölületes és mély légvételek váltakoznak és szünetek által szakíttatnak meg. Efféle rendellenességek csak 2 éven fölüli gyermekeknél mondhatók kórosaknak; ekkor agyi megbetegedések kórisméjére van különös jelentőségük, de fájdalmas légzés is okozhatja azokat (mint pld. a mellkas izmainak csúzánál és pleuritisnél).

A rendes tünetek közé tartozik kis gyermekeknél az is, hogy a rekesz a mellkas mellső és oldalsó tapadási helyén behúzódik (*Trousseau* peripneumonikus barázdája); ez nyugodt légzésnél is észrevehető és különösen akkor feltünő, ha a gyermek sír. 4 hónaposnál idősebb gyermeknél nem szabad e behúzódnak nyugodt légzésnél észrevehetőnek lenni, de ha mindazonáltal meg van, akkor kettőt kell feltételeznünk: vagy megnehezített a levegő beju-

tása a tüdőbe, vagy a bordák engedékenyebbek, azaz puhábbak a rendesnél. Ha a légzési akadály a gégeben vagy a légcsőben van, akkor stenotikus a légzés és a kulcsfeletti jugularis táj behúzdik, de ha az akadály helye a hörgőkben van, akkor szapora lesz a légzés és a beteg köhögni kezd; ha ezek szerint sem köhögés, sem a gégeszűkülésnek jelei nem láthatók, akkor csak azon feltevés marad hátra, hogy a bordák puhák (angolkór).

Azon tünetek közé, melyeknek semmi különös jelentőségük nincsen, tartozik *Politzer szerint az alkati, a születés óta fennálló, hangos mekegő kilégzés is*, melyet néha az élet első napjaiban észlelhetünk az újszülötteknél. Ezen tünet, a mely beidegzési zavaron alapszik és idővel egészen eltűnik, abban áll, hogy szabad, alig hallható és általában a rendes belégzés nem egyszerre, hanem 5—7 szakaszban történik és oly kíséretben, a mely a kecske mekegésére emlékeztet, s a melyet azonnal kilégzés követ. Az ilyen légzés többnyire a 8-ik hónapig, néha az első év végéig áll fenn. Ha jelen van, szakadatlanul úgy lélegzik a gyermek akár ébren van, akár alszik. Csak röviden utalunk e tünetre; ha az orvos ezt ismeri, akkor adott esetben megnyugtatja a szülőket és nem fog szükségtelen gyógykezeléshez folyamodni.

A *légzés szaporaságát* vagy szemünkkel, vagy a gyomorgördőre helyezett kezünkkel határozzuk meg. Azt lehetetlen pontosan meghatározni, hogy kis gyermekek rendes körülmények között hányszor légzenek percenként; a légzések száma teljes nyugalom közben is nagyon ingadozik, azért közöltek az egyes megfigyelők oly ellentmondó adatokat: *Vogel* pl. az újszülötteknél 26-ra teszi a légzések számának középértéket, míg *Quetelet* 44-re. Függélyes állapotban $\frac{1}{3}$ -dal gyakrabban lélegzik a gyermek, mintha fekszik és ép így nyilvánul az ébrenlét befolyása az alvással szemben (46—58 légzés percenként). A légvételek középszámát a 2-ik évben 28-ra, a 3-ik és 4-ik évben 25-re, a 6—10 évig 20—28-ra tehetjük. Láz és erős mozgás következtében minden korban jelentékenyen szaporodik a légzések száma, (így pl. 1—2 éveseknél $40^{\circ}0'—40^{\circ}5'$ hőmérséknél gyakran 50—70 légvételt találunk). Eszerint a rendesnél szaporább légzés magábanvéve még nem bizonyít tüdőgyulladás mellett, ennek csak akkor van kóros jelentősége, ha a betegen a nehézlégzés más tünetei is észlelhetők, mint pl. ha az orrvitorlák feszülnek, ha a mellkas a rekesz tapadási helyén behúzdik, ha a beteg minden kilégzésnél nyög; ilyen-

kor a légzések arányát az érverések számához is meg kell figyelni: ha $1:3\frac{1}{2} - 4\frac{1}{2}$, azaz rendes, akkor kizárhatjuk azt, hogy tüdőbántalom okozza a szaporább légzést; a légzőszervek betegségeinél az arány $1:2\frac{1}{2} - 2$.

Meglassult légzés a légző központok súlyos bántalmára mutat, ezt agynyomással párosult agyi megbetegedéseknél, uraemiánál és choleraánál találjuk. (Egy 8 éves lánykánál Dr. *Gurwitsch*-schal urámikus görcsök után a légzést percenként 4-el láttuk sülyedni. A beteg mégis meggyógyult.)

A heveny agyvízkórra *mély, hosszantartó szünetektől kísért belégzések* jellegzők. Kezdetben ezen belégzések ritkák, de később a comatosus szakban, mindig megvannak, még pedig a *Cheyne-Stokes*-féle légzési tünet alakjában. Ez abban nyilvánul, hogy a kezdetben alig észrevehető légzés minden légvétel után mélyebb és mélyebb lesz, bizonyos tetőpontot ér el és aztán ismét lassan vagy hirtelen 10—30 másodpercig tartó szünetig sülyed. A *Cheyne-Stokes*-féle légzés azt mutatja, hogy a légzési központ kimerült és hogy a halál valószínűleg nem sokára beáll.

De ezt a halál feltétlen biztos jelének nem szabad tartanunk, a mint azt többek között két általam leirt szerencsés kimenetelű eset bizonyítja. (Wrats 1874.) Mindkét esetben egyéves gyermekekről volt szó, a kik közül az egyiknek számárhurutja és tüdőgyulladás volt, a másik opiummérgezésben sínlődött. Ezekon kívül gyakran látjuk alvó, teljesen egészséges újszülöttek és igen satnya gyermekeknél a *Cheyne-Stokes*-féle légzést.

Az újszülöttek *telszhalálának* és *asphyxiájának* legfontosabb tünete a légzési mozgások kimaradása. Kórismei fontossága csak az asphyxia fokának van, mert ettől függ a kórjólás (mely annak első fokánál mindig kedvező, a másodiknál veszélyes) és attól függ egyszersmind a gyógykezelés.

Az asphyxia enyhébb fokát a reflexek és az izomzsong jelenlétéről, a súlyosabbikat a reflexek eltűnéséről és arról ismerjük meg, hogy az izmok petyhüdtek; első esetben az érverés aránylag lassu de telt, a bőr cyanotikus, az arc duzzadt, másodikban az érverés igen szapora, alig tapintható és a bőr halvány. *Runge* az asphyxia fokának felismerésére igen egyszerű eljárást ajánl: minden asphictikus újszülöttnél meg kell az orvosnak a gyermek száját és torkát a nyak és magzatszuroktól tisztítania és e czélből újját annak torkába vezetni; ha a gyermek ezen ingerre reflex-

mozgást végez, (nyel vagy ökreendezik), akkor az asphyxia első, ellenkező esetben annak második fokával állunk szemben.

Nagyobb gyermekeknél, a kik veleszületett idegességben szenvednek, néha egész sajátlagos légzést észlelhetünk, a mire *Politzer* figyelmeztetett először (Jahrb. f. Kinderh. XXI., 1884., 5. old.), ki ezt a chorea major biztos jelének tekinti. Ezt erősen (a rendesnél 10—15-ször) *megnyúlt, hangzó*, sőt néha *bögésre emlékeztető kilégzés* jellemzi, *a nélkül, hogy a belégzés megváltozott volna vagy a légzés meg lenne nehezítve*. Ezen tünet a nagy vit-táncz kóris-mézésére teljesen elegendő, ha tipikusan ismétlődik, azaz naponta egy bizonyos időben vagy az egész nap folyamán, de bizonyos időszakokban (körülbelül minden 7—10 másodperczen), a melyekben a gyermek csak egy bögő kilégzést tesz. E bántalmat *Politzer* szerint jellegzi az, hogy nagy napi adag chininnel ($1\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ grm. pro die) gyógyítható; e kezelés nélkül a baj hetek, sőt, hónapokig is eltarthat s végül a mozgató és psychicus syphaeranak egyéb bántalmái is csatlakoznak hozzá.

Erősen kifejezett mellkasi légzés, nyögő, de nem füttyhangú belégzéssel, gyenge rekeszműködéssel (a mellkas alsó részének behúzódnása nélkül), *Politzer* szerint szívgyengeségre mutat és a tüdőhólyagcsák hajszáledényeinek hiányos vérmegtételese által jő létre. Ezen tünet kórismei és kórjós-lási jelentőségét abból íté-
lhetjük meg, hogy rendesen előbb lép fel, mint a szívhűdés többi tünetei, a minő a cyanosis, fonalszerű érlökés és a végtagok lehülése.

A *mellkas alaki eltéréseiről* megjegyezzük, hogy némely szerző tévesen tartja a mellkas oldalainak lelapulását előrenyomult szegycsonttal, az úgynevezett tyúk-mellet (a mellkas egyenes átmérőjének növekedését a haránt átmérő rovására) az angolkór csalhatatlan jelének; ez angolkór nélkül is létrejöhet, ha a levegő bejutása a tüdőbe a gyermek zsenge kora által meg van nehezítve, a mint az pld. a mandulák nagyfokú túltengésénél megtörténik.

A *mellkas egyoldalú lelapulását* találjuk nagyfokú skoliosisnál, a mely angolkór, vagy bő mellhártyaizzadomány igen lassú fel-szívódása következtében fejlődik. Izzadományyal járó friss mellhártyagyulladásnál ellenben azt lehet látni, hogy a *mellkas a gyul-ladásos oldalon nagyobb* és ezen az oldalon a bordaközök elsímul-tak. Az ilyen állapot, száraz köhögés s nagyfokú láz esetén némi jelentőséggel bírhat a pleuropneumonia kórisméjére. A szív tájának

körülírt kidomborodását gyermekeknél szívtúltengésnél és szívburrok-izzadmánynál látjuk.

A *mellkas légyrészeit* tekintve, a különböző eredetű tályogok érdemelnek figyelmet. Újszülötteknél leggyakrabban a *mastitis neonatorum* okoz tályogképződést, mert úgy a fiú, mint a leány magzatok emlői az első napok és hetekben tejszerű folyadékot választanak el, és ennek visszatartásától megbetegedhetnek. Nagyobb gyermekeknél néha *hideg tályogokat* találunk, a melyeket rendes bőr fed és nyomásra nem érzékenyek; ezek különböző gyógykezelést igényelnek, a szerint, a mint a bordák vagy a gerinceoszlop szuvasodása vagy áttörésre készülő empyematól erednek. Ezen tályogok kórismézése a kísérő tünetek alapján nem nehéz.

A mellkas méreteinek fontosságáról, a melyekkel a szervezet általános fejlődését megítélhetjük, már szóltunk.

A *gyermek szívének megvizsgálása* nem igen különbözik a felnőttekétől, de az eredmények megítélésénél még sem szabad néhány, a felnőttekétől eltérő élettani jelenséget figyelmen kívül hagyni. Felnőtteknél rendes körülmények között a csücs felett az első, a pulmonális és aorta felett a második hang erősebb, míg kis gyermekeknél (körülbelül a 2-ik évig) az egész szív táján, kivált a csúcson a systolikus hang az erősebb. Kis gyermekeknél a második hang a 2-ik bordaközben (a pulmonalisanak megfelelőleg) hallható legjobban és leggyengébben az aorta felett, a mit azzal magyarázhatunk, hogy a tüdőverőér eredete közvetlenül a mellkas fala mögött fekszik, tehát szorosan a stethoskop alatt van, míg ellenben az aorta mélyebben fut és alapját a pulmonalis fedi, úgy, hogy billentyűinek hangját keletkezésétől távolabb hallhatjuk. A *csücslökés* helyét illetőleg megjegyezzük, hogy az gyermekeknél kijebb esik, mint felnőtnél, és pedig annál jobban kifelé, mennél fiatalabb az, úgy, hogy a 4-ik évig ez a hely a bimbóvonalon kívül esik, a 4—7-ik évben többnyire a bimbóvonalban és a 7—12-ik évig azon belől található (*Starck*). Kis gyermekeknél annál kijebb van a csücslökés helye a bimbóvonalon, mennél fiatalabbak. *Starck* szerint 3 éven aluliaknál $\frac{1}{2}$ —2 cm.-rel, később csak 1 cm.-rel. Ha ezeknél fogva kis gyermeknél a csücslökés helye több mint 2 cm.-rel fekszik a bimbóvonalon kívül, akkor a csücslökésnek szívtúltengés vagy tágulás következtében létrejött kihelyezését, vagy pedig a szívnek eltolását tételezhetjük fel, és a helyzettel a vizsgálás további folyamán kopogtatás és hallgatóság által jövünk tisztába.

A csúcslökések az évek számával a középvonalhoz lassan közeledik, és egyszersmind kissé lejjebb is száll, úgy hogy az fiatalabb gyermeknél többnyire a 4-ik, idősebbnél pedig az 5-ik bordaközben tapintható.

Ha kis gyermeknél a csúcslökést legkifejezettebben a *gyomorgödörben* tapintjuk, a szívhangokat legerősebben a szegycsonton halljuk és az abszolút szívtempulát a szegycsont jobbszélén túl terjed, akkor feltehetjük, hogy a szív ébrényi helyzetét a középvonalban megtartotta (természetesen csak akkor, ha azt baloldali mellhártyaizsadmány nem toltta el). Ha azt találjuk, hogy a szív egészséges gyermeknél még inkább van jobbra helyezve és hogy a csúcslökések helye a szegycsont jobb szélén van, kutatnunk kell, nem cserélt-e helyet a máj és a lép is, *situs viscerum inversus*.

Gyakran találunk nagyobb gyermekeknél rendes tempulati határok és tiszta hangok mellett s anélkül, hogy lázuk volna, *elterült és emelő csúcslökést*, a midőn ez ideges szívdobogásnak a jele (chlorosisnak és általában minden nagyobb fokú vérszegénységnek ez rendes kísérő tünete). E fajta szívdobogást kis gyermekeknél veleszületett szív baj okozhat, de a mely bajok közül nem mindeniket kísér egyuttal zörej is, utóbbi valószínűségét még az is emeli, hogy ha a kis beteg csekély ok miatt, pld. sírás vagy köhögés közben, elkékül.

Gyermekeknél a szívtempulátot illetőleg a legnagyobb eltérés abban nyilvánul, hogy a *relativ tempulát* terjedelme nagyobb; annál magasabbra és annál inkább terjed jobbra, mennél fiatalabb a gyermek.

Egy éves gyermeknél *Starck* szerint a szívtempulát felső határa a 2-ik bordaporczon, 6 évesnél a 2-ik bordaközben és 12 évesnél a 3-ik bordán van. Jobbra, a bimbó magasságában a szegycsont melletti vonal képezi egyéveseknél a relativ tempulát határát, 6 éveseknél azonban kissé innen van és 12 éveseknél a jobb szegycsontszél és a szegycsont melletti vonal közepéig terjed. A szívtempulát bal határa bármily kora gyermeknél a csúcslökések helyén kissé túlterjed.

Az *abszolút tempulát* egy évesnél a 3-ik borda alsó szélén, 6 évesnél a 4-ik borda felső szélén és 12 évesnél ennek alsó szélén kezdődik. Jobbra minden korban csak a bal szegycsontszéléig terjed a határa, míg baloldalt majdnem a bimbóvonalig ér.

A szívtempulát nagyobbodása, ha emelő csúcslökéssel páro-

sul, szívtúltengésre, ha gyenge a szívesücslökés, tágulásra (gyenge érverés) vagy *folyadék meggyülemelésre mutat a szívburokban*; utóbbi esetben vagy hydropericardium (anasarca, ascites) vagy pericarditis (pericardialis dörzszőrej, érzékenység, ha a szív tájékára nyomást gyakorolunk) van jelen. Ha szívtúltengés van jelen és a *szívhangok tiszták*, ez heveny vagy idült vesegyulladás (húgyvizsgálat) felvételére jogosít. Ha a szívtúltengés még a kitapintható verőerek (pld. a hónaljverőér) keménységével van egybekötve, akkor nagyon valószínű, hogy a gyermekeknél ritkán előforduló idült interstitialis vesegyulladással van dolgunk.

A *szív hallgatózását* kis gyermekeknél nagyon megnehezíti az, hogy ezen szerv igen kicsiny, és hogy igen szaporán húzódik össze; mindkét körülmény a zörejek helyének és idejének meghatározását nagyon megnehezíti.

Ha zörejt hallunk, mindenekelőtt azt kell meghatároznunk, hogy a szívben vagy a szívburkon keletkezik-e, előbbi esetben, hogy szervi megbetegedésen, billentyű elégtelenségen alapul-e, vagy úgynevezett funkcionális vagy anaemikus zöreje-e.

A *szívburkon keletkező zörejt* rendszeren már kaparó jellegén ismerjük fel (megkülönböztetésül a fűvő szívzörejtől). E mellett szól azon körülmény is, hogy ha a stethoskopot odanyomjuk vagy ha a beteg felül, az erősbödik (de azért ez nem absolut biztos jel, minthogy fekvő helyzetben néha a billentyű bajnál a zöreje is nagyon gyengén hallható) és, hogy e zöreje csak *szűk határok között hallható*, és a nyak edényekig nem terjed. A pericardialis zörejek leggyakrabban a szív alapján keletkeznek, pld. a 3-ik borda magasságában a szegycsonton. Ezek sem a systolával, sem a diastolával nem esnek össze.

Az *anaemikus zöreje* főleg abban különbözik az organikustól, hogy ennél a szívbántalom minden többi jele hiányzik, azaz a tompulat rendszer határok között mozog és a pulmonalis 2-ik hangja nem ékelt. Mindig a systoleval esik össze, soha sem a diastolával és többnyire a szív basisán, a pulmonalis eredése táján (az aorta felett úgyszólván soha), tehát a szegycsonttól balra a 2-ik bordaközben és magán a szegycsonton hallható; jellegző továbbá még az is, hogy az anaemikus zörejek sohasem hallhatók jól; azok ellenkezőleg lágy *fűvő* jelleggel bírnak és sohasem lehet azokat a szívtájra tett kézzel érezni. Azokat csak anaemikus s lesóványodott, vagy lázas egyéneknél hallhatjuk, rendszeren a nyak vivőerein

hallható zörej kíséretében. Anämikus zörejjel alig találkozunk 3 éven aluliaknál, mit Hochsinger is megerősít (Die Auskultation des kindlichen Herzens, 1890. Bécs). Ő 94 esetet észlelt, melyekben a vérszegénység tünetei élesen ki voltak fejezve: 4 éven alóliaknál egyetlen egyszer sem hallott anämikus zörejt, az 5 évesek 5%, a 6 évesek 25% és a 7 évesek 40 százalékánál találta. A járulékos zörejeknek ezen feltünő ritkasága kis gyermekeknél nagy kórismei fontosságot kölcsönöz ezen korban a zörejeknek, és lehetővé teszi azt, hogy egyedül a systolikus zörej alapján, akárhol halljuk is azt, a legnagyobb valószínűséggel a szív szervi megbetegedését tételezzük fel; ez oly esetre is érvényes, a melyben a zörejt sem a pulmonalis 2-ik hangjának ékeltsége, sem a szívtompulat megnagyobbodása nem kíséri, mint ahogy ez pld. az endocarditis friss eseteiben szokott lenni.

A járulékos zörejek *Hochsinger* szerint legjobban vagy éppen kizárólag a pulmonális szájadékan hallhatók, sohasem terjednek el az egész szív felett (pld. az aortára) és a hátra azonfelül az első hangot sohasem nyomják el. A vérszegénység javulásával a zörej is gyengébbé válik.

Vivőeres zörejt rendszeren csak a nyakon, a fejbiczczentőnek a kulcsesonthez való tapadási helyén hallhatunk; de néha a *kulcsesont alá a 2-ik, sőt a 3-ik bordáig* is leterjed, még pedig mindkét oldalt (a vena anonymában), és ekkor könnyen téveszthetjük össze azt szervi szívzörejjel. Ezt a hibát annál inkább követhetjük el, mivel a vivőeres zörej mindazon behatások által, a melyek a nyak vivőereiben a vérkeringést meggyorsítják, tehát a diastole alatt is, fokozódik: ennél fogva úgy tűnhetik fel, mint az aortának vagy a pulmonalisnak diastolikus zöreje, és arra indíthat hennünket, hogy tévesen valamelyik félholdképű billentyűnek elégtelenségét kórismézzük.

Vivőeres zörejek *ép úgy hallhatók kis gyermekeknél*, — 2 éven aluliaknál, — mint idősebbeknél, de utóbbiaknál gyakrabban. A szívzörejektől abban különböznek, hogy 1. változatlan jellegűek (a vivőeres zörej ritkán félbehagyó; ha a diastole alatt erősebb is, még sem tűnik el egészen a systole alatt sem); 2. abban, hogy az arcot oldalt fordítva, erősebbek és egyenes fejtartásnál gyengébbek, vagy egészen eltűnnek. A stethoskoppal vagy újjunkkal a vivőerre gyakorolt gyenge nyomás a zörejt fokozza; ha azt teljesen össze-nyomjuk, megszünteti.

Azon vivőeres zörejeknek, melyet csak a nyakon és különösen akkor hallunk, a mikor az arcz oldalt tekint, nem tulajdoníthatunk kórismeit jelentőséget, — de ha ez a kulcsesonton, vagy a szegykulcsesonti izesülésnél is hallható, akkor minden bizonnyal vérszegénységtől ered.

Organikus zörejeknek ugyanazon jelentősége van gyermekeknél, mint felnőtteknél, s azért a szívbajok kórismézésénél tekintetbe kell vennünk a zörej keletkezési helyét (a hol legerősebben hallható) és a netalán jelenlevő szívtúltengésnek jeleit. De nem szabad felednünk, hogy kis gyermekeknél gyakoribb a veleszületett szívbaj, mint felnőtteknél, és hogy ezeknek felismerése, eltekintve az említett viszonyoktól (mint szapora érverés, kicsiny szív), még azáltal is megvan nehezítve, hogy többnyire nemcsak egy, hanem több billentyű elégtelen, mert az egyik billentyű elégtelensége a másiknak megbetegedését vonja maga után. A pulmonalis veleszületett szükülete, pld. majdnem mindig a ductus Botalli nyitvamaradásával vagy a szívkamrák sövényének hiányával együtt jár; a háromhegyű billentyű szükülete a peteképű lik nyitvamaradásával stb. úgy, hogy a zörejeknek több oka lehet. Mint a veleszületett szívbajok sajátosságát, többek közt azt említhetjük fel, hogy különösen a jobb szíven (pulmonalis) fordulnak elő és hogy az ily gyermek gyakran elkékül (pld. sírásnál) s többnyire gyenge és sovány.

Veleszületett szívbajok, származásukat tekintve, a következők:

1. A tüdőér szükülete; 2. a ductus Botalli nyitvamaradása; 3. a pulmonalis félholdképű billentyűinek elégtelensége; 4. a háromhegyű billentyű szükülete és 5. elégtelensége; 6. a kamarák közti sövény hiányos záródása és 7. a peteképű lik nyitvamaradása.

Ha csak e szívbántalmak közül valamelyik egy másikkal együtt nem fordul elő, akkor azt a következőkből lehet felismernünk:

A tüdőér szükületét ép úgy, mint a *duct. Botalli nyitvamaradását* az art. pulmonalis felett (balold. II. bordaköz) hallható systolikus zörej és a jobb gyomroc s túltengése és tágulása (a szív-tompulat jobbra nagyobb, epigastrikus lüktetés) jelzi. A különbség csak az, hogy a duct. Botalli nyitvamaradásánál a pulmonalis erősen telt, s ezért második hangja ékelt, míg ez a tüdőér szükülésnél sohasem fordul elő; viszont utóbbinál sokkal kifejezettebb a cyanosis, mint a Botalli-féle vezeték nyitvamaradásánál. A tüdőér szükületének kórisméjére nem elegendő egyedül a zörej, hanem

ahhoz szükséges a jobb gyomrocsnak tágulását is kimutatni. A *szerezett tüdőérszűkületnél* sohasem hallani zörejt a halántékekben, s ezzel szokták megkülönböztetni a tüdőér szűkületét az aorta szűkületétől; de veleszületett szívbajoknál ezen tünetnek nincsen döntő jelentősége, minthogy a halánték-erekben levő systolicus zörejt a tüdőér szűkületénél is előfordulhat, különösen, ha egyidejűleg a szívkamrák közti sövényben nyílás is van (az art. pulmonalis szűkületének gyakori kísérője), vagy a duct. Botalli nyitvamaradásánál. A duct. Botalli nyitvamaradásánál a zörejt a háton (a bal lapoczká s gerincoszlop közt) gyakran erősebb, mint a mellen, belégzésnél is erősödik és csekélyebb a kilégzésnél, cyanosis pedig nincsen. A tüdőérszűkületnél a zörejt szintén hallható a háton is, de itt mindig kevésbé, mint a mellen. — A zörejt jól hallható abban a vonalban, mely a 2-ik bordaközt a mellcsont végén összeköti a kulcsont belső harmadának a határával. (A zörejt minden más helyen gyorsan csökken s különösen a jobb irányban.)

A *háromhegyű billentyű szűkülésének és elégtelenségének* közös jelei: a szívtempulát megnagyobbodása jobbfelé, a jobb szívnek (különösen a pitvarnak) túltengése és tágulása következtében, a nagyfokú vivőeres pangás, mely cyanosis, vizenyő és vivőeres pulsatió által ismerhető fel és a pulmonalis csekély vértartalma, a mi miatt második hangja nem ékelt. Ezen jelek azonosak a pulmonalis szűkülésének jeleivel, csak hogy a zörejt a háromhegyű billentyű hiányainál, közel a szegycsont jobb széléhez, a 4-ik vagy 5-ik bordaközben hallható a legerősebben; megkülönbözteti a kettőt még az is, hogy stenozisnál systolicus, a billentyűelégtelenségnél pedig diastolicus a zörejt.

A *kamarák közötti sövény hiányainál* a vér systole alatt részben a jobb kamrába jut, minek következtében ez túlteng; a pulmonalisban levő nagyobb vérnyomás következtében a második hang ékelt; a szívesúcs felett pedig systolicus zörejt hallható. Ugyanazon tünetek a kéthegyű billentyű elégtelenségétől is eredhetnek, s e miatt gyakran lehetetlen biztos kórismét felállítanunk, különösen azon esetekben, a mikor a systolicus zörejt élesen hallható a mellcsonton, a 3-ik bordaköz tájékán. *Kiszely* szerint a kamarák közti sövényben levő nyílást abban az esetben lehet diagnosztizálni, ha a veleszületett tüdőérszűkületnél idősebb gyermekeknél sem a jobb szív (különösen a pitvar) nagy fokban ki nem

tágult, sem pedig a nyakerek (vénák) nem tágultak ki, sem pedig a szív erőltetett s nehéz működésének jelei nincsenek, amellet pedig a cyanosis erős és állandó. (Lásd: „*Vracs*“ 1892. év, 2. sz.) A gyomrocsokok bántalmánál cyanózis rendszeren nincs, a szív hypertrophiája nem kötelező, még nagyon erős zöreje eseteiben sem, a melyet kézzel mint *macskadorombolást* érezhetünk. A cyanózis, a szívtágulás, ilyen zöreje esetén nagyon jellegző a kamarák közti nyílásra.

A *peteképű lik nyitvamaradása* sok esetben minden észrevehető jel nélkül jár. Ha nem tudjuk eldönteni — mint az gyakran megesis — hogy a zöreje hol keletkezik és hogy systolicus-e vagy dyastolicus és ha mindamellet meg van a kifejezett szívtöltengés és cyanózis, vagy a beteg legalább hajlamos az elkékülésre, akkor csak annyit állapíthatunk meg, hogy a betegnek veleszületett szívbaja van.

Gyermekeknél gyakran igen nehéz eldönteni azt, hogy a zörejnek oka veleszületett vagy szerzett szívbaj. Ez esetben fontos az anamnesis. Veleszületett szívbaj mellett szól, hogy 1. a gyermek már életének első hónapjaiban kékült el; 2. a szülőknek már kezdettől fogva feltűnt, hogy a gyermek szíve igen erősen dobog; 3. a zörejeket már az első hónapokban vette az orvos észre; 4. a gyermek asphyxiában született (ez fontos jel a duct. Botalli nyitvamaradásánál); 5. a beteg sem születésekor csúszban, sem más szívbajra hajlamosító fertőző bajban nem szenvedett. (Mert, habár aránylag gyakran is fordul elő gyermekeknél az *idiopathikus endocarditis*, a legtöbb esetben mégis az 2—4—8 hét alatt teljesen meggyógyul.)

Hiányos kórelőzményi adatok esetén a valódi tényállás kiderítésére sokkal több támpontot nyújthatnak a következők:

1. *Ha a gyermek 3 évnél fiatalabb.* Kis gyermekeknél szerzett szívbaj felette ritka, a járulékos és vérszegénységből eredő zörejek még ritkábbak, ennél fogva a kis gyermekeknél hallható szívzöreje már magában véve is biztos jelét képezi a veleszületett szívbajnak, különösen pedig akkor, ha a zöreje *nagyon erős és kiterjedten* hallható; hasonlóképpen a mint ebben a korban a szerzett szívbaj majdnem kizárólag a kéthegyű billentyű kisebb fokú elégtelenségéből származik, s a melyet az által ismerünk fel, hogy a szív felett *gyenge fuvó* zöreje hallható.

2. Veleszületett szívbajra gondolunk akkor is, ha a zörejek *igen erősek, nagy kiterjedésben* hallhatók, a nélkül, hogy valahol a

zöreinek ugynevezett punctum maximuma lenne, a mi nem ritkán fordul elő combinált szívbetegknél, a melyek majdnem mindig veleszületett szívbeteg; ellenkezőleg szerzett szívbetegknél a punctum maximumot megtalálni könnyű.

3. Veleszületett szívbeteg leg többjénél csak *systolicus zörej* hallható (kisebbségi ütőér szűkület vagy szűkület az aorta kilépési helyén, a Botalli-féle vezeték nyitvamaradása, a szívövénynek nyitvamaradása, kéthegegyü, vagy háromhegyü billentyű elégtelensége embryonalis endocarditis folytán, ugyszintén akkor, ha ezek egymással combinálva vannak). Ennélfogva diastolicus zörejt veleszületett szívbetegnél alig találunk; alig fordul elő még akkor is, ha a zörej systolicus zörejekkel is van combinálva (sokkal gyakoribb ez idősebb gyermekeknél akkor, ha a billentyűkön endocarditicus folyamat ment végbe). A *tiszta diastolicus zörej* a veleszületett szívbeteg majdnem biztosan kizárja.

4. A bőr és a nyálkahártyák *cyanosisa* vagy legalább az erre való hajlam (ha az minden sírásnál vagy köhögéskor stb. jelentkezik), ha t. i. azt semmi más tünet nem okozatolja, a melyből a compensatio zavarára lehetne következtetnünk, — egyedül veleszületett szívbetegknél fordul elő. Ha a gyermek életének már első napjaiban cyanotikus, akkor annak veleszületett szívbeteg van, míg ha szíve felett zörejt nem is hallunk, s szíve nem nagyobb a rendesnél. (Kiszely, Vrats II. köt., 92 évf. 2-ik szám, 55 oldal.)

5. Veleszületett szívbeteg mellett szól még minden fejlődési rendellenesség és torzképződés (labium leporinum, palatum fissum, polydactylia, epispadiasis stb.). Ugyanazon jelentőséggel bír a testi és szellemi fejlődésben való visszamaradás, a szervezet egyéb, általános gyengesége, s az élet első napjaiban a nagyfokú sápadtság.

Ezekhez soroljuk még a *Hochsinger* által közölt, saját tapasztalatain alapuló tényeket:

1. *Ha a szívtoompulat rendes vagy jelentéktelenül nagyobb és a zörejek erősek, érdesek és csengők, akkor veleszületett szívbetegtől erednek*; mert ha a szívbeteg a születés után gyulladásos alapon lépett fel, akkor erős zörejt mellett majdnem kizárólag nagy tompulatot is találunk.

2. Ha kis gyermekeknél a *zörejek mellett nagy szívtoompulatot és gyenge csúcslököst* találunk, veleszületett szívbetegséget kóris-mézünk. A tompulat megnagyobbodása a jobb szívtől ered, a bal csak kisfokban szokott elváltozva lenni. Ha az endocarditis a szü-

letés után lépett fel, mivel ez főleg a balszívben szokott kifejlődni, akkor erős csücslökést tapintunk.

3. Nagyon fontos a megkülönböztető kórismére, ha a csücs felett nem, de a gyomrocs és a pulmonalis szájadéka felett hallunk zörejeket, mert ezen tünet inkább a sövény hiányai vagy a tüdővérőér szűkülésére mutat, mint endocarditisre.

4. Kiváló jel a kórismére, ha jól hallható systolikus zörejt mellett a pulmonalis második hangja igen gyenge, mert ezt kis gyermekeknél csak veleszületett pulmonális szűkület felvétele által magyarázhatjuk.

5. Ha daczúra annak, hogy az egész szívtáj felett erős zörejek hallhatók, nem tapintunk fremissementet, akkor a sövény veleszületett hiányára tesszük a kórismét, mert szerzett szívbjájnál úgyszólván sohasem hiányzik az.

6. Ha hangos, különösen surranó systolikus zörejeket hallunk, még pedig legjobban a szegycsont felső harmada felett, a nélkül, hogy a bal szív feltünőbben meg volna nagyobbodva, akkor ez a Botall-féle vezeték nyitvamaradása mellett szóló fontos tünet, melyet nem magyarázhatunk meg az aorta billentyűinek elváltozásaival.

A többi közt Hochsinger a második hang ékeltségének szerfölött nagy fontosságot tulajdonít. A dolog úgy áll, hogy kis gyermekeknél a szív alapja felett hallható, 2-ik hang rendes körülmények között is ellentétben a felnőttekkel — sohasem ékelt, úgy hogy, ha a tüdőér második hangja ékeltebb, ez mindig arra mutat, hogy a kis vérkörben jelentékeny pangás van. Ha újszülöttnél vagy csecsemőnél a 2-ik hang ékelt, s a mellett a gyermek cyanoticus, akkor a kórismét sok tekintetben könnyű megállapítani, mint pl. a következő esetekben.

1. Ha a szegycsont markolata felett hallunk erős zörejt, a mellett a beteg cyanoticus és a 2-ik hang ékelt, ez a Botall-féle vezeték nyitvamaradása mellett szól.

2. Tiszta szívhangok, nagyfokú cyanosis, s igen ékelt 2-ik hang patognomonikus tünetei a veleszületett tüdőér és aorta szűkületnek (tulajdonképen a második ékelt hang ilyenkor arra mutat, hogy a tüdőér a bal szívgyomrocsból ered.)

3 Szívzörejek, melyek nem a billentyűkre vonatkoznak (pl. a mellkason a 3-ik borda közben) cyanosis és igen erősen ékelt 2-ik hang, nagy valószínűséggel arra engednek következtetni, hogy a szívből eredő erek el vannak helyezve.

Az érverés gyermekeknél még nagyobb ingadozásoknak van alávetve, mint a légzések száma.

Ha a gyermek sír és nyugtalan, annyira megszorodik az érverések száma, hogy lehetetlen azt megolvasni; kis gyermekeknél ezt néha csak alvás közben lehet pontosan eszközölni. Láznál és általában mindig, ha a pulsus szapora, pl. 160-nál több 1 perc alatt, tanácsos 2 lökést egynek számítani; így 200-at is képesek vagyunk percenként megszámlálni, míg a rendes számolással alig vagyunk képesek percenként 160 lökést megfigyelni. Az érverés vizsgálásánál főleg annak számát, rythmusát és teltségét kell megfigyelnünk.

Az első félévben rendszeren 120—140 az érlökések száma, a másodikban 100—130; a második évben 90—120; a 3—5 évig 72—110; a 6—7 években 70—100. Ha a gyermek sír vagy lázas, akkor az érlökések száma 20—50-tel szaporodik.

Gyér és szabálytalan érverést leggyakrabban azon agybántalmaknál találunk, a melyek agnyomás tüneteivel járnak; ezeken kívül a sárgaság minden alakjainál (nagyobb gyermekeknél), *gyomorhurutnál*, az üdülés idejében, lázas betegségek után, egyes gyógyszerek hatásától (digitalis, opium), — néha azonban egészségeseknél is. Mennél kisebb a gyermek, annál kevésbé működik a gátló központ, nevezetesen a vagus és ennélfogva annál ritkábban találunk gyér pulzust. Egy, sőt két éves gyermekeknél is ritkán észlelhetjük acut hydrokephalusnál a jellegzetes cerebralis érverést; azért is ép oly jellegző lehet ezen korban agybántalom felismerésére a csak relative gyérült pulsus (pl. 112 érverés 38° hőmérséknél), mintha nagyobb gyermekeknél 70, sőt 60 az érlökések száma.

A *gyenge* és a mellett szapora érverés arra mutat, hogy a szív működés gyöngé. E tünet veszélyességének fokát abból ítéljük meg, hogy a többi szervekben minő jelenségek mutatkoznak. Kedvezőtlen jelnek tekinthetők a végtagok elhidegülései, a jobb szív túltengésnek tünetei (dilatatio cordis), a melyek abban állnak, hogy a szívtompulat jobbfelé megnagyobodott, a szívcsücslökés gyengült, a máj a vivőeres pangás folytán megduzzadt, és a beteg a mellett cyanoticus.

Gyengült szív működést találunk — s pedig annak heveny alakját — többnyire súlyos heveny bajoknál, különösen vörhenynél, de néha a szívhűdés hőemelkedés nélkül is mutatkozik, akkor t. i., ha a toxinok a szervezetben felhalmozódnak. Hasonló okra veze-

tendő vissza az a heveny szívhűdés, a mit vérhasnál és különösen diphtheriánál van alkalmunk látni. Az utóbbi esetekben különösen fontos a szívhűdés akkor, a midőn a beteg üdülőfélben van, s a veszélyen túl levőnek tekinthető. Diphtheriához csatlakozó szívgyengeség függ a járvány jellegétől. Sokan azt tartják, hogy diphtheriás szívhűdésnél a beteg hirtelen hal meg, láthatólag teljes egészség mellett, de ez nem áll, mert ha pontosan megfigyeljük a beteget, mindig találunk bizonyos jeleket, a melyek a közelgő katasztrófát előre jelzik.

Diphtheria után fellépő szívhűdés gyakoribb a fiuknál, mint leányoknál, a viszony olyan mint 2 : 1. úgyszintén gyakoribb gyenge, kimerült gyermekeknél, mint a jól táplált és erőteljeseknél. Tartanunk kell a szívhűdéstől akkor, ha eltekintve a helybeli lefolyt torokbántalomtól — a beteg közérzete nem javul, a gyermek nem kér enni, bágyadt és apathicus, éjjel nyugtalanul alszik, s a mellett garathűdés tünetei mutatkoznak.

A további lefolyásban nemsokára a szívgyengeség kétségtelen tüneteit látjuk; milyenek a gyenge, rendetlen érverés, a jobb szív-tompulat megnagyobbodása, májdaganat és a megkevesbedett vizeletkiürítés.

A rohamos lefolyásu esetekben a szívgyöngeség tünetei mellett még *hányás és nagyfoku hasfájdalmak* is lépnek fel, de hasmenés nincs; ezek vészteljes jelek; az arcz halavány, kissé cyanoticus; az érverés kezdetben lassubbodik s szabálytalan, de később szerfűlött kicsi és szapora, gyorsan beáll a fulladozás, s a halál néha már pár óra múlva hasfájdalmak és hányás között bekövetkezik.

Mint hogy a *sírás* oly szoros viszonyban áll a légző szervekkel és a vérkeringéssel, azért erről a kis gyermekeknél oly gyakran előforduló jelenségről is teszünk néhány megjegyzést.

Rendes körülmények között *a születés után rögtön hangosan sír a gyermek* és ez kedvező jel is, mert azt mutatja, hogy az első légvételek jó mélyek. De ha a gyermek ilyenkor csak nyöszörög, akkor ez vagy általános gyengeségnek (koraszülés) a jele, vagy a szülés nem folyt le rendesen és asphyxiára vezetett, és tüdőlégtelenséget vagy veleszületett szívbajt tételezhetünk fel, (atelektásiával pl. szoros összefüggésben áll a duct. Botalli nyitvamaradása).

Ha gyermeknek valamije fáj, akkor *hangosan és soká szokott sírni.*

Hogy ennek az okát megtudjuk, kibontjuk a gyermeket és

nemcsak egész testét, hanem pelenkáit és ágycsészéjét is megvizsgáljuk; nyugtalanságot pl. egy a vánkosba jutott tű, vagy rovarok is idézhetnek elő.

Nem minden heves fájdalom készíti a gyermeket hangos sírásra. Ha a fájdalmat vívőeres pangás, a hasprés működése vagy a mély belégzés fokozza, akkor nem sír a gyermek hangosan, hanem inkább csak csendesen sír és nyöszörög. Ennélfogva már a hangos sírás miatt előre ki lehet zárni a meningitist, pleuropneumoniát és a hashártyagyulladást. Ezekkel ellentétben számos esetben sokat és hangosan sír a gyermek, pl. ha 1. heveny tályogja van (különösen mastitis neonat.-nál); 2. heveny csont- és ízületbántalmaknál, (törés, synovitis; ezekre jellegző, hogy a gyermek az illető végtag legcsekélyebb megmozgatásánál hangosan felsír); 3. dyspepsiás bélgörcsnél; 4. vizeleti nehézségeknél; 5. a külső vagy középső halljzatok gyulladásánál; 6. ha éhes.

Az általános megtekintésnél döntjük el, hogy az előbb említett okokból, vagy az utóbbiak miatt sír-e a gyermek.

Ha *dyspepsiás bélgörcs* miatt sír, akkor többször napjában s különösen éjjel szokott sírni; egyszerre kezdi és hirtelen hagyja abba; a mikor csendes, teljesen egészségesnek látszik, vig és láztalan (38° feletti hőmérsék egyszerű dyspepsiánál nem fordul elő). A gyermektől gyakran távoznak szelek és a kis beteg ezek távoztán rögtön elcsendesedik; ürülése dyspepsiás (zöldes színű, darabos). A has többé kevésbé feszes. Különösen jellegző a bélgörcstől eredő sírásra az, hogy rögtön megszűnik, mihelyt a gyermek székelt, azért kórismezés céljából sikerrel adhatunk beöntést.

Nem valószínű, hogy kólika az oka a sírásnak, ha az ürülés consistentiája és színe rendes, ha a has nincsen felfújódva és ha a gyermek lázas. Gyakran kórisméznek bélgörcsöt, ha a gyermek felbontásnál sír és „rugdalózik“, azaz czombjait majd felhúzza, majd kinyújtja és alszárait egymáshoz dörzsöli. Ennek semmi különös jelentősége sincsen, mert ezt mindig láthatjuk, ha a gyermek nagyon sír. Bélgörcs miatt leginkább a 3 hónapon alóli gyermekek sírnak.

Azt, hogy a gyermek *vizeleti nehézségek miatt sír*, azon vehetjük észre, hogy a vizelet előtt sír, vizelet után pedig csendes.

Néhány hetes fiúnál többek között arra is kell gondolnunk, hogy vesehomok (fityma alatt, vagy a pelenkákön találhatóunk valamit) vagy nagyfokú *phimosis* oka a sírásnak.

Annak megállapítására, hogy a sírást a hólyagnak görcsös összehúzódása okozza, csak a pelenkákat kell megtekintenünk; ha a sírás megszűntével nedvesek, akkor valószínűleg hólyaggörcs okozza; ez különösen akkor áll, ha dyspepsiát kizárhatunk. *Politzer**) azt állítja, hogy ha lycopodiumot rendelünk a gyermeknek (emulsióban), a hólyaggörcs gyorsan megszűnik; ezzel a kórismét megerősíthetjük. Említ egy esetet, a melyben egy 2 éves leánygyermek hólyaggörcs miatt 4 héten át minden éjjel 8—10-szer sirt és néhány adag lycopodium után nyugodt lett.

Ha *otitis* okozza a sírást, akkor azt fokozhatjuk azáltal, hogy a tragust megnyomjuk vagy, hogy a fülkagylót hátrahúzzuk; fokozódik a sírás akkor is, ha a test megrázkódik, ha a gyermek fejét hirtelen megmozdítja, ha nyel vagy szopik. Ezért is a sírás ezen eredetére jellegzőnek találja *Frölsch*, hogy többek között akkor is kezd a gyermek mindig sírni, ha szopni kezd. Ha az orvos azt hiszi, hogy a fülnek valamely bántalma okozza a sírást, fényes bizonyosságot szerezhet feltevésének a gyógykezelés által: gyakran megesik, hogy az egész napon át tartott sírás néhány csepp meleg olajnak vagy cocain-oldatnak a fülekbe való becsepegtetése után rögtön megszűnik. Hogy a külső hallójáratban levő furunculus okozza a sírást, azt a fülek egyszerű megtekintése által tudjuk meg. A külső és középfülnek gyulladása rendszeren magas lázzal jár.

Az éhség által okozott sírást könnyű felismerni, s mégis megesik, hogy az orvos néha napokig, sőt hetekig nem ismeri fel, csak azért, mert nem gondol rá. Azért, ha sokat síró csecsemőt kezelünk, mindig meg kell tekintenünk a szoptató emlőit is. Hogy tévedésbe ne essünk, vizsgáljuk meg rögtön a szopás után a tej mennyiségét: ha az emlőből csak cseppenként szoríthatjuk a tejet, akkor kevés tej volt az emlőkben, de ha erősebb nyomás nélkül is vékony sugarakban szökken ki a tej az emlőkből, akkor egész biztonsággal állíthatjuk, hogy a gyermek nem azért sir, mert éhes, (feltéve természetesen azt, hogy jól tudjon szopni, és hogy a dajka nem hagyja készakarva éhezni, mert helyével talán nincs megelégedve).

Ha a gyermeket rendszeresen mérjük, nagyon megkönnyítjük a kórismézését, mert evvel: 1. mindig meghatározhatjuk a felvett tejmennyiséget (az első hónapokban a testsúly $\frac{1}{100}$); 2. könnyen felismerhetjük és ellenőrizhetjük a gyors súlyvesztéséget is.

*) Jahrbuch f. Kinderh. 1884. 30 old.

Ha a súlyvesztésnek más okát, mint pld. lázt vagy hasmenést, nem találjuk, akkor már ez is a mellett szól, hogy a gyermek azért sír, mert nincs elegendő tápláléka.

Éhező gyermek ritkán vizelet és többnyire szorulása van; de a dyspepsia sem zárja ki azt, hogy a gyermek éhezik, mert ha kevés tejet választanak ki az emlők, akkor a tej többnyire rossz is.

Ha tehát azt kell hinnünk, hogy a gyermek azért sír, mert éhezik, akkor végleg meggyőződhetünk erről azáltal, hogy tehéntejet adunk neki: ekkor elcsendesedik és több órán át oly jól fog aludni, mint már régen nem.

Ha tehát oly gyermekhez hívunk, a ki sokat sír, akkor azt a pólyából ki kell vennünk, megtekintjük egész testét, megtapogatjuk füleit, kérdezősködünk ürülései felől, megvizsgáljuk a tejet és azt rendeljük, a mit a vizsgálat által felállított kórisme megkövetel.

Ha a gyermek *soká és mindig szabályosan ismétlődő időszakokban sír*, akkor azt valószínűleg malária fertőzéstől eredő neuralgia okozza. Ezt a kórismét megerősíti az a szép eredmény, melyet a chininnek a rohamot megelőző 4—6 órával való adagolása által elérhetünk. Ilyenforma időnkénti sírást okozhat különben — különösen ha éjfél után lép fel — a gerincoszlop szuvasodásától eredő kezdődő meningitis spinalis is.

Szakadozottan és hangosan vagy hangosan és egyhanguan sír a gyermek, mely ilyenkor álomkóros is, ha acut hydrocephalusban vagy hydrocephaloidban (lásd az illető fejezetet) szenved; ezt a sírást ezért *clamor cephalicusnak* nevezik.

Egészen más jelentősége van annak, ha egy 5—8 éves, különben egészséges gyermek éjjel álmából felijedve, 2—3 perczig sír. Ez vagy minden éjjel ismétlődik, vagy többször hetenként és többnyire az első álomban történik és az úgynevezett *éjjeli feljedésnek* a jele. Politzer szerint ezen bajra nézve jellemző, hogy ennél a chinin gyorsan és biztosan használ; ilyenkor több napon át egymásután, 2 órával az alvás előtt a chinint 0.3—0.5 grmos adagban rendeljük.

Ha a gyermek székelés közben sír, a székeléstől már előre fél és szorulásban szenved, akkor bizonyos, hogy végbél fissurája van. Nekem egy 3 éves leánykát volt alkalmam megfigyelni, a ki nem a székelésnél, hanem mindig a vizelésnél sírt. Ennek oka az volt, hogy nála a nagy szeméremajkak belső felszínein voltak felületes horzsolások.

A hangnak a színezete is fontos lehet a kórisme felállításánál. *Rekedt* hang gége megbetegedésre mutat; heveny esetekben hurutra vagy croupra, idültben legelső sorban syphilisre gondolhatunk. Egészen kis gyermekek többnyire attól rekednek be, hogy napokon át felbeszakítás nélkül sírnak, a mi ritkán történik egyszerű bélgörcs, hanem többnyire éhezés, tályogképződés (mastitis) vagy fülszűrés miatt.

Az *orrukon át beszélnek* a gyermekek a lágy száypad hűdésénél diphteria után, vagy, ha garatmögötti tályogjuk van; előfordul farkastorkuaknál, vagy ha az orrjáratok eldugultak és néha mandula túltengés következtében is.

Fontos tünet a kórisme felállítására a *köhögés*, mert belőle a légző szervek megbetegedésére következtethetünk. Elég gyakran képesek vagyunk a köhögés minőségéből az azt okozó kóros elváltozás helyét és természetét is meghatározni. Pld. elég bizonyossággal következtethetünk arra, hogy számarhurut okozza a köhögést, ha ez sipoló belégzések által megszakított heves rohamokban jelentkezik, mely rohamok gyorsan egymásután következő köhintésekből állanak és végül hányásra vezetnek. Rövid rekedt, úgynevezett *ugató* köhögés croup vagy pseudocroupnak a jele.

Ha a gyermeknek bronchitise van, akkor a köhögés minőségéből a betegség tartamára következtethetünk; ha röviden és szárazon köhög, ha a köhögés álmaiban is zavarja, akkor a hörghurutnak első szakában van, — ha könnyen köhög fel, akkor a hurut oldódási, azaz a betegség második szakában van.

Rövid fájdalmas köhögés, mely közben a beteg nyög és az arcvonások fájdalmat árulnak el, *tüdő vagy mellhártya* gyulladásra utal.

A *köpetet* gyermekeknél nem igen szoktuk megvizsgálni, mert azt 5 éven alóli, de még idősebb gyermekek is, le szokták nyelni.

Az a körülmény, hogy a gyermek a szülők bemondása szerint a köpetet minden köhögés után kiköpi, számarhurut mellett szól.

Gyermekeknél ritkán véres a köpet, mert náluk a tüdősorvadás, mely felnőtteknél leginkább oka a vérköpésnek, nem igen szokott előfordulni.

Nagyobb gyermekeknél vérköpés majdnem kizárólag csak szívbajoknál, sokkal ritkábban purpuránál fordul elő. Kissé véres a köpet néha hörghurutnál és különösen számarhurutnál, igen heves köhögés után. Sokkal gyakrabban fordul elő, hogy a vér nem a

nyákkal, hanem a nyállal van keverve; ilyforma vércöpés elég gyakori fekélyesedő stomatitissnál és torok-diphtheriánál.

A has megtekintésénél annak terjedelmét és alakját figyeljük meg. Rendes állapotnál, ha a has sem nem puffadt, sem behuzódva nincsen, a hasfalak hanyattfekvő helyzetben, a mellkas alsó szélével egy magasságban vannak, más szóval a has mintegy a mellkasnak folytatását képezi. A has megnagyobbodásának okait, tüzetesebben annak részletes tárgyalásánál fogom ismertetni; a hasfalak besüppedése pedig csak annak a jele, hogy a belekben kevés a gáztartalom; ez oly állapot, mely egészséges gyermekeknél a jó emésztés mellett szól.

Teknőszerűen behuzódott hasfalaknak csak akkor van kórismei jelentősége, ha az más tünetekkel együttesen fordul elő; így pl. ha a gyermeknek egyszersmind. hasmenése van, ez azt bizonyítja, hogy a gázok gyorsan távoznak el; ez pedig akkor szokott történni, ha a betegnek gyakran van széke, a mi vastagbélhurut és a dysenteriánál fordul elő.

Ezért is sokkal gyakrabban látunk beesett hasfalakat tüszős bélhurutban, mint vékonybélhurutban szenvedőknél.

Ha egy lázas gyermeknél, a kinél a hőmenet és egyéb tünetek hagymáz mellett szólnak, a székszorulás daczára, behuzódott hasfalakat látunk, — akkor már egyedül a meteorismus hiánya fogja bennünk azt a gyanút ébreszteni, hogy gümös agyhártyagyulladásal van dolgunk; ezen feltevésünk bizonyossá lesz akkor, ha betegünk aránylag alacsony láz daczára (39^o alatt) aluszékony.

Kis gyermekeknél és angolkórban szenvedőknél, kiknek puffadt hasuk szokott lenni, nem is vehető határozottan észre, hogy a hasfalak besüppedtek, sőt ellenkezőleg hasuk kifejezett agyhártyagyulladás daczára is kevésse puffadt marad; ilyen esetben fontos, hogy arról győződjunk meg, vajlon *petyhüdték* és *engedékenyek-e* a *hasfalak*, mert agyhártyagyulladásnál még kisért meteorismus esetén is ki lehet tapintanunk rajtuk keresztül a gerincoszlopot.

Ilyen esetben ugyanoly jelentőségű a hasfalaknak ezen petyhüdsége, mintha nagyobb gyermekeknél azt találjuk, hogy hasuk behuzódott.

Néhány hetes gyermeknél megfigyeljük a has megtekintésénél a köldök állapotát is.

A *köldökcsontok* rendszeren az 5-ik napon válik le (koraszülötteknél és ha vastag a Wharton-féle kocsonya, ez valamivel később)

történik). A kiszáradt köldökcsomónak teljesen szagtalannak kell lennie, — ha szaga van, akkor ez rothadástól ered, a mi a mellett bizonyít, hogy ezt rosszul kezelték, (mint pl. ha olajos ruháscsónka csavarjuk, mert ez által kiszáradását meggátoljuk). A köldök, a csomó leválása után kissé genyedő tölcseért képez, mely körül a bőr kissé gyulladt. A köldökseb rendszeren a 2-ik hét végén gyógyul be, de ezen gyógyulás, a nélkül hogy a lefolyás kóros volna, tovább is tarthat. De ha a leválásnál nagyobb a reakció, ha több a váladék és a bőr körülötte piros, akkor már *kifekélyesedésnek* tekintjük. Néha nagyobbodik a genyedő felület, a mellett rosszindulatu genyvet választ ki, és álhártyákat képez: *ulcus umbilici* vagy *köldökcroup* és *diphtheria* (helyi fertőzés), vagy *köldök phlegmone*, omphalitis a (köldököt körülvevő kötőszövet fertőzése). Ez már a gyermek életét is veszélyezteti, mert a gyulladási folyamat ilyenkor gyakran a köldök-édények körüli kötőszövetre terjed, *periarteriitis* vagy *periphlebitis umbilicalis* keletkezik, melyre pyámia vagy septikámia következik.

A köldök-édények gyulladását nehezen ismerjük fel, mert ez ritkán nyilvánul helyi tünetekben. Némely szerzőnek azon állítása, hogy a bőr az arteriák mentén pirosodik, többnyire nincsen igazolva. A köldök-édények gyulladását akkor tételezhetjük fel, ha köldök-fekélyes gyermek magas lázba esik és gyorsan collabál, vagy ha a genyvérőségnek helyi tüneteit, tályogokat, izületi gyulladásokat stb. látjuk. A periarteriitis gyakoribb a periphlebitisnél, és azért valószínűbb, hogy az említett tüneteknek a verőerek gyulladása az oka, csak ha egyuttal nagyfokú sárgaság is lép fel, valószínűbb a periphlebitis.

Egy másik kóros elváltozás a köldökön a *fungus umbilici* vagy *sarcomphalus*. Ez egy gömbalakú, körülbelül borsó nagyságú képlet, mely a köldök sarjszövetéből képződik és kocsányával a köldökkel összefügg, ha megérintik, vérezni szokott. Ha magára hagyjuk, hónapokon át genyed és mogyorónagyságnyira megnőhet; de végre mégis le szokott válni vagy szívós hegszövevé zsugorodik össze.

A köldökből két helyről indulhat ki *vérzés*, a verőerekből vagy a szövetből. A verőerekből akkor vérzik, ha a köldök rosszul volt alakítva. A vérzés már a köldökcsomó leválása előtt indul meg és újabb lekötés által könnyen csillapítható. A szövetből kiinduló vérzés ép ellenkezőleg igen makacs szokott lenni. Ennek mindig a szervezetnek valamely általános megbetegedése, az

úgynevezett *időszaki haemophilia* az oka, melynek következtében bőralatti vérömlenyek is képződnek és a betegek más szervekből is véreznek (a száj nyálkahártyából, a foghúsból, a vulvából stb.). Ezen parenchymás vérzés rendszeren a 5-ik napon kezdődik és a legtöbbször esetben (80—90%) néhány nap alatt halálos kimenetelű. Az időszaki haemophilia veleszületett bujakor, általános sepsis és heveny zsíros elfajulás következtében fejlődik ki.

Ez utóbbi bántalmat az jellemzi, hogy bonczolásnál a szervek parenchymás elfajulását és vérömlenyeket látunk a serosus hártáyon és különböző belső szervekben; a beteg azáltal ismerhetjük fel, hogy többnyire láz nélkül sárgaságot és vérzéseket okoz.

A köldök elődomborodhatik *köldöksérv* következtében, vagy a miatt, hogy a köldök bőre igen megnő, *bőrköldök*. Előbbi esetben gömbalakú és mogyoró, egész diónagyságu daganatot képezhet, vagy körte alakú lehet; a köldöksérvet könnyen lehet visszahelyezni, de a sérv hangos sírásnál rögtön újra képződik. Utóbbi esetben a köldök henger alakú növedéket képez, melyet nem lehet vissza helyezni, a köldökgyűrű nem tapintható ki és a köldök nagysága és alakja a sírással nem változik.

Miután a hasat megtekintettük, meg is *tapintjuk* azt. Rendes viszonyok között olyannak érezzük a gyermek hasát, mint egy mérsékelt felfújt légpárnát; sem az egyes szerveket, sem keménységet nem tapintunk ki benne. Kivételt e tekintetben csak 1—2 hónapos gyermekek képeznek, kiknek a máját és különösen a lépüket rendes körülmények között is gyakran kitapinthatjuk. Ha idősebb gyermek hasában érzünk keménységet vagy daganatot, akkor az már kóros elváltozás: mely vagy valamely hasúri szervnek (máj, lép, nyírkmirigy, vese) megnagyobbodásától vagy megkeményesedésétől, vagy pedig új képlettől ered.

A hasat fekvő helyzetben szoktuk megtapogatni, kezünket laposan reá helyezük és újjhegyeinkkel gyengéden addig nyomjuk, míg a gyermek belégzik: a kilégzés alatt a hasfalak elernyednek, úgy, hogy ujjainkat mélyen benyomhatjuk és az esetleg jelenlevő ellenálló képletet kitapinthatjuk. Síró gyermeknél legkönnyebben akkor tapinthatunk ki valamit, amikor mélyen belégzik, de ehhez meglehetősen gyakorlat kell, mert a belégzés gyorsan történik; és mégis sikerül ilyenkor is a kóros elváltozásokat kitapintanunk.

Ha a máj vagy a lép alsó határát akarjuk meghatározni, akkor alulról (körülbelül a köldökön át képzelt vízszintes vonaltól) felfelé

tapintunk és minden belégzésnél tapintó ujjainkkal 1—2 cm.-nyire feljebb csúszunk: ha ezen szervek közül valamelyiknek a széle kitapintható, akkor azt belégzés alatt érezni fogjuk. Azért is tanácsoljuk azt, hogy ujjainkkal alulról felfelé haladjunk, mert sokkal könnyebb azon szerveknek a szélét, mint azok felszínét kitapintani; számos esetben akkor sem lehet a máj vagy a lépnek mérsékelt tömörségénél azoknak felületét kitapintani, a mikor széleiket egészen jól kiérezzük.

A tapintásnál még a hasfalaknak az ellenállását is érezzük (a hasürben levő kisebbfokú vizenyőnél pettyhüdtek a hasfalak, lobos izzadmányoknál ellenben feszülnek) és esetleg fluktuatiót is mutatunk ki.

A *hasnak kikopogtatása* által megállapítjuk az egyes szerveknek a határait (l. a máj és a lép betegségeit), a hólyag teltségét és a kitapintható daganatoknak a nagyságát (a hashártyának és a cseplesznek gyulladással izzadmányai tapintásnál néha igen nagyterjedelmű daganatoknak a benyomását teszik, de kopogtatásnál, mivel vékonyak, dobos hangot adnak és ezáltal lényegesen különböznek a hashártya mögötti mirigyek, a vesék vagy petefészkekből kiinduló újképletektől). Kopogtatás által kideríthetjük a hasban szabadon mozgó folyadéknek a jelenlétét is és megközelítőleg megbecsülhetjük, (a tompulat felső határa szerint) annak mennyiségét is.

A *végtagok meglekintése* igen sok tekintetben fontos; így pl. a csontok sajátságos elgörbülése elegendő támpontul szolgál arra nézve, hogy a lefolyt angolkórt a késői öröklött bujakortól megkülönböztethessük (l. az utóbbiról szóló fejezetet); a jellegző hegek még az évek előtt lefolyt cariosus folyamatokat is elárulják, az egyik végtak elmaradása a növésben jól kifejlesztett izomzat mellett agybeli idült folyamatoknál látható; a harmadik ujjperc megvastagodása határozottan a mellett szól, hogy a vérkeringésben a szívbaj folytán hosszú ideig akadály volt, vagy pedig arra, hogy a beteg évekkal ezelőtt genyes, bár gyógyult, mellhártyagyulladásra esett keresztül.

A *húgy- és ivarszervek* megvizsgálásánál mindenképp előtte a külső nemi szerveket figyeljük meg. Ha a gyermek a vizelésnél fájdalmat érez, akkor különösen a fitymát és a makkot tekintjük meg (phimosis, balanitis). Vizeletelési nehézségeknél végig tapintjuk a húgycsövet, nincsen-e az húgykövek által eldugaszolva; és csak

akkor csapoljuk meg a hólyagot. ha a húgycsőben valamit tapintunk. A vizelés semiotikájáról külön fejezetben fogunk szólni, s azért nem tárgyaljuk e helyen. De a *vizelet megvizsgálásáról* már itt akarunk néhány megjegyzést tenni.

Rendes körülmények között a gyermekek vizelete, — kivéve az újszülöttekét — ugyanoly minőségű, mint a felnőtteké: szalmasárga, teljesen tiszta és átlátszó, ha rövid ideig áll, nem képez csapadékot, gyengén savi kémhatású, fajsúlya 1005—1010 között változik. Mennél idősebb a gyermek, annál több vizeletet választ ki; az arány megközelítőleg a következő: 1—5 éves gyermekek naponta annyiszor választanak el 150 gr. vizeletet, a hány éves a gyermek, 5—10 éves korukig ugyanannyiszor 125 grm.-ot.

Egy évnél fiatalabb gyermeknek a vizelete igen halvány és csekély fajsúlyú szokott lenni (1002-ig), újszülöttnél ellenben. mert nyák-, hámsejtek és húgysavas sók vannak benne, zavaros; az első 8—10 napon rendesen fehérszínűt és hengereket is találunk a vizeletben (a veséknek physiologikus vérbősége miatt).

A gyermek vizeletét ugyanoly módon szoktuk megvizsgálni, mint a felnőttét. Ezért nem is tárgyaljuk ezt e helyen bővebben, csak arra akarunk szorítkozni, hogy minő hibákba eshetünk, ha fehérszínűre vizsgálunk. A ki e hibákkal tisztába nincsen, esetleg akkor sem talál fehérszínűt, ha abból nagyobb mennyiség van a vizeletben és rendes vegyalkatú húgyban mégis találhat fehérszínűt.

Ismeretes dolog, hogy alkalikus vegyhatású vizeletben felfőzésnél a fehérszínű nem csapódik ki és ezért is mindegyik tankönyv azt ajánlja, hogy forralás előtt a vizeletet eczet vagy légenysavval gyengén savi vegyhatásúvá tegyék; hozzáteszik azt is, hogy a fehérszínű, ha ezen savakból többet öntünk a vizeletbe, főzésnél feloldódik; a kémlelés tehát nem sikerül, ha a savakból valamivel többet adunk hozzá. Történetesen olyasmit tapasztaltam, a mire egy tankönyv sem figyelmeztet; *ha tiszta légenysavból 1—2 cseppet teszünk néhány köbcentiméter vizelethez, akkor forralásnál a fehérszínű nem alvad meg, úgy hogy fehérszínűben bővelkedő savi vegyhatású vizelet főzésnél tiszta marad, míg ellenben jól sikerül a kémlelés, ha a vizelethez még néhány csepp savat csepeztünk.*

Én ezen kísérleteket sokszor mutattam be úgy hallgatóimnak,

mint kartársaimnak is.*) Az említettekől kitűnik, hogy a fehérsav jelenléte még tetemes albuminuriánál is könnyen kikerülheti figyelmünket.

Ismeretes továbbá még az, hogy ha *főzés nélkül* a vizzelthez egyszerűen légenysavat cseppentve, a vizzelben zavarodás áll be, ez még nem bizonyít a fehérsav jelenléte mellett, mert ez a reactio propepton (igen ritkán) vagy húgysavas sók (gyakran) által is előállhat. Mindkét esetben a vizzel melegítés által megtisztul; ha mindazonáltal a zavarodást fehérsav okozta, akkor az melegítésre el nem tűnik, hanem ellenkezőleg a vizzel még zavarosabb lesz, s fehérsav pelyhek is képződnek; ez oknál fogva ajánlatos, hogy a légenysavpróbával ne elégedjünk meg, hanem főzés által ellenőrizzük azt.

Ezt a tanácsot néha úgy magyarázzák, hogy a kémcsőbe új vizzellet töltenek és azután főzik azt fel; ha biztos az eredmény (zavarodás), akkor bizonyosra veszik, hogy a vizzel fehérsav tartalmu. Azonban ez is egy újabb tévedés forrása; mert felfőzésnél a phosphorsavas sók által zavarodás, sőt csapadék is keletkezhetik; s miután néha a vizzelben egyidejűleg nemcsak húgysavas, de phosphor savas sók is lehetnek, akkor mindkét reactio *egyenkint*, daczára a teljes fehérsav hiánynak, mégis a teljes fehérsav reactiot mutatja. Természetesen e hibát könnyen elkerülhetjük; ha t. i. mindkét reactiot egy és ugyanazon a vizzel részleten végezzük, azaz először felfőzzük, azután tetszés szerint eczet vagy légenysavat adunk hozzá.

A *hőmérséklet* gyermekeknél ép úgy határozzuk meg, mint felnőtteknél, t. i. a maximal hőmérő vagy a közönséges Celsius fokok szerint beosztott orvosi hőmérő segítségével.

A hőmérséklet meghatározásának legrövidebb és legpontosabb

*) Ha sok fehérsav van a vizzelben, akkor minden csepp légenysavra főzés nélkül is okoz zavarodást, de ez a húgy felrázásánál eltűnik, ha annyi savat adunk hozzá, hogy felrázásnál a vizelet már nem tisztul meg, akkor a forralásnál a zavarodás nagyobb lesz és a fehérsav pelyhekben csapódik le; ha nemleges eredményt akarunk elérni, akkor a savból addig cseppentünk a vizzelhez, míg ez felrázva még megtisztul. Megfigyeléseim heveny vesegyulladásban szenvedők vizzelére vonatkoznak; egy esetben diphtériásnak fehérsav tartalmu vizzelre megadta a reactiót, akár több, akár kevesebb savat adtam hozzá. *Jaksch*-nak azon észrevétele (Klin. Diagn. 1887. 214. old.), hogy ha a légenysavból igen keveset veszünk, az esetleg nem elégséges a fehérsav megprecipitálására, 1-ször alkalikus és 2-szor frissen forralt vizzelre vonatkozik.

módja az, ha a hőmérőt a végbélbe dugjuk; a gyermeket oldalt fektetjük egy vánkosra, vagy pedig az anya ölébe helyezzük háttal az orvos felé; a hőmérő gömbjét beolajozva, 4—5 cmtr. mélyen vezetjük be a végbélbe (minél mélyebben toljuk be az eszközt, annál jobb, miután a higanyoszlop az adott hőmérsék fokot annál gyorsabban éri el; ha a gömböt csak a végbélbe toljuk, akkor a mérési idő 5 percz, ha ellenben a hőmérőt 5 cm.-nyire vezetjük be, akkor elegendő 2 percz). A míg a hőmérő bent van a végbélben, addig rögzítsük a gyermek medenczéjét, nehogy esetleges gyors mozgásai által az eszköz eltörjék; a hőmérőt is rögzíteni kell, nehogy kiesuszszék.

Ha a hónaljban eszközöljük a hőmérséket, akkor az 12—15 perczig is eltart, ennél fogva csak idősebb gyermekeknél ajánlható, a kik a hőmérőt addig türelemmel tartják.

Kis gyermekeknél egész határozottan ajánlom ujólag, daczára egyes német orvosok ellenvéleményének, hogy a hőmérséket a hónaljban *felmelegített* hőmérővel eszközöljük, a hol én nem a higanyoszlop emelkedését, de süllyedését figyelem meg; egy percz múlva a higany bizonyos fokra lesüllyed, mely a beteg testhőmérsékéhez igen közel esik: mennél magasabb a hőmérsék, annál kisebb a hiba, — 39·5—40°-nál körülbelül 0·1—0·2°, kisebb hőmérséknél egész 0·3°. A hőmérés ezen módja bizonyos gyakorlottságot igényel a higanyoszlop felmelegítésénél és nagy pontosságot annak a hónaljba való behelyezésénél. A hőmérő alsó végét száraz kézzel vagy ruhadarabbal stb. felmelegítjük, mi által a higanyoszlopot fél percz alatt könnyen 43 fokra is hevithetjük; ha ezt a fokot elértük, akkor a hőmérőt gyorsan a már részére előre elkészített hónaljba dugjuk (e czélból az ingujjat kigombolva, a hónaljüreget a kar közelítése által elzárjuk, mert a bőr a szabad levegőn lehülve, megakadályozná a pontos mérést); ekkor a higanyoszlop gyorsan lesüllyed, s 1—2 percz alatt a hőmérés készen van. Előfordulhat, hogy a higany igen lassan süllyed, s a tulajdonképeni magasságát csak 2—3 percz múlva éri el, máskor ellenben oly gyorsan esik le, hogy két percz múlva még lejjebb is száll, mint kellene. Ily eshetőségeket véve tekintetbe, melyek előre nem láthatók, ajánlom, hogy a hőmérő fokát egy percz múlva hasonlitsuk össze a 2 percz múlva elért eredménnyel és ekkor határozzuk meg a közép számot. Ha pl. egy percz múlva a hőmérő 39·5° mutatott, két percz múlva pedig 39·3°, akkor felvehetjük, hogy a

beteg hőmérséklete 39.4° ; ha a hőmérő állása a második perczenben sem változott, akkor már az első perczen mutatott pontosan.

Eljárásomat nem tartom minden tekintetben *tökéletesnek*; de azért mégis kielégítő eredményt nyújt a gyakorló orvosnak, mivel $0.1-0.2^{\circ}$ eltérésnek különös jelentősége ugy sincsen.

Az emésztő szervek betegségei.

A száj betegségei.

Gyermekeknél a szájmegbetegedések gyakoriak és minden korban előfordulnak. Részint idiopathicusok, részint más betegségeknek, különösen általános megbetegedéseknek tünetei, s ekkor azután a kórismét is támogatják, mint pl. a bujakór, vörheny, kanyarónál stb.

Szájbetegségek, melyek sem fekélyesedéssel, sem szájbúzzal nem járnak.

Stomatitis erythematosa s. catarrhalis, a csecsemők hurutos szájüreg megbetegedése; erre nézve jellemző a nyelv és foghús nyálkahártyájának pirossága és a nyálfolyás. Meglehetősen gyakran fordul elő, miután a szájpenésznek (soor) előjele és a fogzást is kíséri. A gyermek izgékony, szeszélyes, rosszul alszik és lázas. Ezen u. n. *fogzási láz* némely gyermeknél magas fokot érhet el, sőt még rángásokkal is lehet párosulva; egyébként ezek a szövődmények ritkábbak, miután stomatitis erythematosánál a láz rendszeren nem magas és körülbelül 3 nap múlva el is mulik.

Idősebb gyermekeknél néha a nyelv annyira megduzzad, hogy a fogbenyomatok a nyelv szélén kis, de kifejezett bemélyedéseket képeznek. A kezdetben piros nyelven mihamarabb egy többé-kevésbé vastag sárgás-fehéres vagy szürkésbe játszó lepedék képződik, a hámsejtek burjánzása és gombaképződés folytán, a mely lepedék néha nemezserű és a nyelv szélét és hegyét kivéve, az egésztest bevonja, — a *bevont nyelv*. Minél nagyobb a szájüreg hurutja, annál bevontabb a nyelv, s annál hamarabb válik bűzössé a száj, mely különösen reggel a felébredéskor érezhető. Ezen szag abban különbözik a súlyosabb szájnyalkahártya gyulladásaira jellegző bűztől, hogy 1. nem undorító és csak közvetlen közletről érezhető; 2. hogy a száj egyszerű kiöblítése által is időnként egészen eltűnik.

Egyes esetekben, különösen idült emésztési zavarokban szenvedő gyermekeknél a nyelven finom és gyengéd, de mind a mellett igen jól kivehető fekete szőrök láthatók, a mi által a nyelv sötétbarna színű lesz. Ez az u. n. fekete vagy *szőrös nyelv*, a minek azonban semmi további kórismei jelentősége nincs.

Ezt a klinikai kórképet azonban ne téveszszük össze a nyelvnek esetleges fekete színével, a mit bizonyos tápszerek vagy gyógyszererek okoznak, mint pl. a szeder, cseresnye, vaskészítmények stb., vagy pedig azokkal a sötét barna pörkökkel, a melyek pl. többi közt súlyos hagymáznál képződnek.

Az egyszerű szájöreghurutnak okai a legkülönbélebbek lehetnek; a mint már említettük, nemcsak a szájpenésznek és a fogzásnak lehet az kísérő tünete, hanem előfordulhat az a garat, a gyomor és a belek minden lázas és helybeli megbetegedéseinél is.

Mindamellettt a bevont nyelv, valamint annak megtisztulási módja bizonyos esetekben a kórismére nézve megbízható támpontul szolgálhat. Így pl. a gyomorhurut kétes eseteiben, a mely agyhártyagyulladásal téveszthető össze, vastagon bevont nyelv a gyomorhurut mellett és az agyhártyagyulladás ellen szól. A nyelv megtisztulási módja a különzeti kórisme felállításánál jelentőséggel bír a hasi hagymáz és a visszatérő láz kezdeti időszakában. A középsúlyos hagymáz esetek többségében jellegzetes az, hogy a nyelv tisztulása, annak szélei és hegyétől kiindulólág oly formán történik, hogy a nyelv mellső felületén egy vörös, alapjával a nyelvgyöke felé fordított háromszög keletkezik; visszatérő láznál pedig a nyelv állandóan mérsékeltén bevont marad. A hagymáz további lefolyásában a nyelv száraz és kiöltve keskenyebbnek látszik, vastag és hegyes, ellenben visszatérő láznál majdnem mindig nedves, széles és lapos s csúcsa legömbölyített.

Még jellegzetesebb vörhenynél a nyelv tisztulása, úgy, hogy az u. n. „*vörhenyes nyelv*“ elnevezés egészen jogos. A betegség első 2—3 napjában a nyelv rendesen erősen bevont, azután fokozatosan kezd tisztulni (a hegyétől és széleitől indulva ki), a további 2—3 napban egészen lepedéktől ment s kifejezett málna vöröszínű; a mellett rajta a szemölcsök erősen megnagyobbodtak. Ez a tünet csakis a vörhenynél ennyire kifejezett, úgy, hogy kétes esetekben a kórismére nézve is felvilágosítással szolgálhat. Mindamellettt tartsuk szem előtt azt is, hogy e tünet hiánya még nem jogosít fel arra, hogy a vörhenyt kizárjuk, mert a betegség az

1-ső, sőt a 2-ik napján is a nyelv magatartása a legcsekélyebb jelentőséggel sem bír a kórismére nézve, mert a tisztulás, mint már előbb említettük, csak később kezdődik.

Csecsemőknél, kivált ha kizárólag emlőn tápláltatnak, a nyelv gyakran fehéres, minthogy érdes felületén vékony tejréteg marad vissza. A mesterségesen táplált gyermekeknél folyton újabb és újabb casein maradékok rakódnak fel, melyek szín és elhelyezés tekintetében a közönséges nyelvlepedékhez igen hasonlítanak; a különbség a kettő között az, hogy a nyelvlepedéket lapoczczal le nem tudjuk tisztítani, ellenben a casein maradékok rétegenként leválnak és mint a tojáshéj, szétmorzsolódnak.

A bevont nyelvhez némileg hasonló a szájnak gombák által okozott megbetegedése, a mely *szájpenész* — *Soor* — neve alatt ismeretes. Ez *intensiv fehér*, szigeteltszerű góczokban lép fel a nyelven, az ajkak-a pofa és az iny nyálkahártyáján.

Kezdetben ezek az apró szigetcskék szorosan tapadnak a nyálkahártyához, de a gyógyulás alatt magoktól leválnak. Ha a szájpenészt nem kezeljük, akkor az egyes góczok buján sarjadzanak, összefolynak és egy egységes hárttyát képezhetnek, a mely azután az egész szájüreget, — a lágy és kemény szájpadozt sem véve ki —, egészen bevonja. A szájpenész idiopathicusan csak az élet első napjaiban lép fel, idősebb gyermekeknél kizárólag sorvasztó betegségekkel szövődik össze, mint pl. vérhassal s ily alkalommal a közelő halál előhírnöke. A gombák növekedését (*Oidium albicans* Robin) a szájnyalkahártya savi vegyhatása elősegíti; ennél fogva a szájpenész különösen gyakori azoknál a csecsemőknél, a kiknek szájüregét nem tartják tisztán, vagy pedig, a kik savanyu felbőfögésektől kísért emésztési zavarokban szenvednek.

A szájpenész hófehér színe biztos megkülönböztető jelül szolgál a stomatitis aphthosával szemben, a melynél hasonlóképp a szájnyalkahártyáján szigetszerű góczok képződnek, mégis ezek: 1. sárgásak és 2. úgy tűnnek fel, mint felületes fekélyeződések. Különbözik a szájpenésznél a fehér lepedék oly jellegzetes, hogy a gyakorló orvos alig szorul a göröcsövi vizsgálatra a kórisme megállapításánál; a szájpenészgomba hosszan tagolt elágazó fonalakból és kerek, erősen fénytörő spórákból áll.

Igen élénken emlékeztetnek a szájpenészre a színt és elterjedést tekintve, az apró tejalvadékok, melyek gyakran szopás és felbőfögés után a gyermek szájában visszamaradnak. A különbség

az, hogy ezek az alvadékok a száj kimosása után igen könnyen eltávolíthatók, a gyógyulási időszakban a szájpenész foltjai is könnyen letisztíthatók ugyan, de nem mind egyszerre.

Az erősen bevont nyelv már csak azért sem téveszthető össze a szájpenészszel, mert itt a fehér lepedék soha sem szoritkozik egyedül a nyelvre, hanem a szájüreg más részletei is bele vonatnak a bántalom körébe; a szájpenész kedvencz helye a pofa nyálkahártyájának belső felszíne az állkapocs-izület környékén. Hogy tökéletesen leszámoljak e dologról, megemlítem még azt, hogy fehér foltok vagy hárták képződhetnek még az által is, hogy a szájüreg nyálkahártyáját pokolkő vagy salicylsavval edzzük, a mi azonban a körelőzményi adatokból könnyen tisztába hozható.

Teljesen ugyanilyen fehér és lágy, de mind a mellett könnyen levonható lepedék léphet fel az inyhuson a szájnyálkahártya minden hurutjánál. A felhám túltengésének köszönve létrejöttüket — a szájpenésztől ép abban különböznek, hogy igen lazán tapadnak: hogy eltávolítsuk őket, elegendő az ujjal az inyhust végig surolni.

Sajátságos kinézése van a nyelvnek akkor, ha a felhám róla gyűrűszerűen kopik — *Pityriasis linguae*. A szájüreg ezen, valószínűleg szintén gombák által okozott hurutjánál a nyelv felső (sohasem az alsó) felszínén mintegy lencsényi, halvány rózsaszínű foltok keletkeznek (ép nyálkahártya), a melyeket fehéres, kissé felülemelkedő szél vesz körül (túltengett felhám). Ezek a gyűrűk naponta tovább terjednek, egész hasonlóképp ahhoz a folyamathoz, a mit a bőrön pikkelysömörnél és övsömörnél stb. láthatunk, a szomszédos körök széleikkel egymásba folynak, az érintkezési helyeken a fehérszélek eltűnnek, s ilyformán a nyelven a körök helyén görbe vonalak képződnek, a mi által az ép, halavány rózsaszínű helyek a szomszédos fehéresen belepettektől élesen elhatároltak — *térkép-szerű nyelv*. Idővel a nyelvet, miután egész felületén megtisztult — ép hám borítja, rendszeren azonban ez soká nem tart, mert a gyűrűszerű lehamlás újra elkezdődik és ilyformán a folyamat hónapokig elhúzódhatik, anélkül azonban, hogy ez a betegnek a legcsekélyebb kellemetlenséget is okozná. A leírt folyamatot mindenkorú gyermeknél megtalálhatjuk, egészségesnél ép úgy, mint betegnél, de különösen gyakran angolkórosoknál. A kórisme a bántalom azon időszakában sem nehéz, a hol a körök ívszerű vonalak összefolyásából keletkeznek, mert az ép nyálkahártya határvonalainak jellegzetes széle semmivel sem téveszthető össze. A beteg-

séget kezdetben mindenesetre összetéveszthetni a stomatitis aphthosával, de itt nem látunk fekélyt, nyálazást és ez nem fájdalmas. *Parrot* — tökéletesen joggal — a pityriasis linguae-t a veleszületett bujakór egyik tünetének tartja, a melynek képződményei első pillanatra mindenesetre néha távoli hasonlatosságot mutatnak avval a hajjal, a mivel most foglalkozunk. Eltekintve attól, hogy veleszületett bujakórnál csaknem mindig találunk másodlagos bőrkiütéseket, a további különbség még az is, hogy a bujakór a nyelven mindig plakkok és sohasem gyűrűk alakjában mutatkozik. (L. a 62. lapot.)

Stomatitis morbillosa. Kanyarónál a száj nyálkahártyájának megbetegedése, 12—36 órával a bőr kiütése előtt előbb jelentkezik, foltos vagy tarjagos kiütések alakjában és ez által lehetséges a kanyarót már a kitörési szakban kórismézni. Ennélfogva e kiütést *prodromalis kiütésnek* nevezzük. A kis vörös foltocskák eleinte a lágyszájpadon jelentkeznek, de gyorsan elterjednek az ajkak és a pofák nyálkahártyáján is. Néha elmarad e kiütés a kitörési szakban és egyidejűleg jelentkezik az arcz kiütésével, néha azonban csak ezután, minélfogva ha hiányzik a szájpardon, ez még a kanyarót ki nem zárja.

Comedones palati duri. Ujszülötteknél, nem különben néhány hetes gyermeknél a kemény szájpardon csaknem kivétel nélkül észlelhetünk veleszületett képleteket, melyek *Bohn-féle csomók* neve alatt ismeretesek. Apró, mintegy gombostüfejnyi, kúpalakú kiemelkedéseket képeznek, melyek tiszta fehérek, s kis csoportokban a kemény szájpadvarrat hosszmentén foglalnak helyet. Csakis akkor bírnak érdekel a kórismére, ha pár hónapos gyermekeknél az inyhuson is található, a mikor esetleg áttörő fogak gyanánt tűnhetnek fel. Ezek a képletek sokáig változatlanul megmaradhatnak, hogy ezután nyomtalanul eltűnjenek, s továbbá: mivel ruganyos szerkezetűek, kanállal megütve, nem adják azt a bizonyos csengő hangot, a mely az áttörő fogakra oly annyira jellegzetes.

A száj megbetegedéseivel áll többi között szoros összefüggésben a *fogzás* is. Helyén való erről itt néhány szót szólni.

Az *első fogzás* ideje egyéni körülményektől függ; összefüggésben van az az öröklékenységgel, az általános táplálkozási viszonyokkal és a legkülönbélebb betegségekkel. Az első fogzás rendszeren a 7—8-ik hónapokban kezdődik, a mikor az első pár alsó metszőfog buvik ki. Egy hónap múlva (9—10) kijön a 4 felső metszőfog,

ügy, hogy az első év végén egészséges gyermeknek kell, hogy az összes metszőfogai (8) meglegyenek.

Erre két havi szünet következik és a 14—16-ik hónapban jön a két pofafog, a 18—20-ik hónapban a zápfogak és a 22—24-ik hónapban a második zápfog pár, a mikor azután a tejfogak mind ki is bujtak.

Néha az első fogak már több hónappal a rendes idő előtt is kibujnak, pl. 4—5-ik hónapban. Az ily *korai fogzás*-nak különös jelentősége nincs; rendszeren a legközelebbi fogcsoportok a rendes időben törnek ki, úgy hogy a gyermeknek az első életév végével még sincs több foga, mint 7—10. Az egyes fogcsoportok kitörési idejének igen rövid időköze, a mely a foghusnak rendellenesen erős táplálkozás által van feltételezve, gyakran oly gyermekeknél észlelhető, a kik agyvértódulásra hajlamosak, s nem ritkán fejkörbän mennek tönkre, ennélfogva néha az igen gyorsan lefolyó fogzásnak bizonyos fokban rossz jelentősége is lehet.

A *késői fogzás* vagy abban áll, hogy csak az első fogak törnek át későn, a többiek mindamellett kellő időszakokban következnek, vagy pedig abban, hogy az egyes fogcsoportok közötti időszak hosszabb a rendesnél; ilyenkor a fogzás igen lassú, s elhúzódhatik a 3-ik, sőt a 4-ik életévig is.

Ha a fogzási szünetek nem hosszabbak és a fogcsoportok egymásutáni kitörésének sorrendje normalis, akkor a késői fogzás nem tekinthető kórosnak, mert ez teljesen egészséges gyermekeknél, és pedig rendszeren mint családi vonás, észlelhető az összes testvéreknél, vagy azok nagyobb részénél. Más az, ha a késői fogzásban hosszas szünetek vannak, s a mellett az egyes fogak vagy fogcsoportok megjelenésének sorrendje meg van zavarva; pl. ha a különféle csoportokhoz tartozó fogak egyidejűleg bujnak ki: ez a rendellenesség a csontosodás késlekedésére mutat, a mi általában az angol-korra jellemző.

Az egyes szerzők nézetei nagyon eltérők arra nézve, hogy a fogzásnak az *általános egészségi állapotra* minő befolyása lehet; egyesek ennek az élettani folyamatnak igen nagy szerepet tulajdonítanak a különféle betegségek kórszármazását illetőleg, míg mások ezt tagadják. Mi azt hisszük, hogy a fogzás és *egyes* betegségek között az okozati összefüggés egészen el nem tagadható, mégis minden egyes esetben felette óvatosak legyünk, nehogy esetleg a betegségnek egy más okát figyelmen kívül hagyjuk. Csak akkor hozható

összefüggésbe valamely betegség a fogzással, ha az rövid idővel a fog kitörése előtt kezdődött, ha a foghús megfelelő helye duzzadt és feszült, s ha a betegség tünetei a fog áttörésével azonnal eltűnnek. Még nagyobb lesz az okozati összefüggésnek valószínűsége, ha minden egyes újabb foggal mindig ugyanazok a tünetek mutatkoznak és ha a mellett a betegségnek esetleg más okát ki mutatni nem tudjuk.

Ha „fogzási betegségek”-nek csak azokat nevezzük, a melyeknél a fentjelzett sajátságok észlelhetők, akkor kitűnik, hogy a fogzás nem ép túlságosan sok betegségnek az oka, s hogy e bajok sem oly súlyosak, s egyáltalában nem oly complicáltak, mint azt sokan hiszik.

Sokszor egész észrevétlenül történik a fogzás, s csak akkor vesszük észre, ha már megtörtént és az új fogak hegyei már láthatók; máskor, különösen, ha a széles zápfogak készülnek áttörni, néhány nappal előbb hurutos vagy apthás szájgyulladás lép fel láz, izgékony állapot, álmatlanság stb. kíséretében. Hogy itt a szájgyulladást a fogzás és nem esetleg más dolog okozza, abból látható, hogy a gyulladás leginkább kifejezett a foghús azon a részletén, a hol az új fog nőtt ki.

Az anyák gyakran avval a kérdéssel fordulnak az orvoshoz, hogy a gyermekök nem fogzik-e, miután folyton nyálazik és azon törekszik, hogy ujjait szájában tartsa. Még bizonyosabbra veszik a dolgot, ha a foghúson valahol egy *Bohn*-féle csomócskát vesznek észre.

A dolog megítélésénél vegyük tekintetbe, hogy 2—3 hónapos gyermeknél a *nyálfolyás élettani tünet*, miután ebben az időkorban kezdődik az azelőtt majdnem teljesen tétlen nyákmirigyek működése. Ha tehát ily koru gyermeknél a foghúson helybeli duzzadás nem látható, akkor a nyálfolyásnak semmi jelentősége sincsen.

A fogzás továbbá különféle emésztési zavarokat idézhet elő, mint gyakori és vizes ürülések és hányás. Az ilyfajta zavar rendszeren nem tart soká, kezdődik egyidejűleg a foghús kifejezett izgalmával és azonnal eltűnik, mihelyt a fog kibujt; *minden határozott alap nélkül a legközelebbi fogzás alkalmával újra ismétlődik.*

Kérdéses, valjon felléphetnek-e gyermekeknél ecclampticus görcsök is. Alig fordul ugyan elő, hogy egy teljesen egészséges gyermeknek csakis a fogzás alatt volnának görcsei és hogy e gör-

csök minden fogcsoport kitörésénél ismétlődjenek, de másrészt kétségtelen, hogy a fogzás járulékos oka lehet a visszahajlási görcsöknek oly gyermekeknél, a kik arra különben is hajlamosak, mint pl. az angolkóros gyermekek. Magától értetődik, hogy a „fogzási görcsök“ kórisméjére minden egyes esetben az 59. lapon leírt feltételek szükségesek. A fogak alakjának elváltozásáról lásd a bujakór-ról szóló fejezetet.

A szájüreg oly megbetegedései, a melyeknél a száj nyálkahártyája fekélyesedik, de a száj nem bűzös

Specialiter gyermekkori az ajkaknak azon megbetegedése, a melyet *Sevestre* (Rev. mens. d. mal des enf. 1892. 47 l.) *stomatitis diphtherioidea staphilococcea* név alatt írt le. A bántalom mindenekelőtt (néha kizárólagosan) az ajkak nyálkahártyájának belső felszínére szorítkozik s néha átterjed a pofa nyálkahártya belső felületére is, a megbetegedett helyeket, különösen az ajkak sárgás csapadék borítja be, a mely csapadék külsőleg nagyon hasonló a diphtheriás csapadékhoz; miután az ajkak vérzenek és megrepedeznek, csakhamar fekete pörkök fedik azokat be; *a folyamat soha se terjed át a foghusra*, de néha a nyelvre és a pofákra. Néhány nap mulva a lepedék tisztulni kezd, s az ajkakon levő fekélyek heg hátrahagyása nélkül gyógyulnak. Egyidejűleg az ajkak megbetegedésével nem ritka az arcz impetiginosus kiütése. A baj a diphtheriától jóindulata által különbözik továbbá még abban, hogy nem ragályos és benne *Löffler*-féle bacillus nincs, akár a nyálkahártya lepedékéből, akár az arcz impetiginosus pustuláiból veszszük a vizsgálandó anyagot. *Sevestre Staphylococcus pyogenes aureus*t talált a lepedékben, minek folytán ez az alak *stomatitis impetiginosának* is nevezhető.

Sokkal gyakrabban szokott előfordulni *az aphthás szájüreggyulladás — stomatitis aphthosa*. E betegségre jellegző az, hogy a nyelv, az ajkak és a pofák nyálkahártyáján kerek, felületes, gombostűfejnyi, egész lencsényi fekélyek képződnek, melyek sárgás lepedékkel vannak fedve és vöröses udvarral körülvéve.

A kis fekélyek majd elszórtak és csekély számúak (1—6), majd sűrűn fordulnak elő egymás mellett, úgy, hogy részben össze is folynak és szabálytalan körvonalon nagyobb fekélyeket képeznek; ez utóbbiak is mindig felületesek, s sárgás színezetüket megtartják.

A fekélyképződést mindig heves fájdalom előzi meg (különö-

sen fokozódik ez forró italok, úgyszintén sós, édes és tömör ételek után) és egyidejűleg, a mindig vastagon bevont nyelv mellett nyálfolyást is észlelünk.

A stomatitis aphthosa vagy subacute láz nélkül folyik le, vagy hevenyen 40^o-os, sőt magasabb lázak kíséretében is, kicsi (2 éven aluli) gyermekeknél néha rángásokat is okoz. Ezekben a súlyos esetekben az aphthák nem törnek elő mindjárt a megbetegedés kezdetén, (tehát nem a szájgyulladás idézi elő a lázt), hanem csak a hőemelkedést követő 2—3-ik napon. Ez a körülmény, valamint a tény, hogy néha egyes családtagok egymásután aphthákban betegednek meg, a betegség fertőző eredete mellett bizonyít; hasonló dolgokat tapasztalunk az ajk-sömörnél (a francziáknál: fièvre herpétique). E két betegség hasonlatossága, sőt talán még ugyanazonossága, még abban is nyilvánul, hogy az aphthák néha a nyelven vagy pedig a szájnyálkahártya egyes részletein csoportokban lépnek fel, melyek sok, sűrűn egymás mellett székelő kerek kis fekélyből állanak; a szájgyulladásnak ez a neme *sömörös szájgyulladás* — *stomatitis herpetica* — név alatt is iratott le.

Más esetben az aphthás szájgyulladás összefüggésben áll emésztési zavarokkal vagy pedig a fogzással. (Különösen a zápfogak előtörésével). Mindig gyorsan meggyógyul s semmi kellemetlen következményekkel nem jár, a miben a szájgyulladás fekélyes alakjától, az u. n. Stomacace-tól különbözik.

Az aphthák már magokban véve is oly jellegzetesek, hogy semmi mással nem téveszthetők össze (a különbségről a szájpenésztől már a 60 l.-on volt szó, a stomacacetól alább). Némileg hasonló a bárányhimlőnél előforduló szájgyulladás (*stomatitis varicellosa*) az aphthákhoz; ennél a lágy- és keményszájpadon, ritkán a szájüreg más helyén is, apró mintegy gombostűfejnyi hólyagocskák képződnek. A hólyagok néha apró fekélyekbe mennek át, de ezek természetére nézve a bőrön is meglévő bárányhimlős kiütés elég támpontot nyújt.

Szigoruan elkülönítendő a stomatitis aphthosától a szájüregnek egy más bántalma, melynek, eltekintve a nevétől, vele semmiféle közös tulajdossága nincs; ez az:

Ujszülöttek aphthája vagy a *Bednár-féle aphthák*. A betegség a legzsengőbb gyermekkorban a 2-ik naptól egész a 6 hetes korig fordul elő. A szájpadzúgokban (a szájpad vízszintes részletének hátsó külső zúgában) két, részarányosan fekvő kerek, felületes

kifekélyesedés lép fel sárgás, szürkés szinezettel; ép a nyálkahártyának pontosan azt a részét foglalják el, a melyik az ikesont egyik nyujtványára (hamulus pterygoideus) támaszkodik. Az esetek legnagyobb számában 1—3 hét alatt nyomtalanul eltűnnek, mindazonáltal gyenge gyermekeknél és különösen rossz hygienicus körülmények között, terjedelemben növekszenek és mélyebbek lesznek, összefolynak egymással és mély, egész esontig hatoló fekélyeket képezve, a bántalom körébe vonják az egész lágyszájpadot is. Ez által a diphtheriás lepedékhez igen hasonló kórkép keletkezik. A helyes kórismét támogatja itt: 1. a fekélyek jellegző helye; 2. a beteg kora és 3. a láztalan lefolyás (esetleges hőemelkedésnek más oka lehet).

A száj azon megbetegedéseire, melyek bizonyos általános megbetegedésekre jellegzők és ennél fogva annak természetére nézve is felvilágosítással szolgálhatnak, tartozik többi között a nyelvfekélyesedés és a bujakóros szájüregmegbetegedés.

A *nyelvfekélyesedés* a szamárhurutnak jellegző ismertető jele, a mennyiben az a rohamok alatt a nyelvfekélynek a metszőfogakhoz való erős odaütődése által keletkezik. A fekély lencsényi, tiszta fehér hártával borított, s pontosan csak a frenulumon székel. Igen ritkán fordul elő oly gyermeknél, a kinek még az alsó metszőfogai nincsenek. Nagy kórismei fontossága van, mivel csaknem kizárólag a szamárhurutnál fordul elő.

A *stomatitis syphilitica* igen gyakran található bujakóros gyermekeknél, és pedig különösen recidivák alkalmával. Jellegzők reá a fehéres, a szájnyálkahártyán kissé kiemelkedő plakkok (condyloma), melyek leginkább a pofa belső felszínén, közel a szájzúgokhoz, úgyszintén az ajkakon, a nyelven, a szájpadon és a mandolákon keletkeznek. A többi itt előfordulható kóros képződményektől papillás szerkezetük által különböznek, a mit még szabad szemmel is észrevehetünk, t. i. a plaque felszínén a szemölcsök csücsait számos, igen sűrűn egymás mellett elhelyezett fehéres szürkés pontok alakjában ismerjük fel.

A bujakórra kevésbé jellegzetes az *ajkak és a zájzúgok berepedése*. Pár hetes gyermeknél mindenesetre van bizonyos kórismei értékök a veleszületett bujakórra, — idősebb gyermekeknél azonban fordulnak elő az ajkakon berepedések még akkor is, ha a gyermek nem is bujakóros, pl. láz után, s nem ritkán ezek a berepedések igen fájdalmas fekélyekké változnak át. A gyermek hajlandó

azokat az apró bőrezafatokat, a melyek az ajkak szárazsága folytán leválnak, idő előtt letépni, a mi többi között szintén oka lehet az ajkak fekélyesedésének. Egyes esetekben, a hol mind a két ajak felületes, könnyen vérző és fájdalmas (aphthákra emlékeztető) fekélyekkel látszik borítottnak, ennek okát adni nem tudjuk, s nem marad egyéb hátra, mint valami általános táplálkozási zavart, mint pl. görvély- vagy angolkórt vegyünk fel. A folyamat felületesen folyik le, s csakis a nyálkahártyára, annak a bőrbe való átmeneteli helyére szorítkozik; a hőralatti kötőszövet amellet nem szűrődik be és az ajkak sem duzzadnak meg láthatólag. Én részemről ezeket a fekélyeket leginkább zsidó gyermekeknél észleltem. Az egyszerű ajak fekélyesedés már csak azért sem téveszthető össze bujakóros megbetegedéssel, mert heveny megbetegedés, mely 7—14 nap alatt 1 : 100 pokolkő-oldattal való ecsetelés vagy 3%-os bór-oldattal való mosás után elműlik.

Ha a fekélyek váladéka oly sűrű és bő, hogy hártyaszerű képletet képezve, makroskopice, a diphtheriához igen hasonlít, igen könnyen — diphtheritisnek tartható akkor az ajkak ezen megbetegedése. Tényleg, inkább is hasonlít ez a diphtheriához, mint a bujakórhoz. Ez a kórfolyamat azonban, a mivel foglalkozunk, nem ragályos és a diphtheriától abban is különbözik, hogy nem bír hajlammal a szájnyálkahártya szomszédos képleteire áttérjedni.

Említsük fel még végre a nyelvnek *megharapás által előidézeli sebeit is*, a mit a betegek vagy epilepticus roham, vagy más okból keletkezett görcsök alkalmával szereznek meg. Ha a kórelőzményi adatok hiányoznak, ezek a sebek a kórisme megállapításánál némi szerepet is játszhatnak.

A száj nyálkahártya megbetegedései, melyeknél a nyálkahártya kifekélyesedik és a száj bűzös

A szájbűz nem ered mindig a szájból. Előidézheti ezt 1. Ozoena (a bűzt leginkább kilégzésnél, csukott szájjal érezzük, ellenben kilégzésnél, ha az a szájon át történik, alig). 2. Gyomorhurut bűzös felbőfögésekkel, vagy 3. bűzös tartalmu hörgtágulások és különösen 4. tüdőüszkösödés. Erősen bevont nyelv mellett mindig érezhető egy bizonyos bűz a szájból, a mely azonban nem nagyon érezhető és 1. szájúreg egyszerű kiöblítése által el is tűnik; ugyancsak ezt tapasztaljuk a szájúreg különféle természetű hurutjainál, láznál, a fogak szuvasodásánál, ugyszintén akkor, ha a fogak között apró

húsmaradékok bomlásnak indulnak; mindezen esetekben nem érezzük azt a bizonyos átható büzt, mely mindig súlyos szájüreg bántalmat tételez fel.

A fekélyes szájgyulladás. *Stomacace s. stomatitis ulcerosa.* Ez a megbetegedés általános táplálkozási zavarokkal van összefüggésben; jellegző reá nézve 1. az erős szájbüz, 2. az a körülmény, hogy a fekélyes folyamat mindig a foghús szabad szélén, a metsző vagy szemfogak tájékáról indul ki és onnan terjed át a többi fogak inhúsára; úgyszintén 3. az, hogy oly gyermeknél soha sem fordul elő, a kinek még nincsenek fogai. Jellemzi még 4. a foghús elváltozása, mely duzzadt, s a nagyfokú vérbőség folytán még a legesekélyebb érintésre is vérzik.

A stomatitis aphthosa abban különbözik a stomacacetól, hogy 1. a fekélyek más formák (előbbinél kis, kerek fekélyek, melyek az egész szájüregben el van szórva, utóbbinál a duzzadt és könnyen vérző foghús *szélek* szétesnek), 2. erős szájbüz érezhető, 3. stomacacenál a lefolyás más.

Elhanyagolt esetekben a foghús szétesése következtében a fogak kihullhatnak, sőt az állkapocs is elhalhat (necrosis). A fekélyesedő folyamat a foghúsról magáról autoinfectio útján könnyen átterjed a szomszédos pofa nyálkahártyára s ennélfogva a betegség kezdetétől számított mintegy 2 hét múlva a pofa nyálkahártyáján a foghús lenyomatát kettős fekélyes, sárgás színű szalag képeben látjuk.

Stomacacenál a fekélyeknek az a jellegzetes tulajdonságuk van, hogy inkább hajlandók a mélyre terjedni, mint a felületre (a miben a diphtheriától különböznek); a pofák felületes fekélyesedése néhány nap múlva meglehetősen mélyre terjed, alapját és széleit piszkos sárgás csapadékkal látjuk fedve; most már az egész pofa is vizenyösen beszűremkedik, az állalatti mirigyek megduzzadnak, a dagadt pofa bőre azonban halavány. Lázás mozgalmak egészen hiányozhatnak is, s ha egyáltalában van is hőemelkedés, az akkor is alig ér el 38—39^o-ot s ezt is csak a betegség kezdetén.

A további különbség a stomacace és a stomatitis aphthosa között abban van, hogy míg stomacacenak a Bertholetté-féle só (kalium chloricum) specificus ellenszere, addig az aphthákra ez tökéletesen hatástalan.

A leírt jellegző kórtünetek elegendők a stomacace kifejezett

alakjainak biztos kórisméjére; csakis akkor nehezebb a kórisme, ha az, a mi néha előfordul, aphthákkal van szövődve. Ilyen esetekben a stomacace tünetei mellett (foetor ex ore, a foghús kifekélyesedése, hajlandósága vérzésre) a nyelven és a szájüreg többi részén számos, kerek sárgás színű fekélyeket láthatunk. Természetes, hogy ilyenkor több figyelemre méltatjuk a stomacacet.

A túlságos nagy higany adagolás által előidézett szájfekélyesedés, *stomatitis mercurialis* (a mely, mellékesen megjegyezve Calomel adagolása után) kisebb gyermekeknél is előfordul, a közönséges stomacacetől csakis előidéző oka által különbözik. Ugyanez áll a scorbutnál előforduló szájgyulladásra is, a mi különben gyermekkorban igen ritkán fordul elő.

A stomacace abban az állapotban, a mikor a pofa dagadt és fekélyesedik, igen hasonlít a

vizi rákhoz, **Cancer aquaticus s. Noma**; itt is a betegség kezdetén a pofa kivétel nélkül megdagad, halavány, hűvös, nyomásra nem fájdalmas, a nyálkahártyája elfekélyesedik és a szájból igen erős átható bűz érezhető. A két folyamat közötti hasonlatosság még nagyobb; mindkét esetben az állalatti mirigyek beszűremkednek, a nélkül, hogy mindig hőemelkedés mutatkoznék; mindkét betegség erősen elgyengült gyermekeknél fordul elő; sőt a stomacace átmehet vizi rákba is, s ez utóbbi csaknem soha sem keletkezik idiopathice, hanem rendszeren a stomacace-ből.

Mindazonáltal nem nehéz a pofa-nomát felismerni. A kórismét a megtámadott részlet kinézésére, a lefolyás rohamosságára és a kimenetelre alapítjuk. Nománál a bántalom nem a pofa nyálkahártyájának fekélyesedésében, hanem üszkösödésben áll; a bántalmazott hely nem sárgaszínű, hanem barna vagy fekete és üszkös szagot terjeszt. Nománál a pofa és a szomszédos lágyképletek roncsolása sokkal gyorsabban halad előre, mint a stomacace-nál; a pofa üszkös átfuródásához elég 3—4 nap, a mikor azután az üszkösödés csaknem óránként halad tovább, s néhány nap múlva a pofa lágyképleteinek nyoma sem marad, ha csak a pofaüszkösödésnek rendszeren bekövetkező, ámbár nem kizárólagos kimenetele, a halál — a roncsolásnak előbb útját nem vágja.

Néha a noma a pofa bőréből indul ki, s ekkor pustula maligna-val téveszthető össze. Utóbbi mint kis pustula kezdődik, mely rövid idő múlva tömör, szagtalan pörkké alakul át; e körül kis hólyagcsákból álló kör keletkezik, s erre a szomszédos képletek

duzzadnak meg. A folyamat gyorsan terjed, de a pofát nem fúrja át, mint a noma.

A stomatitis aphthosa és a stomacace között foglal helyet a *szájsúly* (*scorbut*). Oly gyermekeknél fordul ez elő, a kiket szájsúlyos tehenek fel nem forralt tejjével táplálnak.

A betegség abban nyilvánul, hogy 39—40° láz kíséretében a pofa, az ajkak és légyszájpad nyálkahártyáján piszkos, zavaros nedvet tartalmazó hólyagok keletkeznek, csakhogy — ellentétben az aphthákkal — ezek sohase fordulnak elő a nyelv hátán, sem a garat hátsó falán, sem a mandolákon.

A mint a hólyagok letisztultak, sebek nem maradnak vissza; a száj mindig bűzös, sőt néha érezhető az u. n. *foetor ex ore is*, a mellett meg van a nyálfolyás és nagyfokú *nátha*. Néha még a gyermekek hánynak is és hasuk is fáj. A baj eltart 1—2 hétig.

A súly és a stomatitis aphthosa közti különbség az, hogy a súlynál bár mindig meg vannak az említett hólyagcsák, de azok a nyelv hátán sohasem fordulnak elő, a mellett bűzös a száj és a beteg erősen náthás. Még könnyebb a bajt felismerni akkor, ha a bőrön is van hólyagos, scorbutos kiütés; ritkán halmozza el ez a kiütés az egész testet, hanem leginkább kedvez helye a kezek és a lábak körmei körül van. A kiütés apró mák, egész kölesnyi világos nedvet tartalmazó képletekből áll.

Weissenberg esetében (Jahrb. f. Kinderh. 32 köt. 90 l.) a betegnek heves bőrvizketése volt és a mellett sokat szomjuhozott; a szájsúlyos kiütéseket 3 napi prodromalis láz előzte meg, ezek megjelenésével a láz a rendesre szállott le. Nagyobb járványt *Siegel* észlelt; egy hó leforgása alatt egy kis faluban a gyermekek $\frac{2}{3}$ -öd része betegedett meg abban. A prodromalis láz 3, egész 8 napig tartott, azután jelentkezett csak a szájgyulladás, párosulva a nyelv megdagadásával, a melyet vastag, fekete lepedék borított; az egész foghús elpuhult, a fogak kihulltak és a szájbűz igen nagyfokú volt; az ajkak és a szájjúgok elfekélyesedtek, a betegek fülszaggyatásról és a rágóizmokban lévő fájdalmakról panaszkodtak. Néha a bőrön kis petécsek kíséretében apró kiütések is fordultak elő. A betegség mindig soká tartott, sőt egyeseknél, a visszaesések folytán 1—1 $\frac{1}{2}$ évig is elhúzódott. *Siegel* még a következő szövödményeket is észlelte, u. m. gyomorvérzés, tüdőgyulladás, endocarditis, s májdaganat, azonfelül kiterjedt bórallati véraláfutások, néha még a koponyaürben is, orchitis, albuminuria. *Siegel* egyes szervekben a

halál után bacteriumokat talált, a mely bacteriumokat tehének bőre alá fecskendezve, azok szájsülyt kaptak.

Általában a szájsüly a ritkább gyermekbetegségek közé tartozik, s kívánatos, hogy e bajt illetőleg a további kutatások minél tágabb körben történjenek.

A stomachace, mint említettük is, sohase fordul elő még fog nélküli gyermekeknél, mégis e korban ehhez hasonló betegség fordul elő, a mit először *Klimentowsky* írt le 1876-ban a moszkvai lelencház orvosi jelentésében és pedig:

Osteogingivitis gangränosa neonatorum név alatt. (Az utolsó jelző nem egészen helyes, miután az illető három beteg közül csak az egyik volt 6 napos, a másik két esetben ellenben a betegség csak a 29-ik és az 54-ik napon lépett fel.)

A baj a foghuson körülírt gyulladással duzzanattal kezdődik, mely ezen a helyen igen gyorsan üszkösösen szétesik; 2—3 nappal később az anyaghiányból egy tejfog koronája hull ki. A folyamatot láz és erőhanyatlás kíséri, s ha a gyermek átéli a betegség első napjait, akkor a rosszindulatu genyedés átterjed az állkapocsra és az necrotisál is. Klimentowsky eseteiben a halálos kimenetel a betegség 5-ik, egész 45-ik napján állott be.

Klimentowsky szerint az osteogingivitis a stomachacetól a következő tulajdonságai által különbözik: a betegség kezdetén szájbűz nem érezhető; a gyermekeket a fogzás előtt támadja meg; a kóros elváltozások nem a nyálkahártyából, hanem a mélyebben fekvő részekből indulnak ki és a foghusnak kezdetben meglevő duzzanata élesen határolt, úgy, hogy az inkább parulisra, mint stomachacera emlékeztet; a foghus nem vérzik. A nomától abban különbözik, hogy üszkös bűz nem érezhető és a lágyrészek üszkösödésére nem vezet.

A foetor ex ore által jellegzett szájgyulladások sorához tartoznak még azok is, a melyek egyes általános fertőző bajoknál, mint diphtheria, himlő és vörheny fordulnak elő. Kórismei tekintetben ezek a szájgyulladások különös érdekléssel nem bírnak, mert csak akkor lépnek fel, ha már a kórisme az azokra jellegző körülmények által ugyanis teljesen biztosítva van.

Az étvágy semiotikája (tünettana).

Kedvező jelenség a *fokozott étvágy* akkor, ha az valamely lázas megbetegedés vagy emésztési zavar után az üdülési szakban

jelentkezik. Rendesen nem tart soká és elmulik azonnal, mihelyt a gyermek teljesen felépül.

Mint élettani jelenség a *tulságos étvágy* csecsemőknél az első hónapokban tapasztalható, s igen gyakran okozója a dyspepsiának, valamint egyéb emésztési zavaroknak, mert a gyermek nagyobb mennyiségű tejet vesz magához, mint a mennyit megemészteni képes. A fokozott étvágy csecsemőknél tulságos elhíjasodást idézhet elő.

Kóros, tulságos étvágyuak az angolkóros, idiota gyermekek, nemkülönben azok, a kiknek idült bélhurutjuk van.

Teljes étvágyhiány, mely néha étel iránti undorig is megy, az összes lázas betegségeknel, gyomorbántalmaknál, valamint szájjgyulladásoknál észlelhető.

Nem ritka 7—12 éves gyermekeknél a rossz étvágy; ha ilyenkor a hiányos táplálkozásnak kifejezett képét mutatják, azt az állapotot *iskola-vérszegénység*nek is lehetne nevezni. A gyermekek ebben az állapotban aránylag magas növésűek és szűkmellűek (a bordáikat megolvashatjuk úgy is, ha azokat nem is tapogatjuk ki), halaványak, (de mégsem annyira, mint Chlorosisnál) s egyáltalában étvágytalanok, különösen a mi a hús eledelt illeti. Rendesen székszorulásra hajlandók s gyakran panaszkodnak fejfájásról. Nyáron át ezek a betegek erősbödnek és többet is esznek, de az iskola kezdetével az étvágy is újra eltűnik. Ez az állapot általában változatlanul 12—14 évig eltart, a mikor újra beáll a jobb étvágy és a gyermekek újra gyarapodnak.

Néha teljesen ugyanezt látjuk idült gyomorhurutnál vagy idült dyspepsiánál, úgy hogy nem ritkán nehéz eldönteni azt, hogy az étvágytalanságnak csakis a vérszegénység-e az oka, vagy pedig gyomorhurut, a mely annak idején nemcsak étvágytalanságot, de vérszegénységet is okoz. Az utóbbi eset a valószínű akkor, ha a beteg felbőfögésről vagy émelygésről panaszkodik, ha időről-időre hasa fáj, felváltva székszorulása vagy hasmenése van, s a kötőhártyái sárgásak. A kórisme azonban még nem biztos; mert még mindig nincs eldöntve, hogy a gyomorhurut tüneteit nem-e az okozza, hogy a vérszegénység következtében kevés a gyomorvialadék, s ennélfogva, nem-e ideges dyspepsia fejlődött ki?

A gyomorhurut és a dyspepsia közti különbséget a gyomor- kutató által határozhatjuk meg: az emésztési pép ideges dyspepsiánál rendes ideig marad a gyomorban (könnyű ebéd után 6—8 óra mulva a gyomor üres), hurutnál azonban hosszabb ideig.

Néha a csecsemők nem azért utasítják vissza az emlőt, mert nincs étvágyuk, hanem más okból. Ez az ok már születés óta fennállhat, vagy pedig kezdetben elfogadják ugyan az emlőt, s csak később utasítják azt vissza.

Az emlő visszautasítása az élet első napjaiban átmeneti tünet, s további jelentősége nincs; ha mind a mellett a gyermek a 2-ik és 3-ik napon sem fogadja el az emlőt, akkor már ennek a körülménynek van bizonyos jelentősége.

Mindazon okok, a melyek miatt a gyermek az emlőt visszautasítja, két csoportba oszthatók, ugymint: vagy 1. nem képes szopni, vagy 2. nincs mit szopnia.

Az újszülött, ha nagyon gyenge, nem képes szopni, pl. koraszülött, vagy tetszalott volt, mikor született, vagy tüdő atelektáziája van, vagy végre ha szerkezeti hibája van, mint nyulajk, farkas torok, világrahozott kis száj (microstomia).

Másrészt akadályozhatja a szopást az is, hogy az emlőben nincs tej, vagy pedig az emlő, túlságos kemény vagy laza bimbói miatt nem szívható ki tökéletesen.

Ha a gyermek az emlőt el nem fogadja, daczára annak, hogy az első napokban szopott, abból az következik, hogy a szopás reá nézve bármi okból fájdalmas. Ily esetekben rendszeren *soort* találunk, vagy pedig aphthás vagy bujakóros fekélyeket a szájüregben vagy repedéseket az ajkakon. Megezik az is, hogy a szopóüveget a csecsemő elfogadja, de az emlőt nem (mivel az utóbbi esetben jobban kell erőlködni). Lehetetlen továbbá a szopás trismus-nál; (újszülötteknél a tetanusnak egyik részjelensége, idősebbeknél az agyhártyagyulladás utolsó szakában fordul elő). Az egyszerű nátha is hasonló szerepet játszik, a mikor a szopást az akadályozza, hogy a gyermek az orrán nem kap levegőt. Előfordul az is, hogy a gyermek általános gyöngesége folytán az emlőt nem képes elfogadni. Ha a gyermekeknek a szopóüveget igen korán nyújtjuk, akkor igen könnyen szoknak ehhez, és ezután ezt elébe helyezik az emlőnek, mivel a szopóüveg tartalma édes és könnyen folyik; ez újra oka lehet annak, a miért nekik az emlő utóbb nem izlik.

Az említett esetekben a gyermek már eleve sem fogadja el az emlőt, azaz ajkait nem is mozgatja akkor, ha a bimbót szájába veszi, vagy pedig tesz ugyan szopási kísérletet, de sírás kíséretében azonnal felhagy vele. Más esetben a gyermek — ellenkezőleg — mohón kezd szopni, de csakhamar abbanhagyja azt és az emlőt

eltolja magától; ennek oka az, hogy túlságosan sok a tej az emlőben és a tej az emlőből igen könnyen áramlik ki, úgy, hogy a gyermeknek ideje sincs arra, hogy szabályszerűen nyelhessen.

A közönségnél el van terjedve az a nézet, hogy a szopásnak a legnagyobb és a leggyakoribb akadály a nyelvfeké rövidege. Tényleg a szopásnak ez komoly akadályát sohase képezi, de mindazonáltal ez a körülmény azt mégis nehezítheti. A rövid nyelvfeket könnyű felismerni, ha a nyelv szabad szélét lapoczczal felemeljük, akkor a nyelvfeké majdnem a nyelv csücsáig terjedő bőrlebeny alakjában kifeszül, s ha még jobban felemeljük a nyelvet, hegyén be is húzódik.

Ha a szopást a tejhiánya vagy annak megnehezített kiválasztása akadályozza, akkor annak okát könnyen megtaláljuk, ha az emlőt objective megvizsgáljuk.

Az anyák néha avval a panaszszal fordulnak az orvoshoz, hogy a gyermek az emlőt nem fogadja el; ha szorosabban vizsgáljuk a dolgot, kiderül akkor az, hogy a gyermek jól szopik, de nem oly sokáig, a meddig azt az anya akarná, s ekkor el kell döntenit azt, valjon a gyermek gyorsabban lakik-e jól, vagy pedig valamely más okból tolja-e el magától az emlőt. Ha a kérdéses gyermek különben jól táplált, akkor feltehetjük, hogy gyorsan lakik jól, mert az emlő bő tejelő; ellenben, ha a gyermek lesoványodott és legyengült, akkor bizonyára azért hagyja abba a szopást előbb, mintsem jóllakott, mert gyenge.

A kérdést rövid úton eldönthetjük, még pedig úgy, ha a gyermeket közvetlenül a szopás előtt és közvetlenül a szopás után megmérjük; a súlygyarapodás a kiszopott tejmennyiséget pontosan mutatja. Hogy ez az eljárás mennyire kielégítő, mutatják *Smitkin* iratai; szerinte ugyanis a csecsemő életének első napján testsúlyának $\frac{1}{100}$ -ad részét szopja ki (30 grm.), de azután naponta 1 grm.-al többet. Ily módon az első hónap végén körülbelül 60 grm.-ot, a 3-ik hónap vége felé körülbelül 120 grmot és így tovább, egész a 6-ik hónapig; később a tápfelvétel nem növekszik oly rohamosan. A magángyakorlatban, a hol pontos mérleg nem áll mindig rendelkezésünkre, meg kell elégednünk avval, hogy a tejmennyiséget megközelítőleg határozzuk meg.

Gyermekeknél a *fokozott szomjuság* gyakoribb, mint a túlságos étvágy. Angolkórosak pl. akkor is sokat isznak, ha sem hasmenésük nincs, sem erősen nem izzadnak. Továbbá sokat szom-

juhoznak a gyermekek hasmenés és a cukorvizelésnél ép úgy, mint az azoturiánál.

Néha a gyermek sok tejet és édes theát iszik, különösen éjjel; ez pusztán rossz szokás, a mire a gyermek csak azzal szokott reá, hogy az neki eleinte nagyon izlett. Ily esetben adjunk csak vizet a tej vagy thea helyett, és a szomjuság azonnal eltűnik.

Gyermekeknél, gyakrabban mint felnötteknél — találkozunk az u. n. *kóros kívánsággal* — *pica* —, a mi abban áll, hogy a gyermek kimondhatatlanul vágyakozik bizonyos dolgok után, pl. kréta, homok, mész stb. Ezt mi többnyire angolkórosoknál tapasztaltuk.

A torok betegségei.

A garat nyálkahártyának heveny gyulladása gyermekkorban igen gyakori. *Mínthogy azonban 5 éven aluli gyermekek rendszeren nyelési fájdalmakról nem igen szoktak panaszkodni*, ennél fogva a gyulladás, az u. n. angina, könnyen kerüli el figyelmünket, ha nem tartjuk szem előtt *azt a szabályt, hogy minden beteg gyermeknek, különösen pedig akkor, ha lázas, a torkát vizsgáljuk meg.*

E szabály pontos megtartása a gyermekek torokbajának észszerű kórisméjénél a legfőbb feltétel. Sokszor, nevezetesen szopós gyermekeknél, a megtekintés nem is elegendő, hanem szükséges, hogy ujjunkkal is vizsgáljuk meg torkát, hogy az esetleg jelenlevő garatmögötti tályogot felismerjük.

Minden torokgyulladás (angina) a mandolák és a lágyszájpad duzzadásával és belöveltségével kezdődik. Néha a folyamat csupán erre szorítkozik, máskor ellenben a vörös alapon fehéres vagy sárgás foltok és szétterülő lepedék képződik; ennél fogva a torok kinézését tekintve, az anginának három különféle fajtát különböztetjük meg: az egyszerű, a pontozott és a hártýás torokgyulladást.

Torokbetegségek, melyeknél a mandolák és a lágyszájpad nyálkahártyája vörös.

Ide tartozik, mindenekelőtt az egyszerű vagy **hurutos torokgyulladás** (*angina catarrhalis*).

E betegség vagy elsődleges, midőn azt meghülés által egy különben teljesen egészséges gyermek kapja meg, vagy pedig másodlagos, a midőn az idült torokgyulladás kiújul, nevezetesen görvélyes gyermekeknél túltengett mandolák mellett, valamint egyes

heveny fertőző megbetegedéseknél, mint influenza, vörheny és kanyaró.

Az idiopathicus hurulos torokgyulladás — Angina catarrhalis rheumatica — meglehetősen ritka, sokkal ritkábban fordul elő, mint pl. a pontozott torokgyulladásnak más egyéb fajtái. A betegség magas lázzal kezdődik, a mandolák és a légyszájpad nyálkahártyája belövelt lesz és a mellett duzzadt (idősebb gyermekek még nyelési nehézségekről is panaszkodnak), s a dolog 2—3 nap múlva elmulik. Ha egy gyermeknél őszkor és tavasszal e tünetek gyakrabban ismétlődnek, s ha egyuttal a mandolái is túltengtek és az idült torokgyulladásnak egyéb tünetei is láthatók, mint tágult edények és a hátsó garatfalon duzzadt nyákmirigyek, az esetben idült torokgyulladás kiújulásával van dolgunk; a láz ilyenkor nem magas, sőt néha egyáltalán nincs is.

A heveny fertőző bajokat kísérő torokgyulladás az elsődlegestől a kísérő tünetek által különbözik: influenzánál sohase hiányzik a nátha, a köhögés pedig ritkán; vörhenynél már a betegség első 24 órájában megvan a jellegzetes bőrkiütés; kanyaró kezdetén a kórismét megkönnyíti az, hogy az első lázas napon a garat nyálkahártyája még rendes és a pirosság csak a 2-ik vagy 3-ik napon áll be, de nem diffus, mint a hurutos gyulladásnál, hanem foltos. A foltok lencsényiek és csekélyebb számuak, a még halavány légyszájpad s részben a kemény szájpada nyálkahártyáján is keletkeznek s csak később, mintegy 24 óra múlva az ujjalag hozzá csatlakozó diffus belöveltség által mosódnak el; ebben az időszakban a szájüreg más részén, különösen az ajkak és pofák nyálkahártyáján még kivehetők a foltok. E betegség kórismei jelentőségéről a kanyaró kitörési szakában, l. a szájüreg betegségeit az 57. lapon.

A vörhenynél is a torok belöveltsége a betegség első napján nem diffus, hanem pontozott. A pontok sokkal kisebbek, mint a kanyarónál és igen sűrűn sorakoznak egymás mellé; néha igen kifejezetten látható az, hogy petechiákból keletkeztek. Ha a légyszájpad vörhenyes kiütése pontszerű vérömlenyekkel complicálva nincs, akkor az rohamosan diffus pirosodássá változik át, a mi csak annyiban jellegzetes, hogy kezdetben csak a légyszájpad közepét foglalja el, míg az egyszerű hurutos torokgyulladásnál inkább a mandolák vannak megtámadva. A vörhenyes torokgyulladás sajátos kinézése 2—3 nap múlva eltűnik, a pirosság diffus lesz és átterjed a mandolákra és a hátulsó garatfalra is.

Torokbetegségek, melyek az által tűnnek ki, hogy a mandolákon sárgás-fehér foltok képződnek.

Tüszös torokgyulladás. Angina follicularis. A tüszös mirigyek eldugaszolása és gyulladása folytán a mandolák belövelt felületén sok sárgás, kerek, gombostüfejnyi, kissé kiemelkedő pont képződik.

A pontozott alakú torokgyulladás minden mástól abban különbözik, hogy a tüszös mandolagyulladásnál *a foltok szabályos rajzolatot mutatnak és egyenlő nagyok*, minélfogva a mandolák kinézésére nézve igen találó *Stromayer* azon hasonlata, hogy azok a „csillagos égboltozat” képét mutatják. *A tüszők csoportja a mandolák területét sohasem lépi túl.* A betegség hirtelen magas lázzal, néha hányással is kezdődik, s ennélfogva még vörhenyre is gyanut ébreszt, különösen azért, mert a vörhenyes torokgyulladás néha tüszös alakot is mutat. Ez a gyanu mindazonáltal nem tart soká, mivel a vörhenyes kiütés már 24 óra elteltével látható.

Az öblös torokgyulladás, *Angina lacunaris*, az előbbbenitől alakja és a foltok színe által különbözik. A belövelt mandolán *egészen szabálytalan*, sokszor résszerű alakokat találunk, a melyekre az *intensiv fehér szín* jellemző. Itt szó sincs duzzadt tüszőkről, hanem csakis hurutos váladék meggyülemléséről (nyák, felhám, gombák), különösen a mandolák bemélyedéseiben, a milyen lacuna a túltengett mandolákon sok szokott lenni. Ha az ürökben levő dugaszok tisztán fehérek, akkor a kórisme könnyű, mert azok a torokgyulladás másféle pontozott fajánál bizonyos sárga vagy szürke színárnyalattal bírnak; ha mégis az ürök nyálkás, genyes váladékkal vannak kitöltve és sárgás álhártyás kinézésűek, akkor könnyen pontozott diphtheriának tarthatjuk. Utóbbinak két oly jellemző tulajdonsága van, minélfogva a kórismét már kezdetben, vagy legkésőbb az első 24 órában biztosan megállapíthatjuk. Az első támpont abban áll, hogy diphtheriánál a csapadék (bárhol legyen is ez: a torokban, a bélben stb.) a nyálkahártya domború oldalára szorítkozik (vérhasnál pl. a redők kiemelkedő részletén); *a mandolákon ennélfogva a diphtheriás csapadékot először nem a redők mélyén látjuk, mint az angina lacunarisnál, hanem a lacunák szélein.* Hogy a csapadék helyét biztosan eldönthessük, szükséges, hogy a beteg mutassa meg a torkát. Ellenkező esetben határozatunkat másnapra kell halasztanunk és a *diphtheriának* arra a sajátságára támaszkodnunk, hogy az *mindig hajlandósággal bír a fetületen terjeszkedni*; ha a következő napon új foltok

keletkeztek, a melyek közül egyesek, nagyobb hártákat képezve összefolynak, akkor nem lacunaris torokgyulladásról, hanem diphtheriáról van szó. Az angina lacunaris cyclicusan folyik le, magas (40° C.) láz kíséretében és kritikusan végződik a 3-ik vagy 4-ik napon. Ha ellenben a diphtheria magas láz kíséretében kezdődik, akkor az mindig tovább terjed, már az első napon átmegy a hártás alakba, s soha sem mulik el hirtelen. A diphtheria abortiv alakja, a mely végig pontszerű marad, minden esetre már a 3—4-ik napon is gyógyulhat, de ily esetben mindig helybeli megbetegedés, s nemcsak láztalanul folyik le, de még a nyálkahártya sem lesz ilyenkor belövelt. A lacunaris torokgyulladás, mint a cyclicus lefolyás is mutatja, a heveny fertőző bajokhoz sorolható. Erre nézve bizonyító annak házi járványszerű fellépése. Ez utóbbi körülmény egyuttal megkönnyíti a kórismét, mivel a diphtheria járvány nem állhat csupán könnyű, szabályosan lefolyó torokmegbetegedésekből.

Az aphthás torokgyulladást az jellemzi, hogy a lügyszájpad és a mandolák nyálkahártyáján mintegy lencsényi, kerek, felületes, sárgás fekélyek keletkeznek, melyek körül erősen belövelt udvart láthatunk. A torokgyulladásnak ezt a fajtát diphtheriával vagy más pontozott torokgyulladással összetéveszteni nem igen lehet, mivel a fekélyek nemcsak egyedül a mandolákon vannak, hanem mintegy szabályszerűen a szájnálkahártya más helyén is található, különösen a nyelven, ajkakon és a foghúson. Mint a stomatitis aphthosa, nem ritkán magas láz kíséretében folyik le.

A pontozott alakú diphtheria, mint már említettünk, két tulajdonsága által tűnik ki: hogy hajlama van a környezetre áttérjedni, és az által, hogy a nyálkahártya dudorain lép fel. Még a hártás alakú diphtheria is gyakran rendes hőmérséklettel folyik le, a pontozott alakú pedig mindig. Ha házi járványról van szó, akkor a kórismét megkönnyíti az, hogy az abortiv pontozott alakok mellett szabályos diphtheriás alakok is fordulnak elő. Kétséges esetekben néha a kórismét csak a 2—3 hét múlva fellépő diphtheriás hűdés igazolja.

A torok oly megbetegedései, melyek hártás képződéssel járnak.

Rendes, nem túltengett mandola közepén mindig találunk egy meglehetősen nagy, tojásdad alakú bemélyedést (lacuna), melynek hosszanti átmérője lefelé szolgál. Egyszerű hurutos, vagy parenchymás torokgyulladásnál ez a bemélyedés néha egész terjedelmében

ki van töltve egy nyálkaacsappal (ép úgy, mint angina lacunarisnál az apró bemélyedések), s ekkor a duzzadt és belövelt mandola közepén egy körülbelül babszemnyi fehér folt keletkezik. A folt oly szorosan tapad, hogy ecsettel sem távolítható el, s részint ezért, részint a nagysága által, diphtheriás lepedékkal téveszthető össze.

A lacunaris torokgyulladás e változatát rendszeren az egész mirigy jelentékenyebb duzzanata is kíséri — *Angina parenchymatosa* —, s nem ritkán tályogképződésre vezet. Rendszeren magas lázzal és rázóhideggel kezdődik, nagyobb gyermekek pedig még nagy nyelési fájdalmakról is panaszkodnak.

Ez a fehér folt — elhelyezését tekintve — bizonyos oly sajátságokkal bír, a melyek által a diphtheriás lepedéktől megkülömböztethető; ugyanis 1. mindig a mandola közepét foglalja el; 2. mindig tojásdad az alakja, s a hosszanti átmérő felülről lefelé halad; 3. *szélei élesen határoltak*, s a nyálkahártya felszínével egy magasságban van, ritkán emelkedik azon felül; 4. *színe kezdetben intenzív fehér*; 5. a folt napokon át megmarad egyforma állapotban. Ellenben, a diphtheriás lepedék sárgás vagy szürkés, szabálytalan körvonalu, napról-napra nő, s nemesak az egész mandolára, hanem rendszeren a légyszájpadra (a nyelvcsapra) és a hátulsó garatfalra is elterjed.

A sömörös torokgyulladás.

Herpes tonsillarum s. angina herpetica a mandolákon szorosan egymás mellett elhelyezett apró hólyagesákból áll, melyek gyorsan felpattanva, apró kis felmaródásokba mennek át; utóbbiakat sárgás törmelék fedi, s körvonalaik élénk pirosak. A hólyagesák kitérését és a felmaródások képződését 2—3 napos, rendszeren magas láz előzi meg, de a torok 3—4 nap múlva meggyógyul. Ha az orvos a beteget már csak a hólyagesás időszakban látja, akkor az egész folyamatot félreismerheti, mert a felmaródások sárgás szürkés színezete és körvonalai a diphtheriához igen hasonlítanak. A mint *Cadet de Gassicourt* mondja, a sömörös torokgyulladás a legtöbbször képezi a téves kórismének az okát, a mely a betegnek egyszeri megvizsgálásával nem is kerülhető el. Egyéb-ként alig fogadhatjuk el azt a nézetet, hogy az angina herpetica annyi tévedésre adna alkalmat, mert a dolog úgy áll, hogy ez a torokgyulladás nálunk, legalább Moskvában, a ritkaságok közé tartozik.

Elteltekintve a kóroktól (a sömörös torokgyulladás okát nem ismerjük) vagy pedig kétségtelenül meghülés okozta azt. (a diphtheria ellenben fertőzés által keletkezik); diphtheriától továbbá még abban is különbözik, hogy a kitörési időszakban a láz nem tart oly soká, s nem is oly magas, mint a diphtheriánál, és a lepedék hólyagcsoportokból keletkezik. (Ha egy vattacsomóval a lepedéket a kifehélyesedett felületről letörüljük, akkor sikerül néha az előbb még meglevő hólyagcsáknak csipkézett széleit megismerni); továbbá gyakran párosul hozzá ajaksömör, s a mellett gyorsan gyógyul.

Pseudodiphtheritis s. angina diphtheroidea s. angina fibrinosa simpl. Ezt az elnevezést tisztán klinikai értelemben értjük, s e név alatt értjük mindama toroknyálkahártya gyulladásokat, a melyek fehér, vagy fehéres-sárgás lepedék kórképe alatt folynak le; külsőleg hasonlítanak ugyan a diphtheriás lepedékhez, de ezt a lepedéket nem a diphtheriás méreg fertőzése okozza; értjük e baj alatt t. i. azokat a torokgyulladásokat, melyeknél a Löffler-féle bacillust kimutatni sem görcsövíleg, sem a vérsavó culturára való átoltás által nem lehet.

Hogy diphtheriás lepedéket nemcsak a Löffler-féle bacillusok, hanem más bacillusok is okozhatnak, ez már ma kétségtelen; hanem hogy ezt milyen bacillusok okozzák, ezt még határozottan nem tudjuk; annyi ismeretes csak, hogy ilyen bacillus több van. Saját tapasztalataim alapján, a melyeket az utóbbi két év alatt a vezetésem alatt álló klinika fertőző osztályán gyűjtöttem, arra a meggyőződésre jutottam, hogy igen gyakran az áldiphtheriás lepedékben staphilococcus és streptococcus található, s hogy pl. a scarlatinás torokgyulladások majdnem minden esetét, a dolgot bacterologice tekintve, streptococcus diphtheriának nevezhetjük; előttünk kétségtelen továbbá még az is, hogy streptococcus által okozott pseudodiphtheriás torokgyulladás néha vörheny kiütés nélkül is előfordul, azaz mint önálló megbetegedés; de azért nem tagadható, hogy a scarlatina hasonló esetekben kiütés nélkül folyik le, de olykor ezt határozottan kizárhatjuk az által, hogy a beteg alig hogy ebből a bajból felépül, rögtön ezután scarlatina fertőzösen megy át. Ilyen esetünk volt 1892. év, december havában a klinika fertőző osztályán. Klebs (Reál-Encycl.-Diphtheria. 164. l.) egész házi pseudo-diphtheria járványt észlelt, a melyet szerinte a nagyobb fajta monadin micrococcusok okoztak, de ez szerinte

semmikép nem zárja ki azt, hogy az esetek mégis áldiphtheriák voltak.

Dr. Boullouche (Les angines à fausses membranes. Paris 1894. 142—153. l.) a streptococcus által okozott áldiphtherián kívül még 3 áldiphtheria alakot különböztet meg: 1. staphilococcus által; 2. pneumococcus és 3. coccus által okozottat. Az ő nézete szerint mind e torokgyulladások, még a streptococcus okozta gyulladást sem véve ki, *nem ragályozók*, s a legtöbbször, (jőlehet nem mindig), rövid és jóindulatú lefolyásuak. *Rauchfuss* („Az oldenburgi gyermekkórház 25 évi működése“ 1894. év, 334. l.) a diphtheroid torokgyulladások legnagyobb számában talált involutiós alaku Löffler-féle bacillust, s ezeket az eseteket az u. n. abortiv diphtheriákhoz sorolja, azaz oly diphtheriához, a mely a diphtheria méreg iránt csekély hajlamossággal bíró egyéneknél fordul elő; az ő nézete szerint az ilyen egyének még akkor sem kapják meg a diphtheriát, ha diphtheriások között tartózkodnak is, s nem fertőznek meg (diphtheriával) más egészséges egyéneket.

Miután az áldiphtheria kórboncztoni tekintetben semmiben sem különbözik a valóditól, az aetiológiát tekintve pedig, a mely ezen torokgyulladások legfőbb megkülönböztető jele, gyakran a fertőzést kideríteni lehetetlen, úgy világos, hogy az áldiphtheria felismerése a betegség kezdetén, nagy nehézségekkel jár, amellet pedig a betegség természetére vonatkozó kérdés korai megítélése szerfelett fontos úgy a prognosztikára, mint a gyógykezelésre nézve. A dolog úgy áll, hogy az áldiphtheriás torokgyulladások könnyű megbetegedések közzé tartoznak, (a mi tapasztalataink teljesen megerősítik e tekintetben Roux és Yersin megfigyeléseit, (l. „Vracs“ 1890., 708. lap), a kik áldiphtheriás esetekben sohasem tapasztaltak halálos kimenetelt) és ennek folytán szükségtelen az elkülönítés, a mely pedig valódi diphtheriánál nagyon is helyén van.

A gyors és pontos kórismét csakis bakteriologikus vizsgálat alapján lehet megállapítani, (lásd lent 81. lapot), ha pedig az bármily okból kivihetetlen, úgy be kell érünk a többé-kevésbé valószínű kórismével és a kérdést a betegség további lefolyásából hozhatjuk tisztába. Egyes szerzők nagyszámú kutatásai azt bizonyítják, hogy a diphtheroid torokgyulladások távolról sem ritkák; a dr. Polievktov könyvében lévő táblázatból (a moszkvai gyermekorvosok egyesületének kiadványai 1893—1894. évből, 113. l.) kiderül az, hogy 1169 eset közül, melyek különféle klinikákon for-

dúltak elő, az áldiphtheriás torokgyulladás (azaz, a melyet nem a Löffler-féle bacillus okozott), 151 esetben fordult elő, azaz 15^o/_o-ban. A mi klinikánkon 100 eset közül 26-szor, *Martin* klinikáján még gyakrabban és pedig 112 eset közül 43-szor, azaz 38⁴/_o fordult elő.

A klinikai tünetek alapján a következőket jegyezzük meg: ha a családban már diphtheria eset előfordult, akkor a rostonyás torokgyulladást kizárhatjuk és diphtheriát kórismézhetünk; ha a betegség láztalanul vagy csekély hőemelkedésekkel folyt le; ha a lepedék felületes kiterjedésű és a mandolákon áthaladva a szomszédos képletekre, mint a lágyszájpadra és a nyelvcsapra, de különösen az orrba és a gégebe is átmegy; ha a nyaki mirigyek erősen megduzzadnak és a vizetben fehérrye is van; ha az üdülés alatt hűdések észlelhetők és végre, ha a betegség halálosan végződik.

Ellenben, rostonyás torokgyulladást vehetünk fel akkor, ha a betegség a leírt tünetek hiányában, nyilvánvaló meghülésből, vagy teljesen diphtheria mentes helyen keletkezett; ha a hárttyák fehérek és a nyálkahártyán nem tapadnak szorosan; ha a betegség úgy kezdődött, mint egy heveny hurutos torokgyulladás, t. i. a torok intenzív belöveltsége mellett a nyelés fájdalmas, s ha a beteg senkit sem ragályozott.

Fontos jelnek tekintendő még az is, hogy áldiphtheriánál a lepedék a mandolákon túl alig terjed, ennél fogva, a valódi diphtheria mellett nagyon erős bizonyíték az, ha a lepedék a nyelvcsapra és a nyálkahártya más részére is áttérjed.

A torok-diphtheria.

Szorosan a kórboncztnai szempontból véve a dolgot, torok-diphtheriának csak olyan torokgyulladást tekinthetünk, a melynél valódi diphtheriás izzadmány keletkezik, a nyálkahártya u. n. conglutatio necrosis által; az üdülési szakban az elhalt részletek reactió s genyedéssel válnak le, s ennek folytán hegesedő fekélyeket hagynak maguk után. Klinikai szempontból mégis torok-diphtheria alatt mást értünk, oly folyamatot t. i., mely lefolyhat a nyálkahártya elhalása, fekélyképződés és hegesedés nélkül is, habár ezek a tünetek nem is zárhatók ki. A torok-diphtheria klinikai kórisméjére döntő befolyással nem a nyálkahártya boncztnai elváltozásai, hanem a körelőzményi adatok bírnak: *diphtheriás torokgyulladás*

alatt ugyanis a torok nyálkahártyájának oly gyulladását értjük, melyet a diphtheriás mérég behatása idézett elő. Teljesen közömbös, valjon a mellett a torokban rostonyás vagy diphtheriás izzadmány is van-e, vagy pedig a betegség egy rövid ideig tartó hurutos gyulladás kórképét mutatja-e; ha tudjuk, hogy valamely torokgyulladást diphtheriás mérég hozott létre, akkor azt diphtheriás gyulladásnak nevezzük, s a gyulladás fokának meghatározásánál a megfelelő jelzőt teszszük hozzá. Ilyformán a diphtheriának hurutos, rostonyás és üszkös alakját vagy septikus különböztetjük meg. Ez a három különféle fokozat egy és ugyanazon folyamatot, diphtheriát, ragadós és járványos betegséget fejez ki.

Mivel nemcsak a diphtheria mérge képes egyedül a nyálkahártya rostonyás vagy diphtheriás gyulladását előidézni, hanem az ártalom ezen tulajdonsága más bajoknál is előfordul, ennél fogva valamely nyálkahártyának diphtheriás csapadéka magában véve még nem mutatja azt, hogy adott esetben az az illető diphtheriás méreggel van fertőzve. Sulyos vérhasnál pld. a vastagbél diphtheriás; ez azonban nem azt jelenti, hogy a beteg a diphtheriás méreggel meg van fertőzve, miután az említett betegséget egy más baj, melyet vérhas neve alatt ismerünk, idézte elő. Itt ép úgy megtaláljuk a gyulladásnak minden egyes lehető fokozatát, mint a torokdiphtheriánál, s ennél fogva pld. megkülönböztetünk hurutos vérhas alakot, rostonyás és diphtheriás alakot, — szóval az analogia teljes. A torokbeli elváltozásokat illetőleg hasonló látunk vörhenynél, melynek mérge a toroknyálkahártya állandó gyulladását idézi elő; itt is a gyulladások foka nagy határok között mozog, az egyszerű hurutos torokgyulladástól egész a valódi diphtheriás elhalásokig.

Ennél fogva a helybeli és általános tünetek foka szerint a diphtheriának három alakját különböztetjük meg: u. m. a pontozott, hártás és a septikus alakot.

A *pontalaku* (vagy katarrhalis) *diphtheriát* jellegzik a mandolák nyálkahártyáján előforduló, mintegy gombostüfejnyi szürkés sárgás góczok; a láz alacsony, vagy egészen hiányzik is, az áll alatti mirigyek nem duzzadnak meg, s az egész betegség 3—4 nap alatt elmulhatik.

Kórbonecztanilag ez a pontozott alak nem tekinthető diphtheriának, sőt még croupnak sem, mert itt rostonyás izzadmány nincs és csak csekély hurutról van szó, a melynél a nyálkás izzadmány

a felületes felhámrétegekben szigetszerűen lerakódik sárgás szürkés foltok alakjában (Heubner).

Ha ez az alak tovább nem fejlődik, hanem csakis ezen a ponton maradva gyorsan folyik le, akkor könnyű azt a lacunaris vagy más hurutos torokgyulladással összetéveszteni. A különbségről már előbb volt szó. Mivel a hurutos torokgyulladás minden alakja magas láz kíséretében kezdődik és a diphtheria az egyedüli, mely e tekintetben kivételt képez, akkor a rendes, vagy csaknem rendes hőmérsék a pontozott torokgyulladás esetében annak diphtheriás természete mellett látszik szólni; ez bizonyossá válik, ha a családtagok között kifejezett diphtheriás esetek észleltek vagy még fenn is állnak.

A gyakorlatban ezek az esetek igen ritkák. A kórismét rendszeren nagyon megkönnyíti az, hogy az egyes apró foltocskák napról-napra szélesednek, összefolynak és először csak a mandolákon, később azonban az egész légyszájpadon is hárttyakat képeznek. Ha már a klinikai kórkép ennyire haladt, akkor biztosan állíthatjuk, hogy ilyen esetben az egyszerű, hurutos torokgyulladásról szó sincs, hanem diphtheria vagy vörheny játsza a szerepet. Ha még a kültakarót is megtekintjük, ez egyik vagy másik betegségre nézve a kétséget teljesen eloszlatja.

A diphtheria rostonyás, vagy hárttyás alakja vagy a pont alakú torokgyulladásból, vagy rögtön mint ilyen kezdődik, s ily esetben ép úgy, amint a hurutos alak, rendszeren magas lázzal köszönt be. A betegség első napjaiban csak a hurutos torokgyulladásnak tüneteit láthatjuk: a mandolák és légyszájpad kifejezett pirosságát és vizenyős beszüremkedését (a nyelvcsap megduzzad); csak a betegség második vagy harmadik napján képződik állandó láz kíséretében a mandolákon és egyuttal a légyszájpadon is diphtheriás lepedék. Kezdetben a hárttyák szorosan tapadnak és vérzés nélkül el sem távolíthatók, néhány nap múlva azonban maguktól is leválnak.

A torokgyulladás ezen fajtájánál az állalatti, valamint a nyaki mirigyek állandóan megduzzadnak, ezek azonban — s épen ebben különbözik a vörheny diphtheriától — genyedésbe úgyszólván soha sem mennek át. *Ha a láz és a mirigyduzzadás hiányzik, ez még a diphtheriát ki nem zárja.*

A diphtheria croupos alakja 5—6 nap, egész 2—3 hétig is eltart, ritkán tovább is.

Bármily könnyű alakú is legyen a diphtheria, azért soha se

jósolhatunk annak kedvező lefolyást, amennyiben ez mindig leterjedhet a gégére. (Croup.) A láztalan állapot nem biztosít az ellen, hogy ez a nem óhajtott complicatio be nem következik, hanem ellenkezőleg a hajlamot erre nézve még növeli. Minél tovább vagyunk már a betegség kezdetétől, annál kevesebb a kilátás arra, hogy a gége is bele lesz vonva a bántalom körébe, s ennél fogva annál jobb lesz a prognosis. A diphtheria leginkább az első 5 napon belül hajlamos a tovaterjedésre, s ennél fogva ha már egy hét szerencsésen lefolyt, akkor reinélhető, hogy a croup elmarad.

Minél fiatalabb a gyermek, tehát minél kisebb a távolság a garat és a gége között, annál inkább várhatjuk a complicatiót a gége részéről; 2 éven aluli gyermeknél a diphtheria leginkább azért veszélyes, mert ebben a korban a hárttyák leterjedése a gégére majdnem bizonyos.

A diphtheria magában véve is veszélyes és pedig az általános állapotra és a szívműködésre való tekintetből. Annál súlyosabb, mennél vastagabbak a hárttyák és mennél nagyobb területet borítanak be; ha a hárttyák a hátulsó garatfalra és az orrüregre is elterjednek, ez joggal tekinthető rossz jelnek; hasonló jelentőséggel bír, ha a mirigyek duzzadnak és az azt körítő bőralatti kötőszövet vizenyösen beszűremkedik. A legmegbízhatatlanabb támpontot nyújtja a láz; *Botkin* azon a nézeten van, hogy diphtheriánál a magas láz jobb prognosist nyújt, mint az alacsony.

A *diphtheria septicus* vagy *toxicus* alakja az előbbenitől ugy a helybeli tünetek jellege által, valamint a szervezet általános állapota által különbözik. Az erősen duzzadt mandolák piszkos szürke izzadmánnyal vannak borítva, a szájból erős bűz áramlik ki, az orrból savós-genyes, néha vérrel kevert folyadék szivárog; a nyak erősen duzzadt, s pedig kevésbé a beszűremkedés, mint inkább a kötőszövet vizenyője következtében; a mellett erőhanyatlás, a végtagok elhidegülése és gyenge érverés észlelhető.

Az ily esetek majdnem mindig halálosak; ha az erőtlenség mindjárt a betegség kezdetén jelentkezik, akkor a beteg 1 hetet alig él tul; sokan már a 2—3-ik napon hálnak meg.

A diphtheriás hüdések jellegéről a hüdések fejezetében szólnak.

A diphtheria *croupos* és *septicus* alakja a *súlyos vörhenyes torokgyulladásokhoz* igen hasonlít. Ettől inkább kóroktanilag, mint

klinikailag különbözik. A diphtheria és a rossz indulatú vörhenyes torokgyulladás közti különbséget a következőkben adhatjuk elő: A vörhenyes diphtheria a szervezetnek vörhenyes méreggel való megfertőzése által keletkezik. (hihetőleg a láncalakú coccusok másodlagos infectiója által), s ennél fogva a torokgyulladással egyidejűleg látjuk fellépni a vörhenyes kiütést is; — az idiopathikus diphtheria ellenben a diphtheria-méreg fertőzése által keletkezik, a mely a bőrrel semmi összefüggésben sem áll. és ennél fogva kiütést nem okoz. Ha tehát a torokban alhárttyákat találunk és egyúttal a bőrön kiütést, akkor ez vörhenyes torokgyulladás vagy vörhenyes diphtheria; ha nincs kiütés, akkor közönséges diphtheriáról van szó. Ezen — mondhatni majdnem mindig érvényes szabály alól — van mégis kivétel és pedig két tekintetben. Vannak ugyanis először vörhenyes diphtheriás esetek, kiütés nélkül (ez gyakrabban felnötteknél fordul elő) és másodszor a beteg mindkét betegség mérgé által lehet fertőzve, t. i. vörheny és diphtheria által és ily módon a vörhenyhez valódi diphtheriás torokgyulladás is csatlakozhatik.

A scarlatina sine exanthemate kórisméjéről a vörheny fejezetében lesz szó, a mi pedig a diphtheriát, mint a vörheny complicatióját illeti, ezt a torok egyszerű megtekintése által biztosan felismerni nem tudjuk, erre nézve szükséges a bacteriologiai vizsgálat.

A vörhenyes diphtheriát a betegség első napjain, — rendszeren a három-ötödik napon — látjuk kifejlődni. Ha tehát a diphtheriás torokgyulladás a bőrkiütés előtt vagy pedig az első hét végével jelentkezik, akkor feltehető, hogy a betegnek idiopathikus diphtheriája van. és ez annál inkább valószínű, mentől későbbben fejlődött az ki. A vörhenyes torokgyulladás gyakran megy át a choanába, a gégét azonban csaknem soha sem támadja meg; ha tehát egy vörhenyes betegnél a diphtheria későbbben fejlődött és a gégére huzódott le, akkor majdnem bizonyos, hogy az idiopathicus diphtheria volt. A kórisme kétségtelenné lesz akkor, ha az üdülési szakban a jellegző diphtheriás hüdések kifejlődnek.

A magángyakorlatban a vörheny complicatiói diphtheriával felette ritkán fordulnak elő, és ennél fogva a vörhenynél előforduló diphtheriás torokgyulladást, mint rossz indulatú vörhenyes torokgyulladást (scarlatinás diphtheritis) tekinthetjük. Ha az orvos így fogja fel a dolgot, akkor alig téved a kórjelzésben. Ellenben czélszerűt-

lenül berendezett kórházakban, a hol a ragályos betegek nincsenek kellőleg elkülönítve, a vegyes fertőzési esetek úgyszólván mindennaposak.

Mivel most már bizonyos, hogy valódi diphtheriánál az álhártyákban a Klebs-Löffler-féle bacillus mindig megtalálható, azért a pontozott és a hártás torokmegbetegedések kétséges eseteiben a kórisme gyorsabb megállapítása szempontjából, a lepedékes helyekről vett képletekből bakteriologiai vizsgálatot is kellene eszközölnünk, Roux és Yersin, a kik az álhártyák görcsöi vizsgálatával a diphtheria kórisméjét illetőleg szakszerűen foglalkoztak, több mint 100 eset megvizsgálása után arra jutottak, hogy semmi sem könnyebb, mint az álhártyák görcsövi vizsgálata és semmi sem egyszerűbb, mint a coloniák tenyésztése a savón. Ők a következő eljárást ajánlják: apró álhártyadarabkákat itatóspapíron megszáritunk és tárgylemezen finom réteggé dörzsölünk szét; a tárgylemezt ezután a lángon keresztül vezetve, megszáritjuk és Löffler-féle kék festékekkel vagy Gramm szerint gentian-violettal megfestjük.*)

Az ily módon megfestett készítményt vízzel leöblítjük és még azon nedvesen vizsgáljuk az immersiószerszettel.

A diphtheria bacillusok kissé görbültek, körte alakúak, egyik végök duzzadtabb, magvas és egyenletesen festődnek. A valódi diphtheriás álhártyákban ezek a bacillusok állandóan előfordulnak, természetesen nemcsak kizárólagosan ezek, hanem más mikrobaikkal együtt. A görcsövezésre elég néhány percz és ez az esetek nagy többségében biztos eredményt nyújt. Az üdülési szakban a diphtheriás bacillusok száma kevesbedik, ellenben a többi mikrobák nagyobb számban fordulnak elő, — ez oly körülmény, mely a kórjöslatra nézve jelentőséggel bírhat. Könnyű esetekben ezt az arányt

*) A mi tapasztalataink, a melyeket a mi járványkórházainkban szerztünk, azt derítették ki, hogy a Löffler-féle bacillust nem nehéz kimutatni még anélkül is, hogy a toroklepedékből valamit a pinzettával kivettünk volna; elegendő, ha a toroklepedéken platin-tűt végighúzza, a reá tapadt nyákot fedőlemeze helyezzük, szétkenjük, kiszáritjuk és a Löffler-féle festékekkel megfestjük. A festőanyag készítésére mi a methylen-kék borszeszes oldatát használjuk, azt megfiltráljuk és elegyítjük azt marókali-lug (1:10,000) oldatával, a midőn az utóbbinak 100 részére veszünk 30 részt a festőanyagból. A megszáritott fedőlemezt a reá tapadt nyálkarészlettel a festőoldatba tesszük mintegy 10 perczre, azután azt vízzel enyhén lemossuk, itatóspapírossal leszáritjuk, azután egy csepp Canada-balzsamot adva hozzá, tárgylemeze teszszük, s a készítmény kész. Az első ábrán látható a tiszta kulturából vett Löffler-féle bacillus.

látjuk már mindjárt a betegség kezdetén. Ha a bacillusok száma nagyon kevés, akkor Roux és Yersin ellenőrzés szempontjából azt ajánlják, hogy vérsavóra (melyhez Löffler tanácsa szerint borjúhúsból készült húslét is keverjünk; e húsléhez 1% cukor és pepton és 0.5% konyhasó is keverendő) oltunk át, mely a diphtheriás bacillus fejlődésére oly kedvező talaj, hogy már 24 óra múlva egészen kifejlett coloniák keletkeznek, míg a készítményt zavaró más mikrobák nagyobb száma ezen idő múltán legfeljebb csak fejlődni kezd. Elégséges, ha a platina kacsával diphtheriás álhártyáról egy kis vakarékot veszünk, azután a tüvel 2—3 kémcsőben a megalvadtt vérsavó felületén végig huzunk és a csöveket azután 35° Celsius mellett elteszszük. A diphtheriás bacillus coloniái azokban mintegy 20 óra múlva igen jól láthatók, mint kóralaku, szürkés fehérfoltok, melyeknek közepe kevésbé átlátszó, mint a széleik. Minthogy azonban hasonló colóniákat képezhetnek a coccusok is, ennél fogva tanácsos, hogy azokból festett göresövi készítményeket készítsünk. Száraz álhártyákból is lehet tenyészteni a bacillusokat, ha előbb az álhártyákat tiszta vízben felpuhítjuk. (A száraz diphtheria bacillusok igen soká tartják meg életképességüket és egy egész órán át is kiállanak egész 95—98° Celsius hőmérséklet is.) (Vrac 1890. 708 old.)

Nagyon ritkán fordul elő az, hogy tisztán diphtheria bacillust láthassunk, akár a közönséges készítményeken, akár a culturán, mert vele rendszeren más mikrobák is tenyésznek, a melyek ne kerüljék el figyelmüket, mert ezek jelenlétéből következtetést vonhatunk arra nézve, hogy adott esetben a bántalom inkább jó vagy rossz indulatu-e? A tapasztalat azt mutatja, hogy a tiszta, tehát más bacillusokkal nem kevert alak, úgyszintén a coccusok által okozott torokgyulladás rendszeren sokkal enyhébb lefolyású, mint azok az anginás esetek, a melyekben a tiszta diphtheria bacillusok mellett még sok streptococcus is van. Az összes u. n. toxicus vagy septicus alakú diphtheriánál a streptococcusok majdnem mindig előfordulnak.

A bakteorologikus vizsgálatnak kórismei jelentőségét gyengíti még az a körülmény, hogy nem csak a torokgyulladások különféle fajainál, hanem az egészségesek nyálában is elég gyakran találjuk az u. n. pseudo-diphtheriás bacillust, a mely teljesen azonos — kinézését, fejlődését és colóniáit tekintve — a valódi diphtheriás bacillussal és ettől csakis abban különbözik, hogy ártalmatlan,

tiszta kulturáját átoltva a tengeri malacra, az fertőzést nem okoz. Erre nézve megjegyzi Roux és Yersin, hogy a nem diphtheriás torokgyulladásoknál ép úgy, mint egészséges embereknél csekély számú bacillus mindig van; átoltáskor a savón csak 1—4 colóniát találunk, de nem valamennyi beoltott üvegcsében. Ennélfogva megjegyzik, hogy a diphtheria kórisméjét beoltás által a pseudo-diphtheriás bacillus nem befolyásolja, mert valódi diphtheriás esetekben átoltás által számos diphtheriás bacillust találunk.

Ehhez még azt tehetem hozzá, hogy hurutos és scarlatinás torokgyulladás 10 esetében, a melyet alkalmunk volt észlelni, mi soha se találtunk áldiphtheriás bacillusokat, azaz világosabban szólva, az összes betegeket diphtheriás barakkokba fektetvén le, még akkor is, ha a barakkokban néhány bacillus lehetett is, mi soha sem észleltünk diphtheriás fertőzést, a mit a barakkokban való tartózkodás okozhatott volna.

A vörhenyes torokgyulladás. E torokgyulladásnak a kórisméje különösebb megbeszélés tárgyát nem képezheti. Erre nézve elég megjegyezni, hogy a vörhenyes méregnek megvan az a tulajdonsága, hogy a torokban gyulladást idézhet elő. Jellege függ a mérég rossz indulatától és a talajtól, a melyen fejlődik (egyéni hajlam), vagy más szóval: *a vörhenyes torokgyulladás intenzitása csakis a vörheny virulentiája által van egyedül feltételezve.* Könnyű esetekben (mérsékelt láz, halavány vörös kiütés, jó közérzet) csak egy egyszerü hurutos gyulladást találunk a torokban. Középsúlyos esetekben tüzös vagy lakunaris, súlyos esetekben a diphtheriás gyulladásnak minden fokozatát, de a *Löffler*-féle bacillusok nélkül (*Löffler*, *Raskin*, *Escherich*, *Bourges* és *Wurtz*). A torokgyulladásnak mindezen különféle fajait vörhenyes torokgyulladásnak tekinthetjük, ha ezzel egyidejüleg a bőrön vörhenyes kiütés is van.

A mi a bakteriologicus vizsgálatot illeti, a scarlatina minden esetében, a melyhez diphtheriás lepedék társul, a torokból vett hártályokban minden körülmény között találtunk lánc-coccusokat. A 3-ik ábra, a mi klinikánkról nyert egyik készítményünk göresövi képét ábrázolja. Igaz ugyan, hogy egy ízben scarlatinánál *Löffler*-féle bacillust találtunk, de ez a beteg oly családból származott, a melyben akkortájt három fertőző baj fordult elő, u. m. scarlatina, diphtheria és varicella, úgy, hogy 4 gyermek közül az egyiknél diphtheria, egyiknél vörheny és varicella, a másiknál diphtheriás

scarlatina s a negyediknél a három baj együtt volt. *Trousseau* a scarlatinás torokgyulladásnak két formáját különbözteti meg. az egyik a *korai*, a másik a *késői* időszak (angine pseudo-membraneuse précoce — és tardive). Az első a kiütési szakban fordul elő (a 2—4-ik napon); gyakran kíséri azt az orr és az állalatti mirigyek megbetegedése, de ekkor még a torok tiszta; ez az alak mint diphtheria senkit sem fertőz; a másik az üdülési szakban fordul elő (2—3-ik hét), gyakran kiterjed a garatra is. Az elsőt *Trousseau* nézete szerint a scarlatinás fertőzés, a másodikat a diphtheriás fertőzés okozza. Az utóbbi időben eszközölt bakteriologicus vizsgálatok az ő nézetét teljesen igazolták, mert a diphtheriás-scarlatinás torokgyulladások kezdetén streptococcusokat találunk, más coccusokkal egyetemben; a későbbi időszakban azonban már *Löffler*-féle bacillust.

A fekélyes torokgyulladás. Részemről ez alatt a mandulák nyálkahártyájának olyan fekélyes roncsolását értem, a melyet ugyan az a folyamat idézett elő, mint a fekélyes szájgyulladást. (Stomacace.) Mindkét esetben a nyálkahártya erősen megduzzad, kékes színárnyalatot mutat és érintéskor könnyen vérzik; rövid idő múlva a torok nyálkahártyafelülete elhal és szétesik; ily módon egy fekély keletkezik, a melyet meglehetősen vastag, lággy, piszkos sárgás, bűzös törmelék borít be. Ez a neme a torokgyulladásnak a mandolák piszkos lepedéke és a szájból kiáramló bűz, kapcsolatosan a mérsékelt lázzal és állalatti az mirigyek mérsékelt beszűremkedésével, a diphtheriához igen hasonlít.

Abban az egyetlen ilyenemű esetben, a melyet dr. *Schlossberg*gel volt alkalmam egy consiliumnál látni, a kórismét megkönnyítette az, hogy az illető kis leánynál határozottan kifejezett stomacace volt; a mellett a diphtheria ellen szólott nemcsak a nyálkahártya jelentékeny duzzanata és hajlama a vérzésre, hanem már a lepedék kinézése magában véve is, a mely egészen saját-szerűen laza és nedves volt. Mivel abban az időben sem én, sem *Schlossberg* a fekélyes torokgyulladásról addig nem hallottunk, azért a kórismét erre a betegségre csak feltételesen állapítottuk meg, amit azonban a lefolyás és a kalium-chloricum jó hatása megerősített.

A fekélyes torokgyulladás második esete klinikánkon fordult elő egy 12 éves leánynál, a ki betegségének 3-ik napján került észlelésünk alá; baja nagyfokú lázzal és nyelési fájdalmakkal kez-

dődött. Felvétele alkalmával a következőket találtuk: erős, stomacacera nagyon emlékeztető szájbüz. daczára annak, hogy a foghús ép; mindkét mandola, de leginkább a bal annyira dagadt, hogy a nyelvcsap lenyomatát mutatta, a garat hátulsó falát látni nem lehetett; mindkét mandola, ugyszintén az inyvitorkák borítvák szürkés sárgás, nagyon laza és vastag lepedékkel; az állkapocs szöglete alatt egy tömött tapintatú, periadeniticus gyulladás okozta beszűremkedés, a beszéd orrhangú, láz 39° C. A lepedékből vett váladék görcsői vizsgálata temérdek különféle bacillust mutatott, de a melyek között Löffler-féle nem volt.

Jóllehet ez esetben a foghús nem volt megtámadva, mi jogosultnak tartottuk a diphtheriát kizárni és fekélyes torokgyulladásra tenni a kórismét, s pedig a jellegző szájbüz, a lepedék kinézése, és az állalatti mirigyek duzzanata alapján (diphtheriánál az állalatti mirigyek duzzanata rendszeren nem oly tömött).

A gyógykezelés teljesen igazolta a kórismét, a mennyiben chlorkali belső adagolása és chlorkali szájöblögetésekre (mindkettő 2%-os oldatban), a szájbüz már a következő napon jelentékeny fokban csökkent, s a következő napokon a torokbeli kórkép is fokozatosan javult, s a leány 1 hét alatt meggyógyult.

Erről a betegségről rövid kis leírás található a „Traité clin. et prat. d. maladies des enfants“ de Barthez et Sanné, II. kötet. 266. lapon. — A szerzők észleleteiből kiderült, hogy az Angine ulceromembraneuse, mint ahogy azt ők elnevezték, nincs mindég stomacaceval összekötve és ekkor a kórisme nehezebb is; a kórismét támogatja a bántalmazott részletek kinézése és a kór oka, (ugyanaz, mint a stomacacenál) nemkülönben a kalium-chloricum jó hatása. Erre a betegségre különösen jellegző az a bizonyos szájbüz, mely ép olyan, mint a stomacacenál. Ez a büz egészen más, mint az, a melyet szájúszkösödésnél vagy a diphtheriánál érezhetünk.

A fekélyes torokgyulladást részletesen írta le Prof. Szimanovszky, az orosz „Vracs“ 1890. év, 1—7. számaiban. Ő e betegséget mint valami kisebb járványt, észlelte fekélyes szájgyulladások kíséretében és *Pharyngitis ulcerosának* nevezte el. Gyakran csak a garat hátulsó fala és a mandolák voltak megtámadva, míg ellenben a száj nyálkahártyája és a foghús ép maradt. A torok fekélyes gyulladását igen alacsony láz és igen csekély, u. n. általános tünet kísérte, vagy pedig a bántalom rendes hőmérsék

mellett folyt le és 7—10 napig, sőt tovább is eltartott; néha csak az egyik mandola volt beteg.

Még jobban hasonlít a betegség a diphtheriához az által is, hogy a foghus fekélyesedése nélkül a vizelletben fehérsnye is kimutatható; a *Szimanovszky* tanár által leírt 8 esetben a foghus fekélyesedése különben soha sem hiányzott.

Dr. *Nevezsin* (A moszkvai gyermekorvosok egyesületének évkönyvében 1894. év 86—92 l.) saját 8 esete és az irodalomban közölt 28 eset alapján a fekélyes torokgyulladás klinikai tüneteit a következőkben állítja elének:

1. A jellegző bűz, olyan mint a stomacacénál, a mely azonban különbözik a diphtheriás és a scarlatinás torokgyulladásoknál érezhető büztől.

2. A lepedék kinézése, a mely szalonnás, szürkés sárga, laza, a mely nem hasonló sem a tömör diphtheriás hártvához, sem más rostonyás hártvához.

3. A száj nyálkahártója is némileg a bántalom körébe vonatik (noha csak mint egyszerű hurut), a nyákmirigyek izgalma, s a mindig meglevő nyálfolyás a mire *Barthez* és *Sanné* figyelmeztet.

4. A jellegző fekélyek.

5. Nagyon jellegző az állalatti mirigyek megnagyobbodása és megduzzadása, a nélkül, hogy a bőralatti kötőszövet is meg volna duzzadva, mert ha ez jelen van, akkor, ha a torokban kiterjedt lepedék van, ez a diphtheriára pathognomonikus.

6. A beteg általános közérzete: a jó erőbeli állapot, jó érverés, de mindamellett néha a beteg apathicus, a torokbeli állapot nagyon kiterjedt és a láz gyakran magas.

7. Ugyanazon körülmények okozzák, mint a stomacacet, ha t. i. a beteg kimerült és rossz hygienicus viszonyok között él. (*Barthez és Sanné.*) A mi összes betegeink ily rossz viszonyok közt éltek.

8. A Chlor-Kali jó hatása a bántalomra, a mely oly specificus, mint a China hatása a váltólázra.

9. S végre, igen fontos megkülönböztető jel a diphtheriától az, hogy az üdülési szakban hűdés nincs.

Ezuttal megjegyzem, hogy minálunk szabály szerint minden bűzös diphtheriát Kal. Chlor belső adagolásával kezelünk.

A bujakóros torokgyulladás kétféle: u. m. condylomás és fekélyes. Az *angina syphilitica condylomatosa s. condylomata*

faucii, a mely az öröklött bujakór jele, leginkább 2—5 éves gyermekeknél fordul elő, ellenben az *angina syphil. ulcerosa* s. *ulcera syphilitica faucii* rendszeren a késői syphilis hereditaria tarda, öröklött bujakór tünetét képezi, s ennél fogva rendszerint 7 évnél idősebb gyermekeknél fordul elő; a condylomák kedvencz helye a pofák belső felszíne, kezdve a szájjúgon és a lágyszájpadon; ritkábban a mandolák és a nyelv.

A condylomák fehér, rózsaszinbe menő kiemelkedéseket képeznek, s a szomszédos nyálkahártyákból észrevehetőleg emelkednek ki. Érintésre nem fájnak és nem vérzenek; körülöttük reactiv gyulladás nincs. Mivel a condylomák a bőr és a nyálkahártya felhámjának túltengéséből keletkeznek, azokat mindig felismerhetjük a felhám szerkezetökből, a mely abban nyilvánul, hogy felületük igen apró, nedvező fehéres kiemelkedésekből áll, a melyek oly sűrűn ülnek egymás mellett, hogy a condyloma tarkázott mozaikszerűen néz ki. A condylomák lassan, heteken át fejlődnek, s minthogy nem fájdalmasak, sokszor észre sem veszik azokat, s csak a véletlen vezet reá. Ritka eset az, hogy csakis kizárólag a torok és a szájbán lennének condylomák, hanem rendszeren előfordulnak azok a bőrön is és *nevezetesen* igen gyakran a *végbél körül*, a mi a kórismére nézve igen fontos.

Minthogy a condylomák a nyálkahártya felületéből mindig kiemelkednek, azokat semmi más torok-fekélyvel összetéveszteni nem lehet, inkább a diphtheriás lepedékre emlékeztetnek, a mivel néha össze is tévesztik, ha t. i. azok csak a mandolákon és a lágyszájpadon székelnek, s ha a bujakórnak egyéb tünetei és az anamnesis hiányzik. Hasonló esetekben figyeljünk a színre (condyloma: fehéres rózsaszínű; a diphtheriás fekély: sárgás-szürkés); továbbá az előbbiekre recézett szerkezetére.

Angina syphilitica ulcerosát jellegzi az, hogy a száj nyálkahártyáján különféle nagyságú és alakú fekélyek keletkeznek, a melyek rendszeren élesen határoltak és alapjuk piszkos sárgás. Vagy a lágyszájpadon foglalnak helyet (azt gyakran át is fúrják), vagy pedig a mandolákon és a garat hátulsó falán; nem ritka dolog az sem, hogy az elmúlt fekélyek helyén régi hegeket is látunk. A baj nagyon hosszadalmas, a betegeknek egyéni panaszai ritkán vannak. A torok-fekélyek rendszeren szétesett gummákból keletkeznek, tehát e szerint ezek a késői bujakór jelei; ennek folytán ily esetekben mint kísérő tünet leginkább a bujakóros csontbántalom fordul elő;

a betegek rendszeren alszár-fájdalmakról panaszkodnak, (a melyek éjjel fokozódnak); az alszárok vizsgálatánál nem nehéz a perio-stiticus esontduzzanatok azok mellső felületén megtalálni.

A torok *tuberculosus* és *luposus* fekélyei — a melyek idült lefolyásuk miatt leginkább bujakóros fekélyekkel téveszthetők össze — a gyermekkorban nagyon ritkák; e két idült lefolyású baj közül a gyermekkorban több fontossággal bír a *lupus*. Elterjedésének módja és képe nagyon emlékeztet a bujakóra. A kórismét ilyenkor ezekre alapítjuk: 1. a kíséző jelenségek (*lupus nasi*), 2. a kórelőzmény, (a bujakór kizárható-e?) és 3. a jóddal való kezelés eredménye (*lupus erre nem mulik, ellenben a bujakóros fekélyek gyorsan meggyógyulnak*).

A megnehezített nyelés tünettana. — Dysphagia.

Ha az anya avval a panaszszal fordul az orvoshoz, hogy gyermeke nem tud nyelni, ez még nem bizonyítja azt, hogy a száj és a gyomor között a falat lenyelése valami akadályra bukkan. A gyermek kiköpi néha a táplálékot a nélkül, hogy azt lenyelni még csak meg is kísérelné, így pl. kiterjedt stomatitis aphthosánál; a nyelven és a szájüregben levő számos apró fekély a rágásnál oly nagy fájdalmat okoz, hogy a gyermek a tömörebb táplálékot visszautasítja.

Sem a forró, sem a sós és édes eledeleket nem tűri, míg ellenben a hideg tejet egészen szépen elfogadja. Ép ebben áll ennek az alaknak a sajátága, a mit *pseudo dysphagiának* nevezünk, a mivel csakhamar tisztába jöhetünk, ha a száját meg tekintjük.

Más esetekben *valódi nyelési nehézségek* vannak, melyeknek oka vagy a torok és a nyelőcső megbetegedése, vagy strictura. Az első esethez tartozik a dysphagiának minden heveny és félheveny esete, az utóbbihoz az idült.

Érdemes még a felemlítésre, hogy e tekintetben a hurutos és tüszős torokgyulladások különféle alakjai egészen észrevétlenül folynak le, s ennél fogva gyakran a figyelmet el is kerülnek. Sok diphtheriára és vörhenyes torokgyulladásra is ugyanazt mondhatjuk. Ellenben nyelési nehézségekkel jár mindig a toroknak kötőszöveti gyulladása, a mely egyik vagy másik mandola tályogjára vezet, ugyszintén a garatmögötti tályog és a súlyos diphtheriás és vör-

henyes torokgyulladás. A megtekintés és a tapintás által e bajokat felismerni nem nehéz.

Ha a nehéz nyelés abban nyilvánul, hogy az étel és ital a gégebe jutva, fulladási rohamot okoz és ha egyuttal a bejutott táplálékot a köhögési rohamok az orrba lökik, akkor az a körülmény arra mutat, hogy még nem régen lefolyt diphtheriás szájjad-bénu-lással állunk szemközt. A torok nyálkahártyája megtekintéskor rendesnek látszik, de az inyitorlák úgy a mély belégzésnél, mint hangoztatásnál, nemkülönben ha azokat ecsettel érintjük is, nem mozognak. (Csecsemőknél — farkas torok esetén — a tej az orrba ömlik még akkor is, ha hűdés nincs.)

A nyelvcső azon heveny megbetegedései, melyek a gyermekkorban komoly nyelési akadályt képeznek, a következők: az *oesophagitis corrosiva*, melyet részint a körelözményi adatokból, részint a száj- és toroküreg égési jeleiből hozhatunk tisztába; a *nyelvcső soor*-ja, mely kizárólagosan a gyermekek első életnapjaiban vagy heteiben fordul elő, ha a szájpenészt elhanyagolják, és a *nyelvcső görcsös összehúzódása*, mely idősebb gyermekeknél észlelhető.

A gyermekgyógyászati tankönyvekben sehol sem találtunk arra nézve megemlítést, hogy veszettségnél a nyelvcső izmainak görcsös összehúzódása a nyelést egyáltalában lehetetlenné teheti; mindazonáltal előfordul ez, mint azt pl. az általam 1889-ben a hallgatóimnak bemutatott eset is bizonyítja:

Az ambulatoriumba hoztak egy 7 éves, különben egészséges, de sovány és halavány kis leányt, a ki nem tudott nyelni. A betegség 10 nap előtt avval kezdődött, hogy időnként a nyelvcsőben a keményebb ételek nem csusztak le és visszagurultak a szájba; utolsó napon már a folyadékokat is csak nehezen és bizonyos sajátságos rotyogó zörejek kíséretében tudta lenyelni; időnként a nyelés annyira meg volt nehezítve, hogy a kis leány még egy kávéskanálnyi tejet sem tudott lenyelni. A kutatóval eszközölt vizsgálat a nyelvcsőben akadályra nem talált, a diónyi szivacsca-sal felfegyverzett kutató egész szabadon haladt át, s a beteg a kutatás után néhány korty vizet is le tudott nyelni. A gyermeknek Brom-natr.-t rendeltem és midőn egy hét múlva újra eljött az ambulantiára, akkor kitűnt, hogy azóta a nyelési nehézségek kimaradtak. A görcsös összehúzódás mellett szólt ez esetben a baj gyors kifejlődése, s a nyelvcső szűkületének még gyorsabb eltünése, úgy-

szintén az egész baj rövid lefolyása. Ha a nyelöcső átjárhatatlan vagy pedig szűkülve van, akkor az ételeket és italokat a beteg látszólag lenyeli ugyan, de ezek a gyomorba nem jutnak be és változatlanul visszalöknek. A kutató segítségével a szűkületnek nem csak a helyét, de a fokát is meghatározhatjuk. Gyermekeknél a nyelöcső szűkületeknek a leggyakoribb oka az, hogy marófolydéket nyeltek el, különösen kénsavat, (nálunk leginkább a téli hónapokban), és marólugot, melyet a többi között fehérnemű tisztításra is használnak. A baj okát kiderítik a körelőzményi adatok. A szűkület a kifekélyesedett nyálkahártya hegesedési idejében fejlődik ki és hónapokon át tovább terjed. Más okból eredő szűkület gyermekekénél igen ritka, mint pld. bujakóros fekélyek, himlőhólyagok, vagy idegen test által okozott sérülés stb. Aránylag gyakrabban, de azért mégis ritkán okozza a nyelöcső szűkületét a gyermeknél a mediastinum anticumban székelő daganat, mint pld. a sajtosan elfajult mirigyek.

Más esetekben a nyelöcsőszűkület veleszületett fejlődési hiba, a mikor vagy *gurdély képződésről*, vagy a *nyelöcsőkörűli szűkületről* lehet szó. Az első esetben a vizsgálat eredménye különböző lehet, amennyiben a kutató majd könnyen és szabadon a gyomorba, majd pedig a vakon végződő üregbe jut. A gurdélyba került ételmaradékok ott soká maradhatnak és azután erjedt állapotban jutnak ki onnan.

A nyelöcső veleszületett szűkületénél a kutató a szűkület helyét nem mutatja meg mindig pontosan, mert az rendszeren a nyelöcső ép részletéről fokozatosan megy át a kórosba; de a szülők észreveszik, hogy a gyermek az evésnél igen gyakran fulladozik és előttük a dolog úgy tűnik fel, mintha a gyermek az ételt nem rágná meg jól. A nyelöcső veleszületett atresiájánál az újszülöttek rövid idő múlva (3—4 nap múlva) az éhség miatt elpusztulnak, mert a mohón elnyelt tejet azonnal kiköpi.

A hányás tünetana.

A gyermekek sokkal gyakrabban hánynak, mint a felnőttek és pedig annál gyakrabban, minél fiatalabbak azok. Az első élethónapokban a különben teljesen egészséges gyermek is gyakran hány, ha túl van etetve, a mely eset habitualis *hányás vagy köpés* neve alatt ismeretes. Ez a tulajdonképeni hányástól — a kü-

lönben teljesen egészséges és jókedvű gyermeknél — abban különbözik, hogy hirtelen hány a gyermek, legesekélyebb undorodás jele sem előzi meg azt és a hányás maga, az arczkifejezés elváltozása és minden megerőltetés nélkül történik, azaz a hasprés észrevehető szereplése nélkül; a gyermek továbbra is megtartja jó kedélyét, s különösen gyakran hány a gyermek, ha azt vigyázatlanul felemeljük vagy (pld. a hasát nyomogatjuk) vagy lóbáljuk. A valódi hányást ellenben rendszeren émelygés előzi meg, a mit a csecsemő elhalványodása és általános nyugtalansága, kicsi és szaporá érverése és a végtagok elhidegülése ad tudunkra; a hányási folyamat maga a hasprés igénybevételével történik; a gyomor tartalma erőszakosan löketik ki, és a beteg végre egy különös, fuldoklásra emlékeztető hangot hangoztat. Az emlőből kiürített tej és a hányás által eltávolított tej között semmi lényeges különbség nincs, mert az mindkét esetben lehet ép úgy hig, mint megaludt; különbözik az azonban aszerint, hogy az utolsó tápfelvétel óta mennyi idő telt el; ha közvetlenül a szopás után hányt a gyermek, akkor az még folyékony, ellenben, ha egy bizonyos idő múlva, mintegy 20 percz múlva, akkor az már meg van aludva. Mindamellet előfordulhat az is, hogy a tejet egy bizonyos idő eltelté daczára még mindig meg nem aludt állapotban köpi ki a gyermek; ily esetben kétségtelen, hogy kóros folyamattal van dolgunk, a mit a gyomorsav hiánya, vagy az alvadási képesség hiánya okozott és ilyenkor nem egyszerű kiköpéssel, hanem hányással van dolgunk. Hasonló a dolog akkor is, ha a kiköpött tej jelentékeny mennyiségű nyákkal van keverve, vagy pedig a hányadék a tejet teljesen nélkülözve, csekély folyadék és epéből áll. Éhgyomorral történő hányás szintén nem egyszerű kiköpés.

Különös jelentősége van a *vérhányásnak* Ez a gyermekek-nél igen ritkán fordul elő, mert ennek leggyakoribb okai a kerek gyomorfekély, a gyomorrák és az idült májbajok, nem a gyermekkor betegségei. Az irodalomban igaz ugyan, hogy vannak gyomor és nyombélfekélyes esetek leírva, csakhogy ezek majdnem kizárólagosan az élet első heteiben levő gyermekekre vonatkoznak. Ezen fekélyek okozzák a vérhányást és a véres székletétet, a vérzés pedig rendszeren oly heves, hogy a kis beteg már néhány nap múlva hevenyvérzegénység tünetei között elpusztul. A tankönyvekben ez a betegség *Melaena neonatorum* neve alatt ismeretes, a mely ritkán gyógyul.

Újszülötteknél a gyomor és bélvérzésnek sokkal gyakoribb oka valamely általános táplálkozási zavar, mint a gyomorbélhuzamban levő fekélyek. Élőben ezt az állapotot a nagy erőhanyaglás, a bőrön képződött apró petécek, nemkülönben a nyálkahártyák vérzésre való hajlandósága, a hullában a savós üregek és mirigyes szervek vérkiömlései mutatják. A *Grandidier* által az újszülöttek *időszakos haemophiliájának* nevezett betegség és annak lényege még nem eléggé ismeretes. Ide tartoznak az *újszülöttek septichemiája* és a *Buhl-féle heveny elzsirosodás*, ugyszintén a veleszületett bujakórnak egyes esetei — *syphilis haemorrhagica neonatorum*. Az időszakos haemophiliánál előforduló tüneti vérhányás abban különbözik a *Melaena neonatorum*-tól, hogy első esetben nemcsak a gyomorbélesatornából vannak vérzések, hanem más egyéb *szervekből* is, oly körülmény, mely az időszakos haemophilia körjelzésére már magában véve is elégséges.

A mi a vérzések gyakoriságát illeti, azok körülbelül a következő sorrendben foglalhatók össze: köldök-, gyomor-bélvérzések, vérzések az ivarszervekből, a szájból és orrból, a szemkötőhártyából, a fülből, a bőrből és veséből.

A vér soha se tör elő sugáralakban, (a köldök verőeres vérzései mint pusztán helybeli megbetegedés, ide nem tartoznak), hanem a vér a sértetlen nyálkahártyából cseppekben szivárog. A vérzések leginkább az élet első 5—12 napján mutatkoznak és meglehetősen gyorsan 3—5 nap alatt halálosak; a gyógyulás bár nincs kizárva, de ritka.

Idősebb gyermekeknél is a vérhányás rendszeren valamely időszakos vérzési hajlamnak a tünete, azonban ebben a korban egészen más a jelentősége, mint újszülötteknél; gyomorvérzést látunk a többi közt *Purpura haemorrhagica*-nál és a *Werlhoff-féle betegség*nél, ritkábban a fekete himlő kitörési időszakában (l. a megfelelő fejezetet). A vérhányás kórisméjénél tartsuk szem előtt azt, hogy újszülötteknél épügy, mint idősebb gyermekeknél, a valódi vérhányás helyett még *látszólagos* vérhányás is előfordul. Utóbbi nem egyéb, mint a lenyelt vér kihányása, míg ellenben valódi vérhányásnál a gyomor nyálkahártyájának vérzése szerepel.

Látszólagosan hánynak vért a csecsemők akkor, ha a dajka emlőbimbói berepedeznek, a mikor a gyermek a tejjel vért is nyel le. (Igen ritka eset!) Gyakoribb eset az, ha a szájnálkahártyából támad vérzés, mint pl. ha a nyelvfeket felmetszük, vagy a

farkas torok operációja stb. után. Riliet és Barthez szerint akkor is, ha a szülési aktus alatt a gyermek vért nyel el. A kórismét ilyen esetben a következőkre alapíthatjuk: 1. a vérző hely kimutatása; 2. az ürülék csekély vértartalma; 3. az általános táplálkozási viszonyok, melyek csekély vérzés alkalmával alig szenvednek, de valódi vérhányás esetében mindenkor igen erősen lépnek előtérbe, s a gyermek ilyenkor nagyon gyöngye és halavány.

Idősebb gyermekeknél a látszólagos vérhányásnak igen gyakori oka az orrvérzés, különösen akkor, ha az a beteget hanyatt fekvés mellett lepte meg. Minthogy orrvérzésnél a vér egy része mindig kifelé is kerül, a kórokot feltalálni nem nehéz. Néha a vérhányás különféle tápszerek bevétele által tévedésre ad alkalmat, mint pl. vörös bor, ha a beteg közvetlenül a hányás előtt itta azt meg, vagy pedig coccionellás gyógyszerek. Ezekre a körülményekre már a kórelőzményi adatok beszerzése alkalmával legyünk tekintettel.

Kétséges esetekben a hányadékban levő vérrögöket góreső segélyével vizsgáljuk meg, s ha e vérrögök a gyomornedv behatása alatt már annyira megváltoztak volna, hogy még a góreső segélyével sem tudunk biztosat, akkor nem marad más hátra, mint az ismeretes *Heller*-féle próbával vegyi úton tisztázni a dolgot; az eljárás azon alapszik, hogy — mint az a haematuriánál is ajánlható — ha az alkalikus folyadékot felmelegítjük, és ha abban vér és foszfatok vannak, az utóbbiak felmelegítéskor leülepednek és magokba szívná a vér pigmentjét, az üledék vérvörös színű. Adott esetben járunk el így: a hányadékot elegyítjük gyenge natron luggal, megfiltráljuk, keverjük egyenlő mennyiségű vízzel, t. i. azon folyadékkal, a melyben foszfatok vannak, s azután melegítjük fel.

A mi a vérhányás és a tüdővérzés közti hasonlatosságot illeti, ez utóbbi ritkán fordulván elő a gyermekkorban, nagyobb szerepet nem játszik. Egyébiránt megjegyezzük, hogy előbbi esetben a tüdőből származó vértől sötétebb színe és savi vegyhatása által különbözik.

Azok a betegségek, melyeknél *közönséges hányás* fordul elő, két csoportba oszthatók, a szerint, a mint azok magas lázzal kezdődnek, vagy pedig rendes vagy megközelítőleg rendes hőmérsékkel folynak le.

Közönséges hányással járó betegségek általában két cso-

portba oszthatók, u. m. magas láz kíséretében, vagy rendes, esetleg a rendeshez közel álló hőmérsék kíséretében lefolyó betegségek. A *közönséges hányás* kórismei jelentősége *heveny lázas betegség esetén* a gyermek kora szerint különböző. 2—3 éves gyermeknél, ha az egyetlen egyszer hány és a mellett a hőmérsék gyorsan emelkedik magasra, a hányásnak különösebb jelentőséget nem tulajdoníthatunk, mivel majdnem minden betegségnél, mely 39·5—40°C lázzal kezdődik, a gyermek hány. Mások a viszonyok idősebb gyermekeknél, mert ezeknél már kevesebb az olyan megbetegedés mely hányással kezdődik, milyenek kiválólag a kiütéses bajok, mint vörheny, himlő, kanyaró, úgyszintén egyes helybeli megbetegedések, mint pl. a hashártyagyulladás. Ha tehát egy 3 évesnél idősebb gyermek magas láz és hányás tünetei között betegszik meg, akkor első sorban ezekre a bajokra gondoljunk. Más lázas megbetegedések kezdetével a hányás majdnem kizárólagosan czélszerűtlen étkezés után következik be; leírt esetekben a hányásnak csak akkor tulajdoníthatunk fontosságot, ha az *éhgymorra* történik, az az, ha a beteg epével kevert nyálkás folyadékot hányt ki, s ha a mellett a különféle orvosságok esetleges hatását kizárhatjuk, a melyek között az újabb lázellenes szerek, mint pl. az antipyrin, a s salicylsavas készítmények stb. nagy szerepet játszanak. A kórisme érdekében is kívánatos, hogy az orvos ne nagyon iparkodjék gyógyszereket rendelni, annál is inkább, mert a lázellenes szereknek magára a betegség lefolyására ugy sincs hatásuk, (ha a lázat rövid időre lenyomjuk, ennek ugy sincs valami nagy haszna).

Hányás láz nélkül vagy jelentéktlenebb hőemelkedés kíséretében hasonlóképp előfordul a legkülönfélébb betegségnél. Hogy e jelenséget kellőleg megítéljük, mindenekelőtt meg kell állapítanunk azt, hogy a beteg a köhögés után hányt-e vagy pedig köhögés nélkül.

Köhögés után hányanak a betegek: 1. számarhurutnál; 2. pharyngitis sicca-nál, a hol a nyálkahártya annyira túlérzékeny, hogy már néhány köhögési roham elegendő arra, hogy reflektorius uton hányás következék be; 3. a *hörgmirigyek időült tulfejlődésénél (hyperplasia) és a mirigyek sajtos elfajulásánál*; 4. *meghűlés után fejlődött hörghurutnál*, ha az a számarhuruttal kapcsolatosan keletkezett; 5. *hörgtágulásoknál* bőséges, nehezen kiköhöghető köpéssel; 6. *oly genyes mellhártya gyulladásoknál*, a melyeknél az izzadmány a hörgökhe tört át.

Mindezen esetekben a kórisme általában nem nehéz. A két utóbbi esetben a kórismét a phisicalis vizsgálattal állapítjuk meg (l. a megfelelő fejezetet), a többi esetben, a hol a kopogtatás és hallgatódzás biztos támpontot a kórismére nézve nem nyújthat, egymástól már a lefolyás különfélesége és a köhögés jellege által különböznek (l. a számárhurutot). Ha csecsemők a köhögési rohamok tetőfoka után hánynak, akkor ez a körülmény igen fontos a számárhurut kórisméjére, mert az a betegség igen zsenge korú gyermekeknél gyakran a jellegző nyújtott belégzés nélkül, de mindig hányással folyik le, ellenben más, oly féle köhögés, mely hányást vonna maga után, e korban majdnem soha sincs.

Láz nélkül és függetlenül a köhögéstől hány a beteg, vagy azért, mert a gyomor nyálkahártyája izgatott, vagy pedig reflectoricus uton más szervek megbetegedése miatt.

Gyomorból eredő hányás keletkezik akkor, ha a gyomorba izgató anyag kerül; lehet az akár nehezen emészthető étel, akár valamely hánytató; jellemző reá, hogy semmiféle más tünettel nem jár, s semmi következményt nem von maga után: a gyermek mihelyt hányt, teljesen egészséges, s még étvágya sem múlik el. Másrészről különben a gyomorból eredő hányás mint tünet észlelhető gyomorbajoknál, mint pl. dyspepsia vagy gyomorhurutnál.

Reflectoricus uton létrejött hányás rendszeren a belek, a hasártya vagy az agy izgatott állapotára figyelmeztet. Minden *heves fájdalommal*, legyen az ideges (kólíka) vagy gyulladásos eredetű, szintén hányás kísérhet; hasonlókép minden makacs *székszorulás*, különösen, ha egyuttal bélelzáródás is van jelen, szintén csillapíthatatlan hányással van párosulva, a mely végül azután bélsárhányásba megy át; bélférgek is okozhatnak hányást. Utóbbi esetre gondolhatunk, ha a beteget leginkább üres gyomor mellett émelygések gyöttrik, s ha valami táplálékot vesz magához, ez nemcsak elmulasztja a hányást, hanem azt mintegy megállítja és az undort eltünteti. A kórismét a göresői vizsgálat teljesen biztossá teszi, ha a hányadékban petéket találunk, a melyekből azután az élősdi fajtaját pontosan meg is határozhatjuk. Bélféregre egy másik csallapíthatatlan jel az, hogy a hányadékban magát a bélférget vagy annak csak egyes részleteit találjuk meg.

Az **agyi eredetű hányás** az agy és burkainak heveny vagy idült gyulladásai kíséretében lép fel. Sok szerző a hányás jellegé-

ből akar már annak különös jelentőséget tulajdonítani. Szerintük a gyomorból eredő hányás az agyi eredetűtől abban különbözik, hogy az előbbi esetben a hányást émelygés előzi meg, a mely tápfelvétel után nemsokára megszűnik, ellenben az agyi eredetű hányás minden ok nélkül és megelőző émelygés nélkül áll be, úgy, mintha a beteg jóformán csak a száj s nem a gyomor tartalmát köpné ki; az agyi eredetű hányás sajátságaihoz számítják még azt a körülményt is, hogy azt leginkább üres gyomor mellett, és akkor tapasztalhatjuk, ha a beteget felültetjük. Ezek a körülmények természetesen inkább az agyi eredetű hányás javára értékesíthetők, de semmi körülmény között nem szabad ezeknek *döntő* jelentőséget tulajdonítanunk, mert mindkét részről fordulnak elő kivételek; egyrészt nem mindig könnyű a gyomorból eredő hányásnál egyáltalán az émelygést is észrevenni, ez ép úgy beállhat azonnal, mint az agyi eredetűnél, ha a beteget felültetjük, másrészt azonban kétségtelen, hogy az agyi eredetű hányás hasonlóképen igen gyakran tömörebb táplálék vagy folyadék felvétele után és különösen gyógyszerbevitel után következik be. Nagyobb jelentőséget tulajdonítunk az agyi eredetű hányásnál annak a körülménynek, hogy az *igen makacs*, mely napokon át sem étrendezés, sem gyógykezelésre nem enged, ugyszintén az a körülmény, hogy gyomorhányásnál a beteg a hányás után többé-kevésbé megkönnyebbszik, míg ellenben agyi eredetű hányás után még jobban összeesik. Agyi eredetű hányás mellett szólnak még a következő tünetek: hogy a nyelv tiszta, a székletét rendes vagy esetleg székszorulás van, hogy a szájból kellemetlen szag nem érezhető, haspuffadás nincs és a gyomorgödör nyomásra nem fájdalmas, hogy *heves* fejfájás van jelen, (a mely különben nem minden gümökóros agyhártyagyulladás kezdetén van meg), hogy a gyermek közömbös, az érverés szabálytalan és ritka. A leírt tünetek közül azonban egyáltalában egyetlen egy sem tekinthető teljesen bizonyosnak, mert bármelyik is hiányozhatik közülök; a kórismére csak a betegnél észlelhető általános tünetesoportozatnak van valódi értéke.

Nem ritka a következő kórkép: a beteg néhány órája heves, egyoldali, vagy az egész fejre szorítóköző fájdalmat érez, ezután hány, utána mélyen elalszik és felébredve, teljesen jól érzi magát. Ezeket a rohamokat leginkább 7—10 éves gyermeknél látjuk, de előfordulnak azok fiatalabb, 1—3 éves gyermeknél is, s majd hetenként egyszer, majd sokkal ritkábban, mintegy havonta egy-

szer, vagy pedig évente 2—3-szor ismétlődnek. Ez a kifejezett *migraines fejfájás*. Gyermekkorban gyakran összetéveszthető a heveny fejkórással; migrainnél a kis beteg a roham alatt fel-tünő halavány, érverése is ritkább, s néha még hőemelkedése is van (különösen könnyű a tévedés az első migrain roham alkalmá-
val), úgy, hogy a mikor az anamnesis ismeretlen, az orvos az első pillanatban heveny agyvérzésre gondolhat; a tévedést azonban könnyen észre vesszük, a mint a gyermek felébredve, teljesen jól érzi magát. Még nagyobb lesz a hasonlatosság az agyi eredetű hányással akkor, ha a hányás többször ismétlődik egy migraines roham alatt és a beteg csak későn alszik el.

Mint példa hozható fel arra a *hányásra, a melyet a vér-mérgezés okoz*, az az eset, ha a beteg apomorphin bőr alá fecskendése után hány. E csoportba tartozik a heveny vagy idült vese-gyulladásra csatlakozó *uraemicus hányás* és *Chloroform be-légzés utáni* hányás, a mely utóbbira nézve ne feledjük el, hogy az néha oly makacs, hogy minden szereléssel daczolva, az operatio után még napok mulva sem múlik el. (Erre nézve azt jegyzem meg, hogy az ilyen hányásnál mindenképen levegőt változtassunk, pld. a beteget szállítsuk a kórházból haza; volt reá eset, hogy ez az eljárás valóságos csodát mivelt.)

Izgékony gyengeségnél beálló hányásról irt *Leyden*. (Zeitschrift. f. Klin. Medicin XII. köt., 4. füzet.) Ő ezt súlyos betegségek után az üdülési szakban bekövetkező gyanus túlérzékenységnek tartja, elgyengült és könnyen izgékony egyéneknél.

Az ő észleletei oda irányultak, hogy ez a legsúlyosabb alakja a hányásnak, mert gyakran oly nagy fokot ér el, hogy még az életet is veszélyezteti. Okot szolgáltathat erre étrendi kihágás vagy némely gyógyszer is, mint *Leyden* esetében az antipyrin. Különösen súlyos ez *Leyden* szerint a Meningitis cerebro-spinalis, hagymáz és diphtheria utáni üdülési szakban. A többi között hagymáz-nál ő a hidegvíz kezelés mellett is látott igen súlyos hányásokat, a melyek azonban a kezelés abbahagyásával azonnal megszüntek.

A diphtheriások üdülési szakában előforduló ideges hányás külön említendő fel, minthogy gyermekkorban ez nagyon gyakori. A bajt, mint minden fertőző betegség után, valószínűleg a nervus-vagus hűdése okozza. Mi ezt csak súlyos diphtheriák után észleltük s rendszeren a lágyszájpad hűdése, az érverés gyengülése vagy ren-

detlensége és meglásszubodása előzi meg. Nemsokára ezután a hányás kezdete előtt a beteg heves hasfájdalmakról panaszkodik, a mely néhány percztől egész 2—3 óráig is eltart; a hányás után azonnal gyengül a szív működés (gyenge, néha szabálytalan érverés, a jobb szív kitágulása, a passiv vérbőség folytán a máj megnagyobbodása és érzékenysége, megkevesbedett vizelet, albuminuria). A beteg a szívhűdés folytán már az első napon is elpusztulhat, de gyakrabban a halál csak a 2—3-ik napon következik be. A gyógyulás nincs kizárva, de ritka; ily formán a diphtheria üdülési szakában fellépő következő tünet complexus u. m., szivgyengeség, hasfájdalmak, hányás mindig nagyon kedvezőtlen.

A hányás, mint a gyomor ideges bajának (hyperaesthesia) következménye, függetlenül lázas megbetegedéstől előfordulhat egyszerüen a Chlorosis és az általános ideggyöngöseség folytán is, mint azt pl. a következő eset bizonyítja:

11 éves leány, azelőtt mindig egészséges volt, makacs, az utóbbi két hónap alatt naponta ismétlődő hányás miatt vétetett fel a kórházba. A beteg üres gyomorra nem hány, hanem csak akkor, ha evett vagy ivott; mielőtt a hányás beállott volna, egy hónapig csuklott. A szülők állítása szerint az utolsó két hónap alatt csak 4-szer volt széke. Felvételekor a beteg egy cseppet sincs megviselve, csak kissé halavány és gyenge; most csak mintegy 1 kilométer tavolságra képes járni, azelőtt azonban sokkal erősebb volt. *A nyelv tiszta s az étvágy nem mondható rosznak, a szomjuság rendes; a gyomor tájéka nincs elődomborodva és nyomásra nem fájdalmas; a gyomorgödör azonban láthatólag elődomborodott, de sem nyomásra, sem máskülönben nem fájdalmas, daganat ki nem mutatható; állítólag már 10 napja nem volt széke; bélférgeket nem találtak, álma jó, vizeletben fehérnye nincs, láztalan; hő 37°; érverés 88; - szabályos.* A kórházban való tartózkodásának első két napján kétszer hányt, reggel néhány kanál leves után, este néhány kanál thea után; a hányás actusa feltűnő könnyen sikerül, minden megerőltetés nélkül. Este (néhány kanál pépes táplálék után) nem hányt. Második napon: megint kétszer hányt. Harmadik napon magától volt igen kemény ürüleke. Ez után tíz napig nem volt széke és mindennap nem is hányt. Rend: Tr. chin. comp. 15'0, Liq. arsen. Fowleri XX DS. 25 cseppet ebéd és vacsora előtt. Két nap mulva a hányás és székszorulás teljesen megszűnt, és még akkor sem köszöntött be újra, a mint az arsen adagolását abbahagytuk; egy hét mulva a beteg gyógyultan ment ki a kórházból, néhány hónap mulva a leány újra a kórházba jött, mert újra kezdődött a hányás, de az arsen ekkor hatástalan volt. A gyermeket szülei nem sokára hazavitték s további sorsáról semmit sem tudunk.

Arra a kérdésre nem tudunk felvilágosítást adni, hogy a beteg nem volt-e *simulans*. Az a könnyűség, a mivel a beteg a legcsekélyebb tápszerfelvétel után is hányt, azt a feltevést nem zárta

ki, hogy a beteg az ételeket azelőtt köpte ki, mielőtt még azokat lenyelte volna.

A *gyomor túlérzékenysége következtében fellépő hányást* (Vomitus nervosus) Henoch ideges gyermekeknél tapasztalta, különösen reggel, mohó evés után; két esetében (az egyik 7 éves fiú, a másik 8 éves leány) a hányás napközben is beállott, de csak ideges izgalmak után. Ez a fajta hányás Henoch eseteiben rövid megszakításokkal hónapokon át tartott, anélkül, hogy annak káros következménye lett volna, s vagy magától vagy zsongító gyógyszer adagolására szűnt meg.

Az ideges eredetű hányást arra alapítjuk, ha a gyomor és egyéb szervek bántalmait kizárhatjuk, a melyek, mint már előbb említettük, a hányás okai lehetnek; az ideges hányást gyakran az jellegzi, hogy könnyen megy végbe és folytonos, s gyakran a betegnek haspuffadása sincs; továbbá az, hogy tartama ellentétben áll a rendes étvágygyal és avval, hogy a beteg általános táplálkozási viszonyai jók.

A hányástól megkülönböztetendő az az állapot, a mikor a gyermek az ételt vagy italt kiköpi a nélkül, hogy az a gyomrába jutott volna; ezt találjuk 1. a nyelvcső szorosánál (strictura) és 2. az inyitorlák diphtheriás bénulásainál.

A *nyelvcső szoros* (Strictura oesophagi) gyermekeknél majdnem kizárólag forró vízzel vagy maróanyagokkal való égetés által jön létre, mint pl. kénsav; nálunk ugyanis a nagy hideg miatt az ablaktáblák közé helyeznek kénsavat, hogy a fagy az ablaktáblákat el ne homályosítsa. A kórisme nem nehéz; mivel a beteg sem kemény ételeket, sem nagyobb mennyiségű folyadékot lenyelni nem képes, elegendők a körelőzményi adatok arra, hogy a kóros viszonyokat felismerjük; a szoros helyét és fokát a gyomorkutató segélyével határozzuk meg.

A *lágyszájpad bénulásai* diphtheria után fejlődnek (anamnesis) és abban nyilvánulnak, hogy a beteg étel lenyelése vagy ivás után hirtelen fulladozik, s a magához vett ételt vagy italt az orron vagy szájon át azonnal újra kiköpi; hangja orrhang; a torok megtekintésénél azonnal könnyen észreveszszük, hogy az inyitorlák hangoztatásnál, és akkor, ha a kutatóval érintjük, nem mozognak.

A gyomor és bél betegségei.

A csecsemők heveny gyomor és bél betegségei.

A csecsemők emésztési zavarai három főalakban fordulnak elő, a mely bajok a dyspepsia, a vékony bélhurut és a tüszős bél vagy vastagbélhurut neve alatt ismeretesek.

Az első alak, a *dyspepsia*, akkor fordul elő, ha a gyomor és belek nyálkahártyáját a tökéletlenül emésztett táplálékból eredő bomlási termények izgatják; az emésztési zavarnak abban az esetben az oka nem a nyálkahártya súlyosabb elváltozásában, hanem egyszerűen abban áll, hogy a gyomorváladék elégtelen. A dyspepsia és a heveny gyomorhurut között különben éles határt vonni nem lehet.

A második csoportnak boncztoni alapját a *vékonybél nyálkahártyának hurutja*, a harmadiknak pedig a *vastagbél nyálkahártyának gyulladása képezi*, mely leginkább a tüszökre szorítókozó gyulladásban áll.

A körisme különbségek ezeknél a betegségeknél 1-ső sorban a székülések jellegében; 2. a kísérő tünetekben állanak. Ha az ürüléseket megvizsgáljuk, arra kell ügyelnünk, mennyi azoknak száma 24 óra alatt, milyen a *konszistentiájuk és színük, büzősek-e*, van-e azokhoz *egyéb anyag* is keverve.

Egészséges csecsemőnek, rendes gyomorműködés mellett naponta 2—3 széke van; a széketét állománya pépes, vagy apró kavicshoz hasonló és csak annyi vizet tartalmaz, hogy a pelenkát maga körül mintegy 1 cmt.-nyire nedvesíti meg; mentül vizezesebb a szék a pelenkán, annál nagyobb lesz körülötte ez a vizes öv. A rendes széketét színe továbbá *egyenletesen arany, vagy narancs-sárga* és gyengén — nem kellemetlen — savanykás szagú; gyengén savi vegyhatású és rendszerint észrevehető mennyiségű nyálkával van keverve, a mely azonban a székkal bensőleg van elkeverődve, és nem látható különálló csomókban, mint az a follicularis bélhurutnál szokott lenni.

A *dyspepsiás széketét bőséges*, de egyik a másik után *nem* következik *gyakran*; (a gyermek, a helyett, hogy 2—3-szor székelne, 5-ször teszi), s majdnem tiszta *bélsár*; viztartalma nem nagyobbodott, *összeállása ennél fogva rendes, pépes*; nyálka tartalma valamivel szaporodott, csak hogy ez a nyálka épűgy, mint a rendes

székletétnél, bélsárral jól van összekeveredve; ha a nyálka külön gomolyokban távozik el, ez arra mutat, hogy a vastagbél is izgatott, minek folytán a dyspepsia átmenőben van a tüszős bélgulladásba. A dyspepsiára felette jellegző az, ha a székletétben nagyobb mennyiségű emésztetlen tejet találunk; hogy az ürülékben *nagy fehér alvadékok* láthatók, a melyek leginkább zsír, só és zsírsavas sókból, felhám és caseinből állanak. Jellemző reá továbbá még az, hogy a *bélsár színe* is megváltozik: dyspepsiánál az epe bilirubinja könnyeu változik át biliverdinné. minek folytán a szék sárgás színe zölddel lesz keverve. Ily módon a sárga, zöld és fehér színek keverése következtében a dyspepsiás szék sajátos színezetet nyer, melyre igen találó a „vágott tojás“ elnevezés.

Chronicus esetekben, kivált olyan gyermeknél, a ki tehén tejet szopik, az ürülék, az epe hiánya miatt, halavány sárga, sőt egészen színtelen.

A dyspepsiás ürülés szaga és vegyhatása többé-kevésbé savanyú; hosszadalmas lefolyás után, rothadt, a záptojásra igen emlékeztető szaga lesz.

Az ürülés minden eröltetés és fájdalom nélkül történik, néha azonban a szelek felhalmozódása miatt pattogó zörejek kíséretében.

A dyspepsiánál továbbá a gyermekek háynyi is szoktak, a has pedig puffadt és a gyermek kólikás is.

A *dyspepsiás hányás* rendszerint a szopás után következik be, néha közvetlenül utána, más esetekben $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ óra eltelte után; rendszeren nyugtalanság és émelygés kíséri, a mi azt megkülömbözteti a kiköpéstől.

A *meteorismus és kólíka oka* a bélgázok felhalmozódása, melyek az emésztetlen táplálék erjedése által képződnek. A kólikás fájdalmak időszakos alhasi fájdalmak. Dyspepsiánál láz nincs.

Ha az előadott tünetekből a dyspepsiát megállapítottuk, akkor feladatunknak csak a felét oldottuk meg, mert mielőtt a czél-szerű gyógykezeléshez fognánk, még a dyspepsia *okát* is ki kell kutatnunk. A *dyspepsia oka* mindenkor étrendi kihágáson alapul. Szopós gyermeknél a leggyakoribb ok az, hogy tulságos sokszor szoptatják; a csecsemő vagy többször kapja az emlőt, mint 2 óránként, vagy pedig negyedóránál tovább hagyják szopni, vagy pedig mindig mindkét emlőből szoptatják, a helyett, hogy az emlőket egymásután nyujtanák neki. Feltűnő gyakran dyspepsiások oly gyermekek, a kiknek az anyjuk bő tejelő, fiatal, egészséges, a tej pedig

az emlőből könnyen folyik. (Az ilyen emlőkből — *gyenge emlő* — a tej már igen csekély ujjnyomásra is sugarakban tör elő, — ellenben — a *kemény emlőkből* a tej nehezen szivárogva, nehezebben is szopható ki.) A dyspepsiának oka még az is lehet, hogy a szoptató teje nehezen emészthető és elégtelen tápszer (büjtös eledel, savanyú gyümölcs) által változást szenved; lelki megrázkódtatások, a hószám szintén kártékony befolyást gyakorolhat a tejre. A tej minőségére befolyással bír még a szoptatós kora is (20 éven alul vagy 46 éven felül), annak egészségi állapota, továbbá az idő is, a mely a szülés óta eltelt (újszülöttek gyakran azért kapnak dyspepsiát, mert a dajkájok teje nekik már öreg). Mesterségesen táplált gyermekeknél a dyspepsiának oly sok és különféle oka lehet, hogy itt csak a legfontosabbakat említjük fel, u. m.: a roszt, különösen savanyú erjedésbe ment tehéntej, (eltekinve attól, hogy a tejet hamisítják, figyelembe veendő ez esetben a tehén ápolása is), a tejnek helytelen higitása vízzel, és hogy a gyermek korának meg nem felelő anyagokkal keverik stb. Bizonyos pl. az, hogy 3—4 hónapon aluli gyermek keményítő, Cacao, ugyszintén a különféle faju kávét nem türi. (A Nestle-liszt sem képez ez alól kivételt!) Mindezen okokra itt nem terjeszkedhetem ki, mert az úgy is kitünik a kórelőzményi adatokból.

Egyes szerzők, mint *Demme* és *Biedert* még a dyspepsiának egy különös fajtát is leírják, melyet igen zsiros ürülések jellegeznek, s a melyet „zsiros hasmenésnek”-nek neveznek. A baj igen makacs, s csakis akkor szünik meg, ha a táplálék zsirtalan. *Biedert* arra, hogy a bajt pontosan kórismézzük, azt kívánja, hogy a száraz bélsár maradékból annak zsirtartalmát vegyileg határozzuk meg. Zsiros hasmenéseknél a zsirtartalom 41—67%, rendes széknél 4—25%, közt ingadozik. Gyakorlati szempontból elégedjünk meg a kevésbé fáradságos göröcsői vizsgálattal; helyezünk egy kis bélsárreszletet tárgylemezre, és tegyünk hozzá pár csepp vizet; a göröcső alatt akkor a rendes ürülnél a látótéren csak kevés zsirszemcsét látunk, míg a zsiros hasmenésnél az egész területet zsircseppek vagy zsirsavas sók és jegeczek foglalják el.

Uffelmann és *Csernow* később kimutatták azt is, hogy az ürülnél zsirtartalma minden dyspepsiánál nagyon megszaporodik, annyira, hogy ebből a tünetből egyedül a zsiros hasmenést megállapítanunk nem lehet. Ennélfogva nincsen bebizonyítva az, hogy a zsiros hasmenés a dyspepsiának egy különleges alakja.

Heveny vékonybélhurutnál ép oly *bőséges* székürülések vannak, mint a dyspepsiánál, de a mellett sokkal gyakrabban is székkel a gyermek (6—7-szer naponta); miután a szék ilyenkor túlnyomólag víztartalma, ennélfogva *folyékonyabb*, vizes, szintelenebb és az actus hangos szelekkel kezdődve, bő sugarakban ürül ki. A has rendszerint felfújt, de nyomásra nem fájdalmas. Láz rendszeren nem igen van.

Ha egyuttal a gyomor is beteg, akkor a beteg *hány*. A gyomor-bélhurutnak ez az alakja képezi az átmenetet az egyszerű bélhurutból a *gyermek-kolerába*, a melyet *nyári hasmenés* név alatt is ismerünk.

A *gyermek-kolera (cholera infantum)* csaknem kizárólag tehén tejen táplált és rosz, *elégletlenül szellőzött lakásban* élőknl fordul elő; kórboncztnai szempontból véve nem egyéb, mint az egész bélhuzamnak minden valószínűség szerint mycoticus okokból eredő megbetegedése; *Demme* legalább a bonczolás alkalmával a gyomor és belek nyálkahártyájának egész felületét bacteriumokkal telve találta, sőt 3 esetben sikerült is neki göröcsövilag kimutatni azt, hogy a bacteriumok nem csak a belek nyálkahártyájának nyiroküreit, hanem még a bélfodor-mirigyeket is kitöltötték. Ez a körülmény, ugyszintén az, hogy a betegség hirtelen, sokszor lázzal köszönt be és a szokatlanul gyorsan beálló collapsus, továbbá a halálos kimenetel, mely nyilvánvalólag nincs összefüggésben sem az ürülések számával, sem kinézésével, arra a következtetésre birták a fenti szerzőt, hogy az ilyen fajta nyári hasmenéseket heveny bél mycosisnak, azaz *fertőzésen alapuló hurutnak* tekintse.

A gyermek-kolera klinikai kórképe hasonlít a járványos kolera kórképehez, az igen makacs hányinger, bőséges hasmenés és a *gyors erőhanyatlás* miatt. A betegnek naponta 10—12 székürülése van; az ürülék vizes, igen bőséges és teljesen szintelen (a pelenkák olyanok, mintha csak vizelettel lennének beivódva); miután később az ürülékhez bélbeli felhám és gombák is keverődnek, az ürülések zavarosakká válnak; kezdetben savi, később alkalikus vegyhatásuak, s eleinte alig érezhető, később néha ammoniakalis szaguk; a has a sok ürülés folytán puha és beesett; a beteg rendszerint láztalan, de némely esetben a láz a betegség kezdetén gyorsan felszökik 39—40°-ra. A csillapíthatatlan hányás és a bőséges hasmenés mellett még azt is látjuk, hogy a beteg nagyon szomjas és alig vizez valamit, (néha a dolog odáig foko-

zódik, mint a járványos koleránál, t. i. teljes anuriáig) és a beteg igen gyorsan *collabál*; ezek a tünetek képezik egyuttal a különbséget a gyermek-kolera és a gyomorbélhurut között. Ily állapotban fejlődnek később a következő tünetek: a végtagok elhidegülnek, az érverés szapora és kicsi és az erőhanyatlás feltűnően fokozódik; később az ajkak cyanotikusak lesznek és a szemek beesnek, az érverés ekkor alig érezhető, a száj nyálkahártyája hideg és szívós nyálkával fedett; a hang gyöngül és rekedt, a gyermek feje lágya oly módon süpped be, hogy a koponyacsontok egymásra tolnak, (a homlok- és nyakszirtecsont szélei a falsontok alá tódulnak.) Rövid idővel a halál előtt beáll a bőr *scleremája*: a bőr és a bőr alatti kötőszövet megkeményedése, a mi onnan ered, hogy a vér a szövetek nedvét magába szívja. A sclerema hasonlókép, mint az elhidegülés, a végtagokon kezdődve, a törzsre és utoljára az arcra halad. A betegség utolsó szakában áll be a szopor, tarkómerevség és végre az u. n. heveny agyvízkórság tünetei között a halál. A gyermek-kolera lefolyása igen heves; néhány nap alatt vagy javul, vagy halálosan végződik.

Legkönnyebb összetéveszteni a gyermek-kolerát a járványos kolerával, mert mindkettőnek a tünetei azonosak. A diagnosis egyedül a járvány jellegére szorítkozik; az ázsiai kolera egyaránt pusztít a felnőttek és a gyermekek között, s a nyári hőséggel nincs oly szoros összefüggésben, mint a gyermek-kolera, a mely utóbbi a hűvösebb idő beálltával gyorsan megszűnik.

Kétes esetben forduljunk az ürülekben lévő kolerabacillusok kimutatásához. A vizsgálathoz a legezélravezetőbbek azok a nyálkatörtnelékek, a melyek a rizslészerű folyadékban uszkálnak; ebből a fedőlemezen száraz készítményt csinálva, azt methylenkével vagy fuchsinnal festjük meg (2—3 perczig melegítjük) és 500—600-szoros nagyítással vizsgáljuk. Tekintve azt, hogy Cholera nostrasnál, sőt néha a gyermek-koleránál is (*Lesage*) található vesszőalakú bacillus (Finkler-Prior-féle bacillus), a mely a Koch-féle comma-bacillus-hoz nagyon hasonlít, azért a biztos kórisme megállapítására szükséges még a bakteriologiai módszereket is igénybe venni (kultura).

Megemlítendő még azon emésztési zavar is, mely enyhébb bélmycosis következtében, vagy mint prodromalis hasmenés lép fel; ezt gyakran észleljük gyermeknél forró nyári hónapokban, mint hig, savanyú hasmenéseket; a székürülek átátható büze, továbbá a rendkívüli gombamennyiség, mely azokban látható, arra mutat, hogy

az ilyen esetben a rendes emésztési folyamatot a vékonybélben, talán esetleg még a gyomorban is székelő erjedési gombák okozhatták.

A heveny vastag bélhurut — Enteritis follicularis tüneteit könnyen megmagyarázza az a körülmény, hogy e bántalomban a vastagbél nyálkahártyája vesz részt. Az ürülék többnyire szintelen vagy zöldes *nyálkából* áll, mely néha vérrel is van keverve; az ürülék *nem bőséges*, de *igen gyakori*, naponta 10—15, (ebben rejlik a különbség a vékonybélhurut és a gyermek-kolera között) és mindenkor *fájdalmas erőltetés* kíséri a székelést. A nyálkás ürüléknek alig van szaga. Könnyű esetekben néhány nyálkás ürülés után egy rendes következik, vagy egy higabb bélsárból álló ürülés, mely a belek magasabban fekvő részleteiből származik, de ezt újra csak nyálkás ürülék követi; súlyos esetekben ez csak hashajtók adagolása után van így, de az igen súlyos esetekben még ricinus olaj adagolása után sem sikerül bélsártartalmu ürüléket provocálni (a körjóslatra nézve ez irányadó lehet). A *has* rendszerint kissé *behúzódot*t, s néha még a lehágó remese is nyomásra fájdalmas. Az enteritis follicularis minden másfajta bélhuruttól még abban különbözik, hogy rendszerint, kivéve az igen enyhe eseteket, — *lázal* jár. A könnyű vastagbélhurut 2—3 nap alatt is meggyógyulhat, súlyosabb eset eltarthat 2—3 hétig, sőt tovább is, vagy pedig idült hurutba megy át.

A legujabb időben egyes francia szerzők (Hammon, Vigier, Winter, Delattire, Lesage), *Hayen* kezdeményezésére *zöld hasmenés* elnevezése alatt a hasmenéseknek egy különös fajtáját írják le. A bélben székelő chromogen (zöld) hasmenésnek bacillus az oka, de zöldre festheti az ürüléket az is, hogy ahhoz epe keverődött, ez a francia szerzők u. n. „biliosus zöld hasmenése.“ A zöld hasmenések mindakét formáját könnyű görcsö nélkül is felismerni, ha az ürüléket légeny-savval kezeljük; ha az ürüléket epe festette zöldre, akkor a zöld szín vagy azonnal átváltozik ibolya vagy rózsaszínné, vagy az előbbi zöld szín még intensive zöldebb lesz, ellenben bacillusok okozta zöld hasmenéseknél a széketét légeny-sav hozzáadására azonnal elszíntelenedik. A körismére befolyása van még a gyermek korának is, a 2 hónapon aluli gyermekeknél a biliosus zöld hasmenés a leggyakoribb, a bacillusok által előidézett pedig igen ritka; két, egész 12 hónapnál idősebbeknél a zöldhasmenést többnyire a chromogen bacillusok okozzák. Két évnél idősebb gyermekeknél alig fordul elő.

Lesage a gyermekkori bacillaris zöld hasmenésnek 3 fokát különbözteti meg, u. m.: könnyű, közép súlyos és a súlyos alakot. Az első alaknál láztalan lefolyás mellett a székürülések száma 6, s néhány nap alatt gyógyul. Közép súlyos esetben naponta 6—10 ürülés mellett a gyermek lázas is, s e hasmenés gyakran idültté válik. A súlyos alak hasonlít a kolerához: naponta 20 ürülés is van és a beteg nem sokára collabál; mégis ez esetben — ép ebben áll a különbség közte és a gyermek-kolera között — hogy a beteg vagy egyáltalában nem hány, vagy csak keveset s a baj már 36—48 óra múlva halállal is végződhetik.

Idősebb gyermekek heveny gyomor- és bélbetegségei.

Gyermekeknél a heveny vagy félheveny gyomorhurut gyorsan folyik le.

A heveny gyomorhurutnak — Gastritis acuta s. Gastricismus — teljesen egészséges gyermekeknél gyakran durva étrendi kihágás az oka (tulságos sok édesség, különösen chokoladé, gyümölcs, zsiros ételek stb.). Magas, 40° lázzal, egyszeri vagy többszöri hányással kezdődik; a kezdetbeni székrekedést csakhamar hasmenés és hasfájdalmak váltják fel; megelőzi ezeket az étvágytalanság, rosztól származó, a szájból eredő kellemetlen szag, bevont nyelv és különösen a nagy vágyakozás hűs italok után.

Ép mert a hányás gyors hőemelkedések mellett más bajoknál is fordul elő, könnyen belátható, hogy az ilyen gyomorhurutokat a betegség első napján felismerni nehéz, annál is inkább, mert a bevont nyelv is tulajdonképpen nagyon is általános tünet. Hogy az esetet kellőképp ítélhessük meg, fontos szerep jut a kórelőzményi adatoknak (étrendi hiba), ép úgy a hányadék minőségének is, mely rendszeren emésztetlen ételmaradékokból áll. A gyomortájék a gyomorból eredő hányásnál elődomborodik és *nyomásra fájdalmas*; hányás után a beteg megkönnyebbül; hashajtó és kizárólagos koplalás után a baj gyorsan gyógyul. Könnyíti a kórjelzést, hogy az illető hely járványmentes.

A második alak, a **Gastritis subacuta** lappangva kezdődik; étvágytalanság, fejfájás, általános gyengeség és tunyaság mellett jelentéktelen láz kíséretében folyik le; sárgaság mindig vele jár, ellenben a beteg nem hány és esetleg hasmenése sincs, 37·8—38·5 fokos hőemelkedés 10—14 napon át is eltarthat. Ha a betegség kezdetén hányt is a beteg, akkor a bajt könnyen gümőkóros agy-

hártyagyulladásnak is tarthatjuk, mert ez ugyancsak hányás, fejfájás, székrekedés, tompultság és csekély hőemelkedésekkel kezdődik.

A kórismére döntő befolyású a *vastagon* bevont nyelv, továbbá a kellemetlen szájbüz, a gyomortáj elődomborodása és érzékenysége és a *kötőhártyák sárgás színe*. E tekintetben az *ajaksömör* is játszhatik bizonyos tekintetben szerepet, mert az gümös agyhártyagyulladásnál majdnem soha, ellenben „gyomor láznál” gyakran előfordul. Szabálytalan és ellasúdott érverés, ellenben (az érverés szabálytalanságának és meglassadásának magában véve még különös jelentősége nincs), kissé behuzódott has, tiszta nyelv a gyomorhaj ellen és agyhártyagyulladás mellett szól.

Idősebb gyermekek heveny **vékonybél hurutja** a felnőttekétől lényegileg nem különbözik. Jellemző erre a meglehetősen gyakori, (naponta mintegy 4—6-szor) bőséges, híg székürülés, kólikás fájdalmakkal.

Az idült gyomorhurut — *Catarrhus ventriculi chronicus* — gyermekkorban ritkábban fordul elő oly kifejezett alakban, mint felnőttnél, a hol felbőfögésben, gyomorégésben, nyálkahányásban és a gyomortájék felett kifejezett nyomás érzetében nyilvánul. Rendszerint a gyomorhurutnak csekélyebb tüneteit észleljük a gyermekeknél; ekkor a betegek étvágyukat elvesztve, lesoványodnak, leverték és fáradtak, s általában a vérszegénység kifejezett tüneteit tárják elénk, a mely körképről különben az étvágy tünettárában már szó volt; ott vannak megemlítve a különzeti kórismére vonatkozó irányelvek is.

Gyermekeknél a gyomorhuruthoz ritkán csatlakozik *gyomortágulás*. Ez utóbbinak legfontosabb tünete a bőséges hányás, a mikor a beteg az általa 24 órával előbb bekebelezett tápszereket is kihányja és a gyomor dobos kopogtatási határa jelentékenyen megnagyobodott, (egész a köldök magasságáig és még mélyebbre lefelé); néha pezsgőpor bevétele után a gyomor körvonalait is lehet látni. Kétséges esetekben ép úgy, mint felnőtteknél, a gyomorkutatóhoz kell fordulnunk.

Az idült bélhurut — *Catarrhus intestinalis chronicus* — az összes gyermekbetegségek között a leggyakoribb baj. Rendszerint a heveny bélhurut egyik vagy másik alakjából fejlődik ki, s különösen gyakori következménye az a vérhas és a nyári véres hasmenéseknek, de néha már eleve is mint idült alak kezdődik, t. i. a körelőzményi adatokból nem lehet megállapítani azt, hogy a gyermeknek előbb heveny hasmenése volt, mert a szülők azt állít-

ják, hogy a hasmenés már kezdettől fogva ilyen volt, mint most, a midőn orvoshoz fordultak.

Az idült bélhurut tünetei különbözök a szerint, milyen intensív a baj, úgyszintén a szerint, hogy a bélhuzam melyik részlete beteg, de mivel különösen a heveny vékonybélhurut — ha az idültté válik, soha se marad meg a bélhuzam azon helyén, mint a hol az kezdődött, s rendszeren az egész bélhuzamra áterjed, ennél fogva idült bélhurut esetén lehetetlen élesen megkülönböztetni a vékonybélhurutot a vastagbélhuruttól, s csakis azt mondhatjuk, hogy a hurut valószínűleg a belek melyik részletére szorítkozik.

Az idült bélhurut főtünete (legyen az akár a vékony, akár a vastagbéltre szorítkozó), a *bűzös hasmenés* és az *állandó meteorismus*, a mely utóbbi annál nagyobb, minél nagyobb a vékonybelek megbetegedése és minél ritkábbak a hasmenések. Az ürülések többé-kevésbé bőségesek, teljesen hígak és pépszerűek, szürkés agyagosak, vagy sötétbarnák és nem ép gyakoriak; a betegnek naponta 2—5 ürülése van, sőt néha ennyi sincs; ilyenkor a hasmenést 2—3 napig tartó székszorulás váltja fel, daczára annak, hogy étrendi kihágást nem követtek el. Néha periodice van a betegnek bűzös hasmenése, t. i. 2—3 ürüléke van korán reggel, vagy éjjel egymás után, s azután egész napon át nincs; vagy pedig közvetlenül evés után vannak híg bőséges vizenyős ürülései; mind a két utóbbi esetben határozottan vastag bélhurutot vehetünk fel.

Vastag bélhurutra jellegző továbbá a *véres nyálkával elegyített ürülés*, s az, *hogy a betegnek a harántremeséje és a vakbél tájéka fájdalmas*. Tiszta vastagbélhurut esetén, ha a gyomor és a vékonybelekben az emésztés rendes, feltűnő az az ellentét, a mely a beteg jó külszine és a hosszas hasmenés között van; eltekintve a tartós hasmenéstől (néha hónapokig is eltart) a betegnek bőr-alatti zsírpárnája el nem tűnt, a nyálkahártyák és a bőr nem nagyon halaványak, a nyelv tiszta, az étvágy kitünő.

Ha a hurut főkép a vékonybelek felső huzamára szorítkozik, akkor a bántalomban többnyire részt vesz a gyomor is; a beteg elveszti étvágyát, lesóványodik, halaványodik, a szemkötőhártyák kissé sárgásak, a gyomorgödör tája nyomásra kissé fájdalmas; de ennek daczára a hasmenés szünetelhet teljesen, s a belek bántalmára a sárgás kötőhártyákon kívül esetleg csakis a gyakori korgások, továbbá a meteorismus, és az időszakonként beálló kólikás hasfájdalmak figyelmeztetnek.

Enteritis follicularis chronicánál a székürülések ugyanazon jellegűek, de közbe mégis a vastagbél bántalmára jellemző ürülések is láthatók: az ürülések ritkábbak, leginkább *genyes nyálkát tartalmaznak*, néha vérrel is keverve, és az ürülés észrevehető *inger*, néha fájdalmak kíséretében történik; a székürülések száma ritkábban kevesebb 6-nál, rendszeren naponta *többször mint 10-szer* van a betegnek széke, s ennélfogva ennél a bajnál, még ha az vékonybél huruttal van is kombinálva, a has soha se oly puffadt, mint a közönséges hurutnál. A has valamelyest puffadt lehet ugyan, de mégis puha és tésztatapintatú.

A kimerülés néha igen nagyfokú, a böralatti kötőszövet eltűnik, gyakran a lábak és kezek vizenyösen megpuffadnak, s egyes esetekben általános vízkórságig megy a dolog; mindezen esetekben a betegek álmatlanok és nagyon szomjaznak.

Minden idült bélhurutnál előáll az a kérdés, hogy a hasmenést nem okozza-e a bél gümökörja vagy a bélfodormirigyek sajtos (gümökóros) elfajulása. Erre nem könnyű felelni. Az elsajtosodott bélfodor mirigyek mindenesetre annyira megdagadhatnak, hogy néha a köldök tájékán jelentékeny, egyenetlen felületű daganatokat is képezhetnek, de az élőben a daganatot nagyon ritkán sikerül kitapintanunk, mert a hasfalak a meteorismus folytán ki levén feszülve, ezt megakadályozzák. Más tünettől nem rendelkezünk, a mely egyik vagy másik bajra jellegző volna; s ennélfogva csak akkor tekinthetjük gümökórosnak a bél vagy a mirigyek megbetegedését, ha oly gyermek kap idült bélhurutot, a kinél más szervek is gümökórosak. Az előbb elmondottak kiegészítésére ide iktatjuk a Wiederhoffer-féle táblázatot is (Archiv f. Kinderh. VI. köt. 16. és 17. oldal. A has semiotikája).

Idült vastagbélhurut	Bélgümökör	A bélfodor mirigyek elsajtosodása és túltengése
Bár minden kora gyermekeknél előfordulhat, mégis leggyakoribb az elválasztás után és innen kezdve egész a 4-ik évig mindig ritkábban fordul elő.	Átlag csak a 3-ik évben, de ettől kezdve egész a 6-ik életévig fokozott mértékben fordul elő, különösen gümökóros szülők gyermekeinél.	Csaknem kizárólag a 3 éven felülieknél fordul elő; 5—10 életévek között a legsúlyosabb és a legkiterjedtebb, többnyire gümökóros szülők gyermekeinél.

Idült vastagbélhurut	Bélgümökór	A bélfodor-mirigyek el-sajtosodása és túltengése
<p>Egyszerre csekély mennyiségű székürülés (mennyisége kevesebbedt), a hasmenés folytonos.</p>	<p>Az ürülék, mint a bélhurutnál kezdetben híg, de gyakoribb és nagyobb mennyiségű egyszerre. A hasmenés azonban nem folytonos, mert néhány napig, sőt gyakran néhány hétig is szünetel, hogy azután újra kezdődjék; csak akkor folytonos, ha már a bélbeli bántalom nagyon előrehaladt.</p>	<p>Hasmenés felváltva szék-szorulással.</p>
<p>Legalább egyik vagy másik ürülés leginkább nyálka, genyész vér, felváltva majd hurutos, majd sokszor pépes, csak akkor meg nem emésztett, ha a hasmenések gyorsan következnek egymásután.</p>	<p>Az ürülék inkább bélsár-részletekből, mint különféle alakelemekből áll; <i>egyes ételrészletek egészen emésztetlenül távoznak el</i>, majd pedig a keményítőtartalmú eledelekből, egyes bőzsírtartalmú elemek, pl. velő, tojás sárgája, keményebb zsír egész emésztetlenül távozik el.</p>	<p>Az ürülék legnagyobb része víz; itt is előfordul gyakran az, hogy a <i>meg nem emésztett zsír</i> a vizen szabadon uszik, a mit már szabad szemmel is egész jól észre lehet venni.</p>
<p>Kifejezett bélhurutnál az ürülést többé-kevésbé erőltetés kíséri, hurutos hasmenés ellenben kölikákkal van párosulva.</p>	<p>Fájdalmak. A fájdalmak kölikás jellegűek, nem valami erősek és rendszeren borzongással kezdődnek.</p>	<p>A szabad időközökben is rendszerint meg van a fájdalom, hirtelen kezdődik, fájdalmakkal és égető érzéssel egyesülve csakhamar elmúlik, gyakran visszatér, különösen pedig, ha a beteg evett.</p>

Idült vastagbélhurut	Bélgümőkór	A bélfodor mirigyek el-sajtosodása és túltengése
<p>A haránt remese tája rendszeren felfuvódott, a vakbél és különösen a lehágó remese, úgyszintén a S. romanum tájéka mélyebb, tartósabb nyomásra fájdalmas.</p>	<p><i>A has.</i> Valami különösen az egész alhas sincs felfuvódva, néha nyomásra egész terjedelmében érzékeny; néha a vakbél tájéka feszültebb és mélyebb nyomásra fájdalmas.</p>	<p>A has meteoristikus feszés; egyes helyeken (idült hashártyagyulladásnál) nagyon érzékeny; utóbbi esetben a köldök tájékán kemény, a hasfalakkal szorosan összefüggő, állandóan észlelhető fájdalmas csomók.</p>
<p>mérsékelt, a pofák a lázas időszakban egyenletes pirosak, a bőr száraz, majd izzadt halványság.</p>	<p><i>A líz</i> mérsékelt, váltakozik, borzongással és kiujlásokkal; a pofák körülirtan pirosak; bőr száraz, izzadság nélkül, a czombok és karokon a bőr pikkelyszerűleg vastagszik meg (Pityriasis tabescentium) s e helyeken a szőr feltűnő módon nő.</p>	<p>igen mérsékelt, a szabad időközökben kivéve, ha hashártya is gyulladt, nincs is. Az egész köztakaró nagyon száraz s átlátszóan halvány. A hasfal bőrén a nyirokmirigyek kisebb-nagyobb csomókban kitapinthatók.</p>
<p>rendszerint szárazak, kicserepesednek, s a betegek mindig szeretik azt szopogatni.</p>	<p><i>Az ajkak</i> mint az idült bélhurutnál.</p>	<p>rendesek; kezdetben a betegek keményítőtartalmu eledelek után nagyon vágyakoznak.</p>
<p>A többi szervek egészségesek.</p>	<p><i>A többi szervek magatartása.</i> A tüdő tömörülése vagy sorvadása kimutatható; a bélfodor mirigyek többnyire túlfejlődtek vagy sajtosan elfajultak; a lágyék és nyaki nyirokmirigyek mindig duzzadtak.</p>	<p>A lágyékmirigyek megkeményedtek és duzzadtak; hasonlóképp duzzadtak a hörgmirigyek; görvélykór (tuberculosis) esetleg más szerveket megtámad.</p>

Idült vastagbélhurut	Bélgümőkór	A bélfodor mirigyek el-sajtosodása és túltengése
<p>csak azután áll be, ha a hasmenés már bizonyos ideig eltartott.</p>	<p><i>A lesoványodás</i> mindjárt a hasmenést követi és állandóan növekszik.</p>	<p>A lesoványodás lassan halad elő; a szabad időközökben rendes anyagcsere.</p>
<p>A nyugalom és a gyógyszerek mindig bizonyos eredményt mutatnak fel és visszaesés többnyire étrendi hibák után áll be; legtöbb hatást várhatunk a megváltozott táplálkozási viszonyok és légválttatás után.</p>	<p><i>Gyógyszerek</i> vagy teljesen hatástalannak, vagy időszakonként a hasmenést megszüntetik, de ez csak hamar minden kimutatható ok nélkül újra elkezdődik.</p>	<p>Ép az a hatásuk, mint a bélhurutnál. Visszaesés gyakori.</p>
<p>4—8 hét; ha ez idő után a láz is szűnik, a javulás tartós; néha — bár ritkán — a baj egy évnél, sőt tovább is eltart.</p>	<p><i>Időtartam</i> 2—6 hónap; néha megszakításokkal egy év is; ha a hasmenés vagy javulás bekövetkezik, az nem állandó.</p>	<p>Teljesen bizonytalan; a gyógyulás mindamellettnincs kizárva, ha t. i. a hashártya vagy a sajátos mirigyek elváltozása folytán ez egyáltalában lehetséges.</p>

Néha az idült bélhurutnak álczás váltólázak alakját is észlelhetjük gyermekeknél (nem is ritkán); ez alak minden egyéb idült bélhurut alaktól időszakos fellépése által különbözik.

Ilyen periodikus hasmenést én leginkább 5—10 éves gyermekeknél észleltem. (Bonn azt állítja, hogy ez csecsemőknél a leggyakoribb.) A betegnek rendszeren néhány óra leforgása alatt naponta 3—5 hig, igen bűzös, bélsártartalmú széke van, ellenben a nap másik részén vagy nincs ürülése vagy az egészen tiszta bélsár. Ez a váltakozás, hig és rendes ürülékekkel a malaricus hasmenésre meglehetősen jellegző. A hasmenés paroxysmus alakjában a napnak majdnem egy és ugyanazon órájában megy végbe, és pedig *leginkább éjjel vagy reggel*. A hőmérsék a hasmenések alatt nem mindig fokozott, de a lép mégis mindig annyira duzzadt, hogy ki is tapintható. Bizonyos fokig jellegző még a malaricus hasmenésre a betegnek *viszonylagos jó színe is*; a hónapokig fennálló has-

menések daczára a böralatti zsirszövet nem tűnik el, a beteg korántsem cachecticus, sőt még nem is sápadt. Jellemző még az, hogy a gyomor működése teljesen rendes; a nyelv tiszta, a betegek kitünő étvágygal esznek és baj nélkül ehetnek többet, mint a mennyit kapnak. Végre az időszakos hasmenésekre kissé nehezen értékesíthető oly tünet is beáll, a mely abban áll, hogy a hasmenés sem a szigorú étrend, sem opium kezelésre nem marad el, ellenben Chinin adagolása után gyorsan megszűnik. Igen sokszor elegendő a hasmenés kezdete előtt 1—2 adag Chinint nyújtani s ez által végleg megszűnik az a hasmenés, mely makacsul ellenállott minden más kezelésnek.

A heveny időszakos hasmenés tünetei: többnyire nyálkás vagy véres bélürülések, eröltetés és hőemelkedés; a lázra még megjegyzendő az is, hogy néha csak egy napig tart ugyan, de igen magas, körülbelül 40° C. is elér, minélfogva a véres ürülék és a magas láz az orvosra azt e benyomást teszi, mintha vérhas lenne kitörőben; a későbbi lefolyás azonban ezt tisztázza. Malaricus hasmenéseknél az időszakos megjelenés sokkal jobban kifejezett, idült, mint heveny esetekben, mivel utóbbi esetekben egész nap vannak nyálkás hasmenések; *de a nap bizonyos szakában észrevehetőleg sokkal gyakoribbak azok*. Különbözn könnyű és heveny alakoknál a pontos időszakos jelleget tapasztaljuk, a mikor a láztalan időszakban az ürülés rendes. *Bohn**) azt állítja, hogy a malariás vérhas a közönséges vérhastól a tenesmus, és hasfájdalmak hiánya által különbözik, ezt azonban nem sikerül mindig kimutatni. Még a heveny esetek is csak Chinin adagolására szűnnek meg.

A malaricus hasmenést felismerni nem nehéz. Legjobban jellemzi az, hogy a hasmenés typicusan, időszakonként mindig visszatér (persze arra ne számítsunk, hogy az a napnak mindig pontosan egyugyanazon órájában térjen vissza; 2—3 órai különbség itt nem játszik szerepet). A kórisme könnyítésére szolgál még heveny esetekben a kezdetben fellépő hőemelkedés és a lépnagyobodás (jóllehet sem egyik, sem másik nem okvetlenül kell, hogy meglegyen), idült esetekben a beteg kitünő színe, a tiszta nyelv, a kielégítő étvágy és a kórelőzményi adatok; (a betegnek vagy előzőleg váltóláza volt, vagy legalább lakott azelőtt malariás vidé-

*) „Jahrb. f. Kinderkr.“ 1873. IV. 115. oldal.

ken vagy nedves lakása volt stb.); a helyes útra tereli még az embert az, hogy ily esetben az opium és egyéb szokásos kezelés eredménytelen.

Daczára annak, hogy a malariás hasmenést kórismézni könnyű, azért azt néha még sem ismerik fel. Elég gyakori, hogy egy idült bélhurutos beteg hónapokon át szaladva egyik orvostól a másikhoz, mindenféle — az idült bélhurutnál szokásos — szerekkel próbál szerencsét a nélkül, hogy a kezelés eredményes lenne; néhány adag Chininre azonban csakhamr meggyógyul. Az ilyen eseteket megmagyarázza az, hogy az orvosok a malarias hasmenést kevésbé ismerik s jogtalanul mint ritkaságot tekintik; erre a betegségre nem is gondolva, megkérdik ugyan azt, hogy a betegnek hányszor volt széke, de nem azt, hogy mikor és mely időközökben, — s ép ez a fontos.*) Röviden szólva, *hogy a malariás hasmenést felismerjük, mindenekelőtt kell, hogy tudomással is bírjunk róla.*

Mindamellett megjegyzendő, hogy egyszeri periodicus hasmenés még a valódi malariás hasmenés kórisméjére nem elegendő, minthogy kétségtelen, hogy egyes vastagbélhurutoknál, (mint már előbb említettük), szintén vannak időszakos hasmenések, a melyek szintén bűzösek, higak, rendszeren reggel felé, rövid időközökben 3—5-ször egymásután ismétlődnek s napközben a betegnek vagy egyáltalában nincs hasmenése, vagy legfeljebb nyomban az étkezés után. Proff. Csernov nézete szerint (Perityphl. et paratyphlitis gyermekeknél. Kiew, 1892. 31 oldal) az ily fajta hasmenés a vakbél megbetegedésétől függ, a mire utal szerinte a magas dobos kopogtatási hang a coecum tájékán, a korgás, fájdalom vagy pedig a fájdalom ezen a tájon. Ha a hasizmok nem feszültek, akkor azon vonal irányának felső harmadán, a melyet a spina ant. superior ossis ilei és a köldök között vonunk, vagy pedig attól kissé feljebb vagy lejjebb, a vastagbél fájdalmas megvastagodott részletét ki is tapinthatjuk; gyakran egyidejűleg fájdalmas az S. romanum tájéka is, s általában érzékenyebb a vastag belek tájéka. Csernov nézete szerint ezek a hasmenések vakbélhurutra mutatnak, (s általában véve pedig a vastagbelek bajára), legtöbbször elhanyagolt heveny enterocolitis következtében fejlődnek ki (azaz nyálkás és véres hasmenések után), ellenben Edlevsen nézete szerint (Lehrb. der

*) A tankönyvek is hibásak e tekintetben, a németek ép úgy, mint az oroszok, mert a malariás hasmenésről még tudomást sem vesznek

diagnost. der inneren Krankheiten 1890. év 109. l.) a periodicus hasmenés azon vastag bélhurut legbiztosabb jele, a melyet co-prostasis okozott. Legyen a dolog bármiként, de annyi bizonyos, hogy periodicus hasmenést látunk néha vastag bélhurut esetén is és ez utóbbi a malariás hasmenéstől még abban is különbözik, hogy — eltekintve a hasfájdalomtól — a vastagbelek tájéka nyomásra fájdalmas, s hogy e bajra a chininnek absolute nincs hatása, de igen is hatásos ily esetekben az oleum castoreum (ricini) a tej diaeta és az 1^o/₃-os bő tannin csőrék. A hús és a zsíros eledlek hasonló esetekben absolute tilosak.

A véres ürülések tünettana.

Azt, hogy az ürülés vérrel kevert, már észrevesszük, ha csak reá tekintünk az ürülékre; az ürülék színe változik a szerint, hogy mennyi vér keverődött az ürülékhez, és a szerint, hogy a bélhuzamnak mely részéből történt a vérzés, (azaz a gyomorhoz közelébb vagy távolabb eső részletéből) s a szerint, hogy a vér a bélben meddig időzött. Minél közelébb esik a gyomorhoz az a bélrészlet, a honnan a vér ered, annál hosszabb ideig időzik a vér a bélhuzamban és ezért annál jobban befolyásolja azt az emésztési folyamatot. Ennélfogva színe megváltozik (sötétebb lesz), s mivel a bélsárral jól össze keveredett, azért a szék vagy egyenletesen sötétbarna, vagy egészen fekete. A vértestecsek ilyenkor görcső alatt vagy egyáltalában nem láthatók, miután teljesen tönkrementek vagy azok egészen elváltoztak; ilyen esetekben a vér a bélsárral szorosán össze van keveredve, innen van az ürülék sötétbarna, sötét fekete színe. Hasonlóképp fekete az ürülék egyes gyógyszerek, mint pl. vaskészítmények, szeder, szén stb. élvezete után is. Hogy kétséges esetben az ürülék vértartalmáról bizonyosan meggyőződhesünk, arra elég, ha a bélsárból igen csekély kis részt vízben feloldunk, ha vér van benne, akkor a víz azonnal megvörösödik. Kétség esetén forduljunk a Heller-féle próbához. (L. 95. l.) Tiszta bélsárral nem elegyedett vér rendesen a vastagbélből ered; ha különben az ürülés gyakori és a magasabban fekvő bélrészlet bőven vérzik és a vérzés gyakran megújul, akkor megtörténhetik, hogy az ürülék tiszta vér, de ez olyankor hig, kátránszerű, esetleg megalvadt, de mindenesetre sötét és egészen elváltozott a színe. Tiszta, vérpiros vér, ha a bélsárral bensőleg keveredve

nines, hanem csak ahhoz hozzá csatlakozott, bizonyosan a végbélből ered.

A vérzések kórokát, a mely a gyermek kora szerint különböző, véve alapul, minden idevágó esetet két csoportba sorolhatunk. Az első csoportba tartozik kizárólag az újszülöttnél és az első hónapokban levő gyermeknél előforduló bélvérzés; a második csoportba a 2 évnél idősebb gyermek bélvérzése. Az első csoporthoz tartoznak azok a bélvérzések, a melyek melaena neonatorum és haemophiliánál fordulnak elő, a miről már a vérhányás fejezetében szó volt.

A második csoportba tartozó bélvérzéseknél mint kórokok a következők szerepelhetnek. 1. Általános u. n. vérbetegségek. 2. Távolabb fekvő szervek oly betegségei, melyek a belek vivőereinek visszafolyását megakadályozzák és 3. Magának a bél falazatának megbetegedései.

A betegségek első csoportjába tartozik a Variola haemorrhagica, a Morbus macul. Werlhoffi és a Scorbut. Rendszerint a bél magasabban fekvő részlete vérzik, s ennél fogva a kiürült vér az ürüléssel vagy jól van bensőleg összekeveredve, vagy ha a vérzés ismétlődött, a vér tisztán ürül ki, de mindkét esetben nagyobb elváltozásokon ment át. A kórisme rendszerint könnyű és az egyidejűleg meglevő hőr- és nyálkahártya elváltozásokon alapszik, pl. Scorbutnál a foghús-fekélyek, Morb. macul. Werlhoffinál a purpura stb. Még aránylag a legnehezebb — különösen a járvány kezdetén — a variola haemorrhagicat felismerni, mert a betegség igen gyors lefolyást mutat, s néha a halál megelőzi a pustulák kifejlődését; a bőrkiütések és a belső szervek vérzése már a kitörési időszak első napján igen magas láz, tévengés és rángások kíséretében fejlődnek ki.

Véres bélürüléseket okozhatnak még azok a betegségek is, melyek a szervezet ellenállási képességét nagyon igénybe veszik, mint pl. a Bright-kór, csontszuvasodás, idült bélhurut stb. Ily bajoknál a betegnek a halál előtt majdnem mindig van inakacs, vizenyős hasmenése, a mely közben néha (de általában véve ritkán) véres is lehet, valószínűleg azért, mert az amyloide degenerált edények megrepednek.

Az első életévben a gyermekek, mint *Bohn* állítja, váltóláz esetén gyakran bélvérzésekben szenvednek.

A második csoportba tartozó bélvérzések, t. i. azok, a me-

lyeknél a vérzés oka a vivőeres pangás, gyermekkorban, ép úgy, mint a májbajok, a melyek azt okozzák — csak kivételképen fordulnak elő. Mert ezek az esetek ritkák, azért nem is beszélünk róluk.

A harmadik csoportba tartoznak: 1. a vékonybél nyálkahártya kifelégyesedései. Leggyakrabban általános szervezeti bajok folytán fejlődnek, mint a hagymáz és gümökör. Nem mindig lehet a fekélyeket felismerni, mert néha semmi tünetet sem mutatnak. Majdnem mindig hasmenéssel járnak, csakhogy ezt nem a fekélyek, hanem az egyidejűleg meglevő hurut okozza; ha hurut nincs, akkor a fekélyek daczára, a betegnek szorulása van, amint azt gümökörös bélfekélyeknél pl. *Rilliet* és *Barthez* észlelték (Kinderkrankheiten III. köt. 993. l.); e szerzők még azt is constatálták, hogy a hasmenések száma a fekélyek számától nem függ.

Bélfekélyek esetében néha, ha a hasra nyomást gyakorolunk, egy szorosan körülírt helyen nyomásra fokozódott fájdalmat találunk, mely azonban olykor nincs is meg, mert ezt a fájdalmat nem a fekélyek, hanem a szomszédos hashártyarészlet körülírt gyulladás okozza; mivel a kiválasztott geny nem sok, s ez a váladékokkal szorosan összekeveredik, azért azt észre sem vesszük. Ezzel a körülménnyel számolva, hagymáz és gümökörnál a véres székletét képezi a bélfekélyek legmegbízhatóbb tünetét. Magától értetődik azonban, hogy ez a tünet egyáltalában nem állandó, mert a belek kifelégyesedései vérzésekre ritkán adnak okot.

Kisebb-nagyobb mennyiségű *tiszta vér*, ha az erős *székinger* mellett *kevés* és *nyálkás* székkel ürül ki, a *vastagbél* és pedig kiválóan a *végbél* megbetegedésére utal. Ily székletétet látunk heveny follicularis enteritis-nél, vérhasnál és az alsó bélhuzam tüszős bélfekélyeinél (idült vérhas).

A heveny tüszős bélhurut tüneteiről már a csecsemők hasmenéseinél volt szó.

A vérhas — dysenteria — mint minden fertőző betegség, nagyon különfélekép lép fel. A legenyhébb esetektől elkezdve, a melyek 2—3 nap, sőt néhány óra mulva (pl. egy adag ricinus olajra) gyógyulnak, egész a legsúlyosabb, néhány nap alatt halálosan végződő esetekig, minden lehető formája előfordulhat.

Kényelmi szempontból a vérhasnak három alakját különböztethetjük meg, u. m.: könnyű, középsúlyos és súlyos alakot. Közös tünete valamennyinek a gyakori, egyszerre csekély mennyiségű nyálkás ürülés, székinger és a tenesmus.

A *könnyű esetek*, tekintve a tüneteket és a lefolyást, nem különböznek a középsúlyos tüzös vastagbélgyulladás tüneteitől. (L. tüzös bélgyulladást 107. l.)

A különbség az, hogy a vérhas ragályos és járványos betegség, ellenben a tüzös vastagbélgyulladás nem fertőző, s ezért nevezik szórványos vérhasnak is. Minden, még könnyű vérhasra is jellegző az, hogy *tiszta nyálkás széketétek vagy egyáltalában nincsenek, vagy pedig naponta többször változnak pépes bélsár ürüléssel.*

Középsúlyos esetekben naponta 10–20 bélürülés van; az ürülék többször tiszta nyálka, a mely vagy zöldre festett, vagy fehér, vérrel kevert; a tenesmus heves; bélsárrészletet az ürülékben néha 2–3 nap alatt egyszer sem látunk, de hashajtók adagolására ürülhet az is. A betegség első napján van hőemelkedés is. A has nyomásra nem fájdalmas, vagy pedig a bal fossa iliaca kissé fájdalmas. Collapsus nem tapasztalható. 8–12 nap múlva az állapot javul, a midőn a nyálkához mindig több és több bélsár csatlakozik és fokozatosan 2–3 hét alatt a nyálkas véres hasmenés közönséges hasmenés alakjába megy át. A beteg további 8–14 nap múlva teljesen meggyógyul.

A *vérhas súlyos alakját* a gyulladt nyálkahártyának diphtheriás váladéka okozza, s erre nézve kevésbbé jellegző az, hogy a betegség lázzal kezdődik és az ürüléseket heves székinger kíséri, (naponta 20–30 széke is van a betegnek), mint inkább az, *hogy a beteg gyorsan collabál, úgyszinte az, hogy a vastagbél, de különösen a colon descendens nyomásra fájdalmas.* Több nap is eltelik a nélkül, hogy az ürülékben bélsárrészletek lennének, melyeket még hashajtók sem tudnak a belekből kiűzni. Pirosas, húslére emlékeztető, egyenletesen színezett, nyálkatömegekből álló ürüléket csak súlyos vérhas eseteiben találunk.

Ha a beteg a heveny időszakot (2–3 hét) túléli, akkor a folyamat hosszú időre terjedve, az *idült vérhas kórképét* tárja elének.

Az ürülékek száma nem valami sok, naponta 6–8, azok bűzös, híg, vagy pépes, genyes nyálkából állanak, a mi mellett a kólikás fájdalmak és a tenesmus ritkán hiányzik. Ép ezen tenesmus és a bélsárnak genyes, néha savós-véres nyálkávali keverődése által különbözik az idült vérhas az egyszerű idült bélhuruttól, a melynél szintén igen bűzös ugyan az ürülék és gyakoriak a kólikás hasfájások. (L. az idült bélhurut fejezetét 109. l.)

Az idült vérhas eltarthat 2—6 hónapig is, de ezután legalább az esetek nagyobb része gyógyul.

Ha gyermeknél a végbélben tiszta piros vér mutatkozik, ez mindig igen kevés, s csak cseppekben látszik.

Az ily vérzések leggyakoribb oka a székszorulás, a mennyiben a kemény bélsárrögök a végbélnyíláson keresztül haladva, annak nyálkahártyáját berepesztik.

Elegendő ilyenkor a kórismére az ürüléket egyszerűen megtekinteni: az ugyanis kemény, száraz, sötétbarna vagy olykor fehér rögökből áll (kis gyermeknél tiszta tej táplálék mellett fehér), a melyeket helyenként a meg nem változott vér pirosra színezett. Az ürülés előtt erős székingere van a betegnek, az ürülés maga kissé fájdalmas, (azaz a hasprés is igénybe vétetik, de a végbél tenesmus nélkül), idősebb gyermek a székletét után arról is panaszkodik, hogy végbél nyílása ég; ezt a nyálkahártya sérülése okozza.

Edző (savi vegyhatásu) székürülések alkalmával is lehet a híg bélsár mellett kisebb fokú vérzés, s pedig azért, mert a végbél nyálkahártyáján felmaródások keletkeznek, a melyeknek azonban ép az a jelentőségük van, mint a náthánál a felső ajkak felmaródásainak. Rendszerint a bélfalazat hátsó részletére szorítkoznak, kisérvén azt a végbélnyílás körül eczema is, a mi a körjelzést megkönnyíti. Ezekkel a jelentéktelen és gyorsan gyógyuló felmaródásokkal ne téveszszük össze a nagyon makacs és fájdalmas *végbélberepedéseket (fissuria ani)*, a melyekről a székszorulás fejezetében lesz szó.

Ha minden ürülés után néhány csepp tiszta vér mutatkozik, s ha nincs e mellett *székszorulás*, akkor az biztos jele a *végbélpolypus*-nak.

Digital vizsgálatnál azt találjuk, hogy valamivel a végbél záróizma felett, a végbél hátulso falán egy kis, puha, rugalmas, könnyen vérző, vékony kocsányon függő daganat van; néha a polypus minden székletét után kinyomul, s ilyenkor összetéveszthető kisebb végbél-előeséssel; mégis a valódi tényállást felderíteni könnyű, ha a végebet ujjal megvizsgáljuk.

Prolapsus recti esetében a végbél mint körtealaku vagy hengeres, könnyen vérző, kékes vöröses daganat nyomul elő. A daganat közepén egy nyílás látszik, a melyen az ujj könnyen behatol.

A daganat és a végbélnyílás körül kerek alaku bemélyedés képződik, a melyben az ujj egészen a végbél befedett részletéig halad. Friss esetben a daganatot könnyű visszatolni, ha az ugyan egy közönséges körténél nem nagyobb. A leirt tünetek segélyével nem igen lehet a végbél-előesést bármi mással összetéveszteni.

A székrekedés tünettana.

A székrekedés mint időszakos vagy melléktünet igen gyakori különféle, nevezetesen lázas megbetegedéseknél; itt azonban azokkal az esetekkel foglalkozunk, a hol a székszorulás az egyedüli vagy legalább is a legfontosabb betegség és bizonytalan idő óta tart. Ez az u. n. *szokványos székrekedés*, a mely az első életévben fordul elő a leggyakrabban.

A gyermeknek az élet első hónapjaiban, addig t. i., a míg kizárólag tejjel táplálkozik, naponta 2—3—4 széke van; s kérdéses, hogy szopós gyermeknél, ha csak egy, de bőséges, rendes színű és összeállású széke van, beszélhetünk-e székrekedésről? Egyes szerzők, mint pl. Bohn (Jahr. für Kinderheilk. N. F. 1.) erre igen felelnek, azonban erre avval felelhetünk, hogy nehéz megmondani hirtelen azt, hogy hol kezdődik a szorulás és hol a rendes bélműködés. Egyetlen székletét bőségesebb lehet, mint 2—3 más együttvéve, s ennél fogva szerintem helyesebb, ha a székszorulás fogalmát az ürülékek minősége és a székletétet kísérő tünetekre alapítjuk. Csecsemők bélműködése ép úgy, mint a felnőtteké, egyénileg különböző. Vannak gyermekek, a kiknek csak napról-napra van székök és a kiknek ürülékük mégis mindig rendes, pépes és sárga, és általános egészségi állapotuk jó; ilyeneknél egyáltalában nincs okunk arra, hogy székszorulásról panaszkodjunk és gyógykezelésünket erre irányítsuk. Ha a gyermeknek kevesebb az ürülése, mint azt szervezete megkívánna, akkor ez a székrekedés más tünetek fellépte által — a melyek a szokványos székrekedést mutatják — lesz nyilvánvalóvá. Ezek a tünetek a következők: 1. Az ürülék durva összeállású, s könnyebb esetekben meglehetősen fehér, kolbász alaku, súlyosabb esetekben kemény, fehéres bélsár rögökből áll. 2. Maga az ürülési folyamat a hasprés látható igénybevételével történik: a gyermek szorit, arcza elvörösödik, néha még a verejték is kiüti. 3. A székrekedés alatt vagy közvetlenül azelőtt a gyermeknek a hasa fáj, e miatt a gyermek nyugtalan, sőt görcsöket

is kaphat. 4. A has felfúvódott, de nyomásra rendszeren nem fájdalmas; csecsemőknél felette ritkán sikerül a hasfalakon át a kemény bélsárrögöket kitapintani. 5. Könnyebb esetekben van a gyermeknek naponta széke vagy legalább minden másodnap, súlyosabb esetekben minden 2—4 napban egyszer, a mikor azután a székrekedés miatt lázas is lehet.

Idősebb gyermek székrekedése étvágytalansággal van kapcsolatban, a has ilyenkor felfúvódott, a mitől néha kólikás fájdalmi vannak; a gyermek általában bágyadt, feje fáj és néha lázas is, ennél fogva az állapot *idült hashártyagyulladás* is összetéveszthető, a melynél szintén meg van a hajlam a székrekedésre és a has puffadására, kólikás fájdalmakra és néha lázas mozgalmakra.

A differentialis kórisme nem mindig könnyű. Ezt arra alapítjuk, hogy idült hashártyagyulladásnál a has nem csak felfúvódott, hanem egyúttal feszült. a székrekedést gyakran hasmenés váltja fel, a hasüregben csakhamar izzadmány gyülemlik meg és végre arra, hogy súlyos esetekben sikerül az alhasban durva, körülírt daganatokat kitapintani, a melyek a hashártya gyulladásos megvastagodása és egyes bélkacsok összenövése által keletkeztek; az általános táplálkozási állapot hashártya gyulladásnál sokkal inkább van megzavarva, mint az egyszerű idült székszorulásnál.

Ha a székszorulás idejében a betegnek magas láza, általános gyöngesége és heves fejfájása van több napon át, akkor ezt az állapotot könnyen hagymáz kezdetének tekinthetjük.

Máskor a székrekedés agyi tünetekkel van complicálva, mint pl. hányás, fejfájás, kis hőemelkedés, meglassubbodott és kissé arhythmicus érverés, láta tágulás és aluszékonyság; az ilyen tünetek néha napokig is eltartanak, de alapos hashajtókra mégis elmulnak. (L. Barthez és Sanné tankönyvének II. köt. 532. l.)

Végre felemlítem még az én esetemet, a hol egy 8 éves fiúnak két héten át volt intermittáló jellegű láza, a mikor a láz az exacerbatio alkalmával reggelenként 39°5, sőt 40°8^o-ra is emelkedett (de nem pontosan és nem naponta), s chininre semmit sem engedett, míg végre egy adag hashajtóra a láz elmúlt.

Az ily kivételes esektől eltekintve, a székrekedést felismerni nem nehéz; de a fődolog az, hogy *annak okát* minden egyes esetben felkutassuk, mert csak ily módon lehet a betegséget észszerűen gyógykezeln.

Csecsemőknél a székrekedés okát vagy magában a gyermekben, vagy pedig a tápszer sajátásaiban keressük.

Egyes gyermekeknél a székrekedés oka az, *hogy az emlőből jövő tej túlságosan jól szívódik fel*; a kiválasztás ritkább, mert a bevett tej a bélsárképződésre keveset hagy hátra; a meddig elegendő bélsár gyülik össze, annak folyékony alkatrészeit is a vastagbél felszívja, az ürülék ezáltal megkeményedik és a székletétet megnehezíti. Az ilyen fajta székszorulásnál nagyobb mennyiségű bélgáz nem halmozódik fel, ennél fogva jellegző erre, hogy jól táplált gyermeknél bélfelfuvódás nem észlelhető. A gyermek a mellett, hogy rohamosan gyarapszik, egészségesnek látszik. Dajkaváltoztatás a székszorulást nem szünteti meg; ellenben szokatlan ételek, mint pl. buillon, néhány kávéskanál szódavíz vagy egyszerű ivóvíz, jó hatású lehet.

Ezeknek a szereknek még az oly eredetű székszorulásoknál is lehet hatásuk, a melyeket a *bélizomzat atóniája és renyhésége okoz*. Ily esetre gondoljunk akkor, ha az idült székszorulásban szenvedő gyermek vérszegény, minden tekintetben gyenge, de különösen, ha az angolkóros és izomzata is gyengén fejlődött; hasonlóképp joggal tekinthetjük idősebb gyermeknél is a székszorulás okának a bél atóniáját, ha az az étrend szabályozására el nem mulik, s általában, ha ennek más okát megtalálni nem tudjuk. Hogy az öröklött hajlam az anya részéről e tekintetben mennyire szerepel, azt nehéz megmondani, minthogy erre korántsem gondolhatunk mindig, különösen akkor, ha a gyermeket dajka táplálja.

Csecsemőnél az első hetekben észlelhető idült székszorulásnak: az *egész rectum veleszületett szükülete is lehet oka*. Rendes körülmények között a kis ujjat a végbélbe könnyen bevezethetjük, a míg szükületnél vagy egyáltalában nem, vagy csak nehezen. A székszorulás ezen okát, eltekintve attól, hogy könnyen felismerhető, igen gyakran fel sem ismerik csupán azért, hogy az orvosok a végbelet ujjal ritkán vizsgálják meg, a *mit soha se szabad egyetlen idült székszorulásban szenvedőnél sem elmulasztani*. Ennek illusztrálására 2 esetet hozok fel:

10 hónapos csecsemő: 9 $\frac{1}{2}$ hóig anyja szoptatta, s mindig hajlama volt székrekedésre, dacára hogy az ürülék normalis, pépes; elválasztása után két héttel annyira ment a dolog, hogy hashajtót kellett adagolni, s az utolsó 3 napon át nem volt hatása még néhány evőkanál Hunyady keserű víznek sem. Has puffadt, a bal regio hypogastrica táján tompa kopogtatási hang; gyermek nyugtalan, 24 óra alatt 2-szer hányt; többször eredménytelen ürülési kísérle-

tet tett. Abból indulva ki, hogy a lehágó vastagbélben kemény bélsár rögök vannak, azokról meggyőződni akarván, a végbelet ujjal vizsgáltam meg, a mely alkalommal a székrekedésnek egész más oka derült ki, ugyanis:

a végbélnyílás felett 1 cmt.-nyire kemény, rostaszerű, közepén átlukagott, apró nyílású billentyűt találtam, a melyen a kis ujj hegye nem hatolhatott át, s a vizsgáló ujj oly forma ellentállásra talált, mintha azt zsinag szorította volna meg erősen; a hasonló vizsgálat mindig fájdalmas volt a gyermeknek.

A dolog veleszületett végbélszűkületnek bizonyult, a mely abból az időből származott, a mikor még az embryonalis ivék tökéletesen nem tüntek el. Addig, amíg a gyermek szopott, ürülete oly híg volt, hogy ezen a kis nyíláson is — habár nem egész könnyen — kiszorulhatott, de az elválasztás után a tömöttebb ürület ezen nem hatolhatván át, beállt a nagyfokú székrekedés.

A másik — néhány hetes — gyermeknél, bár meg volt a székinger, de egyszerre mindig kevés és nehezen ment végbe a székelés. Az ürület színe és consistentiája rendes, nincs nyálkával keverve. Ebben az esetben a szűkület oka a végbélnyílásban volt csupán, a mely oly szűk volt, hogy még a legvékonyabb katheter sem hatolt azon át.

Azokról a székszorulásokról, a melyeknek oka a magasabban fekvő bélrészlet szűkülete vagy átjárhatatlansága, később lesz szó.

Mesterségesen táplált gyermeknél, úgyszintén az elválasztás után, nemkülönböztetve idősebbeknél a végbélnek ujjal való megvizsgálása kideríti azt, hogy a székszorulás okát az képezi, hogy közvetlenül a végbélnyílás felett, nagy száraz bélsár rögök halmozódtak fel, a melyek daczára a nagy erőlködésnek, nem haladhatnak át a végbél külső nyílásán, s pedig csak azért, mert aránytalanul nagyok. Természetes, hogy ily esetekben a csőrét alkalmazni nem czélszerű, minthogy a cső nyílását elzárja a bélsár, sőt a hashajtók sem vezetnek célra addig, a meddig a bélsár-rögöket kis kanál vagy ujjal ki nem szedjük.

Ha a csecsemő szokványos székrekedése a dajka változtatásával elmulik, akkor biztosan állíthatjuk azt, hogy a székszorulás oka a *tej sajátsága volt*. Hogy ez a sajátsága a tejnek miben áll, azt nem tudjuk, de feltehetjük, hogy a tej vagy túlsóvány, vagy igen sok benne a casein. Néha a szokványos székszorulásban szenvedő asszonyoknak ilyen a teje, továbbá idősebb koruaknak és azoknak, a kiket a gyermek már kiszopott (öreg tej). A kemény székek oka lehet a *kevés és sovány tej is*. Ily esetben a gyermek táplálkozása elégtelen, súlyban keveset gyarapszik, lesóványodik és székrekedése van, mert a bélsárképződésre kevés az anyag.

Az ily fajta szorulásra jellegző még az is, hogy a gyer-

mek keveset vizek és nyugtalan (sir, mert éhes). Mivel nálunk a gyermekszobákban a mérleg még ritka butordarab, s a lassú leszányódás nem ötlök könnyen a szemünkbe, könnyen megesik, hogy a sok sírást kólikás fájdalmaknak tartják és a szerint is kezelik. Ha felveszszük azt, hogy a gyermek azért sir, mert kevés a tápszere, miután nem hány, ritkán vizek és székszorulása van (a helyett, hogy ürüléke dyspepsiás lenne), akkor a valódi tényállásról könnyen meggyőződhetünk: adjunk a gyermeknek tehéntejet s ez órákig nyugodtan marad. Különbén még mérleg nélkül is könnyű arról meggyőződni, hogy a dajkának kevés a teje, mert az emlök objectiv vizsgálata erre nézve minden kétséget kizár.

Gyakori oka a székrekedésnek az is, *ha a csecsemők keményítő tartalmú, tehát az első hónapokban még egyáltalában meg nem emészthető tápszereket is kapnak az emlő mellett*: ez a belekben nem változik át dextrin és cukorra és az ürülékben mint meg nem változott keményítő ürül ki. Az ilyen okokból eredő székrekedést a megfelelő étrend által csakhamar rendbe hozhatjuk.

Mesterségesen táplált gyermeknél vagy pedig ép az elválasztás után az igen makacs székrekedésnek gyakori oka a *tulságos sok tehéntej adagolás*. Az ilyen ürülésre jellemző az, hogy fel-tűnően halavány; néha az ürülék egészen fehér, mint a hurutos sárgaságnál, igen kemény és száraz. s emlékeztet az elturósodott tejre. A körelőzményi adatokból megtudjuk, hogy a gyermek naponta 8—10 pohár tejet iszik. Gyakorlati szempontból fontos megjegyeznünk, hogy a gyermek ily sok tejet csak akkor képes megemészteni, ha a tejet nemcsak mint ételt kapja, hanem éjjel vagy nappal még mint szomjúságcsillapító italt is. Némelyik gyermek a szó szoros értelmében nem eszik és iszik egyebet, mint tejet. Az ilyen okból eredő székszorulás gyógykezelésénél nem szükséges a tejet egészen megvonni; teljesen elegendő, ha azt mint italt *különösen éjjel* eltiltjuk; ez által az élvezett tejmenyiség 3, 4 pohárra csappan, az étvágy javul, s a gyermek lassankint más eleddel is elfogad. Egyedül evvel is czélt érünk és egyúttal meg-erősítjük a helyes kórismét. Ha a gyermek még fiatal ahhoz, hogy kevert táplálékot kapjon és a has keménysége, kapcsolatban a kevéssé színezett székleletekkel megvan, daczára annak, hogy a tejétrendet megszorítottuk, akkor a tejet csak fele vízzel higitva szabad a gyermeknek nyújtani. Mivel a 3-ik évtől kezdve már a gyermeknek ételei változatosabbak, azért a szokványos

székszorulást sokkal ritkábban észleljük. A székszorulás étvágytalansággal társulva, a vérszegénységnek rendes kísérője, (l. chlorosis fejezetét); felléphet az idült gyomorhurut lefolyása közben, vagy kizárólagos száraz táplálék folytán is (pl. kenyér és burgonya a szegényebb néposztálynál), vagy pedig a székrekedést okozó készítmények, milyen pl. többi közt a vas is.

Idősebb gyermekeknél a székszorulásnak oka lehet még az a *rosz szokás is, hogy a gyermekek a székingernék nem engednek*. Ennek következménye ezután az, hogy a vastagbél alsó részlete kitágul, minek folytán a bélizomzat zsongja meggyöngül.

Közvetlenül *idült bélhurut után is* következik nem ritkán székszorulás. Az ilyen esetekben az vagy mulékony, a midőn az néhány hét alatt magától is elmúlik, vagy állandó. Az utóbbi esetet gyakran látjuk súlyos vérhas után, a mikor azt a vastagbelek s különösen a végbél heges szükülete okozza.

A székrekedésnek egy különös alakját látjuk néha 1—3 éves gyermekeknél, a melynek kifejezett jellemvonása az, hogy a gyermek *fél a széküléstől*, mert az neki heves fájdalmakat okoz. Az ürülést mindenáron elodázza, látszólagos ok nélkül az éjjeli edényről felugrik, sír stb. Az ilyen székszorulásnak mindig *végbél-repedés* az oka, a mit könnyű felismerni, ha a gyermek farpofáit széthúzzuk és a végbélnyilást megtekintjük. A berepedés többnyire a nyálkahártyának a bőrbe való átmenetén van és a végbélnyilást környező sugaras redők egyikében fekszik.

Makacs székszorulással és hányással járó betegségek.

A bélelzáródás — Ileus s. volvulus — bármi okból is származott, *mindig makacs székszorulással és csillapíthatatlan hányással* (eleinte epét, később bélsarat hány a beteg) és gyorsan beálló *haspuffadással* — meteorismus — jár; ha az akadályt gyorsan el nem hárítjuk, akkor csakhamar összeesik a beteg és meghal.

Gyermekkorban e baj oka korántsem oly különféle, mint felnőtteknél, ennél fogva itt a kórisme aránylag könnyebb is.

Újszülött bélelzáródásának oka egyesegyedül fejlődési rendellenesség, és pedig leggyakrabban az *atresia ani*, ritkábban a vékonybelek belvilágának (lumen) elzáródása. A végbél elzáródásait könnyű felismerni. A végbélnyílás szorosabb vizsgálatára felhívja figyelmünket az, hogy meconium nem ürül ki, továbbá csillapít-

hatatlan a hányás. Ha csak atresia ani van jelen, akkor ezt már egyszerű megtekintésre is meglátjuk és ezek után csak arról van szó, hogy a végbél vakon végződő részlete meddig terjed. Ennek eldöntése végett a kéz tenyerét tegyük a gyermek gáttájékára és figyeljük meg azt, hogy a végbélnek megfelelő hely siráskor meddig duzzad meg; az elődomborodás fokából fogjuk megítélhetni, hogy a bőr és a vakon végződő végbél között mily vastag réteg van. Könnyű esetben a végbél egészen jól van kifejlődve és a végbélnyílást csak vékony hártya fedi, a mely, ha a gyermek sir, észrevehetőleg elődomborodik.

Ha a magzatszurok vizelettel van keverve, ez azt mutatja, hogy a végbél és a húgyhólyag közlekednek.

Ha rendszeren kifejlődött végbélnyílás mellett újszülöttnél ileus tüneteit látjuk, akkor a bélelzáródás helyét az ujj vagy kutató bevezetése által határozzuk meg, s ha ilyenkor a végbél átjárható, akkor az elzáródás helye a vékonybélben van (vastagbél átjárhatlanság igen ritkán fordul elő). Ha a nyombél van elzárva, akkor a has lapos.

Idősebb gyermeknél — jölehet ritkán — elzáródik a bél **lágýéksérv** vagy még ritkábban **köldöksérv** kizáródása által.

Hogy a sérv kizáródott-e, azt könnyű felismerni, mert a bél-elzáródás tünetei mellett, melyek a gyorsan beálló haspuffadás, kólikás hasfájások, hányás, székrekedés, erőhanyatlás, beesett szemek, a végtagok meghidegülése stb. még a sérv helybeli tüneteit is észrevehetjük; a sérvet ugyanis *nem tudjuk visszahelyezni*, míg ez máskor egész könnyen ment; a kiszorult sérv *feszül*, a *feszülés növekedtével nyomásra igen érzékeny* lesz és pedig leginkább a sérvkapu környékén és e felett.

Gyermeknél a kizárt sérv összetéveszthető avval a kórképpel, melyet akkor látunk, ha az **egyik here a lágýécsatornába beékelődik**. A beteg lágýéktáji fájdalomról panaszkodik, kis gyermekek ezt a bajt avval árulják el, hogy igen élesen felsikitanak és az ágyban ide-oda hánykolódnak. A lágýécsatorna megvizsgálásánál azt találjuk, hogy annak nyílásánál egy rugalmas, sima, gömbölyü képlet van, mely fölött a bőr feszes és *nyomásra igen fájdalmas*; a mellett rendszeren a beteg hány, a daganatot visszahelyezni nem lehet, az állapot szóval meglepően hasonlít a kizárt sérvhez. A tulajdonképeni különbség a herebeszorulás és a sérv között az, hogy 1. a daganat kicsiny és alakja is más (hogy ily

kis sérv is kiszoruljon, azt nehezen tudjuk elképzelni); 2. hogy rendkívül fájdalmas; 3. hogy a haspuffadás nem fokozódik és végre 4. hogy ha a herezacskót megvizsgáljuk, a daganat oldalán here nines (Monorchismus).

Eltekintve ama ritka esetektől, a mikor belső elcsavarodás vagy elvongálás okozza a bélelzáródást, előállhat a bélelzáródás még a többi között az által is, ha a bélben *idegen testek halmozód-
nak össze*, mint pl. cseresnyemagok, bélgiliszták gomolyagjai és nevezetesen *bélsárrögök*. A bélelzáródás e legutóbb említett oka az orvosra különösen érdekes lehet, mert ez aránylag nemcsak gyakori dolog, hanem a kórisme és a gyógykezelés tekintetében is hozzáférhető. A dolog úgy áll, hogy megkeményedett bélsárrögök csak a vastagbél alsó részleteiben halmozódnak fel, minélfogva azokhoz, még ha ujjal is vizsgálunk, könnyen hozzájuk férhetünk. Miután az akadály a bélhuzam alsó részén van, ennélfogva az egész alhas felfuvódik, másrésről azonban a hashártya ekkor nem lévén a bántalom körébe vonva, a hányás rendesen nem oly makacs, mint pl. az invaginációnál, s az összeesés tünetei (gyenge érverés, beesett szemek stb.) aránylag később következnek be.

A bélsárhányásnak van még egy másik faja, ez az **Intussusceptio s. invaginatio**; ez abban áll, hogy egy magasabban fekvő bélrészlet az alantabban fekvő bélrészlet belvilágába betüremkedik; ez azonban annyira jellegző tünetekkel jár, hogy a kórismét többnyire ép jellegzetes tüneteivel fogva könnyű megállapítanunk. A kórbonecznokok az invaginatio helye szerint megkülönböztetnek: *invaginatio ileocecalis, iliaca, colica és ileo-colicat*: e beosztás azonban a gyakorló orvosra valami különös érdekléssel nem bír, mert a betegágnál ily tüzetes megkülönböztetést megállapítani bajos; elég ha azt tudjuk, hogy adott esetben a vékonybél csuszott be a vakbél billentyű mögé (Invag. ileo-coecalis és ileo-colica).

Ez az eset leginkább egy éven aluli gyermekeknél fordul elő. Az invaginatio többnyire *hirtelen hasfájásokkal, makacs hányással és székrekedéssel* kezdődik. A beteg kezdetben ételmaradékokat hány, később már nyálkás, epével kevert folyadékot, néha tiszta bélsarat; gyermekeknél különben a dolog ritkán fejlődik annyira, míg tiszta bélsarat hány, mert már jóval előbb pusztulnak el. A bél-invaginációra nézve még különösen jellegző az, hogy már a *betegség első napján* (felnőtteknél később) gyakori tenesmustól kísért *nyálkás véres székletételek* jelentkeznek; néha a székletét

tiszta vérből áll. Minél lejjebb nyomul a beszorult bélrészlet, annál hevesebb a tenesmus, s annál gyakoribb a véres székletét. A betegség kezdetén néha kevés bélsár is ürül ki, a mi azonban ennek a tünetnek a jelentőségét nem zavarja, mert ez a bélsár az invagináció alul fekvő bélrészletekből kerül ki; a bél belvilága különben nem záródik el mindig teljesen az invaginatio pillanatában, hanem később, ha t. i. a betüremkedett részlet falazata, különösen pedig ha a hashártyaboríték és a nyálkahártya is már meggyulladnak. Másrészt azonban tekintetbe veendő az is, hogy véres bélürülés nem észlelhető, ha a vastagbél a betüremkedésben részt nem vesz (invag. iliaca), ennél fogva az, hogy a székben vér nem látható, még nem zárja ki az invaginációt, különösen akkor, ha e bántalomra még egy más körjellegző tünet is meg van, ha t. i. a has bármely részén a hasfalak alatt egy kissé mozgatható, sima felületű *kolbász forma daganatot* tapinthatunk ki; ily esetben a daganat nagysága attól függ, hogy milyen a körülete annak a bélrészletnek, a mely azt előidézte. Ez a tünet azonban gyakran hiányzik, s ha meg is van, csakis a betegség kezdetén látható, mert később a gyorsan és mindinkább növekedő meteorismus a hasfalakat feszültekké tevén, e miatt a betüremkedett bélrészletet csak akkor tudjuk kitapintani, ha az már a végbélig terjed le; a végbélbe bevezetett ujj olyan testet tapint, mint a méh hüvelyes része, a melyet kényelmesen lehet körül járni, s melynek végén könnyű kitapintani a méh száját.

Kezdetben a fájdalmak kólikás vagy rohamszerűek, később azonban, ha a betüremkedés folytán a hashártyagyulladás rohamosan kifejlődik, a fájdalmak folytonosak és a legcsekélyebb érintésre is fokozódnak. A láz csak ekkor lép fel, míg ellenben az összeesés tünetei: mint halásápadtság, fátyolozott tekintet, fonalszerű érverés, a végtagok elhidegülése stb. már a betegség legelején megvoltak. A halál átlag 4—10 nap alatt következik be. A gyógyulás ritka; ez vagy úgy történik, hogy a betüremkedett bélrészlet a betegség első napjaiban magától vissza megy, vagy pedig a betüremkedett bélrészlet elhal, s hetek múlva kiküszöböltetik.

Az invaginatio tehát a többi bélelzáródási alakoktól abban különbözik, hogy a hasüregben kolbászszerű daganat van és az ürülék véres. Ily kolbászszerű daganatot találunk minden esetre a coprostasisnál is, de a kórismének biztos támpontul szolgál ily esetben a véres szék, annál is inkább, ha a betüremkedett bélrészletet kitapintani nem sikerül. Már csak azért is nehéz összetévesz-

teni az invaginációt a bélelzáródás azon alakjaival, a melyet bélsár vagy idegen testek összehalmozódása okozott, mert az invaginatio majdnem kizárólag csecsemők betegsége, a hol a bélsárhányás más okok folytán majdnem soha se fordul elő.

A kinzó tenesmus, valamint a gyakori véres székletével az orvost félre is vezethetik, s a bajtközönséges vérhasnak tarthatja; vegyük azonban tekintetbe azt, hogy a vérhas soha se kezdődik hirtelen beálló hasfájdalmakkal és ott a beteg *nem hány*; meteorismus sincs, sőt ellenkezőleg *a has beesett*.

Hogy a bélbetüremkedés már hashártyagyulladást is idézett elő, ezt igen könnyen felismerhetjük a hasnak rendkívüli érzékenységéről. Azt kideríteni azonban, hogy a hashártyagyulladásnak mi az oka, nem mindig, könnyű. Ha az orvos a beteget a betegség kezdetén nem látja, akkor csak a körelőzményi adatokra kell támaszkodnia, a mi által rendszeren sikerül megállapítania azt, hogy már napokkal azelőtt voltak az invagináció tünetei, mielőtt még a beteg alhas táji fájdalomról panaszkodott volna.

A végbélelőésés (Prolapsus ani) a betüremkedett és a végbélből kinyomuló béllal alig téveszthető össze, mert a végbélnyílás széle és az előesett végbél közé bevezetett ujj könnyen eléri a kiszorult bélfalat.

Englisch szerint (Jahrb. f. Kinderh. VIII. 79. oldal), a bélelzáródás oka a *tell hólyag kitágulása* is lehet; ő azt észlelte, hogy a szűk gyermekmedenczénél elegendő, hogy a hólyag csak kevésbé is meg legyen telve, arra, hogy a végbélet egészen összenyomva, ebben a közlekedést teljesen felfüggeszse; erre nézve két esetet hoz fel (egyiknél közli a bonczolás eredményét is), a melynek alapján azt állítja, hogy egyes gyermekkori ileus esetek oka nem egyéb, mint a vizeletvisszatartás.

Makacs hányás, párosulva székrekedéssel, hasfájásokkal, meteorismussal és összeesési tünetekkel észlelhető a Typhlitis és Perityphlitisnél is.

A vakbél körüli gyulladás. Perityphlitis.

A perityphlitis csecsemőknél felette ritka, inkább a székrekedésre hajlamos 5—10 éves gyermekeknél fordul elő. A betegség hasonlóképpen a bélbetüremkedéshez hasfájdalmakkal kezdődik ugyan, de a fájdalmak mégsem állanak be oly közvetlenül a baj kezdetével;

többszörre megelőzik azt különféle általános tünetek, mint étvágytalanság, rövid ideig tartó kólikás fájások, rossz emésztés, székrekedés. A kórismének legmegbízhatóbb támpontjává szolgál a fájdalom helye és jellege. A fájdalom először a *vakbél környékén keletkezik, s nyomásra fokozódik*. Egyidejűleg vagy közvetlenül ezután lép fel a *láz és a hányás*; a hányás többször ismétlődik, a hányadék epe, sőt néha bélsár; a székszorulás fennáll. Már a betegség 2-ik vagy 3-ik napján a jobb fossa iliacaiban, szorosán a vakbél felett egy körülírt, mozgathatlan, *nyomásra igen fájdalmas daganatot* találunk. A betegség vagy igen lassan javul, vagy pedig általános halálos hashártyagyulladásra vezet, vagy pedig a vakbél környéke genyedésbe megy át.

Ezekből a tünetekből megállapíthatjuk a kórismét. A bélbe-türemkedéstől élesen különbözik abban, hogy a szék nem véres, a fájdalmak más jellegűek (a betegség kezdetétől kezdve a fájdalom gyulladással, azaz nyomásra fokozódik), s a mellett a betegnek hőemelkedése van.

A mi a székszorulást illeti, ez perityphilitisnél néha hiányzik, sőt olykor még hasmenés is van. Azt eldönteni, hogy a gyulladás a vakbél, vagy pedig a féregnyújtvány borítékából indult-e ki (appendicitis et periappendicitis) nem mindig lehet. A féregnyújtvány önálló gyulladásának kezdetén a fájdalom mellett nincs se meteorismus, sem a vakbél környéke nem duzzadt, s a hányás sem oly makacs; tapintáskor a fájdalom és a megkeményedés, ha az egyáltalában kitapintható, a Poupart-szalag mentén van, s pedig annak közepén; egyébként a féreg nyújtvány fekvése nagyon különböző, minélfogva a fájdalom sem szorítkozik minden betegnél egy és ugyanazon helyre. A további lefolyásban, a mikor a gyulladás már a vakbéltre és annak hashártya borítékára is áttérjed, az appendicitis a kórismére hozzáférhetlen.

A perityphlitis differentialis kórisméjénél tekintetbe veendő még a *Typhlitis stercoralis* (vakbélgyulladás), a midőn a vakbélben felhalmozódott bélsár ép az említett hely fölött hosszukás daganatot képez, s amellet a betegnek hasa fáj, hány, meteorismusa és székszorulása van; különbözik pedig a perityphlitisztől abban, hogy e daganat nyomásra nem oly fájdalmas, mert a bél hashártya borítéka nincs meggyulladva; jellegző még erre az is, hogy hashajtó vagy cső-rére az állapot gyorsan megjavul. Egyébként a két kórfolyamat között éles határt vonni nehéz, s egyes szerzők, mint pld. *Barthez*,

Sanné („Tr. el. et prat. d. maladies d. enf.“ II. kötet, 473. lap.), mindkettőt egy és ugyanazon baj különféle fokának tartják.

Psoitis-nél a fossa iliaca táján ugyancsak találunk mozgathatlan és nyomásra fájdalmas daganatot s lázt, de a gyomor és belek részéről semmi tünet nincs; a beteg amellet sem nem hány, sem fájdalmat nem érez a hasban a beszűremkedett részleten kívül.

Azonfelül más a daganat helye is: *psoitis*-nél a daganat közvetlenül a fossa iliaca-ban tapintható, s nem ritkán kiterjed az alhas-tájék belső felületének felső harmadáig is, ellenben *perityphlitis*-nél pontosan a vakbél felett székel, tehát kissé felfelé és kifelé. A horpász-izom gyulladásánál a beteg kénytelen a beteg oldalon a czombot mozdulatlanul tartani. míg ellenben vakbélgyulladásnál csak akkor észlelhető ez a kényszerhelyzet, ha a gyulladás már a bél hátulso felszine alatt levő kötőszövetre is áterjedt (*paratyphlitis*).

A heveny hashártyagyulladás — *Peritonitis acuta* — oly jellegző tünetekkel jár, hogy azt bajos félreismerni. Legjellegzőbb tünetét képezi az *egész has kifejezett fájdalmassága*, mely a legcsekélyebb érintés, mozgás, köhögés, ugyszintén a hasprés fokozott működésénél erősebb lesz, úgy, hogy a beteg felhúzott alsó végtagokkal kénytelen hátán mozdulatlanul feküdni, a mellett a has legcsekélyebb érintését sem tűri. *A láz magas fokot ér el* (40° C), a mellett a beteg hány, székrekedésbe van, *s a has erős felfuffadása és feszülése kíséri a bajt*, a rekesz pedig magasan áll.

A hashártya izgatott állapotának és a folytonos hányásnak következménye a gyorsan beálló összeesés.

Hashártyagyulladás-hoz igen hasonlítanak azok a fájdalmak, *melyeket a hasizmokban a tornászás okoz*. Mikor a gyermek elkezd tornászni, gyakran panaszkodik arról, hogy hasizmai, különösen pedig a gyomor-gödör, valamint a köldök és fanizület közötti izomzat fájdalmas. Ha a beteget figyelmesebben megvizsgáljuk, akkor kiderül az, hogy a fájdalom a has egyenes izmában van és azáltal válik jellegzetessé, hogy ha ezt az izmot megnyomjuk vagy pedig a beteg oly mozgást tesz, a mi az egyenes hasizmot működésbe hozza, a fájdalom fokozódik. Szamárhurut esetén gyermekeknél hasonló fájdalmak vannak a hasizmokban azért, mert azok ilyenkor kifáradnak. A míg a fájdalmak nem nagyok, a kórisme nem is nehéz. Másként áll a dolog súlyos esetekben: ilyenkor a fájdalom kiterjed az egész hasra és olyformát mutat, mintha hashártyagyulladás lenne jelen, azaz a fájdalom már a legcsekélyebb

érintésre fokozódik és a beteg kénytelen háton fekvé, nyugodtan maradni.

A fájdalommal kapcsolatosan a hashártyagyulladásnak egyéb tünetei is megvannak, mint hányás, székszorulás, a rekesz magas állása és a láz, úgy, hogy a pontos kórisme az első napokban nehéz. Azonban bizonyos különbség a kettő közt már ekkor is észrevehető, u. m: 1. az érverés telt és nem szapora, a mellett nin-csenek meg az összeesésnek egyéb tünetei; 2. a láz 38.5° tul nem halad, 3. a körelözményi adatokból az izmok túleröltetését kimutathatjuk. Én pl. 1880-ban a Medicinszkoje Obozrenie*) január havi füzetében közöltem egy esetet, a hol egy 10 éves fiu a leirt tünetek között betegedett meg, miután előzetesen különféle megeröltető testgyakorlatot végzett, a melynél különösen az egyenes hasizmok voltak igénybe véve; az illető ugyanis egy cseléd derekára ült, őt czombjaival körülfogva és fejével többször hátra lehajolt a földre és újra fölemelkedett. A további lefolyás a dolgot tisztázza. mert ha a beteg nyugodtan fekvé marad, a tornászásban kimerült izmok csakhamar elvesztik fájdalmasságukat, 2—3 nap mulva a hányás és a láz is megszűnik, a fájdalom az egyenes hasizmokba összpontosul, különösen azok alsó részletébe, s egy hét leforgása alatt a baj teljesen elmúlik.

A hasfájalmak tünettana. Valamint a fejfájások, épúgy a hasfájások is azokhoz a bántalmakhoz tartoznak, a melyeknek tüneteit a legkülönbélebb okok képezhetik. E fejezetben csakis azon, idősebb gyermeknél előforduló fájdalomról fogok szólni, a hol azok a fájdalomról joggal panaszkodnak.

Mindenekelőtt megállapítandó még az, hogy a fájdalom hol van, azaz a hasfalakban vagy a belső szervekben székel-e?

A hasfalak fájdalmasságának oka lehet: 1. a hasfal bőrében; 2. az izmokban vagy azok hüvelyében; 3. a hashártyában magában.

A hasfalak gyulladásos fájdalmaiktól eltekintek (milyenek kelések, orbáncz stb.), mert ilyenkor a fájdalom oka nyilvánvaló, hanem áttérek mindjárt

a hasfalak túlérzékenységre. A beteg basának még a legcsekélyebb érintés is fokozódó fájdalom okoz, minél fogva a dolog hashártyagyulladásához nagyon hasonlít. Tényleg vannak esetek, a hol az összetévesztés hashártyagyulladással néha megtörténhetik,

*) „Orvosi szemle”.

különösen akkor, ha a hasfalak tulságos érzékenysége oly betegségek kíséretében fordul elő, a melyek hashártyagyulladásal lehetnek complicálva, mint pl. a hagymáz, a hol a hasfalak tulságos érzékenysége mindennapos. Ezt a hibát elkerülhetjük, ha tekintetbe vesszük azt, hogy a körjelzést mire alapítottuk. T. i. 1. azokra a tünetekre, melyek a bőr túlérzékenységénél általában mindig megvannak és 2. arra, hogy a hashártyagyulladásnak egyéb tünetei nem találhatók.

A bőr túlérzékenységét jellegzi 1. Az, hogy kiterjedt területre szoritkozik. Hagymáznál pl. könnyű észrevenni azt, hogy a fájdalom nem szoritkozik csupán a hasfalakra, hanem elterjed az a mellkasra és a czombokra is: a beteg egyaránt reagál, ha hasfalait vagy a czomb belső felszínét érintjük, mindkét esetben arczát fájdalmasan torzítja el és nyög. 2. Ha a nyomást fokozzuk, az a fájdalmat nem növeli és a mellett közömbös az, valjon a *hasfalat magát érintettük-e, avagy a redőbe emelt bőrt*. 3. Hagymáznál pl. a fájdalom napokon át nem változik, s e mellett a hashártyagyulladásnak semmi egyéb tünetét nem látjuk.

A bőr túlérzékeny még — a hagymáztól eltekintve — agyhártyagyulladásnál (különösen a meningitis cerebro-spinálisnál), egyéb magas lázzal járó betegségnél és általános ideges állapotoknál, a mint azt különösen serdülő hajadonoknál tapasztalhatjuk. (Hysteria.)

Ha hagymáznál a bőr *nagyon* érzékeny, ez az orvost könnyen félrevezetheti, úgy, hogy az állapotot összetévesztheti agyhártyagyulladással. Ily esetet észleltünk egy 7 éves leánynál, a kit betegsége 5-ik napján 40^o-os lázzal, tarkómerevséggel, lép-daganattal, eszméletlen állapotban vettünk fel a kórházba. A bőre annyira túlérzékeny volt, hogy a mély eszméletlen állapotban fekvő beteg mindannyiszor felkiáltott, valahányszor bőrét redőbe emeltem.

A kórismét ebben az esetben meningitis cerebro-spinalisra állítottuk fel, daczára annak, hogy megvolt az elébb említett tünet, úgyszintén a tarkómerevség, a betegség rohamos lefolyása, az igen nagy és fájdalmas lép, a szapora érverés (40 8^o—152), s a betegség kezdetén a hányás. A halál a betegség 9-ik napján következett be. A boncolásnál kiderült a heveny lépduzzanat, hogy a Payer-féle plaqueok duzzadtak, (szóval hagymázos elváltozások), ellenben az agyhártyákban valamely gyulladásos folyamatnak semmi nyomát nem találtuk.

A hasfalak izmai és aponeurosisai két okból *fájhatnak*. 1. Meghülés folytán a hasizmok csúza miatt és 2. tornászás miatt. Az

első ok felette ritka, s részemről erre nézve személyes tapasztalataim nincsenek; Bamberger arra figyelmeztet, hogy a hasizmok csúszos bántalmai hashártyagyulladásal is összetéveszthetők. Valószínűleg a tornászás után is hasonlóak az izomfájdalom, a miről már különben az előbbi fejezetben szólottunk.

A hasfájdalom leggyakoribb okát a *hashártyagyulladásból eredő fájdalmak képezik*. Ezekre a következők jellegzők: 1. a fájdalom állandó (de a bélmozgásokkal kólikaszerű rohamokban fokozódik); 2. a has legcsekélyebb érintésére is fokozódik; 3. mindig párosulva van a hasfalak erős feszültségével és azonfelül a hashártyagyulladásnak egyéb tünetei is megvannak: mint a hányás, székrekedés, haspuffadás. A fájdalom a hasfalak kisebb-nagyobb részletére a szerint van kiterjedve, a mint a gyulladás nagyobb vagy kisebb; általános hashártyagyulladásnál fájdalmas az egész has, körülírt gyulladásnál csak a gyulladásnak megfelelő hely. Gyermekekben a részleges hashártyagyulladás rendszeren a vakbél-tágra szorítkozik (perityphlitis). (L. 131. lapot.)

Idült hashártyagyulladásnál a fájdalom másodrangú szerepet játszik, erről különben másutt szólunk bővebben. (L. a has meg-nagyobbodásáról szóló fejezetet.)

Bélfájdalom — Enteralgia s. Colica — ezekre jellemző az, hogy *rohamokban*, felváltva szabad időközökkel, lépnek fel. *nyomásra nem fokozódnak, s azokat láz nem kíséri*. A tiszta kólikás roham egészen egyéni dolog, s azt tárgyilagos vizsgálat semmi tekintetben nem igazolja. Ha a fájdalom heves, akkor a beteg nyög, arcát fájdalmasan eltorzítja, s a mellett nyugtalan; a végtagok hűvösek, a beteg homloka verejtékes, az érverés kicsi és szapora, a beteg esetleg hány is. A szerint, hogy milyen a baj oka és foka, a roham néhány perczig, esetleg több óráig is eltarthat.

A kólika oka lehet 1. a bél megbetegedése, 2. annak rendellenes tartalma; 3. a hasidegek baja és végre 4. a szomszédos szervek izgatott állapota.

1. A *vékonybélhurutok által okozott kólika a leggyakoribb*. A kólikás fájdalmakat rendszeren követi egy hasmenéses székletét, a mi azután a baj okát hamarosan kideríti. Ha a kólika oka vastagbélhurut vagy vérhas, akkor ez rövidebb időközökben ismétlődik, s végbél tenesmus, ugyszintén nyálkás ürülések kísérik azt.

Ide tartoznak azok a heves hasfájások, melyekről már mint a bélelzáródás (invaginatio) melléktüneteiről fennebb szólottunk,

ugyszintén ide sorolhatók azok a kólikák, a melyek néha purpura megbetegedésével állanak kapcsolatban. (L. ezt és a többi bőralatti vérzésekkel járó betegségeket) és valószínűleg az által keletkeznek, hogy a bélfalakba vér ömlik ki. Hosszabb tartalmú kólikás hasfájdalmak, melyeket idült meteorismus, általános lesóványodás, vérszegénység és egyes enyhébb lázas állapotok alkalmával észlelhetünk, gümőkóros hashártyagyulladásra gyanusak, a mely gyanu kétségtelen lesz akkor, ha azonfelül *feszültek a hasizmok* és a hasban különböző nagyságú göböket lehet kitapintani.

2. A második csoportba tartoznak azok a kólikás fájdalmak, a melyeket a belekben felhalmozódott izgató anyagok okoznak, milyenek a nehezen emészthető eledelek, bizonyos orvosságok, bélférgek és a coprostatitis.

Utóbbi esetben a székszorulás mellett a hasfal is felfuvódott, a mikor néha sikerül a hasfalakon át a kemény bélsárrögöket ki is tapintani; a fájdalom gyorsan megszűnik, ha az okot kristély vagy hashajtóval megszüntetjük. Bélférgekre gondoljunk oly kólikás fájdalmaknál, melyek egy gyermeknél hosszú időn át ismétlődnek, s pedig különösen akkor, ha azok reggel éhgyomorral állanak be, s ha egyúttal a gyermeknek — daczára a jó étváagnak, szabályos érverésnek és teljesen egészséges közérzetnek — émelygése is vannak; valószínűbb lesz az álláspont akkor, ha a gyermek ürülékében már előbb találtunk orsógilisztát, galandféreg-izt vagy egyéb bélférgektől eredő petéket; bizonyos lesz a kórisme azonnal, mielőtt az élősdit elhajtva, a kólikák megszűnnek.

3. *Idegesek eredetűnek mondjuk* a kólikát akkor, ha a hasfájdalmak okát nem találjuk sem a bélben (rendes szék, jó étvágy), sem étrendi kihágásban (a fájdalmak nehezen emészthető eledelek után nem fokozódnak, s igen szigorú étrendre sem enyhülnek), sem bélférgek jelenléte esetén. (santoninra orsógiliszták nem távoznak el, az ürülékben sem petét, sem galandféreg-izt nem találunk), ugyszintén akkor, ha a szomszédos szervek nincsenek izgalmi állapotban. A fájdalom hevessége a kórismére nézve befolyással nem bír, mert az, a közelebbi okokat tekintve, lehet igen csekély, de lehet elviselhetlen is; ezek a közelebbi okok azonban igen különfélék, u. m.:

a) *Csigolya-gyulladás*: (spondylitis), a gerinceoszlopot vizsgálva vagy a betegség kezdetét állapíthatjuk meg (a gyermek ugyanis nem tud lehajolni s a mellett nyomásra valamelyik csi-

golyája fájdalmas), vagy pedig meg van a *Pott*-féle pup. Ilyenkor a hasfájdalmak különösen éjjel gyakoriak.

b) *Ólommérgezés*: a foghús széle szürkés, makacs székrekedés, a mely a szokásos szerelésre nem szűnik, lapos vagy behúzódt, kemény has; a vizelet magas fajsúlyú, sűrű és kevés; irányadók még a körelözményi adatok.

c) A bélkólikáknak oka lehet az *általános idegesség* a serdülő hajadonoknál, a kiknek külszine is már halavány; rendszerint soványak, majdnem semmit sem esznek, székrekedésre hajlamosak; itt azonban a kólikás rohamok függetlenek a székletétől; a fájdalmak a nap különböző szakában éhgyomorra ép úgy bekövetkezhetnek, mint evés után, néha naponta, néha azonban csak hetenként 2–3-szor.

d) *A váltóláz* kétségtelenül oka lehet a rendszeresen visszatérő bélkólikáknak, melynek ideges természete abban nyilvánul, hogy teljesen független az, az emésztés idejétől és mennyiségétől; a súlyos rohamot néha hányás is kíséri. *A léptompulat, s különösen a láz, néha hiányzik is.* Eltekintve a rohamok időszakos fellépésétől, ezekre nézve még jellegző az is, hogy ópium, hashajtók, szorgos étrend stb. kezelésnek makacsul ellentállanak, ellenben kellő adag chininre gyorsan elmulnak. Egy esetben egy *11 éves* kis leánynál érdekes rohamokat észleltünk; a betegség ugyanis szabályos febris quotidiana paroxysmus rohamokkal kezdődött, a melyek chininre szépen elmultak, de néhány nap mulva naponta délután 2 órakor migrain lépett fel, a mi azonban chininre megszűnt; néhány napra reá újra időszakos bélkólikák állottak be, a melyek oly súlyosak voltak, hogy a beteg fájdalmában sírt.

A tiszta ideges kólikák sorozatába osztandók be azok a hasfájdalmak is, a melyeket a diphtheria üdülési szakában észlelhetünk; valószínűleg a vagus megbetegedése idézi elő ezeket, mert mint azt *Suss* (Rev. mens. des. mal. de l'enf. 1887. 289. l.) észlelte, ezek rendszerint a szívhűdést megelőző hirtelen halál előtt lépnek fel, s ép ezért kórjóslati tekintetben igen súlyosak.

Mielőtt egy gyermeknél ideges hasfájdalomra tennők a kórismét, nem szabad elfelednünk a *vesekólikát* sem, a mely ép ellenkezőleg, mint az epekólika — a gyermekkorban nem is oly ritka. Vesekólikára gondolhatunk akkor, ha a heves hasfájdalmak a gyermeknél különböző időszakokban jelentkeznek, (egyiknél napok multán, másoknál hetek, sőt hónapok mulva sem áll ez be), külö-

nösen gyakran észlelhetők rázkódtatás után (döcögős uton való kocszás, lovaglás), s ha a gyermek különben egészséges; de a *friss vizeletben* gyakran találunk homokot, s egyik vagy másik vese tájékára gyakorolt nyomás fájdalmas. A roham kezdetén a fájdalom néha elviselhető, de néha oly heves, hogy a homlokot hideg verejték fedi, a beteg hány, érverése is meglássabbodik.

A vesekólika kórisméjét még valószínűbbé teszi az, ha górcső alatt a vizelet-üledékben genyesejtek, nyákot, szétesett vese-epithelt, szóval a vesemedence gyulladás tüneteit találjuk; a vesekólika legbiztosabb tünete az, ha a vizeletben elmeszesedett testeket találunk. Az ily gyermekek szülői gyakran húgysavas diathesisben szenvednek (köszvény, húgydara) vagy pedig migrainesek. Sok tagú családnál, ha az egyik gyermeknek vesekő-kólikái vannak, akkor annak testvéreinél a friss vizeletben a húgyhomok nem ritka. A legfiatalabb gyermek, a kinél alkalmam volt vesekólikát — vesekő eltávolításával — észlelhetni, 3 éves volt.

A vesekő-kólika által okozott hasfájdalom a mi osztályozásunk 4-ik sorozatába tartozik, azaz azon fájdalmakhoz, a melyeket nem csupán a belek, *hanem a szomszédos szervek bántalma* okozott. E csoportba tartoznak azok a fájdalmak is, a melyeket vándorvese okoz, a mely bár ritkán, de a gyermekkorban is előfordul.

Végre ide sorozandók a reflektorikus úton keletkezett hasfájdalmak is, a melyek 4—6 éves gyermekeknél tüdő vagy mellhártyagyulladásnál fordulnak elő. Ezekre nézve megjegyzendő az, hogy ily korú gyermek tüdőgyulladás esetén soha sem panaszkodik oldalszúrásról, hanem mindig hasfájásokról, úgy, hogy ha a gyermek hasfájásról panaszkodván, lázas, szárazon köhög, s légzése megnehezített, belégzéskor orrszárnyait mozgatja, akkor nála a pleuro-pneumonia nagyon valószínű.

Az alhas megnagyobbodásának tünettana.

Rendes körülmények között, hanyattfekvésnél a hasfal a mellkassal egy síkban van; ha a has színe a mellkason felül emelkedik, akkor ez utóbbi megnagyobbodott.

Gázfelhalmozódás, vagy a hashártyaürben összegyűlt folyadék a hasüreget felemeli, de mindkét esetben a dolgot egymástól elkülöníteni nehéz. Meteorismusnál a has felett a kopogtatási hang

mindenütt dobos, ellenben hasvízkórnál a *mélyebben fekvő részletek felett tompult, a mely tompulat a beteg fekvése szerint változik*, (ha t. i. a folyadék mozgékonyágát összenövések nem gátolják); a mellett könnyű a hullámzást kimutatni, ha tenyerünket a has egyik oldalára téve, a has másik oldalát gyöngén megkopogtatjuk. Ha a hasfalak feszültek, akkor azok rezgése, ha csak egyszerű meteorismusról van szó, könnyen összetéveszthető az álhullámzással. A hasfalak kopogtatása által előidézett hullámverés ilyenkor irányadó lehet. Hasvízkór esetén, azaz valódi hullámzásnál, világosan kivehető az, hogy a hullám a hasfalra illesztett tenyér alatt változik a szerint, a mint egy vagy több ujjal kopogtatjuk a hasfalat: első esetben a hullám nem nagy, második esetben nagyobb. Álhullámzásnál a hasfalak ingadozása nem elég erős arra, hogy e tekintetben a hullám nagyságát felismerjük.

A hasüregben néha a hullámzást kétségtelenül kitudjuk mutatni, daczára annak, hogy hasvízkór nincs. Ez akkor történik, ha a folyadék betokolt, legyen annak oka vesevízkór vagy kitágult hólyag, esetleg petefészek tömlő. A tompulat ilyenkor a beteg helyzetének megváltoztatásával sem változik.

A kitágult húgyhólyagot könnyű felismerni, ha a hasfalak nem feszültek és nem túlságosan vastagok, ekkor a hólyag körvonalait könnyű ki is tapintani. Ha ez biztosan ki nem deríthető, akkor a tompulat alakjából következtetünk a kórismére: a tompulat a köldök és a fanizesülés között a has közepén van, s két oldalt részarányosan terjed néhány ujjnyira a középvonaltól. A tompulat határa nem változik a beteg helyzetének változtatásával, de a hólyag megcsapolása után azonnal eltűnik.

A hydronephrosisról és a petefészek-tömlőről „A hasüri daganatok” című fejezetben beszélünk.

A hasüreg felfuvódott vagy heveny okból — *Meteorismus*, vagy annak oka már régi — *Tympanitis*.

A heveny meteorismus kisebb foka a hevenybélhurutok és a csecsemők dyspepsiájának, úgyszintén a járulékos székszorulásnak rendes kísérője. Súlyos fokú meteorismus súlyos megbetegedésekhez társul, mint pl. a bélbetüremkedés és a hashártyagyulladás. A haspuffadtságnak sokkal kisebb a jelentősége általában, mint a többi tüneteknek, de egyes esetekben ez is érvényre emelkedik, pl. a hagymáz kétes eseteiben, a melyek gümőkóros agyhártyagyulladásra emlékeztetnek: ha a meteorismus nem nagy, ez a

typhus mellett szól, ellenben a kissé behuzódott alhas inkább az agyhártyagyulladásnál fordul elő.

Idült bélmegetegedéseknél (hasmenés vagy székrekedés) fordul elő az *idült tympanitis*, úgyszintén idült hashártyagyulladásnál (hasvízkórral kapcsolva l. alább), valamint sokszor angolkórosoknál. Ha a belek működése rendes, akkor ezt a gyermeknél néha nehezen emészthető eledelek, növényi tápszerek (kiváltkép burgonya és kenyér) is okozhatják.

A hasvízkór. A hasüregben folyadék gyűlhet össze részint átizzadás (transsudatio) folytán, s pedig a kapuvívőér keringési zavarai ép úgy, mint általános vízvérűség, nemkülönben az edényfalak elfajulása folytán (Conheim), részint pedig a hashártyagyulladás folytán, s ennél fogva izzadmányos (gyulladásos) jellegű.

Az egyszerű, azaz nem gyulladás folytán keletkezett *hasvízkór*, a mit a *hydraemia* okoz, az által jellegzetes, hogy 1. mindig általános és helybeli bőrvizenyővel (anasarca) van szövődve és pedig az arcz és a lábak vizenyőjével; 2. hogy a hydraemia oka mindig vesebaj (vizeletvizsgálat) vagy egyéb emésztési zavarokból eredő betegség, a melyek között az idült bélhurut (enteritis follicularis) igen fontos szerepet játszik.

Más esetben a hasvízkór csak részleges tünete az általános vízkórságnak, a mit az *akadályozott vérkeringés általában*, de különösen a máj keringési zavarai idéznek elő; ilyenkor a kór okát vagy a szívbajban, vagy a tüdők és különösen a mellhártya (genyes mellhártyagyulladás) idült megetegedéseiben keressük. Utóbbi esetben úgy az akadályozott vérkeringés, mint a vízvérűség lehet indító oka a bajnak. Ily esetben pangási vízkórságot csak akkor vagyunk jogosulva elfogadni, ha a máj passiv vérbőségének jelei is vannak. (L. a májdaganatokat.)

Egyes esetekben a kórisme felállítása nehézségekkel jár a gyulladásos eredetű és a vízvérűségből származott hasvízkór között. Idült savós hashártyagyulladással combinálva láttuk ezt 1. idült vesegyulladásnál; 2. gümőkórnál. Az első esetünkben egy 7 éves leánynál a kórismét a csapolásból nyert folyadék minősége döntötte el, mert ez bőséges geny tartalma folytán zavaros volt és sok volt benne a fehérszínű. Második esetünkben egy gümőkóros 10 éves fiúnál hashártyagyulladást lehetett megállapítani annak alapján, hogy daczára az általános vízkórságnak, a belek és a hasfalak között a folyadék betokolt volt; miután a folyadék szabad

mozgása meg volt akadályozva, a dobos kopogtatási hang nem változott meg a jobb hypogastriumban akkor sem, ha a jelentékeny hasvízkór mellett a beteg állott vagy feküdt. Mindkét esetet a bonczolás igazolta.

A harmadik esetben, mely azonban bonczasztalra nem került, a hasvízkórság szintén csak részleges tünetét képezte az általános vízbetegségnek; az eset egy 10 éves idült vese- és bélhurutban szenvedő leányra vonatkozott; de itt az ok valószínűleg gyulladás volt, mert a szurócsappal kieresztett folyadékot a bőséges számú geny sejtek erősen megzavarták, s azonfelül a hasvízkór egybevetve azt a lábak vizenyőjével, túlságosan nagy volt.

Rehn (Gerhardt kézikönyve IV. köt. 258. l.) oda nyilatkozik, hogy néha a vesebajoknál keletkező hasvízkór már eléggé jellemezve van az által, hogy lázzal és fájdalommal jár, ez azonban idült esetekben nem értékesíthető, mert mindkét tünet néha hiányozhatik is, s másrészt a gümökórosoknál a láz oka egészen más.

A kombinált hasvízkór esetek meglehetősen ritkák, s a vízkór okának a kiderítése, mint az általános vízbetegség részleges tünete általában, egyszerű. E tekintetben sokkal nehezebb felismerni a betokolt vízkórt, a hol azt kell eldönteniünk, hogy a hasüreg pangási vízkórságával, tehát egy átizzadással, vagy pedig egy idült izzadmányos hashártyagyulladással van-e dolgunk. Mindkét folyamatot megkülönböztetheti egymástól a kibocsátott folyadék tulajdonsága, úgyszintén egyes klinikai tünetek, nemkülönben a körelőzményi adatok.

A *transsudatum* átlátszó, gyengén sárgás folyadék, melynek fajsúlya 1015-nél alacsonyabb, s melynek fehérnye tartalma 2—3—4^o/₁₀₀-ot túl nem halad. Az izzadmány (*exsudatum*) ellenben, a mely adott körülmények között szintén lehet egészen átlátszó, (különben többnyire zavaros, s leginkább kevés tejjel kevert vízhez hasonlít, mert geny sejtek is vannak benne), dús fehérnye tartalmú (4—6^o/₁₀₀) és fajsúlya 1015-nél magasabb. A hashártya-gyulladás mellett szól, ha a has nyomásra fájdalmas és a beteg a mellett lázas, ha mégis e tünetek hiányoznak, ez a hashártyagyulladást teljesen még ki nem zárja.

Reuss azt mondja, hogy a trans- és exsudatumok fajsúlykülönbsége leginkább onnan van, mert a kettőnek fehérnye tartalma különböző, úgy, hogy ezt már a fajsúlykülönbözetből is meg lehet határozni. Ő a fehérnyetartalom meghatározására ezt a formulát használja: ha a fajsúly S, a fehérnyetartalom E, akkor

$E = \frac{3}{8} (S-1000) - 2.8$, ha pl. a transsudatum fajsúlya = 1010, akkor $E = \frac{3}{8} \cdot 10 - 2.8 = \frac{30}{8} - 2.8$ vagy $E = 0.95$.

Ha a test valamely üregéből vett folyadék hosszú állás után megalvad, akkor az izzadmány volt, ha azonban nem alvad meg, akkor annak ilyenmü eredete még nincs kizárva.

Betokolt hasvízkórnál a hasüreg transsudatumja mindig az által keletkezett, hogy a kapuvívőérben vagy annak a májban való elágazásaiban pangás van. Az ily fajta hasvízkór a gyermekkorban ritka. Ennek az okát többnyire a májban kell keresnünk.

Idősebb gyermeknél a **máj, bujakóros megbetegedés esetén** megnagyobbodik; gummás csomók és heges bevágások által lehenykes külszint kap. Ha egy gyermeknél a veleszületett bujakór tüneteit láttuk, akkor a májnak ilyenmü megbetegedését már előre felvehetjük, sőt bizonyossággal állíthatjuk, (az első életévekben kiütések, később a száj és torok fekélyes megbetegedései és a csöves csontok csontthártya gyulladásai; azonfelül az anya részéről az előrement elvetélések); ilyenkor nagyobb és lehenykes szerkezetű májat tapintunk. A dolog teljesen akkor derül ki, ha a specificus kezelésre (pl. Jódkali) néhány hét múlva a hasvízkór elműlik, a májduzzanat eltűnik és a beteg általában jó színbe jut.

Az egyszerű májsugorodás oly gyermeknél fordul elő, a ki azelőtt sok bort ivott, vagy pedig — eltekintve e kórokozó bajtól — fertőző bajon ment át. Tünetileg alig különbözik a felnőttek ilyenmü bajjától. Kórismeit tekintetből fontos tudni, hogy a betegség kezdetén rendszerint székrekedések és hasmenésekkel párosult hasfájásokkal jár; a tünetek azonosak azokkal a panaszokkal, a melyeket a gümőkóros hashártyagyulladásokhoz társult hasvízkór körelőzményei adataiból hallottunk; mégis e tünetek az ú. n. időszakos hasvízkórnál hiányoznak, az idült savós hashártyagyulladás által okozott hasvízkórnál azonban megvannak. Nem kevésbbé fontos az, hogy a körelőzményi adatokból kiderítsük a ritkán hiányzó sárgaságot, még akkor is, ha az kistokú, bár időszakonként visszatérő; ez azonban — a körelőzményi adatokból még akkor is hiányozhatik, ha a hasvízkór nagyobb fokú. Nagyon valószínű a máj zsugorodás akkor, ha sikerül kideríteni, hogy a máj kisebbedett és a lép megnagyobbodott; ha a hasvízkór tetemes, akkor a vizsgálat nagyon meg van nehezítve, sőt lehetetlen mindaddig, a míg a has megcsapolva nincs.

A máj amyloid elfajulása soha sem idiopathicus megbete-

gedés, hanem lesóványodott és különösen görvélyes gyermekeknél és olyanoknál fordul elő, a kiknek esont- vagy bőrfekélyeik vannak, úgyszintén előfordul az gümőkóros, bujakóros és különösen cachecticus gyermekeknél. Ha ily aetiologicus körülmény kimutatható, akkor az amyloid májat felismerni nem nehéz: ilyenkor a máj *igen nagy* (néha leér egész a köldökig), durva tapintatú, lesimitott szélű és nyomásra fájdalmas. Mivel az amyloid elfajulás ritkán illeti egyedül a májat magát, hanem rendszeren betegek a vesék és a lép is, azért az amyloid májnak kísérő tünete lehet a nagyobb lép és a fehérvyás vizellet. Ha complicatio nincs, akkor sárgaság sincsen. A hasvízkórra nézve megjegyzendő, hogy az ennél a bajnál nem állandó tünet. Ennélfogva, eltekintve azon körülménytől, hogy az amyloid májnál sokszor a vizi betegség az alsó végtagokon kezdődik és csak azután terjed át a hasra, feltételezhetjük azt, hogy a vizibetegség kifejlődésénél a főszerepet nem a megnehezített májbéli vérkeringés, hanem egyszerűen a vizvérűség okozza.

Ép oly nehéz megmondani azt, hogy a *máj megkeményedése* milyen fokot ért már el és annak a hasvízkór előidőzésében mekkora szerepe van. Ez a körülmény a malaricus cachexia tüneteinek tartozik, a mit leginkább a kórelőzményi adatok támogatnak (tartós mocsárláz); a kórképet a nagy és tömött lép, erősen megnagyobbodott s ugyancsak kemény, de síma felületű máj, az alsó végtagok vizenyője és az általános vérszegénység képezi.

Fel nem ismerhetők azon esetek, a melyekben a hasvízkórt az okozza, hogy a májkapuban esetleg megnagyobbodott mirigyek a májvivő ereket, vagy pedig az alsó ürös vivőérnek a májvivőerek feletti beszájadzási helyét nyomják össze.

A nyirokmirigyek vagy amyloid elfajulás, vagy gümőkór, vagy pedig a szomszédos szervek rákos megbetegedéseinek azok rákos elfajulása folytán nagyobbodnak meg, s ennélfogva ez a körülmény nem szerepel, mint a hasvízkór közvetlen okozója, ha a beteg a mellett nem kimerült s a kórelőzményből a mirigyek elfajulását kimutatni nem lehet. Ennek hasznát vehetjük az egyszerű savós hashártyagyulladás differentialis kórisméjénél.

Az izzadmányos hasvízkór.

Gyermekeknél a hasvízkór, mint az idült hashártyagyulladás következménye, gyakrabban előfordul. *Az idült hashártyagyulladás*

igen ritkán követi az egyszerű heveny gyulladást, mint annak következménye. Erre nézve a következő esetet hozhatjuk fel:

Egészséges családból származó 10 éves süketnéma fiú, a ki azelőtt mindig egészséges volt, s különösen sohase volt idült hasmenése, sem nem köhögött, sem kólikái nem voltak, a has fájdalommasságával és felfuvódásával vétetett fel a kórházba. A betegség egy hó előtt avval kezdődött, hogy a gyermek felhevült állapotban egy pohár hideg sört ivott. Láz, ismétlődő hányás és heves hasfájdalmak között a beteg mozdulatlanul feküdt a hátán, néhány napra reá az apja észrevette, hogy a gyermek hasa feltűnően megnőtt. Azóta a beteg fenn járni nem volt képes, daczára annak, hogy a fájdalmak alább hagytak annyira, hogy a beteg az ágyban már ülni is tudott.

Felvételkor a beteg kissé halavány és sovány, de egyáltalában nem kimerült, a has erősen puffadt (kerülete $66\frac{1}{2}$ cm.), nyomásra fájdalmas, leginkább pedig a köldök és a gyomorgödör közti tájon, a hol is könnyen lehetett a hasfalón át egy körülírt keményedést kitapintani, melynek alsó széle tömött, s a megkeményedett máj bal lebenyének szélére igen emlékeztetett. Ez a szél 2 ujjnyira a köldök felett harántul futott a hason át az egyik bordaívtól a másikig; a daganat felső széle egy ujjnyira a kardnyujtvány alatt tapintható volt; az epigastriumban egy kis ellenálló területet tapintottunk, a mely azonban nem tette azt a benyomást, mintha a máj lett volna megnagyobbodva.

A daganat kissé tömött, s kissé egyenetlen, nyomásra fájdalmas volt; gyenge kopogtatásnál a hang dobos, a mi arra mutatott, hogy a daganat nem vastag. A májat kitapintani nem lehetett, a májtompulat egy ujjnyira kezdődött a bimbó alatt s a mellkas széléig ért le. A hasban a hullámszás biztosan ki volt mutatható, s kopogtatáskor a mélyebben fekvő szervek tompa hangot adtak, a mely tompulat a beteg helyzetének változtatásával változott.

A nyelv tiszta, nedves, az étvágy jó, a bélműködés teljesen rendes. A vizeletben sok húgyfesteny, bő indican, de fehérnye nem volt. A léptompulatot nem tudtuk meghatározni. A beteg nem köhögött, álma kielégítő volt; a láz nem volt állandó, sem magas ($37-37.7^{\circ}$ reggel és $38-38.5^{\circ}$ este), a beteg nem izzadt. Erőbeli állapota kielégítő volt, a beteg ágyban ülhetett. A bőr alatti kötőszövetben, kivéve a here boréket, vizenyő nem volt.

A körelőzményi adatok alapján (a dolog heveny kezdete, a

bélhurutok és jelentékeny elesettség hiánya) és abból, hogy a daganatot a köldök és a gyomorgödör között találtuk. — a mi a megvastagodott cseplesz mellett látszott bizonyítani — a kórismét egyszerű hashártyagyulladásra tettük.

Néhány napra reá a beteg vörhenyt kapott, a mibe bele is halt. Bonczolásnál a hasürben savós genyes izzadmányt találtunk, s a has felső részében levő daganat nem volt megkeményedett cseplesz, hanem egyszerűen erősen megvastagodott hashártya; a gyulladásos beszűródés a köldök felett mintegy kis újjnyi verticalis szélel végződött, a mi a máj szélének képét utánozta. Gümőkórnak sehol nem volt nyoma, még a hörgmirigyekben sem.

Ilyen esetekben a differentialis kórismét a gümőkóros hashártyagyulladással szemben még valószínűleg is csak a körelőzményi adatokra alapítjuk; ha t. i. egy teljesen egészséges gyermeknél semmiféle hajlamot a gümőkóros öröklésre ki nem mutathatunk, s ha a különben egészséges gyermek idült hurutokra semmi hajlamot nem mutatott, s azután egyszerre hashártyagyulladást kapott.

Az idült savós hashártyagyulladás ismeretlen okok folytán vagy meghülés által (Galvani), esetleg vesebaj következtében önállóan is kifejlődhetik, s akkor kezdettől fogva lappangva, a hashártya izgalmak heveny tünetei nélkül, de lázzal folyik le. Még akkor sem jár complicatiókkal, ha legmagasabb fokát érte el, s *csakis a nagyfokú vízkórság által árulja el magát*. Innen nyerte nevét is, mint *idiopathicus ascites*; Galvani ezt *peritonitis rheumatica chronica serosanak* nevezi. Eltekintve a negatív tünetektől, a savós hashártyagyulladásra az jellegzetes, hogy leginkább *egészséges gyermekeket* támad meg, a kiknek általános közérzete még a hasvízkór legmagasabb fokánál is jó; a beteg étvágygyal eszik, rendes a széke (Baginszky szerint állítólag gyakori a hasmenés), láza nincs és az ágyba nem kívánkozik: ez a különbség egyebek között azon általános vízkórság között is, a mely a májbajoknál a pangás folytán keletkezik; ez utóbbi esetben az általános közérzet csakhamar rossz lesz. Idült savós hashártyagyulladásnál a has nyomásra nem érzékeny. A rendes kimenetel lassú, 3—4 hónap múlva beállhat a gyógyulás.

A savós hashártyagyulladás abban különbözik a has pangási hasvízkórságától, hogy itt a máj nagyobbodva nincs, az általános közérzet aránylag jó; fontosak a körelőzményi adatok és a jelen állapot: a melyekből kiderült az, hogy a betegnél buja vagy gümő-

kórnak semmi alapja sincs. A savós hashártyagyulladásához sokkal jobban hasonlít a sorvadó (zsugorodó máj) okozta hasvízkór, annyival is inkább, mert a máj hashártyagyulladásnál kisebbnek is tűnhet fel*), mivel a hasüregbeli folyadék nyomása folytán a máj haránt tengelye körül mintegy megfordul, s alsó szélével mellfelé fordul, úgy, hogy a máj tomputata még kisebbnek is tűnik fel, mint rendesen. A savós hashártyagyulladás mellett szól az, hogy sárgaság nincs, hogy a lép rendes nagyságú, a hasvízkór állandó s hogy a beteg táplálkozása sokáig jó, azonfelül, hogy hasmenés nincs és hogy a szóban forgó baj leginkább fiatalabb, mintegy 5 éven aluli gyermekeknél fordul elő, ellenben a májzsugorodás idősebbeknél. Végre a körismézést a has megcsapolása is megkönnyítheti, mert 1. ha a folyadékot kibocsátottuk, a májat kényelmesebben vizsgálhatjuk meg; 2. mert biztos eredményre vezet az, ha a nyert folyadék fajsúlyát, fehérnyetartalmát és göresövi tulajdonságait megvizsgálhatjuk (genyesejtek a nyert folyadékban). A transsudatum fajsúlya 1010—1012-nél nem magasabb, a savós hashártya izzadmányé 1015, sőt még magasabb. Az egyszerű savós hashártyagyulladás későbbi szakában néha a hasban dudoros daganatokat és keményedéseket sikerül kitapintani, a mélyeket a bélfalak megvastagodásai és heges összenövésai, vagy a cseplesz túltengése okoz (Rehn), vagy esetleg a hashártyában magában keletkeznek azok (mint pl. az említett süketnéma fiúnál). Az ilyen eseteket könnyen összetéveszthetjük gümökóros hashártyagyulladással, s e tekintetben a helybeli tünetek kevésbé irányadók, mint a kórelőzményi adatok és az a körülmény, hogy a többi szomszédos szervek nem gümökórosak.

Azóta, hogy a sebészek a gümökóros hashártyagyulladásoknál a gyógyulás lehetőségét bebizonyították, sok orvos kétségbe vonja azt, hogy egyszerű hashártyagyulladás egyáltalában előfordul, s minden hasonló esetet gümökóros hashártyagyulladásnak tart.

Az idült gümökóros hashártyagyulladás gyermekeknél a leggyakoribb oka a betokolt hashártyaizzadmánynak, az esetek felében ez képezi a kórokat.

Rendesen azzal kezdődik, hogy a betegnek idült hasmenése van váltakozva székszorulással; a gyermek görvélyes (idült eczema,

*) Gyermekeknél a máj a zsugorodó sorvadásnál még a hasvízkór idejében is nagyobb lehet.

mirigydagánatok, csontbajok) vagy pedig gümökóros családból származik. Ha tehát ily körülmények mellett egy gyermeknél azt találjuk, hogy hasvízkór mellett a hasfalak annyira feszültek, hogy a has oldalt mintegy összenyomottnak tűnik fel és tojásdad alakú (de nem gömbölyű, mint a Tympanytisnél vagy a pangási hasvízkórnál) és a köldök elődomborodott, akkor az állapotot kezdődő gümökóros hashártyagyulladásnak tekinthetjük. A hányás ép úgy hiányozhatik, mint a has érzékenysége nyomásra s rendszeren ez nincs is így; gyakoribb a kólikás spontán fájdalom, a mely azonban nyomásra valami nagyon nem fokozódik. Minél előrehaladtabb a bántalom, annál könnyebb a kórisme. A has tetemesen megnagyobbodott és pedig részint a meteorismus, részint az izzadmány következtében, a hasfalak feszültek, a has vivőerei ki vannak tágulva: tapintásnál pedig azt találjuk, hogy a has egyik, vagy másik részén keményedések vannak, észrevehető bemélyedések nélkül, vagy dudoros dagánatok, a melyek fölött a has nyomásra érzékeny. Ha a keményedéseket a hashártya és a belek közötti összenövés okozzák, akkor — függetlenül a beteg helyzetétől — kopogtatásánál az illető helyek felett mindig dobos hangot kapunk. Pangási hasvízkórnál ez sohase fordul elő, mert itt összenövés nincs, a folyadék szabadon ömlik a mélyebben fekvő rétegek felé, s ennél fogva e helyütt a kopogtatási hang tompult.

A gümökóros hashártyagyulladásnál a beteg fokozatosan soványodik, a mi inkább a végtagokon, a mellkason és a nyakon, mintsem az arczon ötlük szemünkbe. Annyira jellegző ez az ellentét a nagy has és az általános lesoványodás között, hogy a baj már messziről is felismerhető. A bajt kísérő sorvasztó láz csaknem a rendszer, sőt a rendszeren aluli reggeli hőmérséklettel és esteli 38^o 39^o-ig terjedő hőemelkedésekkel váltakozik; néha a láz több napon át is szünetel, hogy azután újra kezdődjék.

A gümös hashártyagyulladás kórisméjénél ne vezessen bennünket tévutra az, hogy a beteg nem köhög s általában a tüdőgümökórának semmi jelét nála nem találjuk. Gyermekeknél a gümökór bacillusai a tüdőt nem igen lepik el, s nem ritka az az eset, hogy a gümökóros hashártya és még gyakrabban a gümös agyhártyagyulladás önállóan fejlődik ki. Sokkal gyakoribb eset az, hogy gümökóros hashártyagyulladásnál a belek is betegek, — (többnyire idült bélhurut vagy gümökóros fekélyek) — miután a hashártya gümökóros megbetegedése rendszeren a belekből vagy a bél-

fordornirigyekböl indul ki: ezért derül ki mindig már a kör-elözményi adatokból is az, hogy a gümökóros hashártyagyulladásban megbetegedett gyermeknek a meglevő baj előtt már jóval előbb és soká volt hasmenése és kólikás fájdalmai; ezt alkal-milag az egyszerű idült hashártyagyulladástól való megkülönböz-tetésre — tartsuk szem előtt.

Kórismeit tekintetböl meg kell még jegyeznünk, hogy a máj — gümökórosoknál általában — de a gyermekek hashártyagyulladásánál különösen, gyakran az elzsírosodás következtében, nagyobb és könnyen kitapintható; de soha sem lesz oly nagy és annyira vérbő, hogy amyloid májnak és ennél fogva a hasvízkór okának tart-hatnók.

A hasűri daganatok.

A hasűrbeli daganatoknál mindenekelőtt azt kell megállapíta-nunk, hogy mely szervböl indulnak ki, s csak azután lehet azok természetét meghatározunk.

A máj és lép megnagyobbodását a daganat helyéböl és alak-jából is könnyen megállapíthatjuk, a mi mellett igen jellemző még a máj alsó szélén és a lép mellső szélén levő bevágás.

A májdaganatokról — tekintve, hogy ezek azonosak a felnöt-tek ilyenmü bajaival, csak pár szót szólunk.

Rendes körülmények között gyermekeknél az első életévben a máj a linea mammilarisban 1—2 ujjnyira ér le a borda-ív alá, s ha ki nem tapintható, ennek csak az az oka, hogy szélei nem elég kemények; csak legyen kissé tömörebb, már könnyen kita-pintható és nagyobboknak is tünik fel.

A máj felszine néha sima, néha egyenetlen és dudoros; a máj maga majd erősen nagyobbodott, majd csaknem változatlan.

Ezen jelenséget, főleg pedig a kör okát figyelembe véve, nem nehéz a májnagyobbodását felismerni.

Gyermekeknél a máj heveny jelentéktelen megnagyobbo-dása sima felszínnel és csekély tömötséggel előfordul 1. *hurutos sárgaságnál epepangás alkalmával* és 2. *heveny fertőző bajoknál terimbeles (parenchymás) duzzadás* vagy vérbőség alkalmával, pl. hagymáz, visszatérő láznál stb. Mindkét esetben a kezdetleges baj elmúltával a máj megnagyobbodása is elműlik. Ide tartozik még egyes mérgezések alkalmával előforduló, vérbőség által okozott máj-duzzanat, mint pl. a phosphor-mérgezésnél.

Az idült, sima felületű, nyomásra alig, vagy csak kissé érzékeny máj a következő okokból nagyobbodik meg:

1. **Passiv májvérbőség.** Ezt találjuk szivbajoknál, idiült mellhártyagyulladásnál és különösen azon esetekben, a melyekben a vivőeres vér a szívhez szabadon nem folyik vissza. A máj, a mely nyomásra kissé érzékeny, sőt fáj is, a L. mammilarisban a bordaívet könnyű esetekben 2—3 ujjnyira haladja túl, súlyosabb esetekben a köldökön alulra ereszkedik le és nem valami tömör tapintatú. *Mihelyt javul a szívműködés, kisebbedik a szerv is.* Aetiologiai okok hiányában, minő a szív gyöngesége vagy más vérkeringési akadályok, nem szabad a dolgot úgy felfogni, hogy a májvérbőséget pangás okozta. Pangási májat találunk olykor vörhenyes nephritisnél is, melyet szívtágulás és gyönges szív működés kísér.

2. A tartós váltóláz által okozott hepatitis interstitialis. A máj nagyon tömött tapintatú, nyomásra nem érzékeny. Egyuttal mindig nagy és tömött tapintatú a lép is.

Obolenszky (Med. Obozrenije XXX. köt. 240. l.) azt tapasztalta, hogy az ilyen túltengési májzsugorodás calomel adagolására visszafejlődhetik, a mikor a máj kisebbedésével javul a beteg általános állapota is.

3. **Zsíros máj:** ez gyermekeknél sem valami nagyra nem nő, sem pedig nem túlságosan tömött tapintatú. A felülete teljesen sima. Az amyloid májtól, — mely gümőkóros és legyengült egyéneknél szintén előfordul, — a zsíros máj könnyen megkülönböztethető puha consistentiája és kisebb méretei által (soha sem ér le a köldökig). Ha zavaros duzzadás és elzsírosodás esete forog fenn, akkor a máj gyengén megnagyobbodott, puha és sima tapintatú, ekkor azonban az aetiologia egészen más; a máj szemcsés elfajulása vagy zavaros duzzadása heveny lázas bajokban fordul elő és a baj heveny fejlődésű. Kövér csecsemőknél is fordul elő, ha igen bőven táplálkoznak tejjel, úgyszintén a lesoványodottnál, különösen gümö- és angolkórosaknál, és vérszegényeknél.

4. Az amyloid máj (l. a 154. l.).

5. **Leukaemiás máj.** Az előbbiekhez viszonyítva a máj itt is megközelíti az említett bajoknál előforduló nagyságot és tömötséget, s ugyancsak a lép is dagadt, de a különbség az, hogy itt a leukaemia tünetei is érvényre jutnak, ellenben az amyloid elfajulásnak aetiologicus momentumai hiányzanak.

6. Ha *echinococcusok* vannak a májban, akkor az szintén jelentékenyen megnagyobbodik és keményebb, de a hasonló folyamatoktól abban különbözik, hogy igen lassan (éveken át) fejlődik, úgyszintén még abban, hogy a beteg még akkor is jól érzi magát, ha a máj már óriási nagyra nőtt, például leért a köldökig. Az az ellentét, a mely egyrésről a kitünő táplálkozási viszonyok, másrészt pedig a nagy máj között van, egybekötte a lappangó lefolyással, valamint avval, hogy sárgaság és hasvízkór nincs, az *echinococust* igen valószínűvé teheti még akkor is, ha annak jellegzetes tünetei hiányoznak is. Ezek a tünetek akkor lesznek felismerhetők, ha az *echinococcus* tömlő a máj felső részén foglal helyet és kitapintható. Ekkor, a sima máj felületén ugyancsak sima, félgömbszerű kidomborodást tapintunk, amely többé-kevésbbé észrevehetően hullámoz; a próbacsapolás által nyert folyadék abban különbözik minden ex- és transsudatumból nyert folyadéktól, hogy benne fehérsége nincs, de igen bő konyhasótartalmú. Néha a görcsö alatt *echinococcus* horgot is sikerül benne találni.

Nehezebb a kórisme akkor, ha a tömlő a májkapu táján szélke, a midőn a kapu vivőerre vagy az epevezetékre nyomást gyakorolva, hasvízkórnak vagy sárgaságnak lehet okozója. A máj multilocularis *echinococcosa* egészen más képet tár elénk, azonban ily eset gyermekeknél még eddig nincs leírva.

Hasonlóképen erősen megdagad a máj akkor is, ha *tályog* képződik benne, a minek többnyire *pyaemia* az oka, — ekkor felületén hullámozó domborulatokat tapinthatunk, de a mellett mindig rendetlen lázai is vannak a betegnek; a máj fájdalmas és az általános állapot nagyon lefokozott.

Néha, bár felette ritkán, a máj szélét a köldök tájékán tapintjuk ki, nem azért, mert a máj nagyobb, hanem mert az helyéből elmozdult. Ez mindenesetre felette ritkán fordul elő. Gyermekekben a máj dislocatiójának leggyakoribb oka az, hogy a májat jobboldali bőséges mellhártya izzadmány tolja le, a mi azonban a mellkas megcsapolásával könnyen kiderül.

Máskor, mint pl. *Gundobin* esetében. (Med. Oboz. XXIX. köt. 605. l.) a máj lesülédésének oka egyszerűen az volt, hogy függesztő szalaga elpettyhüdt. A máj dislocatioja abban különbözik a megnagyobbodott májtól, hogy a szervnek felső hátára sülyedt lejjebb, a mit kopogtatással könnyű kimutatni.

Dudoros nagy májat találunk bujakórnál és a máj rosindulatu daganatainál.

A bujakóros májról l. az öröklött bujakórt. Gyermekéknél a gummás alakú bujakóros májon kívül előfordul még a *hepatitis interstitialis diffusa syphilitica is*, a hol a megnagyobbodott máj, síma felületét el nem veszti. Az újszülöttek és csecsemők ezen baja a későbbi korban úgyszólván soha se fordul elő.

Gyermekéknél rosz indulatú primár májdaganatokat alig, de a májat másodlagosan fertőző szem, vese vagy csontok sarcomáját gyakrabban találjuk. A beteg csakhamar cachecticussá lesz, s 3—4 hó alatt tönkre megy. A tünetek abban állanak, hogy a máj feltűnően nagy és dudorzos.

Gyermekéknél a *lép igen gyakran megnagyobbodott*, e megnagyobbodás ép oly gyakran heveny, mint idült. Ezt kopogtatás és tapintás által állapíthatjuk meg.

Rendes körülmények között a léptompulat felső határa a l. axillaris posteriorban a 9-ik bordánál kezdődik (ott t. i., a hol a lép a tüdő alul kilép), a mellső határ megfelelőleg a lép mellső szélének a l. axillaris medián van, vagy azt valamivel meghaladja mellfelé, de nem éri el azt a vonalat, a melyet a bal bimbótól a 11-ik borda széléig vonunk; a léptompulat alsó határa a lép alsó széle, a l. axillaris posteriorban közel fekszik az alsó borda ívhez is, kissé hátrafelé a 11-ik borda széléig ér, a mely vonal rendesen eléri a középső hónaljvonal mellső szélét is (*Sahli Die topog. Percuss. in Kindesalter 1882. 155. oldal*). A lép tehát nagyobb, ha a *tompulat bal linea axillaris posteriorban a 9-ik borda felett kezdődik és a 11-ik bordáig ér le, s ha mellfelé a tompulat azt a vonalat is eléri, vagy túlhaladja, a melyet a bal bimbótól a 11-ik borda széléig vonunk*. A kopogtatással elért eredményeket csak akkor tekinthetjük bizonyító erejűeknek, ha a viszonyok 2—3 nap múlva is ugyanazok maradnak, mert különben az sem lehetetlen, hogy a nagyobb léptompulatot esetleg nem okozza-e az, hogy a szomszédos bélrészletekben bélsár halmozódott fel. Megfordítva, a nagyobbodott lép mellett is rendes tompulatot találhatunk akkor, ha azt bélgázokkal telt belek fedik.

Sokkal megbízhatóbb a tapintás. Minél fiatalabb a gyermek, annál könnyebb nála a megnagyobbodott lépet kitapintani; az élet első hónapjaiban csecsemőknél még a rendes nagyságú lépet is ki lehet tapintanunk. Eltekintve ezektől, mint szabályt mondhat-

juk, — *hogy a lép, ha kitapintható, mindig nagyobb* (megjegyzendő, hogy ez csak azon esetre áll, ha a bal oldali mellhártya izzadmány azt esetleg le nem toltta).

Ha a beteget először vizsgáljuk, nem könnyű meghatározni azt, hogy a lépmegnagyobbodás heveny vagy idült-e. Az idült lépmegnagyobbodásnál a lép rendesen tömöttebb tapintatú és nagyobb, a bordaívet jóval meghaladja; ellenben a hevenyen megnagyobbodott lép csak ritkán haladja túl 2—3 ujjnyira a bordaívet. Ha lépmegnagyobbodást találunk lázas megbetegedés nélkül, akkor természetesen a lépmegnagyobbodás idült; ellenben ha a betegnek magas láza van, akkor csak azon esetben mondhatjuk biztosan hevenynek a lépmegnagyobbodást, ha azt szemünk előtt láttuk kifejlődni, vagy ha biztosan tudjuk azt, hogy néhány nap vagy hét előtt lépdaganat nem volt.

A lépdaganat keletkezésére nézve feltehetjük, hogy az csak néhány napos akkor, ha a lép. daczára kisebb fokú megnagyobbodásának, nyomásra mégis fájdalmas. Gyakorlati szempontból fontos a különbség a heveny és az idült lépmegnagyobbodás között, mert ettől függ sokszor egyes heveny lázas betegségnek a kórisméje. Minden heveny lázas megbetegedésnél, még a fertőző bajokat sem véve ki, a lép megduzzadása nem mindig állandó tünet.

Legtöbbször, sőt majdnem mindig hevenyen duzzadt a lép a hagymáz különféle fajainál, váltóláznál és a pyaemiánál. Igen fontos szerepet tulajdonítunk ennek a körülménynek a hagymáz kórisméjére, ha arról van szó, hogy azt a betegség első napjaiban már megkülönböztethessük más csúzos vagy gastricus lázaktól, vagy az agyhártyagyulladás némely eseteitől, a mely bajok a hőmérsék ingadozásaiban és egyéb tünetekben is nagyon hasonlítanak a hagymázhoz. Az a körülmény, hogy különféle egyéb lázas bajokban is dagadt a lép, nem csökkentheti ennek a tünetnek a kórisme értékét a tifuszt illetőleg már csak azért sem, mert mindazon betegségek, melyek lépdaganattal járnak, a legtöbb esetben oly kevésbé hasonlítanak a tifuszhoz, hogy a lépdaganat hiánya daczára is könnyen megkülönböztethetők a typhustól. Pl. furesa volna, ha egyedül a megnagyobbodott lépre támaszkodva, hagymázt kórismézni akkor, ha a mellett a beteg bőrén vörhenyes kiütést vagy himlőhólyagokat találunk, vagy ha a rostonyás tüdőgyulladás objectív tünetei megvannak.

Idült lépmeagnagyobbodás 2 éven aluli gyermekeknél vagy angolkór, vagy bujakór következménye. Mindkét esetben a lép néha jelentékeny nagyságu (körülbelül 2—3 ujjal túlhaladja a bordaívet) és különösen az által tűnik ki, hogy állománya nagyon tömött (kötőszöveti túltengés.) A betegek rendszeren nagy fokban vérszegényeknek látszanak (viaszfehérek) s gyakran nagyobb és kemény a máj is, szóval a kórkép nagyon emlékeztet leucaemiára vagy a lép és a máj amyloid elfajulására. Az egyszerű, idült lépmeagnagyobbodás abban különbözik a leucaemiás léptől, hogy annál a fehér vérszettek száma nem szaporodott, ellenben az ál-leucaemiás lép az amyloidtól abban különbözik, hogy az utóbbi gyógyul.

A mi a lép amyloid elfajulását illeti, erre nézve a kórismét főleg az aethiologiai momentumokra alapítjuk; amyloid-lépet találunk, ha a testben idült genyedéses folyamat van, (csontszú, tüdőgümőkór stb.). Kétségtelen, hogy a különben egészséges gyermekeknek is dagadt lehet a lépök, ha azok vérszegények, azaz olyan gyermekek, a kik sem nem angolkórosak, sem nem bujakórosak; az efféle esetek anaemia splenica infantum név alatt ismeretesek.

Idősebb gyermekeknél portrahált váltóláz következtében látunk nagy és tömött lépmeagnagyobbodást, ritkábban olyant, mely amyloid elfajulás, Leucaemia vagy Pseudoleucaemia folytán keletkezett. Az ilyfajta lépmeagnagyobbodást okát vagy a körelőzményi adatokból vagy azokból a tünetekből állapítjuk meg, a melyek egyik vagy másik betegségre jellegzetesek.

A *vesékel* mint daganatokat akkor tapinthatjuk ki a hasban, ha azok nagyobbak vagy pedig kórtani tekintetben mozgékonyak: milyen a *vándorvese*.

Hasürbéli daganatokkal is összetéveszthető a vándorvese, de ez felismerhető: 1. nagysága és alakja; 2. az által, hogy rendszeres nyomás által helyére visszatolható. Jellegző még a daganat nagyfokú mozgathatósága is; ma pl. a köldök táján találjuk, holnap esetleg sehoh sem és így tovább.

Roszindulatú alképletekből eredő vesedaganatok bár ritkaság számba mennek, mégis eltekintve ettől, a vese-sarcoma és rák, kiválóan gyermekkori megbetegedések, s különösen meg kell jegyeznünk, hogy a megbetegedés maximuma az első 5 életévre esik; ez annyira túlnyomó ebben a korban, hogy minden következő évtizedet, nem véve ki az aggkort sem, mindig prevaleál. (Epstein statisztikája szerint 52 elsődleges veserákra esik 16 a

0—5 évre, 6 eset a 40—50 évre, 10 eset az 50—60 évre. Ziemsen kézikönyve IX. köt. 112. l.) A belső zsigerek közül a rák a leggyakrabban támadja meg a vesét és mellékvesét. oly körülmény, mely igen fontos a kórismére nézve, mert ha az orvos abba a helyzetbe jut, hogy egy gyermeknél az alhasban rosindulatú alképletet ismer fel, ekkor már kezdetben felveheti, hogy a vesék elsődleges bajával áll szemben, helyesebben csak az egyik vesebajával, miután mindkét oldali veserák ritka.

A veserák kezdetén a betegnek fájdalmai vagy panaszai rendszerint nincsenek, de időnként a vizellet véres vagy fehérryás. Mindkettő azonban nem okvetlenül kell, hogy meglegyen; később az *úgyéktájon daganat* keletkezik, a mit kezdetben a csipő taraj és bordaív között lehet kitapintani. A daganat elég gyorsan nő, nagy fájdalmakat okoz, s a beteg gyorsan kachektikus lesz. Ha már a vesedaganat annyira megnőtt, hogy a hasfalakon át is könnyen kitapintható, akkor a következő sajátságai vannak: nem mozgékony (sem légzéskor, sem passive nem mozog), felső határát könnyű kitapintanunk, a mi egyuttal azt is bizonyítja, hogy a daganat nem a májból eredt. Hátulról mellfelé növekszik és a beleket oly formán tolja el, hogy a remese (Colon), mely a M. quadratus lumborhoz laza kötőszövet által van oda rögzítve, a belek általános eltolódását nem követi, hanem a daganat mellső felszínén maradvá, azt borítja; ezt a körülményt a dobos kopogtatási hang mutatja, a mely harántirányban a daganat alsó határától felfelé fut. A daganat felszine dudorzos, állománya egyenetlen; a has erősen puffadt, de hasvízkór néha nincsen, addig t. i., a míg az alképlet a hashártyára át nem terjedt. Ha a bélfodor és a hashártya mögötti mirigyek is már másodlagosan megbetegedtek, akkor a hasban másutt is találunk különféle nagyságú és tömörségű daganatokat, mégis a fődaganat az, a mely a vesében van, a melyet t. i. a crista ossis ilei és az álbordák között tapinthatunk ki, s hátrafelé egész a keresztcsontig, mellfelé egész a köldökig követhetünk. A daganat határait pontosabban bimanuel határozhatjuk meg: egyik kezünkkel a daganatot a hasfalon át a keresztcsont felé toljuk, a másik kezünket pedig a keresztcsontra helyezzük.

Hasonló a kórkép az idült hashártyagyulladásnál, mert a has igen nagy, s helyenként érzékeny, azonfelül a hasfalak alatt tapintható daganatok és különféle nagyságú keményedések a veseráknál ép olyanok, mint az idült hashártyagyulladásnál.

A kórismét ily esetben arra alapítjuk, hogy ráknál, a hol a halál hamarabb következik be, (itt 3–4 hó múlva, gümökóros hashártyagyulladásnál 6—12 hó múlva), tekintetbe vesszük továbbá az alakot, a daganat nagyságát és helyét, végre, hogy hiányzik-e a hasvízkór, úgyszintén azt is, hogy egyéb szervek gümökórosan megbetegedtek-e. (Hashártyagyulladásnál a daganat helye többnyire a köldök és a gyomorgödör között van; kopogtatásnál itt a hang dobos, mert a gyulladással beszűrődés a dobos bélhangot nem fedi el.)

Ellenben a rendes, vér és fehérszín nélküli vizellet nem bizonyítja még azt, hogy nincs veserák, mert csak addig véres a vizellet és van benne fehérszín, a meddig a beteg vese még működik.

Gyermekeknél van még egy más vesedaganat is, a melynél a vese néha óriási nagyságot ér el, — ez a *Hydronephrosis*. Az alhasban ekkor egy gömbölyű, hullámszó, sima daganatot tapintathatunk ki, a mely a vese tájékáról indul ki. Próbacsapolás által átlátszó, hűgysav és hűgyantát tartalmazó folyadékot kapunk. Ép ily hullámszó daganatot okoz a vese echinococcus és a petefészek-tömlő, de ezek gyermekkorban igen ritkák; az irodalomban vannak ugyan 9—10 éves leányoknál sikeresen operált petefészek-tömlő esetek is leírva.

Ha a vese tájékáról kiinduló hullámszó daganatot echinococcus okozza, akkor a csapolás által nyert folyadékban sem vizellet alkotórészeket, sem fehérszínét nem találunk, ellenben görcsö alatt echinococcus horgokat.

Nagy petefészek-tömlő esetében a daganat szintén gömbalakú, sima és hullámszó, mégis ez a kis medenczéből indulva ki, a köldököt és alhasat foglalja el, de a keresztcsont két oldala szabad; kopogtatásnál e helyen a hang éles, függetlenül attól, vajjon a beteg hátán vagy oldalt fekszik. Ha nincs hullámszó, ez még nem zárja ki a petefészek-tömlőt, mert a hullámszóknak különféle akadályai lehetnek, mint pl. a tömlő multilocularis szerkezete, annak igen vastag fala vagy pedig, hogy a benne levő folyadék igen sűrű.

Nagyobb hasüri daganatok okai lehetnek a *sajtosan elfajult bélfordormirigyek*, vagy a *hashártya megelti nyirokmirigyek sarcomája*. Első esetben a köldök tájékán tapintunk dudorzos daganatot. Ez azonban nem mindig sikerül, mert nagyobb fokú me teorismus, mely az ilyen betegnél lenni szokott, a vizsgálatot lehetetlenné is teheti.

Gyakrabban sikerül a sarcomásan elfajult retroperitonealis mirigyeket kitapintanunk, a melyek a gerincoszlop lumbal tájékán oldalt fekszenek. Gümőkóros daganat, a mely néha óriási nagyra nő, rendszeren a hát alsóbb oldalsó részletén, a csípő taraj és az álbordák között tapintható ki. Utóbbi esetben a daganat vesesarcoma is lehet.

A különbség részben a vizelet tulajdonságaiban (retroperitoneál daganatoknál rendes, veseráknál gyakran fehérnyét és vért tartalmaz), részben a daganatnak a gerincoszlophoz viszonyított fekvésében van: a nyirokmirigyek u. i. a medial vonalban vannak, a vesék pedig oldalt.

Arról szólottunk már, hogy a hasban gyulladással besűrűsödések is képződnek (idült hashártya vagy vakbél körüli gyulladás folytán), úgyszintén kolbászszerű daganatok is (bélbetüremkedésnél), felemlíthető még itt az a daganat, a melyet a vastagbélben bélsárrögök felhalmozódása okoz, úgyszintén a szemérem ízület felett a túlságosan kitágult húgyhólyag által okozott daganat is. A bélsárrögök által okozott daganatot vagy a has közép- vagy oldalsó részletén tapinthatjuk ki; ezek a daganatok mozgékonyak, nyomásra nem fájnak. Jellemző reájok, hogy hashajtók adagolása után eltűnnek.

A kezdő gondoljon arra is, hogy a gyomorgödörben a köldök és a szegycsont között, kissé oldalt a középvonaltól, egy meglehetősen kemény daganatot tapinthat néha, a melyet az egyenes hasizom felső vége okoz.

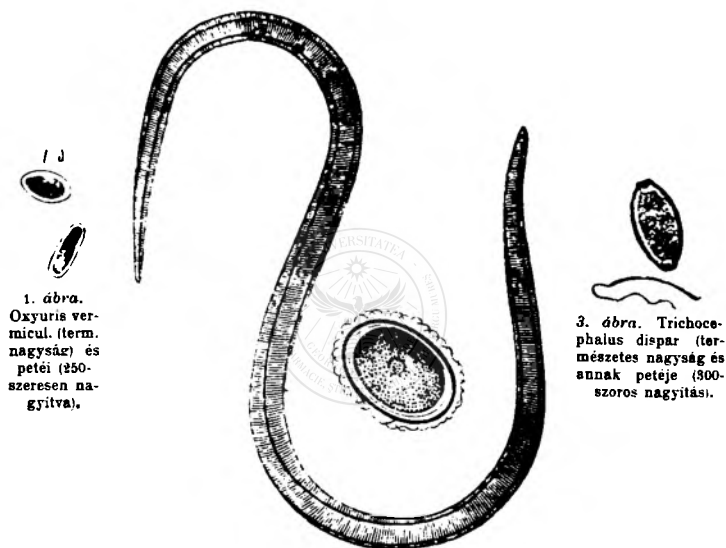
Az ily áldaganat abban különbözik egy valódi álképlettől, hogy 1. nem tapintható ki mindig, 2. hogy körvonalai az izmok tapadásai helyének felelnek meg.

Végre még megjegyezzük, hogy az alhasi daganatnak még genyfelhalmozódás is lehet az oka, mint pl. horpaszizom-gyulladásnál vagy mint sülyedési tályog csigolya-gyulladásoknál.

A bél-élősdiek (bélférgék).

Gyermekek beleiben különféle fajú férgek fordulnak elő. Az orsoidomú férgek közül csak az oxiuris vermicularis és az ascaris lombrioides bír értékkel; a lapférgék közül a Taenia solium, a Taenia mediocanellata, a Botriocephalus latus, a Taenia Cucumarina s. elliptica és a Taenia nana.

Az összes orsó- vagy fonalszerű bélférgék között egyike a legkisebbeknek a **fonalféreg**, *Oxyuris vermicularis*, (alig $\frac{1}{2}$ cmtr. hosszú) kiválóan a vastagbélben tanyázik és időnként, különösen este onnan kimászik; minek folytán a betegnek a végbél nyílásban kimondhatatlan viszketést okoz. Ha a beteget ilyenkor vizsgáljuk meg, akkor a végbél nyílás körül és annak redőiben több fonalférget találunk; néha a bélürülékben is találhatók, mint igen apró, mozgékony fehér fonalak. Az esti vagy éjjeli viszketés különben



1. ábra. *Oxyuris vermicul.* (term. nagyság) és petéi (250-szeresen nagyítva).

2. ábra. *Ascaris lumbricoides* (term. nagyság) és petéje (200-szoros nagyítás).

3. ábra. *Trichocephalus dispar* (természetes nagyság és annak petéje (300-szoros nagyítás).

már magában véve is annyira jellemző ezekre a férgeknek, hogy még a székletét szorgos megvizsgálása nélkül is ki lehet mutatni a valódi tényállást; nagyon elhamarkodott dolog volna, ha oxyurisra nem is gondolva — az időszakos éjjeli végbélviszketést álcázás váltóláznak tartanók. A fonalféreg petéi szabálytalan tojásalakúak és egyenletes szemcsésék. (1. ábra.)

Az orsó giliszta a közönséges földi gilisztához nagyon hasonlít; attól csak nagysága által (eléri a 25 cmtr. hosszúságot is) és fehéres rózsaszíne által különbözik. Petéi egyenletesen szemcsésék, tojásdad alakúak. (2. ábra.)

Az orsóidomú férgékhez sorozandó a *trichocephalus dispar* is (3. ábra), a mely rendszeren a vakbélben él, s hajszálszerű feje végéről és testének vastagabb hátsó részéről ismerhető fel. Petéje tojásdad és a többi bélférgék petéitől különösen abban különbözik, hogy a pete két végén megvastagodott.

A *lapférgék* izek sorozatából állanak, a melyek egymással összekötte, lánczot képeznek; minél közelebb esik az íz a fejhez, annál kisebb az, úgy hogy a féreg legvékonyabb részén az u. n. fonalakú nyakon az izeket pusztá szemmel egymástól megkülönböztetni nem is lehet.

Valamennyi között legkisebb a *Taenia nana*. Ez a féreg ritkaság számba megy Oroszországban és Nyugat-Európában, lévén hazája főleg Egyiptom és Dél-Olaszország. A mult évig Oroszországból egyetlen egy eset volt ismeretes, melyet *Afanaszjev* pétervári tanár írt le. A beteg fiatal katona volt. A klinikánkon végzett ürülék-vizsgálatok sorozata azonban mégis kiderítette azt, hogy a *Taenia nana* Moszkvában nem is valami kiváló ritkaság, mert a tavasz folyamán három ilyen esetem volt, úgymint egy 8 éves fiúnál és hat éves nővérénél, továbbá egy 15 éves kis leánynál, a ki utóbb laryngopasmusban elhalt.

Jóllehet ez a féreg rendszeren igen nagy mennyiségben, több százával él a belekben, az ürülékben azt felkeresni mégis elég nehéz, mert nagyon vékony és kicsiny. Az én eljárásom e tekintetben a következő: kés hegyére híg bélürüléket vettem és azt tányéron vízzel higitottam; az excrementumok mint súlyosabbak higitás után csakhamar a fenékre szállnak, s a giliszták mint könnyebbek, bizonyos ideig a víz színén maradnak, könnyen észrevehetők és kihalászhatók.

A féreg hossza 1—2 cm., vastagsága 0.5—1 mm.; feje akár a *Taenia solium*é, négy szívóval, ormánykával és horogkoszorúval; izei, mint a *Botriocephalus latus*-éi, szélesebbek mint hosszabbak, csak mikroszkóppal láthatók, s egy négyzetcentiméteren 150 íz is van; ivarnyílásai, épen mint a *Botriocephalus latus*-éi, nem az íz végén, hanem a közepén s egy oldalon vannak. Petéi oválisak és nagyságra nézve olyanok, mint a *Taenia solium*éi; ezektől a petehártyájukban különböznek, a mely vastag, de sugárzik nélküli. A petében látható a csíra, 4—6 horoggal. (Rajzát lásd a könyv végén.)

Taenia cucumerina csak 18—35 cmtr. hosszú s már ez ál-

tal is különbözik a többi taeniáktól, a melyek több méter hosszúak is lehetnek. Másik fontos ismertető jele még az érett izék piros színe (ez minden más fajta taeniáknál fehér) mindenik izen két, az iz oldalán levő ivarszerv van. A féreg feje leginkább a *Taenia solium* fejéhez hasonlít, mert négy szívókája és rostelluma van, melyet egy horogkoszorú vesz körül. A féreg a gyermekbe kutyáról származik át egy különös alakú tetű közvetítésével. A tetű (*trichodectes canis*) elnyeli a féreg petéit, a melyek véletlenül a kutya szőrén vannak megtapadva, ezek benne kikelnek, s ha most a tetű véletlenül a gyermek szájába kerül, kifejlődik az utóbbiban a galandféreg.

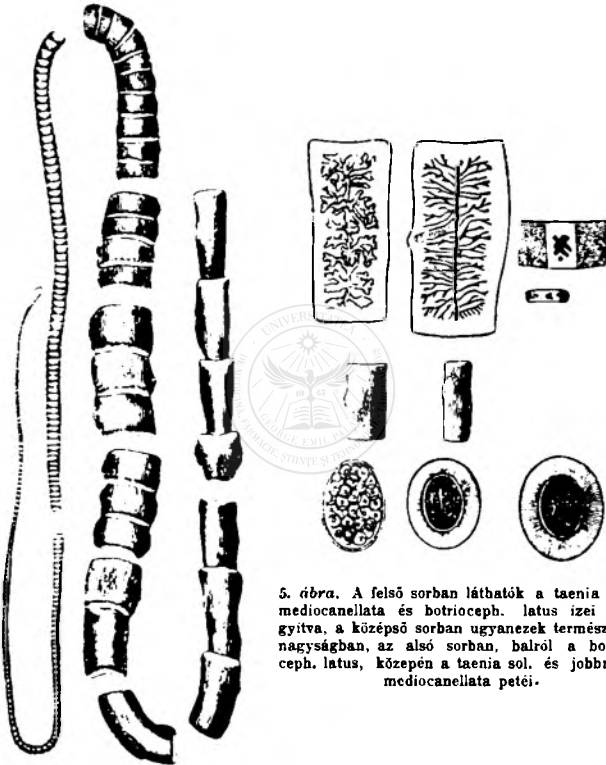
A *Botriocephalus latus* a többi szalagférgektől úgy a fejnek szerkezete, mint az izek alakja által is különbözik. Míg a *taenia solium* és a *mediocanellata* feje négyszögletű, a mely fejen 4 kerek szívóka van, s azonfelül az első, még rostellummal és horoggal is van felfegyverkezve, addig a *Botriocephalus*nak feje tojásdad és két hosszás gödröcskéje van. A két elsőnek érett izei tojásdadok, s hosszaságok másfélszer nagyobb, mint szélességök, ellenben a *Botriocephalus latus*nál az iz haránt átmérője nagyobb, mint az iz hossza. Az ivarvilások valamennyien, a median vonal sima szélén, oldalt vannak elhelyezve.

A *Taenia solium* és a *T. medicanellata* (4-ik ábra) csak külsejükben különböznek egymástól, az izek mindkettőnél nagyon hasonlítanak egymáshoz, s csak abban különböznek, hogy a *T. solium*nál a méh, mely az iz közepén van, oldal felé sokkal kevésbé ágazik el (7—12), mint a *T. medicanellata* (25—30). (5. ábra.) Hogy ezt tisztán kivehessük, az izet két üveglap közé teszszük, s kissé összenyomva, világosság felé tartjuk. Bizonyos fokig jellemző a *T. medicanellata*ra nézve az, hogy néha még akkor is távoznak a betegből izei, ha a beteg nem székel, ellentétben ezzel ez a *T. solium*nál csak kivételesen fordul elő ugyan, de mégis előfordul, miként a *Mosler* említette hölgy esete bizonyítja, a kinek a *T. solium*-proglottisei első ízben a bálon, tánczközben távoztak el.

A kórismét végre még a kórelőzményi adatok is támogatják, minthogy ismeretes, hogy az ember nyers disznóhús élvezete után *T. solium*ot kap, ellenben nyers marhahús után *T. medicanellata*t.

Gyakori dolog, hogy a galandférgék semmivel sem árulják el magukat, s csak akkor veszünk róluk tudomást, ha a bélsárral el-

távoznak (*ascaris*), vagy pedig egyes izeket és lánczokat találunk az ürülékben. Másrésről azonban különféle tünetek lehetnek jelen részint az idegrendszert illetőleg (mint szédülés, ájulási rohamok, fogcsikorgatas, vitus táncszerű rohamok, vagy eclampsias göresők,



4. ábra. A galandféreg különböző részei természetes nagyságban.

5. ábra. A felső sorban láthatók a *taenia sol.* *mediocanellata* és *botrioceph. latus* izei nagyítva, a középső sorban ugyanezek természetes nagyságban, az alsó sorban, balról a *botrioceph. latus*, közepén a *taenia sol.* és jobbról a *mediocanellata* petéi.

láták tágulása, orrvizketés) vagy az emésztési szerveket illetőleg (éhgymornál émelygés és hányás, kólikás rohamok, rendetlen székürülés, változó étvágy); vagy pedig az általános táplálkozási folyamat részéről (halaványság, *vészes vérszegénység*, általános gyengeség, rendetlen lázak); mindazonáltal e tünetek magukban véve kevésbé jel-

legzetesek, s annyira változók, hogy ezekből a bélférgekre legfeljebb gyanakodhatunk. Pontosabb kórismét csak az ürülék göröcsői vizsgálata nyújt, a melynek célja egyik vagy másik féreg petéjének felismerése; esetleg célhoz vezet a próba-gyógyszerelés is.

A mi a petéket illeti, ezeket oxyuris, ascaris, Rotriocephalusnál és Taenia nanánál az ürülékben mindig megtaláljuk, ellenben Taenia soliumnál és mediocanellatánál csak kivételesen, mert ezek petéiket nem rakják le az ember bélhuzamában; ezeket csak akkor találják meg, ha egy érett iz a bélben tönkremegy, mindamelllett a férgek e két fajtája azáltal árulja el magát, hogy a beteg ürülékében koronkint ízeket, (proglottis) találunk.

Ha a betegnél orsógilisztára gyanakszunk, akkor néhány santonin port adunk neki, s a kezelést addig folytatjuk, míg a férget elhajtottuk. Ha a betegnek Taenia soliuma van, akkor az ürülék pontos vizsgálatánál pár nap alatt mindig sikerül ízeket találni, még specifus gyógyszer adagolása nélkül is, miután az ízek ismételt ürülésnél ritkán hiányzanak. A galandféreg jelenlétét többnyire igen megkönnyíti az, hogy a beteg maga hozza el az orvoshoz egyes proglottisait, vagy azok egész lánczatát, mint corpus delictit.

A légző szervek betegségei.

A felső légutak betegségei.

A náthánál — Rhinitis s. coryza — az orrnyálkahártya pirosodik és megduzzad, a váladék a rendesnél több, tiszta, híg a betegség kezdetén; a betegség későbbi folyamán és idült esetekben pedig sűrű-nyálkás, genyes. Ha ez a váladék különösen a rostacsont melléküregeiben összegyűlve pang és bomlik, akkor az orrból bűzös szag áramlik ki — *idült nátha*.

Magát a náthát felismerni nem nehéz; csakis az ok nem mindig világos, mert az mindig más az idült és más a heveny náthánál.

A *heveny nátha* mint idiopathicus megbetegedés gyermekekénél véletlenül, helybeli ok vagy meghűlés után ritka. Gyakrabban a szervezet valamely általános megbetegedésénél nyilvánul és pedig influenza és kanyarónál (ritkábban szamarhurutnál), s akkor más szervek: mint a szem, hörgők stb. hurutja is kíséri azt. E bajok első tünete a nátha, s ennél fogva járvány esetén a kórismét általa a

betegség tulajdonképeni tüneteinek fellépése előtt jóval előbb meg lehet állapítani. (L. az influenza fejezetét.) Hogy valamely lázas betegség kezdetén a nátha mily fontos tünet, már abból is kitetszik, hogy fontos támpontot nyújt oly betegség kizárására, a melyet az első napokban influenzának tarthatunk, de a mely betegségeknel nátha nincs, mint pl. hagymáz, visszatérő láz, himlő, vörheny.

Néha a diphtheria is az orrnyálkahártyából indul ki. *Az elsődleges orrdiphtheria*, vagy *a diphtheriás nátha* és *az egyszerű nátha* közti különbség meghatározására a következőket vegyük tekintetbe:

1. *A járvány jellege.* Ritka, hogy egy házban a diphtheria mint orrdiphtheria kezdődjék; az esetek túlnyomó számában valamelyik családtagnál mint rendes torokdiphtheria kezdődött az és csak ezután véletlenül, s pedig leginkább csecsemőknél terjedt át az orrra; általában a primär-orddiphtheria ritkán fordul elő, és egy családban egyszerre 2—3 gyermeknél alig látjuk ezt, míg ellenben egy családban csak egy gyermeknek ritkán van náthája, hanem többnyire a többi családtag is náthás, gyermekek és felnőttek egyaránt, minthogy a nátha meglehetősen ragályozó; egyiknél láztalanul folyik le, másiknál lázzal, ismét másik még köhög is mellette stb.

2. *A kor.* A primär orrdiphtheria kiválóan csecsemők baja, ellenben az egyszerű nátha nincs a korhoz kötve.

3. *Az általános tünetek* az orrdiphtheriánál mindig súlyosabbak, mint az egyszerű náthánál; a gyermek halavány, tekintete bágyadt; egyszerű náthánál különben a láz 40 fokot is elérhet, de ez bizonyos tekintetben ellentétben áll a gyermeknek viszonylagos jó színével.

4. *A helybeli tünetek.* Csecsemőknél, ha a nátha csak az egyik orrlikban van, akkor bizonyos tekintetben valószínűséggel mondhatjuk azt, hogy kezdődő orrdiphtheriával állunk szemben, különösen ha nátha esetén a váladék vérrel kevert, vagy ha még az orr vérzik is (egyszerű hurutoknál ez úgyszólván soha sincs). Még nagyobb lesz a valószínűség akkor, ha a váladék annyira maró, hogy az orrszárnyakon és a felső ajkakon felmaródások keletkeznek, ha az orrcsúcs kissé megduzzadt és az állalatti mirigyek is megdagadnak. Ez a tünetcsoport a gyermek rossz színével és a lázzal kapcsolatban annyira jellemző az orrdiphtheriára, hogy ezt már messziről is felismerjük.

Biztos a kórisme, ha megtekintéskor sikerül az orrszárnyakon vagy az orrsövényen diphtheriás hárttyákat észrevenni. Mivel az orrdiphtheria rendszeren a mélyebben fekvő rétegekből indul ki, azért azt minden továbbiaktól eltekintve nem szabad kizárnunk még akkor sem, ha hárttyákat az első vizsgálatnál nem találunk; sokszor sikerül a hárttyát tamponnal kitörölni, vagy kifecskendezni.

Később, a diphtheria az orrból majdnem mindig átterjed a torokra, a mikor lehetetlen a bajt fel nem ismernünk vagy észre nem vennünk.

Egy alkalommal, egy felnőttél a primár orrdiphtheria kórisméjét a megbetegedés első napjaiban meglehetősen állapítani, mert az orr nyálkahárttyájából vett váladékban sikerült a Löffler-féle bacillust kimutatni.

A diphtheriás náthát torokdiphtheriánál, vagy rossz indulatú vörhenynél felismerni nem nehéz, mert a valódi tényállást már az invitorlák és a hátsó garatfal izzadmánya is elárulja. A bacteriologiai vizsgálat kideríti azt, hogy az orrnyálkahárttyának alhárttyás gyulladásai nem mindig diphtheriás eredetűek, t. i. a váladékban a Löffler-féle bacillust kimutatni nem mindig sikerül; azaz a bajt egyszer staphylococcusok, máskor streptococcusok okozzák, úgy, hogy itt is, mint a torokdiphtheriánál, a bacteriologiai vizsgálat alapján eldönthető az, hogy adott esetben valódi, vagy pedig csak áldiphtheriával állunk szemben (*coryza pseudo-diphtheritica*). Az utóbbi alakot jellegzi az enyhe lefolyás (a torokra át nem terjed) és az, hogy nem ragályozó.

Az idült nátha a hevenytől már a láztalan állapot és különösen igen lassu lefolyása által különbözik. Idősebb gyermekeknél rendszeren kísézője a görvélykórnak, 1—3 éveseknél az idült arc-eczemához társul, míg ellenben újszülötteknél a veleszületett bujakórnak fontos tünete. Részünkről fontosnak tarjuk e tünetet, mert 1. korai (korábban jelentkezik, mint a bujakór más egyéb tünete); 2. mert veleszületett bujakórnál ritkán hiányzik. Az egyszerű náthától — a mely különben csecsemőknél is előfordul — a bujakóros nátha abban különbözik, hogy renyhe lefolyásu, száraz jellegű, s a szomszédos nyálkahárttyák nem hurutosak (mint a szeni, hörgők); közönséges náthánál csakhamar bő a kifolyás, s a hurut nagyon hajlamos a szomszédos szervekre is átterjedni, mert a nátha többnyire influenzához társul.

Továbbá gyanus még az is, ha az újszülött néhány napos náthájánál az orrból időszakonként kifolyó váladék vér, vagy véres savó; mindkettő orrdiphtheriánál is előfordul ugyan, de a diphtheriát mindig kisebb-nagyobb fokú láz is kíséri (a mi coryza syphiliticánál nincs). Feltűnő még az is, ha a nátha a szabályos hygiánicus gyógykezelésre sem múlik, s még gyanusabb, ha az idült náthát újszülötteknél látjuk. Minden kétségünk elmúlik természetesen, ha a bujakórnak egyéb tüneteit is észrevehetjük (l. a bujakóról szóló fejezetet).

Ha az idült nátha egyik orrüregben makacsul fennáll, akkor vagy idegen testre (kutatóval vizsgáljunk) vagy polypra gondoljunk.

Magában véve az orrvérzést felismerni nem nehéz, de nehezebb annak okát kideríteni. Ha a vérzés az orr mélyebb részéből jön és a mellett a beteg hanyatt fekszik, akkor a vér nem folyik ki az orrból, hanem a garat hátulsó falán lefolyik a gyomorba, a honnan azt a beteg kihányja (hamis vérhányás). A vérzés forrását elárulja vagy az orrban levő véralvadék, vagy a garat falán levő vérmaradék, vagy pedig végső esetben a beteg további megfigyelésével találjuk meg a vérző helyet, a mi célból a beteg fejét magasabbra kell fektetnünk.

Aetiologicus szempontból az orrvérzések két osztályba sorozhatók.

Az első sorozatba tartoznak a járulékos, véletlen orrvérzések, melyek határozott, gyorsan elmúló okból keletkeznek, s ennél fogva nem is ismétlődnek, mint pl. erőszakos úton létrejött vérzések, úgyszintén a hevenyfertőző bajokhoz csatlakozó vérzések, különösen hagymáz, kanyaró, visszatérő láz és a morbus mac. Werlhofinél.

A második sorozatba tartoznak azok az orrvérzések, a melyek gyakran, többnyire észrevehető ok nélkül újra visszatérnek. Ide tartozik mindenek előtt az u. n. *habitualis orrvérzés*, a melynek okát rendszeren nem tudjuk, úgy, hogy kénytelenek vagyunk az orrnyálkahártya hajszáledényeinek szakadékonyságáról, illetve „egyéni hajlam”-ról szólni. Megjegyzendő, hogy itt a kor igen fontos szerepet játszik: 4—5 éven aluli gyermeknél t. i. alig látunk habitualis orrvérzést, ellenben gyakori az 6—12 éveseknél. Rendu (Revmens. d. mal. de l'enf 1884.) azt tapasztalta, hogy az orrvérzés nem ritka oly gyermeknél, a ki látszólag egészséges, de ha előbbi élet-

lefolyását kutatjuk, kiderül, hogy már régibb ideje vannak nem egészen kifejezett csúzos jellegű fájdalmi és migrainje; vizelete zavaros és benne húgysavas sókból álló üledék van. Az ilyen esetekben a vérzésig fokozódó orrbeli vérbőség, mint *Rendu* véli, analog avval a vérbőséggel, a mely a heveny ízületi csúznál az ízületekben van és a későbbi korban szükségessé teszi a csúzelle-nes kezelést (alkalikus ásványvizek, a hüseledek megszorítása és a bor szigorú eltiltása).

Ha a vérzésre meg van a hajlam, akkor a szoba vagy a külső levegő magas hőfoka (sok gyermeknek csak a forró nyári napokban van orrvérzése), megerőltető ülő szellemi munka, egybekötve hajlott testtartással (különösen ha a gallér is szűk), továbbá fárasztó testi gyakorlatok, mint pl. egyes játékok, szerepelhetnek ok gyanánt; ugyanilyen jelentősége lehet az önfertőzésnek és leányoknál a fejlődési időszakoknak.

A habitualis orrvérzés lehet még idült szívbaj, vagy vérbetegség, — mint *Leucaemia*, *Pseudoleucaemia* és *Chlorosis* — jele is. A naponta, vagy naponta többször ismétlődő orrvérzés, ha az heves köhögés után áll be, a legnagyobb valószínűséggel számarhurutra mutat.

Az orr betegségei közül különösen a *polyp* és a *nyálkahártya fekélyes folyamatai* okoznak ismétlődő vérzéseket. Megjegyzendő még az, hogy az idült náthánál igen ritka az orrvérzés, jó lehet ott a nyálkahártya mindig erősen vérbő; kivételt képeznek azok az esetek, a hol a nátha következtében az orr tövén a nyálkahártyán apró kimaródások keletkeznek.

Ujszülöttek, veleszületett bujakór esetén náthások, s a váladék savós, véres.

Orrvérzést észleltem két esetben, egy 6 és egy 11 éves leánynál, a mikor a vérzés több napon át mindig 12—2 óra között éjjel az álomban ismétlődött, s ami egyetlen egy adag *Chininre* azonnal megszűnt; részemről az esetet *febris intermittens larvata*-nak tartom.

Gége és légcső betegségek, melyeknél a légzés megnehezített.

Megnehezített (stenoticus) légzés alatt egy tünetcsoportozatot értünk, amely a gége vagy légcső megszükülése által keletkezik. Ezt felösmerni nem nehéz; 1. mert ezt sajátságos zörej kíséri, a melyet a szűkült helyen átáramló levegő okoz, a mit *belégzési*

stenoticus zörejek nevezünk. 2. Mivel a légáramlás a tüdők felé meg van nehezítve, azért a tüdők a mellkas kitágulását a belégzésnél nem követhetik; ennek folytán egy bizonyos légüres tér keletkezik, a mely a belégzést kiváltja, az az a mellkas engedékenyebb részleteinek behúzódását eredményezi, a mi a kulcscsont feletti és jugularis tájékok, a bordaközök és különösen a gyomorgödör, valamint leginkább a mellkas alsó részének besüppedésében nyilvánul; e behúzódás a rekesz tapadási helyének felel meg (mert a rekeszt hasonlóképp belégzi a beteg, s ez ennélfogva a kilégzésnél nem képes lesülyedni, minek következtében összehúzódásával a mellkas alsó részletét befelé vongálja); 3. a belégzésnél akadályra találó légáram dyspnoet okoz, és ennek leküzdésére a beteg erősen igénybe veszi az összes kisegítő légző izmait, a mit az orrszárnyak kitágulása és a nyakizmok erős kidudorodása árul el.

A stenoticus légzés főtünetei tehát: a stenoticus belégzési zörej, a mellkas engedékenyebb részleteinek behúzódása és a kisegítő légzőizmok igénybe vétele.

Ha a légszomjat nem a gége vagy légső szűkülete, hanem a tüdő vagy a finomabb hörgők bántalma okozza, akkor ugyancsak észlelhetjük a puhább mellkasrészlet behúzódását és a kisegítő izmok fokozott munkáját, de hiányzik a jellegző stenoticus zörej.

A stenoticus légzés kezelésénél meg kell határoznunk annak fokát, a szűkület helyét és annak okát.

Fontos, hogy a *szűkület fokát* felismerjük, mert attól függ nemcsak a kórisme, hanem a gyógykezelés is és különösen annak az eldöntése, hogy a légsömetszés helyén van-e már. A szűkületnek minden olynemű beosztása, ami annak fokát vagy intenzitását illeti, csak theoreticus, mert a legkönnyebb és legsúlyosabb fokok között is vannak minden kigondolható fokozatok; mindamelllett, a stenosisnak körülbelül 3 fokát lehet megkülönböztetni, u. m. könnyű, közép súlyos és súlyosat.

A könnyű foknál a szűkülési zörejek és az akadályozott légzés többi tünetei csak a nehezebb légzési mozgások alkalmával lépnek előtérbe, mint pl. kiabálásnál; míg ellenben nyugodt légzésnél nem látjuk azt, hogy a tüdő felé áramló levegő áramlása meg van nehezítve.

A közép súlyos foknál, a hol közvetlen veszély nincs, s ennélfogva a légsömetszést nem kell azonnal végrehajtani, jellemző, hogy bár nyugodt légzéskor is halljuk már a stenotikus

zörejt, és látjuk, hogy a hajlékony mellkasrészletek behúzódnak és a nyakizmok működnek, de a beteg mégis képes a szükületet ellensúlyozni, ennél fogva nem szenved légszomjban és nem láthatók rajta a megnehezített keringésnek tünetei. (szóval nem cyanoticus).

Végre a súlyosabb eseteiket jellemzi az, hogy a beteg légszomjban szenved, rövid a légzése, s ennél fogva nyugtalan, arcz-kifejezése aggasztó, a gyermek ágyában ide-oda dobálja magát. nyakához kapkod stb.

Miután a vér a tüdőhöz szívódik, a verőerek úgyszólván kiürülnek (az arcz halavány, a végtagok hűvösek), ellenben a vivő erek túltelnek (Cyanosis az ajkakon és az ujjakon). Ez az állapot soká nem tarthat, s ha a légzési akadályt gyorsan el nem hártjuk, akkor a gyermek egy dyspnores rohamban elpusztul, mert a szükült helyet esetleg nyálka dugaszolja el, vagy kábultságba esik a beteg és collabál: a légzés mindinkább felületessé és kevésbé hallható lesz, a láták kitágulnak, a cyanosis fokozódik, és a beteg általános érzéktelenség mellett, szénsav mérgezés folytán meghal.

A mi a *szükület helyét* illeti, erre nézve eldöntendő az, hogy a levegőáramlásnak akadályai a gégeben, a torokban, vagy a légcsőben van-e?

Ha a gyermeket gégetükörrel vizsgálhatjuk meg, akkor a dolog csakhamar kiderül és képesek vagyunk arra, hogy a szükület helyének meghatározásával annak okát is kideríthetjük; sajnos azonban, a gyermekeknél a gégetükörözés csak ritkán sikerül, s azért kerülő uton kell igyekeznünk, hogy célhoz jussunk.

A torok részéről okozott légzési nehézségek, mint pl. az erősen duzzadt mandolák vagy garatmögötti tályogok könnyen ismerhetők fel megtekintés és az ujjal való tapintás által. Ellenben a gégeszükületet a légeszükülettől megkülönböztetni mégsem mindig könnyű. Eltekintve a lefolyástól, reánk nézve a hang és a köhögés sajátsága, úgyszintén a gége mozgásai lehetnek irányadók. Ha a beteg hangja rekedt, köhögése ugató (rövid rohamos, durva hangú köhögés, „mint a hordó, úgy köhög”, mondják a mamák), akkor a szükület a gégeben van. E szabály alól különben kivétel is van, mert a hang gégebajnál is tiszta lehet, mint pl. a hangrést tágitó mindkét oldali izmok hűdésénél; másrészt azonban a légeszükületénél is változik a hang, mint pl. ha a baj gégehurttal van complicálva, vagy egyszerűen azért, mert a levegőáram a megnehezített légzésnél gyöngye. Ha a szükület már bizonyos fokot elért,

akkor gégebajnál minden belégzés alkalmával észre lehet venni a gége lehúzóását a jugulumba (a beszívás következtében), ellenben a légső mélyebben fekvő részének megbetegedésénél soha.

A szükület helyének meghatározásánál még az a körülmény is szerepet játszik, hogy a heveny esetek mind (eltekintve idegen testek beékelődésétől) a gégere vagy torokra szorítkoznak, de nem a légsőre, míg az idült esetek szükületének oka úgy a gégeben mint a torok vagy a légsőben is lehet.

Aethiologicus tekintetben a felső légutak valamennyi szükületét heveny és idültekre oszthatjuk. Az első esetek okai közé számítjuk a phlegmonosus torokgyíkot, angina phlegmonosa, a garatmegetti tályogot, a croupot és álroupot, idegen testet, a gégevizenyőt; az idültekhez a gége álképleteit, különösen a gége szemölcsösös és gummás daganatait, gégekörüli gyulladást, a légső összenyomását a paizsmirigy duzzanata, vagy pedig a nyak és hörgők duzzadt nyirokmirigyei által.

Gégeszükületre vezető heveny gégebajok.

Gyermekeknél a heveny gégeszükület rendszeren a gége nyálkahártyájának hurutos, vagy rostonyás gyulladása alkalmával, vagyis a valódi és az álroupnál keletkezik.

A *pseudocroup* alatt oly gégehurutot értünk, a melynél a nyálkahártya duzzanata a gége belvilágát megszükiti és ez által stenoticus légzést provokál. *Rauchfuss* kimutatta azt, hogy az álroupnak tünetei leginkább akkor lépnek előtérbe, ha a submucosának az a része lesz vizenyős, a mely közvetlenül a hangszalagok alatt van; innét ered a neve is: *Laryngitis subchordalis*. *Valódi croup*-nál a gége nyálkahártyája rostonyásan gyulladt, a mikor az egész nyálkahártya felszínén rostonyás hárttyák képződnek. Mindkét esetben a tünetek majdnem azonosak és pedig: stenoticus légzés, érdes, ugató köhögés és rekedt hang, de a differentialis kórismét mégis nem nehéz megállapítanunk.

A croup és álroup között éles különbség van már a betegség keletkezése óta: az *álroup hirtelen kezdődik*; a beteg este még teljesen egészségesen feküdt le, legfeljebb kissé köhögött, vagy náthás volt, 2—3 órai nyugodt alvás után hirtelen ugató köhögéssel és megnehezített légzéssel ébred fel; a szükület ilyenkor néha jelentékeny fokot is érhet el. Ez az állapot rendszeren nem tart

soká; enyhébb esetekben a stenoticus tünetek 15—20 perc múlva megszűnnek, súlyosabb esetben 1—2 óra múlva, s a beteg újra nyugodtan elalszik. A következő reggelen szabadon lélekezik, a szükület egészen eltűnt, legfeljebb még akkor jelentkezik, ha a gyermek kiabál; a köhögés lazább, de érdes jellegét még nem vesztette el teljesen. A legközelebbi éjjel a dyspnoes roham ismétlődhetik, de rendszeren kevésbé súlyos, mint az előző roham; a beteg általában napról napra javul, s néhány nap alatt teljesen egészséges.

A valódi croup nem kezdődik olyan közvetlenül; a míg ezen betegségnél nagyfokú stenosis kifejlődik, addig 2—3 napon át csak egy egyszerű gégehurut tüneteit észleljük: kezdetben a beteg alig rekedt, keveset és híg nyálkát köhög ki, stenoticus légzési zöreje még nem hallható. Csak ezután rosszabbodnak a tünetek, a köhögés ugató jellegű, a beteg elreked, emellett kissé stenoticus a légzés (a mit leginkább akkor veszünk észre, ha a beteg kiabál); a következő napon az állapot rosszabbra fordul, a stenosis rohamosan fokozódik, magas fokot ér el, s egész napon át fennáll bizonyos fokon, kisebb ingadozásokkal, időnként fuldoklási rohamok is jelentkeznek, a melyek olykor engednek, de a stenotikus légzés soha se szűnik meg teljesen, úgy mint a pseudo-croupnál. Ha a beteg egy dyspnoes roham alatt meg nem fül, akkor csakhamar (1—3 nap alatt) collabál, s lassú szénsavmérgezés tünete között pusztul el.

Szóval az álcroupra jellemző, hogy ennél hirtelen és közvetlenül kezdődnek a gégeszükület tünetei és a bántalom rövid lefolyású; a valódi croup ellenben fokozatosan kezdődik és a stenoticus tünetek a következő napokon még fokozódnak.

A stenosis foka magában véve kórisme tekintetből nem fontos, mert a pseudo-croupnál is megszűkülhet a gége belvilága jelentékeny fokban. Sokkal fontosabb a tünetek időtartama.

Álcroup esetében a stenoticus tünetek gyorsan fejlődnek, de rövid ideig, alig pár óráig tartanak; a valódi croupban a stenosis fokozatos és progressiv és ha egyszer kifejlődött, egész a halálig megmarad, vagy legalább is néhány napig, — a gyógyulás bekövetkezéseig, a mely szintén fokozatosan történik; azért *ha a szükület 24 óra alatt nem csak nem enged, de még fokozódik is, bizonyára valódi croupnal van dolgunk.*

Gyakran látjuk pseudocroupnál azt, hogy a stenosis foka nem felel meg a hang érdességének és a köhögésnek; pl. a hang

meglehetősen tiszta, a köhögés pedig ugató és a légzés nehezített (ha t. i. a hangszalagok épek és az alattok levő nyálkahártyarészlet erősen dagadt, Rauchfuss, Dehio), ezt különösen akkor vehetjük észre, ha a gyermek sir, és megfordítva, teljes aponia mellett is lehet a köhögés alig ugató jellegű, s alig van stenosis, (ha a valódi hangszalagok hurutos duzzanata mellett az alattok fekvő nyálkahártya alig észrevehetőleg duzzadt). Evvel ellentétben a valódi croupnál a tünetek egyaránt fokozódnak: ha már kifejezett a gége-stenosis, akkor a beteg hangtalan és a köhögés ugató.

A valódi croup kezdetén a köhögés rendesen jelentéktelen és a beteg nem rekedt, s csak később (rohamokban) erősödik és válik érdekesebbé; ellenben gégehurutnál már kezdettől érdes és ugató jellegű és igen heves; ha a hurut néhány óra múlva feloldódik, akkor a köhögés gyérebb és lazább.

Valódi croupnál a *gége nyomásra érzékenyebb*, s csak ennél fokozódik a dolog Cyanosisig és általános érzéketlenségig (szénsavmérgezés).

Ha a beteg már elég koros ahhoz, hogy a váladékot kiköhögje, akkor ennek a vizsgálata szolgál legbiztosabb alapul a kórismére, mert ha a beteg *álhártyákat köhög ki*, ez a valódi croupnak legbiztosabb tünete; ebből azonban megfordítva nem következtethetünk, mert korántsem minden croupos beteg köhög ki álhártyákat.

Miután az esetek nagyobb számánál a valódi croup torokdiphtheriából fejlődik ki, azért fontos a kórismére, hogy a *torkot is megvizsgáljuk*: pseudo-croupnál a torok nyálkahártyája vagy egészen rendes, vagy csak kissé belövelt, ellenben valódi croupnál a mandolákon, a légyszájpadon vagy a hátulsó garatfalon találunk diphtheriás felrakódásokat.

Végre kétséges esetekben a *kórelőzményi* adatok is határozhatnak. A pseudo-croupnak igen nagy a hajlama arra, hogy egy és ugyanazon egyénnél többször ismétlődjék, ellenben a valódi croup sohase ismétlődik; ennél fogva ha tudjuk azt, hogy a gyermeknek már volt croupja, akkor nagy valószínűséggel mondhatjuk, hogy az pseudo-croup volt, s adott esetben is evvel van dolgunk.

Eddig a pseudo-croup typicus eseteinek felismeréséről szoltunk, a melyek nagyon gyakoriak, azonban kétségtelenül vannak súlyosabb gégehurutok is, a hol a szükület már hosszabb ideig tart és tetszhalálra, esetleg fulladási halálra is vezethet, daczára annak,

hogy a gégeben rostonyás izzadmány nincsen. Az ilyen gégehurutokra jellemző, hogy itt az egész gége nyálkahártya alatti kötőszövet jelentékenyen megduzzad, különösen duzzadt pedig a gégefedő és a Lig. aryepiglotticum; e hurutok azok, melyek *Laryngitis submucosa* neve alatt ismeretesek, s vagy meghülésből, vagy pedig bizonyos fertőző bajok, különösen kanyaró és himlő után keletkeznek; külerőszaki behatás is szerepelhet ok gyanánt (idegen test a gégeben, forró vizes leforrázás). Az ilyen gégehurutokat a valódi crouptól csak gégetükörrel lehet megkülönböztetni. Nem tartjuk elegendőnek pusztán a kórokozó momentumokat ismerni, mert kétségtelen az, hogy a nyálkahártyák croupos gyulladását általában, és a gége nyálkahártyáét különösen nemcsak — a diphtheriás mérgek okozhatja, hanem annak lehet más oka is; mint pl. a nem ragályos, u. n. szórványos croup, egyes kanyaró után keletkezett gégehurut; (Rilliet és Barthez szerint a másodlagos croup. továbbá állatoknál az a croup, a melyet salmiák szeszszel való égetéssel mesterségesen idéztünk elő.)

Igen hasonlít a crouphoz a gégevizényő is. A kórismét ilyenkor leginkább a kórokra és a rohamosan fokozódó stenoticus tünetekre alapítjuk.

A gégevizényő vesebajoknál keletkezik vizvérűség következtében s akkor az általános vízibetegségnek képezi részjelenségét és a stenosis okát könnyen elárulja; néha, bár ritkán, a gégevizényő a vízibetegségnek első jelét képezi, s akkor vizelletvizsgálat nélkül nem tehetünk körjelzést.

Máskor a gégevizényő a szomszédos szervek kifejezett gyulladásához csatlakozik, pl. az Angina Ludovici-hez, a mandolák kötőszöveti gyulladásához, garatmögötti tályogokhoz, nemkülönb a gége fekélyes folyamataihoz (bujakór, gümökór), úgyszintén gégekörüli gyulladásához, s pedig a hevenyhez, (vörheny, himlő, hagymáz) ép úgy, mint az idülthöz (bujakór, gümökór).

Eltételezve a kóroktól, a gégevizényőt, vagy a laryngitis submucosat már a megtekintés által is kórismezhetjük: ha ugyanis nyelvlapocczal a nyelv gyökét erősen lenyomjuk, akkor gyakran észrevehetjük a rendkívül vastag és eltorzult gégefedőt. Bizonyos gyakorlottságnál sikerül ujjal is egész a gégefedőig és a lig. aryepiglotticumig behatolni, a mikor azokat ki is tapinthatjuk.

Ha a gége vagy légső szűkületét *idegen test* okozza, akkor már a körelőzményi adatokból többnyire felállíthatjuk a kórismét:

az addig teljesen egészséges gyermek valami kis tárgygyal játszva, hirtelen heves fulladási rohamot kap, elkezdi sokat köhögni és nehezen légzik. Ha a kórelőzményi adatok nem biztosak, vagy egyáltalában hiányoznak, akkor a tényállást azonnal ki nem deríthetjük. Ha az idegen test a gégebemenetben megakadt, akkor könnyű azt kitapintanunk és ujjal eltávolítanunk. Megjegyzem még azt, hogy a hirtelen keletkezett stenosisoknál gyermeknél mindig ujjal is vizsgáljuk meg a torok és a gégeének hozzáférhető részeit — nemcsak a legbiztosabb módja a garatmögötti tályog felismerésének, hanem a gégevezényőnek — ugyszinte a gégebe jutott idegen testek felkeresésének is.

Ha idegen test jutott a légsőbe, akkor néha a nyakat tapogatva sikerül, a test ide-oda mozgását köhögések alkalmával átérezni; ha az idegen test már mélyebbre jutott s egy nagyobb hörgőbe került, akkor a megfelelő oldali tüdőben a légzés meggyöngül és fulladási rohamokat okoz (pl. nagy és kemény falat) és többnyire a nyelőső felső harmadában akad meg. A tényállást már a kórelőzményi adatok kiderítik.

A hangrést szűkítő izmok görcse, Spasmus glottidis, szintén fulladásra vezethet, mégis a kórkép sem a crouphoz, sem a légsőbe jutott idegen test által okozott stenosishoz semmi tekintetben nem hasonlít. A tünetek utóbbival csak annyiban közösek, hogy a fulladási roham itt is hirtelen áll be, de mégis oly körülmény kapcsolatában, a mely idegen testre nézve minden kétséget kizár: a roham vagy kiabálás alkalmával, vagy nyugodt állapotban következik be, mikor a gyermek az anya karján ül és semmivel sem játszott stb., s a teljes légzési szünet hangos, sipoló belégzés után pillanatszerűleg áll be; a kis beteg arcza szederjessé válik, levegő után kapkod, s végre általános görcsökbe esik, az arcizmokat rángatja, a szemeket elforgatja, a végtagok görcsösen megmerevednek; az apnoe néhány másodperc múlva hirtelen megszűnik: a gyermek minden belégzési nehézségek nélkül újra nyugodtan légzik, s még csak rövid ideig gyenge és kábult. Ha a görcs percekig tart, akkor a gyermek megful.

A hangrésgörcs tehát a más okból keletkező gégeszükülettől abban különbözik, *hogy hangrésgörcsnél a légzés minden látható ok nélkül, vagy kedélyi izgalmak után kimarad, hogy igen rövid ideig tart és éles sipoló belégzéssel kezdődik vagy evel végződik.*

Mivel a hangrészgörcsnek belső baj, azaz a nyúltvelő különös izgatottsága az oka, a mit a szervezet rendellenes táplálkozási viszonyai eredményeznek, a milyen pl. az angolkór: világos, hogy egyetlen rohamot a beteg nem kap, hanem a baj mindig nagyon hajlandó ismétlődni; a rohamok eleinte nem aggasztók, s csakis egyetlen belégzésből állanak a légzés kimaradása nélkül (a hangrés nem sipoló záródott el teljesen), egy idő múlva azonban ezen gyenge rohamok helyett teljes apnoe, eszméletlenség és görcsöktől kísért komoly rohamok észlelhetők. Ha a beteg ily roham alatt tetszhalál tünetei között el nem pusztul, akkor a gyógyulás olyképen jön létre, hogy a rohamok mindinkább gyengülnek, rövidebbek és ritkábbakká válnak. A betegség hetek, sőt hónapokig is elhúzódik, a mikor a rohamok közötti időszak igen tág határok között mozog, néha néhány perczig tart a szünet (10—30 roham naponta), néha napok is eltelnek roham nélkül. Eltekintve tehát az általános táplálkozási viszonyoktól és a *gyermek korától, a kórismét már a rohamok ismétlődése is támogatja.*

A hangrészgörcs mindig egy éves gyermekek baja, s csak ritkán látjuk azt 2¹/₂ éveseknél, tehát a leggyakoribb az első fogzási időszakban. Csaknem kizárólag angolkórosakat támad meg, különösen a craniotabeticusokat. Evvel azonban nem akarjuk azt mondani, hogy a hangrészgörcs oka a koponyacsontok puhasága; a kettő közti összefüggés inkább abban van, hogy mindkettő az angolkórnak a jele.

A *torokban képződő szükület.* mint pl. kötőszöveti mandlagyulladás. adandó alkalommal szintén nagyfokú szükületet okozhat. de a hang ennél legfeljebb dűnyögő, de nem rekedt, a beteg nem köhög, hanem a helyett a nyelésnél fájdalmat érez, úgy hogy már ezen tünetekből is biztosan mondhatjuk, hogy a baj nem a gégeben, hanem a torokban van. Ha a torkot megtekintjük, biztosak leszünk a kórismében.

A *garatmögötti tályogot* igen gyakran nem ösmerik fel, mert az igen könnyen elkerüli figyelmünket. Részint ezért, részint pedig azért, mert ezen baj gyermekeknél, különösen a csecsemőknél nem ép oly ritka, kissé részletesebben akarnám azt tárgyalni.

Gyermeknél kétféle garatmögötti tályog van, u. m. a *heveny vagy idiopathicus*, a melyet a hátulsó garatfal nyálkahártya alatti kötőszövetének genyes gyulladása okoz, és az *idült vagy sülyedési tályog*, a mely a csigolyák szüvadását kíséri. Az első csoportbeli

tályogok leginkább csecsemőknél fordulnak elő és pedig elég gyakran, ellenben a második csoportbeli tályogok ritkaság számba mennek és csecsemőknél úgyszólván sohase fordulnak elő.

A baj kezdetén a tünetek nem jellegzők; az első, a mi az anyának feltűnik, az, *hogy a beleg álmában hörög*. Ha már a tályog tökéletesen kifejlődött, azt könnyű megösmerni: a kórkép a megnehezített légzést mutatja, a melyre nézve jellegző, hogy a mellkas engedékeny részei minden belégzésnél behuzódnak, s e tekintetben a kórkép nagyon hasonlít a crouphoz. Éles megkülönböztetésül szolgál két körülmény: 1. az, hogy ennél nincsen steno-ticus légzési zöreje, a mely a croupa (valódi vagy alcroupa) annyira jellemző; 2. az, hogy a beteg sem ugatóan nem köhög, sem nem rekedt. Garatmögötti tályognál is a belégzést zöreje kíséri, de ennek a zörejnek más a sajátsága: ez inkább nyálkás hortyogás, s alváskor a legerősebb. Megváltozik a hang is; a beteg orrhangon beszél, nem aphonicus. A hangnak e zörejét mesterségesen is előidézhetjük az által, hogy ujjunkkal a nyakat az állkapocs felhágó ágai és a m.-sterno-cleido mastoideus között összeszorítjuk (ifj. Bókai). A beteg vagy egyáltalában nem köhög, vagy csak keveset, s a köhögés nem is jellemző; a kórismére nézve csak az fontos, hogy a köhögés nem ugató jellegű.

Jellemző még a betegnek a test tartása is; a fej kissé hátrahajlott, mozdulatlan és az állalatti nyaki mirigyek duzzadtak (ez azonban néha nincs is meg).

Ha már az említett tünetekből is garatmögötti tályogra gondolunk, ez még a kórisme felállítására korántsem elég, mert a torok egyszerű megtekintésével a kórismét biztosan nem lehet megállapítani. A tályogot ép azért igen gyakran nem veszik észre, mert az orvosok megelégednek egyszerűen avval, hogy a torkot megnézik. A dolog úgy áll, hogy a beteg nehezen nyel, s ennél fogva a torokban mindig összegyűl egy csomó nyálka, a mely a torok vizsgálatát nagyon akadályozza, annál is inkább, mert a csecsemők torkát még rendes körülmények között is igen nehéz megvizsgálni. Hogy a garatmögötti tályogot észrevegyük, szabálynak kell tekintenünk azt, hogy minden kétséges esetben ujjal vizsgáljuk meg a torkot és a hátulsó garatfalat. Ha tályog van jelen, akkor azt könnyű, mint egy síma, ruganyos, hullámozó daganatot a garatfalon kitapintanunk, a mely a median vonaltól kissé oldalt fekszik.

A további különbség a lefolyásban van. Croupnál aránylag

gyorsan 3—4 nap alatt áll be a gégeszükület, míg az garatmögötti tályognál lassan fejlődik ki, az első álomban észrevehető hortyogó légzéstől számítva 2—3 hét is eltelik, a míg a komoly stenosis kifejlődött, a mi mellett még 7—10 nap kell ahhoz, a míg a fokozatos szükület kifejlődött.

A láz kórismei tekintetben nem fontos. eleinte hiányozhatik is, a genyedés alatt azonban reggeli erős alábbhagyásokkal mindig 39^o-ra is felszökik.

Az idiopathicus tályogot a sülyedésitől megkülönböztetni nem nehéz, mert utóbbinál a Spondylitis cervicalis tünetei nagyon ki vannak fejlődve.

A felső légutak stenotikus tüneteit kis gyermeknél, a ki száján nem tud lélegzetet venni, már egy egyszerű nátha is okozhatja (a légzés nem szapora, amellet a mellkas hajlékony részei behuzódnak, de hiányzik a jellegző belégzési stenoticus zörej). Az ilyen esetekben a legfontosabb megkülönböztető tünet abban áll, hogy a stenoticus tünetek siráskor eltűnnek.

Kivételes esetekben ugyanezt idősebb gyermeknél is tapasztalhatjuk, mint azt pl. a következő eset mutatja: egy 8 éves fiú 1888. november elején erős nátha és köhögés (influenza) tüneteivel betegedett meg, s november 10-én, mikor agyhártyagyulladás is kapott, igen nehezen légzett és kábult lett; a légzés lassabb, s minden belégzésnél, ép úgy mint egy kifejlődött croupnál, nemcsak a bordaközök, hanem a szegycsont alsó része is, a kulcsfontfeletti árkok és a jugulum is erősen behuzódott; de mivel hangja tiszta volt, azért a stenosiszt a gégén kívül, illetőleg a hangrésen kívül kellett keresnünk; garatmögötti tályogot szintén kizárhatunk. Pontosabb vizsgálatnál kiderült, hogy a beteg nyelvét erősen hátra vonja, s hegyét oly formán szorítja kemény szájpadjához, hogy a levegő a szájon nem hatolhatott át; s mivel egyidejüleg náthás is volt és az orr is el volt dugulva, azért a felső légutak nagyfokú szükülete jött létre. Valahányszor a beteg száját kinyitottuk és nyelvét lenyomtuk, azonnal nyugodtan és szabadon légzett. Ily stenosiszt az ember maga magán is könnyen előállíthat: elég ahhoz a nyelvet hátravonni, az orrot befogni és belégzést próbálni. A mi betegünk is képes lett volna az akadályt elhárítani, ha az agyhártyagyulladás folytán beállott eszméletlensége ezt nem akadályozta volna meg.

Ugyan-e csoportba tartozik a pár hónapos ujszülöttek *krákoyó*

légzése is, a mit először Politzer írt le, s nézete szerint ezt a légyszájpad hibás beidegzése okozza. Idővel, körülbelül az első év végével ez a tünet fokozatosan alábbhagy, a gyermek később zajtalanul lélegzik.

A felső légutak idült szűkülése.

A felső légutak idült szűkületének oka vagy a gégeben, vagy a légszűben van. Első esetben a hang észrevehetően megváltozik, a mennyiben a beteg vagy rekedt, vagy teljesen hangtalan, a második esetben a hang tiszta vagy csak kissé elváltozott, (mert a szűkületet kíséző hurut csekély).

Gégebajnál a stenosisnak minden foka előfordulhat, míg a légszű stenosisa csak ritkán szokott nagyfokú lenni, vagyis a beteg képes arra, hogy a szűkület által okozott akadályt a belégző izmok segítségével ellensúlyozza.

Gyermeknél az idült gégeszűkülésnek rendszeren bujakór az oka, még pedig a *nyálkahártya* condylomás sarjadzása, ritkább esetekben tuberkulózis vagy valamely uj képlet a torokban.

Ha a kórelőzményi adatokat ismerjük és a beteg a bujakórnak kifejezett tüneteit látjuk, akkor a kórisme nem nehéz; ha azonban a gégebaj ez időszerint a bujakórnak csak egyedüli tünete, (a mi nem ép ritka), akkor a betegség okát nehezebb felismernünk. A kórismére nézve fontos az, hogy a condylomák előszeretettel támadják meg a gégefedőt; ezt gyakran, ha a nyelvlapocczal a nyelv gyökét lenyomjuk, láthatjuk is, különösen, ha a beteg e mellett ökröndözik; a gégefedőt ilyenkor mint megvastagodott és barázdás, piros fehéres redőt látjuk. Sokkal jobb, ha a beteget, bár csak pillanatra is, gégetükrözhetjük, mert a condylomák külszine annyira jellemző, hogy már futólag is megismerhető. Különben gégetükör nélkül is többnyire megállapíthatjuk a kórismét, mert a gége soha se képezi a másodlagos bujakórnak első helyét, hanem rendszeren csak annak kiujulásánál betegszik meg, ennél fogva ha az egész testet megvizsgáljuk, sikerül valahol még a már kiállott bujakór nyomait megtalálni, s pedig többnyire a végbélnyílás körül mint piros foltokat (az előbbi condylomák helyeit), vagy pedig a szájugokban a nyálkahártya megvastagodását, a mi különösen jellegző, ha fehéres színű; a garativenken, különösen pedig az inyvitorklákon is megtalálhatjuk a buja-

kór nyomait. (A veleszületett bujakór kórisméjét bővebben lásd a bujakórrol szóló fejezetben.) A kórelőzményből könnyen kiderül, hogy a gyermeknek már előbb is fájt a szája és végbele körül nedvedzett, továbbá, hogy több testvére a születés után azonnal elhalt, s hogy a családban többször volt koraszülés és vetélés. A gége, mint már említettük, csak a kiujulások alkalmával, s pedig jó későn betegszik meg bujakórosan, tehát a csecsemők gégeje ugyszólván sohasem betegszik meg. Részünkről a gégebujakórt leggyakrabban 2—7 éves gyermekeknél láttuk.

Kevésbé gyakori a gégeben a gümö és a bujakóros kifehélyesedés, a mit különben csak gégetükörrel állapíthatunk meg.

Gyermekekben, különösen a hetedik évig igen gyéren találni gümökóros fekélyeket a gégeben, a légszűben, jól lehet az irodalomból ismeretesek a kis gyermekek gégejében előforduló gümökóros fekélyek is. Igy például *Rheindorff* betege alig volt 9 hónapos, mikor — a gégegümökór első jelei — a rekedtség és köhögés jelentkeztek rajta, magát a tuberculosist pedig csak a beteg életének 14-ik havában bekövetkezett halála és a bonczolás állapította meg végleg. Gümökóros fekélyek okozta gégeszűkülés szerföltött ritka; a legeslegtöbb esetben a baj csupán a hang rekedtségében és a köhögésben nyilvánul. A gégegümökór kórisméjét megkönnyíti az a körülmény, hogy az ilyen betegeken világosan észleljük a tüdögümökór jeleit is.

Ujképlet is — a mi gyermekekben ugyszólván mindig csak papilloma — szintén okozhat idült gégeszűkületet. Kórismeit tekintben fontos tudni azt, hogy az esetek tulnyomó számában a baj veleszületett; ennél fogva a szűkület okának kiderítésénél ujképletre gondoljunk akkor, ha a stenoticus tünetek egy különben ép gyermeknél igen lassan fejlődnek ki, a hol sem buja, sem gümökorra nem gyanakodhatunk, s ha a gégebaj első tünetei rekedtségben vagy hangtalanságban nyilvánulnak, a mely tünetek már az első napokban vagy legalább is első év végével jelentkeznek.

A perichondritis laryngea csak igen ritkán idiopathicus vagy elsődleges betegség, és mindig valamely heveny vagy idült bajok után keletkezik.

Gyermekeknél hagymáz, himlő és vörheny után észlelték azt gyakrabban; azonban bujakór és gümökór után is néha; általában ritka betegség. *Jakubovics* esete egy 20 hónapos leányra vonatkozik, s annyiban érdekes, hogy a gégeszűkület igen gyorsan állott

be, úgy, hogy ő az élőben a kóristét gégediphtherára tette. (Archiv f. Kinderheilk. X. köt. 33. l.) Mivel a perichonditis rendszeren a fekélyes folyamatokhoz csatlakozik, ennél fogva a beteg jóval a baj kifejlődése előtt a súlyos gégebaj egy vagy más előjelét tárja elénk. Perichonditis fejlődésére gyanakszunk, ha a betegnek bizonyos mozdulatoknál a gégeében egy határozott fájdalmas pontja van, mely nyomásra fokozódik, s ha a fájdalom helyének megfelelően a nyak kötőszöveite megduzzadt.

A pajzsmirigy daganata is — a *golyva* — a hol az tájkóros, lehet idült légszűkület oka; ezt, mint a nyak mellső felületén fekvő daganatot könnyű felismerni. Oroszországban és nálunk is a golyva ritka, ellenben Olaszországban gyakran észlelhető, hogy a légsző oszlási helyén a sajtosan elfajult nyirokmirigyek nyomása által a légsző megszűkül.

A hörgmirigyek túltengését és sajtos elfajulását mint a szűkület okát, részint más kóros folyamatok kizárása, részint határozott körelőzményi adatok alapján határozhatjuk meg.

A körelőzményből megállapítható az, hogy a betegnél a felső légutak idült szűkülete áll fenn, s egyuttal, hogy az igen lassan fejlődött ki; kezdetben a szűkülés jelentéktelen volt, s csak időnként volt az erősebb köhögésnél észrevehető, később egészen eltűnt, hogy egy idő múlva újra mutatkozzék, míg végre ha nem is egyforma erősséggel, de állandóan megmarad. A betegnek azon felül idült hörghurutja is van és azt a benyomást teszi reánk, mintha görvélyes vagy angolkóros volna. Hangja tiszta, ennél fogva a gége szabad. Már az előadottak is feljogosítanak minket arra, hogy a szűkület helye valószínűleg a légszőben van, s azt az elfajult hörgmirigyek nyomása okozza. E mellett szól különösen az is, hogy a beteg általános táplálkozása rossz (görvélykór, angolkór) s az, hogy nála a légutak chronicus hurutja is észlelhető.

Ha a beteget pontosan megvizsgáljuk, akkor még egyebet is találunk: a szűkület helyén nem ritkán nyálka gyűlik meg és hörgő légzést okoz, ez a rhonchus sonorusra vagy a nagyhólyagu szörtyözörejre emlékeztető hang az egész mellkas felett hallható (elvezetett szörtyögés), mégis legjobban hallható mellül a szegycsont markolata felett, vagy hátul, fennt a lapoczkák között, a hol azt még tapintással is észrevesszük. Ha már a mirigyek oly nagyok, hogy a légsző oszlása és a szegycsont közti teret egészen kitöltik, akkor a légzési zörejek tovavezetésére jó hangvezetők, s ek-

kor hallgatódzásnál az első borda közben a szegycsont szélén a megbetegedett mirigyek helyének megfelelőleg kifejezett hörgi légzést, vagy legalább élesebb kilégzést hallunk. E tünet megítélésénél ne feledjük azt, hogy jobb oldalt (a jobb hörgő tágabb, mint a bal), ezért még rendes körülmények között is gyakran hallunk hörgi légzést, ezért a megnyult kilégzésnek csak akkor van teljes bizonyító ereje, ha ez egészen élesen kifejezett vagy pedig, ha az a bal oldalon hallható jobban.

Kopogtatásnál olykor, ámbátor nagy ritkán, tompulatot találunk a manubrium sterni két oldalán az első-második borda közben, vagy pedig valamelyik sterno-clavicularis ízület felett. Más alkalommal sikerül a háton is a tompulatot megállapítanunk és pedig a lapoczkák között, oldalt a három háti csigolya tájékán. Ha csak a szegycsont felett találunk tompulatot, azt a glandula thymus is okozhatja, ez annál valószínűbb, minél fiatalabb a gyermek: rendszerint 5—6 éves gyermeknél a glandula thymus tompulatot nem ad, fiatalabbnál a szegycsontot vagy nem haladja meg, vagy legfeljebb $\frac{1}{2}$ cmtr.-nyire a szegycsont két oldalán. Thymus túltengésnél a tompult hang magán a szegycsonton legkifejezettebb, s nem a bordaközökben, mint azt a hörgimirigyek túltengésénél tapasztalhatjuk.

Oly tüneteket is észlelhetünk néha, a melyek arra mutatnak, hogy a vivőerek vannak összenyomva (arczpuffadás, a nyaki vivőerek kitágulása) vagy pepig a n. vagus, vagy a recurrens (göresős, számárhurutra emlékeztető köhögés, különben többnyire sípoló belégzés nélkül, asthma, a hang megváltozása).

A stenoticus tünetek már magokban véve is jellegzetesek lehetnek, különösen pedig akkor, ha a nagy hörgők egyike van összenyomva, mivel ily esetekben a stenosis következményei, az a tünet t. i., hogy a levegő beáramlása a tüdőbe akadályozott, csak az egyik mellkasfélén vannak jól kifejezve. E tünetek abban állanak, hogy a megfelelő mellkasfél belégzésnél a másikkal szemben visszamarad, ellenben az engedékenyebb részletek behuzódása jobban kifejezett; ugyanezen az oldalon rendes kopogtatási viszonyok mellett a légzés és a mellrengés gyengült. Bár a hörgimirigyek elfajulásánál néha nincsen hőemelkedés, mégis, mivel a mirigyek nagyobbfoku elváltozása rendszerint gümőkóros gyermeknél tapasztalható (a tüdő maga a mellett teljesen gümőkórmentes lehet), a hőmérsék rendszerint magasabb a rendesnél. *Ennélfogva,*

ha egy gyermek látható ok nélkül hosszabb ideig lázas, és különösen, ha a lázas mozgalom egy oly betegség után huzódik el soká, mely hörghuruttal párosul, mint az influenza, kanyaró vagy szamárhurut, akkor igen alapos a gyanu arra, hogy a nyirok-mirigyek sajtos elfajulásával állunk szemben. Természetes, hogy olykor tévedhetünk is. Így pl. részemről hibásan, a hörgmirigyek sajtos elfajulását kórisméztem egy izben, a midőn egy 4 éves leánynál kisebb foku stenosis fejlődött ki (a melyet azonban nyugodt légzésnél is észre lehetett venni), ki már soká szenvedett hörghurutban; utóbb a köhögés majdnem megszűnt, de a mérsékelt hőemelkedések egy egész hónapig eltartottak (reggel 38° és este 38.5° körül). Mivel a kis leány e mellett náthás is volt, egy gége-orvossal is tanácskoztam. Gégetükrözés után kiderült, hogy a stenosis oka a gégében van, daczára annak, hogy a betegnek a hangja tiszta volt, s az egészet a hangrésszűkítők görcsös összehúzódása okozta, úgy, hogy a hangszalagok a belégzésnél, egymástól kellőkép nem távoztak el, s ez által a levegő átáramlása akadályozva volt. A gégeizmok ez állapotát, úgy látszik. az ornyáلكahártyától eredő reflex okozhatta, mert a beteg helybeli kezelés után csakhamar teljesen meggyógyult. Nem tudom, hogy az ilyen neurosok ritkaság számba mennek-e?

Mayr Ferencz tanár (Jahr. für Kinderh., 1862. V. köt.) a hörgmirigyek túltengésének tüneteit a következőkben adja meg: Eltekintve attól, a mit a kopogtatás és hallgatódzás által tudunk meg, erre a kórállapotra gyanakszunk: 1. ha egy görvélyes vagy gümőkóros öröklékenységgel bíró gyermek makacsul köhög és a hörghurut lefolyása közben időnként szamárhurutra emlékeztető köhögési rohamok is jelentkeznek; 2. ha oly gyermeknél észleljük e tüneteket, a ki előbb angolkóros volt, vagy a kinek idült ekzemája volt, s a mellett a halántékain, a nyak hátulsó részein és hátán nagyon szőrös; 3. ha a gyermeknél erős, tartós asthmás rohamok ismétlődnek és végre 4. ha egy 3—4 éves gyermek köhög, soványodik, lázas és izzad a nélkül, hogy nála akár a tüdő, akár az agyvelő vagy az alhasi szervek részéről gümőkóros jeleket tapasztalhatnánk.

Ámbár a hörgmirigyek elfajulásának leggyakoribb oka a gümőkór, mégis mint minden mirigyelfajulás, úgy ezt is egyes vérbajok is okozhatják, mint a bujakór vagy leucaemia. A légzőszervek részéről a tünetek ugyanazok, de az általános jelek különbözők: míg

amott a kórismét a gümő, görvely és angolkórra, addig enniel a bujakór vagy a leucaemiára alapítjuk.

Ha a pár hónapos csecsemőn stenoticus lélegzést észlelünk és ha nincs elég támpontunk arra, hogy nála a hörgmirigyek elfajulásat vegyük fel (hiányzanak az erre vonatkozó aethologiai mozzanatok), ily esetben sokkal valóbszinű, hogy a légeső stenosisát a megnagyobbodott pajzsmirigy okozza. Ilyetén szükületek már az élet első napjaiban jelentkeznek, koronként hol erősödnek, hol pedig gyengülnek és a második esztendőben lassanként teljesen eltűnnek.

Gyermeknél a stenoticus légzésnek — mint idült bántalomnak — az oka néha a torokban van, a midőnt. i. a **mandolák** túltengenek. Ily esetben a légáram a tüdőbe annyira akadályozva lehet, hogy ennek következtében a mellkas gyengén fejlett, s ép ugy, mint az angolkórosnál, a beteg tyukmellű is lehet. Az ilyen gyermeknek már külseje is bizonyos tekintetben jellemző: arczsine halavány, száját félig nyitva tartja, kissé orrhagon beszél, orrlyukai szükek. Álmában erősen hortyog. Ha a torkot megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy a mandolák rendkívül nagyok, néha annyira, hogy a középvonalban összeérnek és a nyelvcsapot is maguk közé szorítják.

Megjegyzendő még, hogy abból, mert a mellkas alsó részlete mély belégzéskor behuzódik, nem következik épen az, hogy a légáramlás a tüdőbe akadályozott, mert ez 3—4 hónapos csecsemőnél, úgyszintén angolkórosaknál is élettani jelenség, utóbbiaknál ez hosszú időn át megmarad; ennek oka egyszerűen az, hogy a bordák puhák, s ennek következtében a rekesz összehúzódásának engednek.

A szájon át lélekzeni nem tudó kis gyermekeknél a felső légutak szükületének tünetei egyszerű nátha esetében is jelentkezhetnek. Ilyenkor, ha a gyermek kiabál, a nehéz légzés azonnal eltűnik.

Tüdőbetegségek, melyeknél a kopogtatási viszonyok rendesek.

A hörghurut — *Catarrhus-bronchialis* s. *bronchitis*. A hörghurut tüneteit a hörgők nyálkahártyájának kórboneztani elváltozásából könnyű megmagyarázni. Mint minden hurutnál, úgy itt is azt találjuk, hogy a nyálkahártya belövelt, duzzadt, s kiválasztása fokozott, a váladék eleinte kevés, szívós és átlátszó, később ellenben bő és sárgás nyálka.

A nyálkahártya hurutos izgatottsága a köhögésben nyilvánul, ez oly cardinalis tünet, mely a hörghurutnál soha sem hiányzik; a többi tünetek különfélék a szerint, hogy hol székel a baj és milyen foku; klinikai szempontból véve a dolgot, a hörghurutnak 3 fajtáját lehet megkülönböztetni, u. m.: 1. a légeső és a nagy hörgők hurutját; 2. a középvastag hörgők hurutját és 3. a hajszálhörgők hurutját.

Minden fajú hörghurut lehet heveny vagy idült. A hörghurutot általában könnyű felismerni: ha ugyanis a beteg köhög, de a hangja tiszta (tehát a gégeje nem beteg), s a tüdők felett sehol sem tompulatot, sem dobos kopogtatási hangot nem találunk, akkor vagy légeső-hörghurutról, vagy torokgyulladásról lehet szó. Ha a hátulsó garattal rendes (nem belövelt, sem tulsarjadzásokkal nem borított) s a beteg nem náthás (köhögés, a melyet a nyálkahártya lefolyása okoz), akkor abból az következik, hogy a hurutos folyamat a hangszalagok alatt székel. Ha azonban oly elváltozásokat is találunk, a melyek garathurutra engednek következtetni, s a melyeket ennél fogva, mint a köhögés okát számba kell vennünk, akkor tisztán a köhögésre támaszkodva, a hörghurutot nem kóris-mézhethjük; ehhez szükséges még az is, hogy a beteg a légesőben karczolást érezzen, vagy pedig nyálkát köhögjön ki, (idült garathurutnál a köhögés rendszerint száraz) vagy pedig ha a mellkas felett hallgatózunk, száraz vagy nedves szörtyzörejeket halljunk.

Különös nehézségekbe ütközik a hörghurutot croupnál felismernünk, mert a légeső és tüdők hangjait a gégeben keletkező stenoticus zörej elnyomja; és mégis fontos az, hogy croupnál a hörghurutot megállapítsuk, mert ez igen jelentőségteljes a légeső-metszésre és a kórjóslatra nézve. Ha ugyanis a croup lefolyása közben a beteg még hörghurutot is kap, akkor az rendszeren nem hurutos, hanem croupos természetű, s e miatt kevesebb a kilátás a gyógyulásra.

Csak a légesőmetszés után dönthetjük el azt, hogy a croupos folyamat a légesőre is leterjedt-e — tracheitis crouposa, — s pedig akkor, ha a beteg a canülön álhártyákat köhög ki. Az álhártyák alakjából ítélhetjük meg, hogy mennyire terjedt le a folyamat, s eldönthetjük azt is, vajjon csak a légeső vagy pedig a hörgők is betegek-e; első esetben ugyanis csak egyszerű (csőszerű), utóbbi esetben pedig elágazó álhártyákat köhög ki a beteg (a köpet a vízben lesülyed).

Ha a beteg hárttyákat nem köhög ki, mégis croupos hörghurutra kell gondolnunk akkor, ha a légvételek száma a műtét után is szapora marad (5 éven aluli gyermekeknél 40—50 perczenként, idősebbeknél 30—40) és a hőmérsék 39,5°-on felül van; jellegző még az is, hogy a köhögés a műtét utáni órákban szünetel, a mi arra mutat, hogy a légső állhárttyákkal van bélelve, minek folytán a canül azt kevésbbé izgatja.

Az elmondottak alapján a légső és hörögök croupját kizárhatjuk, ha a beteg a műtét után a canül legcsekélyebb érintésére is köhög, ez különösen akkor heves, ha a canült tollszárral tisztogatják, s ha ilyenkor csak nyálka és nem állhárttyák kerülnek elő; ugyanily jelentősége van annak is, ha a légzések száma a légsőmetzés után rendes és ha a láz 38,5°-ot meg nem halad. Ha ez az állapot a műtét után 3 napig eltart, akkor biztosra vehetjük, hogy a croupos folyamat csak a légsőre terjedt.

A műtét előtt a hörögök bántalmára következtethetünk akkor, ha a beteg, daczára a gégebajnak, szaporán légzik, s ha a szénsavmérgezés tünetei a szükület fokának nem felelnek meg, azaz, ha a beteg az aránylag kisfokú stenosis mellett is apathicus, szederjes és végtagjai hüvösek.

Fontos még az is, hogy mily rohamosan terjednek a croupos hárttyák, s milyen magas a láz; minél magasabb a hőmérsék, s mennél gyorsabban terjed le a torokból a lepedék a gégébe, annál valószínűbb, hogy a bántalom nem állapodik meg a gégében, hanem mélyebbre is leterjed.

Ha légső vagy hörghurutot kórismézünk, akkor el kell döntenünk mindenekelőtt azt, hogy 1. a meglevő hurutnak milyen jelentősége lehet, azaz elsődleges (idiopathicus) vagy csak tüneti az; 2. hogy mely hörögökben van a hurut.

Az első kérdésre a következő feleletet adhatjuk: ha a hurut nincs más betegségekkel kapcsolatban (kanyaró, hagymáz stb.), akkor az idiopathicus, azaz önálló megbetegedés.

Az idiopathicus hörghurut aránylag könnyű lefolyásu, mert a veszélyes hajszálhörghurut sohasem önálló megbetegedés, hanem rendszeren influenzának, kanyarónak vagy számárhurutnak, idült alakban az angolkórnak a kísérője vagy következménye.

Heveny idiopathicus hörghurut kisebb-nagyobbfoku lázzal és száraz köhögéssel kezdődik; ha a beteg a szobában marad és általában mindent, a mi reá nézve hátrányos lehet, kerül, akkor

rövid idő alatt javul. A láz 3—5 nap alatt megszűnik, a köhögés ritkább, lazább, könnyebb, s néhány nap alatt egészen elmúlik.

Hogy a hurut helyét pontosan meghatározhassuk, hallgatónunk és a légzés jellegét kell tekintetbe vennünk. Ha a nagyhólyagú zörejek, vagy a száraz szörtyzörejek mély alaphanguak (Rhonchi sonori), akkor abból az következik, hogy a hurut a légcsőben és a nagyobb hörgőkben van, mert e zörejek üregekben vagy nagyobb kaliberű csatornáknak keletkezhetnek. Ha a nyálkaválasztás csekély, akkor légső-hurut mellett nincs szörtyzörej, s a légzési zörej teljesen változatlan, úgy, hogy a betegség csakis a kezdetben esetleg meglevő láz és köhögés által nyilvánul. Idősebb gyermek még arról is panaszkodik, hogy a légcsőben karczólást érez.

Ha a *beteg köhög* és a tüdők felett *eltérést* sem *kopogtatásnál*, sem *hallgatásnál* nem találunk, akkor a köhögésnek *idült garathurut* is lehet az oka, a mely néha, különösen görvélykóros és vérszegény gyermekeknél fordul elő. Ily okra vezethető vissza a köhögés akkor, ha a beteg köhécselése száraz, rövid (fűrészelő) és igen makacs, daczára annak, hogy a gyermek a szobát őrzi, s ha a mellkas felett szörtyzörejeket nem hallunk. A torok hátulso fala ilyenkor vörös, tágult véredényekkel borított, száraz, mintha fényezve volna; gyakran mintegy lencsényi, síma, tojásdad kiemelkedéseket látunk itt, melyek felett a nyálkahártya nem különbözik a szomszédos részletektől — *Pharyngitis granulosa*. A makacs, száraz köhögés heteken át eltarthat, s a legcsekélyebb meghülésre újra kezdődik.

Itt még megemlítendő az a száraz köhögés is, a mely 1—2 hónapig is eltart, s a melynél a tüdők felett semmit sem lehet kimutatni, s a mely különösen csak éjjel kínozza a gyermeket. Ez az u. n. *időszakos éjjeli köhögés*: legjobban kedveli ez az izgékony és vérszegény gyermekeket; valószínűleg ideges természetű. Közlebbi oka ismeretlen, de néha chinin adagolására gyorsan elmúlik, s ennél fogva — talán nem alaptalanul — febris intermittens larvata egy tünetének is tekinthető.

A *középtág-hörgök hurutjánál* vagy középhólyagú szörtyzörejeket — vagy ha a váladék igen kevés — érdes sejtes légzést és határozatlan kilégzést, vagy pedig, mivel a hörgők megszűkültek, gyengült sejtes légzést hallunk.

Capillaris hörghurutnál a légzés sípoló, mivel a különben is szűk hörgőcskék nyálkahártyájok megdagadása következtében

jelentékeny fokban megszűkülnek; később, mikor a váladék már nagyon felhalmozódott, finom hólyagú, de *nem csengő szörtyzörejeket* hallunk. Azonfelül minden más hörghuruttól abban különbözik a capillaris hörghurut, hogy mindig *dyspnoëval* jár. Az alapját képező hurut mindig kétoldali és szétterjedt, azaz, ha nem is valamennyi, de legalább is a legtöbb hajszálhőrgre terjeszkedik ki, azoknak belvilágát megszűkíti, s ennél fogva a légáramlás a tüdőhólyagcsákba akadályozott; ennél fogva minden belégzésnél a tüdőben levő levegő megritkul és ennél is láthatjuk azt, hogy különösen a mellkas alsó részletén, a rekesz tapadási helyének megfelelőleg az engedékeny *mellkasrészletek belégzéskor behuzódnak*. Tehát *belégzési dyspnoë* keletkezik, melyet azonban könnyű megkülönböztetni a felső légutak stenosisa által okozottól. Utóbbinál: 1. megvan a jellegző stenoticus zörej, a mi a capillaris hörghurutnál hiányzik; 2. a légzések száma rendes, sőt valamivel kevesebb is, ellenben capillaris hurutnál sokkal szaporább (2 éven aluli gyermeknél percenként 70—100) és a légzés természetesen felületes.

A légzőizmok működésében is van némi különbség: a gége és légeső szűkülésénél a nyakizmok (M. m. scaleni) sokkal erélyesebben működnek, mint a hajszálhörghurutnál, minél fogva az előbbi esetben sokkal szembetűnőbb az, hogy a kulcsesont feletti tájak behuzódnak. Minél fiatalabb a gyermek, minél szűkebbek tehát a hörgők, annál hamarabb áll be, hörghurut esetén a mellkas alsó részének behuzódása. Egy éven aluli gyermeknél a bordaközök csekély behuzódását belégzéskor majdnem minden hörghurutnál észlelhetjük.

A hajszálhörghurut a legveszélyesebb gyermekbetegségek egyike. Rendesen magas, tartós lázzal kezdődik, s gyakran hurutos tüdőgyulladásba megy át, vagy pedig akadályozza a vér élenyítését, a mi cyanosisban és a szénsavmérgezés más egyéb tüneteiben nyilvánul. A hajszálhörghurutra a többi közt még jellegző az is, hogy leginkább 2 éven aluli gyermeknél fordul elő.

Az átmenet a hörghuruthól a tüdőgyulladásba rendesen csak lassan történik; s a gyulladás kezdetben csengő szörtyzörejek és serczegés által, később hörghi légzés és tompulat által ismerhető fel.

Némileg hasonló a hajszálhörghuruthoz az *asthma bronchiale*. E betegségnek lényege az, hogy a finom hörgők izomzata görcsösen összehuzódik; a baj időszakos *rohamokban* jelentkezik, a melyek

alatt nagyfokú a légszomj, párosulva már távolról is hallható hangos, sipító zörejekkel, továbbá a vivőeres vér pangásával és cyanosissal.

Ámbár ez a tünet a hajszálhőrg hurutnál fellépő dyspnoéhoz hasonló, mégis megkülönbözteti az a körülmény, hogy *asthma bronchiale*nél főleg a *kilégzés van megnehezítve* és ennél fogva a mellkas engedékeny részletének behuzódása nem annyira kifejezett; ellenben pedig a *tüdőtágulásnak tünetei*: a rekesz alacsony állása, kisebb szivtompulat és a megnehezített kilégzés tünetei *észlelhetők*: (a hasfalak a hasizmok összehúzódása következtében a kilégzés alatt tapintáskor megkeményednek és feszesek). A roham nedves hörggéssel és bő, vizenyős váladék kiválasztásával végződik; a gyermekeknél is megtaláljuk a köpetben a Charcot-Leyden-féle kristályokat. Kétes esetekben ez a mikroszkópos lelet fontos a kórismére nézve. Az asthma a capillaris hörghuruttól főleg abban különbözik, hogy asthmánál *hirtelen* áll be a *légszomj*, máskülönben egészen egészséges egyénnél és csak rövid ideig — néhány perctől egész néhány óráig — tart el és ép oly gyorsan el is mulik. Láz rendszeren hiányzik; a roham alatt hallgatózásnál a mellkas felett csak hangos sipolást hallunk, nem pedig finom hólyagu szörtyzörejekeket, a melyek csak később az oldódási szakban hallhatók.

Sokkal nehezebb az asthmát felismerni akkor, ha az egy közönséges hörghuruthoz csatlakozik. Ilyenkor ezt megelőzi nátha, vagy álcroup, esetleg hörghurut is, s csak idő múltán lép fel a légszomj, sipoló szörtyzörejek és cyanosis; ez az állapot vagy csak néhány óráig, vagy 3—5 napig tart, mire a dyspnoé alábbhagy és csak a közép vagy nagyobb hörgök egyszerű hurutja marad vissza. A gyors lefolyás, ugyszintén az, hogy nem hallhatók finom hólyagú szörtyzörejek, sőt hogy némely esetben a beteg láztalan, kizárja a hajszálhőrg hurutot. A hörghurut asthmás complicatioja mellett szól a következő: 1. hogy aránytalanság van egyrészt a nagyfoku légszomjuság és a fokozott rekesz működés, másrészt a kislefoku physicalis elváltozások között; 2. hogy az éles sipoló zörejek a szörtyzörejekeket elnyomják; 3. hogy a tüdőtágulás gyorsan fejlődik ki és 4. hogy a dyspnoé az alvás közben feltűnően javul.

Mint hogy a bronchialis asthma kifejlődésére egyéni hajlam szükséges, ennél fogva jellegző, hogy némely gyermek mindannyiszor asthmás rohamot kap, valahányszor hörghurutja van.

Az asthma kórisméjénél szükséges annak okával is tisztába

jönnünk. Az u. n. *essentialis asthma*, a melynek semmi észrevehető okát nem tudjuk, gyermeknél ritka; aránylag gyakrabban látunk *asthmás rohamokat a hörgmirigyek túltengése mellett* kifejlődni (ez a leggyakoribb oka, ugyszintén a görvély- és angolkór), és az ugynevezett *reflectorikus asthmát*, mely orrbántalmakhoz, mandola tultengéshez, a hörgök megbetegedéseivel és a gyomor-bajokhoz (*asthma dyspepticum Henoch*) csatlakozik.

Az *idült hörghurutot* nem szükséges bővebben tárgyalnunk. A tünetek azonosak a heveny hörghurut tüneteivel, a melytől abban különbözik, hogy láz nélkül folyik le és hogy soká tart. Gyermeknél az idült hörghurut ritkán tart el egy éven át; nyáron a hurut rendszeren megszűnik, de őszkor és télen újra beköszönt és mindig csak rövid ideig szünetel. A hajlamot a gyakran ismétlődő hurutokra növeli az általános táplálkozási zavar: mint az angolkór, vérszegénység, görvélykór; ezek oly körülmények, a melyeket az idült hörghurut kezelésénél nem szabad szem elől téveszteni.

Tüneti hörghurut kivétel nélkül észlelhető influenzánál, számarhurutnál, kanyarónál, s csaknem mindig hagymáz és miliaris gümőkórnál. Mi itt csak a két első bajról szólunk, a melyeknél a köhögés *cardinalis* tünet.

Az *influenzának* két alakját különböztetjük meg: 1. a tájkóros és 2. a járványos aiakot (*Influenza endemica et epidemica*).

Az első alak Moszkvában (ujabb időben, t. i. az első influenza járvány óta nálunk Budapesten is. A fordító.) a zord idő beálltával minden évben beköszönt, tehát télen és őszkor, ellenben a második alak járványokban jelentkezik, a melyek néha évtizedekig szünetelnek és a melyeket az évszak és az éghajlat egyáltalában nem befolyásol.

A második aethiologicus különbség a tájkóros és a járványos influenza között még az is, hogy az első lassan terjed el és erejében fokozatosan növekszik. (ha pl. az első esetekseptemberben voltak. akkor a járvány legnagyobb december vagy januárban), ellenben a járványos alak egy bizonyos helyen rövid idő alatt (2—3 hét alatt) eléri a maximumot és ép oly gyorsan tűnik el, mint jött, hogy azután más helyeket keressen fel.

A járványos influenza rendkívül gyorsan terjed el az egész világon, ennél fogva néha pandemiás jellegű lesz, miért is megkülönböztetésül a tájkóros influenzától *pandemiás* influenzának is nevezik.

A további különbség még az, hogy a tájkóros influenza előszeretettel támadja meg a gyermekeket, a kik nemcsak gyakrabban, de súlyosabban is betegednek meg influenzában, mint a felnőttek, ellenben a járványos influenzánál a dolog ép ellenkezőleg áll. Ennélfogva — per analogiam — a gyermek-kolerával a tájkóros influenzát *gyermek-influenzának* is nevezhetnök.

A mi a klinikai tüneteket illeti, a gyermek-influenzánál a légzőszervek hurutja lép előtérbe (ez okból *epidemicus bronchitis*-nek is nevezik), ellenben a valódi influenzánál az általános elgyengülés és egyéb ideges tünet, mint különösen a különféle fájdalomok a túlnyomók.

Mindkét alak közös „influenza” elnevezése e két baj aethiologicus és a clinicus tüneteiből kiviláglik, mert 1. mindkettő *infectiosus, contagioso-miasmaticus* megbetegedés (mindkét esetben egész család betegszik meg, mivel a fertőzés egyénről egyénre száll); 2. a lappangó időszak mindkettőnél rövid, mintegy 1—3 napig tart; 3. egyszeri megbetegedés bármelyik influenzából nem mentesíti az embert újabb megbetegedéstől; 4. a nyálkahártyahurutok, melyek a járványos influenzának nem ép okvetlenül meglevő tünete, az esetek túlnyomó számában mindkét betegségnél a *cardinalis* tünetet képezik, s egyes járványok alatt nagyon is előtérbe lépnek; 5. tiszta esetekben a betegség rövid ideig tart (3—7 nap); 6. a rendes kimenetel gyógyulás.

Először a tájkóros influenza tüneteit ismertetjük (más nével: járványos hörghurut, gyermek-influenza) s csak azután szólunk a járványos influenzáról (synonymja: valódi vagy *pandemicus influenza*).

Gyermek-influenza (grippe) alatt értünk egy járványos, ragályos hurutot, a mely vagy egyszerre különböző nyálkahártya-hurutokból áll, vagy pedig az orrból a szomszédos szervekre (köthártyák, torok) gyorsan átterjed, s lefelé a hörgőkre, néha még a bélhuzamra is lehúzódik.

A kornak a gyermek-influenza, megbetegedéseiben jelentékeny szerepe van, a mennyiben a fő megbetegedési számot $\frac{1}{2}$ —5 éves gyermekek adják.

Ez a befolyás nemcsak az egyes megbetegedési esetek gyakoriságára terjed ki, hanem az eset intenzitására is; mentül fiatalabb a gyermek, általában annál súlyosabb az influenza; 7 éven túl már gyakoribbak az abortív és a könnyű esetek, mint a teljesen,

kifejezett esetek, de a ragályozó képesség minden esetben ugyanaz: *egy felnőtt ember egyszerű náthája néha egész házi grippe-járványnak lehet oka*, oly körülmény ez, a mit nem szabad felednünk, ha oly gyermeknél mutatkoznak influenzás tünetek, a ki nem járt kint a levegőn és a kinek alkalma nem volt arra, hogy meghűljön.

A kitörést *lappangási időszak* — nátha, láz nélkül, s kis köhögés előzi meg, mely néhány napig tart. Maga a betegség lázzal kezdődik, a láz *gyorsan* emelkedik, s nem ritkán már az első este eléri a 40—40,5 fokot.

A lázzal egyidejűleg állanak be a hurutos tünetek is, u. m. nátha, kötőhártya-hurut, a mihez nemsokára csatlakozik a köhögés (ahol e tünetek már megvoltak, akkor fokozódnak).

Influenzánál a lázmenet igen különböző. Olykor jelentékeny reggeli alábbhagyásokkal és esteli emelkedésekkel febris continua remittens képét mutatja, mint a hagymáznál (39—39,5 reggel és 39,5—40° este). Az ily magas és tartós lázat leginkább 7 éven aluli gyermekeknél látjuk és pedig akkor, ha az influenza nagyon heveny befolyásu, a mely azután ily esetekben 8—15 nap mulva többé-kevésbé kifejezett krizissel végződik. A hurut az orrból gyorsan terjed a hörgőkbe, sőt gyakran magára a tüdőszövetre is, ott gyulladást okozva. Az ilyen influenzákat gyakran téveszthetjük össze hagymázzal, vagy rostonyás tüdőgyulladással.

Máskor a láz, a nap folyamán gyorsan ingadozik, majd leszáll a rendesre, majd felszökik 40°-ra is. Az ilyen lázingadozásokból nem könnyű egy határozott szabályt megállapítani és a bajt első pillanatra febr. intermittensnek tarthatjuk.

Az influenzának második, soha sem hiányzó tünete, a *nyálkahártyák hurutja*. Először rendszerint az orr és a kötőhártyák betegednek meg, 1—2 nappal később, olykor azonban egyidejűleg a torok és a gége. Ezt az időszakot jellegzi: a könnycsurgás, a piros szemhéjak, akadályozott orrlégzés, hig, *tiszta* orrfolyás, néha rekedtség és ritkábban gégeszükület (pseudo croup), száraz, ugató köhögéssel párosulva.

Ha a nátha már magában véve is értékes tünete az influenzának, annál jobban növekszik ennek értéke, a mikor *fülnyílás* is csatlakozik hozzá. Az utóbbi tünet különösen már azért is fontos, mert már igen korán, az első vagy a második éjjel észlelhető. Legyen akármilyen magas a láz, lehetnek bármilyen súlyosak az

ideges tünetek, mint félrebeszélés, nyugtalanság stb., influenzát kórismézünk mégis, ha a betegség második napján náthát, vagy fülnyílalást találunk, mert a tünetcsoportozat: *magas láz, nátha és fülnyílalás, a betegség kezdetén az influenzának jellegző tünete.* Természetesen, az influenzát nem zárja ki az, ha fülnyílalás nem jelentkezik.

Mintegy 3 nap múlva, vagy később is, a hurutok kezdenek oldódni: az orrból nyálkás-genyes váladék folyik, a rekedtség és az ugató köhögés eltűnik, a láz alábbsszáll, s ha a hurut lejjebb nem terjed, akkor a beteg 7—10 nap alatt meggyógyul. Az ilyen könnyű esetek, a melyekben a hurut a légesövön túl nem terjed, leginkább idősebb gyermekeknél fordulnak elő. Az influenzának legkönnyebb esetei azok, a melyben a beteg csak náthás és a kötőhártyák vérbősége 3—4 nap alatt gyógyul. Ez az *abortív influenza.*

Legtöbbször azonban a hurut nem szoritkozik pusztán az orra, hanem tovább terjed, s gyakran átugorva a gégét, egyenesen a hörgőkbe száll le, a mit rendszeren újabb hőemelkedés jelez. Az influenzához csatlakozó höröghurut abban különbözik a közönségestől, hogy: 1. daczára az igen csekély physicalis tüneteknek, igen erős és gyakran *száraz* a köhögés; 2. hogy a hurut nagyon lassan oldódik. E tekintetben hasonlít az influenza a számarhurut-hoz; mindkét esetben azt mondják a szülők, hogy a gyermeknek erős köhögési rohamai vannak, a mi alatt arczuk elvörösödik és végül hánynak, — s a tüdő felett alig mutatható ki oly elváltozás, a miből ezt a nagy köhögést kimagyarázhatnók; eltekintve attól, hogy a számarhurutra oly jellegző sípoló belégzés az influenzánál nem hallható, a további különbség az, hogy influenzánál mindig észlelhető kisebb-nagyobb foku láz, míg a számarhurutnál nem, s hogy influenzánál a köhögési rohamok, különösen reggel és este, igen hevesek, míg a számarhurutnál hevesebbek azok éjjel. A hurut újabb lázrohamokkal átterjedhet a finomabb hörgőkre, a tüdőhólyagcsákra (tüdőgyulladás), s még a belekre is.

Az influenzára jellegző láz és hurutos tünetek mellett, ha a megbetegedés csak némileg is kifejezett eset, az *idegrendszer* is mindig a bántalom körébe vonatik. A legállandóbb tünet a *fej-fájás* után, mely olykor igen heves, az éjjeli *álmallanság* és a nappali *ingerlékenység.* A betegen azt látjuk, hogy igen rossz gyermek, s ez a feltűnő makacsság és ingerültség nagyon is

jellemzők az influenzára, különösen akkor, ha arról van szó, hogy a hagymáz és influenza között tegyünk differentialis körjelzést, mert a hagymázos gyermek csendes.

Súlyos influenzánál a gyermek már az első éjjel félrebeszél, (hasonlóképp fontos elkülönítő tünet a hagymáztól, mert hagymáznál csak az első hét végén delirálnak a betegek), vagy pedig álmából felriad, ijedve kiabál, s a környezetét nem ismeri meg.

Az influenza lefolyása nagyon szabálytalan, ennél fogva a betegség tartamát előre megmondani nem igen lehet. Quo ad vitam kedvező a körjóslat, mert az influenza még akkor is, ha tüdőgyulladással is van szövődve, a legtöbb esetben gyógyulással végződik. Súlyos esetek hetekre is elhúzódhatnak, a mikor is idült tüdőgyulladásokra és gümökorra hajlamosítják a beteget.

A mi az influenza kórisméjét illeti, azt leggyakrabban *heveny hörghuruttal* tévesztik össze. Attól abban különbözik, hogy 1. járványosan terjed és ragályozó; 2. hogy a hörgők nyálkahártyáján kívül más nyálkahártyák is hurutosak; 3. hogy a lüz foka, annak tartama és a köhögés intenzitása nem felel meg az objective észlelhető hurutos elváltozásoknak; 4. hogy influenzánál a hurutos tünetek igen soká tartanak, még akkor is, ha a beteg ágyban marad és végre 5. hogy gyakran az idegrendszer is megbetegszik.

Arról a hasonlatosságról, a mi az influenza és a számarhurut első stadiuma között van, az utóbbiról szóló fejezetben szólnunk. Itt csak azt jegyezzük meg, hogy a betegség kezdetén jelentkező magas lázak az influenza mellett szólanak és viszont; ha, daczára a rendes hőmérséknek, a nátha és a légesőhurut sokáig tart, a nélkül, hogy oldódnék, akkor valószínű, hogy a beteg számarhurutos.

Az első 2—3 napon át a kórisme influenza és *kanyaró* között is ingadozhatnak. A kétséget itt legjobban eloszlatja a garat és a szájnálkahártya, nemkülönben a kötőhártya sajátságos piros színe; kanyarónál a nyálkahártyák vörössége, különösen pedig a lágy és kemény szájpádé mindig foltos, míg az influenzánál szétterjedt, mint általában a közönséges hurutoknál.

Mint második kriteriumot tekinthetjük az esetleges járványt is. Ha egy családban már fellépett a kanyaró, s ekkor mutatkozik egy ezideig egészséges gyermeknél nátha és könyecsurgás, akkor természetes, hogy a gyermeknél kanyaróra gondolunk, s nem influenzára, még akkor is, ha a nyálkahártyán vöröses foltokat

még nem látunk, mert nem minden kanyaró jár vöröses foltokkal.

Egy harmadik, bár tagadhatatlanul kevésbé értékes tünet a *tüszszentés*, a mi a kanyaró lappangási szakában sokkal gyakoribb, mint az influenzánál. Ez valószínűleg onnan keletkezik, hogy kanyarónál a fényiszony erősebb, mert ismeretes, hogy még egészséges ember is, ha nem is náthás, erős fénybehatásra tüszszent.

Az influenza, ha állandó lázzal, esetleg még hasmenéssel folyik le, *hagymázzal* is téveszthető össze.

A kórismét arra alapítjuk, hogy a hagymázra jellegző tünetek, mint a roseola, lépnagyobbodás nem észlelhetők, míg másrészt megvannak azok a tünetek, melyek az influenzát jellemzik, mint a nátha, izgatottság stb. Heveny lépmeagnagyobbodás a typhus mellett szól.

Ha már a nátha elmúlt, akkor igen fontosak a körelözményi adatok: a betegség náthával kezdődött, — mindjárt kezdetben a láz kitörésekor a legkifejettebb tünet a köhögés volt, — a láz szabálytalan, gyakran félbehagyó, mind oly adatok, melyek az influenza mellett szólnak, míg ellenben hagymáznál azt adja elő a környezet, hogy a betegség lassan, fejfájással, étvágytalansággal, esti hőemelkedésekkel kezdődött, kezdetben a beteg náthás nem volt, sőt nem is köhögött, a köhögés csak az első hét végével kezdődött, később a láz mindig fokozódott és miután 4—5 nap múlva a maximumot elérte, reggeli alábbhagyásokkal mindig magas fokú volt.

Fontos kórismei értéke van még a kornak is: 2 éven alul a hagymáz ritka, míg az influenza igen gyakori betegség.

Daczára annak, hogy a kettő között határozott különbség van, mégis elég gyakoriak a tévedések. Az orvos az esetet hagymáznak tekinti, vagy pedig nem tud kórismét felállítani, s pedig csak azért nem, mert nem lebeg az *influenza kórképe* a szeme előtt.

A járványos influenza tünetei és lefolyása annyira változó, hogy a különféle tünetek túlsúlya szerint, a betegségnek több alakját különböztetjük meg, u. m.: Influenza cephalica (kábultság, tévengés, sopor), Infl. abdominalis s. gastrica (étvágytalanság, hányás, kólikák, hasmenés), Infl. neuralgica (fájdalmak a környi idegek mentén, a hátban és a végtagokban), Infl. thoracica s. catarrhalis (gyulladások és hurutok a légzőszervekben). Nem te-

kintve azt, hogy a járvány gyorsan és nagy mértékben, korra való tekintet nélkül terjed el, az említett négy alaknak a következő közös tünetei vannak: a baj rohamos keletkezése hirtelen hőemelkedéssel, heves fejfájás, jelentékeny prostratio, továbbá a betegség rövid tartama, mivel a tiszta esetek 3—4 nap alatt lefolynak, s többnyire kritikus izzadással végződnek.

Már fennebb említettük, hogy a felnőttek influenzája súlyosabb, mint a gyermekeké. Az 1889/90-iki járvány alatt legalább ez a különbség oly szembeszökő volt, hogy czélszerűnek tartom külön tárgyalni a felnőttek és a gyermekek influenzáját, a mikor leginkább az utolsó járvány alatt szerzett tapasztalataimra támaszkodom.

Felnőtteknél az ideges tünetek — az az fájdalmasságok — voltak az uralkodók, ellenben a légzőszervek hurutjai (a melyek különben az influenzának lényeges tünetei) vagy egészen elmaradtak, vagy csak később, pl. a láz megszünése után jelentkeztek. A betegség mindig hirtelen kezdődött (ritkán 1—2 napi rosszulléttel), magas láz kíséretében (39—39.5 már az első este) és különféle fájdalmakkal: fejfájás, szemfájás, mely fokozódott, ha a beteg szemeit mozgatta, keresztjáji és végtag-fájdalmak, különösen a lábikrákban; más testrészek ritkábban voltak fájdalmasak, pl. a bőr általános érzékenysége, bordaközi zsábák, migrain vagy izületi zsábák ritkábban fordultak elő.

Állandó tünetek voltak még: étvágytalanság, nagy gyengeség, felülésnél szédülés, álmatlanság, ritkábban deliriumok és álomkórság.

Valamennyi előbb említett fájdalomra jellegző volt az, hogy hirtelen kezdődött, ugyszintén az, hogy semmiféle gyulladós tünet nem kísérte azokat. (a fájdalmas hely nem dagadt meg, nem volt piros, sem helybeli hőemelkedést nem mutatott) s végre az, hogy rövid ideig tartottak és a láz csillapodásával azonnal megszűntek. Kivételes esetekben maradtak csak meg a neuralgiás fájdalmak hosszabb ideig; ellenben az étvágytalanság és a nagy gyöngeség majdnem minden betegnél soká állott fenn, 2—3 hétig, még akkor is, ha a betegség és a láz különben kífoku volt és rövid ideig tartott.

Az utolsó influenza-járvány alatt sok esetben az egész baj csak ezekből az ideges tünetekből és a lázból állott, a nélkül, hogy ahhoz hurutok is csatlakoztak volna. Az esetek egy másik

sorozatában voltak hurutok is, s pedig leginkább a légzőszervekben, mint nátha, piros torok. rekedtség és köhögés kórképében; ritkábban láttunk gastricus tüneteket: mint hányást, hasmenést, s legtöbb esetben későn kezdett a beteg köhögni, csakis akkor, a midőn a láz és a fájdalmak már elmúltak. Ezek a hurutok különös sajátossággal bírtak, mintegy ideges jelleget mutattak: náthánál pl. nagyon fájdalmas volt a homlok és a glabella tája; a laryngotracheitis esetén a köhögés száraz és görcsös volt és néha épúgy, mint a számrhurutnál, hányással végződött; a légeső-hörghurut mellett dyspnoët láttunk és e mellett a betegek a szegycsont tájékán fájdalmat éreztek; hányás mellett gyomortáji. hasmenésnél pedig alhasi fájdalmaik voltak.

Megemlítendőek még azok a tünetek is, melyek bár ritkábban fordultak elő. a kórismét bizonyos tekintetben mégis megnehezítették, s miattuk az influenzát könnyen Dengue-lázzal lehetett összetéveszteni; ezek voltak az izületi fájdalmak, különösen a térdekben (mindamellet lobos tünetek nélkül), ugyszintén a különféle bőrkiütések, melyek majd csalánkütegszerűek voltak, majd kanjaró, vagy vörhenyre emlékeztettek.

Felnőtteknél a könnyebb alak 1—2 napig, a közepsúlyos 3—6, sőt 10 napig tartott. Mint szövödmények leggyakoribbak voltak a különböző tüdőgyulladások.

Az 1889-iki járványban kétségtelenül a gyermekek influenzája nem volt olyan súlyos, mint a felnőtteké, *mert a gyermeknél nagyon gyakran nemcsak hurutos tünetek, hanem a kereszt és a lábikra fájdalmak is hiányoztak.* 8—10 éves gyermekek nagyon sokszor még határozott kérdésre sem panaszkodtak fájdalomról, úgy, hogy az egész kórkép csak a hirtelen hőemelkedésből (39—40°), fejfájásból és általános gyengeségből állott; 2—3 nap múlva a tünetek elmúltak, s a kórismét csak a meglevő általános járványra támaszkodva mondtuk meg, amennyiben hihetetlen rövid idő alatt az egész család influenzás lett. Aránylag gyakoribb volt gyermekeknél a gastricus alak, u. m.: émelygés, hányás és orrvérzés. Az aránylag könnyű megbetegedés többi közt pl. abban is nyilvánult, hogy gyorsan meggyógyultak, (azaz a gyermekeknél az étvágy és az erő csakhamar visszatért), ugyszintén abban is, hogy a szövödmények, különösen a tüdőgyulladások, ritkábbak voltak. Gyermekeknél itt-ott különböző kiütéseket is láttunk, a melyek azonban semmiben sem különböztek a felnőttek

kiütéseitől. Gyermekek influenzájánál sem a máj, sem a lép lényegesen nem nagyobbodott meg.

Minthogy a járványos influenzának sokkal változatosabb jelei vannak, mint a mi tájkóros influenzáknak (grippének), ennél fogva a differentialis kórisménél az egyes tünetek előtérbe nyomulása szerint, különféle kórképpel kell számolnunk. Pl. igen heves, hányással kezdődő fejfájás esetén agyhártya-gyulladásra is gondolhatunk; végtag, de különösen izületi fájdalmak esetén izületi csúzra; ismétlődő hányás és láznál gyomorhurutra; igen magas láz és keresztcsonti fájdalmaknál himlőre; a kötőhártya-hurut, nátha, gégehurutnál kanyaróra; kiterjedt bőrkiütés pedig vörhenyre emlékeztet. Minden esetben megkönnyíti a kórismét a járvány jellege, azaz felnőttek és gyermekek tömeges megbetegedése különféle influenzás alakban, s a tünetek változatossága; legfeljebb 2—3 napig vagyunk bizonytalanságban, mert ennyi idő múlva az influenza-tünetek a legtöbb esetben szünni kezdenek.

Szórványos esetekben, vagy a járvány kezdetén a kórisme csak akkor bizonyos, ha a kórkép nagyon kifejezett és különösen, ha ideges tüneteket is észlelünk, mint a láz foka és tartamának meg nem felelő prostratiót és a különféle idegzsábákat, a miről különben már többször volt szó.

Gyermeknél a szórványos influenzát, a melynél a jellegző fájdalmak, sőt a hurutos tünetek is gyakran hiányzanak, nem állapíthatjuk meg biztosan, s ekkor ha nem uralkodik influenza-járvány, az orvosok ezt febris gastrica, majd febris herpetica, rheumatica vagy ephemera gyanánt fogják fel.

Az 1889-iki járvány-esetek — tekintve, hogy a hurut gyakran hiányzott — nagyon hasonlítottak a Dengue-lázhoz, a minek azt különben egyes francia szerzők tartották is. Mindkettő tömeges megbetegedéseket okoz; mindkettő miasmatico-contagiosus megbetegedés; mindkettő hirtelen kezdődik, gyors hőemelkedéssel, fej-, kereszt- és végtagfájdalmakkal köszönt be; mindkettő 2—3, esetleg 5—7 nap alatt krizissel végződik, mindkét betegségnél kiujulás tapasztalható 1—3 nappal az első roham után; végre mindkettőnél különféle bőrkiütéseket látunk keletkezni, melyek vagy folt-szerűek vagy szétterjedők, esetleg csalánkütegszerűek. Még az is növeli a hasonlatosságot, hogy a Dengue-láznál is észlelhető nátha, szájüreg- és gégehurut, vagy dyspnoë hörghurut nélkül. Mindkettőnél az emésztőszervek részéről állandó tünet az étvágy-

talanság, bevont nyelv és hajlam a székszorulásra, sőt néha a hányás is; továbbá mindkettő álmatlansággal, fejfájással, orrvérzéssel, nagyfoku erőtlenséggel és lassu gyógyulással jár. Mindkettőnél a kórjósolat kedvező.

A különbség az, hogy a Dengue-láznál inkább fájdalmasak az ízületek, mint a lábikra; az ízületek itt, mint a sokizületi gyuladással, meg is dagadnak (ez influenzánál rendszeren nem fordul elő); Dengue-láznál a kiújulás és a bőrkiütés rendes dolog, ellenben influenzánál mindkettő ritkán fordul elő; a főkülönbség azonban az, hogy Dengue-láznál a légzőszervek úgyiszlővőn sohasem hurutosak.

Egyes esetekben az influenza és Dengue-láz között a hasonlatosság tökéletes, de mindkettőnek meg van a maga jellegzetes tulajdonsága, nevezetesen az: hogy az influenza hurutos megbetegedés, a Dengue-láz pedig nem az.

A szamárhurut (*Tussis convulsiva*) ép úgy, mint az influenza járványos, fertőző és ragályozó betegség; jellegző reá az a sajátosságos göresős köhögés, miután a kóros elváltozások a felső légutak nyálkahártyájában, s talán a nyúltagyban is vannak.

A szamárhurut lefolyásában 3 időszakot különböztetünk meg, u. m.: 1. a lappangási vagy hurutos időszakot; 2. a göresős időszakot és 3. az oldódási időszakot.

A lappangási időszak vagy könnyű grippe, vagy torokgyulladás kórképében kezdődik. Első esetben a betegnek kezdetben kis láza van (38—38.5), s egyidejűleg köhögni kezd, néha még náthás is, daczára, hogy a physicalis vizsgálat a mellkas felett semmi kórosat sem tud kimutatni.

Annyira hasonló a kórkép a laryngitishez, vagy egy könnyebb grippehez — különösen ha még a beteg náthás is — hogy az első három napon legfeljebb a vizeletvizsgálat alapján állíthatjuk fel a kórismét. (Lásd alább.) Ha a tünetek tovább huzódnak el, szamárhurutra gondoljunk, mert a *könnyű grippe* rendszeren nem tart soká, hanem rendszerint 3 nap mulva oldódik, a láz ugyanis megszűnik, s a köhögés ritkább és könnyebb; megfordítva van a dolog a szamárhurutnál; ha már a láz el is múlt, megmarad a száraz köhögés, a mely mindig hevesebb lesz, s a mi különösen jellegző, az *első éjjeli órákban* köhög a beteg legtöbbször, a mely esetben még az este adott Dover-por sem nyújt enyhülést. Egy hét mulva már nagy valószínűséggel lehet a szamárhurutot fel-

ismerni, mert a köhögés az esteli órákban már rohamos jellegűvé lesz. Eleinte csak apró köhécselések voltak hallhatók, most már azonban mindig több és több köhintés következik egymás után (minél hevesebbek, annál jellegzőbb a szamárhurutra) és pedig olyan gyorsan, hogy a gyermek csak egy hosszú kilégzési sorozat után juthat egy belégzéshez; ez a köhögési alak már a második időszak (görcsös) köhögéseire kezd hasonlítani, de attól főképp abban különbözik, hogy a roham végén nincsen sem hányás, sem pedig a hangrészgörcs, mely utóbbi a valódi szamárhurutra annyira jellegző sípoló belégzést okozza.

Ily módon egész lassan megy át a hurutos időszak a görcsösbe; a sajátságos köhögés eleinte éjjel 1—2-szer jelentkezik, később azonban nappal is. Annyira jellegző az, hogy elég egyszer hallanunk s az ember soha sem felejtí el, úgy, hogy a szamárhuratot már messziről megismerjük.

A roham következőképen folyik le: a beteg hirtelen elkezd köhögni, a lökészerűen egymást követő lélegzések gyorsan, pihenés nélkül történnek, addig, a míg a tüdő légtartalma ki nem merül; csak ekkor képes a beteg arra, hogy mélyen belélegzen, de ugyan e pillanatban a hangrész hirtelen összeszorul, s a szűk nyíláson beáramló levegő okozza a *hangos*, sípoló hangot, a mit messziről is meghallhatunk; erre közvetlenül újra kezdődik a köhögés, újra jön a sípoló belégzés stb. 2—5-ször egymásután. *míg végre a roham hányás, vagy nyúlós, szívós nyálka kiköpésével véget nem ér.*

Hogy a betegség intenzitását meghatározhassuk, figyeljük meg a rohamok számát és gyakoriságát. Ha számuk 24 óra alatt 15-öt meg nem halad, akkor a szamárhurut enyhe, 15—24 roham középsúlyos, 24-nél több roham súlyos alak. A rohamok intenzitása a minden egyes roham alkalmával fellépő sípoló belégzések számától függ. Súlyos esetben a beteg csak 4—6 ilyen belégzés után hány, könnyű esetben már az első után.

A sípoló belégzés szamárhurutnál sokkal állandóbb tünet, mint a hányás, mert ez rendes lefolyás mellett minden rohamnál megvan, míg ellenben a hányás naponta csak 2—3-szor és pedig leginkább akkor áll be, ha a gyermek előbb evett. Különben a hányások gyakoriságából is következtethetünk az eset súlyosságára.

A kórismére még az is fontos, hogy a legtöbb betegnél a

rohamot mesterségesen is előidézhetjük, ha t. i. a beteget köhögésre ingereljük. Idősebb gyermek akkor is köhög, ha őt erre felszólítjuk, fiatalabbnál is könnyű kiváltani a rohamot, ha a jugulumot, vagy a gégét megnyomjuk, vagy még biztosabban, ha a torkot nyelvlapocczal vizsgáljuk meg. Ismeretes továbbá, hogy elég a gyermeket felizgatnunk, hogy az sirjon, vagy nevéssen s a roham azonnal beálljon.

Eltelkintve a többi tünetektől, melyeket az orvos azonnal észrevehet, elegendő, ha a beteg külszinére és a nyelvfékre tekinünk és a vizelet jellemző tulajdonságait figyelembe vesszük.

A köhögés által okozott vérpangás folytán a betegnek arca megpuffad, a szemhéjak megdagadnak, a kötőhártya megvörösödik, néha a kötőhártyákon és az arcz hajszáledényein, és különösen a szemhéjakon véraláfutások is keletkeznek.

A nyelvféken lévő fekély csak olyan gyermeknél képződik, a kinek már meg van a metszőfoga és pedig annál is inkább, minél élesebbek a foguk; innen van az, hogy gyakrabban látjuk azt 2 éven aluliaknál, mint 5 évnél idősebeknél. E tünetet nem szabad mellőznünk, mert ezt majdnem kizárólag csak számrhurutnál látjuk.

Blumenthal és Hyppius, moszkvai gyermek-orvosok voltak az elsők, a kik a számrhurutos gyermek *vizelletének sajátságos elváltozására* figyelmeztettek. Ugyanis azt tapasztalták, hogy a számrhurutos gyermekek vizellete, a *halvány színén* kívül, még *magas fajsúlyú* is (Vogel urométerje szerint 1022—1035, a normális 1010—1012 helyett) és *nagy mennyiségű húgysavat* tartalmaz; az utóbbi nehezen oldható lévén, apró, fehéres por alakjában rakódik le, melyről a mikroskóp alatt meggyőződhetünk, hogy az nem egyéb húgysavkristályoknál.

Több mint tiz, számrhurutos betegen felülvizsgálván Blumenthal és Hyppius állítását, egyetlen egy esetben sem találtam az ő állításaikat valótlannak és valóban teljesen igazoltnak tartom azt, hogy az ilyen vizellet *számrhurutos vizelletnek* neveztessek. A számrhurut kórisméjére nézve igen fontos az a körülmény, hogy Blumenthal és Hyppius megfigyelései szerint a „számrhurutos vizellet” igen *korán*, már a *második fertőző napokon* jelentkezik, tehát a görcsös köhögés megjelenése előtt jóval előbb, vagy a catarrhalis időszak kezdetén, a mikor a betegség kórisméjére nincs egyéb támaszunk.

A további megfigyelések fogják kideríteni azt, vajjon nem fordul-e elő ilyen vizelet a szárhuruton kívül másfajta köhögésnél is, mint pl. köhögés, láztalan laryngitis, vagy könnyű grippe esetében is (l. alább).

A sípoló belégzés nem tekinthető a szárhurut legfontosabb tünetének, mert az néha egészen hiányzik is. Pl. csecsemőknél gyakran nem észlelhető. Ép úgy kimarad, ha a beteg ereje valami complicatio folytán hanyatlik, holott ugyan e betegnél előbb meg volt, sőt könnyű és abortív esetekben is hiányozhatik, ha a baj nem fejlődik tovább a hurutos időszaknál; néha az ilyen eseteket csak a járványos időszakban lehet körismézni.

Rendes, semmivel sem szövődött szárhurutnál a tüdők felett a kopogtatás és hallgatóság negatív eredményt ad, mivel a hurut csak a légső és a nagyobb hörgőkig terjed le.

A mi a hőmérséket illeti, ez a baj teljes kifejlődési idejében rendes, s ha a láz lép fel, akkor ez több észlelőnek egybehangzó véleménye szerint mindig szövödményekre mutat. Ezzel azonban feltétlenül nem érthetünk mindig egyet, mert vannak esetek, a melyekben a láz a hurutos szakban kezdődve, az egész görcsös időszakon át is eltart a nélkül, hogy a bajhoz szövödmény társult volna; ennél fogva a szárhurut complicatiójának felismerésénél tartsuk szem előtt azt, hogy ha a szárhurut ideje alatt *a beteg lázas, ez még nem bizonyítja azt, hogy a baj complicálva is van.*

Ha már a görcsös időszak eltartott 3—4 héti, akkor lassan átmegegy az a második, az oldódási időszakba. A köhögés ritkább és enyhébb, a hányás és sípoló belégzés megszűnik, s a mellkas felett mindenütt nedves, nagy és középhólyagu szűrtyözörejeket hallunk, a nyálka, mely kezdetben tiszta és szívós volt, most már sárgás és könnyebben kiköphető; 2—3 hét múlva a köhögés egészen elmúlik és a beteg meggyógyul.

Megemlítendő még az, hogy ha a gyermekek már a szárhuruton át is estek, még hónapok múlva is nagyon hajlamosak maradnak szárhurutszerű köhögésre; minden legcsekélyebb okból, meghűlésnél, grippe vagy egyszerű köhögésnél azonnal a görcsös jelleg mutatkozik, vagyis a beteg addig köhög, míg arcza elkékül, s belégzéskor a hangrésgörcs folytán beáll a sípoló belégzés. Ez nem a szárhurut kiújulása, hanem csak ahhoz hasonló köhögés, mely nem fertőz, s ha a gyermek a szobát örzi, épolymar elmúlik, mint a közönséges hörghurut.

A tünetek és a lefolyás alapján a számarhurut kórisméje nem nehéz, mert a számarhurutos köhögés oly typicus, hogy még a laikus is felismeri, ha csak egyszer is hallotta. Ha egy családnál több gyermek egyszerre köhög így, akkor a kórismében kétség nem lehet.

Egyes laryngo-pharyngitis esetek is hasonlítanak némileg a számarhuruthoz, ha t. i. a beteg annyira köhög, hogy arcza elkékül és hány, de itt hiányzik a jellegző sipoló belégzés, s a beteg csakhamar nem hány, mihelyt a szobát őrzi.

A hörgmirigyek sajtos elfajulásánál is hasonlít a köhögés a számarhuruthoz. Eltekintve attól, hogy a kettő közötti különbség szembetűnő, a lényeges különbség a lefolyásban és a körelőzményi adatokban van. A számarhurut száraz, rövid köhögéssel kezdődik, mely később mindinkább görcsössé válik; 2—4 hét elteltével a köhögés görcsös jellege abba marad, s lazább lesz. Hörgmirigyek túltengésénél a baj idült hörghuruttal kezdődik, s csak jóval azután lesz a köhögés görcsös köhögésre emlékeztető (a gyermek köhögéskor elkékül, olykor sipoló belégzést is hallunk), s ebben az állapotban bizonytalan ideig tart el. Az ily betegek angol- vagy görvélykórosak, nyaki mirigyek dagadtak, s vagy a légcsőszűkületnek, vagy pedig a hörgmirigyek elfajulásának egyéb kórképeit mutatják.

Megjegyzendő, hogy gyermekeknél gyakran tengnek túl a hörgmirigyek, de számarhurutszerű köhögés más betegségnél, mint magánál a számarhurutnál ritkán jelentkezik.

Már fennebb említettük, hogy a görcsös köhögés (hányás, sipoló belégzés) a számarhurut üdülési szakában meghülés után is előfordulhat, de ezt valódi számarhuruttal összetéveszteniünk nem szabad.

A számarhurutot még ambulans betegeknél sem nehéz felismerni. Ilyenkor a következőkre alapítjuk a kórismét: 1. a betegség járványos (a családban egyidejűleg több gyermek köhög); 2. a köhögési roham sipoló belégzéssel és arczelkéküléssel jár és még kis gyermekek is hányanak és nyálkát ürítenek a roham végével, (5 éven aluli gyermekek egyszerű hörghurutnál a nyálkát sohasem köpik ki, hanem azt lenyelik; ha ennél fogva az anya azt adja elő, hogy a gyermek a köhögés után nyálkát köp ki, akkor ez nagyon jellegző a számarhurutra, ennél t. i. a kiköpés az erőlködés következménye); 3. éjjel többet köhög a gyermek, mint nappal; 4. az arcz vizenyős, a szemhéjak duzzadtak; 5. a nyelvfeken

fekély van; 6. igen sok esetben a tüdők felett található negativ physicalis tünetek az irányadók, ha az anya azt állítja, hogy gyermeke igen sokat köhög.

Legnehezebb a számarhurutot az első hurutos szakban felismerni. Erről különben már volt szó; a legfőbb ismertető jel a vizellet.

Csecsemők számarhurutjának kórisméjénél ne feledjük azt, hogy a roham ezeknél sípoló belégzés nélkül is lefolyhat, de mindig hányással végződik; itt is szakadatlanul követik egymást a kilégzések egész addig, míg az arc egészen élénk piros nem lesz; gyakran fekély is képződik a nyelv alatt; a bántalom daczára annak, hogy a köhögés igen heves, mégis láz és szörtyzörejek nélkül folyik le.

Az orvosok ilyenkor, ha a sípoló belégzés nem észlelhető — a bajt nem ösmerve fel — az egészet fogzási köhögésnek tartják; minden esetre teljesen alaptalanul, mert a fogzáskor jelentkező köhögés a közönséges hörghuruttól semmiben sem különbözik; gyorsan múlik és a beteg ettől nem hany.

Azon tüdőbetegséghez, melyek a kopogtatási hang megváltozása nélkül, de köhögéssel (az egyidejű hörghurut miatt) és nehéz légzéssel járnak, tartoznak még a következő bántalmak: a tüdővizényő és a tüdőlégdaganat (emphysema).

A tüdővizényő physicalis tekintetben szétterjedt hörghurut-hoz hasonlít, mert ilyenkor mindkét tüdő felett nehéz légzést, éles kopogtatási hangot, bőséges, nedves finom és nagyhólyagú zörejeket találunk. A tüdővizényő kórisméjét a kísérő tünetek derítik fel. Ide tartozik pl. az általános vese- vagy szívbajból eredő — vízkórság, a szív gyöngesége súlyos fertőző bajoknál, a megakadályozott vérkeringés a tüdőben, nagy mellüri izzadmányoknál, a tüdőgyulladásnál stb. Jellegző még a gyorsan beálló nehéz légzés, melylyel egyidejűleg cyanosis és a végtagok elhidegülése lép fel. A hajszálhörgők hurutja sohasem terjed el oly gyorsan mindkét tüdőben, hanem alulról és hátulról indulva ki, terjed el lassanként az egész tüdőre.

A legtöbb gyermekgyógyászati tankönyvben az **emphysemát** külön nem tárgyalják, mert a valódi emphysema, mely a tüdőléghólyagcsák kitágulásában és a hajszáledények és az interstitialis tüdőszövet pusztulásában áll, gyermekeknél nem fordul elő; az a betegség, a melyet gyermekeknél e néven nevezünk, tulajdon-

képen tüdőkitágulás — *Dilatatio pulmonum*, és csak ideiglenes baj. Ez igen gyakori számárhurutnál, úgyszinté idült hörghurutnál is és abban nyilvánul, hogy a tüdő mellső felületén (a szívtompulat csökkenése) és alsó szélén (a májtompulat felső határának lecsúszása a 7-ik, sőt a 8-ik bordáig) az éles kopogtatási hang határa lejjebb van. Hordóalakú mellkas, mint a felnőtteknél — a tüdő horizontális átmérőjének megnagyobbodása folytán — ezeknél csak ritkán képződik.

Tompa kopogtatási hanggal járó tüdőbajok.

A rostonyás tüdőgyulladás. *Pneumonia crouposa*. A rostonyás tüdőgyulladás, tekintet nélkül még a csecsemőkre is, a gyermekeknél ép oly gyakori megbetegedés, mint a felnőtteknél. Igen heveny megbetegedés, a melyre jellemző a hirtelen beköszöntő magas láz és az egész, vagy csaknem egy egész tüdőlebenyre gyorsan kiterjedő tömörülés. Az izzadmány felett tompa kopogtatási hangot kapunk, s mivel a tömörült tüdőrészet az éphez viszonyítva, a hangot jobban vezeti, azért a tompulat helyén hörghi légzést, hörghi szózatot és fokozott mellrezgést vehetünk észre.

Ezek a főtünetek mindig megvannak, úgy tipikus, mint szabálytalan lefolyású tüdőgyulladásnál, s az egyes eseteknél észlelhető eltérések csak a kísérő tünetek sajátjaiban és lefolyásában nyilvánulnak.

A szabályos rostonyás tüdőgyulladás 7 évnél idősebb gyermeknél ép úgy kezdődik, mint a felnőtteknél, t. i. rázóhideggel, de kis gyermeknél ez csak igen kisértékű (a végtagok elhűlnek, az ajkak elkékülnek) olykor általános görcsökkel, gyakrabban hányással; de kivétel nélkül *a hirtelen emelkedő magas lázzal*; a láz már az első napon 40^o-ra, sőt magasabbra is emelkedik; egyidejűleg a beteg elkezd röviden, szárazon *köhécselni* és a köhögéskor *fájdalmat* érez. Szaporán veszi a lélekzetet, mi mellett az orrszárnyak kitágulnak (2 éven aluli gyermekek percenként 80, idősebbek 40—50 lélekzetet is vesznek); 5—6 évnél idősebb gyermekek már az első napon *oldalszurásról* panaszkodnak, mely köhögéskor és mély belégzésnél fokozódik, a mi a kórismét a betegség kezdetén, a mikor még a tüdőtömörülés ki nem fejlődött — igen megkönnyíti.

3—5 éves gyermekek majdnem sohase panaszkodnak oldal-szúrásról, de e helyett mindegyik arról panaszkodik, hogy a *hasa fáj* s pedig majd a gyomorgödör tája, majd kissé lejjebb, de a helyet pontosan megjelölni nem tudja. Ily korú gyermeknél a tüdőgyulladás kezdeti szakában a hasi fájdalomnak meglehetősen nagy kórismei értékük van, mert heveny gyomorhurutnál, a melyhez a szóban forgó betegség a kezdetben jelentkező hányás miatt sokban hasonlít, a gyermek nem panaszkodik hasfájdalomról; — has-hártyagyulladásról se lehet szó, mert tüdőgyulladásnál a fájdalom a hasban nyomásra nem fokozódik, s ennél fogva a fájdalom helyét tapintással pontosan nem is tudjuk meghatározni.

A fájdalom csak látszólagos, kisugárzó, azaz a gyermek azt hamis helyre helyezi. Ha tehát egy betegnél azt találjuk, hogy láza magas, szaporán légzik, orrszárnyai légvételnél kitágulnak, szárazan, röviden és gyakran köhög és ebből kezdődő tüdőgyulladást állapítunk meg, akkor a hasfájás, daczára a hányásnak, bevont nyelvnek stb. nemcsak hogy nem szól e föltevés ellen, sőt inkább megerősíti azt; részéről legalább ezt lényegesebbnek tartom, mint a fokozott légvételt, mert az magas láznál különben is mindig észlelhető; a fokozott légvételeknek csak akkor van a tüdőbajra tünettani jelentősége, ha azt az orrszárnyak szétnyílása és köhögés kíséri és mikor a köhögés szaporasága az érveréssel nincs arányban. Rendes körülmények között egy légvételnél 3—4 érverés esik, heveny tüdőbajnál azonban a viszony olyan, mint 1 : 1 $\frac{1}{2}$ —2. Ha a belégzéseknél a fájdalom igen heves, akkor a beteg a kilégzésnél nyög. Ilyen kilégzést különben más okból eredő dyspnoénál is észlelhetünk.

Az előbb előadott tünetek alapján tehát nagy valószínűséggel mondhatjuk, hogy a tüdőgyulladás fejlődik, de bizonyosat nem mondhatunk, mert a tüdőtömörülés csak fokozatosan halad elő, s a mellkas physicalis vizsgálata még határozott eredményt nem mutat; beletelik 2—3 nap is, a míg a kórisme bizonyos lesz. Kezdetben a kopogtatási viszonyok sem adnak határozott felvilágosítást, vagy pedig a kezdődő tompulat felett dobos színezetű a hang; ennek azonban nincs döntő értéke. Míg a felnőtteknél körülírt helyen, hallgatódzásnál szerceegést hallunk, gyermeknél a tüdőgyulladás kezdetén ezt úgyszólván sohasem halljuk; hogy ezt hallhassuk, a gyermeknek mélyen kellene lélegzetet venni, a gyermekek azonban a szurás miatt nagyon felületesen lélegzenek, s ennél fogva

hallgatódzásnál legfeljebb gyöngült vagy határozatlan légzést hallhatunk.

A tüdőgyulladás további lefolyásában a láz néhány napon át az említett magas fokon megmarad, esetleg még magasabbra 41—42 °-ra is emelkedik és állandó jelleg után 5—9 napig megmaradva, néhány óra alatt krizissel végződik; a hőmérsék többnyire bő izzadással a rendes alá esik. Ekkor a tüdő részéről a helybeli tünetek teljesen világosak lesznek: egyik vagy másik tüdőlebeny felett kifejezett tompulat, hangos hörgi légzés, hörgi szózat és fokozott hangrezgés hallható. A láz szüntével beáll az oldódási időszak: a száraz hörgi légzés helyén szerceegést hallunk, a tompulat és a tüdőtömörülés egyéb tünetei lassanként megszűnnek s néhány nap alatt a kóros tünetek eltűnnek.

A betegség tetőfokán a kórisme könnyű. Ha a tompulat valamelyik alsó tüdőlebeny felett van, akkor még mellhártyaizzadmányra is kell gondolnunk. Csekély izzadmány okvetlenül tompulatot okoz, de mivel ilyenkor a tüdő teljesen összenyomva nincsen, s mivel a hallgató füle és a hörgők között levegő tartalmu szövet is van, azért hallgatódzásnál csak gyöngült sejtes, de nem hörgi légzést hallunk; hiányzik a hörgi szózat is, a hangrezgés pedig legfeljebb gyöngült.

Mindazonáltal vannak esetek, a melyekben látszólag nehéz a tüdőgyulladás és mellhártya izzadmány között a kórismét eldönteni. Nehéz akkor, ha az izzadmány kevés s a gyermek még igen kicsiny. Azon okot, a miért gyermeknél nehezebb a két betegséget egymástól megkülönböztetnünk, mint felnőtteknél, a következőkben lehet összegezni: 1. mert semmit sem köpnek ki, (felnőtteknél a véres, szívós, enyves kiköpés kórjelző tüdőgyulladásra); 2. mert még a mellrezgést is nehéz megbírálunk. Általában véve ez a tünet képezi a tüdő- és a mellhártyagyulladás között a fő különbséget; elsónél a rezgés fokozott, az utóbbinál gyöngült. Felnőtteknél különösen a mély hangnál hallható jól a mellrezgés, gyermeknek a hangja pedig magas, s a mellrezgés már ennél fogva is gyöngébb; heveny tüdőgyulladásnál, ugyszintén mellhártyagyulladásnál a viszonyok még kedvezőtlenebbek, mert a gyermek a fájdalom miatt nem beszél hangosan és a sirást még inkább kerüli; csak csendesen sóhajtozik és nyöszörög, s ez a fremitus megállapítására nem elégséges. Ez még akkor is gyöngült lehet, ha a tüdő tömörült, ha t. i. a tüdőgyulladás mellett hörghurut is van és a vezető hörög el van dugulva,

egyidejűleg gyöngül a hörgi légzés és a hörgi szózat is. Utóbbit látjuk az u. n. masszív tüdőgyulladásnál (*Granches*), mely a hörgőkben keletkező túlságos rostonyaképződés és eldugasolás által van jellegezve; 3. a hörgi légzés néha *még akkor is igen gyenge, sőt észre sem vehető*, ha a hörgők nincsenek is eldugasolva, egyszerűen azért, mert a gyermek nem lélegzik erőlesen; másrészt azonban *mellhártyagyulladásnál* hörgi szózattal párosulva is hallható néha (de fokozott hangrezgés nélkül), akkor t. i., ha túlságos nagy izzadmány a tüdőt teljesen összenyomja és a hörgők a levegő átáramlását még megengedik.

Kétes esetekben a tüdő- és mellhártyagyulladás különzeti körisméjét még *a)* a láz jellegére, *b)* a tompulat alakjára és *c)* a láz menetére alapítjuk.

a) Kevés betegség van, mely, mint a tüdőgyulladás, annyira magas lázzal kezdődik; itt a 41° a hónaljban rendes tünet, sőt 42° sem valami ritka, s ezért a betegség még sem veszélyes; 40° -on aluli láz a betegség első hetében a rostonyás tüdőgyulladást majdnem kizárja. Másképp van a dolog a mellhártyagyulladásnál: a betegség kezdete nem oly kifejezett, mert a kezdeti szakban a láz emelkedése nem *ily gyors*; az első héten a hőmérsék ritkán magasabb 40° -nál, s ezen a fokon nem állandó, mert reggelenként a visszaesés meglehetősen nagy ($0.5-1.0$), kritikus végződés soha nincs, a láz inkább a betegség 2—3-ik hetében kezd alábbhagyó jelleget felvenni, sőt teljes félbenhagyó lázjelleg is előfordul, s ilyformán lassan, az eset súlyossága szerint 3 hét vagy egy hó alatt lysissel végződik. Ha tehát a beteg köhög, s oldalszurásai vannak, s hátul a lapoczkák közepétől lefelé kopogtatáskor tompulatot találunk, s e helyen a légzés határozatlan, vagy gyöngén hörgi légzést hallunk s a fokozott mellrezgés hiányzik, akkor sok esetben a kérdést a láz menete határozza meg; ha a beteg több napon át 41° -os lázban volt, akkor valószínű, hogy tüdőgyulladása volt, ha azonban a láz 40° -ra nem emelkedett, akkor mellhártyagyulladásban szenvedett.

Ha a betegség első hetében — daczára a 41° -os láznak — mellhártyaizzadmányra akadunk, akkor genyes izzadmányra kell gondolnunk. Tüdőgyulladáshoz csatlakozó mellhártyaizzadmány igen magas lázzal jár. Az ilyen szövödményt arról ismerhetjük fel, hogy a gyulladásos tompulat teljesen tompa, a fremitus pectoralis eltűnik, a mellkas ellentállása jelentékenyen fokozódik és a borda-

közök kidomborodnak. A mi a hörgi légzést és a hörgi szózatot illeti, ezek rendszeren erősebbek. Minthogy a tömörült tüdőt az izzadmány nem képes összenyomni és az izzadmánynak sincs elég helye, ennél fogva csakhamar észrevehetjük, hogy a szomszédos szervek eltolattak.

b) Rostonyás tüdőgyulladásnál a tompulat helye megfelel a beteg tüdőnek (a mi esetünkben az alsó tüdőlebeny), mégis a tömörülés ritkán terjed ki egy egész tüdőlebenyre; rendszeren a mellső szélek nem betegek, s a tompulat határa a linea axillaris posterior-nál, esetleg ettől valamivel mellfelé, hirtelen megszűnik, anélkül azonban, hogy a mellső mellkasfélre is áttérjedne; jellegző még az is, hogy tüdőgyulladásnál egyszerre az egész tüdőlebeny felszíne felett tompult a kopogtatási hang.

Mellhártyagyulladásnál ellenben a tompulat eleinte a mellkas hátsó felszínén egészen alul kezdődik, s csak napok mulva terjed lassan felfelé; ha a tompulat a lapoczka közepéig ért, akkor áthúzódik a mellkas mellső felszínére is, a hol a felső határa mindig lejjebb van, mint a hátsó. A tompulatnak ezen alakja a mellhártyagyulladásra nagyon jellegző, s mint megbízható különbözeti jel gyanánt szolgál nem csak a tüdőgyulladástól, hanem a hydrothoraxtól való megkülönböztetésre is; utóbbinál a mellüregben levő szabad folyadék a tompulat határvonalait akképen módosítja, amennyiben a tompulat felső határa a beteg helyzetváltoztatásától függ, az az felülésnél a tompulat határvonala vízszintes, tehát mellül és hátul egyforma magasan található.

Végre megjegyzendő még, hogy baloldali bő izzadmánynál az u. n. *Traube*-féle félkörös tér megkisebbedik, esetleg egészen el is tűnik.

Nagy izzadmányok esetén a mellhártyagyulladást nem oly könnyű összetéveszteni tüdőgyulladással, mert gyermeknél már előbb vehetni észre a beteg mellkasfél elödomborodását, mint felnőttnél (ez már szabad szemmel is észrevehető, mérés által pontosan meg is határozható: kis gyermeknél a különbség $1\frac{1}{2}$ cmtr, idősebbnél 3—4 cmtr); egyidejűleg feltűnik, hogy a beteg oldal az egészséges tüdő félt elnyomja, hogy továbbá a szív és a máj elhelyeződik. Kezdek ne téveszszék szem elől azt, hogy még igen bőséges izzadmánynál is, ha az az egész mellkasfelet is kitölti, hörgi légzést hallhatunk s ez tényleg gyakran hallható is; egyuttal hörgi szózat is észlelhető, de a mellrengés minden esetre gyöngült.

Ha a tompulat egy egész mellkasfélre terjed ki -- felülről a kulcsesonttól lefelé és a gerincoszloptól egészen a szegycsontig, — akkor majdnem bizonyos, hogy ezt mellhártyagyulladás okozza, mert az u. n. Pneumonia totalis-nál a tüdő mellső szélei rendesen szabadok, s ennél fogva a szegycsont felett éles, dobos színezetű kopogtatási hangot kapunk. Ha megfordítva, csak a felső tüdőlebeny felett van tompulat, akkor a mellhártya izzadmány már eo ipso ki van zárva.

c) A tüdőgyulladás kiválóan heveny lefolyású betegség; a láz 5—7 nap alatt megszűnik, legkésőbb a 11-ik napon; néhány nap múlva eltűnnek a physikalis jelek is. Ellenben a mellhártyagyulladás lassu lefolyású, a láz 3 hét előtt ritkán szűnik meg s a tompulat még tovább is megmarad.

Ha a kórisme az előadott tünetek után is homályos, végleges eldöntés céljából próbaszúrást tehetünk a tompulat helyén.

A rostonyás tüdőgyulladás rendellenes alakjai.

A Pneumonia abortiva a rendestől csak rövidebb lefolyása által különbözik; a, láz körülbelül 3 napig, sőt néha csak egyetlenegy napig tart, s ennek megfelelőleg gyorsan tűnnek el a helybeli tünetek is. Ha a beteg kezdetben hányt is, akkor a betegséget gyomor bajnak is tarthatjuk, de ezt a tévedést elkerülhetjük, ha a szapora légzést, a köhögést s a physikalis vizsgálat eredményeit vesszük tekintetbe.

Hasonlítlanul nehezebb a Pneumonia centralis-t felismerni, ennél u. i. a tüdőtömörülés physikalis jelei nagyon későn mutatkoznak. A betegség, — mint a közönséges tüdőgyulladás — magas lázzal, köhögéssel és szapora légzéssel kezdődik, mindamellettt eltelik 3—5 nap, a míg a bajt és annak helyét a maga valóságában felismerhetjük. Felteszszük azt, hogy a gyulladásos folyamat egy tüdőlebeny felületére ért. Megjegyzendő, hogy az esetek túlnyomó számában a tömörülés a felső lebenyben van, s hogy a tüdőcsúcs gyulladás többnyire lappangó szokott lenni.

A tünetek, melyekből lappangó tüdőgyulladásra következtethetünk, a következők: 1. a *dyspnoë*, a melyre nézve jellegző a felületes légzés (az arány az éritéshez olyan, mint 1:2), az orrszárnyak kitágulása és ezenfelül az, hogy a kilégzés nyögve történik; 2. a *rövid, száraz* fájdalmas köhögés; 3. a *feltűnő magas*,

állandó jellegű *láz*: 4. az egyik oldalon, vagy 5 éven aluli gyermekeknél *a hasban* érzett *fájdalom*. Ha a gyermek, pl. csecsemő nem panaszodik, akkor azt kopogtatás által is kimutathatjuk; a gyermek ugyanis azonnal sir, a mint egy bizonyos helyen, egyik vagy másik kulcsesont alatt kopogtatunk. Ennek segélyével néha már 2 nappal a tompulat és a hörgi légzés kimutatása nélkül is sikerül a gyulladás helyét megállapítanunk.

Még nehezebb a kórismét megállapítani az u. n. *Pneumonia cerebialis*-nál, a hol minden körülmény összejátszik arra nézve, hogy az orvost tévutra vezesse. Ugyanis: 1. már az első napokban a lázzal egyidejűleg agyi tünetek jelentkeznek, a melyek agyhártyagyulladást sem zárnak ki (innen a név); 2. a baj rendszeren lapangó tüdőcsücs gyulladás; 3. a gyakran visszatérő kábultság és rángások elfátyolozzák a dyspnoét és köhögést is.

Barthez és *Rilliet* a pneumonia centralis két alakját különböztetik meg, u. m. a görcsös és a meningealis alakot.

A görcsös alak csaknem kizárólag 2 éven aluli gyermekeknél, s leginkább csecsemőknél fordul elő. Ép úgy, mint minden tüdőgyulladás, közvetlenül magas lázzal kezdődik, néha hányással is, mire görcsök és kábultság következnek; ha a rángógörcs nem ismétlődik, akkor a kábultság csakhamar elmúlik, s az eset a további lefolyásban azonos a közönséges tüdőgyulladással, úgy, hogy alapjában véve nem érdemli meg a cerebialis tüdőgyulladás elnevezését; az esetek nagyobb számában azonban fájdalom, az általános és részleges görcsök több napon át ismétlődnek, a gyermek a kábultságból vagy ahhoz hasonló állapotból nem bír kibontakozni, (a melyet a rángások, a magas láz és a tüdőbaj által okozott vérkeringési akadályok okoznak) s csakhamar előállanak a passiv agyvérbőségnek más tünetei is, u. m. tarkómerevség, a láták kitágulása, azok gyenge visszaható ereje, rendetlen légvételek, mulékony kancsalság és az arcizmok hűdése.

Az ilyen esetek kórisméjét meghatározza a hőmérsék menete még pedig az, hogy a láz *folytonosan magas fokú*. Ha pl. reggel és este a láz 40° C. körül van, ez határozottan az agyhártyagyulladás ellen szól, mert az sokkal alacsonyabb lázzal folyik le. Ismeretes továbbá, hogy a rohamos kezdet (*magas láz* és rángások) csak a heveny genyes agyhártyagyulladásnál észlelhető, a mely nem szokott feltűnő ok nélkül jelentkezni s melynek okai: genyes fülfolys, ütés a koponyára, vagy napszúrás; ha tehát a *heveny genyes agyhártya-*

gyulladásnak semmi látható oka nincs, akkor ezt minden további tétovázás nélkül döntő körülmény gyanánt használjuk fel a különzeti kórismére; végre fontos körülmény a betegség hosszabb tartama. Ha agyhártyagyulladásnál többször léptek fel már rángások, akkor az már a vég kezdete: a beteg mély kábultságba esik, a miből már többé a közeledő halálíg nem ocsúdik fel; a heveny genyes agyhártyagyulladás 3—5 nap alatt különben is halálos kimenetelű.

Evvel ellentétben — tüdőgyulladásnál — az agyban mélyebb elváltozások nincsenek, a beteg ennélfogva mihelyt a görcsök néhány óráig szünetelnek, újra feleszmél, s izgatásra jobban visszahat (l. a görcsök semiotikáját is). Megjegyzendő, hogy mihelyt a tüdőgyulladás tünetei nyilvánvalókká válnak, az agyi tünetek rendszeren alábbhagynak. *Barthez* és *Sanne* nem tulajdonítanak a fokozott szapora légzésnek nagyobb kórismei értéket, mert az, igen fiatal gyermeknél a heveny agyhártyagyulladás egyes eseteiben is előfordulhat; nagyobb értékkel bír a betegség helyes megítélésére a gyakori köhögés és a légzés jellege (a kilégzés t. i. nyögő), mert ez a körülmény határozottan a tüdőgyulladás mellett és az agyhártyagyulladás ellen szól. Az említett szerzők azt hiszik, hogy a görcsök után visszamaradó hűdések és zsugorodások agyhártyagyulladás mellett szólnak.

Ha a tüdőgyulladás kezdetével egyidejűleg agyi tünetek nem mutatkoznak, hanem ahhoz csak a lefolyás közben csatlakoznak, s ha a tömörülés kezdetén azok nemcsak hogy alábbhagynának, hanem még inkább fokozódnak, akkor arra is gondolhatunk, hogy a tüdőgyulladás agyhártyagyulladással van szövődve; ez különben a gyermekkorban felette ritka dolog.

A menigealis alaknál, mely valamivel idősebb gyermeknél ($2\frac{1}{2}$ —6 évesek) szokott előfordulni, nincsenek rángások, hanem a kezdeti hányással és lázzal oly tünetek lépnek fel, a melyekből inkább hagymázra, mint agyhártyagyulladásra kell gondolnunk; a beteg kábult, vagy legalább is szenttelen, nyelve száraz, szélein barna, vizelletét és széketétét öntudatlanul maga alá bocsátja, s éjjel, ritkábban nappal is, delirál. Olykor általános tulérzékenységgel párosulva, a bajhoz agyi tünetek is csatlakoznak, u. m. tarkómerevség, s könnyen behuzódott has mellett székrekedés, de az érverés még sem lassúbb, a beteg mély belégzéseket nem végez, s nem látható az arcznak — az agyhártyagyulladásra oly

jellegző színváltozása sem (a pofák hirtelen elsápadnak és elpirulnak)*).

Az előbb leirt tünetek hiánya, továbbá a magas láz, s a hirtelen kezdet teljesen kizár gümökóros agyhártyagyulladást; a mi a hagymázt illeti, ennél is hiányzik kezdetben a kábultság, valamint hiányzanak a többi, u. n. hagymázás tünetek is, ugyszintén nincs meg a fájdalmas köhögés és nehéz légzés kifeszített orrszárnyakkal.

A differentialis kórisme megállapításánál az ily fajta esetek és a hagymáz között igen fontos jelentősége van idősebb gyermeknél a kezdeti időszakban a rázóhidegnek, kisebb gyermeknél pedig a görcsöknek. A hagymázt egyik vagy másik tünet majdnem biztosan kizárja; hosszabb ideig tartó bizonytalanság csak a centralis tüdőgyulladásnál lehetséges.

A vándorló tüdőgyulladást — *Pneumonia migrans* — jellegzi az, hogy a gyulladás nem marad meg az eredeti helyen, hanem ép úgy, mint az orbáncz, mindig tovább és tovább vándorol, néha az egész tüdőre is elterjed, úgy, hogy az egész folyamat soká húzódik el.

A mellkas physicalis megvizsgálásánál könnyen vehetjük észre azt, hogy a gyulladás a kezdeti góczban mulik és a tüdő a szomszédos helyen, már t. i. a gyulladás melletti helyen újra tömörül. A láz — fel- és lefelé — nagy ingadozásokat mutathat, a mi mindig arra mutat, hogy vagy új gyulladós gócz keletkezett, vagy pedig egy régi oldódott (*Pneumonia saccadata*).

A hőemelkedések különben gyakran oly rövid ideig tartanak, hogy egy újabb gyulladós gócz keletkezésének alig felelnek meg. *Cadet de Gassicourt* nézete szerint ilyenkor csak rövid ideig

*) E tekintetben *Bergeson* esete, melyet *Cadet* (Tr. clin. d. mal. des enf. T. L. 1830. 100 l.) említ fel, kivételesnek tekintendő. A 2¹/₂ éves gyermeknél a baj hányással kezdődött, mely láz és kábultságtól kísérve, 3 napig tartott; a betegség 3 napján rángások, 4-ik napon tarkógörcs, eszméletlenség, rágó mozgások az állkapocsban, a bőr túlérzékenysége, heesett has, *Trousseau*-féle foltok mutatkoztak, az arcszín hirtelen változott, s a mi még inkább nevezetes, a láz nem volt magasabb 39°-nál, az érverés lassabb (92) volt, ugyszintén a légzés is (28). Az 5-ik napon az öntudat tisztább lett, a beteg köhögni kezdett s a bal tüdő alsó lebenyében gyulladós gócz keletkezett. A 6-ik napon az összes agyi tünetek eltűntek és a beteg gyorsan gyógyult. Az 5-ik napig a tüdőgyulladást azért nem ismerték fel, mert a láz, érverés, légzés agyi tüdőgyulladásra nem utalt, s a beteg mellkasát nem is vizsgálták meg!

tartó tüdővérbőség lép fel, melyet majd a gyorsan elmuló tömörülés és szercegés, majd pedig semmi látható jel sem árul el. *Barthez* és *Sanne* (Tr. clin. et prat. des mal. des enf. T. I. p. 732) azt hiszik, hogy az ilyen tüdővérbőség miatt a betegség 12 napnál tovább nem húzódik; de ez nem egészen helyes, a mint azt 217. és 218. lapon közölt lázgörbék is mutatják.

Minthogy ez a vándorló tüdőgyulladás leginkább influenzánál fordul elő, a lázgörbékről az influenzás tüdőgyulladásoknál volt szó.

A hurutos tüdőgyulladás. *Pneumonia Catarrhalis.*

A hurutos tüdőgyulladás a rostonyás tüdőgyulladástól főleg abban különbözik, hogy az előbbi mindig a finomabb hörgők hurutjával kezdődik, és annak tünetei által van kísérve. A mint a hurut a hólyagesákhoz ér, a hörgők elágazásának megfelelő apró gyulladásos góczok képződnek — innen nyeri nevét is Broncho-pneumonia — vagy lebenykés tüdőgyulladás, — ellentétben a rostonyás tüdőgyulladással, melyre nézve jellegző, hogy az egy *egész* tüdőlebenyt támad meg. A további lefolyásban az egyes apró beszüremkedett góczok összefolyhatnak, tömörebb beszűrődést képeznek: pseudolobaris vagy általános tüdőgyulladás. Klinikailag ez a folyamat lázas hajszálhőrhurut kórképét mutató megbetegedésből áll, azaz különösen a tüdő alsó-hátsó részére fellépő, többé-kevésbé, finom hólyagú szörtyzörejek és légzési nehézségben nyilvánul. A mint a gyulladás fokozatosan a léghólyagesákra is áttérjed, a tüdő tömörül, a szörtyzörejek mindjobban hallhatók, összhangzó jellegűek lesznek, s végre a kimutatható tompulat mellett hörgi légzés, s hörgi szózat hallható. A capillaris hörgők hurutja leginkább mindkét tüdő alsó-hátsó lebenyén kifejezett, ellenben a tüdő mellső felszínén inkább a pótló tüdőtágulás tünetei észlelhetők. Teljesen ugyanaz a kórkép a hurutos tüdőgyulladásnál is, a melyre nézve jellegző az, hogy a beszüremkedés tünetei mindenekelőtt hátul, a gerincoszlop mindkét oldalán észlelhetők. A szétszórt broncho-pneumoniánál hosszú időn át összhangzó zörejeket hallhatunk a nélkül, hogy a tompulat világosan kimutatható lenne; kopogtatásnál éles vagy kissé dobos színezetű hangot találunk, mint-hogy a beszüremkedett góczok között még elegendő ép tüdősövet van, mely a tompa hang keletkezését gátolja; így magyarázható,

hogy a hurutos tüdőgyulladás sokkal könnyebben kórismézhető a hallgatódzás, mint a kopogtatás által. A rostonyás tüdőgyulladás evvel ellentétben, a tüdőszövetet egyszerre támadja meg a nélkül, hogy a capillaris hörgők előzetesen betegek lettek volna, azaz más szóval: lázas hörghurut nem előzi meg. A tömörülés mindjárt az első napokban az egész tüdőlebenyre vagy legalább is annak legnagyobb részére terjed; nemsokára ezután a megtámadott lebenynek megfelelőleg kopogtatásnál tompulatot, hallgatódzásnál hörgi légzést és hörgi szózatot hallunk. A mi az összhangzó szörtyzőrejeket illeti, ezek csak az oldódási szakban és csak korlátolt területen, t. i. gyuladósos lebeny felett hallhatók.

További különbség még az, hogy a hurutos tüdőgyulladás többnyire kétoldali és előszeretettel a tüdő hátsó-alsó részletét támadja meg. Ellenben a rostonyás tüdőgyulladásnál rendszeren csak az egyik tüdő betegszik meg a nélkül, hogy a tüdő alsó lebenyét támadná meg előszeretettel, mert ép oly gyakran szorítkozik az valamelyik felső lebenyre is.

A lázmenetről jegyezzük meg a következőket: a rostonyás tüdőgyulladásnál a láz mindjárt az első napon este jelentékeny magasságot ér el, melyet kisebb ingadozással több napon át majdnem ugyanazon fokon megtart és egy határozott jellegző krizissel végződik; hurutos tüdőgyulladásnál ellenben a hőmérsék egyáltalában nem emelkedik oly magasra és csak időnként szokott 40 C.-ra felemelkedni, mely magasságban nem állandó (néha pár óráig, máskor 2—3 napig), azután újra süllyed; röviden szólva, a lázgörbére a hurutos tüdőgyulladásnál jellegző, hogy nem állandó és erős napi ingadozásoknak van alávetve,

A rostonyás tüdőgyulladás a lefolyás tekintetében is kiválóan heveny megbetegedés; hirtelen kezdődik, néhány napig a tetőponton áll és 5—11 nap alatt ép oly gyorsan elmúlik, mint a hogy keletkezett. A hurutos tüdőgyulladás ellenben fokozatosan kezdődve, legalább két, gyakran több hétig tart és lassan oldódik.

A hurutos tüdőgyulladásnál gyötrőbb a köhögés, kinzóbb a légzési nehézség, könnyebben lép fel a cyanosis, nemkülönben az arcz és lábak vizenyős megduzzadása.

A kórokban is lényeges különbség van: a rostonyás tüdőgyulladás többnyire egészséges gyermeket támad meg mint elsődleges, teljesen önálló megbetegedés, ellenben a hurutos tüdőgyulladás, a melyet hörghurut előz meg, mindig másodlagos megbetegedés és

ennélfogva csak azon esetekben észlelhető, a melyekben azt a hörgők megbetegedése előzte meg ; tehát kanyaró, szamárhurut, croup, különösen kisebb, 4 éven aluli gyermekeknél, nemkülönben angolkórosoknál.

Ha a hurutos tüdőgyulladás több hétig elhúzódik, hörgtágulásokra vezethet, s ha ekkor a tüdőt vizsgáljuk, barlangképződésnek jeleit találjuk ; nagyhólyagú, összhangzó szórtyözörejek érczesen csengő, kopogtatási hanggal és *korsó* légzéssel, úgy, hogy az a kérdés merül fel, hogy a barlangképződés minő fajával van dolgunk : tuberculosus (sajtos) eredetűekkel-e, vagy pedig hörgtágulással-e ?

A kérdés lényege azon különbségben rejlik, a mely a soká húzódó hurutos és a tuberculosus tüdőgyulladás között van. A physikalis tünetek egyedül erre nem elegendők, mert mindkét esetben azonosak ; ezenkívül mindkét megbetegedés rendesen kanyaró és szamárhurut után kezdődik, mindkettőt szabálytalan és sorvasztó láz kíséri és mindkettő hetek, sőt hónapokig elhúzódik.

Felnőttekre jellegző, hogy a tuberculosus gyulladás a felső tüdőlebenyben székel, de gyermekekre az egyáltalán nem alkalmazható. A köpetet többnyire lehetetlen tuberculosus bacillusokra és ruganyos rostokra megvizsgálni, mert a 6 éven aluli gyermekek, — mint a kárnél a hurutos tüdőgyulladás leginkább uralkodó megbetegedés, a köpetet lenyelik ; ép így kevés támpontot nyújt a kórisme a lázgörbe ; mert az a tuberculosishnál ép oly szabálytalan, mint a soká húzódó hurutos tüdőgyulladásnál. Egyszóval nagyon nehéz a megkülönböztető kórisme mindkét bántalomnál, s mégis ettől függ egyedül a kórjóslás ; mert míg a tüdőtuberculosis mindig halálos, addig a hurutos tüdőgyulladás még akkor is, ha hónapokon át tartott, sőt barlang, illetőleg hörgtágulás tüneteit is mutatta, s mellette a beteg nagyon is lesoványodott, mégis gyógyulásba mehet át.

Majdnem biztosan vehető fel tuberculosus tüdőgyulladás, ha a betegnél a tuberculosisnak más tüneteit is észleljük, mint pld. csont, izület és mirigybántalmak, vagy ha az idült folyamat a tüdőcsúcokat támadta meg, a beteg 6 évnél idősebb, s a bántalom már kezdettől fogva idült jellegű volt.

Nagyobb gyermek tüdősorvadása abban különbözik a felnőttektől, hogy itt a halálos kimenetel esetleg hamarabb következik be.

Ellenben, ha a hurutos tüdőgyulladás pl. kanyaró után mint heveny megbetegedés kezdődik, ha az azelőtt különben még egészséges gyermek még nem is 6, sőt talán még 3 éves sincs, s ha a

bántalom a tüdő hátsó-alsó részét támadta meg, akkor feltehető, hogy a hurutos tüdőgyulladás nem gümökóros eredetű, s esetlegesen szerencsésen folyhat le. Magától értetődik, hogy ily esetben bizonyosat nem mondhatunk, miután a gümökór bizonyos egyéni hajlamoknál — a mi angol- és görvélykórnál gyakori — igen könnyen csatlakozik mint szövödmény a bántalomhoz.

A súlyedési tüdőgyulladás sokban hasonlít a hurutos tüdőgyulladáshoz, főleg pedig abban, hogy ez utóbbi is mindkét oldalt a hátsó tüdőlebenyeket támadja meg előszeretettel; ennél mindenekelőtt gyengült légzés és finom hólyagú szörtyzörejek jelzik a keletkező bajt; csakhamar azonban a tüdőgyulladás többi tüneteit is megtaláljuk: mint tompulat, hörghi légzést és hörghi szózatot. Inkább a keletkezésben, mintsem a tünetekben van a különbség; a mennyiben a súlyedési tüdőgyulladásra csak két feltétel szükségeltetik, u. m. gyengült szív működés és a folytonos háton való fekvés. Többnyire hosszadalmas lázas megbetegedések alkalmával látjuk azt kifejlődni.

Ha, egy különben erőteljes és jó szív működéssel bíró gyermek bármi okból hosszabb ideig ágyban fekszik, mély belégzésnél a tüdő hátsó-alsó lebenye felett *serczegést* hallhatunk. E serczegés a gyulladással serczegéstől abban különbözik, hogy 2 vagy 3 mély belégzés után többé nem hallható, s nem a tüdőhólyagcsákban levő esetleges folyadék által, hanem az által keletkezik, hogy a léghólyagcsák falai összeesnek és újra kitágulnak. Egy alkalommal észleltem e tünetet egy 8 éves leánynál, a különben enyhe vörheny 10-ik napján; miután a beteg sem nem köhögött, sem nem légzett nehezen s láza sem volt, ennél fogva a tünetnek más jelentőséget tulajdonítani nem lehetett. Ez is azt bizonyítja, hogy az említett tünet mily könnyen beállhat. Észlelhetjük ezt bő mellhártyaizzadásmány után, néha még hetek múlva is, a midőn az izzadásmány már rég felszívódott, a mikor t. i. az összenyomott tüdő előbbeni állapotában makacsul megmarad.

Súlyos betegeknel az apróbb vagy nagyobb hólyagú összhangzó szörtyzörejek, melyek a tüdőhólyagcsáknak savós folyadékkal való megtelődését mutatják, *tüdővizenyőre* engednek következtetni. Klinikailag a kórkép a zörejek bő elterjedésében, a gyorsan beállott nehéz légzésben és éles kopogtatási hangban nyilvánul, s vagy mint egy már meglevő, általános vízkór (vesebaj, szívbaj) részjelensége, vagy pedig, mint lázas megbetegedésnél, a halál előhir-

nöke (kezdődő szivgyengeség). A hajszálhörgök gyulladása a tüdővizenyőtől a hirtelen fejlődésben, a zörejek gyors elterjedésében, s különösen a bő, folyékony, habos köpetben különbözik.

A tankönyvekben a többi közt még arról is van szó, hogyan lehet a capillaris bronchitist a hurutos tüdőgyulladástól megkülönböztetni akkor, ha az előbbit a tüdősejtek összeesése — **atelectasia pulmonum** — is complicálja. Így azt állítják egyesek, hogy az atelectasia láztalanul folyik le, hogy a tompulat, a gyöngült légzés, vagy az összhangzó jelleg a zörejekben azonnal eltűnik, mihelyt a beteg néhányszor mélyen belégzik stb., ennek azonban nincsen gyakorlati haszna, mert atelectasiánál láz is van, melyet nem ez, de az egyidejűleg meglevő hajszálhörghurut tart fenn; már csak azért sem lehet mély belélegzések után észlelni a tompulat eltűnését, mert az atelectasia többnyire oly kis gyermekeket támad meg, a kiket mély belélegzésre felszólítani bajos. Egyébként sem fontos az atelectasia kórisméje, mert abból ugysis mihamarább tüdőgyulladás lesz. Elég az hozzá, hogy a kis gyermekeknél minden hajszálhörggyulladásnál ép úgy, mint a hurutos tüdőgyulladásnál is van bizonyosan atelectasia.

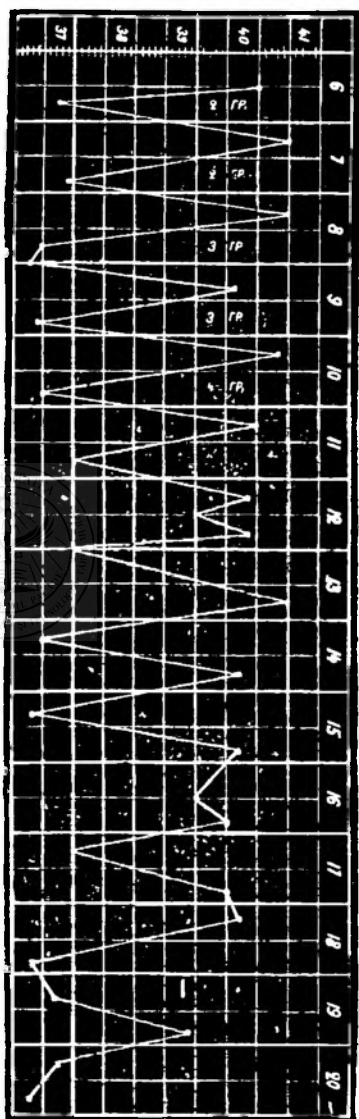
Veleszületett atelectasiánál láz nincs, s a mellkason valahol kimutatható tompulat helyén gyenge hólyagcsás légzést vagy serczegést hallunk, a mit a levegőnek a hólyagcsákba való behatolása okoz. A mi a göczszerűen fellépett atelectasiát illeti, ezt nem a phisicalis vizsgálat által, hanem a kórelőzmény adataiból (a gyermek tetszhalott volt), a gyermek nyöszörgéséből, szapora légzéséből és a cyanosisból állapítjuk meg.

Tájkóros influenzához csatlakozó tüdőgyulladás különböző, a szerint, a mint influenzához mint lázas megbetegedés társul, vagy pedig a bántalom elhúzódik és nem vesz fel bizonyos rendszeres lázas lefolyást.

Első esetben a tünetek a rostonyás tüdőgyulladásával teljesen azonosak, a mivel néha fel is cserélik tényleg, a tompulat, hörgi légzés, hörgi szózat, a fokozott mellrengés gyorsan, az egész tüdőlebenyre kiterjedőleg jelentkezik (felső lebenyt ép oly gyakran támadhat meg, mint alsót), s a betegség néhány nap mulva válsággal végződik. Bár a betegség a rostonyás tüdőgyulladásnak tökéletes kórképét tárja elénk, mégis van a kettő között különbség! És pedig, a typicus rostonyás tüdőgyulladás előbb teljesen egészséges gyermekeket támad meg, az influenzás ellenben azokat,

a kik már néhány napja ebben szenvednek, azaz rendszeren a betegség 5, egész 9-ik napján a *köhögés, nátha és láz előzetes felléple után*. E tekintetben hasonlít tehát az u. n. centralis (központi) tüdőgyulladás-hoz, melyet én az esetek nagyobb részében influenzás tüdőgyulladás-nak tartok, legkivált pedig akkor, ha a gyulladás a tüdőcsucokat illeti. Rostonyás tüdőgyulladásnál a láz leginkább magassága és állandósága által tűnik ki, s az 5—11 napon beálló crisis által válik jellegzetessé. Bár az influenzás tüdőgyulladásnál is állandóan magas lehet a láz, mégis az esetek többségében ingadozó és soha sem szűnik meg oly hirtelen (a hőmérsék 36 és 72 óra alatt esik le a rendesre). Ép a betegség első napjaiban, mielőtt még tüdőgyulladás lépne fel, a lágörbe annyira rendetlen, s épen ezáltal az influenzára annyira jellegző, hogy ily esetben rostonyás tüdőgyulladásra egyáltalában nem is gondolhatunk. Erre vonatkozólag álljon itt két láztábla, mely egy 10 hónapos leányra és egy 7 éves fiúra vonatkozik.

A 10 hónapos leány 1886. febr. 22-én betegedett meg nátha, köhögés és láz tüneteivel. Február 24—28-ig a tünetek engedtek és márczius elején a láz félbenhagyó jelleggel visszatért. 6-dikán kezdtük a láztáblát, rendszeren vezetni (6-ik ábra). Tárgyilagos vizsgálatnál a tüdőben egész a 12-ik na-

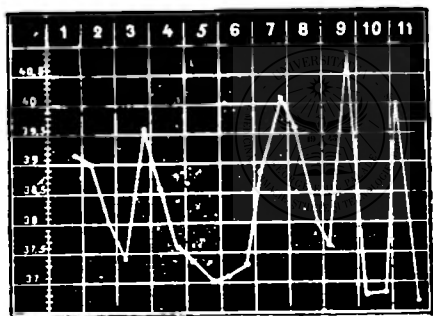


6 ábra.

pig kóros elváltozás nem volt kimutatható, köhögés mérsékelt. *de mindannyiszor fokozott, valahányszor a láz emelkedett.* Légzés 60—80 percenként. Léptompulat nincs. Chinin 0.12—0.30 napi adagjai a lázat nem befolyásolják. A betegség 12-ik napján a jobb kulcsesont alatt tompulat, hörgi légzés, hörgi szózat volt kimutatható. A beteg indifferens kezelésre 22-ik napon meggyógyult.

A láztábla élénken emlékeztetett ezen esetben váltólázra, annyival is inkább, mert a láz emelkedése (exarcebatio) a reggeli órákra esett, mindazonáltal azon sajátságok, melyeket fentebb dült betűkkel jelöltünk, továbbá az, hogy a betegség náthával kezdődött, kellőképp meggyőztek arról, hogy itt influenzával volt dolgunk.

A másik esetben a 7 éves fiu 3 nőtestvérével egyidejűleg betegedett meg. A jobb tüdőcsúcsban a gyulladás csak a 9-ik napon volt kétségtelen, s



7. ábra.

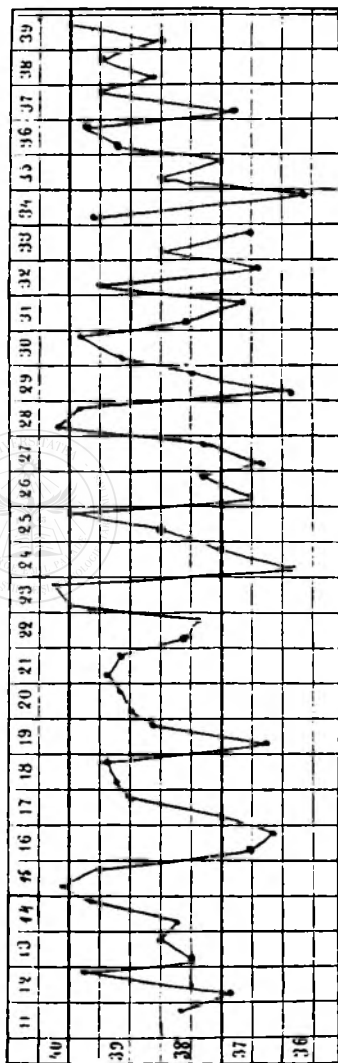
a végleges krízis a 11-ik napon következett be. (7. ábra.) Ily esetben irányadó a beteg kora és az, hogy nem betegedett-e meg más valaki is a család tagjai közül influenzában. Két éven aluli gyermekek és csecsemők többnyire influenza folytán betegszenek

meg lebenyes tüdőgyulladásban, ellenben idősebb gyermekeknél az elsődleges tüdőgyulladás gyakrabban észlelhető.

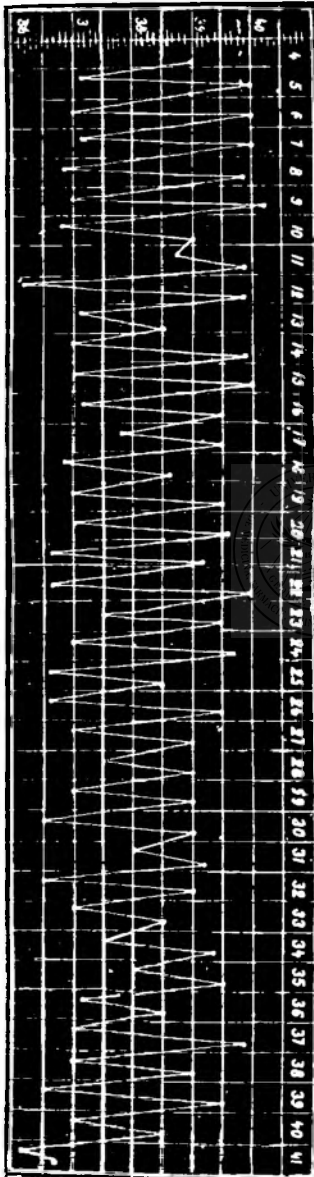
Influenzával párosult oly *tüdőgyulladások*, melyeknél a *lázmenet nem jellegzetes*, leginkább szabálytalan és hosszadalmas lefolyásuk által különböznek a rostonyás tüdőgyulladástól. Mivel mindig újabb és újabb gyulladós góczok keletkeznek, a láz, ennek megfelelőleg, teljesen szabálytalaná válik, mert a szerint, a mint tömörülés vagy oldódás áll be az egyes góczokban, a láz vagy emelkedik vagy süllyed. Ha az influenzához csatlakozó tüdőgyulladást úgy fogjuk fel, mint a centralis pneumoniát, akkor az említett gyulladás megfelel az atypicus lázoktól kísért vándorló *vagy góczokban fellépő tüdőgyulladásnak*. Kifejezett körképe van a lefolyás tekintetében pld. a következő esetnek: D. A. 2 éves gyer-

mek, betegségének 10-ik napján láz és köhögéssel vétetett fel a kórházba. Első napon csak mérsékelt hörghurutot constatáltunk, 3-ik napon a jobb-felső tüdőlebenynek megfelelőleg a kulcsesont alatt, kisebb tompulat, hörghi légzés. A tömörülés napról-napra kifejezettebb és a következő héten az egész tüdőre terjed. Mint a mellékelt lázgörbe mutatja (8-ik ábra), 30 nap alatt 11-szer jelentékeny emelkedések és visszaesések voltak; különösen a belegség 16., 19., 24., 29. és 34-ik napján, a hőmérsék egész 36.5° -ra süllyedt, szóval a körkép valódi krisist mutatott, annál is inkább, mert egyéb kritikus tüneteket, mint izzadás, finom hólyagu, csengő jellegű szörtyzörejeket is lehetett az előbb tömörült helyek felett hallani.

Ehhez számítom részemről legalább azon intermittens tüdőgyulladást is, melyet Dr. Verewkin-nel volt alkalmam észlelni, s melyet ő a Med. Obozrenie XXIV. köt. 10—11 l. közölt is. Az eset egy 5 éves leányra vonatkozik. A gyulladás eredetileg a bal tüdő alsó lebenyét támadta meg, később átugrott a jobb oldalra, végig vándorolt a jobb tüdő valamennyi lebenyén, s végre az egész bal tüdőt foglalva el, tályogképződésre ve-



8. ábra.



zetett, s a hörgőkbe való át-
törés után, — végre gyógyu-
lásba ment át (9. ábra).

A vándorló rostonyás tüdő-
gyulladást, (ha ugyan az egy-
általában előfordul) az influen-
zával párosult vándorló tüdő-
gyulladástól az objectiv tünetek
alapján megkülönböztetni nem
lehet. Ha egy előbb egészséges
gyermek rázóhideg és utána
következő magas lázzal beteg-
szik meg, egyenesen a tüdő-
gyulladás tüneteivel, akkor való-
színűbb, hogy rostonyás, — el-
lenben ha a gyulladás influenzá-
hoz csatlakozott, akkor influen-
zás tüdőgyulladásról szólha-
tunk. Ha az influenza a haj-
szálhörgök bántalmához csatla-
kozik, jellegzetes hurutos tüdő-
gyulladást idézhet elő, mely
esetben hátul a gerincoszlop
mindkét oldalán fogunk finom
hólyagú, csengő jellegű szörty-
zörejeket hallani anélkül, hogy
tompulat lenne kimutatható,
azonban épúgy, mint a hajszál-
hörggyulladásnál, nehéz légzés
is kíséri azt.

Hosszadalmas influenzás tüdő-
gyulladás, legyen az akár huru-
tos, akár vándorló, könnyen
összetéveszthető a gümökóros
gyulladással. Hogy a betegsé-
get helyesen ítéljük meg, ismer-
nünk kell annak a kezdetét
(nátha) és ki kell zárunk az
öröklékenséget; az influenza

mellett esetlegesen annak járványos fellépte, továbbá az évszak és ha köpet is rendelkezésünkre áll — a tuberculosus bacillusok hiánya fog szólni.

A mellhártyagyulladás izzadmányképződéssel vagy anélkül folyik le. Utóbbi esetben kórjellegző a dörzszörej, mely bár a finom hólyagú szörtyzörejhez hasonló lehet ugyan, de ettől abban különbözik, hogy a hallgató eső odanyomása alatt jobban hallható, és ha a beteg ki is köhögte magát, még sem tűnik el. Megjegyzendő, hogy különösen kisebb gyermekeknél, távolról sem oly gyakori a mellhártyagyulladásból eredő dörzszörej, mint felnőtteknél.

Jellegző a mellhártyaizzadmányra az, hogy a mellkas egyik felén és pedig alul-hátul tompulat jelentkezik, mely *aztán fel- és mellfelé terjed* oly formán, hogy a tompulat felső határa *hátul* mindig magasabb, mint mellül.

Ha a tüdő teljesen összenyomva nincs, akkor a tompulat felett, bár gyengült a légzés, de mégis hólyagcsás. Bővebb izzadmánynál a hörgők ennél fogva a mellkasfaltól egynemű (homogén) légtelen közeg által levén elválasztva — hörgi légzést hallunk, bár az határozottan gyengébb, mint a rostonyás tüdőgyulladásnál; ha oly nagy az izzadmány, hogy még a hörgöket is teljesen összenyomja, akkor légzési zörejt egyáltalában nem fogunk hallani, legalább nem a mellkas hátsó-alsó felszíne felett. Hörgi légzés mellett hallhatunk hörgi szózatot is, ámbar itt a *hangrezgés mindig gyengébb valamivel*. A gyengült légzést és a mellkasrezgést akkor fogjuk legkönnyebben észrevenni, ha a tompulat helyén jelentkező tüneteket a szomszédos, magasabban fekvő és teljes kopogtatási hangot adó helyekkel hasonlítjuk össze. Ha az izzadmány egy egész mellkasfélét kitölt, akkor még egyéb jellegző tünetek is lépnek fel: a betegnek légzése nehéz, mely hátonfekvésnél, de még inkább akkor, ha egészséges oldalára fekszik, — fokozott, minek folytán a *betegoldalára kényszerül feküdni*. A folyadék nyomása által 1. a betegoldali *bordaközök* elsímúlnak; 2. a *szív* az izzadmánnyal ellenkező oldalra tér ki; baloldali pleuritisnél a szívcsücslökés gyakran a szegycsont jobb oldalán, jobb oldali izzadmánynál a bal hónaljvonalban tapintható; a májat annyira lefelé tolhatja, hogy alsó széle a köldökkel egy színben lehet; a Traube-féle félkörös tér megkisebbedését, vagy teljes eltűnését; (rendes körülmények között gyermekeknél a gyomor és belek dobos

kopogtatási hangja a bal hónaljvonalban a kilencededik, sőt még a nyolczadik borda alsó széléig is felterjedhet).

A beteg mellkasfél belélegzésnél, ellentétben az egészséggel, láthatólag visszamarad, kerülete pedig 2—3 cmtrel nagyobb. A mellhártyagyulladást kezdetben láz kíséri, mindazonáltal ellentétben a rostonyás tüdőgyulladással, csak gyéren kezdődik magas hőemelkedésekkel, hányással és rángásokkal. (*Henoch* több ily esetet ír le tankönyvében. 1887. 3. kiad., 389. old.) A láz rendszerint mérsékelt (mintegy 39° C.), nagyobb reggeli alábbhagyásokkal, s oldódási tünetek közt végződik, de csak 2—3 hét múlva; bő izzadmánynál azonban, még ha ez nem is genyes, a láz elhúzódik 6 hétig is.

Ritkán sikerül gyermekeknél a kezdeti dörzszörejt a mellhártyagyulladásnál észrevenni; sokkal inkább hallhatjuk azt akkor, midőn az izzadmány felszívódásban van, ha t. i. a gyermeknek a mély belégzés már többé nem fájdalmas. A mellhártyagyulladással egyidejűleg makacs köhögés áll be, mely a betegség teljes elmúltáig megmarad. Kezdetben rövid, száraz és fájdalmas, később valamivel lazább. Némely esetekben a láz teljesen hiányzik.

Szóval ugyanazok a tünetek a mellhártyagyulladásnál a gyermekeknél is, mint a felnőtteknél, s minél bővebb az izzadmány, annál könnyebb a kórisme. Csakis kezdetben nehéz a kórisme, a meddig t. i. az izzadmány csekély (ha pld. még csak a lapoczka fél magasságáig ért), mert ekkor még összetéveszthető a tüdőgyulladással. A különbözeti kórisméről már a 207—209. lapokon volt szó.

Van reá eset, hogy az *izzadmány lappangva fejlődik*, s nemcsak a baj kezdetén nincs jelentékenyebb láz, (jöllehet az kisebb fokban megvan ugyan, de figyelmen kívül hagyják), hanem a beteg nem is köhög, s az egész betegséget csakis a fokozatos erőbeli csökkenésnek bizonyos jelei mutatják: a szülők előadása szerint a gyermek az utolsó hónapban erősen soványodik, halavány, nem eszik, a mellett gyorsan fárad, nem tud soká fennjárni és nincs elég levegője, a mellett alig, vagy nem is köhög. Ha az orvos ez utóbbi tünetre támaszkodva, kizártnak tekinti a tüdőgyulladást, s a mellkast meg sem vizsgálja. — a mellhártyagyulladás sokáig felismeretlenül marad, jóllehet azt nagyon könnyű felismerni, mint-hogy a szülők rendesen csak akkor fordulnak az orvoshoz, mikor az izzadmány már nagyobb terjedelmet ért el és talán egész a kulescsontig is terjedt.

Ha a lappangó mellhártyagyulladás lázzal köszönt be, meg-
 eshetik, hogy a láz jellege szerint hol hasi hagymáznak, hol váltó-
 láznak tartják azt. Emlékszem egy esetre, egy 4 éves leánynál, a
 kinek az izzadmánya bár az egész mellkasát kitöltötte, csak azért
 nem ismertetett fel, mert a kezelő orvos az egészet váltóláznak
 tartva, a mellkast megkopogtatni nem tartotta szükségesnek, — a
 leányka nem köhögött, s mindkét oldalon a légzési zörejek tisztán
 kivehetők voltak.

Mellhártyagyulladás gyógykezelésénél irányadó annak savós
 vagy genyes volta, mert ettől függ nemcsak a kórjóslat, hanem a
 gyógykezelés is. A genyes izzadmányt felismerni gyakran nehéz, a
 minek felismerése részben általános, részben pedig helybeli tünetek-
 ken alapszik.

Ha a mellhártyaizzadmányban szenvedő betegnél a láz fél-
 behagyó jelleg mellett naponta visszatérő rázóhideggel és bő
 izzadással párosult, a beteg pedig rohamosan fogy és vérszegény
 lesz, akkor biztosra vehetjük, hogy az izzadmány genyes. Nem
 lenne tehát nehéz a kórisme, ha a láz minden esetben, pyaemicus
 jellegét megtartaná. Ez azonban nincs mindig így; ugyanis *genyes
 izzadmánynál is elmaradhat a mindig visszatérő rázóhideg és
 bő izzadás*, s a láz ép oly alábbhagyó jellegét mutathat, mint savós
 izzadmánynál. Tehát más ismertetőjel is kell ahhoz, hogy eldönt-
 sük az izzadmány minőségét; ezeket pedig megtaláljuk a betegség
 okában, a beteg korában, az izzadmány nagyságában, a betegség
 tartamában és a helybeli tünetekben.

A mi a betegség okát illeti, ismeretes, hogy vörheny után több-
 nyire genyes az izzadmány; ugyanez áll a pyaemia után fellépett
 izzadmányra is.

Minél fiatalabb a gyermek, s minél bővebb az izzadmány,
 annál valószínűbb, hogy az izzadmány genyes természetű. Mindig
 gyanus az oly izzadmány, mely egész a kulcscontig terjed, s ha
 még a mellett a beteg 2 éven alúl van, több mint valószínű, hogy
 az izzadmány genyes.

Biztosan nem tudjuk, hogy a savós izzadmányoknál meddig
 tart a láz; annyi azonban tény, hogy a bőséges izzadmány is föl-
 szívódhatik még több heti lázas mozgalmak után is. Ez ugyan még
 semmit sem bizonyít, mert a gyermekkorban olykor még tiszta genyes
 izzadmányok is kétségtelenül teljesen felszívódhatnak, miről sok
 gyógyult empyaema eset tanuskodik, mely egyszeri csapolás után

is meggyógyult, holott tudjuk, hogy egyszeri csapolás után, még ha szivattyuzunk is, nem sikerül az egész izzadmányt teljesen eltávolítani.

Cadet de Gassicourtnak e tekintetben az a nézete, hogy ha az izzadmány 30 napig nem mutat hajlandóságot a felszívódásra és ha a láz nagy határok közt ingadozik, akkor majdnem kétségtelen, hogy az izzadmány genyes. Természetesen e szabály alól is van kivétel; mégis a legtöbb esetben találó, s ezért felhasználhatjuk ezt, ha egyébre nem, hát legalább a próbacsapolás fogatosítására.

A mi a helybeli tüneteket illeti, a genyes izzadmány csak 3 jellegző tünettől bír, ámbár ezek többnyire későn vehetők észre. És pedig: 1. a betegoldalon a mellkas bõralatti kötõszövetének vizenyõje; 2. sülyedési tályog képzõdése, mely mindig elõhírnõke az empyaemia áttörésének a mellkason át; 3. nagymennyiségû geny hirtelen kiürülése köhögés alkalmával, ha t. i. az empyaema a tüdőbe tört be. Természetes, hogy nem minden sülyedési tályog mutat empyaemára, ez utóbbit csak akkor állapíthatjuk meg könnyen, ha a betegnek sem csigolya, sem borda szûvasodása nincs, s ha kizárhatunk a bõralatti kötõszövetben egy egyszerű tályogot. Ezen említett esetekben a beteg mellkas fél felett éles lesz a kopogtatási hang.

Ha a jelentkező tünetek alapján az izzadmányra nézve mégis kétségeink lennének, akkor kellõleg fertõtlenített Pravaz-fecskendővel próba szûrást csinálunk.

Meglehetősen nehéz az idõt meghatározni, hogy mikor végezzük az exploratív csapolást, miután az mindenkor az egyéni jellegtõl és az orvos felfogásától függ. Részemrõl csak a következõ általános szabályokat állíthatom fel: csapoljunk, ha az eset kétes; magától értetõdik, hogy egyik orvos elõbb, másik utóbb fogja a próbacsapolást javaslatba hozni, a szerint, hogy mely tünetek azok, a melyek neki kétségesek. Részemrõl szükségesnek és elérkezettnek látom a próbacsapolásra az idõt: 1. ha az izzadmány az egész mellkas felét kitölti, különösen, ha az eset két éven alóli gyermekekre vonatkozik; ez esetben a megbetegedés óta elmult idõ nem irányadó, mert az izzadmány már kezdettõl fogva is genyes lehet; 2. ha a betegség 4-ik hetében sem szûnik meg a láz, és különösen intermittens jelleget ölt; 3. ha az izzadmány 30 nap lefolyása után még mindig nem mutat hajlandóságot a felszívódásra, jöllehet a hõmérsék normális; mert az, hogy a be-

teg láztalan, a genyes izzadmányt még nem zárja ki. Világos és nem is lehet vita tárgya, hogy csapolnunk kell mindannyiszor, valahányszor rázóhideg, izzadás és más oly jelek is jelen vannak, melyek genyes izzadmányra utalnak. Ne gondoljuk, hogy genyes izzadmány esetében a próbacsapolás alkalmával mindig tiszta genyt kapunk. Néha csak zavaros, savós a kieresztett folyadék, a górcső alatt azonban kitűnik, hogy a zavarodást a genysejtek okozták, s mégis a bonczolásnál az derül ki, hogy a mellhártyát vastag genyes réteg borítja. A dolog úgy áll, hogy ha a genyes izzadmány nem nagyon sűrű, akkor az alakelemek lesülyednek és a falakhoz tapadnak, míg ellenben a felső réteg inkább savós természetű; a kórismét tehát akkor is genyes izzadmányra tesszük, ha a próbacsapolás által nyert folyadék nem tisztán genyes, hanem savós, s a genytestecskék belekeverődésétől csak némileg zavaros.

A mellhártyaizzadmányhoz hasonlít némileg a *mellvízkór*, *hydrothorax*, (átizzadás a mellkas-üregbe) és a *légmell*, *pneumothorax* (levegő meggyülemés a mellhártya-ürben).

Mellvízkórnál is ép úgy, mint mellhártyagyulladásnál a mellkas alsó részletein tompa a kopogtatási hang, mely tompulat határai azután a bántalom továbbfejlődésével mindig feljebb és feljebb emelkednek; a tompulat helyén a légzés és a hangrezgés is gyöngült.

A különbség e kettő közt az, hogy: 1. a mellvízkór sohasem önálló megbetegedés, hanem egyidejűleg más savós üregekben is van folyadék (transsudatum), úgy mint a hasüregben, továbbá a bőralatti kötőszövetben; 2. a mellvízkór csaknem mindig kétoldali, bár egyik oldalon kifejezettebb lehet (azon az oldalon t. i., a melyen a beteg többet fekszik); 3. a vízkór oka vagy vesebántalom, a mi leggyakoribb, vagy szivbaj, vagy vizvérűség (hydraemia), mely viszont idült bélhurut folytán keletkezhetett; 4. a tompulat felső határa, ha a beteg fel ül, vízszintes, de a beteg helyzetének változtatásával változnak egyuttal a tompulat határai is; 5. hydrothoraxnál sem láz nincs, sem oldalszűrés vagy dyspnose (kivéve, ha a folyadék igen sok), úgyszintén köhögés sincs.

A légmellnek és a mellhártyaizzadmánynak közös tünetei a mellkas alaki elváltozására vonatkoznak; mindkét esetben a megbetegedett mellkasfél belégzésnél visszamarad, jobban elődomborodik, a bordaközök elsímultak, a légzési zöreje, valamint a mellrezgés gyöngültebb; a szomszédos szervek helyükből eltoltattak. a

beteg légszomjúságról panaszkodik és a megbetegedett oldalra feküdvé, kényszerhelyzetben van.

A lényeges különbséget a kettő közt a kopogtatási viszonyok adják meg; mellhártyaizzadmánynál ugyanis a kopogtatási hang tompa, ellenben légmellnél éles, dobos, metallicus színezetű. A míg egyrészt a mellhártyagyulladásnál, hallgatózásnál gyengült légzést hallunk, légmellnél a légzési zörejek igen gyakran teljesen hiányoznak, vagy pedig csakis korszó légzés hallható. Ha a légmell úgy keletkezett, hogy a genyes izzadmány a tüdőbe betört, akkor a kiömlött folyadék helyét levegő tölti ki, s a mellkas felső részletén éles vagy dobos kopogtatási hangot kapunk. Kezdő orvos könnyen azt hihetné ilyenkor, hogy az eddig összenyomott tüdő újra léggel kezd megtelni, s a beteg a gyógyuláshoz közel áll. Könnyen elkerülhetjük ezt a hibát, ha ügyelünk arra, hogy: 1. a légszomj nem hogy engedett volna, de talán még inkább fokozott is; 2. hogy az éles kopogtatási hangnak megfelelőleg légzési zörejt nem hallunk.

Büzös köpettel járó tüdőbántalmak.

Bármilyen fajta tüdőgyulladásnál, ha az sokaig tartott, a köpet büzös lehet. Ez a büzös köpet vagy *hörgtágulásra* mutat, a mikor t. i. a nyálkahártyák váladéka a kitágult ürökben összehalmozódva pang és bomlik, vagy pedig *tüdőüszkösödésre*.

Az első esetben is a köpet rossz szagú ugyan, de mégsem annyira büzös, mint a tüdőüszkőnél, a mely a beteg lehelletét valósággal döglettessé teszi. Jellegző a hörgtágulatra az, hogy a beteg időnként (különösen reggel, vagy testének helyzetváltoztatásánál) sok, meglehetősen folyékony, kellemetlen szagú, büzös, többnyire szürkés-zöldes színű köpetet köhög ki. Hörgtágulatnál a beteg külseje, erőbeli állapota, láza mindig az eredeti bajtól függ. Ha a hörgtágulat interstitialis tüdőgyulladásához szegődött, (a mi a rostonyás vagy hurutos tüdőgyulladás kimenetele lehet, pld. kanyaró után), akkor a külszín kielégítő, s a beteg láztalan is lehet. Ugyanezek a viszonyok akkor is, ha mellhártyaizzadmány után a comprimált tüdőben keletkeznek hörgtágulások.

A mi a physikalis tüneteket illeti, azok különbözők lehetnek a szerint, a mint a hörgtágulásokat légtartalmú, vagy tömörült tüdőrésztlet veszi körül. Előbbi esetben idült hörghurut, utóbbiban caverna tüneteit fogjuk észlelni: u. m. korszó légzés, vagy erős

hörgi légzés, hörgi szózat, nagy hólyagú csengő szörtyözerejeket, dobos kopogtatási hangot, esetleg még érc szinezettel is. Mind ezek a jellegző tünetek azonnal megszűnnek, ha az üreg nyákkal megtelik, de minden köhögési roham után, a midőn meglehetősen mennyiségű nyákot köhög ki a beteg, újra észrevehetőek lesznek. Előfordulhat ugyanezen tünet gümökóros cavernánál is, de ekkor a köpetben tuberc. bacillusokat és ruganyos rostokat is fogunk találni.

Mi itt csakis az idült hörgtágulatról szólunk, miután a bűzös köpet úgy is csak ennél fordul elő, a mely a leggyakrabban interstitialis tüdőgyulladás után lép fel. Utóbbi rendszerint láztalanul folyik le és sokáig egyazon alakban fennáll; ha tehát ennél fogva egy különben jó színben levő betegnél cavernás tünetek mellett bűzös köpetet találunk, akkor bizonyos, hogy az illető nem sorvadásban, hanem interstitialis pneumonia folytán fejlődött hörgtágulásban szenved,

A *tüdő üszkösödésénél* fellépő bűzös köpet a hörgtágulásnál előfordulótól, eltekintve bűzősebb voltától — főleg abban különbözik, hogy a köpetben nem nehéz apró, fekete, czafatos tüdőrészeteket találni, melyek vízzel kezelve, bolyhos gomolyagokat képeznek. Góreső alatt könnyen kimutatható, hogy e gomolyagok alveoralis szerkezetűek. Különösen felemlítendő azonban itt az a körülmény, hogy ruganyos rostokat tüdőüszkösödésnél csak a legritkább esetben tudunk kimutatni.

Hogy a tüdőrészeteket annál bizonyosabban megtaláljuk, tanácsos, hogy a köpetet előbb állni hagyjuk és azután a vizsgálathoz az edény fenekéről vegyük az anyagot. (Eichhorst tankönyvében az egyes köpetvizsgálati módokat tüzetesen leírja. Bd. I. 454. old.)

Tüdőüszkösödésnél az általános erőbeli állapot mindig igen rossz; a lázat gyakran rázóhideg és bő izzadás kíséri, a mellett a beteg ereje rohamosan fogy.

Mielőtt a bűzös köpet alapján a kórismét akár hörgtágulatra, akár tüdőüszkösödésre tennők, a bűzös köpetet előidéző egyéb esetleges okokat ki kell zárunk; pld. egyes szájbetegségeket, mint a *nomát*, vagy fekélyes szájgyulladást (stomatitis ulcerosa), bűzös orrfolyást, a garatmegetti tályog némely eseteit, de különösen az éves mellhártyaizzadmányt, mely ha a tüdőbe tör be, a beteg azt kiköhögi és kiköpi.

Az idegrendszer betegségei.

Mindenekelőtt egyes, általános tüneteknek semiotikai értékéről akarok szólni, s csak azután térek át a gyermekkorban leggyakrabban előforduló idegbetegségek differentialis kórisméjére.

A fejfájás tünettana.

Minden kora gyermeknek fájhat a feje, mindamellett ez még akkor is csak egyéni érzés maradhat, ha a beteg már beszélni is tud, mert 5 éven aluli gyermekek igen ritkán panaszkodnak fájdalomokról, úgy, hogy azt egy bizonyos testrésztre localizálnák.

Zsenge kora gyermekeknél csakis az igen heves fejfájást tudjuk felismerni; a kis beteg ilyenkor gyakran a fejéhez kapkod, haját tépi, fejét ide-oda dobálja, szemöldökét rángatja. E tüneteket azonban csakis igen kinzó esetekben látjuk. A magas láz okozta fejfájás rendszerint nem oly heves, hogy azt külső tünetekből és az objectiv jelekből észrevehessük; ezeket csaknem kizárólag agyi megbetegedésnél és középső fülgyulladásnál találjuk. Első sorban tehát ezek egyikére gondolhatunk akkor, ha a gyermek igen sokat sír, nagyon nyugtalan és kezével fejéhez kapkod.

Öt éven felüli gyermekeknél a fejfájás igen gyakori, és czél-szerű azokat diagnostikai szempontból heveny és idült lefolyás szerint osztályozni.

Heveny az eset akkor, ha a fájdalom csak nem régen tart, például néhány napig, oly betegeknek t. i., a kiknek azelőtt fejfájásuk sohasem volt. Ha a beteg láztalan, ez még a fejfájást ki nem zárja.

Idült fejfájáshoz soroljuk az u. n. habitualis (szokványos) fejfájásnak minden esetét, legyen bár az állandó, vagy rendetlen időközökben visszatérő.

A heveny és az idült fejfájás között a különbség — eltekintve a körelőzményi adatoktól — főként abban áll, hogy a hevenyt, kevés kivétellel, hőemelkedés kíséri.

Ha a betegnek heveny fejfájása van, s a mellett a hőmérséke is emelkedett, akkor arra ügyelünk, valjon azt a láz okozza-e, vagy pedig az csak egy kezdődő agyhártyagyulladásnak képezi előtűnetét. Az első 2—3 napon át, sőt néha tovább is, a kérdést nem

dönthetjük el mindenkor. Arra ügyeljünk első sorban : 1. milyen jellegű a fejfájás ; 2. milyen magas a láz ; 3. hogy milyenek a kísérő tünetek.

Agyhártagyulladásnál és heveny-fejvízkórnál fellépő fejfájásra jellemző annak heves és állandó volta, *a nélkül azonban, hogy intenzitása a láz magasságával arányban lenne*, míg ellenben az egyszerű láz okozta fejfájás rendszeren nem heves, ha csak a láz nem szokatlanul magas (40 °-nál nem magasabb). Ha a gyermek csakis a kérdésre válaszolva panaszkodik fejfájásról, akkor valószínűleg nincs agyhártagyulladás jelen („valószínűleg”, mert ez még nem zárja ki azt, nincs-e gümös agyhártagyulladása a betegnek); ha ellenben fájdalmában ide-oda veti magát, s főpanaszát a fejfájás képezi, akkor annál valószínűbb az agyhártagyulladás. minél *alacsonyabb* a hőmérsék ; igen heves, nem szokványos fejfájás, majdnem jellegző az agyhártagyulladásra, kivált akkor, ha a láz 38 °—38·5 °-nál nem magasabb. Igen heves fejfájás sem fog az agyhártagyulladás mellett bizonyítani, ha azt 40 °-nál magasabb láz kíséri, még akkor sem, ha egyuttal hányingere is van a betegnek, 1. mert mindkettő előfordulhat bárminő lázas állapotban ; 2. mert a magas láz a gümökóros agyhártagyulladást, mely a gyermekkorban előforduló agyhártagyulladásnak leggyakoribb alakja, — majdnem biztosan kizárja.

Egyszerű, genyes és cerebro-spinalis agyhártagyulladásnál a 40 °-nál magasabb láz épen nem ritka, mégis megjegyzendő, hogy ezen általában ritkábban előforduló esetekben mihamarább más oly agyi tüneteket is észlelhetünk, melyekből a kórisme kétségtelen lesz.

Előbb ugyan a heveny fejfájásra azt mondtuk, hogy bizonyos fokban az agyhártagyulladásra jellegző lehet, de ebből még nem következik az, hogy az, ennél a bajnál egyáltalában mindig nagyfoku legyen. *Ha heves fejfájás nincs jelen, ez csak a heveny genyes (Meningitis simplex s. purulenta) agyhártagyulladást zárja ki, de nem szól ellene a kezdődő heveny fejvízkórnak.* (Meningitis tuberculosa.) A többi közt ép azért nehéz kezdetben a gümökóros agyhártagyulladást felismerni, mert ezen betegségnél a heves fejfájás meglehetősen ritka. Annál nagyobb a fejfájás heveny-fejvízkórnál, minél gyorsabban fejlődik az : annál hevesebb, minél jobban növekedik a *koponyaűrbeli nyomás*. Miután pedig a gümös agyhártagyulladásnál a fejvízkór meglehetősen lassan fejlődik, a belső nyomás ennek megfelelőleg csak igen lassan nő, — a fejfájás is tehát elvéte nem lesz olyan nagyfoku.

A kiséző tünetek közt a hányás játsza a legfontosabb szerepet, mert az az agyhártyagyulladás minden neménél, legyen az heveny, genyes, vagy subacut, azaz gümökóros eredetű, minden esetben meg van. *Ila a beteg a fejfájás kezdetén a két első napon át egyszer sem hányt, akkor az agyhártyagyulladást majdnem biztosan kizárhatjuk.* Nincs kizárva ugyan agyhártyagyulladás hányás nélkül sem, de ez oly ritkán fordul elő, hogy ettől egyáltalában eltekinthetünk. Az agyi eredetű hányás jellegéről már előbb szoltunk; fejfájásnál jelentkező hányás még avval veszíthet kórismeit értékéből, hogy az más bajoknál is előfordulhat, sőt egyes rosz ízű orvosságok is lehetnek annak okozói.

Igen fontos tünet még a fejfájás megítélésénél az *érverés meglassudása és rendellen volta.* Annál nagyobb értékű e tünet, minél alacsonyabb a láz és minél idősebb a gyermek. Heveny genyes agyhártyagyulladásnál az érverés még 40^o-os láz mellett is néha szabályos és „szapora“, ellenben ily esetben nagyon korán beállnak az öntudatlanság (coma) és az általános görcsök.

Az agyhártyagyulladás többi tüneteiről, melyek a betegség további lefolyásában szoktak fellépni, alább lesz szó.

Ha a fejfájás nem agyi eredetű, hanem annak oka egy lázas mozgalom, akkor nem bír az kórismészeti szempontból fontossággal, legfeljebb az a jelentősége, hogy az általános megbetegedés többi tüneteivel egyetemben a kórelőzményeket jobban megvilágítja: ugyanis ezen tünet segítségével pontosabban lehet meghatározni a láz kezdetének idejét.

Ha láz egyáltalában nincs, vagy csak igen kistokú az és a beteg igen erős fejfájásról panaszkodik, akkor ennek oka nátha is lehet, a hol t. i. a *hurut a homloküregbe terjedt át*; ily alkalommal a fájdalom kiválóan a homlokban mutatkozik.

Különös jelentősége van a fejfájásnak heveny vesegyulladásoknál. Egyre megy, akár van mellette láz, vagy nincs, mert *a heveny vesegyulladásnál fellépő fejfájás rendszerint kezdődő uremiára mutat, különösen akkor, ha egyidejűleg a beteg hány is.*

A heveny fejfájás természetének megítélésénél tekintetbe kell vennünk azt, hogy annak oka a koponya lágyrészeiben is lehet, mint pl. csúznál, vagy a fejbőr körülírt gyulladásánál. A fájdalmas pontokat tapintással határozzuk meg, amikor is a gyulladásos fájdalom nyomásnál fokozódni fog. A galea aponeurotica csúzos megbetegedésénél nemcsak a fejbőr érzékeny, de a fájdalmak még a

nyakizmokba is kisugározhatnak (torcicollis); — fokozódik a fájdalom a homlok összeráncolásánál és a szemöldökök mozgatásánál.

Ha a családtagok közül többen szenvednek egyszerre fejfájásban, akkor megfelelő kórelőzményi adatok alapján a szénélegmérgezést (ártalmas kigőzölgés) könnyen megállapíthatjuk. Ily kigőzölgések által előidézett fejfájást többnyire hányás és általános gyöngeség kíséri. Hogy ugyanezen tüneteket borszesz-mérgezés (berugás) is okozhatja, az általában ismeretes.

Idült fejfájás oka vagy az agynak durva boncztoni elváltozása, mint pld. idült fejrízkór, daganatok stb., vagy más szervek bántalma lehet, vagy pedig annak idiopathikus betegsége az oka.

Az agy idült megbetegedésein alapuló *tüneti (symptomaticus) fejfájás* kórisméjére irányadó az egyidejűleg jelenlevő más agyi tünet, mint a hányás, a lefokozott szellemi működés, hűdések és félhűdések, különösen a szemizmokban (kancsalitás, ptosis, kettős látás), helybeli és általános görcsök.

Az ilyen fejfájásra jellemző az, hogy szemünk előtt látjuk azt mind erősebben kifejlődni. Az agyburkok körülírt megbetegedéseinél (tályog, bujakór) a fejfájás makacs, s szorosan egy helyre szorított; a többi között jellemző még e fejfájásra, hogy a bántalmazott helyek kopogtatása a fájdalmat növeli.

Gyermekkorban gyakran lép fel egész önállóan fejfájás a nélkül, hogy az agy, vagy annak burkai betegek lennének, s ennek a legkülönfélébb oka lehet.

E kör csoportozatban mindenekelőtt a közönséges *migraint* említjük fel, mely többnyire öröklött baj. Minden másfajta fejfájástól abban különbözik, hogy a fájdalom időszakonként, rohamokban (paroxismus) lép fel, csakis féloldali (leginkább baloldalt), s legtöbbször néhány óra múlva hányással és alvással megszűnik. Könnyebb esetben a beteg nem hány ugyan, mindazonáltal elég a kórismére az is, ha csak egy pár roham alkalmával hányt is a beteg. Objective a migrain a gyermekeknél az arc halványságában, általános levertségben és olykor görcsös jellegű ásitásban nyilvánul.

Ha egy, különben teljesen egészséges gyermeknél e tünetek időről-időre beállanak, s mindenkor hányás és alvással megszűnnek, akkor a migraint még oly gyermeknél is kórismézhetjük, a kik még beszélni sem tudnak.

A fejfájási rohamok migrainnél szabálytalan időközben mutatkoznak, néha rövidebb, néha hosszabb a szabad időköz, ter-

jedhet az napokra, hetekre, sőt esetleg hónapokra is; a *migrain két egymást követő napon majdnem sohasem ismétlődik*; általában azt mondhatjuk, hogy oly fejfájás, mely egy gyermeknél több napon át, vagy legalább hetenként egyszer ismétlődik, a legnagyobb valószínűséggel nem tiszta migrain.

A migrain rohamok vagy kimutatható ok nélkül lépnek fel, vagy pedig testi és szellemi megeröltetés következményei; mint fő aethiologicus momentum az öröklékenység szerepel (a körelzményi adatok tanúsítják, hogy az apa vagy anya migraines). Ez oly gyakori ok, hogy ha a kérdéses fejfájás oly gyermeknél lép fel, kinek szülei sohasem voltak migrainesek, egyedül ezen körülmény teszi kétségessé, hogy idiopathikus migrainnel, azaz önálló idegbajjal van-e dolgunk; valószínű, hogy ilyen migrainről ki fog tűnni, hogy az reflex tünet (orrbetegség) vagy symptomatus fejfájás (vérszegénység, agyi betegség és más efféle).

Jellegző a migrainre még az is, hogy megfelelő adag antipyrinre (annyi decigramm, a hány éves a gyermek) vagy antifibrinre (felényi adag) a roham majdnem mindig elmúlik; ez azonban nem jelenti még azt, hogy e szerek másfajta fejfájásoknál is ne lennének hatásosak.

A migrainre hajlamosított gyermekek általános tápláltsága a legkitünőbb lehet.

A migraint legkönnyebben összetéveszthetni a **szemfölköti ideg zsábájával** (neuralg. supraorbitalis); ennél is egyoldalú a fájdalom, de lényegesen különbözik a migraintól 1-ször abban, hogy a beteg lokalizálni tudja érzéseit, a szemfölköti tájékat nevezi meg a bántalom helyéül és 2-szor, hogy a foramen supraorbitaléra gyakorolt nyomás minden esetben növeli a fájdalmat.

Az említett idegzsábának egyik oka aránylag igen gyakran maláriás láz, s ez esetben az szabályosan naponta, vagy a nap bizonyos órájában ismétlődik, s ezért is, ha a gyermek intermittáló fejfájásban szenved, első sorban a nervus supraorbitalis zsábájára kell gondolnunk.

Gyermekeknél a migrainen kívül más fejfájások is fordulnak elő, melyek naponta, vagy bizonytalan időben ismeretlen vagy ismert okból állhatnak elő. Az ilyen — különben igen különböző intenzitású — fejfájásoknak különös localisatiójuk van: a betegek majd a homlokukat, a falsont tájékát, majd fejük hátulso részét, majd pedig az egész fejüket fájlalják.

Ide számítható pl. az *általános táplálkozási zavaroknál elő-*

forduló fejfájás is. A differentialis körismét az ily fejfájásnál más kimutatható körülmény kizárásával és az általános vérszegénységnek (a nyálkahártyák és bőr halaványsága, étvágytalanság, lesóványodás, nyugtalan álmom, izgékony kedélyállapot) vagy a sápadtságnak tudják be, mely a gyermek általános vérszegénységétől — a bőr és nyálkahártyák jobban kifejezett halaványságában (viaszsárga) és abban különbözik, hogy csak az élet bizonyos szakában lép fel; közönséges vérszegénység 5—12 éves gyermeknél fordul elő nemi különbség nélkül, a sápkór pedig majdnem kizárólag a 8—12 éves leányoknál. Ha a fejfájást egyedül a sápkór okozta, akkor az vas adagolására gyorsan el is múlik, s éppen ebben rejlik a különbség minden más fajta fejfájástól.

Ha vérszegény gyermek panaszkodik fejfájásról, akkor ne feledjük, hogy annak határozott kimutatható oka is lehet, melyet ha nem háritunk el, a gyógykezelés mit sem fog használni.

Ily ok lehet pl. a gyomorhurut, bélférgek, vesebaj (uremia), önfertőzés.

Némelyek azt állítják, hogy az önfertőzésre csak akkor lehet gyanunk, ha a beteg a fej, nyakszirt és szemek fájdmáról panaszkodik, mégis erre nézve megbízhatóbb adataink is vannak és pedig: hogy a makk fedetlen, hogy a felső czomb belső felületének izgatására a cremaster reflex gyenge, hogy a takarón és a lepedőn gyanus foltok láthatók. Igen értékes tünet, a melyet az önfertőzőknél gyakran észlelhetünk, *Renzi* szerint az, hogy a patellar reflex hiányzik. (Med. Obozrenije 1888. Nro 11.) Bizonyos fókig jellemző még, hogy az önfertőzők szórakozottak, hogy figyelmüket egy tárgyra sokáig nem tudják összpontosítani, s érettebb korban rendszeren tulságosan vallásosak lesznek. (Ők ugyanis hallották, hogy a baj ártalmas, s azért imádsághoz fordulnak, mert nincs elég erélyök ahhoz, hogy e rossz szokásukról lemondjanak.)

Ismeretes még az időleges fejfájások egy különös faja, mely gyenge és vérszegény, de különben teljesen egészséges, *jól táplált és a legjobb hygieniai viszonyok közt élő* gyermekeknél fordul elő, mely iskola-fejfájás, esetleg a *megerőltetés által előidézett fejfájás*, vagy növési fejfájás néven ismeretes. (A francziák Cephalalgie de croissance-nak nevezik.) Ez kiválóan a kamaszkor, a 10, egész 14—16 éves gyermekek baja. Mint a többi fejfájás is, vagy csak a homlokra, vagy az egész fejre szorítkozik, s gyakran általános idegességgel párosul: a gyermek izgatott vagy lehangolt,

sírásra hajlandó, s a mi minden egyes, az iskolázástól eredő fejfájásra jellemző, hogy a gyermek *szellemi munkára egyáltalában képtelen*. Ez a fejfájás könnyű esetekben csak tulfeszített szellemi munka után lép fel, súlyos esetekben azonban már könnyű. sőt kellemes szellemi foglalkozás, mint pl. egy érdekes elbeszélés átoltvasásánál is.

A fejfájás napról napra, hónapokon át visszatér, s hogy teljesen megszűnjék. szükséges, hogy a gyermek legalább félévig semmit sem tanuljon; ellenkező esetben a baj évekig, a fejlődés befejezéséig is eltarthat.

Az iskola-fejfájást leggyakrabban oly Cephalalgiaival tévesztik össze, mely a gyermekeknél gyakran a fénytörési, vagy alkalmazkodási rendellenesség következtében lép fel, s csak akkor szűnik meg, ha megfelelő pápaszemet viselnek. A fejfájások ez az oka nem ritka, mint azt a többi közt *Bickerton* közleményében is olvashatjuk, (Vracs 1888., 680 o.), a ki 1000 gyermek fénytörési képességét vizsgálva, azt találta, hogy közülök 277 (27·7%) főleg fejfájásról panaszkodott. Ily esetekben a főszerepet astigmatismussal párosult messzelátás játsza. A szellemi túleröltetés és a szembaj által előidézett fejfájás között a hasonlatosság főleg abban áll, hogy: 1-ször egyiknél ép úgy, mint a másiknál is a baj csak olvasás vagy írásnál áll be, s a foglalkozás abbahagyásával megszűnik; 2-szor, hogy ép úgy előfordul az erős, mint gyenge testalkatu gyermeknél.

Idült fejfájás néha orrbajokkal is lehet kapcsolatban. Ehhez nem okvetlenül szükséges, hogy a beteg náthás legyen oly értelemben pl., hogy az orrából kifolyás legyen, hanem elég, ha az orrjáratok átjárhatatlanok. Sok esetet ismerünk, melynél az idült orrbaj gyógyulásával a makacs fejfájás is megszűnt; példakép felhozhatom *Menière* esetét (Vracs, 1888. Nro 22), a melyben egy 9 éves fiu 2 éven át tartó fejfájását az orrgarat-üregben székelő túlsarjadzások leégetése és eltávolítása teljesen megszüntette.

Ha a gyermek sokat futkosott, vagy ha erősen kimelegedett és ilyenkor fájdul meg a feje, mely fejfájás azonban orrvérzésre enyhül, akkor ez onnan eredt, hogy a vér az agyhoz tódult.

Eichhorst még azon fejfájásokra is figyelmeztet, a melyek a serdülő korban néha hanyással párosulva, egyidejűleg jelenlevő fehérsye vizellésnél lépnek fel a nélkül, hogy erre kimutatható alkalmi ok léteznék. A fehérsye vizelés hetekig, sőt hónapokig eltart, s ez időszak alatt fejfájások lépnek fel, néha általános gyengeség, tompult szellemi működés, ideges izgékonyság, sőt görcsök kíséretében is.

Az általános görcsök tünettana.

Ha egy oly gyermek kerül észlelésünk alá, a kinél előttünk ismeretlen okból általános tonicus és clonicus görcsök észlelhetők, a mely görcsök leginkább az arcz és^a végtagok szabálytalan rángatózásai-
ból és eszméletlenségből állanak, akkor többnyire igen nehéz a göres valódi okát megtalálni; az orvos gyakran — kivált ha a beteget először látja — csak a száraz tényt constatálhatja, s önkéntelenül is avval a phrazissal kell megelégednie, hogy a betegnek rángógörce van. A göres okának kikutatásánál azt döntsük el első sorban, valjon azt a központi idegrendszernek lényeges boncztoni elváltozásai, vagy más ok idézte-e elő.

A görcsök ép úgy léphetnek fel heveny, mint idült agybajoknál. **Az agyi eredetű görcsökre nézve** megjegyzendő, hogy az agybántalmak úgyszólván sohasem kezdődnek rángógörccsel, s ennél fogva agyi bajokhoz csatlakozó görcsöknél, a beteg megvizsgálása által, vagy a kórelőzményi adatokból útbaigazítást nyerünk arra nézve, valjon megelőzték-e a görcsöket más agyi tünetek vagy nem.

Idült esetben azt találjuk, hogy állandó, vagy gyakran visszatérő fejfájás, féloldali arcz- vagy végtagizmok hűdése, lefokozott szellemi működés, a szemfenéknek elváltozásai stb. kísérik a görcsöket; heveny esetben aluszékonyságot, hőemelkedést, lassú és rendetlen érlökést találunk. Ha tehát *egy azelőtt egészséges gyermek kap görcsöket, s ha a görcsroham megszűntével agyi tüneteket nem észlelünk*, akkor nagy valószínűséggel mondhatjuk azt, hogy *a görcsök nem agyi eredetűek*.

Idült agybajokhoz csatlakozó görcsökre a többi közt még az is jellegző, hogy a görcsök igen hajlandók kiújulni, s bizonyos időszakokban visszatérve, heteken, sőt hónapokon át is eltartanak. Az ily alakban visszatérő rángógörccsel 2 évnél fiatalabb gyermeknél bizonyára agybaj nélkül is felléphetnek, de a kórisme ily esetekben agybajokra annyiban egyszerűbb, amennyiben ezen korban az idült agybántalmak közül csak idült hydrocephalus fordul elő, a mit a feltűnő nagy koponyában és a varratok tátongásában könnyen felismerhetünk. Nagyobb gyermekek görceit, — ha azok hónapok vagy éveken át ismétlődnek — idült agybaj (többnyire daganatok) vagy — epilepsia — okozhatja.

A tiszta, vagyis önálló epilepsia többnyire öröklött, s a tüneti, vagyis az agyi eredetű görcsöktől abban különbözik, hogy kiválóan

idült lefolyású, s hogy a szünetek alatt agyi tünetek egyáltalában nem észlelhetők.

Heveny esetben az agyi eredetű rángatózásoknál a beteg lázas is; ekkor azt kell eldöntenünk, vajjon a görcsöket agyhártyagyulladás (vagy esetleg egy másik agybaj), vagy pedig egyszerűen a magas láz idézte-e elő.

Minden gyors hőemelkedés, mely felnőtteknél rázóhideggel kezdődik, kis gyermeknél görcsöket idézhet elő, s pedig minél fiatalabb a gyermek, annál könnyebben. Hogy *ily rángógörcsök láztól eredjenek*, ahhoz a következő három feltétel szükséges: 1-szor, hogy a beteg zsenge kora legyen, csekély kivétellel egész 3 évesekig; 2-szor, hogy a láz gyorsan szálljon fel, legalább is 39.5° -ra és hogy 3-szor a görcsök a megbetegedés első órájában, azaz egyidejűleg a láz kezdetével lépjenek fel. Ha ezen feltételek közül egy hiányzik, ha pl. a gyermek 3 évnél idősebb, a láz nem tulságosan magas, vagy pedig a láz (2—3 nap alatt) fokozatosan emelkedett csak fel a szükséges magas fokra, vagy ha a görcsök nem a betegség első napján léptek fel, akkor a görcsöknél valószínűleg más körülmény is és nem csak egyedül a láz az oka.

Mivel a gyermekkorban a heveny-agybajok aránylag ritkán kezdődnek magas lázzal, ép ezért csak ritkán észlelhetők a baj kezdetével egyidejűleg görcsök is; *ha tehát egész heveny eselben a gyermek rángógörcsöt kap, a láz pedig hirtelen 40° C.-ra emelkedett, akkor majdnem biztosra vehető, hogy nem agybajjal van dolgunk*. Mindenesetre, heveny genyes agyhártyagyulladásnál is beállhat az az eset, hogy a bántalom rángógörcsökkel kezdődik, csakhogy ekkor a rohamok oly hevesek és gyorsan követik egymást, hogy a beteg magához sem tér, s két nap múltán belehal. Evvel ellentétben a lázas rángógörcsök rendszerint nem ismétlődnek (még a felnőtteknél sem ismétlődik a rázóhideg) — kivételt képeznek a rosszindulatu váltólázás rohamok (febris intermittens convulsiva) — s a beteg gyorsan 10—20 percz alatt nyeri vissza eszméletét*). *Ha*

*) Néha — bár ritkán — a rángógörcsök a gümös agyhártyagyulladásnak a tünetét képezik, de ezen bajnál a láz oly alacsony (krbl. 38° — 38.5°), hogy nem mondhatjuk azt, hogy a láz okozta a görcsöket, daczára annak, hogy a görcsök csak egyszer lépnek fel és hogy az eszmélet visszatér, úgy, hogy kénytelenek vagyunk a görcsök okát másban keresni. A gümös agyhártyagyulladásnál, az esetek túlnyomó számánál fogva, csak rövid idővel a halál beállta előtt lépnek fel görcsök.

tehát kis gyermeknél a görcsök egyidejűleg magas láz kíséretében lépnek fel, ha a gyermek eszméletét gyorsan visszanyeri, s a rohamok több óra múlva sem ismélődnek, akkor heveny agyi megbetegedést kizárhatunk, s lázas rángógöresre tesszük a kórismét; további feladatunk lesz azután kideríteni a láz okát.

Eltelkintve ettől a tisztán kezdeti rángógörestől, egyes lázas megbetegedéseknél másfajta rángógörcsök fordulhatnak elő, melyekre jellemző, hogy egyszeri roham után több görcs következik, s pedig nem csak kis, hanem bármely koru gyermekeknél is.

Mint hogy ily fajta rángógöresöket csakis fertőző megbetegedésnél, különösen rostonyás tüdőgyulladásnál (csak 2 éven alóli gyermeknél), vörhenynél, himlőnél (minden korban) és pedig csak súlyos esetben látunk fellépni, azért felvehetjük, hogy ez esetekben a göresök, kevésbé a magas láz, mint inkább a vérben keringő mérég által idéztetnek elő.

Ha a göresrohamok oly gyorsan követik egymást, hogy a gyermek alig tér eszméletre, s ha a betegség halálos (vörhenynél többnyire a kitörés után pár órára), akkor ez az állapot a gyors lefolyású agyhártyagyulladásához annyira hasonlíthat, hogy pontos kórismét csak akkor tehetünk, ha egyik vagy másik betegségnek kifejezett tüneteit észleljük, mint pl. vörheny vagy himlőnél a kütteg, vagy a tüdők részéről a gyulladásnak kifejezett physicalis tüneteit.

Ily esetben a baj aethiologiája a kórismére nézve igen fontos, s ezért azt kell kutatnunk, nem volt-e alkalma a betegnek arra, hogy magát vörheny vagy himlővel fertőzze (ez még idősebb gyermekeknél is a lázas rángógöresök halálos kimenetelének a leggyakoribb oka), vagy talán fejét sértette-e meg, vagy erősebb nap-szúrást kapott-e, vagy súlyos nátha és köhögés volt-e (influenza, mint az agyi tünetekkel járó tüdőgyulladás) az okozója, vagy pedig végre fordultak-e elő a környéken járványos agygerinczvelő gyulladás esetei. Néha csak a beteg halála után pár nap múlva lesz a kórisme tisztázva, akkor t. i., ha a családban valaki kifejezett heveny fertőző bajban betegszik meg, mely fertőző betegség többnyire vörheny szokott lenni.

Ha egy gyermek hirtelen magas láz, hányás és többszörösen ismétlődő rángógöresökkel betegszik meg, s 20—30 óra múlva kábultság és összeesés tüneteinek meghal, a nélkül, hogy a kórismére biztosabb támpontjaink lennének, az orvosok ilyenkor legtöbbször

agyhártyagyulladás vesznek fel a halál okául; ez azonban, az én nézetem szerint, a legtöbb esetben nem áll. A gümös agyhártyagyulladás körképe sohasem ilyen; az egyszerű genyes agyhártyagyulladás keletkezésére pedig határozott ok játszik közre, s egészséges gyermeknél nem lép fel különös ok nélkül; a mi pedig a járványos agyhártyagyulladásra illeti, ez ugyis igen ritka, a félheveny (hyperacut) alak pedig jóformán sohasem észlelhető. Kétséges esetben tehát első sorban vörhenyre, másodsorban himlőre, s csak utóljára gondoljunk agyhártyagyulladásra.

A kezdeti rángógörcsöknél gyakran sikerül a vörhenyt felismernünk, mert a küteg igen korán, néha már a betegség első óráiban mutatkozik, annál is inkább, mivel a vörhenyes torokgyulladás mindenestre már látható, még akkor is, ha a küteg még nem mutatkozik.

A himlőt sokkal nehezebb felismernünk, mert ennél a garatnyálkahártyája az első napokon rendes, a küteg csak a harmadik napon jelentkezik, s a prodromal tünetek nem igen jellegzetesek; kivételt képez azonban a vérömlenyos alak (fekete himlő), a hol a sajátos vérömlenyek — petécek — a hason kezdődve, igen korán, már az első vagy második napon láthatók. Azonfelül himlőnél a rángógörcsre még jellegző az is, hogy a rohamok igen hevesek, s a gyorsaságot tekintve, melylyel egymást követik, az agyhártyagyulladásnál előjövő rángásokra emlékeztetnek. Ez okból gyakran összetévesztik a himlőnél előforduló rángógörcsöket az agyhártyagyulladással. A kórismére fontos a járvány jellege, különösen, ha a beteg családjában himlő lépett fel és ha a beteg nincsen beoltva.

A mi az agyhártyagyulladás és az u. n. agyi tünetekkel járó tüdőgyulladás közti különbséget illeti, erre nézve arra utalunk, a mit a tüdőgyulladásnál mondtunk.

Ellenben felemlítendő még e helyen a *húgyvérűség* — uremia, — melynek rángógörcsös alakja gyermekeknél rendszeren magas lázzal (40 °, sőt több) párosult. Ha a görcsök gyakran ismétlődnek, a beteg súlyos kábultságba esik. akkor a heveny agyhártyagyulladásához annyival inkább hasonlít a kép, mert rendszeren hányással is jár. Mégis ritkán szokták ezzel összetévesztetni, mert a görcsök a vesegyulladás folytán lépnek fel, mely pedig ritkán kerül el figyelmünket. Ha kis gyermeknél más lázas megbetegedés folytán lépnek fel görcsök, akkor legfeljebb néhány óráig lehet a kórisme

kétséges ; mert 1-ször, a legtöbb gyulladásos bántalom elég hamar lesz nyilvánvalóvá ; 2-szor, mert ezeknél, mint már említettük is, a görcsök nem szoktak ismétlődni. A differentialis kórisme felállításánál az agyi eredetű rángások és az egyszerű lázas eredetű rángógöres közt igen fontos szerepe van annak, hogy miképen fejlődnek ki és hogyan csoportosulnak az agyi tünetek, mert ezek gyakran oly jellegzetes tünetcsoportozatot mutatnak, melyet csakis agybántalom által létrejöttek nyilváníthatunk. A láz okozta agyi tünetek a valódi agyi tünetektől főleg abban különböznek, hogy *kevésbé állandóak, s még abban is, hogy rendszeren nem fokozódnak, hanem annál inkább gyengülnek, minél jobban lép előtérbe az elsődleges megbetegedés.*

A mi magokat a görcsöket illeti, erre nézve megjegyzendő, hogy az agybántalmaktól eredő görcsöket *erős fejfájás előzi meg, mely a bántalom kezdetének pillanatától folyton teljes erejével fennáll, s nem hagy alább a teljes eszméletlenség bekövetkeztéig.* Valódi agyi eredetű rángások heveny betegségnél újra és újra ismétlődnek, s utánuk mély kábultság marad vissza, a melyből a beteg alig tér többé eszméletre. *Barthez és Sanné* szerint a különbség az agyi eredetű rángások és az egyszerű rángógöres között a következő : 1-ször, agyi eredetű görcsök után kifejezettebb azoknak hatása az értelmi és mozgási működésre (gyakrabban jelentkezik pl. a szélhűdés és a végtagok bénulása) ; 2-szor a görcs hosszabb ideig tart és 3-szor, az agyi eredetű rángások nagyon hajlamosak kiújulni ; ha egy 2 éven felüli gyermeknél a rohamok egymásután ismétlődnek, akkor azok majdnem biztosan agyi eredetűek. (Már említettük, hogy idősebb gyermeknél a görcsök ily okból vörhenynél és uremiánál is felléphetnek.)

Az agyi eredetű görcsök felismerésére a *nagy kutacska állapota is irányadó lehet bizonyos fokban*, a mikor szem előtt tartandó az, hogy magas láznál a nagy kutacska mindig előre domborodik és lüktet. *A nagy kutacska előredomborodása és lüktetése* kétséges esetekben csak akkor jelenti azt, hogy *agyvérbőség* van jelen, ha az a *láz csökkenésével* továbbra is megmarad feszült állapotban, s ha egyidejűleg kábultság, vagy más agyi tünetek is lépnek előtérbe. Ha a kutacska a környező csontokból *erősen* kiemelkedik és igen *kemény tapintatu*, akkor feltehetjük azt, hogy a koponyaüregben exudatív folyamat van ; lázas állapotnál szintén előredomborodhatik és lüktethet a nagy kutacska, de ezt könnyen le tudjuk

lapítani. Ebből ne következtessünk az ellenkezőre, mert ha a nagy kutacska nyomásra *nem ellentálló, ez még nem zárja ki azt, hogy a koponyában izzadmányos folyamat nincsen.* Ha az agybántalmat ezen tünetek alapján kizárhatjuk, akkor meg kell keresnünk a görcsök tulajdonképeni okát.

A görcsök oka igen különböző lehet, s a gyermekkorban aetiologice a rángógörcsnek 4-féle okát különböztetjük meg: 1-ször agyi vagy tüneti (a különbségről már szó volt); 2-szor reflektorikus, környi izgatás által feltételezett; 3-szor haematogen eredetű, mert különböző lázas betegségeknél és mérgezéseknél lép fel, s végre 4-szer időszaki vagy essentialis rángógörcsöt, melynek okát nem ismerjük.

A mennyivel jobban tökéletesbülnek ismereteink, annál kevesebb lesz azon eseteknek a száma, melyek jelenleg az utolsó csoportba sorolhatnának. Jelenleg ide számíthatók azok a görcsök, a melyek ijedés és más pszihikus behatásokra keletkeznek, ugyszintén azok, melyek „ok nélkül“, teljesen egészséges, vagy vérszegény gyermeknél fordulnak elő, melyek azután néha epilepticus görcsöknek bizonyulnak be.

Körismeii szempontból a rángógörcsöket 2 csoportba osztjuk: 1-ször görcsök, melyek magasabb láznál lépnek fel; 2-szor görcsök, láz nélkül.

Ha nincs láz, s agybántalom kizárható, akkor fontos szerepet játszik a görcsök eredetének kutatásánál a gyermek kora.

Rángások láz nélkül, 4—12 éves gyermeknél általában ritkák, leggyakoribbak még epilepsia következtében. E kórkép általános görcsökben, s az azt követő rövid aluszékonyságban nyilvánul; e görcsök éveken át hetenként, vagy hónaponként ismétlődnek. Különösen jellegző az epilepsiára, ha a rohamok éjjel lépnek fel, vagy ha a betegeknek néha a roham előtt bizonyos érzésük van, a mit „aurának“ nevezünk; nekik úgy tünik fel, mintha az ujjak hegyétől felfelé fuvalom indulna ki, vagy pedig arcz, vagy hallási hallucinációk lépnek fel stb. Az epilepticus rohamok csak 2—3 perczig tartanak, de rövidebb ideig is tart a roham, sőt néha nem is észlelhető rángás, hanem csak az arcizmok vonaglása. Az ilyen abortív epilepticus rohamok (petit mal s. epilepsia minor) abban állanak, hogy a gyermek, ki magát egészen jól érzi, rögtön elveszti eszméletét, feltűnően elhalaványul, s egy pár pillanat mulva újra magához tér; az öntudat oly gyorsan tér vissza, hogy a be-

tegnek nincs is ideje összerogyni; ha a roham beszélgetés közben éri utól, akkor megáll a szó közepén, s aztán úgy beszél tovább, mintha nem is szakadt volna meg a beszéd.

A roham alatt nem érez semmit, s nem is tud arról, hogy mi történt vele. Ha ily múlt epilepticus rohamok rángásokkal felváltva jelentkeznek, akkor a diagnosis könnyű, de ha valóságos epilepticus rángások nem jelentkeznek, az esetet csak úgy tudjuk helyesen megítélni, ha időnként *egészen hasonló* rángások pillanatnyi eszméletlenséggel ismétlődnek.

Az epilepsia és uremia differentialis kóriszméjénél vegyük tekintetbe, hogy valódi epilepticus roham után a vizeletben fehérynýt és hyalin hengert is találunk, de csak a roham utáni 1—2 napon át.

Ha a betegnek azelőtt sohasem volt görcse, s a családban epilepsia soha se fordult elő, akkor vagy uremiára (vizeletvizsgálat, vizenyő), vagy mérgezésre — többi közt Santonin vagy Alkoholal (kórelözményi adatok) gondolunk. Idősebb gyermeknél hysteriára vagy tettetésre, fiatalabbaknál (4—5 éveseknél) székrekedésre vagy bélférgekre is kell gondolnunk (megvizsgálandó a székletét bélférgek petéire nézve). Mint ritka, de kétséges oka a rángásoknak szerepelhet esetleg egy idegen test a fülben, legyen az megkeményedett fülzsir, vagy kívülről bejutott idegen test.

A 6 hónapos, egész $2\frac{1}{2}$ éves gyermekek közül különösen *angolkórosak* kapnak igen könnyen láz nélkül görcsöket, különösen pedig hangrésgörcsöt. Ily gyermekeknél igen könnyen felismerhető a koponya angolkóros megbetegedése (egy éven aluliaknál csaknem mindig craniotabes is van), nemkülönbben találunk a törzsön is angolkóros elváltozásokat, s náluk a kórelözmények között többnyire megtudjuk azt, hogy hangrésgörcsei is voltak már. Az utóbbi rohamokra jellemző a sipoló és krakogó belégzés, s az, hogy különösen sírásközben (néha napjában többször is) állanak be, s többnyire oly rövid tartamuak, hogy a betegnek alig ártanak valamit, néha azonban a hangrésgörcs oly súlyos is lehet, hogy a gyermek egyáltalában képtelen belégzeni, s csakhamar apnoet és azt követő görcsöket kap, a melyek minden másféle görcsöktől abban különböznek, hogy a roham kezdete vagy vége krakogó belégzéssel kezdődik vagy végződik.

Az angolkóros gyermek eclampticus rohamokat kaphat hangrésgörcs nélkül is, mivel az ily gyermek idegingerlékenysége az általános táplálkozási zavar folytán majdnem a végletekig lefokozott.

A nem angolkóros gyermek ritkán kap görcsöt; ilyenél a beteges ideg ingerlékenység vérszegénységnek vagy örökölt *hajlamnak* tudandó be.

Az utóbb említett körülmény abban nyilvánul, hogy egyes családokban majdnem minden gyermek (1—2 éves korában) görcsökben szenved. *Bauchut* érdekes esetet közöl az u. n. „családi görcsről”: a családnak mind a 10 gyermeke az első életévben görcsökben szenvedett; a leányok egyike férjhez ment s 10 gyermeket szült; ezek közül 9-nek volt eclampsiaja.

Kisebb gyermeknél tehát a görcsök főleg központi idegrendszereiknek különös állapotától erednek, mely angolkór, ritkábban vérszegénység vagy öröklékenység által van feltételezve.

A hajlam oly nagy lehet, hogy az eclampsias rohamok minden jelentékeny ok nélkül, vagy pedig néha a legcsekélyebb ingerre is beállhatnak; hangrészgörcsben szenvedő gyermek a legcsekélyebb lelki izgalomra, úgyszintén hosszabb hangos sírásra is gyakran általános görcsöket kaphat. Ily gyermeknél naponta 10—20 görcsroham nem is valami ritka.

Máskor a convulsiók csak bizonyos körülmények közt lépnek fel, a melyekhez tartozik a lázas állapot, a megzavart táplálkozási viszonyok, különösen pedig a székszorulás. Kétséges, vajjon egy véletlen alkalom a szellemi izgalomban (ijjedés), s a környi idegek ingerlékenysége lehet-e okozója a görcsöknek, mint az pl. a bőr égési sebeinél vagy a fogzásnál nem tagadható. Az utóbbi okból eredő eclampsia a más egyéb ok által előidézettől abban különbözik, hogy az minden egyes fog kitörésénél ismétlődik (l. a fogzási betegségeket).

Az első élethónapokban görcsöket okozhat a bélgörcs is (emésztetlen székürülés, felfújt has, hosszabb sírás), vagy a székszorulás, vagy pedig végre bármely étrendi kihágás is.

Ez utóbbiakhoz számítja Hénóch (159. oldal) pl. a csecsemők azon eclampsiaját, a melyet az erősen felizgatott dajka emlőjének szopása is okozhat. Ide tartozik még azon eclampsia is, a melyet a gyermek nehezen emészthető eledel után kap; eseteim egyikében pl. a görcsöket néhány kanál káposzta, másik esetben egy pár kávéskanál pálinka okozta. Hénóch esetei igazolják azt, hogy hasonló ok még 2—3 éves, sőt 6 éves gyermekeknél is lehet a görcsök oka.

Ily esetben a görcsöt megelőző durva étrendi kihágást, vagy

székszorulást kell kiderítenünk, a melyeket még hányás és láz is megelőz. Ha a székszorulást hasmenés követi (akár magától, akár hashajtó után), úgy a szék rendesen igen bűzös.

A két első élethónapokban levő gyermekek rángásaira nézve még megjegyzendő, hogy azt a nehezített vizezés (Dysuria), nagyfoku sitymaszükület, vagy húgydara is okozhatja; ilyenkor a gyermek minden egyes vizelésnél jajgat, s csak a vizezés után nyugszik meg.

Végre csecsemők láztalan eclampsiája az agy passiv vérbőségének is lehet következménye, mint azt pl. számárhurutnál, vagy a gyermekek heveny gyomor bélhurutjával kapcsolatos agyvérzegénységnél és agyvizenyőjénél tapasztaljuk. A lázas eredetű convulsiókról már fentebb volt szó.

Az eclampticus rohamokra jellegző görcsök, a melyek mindig rövid ideig tartanak és következetesen eszmélet elvesztésével járnak, a legkevésbé sem hasonlítanak ama, csaknem szakadatlan kényszermozgásokhoz, a melyek a gyermek öntudatlan állapota mellett észlelhetők és a vittánczot — a choreát — jellemzik. Itt tulajdonkép nem rángásokat látunk, hanem a mozgások coordinációs zavarát, a melyek abban nyilvánulnak, hogy az izmok az akaratnak nem engedelmessé válnak teljesen: az akaratlagos mozgásokhoz önkénytelen mozgások is csatlakoznak és azok szabatoságát zavarják. A choreás szabálytalan izomösszehúzódsokra az jellegző, hogy: 1-ször alvásnál szünetelnek; 2-szor a beteg lelki izgalmainál és az akaratlagos, szándékos mozgásainál fokozódnak. A betegség rendesen néhány hétig vagy hónapig (átlag körülbelül 3 hónapig) tart. A betegség igen könnyű esetekben csak bizonyos izomnyugtalanásban nyilvánul, — a beteg egy helyen soká nem tud veszteg maradni, majd behajlítja és kinyitja ujjait, majd emelgeti egyik vállát, majd arcát fintorgatja stb. A mozgások tökéletlenségét akkor látjuk leginkább, ha a beteget felszólítjuk arra, hogy egy meghatározott mozdulatot tegyen. pl. karját nyújtsa ki, vagy gombolja be kabátját stb. Középsúlyos esetben az izomnyugtalanosság állandóan nyilvánul, s akaratlagos mozgásoknál fokozódik. Súlyos esetben az akaratlan mozgások annyira megzavarják az akaratlagosakat, hogy teljes coordinációs zavar áll be; pl. a beteg a kanalat se tudja szájához emelni, nem képes keresztet vetni stb., s puhára kell fektetni, különben a törzs és a végtagok szüntelen heves mozgásai folytán még a földre is eshetne. A vittáncz vagy hirtelen,

meglehetős hevességgel lép fel, vagy pedig a coordinációs zavar lassan áll be, s kivált előbb a test egyik felén, azután, 2—4 hét leforgása alatt folyton fokozódik, 1—2 hónapig tetőfokán megmarad, majd azután fokozatosan megszűnik.

Az a gyermek, a kinek már volt egyszer vittáncza, erre nézve a hajlamot sokáig megtartja, s nála még évek során át is láthatunk kiújulásokat.

A choreát felismerni nem nehéz, mert jellegző tünetei oly kifejezettek, hogy ha csak egyszer is láttuk azt, mindig felismerjük. Csakis az aetiologicus ok lehet minden egyes esetben kérdéses.

A vittáncz vagy tünete egy idült agybajnak, vagy pedig az önálló megbetegedés, t. i. az mint önálló neurosis lép fel.

A **tüneti vittáncz** idült és gyógyíthatatlan betegség. Kiséri azt más egyéb agyi tünet is, mint makacs fejfájás, hűdés (különösen a szemizmokban), szellemi tompultság, érzési zavarok. Miután 5 éven alúli gyermekeknél alig észleljük, azért a chorea kórjósolatával kis gyermekeknél különösen legyünk óvatosak.

Az **önszenvi vittáncz** mindig gyógyul, habár néha 6 hónapig is eltarthat. Erős, egészséges gyermekeknél ritka, s ily esetben mindig találunk valami különös okot, pl. erős ijedtség; rendszeren azonban veleszületett ideges hajlammal bíró, vérszegény egyéneknél, csúz és pedig heveny sokizületi, valamint izomcsúz (torticollis) mellett keletkezik. A csúz által okozott chorea abban különbözik minden egyéb okból eredőtől, hogy azt csúzos izomfájdalmak vagy megelőzik, vagy követik; nem okvetlenül kell, hogy azt szívbelhártyalob (endocarditis) megelőzze, vagy hogy az egyidejűleg fennálljon. Ritkábban, mint izomcsúz után, keletkezik a vittáncz más fertőző bajok után, melyek közt első helyre állítandó a vörheny.

A mi az összefüggést a chorea és a szívbaj közt illeti, erre nézve meg kell jegyezni, hogy nem minden zörej, a mit a szív felett hallunk, egyttal szívbíllentyü elégtelenséget jelent, s hogy a szívzörejek sokkal gyakoribbak a vittáncznál, mint a szervi szívbajok. A tengéleti zörejek, melyeket vagy vérszegénység, vagy a szívszemölcs izmainak rendellenes működése tart fenn, — abban különböznek a valódi zörejektől, hogy a szívtompulat nem nagyobb, s a tüdőér második hangja nem ékelt, végre hogy ezek az üdülés alatt nyomtalanul eltűnnek.

Egyes helybeli, clonicus göresök is hasonlók bizonyos tekintetben a vittánczhoz, különösen annak kezdeti szakához, mint pl.

az arcizmok göresös rángatózásai és hunyorgatásai (önkéntelen arczfintorítások); ide tartoznak a nyakizmok rángatózásai is, melyek folytán a gyermek fejével sajátságos mozgásokat tesz, a melyek a beteg figyelmének fokozásával annál erősebbek lesznek (pl. irás-, számolásnál). Ha az ily helybeli arczrángások a vittáncz kezdetét jelentik, akkor rövid idő múlva, mintegy 2 hét leforgása alatt, a coordinációs zavarnak a test más részére, különösen a kezekre is ki kell terjedni; ha mégis a helybeli görcs, mint önálló megbetegedés lép fel, akkor sok héten át, sőt hónapokig is állandóan megmarad.

A helybeli clonicus göresök csoportjába tartozik még az u. n. **Spasmus nutans** is, a mely abban áll, hogy a gyermek állandóan, fejével vagy egész testével folytonosan biccent. E betegség nem ritkán kancsalsággal és szemforgatással — nystagmus — van párosulva, néhány héti tartam után nyomtalanul eltűnik, föltéve, hogy nem valami központi megbetegedés által feltételezett. (Henoch szerint, új fog áttörése után, többnyire gyorsan elmúlik.)

Hasonlóképp ide tartozik az állandó, önkéntelen ujjmozgatás, a mely **Athetosis** név alatt ismeretes. A mozgások még álmoközben sem szűnnek meg. A bántalmat a felette idült, hosszú, évekre terjedő lefolyás jellegzi; rendszeren szélhűdéssel vagy más, egyéb tünetekkel párosult, a melyek a baj központi eredetére utalnak; a bántalom helye valószínűleg az agykéregben keresendő.

Tetania. E név alatt a kéz és az ujjak symmetricus összehúzódását értjük, esetleg néha a lábakét is, melyek a központi idegrendszer finom bonczatani elváltozásától erednek.

A betegséget az összehúzódott tagok különös alakváltozása jellegzi: a kéz a kéztőben behajlított, a hüvelyk a tenyér felé húzódik, a többi ujjak pedig, melyek perczei feszítve maradnak, a kéztő-ujjizületben (Articulatio metacarpo-phalangea) hajlítottak, a mellett a mutató és kis ujj egymáshoz közeledve, hegyeikkel a közép és gyűrűs ujj alá helyezkednek, úgy, hogy a kézujjak oly helyzetbe jönnek, a mely élénken emlékeztet ama kéztartásra, a mikor a szülész kezével a hüvelybe igyekszik (Trousseau). A lábujjak is csak az ujjizületekben hajlítottak, vagy pedig feszítve és szétterpesztve maradnak, mi mellett a láb maga lóláb állást foglal el. Körülbelül az esetek felében csak a kéz van megtámadva, mi mellett a lábak szabadon maradnak; aránylag ritkán terjed ki a görcs az alkarokra (karok a könyökben behajlítottak), s más feljebb fekvő izmokra.

Csecsemőknél az izmok összehúzódása gyakran kiterjed a nyak szirtre, hátra, hasizmokra és a nagy mellizomra.

Ha az összehúzódott ujjakat kinyújtani kísérjük meg, ez a gyermeknek élénk fájdalmat okoz. Ha az összehúzódás egyszer már megállapodott, akkor meglehetősen soká áll fenn, néhány óra, sőt több napig is eltart megszakítás nélkül, még az álomban is. Az öntudat a tetaniánál mindig tiszta, a bőr érzékenysége rendes marad.

A görcs csak ritkán szűnik meg hirtelen; többnyire megszakított jellegű, azaz majd eltűnik, majd újra megjelenik; ily formán naponta többször állhat be változás, mi mellett az összehúzódások időszaka általában tovább tart, mint a szabad időközök. A mi a Trousseau-féle tünetet illeti (t. i. hogy minden szabad időközben új rohamot valthatunk ki, ha a megfelelő kar verőerét vagy kar idegét összenyomjuk), úgy az a gyermekek tetaniájánál észlelhető ugyan, de távolról sem állandóan. Az egész betegség ily módon néhány naptól egész 2—6 hétig eltart és szükségképen gyógyulással végződik.

Kóroktanában főszerep jut az angolkórnak, ennél fogva a tetaniát kiváltkép a két első életévben észleljük.

Járulékos kórokul egyes illetékes szerzők, mint pl. Henoch a fogzást is említi, mindazonáltal a légzőutak lázas megbetegedése, úgyszintén bélhurutok gyakrabban szolgálnak indító okul az összehúzódások keletkezésére. A tetaniának azon tetanussal semmi közös vonása nincs, a melynél nemcsak a kezek és lábak, hanem az egész törzsizomzat, az összes végtag és az arcizmok vannak megtámadva. Először a rágóizmok betegszenek meg, míg azok tetaniánál ama, kizárólag ritka esetekben sem húzódnak össze görcsösen, a melyekben a görcs a tarkó és törzs izmaira is kiterjed.

A nyakizmok zsugora (Contractura).

A nyakizmok zsugora folytán gyermekeknél nem ritkán észlelünk nyakmerevséget és mozgatlanságot. Ha a hátsó nyakizmok zsugorodottak, akkor a fej hátra huzatik (tarkózsugor), s a tarkó ilyenkor homoru felszint nyer; ha bizonyos izmok csak egyik oldalt zsugorodottak, akkor a fej a megfelelő váll felé hajlik (ferde-nyak — Torticollis). Kiszokott tarkózsugornál a fej nem húzódik hátrafelé, hanem merev tartást kap, s még passive sem lehet a fejet előre hajlítani. Minden ily kísérlet a gyermeknek felette fáj-

dalmas, úgy, hogy a gyermekek még agyhártyagyulladásos coma esetén is, mikor már a tüszurások sem okoznak többé visszahatást, a fej passiv hajlítására nyűszörögnek és arcizmaikat fájdalmasan elfintoritják. A kisfokú tarkómerevség felismerése kis gyermekek-nél is könnyű; csak kísértük meg a háton fekvő gyermek fejét előre, a mellkas felé hajlítani; míg ez rendes körülmények közt egész könnyen sikerül, addig tarkómerevedésnél az egész törzs a fejfeljével együtt emelkedik fel, s merev állapotát megtartja.

Heveny tarkómerevség leggyakrabban csatlakozik a különféle *agyhártyagyulladásokhoz*, különösen pedig a járványos agy-gerinczagygyulladásához, melynek kórisméjénél a tarkómerevség kiválóan fontos tünet. E tünet igen korán észlelhető, egyidejűleg az agyhártyagyulladás első szakának egyéb izgalmi tüneteivel. Ennélfogva, ha a beteg 1—2 nap előtt láz és fejfájás tüneteivel betegedett meg, s erős hátfájdalmakról panaszkodik, mely fájdalom minden mozgásnál, de különösen a hát meghajlításánál (felülés alkalmával) fokozódik, s ha a mellett tarkója is merev, akkor agy-gerinczagygyulladásra tehetjük a kórismét, még akkor is, ha az öntudat még ép és sem székszorulás, sem üdőrlassulás jelei nincsenek jelen.

Ugy a gümös agyhártyagyulladásnál, mint a heveny agyvízkórnál a tarkómerevség bár nem ritka, de az sohasem mutatkozik a megbetegedés első napjaiban, hanem csak később, az öntudat kezdődő zavaránál és az álomkóros állapotban. A kórelőzményből fogjuk akkor megtudni azt, hogy a gyermek mintegy 10 nappal a tarkómerevség és álomkóroság (somnia) előtt igen makacsan (néha több napig is) hányt s székszorulása volt, mi mellett talán nála csekély lázt és esetleg lassúbb érelökést is észlelhattünk.

Ha a tarkómerevség néhány napi magas láz után lép fel, akkor csupán e tünetre támaszkodva, agyhártyagyulladást semmiképp sem vehetünk fel, még akkor sem, ha a beteg aluszékony, félig öntudatlan állapotban van, vagy félrebeszél, s a bőrén kifejezett általános túlérzékenységet (hyperaesthesia) találunk, miután ugyan-ezen kórképpel *súlyos hagymáz* eseteiben, úgyszintén *visszatérő láznál* is lehet találkozni.

Ezen betegségek súlyos alakjait jellemző hőemelkedések, (a hol 40° , sőt még ennél magasabb is a láz), a tényállás tisztába hozatalára lényegesen folynak be. Hogy a betegnek nincs agy-gerinczagygyulladása, az abból tűnik ki, hogy a tarkómerevség csak későn lépett fel, (mintegy a 2-ik héten); gümös agyhártyagyulladás

ellen szólnak az igen magas lázak s talán az is, hogy a beteg kezdetben nem hányt (mi hagymázás alkánál alig fordul elő, s soha sem szokott makacs lenni). Természetes, hogy a hagymázt könnyű felismerni, ha a betegnél hevenyléptompulatot és roseolát találunk. Ritka, hogy hagymáznál a tarkómerevség már a megbetegedés első napjában meglegyen; a kórisme tehát még több napig bizonytalan marad ily esetekben. Részemről csak egyszer észleltem ily esetet egy 6 éves zsidógyermeknél, s pedig a hagymáznak a nyakizmok heveny csúzával való szövődése folytán (a fiu már előbb is ismételten szenvedett ezen izmok zsugoraiban). Agy-gerinczagygyulladás itt ki volt zárható, mert hiányzott a háttáji fájdalom, bőrérzékenység és a baj kezdetén a hányás.

Ha a fej, a nyakizmok zsugorodása folytán, állandóan mozduatlan, akkor az majdnem biztosan a nyaki gerinczoszlop csigolyagyulladásának a következménye; ily esetekben a fej nem húzódik hátra, hanem a megfeszített nyakon mozdulatlanul ül (l. a Pott-féle betegségről írt fejezetet).

Leggyakoribb alakjai a heveny féloldali nyakizom-zsugornak (torticollis) a *m. sterno-cleidomastoides*, a *m. cucullaris* és a *m. splenius* csúzos megbetegedésénél észlelhetők. A *m. sterno-cleido mastoid.* zsugora folytán a fej a megbetegedett izom oldala felé hajlik, míg ellenben az arcz az ellenkező oldalra fordult, s az áll kissé felemelkedik.

A csuklyás izom egyoldali zsugoránál a fej hasonlókép a beteg oldal és kissé hátrafelé húzódott, de egyuttal a megfelelő váll is emelve van; a *m. splenius* megbetegedése esetén az áll nem emelkedik felfelé, és az arcz nem fordul az egészséges oldal felé. hanem a fej egyszerűen a beteg oldal vállához közelített.

A megtámadott izmok merevsége és feszülése a kórismét könnyíti. Csak akkor kórismézhetünk nyakizom-csúzt, ha a csigolyákban fájdalom nincs s ez a körülmény a csigolyaközti izületi gyulladást (*sinovitis vertebralis*) kizárja, s a nyaki nyirokmirigyek vagy kötőszöveti gyulladásnak tünetei, vagy végre garatmögötti tályog kizárható, mely utóbbinál azonban gyakran ferde fejtartást észlelhetünk. Izomesúz következtében fellépő ferde nyaktartás — *torticollis rheumatica* — valóságban talán nem is oly gyakori, mint azt felveszik, miután a legtöbb idetartozó esetben a csigolyák közelebbi vizsgálatánál a csigolyák oldalsó izületeinek gyulladása kimutatható (Spondylarthritis cervicalis Volkmann). Az ily izületi gyulladások csúzos, vagy erő-

szakos behatás után keletkeznek, vagy pedig heveny fertőző betegség, különösen vörheny után léphetnek fel. A csúzos nyakmerevséggel való hasonlatosság legfőképp azáltal tűnik fel, hogy a fejtartás a m. sterno-cleidomastoideus egyoldali zsugorának teljesen megfelel: a fej az egészséges oldalra hajlott, az arcz a beteg oldal felé fordult, s az áll kissé felemelt. A kórismét az deríti ki, hogy a zsugorodott izom nem fájdalmas, ellenben az egyik oldali tövisnyujtványokra gyakorolt nyomás élénk fájdalmat okoz. Néha az egyoldali ferdenyak rendszeren visszatérő rohamok alakjában is fellép, s Chininre gyorsan enged, azaz ezt az esetet febris intermittens larvatának kell tekintenünk.

A nyakizmok egyoldali összehúzódásának idült esetei veleszületettek is lehetnek (a m. sterno-cleidomastoideus a szülés alatt bekövetkezett elszakadása folytán), s ekkor az összehúzódott izom oldalával azonos arczfél láthatólag sorvadt, vagy fejlődésben visszamaradott.

A hüdések tünettana.

Hüdes alatt az akaratlagos mozgások kivételére való kép telenséget értjük, a mi vagy az akarat indító vezetésének az idegelemek által feltételezett zavarában (neuropathicus hüdes), vagy magának az izomnak megbetegedése által feltételezett, ha t. i. az izom összehúzódási képessége megszűnik (myopathicus hüdes).

Ennélfogva hüdést egyedül abból nem kórismézhetünk, ha a gyermek egyik vagy másik végtagját nem tudja mozgatni, hanem be kell előbb bizonyítani, hogy a mozgási képtelenséget az idegizom készülék beidegzési zavara, s nem-e esetleg vaia mely izületi gyulladás, csontbaj s több efféle okozta.

Gyermekeknél ép úgy, mint felnőtteknél a hüdések az idegrendszer megtámadott részéhez képest különböző jellegűek. Ha a hüdes az agykéregállomány, vagy a lobor kötegek, vagy pedig a gerinczagy mozgató góczainak valamely megbetegedése által feltételezett, úgy akkor az úgynevezett *központi hüdes* sajátosságai által jellegeztetik; ha ellenben a megbetegedés a gerinczagy szürke állományának mellső kötegeire (maghüdes) vagy a környi idegekben (környi idegek a szó szorosabb értelmében) van localisálva, úgy akkor az *környi hüdes* tüneteiben nyilvánul. A

centralis és a periphericus hűdés lényeges megkülönböztető jelei a következők:

1. *A hűdés kiterjedése.* Kiterjedt hűdés, különösen ha az csak a test felét illeti, központi eredet mellett szól, ellenben egyes izmok vagy izomszövetek hűdése, azaz a hűdés helybeli jellege, annak környi természetére utal.

2. *A hűdött izmok viselkedése az electricus árammal szemben.* Központi hűdéseknel az idegek és izmok úgy az állandó, mint a bevezetett árammal szemben nagyobb eltérést nem mutatnak, legalább a nem nagyon régi esetben (2—3 hónapos tartamánál); később a villamos ingerlékenység változik mennyiségileg, de nem minőségileg, azaz: az ingerlékenység csökken. Ellenben tisztán góczhűdéseknel a bevezetett áram okozta ingerlékenység úgy az idegekben, mint az izmokban már a hűdést követő első napokban kezd alább szállni. Állandó árammal szemben az idegingerlékenység hasonlóképp lefokozott, s az izom közvetlen izgatásánál nem csak kisebb a quantitativ ingerlékenység, hanem még a qualitativ elváltozás is kitűnik, a mi az izomrángás élettani törvényének az áram indítása és szakításakor nyilvánul. Rendes körülmények közt az izom gyenge áramra a kathodzáras pillanatában (K Z) egy pillanatnyi rángást vált ki; ha az áram erejét fokozatosan növeljük, akkor ily pillanatnyi rángást kapunk az anod zárasánál és nyitásánál is, s a rángások a kathodzárasnál erősebbek lesznek ($KZ > AZ$ és ANy); ha az áram még erősebb, akkor kathodnyitásnál is lesz rángás. Rendes körülmények közt a kathodzáras nagyobb ingert gyakorol az izomra, mint a kathodnyítás; a szóban forgó kóros elváltozásoknál azonban e törvény megváltozik, a mi *elfajulási visszahatas* név alatt ismeretes.

Ez abban áll, hogy az első izomrángás a leggyöngébb áram fokozatos növelésénél lép fel az anodzárasnál, később azonban, erősebb áramnál, a kathodzárasnál ($AZ > KZ$). Azonfelül maga az izomrángás is elváltozik, a mennyiben a pillanatnyi rángás lusta és lassúvá lesz. Az elfajulási visszahatas beálltával az idegekben és izomban a faradicus ingerlékenység is szabályszerint teljesen eltűnik. Ha már az elfajulási reactio mindig a hűdés periphericus (vagy mag) eredetére utal, az még sem szól feltétlenül az utóbbi mellett, s hiánya az ellenkező következtetést nem zárja ki.

3. *Az izmok állapota.* Hűdéseknel az izomzsong lehet fokozott, vagy gyengült; első esetben a hűdött izmok feszültek és tö-

möttek, utóbbiban puhák és petyhüdtek. Fölfokozott az izomszong központi, lefokozott pedig környi és maghüdéseknel. Környi hüdésneknel az izmok sorvadása igen korán kezdődik, központi hüdésnel pedig az csak fokozatosan lép előtérbe.

4. Az *inreflexek* teljes hüdések esetében csak központi eredetű hüdésneknel vannak meg. Miután az inreflex minden fokozott izomszongnál fokozott, ép azért minden görcsös hüdés ugyancsak központi eredetre vall, míg a környi (vagy mag-)hüdésnek, mely az izmok petyhüdtsége, azaz az izomszong csökkenése által van jelegezve, következménye, hogy az inreflex tetemesen gyengül, vagy teljesen elenyészik. A bőrreflex jelenléte hasonlóképp inkább a központi hüdéseket jellegzi.

Természetes, hogy valamennyi lehetséges hüdések kórisméjére nem terjeszkedhetem ki részletesen, mert ez az idegkörtan terére távol vezetne, miért is jobbnak tartom, hogy a megfelelő szakmunkákra utaljak. E helyt azonban azon hüdések különzeti kórisméjére szorítkozom, a melyek legkivált a gyermekek hüdésai.

A petyhüdt izomzattal járó hüdések.

Gyermekhüdés, vagy a gerinczagy szürke állománya mellső szarvainak sok góczú gyulladása — *Poliomyelitis anterior acutissima s. Paralysis spinalis infantum s. Paralysis essentialis*. Ezt a sajátságos hüdést, a mit a gerinczagy mellső szürke szarvainak kiválóan heveny gyulladása okoz, „gyermekhüdés“-nek nevezzük, mert majdnem kizárólag kis gyermekeknel, leginkább az 1—2 életévben fordul elő, valamivel ritkábban 3—4 éves, vagy sokkal ritkábban 6 évnél idősebeknel is, s csak mint rendkívüli ritka kivétel felnötteknel. Természetesen ennek a körülménynek kórismei fontossága is van.

A bántalom oka homályos, rendesen kideríthetlen (fertőzés?), egyes esetekben a hüdés meghülés, vagy heveny-lázás betegség után áll be.

A gyermekhüdést a következő tulajdonságok jelegezik:

1. *Hirtelen lép fel* (pl. úgy, hogy a gyermek egészségesen feküdt le, s felébredve egy vagy több végtagja hüdött lett), vagy 3—5 napi prodromal állapot előzi azt meg, mi mellett a betegnek mérsékelt (38—39 °) láza is volt; nem is ritka, hogy a betegséget hányás és többszöri, vagy csak egyetlenegy rángógöres előzi meg.

Mire a lázas állapot pár nap alatt elmúlik, akkorára a hűdés már tökéletesen ki is fejlődött.

2. Kezdetben a hűdés rendesen kiterjedt, s esetleg az összes végtagokat, sőt a törzs izomzatát is (kyphosis, scoliosis) meglepi, de a legközelebbi hetek, sőt pár napok folyamán a hűdött izmok közül sok ismét ép lesz és a hűdés végtére csak egyetlenegy végtagra szorítkozhatik; tulajdonképp ennek is csak egyes izmai hűdöttek, de ez azután hosszú időre, sőt állandóan is így marad. A leghosszabb határidő, a mikor még a hűdött részek teljes helyreállítására számíthatunk, mintegy 9 hónap; a mi addig el nem múlt, az örökre úgy is marad.

3. Gyermekhűdéseknél *a bőr érzékenysége nem szenved, a hólyag és végbél záróizmai sem vonatnak a bántalom körébe.* Ha a hűdés területén egyes érzési zavarok észlelhetnek mint fájdalom. érzéketlenség vagy túlérzékenység, akkor biztosan mondhatjuk azt, hogy nem forog fenn gyermekhűdés esete; a vizellet kiválasztásban jöhetnek létre zavarok, de csak a megbetegedés első napjaiban.

4. A hűdött izmok mindig petyhüdtek, s ennél fogva az in-reflex vagy teljesen hiányzik, vagy erősen lefokozott (a nem hűdött izomban azonban az kiváltható).

A további lefolyásban még 3 fontos tünet lép fel, u. m.:

5. *Izomsorvadás*, melyet már a hűdés kezdete után 14 nappal észrevehetünk.

6. *A hűdött végtagok izmaiban és idegeiben a furadicus áram iránti ingerlékenység gyorsan csökken*, s beáll az elfajulási reactio. (A villamos áram iránti ingerlékenység csökkenése már kevés napok múlva is észrevehető, s körülbelül 2 hét múltán az elfajulási reactio a leginkább megtámadott izmokban már beáll.) Ha a villamos áram iránti ingerlékenység idővel az ideg és izomban teljesen megszűnt, s 8—10 hó múlva sem tért vissza, ez nagyon rossz jel, mely egyuttal a hűdés gyógyíthatatlanságát jelzi.

7. *Táplálkozási zavar*, mely a végtag feltűnő soványodásában, a bőr hűvösebb voltában, s abban nyilvánul, hogy a végtag fejlődésében visszamarad. Ellenben felfekvés nem szokott fejlődni.

Miután a hűdés egy végtagnak nem valamennyi, hanem csak egyes izmaira szorítkozik, idővel zsugorok is fejlődnek az egészséges, ellentétes izmok működése folytán. Az alsó végtagon a maradandó hűdés leginkább a M. peroneus longust, a felsőn a M. deltoideust szokta megtámadni.

Poliomyelitis anteriornál az állandó hűdés rendszerint csak az egyik végtagot támadja meg (az esetek $\frac{2}{3}$ -ában), s pedig vagy az egyik alsó végtagot (Monoplegia) — ritkábban hűdött mind a két végtag — paraplegia, még ritkábban mindkét kar (Paraplegia cervicalis) vagy pedig egyik oldalt a kar, a másikon az alsó végtag (Paraplegia cruciata).

A leírt tünetek alapján a gyermekhűdés kórisméje nem nehéz.

Heveny esetben a poliomyelitis. anter acuta sokban hasonlít az u. n. *Strümpel-féle hűdéshez*: a Polioencephalitis acutához — a mely boncztanilag az agyféltekék szürke kéregállományának heveny gyulladása után fellépett keményedése és sorvadásában áll.

Heveny esetben a hasonlatosság az agyi és gerinczagi hűdés között a következő: 1. mindkettő leggyakoribb az első 3 életévben, mi mellett a betegség oka rendszerint ismeretlen. (Strümpelnek az a nézete, hogy mindkét bántalomnál valószínűleg egy és ugyanaz a fertőzés szerepel, mely egyszer a gerinczagy szürke állományában, másszor az agyében székel, *Möbius* észleletében támaszt nyer: ugyanis egy családban egyszerre két gyermek lett hűdött, egyik gyermekhűdést, másik Polioencephalitist kapott. (Med. Obsr. XXVI. kötet. 891 l.) 2. A hűdés gyorsan keletkezik, néhány napi előzetes lázas mozgalom után, mely hányással és rángásokkal áll be (mindkét utóbbi esetben azonban úgy a gerinczagi, de sőt az agyi eredetű hűdésnél is hiányozhat). 3. Mindkét esetben a hűdés egy végtagot, vagy csak annak egyes izmait illelheti. 4. A bőr érzékenysége, valamint a hólyag és végbél nem szenvednek változást.

Mindazonáltal a különzeti kórisme többnyire nem nehéz; ez a következőn alapszik:

1. Az agyi eredetű hűdés mindig egyoldali, s ha két végtag lett hűdött, akkor mint féloldali hűdés — haemiplegia — lép fel. Ez az alak a leggyakoribb. Ha azonban csak egy végtag hűdött, akkor sokkal gyakrabban a felső, mint az alsó végtagot illeti az, ellenben a gerinczagi hűdésnél sokkal gyakrabban vagy mindakét alsó végtag, vagy azok egyike hűdött, a felső végtag ellenben igen ritkán.

2. Néha hűdött az arczideg is, vagy pedig hűdöttek a szemizmok (Strabismus).

3. Az izomsorvadás és a hűdött végtag fejlődési zavara sokkal lassabban fejlődik ki, s nem ér el oly magas fokot, mint

a gerinczagi hűdésnél. A hűdött végtag észrevehető hidegsége és köztakarójának kékes színezete csak a gerinczagi eredetű hűdésnél fordul elő.

Különösen fontos a különzeti kórismére: 4. hogy az agyi eredetű hűdésnél a hűdött izomzatban az elfajulási reactió *soha sem* váltható ki, nemcsak az állandó, de a megszakított áram iránti ingerlékenység is az ideg- és izmokban soká nem változik, ellenben a gerinczagi hűdésnél egyik úgy, mint a másik, igen gyorsan lefokozódik; 5. hogy a hűdött izom nem petyhüdt, hanem észrevehetőleg feszült, s ennél fogva az inreflex erősbödött; hogy 6. a betegnél nem ritkán mozgási izgalmi tünetek észlelhetők, majd mint közönséges vagy kéregepilepsia (egyoldalú rángások a hűdött oldalon, ép öntudat mellett), majd mint athethosis vagy Chorea. Néha beszédzavar is van jelen. A mi a szellemi működést illeti, az állandó elváltozást nem mutat, egyes esetben a beteg értelmisége ép, máskor azonban többé-kevésbé szenved az is.

Polioencephalitisen kívül még agyvérömlenyek, vagy az agyvéredények emboliája is gyorsan beálló haemiplegiára vezethetnek. Ép úgy, mint a felnőtteknél, gyermekeknél is az ily haemiplegiákat a hirtelen bekövetkezés, előzetes láz és a rángás hiánya jellegzi, mi mellett azonban mindig meghatározott kóroki mozzanatok mutathatók ki. Így az emboliát szivbaj, a vérömlenyt erős köhögési roham okozhatja, pl. szamarhurut, mulékony vérzésre való hajlammal, pl. Werlhoff-féle betegségnél, légzési és vérkeringési akadályok, s a rángások stb. Mindezen esetekben a betegség kórképe ugyanaz, mint a polioencephalitisnél. (Bővebben l. a görösös hűdéseknel.) Ha a baj huzamosabb ideig fennáll, azaz, ha a hűdött izmok sorvadtak, a gerinczagi hűdés összetéveszhető a többi közt: *a)* a neuritis multiplex-el, *b)* heveny-gerinczagygyulladással, *c)* haladó izomsorvadással, *d)* a gerinczagyburkok idült gyulladásával és *e)* az angolkórosak gyenge járási képességével.

a) A neuritis multiplex gyermekkorban valószínűleg gyakrabban fordul elő, mintsem azt az irodalom szórványos adataiból várnök. Leginkább abban hasonlít a gerinczagi hűdéshez, hogy a hűdés mindkét esetben környi jellegű, azaz a megbetegedett izmok és idegek villamos ingerlékenysége mindkét árammal szemben gyorsan lefokozódik és később egészen eltűnik, vagy elfajulási reactio áll be; a hűdött izmok petyhüdtek és nem sokára sorvadnak; in- és bőr-reflex lefokozott vagy egészen eltűnt, hólyag és végbél nincs

megtámadva. Keletkezés tekintetében is fennáll a hasonlatosság (hülés, fertőző megbetegedés).

A multiplex neuritisre körjelző tünet, a mi által élesen különbözik a poliomyelitistől, *a heves fájdalom*, mely a betegség kezdetével beáll, s azonfelül a hűdött területen az idegtörzsek és izmok nyomásra kiváltható fájdalmassága; a nyomásra beálló fájdalommasság az idegekben sokáig, még a sorvadási szakban is megmarad.

A további különbségek a következők: a multiplex neuritis rendszeren mindkét oldali és *részarányos*, mi mellett a végtag-végeken a hűdés rendszerint élesebben van kifejezve; lázas mozgalmakkal kezdődik, melyeknél a láz magasabb fokra is emelkedik, s sokkal tovább tart, mint a poliomyelitisténél (emennél 3—5 napig, amannál gyakran hetekig is); a neuritis multiplex nem az első életévben levő gyermekeket támadja meg leginkább előszeretettel; a bőr érzékenysége a betegség kezdetén egész szokatlan erős túlérzékenységgig fokozódik, melyet később teljes, vagy részleges érzéketlenség s különféle paraesthesia, mint hangyamászás, az ujjak zsibbadása s több efféle vált fel. A neuritis multiplexnél *a hűdés a fájdalom kifejlődése után keletkezik*, s a hűdés nem egyszerre lép fel teljes erejével, hanem fokozatosan terjeszkedik ki uj és uj izomcsoportokra a környi vég felől a központ felé (előbb az alszár és az alkar, azután a czomb és a kar); megfordítva áll a dolog a poliomyelitisténél, a megbetegedett izmok száma eleinte a legnagyobb, s később a hűdési terület mindinkább szűkül. A neuritisekhez csatlakozó hűdések még oly esetben is, a hol már a villamos ingerlékenység teljesen meg is szűnt, újra helyreállhatnak, a mi a poliomyelitisténél rendszeren nem szokott megtörténni. Ez a különbség az által magyarázható, hogy a lobosan elfajult idegek teljes gyógyulása (restitutio) aránylag könnyen megy, míg a gerinczagy szürke állománybeli sejtjeinek ujjaképződése lehetetlen.

Neuritisnél gyakori még az edénymozgató idegrendszer bántalma folytán fellépett vizenyő a kezeken és lábakon, oly jelenség, mely poliomyelitisténél sohasem észlelhető.

b) Izompetyhűdséggel párosult hűdés néha gyorsan előáll a gerinczagy egész keresztmetszetét befoglaló *gyulladásnál (Myelitis transversa)*; azon izmokban, melyek a mellső szarvak elroncsolt idegsejtjei által láttatnak el, meglehetősen gyorsan beállhat nemcsak a lefokozott villamos ingerlékenység, hanem még az elfajulási visszahatás, s a bőr és inreflex megszűnése is. Az egész hasonlatosság

is tehát csak erre szorítkozik, ellenben a különbség oly nagy, hogy a betegágnál a myelitis transversának a poliomyelitissel való összetévesztése egyáltalában lehetetlen. Myelitis transversánál a paraplegia mellett mindig van érzéketlenség is, melynek felső határából a gerinczagy megbetegedési helyére is következtethetünk; így pl. a gerinczagy ágyéki részének megbetegedésénél az érzéketlenség a medence felső határáig terjed, a gerinczagy alsó háti részleténél (pars thoracica) ellenben az érzéketlenség a köldök, esetleg a kardnyujtvány magasságáig ér; ha a felső háti rész beteg, akkor az érzéketlenség a felső bordáig is terjedhet; a nyaki rész bántalmánál végre a hűdés és érzéketlenség a felső végtagokban lép fel. A gerinczvelő-gyulladásra még másik jellegző tünet a záróizmok hűdése, t. i. a végbél és hólyagé. Ha a gerinczagy ágyéki része ép, akkor a hólyag és végbél érzéketlen lehet ugyan és nem az akarat befolyása alól felszabadult, de teljes vizellet-tartathatlanságra a dolog nem vezet, miután a záróizmok a visszahajlási úton még működnek; megemlítendő még a gerinczagygyulladás által előidézett hűdésnél a felfekvések képződésére irányuló rendkívüli nagy hajlam, mely sajátság a poliomyelitissnél soha sincs.

c) A haladó izomsorvadás gyermekkorban nem épen ritka, s pedig annak különféle alakjai is előfordulnak, melyek mint *Erb*-féle ifjúkori sorvadás, *Landouzy* és *Déjérine*-féle izomsorvadás és az izmok pseudo-hypertrophiája néven ismeretesek. Minthogy rendszeren ez alakoknak közös kóroka az öröklékenység, s ezen csoportok typicus alakjai között minden lehető átmeneti alakok is vannak, az egyes alakokat nem fogjuk egyenként tárgyalni, hanem csak megjegyezzük, hogy azok mindnyájan az u. n. myopathicus izomsorvadáshoz tartoznak; míg ellenben az izomsorvadás spinalis alakja, melyet a gerinczagy mellső szürke oszlopainak, úgyszintén a mellső gyökök, idegtörzsök és izmok idült elfajulási folyamata okoz, gyermekkorban alig fordul elő. A bántalmat az jellemzi, hogy a sorvadás először a kezeket támadja meg, s azután fokozatosan előrehaladva, a végtagok és a törzsiszomat legnagyobb részére megszakitásokkal terjed át (de az arcot nem támadja meg), hogy a megtámadott izomzatban gyakran fibrillaris rángások is vannak (melyek a myopaticus alaknál hiányzanak) és hogy néha még az elfajulási reactio is beáll (a mi a myopaticus alaknál soha sincs). A tünetek különben még a felnőtteknél sincsenek pontosan leírva. (*Rott.*)

A haladó izomsorvadás minden alakjánál (a gerinczagi ere-

detüt sem véve ki) a hűdés a sorvadás után áll be, s igen lassan terjed; a hűdött izmokban a villamos ingerlékenység még soká megmarad, addig ugyanis, a meddig egyáltalában még vannak ép rostok, de a sorvadás fokának megfelelőleg fokozatosan süllyed.

Ezen tünet elegendő, hogy a különbséget a haladó izomsorvadás és a poliomyelitis által előidézett hűdések közt felismerjük. Legtöbbször elég a körisme felállításához, ha a sorvadás elterjedésének módját tekintjük, s villamos vizsgálatra vagy kórelőzményi adatra nincs is szükségünk, u. i. : haladó izomsorvadásnál a bántalom *részarányosan* terjed, s gyakran a váll és a törzs izmai vannak megtámadva; poliomyelitissnél ez rendszeren nem fordul elő, miután leginkább egy alsó végtagnak egyes izmai hűdöttek csak.

Az izomsorvadás egyes alakjai egymástól a következő sajátosságok által különböznek: az izmok *pseudohypertrophiájára* jellegző, hogy az izomközi kötőszövet és zsírszövet túlképződése folytán egyes végtagizmok többé-kevésbé megnagyobbodottaknak látszanak, daczára annak, hogy hűdöttek és igen gyengék; egyéb izmok pedig az egyszerű sorvadásnak esnek áldozatul, (leginkább a lábikra, a seggpofák (nates) a czomb feszítő izma teng túl, — ellenben sorvad a törzs, a váll és a kezek izomzata). Minthogy a betegség rendszeren zsenge korban, s pedig először az alsó végtagokban kezdődik, az ily gyermekek igen későn kezdenek járni; általán nehezen járnak, s különösen nehezőkre esik a lépcsőjárás.

Az Erb-féle sorvadás ifjúkori (juvenilis) alakja bár szintén öröklött, s nem ritkán egy család több gyermekénél is előfordul, az előbbtől abban különbözik, hogy legtöbbször nem az alsó végtagokon, hanem a vállöv táján kezdődik. Különösen megtámadtatnak a mm. pectorales, cucularis, latiss. dorsi, serratus antic. maj. rhomboides, longis. dorsi, ellenben a váll mellső részének izmai, mint a sternocl. mast. deltoid, supra és infrasp. rendszeren nincsenek megtámadva. A gerinczagi eredetű hűdéstől abban különbözik, hogy a kezek és alkarok a bántalom körébe nem vonatnak, s hogy a megbetegedett izmokon fibrilláris rángások sohasem észleltetnek; néha egyes izmokban psendohypertrophia lép fel.

A Landouzy - Déjérine - féle izomsorvadás (typus facio humero-scapularis) az arczon kezdődik. Az ajkak csekély mozgatható képessége miatt a beteg nem tud fütyölni, félig nyitott a szája és az ajkai rendszeren megvastagodnak. Gyakran szempilláit sem tudja teljesen lezárni. Az atrofia fokozatosan terjed lefelé, akár az

ifjúkori alaknál. A beesett arcz és a lecsüngő alsó ajak miatt az arcz jellegző kifejezést (*facies myopatique*) ölt, mely lehetővé teszi azt, hogy a kórismét *par distance* is megállapítsuk, kivált ha a beteg szempilláit sem tudja tökéletesen becsukni.

d) A gerinczagyburkok heveny gyulladása (*Leptomeningitis spinalis acuta*) után néha hűdés marad vissza izomsorvadással és izompetyhűdéssel. Ily esetben a hűdést erős izgalmi tünetek előzik meg, 1. heves háttáji fájdalmak, melyek mozgásnál és a törzsnyujtványokra gyakorolt nyomásnál fokozódnak, végtagfájdalmak (a hátsó ideggyökök izgatottsága), s általános túlérzékenység és 2. a tarkó és hátizmok zsugora (a mellső gyökök izgatottsága). Később a hűdésekkel egyidejűleg beáll az érzéketlenség is. A betegség rendszeren igen hevenyen, magas lázzal kezdődik.

e) Az angolkórosok lábgyengesége abban nyilvánul, hogy a betegek sokkal későbbben kezdenek állni és járni, mint az ép gyermekek; gyakran a 2 vagy 3 éves angolkóros gyermek még nem tud állni a lábán, holott az egészséges már 10—11 hónapos korában szabadon áll. A hátgerincz hűdéssel való hasonlatossága a nagyfokú lesorványodásban, az izmok elpetyhűdésében és valamint az izmok, úgy az ízületek teljes elerőtlenedésében nyilvánul, minek következtében a bordaizesülések rendkívül mozgékonyakká válnak. Angolkóros elgyengülés mellett szólnak a következő tünetek: 1. látható angolkóros elváltozások a csontokban; 2. az alsó végtagok izmainak erőtlensége és lesorványodása nem nagyobb a karokénál; 3. valóságos hűdés nincs, mert az ágyban fekvő beteg jól mozgatja a lábait és csak állni nem tud rajtok; az in- és törzsreflexek kiválthatók; 5. az anamnesisből nem deríthető ki az, hogy a lábak gyengesége a rövid ideig tartó lázas állapot után gyorsan fejlődött volna ki.

A polyomyelitis után fellépett monoplegia tévesen u. n. *pseudoparalysis*nek is volna tartható. Így nevezzük azon eseteket, a hol egy végtag nem beidegzési zavar, hanem csak egyszerűen ízületi vagy csontfájdalom folytán mozgathatlan lett. Így pl. ily okból nem emeli karját a gyermek a vállizület lobjánál stb. Magától értetődik, hogy idősebb gyermekeknél nem értelmeznők hamisan az esetet, minthogy a beteg maga is tudna a fájdalom helyére, mint a végtag mozgathatlanságának okára utalni, csecsemőknél azonban a tévedés nagyon is lehetséges, ha az orvos az anya szavának azonnal hitelt ad, hogy a gyermek hirtelen veszítette el karjának mozgási

képességét. Minthogy a passiv mozgások felette fájdalmasak, természetes, hogy könnyű lesz oly durva hibát elkerülni, még akkor is ha izületi duzzadás nincs is.

A pseudoparalysis oka gyanánt, mely legkivált néhány hetes vagy hónapos gyermeknél fordul elő, a bujakórnak a csontephyisi, seken észlelhető elváltozásokat kell felemlitenünk.

Eme folyamat alapját, Münch tanár szerint (Mosk. Med. Gaz. 1878.), a csonthártya verőereinek edénykörüli lobja — periarteriitis syphilitica — képezi; a porczos csontmagban elhalás fejlődik, mely a porczban maga részéről visszahatást eredményez. Az utóbbi sarjadzási szövetnek az előre képződött (praeformált) zóna csatornáiba való belenövésében, s a porcznak a diaphysisről való következményes leválásában nyilvánul; azonkívül a csonthártya részéről is idült gyulladásos kórforma képében visszahatás áll be. Következöleg nemcsak az epiphysisek, hanem az egész csont szenved.

Klinikailag e kórkép a megtámadott csontvégek fájdalmas duzzadásában és néha a levált epiphysis részlet helyén észlelhető serczegésben nyilvánul. Többnyire a felső végtag csöves csontjait veszi elő, s az egész felső végtag, a fájdalom folytán, de talán valamely más okból is, teljesen mozdulatlanul csüng le. A csontvégek bujakórja higanykezelésre gyorsan enged, a mi mellett egyidejüleg a csontlob tüneteinek eltűnésével a hüdés is elmúlik. A kórismét a bujakór általános tüneteire és az epiphysis duzzanataira állapíthatjuk. Angolkórosnak e duzzanatokat már csak azért sem tarthatjuk, mert egyoldaliak.

Izompetyhüdtséggel és általában környi jelleggel járó hüdések csoportjához tartozik még a többi közt a heveny fertőző megbetegedések után fellépő hüdések túlnyomó száma, melyek boncztani alapját sok szerző idegglobban keresi.

A *szülésutáni hüdések rendszeren a felső végtagokat* érik és legtöbbször csak az egyik végtagot; hüdéses vagy az egész kar, vagy annak csupán egyes izmai; különösen pedig azok, a melyeket a nervus medianus idegez be; a fogó alkalmazása gyakran hüdötté teszi a n. facialis. Ezek a hüdések pár nap alatt eltűnnek, vagy pedig örökre megmaradnak és egyes izmok, vagy pedig az egész végtag soradásával végződnek. A szülésutáni hüdés kórisméjénél szem előtt kell tartanunk az ál-syphilitikus hüdést és a szülés közben keletkezett csonttörést. E hüdések boncztani okát sokan a neuritisben keresik.

Gyermekkorban a diphtheria után fellépett hűdés különösen fontos. A *diphtheriás hűdés* gyermekkorban igen fontos, de oly typicus lefolyása van, hogy azt még akkor is könnyű felismerni, ha az orvos a beteget kezdettől nem is kezelte; a betegség hártvány szakában igen ritka, ellenben sokkal gyakoribb a látszólagos üdülés szakában, a megbetegedés után mintegy 3—4 hét múlva, akkor, a midőn már a beteg fennjár.

Jellegző a hűdésre a kezdet és továbbterjedésének módja. Majdnem mindig a lágyszájpadon és a garatban kezdődik; ha a hűdés újabb területet von körébe, a mi távolról sem következik be mindig, akkor az alkalmazkodási izmokat támadja meg; csak később lesznek az alsó és végre a felső végtagok hűdöttek, csak igen ritka, de súlyos esetekben lesz a gége, a törzs, hólyag és a rekeszizom, valamint az arc is hűdött.

Egy második jellegző tünete a diphtheriás hűdéseknak, azoknak fokozatos fejlődése, részarányos elterjedésük és azoknak néhány heti tartam után való eltűnési hajlama. Diphtheria után a hűdés soha sem lép fel egyszerre teljes erélyvel; a lágyszájpad-hűdésnél a beteg kezdetben csak néha fulladozik, különösen ivásnál, hanem azután a nyelés napról-napra nehezebb lesz, míg végre lehetetlenné válhatik.

A hűdések gyakran az érzési sphaera körében fellépett neurosisokkal párosulnak, mint a milyenek érzéketlenség (csiklandozást, szúrást, hideg-meleget nem érez), paraesthesiák (hangyamászás, zsibbadás) és túlérzékenység.

Lágyszájpad hűdésénél a nehéz nyelés a legkellemetlenebb tünet, minthogy az étel-ital az orr vagy gégebe jut és a beteg minden pillanatban fuldokol; a hang dűnnyögő; a beteg a gyertyát eloltani nem tudja, miután a levegő az orron szabadon megy ki, s ennél fogva nem az ajkak fűvásra kész szűkített nyílásán hatol ki. A garat megtekintésénél kiderül az, hogy az inyitorla hangoztatásnál nem mozog, sőt még érintésre sem jön mozgásba (érezetlenség s a visszahatási inger hiánya), gyógyulás 10—25 nap multán áll be, igen ritka, hogy 4 nap múlva engedjen, s éppen ritka, hogy a hűdés még mintegy 2 hónapig is eltartson.

Az alkalmazkodási bénulás abban nyilvánul, hogy a beteg közelfekvő tárgyakra látási képességét nem tudja hozzá alkalmazni, pl. a kis betűket nem tudja olvasni.

A hűdés vagy félhűdés rendszerint az alsó végtagokon szo-

kott kezdődni. A beteg eleinte gyengülést érez végtagjaiban, mely annyira fejlődhet, hogy a beteg járásközben megállni kénytelen. Hasonló hűdési tünet észlelhető a felső végtagokban is; először gyengülésről panaszodik a beteg, továbbá hogy kezei remegnek, gyengék, s finomabb munkára képtelen, később azonban teljes hűdés is beállhat. A hűdött izmok sorvadtak, fonnyadtak, villamos ingerlékenységük láthatólag alászáll vagy teljesen elvész és a gyógyulás szakában később tér vissza, mint az akaratlagos mozgás.

Az izomtevékenység rendszerint abban a sorrendben tér vissza, a melyben a hűdés fellépett, t. i. kezdődik a légyszájpadon de igen lassan halad, úgy, hogy az erők teljes helyreállítására 3—4 hónap, sőt még több idő is szükséges. A halált vagy a légzési izmok hűdése okozza, vagy nyelési tüdőgyulladás, midőn a hörgőkbe idegen test kerül; vagy kimerülés (éh-halál), vagy végre szívhűdés (a mely néha egészen hirtelenül áll be).

A gyermekkorban a környi ideghűdések közül leggyakoribb az *arczideg hűdése*, a mit felismerni könnyű, mert az arcz az egészséges oldal felé ferdén odahúzódott, s a betegoldalon a szem állandóan vagy egészen, vagy félig nyitva marad, (mivel az arczidegnek az a kis ága is hűdött, a mely a szemzáróizmot idegzi be).

Az utóbbi tünet fontos, mert az arczideg központi eredetű hűdésénél a szemhéjizmok nem vesznek részt a hűdésben.

Az arczideghűdés leggyakoribb oka kétségt kívül középső fülgyulladás, még akkor is, ha a halántéksont nem is szúvas; beáll az pl. vörhenyes fülgyulladásnál, azonban gyakrabban idült hangjáratgyulladásnál, midőn az a sziklacsont megbetegedésével párosul, görvélyes vagy gümökóros gyermekeknél. Sokkal ritkább gyermekeknél az arczideghűdés az arczidegnek daganatok által történő összenyomásánál, vagy hegesedés folytán a fülön, vagy ujszülötteknél a fogó nyomása folytán.

Az izmok feszülésével járó, vagy görcsös hűdések.

Görcsös hűdés alatt oly hűdést értünk, a melynél a megbetegedett izmok nem petyhüdtek, hanem inkább görcsszerű állapotban vannak; a hűdött végtag ennél fogva összehúzódott, s a passiv mozgások megnehezítvék, az inreflexek mindig fokozottak.

Elektromos áram iránti ingerlékenységök hosszú időn át nor-

malis marad, az izmok táplálása nem szenved, azaz nem sorvadnak.

A görcsös hűdés vagy eredetileg mint olyan lép fel, melyet a gerinczagi oldalsó kötegek elsődleges körülírt baja (sklerosis) idéz elő, s ekkor *önszenvi* — *idiopathicus* — görcsös hűdés a neve; inkább a hiányzó jelekből, azaz valamennyi más agyi tünetek hiánya által jellegzett, vagy pedig csak az agy vagy gerinczagy különböző megbetegedésének tünete gyanánt szerepel, (idült agyvíz-kór, multiplex sklerosis stb.), s *akkor tüneti görcsös hűdésnek* nevezzük.

A görcsös hűdések mindig központi eredetűek és vagy az agy, vagy pedig a gerinczagy fehér állományának megbetegedésétől függenek. Az első esetben leggyakrabban haemiplegia alakjában, olykor azonban mint (mind a négy végtag hűdésében) diplegia is, azonfelül mint monoplegia (a hűdés a kezét hamarabb éri, mint a lábát), sőt paraplegia alakjában is nyilvánulnak. Gerinczagi bántalom esetében leggyakoribb a görcsös paraplegia, ha azonban a folyamat a gerinczagy nyaki részre lokalizálódott, akkor a karok is hűdöttek. Így tehát a hűdés elterjedését tekintve, nem mindig lehet helyesen következtetni a kórfolyamat székhelyére. Symmetri-cus hűdés esetében az agyi eredetű hűdések mellett a következő tünetek szólnak: 1. paraesis a fejidegekben, a n. facialis és a szemizmokban; 2. az agyműködés gyengülése; 3. athetosis, chorea, vagy atacticus mozgások a hűdött végtagokban; 4. epilepsiás rohamok, melyek gyakran a corticalis görcsök valódi jellegét öltik magukra (az egyik oldalon kezdődnek, átszármaznak az arczról a kézre és láb-ra, mi mellett az öntudat megmarad — Jakson-féle epilepsia); 5. az érzékenység teljesen meg van; 6. a végbél és a húgyhólyag működése megzavarva nincs és 7. a gerincoszlopban csontszuvasodás tünetei hiányzanak, ez levén a gyermekkorban a görcsös gerinczagi hűdéseknek a leggyakoribb oka.

Cerebralis eredetű görcsös hűdések. — *A gyermekkori kétoldali görcsös hűdés, a diplegia spastica infantum* — általában elég ritkán fordul elő. E görcsös hűdések specialiter gyermek-kori, veleszületett (a melyeket a koponyaacsontok traumája a szülési aktus alatt okoz) bajok, s *Lille-féle betegség* néven ismeretesek. A betegség az élet első napjaiban vagy hónapjaiban kezdődik, s jellegzi azt a kar- és lábizmok görcsös állapota; gyakran a törzs és nyakizmok is görcsös összehúzódásban vannak (általános megme-

revedés), minek következtében az önkénytes mozgások erősen meggyengülnek, jöllehet, hogy a hűdött végtagokban a teljes hűdés hiányzik.

A *Little*-féle betegség, vagy általános megmerevedés, a kétoldali haemiplegiától abban különbözik: 1-szor, hogy a karok hűdése gyengébb, mint a lábaké; 2-szor, hogy az izomgörcs nagyobb, mint a hűdés. A *Little*-féle betegségben gyakran megtörténik, hogy a felső végtagok a törzstől távolodtak, feszültek és supinatiós helyzetben vannak, az alsó végtagok ellenben minden ízületben behajtottak és erősen pronált helyzetben vannak, viszont kétoldalú haemiplegiában a karok pronáltak, az ízületekben behajtottak, az alsó végtagok pedig nyújtottak és a talp kissé befelé hajlított (*pes equino varus*); a *Little*-féle betegségben nincsenek valódi contracturák, a végtagok csupán szokásos helyzetben vannak, mely azonban a zsugorodástól abban különbözik, hogy a beteg az adott helyzetet tetszése szerint megváltoztathatja, épen úgy, a mint nem nehéz ezt *passive is* megtenni, azonban rövid idő múlva a végtag az előbbeni helyzetet foglalja el újra. Különben az általános megmerevedés és a kétoldalú haemiplegia között annyi az átmeneti alak, hogy közöttük éles határ nem vonható.

Mint hogy a cerebralis diplegia mindegyik esete a féltekék mindkétoldali bántalmának az eredménye, érthető, hogy diplegia esetében gyakran észlelni az agyi működés züláltságát (a legkönnyebb esetektől a teljes idiotizmusig) és a beszédzavart; gyakran szabálytalan alaku a koponya is vagy kicsiny, a mimika tökéletlen, az arcz assymmetrikus, a szem bandsal, a végtagokban vitánczszerű vagy atacticus mozgások, az ujjakban atetosis és epilepsia észlelhető. Az inreflexek mindig nagyon fokozottak.

A kétoldalú göresös hűdés oka a legtöbbször a szüléssel áll kapcsolatban, a mit *Little*-féle *aethológiának* nevezünk; ide tartozik: az asphyxia, a nehéz szülés, a koraszülés és az ikerszülés. Ily esetekben a bántalom legközelebbi oka az, hogy a koponyaürben a két agyfélteke központi tekervényeibe vér ömlik ki. Más esetekben az öröklött bujakór, az anya cacheticus állapota, továbbá az a körülmény szerepel, hogy a gyakori szülések az anyát nagyon megviselték stb. Ily körülmények között az említett betegségekre bizonyos öröklékenység vagy családi hajlam fejlődhetik ki. Azokban a ritka esetekben, mikor a diplegia olyan gyermekeken mutatkozik, a kik az első éveken egészségesek voltak, a baj oka ismer-

retlen, némelykor pedig mint aethiologicus momentum trauma, vagy hevenyfertőző betegségek szerepelnek.

A betegség lefolyása különböző; a Little-féle aethiologiában (nehéz szülés stb.), ha a vérkiömlés felületes volt és nem okozott nagy elváltozást, kezdetben ismétlődő görcsök jelentkezhettek, mire hosszabb ideig tartó merevgörcs következik, de az állapot meg is javulhat, úgy, hogy a gyermek, későn ugyan, de mégis járni kezd; a veleszületett diplegia súlyosabb eseteiben és olyan diplegia esetében is, mely a gyermek intrauterinalis életében kezdődött, lassú, de fokozatos rosszabbodás észlelhető, mely az agyműködés fokozatos gyengülésében és epilepsiás rohamokban nyilvánul.

Bonczoláskor, oly esetekben, a hol a halál a baj kezdete után sokára következett be, nem sikerül mindenkor megállapítani az elsődleges pathologicus elváltozásokat, a melyek, mint végső elváltozások, a bonczolásnál derülnek ki, minők: az agyféltekék részleges vagy lobaris sklerosisa, parencephalia (az agy egyes részeinek teljes eltünése úgy, hogy az agyduccok a subduralis ürral közlekednek) stb. Az elváltozások okai a legtöbb esetben: a születési actus alkalmával vérkiömlés a lágy agyburkok alá, más esetekben pedig embolia, thrombosis és talán gyulladáson és elsődleges degeneratív folyamatok. A diplegia klinikai kórképére támaszkodva nem állíthatunk fel mindig kórboncztoni alapon nyugvó kórismét és maga a „cerebralis diplegia“ elnevezés is tisztán klinikai értelemben veendő, t. i. azon esetek megjelölésére, a mikor feltételezzük azt, hogy az agykéreg mozgató sphaerájának valamely sérülése van jelen. Ha tehát a diplegia tüneteit határozottan megállapított bántalommal párosulva találjuk, az ily eseteket ne soroljuk a cerebralis diplegiához vagy a kétoldalú haemiplegiához.

Igy pl. mind a négy végtag izmainak görcsös felhűdését (paraesis) találjuk igen sok heveny sclerosis esetében, agygümőkórban és idült fejevízvároságban, s ezért mindezen esetekben szó fér a differentialis kórisméhez. Az idült fejevizenyőt könnyű felismerni a jellegzetesen megnagyobbodott fejről; sokkal nagyobb a hasonlatosság a cerebralis diplegia esetében, kivált ha a francziák „sclérose en plaques disseminées“-e csatlakozik hozzá. Ez a betegség a gyermekkorban sokkal ritkább, mint a cerebralis diplegia. Az izmok görcsös állapotán kívül három sarkalatos tünet jellemzi a betegséget, u. m. a szemgolyók reszketése (nystagmus), vontatott, szakadozott (scandáló) beszéd és reszketés az önkénytes mozgás

alkalmával; jellemző még a betegség lefolyása is, mert közben-közben a látható javulás tüneteivel halad előre, miközben a javulást olykor-olykor apoplexiaszerű rohamok szakítják meg. Ellenben a diplegia mellett tanuskodik az állandóan egyforma lefolyás. kapcsolatban hajlammal a javulásra, miként azt a szülés alkalmával szerzett diplegiánál (Little-féle betegség) észlelhetjük. Kétes esetekben a Little-féle aethiologia (asphyxia, nehéz szülés, koraszülés) és a tünetek korai jelentkezése (az első évben) a diplegia mellett bizonyít.

Egyoldalú cerebrális hűdés, vagy haemiplegia cerebralis infantum két fő alakban fordul elő. Egyes esetekben a betegség váratlanul erős lázzal, hányással és hasonlóan a polyomyelitishez, ecclampticus görcsökkal kezdődik; más esetekben pedig a hűdés és egyéb jelenségek fejlődése igen lassú és a betegség kezdetét csak hozzávetőlegesen állapíthatjuk meg.

Az első alakról már fentebb szözlöttünk, a spinalis hűdést tárgyaló fejezetben, a melyhez ez az alak igen hasonlít, kivált a kezdeti szakban. Az észrevétlenül kezdődő esetekben a betegség körképe különböző, mert egyes esetekben a hűdött végtagok izmainak spasticus állapota a túlnyomó, más esetekben pedig a görcsök másodrendű szerepet játszanak csupán, *helyüket a vittáncz-szerű mozgások és atelosis foglalván el*; még más esetekben hiányzik az izmok görcsös állapota is, sőt a vittáncz-szerű mozgás is, s az egész betegség a végtagok egyoldalú hűdésében és a megfelelő felső és alsó végtag fejlődésbeli hátramaradásában nyilvánul. Valamint a heveny, úgy az idült esetekben is a hűdés nem egyformán éri az összes izmokat; a kar izmai közül leginkább a könyök-ideg által innervált izmok hűdöttek, u. m.: a m. triceps, supinator longus és extensor digitorum, s ugyszintén az abductor policis is; a kéz szokásos helyzete úgyszólván minden betegnél ugyanaz, s azért nagyon jellegző a gyernekek haemiplegiájára. Ekkor u. i. a váll a törzshöz lapított, a felkar a könyökben meghajlott, a kézfej pronált és behajtott a kéztőizületben, az ujjak a metacarpo-phalangeál izületekben behajlítottak, a hüvelykujj a többi ujjakhoz szorul. Az alsó végtag adductióban van, a térdben könnyen meghajlított, a talp kinyújtott és kissé befelé fordított (pres equino-varus). A *térdreflexek* a hűdött végtagban mindig fokozottak, sőt ez néha az ép alsó végtagon is észrevehető.

A hűdött végtagokban, különösen pedig a karban, utóbb

gyakran keletkezik atetosis és vitus táncz, a mellett a betegek sok esetben epilepsiát is kapnak. Ellentétben a diplegiával, az egyoldalú hüdések sokkal többször az élet első éveiben szerzett bajok, mintsem veleszületett bántalmak. Az ok a legtöbb esetben ismeretlen, gyakran valamely fertőző baj után fejlődnek, különösen vörheny és szamárhurut után.

Strümpel-nek abbéli kísérlete, hogy a haemiplegia heveny eseteit polioencephalitis névvel külön csoportba foglalja össze, nem mondható sikerültnek, mert a bonczolásra került esetekben soha sem találtak encephalitist, mely a féltekék szürke állományára szorítkoznék csupán, ellenben majd gyulladás volt a fehér állományban, majd pedig a hevenyrohamok eleinte az agyba történő vérkiömléstől és emboliától*) függtek.

Figyelemre méltó, hogy a Strümpel-féle hüdésnek némely, hogy úgy mondjam, tipikus eseteiben a bonczolás solitaris tuberculosist derített ki, a mely ideig-óráig lappangott, azután rövid tartamu görcsök után hirtelen haemiplegia kifejlődésében nyilvánult.

*) Wolenberg 48 bonczolási eredményt gyűjtött az állítólagos Strümpel-féle hüdésre vonatkozólag és kimutatta, hogy a 12 heveny eset közül 7 embolia folytán keletkezett agylágyulásnak volt a következménye, a többi 5-ben agyvérömleny (3-szor trauma következtében és 2-szer ismeretlen okból). A további 13 esetben, ámbátor másodlagos elváltozások is fordultak elő, minő az agy különböző részleteinek sorvadása és sclerosisa, azonban a lefolyt gyulladásos folyamat, vagy az apoplecticus gőcz nyomán mégis ki lehetett mutatni az elsődleges folyamat lényegét; a szürke kéregállomány elsődleges, vagy önálló gyulladására egyetlen egy esetben sem fordult elő. A betegek harmadik sorozatánál a központi tekervényekben ki nem deríthető okból eredő sclerosist talált; végre az esetek 4-ik sorozatában, a féltekékben volt kiterjedt sclerosis. Ebből a tanúság az, hogy a Strümpel-féle kórkép nem függ valamely határozott megbetegedéstől, vagy a szürke kéregállomány bizonyos helyének bántalmától, mert e kórkép minden esetben meg van, a mikor a mozgási sphaerában hirtelen zavar támad, kezdve az agy felületén, egészen le a nyúltagyig. Oki momentum lehet embolia, vérkiömlés, trombosis és gyulladás. (Marie szerint az edények ismeretlen fertőzés folytán elsődlegesen megváltoznak, s ezt követi a vérkiömlés.) Mindezen folyamatoknak közös sajáttsága az, hogy idővel a nagy agyféltekék, vagy részeinek sorvadására és sclerosisára vezetnek, a mi minden esetben egyforma és jellemző klinikai kórképben, a *haemiplegia spastica infantum*, vagyis olyan elnevezésben nyer kifejezést, mely a folyamat bonczotani lényegét egyáltalán nem igazolja. Így hát ehhez a diagnosishoz akkor folyamodunk, mikor pontosabb kórismét megállapítani nem tudunk, mikor például agydaganatot ki lehet zárni.

Paralysis spinalis spastica. E hűdés, vagyis a paraplegia spastica, két alakban fordul elő. Az elsőhöz tartozik a paraplegia mint önálló betegség, mely a gerinczvelő oldalsó oszlopainak elsődleges, körülírt bántalmától (sclerosis) függ. Ez az úgynevezett *paralysis idiopathica spastica*, melyet többi közt az is jellemez, hogy az agyban semmiféle elváltozás nincs. A másik csoportban a paraplegia spastica az agy, vagy a gerinczagy különféle bántalmainak kórképében nyilvánul (hydrocephalus chron., cerebralis diplegia stb.). Ezt *tüneti görcsös hűdésnek* nevezik. Különben a két alak közt éles határt vonni nem lehet, mert minden jel után ítélve, tiszta paraplegia spastica is lehet cerebralis eredetű, nevezetesen abban az esetben, mikor a folyamat a központi tekervényeknek csupán a felső részeit, tehát azokat támadta meg, a hol az alsó végtagok mozgó középpontjai találhatók. A paraplegia ez alakja tényleg előfordul és a cerebralis diplegiának egyik alakját képezi, a melyről már előbb szólottam. Sőt nagyon valószínű, hogy a korai gyermekkorban jelentkező paraplegia spastica összes esetei épen ebbe a kategóriába tartoznak, a mi mellett a következő körülmények szólnak: 1-ször az aethiologiai momentumok rokonsága (asphyxia, koraszülés); 2-szor a paraplegia spasticában minden elképzelhető átmenet előfordul, kezdve azon, hogy a kar alig vesz abban részt, egészen a teljes megmerevedésig; 3-szor vannak esetek, melyek kezdetben a cerebralis diplegia esetét tárták elénk, de néhány év alatt annyira megjavultak, hogy csupán az alsó végtag hűdése maradt meg; 4-szer elég gyakoriak azok az esetek, tehát úgyszólván a tiszta paraplegia spinalis esetek, melyekben a cerebralis tüneteket határozottan észre lehet venni, pl. az agyműködés gyengülését, a beszéd szakgatottságát és különösen a bandsalságot.

Az önszenvi görcsös hűdés. Paralysis spinalis spastica. Klinikailag a betegség lassan előhaladó, alulról felfelé terjedő felhűdés, vagy hűdésben nyilvánul; mi mellett az alsó végtagok izmai feszültek és zsugorodottak. A zsugor leginkább a lábikraizomban (pes equinus) a czombközelítő és térdhajlító izmokban van kifejezve: az alsó végtag térdben kissé hajlítva, a czombok egymáshoz szorítva. Ha a beteg még képes járni, úgy járása igen jellegző, u. i. csakis a lábujjakra lépve megy, térdei szorosan egymáshoz szorítvák, a tovahaladás ugrándozó.

A betegség felette lassan fejlődik, s a zsenge gyermekkorban kezdődve, hosszú évek során át tart.

Mint már említettük, az önszenvi és a tüneti alak közti különbség a hiányzó jelekben van: 1-ször az izomsorvadás, bőringerlékenység teljes hiánya; 2-szor a hólyag- és végbél működésének rendes volta; 3-szor az idegek és izmok rendes villamos ingerlékenységi állapotának huzamos megmaradása; 4-szer rendes agyműködés.

Csakis egyetlen pozitív tünetre utalhatunk és pedig az inreflex tetemes fokozódására, holott a bőrreflex szabályszerint rendes marad. (A tüneti alaknál, a mit a myelitis transversa (spondylitis), az oldalsó kötegek következményes elfajulása okoz, a bőringer szintén fokozott; azonfelül a bőr többé-kevésbé nagyfokban érzéketlen, végbél és hólyag teljesen hűdöttek, vagy legalább is működésük nem áll az akarat befolyása alatt, még ha visszahajlás útján működnek is; a paraplegia gyorsabban és tökéletesebben fejlődik, mint a görcsös hűdésnél, de a hűdés felső határa állandó marad; gyakran kisugárzó fájdalom vagy túlérzékenység lép fel az alsó végtagokban, vagy általában azon helyeken, a melyek a hátsó gyökök megbe-tegedéseivel állanak összeköttetésben.)

Ha az elfajulási sorvadás a gerinczagy oldalsó kötegein kívül még a szürke állomány mellső szarvait is megtámadja, s a nagy idegdúcok sorvasztására vezet, akkor az izmok hűdésén és zsugorán kívül elmaradhatatlan azok sorvadása is, ép úgy, mint a poliomyelitis anteriornál, azaz az idegek és izmok villamos ingerlékenységének gyors alászállása, az állandó áramnál pedig az elfajulási reactio. E betegség, melyet Charcot Sclérose latérale amyotrophique-nek nevezett el, csakis kezdeti szakában téveszthető össze a görcsös hűdéssel, akkor t. i., ha a görcsös tünetek még előtérben vannak, ha azonban már izomsorvadásig fejlődött a dolog, akkor a kórisme világossá válik. További különbség még abban van, hogy az oldalsó amyotrophian sclerosisnál a hűdés rendszeren a karokon kezdődik, s hogy a folyamat azután úgy lefelé (alsó végtag hűdés), mint felfelé a nyúltagyra is kiterjed; utóbbi esetben a bulbärhűdés tüneteit látjuk, u. m. a nyelv és ajkak hűdése és sorvadása, nehéz nyelés és légzés.

Különbség van még tekintve a beteg korát is; a paralysis spastica idiopathica rendszeren az első életévben kezdődik, az amyotrophicus sclerosis ellenben csaknem sohasem a 10-ik év előtt. A haladó izomsorvadástól az amyotrophicus sclerosis pedig a megelőző hűdés és az izmok merevsége által különbözik. A haladó

izomsorvadás különböző alakjai a gyermekkorban sokkal gyakrabban észlelteknek, mint az amyotrophicus sclerosis.

Gyermekkorban különös jelentősége van a gyakran előforduló tüneti görcsös oldalhűdésnek, a mely a csigolyák szuvasodásánál, az u. n. *Pott-féle betegség*nél — Malum Pottii s. Osteomyelitis spinalis s. Osteomyelitis granulosa — a gerinczagy összenyomása folytán lép fel. A Pott-féle betegség nem egyéb, mint egy vagy több csigolya taplós vagy gümökóros gyulladása, mely vagy száraz szuvasodásban áll, vagy genyedésbe mehet át. A sarjadzások eleinte a mellő csigolya-testen lépnek fel, s onnan terjednek a csont mélyébe. A csigolya ennek folytán megpuhul és a feljebb fekvő törzsrészlet nyomása alatt süllyed; a gerincoszlop ennek folytán olyformán hajlik meg, hogy a megbetegedett csigolya tövisnyujtványa a szegletes púpnak csúcsát képezi. Ez a púp a legmegbízhatóbb tünet a Pott-féle betegségnél a gerinczagy összenyomása által feltételezett paraplegiának minden más tünetétől, s miután annyira világos, a szóban forgó paraplegia oka könnyen felismerhető. A gerincoszlop angolkóros elgörbülésénél a csigolyagyulladás által okozott púppal — kyphosis — össze nem téveszthető, miután az előbbeninél a púp mindig ívalaku, s szükségképen párosulva van a mellkas angolkóros elváltozásaival, a mellett az angolkórosan elgörbült gerincoszlop cselekvő és szenvedőleges mozgásai nincsenek korlátolva és fájdalmatlanok.

A mi a hűdött izmok állapotát illeti, én a paraplegiát a görcsös hűdések sorozatába vettem ugyan fel, de evvel egyáltalában nem akarom azt mondani, hogy a hűdött izmok állandóan feszültek is kell hogy legyenek. Fontos itt a betegség foka és a megbetegedés helye. A görcsös tünetek aránylag későn lépnek fel akkor, ha már az oldalsó kötegek következményes lehágó elfajulása állandósult, s ha a folyamat a gerincoszlop nyaki vagy háti részletét megtámadta, ellenben a gerinczagy ágyéki részletének hántalmánál az izmok görcsös állapota teljesen hiányozhatik is.

Nem annyira gerinczvelő-lob, mint inkább a gerinczagy összenyomásából eredő paraplegia, a többi közt az által is tűnik ki, hogy itt inkább a mozgási, mint az érzési működés szenved; a bőrreflex jelentékenyen fokozott, s hogy az alsó végtagok hűdése fűző alkalmazása és a gerincoszlop kifeszítése által pillanatra el is tűnhet. Az izmok táplálkozási viszonyai és a villamos ingerlékenység soká rendes marad. *Az in- és bőrreflex kezdettől fogva fokozott.*

A hátgerincz mellkasi részében a szögletes elgörbülés korábban és élesebben jelentkezik, mint az ágyéki részben, mint-hogy az ágyéki rész normális állapotban homorú; ez okból gyakran megesik, hogy az ágyéki csigolyák közül valamelyik már jelentékenyen meg van támadva és púp még sincsen, s az egész folyamat csupán az ágyéktájék fiziológiai lordosisának ki-domborodásában vagy, a megfelelő csigolyanyulványnak alig észre-vehető kidudorodásában nyilvánul. Némely esetekben sikerül a Poupart-szalag fölött a hasban a daganatot kitapintani, mely nem egyéb, mint tályog, s ebből ismerhetjük fel a csigolya oszlop szűvasodá-sát a szögletes púpnak hiánya daczára is, a mely még nem fejlődhetett ki. A tályog nem fájdalmas, gyakran semmi akadályt sem képez a bordamozgásoknak, egyszóval lappangva folyik le és az orvos is csak úgy ismeri föl, ha a hasat tapintással vizsgálja meg. Kétes esetek-ben, mikor a hasizmok feszültsége gátolja a vizsgálatot, pl. kis gyermekeknél sírás alkalmával, a pontos diagnosis érdekében a chloro-form narcosishoz forduljunk.

Nem oly könnyű a Pott-féle betegséget a kezdeti szakban felismerni. A betegség rendszerint *hátfájdalommal* kezdődik. A fájdalom részben a csontvelő folyamatnak a gerinczagyburkokra és a hátsó kötegekre való elterjedéséből származik. Ha a csigolya tövis-nyulványaira, s különösen ha a gerinczoszlopot meghajlítjuk, ugy-szintén akkor, ha a gerinczoszlop fölött forró szivacsot huzunk végig, vagy pedig a beteg helyre a nemleges sarkot helyezzük, a fájdalom fokozódik. Miután a meghajlás fájdalmas, a beteg járás-nál igyekszik törzsét egyenesen és mozdulatlanul megtartani, s ha valamit fel akar emelni a padlóról, akkor csakis úgy sikerül az neki, ha térdét meghajlítva, gerinczoszlopát egyenesen nyujtva tartja. Ha a gyulladásba a hátulsó ideggyökök is belevonatnak, akkor a háton jelentkező helybeli fájdalomon kívül, a megbetegedett helyen eredő idegszálak által beidegzett területen villámszerű kisugárzó fájdalmak is előállanak. Többnyire az alsó végtagokban észleltet-nek a fájdalmak (ha a gerinczvelő ágyéki része beteg), a hasban (ha a háti rész beteg) s a beteget igen elgyötirik. Ezen központon kívüli fájdalmak rendszeren időszakonként idegzsábák kórképe alatt (vagy bélgörcs alakjában) lépnek fel, s naponként többnyire több órán át eltartanak. A betegség egész kezdeti szakában, jóval a púposság kifejlődése előtt, már jelen lehetnek.

Minthogy a csigolyagyulladás oka mindig görvély vagy gümő-

kóros alappal bir (a kórelőzmény alkalmával elmondott erőszaki behatás rendesen csak járulékos ok gyanánt szerepel), azért a kezdeti fájdalmak helyes megítélésénél a beteg külsejére kell figyelemmel lenni; csigolyagyulladásra hajlamos gyermek többnyire halavány, izomzata petyhüdt, nyirkmirigyei duzzadtak, továbbá idült eczema vagy előbb lefolyt csontszuvasodások után visszamaradt régi hegeket stb. találunk rajta.

A gyermek már a csigolyagyulladás kezdeti szakában sem jár szivesen, ugrás vagy szaladásról szó sincs, ülésnél fejét kezével szivesen támogatja, s vagy oldalt fekszik, vagy a mi még jellegzőbb, a hasára, miután háton feküdni neki kényelmetlen, vagy fájdalmas.

A csigolyák gyulladása néha lázzal kezdődik, a minek valódi oka sokáig ismeretlen lehet. A hőmérsék visszaeső jellege, a hol a reggeli hőmérsék 38 és néhány tized, esteli 39 °-os emelkedések mellett, egyéb helybeli tünetek nélkül — úgy a hát, mint más szervek részéről — első napokon hagymázzal is összetéveszthető mindaddig, a míg a hát fájdalmassága be nem következik. Csecsemőknél a fájdalmat az árulja el, hogy a beteg mindannyiszor felsikolt fájdalmában, valahányszor az ágyból felemeljük.

Ha valamennyi, vagy legalább is több csigolya tövisnyujtványára gyakorolt nyomásnál a fájdalom fokozódik, ez az állapot ideges gyermekeknél a gerincvelő burkainak túlérzékenységénél is előfordulhat; ezt mindazonáltal nem nehéz a csigolyagyulladástól megkülönböztetni: 1. mert ha a túlérzékenység a bőrben van, az előrehajlás nem fájdalmas és 2. mert a fájdalom már a legcsekélyebb érintésnél is fokozódik, míg csigolyagyulladásnál azt csakis erőlyesebb nyomás idézi elő.

A spondylitis cervicalis kórismei tekintetben néhány jellegzetes tulajdonságokkal bir. Itt még igen elhanyagolt esetben is, hiányzik a szögletbehajlás, s ha egyáltalában képződik is púp, az ivszerüen hajlott; a nyaki csigolyák teljesen kifejlett gyulladása az által is van jellemezve, hogy a beteg csigolyák környékén a lágyrészek beszüremkedettek, s e beszüremkedés az illető csigolyák tövisnyulványainak két oldalán többé-kevésbé jól látható és tapintható daganatot tüntet fel. (Hasonló daganat keletkezik a háti csigolyák gyulladásánál is, de itt a vastagabb izomréteg alatt rejtve marad.) A csigolyagyulladás ez időszakban garatnögötti tályogképződésre is vezethet, a mit a garatba bevezetett ujj mint

puha, rugalmas daganatot érez; ha a daganat jelentékenyebb nagyságot ér el, akkor a nyelést és a légzést komolyan megnehezítheti.

Spondylitis cervicalisnál kisugárzó fájdalmak vagy a fejben, különösen a nyakszírtben (ha a felső csigolyák vannak megtámadva), vagy pedig a karokban lépnek fel (ha az alsó csigolyák betegek). Görcsös hűdések, párosulva teljes, gyakrabban részleges érzéketlenséggel, nem csak a felső, de az alsó végtagokban is előfordulnak; a mellizmok hűdése folytán a légzés csak a rekesz segítségével történik.

Ha a legfelső két csigolya beteg, akkor daganat külsőleg rendszeren nem vehető észre; mégis könnyű a bajt felismerni, miután a beteg a fejét mozgatni egyáltalán nem képes. Ha a bántalom e tájra szorítkozik, a beteg rögtön meghallhat, minthogy a második csigolya tövisnyujtványa hirtelen leválva, a gerinczagyba furódik.

A spondylitis cervicalis kezdetben jellegzi a nyak fájdalmasága és mozdulatlansága, s a különféle fajta izomszorodások, utóbbiak leginkább a tarkó izomzatot illetik, néha azonban az oldalsó nyakizmok is zsugorodottak, a fej a vállhoz húzatik, s torticollis áll be.

A spondylitis cervicalis ez időszakban különböző, a nyakizmok zsugorához vezető folyamattal téveszthető össze, (l. torticollis) mégis megkönnyíti a kórismét az, hogy mindezen folyamatok heveny lefolyásúak, s a csigolya nyomásra nem fájdalmas. Ez az utóbbi tünet még csak egyféle nyakzsugorodásnál fordul elő, és pedig az izületi nyujtványok izületi savós hártájának gyulladásánál — Synovitis articular. proc. obliq. s. Synovitis vertebralis — oly bántalom, mely kiválókép gyermekkorban fordul elő.

Eltelkintve a heveny lefolyástól és a gyorsan beálló üdülési szaktól, a csigolyák nyálkahártájának gyulladása a csigolyagyulladásától abban különbözik, hogy a nyomásra csak az egyik oldal fájdalmas és pedig kissé oldalt tövisnyujtványoktól, ellenben csigolya gyulladásnál a fájdalmasság mindkét oldalon nyilvánul, legélesebben azonban közvetlenül a tövisnyujtványok felett.

Legyen a lobos folyamat a gerincoszlop bármely részében elhelyezve, a csigolyagyulladásnak mindenkor lassu lefolyása van és ha csak nem vezet halálra sülyedési tályogok vagy általános gümökör folytán, úgy a beteg csigolyáknak mozgatlan izületekké

— ankylosis — képződése közben a teljes gyógyulásig néhány havi, egész 2 esztendeig tartó időszak is eltelik.

Minél tovább halad a gyógyulási folyamat, annál csekélyebb a fájdalom a megtámadott csigolya táján nyomásra és a törzs mozgatására; idővel eltűnik a paraplegia is, mindazonáltal a púp egész életre megmarad. Teljes gyógyulásra, illetőleg a lefolyt izületi merevség — ankylosis — képződésre abból következtetünk, hogy a beteg nemcsak felhagy a háttáji fájdalomokról panaszkodni, hanem képes szabadon is mozogni.

Az agyhártyák gyulladása (Meningitis).

A kórszármazást, a kórokat és a lefolyást illetőleg gyermekeknél a heveny agyhártyagyulladásnál 4 alakot különböztetünk meg: 1. genyes agyhártyagyulladást; 2. gümös agyhártyagyulladást vagy heveny gümös fejevizkórt; 3. savós agyhártyagyulladást vagy egyszerű heveny fejevizkórt és 4. a járványos agy-gerinczagyburokgyulladást.

Az egyszerű (nem gümökóros) heveny genyes gyulladásnál

Meningitis acuta simplex — az agyféltekék felső részletének lágy burkai vannak megbetegedve (innen a leptomeningitis convexa elnevezés); kórboneztanilag a genyes lobtermény jellegzi, miért is Meningitis purulenta-nak is hívják.

Az agyhártyagyulladás gümökóros alakja az előbbtől többi közt még abban is különbözik, hogy a legfontosabb elváltozások az agyalapon vannak, ahonnan Meningitis basilaris elnevezését is vette; genyképződésre itt e dolog nem vezet feltétlenül, s különben is a legtöbbször genyedő folyamatra a dolog nem vezet, a gyulladás inkább savós izzadmány képződésében nyilvánul, mely leginkább a subarachnoidealis ürökben, a Chiasma nervosum opticorum és a nyultvelő között, valamint az oldalgymocrokban halmozódik fel; utóbbiak erősen kitágulnak, s a szóban forgó bántalom ennél fogva heveny fejevizkórnak — Hydrocephalus acutus — is neveztetik; különösen jellegző erre, az agyalapon székelő, számos, kölesnyi gümő, a melyek a legsűrűbben a Sylvius-féle árokban vannak felhalmozódva — Meningitis tuberculosa —. Minthogy a gümökór az agyburkokra csaknem soha sem szorítkozik egyedül, ennél fogva a bonczolásnál gümös góczokat találunk más szervekben is, leginkább pedig a hörgmirigyekben.

Mindazonáltal kétségtelen, hogy a gyulladásos eredetű heveny fejkör (Meningitis serosa) néha gyermekeknél (leginkább 2 éven aluliaknál) gümökör nélkül is előfordul, azaz a nélkül, hogy gümök képződnének akár az agyburkokban, akár a szervezetben bárhol is. Ép úgy, mint a gümökóros agyhártyagyulladásnál, ez utóbbi alaknál is a savós izzadmányhoz geny is járulhat.

Némely tankönyvekben a betegség mint egyszerű (nem gümökóros) heveny fejkör — Hydrocephalus acutus simplex s. non. tuberculosa — vagy gyermekkori agyhártyagyulladás — Leptomeningitis infantum (Huguenin) van leírva, mert az első gyermekévekben fordul elő. Miután azonban az egyszerű fejkör tünet és lefolyás tekintetében a gümökóros gyulladástól lényegileg nem különbözik, felesleges azt különösen leírni; elég, ha azt tudjuk, hogy ily alak is létezik, s hogy ellentétben a gümökóros gyulladással — gyógyulhat, s hogy tisztán a végett a beteg állapotát nem mondhatjuk reménytelennek, mert a gümökóros agyhártyagyulladás tüneteit észleljük rajta, a mely betegség pedig feltétlenül halálos.

A járványos agy-gerinczagygyulladásra nézve — Meningitis cerebro spinalis epidemica — jellegző a genyes izzadmány úgy az agy felületén, mint az agy alapján, s gerinczagy és burkainak megbetegedése.

Csakis kifejezett esetben választható el szigoruan kórboncztanilag e 4 alak egymástól, mégis ezek mellett több átmeneti alak is előfordul, így pl. Meningitis purulenta esetében a genyes izzadmány az agyalapra és a gyomrocok edényhálózatára is kiterjedhet; a heveny fejkör (a gümös ép úgy, mint az egyszerű) néha nemcsak az agyalapon, hanem a féltékéken is genyesedéssel van párosulva; mint az egyszerű genyes, épúgy a gümökóros gyulladásnál is a gyulladás a gerinczagyburkokra is kiterjedhet, ép úgy, mint a járványos agyhártyagyulladásnál. Magától értetődik, hogy a klinikus hasonlatosság még nagyobb lehet, s ép azért ne csodáljuk azt, hogy bizonyos esetekben a pontos kórisme nehéz.

Fontos támpontul szolgál itt: az *aethiologia*. Ellentétben az agyhártyagyulladás többi alakjaitól, a gümökóros agyhártyagyulladás soha sem lép fel különben teljesen egészséges gyermekeknél, miután a legfontosabb kórokozója általános vagy helybeli gümökörban rejlik. Fontos tehát a kórismére a betegnek gümökóros hajlamát megállapítani. E hajlam lehet veleszületett, vagy szerzett. E kérdés eldöntésénél az or-

vosnak feladata kikutatni azt, vajjon a szülők, vagy a közeli rokonok nem gümökórosak-e, vagy pedig a beteg testvérei közül nem halt-e meg valamelyik oly betegségben, mely a gümökórral viszonyban áll; e tekintetben a legfontosabb megtudni azt, vajjon agyhártagyulladásban nem halt-e meg valaki a családban. Vannak a sors által üldözött családok, a hol több gyermek egymásután s pedig megközelítőleg ugyanazon korban hal meg, daczára annak, hogy sem az apa, sem az anya nem gümökóros.

A gyermekek öröklékeny hajlama a gümökóra a szülők másnemű megbetegedésének, mint pl. idült bujakórnak is lehet következménye. Ösmerek családot, a hol 4 gyermek halt meg agyhártagyulladásban, daczára, hogy a szülők teljesen egészségeseknek látszottak. Az atyának felkarján — görvélyes csontszuvasodásból eredhető hege volt; a kórelőzményből kitűnt, hogy évek előtt bujakóros volt, míg a mondott időben egészségi állapota viruló volt. A 4-ik gyermeknek halála után orvosi tanácsra, bedörzsölési gyógy-módot használt, s $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ év multán két gyermeke született, a kik jelenleg már túl vannak a veszélyes időszakon, s teljesen egészségesek.

Gümökóros hajlamra utalhat az is, ha a család valamely tagja kanyaró vagy számarhurutban halt meg. Máskülönbén egészséges gyermekeknél e betegségek kedvezően folynak le, ellenben gümökóros hajlamnál veszélyesek.

Az öröklött hajlam mindazon kedvezőtlen körülmények folytán keletkezik, a melyeket már az angol- és görvélykóros hajlamokból ismerünk, s ennél fogva, ha a gyermek ezen bajok valamelyikének tüneteit mutatja, gümökóros hajlamtól tartunk. A viruló szín ily esetben nem jelenti az ellenkezőt, miután az angolkór folytán az első életévben a szervezetben valahol (hörgmirigyek) sajtos (gümös) góczok keletkezhetnek, a melyek eleinte mivel sem árulják el magukat, de később a szervezetet önmagok megfertőztethetik.

Ily lappangó góczok leginkább a hörg- és bélfodormirigyekben hurutok után maradnak vissza, a mire úgy az angolkóros, mint a görvélykóros gyermekek oly nagyon hajlamosak; ennél fogva meg kell előbb tudni, vajjon nem voltak-e a gyermeknek kiujuló, vagy idült hörghurutjai és hasmenései.

Vannak betegségek, a melyek után a gümökóros hajlam, a mely eddig lappangott, egész váratlanul agyhártagyulladás vagy

heveny miliaris gümökör stb. képében nyilvánul, oly körülmény, mely esetleg körismei fontossággal is bír, pld. a hagymáz és a gümökör megkülönböztetésénél. E betegségek sorozatában a kanyaró, influenza és a szamárhurut áll legelől; ezekhez csatlakoznak másodsorban a különböző sorvasztó betegségek.

Gümökóros agyhártyagyulladásához nem szükséges semmiféle járulékos ok, miután a betegség többnyire minden határozott ok nélkül lép fel; néha meghülésre, vagy a fej zúzódására történik hivatkozás, (mely azonban többnyire igen könnyű s alig méltó említésre).

Az agyhártyagyulladásra legkedvezőbb kor a 2—7 életév, mindazonáltal csecsemőknél ép úgy előfordulhat, mint felnőtteknél.

Ezzel ellentétben az egyszerű savós agyhártyagyulladás (egyszerű heveny fejkör) csaknem kizárólag az első és második életévben fordul elő. Egy másik okozati különbség ezen alak és a gümök között abban áll, hogy nem csak angolkóros, de teljesen ép gyermekeket is támad meg, a kiknek sem öröklött, sem szerzett hajlamok gümökorra nincsenek, s hogy vagy ugyanazon okok folytán keletkezik, mint a genyes agyhártyalob (l. alább), vagy pedig minden észrevehető ok nélkül fejlődik. Mi, különben kiválóan gyöngye és angolkórosan elváltozott koponyás és mellkassal bíró gyermekeknél észleltük ezt. Egyes szerzők a fogzásnak is befolyást tulajdonítanak, miután itt az agyvelő vértódulásokra hajlamos.

Az egyszerű genyes agyhártyagyulladás egészséges gyermekeknél soha sem lép fel látható ok nélkül, s ha a körelőzményi adatokból ez nem volna megállapítható, akkor már magában e körülmény is a genyes agyhártyagyulladást kevésbé teszi valószínűvé, még akkor is, ha a tünetek különben a mellett szólnának. Egészséges és erőteljes gyermek megkaphatja az agyhártyagyulladás ezen alakját zúzódás vagy erős fejmegehülés, vagy napszúrás folytán is. Egyes esetekben a baj a szomszédos képletek gyulladásának folytatásaként is kifejlődhetik, vagy pedig lehet az különféle fertőző bajok szövődménye is. Első esetben a leggyakoribbak a heveny, vagy idült középső fülgyulladás, különösen a sziklacsont szúvasodása; másodsorban a koponyacsontok szúvasodása: más egyéb okok (Periostitis, Gummata) fejbáncz, fekélyek stb. A heveny fertőző bajok közül az agyhártyagyulladás mint szövődmény leginkább a rostonyás tüdőgyulladás, vörheny, heveny izomszűz, himlő és genyvérűséghez csatlakozik.

A járványos agy-gerinczagygyulladás, mint a neve is mondja, eddig még ősmertlen, járványszerűen fellépő okok befolyása alatt keletkezik; egyes szerzők ragályos bajnak tartják, mindazonáltal ragályozó képessége nem nagy.

Ezek után áttérünk a tünetekre. Miután a halálos agyhártyabajok közül gyermekeknél a gümökóros eredetű sokkal gyakrabban fordul elő, mint valamennyi más együttesen, kezdjük meg tehát evvel. Habár egyetlen oly tünet sincs, a mely a gümökóros agyhártyagyulladásra kórjelző — pathognomonicus — mégis a legtöbb esetben a kórisme az összes tünetcsoport és a lefolyás alapján nem nehéz.

Ellentétben minden másfajta agyhártyagyulladással, a gümös agyhártyagyulladás — *Meningitis tuberculosa* — majdnem sohasem kezdődik hirtelen, teljes jólét közben, hanem már hetekkel előbb — mielőtt a fejfájás és hányás már meglenne, határozatlan tünetek és általános roszullét előzi azt meg, melyek a betegség u. n. prodromal szakát jellemzik. *Rilliet és Barthez* megjegyzik, hogy ezen időszak legfeljebb a kórházi betegeknek hiányzik, a kiknek egészségi állapotával otthon kevésbé törődnek; de a magángyakorlatban a baj előhírnökét mindig sikerül megállapítani. Ez mindazonáltal nem egészen helyes: u. i. ezen időszak tüneteit megmagyarázhatjuk általában a gümökórnak az egész szervezetben való kitéréséből, s nem látható be, hogy később a gümökór kizárólag csak az agyhártyákra szorítkozzék, mert az a tüdőre, hashártyára stb. ép úgy szorítkozhatik; minél előbb betegszik meg az agyhártya, annál rövidebb lesz a prodromal időszak, s miután gyermekkorban a lágy agyhártyák néha elsődlegesen és elszigetelve is lehetnek gümökórosak, az előleges tünetek ki is maradhatnak. Ily esetek ugyan ritkábbak, még sem szabad őket szem elől téveszteni, nehogy határozott jelentőséget tulajdonítsunk az előjelek hiányának.

A gümökór tehát a prodromal szakasszal kezdődik. Többnyire gyors „oknélküli lesoványodás“ (különösen a mellkason és a nyakon és nem az arcon!), halvány bőr és étvágytalanság — fejfájás nélkül, láz és hasmenés jelentkezik először; a szülők még azt is panaszolják, hogy a gyermek egykedvű és lomha, vagy pedig ingerlékeny és siránkozó lett, s itt is hozzá teszik, hogy „minden ok nélkül“.

Máskor a prodromalis szakban hosszabb-rövid ideig tartó lázas állapot áll be minden helybeli tünet nélkül, s ennél fogva

gyakran könnyű hasi hagymáznak tartjuk a bajt, habár a lép megnagyobbodva nincs. Ha ilyen lázas állapotot (minden helybeli elváltozás nélkül) találunk egy gyermeknél, a hol kanyaró vagy influenza ment előre, vagy pedig a gyermeknek számarhurta van, akkor ez nagyon meggyőzőleg a gümökór mellett és a hagymáz ellen szól. A láz eltarthat 2–3 hétig is, mielőtt az agyi tünetek fellépnének, azonban elhúzódhatik néha hetekre is. Egyik esetemben egy 5 éves fiúnál a gümökóros láz eltartott 109 napig, jelentéktelen hörghurut tünetei mellett, a mely számarhurut közben kezdődött és rövid megszakitásokkal mindig újra visszatért — a míg végre hányás és fejfájás állt be. (A gümökóros láz sajátosságairól és a hagymáztól való különbségéről l. alább a hagymáz alatti fejezetet). A láztalan prodromal szakasz elhúzódik hasonlóképen 2—12 hétig is.

Jellemző az agyhártyagyulladás kezdetére a kezdeti hányás és a fejfájás. Az agyi eredetű és a gyomorbaiból eredő hányás közti különbségről már a hányás cz. fejezetben alább a 97 lapon volt szó. A hányásra való hajlamosság ritkán tart 5 napnál tovább, s ha 24 óra alatt nem tér újra vissza, akkor feltehető, hogy többé nem is lép fel újra. Az agyhártyagyulladásnak ez egyik legfontosabb tünete, legfőképp mert állandó, s mert majdnem sohasem hiányzik. *Kétes esetben majdnem kizárható az agyhártyagyulladás, ha a betegség kezdetén hányás nem volt.* Aránylag gyakoribbak azok az esetek, a hol a hányás nem oly makacs, például a gyermek csak egyszer hányt. A mi a fejfájást illeti, ez a gümökóros agyhártyagyulladásnál nem szokott oly heves lenni, mint a genyes, vagy az agy-gerinczagyhártyagyulladásnál; idősebb gyermekek nem hánykolódnak, nem nyögnek, nem kapkodnak fejükhez, hanem csakis ha kérdezzük őket, akkor panaszkodnak fejfájásról. Ezt a körülményt tartsuk szem előtt, nehogy a különzeti kórisménél a gyermeknek csekély fejfájása alapján az agyi megbetegedést egyszerűen kizárjuk. A gümös agyhártyagyulladás kezdetére jellemző, hogy kevésbé nyugtalan, hanem inkább kissé közönyös a beteg; a gyermek nyugodtan ágyban fekszik, nem panaszkodik, nem is kér semmit; egyáltalában nem teszi reánk súlyos beteg benyomását, hanem csakis gyenge, s mert *szédül*, azért nem tud járni.

Kis gyermekeknél, különösen újszülötteknél, a heveny agyvizfejűség úgy látszik hevesebb fejfájással jár, minthogy a betegség

első napjaiban, egyidejűleg a hányással, kapcsolatosan a *nyugtalan-ság fokozódik*, a mi abban nyilvánul, hogy a csecsemő sokat sír; ép ennek a nyugtalan-ságnak van kifejezett kórismeit értéke az agyi és a gyomorból eredő hányás között, miután utóbbi esetben a gyermek csendes.

Legjellemzőbb tünet a betegség legközelebbi napjain fellépő *lassu, de folyton nagyobbodó szenvtelenség*, mely egész az álomkórságig fokozódik, mely azután a betegség vége felé mély és súlyos kábító álomba megy át. Az apathia növekedése abban van kifejezve, hogy a gyermek napközben többször, látszólag rendesen és nyugodtan elalszik. Eleinte az egyszerű megszólításra is felébred; az öntudat zavartalan, mert a kis beteg helyesen felel a hozzá intézett kérdésekre, és mindent megtesz, a mit tőle kívánnak; magára hagyatva azonban, csakhamar behunyja szemeit és újból elalszik. Élénk eszmetévcngés, felugrás az ágyból, állandó félrebeszélés stb. a gümökóros agyhártyagyulladás kezdetén meglehetősen ritka. Ezek a tünetek inkább a genyes agyhártyagyulladásnál fordulnak elő, a melynél a bántalom az agy féltekéinek kéregállományába is átterjed. A további lefolyásban az álomkórság mélyebb, a gyermek csak akkor ébred fel, ha valanivel fájdalmasan izgatjuk, később már erre is csak egy visszahajlási kiáltással felel, s rövid idővel a halál előtt még a visszahajlási tünetek is eltűnnek.

Csecsemők apathiája a nagy álomosságban nyilvánul, s ennél fogva meglehetősen gyanus dolog egy kezdődő agyhártyagyulladásra az, ha a gyermek 3—6 napon át hány, nyugtalan és rosszul alszik, s egyáltalában gyakran elalszik, s ha a hányás megszűnik, vagy legalább is sokkal ritkább lesz.

Az agyalapi agyhártyagyulladás kezdetének kórisméjére különösen fontos jelentőséggel bír az álomkórság (somnolentia), de csak akkor, ha azt láz nem kíséri, minthogy más esetben ez a hőemelkedésnek egyenes következménye lehet. Tehát csak akkor szól ez agyi megbetegedés mellett, ha a láz magassága nincs arányban a somnolentia fokával, vagy pedig, ha csak a láz megszűntével lép fel, azaz valamely lázas megbetegedés utáni üdülési szakban.

Igen jellegzetesek továbbá az emésztőszervek részéről fellépő tünetek is: a nyelv meglehetősen tiszta (míg a gyomor-bajból eredő hányásnál rendesen vastagon bevont); mindjárt a betegség első napjaiban *székszorulása* van a betegnek, s a mi kórismeit szempontból különös érdekléssel bír, az az, hogy az *alhas, daczára a ma-*

kacs, sok napig tartó székszorulásnak nem csak hogy fel nem fucódott, hanem napról-napra puhább és laposabb lesz, végre az első hét végével, vagy valamivel később egészen behúzódik, s tekenőszerű kinézést nyer. (Hogy az alhasnak az alakja miáltal magyarázható meg, azt nem tudjuk. Azon körülmény is szerepelhet itt, hogy a gyermek a betegség kezdetétől fogva majdnem semmit sem eszik, de ez mégsem lehet egyedüli és semmi esetre nem is főoka a has behúzódásának; nem magyarázható meg e tünet még a bél- és hasizomzat tonicus görcsös állapotából sem. Valószínű, hogy a bélbéli emésztés vegyi folyamata változott meg és kevés bélgáz képződik.)

A székszorulás az agyhártyagyulladás kórismézésénél meglehetősen fontos tünetet képez, mert: 1. e betegségnek állandó tünete és 2. mert az alhas a mellett puha és később behúzódik, a mit sem a gyomor- és bélhurutnál, sem pedig nem láthatjuk ezt hasi hagymáznál; azaz ép azon megbetegedéseknél, a melyekkel a heveny vízfejűség kezdetben a leggyakrabban összetéveszthető.

Csecsemők agyhártyagyulladásánál aránylag gyakrabban hiányzik a székszorulás. Ez abból magyarázható, hogy agyhártyagyulladásnál a székszorulás valószínűleg a n. splanchnicus izgatása által van feltételezve, a mely a gátló idegekhez tartozik; minthogy azonban kis gyermekeknél a gátló idegrendszer egyáltalában gyengén működik, tehát már eleve elvárhatjuk, hogy csecsemők agyhártyagyulladásánál a székszorulás kevésbé állandó tünetet képez, mint idősebb gyermekeknél, a mely feltevést a tapasztalat is megerősít. Itt annyival inkább könnyebb a kórisme, mert csecsemőknél a hányás kivétel nélkül a bélbéli működés zavarából származik, mint rossz emésztés és vizes hasmenések körképében; *ha tehát egy csecsemőnél, dacára a több napon át fennálló hányásnak, a széklelet rendes (s különösen, ha székszorulásra mutatkozik hajlam, vagy pedig a fennálló hasmenés megszűnik), akkor az felette gyanus és ha a mellett a gyermek szopik és a körülményi adatokból semmi támpontunk nincs arra nézve, hogy a gyomor valamely durva táplálék által lett volna izgatva, akkor a hányás agyi eredetére nézve többé alig lehetnek kételyeink.*

Az agyhártyagyulladás kezdeti szakára a *lázmenet is irányadó lehet.* A gümökóros agyhártyagyulladás igen ritkán folyik le rendes hőmérséklet mellett, vagy pedig 39°-on felüli lázakkal, hanem rendszeren a láztalan (subfebril) állapot észlelhető 37·8—38·8°

foku ingadozásokkal. Ez a hőmérsék egyrészt túl magas egy egyszerű dyspepsiára, a melynél rendszerint láz nincs is, másrészt pedig tulságos alacsony a hagymázra. Meg vagyok győződve arról, hogy ha az orvosok a láz menetére több súlyt fektetnének, akkor az agyhártyagyulladást a hagymázzal sokkal ritkábban tévesztenék össze.

Hogy a hőmérsék agyhártyagyulladásnál, a betegség legvégén a szabályozó központok hűdése folytán tullázás fokot ($41-42^{\circ}$) érhet el, itt nem bír jelentőséggel, miután e tünet csak röviddel a halálos kimenetel előtt mutatkozik. Megjegyzendő még, hogy rendszer, sőt azon alóli hőmérsék az agyhártyagyulladást még a *comatosus állapotban* sem zárja ki; különben az ilyen hőmérsékek tulajdonképpen gyakrabban fordulnak elő az ál-agyhártyagyulladásoknál, az u. n. Hydrocephaloidnál, a mi az agy vizenyője és vérszegénysége által jön létre.

Az érverés a betegség első napjaiban is már a láznak megfelelőleg lehet gyorsított, mind a mellett már a betegség első hetének végén, sőt néha már előbb is *meglassudott és rendellen.* Néhány éves gyermekeknél kivételes esetekben az érverések száma 50—60-ra eshetik le; mind a mellett még csekély jelentőségű hőmérsék mellett 90 érverést is úgy tekinthetünk, mint lassut, miután 5—6 éves gyermekeknél 38.5° láz mellett az érverések száma körülbelül rendszeren 120 körül jár, csecsemőknél pedig 140, úgy, hogy utóbbiaknál már 112 érverés mint meglassult nevezhető; erre a feltevésre annál inkább vagyunk jogosítva, mert a bolygó ideg ebben a korban — mint a szív gátló idege — még gyengén működik és az érverés kifejezett lassubbodása még nem igen várható.

Mély káb-álomban, különösen rángások után, az érverés mindig szaporább lesz és a halál előtt 200-ra is felmehet percenként, vagy egyáltalában oly gyöngye és gyors lesz, hogy nem is számítható meg.

A mi az érverés szabálytalanságát illeti, az kezdetben a lökések egyenetlenségében és szaporaságában, később a pillanatnyi szív működések hiányából eredő kis időközökben (pausa), még később a hosszabb kimaradásokban nyilvánul. A legesekélyebb szabálytalanságok az érverés számlálásakor az ujj által észre sem vehetők, hanem hallgatósó által alapítandók meg, miután e tekintetben a hallószerv sokkal finomabb, mint a tapintó.

Agyhártyagyulladás kórisméjénél csak akkor van a szabálytalan és ellassudott érverésnek nagy értéke, ha egyuttal egyéb agyi jelek is nyilvánulnak, mint a szentvelenség és kábultság: magában véve az ilyen érverés nem jelent rosszat, mert előfordulhat az függetlenül agybajoktól is, pl. lázas betegségek utáni üdülési szakban, vérszegénységnél és kis gyermekéknél álomban.

A betegség második hetében, ha már a beteg nem hany, s az érverés, nemkülönb a kábultság többé-kevésbé már kifejezett, új tünetek észlelhetők, a melyek a kórismét teljesen világossá teszi. Ide tartozik a mély sóhajtozás, a szemek részéről jelentkező tünetek, rángó mozgások, és egyik-másik végtag önkéntelen, egyhangu mozgatása, (a gyermek többnyire szakadatlanul hadonász kezeivel; fejéhez emeli, arczáról és melléről lecsusztatja a hasára, újra homlokához emeli stb., ezt félóránként és hosszasaiban napközben többször ismétli), véredénybeidegzési zavarok; még később jön a tarkógöres, általános görcsök és a dysphagia.

A légzés az első napokban szabályos; a kábultsági időszakban azonban a beteg időnként mélyebb belégzéseket végez, a mire gyakran hosszú szünet következik be (a gyermek mintegy elfeled légezni, a hogy azt Rilliet és Barthez mondják): olykor a nyugodt légzést egyhangu, hangos rövid felkiáltás szakítja meg (Coindet-féle hydrocephalicus felkiáltás); még később a comatosus időszakban (a 2-ik hét végén vagy a harmadik elején) a légzés Cheyne-Stockes-jellegű lesz.

A szemek annyi jellegző tünetet tárnak elénk az agyhártyagyulladásra, hogy ezekből a bajt sokszor már messziről is felismerhetjük. Mindenek előtt feltűnő a merev tekintet, a mi kis gyermekek agyhártyagyulladásának kórisméjénél igen fontos, mert ezeknél ez már meglehetősen korán (az első hét végén) fellép, a feléje irányuló tárgyakat nem fixirozza, ugyszintén a szeméhez közeledő ujra sem reagál; a gyermek ritkán pislog, szemeit szélesre nyitja, s azokkal mozdulatlanul a távolba bámul; látak tágtultak, s a fényre lanyhán hatnak vissza; nem ritka a szemugrálás, azaz a fény behatására a láta rövid időre megszűkül, de azonnal gyorsan kitágul, daczára annak, hogy a fényforrás okozta inger folytonos. *Parrot* azt állítja, hogy heveny fejevizkóránál a látáknak jelentékeny kitágulását a hasfalak csipkedése által lehet előidézni, és nagyon ajánlja ezen eljárást, mint jó kórismeinek segéd-eszközt annak eldöntésére, valjon a szóban forgó baj, vagy pedig

ahhoz hasonlóval van dolgunk. Nekem volt ugyan alkalmam arról meggyőződni, hogy e tünet minden könnyű kábultságnál állandó, még sem szükséges ahhoz éppen a hasfalakat csipkedni, mert minden fájdalmas izgatásnak ugyanaz a hatása; hogy e tünet különösen az agyhártyagyulladásra nézve mennyiben bír különös jelleggel, s valjon az nem-e fordul elő egyéb kábultságra vezető megbetegedéseknél is, — az még most nyílt kérdés marad.

A szem részéről jelentkező további két tünet a kancsalság (a mely sokkal későbbi tünet, mint a szemgolyók merevsége) és a szemfenéki elváltozások. Ha a szemtükör segítségével az érhártyán sikerül gümöket találni, akkor a miliaris tuberculosis kórisméje kétségtelen; sajnós azonban, hogy az érhártyán a gümök nagyon ritkák, gyakoribb a pangási folyamat a papillán, a mi azonban a heveny fejkörfőre semmikép nem jellegzetes tünet, mert ez csak arra mutat, hogy a keringés van megnehezítve, s a koponyaüregbeli nyomás fokozott, azaz oly körülmény ez, a mit agydaganaatok ép úgy, mint más okok is előidézhethetnek.

Az edénybeidegzési zavarok rendszerint aránylag később jelentkeznek. Ide két tünet tartozik: u. m. 1. az arcz gyorsabb színváltozása és 2. a *Trousseau-féle foltok*.

A gümökóros agyhártyagyulladás első időszakában az arcz halvány; az edénybeidegzők zavaránál, a mely a beteg meglehetősen nagy fokú soporositása mellett lép fel, az arcz egyik vagy másik felén, időnként élénk piros foltok jelentkeznek, de csakhamar újra elhalványodik; ezt a színváltozást könnyen mesterségesen is előidézhethetjük, ha a gyermeket valamikép nyugalmából felzavarjuk. Hogy a Trousseau-féle foltokat megkapjuk, az ujjunkkal, vagy egy tompa eszközzel a törzsnek tetszés szerinti részét enyhe nyomással végig suroljuk. $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ percz mulva az érintési hely világos piros színű lesz, a mi hosszabb ideig megmarad és csak lassanként, szélein elkezdve, tűnik el. Habár a foltok a gümökóros agyhártyagyulladás késői szakában állandóak, kórismeik jelentőségök még sem nagy, mert más betegségnél, pl. hagymáznál is megvannak.

A tarkógörcs szintén meglehetősen állandó, ámbár a gümös agyhártyagyulladás későbbi szakának tünete; mint a typhustól való különzeti kórismére, csakis a vele járó alacsony hőmérsék használható fel, mert typhusnál a hőmérsék 40° , sőt annál is több.

Tarkógörcsnél a fej passiv előre hajlása annyira fájdalmas,

hogy ha ezt mozgatni próbáljuk, a beteg azonnal felsikolt és arcát fájdalmasan eltorzítja; ez még a tetemes kábultság szakában is meg van, ha pl. a beteg már a tüszurásokot sem érzi.

Minthogy a gyermek háton való fekvésénél a vánkosok is bizonyos fokban nyomják a görcsösen összehúzódott tarkót, a menyinyiben ezt bizonyos fokban meghajlítják, azért a gyermek, daczára a kábultságnak, ösztönszerűleg oldalfekvést vesz fel, s hogy az egyensúlyt fenntartsa, alsó végtagjait csipő- és térdizületben behajlítja, azaz összehúzódva fekszik oldalán; így jön létre az u. n. „vadászkutya fekvés“, a mi a gümökóros agyhártyagyulladásra oly annyira jellegző, (hagymáznál pl. a betegek többnyire hátukon fekszenek).

Jellegző még az agyhártyagyulladásban szenvedő betegek testalkatára azok rohamos lesoványodása is, a mi ennél a betegségnél aránylag rövid idő alatt legmagasabb fokra nő; két hét múlva a beteg, a mint mondjuk, csont és bőrré soványodik, azaz kimerültsége oly fokú, hogy ilyesmi hagymáznál ily korán nem fordul elő.

Az általános görcsöknek a gümös agyhártyagyulladásnál valami typicus jelentősége nincs. Megjegyzendő, hogy bár az agy részéről valami góczbeli megbetegedés nem szerepel, daczára annak a görcsök féloldaliak lehetnek, s gyakran körülírt bénulásokat hagynak vissza. A betegség kezdetén rángógörcsök csaknem sohasem fordulnak elő, hanem azok rendszeren a halál előtt 3—4 nappal szoktak bekövetkezni. *Rilliet* és *Barthez* azt észlelték, hogy az olyan rángások alapját, melyek már a betegség kezdetén fellépnek és különösen makacsok, mindig nagyobb gümös góczok képezik. A szülők gyakran azt kérdezik az orvostól, hogy a gyermek sokáig él-e még és hogy kinjai még meddig tartanak. A halál óráját előre megmondani általában bajos dolog; legkivált pedig gümös agyhártyagyulladásnál, mert lefolyása meglehetősen tág határok között mozog. A következőkben bizonyos irányelveket mondhatunk.

A heveny fejevízkelet (akár egyszerű, akár gümökóros), többnyire 2—3 hétig tart. A míg az érverés lassubbodott, habár a beteg nagyon comatosus is, közeli halált ne várjunk; ha azonban az érlelés nagyon gyorsulna, akkor a halál küszöbön áll, s ha perczenként az érverés 180—200, akkor a beteg 24—36 órát alig él túl; a dysphagia (ha görcsök nélkül, de állandóan áll fenn) a halál előtt egy nappal, a rekedt, hörgő légzés pedig rendszeren a halál előtt néhány órával áll be.

A gümös agyhártyagyulladás akkor folyik le igen gyorsan, ha egyuttal a beteg tüdővész is. Rilliet és Barthez azt állítják, hogy ilyenkor egyenesen rángásokkal kezdődik, a mire a kábultság és az utolsó időszak szokott tünetei csakhamar bekövetkeznek.

A gümös agyhártyagyulladás különböző időzakaiban, más betegségek egész sorához hasonlíthat. Minden kétséges esetben mindenekelőtt derítsék ki pontosan a kezdődő időszak lefolyását, s egyuttal azt is, szerzett vagy veleszületett gümőkór nincs-e? Hogy gümös agyhártyagyulladást megnyugvással állapíthassunk meg a kórelőzményi feltételek hiányából, sokkal több klinikai adatra van szükségünk, mint ott, hol a beteg maga, vagy testvérei egy vagy más gümőkóros bajban szenvedtek.

A lappangási időszakban megközelítőleg sem lehet a gümös agyhártyagyulladást felismerni, mert még ekkor jellegző tünetek nincsenek. Hogy a gyermek minden látható ok nélkül már huzamosb idő óta étvágytalan, lesoványodott és halavány, ez még nem bizonyít semmit, mert ehhez hasonló tünetek vannak vérszegénységnél, enyhe gyomorhurutnál, ugyszintén bélférgesknél is. A tényállás gyanusabb lesz, ha a betegnél agybeli izgatottsági tünetek is vannak: szédül, álmából felriad, fogait csikorgatja stb., s mindezekről azelőtt szó sem volt.

Ha a lappangási időszak magas lázakkal folyik le, akkor a dolgot hagymázzal is összetéveszthetjük, (l. a hagymáz és a heveny szemcsés gümőkór közti különbséget).

Az első időszakban, ahol a főtüneteket a hányás, fejfájás, szenvtelenség és székrekedés képezi, a dolog gyomorhuruttal kezdődő hagymázzal és agyvérbőséggel összetéveszthető.

A gyomorbajból vagy agybántalomból eredő hányás közti különbségről már a 97. lapon volt szó; ide még a következőket tesszük hozzá: *csecsemőknél* a gümös agyhártyagyulladás kezdetét gyakran dyspepsiának tartják, mert mindkettőnél, egyidejűleg a hányingerrel, a gyermek feltűnő nyugtalansága jut érvényre. A dyspepsia ellen szól:

1. *A hőemelkedés*, a mi különösen kis gyermekeknél az agyhártyagyulladás kezdetén rendszeren tapasztalható.

2. *A dyspepticus ürülék hiánya* igen fontos tünet. Minthogy azonban csecsemőknél agyhártyagyulladás folyamán is dyspepticus lehet az ürülék, ebből az ellenkezőre nem szabad következtetni.

3. *A makacs hányás*. A dyspepsiát kísérő hányást étrend

szabályozása, (pl. tehéntej elvonása) vagy gyógykezelés (Bismuth. cerium orxalicum, kis adag calomel) által gyorsan csillapítjuk, ellenben agybajból származó hányás a legszigorúbb étrend — (pl. ki zárólagos nyujtása az emlőnek) és leggondosabb gyógykezeléssel is daczol. Különösen súlyosbító ama körülmény, ha a *bélsárban a hányás oka fel nem található*, azaz, ha a gyermeknél a rendszeren megszokott tápláléka daczára is beáll a hányás.

4. *A sikoltás sajátsága.* A dyspepticus felsikoltás erőteljes és rohamokban történik, azaz hirtelen kezdődik és ép oly gyorsan megszűnik, míg agyhártyagyulladásnál a gyermek talán nem sikolt fel oly hevesen, de annál tartósabban, se éjjel, se nappal nem nyugszik meg. A kólikás fájdalmak okozta kiáltozás, — ép úgy, mint a dyspepsia maga — az egészen zsenge koruak, 1—3 hónaposaknál észlelhető, míg az agyhártyagyulladás gyakrabban az első életév után fordul elő.

5. *A további lefolyás.* Az agyi eredetű hányás után a beteg néhány nap múlva aluszékony, s bekövetkeznek a többi agyi tünetek is, a mikor csakhamar beáll a fontanella feszülése, olykor elődomborodása, a merev tekintet és rendszeren előbb, mint a rángógörcsök, álomban az ajkak szopó mozgásai, a mély kábultság és a tarkógörcs.

Még nagyobb a hasonlatosság a kezdődő agyhártyagyulladás és az idősebb gyermekek *félheveny gyomorhurutja között*. Ez a baj rendes, vagy kissé emelkedett hőfokkal, s olykor teljesen azonos tünetekkel jár, mint a heveny fejfájdalom kezdődő időszaka, t. i. hányás, csekély fejfájás, szenvtelenség, székszorulás. sőt néha az érverés szabálytalansága és meglassubbodása. A gyomorhurut ilyen alakjai gyakrabban fordulnak elő 4—7 éves gyermekeknél, a mint arra nézve példákat *Henoch* tankönyvében (3. kiadás. 297. lap), *Rilliet és Barthez*nél (II. kötet I. r. 37. lap), valamint a fertőző bajokról tárgyaló felolvasásain I. kiadásának 23-ik lapján olvashatni. Tisztán — a *tünetekre támaszkodva* — a differentialis kórisine a gyomorhurut és a gümös agyhártyagyulladás között nem mindig megbizható; itt sokkal fontosabbak a kóroki mozzanatok, a további lefolyás és a gyógykezelés eredménye. Pseudo-meningitisre (azaz gyomorhurutra) gondolunk, ha egy eddig egészséges gyermeknél agyi tünetek lépnek fel durva étrendi kihágás vagy szokatlan eledetek után, vagy pedig ha oly gyermekről van szó, a ki soká éhezett, vagy pedig egy heveny fertőző baj után

üdülő, s ha a gyermek fokozott étvágyát vigyázatlanul elégti ki. Ellenben nem valószínű a gyomorhurut, ha étrendi kihágást nem tudunk kimutatni. Soká azonban a dolog nem marad kétséges, mert gyomorhurutnál az agyi tünetek néhány nap mulva eltűnnek, ellenben agyhártyagyulladásnál fokozódnak. A mi a gyógykezelést illeti, a calomel vagy bármely hashajtó próbakő gyanánt szolgálhat; az agyhártyagyulladás okozta tünetek a hashajtó után mit sem változnak, míg a gyomorhurut erre csakhamar megjavul.

Ebből következik a következő szabály: ha egy gyermeknél kezdődő gümös agyhártyagyulladásához hasonló tüneteket látunk, akkor 1. a végleges kórismével ne nagyon siessünk, s semmi esetre se mondjunk teljesen rossz kórjóslatot és 2. a betegnek mindenképp előtt adjunk hashajtót.

Egyébiránt ritkán fejlődnek a dolgok gyomorhurutnál odáig, hogy a kórismét kezdődő agyhártyagyulladással lehetne összetéveszteni, mert a leírt tünetek nem mindegyike szokott jelen lenni: majd hiányzik az érverés lassubbodása, majd a beteg szenvtelen-sége, néha a hányás is. Még könnyebben ismerhető fel az agyi tünetekkel is járó oly gyomorhurut, a hol különös tulajdonságát képező jeleket is találunk, mint a sárgaság, vagy legalább is a *kötőhártyák sárgás színezete*, vastagon bevont nyelv, kellemetlen száj-büz, a gyomorgödör felfúvódása és gyenge nyomásra való érzékenysége, s különösen az ajak-sömör, a mely gümös agyhártyagyulladásnál majdnem soha sincs, ellenben igen gyakran észlelhető emésztési zavaroknál. A gyomorhurut ellen, de az agyhártyagyulladás mellett szól — mint *Henoch* véli — a szabálytalan s *együttal* meglassubbodott érverés; míg ellenben maga az érverés szabálytalansága, ha az egyáltalán nem lassubbodott meg, kórismeivel értékkel nem igen bír. (Nézetem szerint még az sem döntő, ha mind a két tünet meg is van.)

Egyes szerzők azt állítják, hogy kezdődő agyhártyagyulladás tüneteit okozhatják a *bélférgesek* is. Pld. Saint-Goglimelli esetében egy 9 éves fiú rázóhideggel hirtelen megbetegedett (láz 38·5° C.), ismétlődő epehányás, mire tarkógörcs, kancsalitás, fogsikorgatás, Clamor cerebralis, s félig álomkóros állapot következett be, és midőn több mint 100 orsógiliszta eltávozott, a beteg 3 nap alatt teljesen meggyógyult. (Vracz (orvos) 1887. 605. old.) Ily eset igen sok van az irodalomban közölve, s egyáltalában nem lehetetlen az, hogy a bélférgesek által okozott bélizgalom reflectoricus úton az

agy edénymozgató idegeire származik át, s a koponyaürben keringési zavarokat okozhat, de úgylátszik, hogy az ily esetek felette ritkák, legalább én még ilyet nem láttam; sokkal gyakrabban látjuk azt, hogy a bélférges (orsó-giliszták) az agyhártyagyulladás kezdetén mennek el, de azért a bélférges ellen irányuló kezelésnek az ilyen esetekben a betegség lefolyására semmi hatása sincs.

Ugyanez mondható a *fogzásra* is. Agyhártyagyulladás közben igen gyakran fogzik a gyermek, ez a folyamat maga azonban igen ritkán okoz heveny agyvizkórtüneteket, mint álomkórság, érverés lassubbodás, tarkógörcs stb. Görcsökre hajlamos gyermekeknél fogzáskor mindenesetre lehetnek rángógörcsökre emlékeztető rohamok, de ez a kórkép gümös agyhártyagyulladásra semmikép sem emlékeztet.

A bélférges, vagy a fogzás közötti összefüggés az agyi tünetekkel azonnal kitűnik, ha az összes tünetek elmúlnak gyorsan, ha az okot eltávolítjuk (bélférges elhajtása, fogak kitörése). Tapasztalt szerzők, mint pl. *Henoch* és *Cadet de Gassicourt* elfogadják azt, hogy fogzásnál agyvérbőség fordulhat elő, a mi azután agyhártyagyulladással téveszthető össze.

Ha a gümös agyhártyagyulladás a heveny miliaris gümőkór végső időszakában fejlődött ki, s ennél fogva azt már kezdetől magas láz kísérte, akkor *hagymázra* gondolhatunk, annál is inkább, mert a hagymázt nagyon sok agyhártyagyulladásra emlékeztető tünet is kísérheti. Az agyhártyagyulladás typhosus alakjainak a hagymáztól való megkülönböztetéséről ez utóbbi fejezete alatt leendő szó. Itt csak azt jegyezzük meg, hogy gümös agyhártyagyulladás kifejezett esetei már a hőmérsék menetéből is könnyen különböztethetők meg a hagymáztól, u. i. az ideges tünetek (elfogultság, tarkógörcs, fejfájás stb.), gümös agyhártyagyulladásnál már majdnem rendes hőmérséknél is megvannak (majdnem mindig 39° aluli láznál), ellenben hagymáznál e tüneteket, a melyek ilyenkor a súlyos fertőzés tünetei, magas (40° C. körüli) láz kíséri. Az egyes tünetek közül, melyek a hagymáz ellen és a gümös agyhártyagyulladás mellett szólnak, felemlítjük az érverés lassubbodását és szabálytalanságát (bár hagymáznál az érverés elég gyakran meglassubbodott, de mindig szabályos), ugyszintén azt, hogy daczára a székszorulásnak, a has behúzódt, (hagymáznál az alhas kissé puffadt, s gyakran a betegnek hasmenése is van), továbbá az arc- és a szemizmok hűdését, egyik vagy másik vég-

tag öntudatlan mozgását, a tág, vissza nem ható látakat, a me-rev tekintetet.

Az agyhártyagyulladás kezdeti tüneteihez igen sokban hasonlitanak a *középső fülgyulladás* (*Otitis media*) tünetei.

Mivel még idősebb gyermekek is nagyon gyakran fülüket nem fájlalják, azért ezt könnyen elnézzük. Itt ép úgy meglehet a magas láz, fejfájás, hányás, kábultság, felkiáltás, nyugtalanság, sőt még rángások is, mint agyhártyagyulladásnál. Hogy a hibát elkerüljük, szabálynak tekintsük azt, hogy valahányszor egy gyermeknél agyizgatottsági tüneteket tapasztalunk, a fület mindig vizsgáljuk meg; különösen szükséges az akkor, ha fülbajra okunk van gondolni, pl. ha a gyermek náthás, garathurutja van, vagy vörhenyes, kanyarós himlős, esetleg tüdőgyulladásban fekszik. *Tröltsch* a kórisme érdekében azt ajánlja, hogy *Pollitzer* módszere szerint fujjuk át a fület. Ha a közérzet ezután feltűnően megjavul, akkor alig marad fenn kétség arra nézve, hogy izzadmányos középső fülgyulladás volt a tünetek okozója. A fülek megtapintása is értékes adatokkal szolgálhat (a fülczimpa, vagy a csecsnyujtvány nyomásra fájdalmas, a fül mögött közvetlenül, vagy a fültömirigy tájékán apró, nyirok-mirigy duzzanatok), továbbá idősebb gyermekeknél az, ha azokat a •hallóképességre nézve vizsgáljuk meg. Ha a fül folyini kezd, az összes agyi tünetek gyorsan elmúlnak.

Végre előidézethetnek agyhártyagyulladásos tünetek az agy vérbősége által, a melyek gyermekeknél megfeszített szellemi munka, napszúrás, erőszaki behatás, vagy szeszes italok élvezete folytán jöhetnek létre. Itt is hány és fejfájásról panaszkodik a beteg, hőmérséke kissé emelkedik, álmos lesz, az érverése meglaszsubbodik és szabálytalanná lesz, sőt néha tarkógörcse is van, szóval az egész kórkép kezdődő agyhártyagyulladásra emlékeztet, avval a különbséggel azonban, hogy a tünetek néhány nap múlva elmúlnak és a beteg meggyógyul.

Ugyanebbe a kategóriába tartozik a *hyszteriás eredetű ál-agyhártyagyulladás*. Így *Ollivier* (*Rev. mens. d. mal. de l'enf.* 1891. p. 573) megfigyelt egy 6 éves leányt, tuberculosus apának gyengén fejlett gyermekét, a ki 8 nap alatt folytonosan főfájásban, dugulásban és álmatlanságban szenvedett. Másnap „vadászeb helyzetében” találta őt; fényiszonyt, bőrhyperesthesiát, fogcsikorgatást, beesett hasat, lassú és szabálytalan érverést, pupilla tágulást és mystagmat konstatált rajta; később fel-felkiáltás, a végtagok görcsös

mozgása, félrebeszélés és végre álmokör csatlakozott hozzájuk. Néhány nap múlva azonban fokozatos javulás vette kezdetét és a leány 6 hét múlva falura utazott. *Ollivier* az esetet a gümös agyhártyagyulladás mintaszerű gyógyult esetének vélte, de mikor a gyermekén csakhamar jelentkezett a hiszteriás állapot: a minden ok nélkül való sírás vagy nevetés, éjjeli félelem, továbbá a bordaközi idegek neuralgicus fájásáról és hátfájásról stb. panaszkodott, akkor megmásította nézetét. s az esetet hiszteriás eredetű ál-agyhártyagyulladás néven írta le.

Az ilyen esetek abban különböznek a valódi agyhártyagyulladásától, hogy láz nincs, továbbá nincs változás a szemfenéken (neuritis optica), a n. facialis és a szemidegek nem hűdöttek, a pupillák szimmetrikusak, a bandzsalság és a helyi fejbéli tünetek hiányzanak.

Az agyhártyagyulladás második időszakában, a hol az agy nyomásnak összes tünetei jól kifejezettek (kábultság, hűdések és rángások, láták ingerekre vissza nem hatnak stb.), a hol tehát a baj agyi eredete kétségtelen, a kórismét csakis a másfajta agybajokkal való összetévesztés nehezíti. Ide tartozik: 1. az egyszerű heveny fejkör; 2. egyes alképletek által okozott körülírt agyhártyagyulladás, mint pl. egyes gümök, gummák, sclerosis (*Cadet de Gas-sicourt*); 3. a heveny genyes agyhártyagyulladás; 4. az agy vérszegénysége és vizenyője; 5. passiv vérbőség és az agyöblök eltömülése.

Mindezen esetekben a kórismét kevésbé az egyes tünetekre, mint inkább a körelőzményi adatokra és a lefolyásra alapítjuk.

1. **Az egyszerű heveny fejkör tünetei és lefolyása** tekintetében azonos a gümös agyhártyagyulladással. Az egyedüli tünet, a mely csakis a gümös agyhártyagyulladásnál fordul elő, t. i. gümök jelenléte a szemfenéken, inkább elméleti értékű, mert felette ritkán fordul elő. Egyszerű savós agyhártyagyulladást feltételezhetünk, ha a gyermek még 2 éven alul van, ha betegsége előtt teljesen egészséges volt, ha nem voltak lappangási tünetek, ha a körelőzményi adatok között gümökörra alap nincs, s végre ha a beteg meggyógyul.

Némely esetekben a nem gümös heveny fejkörtség kórisméjét megkönnyíti a lefolyás sajátosságai. Vannak ugyanis látszólag teljesen ép, jól táplált, sőt kövér gyermekek is, a kiknek nincs öröklött hajlamuk a gümökörra, de jellemzi őket az agyvértódulásra való hajlam; a negyedik hónaptól kezdve, többé-kevésbé hosszú időközökben eclampticus göresöket kapnak, hányás

és lázas mozgalmak kíséretében. A rohamok havonként egyszer vagy kétszer ismétlődnek, de mindenkor úgyszólván nyom nélkül eltűnnek, míg végre egy ilyen roham után kifejlődik az agyhártyagyulladás. Az egyszerű fejkörtség kórisméjét különösen könnyű megállapítani a huzamosan lefolyó esetekben, mikor az agyhártyagyulladás egy hónapnál tovább húzódik el. Néha a lassan fejlődő vizenyő idült hydrocephalusba csap át, vagy pedig teljes gyógyulással végződik.

2. A lefolyásban semmi különösét nem tapasztalunk azon körülírt agyhártyagyulladásnál, a mely egy álképlet körül fejlődött ki. *Cadet de Gassicourt* a meggyógyult agyhártyagyulladás összes eseteit ide sorolja, azaz a kórismét úgyszólván utólagosan állapítjuk meg. Ő egyáltalában kétségbevonja az önkeletkezésű — idiopathicus, — nem gümös eredetű agyhártyagyulladásokat.

3. A heveny genyes agyhártyagyulladás kórisméjét illetőleg l. a következő fejezetet.

4. *Agyvérszegénység* vagy hydrocephaloid alatt értjük azt a tünetcsoportozatot, a mely a súlyos hasmenések alkalmával legyengült gyermekeknél áll be. E baj lényegét visszavezethetjük a verőerek megszűkülésére és a vivőerek túltelttségére, a mit a szív gyengesége okozott: a megnehezített keringésnek további következménye az agyburkok vizenyője, savófelhalmozódás az agygyomrocsokban, s végre kimerülés folytán agysorvadás (*Hydrocephalus ex vacuo*).

A keletkezés rohamossága szerint megkülönböztetünk heveny és félheveny hydrocephaloid alakot. A heveny alak csecsemőknél fordul elő, s a gyermek-kolera egyik következménye, ellenben a félheveny alak 2 éven felüli gyermekeknél, idült hasmenések következményeképp fordul elő.

Első esetben a makacs hányás és hasmenés után néhány nappal agyizgatottsági tüneteket látunk, (nyugtalan-ságot, álmatlanságot, a beteg fejét a párnán folyton dörzsöli), mire nemsokára kifejlődnek az agy lehangoltságának jelenségei, mint erőtlenség, szívgyengeség, mi mellett az érverés igen kicsi és szapora, a szemek fátyolozottak, a fontanella behorpad és a gyermek álmkóros, részleges (a tarkó és végtagok) vagy általános görcsöket kap és teljes elerőtlenedés és aluszékonyság tünetei között elpusztul. Az egész betegség 5—7 napig tart. Az agyhártyagyulladásról való különzeti kórismét a körelőzményi adatokra (a betegség bő, vizes hasmenéssel és igen sok hányással kezdődött), továbbá az összeesési tünetekre

(behorpadt fontanella, általános elgyengülés, rendszeren aluli hőmérsék) és a gyors lefolyásra alapítjuk.

A félheveny hydrocephaloid alak fokozatosan fejlődik, s ennél fogva inkább hasonlít a gümös agyhártyagyulladásához. A gyermeknek már hetek óta van hasmenése, ennél fogva annyira lesoványodott, hogy bőre mindenütt redőbe emelhető, *lábai* és *szemhéjai* gyakran *vizenyősen beszűremkedvők*; izgékony, álmatlan, hirtelen zajra összerezzen, szóval agyizgatottsági tüneteket árul el, olykor hány is, de az *érverése* sem *meg nem lassúbbodik*, sem *nem szabálytalan*, hanem kicsi és szapora akkor is, ha néhány nap múlva szenttelen lesz és még később is, ha már tökéletesen kábult és látái kitágultak és gyengén reagálnak. A kábultsági időszakban lehet tarkógörcse, általános görcse, Trousseau-féle foltja stb., szóval beáll az a körkép, a mi a gümös agyhártyagyulladás későbbi időszakához nagyon hasonlít, és a kórisme még sem nehéz, mihelyt tudjuk a kórelőzményből azt, hogy a gyermeknek kimerítő idült hasmenése volt. A hydrocephaloid és a heveny fejfizkór közötti egyes eltérő tünetekből megemlíthetők a következők:

Hydrocephaloid.

Hőmérsék rendszeren aluli 35·5-től egész 36·5.

Érverés mindig kicsiny, szapora és gyenge, de szabályos.

Hányás gyakran hiányzik.

A betegséget megelőző hasmenés még az agyi tünetek felléptével is tovább tart, s csak kevéssel a halál előtt szűnik meg.

Az általános gyengeség kórképéhez gyakran csatlakozik a *lábak* és az arcz vizenyője (Widerhofer).

A *fontanella* behorpad.

Az *arczizmok* nem *hűdöttek*.

Heveny fejfizkór.

Subfebrilis 37·8—38·2 vagy lázas.

Kezdetben lassúbb, később szapora, de mindkét esetben szabálytalan; a halál előtt igen szapora, fonászerű.

A betegség kezdetén feltétlenül van, többnyire ismétlődve.

A székrekedés az agyi tünetek fellépése óta csaknem mindig megvan; ha előbb a betegnek hasmenése volt, az ilyenkor rendszeren elműlik.

Vizenyő nincs, még végső kimerülésénél sem.

A *fontanella* elődomborodott és feszült.

Gyakori hűdések.

5. A súlyos agyi tünetekkel járó passív agyvérbőség kivá-
lón kis gyermekek számárhurutjánál fordul elő.

Ide vonatkozólag Henoch „Gyermekebetegségek“ 425 l. 3. kiadás
pl. érdekes esetet közöl. Egy gyermeknél a súlyos számárhurut
rohamok rángógöresöket okoztak, s később fokozatosan egyéb agyi
tünetek is fejlődtek a bajhoz: mint kancsalság, távolba szegzett
merev tekintet, szopási mozgások, aluszékonyság, továbbá tarkó-
és végtagmerevség; 20 nap mulva kábultság tünetei között bekö-
vetkezik a halál. A halálos kimenetel előtt 11 nappal hurutos tüdő-
gyulladás okozta láz ($38.4-39.2^{\circ}$) is közrejátszott abban, hogy a
hasonlatosság agyhártyagyulladással annál feltűnőbb legyen. Henoch
gümös agyhártyagyulladást kórismézett és — tévedett. A bon-
czolásnál az agy és burkaiban csak pangási vérbőséget találtak, a
minek okát a köhögési rohamokban és a tüdőgyulladásban találták.

Az agyi tüneteket a passív agyvérbőségnek csak akkor tud-
juk be, ha ezt gyenge szívműködés is kíséri: mint az arcz el-
kékü-
lése, a végtagok elhidegülése, esetleg vizenyője, s feltűnő kicsiny
érverés. Az ilyen betegek érverése soha sem *lassubbodott és sza-
bálytalan*, s annál kevésbé szabálytalan, mély sóhajtásoktól kísért
a légzés; a légzés sokkal inkább *mindig felületes és igen szapora*
(percenként 80—100). Az ilyen körképet okozhatják — eltekintve
a számárhurutól — más, az agyban vivőeres pangást okozó elő-
feltételek, mint pl. sinus thrombosis, s ennél fogva legyünk nagyon
óvatosak a gümös agyhártyagyulladás kórisméjével akkor, ha
a beteg cyanoticus, vagy esetleg nála a szívgyöngeségnek egyéb
tünetei vannak, s különösen akkor, ha *sinus thrombosisra* a gyanu
fennforog. Utóbbi leginkább a halántékesont-szuvasodással járó
fülgulladásához társul, vagy pedig annak oka abban van, hogy a
vivőeres vér visszafolyása a koponyában akadályozott, pl. akkor,
ha a túltengett nyiroknírigyek a felső ürös vivőeret összenyom-
ják, vagy pedig akkor, ha a szívgyöngeséget hasmenések vagy
más, nevezetesen lázas, kimerítő betegségek okozták.

A sinus thrombosisat bizonyos körülmények között már az
élőben is felismerhetjük s pedig akkor, ha egy kiterjedt agybán-
talom különféle tünetei mellett (hányás, fejfájás, kábultság, csuklás,
tarkógöres) még oly jelenségeket is észlelünk, a melyekből egyik
vagy másik sinusban levő thrombusra kell következtetnünk. A si-
nus transversus thrombosisának a tüneteihez tartoznak: a fül mö-
gött egy vaskos vizenyős beszűremkedés (hogy az megtörténhessék,

kell, hogy a thrombus a hátulsó fül-vivőerekbe is belemenjen), továbbá a beteg oldalon a vena jugularis externa eltömülése (gyermekneknél ezek a vivőerek általában ki nem tapinthatók, ennél fogva gyermek-praxisban ez a tünet alig is fordul elő). A sinus cavernosus thrombosisánál a szemgolyó kissé kidülled, (mert a vena ophthalmicában pangás van), a szemhéjjak, sőt olykor az egyik arcfél is vizenyős. — a sinus longitudinalis superior eltömeszelésénél az arcz szederjés, a fejtetőtől a halánték felé futó kék erek kitágultak, orrvérzés. Fájdalom, ezeket a thrombosisokra jellegző tüneteket korántsem látjuk mindig, s a kórismét legfeljebb hozzávetőlegesen állapítjuk meg.

A lágy agyburkok genyes gyulladása — Meningitis simplex s. purulenta — a mint már említettük, a gümös agyhártyagyulladástól a kórok által különbözik; a különbség egyébként kevésbé az egyes tünetek, mint inkább a tünetek csoportozatában és a fölötte heveny lefolyásban van. A gümös agyhártyagyulladásnak minden tünete itt is előfordulhat. A gümös gyulladással ellentétben, mely az agnyomási tünetek fokozatos fejlődése által tűnik ki, a genyes agyhártyagyulladás hirtelen köszönt be, azaz nincs előhírnöke: a rázóhideg, heves fejfájás, hányás és gyors hőemelkedés egész 40^o-ig, majdnem egyszerre áll be. Gümös agyhártyagyulladás első hetében a gyermek nem is gyakorol reánk olyan benyomást, mintha az súlyos beteg volna; csak mérsékelt fejfájásról panaszol, szédül, szenttelenül fekszik nyugodtan ágyában, de teljesen eszmél. Ellenben genyes gyulladásnál a beteg már az első nap, vagy legkésőbb a második napon, nagyon nyugtalan: ágyában ide-oda veti magát, félrebeszél, felugrik, s meglátszik rajta a megzavart lelki egyensúly és a zavart öntudat. *Már a kezdetben súlyos beteg benyomását gyakorolja reánk.* 3—4 nap mulva öntudata teljesen elvész, részleges vagy általános görcsöket kap és kábult, s már az első hét végével, esetleg már előbb is meghal. Ép a tünetcsoport eme gyors keletkezésében, továbbá a rohamos, halálos kimenetelű lefolyásban van a főkülönbség a genyes és a gümös agyhártyagyulladás között.

A mi az egyes tüneteket illeti, ezek, a mint már említettük is, a kórismének támaszt nem nyújtanak.

A fejfájás genyes agyhártyagyulladásnál sokkal hevesebb, mint a gümösnél. A *hányás* és *székrekedés* mindkét esetben körülbelül egyforma, de a gümös alaknál a has jobban behü-

zódott, (talán mert a baj tovább tart, mert kezdetben a has kevésbé hűződik be).

Az *aggyomási tünetek*, mint a meglassúdott és szabálytalan érverés, továbbá a tág, fényre vissza nem ható láták, egyszerű genyes alaknál esetleg nincsenek is meg, (a betegség első napján az érverés mindig megfelel a hőmérséknek, szapora és telt, ellenben a láták szűkek), s pedig azon esetben, ha a plexus choroidales-ek a gyulladásban nem részesek, s ennél fogva az aggyomrocok nincsenek kitágulva; ellenkező esetben az érverés lassúbb és szabálytalan a genyes agyhártyagyulladásnál is, habár a magas láz miatt nem is annyira kifejezetten.

Az *arcz és a szemidegek bántalma* — a melyek az agy alapján crednek — agyalapi gyulladásnál állandóbb és jobban kifejezett tünet, mint a meningitis convexitatisnál.

Gümös gyulladásnál a *láz* mérsékelt ($38\cdot5^{\circ}$ -ig), sőt a betegség tetőfokán esetleg nincs is láz, ellenben genyes gyulladásnál a láz már kezdettől fogva magas (40° C), s végig ezen a fokon marad.

Általában azt mondhatjuk, hogy a jellegző tünetekből az agyhártyagyulladások mindkét alakját egymástól megkülönböztetni könnyű, de olykor mindkettő szabálytalanul folyik le, s akkor a differentialis kórismét felállítani nehéz, különösen akkor, ha nem ismerjük a kórelőzményi adatokat és a kórokat. Így pl. a gümös agyhártyagyulladás, ha az egy, a tüdőgümőkór végső szakában fekvő gyermeknél lép fel, igen rohamosan fejlődik és már néhány nap múlva halállal végződik, (Rilliet és Barthez), vagy ha a gümők nemcsak az agyalapon fejlődnek, hanem egyidejűleg az agyféltekék lágy agyburkaiban is genyes gyulladás fejlődött. Ilyenkor a tüneteket akkor ítéljük meg helyesen, ha első sorban a kórelőzményi adatokat és a kórokat vesszük figyelembe.

Másrészt azonban az egyszerű genyes agyhártyagyulladás olykor meglehetősen lassan fejlődik ki, csaknem lappangva, s ha az agyalapra és a gyomrocokra is áttérjed, akkor nagyon hasonlít a heveny fejkörhöz. Ilyen lefolyása van pl. gyakran azon agyhártyagyulladásnak, a mely középső fülgyulladásnál a sziklaesont szuvasodása folytán, sőt néha még a nélkül is fejlődött. Az ilyen alaku agyhártyagyulladásokat többé-kevésbé súlyos agyi tünetek előzhetik meg, a melyeket a sinus thrombosisok, a kemény agyburkok gyulladása, vagy az agyfekélyek (gummák) következtében megzavart koponyaür-

beli vérkeringés idéz elő. Ilyenkor az agybántalom hetekre is elhúzódhatik a nélkül, hogy azt pontosan körismézhetnők. A körök itt nem irányadó, mivel az ilyen esetek elgyengült és görvélyes gyermekre vonatkoznak, s ennél fogva nem tudjuk eldönteni azt, hogy ezt az agyhártyagyulladást az általános gümőkóros hajlam, vagy a fülbántalomból eredő ok idézte-e elő.

Igen sokféle lehet azon kóros folyamat, a melylyel a heveny genyes agyhártyagyulladás összetéveszhető, minél fogva könnyű a tévedés. Részemről (s valószínűleg mások is) különösen abban tévedtem, hogy akkor is agyhártyagyulladást körisméztem, a mikor a betegnek más baja volt. Téves körismére vezethetnek az összes heveny lázas megbetegedések, a melyek magas láz, hányás és általános görcsökkel kezdődnek, de különösen azon bajok, melyeknél a görcsök ismétlődnek, s a melyeknél az öntudat zavart, tévengések és kábultság észlelhető, a mint azt igen gyakran különösen súlyos vörheny, himlő és tüdőcsücs-gyulladásoknál tapasztaljuk. A hasonló esetek körisméjét a rángógörcsök és a tüdőcsücs-gyulladás fejezeténél már bővebben tárgyaltam. E helyen még csak a következőt akarom megjegyezni: a három előbb említett fertőző megbetegedés csakis az igen súlyos esetekben hasonlít az agyhártyagyulladásához, ha t. i. kifejlődésükkor a hőemelkedés igen magas; minthogy ily magas láz agyhártyagyulladásnál ritkán fordul elő, azért, ha a megbetegedés első vagy második napján a végbélben 40.5° -nél magasabb lázat találunk, ez a körülmény határozottan agyhártyagyulladás ellen szól.

Az előbb említett bajok között a vörhenyt leghamarább ismerhetjük fel, mivel a kiütés oly hamar jelentkezik, hogy az orvost legfeljebb egy napig hagyja kétségben. Himlőnél a kiütés csak a 3-ik napon fejlődik ki, s ha sem a körelőzményi adatok nem utalnak arra, hogy a beteg esetleg himlővel lett fertőzve, sem prodromalis petécs kiütés nem látható, akkor a körjelzés 3 napon át bizonytalan. *Himlőoltási hegek* egy súlyos himlőt biztosan kizárnak. Tüdőcsücs-gyulladás még 5—7 napig is bizonytalanságban tarthat. Agyhártyagyulladás ellen és tüdőgyulladás mellett szólnak a következő körülmények: nem találjuk az okot, mely meningitis converxitisra vezethetett volna; a betegség náthával kezdődik (ha t. i. a tüdőgyulladás, mint rendszeren, influenzához társul); az igen magas láz (tüdőgyulladásnál gyakran $41-41.5$, sőt 42°) sem arcz, sem szemizomhűdés, sem pedig tarkómerevség nem

észlelhető (oly tünetek, melyek ismétlődő rángásokkal járó tüdőgyulladásnál előfordulhatnak ugyan, de tényleg igen ritkák); a lefolyás: a heveny genyes agyhártyagyulladás fokozatosan fejlődik, s ha már görcsök is léptek fel, a halál nem soká késik, az állapot naponta rosszabbodik, míg tüdőgyulladásnál — eltekintve a rángásoktól, az állapot napokig sem változik, s később ha már a gyulladással tünetek kifejlődtek, az agyi tünetek többé-kevésbé gyorsan megszűnnek. A szaporább légzésnek nincsen valami különösebb kórismei jelentősége, mivel kis gyermekek agyhártyagyulladásánál is előfordulhat. Rángásokat tüdőgyulladásnál, úgyszólván csak két éven alóli gyermeknél észlelhetünk. Másféle lázas megbetegedéseknél, a melyek ugyancsak görcsökkel kezdődnek, legfeljebb egy napig lehetünk a kórismét illetőleg bizonytalanságban, mert itt a rángógörcsök ritkán ismétlődnek, s az eszmélet gyorsan visszatér, ennél fogva nem hasonlít az eset egy esetleges agyhártyagyulladásához.

A fejfájást illetőleg megjegyzendő, hogyha annak oka magas láz, úgy a félrebeszélés és az önkivületi állapot a láz megszűntével elmúlik. ellenben heveny agyhártyagyulladás esetében a gyermek önkivületi állapotban is a fejéhez kap, vagy nyög.

Ha a gyermeknek láztalan állapotban van rángógörese, még ha az ismétlődik is, s azt kábultság s esetleg egyéb agyi tünet is kíséri, már csak azért sem téveszthető össze ez az állapot heveny agyhártyagyulladással, mert a hőmérsék rendes, vagy legalább is közel áll ahhoz.

Igen hasonlíthat az agyhártyagyulladásához az *uraemia*, de ennél az orvost a kór oka segíti ki a zavarból, ugyanis: a beteg már, mielőtt még nála az agyi tünetek (fejfájás, hányás, általános rángások, eszméletlenség vagy tévengés) jelentkeztek volna, vesebajos volt, s ha a körelőzmény ismeretlen, akkor megkapjuk a kellő felvilágosítást, ha a vizelletet megvizsgáljuk.

Végre felemlítjük még az *íjzaratok gyulladását is*, a hol hasonlóképp agyi tünetek mutatkozhatnak. Ez a baj teljesen jó közérzet mellett láz és hányással kezdődik, mire a többi agyi tünetek, mint öntudatlanság, tarkógörcs, tévengések és kábultság jelentkeznek. Néhány nap múlva a beteg meggyógyul, de megsiketül s járása még hetek múlva is ingadozó. Az ilyen esetek azért sajátosságok, mert a beteg gyorsan meggyógyul és a bántalom következtében megsiketül. A betegség boncztoni jellege még nincsen kellőleg

megvilágítva; egyes megbízható szerzők, mint pl. Tröltsch, valószínűnek tartják azt, hogy ilyenkor nem a tömkeleg megbetegedéséről van szó, hanem arról, hogy az agyhártya körülírt helyen betegedett meg, ott t. i., a hol a két hallóideg a negyedik agyi gyomrocsonk fenekéről kilép.

Igen nehéz, sőt lehetetlen az agyhártyagyulladást felismernünk akkor, ha az egy heveny lázas megbetegedés alkalmából fejlődött ki, a mely betegség már magában véve is, tekintve a magas lázat, agyi tünetekkel jár. A nehézséget már az is eléggé kifejezi, hogy mint *Huguenin* (Ziemssen, Handbuch 220 old.) mondja, „nem ismerünk egy tünetet sem, mely minden esetben és mindig észlelhető volna, s agyhártyagyulladás nélkül is ép úgy előre fordulhatna.“ Heveny fertőző bajhoz csatlakozó agyhártyagyulladásnak aránylag fontosabb jeleit képezi: a hirtelen beálló vagy rohamosan növekedő fejfájás, a gyorsan kiterjedő tévengés, a nagyfokú tarkógöres, a szemizmok hűdése és a vivőeres pangás a papillában. Ilyen esetben talán a *Kering*-féle tünet még a legmegbízhatóbb és ez abban áll, hogy ha a beteget felültetjük, akkor az lábikra-göröcsöket kap.

A járványos agy-gerinczagygyulladás — Meningitis cerebrospinalis epidemica — tüneteiben inkább hasonlít a genyes, mint a gümös agyhártyagyulladásához. Kifejezett esetekben minden előjel nélkül magas lázzal, hányással és heveny¹ fejfájással kezdődik; nemsokára az eszmélet megzavarodik, a beteg félrebeszél és nyugtalan, mire rángások, coma s egy hét múlva bekövetkezik a halál.

A klinikai különbség ezen és a genyes agyhártyagyulladás között a bántalom kórboneztani különbségében rejlik és abban áll, hogy az agyhártyák gyulladásának tüneteire még a gerinczvelő részéről eredő körtünetek is csatlakoznak; e tünetek pedig abban nyilvánulnak, hogy a tarkó és hátizmok már a betegség kezdetén göröcsösen összehúzódnak; a hát minden legcsekélyebb mozgatása, úgyszintén a csigolyatövisekre gyakorolt nyomás igen élénk fájdalmat okoz, mely különösen az ágyéki és a nyaki gerinczoszlop részletein igen heves, a mellett igen ki van fejezve a bőr túlérzékenysége, s a végtagok fájdalmas volta (a hátulsó gyökök is részt vesznek a gyulladásos folyamatban). A tarkógöres és a bőr túlérzékenysége ugyan előfordul egyéb agyhártyagyulladásnál is (genyesnél ép úgy, mint gümösnél), de az azoknál nem oly nagyfokú

és itt a hát nem is fájdalmas. Tekintettel kell még lennünk e bajnál egy különösen fontos megkülönböztető jelre is, t. i. az arczsömörre, néha pedig a törzsön előforduló övsömörre is.

Bizonyos tekintetben a lefolyásban is különbözik az egyszerű genyes agyhártyagyulladás az agy-gerinczagygyulladástól.

Csak súlyos esetekben végződik már néhány nap múlva halálosan; a járványos agy-gerinczagygyulladás rendszerint azonban a lefolyás tekintetében igen ingadozó, úgy a lázat, mint minden más egyéb tünetet illetőleg, mert határozott hajlama van az ingadozásokra, a mennyiben majd javul, majd rosszabbra fordul az állapot. A betegség kezdete után néhány nappal a láz kezd alászállani, a mellett az ideges tünetek is alábbhagynak, majd néhány nap múlva újra rosszabbra fordul az állapot, s ily módon a baj hetek, sőt hónapokra is elhúzódhatik; ha a dolog jóra fordul, olykor az eset meggyógyul, a mi azonban nem állandó, mert rendszeren előállanak bizonyos hűdési tünetek: mint sükettség, vakság, szellemi tompultság és végtaghűdések.

Az agy-gerinczagygyulladás, mint minden járványos betegség, lefolyásában igen különböző lehet. Vannak annak minden lehetséges átmeneti alakjai, kezdve a legsúlyosabb esetektől, a melyek rángásokkal és kábultsággal kezdődnek s néhány nap múlva halállal végződnek (Meningitis siderans), egész a legenyhébb esetekig, az u. n. abortiv alakokig, a melyek csak fejfájással, enyhe lázzal és jelentéktelen tarkógörcsessel járnak. Az ily különös esetek kórismézése csak a járvány tartama alkalmával lehetséges.

Megemlítendő még két tünet, a mely az agy-gerinczagyhártyagyulladásnál bár nem feltétlenül, de nem is ritkán megvan, s esetleg tévedésekre adhat alkalmat; ez a roseolaszerű kiütés, a mi leginkább a törzsön terjed el, és fennálló lépmeagnagyobbodás mellett esetleg hagymáz felvételére késztet, a másik tünet pedig az ízületek gyulladása, a mi heveny ízületi csúzzal téveszthető össze. Mindkét esetben az agyhártyagyulladás kórisméje már eléggé korán megállapítható és pedig a korán és nagyfokban fellépő agyi tünetekből. Ez alkalommal még megjegyzem azt, hogy egyik esetben egy egyéves gyermeknél mindkét térdizületben savós gyulladás és térdzsugorodás állott be már a betegség első napjaiban (a negyedik napon), s az agyhártyagyulladás hetekre terjedő lefolyásában, nemkülönben még a gyógyulás után is egyideig megmaradt; a térdizületi zsugorodás pedig csak egyhavi rendszeres massage után engedett.

Hogy az agy-gerinczagygyulladás, valamint a gümös agyhártyagyulladás tünetei sokban hasonlíthatnak a nyakizmok csúzos megbetegedéséhez, a többi között *Cadet de Gassicourt* (Arch. f. Kinderheilk. X. kötet, 397.) következő esete is bizonyítja: egy 4 éves fiú, — kinek testvére gümös agyhártyagyulladásban meghalt — a kórházba való felvétele előtt 4 nappal hirtelen ismétlődő hányásban betegedett meg; nemsokára fellépő székrekedés, heves fejfájás, fájdalmas felsikoltások. Felvételekor a jelen állapot: tévengések, szenvtelenség, szopó mozgások és fogcsikorgatások; érverés = 100; gyakori sóhajtozások; hő = 39.0, nemsokára beállott a tarkógörcs és a bőr túlérzékenysége; a láták kitágultak, egyenlőtlenek; a has nem behúzódott. Kórisme: Meningitis tuberculosa, (tekintetbe véve a rohamos kezdetet, a tévengéseket, a jól kifejezett tarkómerevséget, a kevéssé meglassubbodott érverést és a túlérzékenységet, részemről inkább Meningitis cerebrospinalisnak tartottam). A következő két napon a tarkógörcs fokozódik; a 8-ik napon az általános állapot nem változott. de vannak már *Trousseau*-féle foltok; a beteg felsikolt, a mint az ágyban feligazítják, de feje mozdulatlan; a nyak vizsgálatánál a 4-ik és 5-ik nyaki csigolya tája jelentékenyen fájdalmas; a fejet oldalról forgatni könnyű, de mellfelé hajlítani lehetetlen. Kórisme: Rheumatismus cervicalis. A további lefolyás igazolta *Cadet* felvétele szerint a kórismét, mert a tünetek a betegség 13-ik napján eltűntek, s néhány nap múlva a beteg a kórházat gyógyultan hagyta el.

A vizelet és nemi szervek betegségei.

A vizelet tünettana.

Fehérnyevizelés.

A normalis vizeletben, mint ismeretes, fehérnye nincs, ennél fogva minden fehérnyevizelés kóros állapot. Ez alul kivételt képez az u. n. *életlani fehérnyevizelés*, a mi a gyermekeknél ép oly gyakori, mint a felnőtteknél! *Leroux* (Rev. de medicin 83. 3. és 10. sz.), a ki 330 egészséges, 16 éves korig terjedő gyermekek vizeletét vizsgálta, 19 esetben fehérnyét talált (9 fiú és 10 leány 6—15 éves korig, azaz 1-et 17-hez), ellenben *Leube* felnőtteknél 1-et a 19-hez talált fehérnyét a vizeletben. *Leroux* eseteiben a fehérnyevizelés tartós volt 5 esetben, ellenben időszakos (a vizelet-

letben fehérnye csak kevés és fokozott mozgások után volt), csak 14 esetben.

Az élettani fehérnyevizellést felismerni nem nehéz, de csak akkor, ha az észlelés folytonos, mert csak ez által tudjuk a kezdődő vesebajt előre kizárni. Az élettani fehérnyemennyiség rendszerint oly csekély, hogy a vizelet főzésénél csak zavarodás képződik, de nem pelyhes csapadék (0.1-nél kevesebb); a fehérnye ilyen esetekben csak a nap bizonyos időszakában lép fel a vizeletben, főleg ebéd és mozgás után — *időszakos fehérnyevizelés*. Ha aránylag sok a fehérnye, akkor az a reggeli vizelettel is kiválik, de az élettani fehérnyevizelésre mégis mindig jellegző az, hogy az éjjeli vizeletben fehérnye nincs, minélfogva azt *időszakos*, vagy felkelési fehérnyevizelésnek is nevezzük. *Pavy* fontos megkülönböztető jelnek tartja az élettani és a kóros fehérnyevizelés között azt, hogy az első esetben a fehérnyét a szervi savak (citrom-ecetsav) lecsapják, ellenben kóros fehérnyevizelésnél ezek a savak hozzáadása a vizelet főzése nélkül, negatív eredményű. Ha a vizeletben a fehérnyén kívül a vérnek is vannak nyomai, akkor az élettani fehérnyevizellést kizárhatjuk.

Ez nem egyértelmű az időleges fehérnyevizeléssel, mert az utóbbi lehet kóros folyamat is, s pedig akkor, ha egyuttal vesehomok kiválasztással függ össze.

Az élettani fehérnyevizelléstől való megkülönböztetése nem nehéz, mert ilyenkor a friss vizeletben húgysavas sókból eredő homok mindig kimutatható. Jelentőséggel birhat még továbbá azon körülmény is, hogy élettani fehérnyevizelésnél a nap bizonyos szakában fehérnye van a vizeletben, ellenben húgysavas diathesisnél az egyes fehérnyés időszakokat több napon szabad időszakok váltják fel, néha a homok kiválasztását vizeletrekedés (dysuria) és heves alhas táji fájdalmak (vesekólika) is kísérik. Ha a beteg subjektív fájdalomról nem panaszkodik, akkor vesehomok által okozott fehérnyevizelés ugyan nincs még kizárva; ha ellenben a vizeletben periodicusan jelenlevő fehérnye mellett időszakonként vér is van, akkor bizonyosra vehetjük, hogy a vizeletben vesehomok is van.

A periodicus albuminuria más esetekben sokáig megmarad a heveny nephritis után, de 6—12 hónap alatt elmúlik. Fejlődhetik-e ilyenkor chronicus nephritis, eddig nem tudjuk.

A fehérnyevizelés magában véve még semmit sem bizonyít, s a kórismére semmiféle döntő ereje nincsen, mert ennek igen

sokféle oka lehet, s igen sok körülménytől is függ az. Ez csak tünet, a melynek csak akkor van értéke, ha az más tünetekkel is kapcsolatban áll.

Ha a fehérnye a vizeletben, ennek már a vesékből való kiválasztása pillanatában van jelen, akkor az *valódi* vagy *vesékből eredő fehérnyevizelés*; ha ellenben a fehérnye a vizeletben a genynek vagy vérnek későbbi hozzákeverődése folytán, azaz a veséken kívül, járult hozzá, akkor az álfehérnyevizelés — *Pseudoalbuminuria*. A két alakot egymástól megkülönböztetni nem nehéz, mert a valódinál górcső alatt rendszerint hengereket lehet találni, s ha ezeket a legenyhébb vese-albuminuriánál nehéz találni, akkor az álfehérnyevizelés mégis könnyen kizárható abból, hogy a vizeletben nincs geny és vér. Álfehérnyevizelésre következtetünk akkor, ha a vizeletben geny és vértartalom daczára csak kevés fehérnyét, de hengereket egyáltalában nem találunk; ha azonban a vizeletben geny és vér van s a fehérnyemennyiség oly magas, hogy ez a vér és geny hozzákeverődésének nyilván nem felel meg, s e mellett a vizeletben hengerek is vannak, akkor az *kevert fehérnyevizelés*.*)

Ha a valódi fehérnyevizelés kétségtelen, akkor az a kérdés, hogy az honnan származik. E tekintetben legkönnyebben úgy tá-

*) A közönséges fehérnyevizeléستől szorgosan elkülönítendő a *Peptonuria*, mert a pepton-kiválasztásnak a vizeletben egészen más jelentősége van, mint a vérsavó fehérnye kiválasztásnak. A pepton nincs valami vesebajjal egybekötve, hanem arra mutat, hogy a vér vegyi alkata változott meg, s ennél fogva az gyakran fehérnye nélkül fordul elő a vizeletben, a mi által a vizeletben a peptont igen könnyű kimutatni. Ha a vizeletben sem főzésre, sem légenysav hozzáadásra csapadékot nem kapunk, de az a metaphosphorsav tartalma miatt megzavarodik, akkor az pepton-tartalmú; (hogy a szükségelt metaphosphorsav odatot-előállíthassuk, elégséges, ha egy kis darab savat néhány pillanatra 15 gramm vízbe mártunk; az odatot cseppenként adjuk a vizelethez). Ha a vizeletben fehérnye van, ezt a reactio szinte kicsapja, a miért is azt előbb el kell távolítani. A peptonuria leggyakrabban akkor fordul elő, ha a szervezetben genyedő göczok vannak — *pyogen peptonuria* — s alkalomadtán bizonyos betegségek differentiál kórisméje gyanánt is szolgálhat, mint pl. genymell és a savós mellhártyagyulladás, vagy az egyszerű heveny fejevizkórtól (Meningitis serosa infantum), az agy-gerinczagy, vagy az egyszerű genyes agyhártyagyulladás. Feinötteknél pepton lehet a vizeletben scorbutnál — *hämato-gen peptonuria*, bélfekélyeknél — *enterogen peptonuria* és heveny sokizületi csúznál; mielőtt tehát a peptonuria alapján valami kórismét akarunk felállítani, előbb ezeket ki kell zárnnunk. A gyermekkori peptonuria részletes vizsgálatáról az irodalomban adatokat nem találtam.

jékozzuk magunkat, ha az összes vesebajokat heveny és idült csoportba osztjuk. Az első csoportba tartozik a heveny parenchymás vesegyulladás s a tőle elválaszthatatlan — glomerulo Nephritis, továbbá a heveny interstitialis vesegyulladás és végre a legenyhébb vesebaj, a Nephritis desquammativa vagy a veseburut, a mi klinikai szempontból a heveny vesevérbőségen és az u. n. zavaros duzzadásban, vagy a vesehámsejtek elszarusodásában áll.

Az idült csoportba tartoznak az idült parenchymás vesegyulladás, a vese keményes (amyloid) elfajulása, a vesezsugorodás (a primár, idült, interstitialis nephritis), a pangási vese és a vese rosszindulatú álképletei (sarcoma vagy rák).

Valjon heveny vagy idült fehérnyevizeléssel van-e dolgunk, azt a körelőzmény dönti el: első esetben a vizelletben a fehérnye csak néhány napja, esetleg legfeljebb 2—3 hónapja van, utóbbi esetben már hónapok, sőt évek óta.

A heveny fehérnyevizeléset a gyermekkorban leginkább a **heveny parenchymás vesegyulladás** okozza, a mely rendszerint glomerulo-nephritissel áll kapcsolatban, vagy pedig ez utóbbi képezi annak egyedüli okát. A vizellet fehérnyetartalma magában véve a vesebaj mellett még nem bizonyít, csakis akkor, ha a vizelletben más gyulladással termékek is vannak: mint fehér vagy vörös vérsejtek és vesehámsejtek. A mi a hyalin hengereket illeti, azok minden valódi fehérnyevizeléskor előfordulnak, s ennél fogva — legalább kis mennyiségben — a vesegyulladásra semmi bizonyító erővel nem bírnak.

Az esetek legnagyobb számában a vesegyulladást könnyen felismerhetjük már a vizellet göröcsői vizsgálata nélkül is, s pedig a fehérnyetartalom, a vizellet macroskopicus tulajdonsága és a kíséző tünetek alapján. A vizellet napi mennyisége jelentékenyen megkevesbedett; minél kevesebb a vizellet, annál súlyosabb a vesebaj; teljes 24 óráig tartó anuriánál a körjóslat mindig igen kétséges, a vizellet már a kiválasztásnál is zavaros, mert alakelemek (hengerek és hámsejt-elemek) keverődtek hozzá, s állaskor a húgysavas sók kiválása által még zavarosabb lesz; piszkos barna vagy véresen színezett; fajsúlya jelentékenyen emelkedett. Nagyon dús fehérnyetartalma (legtöbb esetben a fehérnye üledéke az Esbach-féle csőben 5—6 osztályzatot ($\frac{1}{4}\%$) foglal el, azonban súlyos esetekben a fehérnye mennyisége eléri az 1% , sőt $2\frac{1}{2}\%$ -ot is.) A betegnek esetleg egyéni panaszai nincsenek, mégis a vesetáj néha

fájdalmas, a mi nyomásra fokozódik. Láz jelenlétében (a vesegyulladás lefolyhat hőemelkedés nélkül is) a beteg fejfájásról és egyéb lázas tünetekről is panaszkodik.

A szervezetben való vizeletvisszatartásból kifolyó vizvérűség következménye a bőr alatti kötőszövet vizenyője, a mely kezdetben az arczon (a szemhéjakon) és a lábakon, később az egész testen fellép; a savós hártály is vizenyősekké válnak, s pedig leggyakrabban a hashártály (ascites), ritkábban a mellhártály (hydrothorax), a szivburok és az agygyomrocok. A tapasztalat azt mutatja, hogy a bőr alatti kötőszövet vizenyője a leggyakrabban és a legerősebben a scarlatinás vesebajoknál fejlődik ki, (valószínűleg azért, mert a bőr hajszáledényeinek kiválasztása a scarlatinás mérgek behatása alatt megkisebbedett); ellenben más fertőző bajok után vesegyulladás alig fejlődik ki, s akkor is az enyhe. Bizonyos tekintetben jellegző a vesegyulladás okozta vizeletbetegségekre az, hogy a testrészek vizenyős beszűremkedése ingadozik, u. i. egyik napon csak a szemhéjak duzzadtak erősen, másnap már a has és a lábak is vizenyősök s így tovább. Az anyagforgalom termékeinek a vérben való felhalmozódása folytán, mert ezek a korlátolt veseműködés miatt a szervezetben visszatartatnak, keletkezik az uraemia név alatt ismert tünetcsoport. Kardinalis tünetei: a fejfájás, hányás, általános görcsök, eszméletlenség, a melyek után gyakran időleges vakság áll be. Egyes heveny vesegyulladásokhoz néha heveny balszivtúltengés is csatlakozik, a mely néhány nap alatt fejlődik ki.

A vesegyulladás 3–6 hét leforgása alatt rendszeren meggyógyul, mégis halálra vezethetnek a nagyfokú vizeletbetegség (tüdővizenyő vagy gégevizenyő), uraemia, vagy oly complicatiók, a melyekre a vesegyulladás hajlamos (tüdőgyulladás, genyes mellhártálygyulladás s más savós hártálygyulladás).

A heveny vesegyulladás a gyermekkorban idültté majdnem sohase válik; gyakoribb dolog az, hogy a fehérnyevizelés hónapokig eltart, s mégis meggyógyul a beteg.

A vizelet tulajdonságaiból bizonyos fokig következtethetünk a vesében végbemenő folyamat fokára. Az edénykacsokban történik a vízkiválasztás és a fehérnye átszűrődés, a húgycsatornákban a felhám leválása és a hengerek képződése, az interstitialis kötőszövetben pedig a nyirkszerű elemek kiválasztása. Ha ennél fogva a vizelet kevés, de igen bő fehérnye tartalmú, azonban kevés a henger és a vesehám, akkor feltehető, hogy kiválóan az edénykacsok

betegek (Glomerulitis); ha ellenben a csekély fehérnyetartalom nem áll arányban a hengerek számával, s a mellett nagy a vizelet-elváltozás, akkor valószínűleg parenchymás vesegyulladással van dolgunk; mennél több a vizeletben a genyesejt, annál nagyobb az interstitialis kötőszövet kórboncztani elváltozása.

Azt eldönteni, hogy a glomerulusok vagy a hügyecsatornácskák hámja van-e kiválóan megtámadva, *Gessler* (*Wratsch* 38., 26. és 27. sz.) azt ajánlja, hogy figyeljük meg azt, hogy a jodkaliumot a vese milyen gyorsan választja ki. Az ő megfigyelései szerint egészséges vese 0.30 jodkaliumot körülbelül 11 óra alatt választ ki; tiszta glomerulitissnél ehhez körülbelül ugyanennyi idő kell; ha azonban egyttal a vesehám is beteg, akkor annál későbbben válik ki a jodkalium, minél betegebb a vese parenchymája.

A mi a heveny vesegyulladás *okát* illeti, úgy legelső helyen áll a vörheny. A vörhenyes vesegyulladás ritkán kezdődik az első napokban, azaz a betegség lázas időszakában, hanem rendszeren a lehámlási szakban, a 10-ik és a 20-ik nap között, s még ritkábban a következő 3 hét folyamán. Itt a kórokat — a jellegző bőrhámlás miatt, a mi különösen az ujjakon és a tenyereken jellegzetes — kórelőzményi adatok nélkül is könnyű kideríteni. Ezt a tünetet a legenyhébb vörheny eseteiben észlelhetjük, még az orvos által fel sem ismert, vagy a szülék által észre sem vett esetekben is. Ily fajta enyhe vörhenyt kell felvennünk minden oly esetben, ha gyermekeknél minden látható ok nélkül vesegyulladás lép fel, mert ezt *meghülés majdnem soha sem okozza*, s a többi kórokokat a kórelőzményi adatokból könnyű kideríteni. (Hangsúlyozzuk ezt *Barthez* és *Sanné* állításaival szemben is, a kik szerint gyermekeknél a meghülés gyakrabban okoz vesegyulladást, mint felnőtteknél.)

Egyéb okozói közé tartoznak: 1. minden más heveny fertőző megbetegedések, a súlyosak (hagymáz, visszatérő láz, kanyaró, *diphtheria**) himlő), ugyszintén a könnyűek: bárányhimlő, mumps, mirigyláz, (*Pfeiffer*, *Heubner*) és 2. különféle gyógyszerek, a melyek alkalomadtán az u. n. *toxicus nephritiseket* okozzák. A külső szerek közül felemlítjük itt a kátrányt, a jódot (nagyobb bőrfelületek beecsetelése különösen fiatalabb gyermekeknél), a balsamum

*. Diphtheriához csatlakozó vesegyulladás a vörhenyestől abban különbözik, hogy a diphtheriás vesegyulladásnál a vizeletben vér majdnem soha sincs, s hogy általános vízkórság vagy uraemia felette ritkán fordul elő.

peruvianumot, a *hólyaghúzókat*; a belső szerek közül a *terpentin* (nagy adag terpentin után a vizellet gyantás anyagokat választ ki, a melyek a vizellet főzésénél zavarodást okozhatnak; ez a zavarodás kis alcohol hozzáadására elműlik, de a fehérvyvizellésnél ez nem áll be), a salicylsavas natrium, a kalium chloricum (Haemoglobinuria).

A leirt tünetek alapján a heveny vesegyulladást felismerni nem nehéz.

A **vesehuruttól**, (nephritis desquamativa vagy a lázas fehérvyvizelléstől), a mely sok lázas megbetegedésnél, különösen a fertőző bajok tetőfokán fordul elő, a vizellet mikro- és makroszkopikus lelete által különbözik. Lázas fehérvyvizellésnél a húgy mennyisége (megfelelőleg a magas láznak) csökkent, de a vizellet mégis tiszta, kevés benne a fehérvy, s friss állapotban üledéke nincs, mert alakelemek alig fordulnak elő benne; nincs benne sem fehér, sem vörös vérsajt, vesehámot azonban tartalmaz; azonkívül találunk benne még kevés hyalin és epithel hengert. A fehérvyvizelés csak néhány napig tart, s a láz elmúltával eltűnik. Soha sem vezet sem uraemiára, sem vízkórságra. Ebbe a csoportba tartozik a vörheny *első időszakában* előforduló fehérvyvizelés is; míg a valódi vesegyulladás (nephritis glomerulo-parenchymatosa) rendszerint a lehamlás alatt keletkezik, minélfogva azt *consecutio vesegyulladásnak* is nevezik.

A **heveny interstitialis vesegyulladás**, a mit súlyos vörhenyes genyvérüségnél észlelünk és mire nézve jellegző a vesék szövetközi bő beszűrődése lymphoid elemekkel és miliaris tályogképződésekkel, — sokkal érdekesebb kórtani szempontból, mert klinikailag, azaz a vizellet tulajdonságai alapján, a heveny parenchymás vesegyulladástól alig különböztethető meg. Ha pl. valamely pyaemiás folyamat alatt vesegyulladás fejlődik, s a vizelletben aránylag sok a geny, anélkül azonban, hogy hólyaghurut volna jelen, akkor feltehetjük azt, hogy genyes vesegyulladással, a tályognak a vesemedenczébe való áttörésével van dolgunk.

Minden *vizibetegségnek* oka vesegyulladás lehet, s a vizellet vizsgálat a dolgot nem mindig deríti ki; így pl. az üdülő vörhenyes betegek néha általános vizibetegségbe (anasarca — ascites) esnek, s a vizellet semmikép sem mutat arra, hogy a vese is beteg, t. i. tiszta, nem üledékes, s kellő mennyiséget vizek a beteg, vagy pedig a fehérvyének csak nyomait találjuk minden alakelem nél-

kül. Ilyen esetekben kérdéses, vajon vesegyulladás feltehető-e? A bonczolásokból kétségtelenül meg van állapítva, hogy vesegyulladás tényleg lehetséges fehérnyevizelés és hengerek nélkül is, (csak azt nem tudjuk, hogy a betegség egész tartama alatt volt fehérnyevizelés), az ilyen esetek azonban felette ritkák, s az illető betegnél minden esetben: 1. a vizellet napi mennyisége csökkent és 2. a vizellet zavaros volt, s sok volt benne a húgsavas sókból eredő üledék, míg a szóban forgó vízkórsági alakoknál a vizellet halavány, átlátszó és rendes mennyiségű; az ilyen eseteknek alapja minden valószínűség szerint nem vesegyulladás, a mi abból is kitűnik, hogy a betegek igen gyorsan meggyógyulnak; a kífoku fehérnyevizelés ilyenkor a vese vízenyőjéből magyarázható. Ha ily betegeknél az albuminuria hiánya a beteg vese tökéletes működési szünetelésétől függene, míg a másik vese egészséges és normális vizelletet választ el, akkor a fehérnyének és hengereknek hiánya a restitutios szakban, a mikor a beteg vese újra kezd működni, teljesen érthetetlen lenne, miután mégsem tehető fel, hogy egy előrement súlyos gyulladás után, a mely bár csak időszakonként is, de teljes működési hiányra vezetett, a gyógyulás oly hirtelen következék be.

Szívhajóknál, a compensatio zavarok szakában hasonlóképp lehet általános vízkórság és a vesékben levő vívőeres pangás folytán a vizelletben fehérnye is léphet fel, mégis a diagnosis rendszerint könnyű. A kórismét a szivbillentyűk objective kimutatható bajára alapítjuk, továbbá a vizibetegség fellépésének módjára, a mely mindig a lábakon kezdődik és fölfelé halad, nemkülönben fontos a vizellet tulajdonsága is (l. nephritis chronica parenchymatosa).

Uraemia esetén a vesegyulladás agyhártyagyulladással is összetéveszthető. Mindkét esetben eleinte a betegnek a feje fáj, azután hány, olykor az érverése meglapábbodik és szabálytalanná válik, mire beállnak az általános görcsök (néha csak az egyik oldalon), s végre tágult és fényre nem reagáló láták mellett a coma.

Bármennyire hasonlók is az *uraemia* tünetei az agyi tünetekhez, de ha vesegyulladást tudunk mutatni, akkor sokkal valószínűbb az *uraemia*. Csak akkor tévedhetünk, ha az orvos figyelmét a fehérnyevizelés kikerüli, a mi az esetben, ha a vesegyulladás lappangva folyik le, azaz a betegnek egyéni panaszai és vízenyője nincs, könnyen megeshetik.

Az ülült fehérnyevizelés gyermekeknél egyáltalában ritka.

Kiválóan oly egyéneknél észlelhetjük, a kik előrement csont vagy ízületi genyedések folytán lefogytak, s ilyenkor a fehérnyevizelés oka vagy tisztán a vese amyloid elfajulása, vagy pedig ez szövődve van parenchymás vesegyulladással.

A *nephritis chronica parenchymatosa*, a vizellet tulajdonságait tekintve nagyon hasonlít ennek heveny alakjához, ugyanis: kevés vizellet, sok fehérnye; (az általam észlelt legnagyobb mennyiség *Essbach* szerint 25 osztályzat, vagyis $2 \cdot 5^0$ volt), a vizellet zavaros, nem ritkán véresen szinezett és bőüledékű, a mely a különféle henger mellett sok genysejtet, úgyszintén húgysavas sókat is tartalmaz. A különbség a heveny alaktól csak abban áll, hogy az idült alaknál a vizellet mennyisége nem oly kevés, s az üledékben sokkal több sötét, magvas hengert találunk. Az idült vesegyulladásnál az uraemia és az általános vízkórság közönséges dolog.

A vizellet sajátosságai, az idült és a heveny nephritisben az albuminuria és az üledék, a hengerek stb. számához képest, a fokozat szerint különbözők lehetnek, függvén részben a betegség súlyos voltától, részben pedig attól, vajjon mi van jobban megtámadva, a gomolyok, az epithelium, avagy a kötőszövet; kétségtelenül vannak esetek, a melyek a klinikai lefolyás tekintetében az *idült glomerulo-nephritishez* sorolandók. Egy 3 éves kis leány ilyen bajban feküdt klinikánkon 1894. év telén; a főbb tünetek: kevés vizellet (felvételekor 150—200 g.); igen nagy fehérjetartalom (15—25 rész minden ezerből) és csekély üledék, a melyben a húgysavas sókon kívül a mikroszkop alatt úgyszólván kizárólag hyalin hengereket és csekély mennyiségű nyirokelemeket találunk. A betegség öt hónappal azelőtt heveny nephritissel kezdődött. A beteg erős böralatti vizenyője és ascitese miatt jött a klinikára. A glomerulitis mellett, de az epithelnek valamely kifejezettebb bántalma ellen tanuskodott az epithelialis és a szemcsés hengerek hiánya. A jelen esetben tehát nem lehetett feltenni a vesék amyloid elfajulását, mert az erre vonatkozó aethiologicus mozzanatok hiányoztak.

Ha oly gyermeknek van idült vesegyulladása, a kinek valamely idült genyes csontbaja (Pott-féle betegség, csöves csontok szüvasodása, ízületi gümőkór), vagy igen kifejezett öröklött bujajkórja, régi vesegyulladása van, vagy pedig az tüdővész, akkor amyloid vesére gondoljunk, s ha az ily gyermeknél a máj vagy lép amyloid elfajulását is kimutathatjuk, akkor az amyloid vese

kétségtelenül még akkor is, ha a vizellet a parenchymás vese gyulladásának tökéletesen megfelelne. Az amyloid vese kórokozó tüneteit ép azért tárgyaltuk előbb, mert itt a vizelletben állandó elváltozásokat nem találunk: az ugyanis néha kevés, bő fehérvetartalmu, sötét, s jelentékeny üledéket képez, míg más esetekben bőséges, világos, halavány, s csekély fajsúlyu.

A különbséget leginkább az okozza, hogy a folyamat mennyire haladt előre (kezdetben csak a glomerulusok, később azonban megbetegszenek a velőállomány verőerei is, s végre a vesehám), továbbá az, hogy az amyloid veséhez csatlakozik-e mint szövődmény parenchymás vesegyulladás vagy nem. *Világos*, alacsony fajsúlyu vizellet, *jelentékeny fehérvetartalommal* inkább tiszta amyloid vese mellett szól. Daczára annak, hogy a vizellet napi mennyisége rendes, a vizi betegség rendszeren nagyfokú, de nem azért, mert a vesék visszatartják a vizelletet, hanem a kachexia következtében, a mely a máj, vagy más szervek idült genyedése, vagy amyloid elváltozása folytán keletkezik. Míg az általános táplálkozás nem nagyon szenvedett, a vizi betegség is hiányzik. Tiszta amyloid vese esetében nem fordul elő szív-hypertrophia és uraemia, azonban ha parenchymás nephritis járul hozzá, az uraemia kifejlődése nagyon könnyű.

Pangási vesénél a vizellet makroskopice majdnem olyan, mint a parenchymás vesegyulladásnál; sötét, kevés, magas fajsúlyu s bő, húgsavas sókból álló üledéket képez; a szivbaj következménye lehet általános vizi betegség és szivtúltengés. Eltérés abban lehet, hogy pangási vese mellett a vizelletben *kevés a fehérvye*, továbbá hogy napi mennyisége csekély, s a vizelletben csakis hyalin hengerek vannak; gyulladással termékek, azaz lymphoid elemek és vörös vérsejtek belőle csaknem hiányoznak, (ha a vizelletben jelentékenyebb mennyiségben vér is van, ez vagy parenchymás vesegyulladásra, vagy infarctusra mutat). A pangási vesére jellegző az, *hogy a vizellet tulajdonságai a sziv működésétől nem függenek ugyan, de a vizellet mennyisége a szivműködés erélyével szoros kapcsolatban áll*, ha t. i. a sziv gyógyszerek, vagy más okok folytán jobban működik, akkor a vizellet gyorsan szaporodik, világosabb lesz s a fehérvye belőle eltűnik.

Ha az albuminuria annak daczára is tovább tart, miután már a szivműködés helyre állott és a pangási tünetek eltűntek, akkor feltehető, hogy a vizelletben levő fehérvye nephritistől ered. A pangásos albuminuria ugyanis szivbaj nélkül is előfordulhat,

pl. a szívműködés csökkenésekor fertőző betegségek alkalmával, kivált vörheny után, vagy tüdőbajoknál, de kivált súlyos pleuritisnél keletkező vérpangás következtében.

A pangási vese diagnosisa a kórokozó momentum jelenlétéből, azaz a szívbajból és a vívőeres pangásokból az egyes szervekben, kivált a májban jelentékenyen megkönnyítették, mivel a máj sokkal könnyebben reagál a szívgyengeségre, mint a vese, azért a májnövekedést kötelezőleg a pangásos vese kísérőjének tekinthetjük. Pangásos vesénél uremia, — nephritis nélkül — soha sincsen.

Az elsődleges interstitialis vesegyulladás gyermekkorban igen ritka. Kórházunkban egyetlen esetben a beteg szakasztott ugyanazok a tünetek voltak észlelhetők, mint a melyek a vesegyulladás ezen alakjánál felnötteken észlelhetők; a valódi, bonczolás által is igazolt, kórismét főképen a szív túltengéséből, a véredények megkeményedéséből és a vizellet sajátságaiból állapítottuk meg; a vizellet napi mennyisége *bő volt*, majdnem *víziszta, fehérnyeszegegy* s üledéke *nem volt*, *vízkörság* nem állott fenn. Bonczolásnál kiderült, hogy a vesék kifejezetten szemcsések, sorvadtak, a balszív túltengett, a véredények meszesen elfajultak, (mi valódi atheromatosisnak bizonyult), s a mellett a verőedények falai egyenetlenül megvastagodottak, különösen az agyban, a jobb agygyomrocspendymája (= hámja) alatt vérömleny volt. (Az egyik, egy 12 éves fiúnak esetét a Med. Obozrej. XVII. kötet 1882. 911, részletesen is közöltük.)

A véres vizelés. (*Haematuria*). Hogy a vizelletben vér is van, azt rendszerint már az első tekintetre megismerhetjük, mert a folyadék véres, vagy (a metaglobin folytán) barna vörösen színezett. A göröcsői vizsgálat minden kételyt eloszlat, mert minden csepp vizelletben könnyen találunk épen megtartott vörsejteket. Ha daczára a vérvörös színnek és fehérnyének, a vizelletben vörsejteket nem találunk, akkor nincs arról szó, hogy a vizelletben vér van minden hozzátartozó alkotórészeivel együtt, hanem csak Hämoglobin — *Haemoglobinuria*.

A vegyi vizsgálathoz a *Heller-féle* próbát használjuk; ha a vizelletben vér vagy haemoglobin van, akkor ha azt főzzük és kalilugot adunk hozzá, abban phosphorsavból álló pelyhes csapadék keletkezik, a mely a festényt magával ragadja, s ennél fogva azt vérvörösre festi.

A vizellet néha véresnek látszik, habár abban a vérnek nyoma

sincs; ezt látjuk pl. Chrysophan-sav (Rheum és Senna készítmények) belső adagolása után, ha a vizellet alkalicus. A Heller-féle próba ilyenkor nem ad biztos eredményt, mert a foszfatok ilyenkor a kiválasztáskor a festényt magukkal ragadják és vörösre színeződnek, de ez a színárnyalat minden esetre más, mint a mit a vér okoz. Sav hozzáadására a kérdést egyszerűbben dönthetjük el: a véres vizelés légenysav hozzáadására a fehérsye reakciót adja, (l. 51. oldal), ellenben ha a vizellet vörös színét a senna belső adagolása okozta, akkor az bármely sav hozzáadására eltűnik, s ammoniak hozzáadására újra beáll.

Gyermekeknél a vizellet könnyen *megfeketedik carbolsav belső adagolásánál*, de még akkor is, ha azt külsőleg használjuk. A véres vizellettől ez abban különbözik, hogy 1. nincs benne fehérsye, 2. hogy színe zöldesbe játszik. Inkább hasonlít a vizellet a véreshez akkor, ha abban sok az *indican*. Ilyen lesz a vizellet, ha a vérbe sok Indol kerül; de miután ez a fehérsyének rothadási terménye, azért indican tartalmu vizelletet találunk olyankor, a hol a szervezetben rothadó fehérsye anyagok szaporodnak fel, pl. eves has- vagy mellhártyaizzadásmányoknál vagy székrekedésnél. Bélelzáródásnál vagy hashártyagyulladásnál a vizellet különösen barna. *Poliak* esetében (Rev. mens. de mal. de l'enf, XI. 1893. p. 519) több hónapon át fekete vizelletet észleltek egy tíz éves leánynál, a ki bél- és hashártyagümőkórban szenvedett; a vizellet fajsúlya 1008—1030 közt váltakozott, a reactio rendszeren alkalikus volt, a húgy mennyisége 100—300 cm³. A friss vizellet fényes és átlátszó volt, olykor sárgás-vörös, olykor barnás színű, de rövid állás után csakhamar feketedni kezdett, a sötétedés felülről lefelé tartott és maximumát a 4-ik napon érte el. A feketedéssel egyidejűleg a vizellet zavarodott és bő foszfatváladékot adott. Az egyszer megfeketedett vizellet több napon át megtartotta színét. A feketedés foka az egyes napokban nem volt egyforma, sőt néha teljesen elenyészett. Nem tartalmazott se fehérsjét, se genyet, se vért, se epefestényt, se acetont, se cukrot; azonban mindig bőven indicant; a melanin és phenol reakciók negativ eredményt adtak; aether, alkohol és chloroform hatására a fekete festőanyag nem vonatott ki, eczetsavas ólommal és barittal, vagy mésvizzel csapadékot adott. A festőanyag természetét nem lehetett meghatározni; hogy azonban nem volt azonos az indicannal, minden kétségen felül állt, mert egymástól el lehetett őket választani. A bonczolás mela-

noticus daganatot nem derített ki, csakis bél- és hashártyagümökört. Megjegyzem, hogy peritonitissnél egyszer *Litteu* (Deutsche Med. W. IV. 1889. Nr. 3) és *Senator* (Char. An. 1890, Vol. XV.) is észlelt fekete vizelletet. Az indicán meghatározása czéljából azt indigora változtatjuk át; e czélból néhány köbczentiméter vizelletet egyenlő mennyiségű füstölő sósavval vegyítünk össze, ehhez 2 csepp tömör chlorsavas mészoldatot adunk és azután egy kis chloroformot. Az utóbbi kiválik, s kékesen színesedik el, miután indigót von ki.

Ha a vizelletben a vért megállapítottuk, akkor ki kell deríteni a vérzés forrását. A vér származhatik a húgycsőből, (vagy 12—13 éves leányoknál tisztulás alkalmával a méhből), a hólyag nyakából, a hólyag nyálkahártyájából, a vesemedenczéből és a húgyvezetőkől, a vesékből és egyidejűleg a húgyszervek különböző részeiből.

1. *A húgycsatorna vagy hüvely vérzését* könnyű felismerni, mert a vér a vizelés idején kívül is szivárog a húgycsőből és a hüvelyből, s ennek következtében a fehérenmü tiszta vértől foltos. Ha a vérzés csekély, akkor a húgycsőből pár csepp tiszta vért ki lehet szorítani. Ha a húgygyal egyidejűleg fonálszerű véralvadékok is válnak ki és a kórisme érdekében kívánatos megtudni azt, vajjon a húgycsőből avagy a húgyvezetőkől erednek-e azok, akkor a betegnek meghagyjuk azt, hogy két külön pohárba vizeljen. Ha a véralvadékok a húgycsőből származnak, akkor csak a húgynak első részletében fognak előfordulni, s a másik részben vér nem lesz.

Gyermekekben húgycsővérzés nagyon ritka, s akkor is csak trauma után, például ütés, durva katetirasatio, pajkosságból idegen testeknek a húgycsőbe való bedugása után fordul elő.

2. *A hólyag nyakából* eredő vérzést jellemzi, hogy a vér csak vizeléskor jelentkezik, nevezetesen annak a végén, mikor a záróizom összehúzódik, a beteg elvégzi a vizellest, és akkor pár csepp tiszta vér jelentkezik, rendesen heves fájdalom kíséretében. Klinikánkon egy ilyen eset fordult elő; nyolcz éves fiu idült hólyag-hurutban szenvedett, melynek oka ismeretlen volt. Vizellete húgysavas reactiót mutatott, a mellett a hozzákevert bő genyes elemektől zavaros.

A hólyagnak, vesemedenczének és a veséknek vérzése az előbbiektől könnyen megkülönböztethető, mert a húgy a vizelés kezdetén és végén egyaránt véres, azonban a húgy sajátosságai alapján a vérzés forrását nem lehet mindig megállapítani.

Mint hogy hólyagvérzés a gyermekkorban csak húgykő és talán a húgyszervek tuberkulozisa esetében fordul elő, azért jellemző reájok a hólyaghurut nyilvánvaló tünetei, u. m. a húgy ammiákos erjedése, a benne található geny- és vértestecskek, foszlorsavas ammiák, magnézia kristályok és hólyagepithelék az üledékben; a vizelés a hólyaggörcs miatt fájdalmas.

Ha a húgycső nem vérzik, a fonálszerű véralvadékok jelenléte a húgyban a mellett bizonyít, hogy a vér a húgyvezetőkől vagy a vesemedenczéből ered; a mi pedig a vesevérzést illeti, ezt eléggé jellemzik az üledékben előforduló mikroskopicus véres hengerek (a Bilin-féle csövecskék lenyomatai).

A véres vizelés gyermekeknél legkivált *vesegyulladás* tüneteként mutatkozik, a mi mellett a vizetben hyalin hengerek s egyéb, a vesegyulladást jellegző tünetek is megvannak. Imitt-amott különben a vörhenybetegék üdülési szakában is előfordul az, hogy a vizellethez vér van hozzákeverve, a vesegyulladásnak minden legcsekélyebb tünete nélkül, úgy, hogy fel kell vennünk azt, hogy itt oly *vesevérbőséggel* állunk szemközt, a mely a gyulladás fokát még nem érte el.

A véres vizellet továbbá a Werlhoff-féle betegségnél és a fekete himlőnél észlelhető vérzési hajlamnak is lehet tünete stb.; az ilyen eseteket a kíséző tünetek segélyével felismerni könnyű. Sokkal nehezebb néha oly gyermekek *időszakos vesevérzésének* okát felismerni, a kik látszólag tökéletesen egészségesek. A vérzések különböző időszakokban ismétlődhetnek, melyek néhány naptól kezdve néhány hétig is eltarthatnak. Egy esetben, egy 5 éves fiúnál veleszületett haemophiliára kellett gondolnom, mert a fiu a vesevérzés előtt és után teljesen egészséges volt, míg a körelőzményből kiderült az, hogy egy év előtt pofáján faszilánkkal könnyen megsértve, majdnem elvérezett. Időszakos vesevérzések oka lehet még a kezdődő veserák, vesehomok és vesekő, vagy a húgyhólyagkő, végre a vesegümőkór.

A véres vizelés a *ráknak* ritkán képezi első tünetét, mert az rendszeren csak akkor áll be, ha az álképlet már jelentékenyre nőtt, úgy, hogy a beteg szervet, mint alhasi daganatot ki is tapintathatjuk. Ha a rákos elfajulás korai szakaszában van már véres vizelés, akkor a körismét csak azután lehet megállapítani, ha már a daganat jelenléte kimutatható; a beteg küleme sem irányadó eleinte, mert a rákos senyv meglehetősen későn fejlődik ki.

Ha a vérzések hónapokon át — bár nagy időközökben — időszakonként visszatérnek, akkor a betegnek minden valószínűség szerint nincs rákja, mert a rák ezalatt már tetemes daganattá nőtt volna, vagy legalább nagyon megviselte volna a beteget. Ilyenkor sokkal valószínűbb az, hogy a betegnek *vesehomokja* van, a minnek jelentőségét a gyermekek véres vizellésénél először *Kjelberg* emelte ki. (Oesterr. Jahr. f. Pediatr. 1873.) Az éjjeli edényben található vesehomoknak ilyenkor fontos szerep jut, de csakis akkor, ha a homokot a friss, még *meleg* vizetben találjuk meg; ha az azonban csak órák múlva, állott vizetben csapódik ki, akkor elveszti minden jelentőségét, mert ez a vizet savanyú erjedésének lehet következménye. A vesehomok mellett és a részben veserák ellen szólnak még továbbá a következők: ha a vizetben vesemedencze-hámot találunk (cserépfedélszerűen elrendezett sejtek) vagy genysejteket (pyelitis), úgyszintén, ha a betegnek heves alhasi fájdalmai vannak a vesevérzések ideje alatt, különösen pedig, ha a fájdalmak és a vérzés kiváltkép hevesebb mozgások után lépnek fel; ellenben a bőséges vérzés a vesehomok ellen és a rák mellett szól.

Magától értetődik, hogy a húgyhomok hiánya a friss vizetben csak akkor bizonyít ellene, ha a vizet hosszabb ideig naponkint vizsgáljuk, de azért soha se higgye az orvos, hogy a betegnek nincs vesekőve, kivált ha a beteg vesekőkölíka rohamokban szenved, a mi a hét évnél idősebb gyermekeknél nem épen ritka dolog.

A vesék és vesemedenczék tuberkulózisát rendszeren nephritis és pyelitis kíséri, s a vizet üledékében rendszeren genytestecskék és különféle hengerek, s úgyszintén gümös bacillusok találhatók.

A mi hólyagköveknél a hólyagból származó időszakos vérzéseket illeti, itt a nehéz vizelés igen korán beáll, a mikor is a hólyagot haladéktalanul vizsgáljuk meg kutatóval.

Az időszakos véres vizellést szigorúan különböztessük meg **az időszakos haemoglobinuriától**, a melynek vérvörös, vérsejtektől ment, de bő haemoglobin tartalmu vizet képezi a főtünetét; egy külön betegség ez, a mit rohamokban fellépő **haemoglobinuria** név alatt ismerünk. Jellemző e bajra nézve az, hogy egy teljesen egészséges egyén hirtelen véres kinézésű vizet ürít, a melyben a Heller-féle próbával vérfestényt lehet kimutatni, habár vörös vérsejtek vagy épen nem, vagy pedig csak igen csekély számban

vannak jelen. Fehérnye kisebb-nagyobb mennyiségben mindig kimutatható; kiválasztása a haemoglobinuria elmúlása után még pár napig is eltart. Egyéni panaszok e mellett hiányozhatnak; néha azonban e mellett a beteg a haemoglobinuria jelentkezése előtt egy-két órával lázt kap borzongás kíséretében, mely után a hőmérsék hirtelen 39° — 40° felszökik, pár óra múlva a roham elmúlik, s a hőmérsék a rendesre száll alá. A haemoglobinuria okai gyakran ismeretlenek, s a véres vizelés a betegnél különböző időközökben észrevehető ok nélkül beáll.

Máskor a rohamot egy és ugyanazon ok behatása idézi elő, s ekkor azt mesterségesen is előidézhetjük, a hidegbehatás a legismertebb ok; vannak egyének, a kik haemoglobinuriát kapnak, mihelyt lábaikat hideg vízzel megnedvesítik. Más esetekben túlságos testmozgás után áll az be. Mérgezés, vagy fertőző bajok következménye lehet az egyszerű, vagyis a nem rohamokban jelentkező haemoglobinuria, pl. vörheny, *Winckel*-féle betegség, továbbá scorbut, haemofilia stb. esetében is. A szervesetlen mérgek közül a Bertholet-só és a phosphor a legismertebb okai a haemoglobinuriának. *Bókay* egy 7 éves váltólázás leányánál minden chinin adag után észlelte azt, s a mint a szert kihagyta, a baj nem tért vissza, habár a lázrohamok még tovább tartottak.

A genyes vizelés. (Pyuria.) Ha a vizeletben geny van, akkor az a kiválasztásnál zavaros, s állásnál fehéres üledéket képez, a mely üledékben górcsővel nagy mennyiségű genysejtet lehet könnyen kimutatni. Az üledéket egyenlő mennyiségű kalilúggal rázva, egy kocsonyás tömeg keletkezik, (a vizelet alkalicus erjedésénél ilyen üledék az edény fenekén magától is képződik). A genyes vizeletben mindig van fehérnye, s ha a genyes kinézésű vizeletben fehérnye nincs, akkor ily esetben nem geny, hanem nyák- vagy sókkal okozzák azt.

Ha a vizeletben nyák van, akkor az üledékben a lymphoid elemek mellett sok felhámot találunk, s vegyileg is kimutatható benne a mucin (eczetsav hozzáadására zavarodás, sósav hozzáadásakor a zavarodás feltisztul).

Az oly üledék, mely geny vagy nyákhoz hasonló, a savanyú vizeletben is képződhetik a húgysavas sók, az alkalikus vizeletben pedig a phosphor-savas sók folytán. Az első esetben a zavarodás melegítésre eltűnik, utóbbi esetben pedig akkor, ha a vizelethez savat adunk.

Ha ép ivarszervek mellett (azaz, ha sem makkgyulladás, sem a női külső szeméremtest és hüvelynek gyulladása nincs jelen) a gyermek vizelétében geny van, ez vagy hólyaghurutra, vagy genyes vesemedenczegyulladásra mutat.

A genyképződés keletkezését egyedül a vizellet tulajdonságai-
ból nem lehet mindenkor felismerni.

Hólyaghurutnál a frissen ürített vizellet vegyhatása, különösen idült esetekben, többnyire alkalicus, ellenben vesemedenczegyulladásnál mindig savi. Mindkét esetben görcsö alatt az üledékben felhámsejteket találunk, de ezek küleme nem egyforma, a hólyaghám lapos, vagy szegletes sejtekből áll, a melyekben a sejtmag tisztán kivehető, ellenben a vesemedenczéből előkerülő felhámsejtek sokkal kisebbek, vagy gömbölyűek, hasonlók a nyiroksejtekhez, de ezeknél valamivel nagyobbak, s a magot bennök tisztán látjuk (a nyiroktestecsek magva csak a szemesés sejttálmány eczetsavval való felvilágosítása után válik láthatóvá), vagy pedig a sejtek kúpalakúak és nyulványosak, a mely sejtek szintén sokkal kisebbek, mint a hólyaghámsejtek (Ultzmann). A gömbölyű sejtek a vesecsatornácskákból is származhatnak, a conicus és nyulványos sejtek ellenben csakis a vesemedenczéből. A pyelitisre különösen jellegző az, ha a sejtek rétegzetesen válnak le, s halpikelyszerűleg vannak elrendeződve.

A kísérő tünetekből a hólyagizgatottság tünetei leginkább szembezőkők. Heveny esetekben legkifejezettebben a fájdalmas, s gyakori vizelésingerben nyilvánulnak, ellenben pyelitisnél a fájdalmak a vesetájon vannak, többé-kevésbbé kólikás rohamokban jelentkeznek, s a beteg vesehomokot ürít ki. Ha a vizelletben aránytalanul sok a fehérszínű, vagy a vesehengerhámsejt, ez inkább pyelitis mellett szól. A körelőzmény is segítségünkre lehet. Heveny hólyaggyulladás bizonyos belső gyógyszerek adagolása után keletkezik, mint pl. terpentin-olaj, hólyaghuzók, vagy pedig meghülés okozta azt; az idült hólyaghurut rendszeren húgykő következménye, a mit hólyag-kutatóval könnyű felismerni, vagy pedig az által keletkezik, hogy a vizellet a hólyagban a m. detrusor hüdése folytán pang (*Pott-féle betegség*).

Ha a pyelitis nem a hólyaghurut következménye, akkor az vesehomokra mutat, a mit első tekintetre a vizelletben könnyű felismerni. Ha a betegnek már előbb volt időszakos fehérszínű vizelése, vagy egyszer már véreset is vizelt, akkor ez szintén a vese-

homok mellett szól. Más esetben a genyes pyelitis a vesegümőkór tünetét képezi, s akkor az üledékben mindig találunk gümöbacillusokat.

Más esetekben a genyes pyelitis képezi a vese és a vese-medence tuberculosus tünetét. A vesetuberculosis két alakban fordul elő; ugyanis van miliar-tuberculosis, mikor kásaszemnyi göbök jelentkeznek az összes belső szervekben, tehát a vesékben is, és van chronicus gümös folyamat, a mely tuberculosus fekélyképződésre vezet. A kórismének csupán az utóbbi alak lehet a tárgya, mert a miliar-tuberculosis a beteg életében semmi különös (vesebeli) tünet sem jellemzi. Az idült vesegümőkór felismerését megkönnyíti az a körülmény, hogy a tuberculosis a legtöbb esetben megtámadja a szomszédos szerveket is, pl. a heréket, a prostatát s a hólyagot. U. i. a vesegümőkórnak fő ismertető jele a vizelet sajátos elváltozása. A vizelet zavaros, vegyhatása savi, fehérynýt, olykor vért is találunk benne; ha egyideig állott, sókat, *genytesteket* és bomlásnak indult üledéket képez, a melyben a gümös bacillusokat is megtalálni. Sok beteg ilyenkor lázas is, habitusuk gümőkóros, azaz nagyon soványak, sápadtak, gyengék, lymphaticus mirigyeik a nyakon és egyebütt duzzadtak, néha még bél, vagy tüdőgümőkór jeleit is látni rajtuk.

A vizeletben található homoknak különböző jelentősége van, a szerint, a mint az az edényben állott vizeletben (egy éj vagy egy teljes nap lefolyása után), vagy pedig az közvetlen kiürítettik és lecsapódik. Első esetben csak azt bizonyítja, hogy a vizeletben sok a húgysavas só, s kóros jelentősége hiányzik. Sűrű vizelet, — melyben hosszas állás és lehülés után, finom vörös homok ülepedik le, — lázas, vagy erősen izzadó gyermekeknél fordul elő, úgyszintén akkor, ha az egyén túlságos hússal táplálkozik.

Ha a homok már kiképződve ürül ki a vizelettel, akkor az kétségtelenül kóros jelenség, s arra mutat, hogy a szervezetben rendetlen átalakulás megy végbe, hasonlóan, mint a felnötteknél az u. n. húgysavas diathesis. Az öröklés játsza itt a főszerepet, s a körelőzményből rendszeren kitűnik az, hogy a szülők egyike köszvényes vagy vesekólikás. Adott hajlam esetén járulékos ok lehet a bő hüseledel, úgyszintén a még csekély mennyiségű bor is, oly körülmény, mely a vesehomok gyógykezelésénél fontossággal bír. Ha a homok a vese-medencében vagy a hólyagban megreked, akkor az vesekő, vagy húgykő képződésére is szolgáltathat okot. Hogy

a vesedara oka lehet az időszakos fehérvyvizelésnek, sőt a véres vizelésnek is, azt már kiemeltük. (L. 314. l.) Ujszülötteknél a vesedara az élet első napjaiban rendes élettani jelenség. Kiürítése néha hangoz sirással jár, a minék oka abban derül ki, hogy a gyermek a hólyag kiürítése után megnyugszik és hogy a pelenkán vörös, homokos apró szemcséket találunk.

A vizelés tünettana.

Nehéz és fájdalmas vizelés. Ezt a két kóros vizelési saját-ságot egyszerre tárgyaljuk, mert egymással szorosán összefüggnek és egymástól csaknem elválatlanok, mert ha a hólyag kiürítése fájdalmas (dysuria), akkor a beteg a vizelletét szándékosan visszartartja, s ha fordítva, vizelletét nem tudja kibocsátani (Retentio urinae, Ischuria), akkor a betegnek fájdalmas vizelési ingere van. Mind a két jelenség minden korú gyermekeknél gyakori, s különösen gyakori az csecsemőknél, a kiknél a nehéz vizelés abban nyilvánul, hogy a vizelés előtt nyugtalanok és kiabálnak, de a hólyag kiürítése után azonnal megnyugodnak. Ujszülöttek az első 1—2 napon egyáltalában nem vizelnek, s ezt ne is vegyük tekintetbe akkor, ha nyugodtak.

Másképp áll a dolog a vizellet kóros visszatartásával, a hol a gyermek nemesak nyugtalan, hanem a mellett hólyagjának kitágulását is ki tudjuk mutatni. A nehéz vizelésnek leggyakoribb oka dysuria (a záróizom görcse), és a vizellethomok, a mit sokszor a pelenkában, vagy a fityma szélén meg is találhatunk. 2—3 hétnél tovább nem igen tart annak kiválasztása. Sokkal gyakoribb oka a nehéz vizelésnek kis gyermekeknél az, ha a *fityma már élet-tanilag összetapadt a makkal*. Ezt abból ösmerjük fel, hogy a fitymát a makk-örvön felhúzni egyáltalában nem lehet; kifejezettebb esetekben még a húgycső külső nyilását sem lehet szabaddá tenni, oly állapot, mely a kiürítő nyilásnak erőművi elzárása folytán akadályozza a vizelést. A baj csak az élet első hónapjaiban játszik szerepet, mert az összenövés idővel magától elmúlik. Leányoknál a kis ajkak sejtes összetapadása ugyanezt a szerepet játsza, úgyszintén ugyanily szerepe van idősebb fiuknál a túlságos szűk és hosszú fitymának, a mit vissza nem lehet húzni, még akkor sem, ha a makkal nincs is összetapadva.

A vizellet kiürítését sokkal ritkábban akadályozza a húgycső

nyálkahártyájának fejlődési rendellenessége, a mint azt *Englisch* leírta, mint a hímtag hártás része (pars membranacea) alsó falának tasakos gurdélyát és a húgycső külső nyílása (Orificum externum) visszatartási tömlőjét, (Jahrb. f. Kinderh. VII. 59—88. l.), úgyszintén egyéb torzképződéseit, a melyeket bővebben nem tárgyalunk, miután azok a kórisme számára hozzáférhetlenek.

Ujszülötteknél teljes vizeletrekedést látunk a *húgycső veleszületett összenövésénél*, a midőn az összenövés annak végén, vagy valahol folytonosságban van; első esetben a kórisme egyszerű megtekintésre is meg van adva, utóbbinál pedig, ha a húgycsövet kutatóval vizsgáljuk.

1—2 éves fiuknál a nehéz vizelésnek a leggyakoribb oka a fityma belső lemezének és a makknak gyulladása (Posthitis és Balanitis). Megtekintéskor könnyű észrevenni, hogy a fityma szabad része duzzadt és vörösen elszinesedett, s belső szélén rendszeren apró pörkők is vannak; ha a fitymát visszahúzzuk, néhány genycsepp nyomul elő. Élettani összenövésnél, a miről már előbb szóltunk, a geny a corona glandis mögött gyűlhet össze, s csakis úgy ürülhet ki, ha kutatóval előbb a fitymát a makkról leválasztjuk. A makk gyulladásának keletkezésére rendszerint a makk váladékának (smegma) fölhalmozódása szolgáltat okot.

Sokkal ritkábban észleljük azt, hogy a nehéz vizelésnek az oka *urethritis catarrhalis*, a mely gyermekeknél természetesen nem keletkezik kankós fertőzés folytán, hanem vagy az által, hogy a gyulladás a fitymáról a húgycsőre terjed tova, vagy pedig ismeretlen okokból; ujszülötteknél is előfordul (vesehomok? kankó?). A makkgyulladásától való különbség abban áll, hogy a geny nemcsak a fityma alatt van, hanem, hogy a húgycsőből magából is előnyomul, különösen ha a húgycsövet ujjunkkal hátulról mellfelé haladva megnyomjuk. Gyermekek húgycsőgyulladása jó indulatu, mert azt sem vesegyulladás, sem dob nem kíséri, s ha még hetekig is elhúzódik, húgycsőszükületet nem hagy hátra.

Leányoknál nehéz vizelést okoz gyakran *Vulvitis* vagy *Vulvo-vaginitis*, a minek oka vagy általános táplálkozási zavar (anaemia, scrophulosis), vagy meghülés (ugymint a nátha) tisztátalanság, önfertőzés, vagy oxyuris; de a leggyakoribb oka gyermekeknél az, hogy egyik a másikat megfertőzteti, vagy pedig idősebbek fertőztetik meg őket Neisser-féle gonococcusokat tartalmazó genyvel. Ha a gyulladás folyamán a nagy ajkak belső felü-

letén kimaródások keletkeznek, akkor a vizelés annyira fájdalmasá válik, hogy a gyermek vizelletét, a meddig csak képes, visszatartja, a vizellet kinyomulása pillanatában az éjjeli edényről felugrik, sir, hányja-veti magát, s általában magaviselete igen emlékeztet arra, a mit végbélrepedések alkalmával küölnek a gyermekek.

A külső húgycsőnyílás szélén előforduló apró horzsolások kis, úgyszintén nagyobb gyermekeknél igen nagyfokban megnehezíthetik a vizelést; erre a bajra, a mit Bókai Urethritis orificii externi név alatt írt le, különösen jellemző az, hogy nagyon makacs. Bókai csak zsidóknál észlelte (33 esetben); a mi két esetünkben is a gyermekek zsidók voltak, egyik 2, a másik 5 éves (a körülmetélésnek befolyása?).

Néha fájdalmas a vizelés, mert a *húgy nagyon tömör, s erősen savi vegyhatású*: ha az ily vizellet már egyideig áll, akkor üledékében bőséges a húgsavas só. Egy ideges, vérszegény 11 éves fiúnak, a vizeléskor igen erős kínzó égető fájdalmai voltak, a miért eredménytelenül fitymaműtétet is végeztünk rajta; a vizellete Bulyginszkij tanár vegyelemzése szerint különben rendes, de nagyfokban savi volt; a gyógyulás néhány hónap múlva önként következett be.

Egy másik esetben, ugyancsak egy 11 éves fiúnak, a ki kitünő színben s látszólag teljesen egészséges volt, a húgycsőben igen erős fájdalmai voltak, kezdetben csak a vizelés alkalmával, (különben akkor sem mindig), később azonban a fájdalmak rohamokban jelentkeztek, néha vizeléskor, máskor önként is, s pedig nemcsak a húgycsőben, hanem a gáton és az alhasban is; a húgyeső és a gát nyomásra mindig (azaz a rohammentes időszakban is) igen fájdalmas volt. A vizelletvizsgálat — eltekintve erős savi vegyhatásától és magas fajsúlyától — eltérést a rendestől nem mutatott; a hústáplálék elvonása és Vichy vízfogyasztás a beteg állapotában enyhülést nem hozott létre. *Kozsevníkov* tanár, a ki a betegnél a Nn. pudendales neuralgiáját constatálta, villanyozást ajánlott, a mi fényes eredményre vezetett.

A *heveny hólyaghurutot* mindig fájdalmas vizelési inger kíséri, mi az idült hólyaghurutnál valamivel kisebb (a vizelletben van geny).

A heveny *hólyaghurutnak* és csekélyebb mértékben az idültnek is, állandó kísérője a gyakori és fájdalmas vizelési inger. A hólyaghurut különböző fokai *hurutos (catarrhalis)* és *genyes cystitis* név alatt ismeretesek. Mindkét formát a húgy ammoniákos bomlása

kiséri, a különböző bakteriumok befolyása folytán; a különbség mégis abban áll, hogy egyes esetekben nem-piogen mikroba, más esetekben pedig piogen-mikroba forognak szóban. Az előbbieket még akkor se okoznak genyes cystitist, ha a hólyaghurut huzamosabb ideig fennáll, pl. hólyagkő egyes eseteiben. A húgy alkalikus, többé-kevésbé bő üledéket képez; az üledék külsőleg nagyon hasonlít a genyhez, de nem foglal magában genytestecskéket, hanem főleg (az égvényes kálitól eredő) nyálkából áll, a melyben a mikroszkop alatt phosphorsavas ammoniak magnésia kristályokat, húgysavas ammoniak jegeczeket, hólyag-hámsejteket és nagyszámú bakteriumot látunk. Katarrhalis cystitis esetében a fehérsége a húgyból teljesen hiányozhatik is. Genyes cystitisnél a húgy a hurutos cystitisnél előfordulótól abban különbözik, hogy az üledékben bőven vannak genytestecskék; az alkalikus reactió jóval erősebb, fehérsége is van hozzá keverve, és hogy az üledék, égvényes kálilug hozzáadására nem tűnik el, hanem kocsonyaszerű alakot ölt.

Rousing vizsgálatai szerint tuberculosus cystitisben a vizellet savas reakciója élesen különbözik az előbbi kettőtől, ennek következtében a csapadékból hiányzanak a trippel-phosphat kristályok, a mennyiben a Koch-féle bacillus a vizelletet nem változtatja meg lényegesen. Különbözik *Rovsing* nézete még nincs egészen bebizonyítva; legalább a mi klinikánkon feküdt egy hét éves fiú chronicus cystitisben, kinek vizellete savi vegyhatású volt, a kinél nem volt okunk feltételezni a gümös cystitist; vizelletében a gümös bacillusok hiányoztak. Ha a hólyaghurut úgy keletkezett, hogy a gyulladás a vulvo-vaginitisről terjedt át, mikor a vizelés különben is fájdalmas és a húgy genyes volt, a húgyhólyaggyulladását fel lehet ismerni a jóval gyakoribb vizelési ingerből és a húgy alkalikus reactiójáról.

A legsúlyosabb idült lefolyású nehéz vizelést okoz a *hólyagkő*. Erre különösen jellemző az, hogy a vizelletsugár néha hirtelen elakad; a pontos kórisméhez a kutatóvizsgálat szükséges.

Gyakran vizelatrekedés fordul elő 2—3 éves gyermekeknél, a hihetőleg heves *végbél-erőltetés*kor, a hólyag záróizmának görcse által feltételezve vérhasnál, végbélrepedés esetében, sőt mint egyesek állítják, oxyurisoknál is.

Idősebb gyermekeknek néha mulékony hólyaggörcsük van meghülés (hideg árnyékszék), sör és egyes gyógyszerek, különösen terpentin élvezete folytán.

Hólyaggörcs oka lehet a szomszédos szervnek gyulladása is, pl. csigolyagyulladás, horpaszizom-gyulladás stb. Hashártyagyulladásnál a vizellet egyszerű visszatartásával van dolgunk, minthogy a hasprés nem működik; itt néha-néha az oly nagyfoku, hogy a beteget csapolni kell.

Teljes vizellevisszatartás oka, a mely 24 óráig, esetleg még tovább is tart, vagy az, hogy a vese ki nem választ vizelletet (anuria) vagy pedig az, hogy a hólyag azt nem bírja kiüríteni (*Retentio urinae*).

Első esetben a hólyag üres, s a has alsó részletének kopogtatásánál a szeméremzisesülés felett a hang dobos, s a húgycsapal csak igen csekély mennyiségű vizelletet üríthetünk ki; ezt az állapotot súlyos heveny vesegyulladásnál és gyermek-koleránál tapasztaljuk.

A második esetben, t. i. akkor, ha teljes vizellethiány van, a hólyag ki van tágulva, s a has alsó részletén mint gömbölyű, hullámzó, egész a köldököt elérő, könnyen kitapintható daganat tűnik elő. Az ily daganatot hasvízkórral összetéveszteni csak nagyon felületes vizsgálat mellett lehet. A helyes kórisme véget elég ha a daganat helyét, a kitágult hólyagnak megfelelő pontos fekvését, továbbá határait vesszük tekintetbe; körjelző erre nézve, hogy a daganat a húgycsapolás után azonnal eltűnik, Ad maximum kitágult hólyagot hamarabb észre nem vesszük, mint félreismerjük. Ez akkor történik, ha az orvos nagy súlyt helyez a körelözményi adatokra, s elfeledi, hogy az anyák jobban ügyelnek a gyermekek székletéire, mint a vizelléseire, s gyakran csak taláalomra felelnek a kérdésre; ellenben a gyermek vagy még nagyon fiatal vagy pedig elfogultabb, mintsem hogy állapotáról panaszkodnék. Ez az oka annak, hogy hagymáz, vagy agyhártyagyulladásnál nem ritkán tapasztaljuk a hólyag kitágulását.

Teljes vizelletekedést okoznak, daczára a heves ingernek, leggyakrabban a *húgycső-kövek*, melyek leginkább a sajkaképű árokban, vagy a pars prostaticában tartózkodnak; a húgycsőben rejlő concrementumot a mony megtapintásával a bőrön át könnyen kitapinthatjuk.

A *paraphimosis* a húgycső teljes elzáródását ritkán okozza. A bajt a penis jellegző kinézéséből könnyű felismerni; ugyanis a makk csupasz, dagadt, fénylő; a fityma a corona glandis mögött van, s erősen vizenyös.

Ehhez hasonló a kórkép — ámbár a makk nem csupasz — akkor, ha a mony fonállal van körülcavarva, s ez a monyba mélyen belevágott, a kis beteg ezt nem tudván eltávolítani, a büntetéstől való félelem miatt állapotát, a meddig csak lehet, eltitkolja (*Strangulatio penis*).

A *m. detrusor urinae* hüdése is okozhat vizellevisszatartást csigolyaszuvasodásnál, vagy gerinczvelő gyulladásnál.

Egy 6 éves fiúnál a hólyag figyelemre méltó zsongját tapasztaltuk, a mely alkalommal annak érzékenysége is nagyon alászállott. Oly módon nyilvánult ez, hogy a gyermek naponta csak egyszer vizelt, s a mikor a kórházba hozták, semmi hajlamot sem mutatott vizelni, daczára annak, hogy hólyagja a köldökig ért. A hólyagzsongnak okát sehogy sem tudtuk megtalálni, a gyermek más tekintetben teljesen egészséges volt, s a körelőzményből csak annyit lehetett kideríteni, hogy már igen „kora ifjusága“ óta ritkán vizelt; tehát vagy veleszületett zsongja volt, vagy pedig rossz szokás volt az oka annak. A *m. detrusor urinae* hüdése rendszeren a gerinczvelő megbetegedésének következménye (*Myelitis transversa*), *Ischuria paralytica*; ha egyttal a *m. sphincter* is hüdött, akkor a beteg cseppekben üríti vizellettét, daczára annak, hogy a hólyagja állandóan óriásilag ki van tágulva — *Ischuria paradoxa*.

Incontinentia urinae. Gyermekeknél a legismertebb betegségek egyike az éjjeli ágyba vizelés — *enuresis nocturna*. Ez egy sajátos gyermekkori hólyag-neurosis, a mely a 12—14-ik év elérése előtt magától elmarad. Viruló gyermekek ép úgy szenvedhetnek benne, mint vérszegény és ideges gyermekek, de utóbbiaknál aránytalanul gyakrabban észlelhető. A baj abban áll, hogy a gyermek éjjel ágyba vizel, ellenben nappal hólyagját rendszeren tudja szabályozni.

Ugy látszik, hogy a baj lényegét a *m. detrusor* fokozott reflex ingerlékenységében kell keresnünk. Súlyos esetekben a betegnek nappal is oly nagy a vizelési ingere, hogy nappal sem tudja azt visszatartani s önkéntelenül kibocsátja (*Enuresis diurna*); itt a hólyag nyálkahártyájának érzéketlenségéről szó nem lehet, inkább túlérzékeny az.

Járulékos és hajlamosító ok gyanánt felemlíthetők: a *phimos*, igen savanyu vizellett, alvás előtt sok ivás, bélférgek. A nem és kornak kétségtelen befolyása van, mert az éjjeli ágyba vizelés túlnyomólag gyakran 5—12 éves fiuknál fordul elő, úgy-

szintén a *mély álm*, a mit majdnem kivétel nélkül éjjeli ágyban vizelőknél tapasztalunk; mi ennek kórokozó tulajdonságot nem tulajdonítunk, de azt hisszük, hogy a baj létrejöttére a legfontosabb feltételt képezi.

Az incontinentia urinae abban az értelemben, hogy a beteg igen gyakran vizel, hólyaghurut vagy túlságos bő vizeltekiválasztás által lehet feltételezni (Diabetes insipidus és mellitus, vagy italnak túlságos élvezete után) vagy pedig a sphincter hüdése folytán keletkezik. Utóbbi esetben a vizellet folyton csepeg, a mint azt gyakran gerinczvelőgyulladásnál, vagy nem egészen sikerült kömetszés után tapasztaljuk.

A hereborék és a lágyéksatorna daganatai.

A hereborék nagyobb lehet vagy azért, mert falai meg vannak vastagodva, vagy pedig bennéke megszorodott.

Rendes körülmények között a borék bőre finom, gyengéd, könnyen redőbe emelhető, s általában ránczos kinézésű. Ha vizenyösen beszűrődik, vagy gyulladásba jő, akkor megvastagszik. Mindkét esetben felülete síma lesz, s többé redőkbe nem emelhető. Vizenyő esetén, a mely rendszeren a mony bőrre is áterjed — halvány, nyomásra lassan eltünő gödröcske keletkezik, — de nem fájdalmas. Gyulladásnál a bőr pirosan elszinesedett, forró, érzékeny, nyomásra bemélyedés nem marad vissza. A vizenyő okai ugyanazok, mint a bőrvizenyőnél általában, ellenben a gyulladást helybeli okok hozzák létre, mint húgycsökövek, zúzódások stb.

Ha a borék bőre rendes, akkor arra következtethetünk, hogy megnagyobbodásának oka az, hogy bennéke megnagyobbodott. Így van az a lágyéksérvnél, herevizesérvnél, sőt még akkor is, ha maga a here van megnagyobbodva.

A *sérvre* jellező az, hogy a beteg háton fekvésénél könnyen visszahelyezhető (odanőtt sérvek gyermekeknél nem fordulnak elő), s korgó zörej mellett a hasba vissza megy. Ha a sérvtömlőben levegő van, akkor felette a kopogtatási hang dobos.

A *herevizesér* — Hydrocele tunicae vaginalis — tojásdad, hülámzó, vissza nem helyezhető, síma felületű daganat; a lágyéksatorna külső nyílásánál felső határa kitapintható, a mi egyuttal azt is mutatja, hogy nem terjed be a hasüregbe.

Ugyanilyen sajátságai vannak az *ondózsínór hüvely* vizsér-

vének is — Hydrocele funiculi spermatici, de avval a különbséggel, hogy első esetben a herét folyadék veszi körül, s csak egy oldalról, vagy egyáltalában ki nem tapintható, ellenben a második esetben a here tojásdad, vagy hengeralaku alsó vége szabadon fekszik.

Mindkét hydrocele alak sokkal inkább hasonlít egy sérvhez akkor, ha a tunica vaginalis belvilága a hasüreggel összeköttetésben áll, ilyenkor is visszahelyezhető ugyan a daganat (ha nem is oly hirtelen s korgás nélkül), de a főkülönbség abban áll, hogy a herevisszértérsérv áttünő, a mely tünet sérvnél nincs.

Ezt egy sötét helyen legjobban láthatjuk. A beteget kinyújtott czombokkal hátára fektetjük, az orvos egyik kezével a herezacskót úgy emeli fel, hogy a daganat a czombokon túl érjen; a mint ilyformán a daganat bőrét megfeszíti, másik kezének ulnaris szélét a herezacskóra teszi, s a szemben elhelyezett fényforrás felé fordítja azt; ha napvilágos szobában vizsgálunk, akkor az ablak játsza a fényforrás szerepét.*)

Ha a herevisszértérsérvvel van szövődve, akkor a dobos kopogtatási hanggal bíró, visszahelyezhető részlet felül fekszik, s az a részlet, a mely vissza nem helyezhető és nem áttetsző, alul.

Ha nincs folyadékfelhalmozódás, hanem a here nagyobbodott meg, akkor az durva tapintatú, s nem hullámzó. Ha a heremegnagyobbodás heveny körülmények között, láz és fájdalmak kíséretében fejlődött ki, akkor *here- és mellékhere-gyulladásról* van szó, a mi különösen kis gyermekeknél igen ritka; 12 évnél idősebb gyermekeknél néha járványos fültőmirigygyulladás szövödményeképp lép fel. Sokkal gyakoribbak a here idült daganatai, a melyek az előbbiektől lassú fejlődés, csekély fájdalom, s dudorzos felszín által különböznek. Ilyen esetekben a kórisme *heregümökör* és *herebujakör* között ingadozik.

Egyik esetben ép úgy, mint a másikban a daganat helyenként elpuhulhat, a bőrrel összenöve s fekélyesedésre vezetve — kifelé törhet.

A daganat természetének eldöntése részint a körelőzményi adatokból, s a kísérő tünetektől, részint a helytől függ; a gümökör

*) Igen practicus a bold. Lumniczer tanár által ajánlott mód is. A herevisszértérsérvre gyanus daganatra reányomjuk a stetoscopot, amin ha áteső fényben vizsgálunk, a felkelő naphoz hasonló fénylő korongot látunk, ha a daganat sérv, akkor a látótér teljesen sötét.

rendesen a mellékheréből indul ki, s csomókban terjed tovább az ondózsínóron felfelé, ellenben a bujakór rendesen magán a herén fejlődik.

Ha a lágyéksatornában tapintunk egy mogyoró, egész diónyi, sima, ruganyos tapintatu daganatot, a mit esetleg könnyű visszahelyezni, s a hasizmok erős működésénél az ujólag előkerül, akkor vagy kezdődő sérvvel, vagy a lágyéksatornában rekedt herével (Monorchysmus), vagy esetleg — ha a daganat vissza nem helyezhető — az ondózsínór körülírt vizsérvével állunk szemben. Ha a herezacskó megfelelő fele üres, azaz, ha abban herét nem tapinthatunk ki, s a mellett a daganat nyomásra alig fájdalmas, akkor utóbbi eset *visszatartott here*; ha mégis helyén van a here, s a daganat vissza nem helyezhető, s a mellett határait jól ki-tapinthatjuk, akkor *hydrocele funiculi spermatici*-ről van szó; de ha a daganat a beteg hanyatfekvésénél magától, vagy könnyű nyomásra eltűnik, akkor vagy *sérv*, vagy egy *nyílt* — tehát a hasüreggel közeledő *ondózsínór-vizsérvével* — *hydrocele funiculi spermatici communicans* — van dolgunk. Miután a daganat kicsiny, nehéz meghatározni azt, hogy az áttetsző-e, ennél fogva a kórismét más tünetekre alapítjuk; a sérv korgással visszahelyezhető, s a hasprés erős működésekor azonnal újra kijön, ellenben az ondózsínórvizsérv csak lassan búvik újra elő, ha előbb nyomás által vissza lett nyomva.

A lágyéksatornában visszatartott here gyulladásba jöhet, megduzzad és beékelődhetik, a mi szerfelett fájdalmas, s olykor hányást is előidéz, úgy, hogy a beszorult sérv kórképe állhat elő. Eltekintve attól, hogy utóbbinál a bélpuffadtság elmaradhatatlan, s teljes székrekedés van (még bélgázok sem távoznak), a kórismét még az is támogatja, hogy a beékelt herénél a hányás nem oly heves, s a daganat inkább körülírt, gömbölyű, vagy tojásdad alakú.

A bőr és a bőralatti kötőszövet betegségeinek tünettana.

A bőr általános színe.

Halavány bőrszín által jellegzett betegségek.

A feltűnő *halavány bőr* és nyálkahártyák a vérszegénység jelei — feltéve, hogy nem esetleges vérvesztés okozta azt; — ez min-

dig táplálkozási zavarra mutat, mely vagy bizonyos szervek megbetegedésével (*tüneti vagy másodlagos vérszegénység*), vagy megzavart vérképződéssel (*idiopathicus vagy elsődleges vérszegénység*) áll összefüggésben.

A bőr halványsági fokának megítélésekor főleg a fülkagylókra és nem az arcra kell fordítani a főfigyelmet, mert az egészséges gyermekek arcza is lehet halavány és megfordítva, a vérszegény gyermekek is könnyen elpirulhatnak. A nyálkahártyák közül kiváló figyelmet érdemelnek a szemkötőhártyák és az ajkak. Hogy a bőr alatti zsírszövet többé-kevésbé kifejtett, annak a vérszegénység megállapításában semmi fontos szerepe sincs. A vérszegénység — a bőr és a nyálkahártyák halványságán kívül — még sok más tünetben nyilvánul, a melyeknek indító oka az, hogy a vér oxigén-szegény lesz, (mert a piros vértestecskék száma és a haemoglobin mennyisége csökken), s ennek következtében a szövetek és szervek táplálkozása megcsappan. Minden jól kifejezett vérszegénységnek fontos és állandó tünetei: 1. hogy a beteg már csekély testi mozgás után is nehéz légzést kap; 2. az összes izmok gyengesége és gyors kifáradása; 3. az idegrendszer ingerlékenysége, mely főfájásban, változó kedélyhangulatban, sirásra való hajlamban stb. nyilvánul; 4. a vérérendszer részéről felemlítendőek a szív felett hallható anaemicus zörejek és különösen a kulcscsont sternalis végén jelentkező venosus zöreje. (E zörejek jellegéről és ama különbségekről, melyek közöttük és az organicus szívzörejek közt fennállanak, szó volt a 33. lapon) és végre 5. a mi az emésztőszerveket illeti, a vérszegénységnek rendes kísérője az étvágytalanság és a székrekedésre való hajlam.

Körismei tekintetben a másodlagos börszegénység csoportjához tartozó bőrhalványság, mely heveny vesegyulladásoknál keletkezik, különös érdekléssel bír, mivel néha, különösen kezdetben, az egyetlen kifejezője a bajnak, s ennél fogva az orvos figyelmét a beteg vizeletének megvizsgálására tereli.

A szervezetben véghezmenő idült genyedő bajoknál (különösen genyedő csontbajok) szükségképen halavány a bőr, ép úgy van a dolog izzadmányos mellhártyagyulladásnál is, a mely utóbbinak ez a legfontosabb tünete, ha t. i. a beteg sem nem köhög, sem észrevehető nehéz légzése nincs, s a bajt esetleg — a mellkast meg nem vizsgálva — félreismerhetjük.

Újszülötteknél halavány börszint láthatunk rendszeren a tulsá-

gos elhújasodásnál és angolkóránál, s az utóbbi kórisméjének megállapításánál már igen korán fontossággal bír, mert az mindjárt a baj kezdetén megvan, (l. angolkór); néha igen korán jelentkezik a bőr halványsága gümös megbetegedéseknél, a többi közt a gümös meningitiseknél, jóval még az agyi tünetek kifejlődése előtt.

Ha a gyermek vérszegény, s a vérszegénység határozott oka ki nem deríthető, akkor nincs más hátra, mint a vérkészítő szervek működésében beálló zavartól függő *önálló vérszegénységet, anaemia essentialist* tétélezni fel. Így tehát az ilyen vérszegénység kórisméje főleg kizárás útján állapíttatik meg, a mikor is be kell előbb bizonyítani azt, hogy az összes belszervek egészségesek, s hogy a beteg se gümőkórban, se idült genyedésses folyamatban, se albuminuriában stb. nem szenved. Tekintettel a betegség lefolyására, a kísérő tünetekre, a vérelváltozás sajátosságaira és a kimenetelre, a vérszegénységnek különféle alakjait különböztetik meg, u. m. 1. a közönséges vérszegénységet — anaemia simplex —; 2. a gyermekek lépmegbetegedésével járó vérszegénységet — anaemia splenica infantum —; 3. a gyermekek álfehérvérüséget — anaemia pseudoleucaemica infantum —; 4. a valódi fehérvérüséget — leucaemia —; 5. a rosszindulatú (vésses) előreható vérszegénységet — anaemia perniciosa progressiva — és 6. a sápkórt — chlorosis.

Ámbár ez alakok közt éles határt vonni nem lehet, mert az egyik a másikba észrevétlenül megy át, klinikai szempontból mégis meg kell őket különböztetni, mert az egyik vagy a másik bajhoz kötött fogalmakkal párosul adott esetben a lefolyásról és a kimenetelről a nézetünk és felfogásunk is.

Klinikai szempontból véve a dolgot, a vérszegénység esetén felette fontos a vér elváltozása, nemcsak a különböző vérszegénységi esetek formájának, alakjainak diagnosticája, hanem a therapeuticus beavatkozás eredményeinek méltatása és a prognosis szempontjából is, s ezért erről is kell néhány szót szólani.

A vér klinikai vizsgálati módszereiben főfigyelmet fordítsunk a vörös és fehér vértestecskék számára, nagyságára és alakjára és a vér haemoglobin mennyiségére.

Normális állapotban a vörös vértestecskék (erythrocyta) száma a gyermekek vérében közel ugyanaz, mint a felnőttekében, csak az újszülöttek vérében az első napokban múlja felül a rendes számot és köbmilliméterenként a szokásos $5\frac{1}{2}$ —5 millió helyett $6\frac{1}{2}$ —7 millióra is felrűg. Az erythrocytak mind egyforma nagyok,

kettősen homorú tányéralakúak, magjuk nincs és a haemoglobin által egyenletesen vörösre vannak festve. Vérszegénység esetén a vértestecskéken számtalan rendellenesség tapasztalható, a melyek közül leggyakoribb az, hogy *számuk csökken*. Általában el lehet mondani, hogy mentül erősebb a vérszegénység, annál inkább fogy az erythrocyták száma, amely könnyű esetekben köbmilliméterenként $4\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$, súlyos esetekben 700—500 ezer.

A másik rendellenesség az erythrocyták *nagyságában* nyilvánul, a mi csakis a súlyos vérszegénységben fordul elő, függetlenül a betegség alakjától. Ide tartozik az az eset, mikor a vérben igen kicsiny vértestecskék (törpe erythrocyták) vagy haemoglobinnal intensive megfestett golyóalaku parányi testecskék (mikrocyták) vagy szerfölött nagy vértestecskék (makrocyták vagy gigantocyták) jelennek meg.

A vérszegénység súlyos eseteiben megtaláljuk a vörös vértestecskék harmadik rendellenességét is, nevezetesen a *maggal bíró erythrocytákat* is (blasto vagy erythrocytiocyták). Ezek különböző nagyságúak, s ezért megkülönböztetnek normoblastokat (rendes erythrocyt nagysággal) és megaloblastokat (melyek a makrocytáknak felelnek meg). Kis gyermekeknél különösen könnyen jelentkeznek az erythrocytiocyták, ugyannyira, hogy a pár hónapos csecsemőknél az enyhébb fokú vérszegénység esetében is megtalálhatók, ellenben ha felnőtteknél találjuk azokat, akkor azok mindig a vészes vérszegénység jelei.

A negyedik rendellenességet a *poikilocyták*, vagyis a szabálytalan körvonalú, részint piskóta, körte, patkó stb. alakjában jelentkező erythrocyták alkotják. Csak akkor fordulnak elő, ha a vérszegénység már erősfokú, tehát nem jellemzik kizárólag a betegség valamelyik fajtáját.

A rendes vérben jóval kevesebb a fehér véresejt a vöröseknél; számuk köbcentiméterenként 5 és 10 ezer közt ingadozik, azonban az újszülötteknél az első napokban a 20 ezeret is eléri (physiologiai leukocytosis).

A fehér véresejtek nagyságukat tekintve, magjuk mivoltára és tulajdonságaira nézve igen változatosak, úgy, hogy például *Uszikov* 14-féle fajtájukat különbözteti meg; azonban klinikai célra elég négy fajt megkülönböztetni, u. m. :

1. A *lymphocyták* körülbelül erythrocyt nagyságúak, egy maggal, a mely eosinnal és methilkékkel (lásd alább) megfestve kék-

színű; ugyanekkor megkékül a protoplasma is, de nem olyan erősen. Rendes körülmények között az összes leukocytáknak 20—25%-át teszik ki.

2. *Sokmagvú leukocyták* vagy *neutrophil-sejtek*. Jóval nagyobbak az előbbeniéknél; magvuk kék színre, protoplasmájuk rózsaszínre festődik. A leukocyták összes számából 70—80%-ban fordulnak elő, következőleg számuk túlnyomó.

3. *Átmeneti alakok*. Olyan nagyok, mint a neutrophil-sejtek, egy magjok van, a mely nyulványokkal bir és a mely halványkék színre festődik.

4. *Eosinophil leukocyták* durván szemcsés protoplasmával; a protoplasma a szemcséket methylenkékre, az eosin világos vörösre, a magvakat pedig kékre festi. A rendes vérben nagyon kis számmal (1—3%) fordulnak elő.

Felvezik, hogy a lymphocyták a nyirokmirigyekből, a sokmagvu fehérsejtek a lépből, s az eosinophil-sejtek a csontvelőből keletkeznek.

Kóros esetekben a leukocyták részéről jelentkező eltéréseket azok számának tulajdonítják. Van a vérszegénységnek oly fajtája is, a legsúlyosabbakat sem zárva ki, mikor a leukocyták száma normális marad; néha a szaporodás úgyszólván egyenletesen oszlik meg a leukocyták összes alakjai közt, néha pedig kizárólag csak az egyik alakra terjeszkedik az ki.

Hogy a vér morphológiájában jelentkező különféle rendelle-
nességeket megértsük, különböző festésmódokat ajánlottak, a melyek közül egyike a legpracticusabbaknak, akár a kivitel gyorsaságát, akár az elért eredményeket tekintjük, a *Gabricsevszky*-féle, mely a vérnek eosinnal és methylenkékkel való kettős festésében áll. *Gabricsevszky* leírása szerint a festés a következőleg történik: a vizsgálandó vércseppet vékony rétegben két fedő üveg közé terítjük szét; miután a felső üveget az alsóról hirtelen lehúzzuk, (nem leemeljük!), a levegőn szárított készítményeket a vér rögzítése végett absz. alkohol és aether egyenlő keverékébe mártjuk be. Ebben a keverékben 20—30 perczig maradnak a készítmények, minek le-
telével a festésre alkalmasak. Először 3—4 perczenként 60% eosinnal 1%-os borszeszes oldatával festetnek meg. Az eosin-oldatot és a methylenkéknek vízzel telített oldatát festés előtt felerészben lepárolt vízzel higitjuk. Azután a készítményeket lepárolt vízben megmossuk, 15—30 másodpercze methylenkék oldatába helyezzük,

ujra hamar vízben megmossuk, a levegőn kiszárítjuk és kanadabalzsamba téve vizsgáljuk. A vérkészítmények ilyen festésével igen jól meg lehet különböztetni a leukocyták főalakjait, a maggal bíró erythocytákat, a vérlemezket és a váltóláz parasitáját, (plasmodium malariae), (ezek kékre festetnek). *Gabricsevszky*. A vér normalis és pathologicus morphológiája. Moszkva, 1891. 7. lap).

Áttérve a vérszegénység egyes alakjainak tárgyalására, csupán a főismertető jelekre fogunk szorítkozni.

Közönséges vérszegénység — anaemia simplex — idült és állandó táplálkozási zavarhoz tartozó betegség; előfordul könnyű és súlyos alakban; az előbbit inkább az idősebb gyermekek kapják, az utóbbit pedig különösen a két évnél fiatalabbak.

A közönséges vérszegénység *könnyű alakjail* a bőr és nyálkahártyák mérsékelt halaványsága, s a lép, máj és nyirokmirigyek rendes nagysága jellemzi. A vérelváltozás abban áll, hogy a veres vörsejtek száma kissé megesükken ($4\frac{1}{2}$ milliótól $3\frac{1}{2}$ millióig), *nagyságuk és alakjuk azonban változatlannal marad*, s egyúttal a vér haemoglobin tartalma is csökken. (Rendes állapotban legtöbb haemoglobin van az újszülöttek vérében — *Fleischl* szerint 100% —, 5 éves kor felé a haemoglobin mennyisége 60%-ig alászáll, azután megint emelkedik, és 12 év felé 70—80%-ot ér el. A közönséges vérszegénységben szenvedők vérében közel 55—45% haemoglobin van.)

A közönséges vérszegénység kórjósolata kedvező, mert évek folyamán rendszeren magától elmulik. Az esetek túlnyomó számában okai a gyermek első életéveiben véghezmenő táplálkozási zavarokban gyökereznek; a gyermek vagy koraszülött, vagy mesterségesen táplált volt, s a körelőzményi adatokban angolkór jeleire akadunk, vagy más súlyos bajokra. Ha egy előbb egészséges gyermekről van szó, a ki csak utóbbi idő óta soványodott le és lett halavány, s ha a mellett azt látjuk, hogy a gyermek szórakozott, s szemei körül kék karikák válnak feltünővé, akkor önfertőzésre gondoljunk. A vérszegénység járulékos oka továbbá a szobai levegőben való állandó tartózkodás, bélférges (az ürülékben férgek petéi), igen gyors növény, szellemi túleröltetés és a kezdődő gümőkór. Az idiopathicus és a gyomorhurut okozta tüneti vérszegénység közötti különzeti kórismére nézve, a melyhez legjobban hasonlít, l. az étvágy tünetét a 67. lapon.

A közönséges vérszegénységnek *súlyos alakja* legtöbbször

az első és a második esztendőben kezdődik, de több évig is elhúzódhatik, s ekkor az élénk halványosság a hetedik évig fennáll. Valamint a vérszegénység többi súlyos fokait, úgy ezt is az *arczbőr viaszsárgasága* és a vörös vérsejtek számának és *alakjának* megváltozása jellemzi. Az erythrocyták száma köbcentiméterenként $3\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ millióig száll alá, de a mi a vérszegénység minden súlyos fokára mindig jellemző, az a vörös vérsejtek nagyságának és alakjának megváltozása, s azért a rendes erythrocyták mellett itt is megtaláljuk a mikro-, makro-, és poikilocytákat, a csecsemők-nél pedig még a magtartalmú vörös vérsejteket is; az utóbbiak azonban mindig jelentéktelen számban fordulnak elő, (*Luzet* szerint ez a lényeges ismertető jel arra, hogy a közönséges vérszegénységnek súlyos esetét a Jaksch-féle anaemia pseudo-leukaemica infantumtól megkülönböztessük). Az aránylag véve könnyű esetekben találni mérsékelt poikilocytosist is, de mikro- és makrocyták nélkül. A haemoglobin mennyisége 45—30%-ra száll alá. A fehér vérsejtek száma vagy rendes, vagy pedig a számuk valamicskét növekszik, például a rendeshez képest megkétszereződik, azaz 14—20 ezerig emelkedik, mikor is a fehér sejtek ugy aránylanak a vere-sekhez, mint 1:20 aránylik az 1:125-höz.

Ha a leirt súlyos vérszegénység *lépdaganattal* jár, a mit az álbordák alatt 2—3 ujjnyira kitapinthatunk, ezt a betegséget a *csecsemők lépes vérszegénységének* — anaemia splenica infantum — nevezzük; de nem szabad összetéveszteni ezt a felnőttek lépes vérszegénységével, a mely az álfehérvérűségnek vagy a pseudo-leukaemiának a synonymja. Valamint a közönséges súlyos vérszegénység (anaemia simplex gravis), úgy az anaemia splenica infantum is legtöbbször az angolkóros, az öröklött bujakórban szenvedő és a koraszülött gyermekeknél fordul elő. Mihelyt a vérszegénység bizonyos fokot elért, néhány hónapon át állandóvá válik, de végre is gyógyulással végződik. A mi a kimenetelt illeti, legyünk figyelemmel arra is, hogy az ilyen betegek nehezen bírják ki az esetleges heveny fertőző betegségeket és minden lázas baj veszedelmes lehet reájok.

A lépes vérszegénység súlyos fokai észrevétlenül mennek át a Jaksch-féle *anaemia pseudo-leukaemicába*. Ez csak kis gyermekek betegsége; két éven felüli korban ritkaság; négy éven túl pedig nyilván soha sem fordul elő. Typikus esetekben vérvizsgálat nélkül is megállapítható a diagnosis. Ú. i. a gyermek arca viaszsárga,

inyhusa halavány, nem angolkóros (vagy az angolkór nyomai csak gyengén mutatkoznak a koponyacsontokon és a bordákon), *lépe igen nagy és tömör*, a lép mellfelé leérhet a köldökig, lefelé pedig a csipőcsont tarajáig. A leukaemiától való megkülönböztetésre nézve említésre méltó az, hogy a nyirokmirigyek a csecsemők álfehérvérüségénél nem hyperplasticusak, a máj pedig, jóllehet az esetek felében mintegy 2—3 újjnyira a bordák alatt kitapintható, még se olyan nagy, vagyis nem nagyobbodik arányosan a léppel, mint a hogyan azt a máj amyloid elfajulásánál és a valódi fehérvérüségnél tapasztalhatjuk. A tüneteket illetőleg a csecsemők álfehérvérüségének fejlődése kezdetén, míg a lép még nem dagadt, meg egyezik a lépes fehérvérüséggel, ámde közöttük az a különbség, hogy a Jaksch-féle vérszegénység progressiv, az anaemia splenica pedig inkább állandó természetű. A vörös vérsejtekben megtaláljuk a súlyos vérszegénységgel járó összes elváltozásokat (lásd lentebb), de a Jaksch-féle vérszegénységnek leglényegesebb tünete mégis az, *hogy a vörös vérsejtek száma rendkívül megcsökken*, holott a *fehér vérsejtek* ugyanakkor többé-kevésbé *megszaporodnak*. Jaksch egy esetben 820 ezer vörös és 54,666 fehér vérsejtet (15:1) számolt; ez azonban szélsőség. Az erythrocyták száma rendszeren $1\frac{1}{2}$ —2 millióig, a leucocytáké 20—40 ezer közt (100—50:1) ingadozik.

Itt túlnyomó számmal fordulnak elő a nagy leukocyták, a sokmagvú sejtek (neutrophilek), csekély számban az eosinophilek. A vér másik sajátzerűsége a gyermekek álfehérvérüségében abban áll, hogy igen nagy számban fordulnak elő benne a *maggal bíró vörös vérsejtek* (normo- és megaloblastak), és közülök sok sejtet látjuk a kariokynesist. Az anaemia pseudo-leukaemica infantum nagyon lassu lefolyású, és aránylag nem épen gyéren végződik gyógyulással. Hogy mi okozza, nem tudjuk, a valódi fehérvérüségtől való különbségéről alább van szó.

A leukaemia (fehérvérüség) szintén chronicus lefolyású, erős hő és nyálkahártya sápadtsággal és igen nagy lépdaganattal járó betegség, a melynél a *nyirokmirigyek* és a *máj* is *jelentékenyen megdagadnak*. A vérelváltozás itt is abban nyilvánul, hogy a vörös vérsejtjeinek száma csökken, s megsaporodnak benne a leukocyták, de mégis azzal a különbséggel, hogy a pseudo-leukaemiában a vörös vérsejtek megcsappanása nagyobbfoku, mint a leukaemiában, s a leukocyták száma sem növekszik olyan nagyon, azaz: *a csecsemők pseudoleukaemiáját a vörös vérsejtek fogyása, a leukaemiát*

pedig a leukocyták nagyszáma jellemzi. Valódi leukaemiában az erythrocyták száma úgyszólván sohasem kisebb $1\frac{1}{2}$ milliónál, és rendszeren 2— $2\frac{1}{2}$ millió körül van, holott ugyanekkor a leukocyták száma 60 ezertől 300 ezerig (1 : 5—20) is felrüg. Továbbá jellemzi a leukaemiát, hogy a több magvú, nagy leukocytákkal egyidejüleg, számra nagyon megszaporodnak az *eosinophilek* és az *átmeneti sejtek* (nagy magvú nagy sejtek) is. Maggal bíró vörös véresejtek, továbbá a mikro- és a poikilocytosis is előfordulnak a leukaemiánál is, de nem olyan nagy fokban.

A leukaemia állandó tüneteire tartozik az is, hogy a vizelettel feltűnően sok húgysav válik ki, s hogy a beteg hajlammal bír a nyálkahártyák (különösen az orr) vérzésére és a bőralatti vérömlésre. A leukaemia rendszeren halálos kimenetelű.

Sápadtság, nyirokmirigydaganatok és lép daganat révén nagyon hasonlít a leukaemiához az *adenia* vagy az *ál-leukaemia* (Hadgkin-féle betegség); azonban az utóbbinál bár a vérszegénység (a vörös véresejtek csökkenése) erősen ki is van fejlődve, a leukocyták száma mégsem növekszik.

A veszélyes vérszegénység — anaemia perniciosa progressiva — inkább az idősebb gyermekek betegsége, jöllehet nálok is nagy ritkaság. Állandó tünetei az igen nagy sápadtságon kívül: hajlam a bőrben (különösen az alszárakon) s a szemfenekén való vérömlényekre (scotoma), hasmenés (olykor a betegség kezdetétől, de gyakrabban a teljes kifejlés szakában) és lázas állapot.

Az anaemia folytán fejlődő láz különös figyelmet érdemel már azért is, hogy jelenléte nagyon megnehezítheti a betegség felismerését, s az orvost arra bírja, hogy a láz okát valami egyébben (legtöbbször a mocsárlázra gondolnak) keresse, s azt higgye, hogy a vérszegénységet a láz okozza. Anaemicus láz csak nagyfokú vérszegénységben észlelhető, de nemcsak a veszélyes vérszegénységnél, hanem előfordul az ál- és a valódi leukaemiánál és a Jaksch-féle anaemia pseudoleukaemicánál is. A lázgörbe nagy eltéréseket mutat, akár a hőmérsék fokát, akár a lefolyását tekintjük. Egyes esetekben a hőmérsék alacsony, nem lépi túl a $38\frac{5}{10}$ fokot, máskor felszál a 39° túla, sőt a 40 -et is eléri. A láz jellegére nézve a febris continua remittens kategóriájához tartozik, olykor a váltólázhoz közeledik, de a legtöbbször teljesen rendetlen. Az is megtörténik, hogy a láz megszakítással van összekötve, azaz: néhány napig elég magas, azután pár napra a rendes hőmérsékre száll alá, majd heteken át újra emelkedik stb. Az ilyen eseteket febris chronica remittens név alatt írták le.

A vér fő eltávozása e bajnál a vörös véresejtek számának (rendszeren 600—750 ezerig) és a haemoglobinnak erősebb csökke-

nésében áll. Ellentétben a chlorosissal, a haemoglobin csökkenése nem olyan erős, mint a vörös vérszetteké, míg a chlorosisban épen az ellenkező tapasztalható. A leukocyták száma is csökken, s a vörös vérszettekhez való viszonyuk úgyiszlóván a rendes marad. A göröcsői vérpraeparatumon nem látni olyat, a mi az erős vérszegénység többi eseteiben elő nem fordulna; a különbség talán abban van, hogy egyetlen más vérszegénységben sem olyan jellegzett a poikilocytosis, mint ebben. Ugyancsak sok mikro- és különösen makrocytát találni e betegségben.

A veszélyes vérszegénység tartama néhány hét és néhány hónap közt ingadozik.

A betegség oka a legtöbb esetben ismeretlen, de némely esetekre nézve kétségtelenül be van bizonyítva, hogy a bélgiliszta okozzák, különösen az *Anchylostomum duodenale* (a St.-gott-hárdi alagút munkásainak betegsége; Európa más helyein ez a bélgiliszta fordult elő a téglagyárak munkásainál is*), továbbá a *Botriocephalus latus* (hasonló eseteket írtak le a gyermekpraxisból is, ott van pl. Podvyszoczyk esete). *Demme* veszélyes vérszegénységet írt le, melyet *ascaris* okozott. A beteg 3 éves gyermek volt; a vörös vérszettek száma 2450000, haemoglobin 40%, poikilocytosis; tizennégy nap múlva 20 *ascaris* elhajtása után vörös vérszert 4 millió 200 ezer, haemoglobin 70%.

A vészes vérszegénység absolute halálos betegség, azonban a bélgilisztaéktól származó esetek itt is szerencsés kivételek, s azért idejében való felismerésére mindazon esetekben, mikor a gyermekek vérszegénységének okai „ismeretlenek“, okvetlenül meg kell vizsgálni az ürüléköket, tekintettel a giliszta-
petékre. Az *Anchylostomum* petéit jellemzi, hogy a különböző időszakban önként is eltávoznak.



10. ábra. *Anchylostomum duodenale* petei.

Chlorosis. Jellegző sajátságaihoz tartozik

a többi közt, hogy úgyiszlóván kizárólag a nemi fejlődés szakában levő leányokon fordul elő, tehát a gyermekorvosnak kevés dolga van vele. Továbbá sajátságai, hogy jóindulatu, hogy hajlandó ki-

*) Hazánkban Dr. Tóth bányorvos közölt idevágó eseteket, melyeket Selmeczbányán a bányamunkások között volt alkalma észlelni. Fordító.

újulni és vas adagolására gyógyul. Figyelemre méltó, hogy a chlorosis aethiologiájában némileg lényeges szerepet játszanak a különböző idegbefolyások: honvágy az intézeti leányoknál, ijedség, szomorúság. A vérelváltozásokat főleg a haemoglobin jelentékeny csökkenése jellemzi, míg a vörös vérszámuk száma majdnem normalis.

Sárga bőrszínnel járó betegségek.

A bőr és a kötőhártya sárga színe biztos jele a sárgaságnak, azaz a vér és a szövetek festenytartalmúak. A sárgaság nem önálló betegség, az csak tünet, a minnek okát kell felkeresnünk, s a kórismének ép ez a feladata.

Ujszülötteknek oly gyakran van sárgaságuk, hogy azt „élet-tani sárgaságnak“ nevezik. Ez az elnevezés jogos, mert az ujszülöttek sárgasága az élet első napjaiban a vörös vérszámokban véghezmenő élet-tani bomlásokkal, úgyszintén a máj élet-tani elváltozásaival összefügg; fokozott az epe kiválasztás a hámoglobínámia folytán (Silbermann), s jelentékeny az epe visszatartás, az epevezeték lehámló felhámja (Couse) és a máj intralobularis kötőszövetének vízenyője folytán (Birch—Hirschfeld).

Az ujszülöttek élet-tani sárgaságának kórisméjét az életkorra alapítjuk, (a sárgaság az élet első 2—3 napján mutatkozik), az ujszülött táplálkozási viszonyai jók (a gyermek nyugodt, jól szopik), az ürülékek rendes sárga színűek (a mi kizárja a choledocus veleszületett elzáródását, mint a sárgaság okát), továbbá, hogy a baj lefolyása kedvező (a sárgaság néhány nap alatt mindig eltűnik).

Ujszülötteknél egy másfajta sárgaság is előfordul, a mely halállal végződik, s ennél fogva az ujszülöttek *vésszes sárgasága alatt* is ismeretes (icterus neonatorum gravis s. perniciosum, s. septica.)

Ez a sárgaság a genyvérűség tünete, s ennél fogva magas láz és erőhianyatlás kíséretében folyik le s csaknem mindig kíséri azt a köldök ütő- és vívőereinek gyulladása (periarteriitis és periphlebitis). Az ujszülöttek sárgaságának harmadik fajtát képezi, a mely ugyancsak minden kezeléssel daczolva, néhány hét, vagy hónap múlva halállal végződik, az a sárgaság, a mely a többi sárgaságtól abban különbözik, hogy a bőr igen intensiv sárga, de a székürülések *színtelenek*. Ezt az epevezeték veleszületett elzáródása okozza.

Vége, kizárólag újszülötteknél fordul elő egy talányszerű vérmérgezésen alapuló tüneti sárgaság, melynek *Winckel* a betegség főtünetét jelző nagyon hosszú nevet adott, t. i. *Cyanosis afebrilis ictERICA pernicioSA cum haemoglobinuria*, s a melyet Gerhardt ajánlatára más szerzők egyszerűen *Winckel*-féle betegségnek neveztek el, mert *Winckel* volt az első, ki e baj járványos felléptét a dresdai szülőkórodán 1879-ben először leírta.

Az időre és rendszeren világrahozott gyermek az első napokban nyugtalanná lesz, s nemcsak az arcz és a végtagokon, hanem a törzsön is észrevehetőleg cyanoticus lesz; erre csakhamar beáll a haemoglobinuria és a sárgaság (a kötőhártyákon), 1—3—7 nap alatt erőhanyatlás és görcsök között beáll a halál. A hőmérsék egész idő alatt rendes. A betegség majdnem mindig halálos, eddig 23 beteg közül csak egy gyógyult meg.

Idősebb gyermekek sárgaságát rendszeren a nyombél hurutja, vagy az okozza, hogy az epevezeték nyákkal eldugul. Ez a hurutos sárgaság — *Icterus catarrhalis* —, a melyet a következő tünetek jellegeznek: 1. A gyomorhurut egyes tüneteivel egyidejűleg keletkezik, melyenek: a gyomor-gödör tájának fájdalmassága, bevont nyelv, étvágytalanság, székrekedés, vagy hasmenés; 2. az ürülék egészen, vagy csaknem szintelen, ellenben a vizellet az epefesteny-tartalomnál fogva sötét; 3 a máj valamivel nagyobb, nyomásra fájdalmas; 4. a sárgaság mellett a beteg kissé lázas (az sem mindig) általános súlyos tünetek nem kísérik azt; 5. néhány nap, legfeljebb 4—5 hét alatt gyógyul.

A tüneteket és a lefolyást tekintve, ez az alak az u. n. *járványos sárgasághoz* nagyon hasonlít, a mely t. i. mindig lázzal van egybekapcsolva, attól csak járványszerű fellépte által különbözik. A járványos sárgaságnak vannak esetei, a melyeknél igen magas lázt (40°, sőt több) az idegrendszer hagymázás jeleit, fehérnyevizellést, máj- és lépmeagnagyobbodást, s gyakori bő izzadást észlelhetünk; a betegség további lefolyása szabályos, s 7—11 nap alatt a beteg rendszerint meggyógyul. Az ily alakú sárgaságot különféle név alatt irták le, mint pl. Typhus hépatique, Nephrotyphus biliosus, Typhus abortivus cum ictero et nephritide. *Waszilyev*, a ki ezt az alakot a Typhus biliosus egyik válfajának tartja, a betegséget *fertőző sárgaság* neve alatt irta le. (Botkin klin. Gaz. 1888. 22—26 sz.) Az általa közölt 10 eset közül az egyik egy 11 éves gyermekre vonatkozott. A betegség rendszeren hirtelen beálló láz, fej-

fájás és hányással kezdődik; 3—5 nap múlva beáll a sárgaság, s a többi jellegzetes tünetek: u. m. szintelen székürülék, máj- és lép-nagyobbodás, fehérvyevizelés, eszmetévangések. Waszilyev mindig azt találta, hogy betegei egyes izomcsoportokban, különösen pedig a lábikraizmokban nagy fájdalmakról panaszkodtak. Egy 2 éves fiúnál különösen a tarkóizomzat volt fájdalmas, úgy, hogy már a 4-ik napon (1 nappal a sárgaság kitörése előtt) tarkógörcs volt jelen.

Még nincs eldöntve, hogy a sárgaságnak ez a hagymázos alakja a hurutos sárgaságtól csak fokozatilag, vagy lényegileg is különbözik.

Az idiopathicus sárgaságtól azt a sárgaságot kell megkülönböztetnünk, a mely más lázas bajoknál, mint febris recurrens, moesárláz, pyaemia stb. előfordul.

A láztalan *idült sárgaság*, a mi májbaj által van feltételezve, gyermekkorban igen ritka. Ép úgy határozzuk azt meg a májtünetek alapján gyermekeknél, mint felnötteknél.

Cyanoticus bőrszínnel járó betegségek.

A bőr kékes színeződése, az u. n. Cyanosis, leginkább kifejezett a kéz és lábakon, ugyszintén az ajkakon, s ez vagy arra enged következtetni, hogy a vivőerekben a pangás helybeli, vagy pedig arra, hogy az egész vérkörben a vér élenyszegény, szénsavban pedig dús. Némely embernél egyik vagy mindkét kéznek körülírt kékes színet, a mely esetleg csak egyes ujjakon van — télen át rendszeren még akkor is tapasztalhatjuk, ha az illető csak rövid ideig tartózkodik a szabadban, ez azonban nyáron elmúlik; ez annak a következménye, hogy az edénybeidegző idegek működése a régi megfagyás által megzavart.

Általános bőr és nyálkahártya cyanosis, vagy (könnyű esetekben) csak a végtagok és ajkak kékes színe mindig arra mutat, hogy a vérkeringési pályán zavarok vannak s egyuttal a szív, vagy a tüdők részéről komoly bántalom jelenlétét bizonyítja. Minél gyorsabban fejlődött a cyanosis, annál rosszabb a kórjósolat; ennél fogva heveny esetekben a korán beálló cyanosist rosszabb jelnek tekintjük, mint az idült esetekhez csatlakozót. Különösen súlyos a cyanosis 1. belégzési dyspnoenál, gégeszükület esetén, legyen az akár croup, akár hangrészgöres vagy idegen test által okozva és

2. heveny fertőző bajoknál, mint pl. vörheny, diphtheria, tüdőgyulladás stb.

Aránylag lassan fejlődik a cyanosis akkor, a midőn a mellhártyaizzadásmány a tüdőt összenyomja, s még lassabban idült szív-bajoknál, akár szerzett, akár veleszületett legyen az.

Veleszületett szívbajnál a gyermek már az első napokban cyanoticus, vagy csak 1—2 év múlva. Gyermekeknél a szerzett szívbajok leggyakoribb oka a kéthegyü billentyű betegsége; a meddig a szív jól compensál, addig cyanosis nincs, de a mint az egyensúly meg van zavarva, akkor nemcsak cyanosis, hanem beáll a nehéz légzés és vizebetegség is, megjegyzendő, hogy veleszületett szívbajoknál a cyanosis gyakran csak magában álló tünetet képez.

Börkiütések. Bőrbajok.

Bár a gyermekkorban igen gyakoriak a bőr kiütéses megbetegedése, itt azonban azoknak pontos leírását nem adjuk, mert e bajok azonosak a felnőttek kiütéseivel. Utalunk a bőrgyógyászati művekre, s csakis a leglényegesebb, s kórismei tekintetben a legfontosabb gyermekkori kiütéses bántalmakra szorítkozunk.

Tárgyalásunk folyamán nem a szokott kórboncztni alapon tárgyaljuk a bőrbajokat, hanem a legjellegzőbb tünetekre alapítva csoportosítjuk azokat, a mi mellett szívesen elősmerjük azt, hogy ismétléseket elkerülni nehéz.

Bőrbajok, melyekre leginkább a bőrpirosság jellegző.

E csoportba sorolunk minden fajta erythemás bőrbajt, legyen az akár egyszerű bőrvérbőség, akár gyulladás által előidézve. A pirosság vagy foltszerű, vagy kiterjedt, érintse az bár a bőr körülírt területét vagy az egész testet; mindkét esetben eltűnik az, ha a bőrt ujjal megnyomjuk, de a nyomás megszűntével csakhamar visszatér, (ez a különbség a petécs között, a mely ujjnyomásra nem tűnik el).

Ujszülöttek bőre az első napokban mindig *egészen piros*, s ezért ezt erythema neonatorum physiologicumnak nevezzük. A kórismét a gyermek korára alapítjuk (az első 2—3 napban látjuk csak). Néhány nap múlva a bőr pirosságát felváltja annak az egész köztakaróra kiterjedő *hámlása* — élettani lehámlás. Némileg ha-

sonló ehhez, — természetesen fokozott mérvben — a *Rittler* által (Prága) leírt kizárólag újszülötteknél előforduló bőrhámlás — *Dermatitis exfoliativa*.

Itt ép úgy, mint az élettani bőрпиrosságnál az egész közta-
karó — daczára, a kitünő általános állapotnak — (a gyermek láz-
talan s daczára a szájkörüli bajnak, jól szopik l. alább) csakhamar
lehámlik. Igen könnyű mindkét kóros folyamatot egymástól meg-
különböztetni és pedig: 1. a beteg korából (a *Dermatitis exfoliativa*
majdnem sohase látjuk más, mint 1 hetes vagy 21 napos
gyermekeken) és 2. a lefolyásból.

Typikus esetekben, a melyek különben is a leggyakoribbak,
a **dermatitis exfoliativa** nem az egész testen kezdődik egyszerre,
hanem *az arczon*, s pedig annak alsó részén kezdődik az elmosó-
dott szélü pirosság, legelőbb a *száj és az áll körül*, a követ-
kező nap leterjed a törzsre, s később a végtagokra, mi mellett
a gyermek láztalan. Mielőtt a pirosság a lábakig ér, az ajkakon a
bőr hámlani kezd; mindenekelőtt vékony pörk képződik, mire az
az ajk szélétől minden irányban kisugárzólag megrepedezik, úgy,
hogy az egész arcz alsó része mintegy páncézzal van borítva.

Más helyen pörk nem képződik, csakis a bőr válik érdekesebbé,
a hol azután a felhám nagy czafatokban — a melyek a tenyeren
és talpakon igen vastagok — kezd leválni: a lemozdított bőr
nem nedvedző, hanem csak kissé nedves, s ennél fogva fénylő, sötét
piros. Csakhamar azonban elhalványodik, s már a következő napon
apróhám szigetkék fedik azt be; egy nap elteltével visszanyeri rendes
színét, mialatt bizonyos korpaszerű lehámlás még mindig tart. A
betegségre jellegző a *cyclicus lefolyás*, 7—10 nap alatt gyógyul,
mindamellett a beteg nagyon hajlamos más következményes bőrbajokra,
mint eczema, apró genygyülemek és kelevényekre, a mi-
nek következménye azután az, hogy a végleges gyógyulás néha
hetekig, sőt hónapokig is elhúzódhatik.

A lefolyás és a tünetekben eltérések is vannak, a melyek ab-
ban állanak, hogy az egész test felülete egyszerre válik pirossá,
vagy pedig csakis az arcz alsó részletére szorítkozik az, a törzs
a mellett teljesen ép, de a mellett mindenütt hámlik a beteg
bőre; ritkább eset az, ha az arcz a bajtól ment marad. Néha az
arcz és a törzs, sőt a homlok és halánték felett a pirossá vált
helyeken sűrűn egymás mellé elhelyezett, átlátszó, nedvet tartal-
mazó apró hólyagesák keletkeznek, ép úgy, mint a *miliaria crystal-*

linánál, a melyek később összefolyva, beszáradnak, mire a lehámlás elkezdődik. Máskor a piros helyek felett a felhám hólyagokban emelkedik fel, a mely sárgás, savós folyadékot tartalmazhat, ép úgy, mint a pemphigusnál.

E baj sokféleségéről és az élettani felpirosságról már volt szó. Orbáncztól a láztalan lefolyás elmosódott határú pirosság és a gyors elterjedés által különbözik. Egyes rendellenes alakok, a melyek hólyagképződéssel járnak, hasonlók a pemphigushoz, de a lényeges különbség abban van, hogy a pemphigus hólyagok *ép bőr felett* képződnek, itt pedig elvörösödött bőr felett. A pemphigus rendszeren többszörös sorozatban tör ki, s a betegség lefolyása bizonytalan ideig húzódik el, azaz nem oly szabályosan folyik le, mint a dermatitis exfoliativa.

A dermatitis exfoliatívát — tekintve azt, hogy ennél is előfordul az ajkak és a szájugok berepedése — összetéveszthetjük bujakórral, mindamellett ezt a bajt kizárhatjuk — eltekintve a veleszületett bujakór más tüneitől (l. alább) — a betegség szabályos és gyors lefolyásából.

A kiterjedt pirosság, továbbá a lemezes lehámlás vörhenyyel is összetéveszthető, de a rendes hőmérsék, továbbá a garat-tünetek hiánya a tévedéstől megóvna.

Minden korú gyermeknél az egész bőrfelület, vagy legalább annak legnagyobb része, ha az *vörhenyt* kap, piros; mi ennél fogva azokról a kiütésekről, melyek e bajhoz hasonlítanak, a vörheny czimü fejezetben szólunk bővebben.

Kisebb bőrterületeken, elmosódott szélü bőрпиrosság előfordul a bőrnek, vagy pedig a mélyebben fekvő szöveteknek különféle gyulladásánál és egyszerű, azaz nem gyulladással eredetü vérbőség eseteiben. Gyulladásoknál az elvörösödött bőrrészlet tapintásra forró, s nyomásra fájdalmas, olykor észrevehetőleg dagadt is; idősebb gyermekek ilyenkor kaparó, sőt égető érzésről is panaszkodnak.

Ide tartozik pl. a bőr **orbánczos gyulladása**, mely magas lázzal járó betegség, a melynél a pirosságra az jellegző, hogy az *élesen határolt és erősen kifejezett*. Ha a pirosság a kezdetben bántalmazott helyen elhalványul és naponta újabb és újabb részletekre terjeszkedik ki, akkor azt vándorló orbáncznak — *erysipelas migrans* —; ha pedig hólyagképződéssel jár, akkor hólyagos orbáncznak — *erysipelas bullosum* — nevezzük. Ha az orbáncz

az arczon van, akkor a bőrgyulladás a bőralatti kötőszövet tetemes vizenyője által kísért. Ehhez hasonló körképet még csak az arcz *friss eczemájának* esetében látunk, de eltekintve attól, hogy az eczemánál oly magas láz, mint az orbáncznál nincs, a különbség abban áll, hogy eczemánál a pirosság nem oly élesen határolt, s hogy eczemánál a gyorsan kifejlődő hólyagképződésnél fogva, a piros bőr nem marad sima, hanem csakhamar úgy néz ki, mint a kordovány, s rövid idő múlva hólyagesák s pörkök fedik azt be.

Az elmosódott határu, gyulladáshoz számíthatjuk még azt is, a mit enyhe égés után, mint pl. napsugarak behatása folytán tapasztalunk a bőrön — *Erythema caloricum*. Gyakran látjuk ezt az erythemát a háton, ha pl. a hát szabad vízben való fürdéskor a nap hevének volt kitéve. Itt a pirosság sem nem oly erős fokú, sem nem oly élesen határolt, mint az orbáncznál. A kórismének legbiztosabb alapját képezi itt a kórelőzmény, a miből a baj oka csakhamar kiderül.

Hosszantartó nyomás, vagy a különféle bőrizgatók behatása által okozott bőрпиrosság — a mit mustárpapír, jód, megmelegendő borogatások, maróhatású ürületek (a seggpofákon) vagy marómirigyváladékok (a felső ajk felpirja náthánál) stb. — okozott, rendszerint csak az izgalomnak közvetlenül kitett bőrrészleten fejlődik, s a kórisme ennél fogva könnyű. Ép oly könnyű a bőрпиrosságnak okát meghatározni, ha azt mélyebben fekvő szövetek, mirigyek, vagy csontok gyulladása okozta.

Kórismeit tekintetben érdekesebb azon kiterjedt pirosság, a mit néha a himlő kitörési szakában látunk, s a mely *erythema prodromale exanthemae variolae* név alatt ismeretes. Többnyire enyhébb lefolyású himlőhöz csatlakozik, ellenben a súlyosabb himlőalakoknál gyakoribb a *pelécsszerű kitörési kiütés* (Haemorrhagia cutis). Az erythemás himlős kiütés vagy mint szétterjedt bőрпиrosság jelenik meg kisebb-nagyobb bőrterületen (csak ritkán az egész bőr felületén mint vörhenynél), vagy pedig foltok alakjában, a mi kanyaróra emlékeztet. Oly hely, melyen előszeretettel föllépne nincsen, előfordulhat a törzsön ép úgy, mint a végtagokon, de az arczot megkíméli; a helybeli kiterjedt erythemát különben leginkább a végtagok feszítő oldalán látjuk. A kiütés többnyire a láz második napján lép fel, (néha már az első napon is), s 12—36 óráig tart el.

A kitörési időszakban előforduló erythema gyakorisága függ

a járvány jellegétől. Ha járvány uralkodik, akkor a himlőt már 1—2 nappal a kitörés előtt lehet kórismézni. A kórjóslatra nézve a kitörési erythema kedvező, s pedig annál inkább, minél kiterjedtebb az, mert kifejlődésének foka általában fordítva aránylik a himlőhólyagok számához.

A *folto erythemának* igen különféle jelentősége van, azaz alakja, nagysága, azok színezettségi foka, kiterjedési módja stb., részben pedig a kísérő tünetek szerint is. A foltok lencse, egész tallérnyiak. A finom foltos erythema — a mit *roseola* név alatt ismerünk — világos rózsaszínű, kerek vagy tojásdad, lencsényi és nagyobb foltokból áll, a melyek néha a bőrön kiemelkednek, s mint csekély kiemelkedések és papulák kitapinthatók.

A roseola nem önálló betegség, hanem gyakran más, többnyire lázas megbetegedésekhez csatlakozik. Nagy kórismeifon-tossággal bir, de nem önmagában véve, mert nem mutat fel elegendő sajátságot az egyes betegségeknel, hanem csak más tünetekkel kapcsolatosan. Pl. senki sem fog hagymázt kórismézni egyedül csak abból, ha a betegnel a háton és a mellen néhány roseola foltot talál, s mégis ez a jelentéktelen kiütés kétséges esetekben elegendő lehet arra, hogy egy általános gümőkört biztosan kizárjunk, s a hagymáz kórisméjét megállapíthassuk.

Ha hagymáznál korán (már a 4—5-ik napon) sok roseola lép fel hirtelen, ez minden más tünetnél biztosabban a küteges hagymáz mellett, és a hasi hagymáz ellen szól.

Ujszülötteknél, ugyszintén 1—2 hónapos gyermekeknél a roseola — párosulva idült náthával — öröklött bujakór mellett szól. Különben a roseola syphilitica már magában véve is oly jellegzetes, hogy néha egyetlenegy elegendő, hogy a bajt felismerjük. E kiütés sajátságai a következők: láz nélkül jár, *lappangva*, mint *egy idült baj* tör ki, s még lassabban múlik el, (hetekig fennáll, ellenben minden más okból keletkezett roseola legfeljebb néhány nap alatt eltűnik); a vérbőséghez csakhamar festenyzettség járul, s ennél fogva ha a foltra nyomást gyakorolunk, annak helyén sárgás nyom marad vissza; a roseola syphilitica foltok csakis akkor simák, ha a kiütés egészen friss, mert nemsokára apró kiemelkedéseket (papula) képez; különösen jellegzetes erre nézve még az, hogy szélei kissé kimagaslanak, a melyek a behorpadt közep-részt töltésszerűen körülhatárolják; nem kevésbé jellegzők a bujakórra a nedvedző papulák, a melyek előszeretettel székelnek a

végbél körül, a hereborékon, az állon és a nyak bőrének redői alapján.

Ha egy családnak több tagjánál egyidejűleg lázakkal egybekötött roseolaszerű kiütés lép fel, akkor vagy kanyaró, vagy rubeoláról lehet szó.

Bár kifejezett esetekben a kanyarós kiütés-foltok világos vörös színe, azok jelentékeny nagysága (ha t. i. egybefolynak) és papulás jellege a roseolával való hasonlatosságot csökkentik, mégis könnyű esetekben, s különösen vérszegény és lesóványodott gyermekeknél a valódi roseola jellegével birhatnak. A kanyaró s egyéb hasonló folyamatok közti különbségről l. a kanyaró fejezetét.

Habár bizonyos esetekben a roseola jelenléte a kórisme megállapításánál nagy segítségünkre van, mindamellett másrészt akkor, ha ugyyszólván joggatlanul, azaz tisztán véletlenül üt ki, az orvost könnyen tévutra vezetheti. Hogy a tévedést elkerüljük, az összes kísérő tüneteket vegyük tekintetbe, s ne tulajdonítsunk a kiütésnek magának mérvadó fontosságot, mert gyermekeknél roseolaszerű kiütést észlelünk a legkülönbélebb lázas megbetegedéseknél. Az ily *esetleges roseola* rendszeren a láz kezdetén tör ki, s leginkább azáltal jellegzetes, hogy megjelenésében nagyon változó, amennyiben rendszerint egy nap alatt, sőt pár óra múlva is eltűnik. Az ily rövid tartamú roseola, mely erythema infantum név alatt is ismeretes, leginkább 2 éven aluli gyermekeknél fordul elő, a hol az a fogzást, különféle torokgyulladásokat, hörghurutokat és tüdőgyulladásokat szokta kíséreni.

Egyébként idősebb gyermekeknél is vannak oly betegségek, a melyeket roseolás kiütés kísér, u. m. Meningitis cerebrospinalis és a vaccina. Az erythema vaccinicumra nézve bizonyos fokig jellegző, hogy az a pustula képződés szakában (8–10-ik napon) lép fel, s leginkább a végtagokon, főleg pedig a karokon fordul elő, ellenben a többi roseola alakok legnagyobb részében a kiütés a törzsön van leginkább. Az erythema vaccinum 2–3 nap múlva hámlás nélkül eltűnik.

Eddig csakis a tüneti roseolát tárgyaltuk, a minek lényegét leginkább a kísérő tünetek derítik ki, van mindazonáltal a foltos kiütésnek több oly faja is, a mely önálló bőrbetegség kifejezője. E bajok idősebb gyermekeknél ép úgy előfordulnak, mint felnötteknél. Részbem bizonyos helyhez lévén kötve, a felismerést ez által nagyon megkönnyítik.

Igy pl. az *erythema multiforme* kiváló előszeretettel borítja a kéz és a lábhátot, s az alkaron túl rendszerint nem szokott elterjedni. A kiütés kezdetben világos piros, mintegy gombostüfejnji göbökből áll. A „Multiforme” név onnan ered, mert további lefolyása közben a kiütés alakja változik: a papula majd elhalványodhatik és eltűnhet, s körülötte piros gyűrű képződhetik — *erythema annulare*; ha ez a gyűrű eltűnik, akkor változik a színe, s körülötte csakhamar újabb világos piros öv keletkezik — *erythema iris*; az egyes gyűrűknek egymásközti összetalálkozása, s a piros határvonal eltűnése folytán, hullámszerű piros foltok keletkeznek: *erythema gyratum*; ha a göbök és a gyűrűk helyett hólyag képződik, akkor elő áll az u. n. herpes iris.

Az *erythema multiforme* jellegző tünete az, hogy sem nem viszket, sem nem fáj, s néhány nap múlva hámlás nélkül eltűnik; ha néha el is tart 2–3 hétig, akkor mindig újabb és újabb kitörések mentek előre, a melyek ily esetekben a törzsöt és az arcot is elérhetik. A baj kezdetén a beteg lázas is lehet. Tekintve jellegző előfordulási helyét, félreismerni nem igen lehet.

A kitörés kezdetén, s különösen a ritka, rendellenes lefolyású esetekben, a hol a kiütés az arcot is érte, himlőre is gondolhatunk, de az utóbbi betegséget, eltekintve előfordulási helyétől, könnyen kizárhatjuk élénk piros színeződése alapján, amennyiben a himlő genytüszői kevésbé erősen színezettek.

A további lefolyásban, midőn már piros gyűrűk is keletkeznek, Herpes tonsuransra is gondolhatnánk, de ez ellen szól újra a baj elhelyezése (a Herpes előszeretettel fordul elő az arczon, a nyakon és a törzsön) és a gyűrű jellege: *erythema annularénál* ez sima, nincs borítva se pikkelylyel, se pörkkel, ellenben a herpes tonsurans apró, sűrűn egymás mellett ülő hólyagcsákból, vagy pörkökből áll.

Az *erythema exudativum maculosum* csoportjában foglal helyet egy másik kiütés, az u. n. *erythema nodosum*, melynek jellegző előfordulási helye az alszár. Magában a b^őrben képződik savós izzadmány, e fölött elmosódott határu kiemelkedések keletkeznek, a melyek könnyebben kitapinthatók, mintsem észrevehetőek; kezdetben a csomók halaványak, később kék és sárgás színbe mennek át, ép úgy, mint a zúzódás okozta véraláfutások, innen ered az *erythema contusifforme* név is; különben egyes foltok elhalványodnak a nélkül, hogy szint változtatnának. A kiütés ked-

vencz helye az *alszár* és ezután az *alkar*, ritkábban terjed át a czonbokra, s még ritkábban az arczra, míg a törzsön csak kivételesen látták előfordulni. Ha erythema nodosumhoz hasonló kiütést látunk, de az alszáraikon sem folt, sem csomó nincs, akkor az nem is eryth. nodosum. A legnagyobb, s érintésre a legfájdalmasabb csomók az alszár mellső felszínén jönnek elő, a hol olykor a csomó környékén a bőr vízenyösen is beszűremkedett lehet, a mi csonthártyagyulladás gyanuját keltheti; mind a mellett a dolog lényegét kiderítik az egyébütt szétszórtan székelő csomók; t. i. hogy azok nem fájdalmasak, s nem viszketnek.

Gyermekeknél az erythema nodosum legesekélyebb kitörése is lázzal jár; pl. 2—3 csomó is elég arra, hogy a betegnek 38—39° láza legyen. A ki még ilyen kiütést nem látott, a legkülönbébb bajokkal tévesztheti azt össze, de a melyekhez az alapjában véve semmiben nem hasonlít; így pl. láttam eseteket, a melyeket rubeolának, csalánkiütésnek, (daczára hogy az erythema nodosum nem viszket, sem fehér, lapos kemény kiemelkedések nincsenek) és csonthártyagyulladásnak tartották.

Bizonyos határozott helyhez kötött betegségnek tartom részemről a *Herpes tonsurans maculosus*, ha az nem hajzattal fedett bőrön fordul elő. Kedvencz helye a nyak és a törzs fedett része, ritkábban fordul elő a végtagokon, s majdnem soha az arczon. (Egy esetben, a hol a nyakon és törzsön nagy bő kiütés volt, elterjedni láttam azt az állra is.) A kiütés kerek és tojásdad világos rózsaszínű foltokból áll, a melyek 2—3 nap múlva hámlani kezdenek, s a melyeket vékony rétegben meglehetősen erősen tapadó pikkelyek borítanak. 3—5 hét alatt a kiütés eltűnik. Kezdetben kissé viszket. A foltok lencsényiek, egész fillérnyiek. A kiütés alakját és tartamát tekintve, a herpes tonsurans maculosus leginkább foltos bujakóros bőrkiütéshez hasonlít, de ettől abban különbözik, hogy kissé viszket, továbbá hiányzanak a bujakór egyéb tünetei (mirigyduzzanatok, a száj és torok nyálkahártyáinak bántalmai) és a körelözményi adatok.

Ha azt észleljük, hogy az egész testen és a végtagokon is szétszórtan keletkeznek piros, nagyon viszkető, igen különféle alaku és nagyságu, helyöket minduntalan változtató, (azaz egyik helyről nyomtalanul lehámlás nélkül eltűnő, s csakhamar másutt megújuló) foltok, akkor avval a sajátságos kórképpel állunk szemközt, a mit *csalánkiütésnek* — *urticaria* nevezünk.

Az urticariára jellegző az, hogy a legtöbb urticariás folt közepén apró, fehér kiemelkedéseket láthatni, a melyek emlékeztetnek arra az elváltozásra, a mit a bőrön akkor tapasztalunk, ha azt csalánnal érintjük, — innen vette a nevét is — csalánkiütés. Könnyű esetekben az egész kiütés csakis ily apró, fehér bőrkiemelkedésekből áll, a melyeket itt-ott vörös udvar környez. A csalánkiütést gyakran gyomortünetek is kísérik: mint hányás, alhasi fájdalmak és hasmenés. Kórismei szempontból érdekes az a finom csalánkiütés, a mit lichen urticatus vagy urticaria papulosa név alatt ismerünk, a mely, tekintve a papulákat (fehér kiemelkedő foltokat) és azok vöröses színét, a kanyaróra, vagy a himlőre (a kiütés első napján) nagyon emlékeztet. Ha az egész bőrfelületet megvizsgáljuk, a kétség azonnal eloszlik, mert minden körülmény között találunk a bőrön valahol, nevezetesen a czombokon vagy a hason, jellegző, kissé nagyobb fehéres bőrkiemelkedéseket. Azonkívül a csalánkiütés *mindig* nagyon viszket, ellenben a kanyarós kiütés és a himlőhólyagok az első napokban legalább nem viszketnek.

A csalánkiütés mint önálló megbetegedés lép fel vagy bizonyos eledelek (a betegnek idiosyncrasiája van pl. az eper, málna, rák, gomba stb. iránt) vagy egyes gyógyszerek szedése után (Chinin, Chloralhydrat *), esetleg egyéb bajokhoz is csatlakozik, mint pl. a kanyaróhoz vagy vörhenyhez. Mindkét esetben a csalánkiütés hämatogen eredetü. Az esetek más sorozatában direct bőringer okozta azt, pl. csalánnal való érintés, poloska, méhcsipés stb. ugyanilyen hatással lehetnek esetleg az általánosan ösmert szőrös hernyók is.

Gyermekkorban a csalánkiütés idült lefolyásu, évekig is eltartó betegség lehet, a mennyiben észrevétlen ok folytán minduntalan visszatérhet. Ha az idült csalánkiütés kis gyermekeknél a czombokra szorítkozik, akkor prurigo fejlődhetik ki belőle.

Ha erythemás kiütéssel van dolgunk, ne feledjük *a gyógyszerek által okozott kiütéseket*, a melyek ugyan nagyon változatos alakban mutatkoznak, de többnyire mégis foltos jelleggel bírnak. E tekintetben nagyon ismeretesek a Belladonna készítmények, mert e méreg hatásának tünetei, mint a bőr kiterjedt vörössége, egybe-

*) Antipyrin adagolása után magam eddigelé 6 esetben észleltem igen súlyos csalánkiütést.

kötve a torok kiszáradásával és a láták kitágulásával, mindig állandók (ez az oka annak is, hogy a homeopáták a belladonnát vörhenynél adagolják).

Ha a betegnek idiosyncrasiája van bizonyos szerek iránt, akkor hasonló foltos kiütéseket kap az közép (nem mérgező) adag után is, pl. Chinin, salicylsavas natrium, Antipyrin, Chloral, Opium, Jodkalium stb. A gyógyszerek adagolása által okozott kiütések kórisméje általában, az erythema felismerése pedig speczialiter, néha nagyon nehéz, s ezért kétséges esetekben a gyanított szerből ellenőrzés végett még egyszer adjuk a gyógyszer ugyanazon adagját, a melyről gondoljuk, hogy a kiütés előidézője, *mert a gyógyszerek által okozott kiütésre épen az jellegző, hogy azt egy és ugyanazon egyénnél, a már egyszer adagolt mennyiség újra adagolása által biztosan újra előidézhetjük, s a gyógyszer kihagyásával az gyorsan eltűnik.*

Tekintve azt, hogy egy és ugyanazon szer különféle egyéneknél különféle kiütés okozója lehet, másrészt azonban egy és ugyanazon kiütés különféle gyógyszerek behatása folytán keletkezhetik, magától értetődik, hogy csak a kórelőzményi adatokból dönthető el az, hogy az adott esetben a kiütés oka melyik gyógyszer volt.

Apró bőrvérkiömlések által jellegzett betegségek.

Apró bőrvérkiömlések, az u. n. petécsek, nagyon különféle nagyságúak lehetnek; nagyságuk változik apró tűszúrásnyitól egész krajczár mekkoráig. Kékes színűek, élesen határoltak, s ujjnyomásra el nem tűnnek. Erőszakos behatások, nemkülönben belső okok folytán keletkezhetnek, a midőn t. i. a véredények falainak egy sajátos szakadékonysága van jelen a megzavart táplálkozási folyamat következtében előidézve.

Az erőszakos behatás folytán keletkezett petécsek, a melyeket bolha vagy poloska csípés okozott, már a megtekintésre is könnyen felismerhetők; mind egyenlő nagyok, s pontalakúak, a friss vérkiömléseket mindig halvány rózsaszínű udvar környezi; csak a fedett testrészeken, s ott is leginkább az öv, vagy a szoknyák megkötési tájékán fordulnak elő. Néha a petécsek felett a bőrt egész csekély mennyiségű fekete por is fedi, a melyet eczetsav és konyhasóval kezelve és a górcső alatt nézve kiderül, hogy az haemin-jeczekből áll (rászáradt vér).

A traumás eredetű petécskekhez számítjuk még azokat a pontszerű bőrvérkiömléseket az arczon, a melyek nagy megerőltetés, pl. hányás, köhögés és általános göresök folytán keletkeznek.

Vérkiömlések a bőrben, a melyeknek belső betegség az oka, arra mutatnak, hogy a szervezet különös hajlammal bír az önként keletkező vérzésekre, a mely hajlam vagy állandó (Haemophilia) vagy csak időszakos. Az időszakos vérzési hajlam lehet önálló betegség, vagy pedig bizonyos betegségek tünetét képezi, mint süly, fehérvérűség, a vészes vérszegénység, s a különféle fertőző bajok (variola haemorrhagica, kanyaró, vörheny stb.).

Mint önálló, időszakhoz kötött baj, melynél a beteg vérzésekre hajlamos — **Purpura** név alatt ismeretes. A legkülönbözőbb alakokban fordul elő, a melyeknél minden képzelhető átmenetet láthatunk. A typicus alakokhoz tartozik: a *Purpura simplex*, a *Purpura haemorrhagica* (*Morbus maculosus Werlhofii*) és a *Purpura rheumatica* (s. *Peliosis rheumatica*). E bajok többnyire láz nélkül folynak le, de kivételek előfordulnak, a mely alkalommal magas, hosszantartó láz kíséri azokat: a bőrön, (különösen a czombokon) különböző nagyságu petécskek keletkeznek. Az egyes alakok közt a különbség az, hogy *Purpura simplex*-nél csak a bőrben vannak vérkiömlések, ellenben *purpura haemorrhagica*-nál mindig vérzenek a nyálkahártyák is, s pedig leginkább a száj és az orr nyálkahártyája, sőt súlyos esetekben a vesék és a belek is; *purpura rheumatica*-nál a bőrpetécskek mellett az ízületek is betegek, s ezek között leginkább a térd- és a bokaizület, a mely láthatólag megdagad és nyomásra, nemkülönben mozgásra többé-kevésbé fájdalmas. Mind-ezen esetekben a lázra nézve az jellegző, hogy felette szabálytalan a lefolyásban és fellépési fokozatában; majd csak néhány napig tart, majd pedig többszöri megszakításokkal hetekig elhúzódik. A *purpura* okát nem ismerjük; egyesek meghűlést vesznek fel mint kórokat.

Daczára annak, hogy a tünetek nagyon kifejezettek, a tévedések még sem kerülhetők el. Ha pl. a petécskekkel egyidejűleg van a betegnek magas láza, akkor a *purpurát variola haemorrhagica*-nak is tarthatjuk. A himlő ellen, s a *purpura* mellett szólnak a jól látható himlőoltási hegek, továbbá az, hogy a petécskek az alsó végtagokon kezdődnek, (himlőnél kezdetben a petécskek a has alsó részén és a czombok belső oldalán fordulnak elő). Továbbá a láz néha napokkal megelőzi a petécsket, minélfogva kiütéses hagymázra is gondolhatunk.

A különbség az, hogy a gyermekek kiütéses hagymázánál jól kifejezett petécsék csak ritkák, s itt a *Roseola typhosa* a tulnyomó, továbbá hagymáznál duzzadt a lép, a láz *typicus* lefolyású, a mely tünetek a purpura egyik fajánál sem fordulnak elő. A gyermekkorban igen ritkán előforduló scorbuttól a *Morb. Werlhofii* úgy tünetileg, mint körelőzményileg is egyaránt különbözik. A mi a tüneteket illeti, a scorbutban: 1. aránylag ritka a nyálkahártyák vérzése, ellenben gyakori az izmokba, a csonthártyák alá és a bőr alatti kötőszövetekbe a vérkiömlés, holott a purpura haemorrhagicanál az ellenkező tapasztalható; 2. a scorbut állandó és elég jellegző tüneteihez tartozik a fekélyes ingyulladás, minek folytán az iny tetemesen megdagad, laza lesz, s a szájból erős bűz (*stomacace*) áramlik ki, ellenben a purp. haemorrhagica esetében az iny vérzik ugyan, de különben egészen normális; 3. scorbutnál a helybeli tünetek nemcsak haemorrhagicus, hanem gyulladáshoz is tartoznak, s a gyulladás könnyen a fekélyesedésbe és a szövetnek (iny, bőr alatti kötőszövet, a serosus hártyák, kivált a pleurák és pericardium gyuladása) necrosisába megy át; 4. scorbutnál a vérzést megelőzőleg már több nappal, általános táplálkozási zavarok, étvágytalanság stb. ugynevezett *scorbuto diathesis* fejlődik ki, mely mindenekelőtt *általános gyengeségben* és rendkívüli *kifáradásban* nyilvánul, oly annyira, hogy a beteg semmiféle fizikai munkával se tud foglalkozni. A betegeknek a szívdobogás és a mellszorongás már könnyű munkánál is beáll; azonfelül a betegek *izomfájdalmakról* panaszkodnak, mely a mozgásnál növekszik, de csökken nyugalom után. Továbbá *fázékonyság, álmoság, levert, nyomott lelkiahangulat* tapasztalható. Az erős táplálkozási lefokozás meglátszik az arczon, mely megsoványodik, s a szemek beesnek; a bőr földes sárga színű, az epidermis száraz és könnyen hámlik. A purpuránál ellenben a vérzés a teljes egészség közepett jelentkezik, s a gyengeség és vérszegénység a vérvesztéssel arányosan fejlődik.

Az aetiologia tekintetében a scorbut és a haemorrhagicus purpura közt az a lényeges különbség van, hogy az előbbeni a rossz hygienicus és dieteticus körülmények hatása alatt fejlődik ki, s ha ez utóbbiak bizonyos helyen (ilyen pl. a terméketlen esztendő), a lakosság többségét sujtják, a scorbut járványos jelleget ölt, holott a purpura járvány alakjában nem fordul elő és egyes eseteit illetőleg gyakran semmi előidéző okot nem lehet fölfedezni, minek

következtében *Immermann* úgy nyilatkozott, hogy a vérzés bármily esetét annál több joggal sorolhatni a foltoz betegséghez, mentől kevesebb kórelőzményi adatunk van. Azonban a typicus esetek mellett, mikor a purpura hirtelenül, azaz egészen ép gyermekeken jelentkezik, vannak kevésbé jellegzetesek is, azaz olyanok, mikor a purpura lesorványodott (*purpura cachetica*), vagy a rossz hygiéno-dieteticus viszonyok közt élő gyermekeken jelentkezik. Az ilyen eseteket a purpurától a scorbuthoz való átmeneteknek lehet tekinteni.

A haemophiliától abban különbözik, hogy az évekig tartó baj, s főleg abban, hogy az öröklékeny betegség. Haemophiliás családoknak többnyire sok gyermekük van; a fiúk haemophiliások, a leányok ellenben látszólag egészségesek, de a bajt átöröklik ezek ivadékai, s pedig újra csak a fiúk

Eltekintve az önként történő nyálkahártya vérzésektől, haemophil egyének a legcsekélyebb bőrsérülés esetén is nagyon sok vért veszítenek (pl. foghuzásnál, vagy kis metszett sebek után).

A purpurának vannak még kísérői tekintetből más érdekes alakjai is. Ha a bajt csalánkiütés és viszketés kíséri, akkor azt **purpura urticans**-nak nevezzük; máskor a kórkép ismét változik, a mennyiben ahhoz súlyos gastricus tünetek, különösen hányás és heves hasfájdalmak csatlakoznak; a székszorulás gyakoribb, mint a hasmenés, néha véres a szék is.

Ily eseteket írt le *Henoch* tankönyvében, a melyeket más szerzők figyelemre nem méltattak, de a melyek tényleg még sem oly ritkák. Az általam észlelt két esetben a hasfájdalmak sav és ferr. sesquichloratum adagolására jelentékenyen fokozódtak. A hasfájdalmak, szintúgy a petécsék nagy hajlandósággal birnak kiujulni (a *Henoch* eseteiben ez nagyon jellegző vonás), úgy, hogy a baj hetekre elhúzódik, de végül mégis magától elmúlik. Olykor a kiujulást, vagy csak az első rohamot láz is kíséri. A betegség kiválóan 7 éven felüli gyermekeknél fordul elő.

Sokkal ritkább, de mindig halálos kimenetelű az ugyancsak *Henoch* által leírt **Purpura fulminans**.

A betegségre jellemző 1. a hirtelen fellépő s szokatlan gyorsan terjedő vérkiömlések, eleinte az alsó végtagokon, de később az egész testen és 2. az erőhanyatlás, a mely a kitöréstől számított 1—3 nap alatt halállal végződik. A nyálkahártyák rendszeren

nem vérzenek (az irodalomból felhozott és általam ismert 8 eset közül csak 2 esetben volt orrvérzés. Ström és Avetander esetei), a hőmérsék többnyire rendes, néha azonban igen magas is lehet, (Michaelis esetében egy 9 hónapos gyermeknél 40·8°-ot ért el). A betegek 9 hó, egész 6½ évesek voltak. A baj oka ismeretlen; 3 esetben a purpura fulminans vörheny után keletkezett, egyszer rostonyás tüdőgyulladás, a többiekben teljes egészséges állapot után. A bonczolás nem derített ki semmi bizonyosat.

Ha valamelyik végtagon a vérkiömlések összefolynak megdagadnak, megfeketednek és azok felett hólyagok képződnek, akkor a körkép az első pillanatra nagyon emlékeztet a *gangraenára*, de hiányzik ilyenkor az üszkösödésre jellegző bűz.

Ha az egész testet nagy petécskék borítják, akkor *Purpura variolosára* gondolhatunk. Ez a legveszélyesebb himlő alak, mert már 3—5 nap alatt, sőt néha a himlő kitörése előtt is halállal végződik. A purpura fulminanshoz való hasonlatossága még abban is nyilvánul, hogy a vérkiömlések gyorsan képződnek, u. i. mindkét esetben óránként keletkeznek újabb foltok.

A kettő közötti különbség a következő: purpura variolosánál előforduló petécskéket rendszerint a törzs és a végtagok diffus *erythemája* előzi meg, a petécskék és a terjedelmesebb vérkiömlések e piros mezőkön keletkeznek, s *pedig különösen a hason és a mellkason, azonfelül véraláfutások keletkeznek a kötőhártyákban, úgyszintén vesevérzés, bélvérzés és orrvérzés csatlakozik ahhoz.* Továbbá a purpura variolosa *magas lázzal, makacs hányással* és (idősebb gyermekeknél) heves keresztzáji fájdalmakkal kezdődik.

Purpura fulminansnál e tünetek hiányzanak: a petécskék leginkább a végtagokon (s nem a hason) keletkeznek, a friss foltokat piros udvar környezi, s nyomásra a foltok fájdalmasak; rendszerint hiányzik a hőemelkedés, továbbá vérzés a nyálkahártyákból, végre a betegség kezdetén a hányás (legalább ezekről egy szerző sem tesz említést). *Henoch* annak bizonyítására, hogy esetei nem himlők voltak, csak arra hivatkozik, hogy klinikáján 1872. óta himlő nem fordult elő. Teljes joggal hivatkozhatott volna a bonczolás eredményére is, a mely az ő eseteiben negatív volt, holott purpura variolosánál a savós nártyaürökben a vérkiömlések, úgyszintén a nyálkahártyák és a parenchymás szervek vérzései elmaradhatatlanok.

A tüneti purpura, a mely kísérő tünete a Leukaemiának, a vészes vérszegénységnek, az *endocarditis ulcerosának*, s hasonló

betegségnek, ezen kórfolyamatok egyéb tünetei által háttérbe szorul, de különben sincsenek valami jellegző tünetei. A himlő *prodromális petécséiről*, melyek a himlő kitörési szakában a körjelzésre fontosak, csak azt jegyezzük meg, hogy ezekre nem az jellegző, hogy milyenek azok, de az, hogy a test mely részén vannak: ugyanis azok kezdetben a has alsó részletén és a czombok belső felületén majdnem a térdig fejlődnek ki, úgy, hogy ha a beteg hátán fekvő, czombjait egymáshoz szorítja, akkor a petécsék oly háromszöget képeznek, a melynek csúcsa valamivel a térd felett, s alapját azon harántvonal képezi, a mit a hason a köldök magasságában vonunk; ez az u. n. *Simon-féle czombháromszög*. A kiütés nagyfokú kiterjedése esetében annak kedvencz helye a hónalj és a nagy mellizmok tája — felső, vagy pectoralis Simon-féle háromszög. A test más tájain a petécsék ritkán fordulnak elő.

Hólyag, pustula és pörkképződéssel járó bőrbetegségek.

A hólyagos bőrkiütések részint hevenyek, részint idültek. Heveny esetekben a hólyagesák vagy az egész testre, vagy csak annak korlátolt helyére szorítkoznak. Ha *állászó tartalmu hólyagesák gyorsan lepi el az egész test felületét*, legyenek azok sűrűn vagy szétosztottan ülők, akkor bárányhimlőről (varicella), izzadási kiütésről (sudamina crystallina) vagy eczemáról lehet szó.

Bárányhimlőnél a hólyagesák különféle nagyságúak, (kölesnyi egész lencsényiek), többé-kevésbé az egész testet, de leginkább a *hátat* lepi el; a friss hólyagesákat *állászó nedv* tölti ki, s valamennyit *piros udvar* környezi; később az udvar eltűnik, s a hólyagcsa vagy közvetlenül beszárad, vagy pedig tartalma a gyentestek hozzákeverődése folytán megzavarodik. A varicella kitörése láz és *viszketéssel* jár. Az egész baj — a pörkképződésig — mintegy egy hétig tart.

A bárányhimlő *fertőző* baj, s ennélfogva a kórismét több gyermekes családban megkönnyíti az, hogy a kiütés egyidejűleg több gyermeknél észlelhető. Nagy tévedés lenne, tekintve a viszketést, és a ragályozó képességét, azt rühvel téveszteni össze, mert a rüh egyszerre az egész testen soha se fordul elő. A bárányhimlős kiütés jellege hasonlít a szétszórt eczema-hólyagesákhöz. A körjelzésnél vegyük tekintetbe, hogy a heveny eczema az egész testre kiterjedő hólyagesák alakjában felette ritkán fordul elő. Részemről

legalább csak egyszer láttam ilyet egy 8 éves fiúnál, a ki nagy adag terpentín olajat vett be (naponta 2 kávéskanállal, mert gyanu volt diphtheriára); a viszkető, hólyagos kiütés e kezelés mellett a betegség 3-ik napján tört ki rajta. A heveny eczema gyakrabban apró, igen sűrűn egymás mellett ülő hólyagcsák alakjában lép fel, de ezek a bárányhimlőhöz nem hasonlítanak, mert még jelentékeny elterjedés mellett is, az egész testfelületet egyenletesen nem lepik el, hanem a törzsön, arczon és a végtagokon csoportosan helyeződnek el, s nemcsak viszketnek, hanem az arcz és a keze-ken, a laza bőralatti kötőszövetnek infloratiója is kíséri azokat. Többé-kevésbé élesen határolt formát mutat az a hólyagcsák kiütés, a melyet gyakran különféle bőrizgatások, pl. izgató kenőcsök, tartós megmelegedő borogatások stb. alkalmazása után látunk. A kórisme megállapítása a kórelőzményi adatok segítségével könnyű.

A mi a sudaminat, vagy a *Miliaria crystallinát* illeti, ez sem a bárányhimlőhöz, sem az eczemához semmiben sem hasonló, mert két specialis tulajdonsággal bír, u. m. 1. a hólyagcsák benne mindig átlátszó, valamennyi mintegy kásaszemnyi és 2. teljesen ép, nem piros bőrt fed be. Kedvencz helye a nyak és a törzs, különösen a mell és a has, a hol a hólyagcsák meglehetősen sűrűn ülnek egymás mellett; a végtagok és az arcz ellenben szabadon maradnak. A kiütés oka a bő verejték, a mely az epidermis alatt a verejtékmirigyek nyílása körül egybegyűl. (A verejtékmirigyek vezetéke saját falzat nélkül az epidermis rétegen fut át, s ha az epidermis megduzzad, akkor átjárhatlanná válik a kivezető ut, a váladék alatta meggyűlik és az epidermist apró kölesnyi hólyagcsa alakjában felemeli. A sudaminat tehát leggyakrabban heveny fertőző betegségek válságos idejében láthatjuk).

A heveny, *körülírt* hólyagcsák, *szabályos lefolyású* kiütésekhez tartozik a sömör — herpes-(sömör). Jellegzetes a sömörre az, hogy *gyulladt alapon, apró csoportokban*, sűrűn egymás mellett ülnek kölesnyi, átlátszó hólyagcsák. A betegség 3—4 napig tart, mire a hólyagcsák vékony pörkképződéssel beszáradnak. Kedvencz helye az ajkak és az orr. Kórisme jelentőségét az egyes lázas megbetegedéseknél l. a lázas betegségek tünettanának fejezetében. A sömörnek egy különös módosulása az öv-sömör — *Herpes zoster* —, sajátos volta abban nyilvánul, hogy az ideglefutások irányában képződik és mindig csak a test egyik felére szorítkozik. Mivel leg-

gyakrabban a bordaközi idegek lefutásának irányában fejlődik, azért a hólyagesoportok az egyik bordaközben félövszerűen vannak elhelyezve, a honnan a neve is ered. A végtagokon a kiütés természetesen nem lehet övszerű, hanem a végtag hosszában folyik le. Az övsömör soha se foglal el nagy helyet, mert az esetek legnagyobb számában csak egy idegre vagy idegágra szorítkozik, (az arczon pl. a n. trigeminus egész lefutásában soha sincs megtámadva). A gyermekkori és a felnőttek övsömöre közötti különbség még abban is nyilvánul, hogy előbbieknél ritkán van complicálva idegszabákkal és még ritkábban maradnak azok vissza a kiütés eltünése után.

A körülírt, hólyagesás kiütésekhez tartozik az **eczema** is, a mely a sömörtől abban különbözik, hogy 1. lefolyása *nem szabályos* és 2. hogy a hólyagesás nem egy korlátolt helyre szorítkoznak, hanem inkább nagy hajlammal bírnak az egymással szomszédos bőrterületeken való tovaterjedésre. Az eczemás hólyagesás felett nem képződik finom pörk, hanem azok összefolynak, széleik felrepedeznek, lehámlanak, s visszamarad egy felhámtól fosztott, elvörösödött nedvedző bőr (Eczema rubrum s. madidans). Minthogy azok váladéka a levegő behatása ellen védve nincs, azért csakhamar vastag, barnás pörkké száradnak azok be. Ilyen pörkök igen gyakoriak csecsemőknél a pofákon, s tekintve a nagy hasonlatosságot az odaégett tejhez, tejpörknek — Crusta lacteá-nak is nevezik azokat. Ily állapotban az eczema igen soká (hónapokig) is eltarthat; ha már gyógyulni kezd, vagy pedig ha idült alakba megy át, akkor a bőr többé nem nedvedzik, hanem elhalványul s apró, fehéres pikkelyek fedik azt be — eczema squamosum.

Az eczemát felismerni könnyű. Nemcsak a nedvedző, de a száraz pikkelyes eczema is oly jellegző, hogy azt már az első pillanatban is fel lehet ismerni. Azonfelül van az eczemának két főtünete: u. m. a szomszédos nyirokmirigyek duzzanata és az, hogy nagyon viszket. Kétséges esetekben pl., ha a hajzatos fejbőrön a pörkképződés okát nem tudjuk, ez a két tünet értékesíthető.

Csecsemőknél **pörkök** keletkezhetnek a fejen két teljesen különböző okból, u. m. seborrhoea és eczema folytán.

A **Seborrhoea** minden tekintetben ártatlan betegség. A pörk az által keletkezik, hogy a fejbőrben levő faggyumirigyek váladéka összegyülik, a mely azután porral keverődve s beszáradva, meglehetősen vastag, barna sapkát képez a nagy kutacs, sőt az egész fej-

bőr felett is. Ép ilyen sapkát okozhat az eczema is. Ez utóbbi el-
len szól az, hogy a beteg testrészt nem viszket, s a tarkómirigyek
nincsenek beszüremkedve, a melyek pedig eczemánál a hajzatos
fejbőr szomszédságában mint gömbölyű, mozgatható, kemény, egész
mogyorónyi nagyságú képletek kitapinthatók. Egy további különbség
még abban áll, hogy seborrhoeánál a pörkök eltávolítása után teljesen
ép bőrre akadunk, ellenben eczemánál a bőr a pörkök alatt piros,
nedvedző és igen vérzékeny. A seborrhoea csak a koponyatetőre
terjed ki, s a koponya oldalsó részleteit megkíméli, ellenben az
eczema góczszerűleg nemcsak a koponyatetőre, hanem a szomszéd-
dos, hajzattal nem borított helyekre is áttérjed. A kórismére fontos
a beteg kora is: a seborrhoea gyakoribb az első, az eczema a
második félévben.

Idősebb gyermekek fején pörkök lehetnek fejkosz — Favus —
által is feltételezve. Friss esetekben a pörkök sárga, kénre emlé-
keztető színűek, a mi által az eczema okozta barna kérgektől szo-
rosan különböznek. Elhanyagolt esetekben a favus pörkök elveszt-
hetik jellegzetes színüket, de ezek után a beteg megkopaszodik,
a mi eczemánál soha se fordul elő; a megmaradt hajszálak könny-
nyen kitéphetők és fénytelenek, mintha be lennének porozva; a
pörkök eltávolítása után a bőr nem nedvedzik. A fejkosz nagyon
makacs, hónapokig tartó betegség, de pörköket a hajzatos fejbőrön
túl nem találunk, azok nem viszketnek, s a mellett a tarkó
és a nyaki mirigyek nem duzzadtak. A hajszál göröcsői vizsgálatá-
nál — a haját mintegy 2 perczig áztatva 1:2 kalilugban — könny-
nyű kimutatni a favus-gomba gömbölyű spóráit és lánczait —
Achorion Schönleinii.

Az eczemával, s pedig különösen annak pikkelyező alakjával
könnyen összetéveszthető azon ugyancsak penészgombák által oko-
zott kiütés a hajzatos fejbőrön, a mit koppasztó sömörnek **Herpes
tonsurans** nevezünk. A bajt okozó gomba — *Trichophyton tonsurans*
— az előbbtől göröcső alatt alig különbözik, de a kórkép itt egé-
szben más. A fejen itt-ott 1—3 cm. átmérőjű, szétszórt kopasz he-
lyek keletkeznek; a helyeket nem pörkök, hanem vastag pikkelyek
fedik, a melyek közepén, közvetlenül a hajgyök felett, letört haj-
szálak állanak. A kiütés sem nem viszket, sem nem nedvedzik, a
mi által különbözik az eczemától.

A gyógykezelésre nézve fontos az eczemát nemcsak mint
olyat felismerni, hanem adott esetben annak okát is felderíteni.

Ezt felderíteni könnyű, ha az eczema egy helybeli bőrizgatás eredménye, azonban ily esetek aránylag ritkák.

Az eczema fellépésének helyéből sokszor sikerül annak valódi okát kideríteni. Így pl. a *tarkó* eczemája, vakarási pörkökkel a hát felső részén idősebb gyermekeknél, csaknem mindig fejtetvek által okozott, s már felületes megtekintésnél sikerül az élősdi sárgás, mákszemnyi serkéit a hajzaton, közel a hajgyökhöz, felfedezni. A kéz és ujjakon előforduló szétszórt, apró hólyagcsákból álló eczema oka a rüh. A nyak mély redőiben levő nedvedző eczema, ugyszintén az, a mely a hónaljban és az ágyéktájon van, a bőrnek azon izgatása és feláztatása által jött létre, a melyet a verejték és a faggyumirigyek váladéka okozott.

Sokkal gyakoribb azonban az az eset, hogy az eczema okát nem ismerjük. Az ilyen esetek abban különböznek az előbbiektől, hogy nagyon makacsok, mert összefüggnek a szervezet általános táplálkozási zavarával, s pedig csecsemőknél a tulságos elhájásodással és angolkórral, idősebeknél pedig a görvélykórral.

Impetigo alatt különálló, mintegy lencsényi pustulákat értünk, a melyek rendszerint pörkké átváltoznak.

Rendesen az eczema egyéb jelenségeivel párosulva fordulnak elő, s annak u. n. pustulosus formáját jellegzik: *Eczema impetiginosum*. Gyakori ez az eczema akkor, ha a bőr erős izgatók, pl. Croton-olaj, vagy hólyaghuzók stb. alkalmazásakor izgattatik. Eltekintve ettől, gyermekkorban találunk azonban oly önálló pustulosus bőrbetegséget is, a melyet ragályos volta jellemez, s ennél fogva gyakran több családtagra is átragad (Impetigo contagiosa). Typicus esetekben a kiütés először az állon jelenik meg. Itt igen gyorsan nagy genyhólyagok képződnek, a melyek csakhamar pörkké alakulnak át. A kiütés egy sajátosága abban áll, hogy a pustulák nem úgy, mint az eczemánál, elvörösödött, hanem teljesen ép bőrön fejlődnek ki és ritkán folynak össze nagyobb foltokká. A betegség 3—4 hétig tart, mert mindig keletkeznek új pustulák a régiek mellett vagy pedig kifejlődnek új helyeken (autofectió által?). Ha több családtag egyidejűleg betegszik meg, akkor a körisme könnyű, izolált esetekben azonban a bajt könnyen eczemával téveszthetjük össze, annál is inkább, mert a kiütés kissé viszket. A különbség a kettő között az, hogy a pustulák között a bőr ép, s nincs hajlamok összefolyni és nedvedző felületet képezni. Bizonyos tekintetben jellegző még az is, hogy a kiütés egyedül az állra szorítkozik.

Az impetigo contagiosa leggyakrabban a szegényebb osztály gyermekeinek baja, azoké t. i., a kik nedves lakásokban nőnek fel.

Nagy pörkök (1 cmt. átmérőjük is), melyek az alsó végtagokon, a seggpfákon és a keresztcsonton ülnek, gyakran fordulnak elő görvélyes gyermekeknél. Ha leválnak, kis fekélyt hagynak hátra. Ez az u. n. *Ectyma*, mely idült, kissé viszkető bőrküítés.

Különálló hólyagok által jellegzett bőrbetegségek.

Ha a bőrön borsó, egész mogyorónyi, sőt nagyobb, átlátszó, vagy genyartalmú különálló hólyagokat találunk, akkor *Pemphigus* állunk szemközt.

Ez a baj majdnem kizárólag a két első élethét betegsége, s 2 alakban fordul elő, u. m. *Pemphigus benignus* és *P. syphiliticus*. Mindkét esetben a hólyagok kitörése hirtelen, láz nélkül következik be, s pedig leginkább az élet első napjaiban. A főkülönbség a kettő közt a hólyagok helye és a kísérő tünetek által van megadva, az egyszerű pemphigus teljesen egészséges, erőteljes újszülöttek baja, s leginkább a törzsön, a nyakon és a czombokon jelentkezik, megkíméli azonban a kéz tenyerét; a bujakóros *Pemphigus* ellenben — a mely súlyos bujakóros megbetegedés tünete gyanánt tekinthető — mindig a bujakór egyéb tüneteinek jeleivel egyidejűleg mutatkozik, rendesen koraszülött gyenge gyermekeket támad meg, s első sorban a tenyéren, az ujjakon és a talpon fordul elő. Az újszülöttek pemphigusa, jóllehet heves bőrfájdalommal folyik le, lázas állapot azonban azt nem kíséri. Az idült pemphigus, a hol hónapokon át mindig ujjabb és ujjabb kitörések fordulnak elő, nagyon ritka, s akkor is csak idősebb gyermekeknél fordul elő.

Oly bőrbetegségek, melyekre leginkább a nagy bőrviszketés jellegző.

Az anyák gyakran fordulnak az orvoshoz avval a panaszszal, hogy gyermekük már hetek óta, de különösen éjjel nagyon vakarózik, s ennek folytán nyugtalanul alszik. Az ilyen gyermekeket megvizsgálva, néha — a vakarózás által okozott barázdáktól eltekintve — alig találunk a bőrön valami elváltozást.

Ily esetben kénytelenek vagyunk elfogadni azt, hogy a *viszketés* nem egyéb, mint *bőrneurosis*, a melynek oka többnyire

általános táplálkozási zavar, legyen az akár vérszegénység, angolkór vagy általános idegesség.

Máskor a bőrviszketésnek oka valamely bőrizgalom (pl. sós vagy szeszes bedörzsölések, sósfürdők); a bőr megtekintésekor azt találjuk, hogy az egész testen, vagy csak a végtagokon szétszórta-
tan sok papula van; itt a kórismét *eczema papulosumra* teszszük, s az okot elhárítva, a baj csakhamar gyógyul, e baj ép ebben szorosán különbözik attól a szintén papulosus, erősen viszkető kiütéstől, a mit Prurigo-nak nevezünk. A bajra jellegző a fellette idült (sokszor hónapok, sőt évekre terjedő) lefolyás, s kezdetben csakis a test viszket, s a mellett a lábszárak mellső felszínén, a keresztcsonttáján, s a felső végtagok feszítő oldalán van csekély papulás kiütés. Igen sokszor a baj időszakonként visszatérő csalánkiütéssel kezdődik, s ennél fogva valódi lényegét későn ismerik fel.

Ha idült prusitusnál azt találjuk, hogy az egész bőrön igen kiterjedt és kifejezett elváltozások vannak, a melyek helyenként pustulák és pörkök, helyenként mint festenyzettség láthatók, a mellett pedig a hónalj- és lágyékmirigyek duzzadtak, szóval az egész bőr idült eczemás, akkor a beteg vagy elhanyagolt rühes, vagy idült *prurigoja* van. Daczára a látszólagos hasonlatosságnak, e két bajt egymástól megkülönböztetni nem nehéz. Mindenekelőtt ügyeljünk arra, hogy a bőr legfontosabb elváltozásai a test melyik részén vannak, aztán tudakozódjunk azután, hogy mióta beteg a gyermek.

A prurigo, mint már említettük, az alszáron kezdődik, s a bőr, az alszárak mellső felszínén, elhanyagolt esetekben — egybe-hasonlítva más helyekkel, pl. czomb vagy karokkal, — feltűnően durva és száraz; alig emelhető itt a bőr redőbe, ellenben a könyök és térdhajlatban kiütésektől teljesen ment, s rendes rugalmasságát és finomságát megtartotta; ugyancsak feltűnő az ellentét a has finom és a keresztcsont durva bőre között; szóval a prurigo előszeretettel támadja meg a törzsnek és a végtagoknak feszítő felületeit, ellenben a rüh jobban kedveli a bőrnek finomabb részleteit, s ennél fogva több van belőle a háton, mint a hason; több a kezeken, mint az alszáron.

A mi a betegség tartamát illeti, a rüh sokkal gyorsabban lepi el az egész testet, mint a prurigo, s az utóbbi bajt már eleve kizárhatjuk, ha a szülők azt állítják, hogy a gyermeknek csak né-

hány hete viszket a bőre; ha ellenben a betegség csekély alább-hagyásokkal már hónapok vagy évek óta tart, télen rosszabbodik. nyáron enyhül, akkor a baj minden valószínűség szerint prurigo.

Megjegyzendő, hogy az erős viszketés elválhatlan a rühtől ép úgy, mint a prurigótól, s ha a bőr nem viszket, ebből már ez a két baj biztosan kizárható.

Heveny alakban az egész testen erős viszketés fordul elő szükségképen urticariánál, heveny általános eczemánál, ugyszintén akkor, ha a himlőhólyagok beszáradó félben vannak.

A vörheny és bárányhimlőnéi a viszketés alig érdemel említést.

Különböző kórismei jelentősége van azon helybeli, nem eczemás vagy egyéb fajta kiütés által okozott bőrviszketésnek azon hely szerint, a melyen az fellépett. Így pl. ha a gyermeknek este a végbéltája viszket, ez elég megbízható tünete az oxyurisnak; a mony viszketésének oka az lehet, hogy a faggyu az előbőr alatt meggyült; a női külső szeméremtest viszketésének oka fehérfolyás lehet; néha orsógiliszták esetén viszket az orr; ha a nap bizonyos határozott óráiban a test különböző helyei viszketnek és e viszketés chinin adagolására megszűnik — ez febris intermittens larvatára mutat.

A bőralatti kötőszövet megkeményedése vagy vizenyője által jellegzett betegségek.

A gyermekorvosra különösen fontos azon, az ujszülöttek vagy csecsemőknél előforduló, a bőralatti kötőszövet megkeményedésével járó betegség, a mely *Sclerema neonatorum* neve alatt ismeretes. A betegség kiválóan koraszülött, életképtelen gyermekek baja, s abban áll, hogy a bőr és a bőralatti kötőszövet sajátságos módon megkeményedik; a keményedés a lábakon kezdődve, onnan az egész testre áttérjed; vele párhuzamosan csökken a gyermek ereje, s fogy a test melege. A sclerema kétféle alakban fordul elő; az egyik, a mely kizárólag ujszülöttek baja, abban áll, hogy a bőralatti kötőszövet vizenyősen beszűrődik és a melyet *sclerema oedematosum* s. *Oedema acutum neonatorum* néven ismerünk; a második, a melyet gyakrabban látunk néhány hónapos csecsemőknél, abban áll, hogy a bő, vizes hasmenések folytán a kötőszövet nedvtartalma eltűnik, a bőralatti zsírszövet lehül, ezt *Sclerema*

adiposumnak nevezzük. Mindkét alak néhány nap alatt halálos kimenetelű. A legfontosabb klinikai különbség a kettő közt az, hogy első esetben a bántalmazott végtag körfogata mint minden Oedemánál, itt is növekedett, ellenben a második alaknál az fogyott. E kórfolyamatok megkülönböztetésére a Sclerodermia adultorum-tól (a mely különben gyermekeknél még a legzsengébb koruaknál is előfordul), elegendő arra utalni, hogy ez utóbbi baj nagyon idült lefolyású, s nem kíséri azt a szervezet általános táplálkozási zavara és a test hővesztesége.

Idősebb gyermekeknél ép úgy, mint felnőtteknél a kötőszövet vizenyője vagy abban nyilvánul, hogy az egész test megdagad, vagy pedig csak annak egy körülírt helye. Az oedemát felismerni nem nehéz, mert annak oly élesen kifejezett, s csakis itt előforduló tünetei vannak, hogy a tévedés szinte lehetetlen; ilyenek: a vizenyösen beszüremkedett végtag dagadt, a bőr felette feszült, síma és halvány, s ujjnyomásra apró, lassan múló gödrök keletkeznek rajta. A kórisménél azonban arról van szó, hogy mi az oedema oka. Gyermekeknél *az egész testre kiterjedő oedema* oka többnyire vesegyulladás, ritkábban szívbjaj, mindkét esetben a vizellet fehérnyét tartalmaz és azonfelül még olyan jellegző változásokat is tüntet elő, a mi a vizellet színét, mennyiségét és az üledéket illeti, hogy a vizellet sajátágaiból nem nehéz felismerni az oedema és a hasürbéli vizenyő okát; erről már volt szó a vizellet semioticájáról szóló fejezetben; itt csupán annyit jegyzünk meg, hogy a kezdő orvosok ne téveszszék szemök elől, hogy az általános vizebetegségekre vezető szívgyengeség nem csupán attól ered, hogy a billentyűk rosszul működnek a gyengülő compensatió idejében, hanem a szívizom vagy a pericardium megbetegedéséből is, a miből az következik, hogy a *szívbjajból eredő általános vizebetegség az egészen tiszta szívhangok esetében is bekövetkezhetik* és az ilyen vizebetegségek *kórisméje nem annyira a zörejeknek jelenlétén, mint inkább az általános szívgyengeség tüneteinek alapszik*, minők a szívtágulás (a szívtompulat növekedése harántirányban, gyenge szívverés mellett, ékelt második hang a tüdőér felett gyenge szívhangok mellett — általában, s különösen az aorta gyenge hangjai mellett, májdaganat — a passiv hyperaemiától, gyenge érverés, vizelletrekedés).

Azonban a gyermekkorban nem ritkán vannak esetek, mikor az egész test *oedemás*, a nélkül, hogy a *vizelletben fehérje volna*.

Az ilyen vizibetegségek onnét erednek, hogy a kapillaris védemény falak megváltoztak az általános kimerülés folytán, minő a hasmenés, idült mocsárláz és egyéb idült betegségek (általános vizibetegség ilyen esetekben ritka, jóval gyakoribb a lábak oedemája és a hasvizkór), vagy végre vörheny vagy pedig meghülés folytán. Az albuminuria nélküli általános vizibetegség annyira ritka, hogy egyes orvosok annak létezésében is kételkednek, s ezért példaképpen két esetet fogok felemlíteni, melyek a felügyeletem alatt álló klinikán az 1892—93. évben fordultak elő.

D. J. 5 éves fiu 1892. október 20-án lázas állapota, köhögés, *egész testét ellepő oedema és hasvizkór* miatt került a klinikára. Anamnesis: egészséges szülők negyedik gyermeke; az első évben, jöllehet szoptatták, gyakran szenvedett hasmenésben; egy év körül kezdett járni. A klinikán való felvételét megelőzőleg 3 héttel hasmenése, láza volt és hányt; egy hét múlva köhögni kezdett és két nappal a felvétel előtt oedema ütött ki a lábain és egész testén. St. praes.: nagyfoku oedema az egész testen, az arcot sem véve ki; a has kerülete 58 $\frac{1}{4}$ cm. (a rendes 40—45 cm. helyett), tapintáskor világos fluctuatio tapasztalható; a bőr és a nyálkahártyák halványak, az epidermis nem hámlik; étvágy rossz, a szomjuság fokozott; a beteg 8—10-szer székelt 2 $\frac{1}{2}$ óra alatt, széke nyálkás-véres, hig, hasfájás és erőlködés kíséretében; 2 $\frac{1}{2}$ óránként 3-szor vizel, a vizellet mennyisége körülbelül 300 cm.³ (a vizellet egy része elvész ürüléskor), kezdetben fehérsége nyomával, a fehérsége azonban csakhamar teljesen eltűnt; *a vizellet világos, üledéket nem kepez*; a lélegzés percenként 48, gyors, a beteg erősen köhög, a mellvizsgálat negatív; a szívhangok tiszták, a szívverések száma 132, az érverés gyenge, az álom rossz, a beteg nagyon gyenge, ülni nem tud. Kezelés: tej-diéta, ricinus olaj, tannin csőrék és belsőleg coffein citr. pro die 0.6. A hasmenés csökkenésével az általános állapot kezdettől fogva javult, a vizellet mennyisége 1000 cm.³-re, s többre is rugott, a vizibetegség fokozatosan csökkent s 19 nap múlva (november 11-én) a beteg teljesen gyógyultán távozott.

A vizibetegség ez esetben az általános kimerültségből eredett, a mit a lázas állapot és véres székelés, részben pedig a gyenge szív működés okozott.

T. K. 4 éves leányka 1893. február 11-én vétetett fel a klinikára, kevés vizellet, lázas állapot, az egész test boralatti kötőszövetének oedemája és hasvizkórság miatt. Azelőtt mindig egészséges volt, két hét előtt lázas lett és arczidegzsábat kapott, de négy nap múlva felépült, a rohamok pedig, a melyekkel a klinikára felvétel, csak tegnap jelentkeztek nála. Étvágya gyenge, rendszeren 1—2-szer székelt 2 $\frac{1}{2}$ óránként, ürüléke rendes; a vizellet csak 200 cm.³ teljesen tiszta, a felhárjának nyoma sincs; a has kerülete 56 cm., a lélekzés száma 48, köhögés nincs, érverés 120, gyenge, kevéssé telt, szabályos; a szív határai és hangjai rendesek, álma jó, hőmérséke reggel 6-kor 37°, este 38.2° kezelés: tej-diéta és coffeinum citr. 0.6 pro die. Már négy nap múlva jelenté-

keny volt a javulás: vizelet 900 cm³, haskerület 52 cm., oedema sokkal kevesebb, a mérsékelt lázas állapot 37·6°-tól 38·6°-ig a hatodik napig tartott.

A vizibetegség oka ez esetben nem egészen világos; lehetséges, hogy az idegzésába a rendellenes vörhenynek volt a kifejezője, s a vizibetegség ennek volt a következménye; a lázas állapot nem ellenkezik e feltevással, mert nephritis nélküli vörhenyes vizibetegség acut és subacut alakban fordul elő, a melyek közül az első lázas állapottal és a vizibetegség gyors kifejlődésével jár (mint a jelen esetben is), ellenben a másik esetben, melynél az oedema a lábon és arczon kezdődött, és lassankint terjedt szét, rendes hőmérsék kíséretében folyt le. A kik e feltevással nem értenek egyet, gondolhatnak idiopathicus, úgynevezett hülés által okozott vizibetegségekre is.

Helybeli körülírt oedema — ha azt nem az említett betegségek okozták — nagyon sokféle okból keletkezhetik.

A lábak vizenyőjét a gyermekkorban rendszeren idült hasmenéseknél látjuk; *az arcz heveny vizenyőjét*, különösen a szemhéjakét, rendszeren a bőr gyulladásos folyamatai kísérik, mint az orbáncz, heveny eczema és az urticaria; tisztán *szemhéj-oedema* arra enged következtetni, hogy a szemben van gyulladásos — többnyire kankós — folyamat.

Az arcz egyoldali, heveny vizenyős duzzanatának oka, a mely lázzal, de bőрпиrosság nélkül kezdődik, vagy parulis, vagy parotitis; ha valamely heveny lázas bántalom által kimerült betegnél a pofa vizenyösen megduzzad, s egyuttal erős szájbüzt érezhetünk, akkor vagy nagyon kiterjedt Stomacace- vagy Nomával állunk szemközt. *Az arcz vagy egyik véglag idült vizenyőjét* gyakran látjuk kis gyermekeknél ezen testrészek orbánczos megbetegedése folytán.

A *nyak kötőszövetének* és az állalatti tájnak fájdalomtalan, ép bőr által fedett *vizenyős duzzanata* mindig arra mutat, hogy a szomszédos szervekben gyulladásos folyamat van. Behatóbb vizsgálatnál az derül ki, hogy vagy az állkapocs csonthártyája beteg, vagy pedig hogy torok-diphtheriája van a gyermeknek.

Diphtheriánál a nyak vizenyője rendszeren mindkét oldali és kórjóslati jelentősége nagyon rossz; gyorsan terjed lefelé, de a kulcsontig csak ritkán ér le, mert a beteg a vizenyő fellépte után többnyire 2—3 nap múlva meghal. Garatmögötti tályogoknál ellenben a vizenyő egyoldali és élesen határolt. Vörhenydiphtheriánál is gyak-

ran a nyak megdagad, de az nem vizenyős, hanem vastag, phlegmonosus természetű.

Periostitis maxillarisanál az áll alsó szélén körülírt, igen fájdalmas csontmegvastagodást tapinthatunk ki.

Mumps (parotitis epidemica) esetén a vizenyős duzzanat nemcsak a nyak oldalsó részének felső területére terjed, hanem szűkségekpen a megfelelő arczfélre is. A Mumpsra jellegző az, hogy közvetlenül a fül alatt, az állkapocs felhágó ága mögött mindig tapinthatunk egy megkeményedett érzékeny góczot, a mi a glandula parotitis alsó részleteinek felel meg.

A parotitis és a lymphadenitis közti különbségről, ugyszintén a submaxillitisnél előforduló vizenyőtől l. a láz tünettanáról szóló fejezetet.

Az egyik mellkasfélnek vizenyője arra mutat, hogy a mellhártyaizzadmány genyes.

Egyes, ritka esetben a körülírt vizenyő bizonyos idegbajjal függ össze — *Oedema neuropathicum*. Hirtelen, ok nélkül kezdődik, s ép oly gyorsan, néhány percz vagy óra alatt el is tűnik. A tünetek e változékonysága, egybekötte a vizenyő éles határoltóságával és avval, hogy környéke vörös alappal bír, a bajt sokban hasonlónvá teszi az urticariánál előforduló vizenyős duzzanattal; de a különbség az, hogy itt a bőr nem viszket. A neuropathicus oedema kedvencz helye az ujjak, kezek, pofa, a melyeken rendszeren symmetricusan fordul elő.

Egy alkalommal a homlokon láttam egy oly élesen határolt vizenyős duzzanatot, a mely alakja után itélve, zúzódás okozta vérkiömlésre emlékeztetett; egy idő mulva a daganat nyomtalanul eltűnt, de másnap ujra fellépett a jobb szemhéjjon. Hogy a vasomotoricus vizenyő nagyon kiterjedt lehet, bizonyítja *Krüger* esete (Med. Obozrenie XXXII. kötet, 385 l.). A betegnek — a mint előadta — már gyermekkora óta volt hirtelen keletkező és 2—3 nap mulva ismét eltünő oedemája. Az oedema ide-oda vándorolt s a test minden részén előfordult: a kezeken, a lábakon, a törzsön, az arcz és koponyán, 2—3 hónapos időközökben. Megjegyzendő, hogy a beteg anyja és egyik nővére hasonló bajban szenvedett. A beteg 25 éves korában egy ily roham alatt keletkezett gégevizenyőben halt meg. A bonczolás az oedema okát nem derítette ki.

A neuropathikus oedema ugyanezen csoportjához tartoznak azok az esetek, miket *Joseph* (Allg. Wiener Med. Zeit. 1889. Nr.

48), *Widowitz* (Jahrb. f. Kinderh. XXIX. p. 388) és *Gevaert* (Medicseszkoje Obozrjenije, 1895. No. 22) irt le. Röviden ismertetni fogjuk ez eseteket, mert jó fogalmat nyújtanak a neuropatikus és angioneuroticus oedema között levő alaki különbségre. *Joseph* esete egy 5 éves fiu oedemájára vonatkozott, a kinél az körülírt, nem nagy, kékes színezetű, kissé viszkető, kidudorodások alakjában jelent meg a fiu arczán és kezein, valahányszor hideg levegőn sétált; 5—10 percnyi tartózkodás a meleg szobában elegendő volt az oedema eltűnésére. Az oedemával egyidejűleg hasfájás is jelentkezett. A hideg levegő hosszabb behatására a fiu a körülírt oedemán és a hasfájáson kívül a haemoglobinuria is észlelhető volt. Nevezetes, hogy a fiu 8 éves unokabátyján is ugyanezt tapasztalták.

Widowitz egy 8 éves és egy 6 éves fiun tapasztalta azt, hogy a hideg levegő behatására a gyermekek ujjain és arczukon is jelentkezett az élesen határolt oedema; az utóbbi fiunál a dagadt részek rendszeren viszkettek (urticaria oedematosa Milton), és az oedemás részek kékes-pirosak voltak. A közönséges fagydagantól, a mit mindenkinek az arczán és ujjain tapasztalhatunk, a kire sokáig hatott a hideg, ez az oedema abban különbözött, hogy 1. hogy az ujjnyomásra a daganatban bemélyedés maradt vissza; 2. az éprészlettől éles határ választotta el és 3. a daganat aránytalanul nagy volt. *Widowitz* 3 esetében egy 7 éves leányka ujjain és arczán az oedema egészen ismeretlen okból keletkezett.

Gevaert esete 3 éves leánykára vonatkozik. A leányka nyakának baloldalán úgyszólván minden két hétben, mihelyt az ágyból felkelt, kiterjedt daganat támadt, mely gyermekökölnyi nagyságot ért el, tapintásra nem kemény, nem fájdalmas, tömött, nem viszket, s a bőr felette rendes. A daganat 2—3 óra alatt lassanként magától eltűnik. Mikor a gyermek számárhurutban betegedett meg, a daganat minden reggel újra keletkezett és mikor a számárhurut elmúlt, a daganat is, mint annak előtte, csak minden két hétben újra jelentkezett.

Megjegyzendő még, hogy helybeli vizenyő oka lehet még az is, ha a vivőerekben thrombus, vagy nyomás folytán pangás van.

A bőralatti kötőszövet lágy daganata, a mely a nyakon, a mellen és a test más részén is előfordul, a mely ujjnyomásra könnyen enged, s fölötte a bőr rendes, szóval az oly daganat, a mely az első tekintetre az oedemás eredetűhöz nagyon hasonlít, az

által keletkezhetik, hogy a bőralatti kötőszövetben levegő gyülik meg, ez az *emphysema subcutaneum*. A bajra oly annyira jellegző, s hócsikorgásra emlékeztető, ujjnyomással előidézett sercegés által könnyen felismerhető.

A bőremphysema többnyire a nyakon kezdődik, s innen vagy az arcra, vagy a mellkasra, sőt még lejjebb is terjedhet. A bőremphysema leggyakoribb oka gyermekeknél az, ha a tüdőhólyagcsák erős köhögés (szamárhurut, idegen test a hörgőkben, hajszálhőrgőhurut) vagy kiabálás, hányás, erőltetés folytán megrepednek. Ily körülmények között a levegő a tüdőhólyagcsákból kitódul, benyomul az intralobularis kötőszöveten át a tüdő gyökéhez, és innen a mediastinum anticumon át, a fossa jugularis mellett a nyak bőralatti kötőszövetébe kerül.

Más esetekben légszömetszés után a légső sebe körül fejlődik bőremphysema; orrcsont-törésnél az orr és a szomszédos arczártszövetekre (szemhéjak, homlok, pofák) szorítkozhatik; bordatörésnél gyakran a mellkason képződik.

Különböző helyekre localisált, idült, láztalan, általános megbetegedések.

A görvélykór.

Görvélykór — Scrophulosis — alatt értjük azon általános táplálkozási zavaron alapuló betegséget, a melyre kiválóan jellegző azon hajlam, hogy csekély, gyakran alig észrevehető izgalmak a különböző képletekben és szervekben idült lefolyású gyulladásokat hoznak létre.

A görvélyes gyulladással járó folyamatokat még az is jellegzi, hogy nagyon könnyen átterjednek a szomszédos nyirokmirigyekre, (melyeknek vasa afferentiája a gyulladással tájrol ered), melyek azután hosszabb ideig dagadtak maradnak, még ha a hyperplasiajokat okozó gyulladás teljesen meg is szűnt.

A parenchymás szervek görvélyes gyulladásának sajátosságához tartozik még az is, hogy a gyulladás termékei nem állandók, s e szervek nagyon hajlamosak sajtos és valódi gümös elfajulásokra, helybeli gümőkór fejlődik ki, a melyet a Koch-féle gümöbacillusok jelenléte is biztosan igazol.

Az, hogy a görvélykór gyakran complicálva van (helybeli és általános) gümőkórral, még egyáltalában nem jelenti azt, hogy e két baj azonos, mi abból is kitetszik, hogy nem minden egyes görvélyes gyulladás termékeiben találunk gümöbacillust, s továbbá sok beteg idővel teljesen meggyógyulva, idős kort ér el. A görvélyes kór csupán kedvező talaja a gümös bacillusok fejlődésének, hasonlóan mint azt pl. mint élettani állapotot, a tengeri malacz és tengeri nyulnál tapasztaljuk.

A scrophulás egyéneket gyakran már abban az időszakban felismerhetjük, a mikor azoknál a görvélykórra jellegző idült gyulladásos folyamatokból még semmi sincs; és pedig a beteg egész habitusából. Két scrophulás tyrust különböztetünk meg, u. m.: a torpid és az ereticus alakot (Scrophulosis torpida et eretica s. florida). Az első alakra jellegzők a következők: sápadt, pöffedt arc, vastag felső ajkak, szőke haj, nagy has, meglehetősen jól fejlett, de petyhüdt bőralatti zsírszövet, halavány köztakaró és pettyhüdt izomzat. Az e csoportba tartozó gyermekek többnyire szenvedelnek és munkakerülők. Nagy hajlammal bírnak nyirkmirigyduzzanatokra és általános, ép ugy helybeli (csont vagy a mirigyekben lefolyó) idült gümös folyamatokra.

Az ereticus görvélykórban szenvedő gyermekek soványak, hajuk selyempuha, többnyire sötét, szempillájuk hosszú, a melyek alul a sötét, de kékes sclerával körülvelt szemek kandikálnak ki; a bőralatti kötőszövet náluk zsírszegény, bőrük vékony, finom és azon többszörösen — különösen a halántéktájon — kék vivőerek hálózatát látjuk. A csöves csontok olykor feltűnő vékonyak, izomzatuk gyengén fejlett, szóval az egész szervezet magán viseli a legnagyobb gyöngeséget.

Az ilyen gyermekek feltűnő élénkek és idegesek, szellemileg korán és gyorsan fejlődnek. A felületes nyirkmirigyek kevésbé betegednek meg, mint inkább a hörgmirigyek. Helybeli idült gümőkórra ezeknél a hajlam rendesen kisebb, de annál nagyobb a heveny miliaris tuberculosisra — a meningitisre.

E két ellentétes alak között végre természetesen előfordul sok más átmeneti alak is, s ennél fogva nem mindig lehetséges minden scrophulás esetet egyik vagy másik csoportba osztályozni. Sokszor a görvélykórt csakis annak egyik vagy másik nyilvánulásából állapíthatjuk meg, a mit még megkönnyít az is, hogy a betegknél többnyire egyidejűleg a betegségnek több tünete van jelen.

A görvélykórnak leggyakoribb és sokszor egyetlen jelenlevő nyilvánulása a *mirigyek hyperplasiája*, különösen a nyakon. A mirigyekben vagy csak idült hypertrophia, vagy sajtos elfajulás van. Első esetben a m. sternocleidomastoideus szabad szélénél és az állkapocs vízszintes ágánál tapinthatunk ki gördülő, fájdalomtalan, tojásdad, kemény tapintatú, babszemnyi, egész mogyorónyi képleteket. Ha a mirigyek sajtosan elfajultak, akkor jelentékenyen nagyra nőnek, s állományuk tömörebb, a szomszédos mirigyekkel összekapaszkodnak és nagy, dudorzos tömegeket képezve, a nyakat eltorzítják.

Görvélykóros egyéneknél a mirigyeken kívül gyakran betegszik meg a bőr is (makacs eczema, impetigo, ectyma, de psoriasis nincs, ezt gyakrabban különben teljesen egészséges egyéneknél észleljük); továbbá a szemek (Blepharitis, keratoconjunct. phlyktaenulosa stb.), a fül (Otitis media et externa), a nyálkahártyák (nátha, ozaena, gyakori hörghurutok, hasmenés és székrekedésre való hajlamosság; az utóbbi oka valószínűleg abban rejlik, hogy a bélizomzat gyöngül, mert szokványos székrekedést többnyire a scrophulosis ereticus alakjánál van alkalmunk látni, a melynél az izomzat általában satnyán fejlett; végre megbetegszenek a csontok (a csőves csontok gyulladása, csigolyák és más apró csontok szuvasodása, különösen gyakran a lábtő, és a kéz-ujjak percze — spina ventosa), ugyszintén az ízületek is (Synovitis chronica, Tumor albus).

A görvélykórra még az is jellegző, hogy az ivarérés korában nagy az öngyógyhajlam, de itt is csak akkor, ha a szervezetben nagy roncsolások nem folytak le, mert az ilyen esetekben a baj oka tulajdonképen gümőkór.

A scrophulosist a legtöbb esetben könnyű felismerni a beteg habitusa, s a betegség különféle nyilvánulásai által, a melyekről fentebb szó volt.

Leukaemia és *Pseudoleukaemiánál* ugyancsak találkozunk idült, nem fájdalmas mirigydagánatokkal, de itt a mirigyek duzzanata, ellentétben a scrophulosissal, sokkal kifejezettebb és általánosabb; azonkívül a baj haladó természetű, s a gyöngeség, a sajtóságos sápadt szín, ugyszintén a jelentékeny *lépdaganat* már kezdetben szembeötlenek. Valódi leukaemiánál azonfelül a fehérsejtek száma is szaporodott.

Bizonyos körülmények között a scrophulosishoz nagyon hasonlít a *syphilis hereditaria tarda*, természetesen tág értelenben

véve a dolgot. (Lues congenita tarda alatt szorosabb értelemben véve, értjük azokat az eseteket, a hol a veleszületett bujakór az első életévben lappang, de később, néha csak évek multán, hirtelen az u. n. harminclagos alakban tör ki, azaz fekélyek, gummás képletek, csontthártyagyulladás stb. képében; minthogy azonban a közönséges öröklött bujakór, a mely az első hónapokban jelentkezik, s a tünetek elmultával egyidejűleg latens marad, néha egészen ugyanezen tünetekkel jár, a syphilis tarda két alakja közti különbség csakis a kórelőzményi adatokban rejlik.)

A késői bujakór és a scrophulosis klinikai tünetei nagyon hasonlók lehetnek, mert mindkét esetben meg van a nyirokmirigyek idült túltengése, az állandó nátha, keratitis, vagy egyes csontbántalmak.

A kórisme részint egyes sajátos tünetek, részint a kórelőzmény után igazodik.

Az utóbbi alapján kell eldöntenünk azt, valjon a gyermeknél előbb, különösen az első élethónapokban nem volt-e valamely bujakóros jelenség, (l. az öröklött bujakór fejezetét), anyja nem vetélt-e el ismételt, minő egészségi állapotban vannak testvérei és maguk a szülők. Egyébként megjegyzendő, hogy annak megállapítása, hogy a szülők egyikének hosszú idő előtt syphilise volt, még nem tételezi fel azt, hogy a gyermek okvetlenül bujakóros, hanem csak azt, hogy attól tartani kell. A dolog úgy áll, hogy ha a szülők egyikének évek előtt syphilise volt, a mely látszólag meggyógyult, gyakori oka lehet ez a körülmény annak, hogy a gyermekök nem lesz ép bujakóros, de igenis angol- vagy görvélykóros. Mindég szem előtt tartsuk ezt oly esetekben, a mikor egy gyermeknél súlyos scrophulás jeleket (csontbajokat) találunk, s ha a gyermek szülei erős, egészségesek, a gyermeket szoptatták s különben is az jó hygienicus körülmények között nőtt fel.

Az egyes tünetek közül, a melyek a scrophulosis ellen, de a bujakór mellett bizonyítanak, a következőket kell felsorolni: 1. *Keratitis parenchymatosa*, ez majdnem döntő, mert a tiszta scrophulosisnál nagyon ritka; megfordítva a scrophulosis mellett szól: *Blepharitis, keratitis et conjunct. phlyktaenulosa*. 2. Az idült, fekélyes, az orrsövény roncsolásával járó nátha; scrophulosisnál a nyálkahártyák és az izmok egyszerűen hyperplasiások, vagy sorvadtak, a midőn az ozoenához hasonló bűz áramlik az orrból. 3. Az alszáraz csontthártyagyulladása, — ellenben scrophulosisnál az

apró csontok taplós ízületi gyulladásait és csontvelőgyulladást észleljük. Ha a körelőzményi adatok és a tünetek alapján véglegesen nem dönthetünk az egyik vagy a másik baj mellett, akkor azt a specificus kezeléstől elérhető eredményre kell biznunk. 4. A torokbeli fekélyes folyamatok, a melyek a lágyméh, néha a kemény szájpapdot is elroncsolják; scrophulosisnál a kóros elváltozások idült garathurutra, a mandolák túltengésére és az orrgaratürege kötszöveti eredetű vegetatióira (vegetationes adenoideae) szorítkoznak. 5. Éles szélű gummák és gummás fekélyek; scrophulosisnál néha a bőralatti kötőszövetben képződnek gummához hasonló alakú göbök, a melyek scrophuloderma s Nodus scrophulosorum neve alatt ismertek, s 1—3 éves gyermeknél észlelhetők. E göbök kedvencz helye a seggpofa, a czombok és a pofák. Kezdetben a bőr alatt egy kerek, mozgatható göb képződik, a mely fokozatosan borsó, egész bab mekkoraságnyira nő meg; a bőrfelszínen alig emelkedik ki, de könnyen kitapintható és nem fájdalmas; az azt borító bőr kezdetben ép, később azonban megpirosodik, ha t. i. a csomóval már összenőtt. A további lefolyásban a göb vagy eloszlik (bennéke felszívódik) vagy elgenyed, azaz apró tályog képződik belőle, a mely kifelé tör, s csakhamar begyógyul, vagy pedig abból alávájt. vékony szélű fekély lesz, (de szélei nem vastagok, nem infiltráltak, mint a gomma felnyílása után).

Kis gyermekeknél nagyon nehéz, sőt néha lehetetlen a scrophulosist a rhachitistól megkülönböztetni, mert az általános táplálkozási zavar, a mely a rhachitis oka, ép úgy nyilvánul a görvélykórnál, a különféle szervek és képleteknek idült gyulladási folyamatra való hajlamában.

Az angolkór. (Rhachitis.)

Az angolkór a 2—3 éves gyermekek betegsége és a csontok sajátságos elváltozásán felismerhető, a miben a scrophulosistól különbözik. De mivel az angolkórnál nemcsak egyedül a csontváz, hanem minden más szerv is megbetegszik, s minthogy itt ép oly gyakran találkozunk idült eczemával, mint a mirigyek túltengésével és sajtos elfajulásával, továbbá hurutokkal, s végre, minthogy az angolkór kóros tekintetben a scrophulosissal azonos, — egyes esetekben nehéz eldönteni azt, hogy csak angolkórral, s nincsegyüttal görvélykórral is dolgunk.

Részemről *Cantanival* értek egyet, a ki azt mondja, hogy bár mindkét folyamat oka és lényege egységes (szerinte a mézsók elégtelen áthasonítása*), s hogy a különbség csakis a gyermek korától függ; az élet két első évében a csontok az által szenvednek legtöbbit, hogy a mézsók hiányzanak belőlük, mert e korban nőnek leggyorsabban, míg később a csontokban végbemenő elváltozások háttérbe szorulnak. Legyen bármikép e dolog, az angolkór scrophulás jelenségek nélkül ritkán látható, s azok a gyermekek, a kik életök első éveiben angolkórosak voltak, később nagyon gyakran scrophulások lesznek.

Ha tehát egy betegnél az angolkóros csontelváltozások mellett idült kiütéseket, nagy mirigyeket s többefélet találunk, akkor egyszerűen rhachitist kórismézőnk avval a megjegyzéssel, hogy idővel a gyermek talán scrophulás beteggé is lehet. Az angolkóros csontelváltozások egyrészt a csontok ellágyulásában (a már lerakódott mézsók felszívódása), másrészt a csontvégek megvastagodásában állanak (a csontképzőszövetnek túlbujánzása a csontnak porcczal való érintkezési helyén).

Legkorábban, s pedig már az élet első hónapjaiban, az angolkór a koponyacsontokon, *a nyakszirtecsont ellágyulásában* nyilvánul; valamivel később vehető észre a homlok és a falsontok megvastagodása, úgy, hogy a koponya tojásdad alakja négyszögüvé válik. Egyidejűleg az élet első évében, az angolkóros folyamat átterjed a bordákra is; a bordavégek a csont átmeneténél a porczba könnyen kitapinthatólag megvastagodnak; ezek a megvastagodások sovány gyermekeknél mint golyóalaku képletek tűnnek elő, a melyek görbe, egymásfölé helyezett, fölülről lefelé haladó, s a test medián vonalától mindinkább távozó vonal alakjában húzódnak le.

Az ezáltal létrejött általános benyomás az ily állapotot jelző névre — *rózsakoszoru* — nagyon reá illik. A bordák ellágyulása

*) Rhachitis és scrophulosis, mondja *Cantani* (Spec. Pathol. u. Ther. d. Stoffwechselkrankheiten IV. kötet 1884), egymással szorosán összefügg; ha a szervezetből sok mézsó hiányzik, akkor megbetegednek a csontok, de ha a mézsók hiánya nem oly nagy, akkor a növekedő csontok az összes mézsókészletet magukhoz vonják, s akkor csak a többi szervek szenvednek. A szövetek petyhüdsége, s a sejtelemnek csekély állandósága *Cantani* szerint scrophulosisnál részben abban áll, hogy a lágyképletekbe elégtelen a mézsók lerakódása, mivel a fehérszövet nem képes ép és szívós sejteket alkotni, a mi nek a többi között lényeges alkotó részét képezik a mézsók is.

abban nyilvánul, hogy elvesztik rendes görbületüket, s egyenesebbekké válnak; miáltal a mellkas többé-kevésbbé oldalról benyomottnak tetszik, s a szegycsont mellfelé kitolul, ép úgy, mint az a madaraknál van, innen a név „*madár-mell*“ — *Pectus carinatum*. Az angolkórosaknál levő habitualis meteorismus folytán az egész has, úgyszintén a mellkas alsó részlete (a rekesz tapadási helye alatt) kitágul, s a mellkas egész kerülete körül behúzóadás képződik, a mely a mellkas felső, szűkebb részét az alsó, tágabbtól elválasztja; e behúzóadás a rekesz tapadási helyének felel meg. A mi a végtagok csöves csontjait illeti, az angolkóros elváltozásokat legkifejettebben látjuk az alkar csontjainak az alsó végein; a végtagcsontok ellágyulása azok elgörbülésében nyilvánul, a mit különösen az alszárakon tapasztalhatunk.

Mínthogy gyenge az izomzat, s pedig különösen a háton, az angolkórosak nem tudnak egyenesen ülni; a hát a nehézkedés törvényei szerint olyformán görbül el, hogy a gerincoszlop egy nagy, görbületével hátfelé tekintő ívet képez. Míg az első időben könnyen sikerül a hát elgörbülését hátonfekvés vagy nyújtás által eltüntetni, a későbbi időszakban az állandóvá válik és létrejön az u. n. *rhachiticus púp*, a mely a Pott-féle (a csigolyaszuvasodás által okozottól) abban különbözik, hogy nem szögletes, hanem ívszerű.

A csontrendszerrel illetőleg ezek volnának nagyjában a legfontosabb elváltozások, a melyek, tekintve a jól kifejezett eseteket, a kórismére könnyen hozzáférhetők.

A *kezdődő angolkórral* szemben azonban a dolog másképp áll, itt ugyanis a csontelváltozások még nem állandósultak. Itt mindenekelőtt az iránt kell magunkat tájékozni, hogy a gyermek táplálása milyen, s minő hygienicus viszonyok közt él az.

A gyermek korának meg nem felelő táplálkozás és a rosszul szellőzött lakás az angolkór kóroktanában annyira fontos, hogy igen sok esetben a betegséget jóval előbb, mintsem annak legelső tünete meg lenne, előre megjósolhatjuk. Így pl. mindig ez az eset forog fenn akkor, ha a gyermek táplálékához már az első élethónapokban keményítő vagy czukortartalmu eledel (süritett, sweiczi tej) is kerül, különösen ha az a mellett még rosszul szellőzött, vagy nedves lakásban nő fel. Továbbá a legrövidebb idő alatt angolkórt várhatunk a gyermeknél akkor, ha a gyermeknek már az élet első hónapjaiban idült dyspepsiája van, a midőn egyre megy akár mesterségesen tápláljuk, akár anyatejet szopik.

Ritkán maradnak el az angolkór tünetei még abban az esetben is, ha a túlságos táplálék folytán a gyermek elhájasodik, lett legyen annak tápláléka minőségileg itélve a lehető legjobb.

A baj tulajdonképp lappangva köszönt be; a gyermek halavány lesz, rosszabbul alszik, feje izzad és nyakszirtjét a párnához dörzsölgeti, miáltal ott megkopaszodik; bőre és izomzata petyhüdt. Az említett tüneteket 3—5 hónapos gyermekeknél észleljük, s gyakran már ez időben sikerül a többé-kevésbé kifejezett craniotabest megállapítani. A megfelelő gyógykezelés, valamint a kórokok távoltartása által a baj már e kezdeti fokán megállhat és ily állapotban az néhány hét alatt teljesen el is mulhat. Kevésbé szerencsés esetekben ellenben bekövetkeznek egyéb angolkóros elváltozások, mint a homlok- és falcsontdudorok elődomborodása és a bordavégék megvastagodása stb.

Ha az angolkór az első életév második felében kezdődik, akkor craniotabes nem szokott kifejlődni, s a baj kezdeti tüneteként halaványság, ingerlékenység, késői vagy protrohált fogzás, továbbá az említett bordaelváltozások észlelhetnek. Ha a baj még később, pl. a 2-ik év végén kezdődik, akkor a mellkas is ép maradhat, s ily esetekben a végtagesontok betegeznek meg. Mint-hogy az angolkór nem egyszerre támadja meg az összes csontokat, hanem e tekintetben bizonyos sorrend és szabályosságot lehet észlelni, a meglévő elváltozásokból felismerhetjük azt, hogy az angolkór körülbelül mikor kezdődött.

Már előbb említettük azt, hogy az angolkórnak a csont-elváltozások képezik a legfőbb és legjellemzőbb tünetét, de az általános táplálkozási zavarnak jeleit megtaláljuk egyéb szövetekben és szervekben is. Az utóbbiak részéről jelentkeznek oly tünetek, a melyek azonban kevésbé fontosak a kórismére, mint a baj gyógykezelésére nézve és egyuttal arra is engednek következtetni, hogy a folyamat apadóban vagy növekvőben van-e?

Az emésztőszervek működése ritkán marad huzamosan normalis állapotban, rendszeren a betegnek hajlama van székszorulásra vagy hasmenésre, de minden körülmények közt hajlamos idült meteorismusra.

Az angolkórosok u. n. „békahas“-ának oka különböző, u. m. a rossz emésztés okozta túlságos bélgázfelhalmozódás, a bél- és hasizomzat gyöngesége, a máj és lép megnagyobbodása, a mellkas alsó részletének lefűződése. *A légzőszervek* részéről szembetűnik az

idült és gyakran visszatérő hurutokra, valamint hurutos tüdőgyulladásokra való erős hajlam, a miért az angolkórosak a számarhurutot és a kanyarót nehezen állják ki; az állandó hurutok okozák azt is, hogy a hörgmirigyek megnagyobbodnak, a melyek azután könnyen elsajtosodnak, vagy a gümös góczoknak kedvező helyévé válnak, a miből viszont angolkóros gyermekeknek a gümőkóros agyhártyagyulladásra való nagyfokú hajlamossága következik. Az *idegrendszer* rosz táplálkozásának kifejezője a nyugtalan álom, továbbá az, hogy az angolkórosoknak nagy hajlamuk van a hangrészgörcsre és az eclampsziára.

A *bőr* az idült eczemáknak kedvező talajt nyújt, s minthogy azok sokat izzadnak, könnyen kapnak miliarist. Az *általános táplálkozási zavar* a betegek bőrének és nyálkahártyájának haloványságában, a petyhüdt izomzatban s a többé-kevésbé meglevő lép-daganatban nyilvánul.

Természetes, hogy nem minden esetben van jelen minden tünet; ezek változnak az egyéniség és baj foka szerint, de minden egyes tünet a kórképhez tartozik, s ha meg van, nem kell azt esetleges szövödmény gyanánt tekinteni.

Az angolkór kórisméje a csontrendszer jellegző elváltozásai folytán könnyű.

A csontvégek megvastagodása, egybekötve az általános rosz tápláltsággal, a bőr halaványságával és dagadt léppel néha öröklött bujakórnál is előfordul, de itt mindig megvannak a bőr, máj, a torok és az orr nyálkahártyáinak egyéb bujakóros tünetei is (l. a bujakórt), azonfelül a syphilis epiphysaria már az első hónapokban meg van, míg a végtagok csontvégeinek angolkóros elváltozása a második életévnek tulajdona. Bujakórnál a koponyacsontok nem betegednek meg, s ha a bujakóros gyermeknél tátongó varratokat, felpuhult nyakszirtet vagy vastagodott homlok- és falsontdudorokat találunk, akkor az adott esetben a baj angolkórral van szövődve, oly jelenség, a mely egyáltalában nem tartozik a ritkaságok közé.

Oly angolkóros esetek is előfordúlnak, a hol a gyermekeknek a csontelváltozás aránylag csekély, s azok mégis nagyon vérszegények, s a mellett a lépök is nagy és tömött tapintatú, úgy, hogy ilyenkor az a kérdés merül fel, vajon nem-e leukaemiával complicált angolkórral van dolgunk. A dolgot a vér göröcsői vizsgálata tisztázza: lép-daganattal és nagyfokú vérszegénységgel párosult

angolkórnál a vér ugyan savódús, de mégis a göröcsői vizsgálat által kimutatható az, hogy a fehérvérsejtek száma vagy egyáltalában nem, vagy legfeljebb valamivel szaporodott.

Az öröklött bujakór. (Syphilis hereditaria.)

Minél koraiabban a szülők, vagy legalább azok egyikének bujakórja, annál nagyobb ennek a befolyása az ivadékokra, (kivételet képeznek azok az esetek, a mikor az anya a terhessége alatt lesz bujakóros, s a gyermek ilyenkor gyakran egészséges marad).

A legsúlyosabb esetekben a terhesség nem éri el rendes végét, hanem azt vagy vetélés, vagy koraszülés szakítja félbe; az ily terhességből származó újszülöttek a bujakór kétségtelen jeleit hordják magukon, rendszerint kevésbé életképesek, s már az első napokban vagy hetekben elhalnak.

Ha a gyermek kellő időben, s látszólag egészséges állapotban jön a világra, akkor az vagy elébb, vagy utóbb betegszik meg bujakórban, a szerint t. i., hogy a szülők bujakórja milyen stadiumban van. A betegség első jelei az első hat héten mutatkoznak, ritkábban a 6—12 hét alatt, s majdnem sohasem a lefolyt 3 hó után. A legtöbb szerző elismeri azt, hogy az öröklött bujakóros kivirágzás első jelei még évek múlva is előtérbe léphetnek; ilyenkor a baj egyenesen az u. n. gummás időszak kórképében jelentkezik (csonthártyagyulladások, gummás fekélyek stb.) és ez az u. n. *Syphilis congenita tarda*, a szó szűkebb értelmében véve a dolgot; de mivel a tünetek az élet első heteiben gyakran nem élesen kifejezettek, s figyelmünket el is kerülhetik, nincs kizárva azon lehetőség, hogy a legtöbb késői bujakór nem egyéb, mint a rendes öröklött bujakór recidívája.

Legyen a dolog bárniként is, az öröklött bujakór szabály szerint (igen ritka kivétellel) az első 3 élethónapokban tör ki.

Az első jel többnyire egy közönséges nátha, a mely kezdetben bár semmi különös jelleggel nem bír, de tekintve a gyermek korát, már is gyanús; nagy valószínűséggel bujakórral van dolgunk akkor, ha a nátha soká huzódik, s egyidejűleg azt vesszük észre, hogy a gyermek arcza sajátságos sárgás-halavány, s a szemöldöktájak festenyettek vagy seborrhoésok.*)

*) Trousseau (Klinikai előadások, orosz fordítás II. köt. 822), a bujakórosok arczszinének fontos kórismei jelentőségére különös súlyt fektet. A tapaszt-

Ha ezen — látszólag jelentéktelen — tünetekhez még bizonyos kórelőzményi adatok (l. alább) is rendelkezésünkre állanak, akkor az öröklött bujakór jelenléte bizonyos. Az orvos nem lesz sokáig bizonytalanságban a kórismére nézve, mert a bujakórnak egyéb kétségtelen jelei is csakhamar megjelennek, s pedig a *maculás* és a *papulás kiütés* (foltos és göbös bujakóros bőrküteg), a mely az egész testet, de leginkább az alsó végtagokat lepi el; a nyak, a lágyéktájak bőrredőiben, úgyszintén a *végbél körül széles, nedvedző plaque-ok képződnek*, a melyek annyira jellegzetesek, hogy már magukban véve egyenesen bujakórra mutatnak. Az ajkak, a százugok berepedeznek, s a mellett többé-kevésbé beszűremkednek (kis gyermekeknél a garatívek ritkán betegednek meg, de annál gyakrabban akkor, ha az öröklött bujakór kiújul).

A bujakóros elváltozásokhoz tartoznak továbbá a síma, fénylő talpak, melyek úgy néznek ki, mintha lakkal volnának bekenve és a pemphigus-hólyagok, melyek a test különböző tájain, de különösen a tenyeren és ujjakon fordulnak elő. A bőralatti nyirokmirigyek öröklött bujakórnál rendszerint nem duzzadnak meg, kivéve azokat a mirigyeket, a melyek a nedvedző foltok környékén vannak.

A bujakóros pseudoparalysisekről — a melyeket Osteochondritis syphilitica okoz, — l. a hűdésekről szóló fejezetet 249. l.

A *késői öröklött bujakór* — syphilis haereditaria tarda — vagy mint a lefolyt bujakór kiújulása, vagy pedig minden előleges tünetek nélkül jelentkezik, de mindenkor a gummás időszak rohamai jellemzik. Ily rohamok már a három éves korban is jelentkezhetnek, de gyakoriabbak ezek az 5-ik évtől a 12-ik évig; kétségtelen, hogy a késői bujakór első tünetei némely esetekben sokkal később, például 20-tól 30-ik évig jelentkezhetnek.

A késői öröklött bujakór tünetei eléggé különfélék, de sokszor annyira jelentéktelenek, hogy ez alapon a kórismét, a kórelőzményi adatok ismerete nélkül, megállapítani nem lehet, a melyek

talt orvos — ugymond — az öröklött bujakórt már az első tekintetre felismeri. A gyermek arcza sajátságos sötétbarnás színezetű; olyan, mintha azt kávéval mázolták volna be. Ez a szín nem hasonlít sem a halvány, sem a sárga, sem a szalmasárga arcszínhez, a mit más senyves bajoknál láthatunk. A testen ezt a színváltozást nem észlelhetjük. Részemről nem ismerek egy gyermekbetegséget sem, a melyiknél ez a színváltozás előfordúlna, s ha ez a színváltozás élesen kifejezett, akkor a baj főtüneteivel egyenértelmű. Evvel ellentétben Müller az arcszínnek különös fontosságot nem tulajdonít, mert ő ezt a dolgot az újszülöttek septichamiájánál is észlelte.

hivatva vannak kideríteni azt, hogy a családban öröklött bujakór fordult-e elő. E czélból fontos, hogy a következő tekintetben kapjunk adatokat: 1. nincsenek-e bujakóros tünetek valamelyik szülön; 2. nem volt-e bujakórja a beteg testvéreinek és 3. nem nagy-e a családban a gyermekhalandóság az első esztendőben, különösen pedig a születést követő első hetekben, vagy hónapokban, úgyszólván minden látható ok nélkül. Ide tartozik a koraszületés, továbbá a halvaszületés is, mert a bujakór a vetélésnek a leggyakoribb oka. Fournier statisztikája szerint egy bujakóros család 5 gyermeke közül négy, bujakór következtében az első hónapokban, vagy a terhesség ideje alatt hal el. A gyermekhalandóságnak syphilis okozta legmeghatóbb példáját dr. Ribemont-Dessaigues említi; bujakóros, gyógyítani magát nem akaró férjtől 19-szer esett teherbe az asszony, a ki öt gyermeket szült holtan, 14-et elevenen, a kik azonban mindannyian életöknek első évében elpusztultak.

A körelőzményi adatokon kívül a kórismét nagyon megkönnyítik azok a jelek, melyeket a bujakór a szervezetben hátrahagy. A gyanus jelek egyrésze az u. n. *parasyphiliticus* jelenségekhez tartozik. Olyan tünetek ezek, melyeket a bujakór vírusa okoz ugyan, de még sem tekinthetők specifikusoknak, mert: 1. ugyanily tünetek a szervezet általános táplálkozását aláásó más oknak is a következményei lehetnek, és 2. nem múlnak el bujakór ellenes gyógyításra. Mindamellett ezek is nagyfontosságúak a kórismére, minthogy öröklött bujakór esetén sokkal, de sokkal többször jelentkeznek, mint más okból. A parasyphiliticus tünetek mindenestre feljogosítják az orvost a bujakór felvételére és ezután való kutatásra. A többi bujakóros tünetek nyomai valamely specifikus tünetek következményei.

Az öröklött bujakór parasyphiliticus tüneteire tartoznak:

1. *A beteg külszíne (habitus)*. A bujakór már a méhben megbolygatja a magzat táplálkozását, a mi azután sok éven át és különböző alakban nyilvánul. Egyes esetekben a gyermek általában gyenge, beteges és szembetűnőleg szürkés-fakó arcszínű; más esetekben nagyon vérszegény, nagy a lépe, bőre halavány, mint a viasz, vagy pedig angolkóros, szóval a gyermek egészséges külseje úgyszólván teljesen kizárja az öröklött luest. Különösen gyanus, ha valamely családnak minden gyermeke nagyon vérszegény, vagy nagyfokban angolkóros, daczára annak, hogy az egészségügyi és diætaeticus körülmények egészen rendesek és általában nincs látható

oka, hogy a gyermek táplálkozási viszonyai csökkentek. Ugy szintén gyanus az is, ha öröklött gümőkórtól mentes családban több tag agyhártyagyulladásban, vagy más tuberculosus bajban halt el.

2. A *fejlődésbeli elmaradottság*, mely abban nyilvánul, hogy a gyermek későn kap fogat, későn kezd járni és sokára kezd beszélni. A bujakóros gyermekek a későbbi korban kicsiny növéseük maradnak, későn ered meg a szakálluk, későn nő a szőrük a hónaljban és a szeméremtestükön, a fiúk heréi fejletlenek, a leányok havi baja későn jelentkezik, s emlőik satnyák. Az ilyen egyének sokkal fiatalabbnak látszanak, mint azt hinnők; nagyon sokáig gyermekek maradnak, azért is ez az állapot *infantilismus* néven ismeretes.

3. A *koponya elváltozásai*, melyek az élesen kifejezett angolkóros koponyát mutatják (négyszögletes koponya, erősen fejlett halánték és homlokdudorral; nyerges fej a megfelelő koszorú és nyilvarrat behorpadásával, (hydrocephalus), csak akkor lehetnek fontosak a lues kórisméjére, mikor olyan gyermekekről van szó, a kiknek nevelésénél fogva nem volna szabad angolkórosnak lenniök.



11. ábra.

4. A *fogak bujakóros elváltozása* különféle: egyes esetekben mikrodentismusról van szó (11. ábra), az egyik, vagy mind a két állkapocs valamennyi, vagy csak középső metszőfogai aránytalanul kicsinyek, a fogak közt hézagok vannak; más esetekben a fogakat szakadozott zománcz borítja; miért is hamar romlanak, porlanak, elkopnak — ez a *fog-erosio*. Az erosio vagy a fog felületére, vagy pedig szabad szélére terjeszkedik ki. A felületes szuvasodások közül leggyakoribb a fogak töl-



12. ábra.



13. ábra.

csérszerű szuvasodása és a harántul rovátkolt szuvasodás. Kedvelt helye a szuvasodásnak a középső metszőfogak, olykor azonban a szemfogak is; néha egy csatorna alakú haránt rés keletkezik (12. ábra), olykor több is (13. ábra). A fogak széleinek szuvasodása

észlelhető úgy a metsző, valamint a mellső zápfogakon is. Leggyakoribb a fogkorona $\frac{1}{4}$ vagy $\frac{1}{2}$ részének szuvasodása, a mi úgy veszi ki magát, mintha a rendes foghoz kis toldalékot tettek volna. Jóllehet az elsorolt fogelváltozásokat a bujakóros fogak előjeleinek tekintik, de azért távolról sem pathognomicusak ezek a bujakóra nézve, mert nem épen ritka esetekben más okokból is előfordulhatnak, így péld. harántszuvas barázdákat gyakran látni olyan gyermekek fogain, a kik életök első idejében eclampticus görcsökben szenvedtek.

A mi különösen a bujakórt jellegzi, erre nézve sokkal inkább jellegzők a (felső metsző) fogakon levő haránt fehér (nem mély) csíkok (14. ábra) és általában az ugynevezett *Hutchinson-féle fogak* (15. ábra), melyeket főleg arról ismerhetni fel, hogy a két középső metszőfognak szabad szélén félhold alakú kimetszés van.



14. ábra.



15. ábra.

E fogaknak az említett főismertető jeleken kívül még másodrendű ismertető jeleik is vannak: ugyanis rendszeren legömbölyített szélüek és az oldalsó metszőfogaknál kisebbek; néha dugóhúzó alakuak, vagyis a nyaknál vastagabbak és szélesebbek, mint fent; gyakran párhuzamosan nőnek és tengelyök összeér. A szuvasodás minden neme és a bujakóros fogak rendellenessége leggyakrabban az állandó fogakon található.

A syphilit jellemző gyanus körülményekhez tartoznak még a következők:

1. A sebeket borító pörkők alakjuknál fogva jellemzők lehetnek, így ha serpiginosus sebek után maradtak hátra, vagy ha alá-
vált szélüek; jellemzők előfordulásuk helye szerint is, u. m. a száj szélén, circa anum, a czomb hátsó felületén és az alfelen.

2. A *szaruhártya folto*s és zavaros volta szinte a specificus keratitis következménye, a mely a következő neveken ismeretes: Keratitis interstitialis s. parenchymatosa diffusa, Keratitis Hutchinsonii. Jóllehet ez idült keratitis okát általában a lefokozott táplálkozásban keresik, mindamellett rendkívül fontos a bujakór diag-

nosisára nézve, mert az öröklött bujakór sokkal gyakoribb oka, mint a többi okok együtt véve. A bajt az egyik, vagy mind a két szaruhártya megzavarodása jellemzi, a mely *lassan fejlődik*, a legtöbb esetben izgatottsági tünetekkel nem jár, jöllehet a betegség tetőfokán az egész szaruhártyát edények hatják át. A folyamat néhány hónapig (6—8) tart, s aztán nyomtalanul eltűnik, vagy pedig többé-kevésbé látható heget hagy maga után. A leányok valamivel sűrűbben betegednek meg, mint a fiuk; leghajlamosabb reá a 8-tól 15-ik évig terjedő kor. (2 év előtt a keratitis ez alakja alig fordul elő). Minthogy a hegnek más oka is lehet (pl. a gyermekeknél előforduló blenor. neonator. következtében), könnyen érthető, hogy a szaruhártya foltjai csak akkor lehetnek fontosak a lues kórisméjére, ha a körelőzményből kiderül, hogy diffus keratitis folyt már le (a betegnek sokáig fájt a szeme és hónapokon át ugyszólván teljesen vak volt).

Az idült keratitis már magában véve is jellemző, de kórismeit fontossága még nagyobb, ha együttesen jelenik meg az u. n. bujakóros fogakkal (lásd feljebb) és siketséggel. Ez a három alkotja a *Hutchinson-féle triást*.

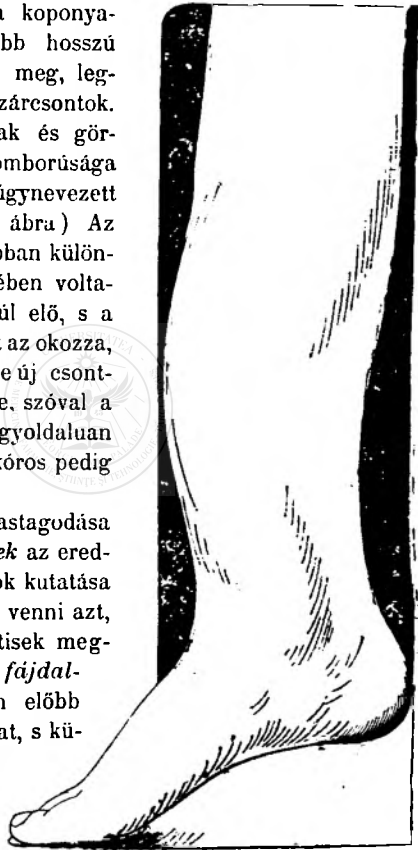
3. A süketség különösen jellemzi az öröklött bujakórt, ha a középső fül minden gyulladása nélkül, azaz: fájdalom és fülfolys nélkül fejlődik. Ez a bujakóros süketség nyilván a labirinthus vagy a hallóidegek bénulásától függ, korosabb gyermekeknél és felnőtteknél fordul elő, s a következők jellegzik: 1. rendesen kétoldalú, (először az egyik, pár hét vagy hónap mulva pedig a másik fület támadja meg); 2. hirtelen kezdődik; rohamosan terjed; 3. fájdalom, folyás, szóval objectiv tünetek nem kísérik; 4. a betegek gyakran panaszkodnak subjectiv zajról és szédülésről és 5. néhány hét mulva igen nagy, néha teljes süketséggel végződik, s mint ilyen örökre megmarad, sőt az idejében foganatosított gyógyítás sem segít rajta.

Kétségtelen, hogy bujakórban szenvedők más okból is megsüketülhetnek; így pl. kicsiny (néhány hetes vagy hónapos gyermekeknél) néha előfordul *genyes bujakóros otitis is*, mely a közönséges otitis mediától abban különbözik, hogy elejétől kezdve fájdalom és láz nélkül folyik le és a specificus kezelésre javul, azonban elhanyagolva, dobhártya pusztulására, a hallócsontocskák kihullására és süketségre vezet. Az ilyen fájdalomtalan, genyes otitisek, ha nem is pathognomicus jelei az öröklött bujakórnak, a

mennyiben más okból is eredhetnek, de mindenesetre figyelmet kell fordítani erre a kórokozó momentumra is.

4. *Csontelváltozás.* A hosszú csöves csontok közül leggyakrabban betegszenek meg a sípcsontok, ezek lévén a késői bujakór jelentkezésének classicus helyei, s a szivacsos csontok közül a koponya-csontok. Sok esetben több hosszú csont egyszerre betegszik meg, leggyakrabban pedig a lábszárcsontok. Mintha oldalról nyomottak és görbültek volnának, az ív domborúsága előre irányul, ez az úgynevezett „kard alakú tibia.“ (16. ábra) Az angolkóros elgörbüléstől abban különbözik, hogy bujakór esetében voltaképpen görbület nem fordul elő, s a lábszár szabálytalan alakját az okozza, hogy a csont elülső részére új csontképző állomány rakódik le, szóval a bujakóros csont csupán egyoldaluan vastagodott meg, az angolkóros pedig tényleg meghajlott.

A bujakórosok csontvastagodása egy *specificus periostitisnek* az eredménye. Kórelőzményi adatok kutatása alkalmával figyelembe kell venni azt, hogy a bujakóros periostitisek megjelenésük kezdetén *nagyon fájdalmasak*, hogy a fájdalom előbb jelentkezik, mint a daganat, s különösen éjjel nyugtalanítja a beteget — dolores osteocopi nocturni. Később különös fájdalom jelentkezik, ha azt a bizonyos helyet *meg-*



16. ábra.

nyomjuk és később, mikor már csontvastagodás észlelhető, a fájdalom lassanként csökken és végre teljesen eltűnik. A fájdalom tartama a megjelenéstől a fájdalom nélküli hyperostosis keletkezéséig

esetenként 3—5 hónaptól 2—4 évig váltakozik. Ha a betegség sequesterrel kapcsolatos felületes csontnecrosisissal végződik, a mely genyedés útján kiválik, a betegség még tovább is elhúzódik.

A késői bujakór hatása a csontokra nemcsak periostitisben, hanem *gummákban* is nyilvánul meg. A gummás képződményeknek kedvező helye a lábszár és a koponya elülső része. Klinikailag a gummák körülírt, félgömbalakú, csontonülő *fájdalmas daganatok* (17. ábra). A daganatok eleinte kemények, később meglágyulnak és fluctuálnak, ekkor összenőnek a bőrrel, mely kezdetben a daganat fölött egészen szabad volt.



17. ábra.

A daganatok nagysága cseresznyemagtól a közönséges almáig váltakozik. A fájdalom egyszer nagyon erős, másszor alig vehető észre. Specificus gyógyításra a daganat felszívódhatik és helyén olykor látható bemélyedés marad hátra, kis gödröcske hátrahagyásával. Ha a daganat megpuhult és genyedésbe ment át, a bőrön felnyílik, infiltrált élesen körülhatárolt éles szélű

mély sebet hoz létre. Gyermekkorban gyakran görvélykóros bántalmaknak tekintik a bujakóros csontfájdalmakat, a melyektől azonban ezek sok tekintetben különböznek, u. m. 1. *helyekre* nézve, mert a bujakóros bántalom főleg a hosszú csontokon, különösen pedig a tibiákon székel és a diafízist foglalja el; holott a görvélykór a rövid csontokat támadja meg (csigolyákat, lapos csontokat) és a hosszú csontok epiphisiseit. 2. A folyamat boncztoni lényegére nézve. Bujakór esetében a félig heveny, vagy chronicus periostitis okozza a csontvastagodást vagy a genyedéses felületes necrosist, ellen-

ben görvélykórban a csont gümökóros pusztulása miatt csontszűkeletkezik. 3. A *tünetekre* nézve. A bujakóros periostitist erős fájdalom kíséri, a mely éjszaka fokozódik, ellenben a görvélyes gümökóros ostitisek ugyszólván fájdalomtalanok. Bujakórban a beteg csont néhány hónap folyamán fokozatosan vastagodik, mikor is a bőr, s a bőr alatti kötőszövet normális marad, a daganat tapintáskor kemény, ellenben görvélykórban a csont maga nem hypertrophizál, a daganat infiltratio, s a lágyrészek vizenyője következtében keletkezik, s azért a daganat tészta tapintatu. Bujakór esetén sokkal gyakoribb a kimenetel genyedésbe, mint görvélykórban; a fistulába vezetett sonda bujakórban tömör csontra (sequestrum) talál, görvélykóros csontszűnál pedig könnyen behatol a megpuhult csontállományba.

A bujakóros csontbántalmak s a velök kapcsolatos fájdalmak jodkali adagolására hamar csillapodnak, a mely pedig a görvélyes ostitisre teljesen hatástalan.

A bujakórosan elgörbült lábszárát nem nehéz megkülönböztetni az angolkórostól. Igen nagy körismei értéke van a beteg korának; ugyanis az angolkórosok lábszára akkor görbül el, mikor a gyermek első járási kísérleteit teszi, tehát életének 2—3 évében, a korról csökken a görbültség is, ellenben a lábszár látványosan elgyöngülése, ha az öröklött lüestől származik, 3 év előtt soha sem jelentkezik, rendesen 5-től a 12 évig. Továbbá szem előtt tartjuk azt, hogy az angolkórosok lábszára el van ugyan görbülve, de a diaphysisük nincs megvastagodva, ellenben a bujakórosoknál a görbületet a csontok egyoldalú vastagodása okozza.

A bőrön az öröklött syphilis, gummás syphilomák megjelenésében nyilvánul, a melyek vagy magánosan, vagy csoportokban álló tömör, nagyságra nézve gombostüfejnyi, egész cseresznyemagnyi csomókat képeznek, a melyek utóbb gummás sebekké válhatnak. A bőr bujakóros gummáit sötét-vörös szín jellemzi; kedvelt helyök az arcz és a lábszár; az arczon, leggyakrabban az orron, a czombokon pedig azok mellső felületén fordulnak elő. A belőlük keletkező gummás sebeket tömör, élesen határolt szélök és egyenlőtlen szalonnás alapjuk jellemzi. Igen hasonlítanak a lupushoz, de főleg a seb minőségében (lupusnál a seb nem éles szélü, nincs szalonnás alapja, ellenkezőleg a bőrretek eltávolítása után a seb alapja egy színben van a szélekkel, vörös és könnyen vérző, szélei puhák, alávájtak, olykor mozgók) és a lefolyásban; ámbátor a gummás

syphilis alak lassú lefolyású, de mégis jóval hamarabb ér véget, mint a lupus; a mivé az előbbi hónapok, azzá az utóbbi évek alatt fejlődik.

5. *Az orr elváltozása* (18. ábra) eleinte a nyálkahártya sebes gummás felbomlásának, később a csontpusztulásnak az eredménye. A 18. ábra az orrot abban az állapotban mutatja, a mikor az orrporez szétroncsoltatott; a jobb oldalon álló az orrsövény elpusztulása után szétroncsolt orrtőt tünteti elő. A körelözményből nem



18. ábra.

nehéz kideríteni azt, hogy jóval (néhány hónappal) az orr eltorzulása előtt a betegnek bő váladékú, büzös náthája volt, de sem fájdalom, sem egyéb nyugtalanító tünet nem bántotta, azért nem is tartotta szükségesnek orvoshoz fordulni.

6. *A lágy és kemény szájpaplás elváltozását* szintén gummás-fekélyes folyamat okozza, mely a lágy szájpaplás heges összehúzódását, vagy elpusztulását és a kemény szájpaplás kilyukasztását okozza.

7. *A here elváltozása* kétféle; az első esetben tisztán fejletlen voltukról van szó, a másik esetben pedig a sarcocele syphiliticáról. Mind a két esetben a herék sorvadtak, de azzal a különbséggel, hogy az első esetben normalis consistentíájuk és sima felületűek, a másik esetben igen tömöttek és kissé gümösek. A herék syphiliticus sclerosisa minden korban észlelhető és gyakran elkerüli a figyelmet, mert fájdalom nélkül fejlődik és még a betegség első szakában sem jár nagyobb heredaganattal.

Eléggé kimerítően soroltuk el ama tüneteket, melyek alapján a késői öröklött bujakór felismerhető, azonban a szervezetre való hatása ezzel még távolról sincs kimerítve; a fő veszély abban van,

hogy hasonlóan a szerzett lueshez, a belső szervek, főleg az agyvelő és a máj komoly bántalmait eredményezheti. Az általa okozott tünetek e szervekben azonosak azokkal, melyeket a felnőttéknél tapasztalunk; önmagukban véve nem jellemzők annyira, hogy a syphilit lehetne tekinteni kórokozónak; az agyvelő, a májbetegség stb. kórisméje a kórelőzményeken és a nyilvánvaló kísérő tünetek megfigyelésén alapszik; ezekről pedig éppen az imént szóoltunk.

A heveny, úgyszintén a késői bujakórt rendszeren az a körülmény árulja el, hogy a gyermekeknél a bujakórnak más nyilvánvaló tünetei is egyidejűleg megvannak, s pedig oly kombinációk alakjában, a melyek semmiféle más betegségnél elő nem fordulnak.

Ha egy csecsemő kétségtelenül bujakóros, akkor azt kell eldöntenünk, hogy a bujakór ez esetben öröklött vagy szerzett-e? Ezt tisztán a tünetekből eldönteni nem mindig lehet, mert néha, különösen a későbbi időszakban, ha a bujakór a harmadik hónapban lesz nyilvánvalóvá, az öröklött bujakór tünetei a szerzett bujakór tüneteivel teljesen azonosak lehetnek. Az öröklött baj mellett szól a nátha, a sárgás halvány arcszín, a szemöldöktájak seborrhoeája, a fénylő talpak, a Pemphigus és a végtagsontok epiphysisének elváltozásai, a szerzett bujakór mellett a nyirkmirigyek kiterjedt hyperplasiája.

Ez esetben lényeges még annak az eldöntése, hogy a betegnél az első bujakóros tünetek mikor mutatkoztak, továbbá a kórelőzményi adatok.

Ha a betegség az élet három első hónapján kezdődött, akkor az öröklött bujakór több mint valószínű, s pedig annál valószínűbb, minél korábban mutatkoztak annak tünetei. Ellenkezőleg több a valószínűség a szerzett bujakór mellett akkor, ha annak tüneteit csak az első életév végén látjuk fellépni.

A mi a kórelőzményt illeti, erre nézve mindenekelőtt igen fontos annak a kiderítése, hogy a szülők egyike bujakóros-e s mióta? Itt két eset fordulhat elő: a szülők egyike már a teherbejítés előtt volt bujakóros, vagy pedig, hogy az anya csak a terhesség ideje alatt lett megfertőzve.

Hogy utóbbi esetben a gyermek bujakóros lesz-e, az még vitás kérdés. Tekintélyes szerzők, mint *Bäreusprung* és *Kassovitz* tagadják azt, hogy a bujakóros mérget a placentáris vérkeringés közvetítiené, daczára annak, hogy ez a körülmény elméletben tel-

jesen lehetséges; mások ellenben a kérdést habozás nélkül igenleges értelemben döntenek el, s azt állítják, hogy a gyermek csak akkor jö egészségesen a világra, ha az anya a terhességnek csak második felében lett fertőzve. Kétségtelen egyedül csak az, hogy az anya, ha fertőzve van, a terhesség első hónapjaiban könnyen elvetél, vagy pedig koraszülött és életképtelen gyermekeket hoz a világra. De miután erre nézve a bonczleletek semmiféle, a bujakórra jellegző kórboncztatani elváltozást nem derítettek ki, az az állítás alaptalannak látszik, hogy a magzatot a bujakóros mérge ölte volna meg. Ha tehát a körelözményből az tűnik ki, hogy az anya a terhesség alatt lett fertőzve, de az apa egészséges volt és most is az, továbbá ha a gyermek kellő ideig lett kihordva, s csak néhány hét, vagy hónap múlva voltak azon bujakóros jelek láthatók, akkor feltehetjük azt, hogy a gyermek nem a placentaris vérkeringés útján lett fertőzve, azaz hogy a gyermek bujakórja nem öröklött, hanem hogy ezt a bajt a gyermek a terhesség alatt vagy a terhesség után szerezte.

Még nehezebb eldönteni azt a kérdést, vajjon a gyermek a syphilit örökölte-e avagy kapta, mikor korosabb gyermekek gummás bántalmairól van szó és mikor pontos körelözmény nem áll rendelkezésünkre. Ily esetben ki kell terjesztenünk figyelmünket a beteg külsejére (lásd feljebb) és az öröklött késői syphilisnek sajátos tüneteire, minők a Hutchinson-féle triás; ugyanis keratitist, süketiséget és bujakóros fogakat a szerzett lues nem okoz. Némelykor a kérdés könnyen eldönthető abból, hogy a jelenlevő tünetek a beteg korának nem felelnek meg; így pl. ha tíz éves vagy idősebb gyermeknél teszem fel roseola syphil. vagy a nyálkahártyán condylomát találunk, jeléül a syphilis friss jelentkezésének, abból azt következtetjük, hogy a bujakór újabb keletű, a melyet a beteg születése után szerzett.

Ha a szülők a termékenyítés előtt már bujakórosak voltak, akkor az a kérdés merül fel, hogy meddig terjed az az időszak, a meddig a bujakór a magzatra is átöröklődik.

Ennek eldöntése kapcsolatos avval, hogy a bujakórt hagyták-e magától lefolyni, vagy pedig a beteg magát higanynyal kezelte-e.

Az első esetben bizonyos az, hogy a bujakór átvitelének a lehetősége az utódokon az első általános tünetekkel kezdődik, de fokozatosan csökkenve, évekig fennmarad.

Az a szabály, *hogy a bujakór virulentiája az utódokra ma-*

gától is fokozatosan csökken, abban nyilvánul, hogy bujakóros szülők gyermekei annál kevésbé bujakórosak, minél később születnek, azaz minél nagyobb az az időszak, a mely a szülők megbetegedése óta lefolyt. Pl. az első 2—3 évben az anya elvetél vagy koraszülötteket és holt gyermekeket hoz a világra, később ugyan az anya a magzatot kihordja, de a gyermekek már nyilvánvaló bujakór jeleivel, rendesen Pemphigussal jönnek a világra, vagy utóbbi által már az élet első napjaiban megtámadtatnak; a később született gyermekeknél a bujakór jelei mindinkább később mutatkoznak, s mindig könnyebb alakban.

Ily módon az öröklékenység ideje átlag 5, egész 12 évig tart, néha azonban még tovább is. Ebből az következik, hogy ha az orvos a bujakóros gyermek gyógykezelésénél a körelőzményi adatokból arról győződik meg, hogy a bujakór fokozatosan gyengült, akkor az orvos joggal azt tételezheti fel, hogy adott esetben öröklött bujakórral áll szemben. Ha ellenben a beteg idősebb testvérei bujakórmentesek, ha a baj csak későn tört ki a betegen, s ha továbbá a beteg szülei az utolsó előtti gyermek születése előtt higany curát nem használtak, akkor valószínűbb az, hogy a gyermek bujakórja szerzett, (mert ha a szülők heveny bujakórban szenvedők, akkor az anya abortált volna, vagy pedig a gyermek legalább is koraszülött lenne, s az élet első napjaiban vagy heteiben a csecsemőn nyilvánvaló bujakóros elváltozások lennének kimutathatók).

Másként áll azonban a dolog akkor, ha az anya vagy az apa bujakórellenes kezelést használt. Ilyenkor a bujakór általános lefokozásának törvénye erejét veszti, mivel az öröklékenységi hajlamot a higanykezelés előzetesen legyőzi. Ha a szülők specificus kezelésen mentek át, akkor megeshetik az, hogy a kezelés után már az első fogamzás terméke vagy egy teljesen egészséges gyermek, vagy pedig azon csak későn és gyengén ütnek ki a veleszületett bujakór tünetei.

Az általános bujakórnak további átöröklődési képessége úgy tekintendő, mint az általános bujakór tünete, a mely a többi tünetektől abban különbözik, hogy 1. állandó, azaz a baj lappangási időszaka alatt is megvan és 2. önálló, azaz el is tűnhet az öröklékenységi hajlam, daczára annak, hogy újabb tünetek jelentkeznek, úgy, hogy ha a gyermek egészségesen jő a világra, ez még semmikép sem bizonyít a mellett, hogy a szülők már teljesen egészségesek.

Eme tünetnek a többiekkel való egybehangzása nemcsak abban van, hogy higanykezelésre eltűnik, hanem abban is, hogy visszaesésre képes, úgy, hogy egy vagy több egészséges gyermek születése után váratlanul ismét vetélések, vagy bujakórban szenvedő gyermekek jönnek a világra. Ebből az következik, hogy a szülők egészségi állapotát nemcsak a kérdésben levő gyermek születése előtti utolsó időre, hanem hogy azt legalább az utolsó 10—12 évre kell megállapítani; az idősebb gyermekek jó egészségi állapota csak akkor szólhat az újszülött öröklött bujakórja ellen, ha a szülők higanykezelésen mentek keresztül és ha az anya utolsó gyermekágya óta nem telt el több mint 2—3 év.

Lázás betegségek.

Ha a beteg hónaljában a hőmérsék 37.5° C-nél magasabb, akkor a beteg lázas állapotban van, de ebből egyéb nem következik, csak az, hogy az illető beteg. Még a hőmérsék foka sem deríti ki egészen a valódi tényállást, s a hőmérő jelzéséből még azt sem dönthetjük el, hogy a gyermek veszélyes beteg-e vagy sem, mert számtalan enyhe, semmikép nem veszélyes és rövid lefolyású betegséget ismerünk, a melyek a gyermekkorban hirtelen igen magas lázzal kezdődnek, s megfordítva a legveszesebb betegség kezdetén, mint pl. a tuberculosus meningitissnél, a diphtheriánál stb. gyakran csak mérsékelt lázat látunk.

Mindamellettt a hőfok meghatározását részünkről igen fontos kiegészítő eszköznek tartjuk nemcsak a kórisme megállapítására, hanem a kórjóslásra nézve is. Elkerülhetetlen előfeltétel azonban a rendszeres hőmérés, legalább naponta kétszer; továbbá az, hogy a nyert eredményt, a többi tünetekkel egybevetve, itéljük meg a valódi tényállást.

A betegség kezdetén a láz okát kideríteni nem mindig lehetséges, mert nem minden betegség árulja el magát már a megbetegedés első napjain, de másrészt vannak esetek, a hol a kórisme azonnal könnyen megállapítható.

Az első, a mit minden lázas betegnél el kell döntenünk az, hogy valjon a hőemelkedés oka helybeli, vagy pedig a szervezet általános megbetegedése-e, mint a hagymáz, vörheny stb.

Magától értetődik, hogy ezt csakis a beteg szorgos objectív megvizsgálása által dönthetjük el, hogy egyrészt talán valamely

helybeli bántalmat találunk, a mi a láz okát megmagyarázza, vagy pedig megfordítva, jogositva legyünk azon felvételre, hogy adott esetben helybeli megbetegedés nincs, s hogy ennél fogva a szervezet általános megbetegedésével állunk szemben.

Hogy a lázas beteg egész testfelszínét láthassuk, le kell azt egészen vetköztetnünk. Sokszor már az is elég, hogy a láz okát már a betegség első napján megtudjuk. A lázas megbetegedések-nél látható kiütések nem okozói a láznak, de mégis — hogy úgy mondjam — a kiütések úgy tekintendők, mint a czégtáblák, a melyek a láz okait magukon viselik.

Ez az eset forog fenn pl. minden heveny fertőző kiütéses betegségnél: mint kanyaró, himlő stb., úgyszintén egyéb más bőrbetegségnél (vagy oly bajoknál, melyeken a betegség a bőrön nyilvánul), mely utóbbiak az előbbiektől csak abban különböznek, hogy nem ragályosak, továbbá még abban, hogy a betegséget eláruló kiütés (a czégtábla) már a betegség első napjában megjelenik, ellenben a fertőző kütegeknél a küteg csak a betegség második napján (vörheny) vagy még később lép előtérbe (kanyaró, himlő).

Lázás mozgalmakkal járó bőrbetegség a gyermekkorban sok nincs. Ide tartoznak: 1. a különféle gyulladási folyamatok, mint az orbáncz, a phlegmone és a furunculosis, a melyek bővebb tárgyalásába nem kell bele bocsátkoznunk, mert annyira jellegzetes mindenik a maga nemében, hogy félreismerni egyiket sem lehet, és 2. a különféle bőrkiütések, mint a csalánküteg (urticaria), erythema nodosum, erythema multiforme és a purpura.

Az urticariára jellemzők azok a gyorsan beálló és ép oly gyorsan elmúló (helyzetüket változtató), fehér, szigetszerű bőrkiemelkedések, a melyek teljesen hasonlóak azokhoz, melyek csalánnal való megégetés után keletkeznek. A kiütés vagy csak a testnek egyes részeire szorítkozik, vagy pedig elterjed az az egész testfelületre, s igen heves viszketést okoz. Kórismeit tekintetből érdekes az arczon fellépő finom csalánkiütés, a mely a papulák nagyságát és színét tekintve, a kanyarós kiütéshez nagyon hasonlít. Ha az egész test bőrfelületét megtekintjük, akkor a betegség felől csakhamar tisztába jövünk, mert hogy pusztán az arczra szorítkozzék a csalánkiütés, csaknem sohasem fordul elő, hanem rendszeren elterjed az a törzsre és az alsó végtagokra, a hol az ismert fehéres kiemelkedésekben fellép. Azonkívül a csalánkiütés mindig nagyon viszket, ellenben a kanyaró nem. Mivel a csalánkiütés gyakran más

beteységekhez is csatlakozik, mint pl. hagymáz, vörheny és kanyaróhoz, természetes, hogy akkor a láz oka csak azon esetben a csalánkiütés, ha az előbb teljesen egészséges gyermekeket illet, vagy pedig akkor, ha a kiütéssel egyszerre kezdődve, a kiütés elmultával megszűnik.

Sokkal gyakrabban félreismerik az **Erythema nodosum** és **E. polymorphum**-ot (l. a bőrbeteységek fejezetét), úgy szintén a Purpurát.

A lázás állapotok kórisméjének megállapításánál igen fontos szerepe van a *herpesnek*, a mely szorosán egymás mellett ülő gombostüfejnyi, víztiszta tartalmú apró hólyagcsákból áll. A herpes kedvencz helyei az ajkak és az orr. Ez a magában véve csekély bőrbeteység mégis igen fontos, mert korántsem látjuk azt minden lázás állapotnál, hanem csak bizonyos beteységeknél.

Megemlítendő itt mindenek előtt a francia szerzők „meghülési láza” — Fièvre herpétique, — a melyre jellegző a cyclicus lefolyás, s minden valószínűség szerint fertőző baj. *Descroizille* (Rev. mens. des mal. de l'enf. 1884.) ily herpeticus lázak egész járványát írta le. A beteység hirtelen beálló tetemes hőemelkedéssel kezdődik, a mely 3—6—7 napig tart, s crisisel végződik; a crisis előtt néhány nappal képződnek az ajkakon a herpes-hólyagok.

Gyakori továbbá a herpes rostonyás tüdőgyulladásnál, meningitis cerebro spinalisnál és heveny lázás gyomorhurutnál; ellenkezőleg hagymáz és gümőkóros agyhártyagyulladásnál csaknem sohasem fordul elő. Kétséges esetekben ennél fogva ez a kiütés döntő jelentőséggel is bírhat, pl. a heveny gastritis és a hagymáz vagy gümőkóros agyhártyagyulladás között.

Megtekintés segélyével néha már a beteység első napján megtalálhatjuk a láz okát, ha t. i. a *nyaki nyirokmirigyek heveny duzzadását* constatálhatjuk.

Itt eltekintünk azon nyirokmirigy-duzzadásoktól, a melyek a szomszédos szervek gyulladásait kísérik, mint pl. a stomatitis, angina stb., a hol a mérvadó mozzanat nem a mirigyduzzadásban, hanem a primär megbetegedésben keresendő, hanem azon *idiopathicus-gyulladásról* kell szólanom, a mely a m. sternocleidomastoideus felső tapadási vége mögött, azaz a fül és a csecsnyujtvány alatt, nemkülönben az alsó állkapocs szöglete alatt fekvő nyirokmirigyeket illeti.

E mirigyek ezen elsődleges gyulladását, a mely sem a fejbőr

eczemájával, sem fülfolyással, sem fogszúvasodásokkal, sem ezekhez hasonló megbetegedésekkel összefüggésben nincs, az én tapasztalataim alapján leginkább 2—4 éves gyermekeknél, de olykor csecsemőknél, sőt idősebbeknél is észleltem. Az első 7—10 napon a betegség mint heveny adenitis folyik le; lázas (39° C.-on felüli) mozgalmak közben a fejbiczentő-izom tapadási helye mögött a nyirok-mirigyek megduzzadnak, a melyek 3—4 nap alatt diónagyságúra duzzadnak meg; a mirigyek tapintata tömött, rugalmas, nyomásra igen fájdalmas és a mirigyeket fedő bőr kissé pirosas, feszült, de nem vizenyős. 5—7—10 nap leforgása után a láz szünni kezd, miközben a daganat még néhány napig állandó marad; ezután az is fokozatosan apad és 2—3 hét leforgása alatt teljesen eltűnik, elgenyedés sokkal ritkább. Ugyszintén ritka a mirigyek mindkét oldali megbetegedése.

A mirigygyulladásoknak ezen alakja a tüneti mirigygyulladásoktól abban különbözik, hogy a bántalom ezen alakjánál sem a szájnyalkahártya, sem az orr vagy a torok, nemkülönbén a fejbőr vagy a fülek részéről valamely gyulladós folyamatot nem találhatunk, a melyekből a mirigygyulladást megmagyarázhatnók. A dolog lényege még homályos, én részemről csak egyetlen egy alkalommal észleltem azt (egyidejűleg két nővérnél). Minthogy a szóban forgó mirigygyulladásról a tankönyvek nem szólnak és a fiatal orvosok ezt nem ismerik, azért ők azt rendszeren parotitisnek (Mumps) tartják. A kórisme könnyű, ha tekintetbe vesszük a daganat *helyét és állományát*.

Periparotitis epidemicánál (Mumps) a daganat szorosan a parotison van, azaz közvetlenül a fülczimpa alatt és a tragus előtt ül és a pofára, nemkülömbén a nyak felső részletére terjed át, a hol éles határ nélkül végződik; ellenben adenitis idiopathicánál a daganat az arcra nem megy át, hanem az alsó állkapocs szöglete mögött, a processus mastoideus alatt székel és élesen határolt. Továbbá Mumpsnál a daganatot kevésbé maga a parotis duzzadása, mint inkább az azt borító kötőszövet vizenyős beszüremkedése okozza, ennél fogva a daganat puha tapintatú és az azt borító bőr halavány. Mumpsnál a fájdalom nyomásra csak igen korlátolt helyen kifejezett és pedig szorosan a fülczimpa tapadása alatt, e helyen egyuttal egy kis keményedés is tapintható, a mely, az alakot tekintve, a parotisnak felel meg; ellenben adenitisnél a daganat egész kiterjedésében fájdalmas, kemény és az azt borító kötőszövet nem vizenyős.

Mint kevésbé fontos tünetet felemlítjük ama körülményt, hogy a parotitis rendszeren kétoldali és néhány nap alatt elmúlik.

Kórismeit tekintetből érdekesek a Mumps rendellenes alakjai, amelyek annyiban érdekesek, hogy nem a parotis, hanem a glandula submaxillaris elsődleges megbetegedéséről van szó. Ilyenkor az oedemás, puha daganat nem a fül előtt és alatt keletkezik, hanem az alsó állcsont vízszintes ága alatt és a daganat ilyenkor inkább terjed a nyak oldalára, mint az arcra. Ha a bántalomhoz a glandula sublingualis gyulladása is csatlakozik, akkor a vizenyő a nyak mellső felszínére és az állalatti tájakra is áttér. A vizenyős duzzadás közepén könnyű a rövid, vastag állalatti mirigyet, mint gömbölyded, kevésbé tömött, nyomásra kissé érzékeny testet kitapintani. Ezt a daganatot könnyű összetéveszteni: 1. az alsó állcsont csonthártyagyulladásával, a mely szuvas fogú gyermekeknél gyakran előfordul és 2. heveny lymphadenitissel.

A csonthártyagyulladás — *periostitis* — épügy, mint az állcsontgyulladás — *submaxillitis* — abban nyilvánul, hogy a pofa fájdalmasan megduzzad és az állalatti táj, nemkülömben a szomszédos részek kötőszöveve vizenyősen beszűremkedik. De a lényeges különbség abban áll, hogy csonthártyagyulladásnál a daganat fájdalmasabb a közepén és a mellett a daganat tömött tapintatú és a csonttal szorosán összefügg; a daganatot fedő bőr fénylő és rövid idő múlva pirosodni kezd. Periostitisnél a daganat nyomásra sokkal fájdalmasabb, mint submaxillitisnél.

A *lymphadenitis* kezdetén az egyes, megnagyobbodott mirigyeket ki is tapinthatjuk, a melyek azonban későbbi lefolyásukban nagy, tömött és fájdalmas daganattá conglomerálódnak. Pfeiffer (Jahrb. f. Kinderheilk. 1889. Bd. XXI.) „*mirigy-láz*“ elnevezése alatt egy közleményt irt le. Így szereti ő azt a fertőző betegséget nevezni, a mely abban áll, hogy a musculus sternocleidomastoideus mögött fekvő mirigyek láz és fájdalmas duzzadás tünetei között megbetegednek. Könnyű esetekben a láz csak egy napig tart, azonban súlyos esetekben az tíz napig is elhúzódhatik, a mikor egyuttal a máj és a lép is megduzzad; gyakran a has középvonarán, a köldök alatt, érzékenységet is találunk (a bélfodormirigyek megbetegedése?). A dolog sohase megy át genyedésbe. Pfeiffer a betegséget fertőző bajnak tartja, mert ő azt, mint házi járványt észlelte, (egy családban egymásután négy megbetegedés). Nagyjában véve az előbb említett adenitishoz a baj nagyon hasonlít és a

külömbőség csak az, hogy *Pfeiffer* soha se látta a mirigyek elgenyvedését; az ő eseteiben az összes nyaki nyirokmirigyek kissé duzzadtak voltak, nemcsak a tarkómirigyek, a mely utóbbiak pedig leginkább betegedtek meg. A betegségnek ezt a jellegét kissé meggyengíti *Heubner*-nek az a közleménye, hogy ő a mirigyek elgenyvedését is látta. Ő ugyanis csak a musculus sternocleidomastoideus alatt levő mirigyek megduzzadásáról beszél és ismételt kiújulások lehetőségét állapítja meg, minek folytán a lázas állapot 3—4 hétig is elhúzódhatik. Ő két esetében másodlagos vesegyulladást is látott a baj után kifejlődni, a mi esetleg az orvosban vörheny gyanuját is keltheti.

A láz oka *fülbaj* is lehet és pedig nemcsak a középfül bántalma, hanem otitis externa és a külső hallójárat kelevényes gyulladása is, a mely utóbbit még a nem szakorvos is könnyen felismerheti, ha csak nem felejt el a fülek állapotát is tekintetre méltatni. Őt évnél idősebb gyermek már maga is panaszkodik arról, hogy a fülében valami baja van, mert a heveny füljáratgyulladások mindig igen fájdalmasak. Kisebb gyermekeknél, de leginkább csecsemőknél a betegség általában csak lázas állapotban és folytonos sírásban nyilvánul, a mely csak a fülfolyás kezdetével szűnik.

A fül idiopathicus megbetegedései gyermekkorban különben ritkák. A láz létrehozatalában *a nátha* sokkal fontosabb szerepet játszik és pedig két okból: 1. mert ez igen gyakori tünet és 2. mert ha a beteg náthás, akkor a kórisme megállapításánál a bajoknak csak kis száma közt választhatunk, mert a nátha, mint valamely lázas megbetegedés kezdődő tünete, csak a következő 5 esetben észlelhető: 1. a közönséges meghűlési nátha; 2. az elsődleges orrdiphtheria; 3. az influenza; 4. kanyaró és 5. a szamarhurut.

E bajok kórisméjét illetőleg 1. az orr betegségeit és az influenzát.

A mi a *száj betegségeit* illeti, a láznak oka lehet a stomatitis aphtosa, a stomatitis erythematosa és a stomacace. E bajoknak, mint hőemelkedést okozó tényezőnek jelentőségét sokszor kellett volna kisebb fokban méltatják, minélfogva én különös hangsúlyval arra figyelmeztetek, hogy csecsemőknél még az a magában véve jelentéktelen folyamat is mint a stomatitis erythematosa 40° C. magas lázzal is járhat. Bővebb tárgyalását lásd a szájmegbetegedéseknél.

A lázas állapot helyes megítélésére igen megbízható eredménnyel jár *a torok megvizsgálása*, melynek a megbetegedései gyermekkorban igen gyakoriak. Az esetek egy részében csak mint helybeli megbetegedések szerepelnek, más esetekben azonban a szervezet általános, különösen heveny fertőző kiütéses betegségeivel állanak összefüggésben, a mikor a bőrkiütés néhány órával, vagy esetleg egy nappal későbbben lép fel, mint a betegségnek a torok nyálkahártyáján való kitörése; ép annak köszönhető az, hogy a betegséget a jellegző kiütés — exanthema — kitörése előtt is kórismézhetjük. Ily módon a torok vizsgálata folytán a kórisme bizonytalansága elmulik, mely pedig a láz okát illetőleg másként okvetlen fönnállana, (l. a torok megbetegedéseit).

A *lázás tüdőbetegségektől* itt eltekintek, mert a köhögés, a fokozott légvételek stb. már magukban véve is az orvos figyelmét oda irányítják, hogy az a láznak okát hol keresse. Lázás mozgalmakkal, de köhögés nélkül és fokozódó gyöngeséggel folyik le egyedül a lappangva fejlődő *mellhártya-izzadmány*, a melyet néha heteken át sem ismer fel az orvos, daczára annak, hogy physikalis tünetei nagyon jellegzők és a mellkas felületes megvizsgálásánál is igen könnyen felismerhetők.

A *szívajok* aránylag könnyebben elkerülhetik figyelmünket, mert gyakran elmosódott tünetekkel járnak. Ne feledjük el azt, hogy az endocarditis a gyermekkorban nemcsak polyarthritist után, hanem más fertőző bajok után is kifejlődik, a mely utóbbiak közül én első sorban a vörhenyt említem fel, továbbá a visszatérő lázat és a kanyarót. A láz kiújulását a lysis alatt, vagy annak fellobbanása az üdülési időszakban mindig valamely szövődmény által okozza, a melyek között [fontos szerep jut az endo- vagy pericarditisnek.

Ha a gyomor és a bél megbetegedése lázas mozgalmakat idéz elő, akkor e szervek megbetegedése nagyon kifejezett tünetekkel jár, kivéve azokat a gastritis eseteket, a melyek agyhártyagyulladásal téveszthetők össze (l. a gyomor betegségeit).

A húgyszervek lázas megbetegedései részéről a vesegyulladás igen könnyen elkerülheti figyelmünket, ha az orvos a vizelletet minden egyes adott esetben meg nem vizsgálja.

A lázas állapotnak néha az izmok megbetegedése is lehet az oka, pl. izomcsúz vagy a tornázás által okozott hasizom-megbetegedések.

A mi a *csontbántalmakat* illeti, e tekintetben részint a gyakoriság, részint a megbetegedés következményét tekintve, különös jelentősége van a *spondylitisnek*, a mely néha a láz okát kutatva napokig, sőt hetekig kideríthetlen maradhat. És mégsem nehéz a bajt felismerni, csak vizsgáljuk meg a gerincoszlopot, a mely esetben sokszor sikerül már jóval a púpképződés előtt felismerni azt, hogy egyes csigolyák már csekély mozgatásnál, előre hajlításnál és nyomásra fájdalmasak.

Ennélfogva az előbb említett összes esetekben egyáltalában nem nehéz a láz okát felismerni, ha minden alkalommal szigorúan arra ügyelünk, hogy *a lázas beteget mindig lelkiismeretesen és részletes tárgyilagossággal vizsgáljuk meg.*

Az az orvos, a ki a lázas betegnek csak azon szervei megtekintésével elégednék meg, a melyekre a beteg, vagy környezetének panaszai figyelmét fordítják, sokszor a legképtelenebb tévedéseknek volna kitéve.

Ha a betegség első, vagy második napján a lázas állapotnak okát valamely szerv helyi megbetegedésében megtalálni nem sikerül, akkor nem szabad ama véleménynek hódolni, hogy olyan lázas állapottal állunk szemközt, a melynél a láznak az oka pontosan lokalizálva nincs, azaz ne gondoljunk valamely általános megbetegedésre, mert a betegség valamely *lappangó bántalom* lehet, melynek nyilvánulása majd csak később fog bekövetkezni. Nem kevés azon helyi folyamatok száma, melyek az első 24 órában nem válnak nyilvánvalóvá. Mig tehát azok többsége csakhamar nyilvánvalóvá lesz, más betegségek, mint a tüdő és agyhártyagyulladás bizonyos alakjai hosszú időn át lappanganak.

E helyt legkivált kiemelkednek a *tüdőcsucs-gyulladások*, a melyeknél néha heteken át helybeli tünet nincs. Erről a tüdőgyulladás fejezetében már bővebben szóltam és itt csak ama megjegyzésre szorítokozom, hogy nem minden lázas állapot, még ha egyuttal köhögés is fennállana, jogosít azon feltevésre, hogy lappangó tüdőgyulladás fennforog.

Ha a beteg láza 39.5° C. alul van, akkor ez az állapot a tüdőgyulladást majdnem biztosan kizárja, mert alig van más betegség, mint a rostonyás tüdőgyulladás és különösen a tüdőcsucs-gyulladás, a mely oly állandó magas lázzal folynék le, a melynél a 40° C. körüli láz mint legalacsonyabb minimumnak tekinthető és a 41° — 42° C. láz nem is oly ritka jelenség.

A mi az *agyhártyagyulladásokat* illeti, csecsemőknél a lázas tünetek néha igen későn jelentkeznek. Egy egész hét leforgása alatt a gyermek naponként hány és sokat sír.

Mivel más agyi tünetek hiányzanak, az orvos egyszerű dyspepsiára gondol, a míg a hirtelenül beálló görcsök bekövetkezése, sapor stb. a dolgot csakhamar tisztázza.

Még ha az orvos helybeli megbetegedést kizárhat és azon következtetésre jutott, hogy általános megbetegedéssel áll szemközt, akkor a pontos kórismétől még igen messze áll. Előfordulnak gyermekeknél ismeretlen okokból eredő lázas megbetegedések, kezdetben komoly megbetegedés képében, de a melyek 2—3 nap alatt teljes gyógyulásba mennek át és az egész idő alatt, melyre szükség volt, hogy az orvos a legkülönbözőbb eredetű, csak naphosszat tartó és rheumaticus lázas mozgalmakat kizárhasson, semmiféle pontos kórismét nem volt képes megállapítani, még kevésbé valamely kórjóslatot mondani.

Az előbb elmondottakból az derül ki, hogy lázas megbetegedések első napján jóformán lehetetlen pontos kórismét felállítani, vagy ha igen, úgy csak a nyilvánvaló helyi megbetegedéseknél vagy „czégtáblával ellátott“ általános megbetegedésnél (herpes vagy nátha). Minden más esetben várjunk két-négy napig, s ha azután végleg tisztába hozatott az, hogy adott esetben sem lappangó helybeli megbetegedés, sem meghülesi láz nem forog fenn, és ha nincs ok arra, hogy elkésett bőrküteget várjunk, úgy akkor csak általános fertőzési megbetegedésről lehet szó, határozott jellegű localisatio nélkül, mint a milyenek: a hagymáz (hasi, kiütéses, visszatérő); febris intermittens, gümőkór és genyvérűség. A kórismét néha nagyon megnehezítik az u. n. *folytonos lázak*, a melyek néha kimutatható ok nélkül heteken át elhúzódnak. A lázmenet olykor annyira változó, hogy az néha igen hasonló a febris continua remittens, intermittens vagy recurrenshez, sőt a legtöbbször tulajdonképen az egyik esethez sem.

Az ilyen „chronicus“ lázas állapotok néha semmi tekintetben sem tisztázhatók. Minthogy a legtöbb esetben idült és ennél fogva nem egészen tipikus váltólázról lehet szó, az ilyen esetek kórisméjét a váltóláz fejezetében fogom tárgyalni.

Szorosan nem localisálható, heveny lázas betegségek.

I. *Betegségek, melyek állandó, vagy remittáló typhus által jellegeztetnek.*

Hasi hagymáz. (Typhus abdominalis.)

A hasi hagymáz tünetei a gyermekkorban azonosak a felnőttekével, csak hogy gyermekeknél a typhus általában sokkal enyhébb lefolyású szokott lenni. A betegséget felismerni többnyire könnyű; cardinális tünetei: a typicus lázmenet (annak a tartama és lefolyása), a hevenyen fejlődött lépduzzanat és a roseola typhosa. Másodrendű fontossággal bírnak továbbá az emésztőszervek részéről fellépő tünetek, a hörghurut, az idegrendszer bántalma és a betegnek általános erőbeli állapota.

A typhus cardinalis tünetei között a legfontosabban a *láz*, a mely — ellentétben a többi typhosus tünetekkel — soha sem hiányzik, s a mely lefolyásában, valamint tartamára nézve is a legtöbb esetben oly szabályosságot szokott mutatni, hogy gyakran a typhus kórismézését lehetővé teszi még akkor is, a mikor a typhusra jellegző sok más tünet hiányzik.

A lázas időszaknak fellépését rendszerint általános rosszülét előzi meg, a mely pár napig is eltart és étvágytalanságban, báyadtságban, nyugtalan alvásban, s ehhez hasonlóknak nyilvánul. Ilyenkor nehéz megmondani azt, hogy mikor betegedett meg tulajdonképpen a gyermek, és azért a betegség tartamát attól a naptól szokás számítani, a melyen a láz először föllépett. Szabálynak tekinthető, hogy a typhus abdominalis sohasem kezdődik észrevehető rázóhideggel és magas hőemelkedéssel, hanem a legtöbb esetben könnyű borzongással és jelentéktelen hőemelkedéssel köszönt be. Az első 3—5 nap alatt a láz fokozatosan emelkedik és pedig oly módon, hogy reggel remissiók, estefelé 5—6 óra között pedig új exacerbatiók lépnek fel, a míg a láz (körülbelül 40 °-al) a tetőfokát el nem éri. Ha ez a hőemelkedés már az első napon is fennállott, vagy ha az első hét lefolyása alatt az esti hőmérsék egyszer sem érte el a 39,6 °-ot, akkor kevés a valószínűség arra, hogy typhussal van dolgunk.

A láznak ez a fokozatos emelkedése a megbetegedés kezdeti

szakában a typhus abdominalisnak (eltekintve egynehány abortiv alakjától) olyan jellemző tünetét képezi, a mely által ebben az időszakban sok heveny betegségtől, különösen pedig a hozzá hasonló typhus exanthematicustól és a typhus-recurrenstól különbözik.

Miután a láz az első hét végével acme-ját (körülbelül 40° C.) elérte, pár napig — reggeli alábbhagyásokkal és esti exacerbatiókkal — ezen a fokon megmarad. A reggeli alábbhagyások és az esti hőemelkedések közötti ingadozás kitesz $0\cdot5$ — $1\cdot5^{\circ}$ -ot. Ilyen ingadozások a typhus lázgörbéjére nézve szinte elengedhetetlenek, olyannyira, hogy kétségesse válik a typhus abdominalis kórisméje, ha például a betegség első két hetében a reggeli *legkisebb* és az esti *legmagasabb* hőmérsék között a különbség kevesebb, mint $0\cdot5^{\circ}$, valamint akkor is, ha a hőmérsék reggel magasabb, mint este.

Nem kevésbé fontos kórismei szempontból, hogy typhusnál a láz nem bír azzal a tendenciával, hogy minden indok nélkül ugrásokat végezne, — felszöknekk vagy alábbszállna — a mint azt gyakran észlelhetjük pl. az influenzánál és a tuberculosisnál. Erős lázellenes szerek adagolására ellenben a hőmérsék a typhusnál sokkal könnyebben száll alább, mint más lázas megbetegedéseknél.

A második hét közepén vagy a harmadik hét elején (előbbi eset gyakoribb) a reggeli hőmérsékben nagyobb fokú alábbhagyásokat észlelhetünk. Ezzel jelezve van a lysisnek a kezdete. Ez a lysis a typhus abdominalisnál rendszerint a harmadik hét végén vagy a negyedik hétben szokott beállani. Krisis, a mely $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ óra alatt lefolyna, ellene szól a jellegzetes hasi hagymáznak, a mennyiben ez inkább a kiütéses és abortiv typhus sajátága.

A typhus kórisméjére nézve fontos tünetek között második helyen áll, az én véleményem szerint, a *lépduzzanat*, feltéve, ha kimutatható róla az, hogy hevenyen fejlődött (l. a lép duzzanatait a 153. lapon). Sajnos azonban, hogy ez a tünet a typhusnak nem állandó kísérője. Az esetek 10% -ánál a lép duzzanatát egyáltalában nem lehet kimutatni; kitapintani pedig csak 40 — 50% -nál lehet. Meg vagyok győződve arról, hogy ha a lépduzzanat a typhusnál ép olyan elengedhetetlen tünet volna, mint a láz, sokkal ritkábban fordulna elő az, hogy a typhust agyhártyagyulladás tévesztik össze és gümőkórral, a mi manap még elég gyakori. Az esetek legtöbbszörénél a lépduzzanat a 4—6-ik napon szokott fellépni, némelykor még korábban is.

A typhus harmadik cardinalis tünete a specificus roseola

exanthema; a kórismére nézve még a lépduzzanatnál is nagyobb fontossággal bír, de ez meg már épenséggel nemele ngedhetetlen. A kiütés halvány rózsaszínű, kissé kiemelkedő foltok alakjában mutatkozik, a melyek ujjnyomásra eltűnnek, gombostűfej nagyságuk és főleg a háton, hason és a mellen szoktak fellépni, s csak ritkábban találhatók a végtagokon. A bőrkiütég rendszerint csak szórványos, úgy, hogy gyakran csak körülbelül 10 foltot vagyunk képesek összeszámlálni. A kiütés a 7-ik és 11-ik nap között szokott fellépni.

Az emésztési szervek részéről fellépő tünetek közül a diagnózisra fontosak: a nyelvnek az elváltozása (l. 54. old.), a hányás hiánya a betegség kezdeti szakában (legalább az esetek legnagyobb számánál), az ileocecalis tájékon nyomásra észlelhető korgás és fájdalmasság (az első hét végével) mérsékelt hasmenés; (a betegség kezdeti szakában túlnyomólag székszorulás van jelen, az első hét végével hasmenés) és végül jelentékeny meteorismus (megkülönböztetésül a gümőkóros agyhártyagyulladásnak a typhushoz hasonló eseteitől).

A hasi hagymáz kórisméjére nézve a vizeletnek az Ehrlich-féle diazoreactiója is bizonyos tekintetben értékkel bírhat.

Ez a reactio azon alapszik, hogy ha a vizeletben egyik vagy másik betegségnél kevésbé ismert aromaticus vegyületek is előfordulnak, akkor sulpho-diaso-bensol hozzáadására a vizelet karakterisztikus színváltozásokat mutat. Hogy ezt a reactiót kimutathassuk, két oldatra van szükségünk, u. m.: 1. Rp. Acidi sulphanicici grm. 5'0; Acidi hydrochlorici puri gmata 50'0; Aq. dest. gmta. 1000'0 és 2. Rp. Natrii nitrosi grma 0'50 és Aqu. destillatae gmta 100 0. Az első folyadékból 50 □ cmlert összekeverünk a második folyadék 1 □ cmeterével, ehhez hozzáadunk ugyanoly mennyiségű vizeletet, ezt $\frac{1}{8}$ -ad rész Liquor. ammoniival összekeverjük és erősen összerázzuk. A képződő hab, ha typhusról van szó, szép piros színt mutat. Ez a reactio hagymáz esetén már a betegség 4—6 napján mindig kimutatható és a betegség egész tartama alatt mindenkor és az egész lázas lefolyás közben is meg van.

Ha ez a reactio ki nem mutatható, ez a typhus ellen szól. Ha a reactio már többé ki nem mutatható, akkor a typhus már lefolyt, de a recidivák alkalmával ez újra előáll; de ha a láz emelkedésének az oka valamely szövödmény, akkor a diazoreactio nem mutatható ki. A miliaris gümőkór és a hasi hagymáz között e reac-

tionak döntő jelentősége nincs, minthogy mindkét betegségnél ez előfordulhat.

Hasonlóan az előbbiekhöz, a tünetek az *idegrendszer* részéről is hiányozhatnak, különösen 5 éven aluli gyermekeknél; más esetekben jelen vannak ugyan, de kevésbé jellegzetesek és csak fejfájásban, levertségben és éjjeli félrebeszélésben nyilvánulnak; míg végre — az eseteknek egy harmadik csoportjánál — egészen oly fokban jelentkeznek, mint a felnőtteknél és a betegnek megadják a sajátságos typhusos habitust: vöröses, kissé felduzzadt arcz, belövelt kötőhártyák, aluszékonyság, szenvtelenség, meglehetősen száraz, keskeny, a hegyénél vörös nyelv, hátonfekvés. Súlyos esetekben az arcz elhalványodik és nagyfokú kimerültségnek a jeleit mutatja. Általában leolvashatjuk a betegnek az arczáról annak az erőbeli állapotát.

A hagymáz elég közönséges tüneteihez tartozik a többi közt a *has bőrének* és a bordák mellső felületének élesen jellegzett *hyperaesthesiája*, minek következtében a bőrnek redőbe emelése nagy fájdalmat okoz. Minthogy nyomásra a has is fájdalmas, ha még olyan gyöngéden nyomjuk is a hasat, azért óvakodni kell attól, hogy a bőrnek illetén állapotát a peritonitis tünetének tekintsük. A tévedést kikerülni nem nehéz; ha a bőr redőbe emelése nemesak a hason, hanem a bordák felett is fájdalommal jár, a dolog azonnal világos.

Az *érverésre* vonatkozólag, a typhusnak az agyhártyagyulladásától való különzeti kórisméje szempontjából meg kell jegyeznünk, hogy az a typhusnál 5 éven fölüli gyermekeknél, arányban a hőemelkedésekhez valamivel lassúbb; 39 °-nál például 90—100 az érveréseknek a száma. Minél idősebb a gyermek, annál jobban előtérbe lép a typhus-méregnek a szívre való hatása. Az *érverésnek rendtelensége* oly tünet, a mely a typhus esetén is már nagyobb nyomattal szól a typhus ellen és az agyhártyagyulladás mellett; a rendetlen és lassubbodott érverés azonban egymagában még nem zárja ki a typhust, minthogy ez a tünet az utóbbinál is előfordulhat; döntő fontossággal bírhat azonban akkor, ha más tünetekkel együtt lép fel.

Megkülömböztetjük a typhusnak könnyű, abortív, közepsúlyos és súlyos alakjait és pedig a szerint, hogy mily fokban támadtatott meg az idegrendszer és hogy milyen soká tartott a lázas állapot.

A közepsúlyos esetekben a betegség tartama 2 és $\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$,

hét között ingadozik. Ha a lázas állapot 4 hétnél tovább tart, úgy vagy valami szövődménnyel van dolgunk (a szövődmény többnyire hörghurut vagy pedig sülyedési tüdőlob által okoztatik), vagy tévedés van a kórismében (gümökörnál a láz nagyon hasonlíthat a typhosus lázhoz, azonban különbözik tőle az által, hogy a tartam bizonytalan). A tiszta, nem complicált typhusnál elengedhetlenül szükséges, hogy a láz a 3-ik hét folyamán kisebb legyen, mint a 2-ik hétben volt; ellenkező esetben a typhus kórisméje nagyon kétségesse válhatik.

A könnyű typhus az előbbitől nem annyira a láz tartama, (mert az 3 hétnél tovább is eltarthat), mint inkább annak a jóindulatú volta által különbözik (jó erőbeli állapot, a beteg élénk külseje, nyugodt álmok, deliriumok hiánya). Ha a typhus lefolyása közben nagyfokú ideges tünetek lépnek fel, s a betegség mégis 2 és $\frac{1}{2}$ hétnél kevesebb idő alatt krízissel végződik: akkor *abortiv typhusnak* nevezik; *typhus abortivusról*, azaz könnyű abortiv typhusról pedig akkor szólunk, ha a megbetegedés a rendes terminusnál hamarabb folyik le jelentéktelen tünetek mellett.

A hasi hagymáz súlyos alakjait leginkább a feltűnő öntudatzavar és az erőhianyatlás jellegzik. Egyébb tünetek még: 1. az igen magas láz, mely a betegség tetőfokán reggel 40° C.-re is emelkedhetik; 2. az igen száraz és érdes nyelv és a szívós nyákkal borított fogak; 3. a halavány arc; 4. az önkénytelen székletét és vizelteküirités; 5. a folytonos deliriumok; tarkómerevség; 6. a gyengülő szív működésnek tünetei, mint az igen szapora, gyenge érverés, a végtagok elhidegülése, kismértékű cyanosis, sülyedési vérbőség a tüdőben; 7. a különféle szövődmények a mellkas, has és az idegrendszer részéről.

A mi a *hagymáz különzeti* (differentialis) kórisméjét illeti, erre nézve jegyezzük meg azt, hogy a betegség kezdetén egyetlenegy, csak a hagymáz tulajdonát képező biztos tünettől sem rendelkezünk, s így a betegség első hetében a hagymáz felismerni meglehetősen nehéz. Ebben az időszakban a kórismét csak kizárás által (per exclusionem) állíthatjuk fel és a mint az előbbi fejezetben kimutattuk, csak azt kell eldöntenünk, hogy a láznak az oka nem-e valamely helybeli megbetegedés.

Ha e tekintetben a vizsgálat eredménye negatív, akkor kutasunk azután, hogy az általános lázas megbetegedéseknek melyike forog fenn. A betegség 3-ik napján természetesen már könnyű lesz

minden heveny fertőző kiütéses betegséget kizárni, de ép oly könnyű a különböző okokból eredő lázas állapotokat, a melyek csak néhány napig tartanak, esetleg typhusnak tartani. Ide tartoznak pl. a gastricus, herpeticus és rheumaticus eredetű lázak, a melyekről már a láz tünettanában szóltam. Ugyancsak ide számíthatók az influenzának azon esetei, a melyek hurutok nélkül folynak le és csak általános megbetegedésekben nyilvánulnak (mint hirtelen beálló láz, levertség, fejfájás, kereszt- és végtagfájdalmak, sőt néha a betegség kezdetén hányás is). Az influenza ilyen kóralakját észleltem pl. az 1889-iki igen heves járvány alkalmával. A helyes kórisme csak a járványnak kezdetén volt nehéz, később azonban, a mint azt észleltük, hogy a betegek az első 3—4 nap alatt mind meggyógyultak, hagymázra irányult gyanúnk széteszlott és a járvány tetőfokán a betegséget még a laikusok is felismerték, annyira hasonlítottak az egyes esetek egymáshoz.

A kórisme nehézsége még azáltal növekszik, hogy az enyhe hasi hagymáz esetek már néhány nap leforgása alatt gyógyulnak; csakis bizonyos kóroki mozzanatok tekintetbe vételével ítélnéljük meg ez esetet helyesen, mint pl. házi járványok, úgy, hogy a szórványos esetekben néha kórisme nem, hanem csakis valamely fertőzőbaj felvételének lehetősége válik lehetségessé.

A betegség ezen szakában az ürülék bacteriologicus megvizsgálása sem segít a dolgon, mert a hagymáz bacillusát alig lehet megtalálni az ürülékben a 9-ik nap előtt. A betegség első hetében a jelentkező izzadás és a nátha a typhus ellen szól ugyan, azonban az orrvérzés mellette tanuskodik. A hagymáznak ellene mond az arcz herpese is.

Ha a hagymázos betegség kezdetén a hőmérsék reggeli visszaesései teljesen intermittáló jelleget vesznek fel, s a gyermek naponta déli 12 és 2 óra között borzongást kap és estére a láz magasra emelkedik, akkor a febris intermittenshez igen hasonló kórkép keletkezik, különösen pedig akkor, ha egyuttal megdagad a lép is. A különbség a kettő között abban áll, hogy a hagymáznál a láz exacerbatiója az esteli órákra esik, míg váltóláznál azt rendszeren a reggeli órákban vagy délben észleljük, továbbá hagymáznál a láz az első napokban 39—39.5°-nál magasabbra nem emelkedik, ellenben a váltóláz paroxismusán a 40°-ot túlhaladja; végre a váltóláz rohamok bekövetkezését a chinin adagolása megakadályozza, a mely szer a hagymázos lázmenetekre mi befolyással sincs.

A hasi hagymázt a betegség második hetén felismerni többnyire könnyű, különösen akkor, ha a beteg már néhány napon át orvosi megfigyelés alatt állott.

A lázmenet görbéje, a friss lépduzzanat, a roseola és a betegnek jellegző kinézése kétségtelenül elárulják a bajt. Minthogy ebben az időben minden heveny kiütéses baj, valamint az összes helyi megbetegedések (a melyek ez idő alatt nyilvánvalókká válhattak) könnyen kizárhatók, a kórisméhez elégséges a lázmenet görbéje és a heveny lépduzzanat.

Ilyenkor csak három folyamat jöhet szóba: a hasi hagymáz, a kiütéses hagymáz, vagy a visszatérő láz, de az utóbbit rendszerint könnyen ki fogjuk zárhatni, mert ennek első kitöréses rohama rendszeren az 5—7-ik napon véget ér és csak kivételes esetekben húzódik át a második hétre. A *kiütéses hagymáztól* való főkülönbség pedig a küteg sajátosságaiban rejlik. Habár a kiütéses hagymáz egyes roseolái a hasi hagymázétól lényegesen nem különböznek, mégis megvannak a következő eltérések: 1. a *kiütés idejére nézve*: exanthemás typhusnál már a 3—4-ik napon, ritkán később, találunk kiütést, míg hasi hagymáznál csak a második hét kezdetén s a küteg körülbelül a 11-ik napon mutatkozik; 2. a kiütés gyorsaságát illetőleg, míg az elsőnél hirtelen és nagy mennyiségben lép fel, addig a másodiknál lassan 2—3 nap leforgása alatt és végtére is gyéren; 3. a kiütés hevességére és kiterjedésére nézve: a kiütéses hagymáznál az bőséges és nemcsak a törzset, hanem a végtagokat, sőt néha az arczot is ellepi; míg a hasi hagymáznál csak a törzsön és ott is csak gyéren láthatjuk.

Egy másik különbség mutatkozik a *lázmenetben*, a mely kiütéses hagymáznál, ellentétben a hasi hagymázzal, hirtelen kezdete által tűnik fel; rendszeren *rázóhideggel* kezdődik, a melyre magasabb hőemelkedés következik, úgy, hogy a hőmérő az első, vagy legkésőbb a második este már 40° C-t és többet mutat. Legmagasabb emelkedése rendszerint a 2—3 nap estéjére esik és 11—14 napi állandó magasság után egyszerre *krízissel* végződik.

A mi a többi tünetet illeti — a heveny lépduzzanatot, az idegrendszer részéről jelentkező tüneteket, a száraz nyelvet és hurutot — ezekben a két hagymáz alak között nincs észrevehető különbség.

A kiütéses hagymáz eltérései, a melyek küteg nélkül folynak le,

nem különböznek a többi tünetre nézve a hasi hagymáz abortív alakjától, mely ép oly hevesen kezdődik és kritikusan végződik; tehát ezen alakokat csak akkor kórismézhetjük biztosan, ha tudjuk egyszersmind a fertőzés forrását is.

A legnagyobb nehézségeket a typhus különzeti kórisméjénél a heveny miliaris gümös folyamat okozza, a melyről azonban csak egy későbbi fejezetben lesz szó.

Itt még csak a *hasi hagymáz és a gümös agyhártyagyulladás közötti különbségről* szeretnék szólni, a mely a jellegző esetekben igen egyszerű és nem nehéz; hogyha mégis a kezdők ezt a két betegséget egymással összetévesztik, ezt csak azon körülményből lehet megmagyarázni, hogy gyermekek számára berendezett klinika aránylag igen kevés van, sőt néhol egyáltalában nincs is és hogy a hallgatóság a felnőttek számára berendezett klinikákon agyhártyagyulladást alig lát. Míg tehát gyakran van alkalmuk hasi hagymázt látni, a gümös agyhártyagyulladást ehhez képest felette ritka betegségnek képzelvén, magángyakorlatukban teljesen szem elől téveszthetik.

Valóságban pedig a gyermekkorban a gümös agyhártyagyulladás különösen az élet első szakában gyakoribb, mint a hagymáz, olyannyira, hogy *West* egyenesen azt állítja, hogy kétséges esetekben a gyermek korát egész bátran irányadónak vehetjük; ha a gyermek még nincs két éves, akkor valószínűbb a gümös agyhártyagyulladás, a későbbi korban pedig a hagymáz.

A gümös agyhártyagyulladás typicus eseteiben a főkülömbösek a következők: csaknem *láztalanul* folynak le és *mindig hányással kezdődnek*, a mely több napon át ismétlődik, mi oly jellegző tünet, a mely hagymáznál soha sem észlelhető; a betegnek első naptól kezdve többé-kevésbé heves főfájása van, a mely néha az öntudatlanságig fokozódik. Ha tehát ez a két főtünet, főfájás és hányás, kifejezetten lépneke lőtérbe és a főfájás oly heves, hogy a beteg időnként felsikolt, a fejét fogja és az ágyban ide-oda henteleg és ha a betegnél minden csepp ital vagy gyógyszeradag után, vagy minden helyzetváltozásnál ismételten 3—5 napig tartó hányás beáll, akkor hagymázzal szó se lehet.

Az első hét végén a gümös agyhártyagyulladásnak még tisztább a képe: a gyermek *aluszékony* lesz, *érverése lassubbodik* és *rendellen*, a has vagy egészen besüppedt, vagy legalább lelapul, (míg a hasi hagymáznál ellenkezőleg már a 3—4 napon puffadt), a te-

kintet merev stb. Eltekintve ezektől a klinikus esetektől, vannak olyanok is, a melyeknél napokon át ingadozhatnak a kórisménk hagymáz és heveny agyvízkórság között.

A gümös agyhártyagyulladás gyakrabban tévesztik össze hagymázzal, (mert ennél a rendestől több eltérés van), de néha megfordítva is. A tévedésre leginkább az szolgáltat okot, hogy a gümös agyhártyagyulladás kezdetén a hányás nem mindig makacs és hogy hagymázos betegek, betegségek kezdetén néha 1—2-szer hánynak is. Továbbá hagymáznál nem ritkán a kórszékony kábitó befolyása következtében szenvtelenség és aluszékonyosság észlelhető, valamint néha aránylag lassú, sőt szabálytalan (bár ritkán) érverés és székrekedés is előfordul; másrészt azonban agyhártyagyulladásnál sem valami nagyon ritka a szabályos érverés, daczará a 39° C.-nél magasabb láznak.

Az ilyen, aránylag egyszerű esetek nem sokáig tartják bizonytalanságban az orvost, és akkor is csak azon esetben, ha sem lépnyagyobbodás, sem roseola nincs jelen. Mintegy két nap múlva a kórisme tisztul, mivel hagymáznál az agyi tünetek tovább nem fejlődnek, azaz a már meglevő tünetekhez egyéb agyi tünetek nem társulnak, ellenben gümös agyhártyagyulladásnál azok napról-napra mindjobban előtérbe lépnek.

Sokkal nehezebben igazodik el az orvos azon agyhártyagyulladás esetekben, a melyek a könnyű hagymáz minden tüneteivel kezdődnek és hosszabb időn (10—14 napon) át ezt a kórképet mutatják, a mennyiben ezek minden agyi tünet nélkül folynak le, olyannyira, hogy a beteg még nem is hány, sőt a feje sem fáj. A második sőt a harmadik héten is mindamellettt gyanus tünetek kezdenek jelentkezni, a melyek a heveny fejkórságnak a kórképet napról-napra mindjobban elődomborítják. *Rilliet* és *Barthez* az ilyen eseteket mint a *meningitis tuberculosa typhusos alakjait* írják le. Az ő nézetük szerint ily esetekben a betegség mint az általános miliaris gümőkór localisatiója csatlakozik hozzá. Nézetem szerint a hevenyfejkórságnak két alakja tartoznék az u. n. typhusos meningitishez. Az egyik tényleg általános miliaris tuberculosis az agyhártyák másodlagos megbetegedésével, a mely ennél fogva mindenekelőtt agyi tünetek nélkül (lázás prodromalis időszak) folyik le, s mind az, mit a hagymáz és a heveny vagy lappangó miliaris tuberculosis közötti különbségre nézve felhoztunk, vonatkozik az agyhártyagyulladás ily fajta eseteire.

A második féleség valódi hagymáz, a mely további lefolyásában egyszerű (nem gümös) savós agyhártyagyulladásal komplikálódik. Ilyen esetet irtam le a heveny fertőző bajokról szóló értekezésemben, a melyet a bonczolás eredménye is megerősített. Mindakét féleségben az agyi tünetek aránylag későn jelentkeznek, legtöbbször a láz kezdetétől számított második héten, sőt néha későbbben is, de lényeges klinikai különbség a kettő között abban van, hogy az első alaknál az egész lázas időszak alatt sem lép-nagyobbodást, sem typhusos roseolát nem lehet találni, ellenben a második alaknál mindkét tünet jelen van.

A *hagymáz és az endocarditis ulcerosa között a különbséget* felismerni hasonlóképp nehéz, de ennek a körülménynek gyakorlati jelentősége úgy sincs, mert az endocarditis ulcerosa gyermekkorban rendkívül ritka. A baj a *súlyos hagymáz* tüneteivel jár és ennél fogva gondoljunk arra akkor, ha szívbajos gyermeknél súlyos hagymázos tüneteket látunk és ha a betegség alatt embolia tünetei mutatkoznak: mint haemiplegia, vérköpés, bőrpetécsék stb. Endocarditis ulcerosánál a lépdaganat éppen olyan állandó tünet, mint a typhusnál, sőt a roseola sem ritka jelenség; szóval a typhusra általában annyira jellegző két tünetnek sincs ily esetekben valami döntő jelentősége.

A *hagymáz és a heveny genyes, vagy a cerebrospinalis meningitis* közötti különzeti kórisméről csakis a hagymáz leg-súlyosabb eseteiben lehet szó, (majdnem kizárólag csak a kiütéses hagymáznál), a melyek prodromalis tünetek nélkül, magas láz és súlyos eszméletlenséggel kezdődnek. Az első hét végén beáll a tarkó-, néha a hasmerevség is, az öntudat elvész és a kórkép általában nagyon emlékeztet a heveny agyhártyagyulladásra.

Typhus mellett szól itt mindenekelőtt a *heveny lépduzzanat*, továbbá a betegség kezdetén a *makacs hányás* és a *görcsök hiánya*, ugyszintén a betegség *hosszasabb tartama*. Hagymáznál a beteg rendszeren 7—11-ik napon hal meg, genyes agyhártyagyulladásnál ellenben a 3—5-ik napon. Cerebrospinalis meningitisnél e tekintetben megközelítőleg sem szólhatunk valamit.

Elsődleges agyhártyagyulladás mellett szól a betegség első napjaiban fellépő makacs hányás, az igen heves fejfájás, a korai (gyakran már a 3-ik napig beálló) rángások és eszméletlenség, továbbá az, hogy esetleg az agyhártyagyulladást előidéző körül-

ményekre van egyik vagy más tekintetben gyanunk, minők zúzódások, napszúrás, fülfolys stb.

Heveny csontvelőgyulladásnál (osteomyelitis acuta) a tünetek súlyos hasi hagymázhoz néha igen hasonlók; milyenek a magas láz (40° C., sőt ennél is magasabb), zavart öntudat, repedezett nyelv, lépdaganat, sőt néha hasmenés és köhögés is; e bajnál azonban már a betegség első napjaiban a megbetegedett csontok felett a beteg igen élénk fájdalmáról panaszkodik (többnyire az alszár vagy a czombokban), azonfelül dagadtak a beteg végtagok és e tünetek segítségével a kórisme könnyű.

A visszatérő láz. (Febris recurrens.)

A visszatérő láz a ragályos és járványos betegségek közé tartozik; a betegségre jellegző a láz sajátságos lefolyása, mely több napos lázas hőmérséknek 2 vagy 3 rohamában áll, a melyet 7—9 napos láztalan időszak választ el egymástól. Minden lázroham (paroxismus) prodromalis tünetek nélkül, a hőmérséknek néhány óra alatt hirtelenül 40° C., sőt magasabbra felszökkenő hőemelkedésével kezdődik. Az első roham 5—7, a második 3—5 napig tart, úgy az első, mint a második krizissel fejeződik be, a mely ép oly hirtelenül áll be, mint a paroxismus kezdete; a láz ugyanis néhány óra alatt 40 — 41° C.-ről a rendesre száll alá.

A láz visszamenése a betegségnél annyira állandó, hogy a baj nevét is ettől nyerte és a kórismét is erre alapítjuk.

Az első lázrohamot legkönnyebben hagymázzal téveszthetjük össze és pedig küteges vagy abortiv hagymázzal; ha t. i. tekintetbe vesszük a hirtelen beálló magas hőemelkedést. A különbség abban áll, hogy a lép a visszatérő láznál igen gyorsan és jelentékenyen megduzzad, úgy, hogy már a betegség második napján kitapinthatjuk és érzékenységét megállapíthatjuk, ugyszintén heves izomfájdalmakban, mint a (tarkó és ikrák), ellenben hasi hagymáznál a krizis sohasem oly élesen kifejezett és fokozatosan következik be.

Kétséges esetekben tisztába hozható a kórismezés a vérnek spirillumokra való vizsgálata által; visszatérő láznál a lázas időszakban mindig vannak a vérben spirillumok és friss véreseppen göcső alatt mint igen finom, élesen határolt, kigyószzerűen hajlott és állandóan mozgó sötét fonalacsók tűnnek fel, a melyek hossza 3—4 vértestecs átmérőjének felel meg.

A heveny miliaris gümőkór.

Részünkről a heveny miliaris gümőkórt nemcsak azért sorozzuk azon általános heveny fertőző betegségek sorozatába, a melyeknél a baj oka egy bizonyos határozott szerv megbetegedéséhez kötve nincs, mivel ez klinikai lefolyását tekintve, e körcsoportozatba tartozó betegségekhez legjobban hasonlít, hanem azért is, mivel a kór okát (bacillusok okozta fertőző baj) és az általa okozott kórboncztnai elváltozásokat tekintve, a baj csakis e körcsoportozatba osztható be. A miliaris gümőkórnál valamely szervben localisált bántalomról valóban nem is lehet szó, mert egyrészt egyetlen szerv sincs, a mely e bajnál állandóan megtámadtatnék, másrészt egy sincs, a melyet a baj minden esetben megkimélné. Az esetek bizonyos számában legkivált az agyhártyák betegesznek meg, máskor a tüdők, ismét más esetben a gümőkór az egész szervezetben elszórtan lép fel, a mely alkalommal nemcsak a tüdőkben találunk bőven gümöket kifejlődve, hanem a savós hártályokon, s a parenchymás szervekben is, azaz: a májban, lépben és a vesékben stb. Tekintve a boncztnai elváltozások ezen sokféleségét, nem csoda, hogy a klinikai kórkép is a miliaris gümőkór egyes eseteiben nagyon különbözően alakul annál inkább, minthogy a gümők igen különböző gyorsasággal terjednek el a szervezetben.

Vannak pl. oly esetek, a melyeknél a gümök egyidejüleg több szervben fejlődnek ugyan ki, de legkivált a tüdőkben központosulnak, a mely esetben igen rohamosan lefolyó lázas kórképet észlelünk, a mely heves köhögés és nehéz légzés tünetei között 2—4 hét alatt halállal végződik; a heveny miliaris tuberculosis ezen alakja a hagymázhoz való nagy hasonlatosságánál fogva *typhusos* alaknak is nevezetik.

Máskor a baj kitörése fokozatosan fejlődik, s ha az agyhártyákat megkiméli, akkor a betegség csakis heteken át tartó mérsékelt hőemelkedésekben nyilvánul, — ez a *subacut, vagy lappangó tuberculosis miliaris*. Ha a baj kezdetével egyidejüleg az agyhártyák is megbetegesznek, akkor a miliaris gümőkór *meningitis tuberculosa* neve alatt ismeretes kór képe fejlődik ki; mivel a kórfolyamatot az agyi gyomrocsookban keletkező exudatum is kíséri, azt *heveny gümőkóros fejevízkórságnak* is nevezik.

A heveny miliaris gümőkór vagy a már meglevő tüdővészhez, illetve hurutos tüdőgyulladásához csatlakozik, a mely esetben a

kórkép nem igen változik, daczára annak, hogy a halálos kimenelt gyorsítja, vagy pedig mintegy idiopathicusan fejlődik ki látszólag egészséges gyermekeknél, de azután egészen más a lefolyása, mint az előbbeni esetben. Mi itt majd csak ezen utóbbiról, azaz a gümőkór lappangó alakjairól szólunk.

A miliaris gümőkór ezen összes alakjainak keletkezését rendszeren prodromalis tünetek előzik meg, a melyek leginkább egy lappangó és látszólag okadatolatlan lesoványodásban nyilvánulnak. A gümőkóros agyhártyagyulladás tárgyalásánál ezt a körülményt már figyelemre méltattuk. A miliaris gümőkór egyes alakjainak kezdete és lefolyása attól függ, hogy a gümök kifejlődése mily gyorsan és mely szervekben megy végbe.

A miliaris gümőkór heveny, vagy typhusos alakja,

hasonlókép sok egyéb fertőző bántalmakhoz, meglehetősen hirtelenül beálló lázzal kezdődik. Erre rögtön köhögni kezd a beteg, s különösen jellegző, hogy daczára a kopogtatás nemleges eredményének, daczára, hogy a hallgatódzásnál csak a közép nagyságú hörgők hurutja nyilvánvaló, a mi erősödött hólyagcsás légzésben és csekély szőröcszörejekben nyilvánul, a beteg mégis igen szaporán légzik, (idősebb gyermekeknél 50—60, fiatalabbaknál 80—90 légvétel percenkint). A hurut fokozódásával később finom és középhólyagú szőröcszörejek, úgyszintén nehéz légzés is beáll. A láz állandóan fokozódik, többnyire szabálytalan jelleget ölt és a további lefolyásban ingadozó; máskor a hasi hagymáz sajátságát képező tünetek által kísért, melynek: a nyelv szárazsága, a fogak szívós lepedékek borítvák, öntudathiány, eszmetévíngés, általános erőhanyatlás. Egészen és nagyjában olyan kórkép keletkezik, a melynek nagy hasonlatossága van a hajszályni hörgők lobjával szövődött hasi hagymázhoz. Eme hasonlatosságot megmagyarázza az, hogy nemesak az egyes tünetek, hanem azok csoportosulása mindkét betegségnél ugyanaz. A betegség tulajdonképeni lényege felöli kétely egész a halál bekövetkeztéig tarthat és csak a bonczolás által ismerhető fel.

Mindazonáltal sok esetben a kórismét megállapíthatjuk és pedig ezt egyrészt arra alapítjuk, hogy a kórelőzményi adatokból esetleg egy tuberculosist nem-e vehetünk fel, más részről pedig az adott megbetegedés tüneteiből. Mindannyiszor, valahányszor a gümőkóros megbetegedésnek bármely alakja föltételezhető, a kórelőz-

ményi adatokban mindig kutassunk *öröklött gümőkóros hajlamra*, (a testvérek egészségi állapota, görvélykór a családban, az élet első éveiben angolkór) és a tuberculosis előhírnökeire, a melyek gümőkórnál ritkán hiányzanak és sokkal hosszabb ideig megvannak, mint a hagymáznál (l. a gümőkóros agyhártyagyulladásról szóló fejezetet).

A *betegség kóroka* is fontos és ugyanazon kórkép is különféle benyomást gyakorol az orvosra a szerint, a mint az egy eddigelé egészséges gyermeknél keletkezik és esetleg a beteg hagymázzal fertőzött házban lakott, vagy pedig a mint az bizonyos betegségek után fejlődött ki, a melyek a gümőkórral szorosán összefüggnek (kanyaró, szamárhurut, influenza, hosszadalmas genyedő folyamatok).

A mi a tüneteket illeti, nem szabad szem elől téveszteni azt, hogy ha egy kétséges betegnél, a kinél súlyos hasi hagymáz tünetei mutatkoznak, heveny lépduzzanat és roseola megállapított, akkor a gümőkórt kizárhatjuk és a kórismét hagymáznak tehetjük, különösen akkor, ha a lép oly nagy, hogy kitapinthatóvá válik, mivel a gümőkóros lépmegnagyobbodás mindig csak csekély. Minél súlyosabb a hagymáz (pedig a heveny gümőkór rendszeren súlyos hasi hagymáz képeben lép fel), annál inkább duzzadt a lép és ennél fogva szabálynak tekinthetjük azt, hogy *ha hiányzik a kimutatható lépduzzanat, a kórismét dacára a magas láznak, a mely lázas tévengésekkel, köhögéssel és egyéb kifejezett hagymázos tünetekkel jár, mindig legnagyobb óvatossággal és mindig a heveny miliaris gümőkóra való tekintettel kell fölállítani.* Az utóbbi eshetőségre mindig *nagyobb a gyanu*, ha a *hagymázra nagyon jellegző tünetek hiányzanak egyrésztől* (lépduzzanat, roseola, hasmenés), *másrésztől oly tünetek is vannak, melyek az ellen szólnak.*

Ama körülménynek köszönhetem ezt a nézetemet, mert gyakorlatom kezdetén ezen szabályt be nem tartottam, mert mindjárt az első heveny miliaris tuberculosis esetemben a kórboncztoni lelet által igen kellemetlenül érintettem, minthogy eme megbetegedésre legkevésbé sem gondoltam.

A hagymáz ellen és a gümőkór mellett szólnak a következő tünetek :

A *láz jellege.* A láz heveny miliaris gümőkórnál minden lehető jelleget mutathat, s a többi között meglehetősen szabályos febris continua remittens is lehet, mint a milyent hagymáznál észlel-

hetünk. A kórismére nézve épen ezek az esetek azok, a melyeknek megítélése a legnehezebb. Ily esetekben a láz absolut magasága itt bizonyos fontossággal birhat; ha t. i. a reggeli hőmérsék több napon át 40° C.-nál magasabb, ez a körülmény már magában véve is a hagymáz ellen szól. Gümőkórra még jellegzőbbek azok az igen gyakran előtorduló és semmi által nem indokolt erős hőingadozások is, mint pl. reggeli 37.5° C. és este 40° C. felüli hőemelkedés, a bő izzadások és az igen szapora érverések által kísért fordított lázmenet, (mint már előbb említettük, az érverés hagymáznál gyakran aránylag lassu).

A légzési szervek részéről jelentkező tünetek. Heveny miliaris gümőkórnál már a betegség kezdetén a heves köhögés és a fokozott légvétél előtérbe lépnek, míg a hagymáz első hetében sem határozott hörghurutot, sem köhögést nem észlelhetünk, de mindenkor hiányzik a nehéz légzés. Heveny gümőkór jellegzetes eseteiben, a hol a folyamat csak a tüdőkön keletkező nagymennyiségű gümőkóros lerakódásokra szorítkozik és a folyamat a tüdőszövet lobos tömörülésére nem vezet, a kopogtatás nemleges eredményt ad és a hallgatódzásnál is csak itt-ott szétszórt hurutos szörcszőrejeket és érdes sejtes légzést hallhatunk, szóval egy jelentéktelen hörghurut tüneteit. *S ép ez fontos a kórismére nézve, mert daczára a physikalís vizsgálat nemleges eredményének, a betegnek a légzése mégis nehéz és száraz köhögés gyötri.*

A typhus ellen és a gümőkór mellett szól továbbá: *a beteg arcának sajátságos halványsága, ibolyaszínű árnyéklattal és Bouchu szerint a mellkas túlérzékenysége (hyperaesthesiája).*

A betegség tartalma: hagymáznál a 3-ik héten az állapot javul, míg ellenben gümőkórnál a tünetek mindinkább rosszabbodnak vagy legalább is ugyanazon ponton megmaradnak.

Végre döntő jelentősége van annak, ha *a szemfenéken gümőköt mutatunk ki.* Ez egy oly tünet, a melynek jelentősége fájdalom az által csökken, hogy távolról sem fordul elő minden esetben. Néha a gümök ezen kitörése igen korai, olykor a halálos kimenet előtt már hetekkel lép fel, máskor azonban csak egy-két nappal a halál bekövetkezete előtt. Mivel az érhártya gümői a látóélességet nem befolyásolják és a beteg egyéni panaszai hiányzanak, azért azokat csak ismételt szemfenéki tükrözés által fedezhetjük fel; minden körülmény között mindkét szemet vizsgáljuk meg, minthogy néha csak az egyik szem beteg.

Az elmondottak alapján arra a következtetésre jutunk, hogy a hagymáz ellen és a gümökör mellett leginkább a következők szólnak: a kórok (öröklékenység, kanyaró, szamarhurut stb.), a lépduzzanat és a roseola typhosa hiánya, magas, de szabálytalan lázmenet, köhögés és nehéz légzés mellett, a mely daczára annak, hogy a physikalis vizsgálat eredménye csaknem teljesen nemleges, mégis a beteget nagyon kínozzák. Ha az érhártyában sikerül gümöket felfedezni, akkor a kórisme többé kétséget nem szenved. Ha a köpetben tuberculosus bacillusokat találunk, akkor a kórisme megállapítására ennek ugyanazon elhatározó jelentősége van. Mindazonáltal az előbb említett két tünet hiánya a tuberculosist még ki nem zárja.

A miliaris gümökör félheveny alakja

köhögés nélkül, vagy mint mérsékelt hörghurut folyik le, mindenkor azonban nehéz légzés nélkül, sőt a légzések száma sem szaporodott; főleg lázas állapotban nyilvánul, a melynél azonban a láz magassága reggeli 38—38·5 és esteli 39—30·5 ° C. körül mozog. Helybeli tünetek hiányozhatnak; a gyermeket sokáig nem birhatjuk arra, hogy ágyban maradjon, étvágya nem múlik el teljesen és semmikép sem gyakorolja súlyos, még kevésbé veszélyes beteg benyomását. Miután semmi helybeli megbetegedés nem nyilvánul, a melyekből a lázt megmagyarázhatnók, az orvos könnyű hagymázt feltételez, de a láz, várákozása ellenére, 4 hétnél tovább is elhúzódik és előbb-utóbb egy gümös tüdőgyulladás, vagy heveny fejr vízkórság tüneteinek fellépte csakhamar tisztázza a helyzetet. A betegség tartama szorosan összefügg avval a körülménnyel, hogy a gümökör az agyhártyákon mily gyorsan terjed el; addig rendesen 2—3 hét, néha azonban még több idő is eltelik. Általam észlelt egyik esetemben a gümökör 100 napig lappangott és csak állandó lázban és könnyű hörghurutban nyilvánult, időnkénti kiújulásokkal.

A betegség első két hetében a bajt a könnyű hagymáztól megkülönböztetni igen nehéz, minthogy a léptompulat, a hasmenés és roseola hiánya mitsem bizonyít, mert enyhe hagymázos esetekben az egyik, másik vagy harmadik tünet is hiányozhatik. A betegágnál mindazonáltal, ha nem is bizonyosan, de minden valószínűséggel eldönthetjük azt, hogy adott esetben nem hagymázzal, hanem gümökörrel állunk szemben, mert a lappangó gümökör teljesen egész-

séges gyermekeknél alig fészkel be magát, hanem az mindig valamely hurutos vagy lázas hurutos mozgalmakkal járó betegségekhez társul, melyenek: számarhurut, kanyaró vagy influenza. Szabályos esetekben, a melyek közé a legtöbb eset tartozik, a lefolyás a következő:

Tuberculosis családból származó, vagy legalább is első életéveiben angolkóros gyermek az említett betegségek valamelyikét, pl. a kanyarót kapja meg és gyógyulni kezd (a gyermek t. i. későn kapta első fogait, későn kezdett járni, életének első évében sokat izzadt és gyakran volt hasmenése és hörghurutja; jelenleg a mellkason az angolkórnak csak nyomai találhatók stb.). Az üdülési időszak feltűnően lassú: a gyermek lusta és szenttelen, étvágytalan, esténként lázas, daczára annak, hogy igen keveset köhög, sőt a köhögés teljesen szünetel is. Az orvos tanácsára a beteget rendszeresen hőmérőzik és ekkor kiderül az, hogy a kis beteg tényleg lázas és a lázmenet a typhusra nagyon emlékeztet. Az a körülmény azonban, hogy a gyanuban levő *typhus nem önállóan, hanem kanyaró után fejlődik ki*, nagyon valószínűvé teszi azt a körülményt, hogy a láz oka valamely gümőkóros folyamatban keresendő. A további lefolyás közben a tényállás tisztázódik még akkor is, ha az agyhártyagyulladás ki nem fejlődött és pedig egyszerűen azon okból, mert a hagymáz mellett bizonyító láz ez esetben szokatlanul soká tart. A kórismét néha még elébb bebizonyítva látjuk a szemfenéki vizsgálat eredménye által (gümök az érhártyán). A mi a láz jellegét illeti, az általában állandóan remittáló jellegű, tehát ép olyan, mint a typhusnál, de ettől abban különbözik, hogy sokkal szabálytalanabb. Különösen jellegzők az igen jelentékeny, semmi által nem indokolt hőemelkedések, a melyek 1—2 napig is eltartanak. Gyanusak a minduntalan kiújuló, csaknem mindennapos nagy éjjeli izzadások (a hagymáz tetőfokán nehéz még mesterségesen is izzadást előidézni) és a chinin kezelés teljes eredménytelensége. (Az utóbbi körülménynek különös jelentősége van azon esetekben, a midőn intermittáló láz jelleggel lefolyó gümőkórt váltóláztól kell megkülönböztetni.)

Ha a gümőkóros lázat helyesen felismertük, akkor a beteg életéről lemondani mégsem szabad, minthogy kétségtelenül vannak esetek, a hol igen állandó, minden jel szerint gümőkóros lázzal a beteg végre is meggyógyul; ezt tapasztaljuk különösen égalji kezelés folytán, vagy ha a beteg nagy városból falura költözködik. Ma-

gától értetődik, hogy az ilyen betegek annak a veszélynek ki vannak téve, hogy — egyik vagy másik alakban — gümőkórban bármely alkalommal újra megbetegedhetnek.

Intermittáló lázak által jellegzett betegségek.

A váltóláz. (Febris intermittens.)

Gyermekeknél ép úgy előfordulnak szabályos és szabálytalan alakú váltólázrohamok, mint felnőtteknél. A szabályos váltólázrohamot felismerni könnyű, mert ennél a láznak teljesen hasonló kiújulási rohamai, melyek csaknem kizárólag csakis a váltólázak tulajdonát képezik, mindig szabályosan ismétlődnek; a roham rázóhideggel kezdődik, rákövetkező forrósággal és izzadással végződik. Az egész roham 4—12 óráig tart, a mely idő múlva a betegség látszólag elmúlt s a beteg teljesen jól érzi magát, a míg a következő második vagy harmadik napon, körülbelül ugyanazon órában beáll az új lázroham (Paroxysmus) stb; ez az állapot bizonytalan időn keresztül mindaddig ismétlődik, a míg a beteg a váltólázás vidékről el nem költözik, vagy a míg Chinin kezelésem nem megy át. A Chinin a roham létrejöttét csaknem biztosan megakadályozza különösen friss esetekben, ha azt a betegnek a roham kezdete előtt 4—6 órával beadjuk (annyi decigrammot, a hány éves a gyermek); s ennél fogva bizonyos esetben a chininnek ezt a hatását a kórisme megállapításánál értékesíthetjük.

A heveny, általában a közönséges malaria annyira jellegzetes tünetekkel jár, hogy félreismerni vagy egyéb bajjal összetéveszteni lehetetlen, úgy hogy a helyes kórisme megállapítása céljából nem is kell plasmodiumot keresni a vérben. Különböznél csak ritkán történt meg velem, hogy a hastypust az első napokban és az influenzát, mikor váltóláz kórképe alatt folyt le, intermittensnek tekintetem volna, miként pl. a 217. lapon leirt esetben történt, azonban ily esetekben nagyon rövid ideig tartott a habozás.

Másképen áll a dolog a szabálytalan váltóláz esetében, a hova 1. a chronicus vagy idült malariát és 2. az álcázott váltólázat sorolom.

A mi a *chronicus mocsárlázat* illeti, a mi vidékünkön kevés az olyan hely, a hol a láz naponként több héten át tartana és a láz chinin adagolására sem szünnék; sokkal gyakoribb az az eset.

hogy a betegség chronicus volta abban nyilvánul, hogy a láz paroxysmusa a nem szabályos febris intermittens alakjában tér vissza, a mely pár chinin adag bevételeére hamar megszűnik, de csak azért, hogy egy vagy több hét múlva ismét visszatérjen. Az efféle esetek kórisméje nem nehéz; ha azonban a láz hosszabb ideig tart, daczára az erélyes chinin kezelésnek, akkor a baj felismerése jóval nehezebb, különösen azért, mert a láz görbéje ilyenkor elveszti a szabályos intermittenst jellegző természetét. A paroxysmus rohamok majd naponként jelentkeznek, de a nap különböző óráiban, majd 1—2 vagy több napig kimaradnak, s azután újra előállnak; a roham idején a hőmérsék esetleg aránylag nagyon alacsony, de azért a nap más szakában sem száll alá a normálisra, hanem az 37.5—38° közt ingadozik; a borzongás hiányozhatik ezután is, vagy pedig úgy az egyiket, mint a másikat csupán gyanítani lehet; egyszóval egyedül a hőmérsékletre támaszkodva nem lehet határozott kórismét megállapítani. Ily esetekben igen nagy fontossága van a *kórelőzménynek*, a *lépdaganatnak* és leginkább a vér mikroszkópikus vizsgálatának, tekintettel a malarialis *plasmodiumokra*.

A legtöbbször sikerül azt megállapítani, hogy a beteg nemcsak mocsaras helyen tartózkodott, de a többi közt szenvedett is rendes febris intermittens quotidiana, vagy tertianában, mely eleinte chinin adagolására könnyen engedett, de gyakran vissza-visszatért, később az adagokat növelni kellett, s végre a chinin hatástalan lett. A beteget megvizsgálva, kitűnik az, *hogy nagy, tömör lépe* (felette fontos s úgyszólván sohasem hiányzó tünet) és nagyobbodott mája is van; a beteg nagyon vérszegény, olykor lábvizenyőt, sőt esetleg ascitest is lehet rajta kimutatni. Ha a betegnek a hosszadalmas láz daczára sem dagadt a lépe, azaz ki nem tapintható, már ez az egy negatív jel is elegendő, hogy igen nagy valószínűséggel idült maláriára következtessünk, de mi nem engedjük meg magunknak a megfordított következtetést, mivel a többé-kevésbé dagadt lépet a más okból eredő láznál is megtaláljuk. A kétséges esetek helyes megítélésére nézve a vért kétszeresen kell megvizsgálni, a száraz vérpraeparatumot eosinnal és methilen késsel festvén meg, miként azt az anaemiáról szóló fejezetben leírtuk; a plasmodiumok kékre festődnek és kék csomócskáknak látszanak, a melyek néha a legszabálytalanabb alakúak, olykor fekete pigment szemeket tartalmaznak, melyek a vörös vértestecskékben belül van-

nak, vagy pedig szabadon feküsznek. A praeparatumokat 500-szoros nagyítással vizsgálják. Egyes esetekben nagyon sok a plasmodium s könnyen megtalálható, más esetekben a számuk oly kevés, hogy a készítményt elég sokáig kell vizsgálgatni.

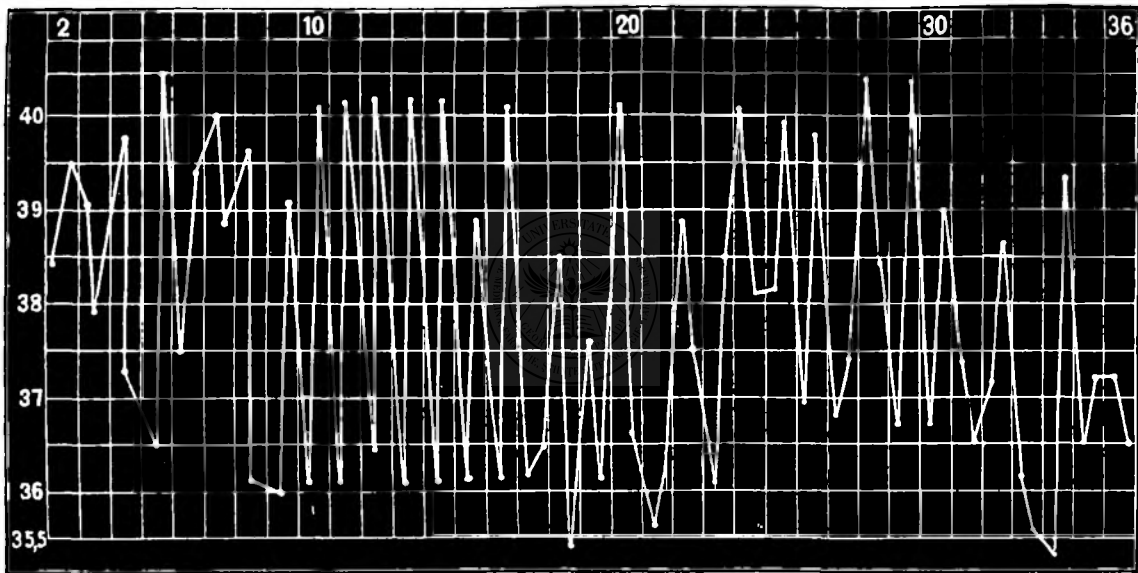
Szabálytalan, makacs mocsárláznak tekinthetők a következő betegségek.

1. Helyhez nem kötött *gümőkóros láz*, vagy ha annak oka nem jár világos tünetekkel. E betegség jellegéről a megelőző fejezetben szólottunk. A kórismét a körelözményi adatokra alapítjuk; a betegség kanyaróval, influenzával, vagy szamarhuruttal kezdődik, a lépdaganat hiányzik, a chinin adagolása sikertelen. A mi a helyi tüneteket illeti, erre nézve megjegyezzük azt, hogy a lázt a hasiszervek, belek és hashártya gümőkórja is okozhatja, mi mellett a tüdő teljesen egészséges, s ezért a chronicus hasmenés, időszakos hasfájás, a hasfalak feszültsége kórismei tekintetben igen fontos.

2. *Piaemiás láz* ki nem mutatható genyedés következtében. A geny valamely üregben vagy parenchímás szervben gyülemelhetik össze. Olykor sokáig nem ismerni fel a chronicus peritonitist, sőt a genyes mellhártyagyulladás (megbocsáthatlan hanyagság következtében); az igen hosszú lázat a genyes izületi gyulladások és ostitisek is fenntarthatják, főleg azonban a csigolyagyulladások, melyek hátfájdalmak nélkül folyhatnak le (kivált kis gyermekeknél) és ideig-óráig végtaghüdes sincs. Ily esetben a bajt könnyű felismerni, ha a beteget minden tekintetben alaposan megvizsgáljuk.

Egy alkalommal tüdőtályog esetében dr. *Verevkin*-nel együtt feltűnően szabályos váltólázt észleltem egy egész hónapon át (lásd 417-ik lapon a 19. ábrát). Ugyanez történhetik máj, lép stb. tályog esetében is. A szívre is figyelmet kell fordítani, mert a genyes pericarditis s a fekélyes endocarditis is szimulálhatja a febris intermittenst.

Dr. *Szokolov A.* szivességéből az intermittáló lázmenetnek érdekes görbét közölhetem, melyet egy 11 hónapos leánykának nyilván cerebrosproinalis meningitis megbetegedése folytán (19. ábra) észleltünk. A betegség lefolyása röviden ez volt: A 11 hónapos leányka, a ki azelőtt teljesen egészséges volt, 1893. november 18-án megbetegedett, láz, hányás és aluszékonyság tüneteivel; a hányás napjában egyszer-kétszer, három napon át ismétlődött. Később a hőmérsék intermittáló jelleget öltött, a mely különösen szabályos volt a 9-ik naptól a 16-ikig; néhány óra alatt a hőfok 40° körül volt és



19. ábra.

azután 36 °-ra süllyedt le. A láz tartama alatt és kevés ideig utána is a gyermek erősen nyugtalanzkodott, nyakszirte megmerevedett, a mi máskor alig volt észrevehető. Rendes hőfok esetében a leányka csendes volt, ott ült a karon könnyen megemelt fejjel, a melyet passive nemcsak egyenesen lehetett állítani, hanem könnyedén előre is hajlítani. Én a leánykát a betegség 20-ik napján láttam; ekkor hiányzott a bőr hyperaesthesiája, a hátfájás és a lépdaganat. A chinin és a lakásváltoztatás (kórházba szállítás) nem hatott észrevehetőleg a lázmenetre, a beteg közömbös gyógyításra mégis végül meggyógyult.

Ez az eset távolról sem áll egyedül; hogy intermittáló lázakkal járó cerebrosproinalis meningitist felnőtteknél is találni, kitűnik *Ziemssen*-nek nagy kézikönyvében levő cikkéből, a hol azt a szerző mint külön alakot írja le. Nemrégén Dr. *Kiszely* a moszkvai gyermekorvosok egyesületében három hasonló lázgörbét mutatott be, melyeket különböző korú gyermekek meningitis eseteiben gyűjtött.

A pyaemiás láz különösen hasonlít a malariához azért, mert gyakran társul hozzá lépdaganat, erős borzongás és izzadás, heves ingadozások a magas fokokról a normalis hőmérsékletre, sőt az alá is, és megfordítva.*)

3. *Anaemiás láz.* Az anaemiáról szólván, már említettük, hogy minden erősen kifejezett vérszegénynél (334. lap) láz jelentkezhetik. Nagy és tartós lázas állapotot találunk néha a chlorosisnál és leukaemiánál és ugyyszólván kötelezőleg minden rosszindulatú vérszegénység bizonyos szakában.

Az utóbbi időben klinikánkon három gyermek feküdt a gyermek-anaemia különböző alakjaival, kimutatható helybeli okok nélkül; mindegyiknél hőemelkedés. Példaképen ismertetjük e görbéket néhány napról:

Rosztovcezev Vanya, 2 $\frac{1}{2}$ éves. Jachs-féle Anaemia-pseudoleucaemica, általános testi gyengesége folytán (nem tud járni) került a klinikára; arcza viasz-sárga, lépe nagy és tömör (lefelé az os. ile.-ig, mellfelé a köldökig ér), mája

*) Ide sorolom azt a lázt is, a mely olykor több hétig is eltart, a *széles hárttyak* gyuladását követő üdülési szakban. Ilyen lázra találtam pl. heveny peritonitis után; a fájdalom már megszűnt, az exsudatum objectiv jelei eltűntek, a szabályosan váltakozó jellegű láz pedig 3–4 hétig, sőt tovább is tart, s végre lassanként megszűnik. Az ily láz nyilván a felszívódási lázakkal, vagyis olyanokhoz tartozik, melyek a gyuladásos termékek maradványainak felszívódásától függenek.

dagadt (3 ujjnyira a bordák alatt kitapintható), a lymphaticus mirigyek nem dagadtak; a vérben az erithrociták száma jelentékenyen megapadt, a fehér-
 vérszövetek megszorodása kíséretében (pl. $1\frac{1}{2}$ -2-szer. mikor is sok az eosinophil). A lázmenet: 36.7—39.6; 37—37.2; 38.6—39; 37.8—37.6; 36.9—38.5; 37.6—37.5; 38—38.6; 37.5—38.6; 38.4—38.8; 38.2—38.6; 36.8—37.2; 36.8—38.2 stb. a klinikán eltöltött hat hét folyamán.

Krylov Nikolaj, 2 éves és 2 hónapos. 1893. februárius 16-án került a klinikára tyukmell és az angolkór egyéb tüneteivel, azonban köhögés és hasmenés nélkül. Köztakarója nagyon halavány, lépét két ujjnyival a bordaív alatt lehetett kitapintani. Hőmérséklete: 37.8—38°; 38°—37.6°; 37.4°—37.6; 37.4°—37.8°; 38°—37.8° stb. volt a klinikán való két heti időzése alatt. Rachitis, anaemia splenica.

Preobrazsenszky Iván, 1 éves, 9 hónapos; általános gyengeség miatt került a kórházba (nem tud állani), a gyermek igen sápadt és kulcscsontja alatt erős venosus zörej hallható, angolkór és lépdagenat nincsen. A vérben az erithrociták száma jelentékenyen megcsappant: poicilocytosis és mikrocytosis; a lymphociták nem nagyobbodtak túlságosan. Helyi fájdalom nincs; székrekedésre hajlamos. Hőmérséklete 37.2°—37.7°; 37.5°—38°; 37.7°—38°; 37.9°—38.2°; 37°—37.8°; 37.2°—38.2°; 27.4°—38°; 37.1°—37.8° stb. volt öt heti klinikai tartózkodása alatt. *Anaemia simplex gravis*.

Figyelemre méltó, hogy a vizellet ezekben az esetekben halvány, csekély fajsúlyú volt, szóval nem emlékeztetett a lázas vizelletre.

4. *Pseudoleucaemia és a belső szervek sarcomája esetében előforduló láz*. Dr. *Ivanov M. E.* orvossal egy consilium alkalomával pseudoleucaemiával kapcsolatos, három hónap óta tartó, váltóláz rohamokkal járó lázas állapotnak ecclatans esetét volt alkalmam észlelni egy 9 éves gyermekben; a beteget később felvették a klinikára, a hol meg is halt; a bonczolás megerősítette a pseudoleucaemia kórisméjét, de a láz egyéb okát nem derítette ki. A belső szervek sarcomatosus bántalma esetében a láz különböző typust mutat, a melyre legjellemzőbb a chronicus visszatérő láz typusa; ez a typus abban áll, hogy néhány napi rendes hőmérsékletre többé vagy kevésbé jelentékeny lázas állapot következik, mely néhány napig tart és újra beköszönt a lázas roham s így huzódik el a dolog néhány hétig vagy épen hónapig is.

5. *Ideges eredetű láz*, azaz: hőemelkedés thermalis nervositas folytán néha hysteria esetében fordul elő. Dr. *Serserszkij* három beteg esetét írta le, a kiknek az ő véleménye szerint többé vagy kevésbé jelentékeny hőemelkedését az edénymozgató központok ideges bántalma okozta. Az első esetben egy tizenkét éves leányka difteritis után kancsalságot, lágyszájpad-hüvést kapott, mi mellett láza

41^o-ig emelkedett fel 10 nap leforgása alatt. A második esetben 9 éves és a harmadik esetben 8 éves leányon sok éven át, kivált psychicus momentumok hatására, helybeli okok nélkül, lázas rohamok jelentkeztek; mindkét betegen ugyanakkor a következő ideges tünetek észleltettek: a második bal bordaköz és a bal vállizület felett fájdalom, többé-kevésbé felmagasztalt és arhythmicus szívverés, az idegreflexek fokozódása, olykor nyálfolyás, izzadás és hasmenés. A láz néha pár hétig is eltartott, máskor 2—3 nap alatt véget ért. A chinin és egyéb antipyreticumok hatástalanok voltak; jóval inkább hatottak a nervinak, u. m. a bromkáli, atropin, oxigén belélegzés („Vracs“, 1883. 33-ik és következő számaiban).

Az idegláz vagy állandóan tartó láz, vagy pedig egyes lázrohamok alakjában jelentkeznek. Az állandó láz tartama nagyon tág határok közt ingadozik, néhány naptól több hónapig. A hőmérsék egyes esetekben nagyon alacsony (38^o—38^o5^o), máskor nem ritkán meghaladja a 40^o-ot. Bizonyos fokig jellemző erre az, hogy minden typust nélkülöz, a hőmérsék fel- és lefelé nagy ingadozásokat tesz és reggel jóval magasabb lehet, mint este; némelykor pár foknyi hőmérsék különbséget venni észre a test különböző tájain; a pulsus és a lélekzés gyakran sehogy sincs összhangban a láz menetével, a lesoványodás vagy csekély, vagy észre se vehető.

Kórismeit tekintetben érdekes megemlíteni azt, hogy a hysteriás láz legtöbbször valamely más hysteriás tünettől van kapcsolatban, amelyek okai annak, hogy a lázat bizonyos betegségekkel lehet összetéveszteni (áltífusz, álmeningitis, algümőkór, peritonitis).

A rohamokban jelentkező hysteriás láz olykor igen nagy hőfokot ér el (43^o-ot, sőt annál is többet); ha a roham naponként ismétlődik, akkor mocsárláz képét is mutathatja. *Merzsejevskij* esetében a hőmérsék 43^o-ra felszökött, s azután 29^o C-ra szállt alá.

A hysteriás láz kórisméje nem mindig könnyű és hosszabb megfigyelést kíván, mert ennél minden szervi megbetegedés ki van zárva. Az idegláz mellett szól egyéb hysteriás tünetek jelenléte, a szabályos typus hiánya, a bórallati zsírszövet megmaradása, sőt szaporodása is (a hosszú láz daczára) és a vizellet sajátága, a mely gyakran csekély fajsúlyú marad. A mocsárláztól főleg abban különbözik, hogy szabálytalan typusu, a lépdeganat hiányzik, és a chinin adagolásra nem szűnik meg. Hogy mennyire nehéz igen hosszú orvosi megfigyelés után is felismerni a hysteriás betegek lázának okát, felemlíttem a klinikánkon észlelt következő esetet:

N. Z. 14 éves beteg 1893. szept. 23-án leginkább éjjel jelentkező hasfájás, evés utáni émelygés és hasmenés miatt került a klinikára. Anyja 12 év előtti sorvadásban halt meg, apja még korábban chronicus gyomorhurutban. A betegnek 8 éves korában szamarhurulja, 9 éves korában kanyarója volt. Hasfájásban és rendetlen székelésben már 3 év óta szenved; egy hónappal azután egy galandférget hajtottak el tőle, de észrevehető javulás nélkül. St. praes. A beteg középtermetű, mérsékeltlen fejlett bõralatti zsírszövettel, de sáppadt; lelki állapota komor, õ maga hallgatag, étvágya rendes, böfögése és émelygése nincs, éjjelenként 2—3 hig széke van, basfájás kíséretében; gilisztapetéek az ürülékben nincsenek. A lélekezõ és ivarszervek normálisak, tisztulása még nincs, vizeletben fehérje nincs. Az idegrendszerrel illetõleg a melancholicus lelkiállapoton kívül élesen jellegzett *bõrhyperestesiát* tapasztalni a hason és a keresztcsonton; a további megfigyelésbõl kitûnt, hogy a *hyperestesia eléggé változatos* akár fokozatát, akár terjedelmét tekintjük; olykor a hasnak *csupán jobb oldalára* terjedt; a hasra gyakorolt nyomás a fájáson kívül a hasizmok erõs összehúzódását is elõidézi; ha a fájdalom nyomáskor csak az egyik oldalra szorítkozott, a hasizmok feszültsége is egyoldalú volt, olykor a hyperesthesia kiterjedt az egész törzsre és a bordákra, néha még a karokra is; a hátgerincz, fõleg az alsó mell és keresztcsonti táján mindenkor fájdalmas volt; olykor fõfájás is jelentkezett. Az álm kielégítõ, izzadság nincs. A beteg 7 hónapot töltött a kórházban (április közepéig), mindig lázas volt és gyógyulás nélkül távozott. A láz szabálytalan volt, a hõmérséklet este mindig nagyobb volt, mint reggel; reggelenként nagyobbára 36—37° közt váltakozott, esténként pedig 38°-tól 39°-ig, sõt 39-5°-ig is ingadozott. Nevezetes, hogy *ámbátor* a láz egy napig se szûnetelt, a beteg *súlyban* mégis gyarapodott, még pedig *jelentékenyen*, jóllehet mindig hasmenése volt. A súlygyarapodás a következõ volt: szept. 23-án 27 03 kg; október 7-én 28-25 kg; október 29-49 kg; november 10-én 30-72 kg; november 25-én 30-31 kg; és december 21-én 31 03 kg.

Márczius végén a sebészekkel consiliumot tartván, arra a következtetésre jutottak, hogy a láznak perinephriticus tályog az oka és ámbár a láz nem volt piaemicus jellegû, (hiányzott a rázóhideg és az izzadás, a lépdagana) és ámbár a hasnak chloroform narcosisban eszközölt megvizsgálása semmi különöst sem derített ki, mégis elhatározták, hogy a keresztcsont tájékán a jobb vese megvizsgálása végett próbametszést fognak tenni.

A mûtétet végrehajtották, a vesét megtekintették, de mit sem találtak benne. A mûtétet követõ elsõ napokban a hõmérséklet normális maradt, de mihelyt a seb begyógyult, a láz is újra beköszöntött, újra megjelent a hasfájás és a beteg jobbulás nélkül távozott. Azt hihetné az ember, hogy a szóban forgó beteg hystériás lázban szenvedett; a beszerzett adatokból azonban kitûnt, hogy a kórházból való távozása után egy félévvel meghalt; halálának okát magával vitte a sirba.

A váltóláz szabálytalan alakjai, a melyek álczás váltóláz — febris intermittens larvata — neve alatt ismeretesek, klinikai tekintetben annyira változatosak, hogy kevésbbé magok a tünetek alapján, mint inkább az által bírnak a kórismére nézve befolyással,

hogy *mindig szabályos időszakokban ismétlődnek*. Mivel azonban e tünetek egyike vagy másika a váltólázon kívül más okból is eredhet s tényleg tiszta idegzsábánál, nemkülönbén gyulladáson kórfolyamatoknál elő is fordul, ennél fogva az álczás váltóláz biztos kórisméjére nézve még teljesen nem elegendő az, hogy az időszakosan fellépő tünetek ismétlődnek. Megbízhatóbb támpontot nyújt az a körülmény, ha a kérdéses beteg már elébb váltólázban szenvedett, s ha nála lépnagyobbodást mutathatunk ki (a betegség különben is nagyon hajlamos a kiújulásokra, s idővel a jellege is gyakran változik, a mennyiben a szabályos váltólázroham álczás alakba megy át). Az utóbbi tünetet magában véve ne becsüljük túl, mert a lépnagyobbodás a váltóláz friss eseteiben is, de különösen a szabálytalan, láztalanul lefolyó esetekben, épen nem állandó tünet. Kétséges esetekben a chinin hatása is irányadó lehet.

Hogy tehát az álczás váltóláz kórisméjét biztosan megállapíthassuk, ahhoz két körülmény szükséges, u. m.: 1. egyes tünetek időszakos visszatérése és 2. az, hogy chinin adagolására a tünetek elmaradnak. A mi egyébként magukat a tüneteket illeti, megjegyzendő, hogy nincs egyetlenegy tünetünk sem, a mely mindig feltétlenül meg lenne, azaz a mely minden esetben okvetlenül előfordúlna; az álczás esetekben pl. gyakori dolog, hogy sem a hőmérsék nem emelkedett, sem a lép nem duzzadt.

Daczára annak azonban, hogy az említett két tünet alapján az álczás váltólázat felismerni nem nehéz, mégis azt a gyakorlatban gyakran fel nem ismerik és pedig két okból: 1. mert az orvosok, — legkivált a kezdők, — nagyon szeretik lehetőleg korán a tüneti gyógykezelést, még mielőtt t. i. a tulajdonképeni bajjal tisztában lennének, megkezdeni, s ennek folytán az önként beálló szabad lázmentes időszakokat nagyon szívesen írják az általok rendelt gyógyszer fényes hatásának a javára; 2. mert nem gondolnak arra, hogy a váltóláznak rendkívül sok változatos alakja van, s ha esetleg álczás váltóláz valamely rejtélyes alakjával van dolguk, a baj létezésének lehetőségét teljesen figyelmen kívül hagyják.

Az álczás váltóláz gyermekkorban igen gyakran nyilvánul mint *időszakos heveny vagy idült hasmenés*, (l. a hasmenés cz. fejezetet). Észleltünk továbbá oly eseteket, a hol az álczás váltóláz mint pontosan ismétlődő *hasfájdalom, idegzsába, orrvérzés és időszakos köhögés* kórképében nyilvánult. (Csecsemőknél a hasfájdalom időszakos sírásban nyilvánul, a mely a colica dyspep-

ticától abban különbözik, hogy : 1. az állandó sírási rohamok naponta csak egyszer állanak be, s pedig majdnem pontosan a napnak egy és ugyanazon órájában, többnyire éjjel vagy a hajnali órákban; 2. hogy a széklétét szín, összeállítás és gyakoriság stb. tekintetében rendes és 3. hogy a bajt a chinin igen könnyen megszünteti).

Az időszakos köhögés többnyire éjjel kezdődik, mely azután több óráig is eltartó rohamból áll; a roham alatt a köhögés folytonos, kiújuló, rövid és száraz, köhécselésekre emlékeztető, mi mellett a mellkas és a garat vizsgálata teljesen nemleges eredményt ad. Hogy e bajt felvehessük, ki kell zárunk 1. a pharyngitis sicca-t; 2. az u. n. éjjeli köhögést, a melyről a tankönyvekben azt olvasuk, hogy az minden, még chininnel is daczoló idegbaj, s néhány hét alatt magától is elmúlik és 3. a számarhurutot (l. a légzőszervek betegségeit).

Nem terjeszkedem ki arra, hogy a febris larvata minden lehető szokatlan alakját leírjam, csak azt jegyzem meg, hogy általában véve azt felismerni nem nehéz, ha a következő feltételeket szem előtt tartjuk. 1. mindannyiszor gondoljunk erre, ha bármely lehető tünetcsoport mindig szabályosan ismétlődik; 2. hogy a kórismével csakhamar tisztába jöhessünk, nem kell azonnal valamely erős hatású szerhez fordulnunk, ha a baj lényegével még nem vagyunk tisztában s nincs reá ok, hogy a gyógykezeléssel nagyon siessünk; 3. tisztán csak a tünetek időszakos visszatérésére állapítani a kórismét nem elegendő, hanem várjuk be a chininnek a hatását is; 4. ne feledjük azt, hogy nem minden friss malariás láznál duzzadt a lép; de mivel másrészt gyermekkorban az idült lépnagyobbodás meglehetősen gyakori (különösen kis gyermekeknél angolkór folytán), azért e tünetnek csak akkor van döntő befolyása a kórismére, ha az ugyszólván az orvos szeme láttára fejlődött ki.

Hátra van még hogy néhány szót szóljak a febris remittens-ről. Az elnevezés semmi biztosat nem jelent; akkor használjuk ezt, ha egy oly betegről van szó, a kinél a láz napok és heteken át szabályosan és pontosan egy és ugyanazon órában leesik és mindig ugyanazon, de a napnak más órájában viszont emelkedik, a nélkül azonban, hogy valamely helybeli tünetet találhatnánk, a melynek alapján a láz okát kimagyarázhatnók; a febris remittens voltaképp nem betegség, hanem csak tünet, a melyet sok minden bajnál észlelhetünk. Egyes kőr csoportozatokban ez a bizonytalan lázas állapot kimutatható lépduzzanattal kezdődik, s $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$

hét leforgása után elmulik, úgy hogy egy enyhe hagymáztól semiben sem különbözik; máskor sokkal tovább tartva, gümökórral vagy pedig a váltóláz rendellenes alakjával látszik összefüggni. Utóbbi esetben a többé-kevésbé jelentékeny lépduzzanat okvetlenül constatálható, ugyszintén a kórelőzményi adatokból kiderül az, hogy a beteg ezelőtt már több mint egyszer váltólázás volt; még *ex juvantibus* is eldönthető a dolog, mert a nagy chinin adagok (kétszer annyi decigramm, ahány éves a gyermek) a betegség további lefolyását és a hőmérsékletet nagyon befolyásolják. Remittáló lázakkal folynak le néha oly helybeli megbetegedések is, mint pl. a mellhártyagyulladás bizonyos esetei, csigolyagyulladás, idiült tüdőgyulladás.

Jellegző lefolyással és bőrkiütésekkel (exanthema) járó heveny lázas megbetegedések.

Lázás bőrkiütések. (Exanthemák.)

E csoportba tartozó betegségek leginkább a gyermekkorban fordulnak elő, s ezekre nézve bizonyos közös tulajdonságok jellemzők, a melyekre vonatkozólag ismétlődéseket elkerülendő, néhány szót előre bocsájtunk.

Először valamennyi lázas bőrkiütéssel járó betegség — mint a vörheny, kanyaró, himlő, rubeola, bárányhimlő — *ragályos betegség*, s ennél fogva több gyermektől álló családnak egy gyermeke egyedül csak ritkán betegszik meg e bajok valamelyikében, hanem legtöbbször inkább valamennyi, vagy legalább azok többsége. Ez a körülmény alkalomadtán a kórisme megállapításánál nagyon fontos lehet, különösen pedig a megbetegedés kezdetén, a hol a baj természete még nincs kellőképp kifejezve, vagy pedig akkor, ha a betegség rendellenesen és hiányosan folyik le, a mit tisztába hoznunk nem lehet, ha a kórokozó körülményeket nem ismerjük.

Másodszor e betegségek fertőző csirja — mérge — a tudomány mai felfogása szerint nem mindenütt mutatható ki és a baj nem magától fejlődik a talaj tulajdonságának befolyása alatt stb., hanem kell, hogy vagy maga a beteg, vagy a vele érintkezésbe került tárgyak, vagy esetleg egy harmadik személy, a ki azonban a fertőzésen nem megy át — de a beteggel érintkezett — veszi át a ragályt.

Az oly élénk városban, mint pl. Moszkva, a fertőzés forrását egyes esetekben kideríteni nehéz, (mert pl. elhurczolhatja azt a szabó is, a ki fertőzött mûhelyéből az új ruhát hozza haza, vagy a tejes asszony stb.), kis községekben és falvakon ellenben, a hol járvány nincs, a betegség kezdetén nagy értéke van annak, ha hiányzik a fertőzés forrása, s a kezdeti lázas szakban és más általános tünetekkel járó heveny megbetegedés esetén bizonyos fertőző bajokat már kizárhatunk.

Harmadszor az összes ide tartozó kiütéses bajokra nézve jellegző az, hogy azokat felette ritka kivétellel az ember életében csak egyszer kapja meg. E körülménynek a kórismére nézve azon kétes esetekben van értéke, a hol a tünetek több fertőző bajra emlékeztetnek egyidejüleg, nevezetesen valamely járvány kezdetén, a hol azt kell eldöntenünk, hogy a gyermeknek enyhe kanyarója vagy rubeolája van-e, vagy a kiütést gyógyszerek, esetleg vörheny okozza-e stb.

Negyedszer valamennyi ragályos bőrkiütésnél u. n. *incubatiós időszak* fordul elő, azaz azon néhány napig tartó időszak, a mely a fertőzés idejétől a betegség első tüneteinek jelentkezéséig tart. Ezt az állapotot *lappangási időszaknak* is nevezik, mert ez időszakban semmiféle tünete sincs még a tulajdonképeni betegségnek. Egyes betegségeknek az incubatiós időszak szoros tartama által van jellegezve, másoknál ellenben az hosszabb-rövidebb ideig tart. Az első csoportba tartozó betegségekhez tartozik a *himlő*, a melynél a lappangási időszak 9—10 napig tart; a *kanyaró*, a hol a fertőzéstől a kitörésig 13 nap, a lázas hurutos tünetek beálltáig 9 nap telik el; a *bárányhimlő*, melynél a lappangási időszak 14 nap. A második csoportba tartozik a vörheny, a melynél a lappangási időszak a legrövidebb; ugyanis 24 órától egész 11 napig tart, többnyire azonban 3—7 napig. A rubeola lappangási időszaka hasonlókép bizonytalan (15—21 nap).

Ötödször valamennyi lázas bőrkiütéssel járó fertőző baj jellegzően folyik le, úgy, hogy a lefolyást több időszakra oszthatjuk be. Valamennyien lázzal kezdődnek, a melynél nem észlelünk elég jellemző tünetet: *stadium prodromale*; ezt követi a *stadium eruptionis et floritionis*, azután következik a *visszafejlődési* és a *lehímlási* időszak, s végre az *üdülési* időszak.

A vörheny. (Scarlatina.)

A vörheny legfőbb tünetei a bőrkiütés, a torok nyálkahártyájának gyulladása és a láz.

A *vörhenyes kiütés* szétterjedt, azaz a test egész felszíne pirosodik; mind a mellett a pirosság nem egyenletes, hanem mindig finoman pontozott, mintegy márványzott, mert a vörhenykiütés számtalan vörös, szorosan egymás mellett ülő pontocskákból áll. A pontocskák alapja nem ép bőr, hanem halavány rózsaszínű, a mit leginkább akkor láthatunk jól, hogy ha a bőrt ujjal kissé megnyomjuk; ujjunkat felemelve, az illető helyen kis időre halavány folt marad vissza, a mely a vörös környezettől éles határokkal elüt.

Sulyos vörheny esetekben, igen kifejezett bőrkiütés mellett az egész vörös alap oly élénk piros lehet, hogy a bőrön egyes pontocskákat megkülönböztetni már többé nem is lehet; ily módon a pirosság annyira kiterjedt, mint az összefolyó kanyarós kiütésnél, mindamellet könnyű a megkülönböztetés, mert sem a kanyarónál, sem a vörhenynél az egész testen egyenletesen kiterjedt pirosság nincs, hanem mindig csak a test egy bizonyos részletén, *különösen* pedig a *véglagokon*; a vörhenyes kiütés márványzott vagy pontozott, a kanyaró ellenben nagy, foltos külszint mutat. Összefolyó élénk piros (sclarlát vörös) vörhenyes kiütés leggyakoribb a hátan.

Néha — elég helytelenül — azt állítják, hogy a vörhenyes kiütés az arcot megkiméli. Ellenkezőleg vörhenynél az arc többnyire oly sajátságosan változik el, hogy a betegséget rajta közvetlenül meg lehet ösmerni, a nélkül, hogy a betegét levetkőztetnők és kikérdeznők.

A jellegző elváltozás azon feltünő színelkülönbségben van, *a mi egyrészt az ajkak és az áll halaványságában, másrészt a pofák élénk vörös színében nyilvánul*. Az arc és a törzsön levő vörhenykiütés között az a különbség, hogy csakis a halántéktájon látjuk a pontozott pirosságot, a pofák ellenben ép miként a láznál, kiterjedten pirosak, míg az orr, az áll és a felső ajak megtartják rendes színüket, sőt még a rendesnél halaványabbnak is tünnek fel.

Abból a felfogásból indulva ki, hogy a vörhenyes kiütés diffus és egyenletesen lepi el az egész testfelszínt a nélkül, hogy

csak egy kis ép bőrt is hagyva, kezdők a vörhenyt gyakran kanyarónak tartják, mert a betegnél elég sok kiütéstől ment bőr-részletet találnak. Ezt elkerülendő, megjegyzendő, hogy gyakori az oly vörheny, a mely a rendestől annyiban eltérő, hogy a törzs szétterjedt kiütése a végtagokétól teljesen eltérő, amennyiben az alszáracon és az alkaron rendszerint nagy szigetekben rendes bőr is látható. Más szóval, a vörhenyes kiütés mindenütt, a hol fellép, diffus, de nem szükséges, hogy az egész testfelszínen mindenütt meg legyen; ellenben a kanyarós kiütés itt-ott diffus lehet ugyan, de más helyen foltszerű és soha se finom pontozott alakú.

A vörhenyes kiütés legelőször a nyakon, a mellkas és a hát felső részletén mutatkozik, s innen *néhány óra* leforgása alatt az arcra és az egész törzsre terjed el, az első nap végével elterjed még a végtagokra is; a háton a kiütés a legjobban kifejezett, leggyengébben az alszáracon és a czombok külső felszínén. *A kitörést csekély viszketés is kíséri*, a mi kanyarónál nem igen szokott előfordulni.

A vörheny és a kanyaró közt lényeges különbség még az a gyorsaság, a melylyel a kiütés megjelenése a kezdeti hőemelkedést követi, vagy más szóval, a rövid prodromal időszak. *Már az első 24 óra elteltével a kiütés határozottan észrevehető*, ellenben kanyarónál a bőrkiütés csak a 4-ik napon kezd jelentkezni.

A vörhenyes kiütés ellepi a nyelv és a torok nyálkahártyáját is. Néha már a betegség első napján észrevehető a légyszájpadon azon finoman foltos vagy pontozott kiütés, mely már a következő napon kiterjedt pirossággá változva át, a mandolákra is tova-terjed.

A nyelv az első napokon bevont, mindamelllett a 3-ik vagy 4-ik naptól kezdve, a nyelvcsüctől és a szélektől kiindulva, tisztulni kezd és 1—2 nappal később élénk piros, mi mellett a szemölcsök rajta erősen duzzadtak — scarlatinás málna nyelv. (Himbeerenzunge). A vörhenyre nagyon jellegző ez a piros nyelv, de e tünetet ne keressük már a betegség első napján. Kétséges esetekben, a melyek kiütés nélkül és csak torokgyulladással folynak le, a kórismét teljesen biztosíthatja. A kiütésnek különböző alakváltozásai között, a melyek alapján megkülönböztetünk scarlatina papulosa-t, variegata-t, petechialis-t, stb., különösen fontos gyakorlati értéke van a *scarlatina miliaris*-nak, mert ezt széles kiterjedtsége esetében kezdők legtöbbször félreismerik. Scarlatina miliarisnál a

test különböző részein, de leginkább a nyakon és háton apró, igen sűrűn egymás mellett ülő fehér, savót tartalmazó hólyagocskák lépnek fel. E kiütési alakra igen különös súlyt fektetnek, mert: 1. igen gyakori és 2. kedvező lefolyásra enged következtetni.

A vörhenykiütés könnyű esetekben 3—4 napig, súlyosabbakban 7—8 napig tart és azután minden bőrfestenyezettség hátrahagyása nélkül eltűnik; néhány napra reá kezdődik a lehámlás, a mely oly jellegzetes, hogy még a kórelőzményi adatok hiánya esetén is a kórismét biztosítja. A *vörhenyes lehámlás* sajátossága abban nyilvánul, hogy a felhám a végtagokon, különösen az ujjak, tenyér és talpakon nagy lemezekben válik le (pontosabban szólva: a felhámot innen le is nyúzhatjuk), ellenben a törzs és az arczon apró lemezekben — mintegy korpázva — hámlik le. Leghamarább hámlik a scarlatina miliaris (olykor még a kiütés teljes eltűnése előtt); szabályszerint azonban a lehámlás nyomait a kiütés elhalványodásának első napjai után láthatjuk, s a folyamat eltart 2—4 hétig.

A *vörhenyes torokgyulladásnak* valami különösen jellegző sajátossága nincs, a miből a vörhenyt fel lehetne ismerni. *A vörhenyes torokgyulladás kifejlődési foka és jellege pusztán a vörhenyméreg virulentiájától függ.* Könnyű esetekben egyszerűen hurutos vagy erythemás torokgyulladásból áll, közepsúlyos esetekben, a mely a leggyakoribb, tüszős vagy öblös és csakis a legsúlyosabb esetekben észlelhető a diphtheriás gyulladás, a mely utóbira nézve megjegyzendő, hogy ezt nem a diphtheriás méreg okozza, mert ez nem a vörheny szövödménye, hanem magának a vörhenyméregnek terméke.

Tekintve, hogy a torokgyulladás vörhenynél mindig állandó tünet, ez okból az a vörheny kórisméjére nézve igen nagy fontosságú, mert ha hiányzik, akkor a vörheny is kétséges, legyen bár a testen levő kiütés a vörhenyhez bármilyen hasonló is.

A lázra nézve jellegző, hogy az kezdetben hirtelen emelkedik, rövid ideig a magaslaton marad (fastigium) és aránylag lassan, krízis nélkül száll alá. A láz hirtelen kezdődve már néhány óra leforgása alatt eléri a 39·0—39·5°-ot; a következő két nap alatt a láz kissé még emelkedik, eléri a 40·0—40·5° C-t, s e magasságban marad meg mintegy a 4—5-ik napig, s azután kezd lefelé szállani; további 3—4 nap elteltével a rendes fokra száll alá, úgy, hogy a közönséges, nem szövödményes vörhenynél a lázas

állapot 7—9 napig tart el. Az esetek kisebb számában a láz kevésbé rohamosan kezdődik, s a betegség első napján este 38.5° C-nál nem magasabb, de minden következő nappal mindig magasabb fokra emelkedik, s tetőfokát csak a betegség 4-ik, vagy csak 5-ik napján éri el. A baj további lefolyására nézve azonban az aránylag enyhe kezdet nem nyújt semmi biztosat arra nézve, hogy további lefolyása könnyű lesz.

Hogy szövődmények esetén meddig tarthat a láz, azt bajos megmondani, mert minden a szövődmény természetétől függ. A betegség első idejében a magas lázat a torok, az orr és legkivált a fül diphtheriája, nemkülönben a nyak nyirokmirigyének és kötőszövetének gyulladása tartja fenn. Később, a 2-ik vagy 3-ik héten a láz oka vörhenyes izületi gyulladásokban, pleuritis, peri és endocarditisben, úgyszintén nephritisben keresendő.

Az előbb említett három főtüneten kívül, melyek a bőrkiütés, a torokgyulladás és a láz, számítható a *hányás* is, mint a mi a betegség legelején a legállandóbb s ennél fogva kórisme-i szempontból igen értékes tünet; a beteg néha csak egyetlen egyszer hány, néha azonban a hányás igen makacs. Súlyos esetekben az első 24 órában a beteg 10—20-szor, sőt 30-szor is hány; a hányásra való hajlamosságnak a foka bizonyos tekintetben összefüggésben van a baj súlyosságával, s ennél fogva az igen gyakori és minduntalan ismétlődő hányást kedvezőtlen kórjóslati jelnek tarthatjuk. Megemlítésre méltó az, hogy a leghevesebb hányás sem tart 24 óránál tovább.

Vörheny kezdetén a hányás aránytalanul gyakoribb tünet, mint általában bármely más fertőző kiütésnél, de különösen gyakoribb, mint a kanyarónál; a kezdő orvos tehát kétséges esetekben a kezdeti hányást oly tünetnek tekintheti, mely vörheny mellett és kanyaró ellen szól.

A mi az *idegrendszer* részéről jelentkező tüneteket illeti, e tekintetben a tünetek egyenes arányban vannak a láz magasságával és a fertőzés hevességi fokával, s ennél fogva kórjóslati tekintetben igen fontosak, mivel az ideges zavarok fokából az adott eset nagyobb, vagy kisebb veszélyességére vonhatunk következtetést. Enyhe, alacsony lázakkal kísért vörhenyalakoknál gyakran ideges tünet nincs is; középsúlyos esetekben, a melyek a leggyakoribbak, a betegek főfájásról és nagy gyöngeségről panaszkodnak, nyugtalanul alusznak és félrebeszélnek; súlyos esetekben a beteg nagyon izga-

tott, éjjel semmit sem alszik, s nappal félig eszméletlen fekszik, nyitott szemekkel félrebeszél, ügyében nyugtalanul ide-oda hánykolódik; később aluszékony lesz; a vizsgálat iránt nagyon türelmetlen, mogorva, s gyakran ellenkezik az orvossal szemben minden erejéből; a legsúlyosabb esetekben a beteg az 1-ső vagy 2-ik napon rángógörcsöket kap, a melyek teljes kábultsággal, vagy aluszékonyssággal váltakoznak.

Tekintve azt, hogy a kezdők a vörhenyt a kanyaróval gyakran összetévesztik, megjegyzendő még az, hogy vörhenynél, de legkivált súlyos esetben, a szemgolyók pirossága és tiszta savós vagy nyálkás genyes orrfolyás gyakran előfordul. A lényeges különbség kanyaró és vörheny között e tekintetben az, hogy vörhenynél a szem és az orr csak a bőrkiütés után betegszik meg, ellenben kanyarónál már ez a prodromal időszak kezdetén vagy legkésőbb a kitörés előtt 1—2 nappal már meg van.

A vörhenycomplicatiók közül kórismeik tekintetben fontosak az ízületi gyulladások és a nephritis; ez alapon gyakran fel lehet állítani a vörheny retrospectiv kórisméjét.

A synovitis post scarlatinam lehet genyes vagy savós jellegű. Az előbbeni csupán a vörheny súlyos piaemiával complicált eseteiben fordul elő, a synovitis serosa pedig nem egyszer complicálja a legegyszerűbb eseteket is. A vörhenyes ízületi gyulladás, épen mint a közönséges is, egy vagy több symmetricus ízület megdagadásában nyilvánul, mikor is a gyulladás az egyik ízületről a másikra származik át. A synovitis scarlatinosa a közönségestől főleg könnyű és rövid lefolyása különbözteti meg; a baj gyakran 1—2 nap alatt tűnik el indifferens gyógyításra. Izületi gyulladás a vörhenynél vagy a legnagyobb kiütés idejében, vagy pedig a lehámlási időszakban jelentkezik. A genyes synovitisek, mint a piaemia eredményei, rendszeren a halálos esetekben fordulnak elő. Vörhenynél a savós hárttyák gyulladása általában gyakoribb, mint a kanyarónál, s azért a pleuritisnek és a pericarditisnek szintén fontossága lehet a vörheny retrospectiv diagnosticájára, mert kanyaró után gyakoribb a tüdőgyulladás.

A vörheny változatai.

A *közönséges vörhenyt* az jellegzi, hogy ennél minden tünet mérsékelten kifejtett és hogy azok egymással arányban vannak. A 39,5—40 ° C. láznak megfelel az egész testre kiterjedő élénk

piros kiütés, de a mely kékes színárnyalatot nem mutat, továbbá a mérsékelt nyelési nehézség, a mit a tüszös vagy körülírt diphtheriás lepedék okoz; az ideges tünetek közül: fejfájás, kífokú aluszékonyság, nappali és éjjeli eszmetévigés, nagyfokú izgatottság nélkül; az érverés szapora, de meglehetősen telt, a nyaki nyirokmirigyek ugyan megnagyobbodottak, de mégis mozgathatók és nem fájdalmasak. A betegség hirtelen kezdődik, úgy, hogy jóformán nemcsak a megbetegedés napját, de még óráját is megállapíthatjuk. A beteg legelőbb torokbeli karczolás érzésről s fájdalmas nyelésről panaszkodik; igen gyorsan csatlakozik ezután ehhez a láz és (többnyire egyszeri) hányás; az első nap végével mutatkozik azután a kiütés.

A *rendellenes vörheny* enyhén, vagy súlyos tünetekkel folynak le. A *könnyű alakot* vagy az jellegzi, hogy a vörheny összes fő tünetei — mint a láz, kiütés és a torokgyulladás — enyhe fokúak, vagy pedig az, hogy e tünetek egyike vagy másika teljesen hiányzik, úgy, hogy a következő alakokat lehet megkülönböztetni: 1. vörheny láz nélkül; 2. vörheny torokgyulladás nélkül (igen ritka eset) és 3. vörheny kiütés nélkül; az utóbbi alak leggyakoribb azon felnőtteknél, a kik vörhenyes gyermekek ápolásával foglalkoznak.

A *súlyos vörhenyt* jellegzi a torok és annak szomszédos szervei részéről jelentkező tulságos erősen kifejtett tünetek, vagy pedig az, hogy a szervezet általános fertőzésének tünetei nagyon előtérbe lépnek, a midőn a vörhenyméreg roszindulatú, legkivált abban nyilvánul, hogy a láz igen magas, a szív működés lankad, a beteg a központi idegrendszer megbetegedése folytán levert, vagy pedig a végletekig izgatott.

A roszindulatú vörheny szintén többnyire ismétlődő hányással, hirtelen kezdődik; egyidejűleg igen magasra emelkedik a láz, a mely — a rendes esetekkel ellentétben — már néhány óra alatt $40\cdot5$ — 41° C. ér el, s a mihez csakhamar a zavart öntudat társul. A mellett az érverés feltűnően szapora (160—200 perczenként) és könnyen elnyomható, a végtagok hűvösek, a szemek be-löveltek és zavarosak, a láták szűkek. Szív hűdés folytán a beteg már az első napon is meghalhat, de a halál rendszeren csak a 3-ik vagy 4-ik napon következik be. Ha a beteg az első napokat túléli, akkor a láz igen csekély reggeli alábbhagyásokkal mindig igen magas, a kiütés lassan jelentkezik, s kékes színárnyalatot mutat,

a torok megbetegedése diphtheriás jelleget ölt, s csakhamar áttérjed a szomszédos szervekbe (orr, fülek); egyidejűleg megduzzadnak a nyaki mirigyek is és már a betegség 4-ik napján mutatkoznak a kötőszöveti gyulladás tünetei. A legtöbb beteg a 7—9-ik napot túl nem éli.

A súlyos vörheny gyakran teljesen kiütés nélkül vagy durványosan kifejelett kiütéssel folyik le.

A vörheny szövödményeit a vesegyulladással és a vizibetegséggel l. a megfelelő fejezet alatt.

Ha valaki életében egyetlen egyszer látott jól kifejezett kiütéssel járó vörhenyt, annak a *vörhenyt felismerni* nem nehéz, s mégis fiatal orvosok, de leginkább orvostanhallgatók azt igen gyakran tévesztik össze kanyaróval. Megemlítésre méltó az a körülmény, hogy a kanyarót vörhenynek senki sem tartja, hanem mindig megfordítva. A hiba többnyire abban van, hogy egyes, kórismeit fontossággal semmi tekintetben nem bíró tüneteket túlbecsülnek, s viszont más fontosabb tüneteket nem vesznek tekintetbe. Így pl. kanyarót kórisméztek egy esetben azért, mert a kiütés először az arczon jelentkezett, s nem a nyakon, de a mellett eltekintettek attól, hogy az arcz közepén (orr, ajkak, áll) kiütés nem volt (ami a kanyaró kizárására nézve nagy fontosságú körülmény), továbbá hogy a kiütés a megbetegedést követő 24 óra múlva lépett fel (s nem 3—4 nap múlva, mint a kanyarónál), s végre hogy a beteg nem köhögött. Máskor azért tartották a vörhenyt kanyarónak, mert a kiütés nem terjedt el az egész testen, hanem az alsó végtagokon és a hason meglehetősen nagy, kiütéstől ment bőrterületek voltak, de ennek daczára nem vették észre, hogy a hol volt kiütés, az diffus jellege és pontozott alakja miatt a vörhenyre nagyon jellegző volt. Egy harmadik esetben a téves kórismének alapja az volt, hogy a betegnek orrfolyása volt, kötőhártyái belöveltek, s nagyon keveset köhögött, de a mellett elfeledték azt, hogy mind e tünetek már csak a kiütés kitörése után léptek fel. Minden további tévedések kikerülése szempontjából itt csak azt említen fel, hogy a vörheny kórisméjére nézve leginkább a következő körülményekre legyünk tekintettel.

Kóroktan: mindenek előtt jöjjünk tisztába azzal, hogy nincs-e a házban bármiféle beteg vagy pedig, hogy a fertőzésre való alkalom nem volt-e megadva. *A prodromalis időszak*: vörhenynél torokfájás, láz, hányás, a betegség hirtelen kezdete, köhögés hiánya, ellen-

ben a szemkötőhártyák belőveltségének és a tüszögésnek hiánya. Kanyarónál hurutos tünetek kíséretében láz, nátha, fényiszony, a mellett rendesen a beteg nem hány. *A kiütés kitörésének ideje:* vörhenynél az első 24 óra elteltével, kanyarónál 3—4 nap múlva. *A kiütés jellege:* vörhenynél kiterjedt, finoman pontozott, a mi mellett az arcz közepe szabad; kanyarónál foltos, s ha valahol össze is folyó, akkor a foltok egyenletesen pirosak, azokon pontokat vagy márványzottságot látni nem lehet.

Minthogy egy orvos sem tartja a kanyarót vörhenynek, hanem inkább megfordítva, ennél fogva a kezdő kevésbé téved akkor, ha minden kétséges esetet vörhenynek tart.

Torokgyulladás nélkül lefolyó enyhe, rendellenes vörheny különböző kiütésekkel téveszthető össze, a melyek a vörhenyes kiütésekhez hasonlítanak. E tekintetben csak arra figyelmeztetek, hogy torokgyulladás nélkül lefolyó vörheny a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, s ennél fogva vörhenyre ilyenkor csak akkor gondolhatunk, ha a fertőzés forrását ismerjük, vagy ha a házban sarlajos beteg van.

Ha egy családban többen betegesznek meg vörhenyben, torokgyulladás nélkül és enyhe láz kíséretében, s a mellett a betegség jellegzően 2—3 hét alatt meggyógyul, akkor alig jogosult az a feltevés; hogy e kis járványt rendellenes vörhenynek tartsuk; ellenkezőleg sokkal valószínűbb az, hogy önálló megbetegedéssel állunk szemben, a melyet én mint önálló megbetegedést — a rubeola scarlatinosa — cím alatt, előadásaim második kiadásában irtam le. Ez a betegség a vörheny ellen még mentesíti a beteget és ez utóbbitól abban különbözik, hogy kivételesen könnyű lefolyású és a betegséget lehámlás nem követi. Eltekintve a kiütéstől, egyes esetekben észlelhetünk enyhe torokgyulladást és csekély lázt, máskor e tünetek egyike vagy másika vagy mindkettő is hiányzik és csak a kiütés marad fenn. A vörhenyhez hasonló exanthemák közül a *sudamina rubrá*-t tenném első helyre. Ez két éven aluli gyermekeknél, különösen angolkórosaknál igen gyakran előfordul és néha a vörhenyes kiütéshez feltűnően hasonlít, de mindamellert ez kevésbé kiterjedt, mert az egész test felületére nem terjed ki, hanem egyes testrészeket kiválóan előnyben részesít és éppen ebben áll a különbség; a kiütés t. i. csakis az erősen transpiráló helyeket lepi el, ilyenek a nyak, a mell, a hát felső része, a homlok, a czombok belső felszíne; jellegző még az is, hogy sudaminánál a hason vagy

egyáltalán nincs kiütés, vagy csak igen csekély az, ellenben vörhenynél e tájakat a kiütés egészen ellepi, a homlok azonban aránylag szabad. A sudaminás kiütés továbbá gyors mulékonysága által is jellegzett, azaz, ha a beteget melegen betakarjuk, akkor fokozódik (pirosabb lesz), s ha azt enyhén takarjuk be, akkor elhalványodik, sőt egészen el is tűnik; ilyen ingadozásokkal néha még egy hétnél tovább is eltart, vagy pedig egyik kiújulás követi a másikat.

A körülírt vörhenyes kiütéshez nagyon hasonlít az a kiütés, a mely gyermekeknél különböző háziszerek bedörzsölése után szokott mutatkozni, milyen a tábla-olaj, zsír, vaselin stb.

Ez a kiütés természetesen csak azokra a helyekre szorítkozik, a melyet igen linom hő takar, a milyen a has és a mellkas: ellenben megkiméli a hát és a végtagok háti felszínét. De miután minden lázas betegségnél általánosan bevett szokás az, hogy az anyák gyermekeiket zsírnemű háziszerekkel bekenik, azért bizonyos körülmények között ez a valódi vörheny eseteiben az orvost tévutra vezetheti; a beteget a vörheny prodromális időszakában kenték be és még ugyanazon napon jelentkezett a vörös kiterjedt kiütés. A kórelőzményi adatoktól eltekintve, tartsuk itt szem előtt azt, hogy a kenőcsök által okozott mesterséges exanthema, ellentétben a vörhenyessel, sohasem lepi el az egész test felszínét.

Ugyan e csoportba tartozik azon bőrkiütés is, amelyet bizonyos gyógyszerek belső adagolása idéz elő: *Dermatitis diffusa medicamentosa*. E pirosság vagy az egész bőrfelszínre illeti, vagy legalább annak legnagyobb részét, s majd egyenletes, majd finoman pontozott, mint a vörhenynél; az utóbbihoz való hasonlatosságot növeli még az, hogy a kiütés elmúltával a felhám nagy lemezekben hámlik le. Vannak gyermekek, a kiknél ilyen vörhenyhez hasonló bőrkiütések a legkülönbélebb okokból származhatnak, mint pl. minden hőemelkedés alkalmával, bizonyos gyógyszerek vagy kenőcsök alkalmazása stb. után és a kórelőzményi adatokban azon állítás foglaltatik, hogy a betegnek több ízben volt vörhenye. Ha a kiütés az arcot is ellepi, akkor ez a száj környékét és a hajzatos fejbőrt is a bántalom körébe vonja; a vörhenyes kiütéssel ellentétben a kiütés előszeretettel támadja meg a végtagok fesztítő oldalát is. A torok nyálkahártyája mindenkor érintetlen, s a torokgyulladás hiánya igen fontos mértékadó tünet arra nézve, hogy a vörhenyt kizárhassuk (l. még az egyes gyógyszerek által okozott bőrkiütésekről szóló fejezetet is).

Vörheny nyelv összetéveszthető még a tüdőgyulladás kezdetével jelentkező erythema is, s különösen a himlő prodromalis időszaka is, ha a lázas mozgalom második napján és a hányás jelentkezésével a bőrön kiterjedt pirosság lép fel; e kiütés különben nem pontozott és nem is azt kíséri a torok megbetegedése.

Scarlatina sine exanthema, a melynél a beteg lázas és toroka is fáj, a toroktünetek alapján úgy fogható fel, mint egy egyszerű hurutos, tüszős, vagy diphtheriás gyulladás. Vörhenyes torokgyulladást akkor vehetünk fel, ha a házban vörheny fordult elő; ha ez a föltétel hiányzik, akkor a kezdeti hányás, továbbá a lágyszájpad és a nyelv pontozott pirossága a betegség kezdetén, a további lefolyásban a rendellenes vörheny mellett szólhat. Néha a valódi tényállás csak akkor derül ki, ha a családban további megbetegedések fordulnak elő, vagy pedig ha a vörhenyre jellegző szövödményeknek valamely tünete mutatkozik, milyen a vesegyulladás és vízibetegség, vagy az ujjak és tenyerek lehámlása. A kiütés előtt, már az első napon halállal végződő vörhenyes eseteket az orvos heveny agyhártyagyulladásnak, vagy himlőnek is tarthatja. Az ily eseteknek biztos kórisméje csakis a kórokozó tényezők alapján lehetséges; ha azonban az ilyen fertőzési forrás ismeretlen, akkor az is ki van zárva, hogy az esetet ismeretlen okból származó vérmérgezésnek tartsuk.

A kanyaró. (Morbilli.)

A kanyaró cardinalis tüneteire tartozik a bőrkiütés, a láz s a légzőutak és a szemkötőhártyák hurutja.

A kanyaró exanthemája a vörhenyes kiütés finoman pontozott és szétterjedt kiütésétől szétszórta foltos jellege által különbözik. A vörhenyes beteg távolról tekintve egyenletesen piros, a kanyarós pedig foltos. Az egyes kanyarós foltok lencsényi, egész filléryi nagyságúak, sőt nagyobbak (a szerint, hogy hány folt folyt össze egy nagyobbá) és világos piros színezetűek. A kis foltok alakja kerek, s minden egyes folt közepén már szemmel láthatólag, de még a tapintó ujj alatt is könnyen észrevehető egy apró, hasonló színű kiemelkedés, úgy, hogy a kanyaró foltot úgy tekinthetjük, mint két részből, t. i. egy központi kiemelkedésből és az azt körülvevő piros udvarból állót. A nagyobb foltok tekintve, hogy azok apróbb foltok összefolyásából keletkeztek, szabálytalan alakúak.

A kiütés papulosus jellege majd nagyon kifejezett, majd

csak gyengén. Kórismeit tekintetből fontos az, hogy a kanyarós kiütés kitörése kezdetén kizárólagosan papulákból állhat, pirosság nélkül, minélfogva a kanyaró ilyen esetekben sokban hasonlít a himlő kezdeti szakában mutatkozó papulosus kiütéshez; s ha azonfelül a hurutos tünetek is késnek, akkor még a tapasztalt orvossal is megeshetik, hogy a kanyarót himlőnek nézi.

A kanyaró először az *arczon* mutatkozik s pedig *az arcz közepén*, azaz az orron, ajkakon, az állon és az orrt környékező pofarészleteken. Kezdetben nem foltos, hanem gombostüfejnyi, egész kölesnyi, vöröses kiemelkedésekből áll, a melyek meglehetősen izolálva, szétszórva vannak egymástól. Számuk óránként növekszik s környékükön csakhamar kiképződik a piros udvar; az egész arcz ilyenkor egyenletesen piros s kissé felduzzadt.

A kanyaró 3 nap alatt (tehát nem oly gyorsan, mint a vörheny), felülről lefelé haladva lepi el a testet, úgy, hogy a kiütés elterjedtségéből a megbetegedés napját meglehetősen állapítani lehet. A kitörés első napjának reggelén az arczon kevés még a kanyarós folt, de ezek száma estig már jelentékenyen szaporodik, s a nyakra és a mellkas felső részletére is kezdenek átmenni; a 2-ik nap reggelén az arczon a kiütés elérte a tetőfokot, s bizonyos körülmények között a kiütések össze is folynak; a törzsön már meglehetősen sok kiemelkedés és folt van; a czombok belső felszínén kezdenek mutatkozni az első kivirágzások, a 3-ik nap reggelén a kiütés ellepi teljesen a végtagokat is, s az arczon kezd halványodni. A kiütés visszafejlődése ugyanazon sorrendben megy végbe, mint annak kifejlődése. A kiütés elmúltával kezdődik a lehámlás; a mely jobban kifejezett az arczon, mint a törzsön. A kanyarós lehámlás a vörhenyestől abban különbözik, hogy 1. a felhám sohasem hámlik nagy lemezekben, hanem mindig csak apró pikkelyek alakjában, (korpás lehámlás), ugyszintén 2. abban, hogy a tenyerek és talpak nem hámlanak. A kanyarós kiütés nem viszket.

A kórismére nézve fontos szerepe van a kanyaró azon rendellenes alakjának, a melynél a *kiütés összefoly* — Morbilli confluentes, mi vörhenyvel téveszthető össze, ha t. i. az egész testet borítja. Ez azonban szerencsére sohasem fordul elő. A kiütés ilyenkor csak bizonyos bőrfelületeket illet, nevezetesen az arczot és a hátat, mialatt egyebütt bárhol a közönséges, foltos kanyarós kiütés látható.

A rendellenesség vonatkozhatik a kitörés sorrendjére is; pl.

felléphet az arcot kikerülve először a törzs azon helyén, a mely valamely izgalomnak volt kitéve (mustározás, idült eczema).

Az orr, a szemek, a gége és hörgők *hurutja* kanyarónál a kitörés előtt érvényesülnek, s pedig a lázas állapotnak már első napján. Az első napokban a mellkas physicalis vizsgálata nemleges eredményt nyújt; a légzés hólyagesás marad, bűgás, ropogás még nincs. A száraz és gyakori köhögés, a nátha és a fényiszony általában eltart egy hétig, azaz a kiütés virágzásának tetőpontjáig, s a kiütés visszafejlődésével lassanként oldódnak a hurutok, a nyák felköhögése könnyebbül és 1—2 hét alatt egészen elmúlik.

A kórismére nézve kiválóan fontosak a légyszájpad nyálkahártyáján észlelhető jelenségek, a melyen 24—48 órával az arcz kiütése előtt jelentkeznek a piros foltozottság alakjában, a mely oly jellegzetes, hogy a kanyarót általa már a prodromal időszakban felismerhetjük; ennélfogva ezt a kiütést *prodromalis exanthemának* is nevezik. Ezt a szájnálkahártya egyéb részein is észrevehetjük, különösen az ajkak és pofák belső felületén, sőt a szemhéjjak belső felületein is.

Minthogy egyes — minden esetre — ritka esetekben a szájnálkahártyakiütés késik, s vagy az arcz kiütésével egyidejűleg vagy még később jelentkezik, ennélfogva a prodromalis kiütés hiánya még nem jogosít fel arra, hogy a kanyarót kizárjuk.

A *láz*nak valamely határozott jellege nincs. A kanyaróra még leginkább az a lázgörbe jellegzetes, a melynek két kiemelkedő csúcsa van, de rövid állandósulás után gyorsan leesik. Az első tetőfoka (körülbelül 39·5—40 °) a prodromalis időszak első napján, a második (40—40·5 °) a kitörés 1-ső vagy 2-ik napján észlelhető, mindkettő egymástól három napos, aránylag alacsony reggeli hőemelkedésekkel járó időszak által van elválasztva. Minél enyhébb a kanyaró, aránylag annál alacsonyabb általában a hőmérsék tetőfoka, s annál inkább közeledik az a prodromal időszak 2-ik napján a rendeshez. Bizonyos fokban ez a körülmény a kórjóslatnál is értékesíthető. Enyhe kanyarónál a láz 5, súlyosabbnál 7—9 napig tart.

A *kanyaró különféle alakjai*. A rendes kanyaró prodromalis időszaka hirtelen emelkedő lázzal (már az első este eléri a 39—39·50 °), köhögéssel és náthával kezdődik. Egyes esetekben a hurutok a lázt 2—3 nappal megelőzik, máskor megfordítva, előbb jön a láz, azután köhög a beteg, úgy, *hogy ha a betegség első napján a hurutos tünetek hiányzanak, ez a kanyarót még nem*

zárja ki. A második napon a hőmérsék reggel rendes, vagy csaknem rendes, míg a hurutok változatlanul fennállanak; a 3-ik napon pirosodnak a szemek, a légyszájpadon megjelenik a prodromalis kiütés, a köhögés a mellett fokozódik; a következő napon az arczon mutatkoznak a kivirágzás első nyomai. Az 5-ik napon a láz jelentékeny fokban emelkedik, s beáll a *külörési szak*, a mely 3 napig tart; a 7-ik naptól kezdve az arczon levő kiütés kezd halaványodni, a hőmérsék leesik a rendesre, s a hurutok oldódni kezdenek. A 2-ik héten áll be a teljes gyógyulás.

A rendestől többé-kevésbbé eltérő lefolyást mutató kanyarós eseteket *rendellenes kanyarónak* nevezik. Ide tartoznak pl. a könnyű, u. n. abortív kanyaró esetek, a melyek két válfajban fordulnak elő, u. m. mint láztalanul lefolyó kanyaró esetek, vagy pedig kanyarós esetek kiütés nélkül — Morbilli apyretici et Morbilli sine exanthemate — mindkét alak felette ritka, s szörványosságuknál fogva nem is kórismézhetők, mivel ha a kanyaró láztalanul folyik le, akkor a kiütés a rubeolától semmiben sem különbözik, ép úgy, mint nincs különbség a hörghurut és olyan kanyaró között, a mely láztalanul folyik le. Egyébként, ha a száj és a torok nyálkahártyáján foltos pirosság kimutatható, akkor az esetet nyugodtan kanyarónak tarthajuk. A rendellenes alakokhoz tartozik az a kanyaró is, a *melynél hiányzanak a hurutos tünetek*; ha a kiütés világos piros, helyenként összefolyó, s a mellett a betegnek magas láza van a kiütés előtt és alatt, akkor könnyű a rubeolától megkülönböztetni (utóbbinál prodromalis láz nincs, s a kiütés nem oly élénk piros).

A kanyaró lappangási időszakában előforduló rendellenes tünetek nem ritkák, mi mellett a további lefolyás azután rendes; néha a prodromal-szak szokatlanul hosszú tartamú (6 napos is lehet), máskor ellenben a rendesnél is rövidebb (1—2 nap).

A súlyos kanyaró esetek ugyancsak a rendellenes alakhoz számítandók. A megbetegedés vagy a betegség roszindulatú mérge, vagy szövődmények fejlődése által válhat súlyossá. Szerencsére ezek ritka esetek; rendesen a kiütés is már vérömlenyos jellegű, s többnyire már előzőleg beteg és legyengült egyéneket támadják meg.

Ily esetekben a kanyaró már elejétől fogva súlyos; az igen magas láz reggelenként sem hagy alább és a 2-ik napon nincsenek előjelek; a kiütés csak szörványosan fedi a bőrt és kékes színezetű; az érverés szapora és kicsiny, a nyelv száraz és barna kéreg-

gel borított, a köhögés száraz és szüntelen, a halálos vég a szív-működés gyengülése folytán már az első héten bekövetkezhetik.

A kanyaróban a halálos véget sokkal gyakrabban a complicatiók okozzák, a melyek közül legfontosabb a tüdőgyulladás, a mely vagy a kiütés idején, vagy a kiütés elhalványodása után kezd mutatkozni.

Némely esetekben veszedelmes complicatio a hasmenés, a mely könnyű formában közönséges kísérője a kanyarónak, s rendszerint a prodromalis szakban kezdődik. Ellenben a vesegyulladás, mely a vörhenynél nagyon gyakori, a kanyarónál nagyon ritka. A kísérő betegségek közül legveszedelmesebb és fájdalom, elég gyakori, a miliaris gümőkór.

A jól kifejlődött kanyaró kórisméje könnyű, mivel a betegnél — eltekintve a felette jellegző, csakis egyedül a kanyaró tulajdonát képező kiütések mellett — a hurutos tünetek is nyilvánvalók.

A kórisme nehéz lehet: 1. a lappangási időszakban; 2. a kitörés kezdetén és 3. enyhe kanyaró eseteiben.

A lappangási időszak legelején, a hol a beteg lázas, köhög és náthás, a kanyarót könnyen influenza-nak tarthatjuk, mindazonáltal a differentialis kórismét a második, vagy legfeljebb a harmadik napon megállapíthatjuk és pedig a légyszájpad és ajkak nyálkahártyáján meglevő prodromalis kiütés alapján. Ha ez még hiányzik, akkor a betegséget elárulja, eltekintve a járvány jellegétől, a betegség második napján a láz erős visszaesésétől — a fokozódó kötőhártyagyulladás és gyakori tüszögés.

A kitörési szak kezdetén a kanyaró még leginkább *himlővel* téveszthető össze. A közönséges, azaz a legtöbb esetben a megkülönböztetés nem nehéz; ez azon alapszik, hogy a légyszájpadon meg van a prodromalis kiütés és hogy a hurutos tünetek jól kifejezettek, (mindkető hiányzik a himlőnél), a mellett a kiütés maga inkább foltos, mint papulosus jellegű. Mások a körülmények akkor, ha a betegnél a hurutos tünetek késlekedésével, kanyarós papulosus kiütés jelentkezik, a melyet rendszerint prodromalis kiütés nem előz meg. Néha a tulajdonképeni bántalom lényegét illetőleg kénytelenek vagyunk véleményünket a következő napra tartani fel.

Ilyféle kétséges esetekben fontoljuk meg a következőket: a himlős kiütés fokozatosan lassabban terjed, nem oly gyorsan, mint a kanyarónál; *ha ennél fogva a kitörés első napján az arczon*

már annyi papula van, hogy azokat nehéz lenne megolvasni, akkor ez kanyaró mellett szól. A betegség azon szakán, midőn már a kiütés nemcsak az arcot, de a törzsöt is ellepte (legkorábban a kiütés második napja), a kórismére nézve a következő körülmények birnak fontossággal: 1. A kanyarós kiütés a hason ép oly nagyságú, mint a mellen, míg himlőnél a hason alig van kiütés; 2. ha himlőnél a kiütés már a törzsre is elterjedt, akkor az arczon itt-ott apró hólyagesákat találunk szétszórva, úgy, hogy a hólyagesák teljes hiánya kiterjedt exanthema mellett nagyon is a kanyaró mellett és a himlő ellen szól; 3. a kitörés 2-ik és 3-ik napján a himlő-papulák körül piros udvar még nincsen, ellenben kanyarónál, ha nem is valamennyi papula körül, de legalább egyesek körül *ilyen udvar feltalálható és az egyes foltok terjedelme között megvan az egyformállanság*; 4. a kanyarós kiütés élénkebben színezett, igen élénken piros, ellenben a himlős papula halavány rózsaszínű; a kanyarós kiütés kitörési időszakában a láz szükségképen emelkedik, (magasabb, mint az elébbi napon), ellenben himlőnél csökken; 6. tapintásra a kanyarós kiütés jóval puhább, gyengélebb, mint a tömör himlőkiütés.

Bőséges kiütéssel járó *kiütéses hagymáz* is összetéveszthető kanyaróval, különösen akkor, ha a roseola az arczra is elterjed. A különbség abban áll, hogy a kanyarós kiütés nem oly halovány, mint a *roseola typhosa*, a mellett kanyarónál a hurutos tünetek sokkal nagyobbokúak, legfőképp pedig abban, hogy a kanyaró kitörési időszakának kezdetén, a száj és légszájpad nyálkahártyáján mindenkor megvan a foltos kiütés, ellenben hagymáznál *soha*. Megfordítva, heveny lépduzzanat csakis typhusnál fordul elő. Ha a beteg már az első napon orvosi kezelés alá kerül, akkor a kórisme még könnyebb, mert kanyarónál a kiütés kezdetben az arczon van és csak a további két nap lefolyása alatt terjed az felülről lefelé; ellenben kiütéses hagymáznál a kiütés később jön az arczra, mint a törzsre, sőt néha egyáltalában nem is. Ha igen sok halvány rózsaszínű apró foltokból álló kiütés borítja csakis a törzsöt és a végtagokat, *az arcot azonban megkiméli, akkor a kanyarót kizárhatjuk*. A roseola typhosa nem folyik össze nagy foltokká és ennél fogva hagymáznál az egyes kivirágzások nagyobb egyformaságuk által tűnnek ki a kanyarós foltok felett. A kanyaró és vörheny közti különbségről lásd az előbbeni fejezetet. Az összefolyó kanyarós kiütés már csak azért sem téveszthető össze vör-

henynyel, mert a végtagokon sok hely található, a mely a közönséges foltos kanyarós kiütés külemét mutatja.

Enyhe kanyaró esetek, a melyeknél a kiütés csekély, a láz jelentéktelen, a beteg alig köhög, rubeolával téveszthetők össze. A kórismének legbiztosabb támpontját ilyenkor a járvány jellege képezi.

A rubeola-nál a kiütés általában véve a kanyaróra emlékeztető, mindamelllett a kiütés halaványabb színezetű; a kitörés gyorsabban megy végbe és egy nap alatt az egész testet ellepi, ellenben kanyarónál ehhez 2—3 nap szükséges. Rubeolánál a kiütés igen bő is lehet, de mindig megtartja halvány rózsaszínű jellegét, *s éppen a kiütések ezen nagy száma és halaványsága mellett a láz, továbbá a hurutos tünetek hiányában (vagy alig számba vehető voltában) látom részemről a főkülömbiséget a járványos rubeola és a kanyaró között*: mert ez utóbbinál a láz és a hurut annál kifejezettebb, mennél bőségesebb a kiütés. A mi a lágyszájpadon levő kiütést illeti, ez kétségtelenül rubeolánál is előfordulhat, ennél fogva ez a tünet a differenciális kórisménél nem értékesíthető. Rubeolánál prodromalis lázas időszakról alig szólhatunk, mert a kiütés rendszerint már a kezdeti láz első óráiban meg van, a mely körülmény igen fontos kórismei jelentőséggel bír. Általában azt mondhatjuk, hogy a rubeola kórisméje csak a járvány kezdetén vagy a szórványos esetekben nehéz.

Az enyhe kanyaróhoz vagy a járványos rubeolához hasonló lehet a *nem fertőző eredetű rubeola*. A betegség kóroka nem egészen világos. Ide tartoznak a különféle okokból eredő kiütések, a melyek pirosas, az ujjnyomás alatt eltünő kerek lencsényi, egész ujjkörömnagyságú foltból állanak; e kiütés nem ritkán kis gyermekeknél különféle lázas megbetegedések előhírnökeiként észlelhető, vagy pedig azt a legkülönbélebb gyógyszerek, mint chinin és terpentin stb. hatása idézi elő és azonnal elmúlnak, mihelyt a gyógyszerert abban hagyják. Az ilyen kiütések a rubeola és kanyarótól abban különböznek, hogy az azokat kísérő láz teljesen önálló és hogy a kiütés csak véletlen, mulékony tünet gyanánt keletkezik.

A himlő. (Variola.)

A himlő jelenleg a ritkább gyermekbetegségek közé tartozik. A hólyagesás kiütés annyira jellegző, hogy a betegség kórisméje egyáltalán nem nehéz, ennél fogva e tekintetben egész rövid leszek.

A betegséget a hirtelen beálló láz jellegzi, a mely 3 napig tart; a kiütés a 4-ik napon kezdődik, s attól a pillanattól fogva beáll a hőemelkedés gyors leszállása.

A prodromalis időszak állandóbb tüneteihez tartozik a hányás, fejfájás, székrekedés, keresztcsonttáji fájdalom, de mind e tünetek magokban nem elegendők arra nézve, hogy a betegséget a papulák és genyhólyagsák fellépte előtt már felismerhessük. Nagyobb körisme jelentősége van a *prodromalis kiütésnek*, a mi lehet petéses, vagy erythemás. Az előbbi apró petécekből áll, a melyek leginkább a has alsó szakaszát és a czombok belső felületeit lepik el, a mely körülmény a himlőre nézve különösen jellegző. Az erythemás kiütésről lásd a bőrbetegségek fejezetét.

A himlős kiütés a 4-ik napon kezdődik. A kiütés először az arczon jelentkezik apró halavány rózsaszínű papulák alakjában és a következő 2-ik napon kiterjed a törzsre és a végtagokra. Minden egyes papula hólyagsába megy át, a mely egész a 7-ik napig folyton nagyobbodik, s a mely végre lapos jellegző hólyagsa alakját veszi fel, a közepén bemélyedéssel. A 7-ik nap után a genysejtek hozzákeverődése folytán a hólyagsa tartalma mindinkább zavarodik, s a 8-ik vagy 9-ik napon a hólyag genytüszővé alakul át. A 11-ik vagy 12-ik napon a pustula bennéke kezd beszáradni, s a betegek ebben az időszakban panaszkodnak leginkább a kiütés visketéséről. Mennél fejlettebbek a himlőhólyagok, annál később kezdenek beszáradni és annál tovább tartanak a pörkök; közepsúlyos esetekben 30—36 napon esnek le és gyakran maguk után kerek hegeket hagynak hátra.

A kiütés kezdetével eltűnt láz a 9-ik napon újra föllobban, s ha szövödmény nem fejlődött, 4—6 napig eltart.

A himlő különféle alakjai. A tünetek foka és a lefolyás szerint megkülönböztetünk enyhe, közepsúlyos és súlyos himlőalakokat. A közepsúlyos alakokról már fennebb szóltunk. A súlyos alakokhoz tartozik: 1. *purpura variolosa*; 2. *variola haemorrhagica pustulosa* és 3. *variola confluens*.

Világos, hogy a legveszélyesebb a *purpura variolosa*, mely rendszerint még a bőrkiütés előtt halálos. Eltekintve a gyorsan beálló collapsustól, ezen alaknál a legfontosabb tünetet képezik a bőrpetécek és a nyálkahártyákból fellépo vérzések.

A *variola haemorrhagica pustulosa* az előbbitől abban különbözik, hogy a vérzésre való hajlam nem a lappangási időszak-

ban, hanem a papulák kitörési, vagy azok hólyagos és pustulás időszakában lép fel. A vérkiömlések nemcsak magokba a himlős kiütések belsejébe történnek, hanem egyuttal a kiütéstől ment bőrbé is.

A *variola confluensre* jellegző az, hogy a himlős hólyagok igen sűrűen ülnek egymás mellett, a miért sokszorosán összefolyának és azok kitörését felette magas láz kíséri.

A himlő könnyű alakjaihoz tartozik a himlő kiütés láz nélkül és a szétszórt, vagy modificált himlő — *variolois*. *Himlő kiütés nélkül* az által jellegzetes, hogy tulajdonképpen a betegnél csak lappangási időszak van, a mely minden sajátosságaival, mint hányás, keresztttáji fájdalmak és prodromalis kiütéssel folyik le. Csakis akkor, ha petéceses kiütés a testnek a himlőre nézve annyira jellegző részén lépett fel (a has alsó részletén), akkor ismerhetjük fel a himlőnek ezt a ritka válfaját: minden más esetben a korisime csak a koroki mozzanatokra alapulhat.

Himlő láz nélkül hasonlóképpen, mint himlő kiütés nélkül, enyhe megbetegedés. Az enyhe himlő ezen alakjai és a bárányhimlő közötti különbségről lásd a következő fejezetet.

A himlő és a variolosis közti különbséget csak általános vonásokban adhatom elő: a variolosisra nézve jellegző az enyhe lefolyás, a rövidebb időtartam és a szövődmények hiánya. A kiütés első napjának végén, vagy a másodiknak elején a hőmérő szükségképpen a rendszerre száll alá, a mely fokon az a betegség végéig megmarad.

A himlőt csak a betegség első napjain nehéz felismerni. A lappangási időszakban, különösen pedig akkor, ha a fertőzés forrása ismeretlen, nagyon nehéz, sőt néha lehetetlen is. Súlyos himlőesetek, a melyek makacs hányással, heves fejfájással, magas lázzal, görcsökkel és azt követő eszméletlenséggel kezdődnek, igen könnyen *heveny, vagy cerebrospinalis meningitissel téveszthetők össze*, különösen akkor, ha a mellett a beteg heves hát- és tarkó-fájdalmakról panaszkodik, s bár csekély tarkómerevség constatálható nála.

Igen kiterjedt diffus erythema esetén a himlőt vörhenynek is tarthatjuk, de a vörheny ellen szól nemcsak a torokgyulladás hiánya, hanem a bőrnek egyenletes (nem pontozott) pirossága is.

A lappangási időszakban a hányás és a magas láz jelenlétéből a himlő heveny gyomorhuruttal is összetéveszthető.

A papulás kitörés időszakában a himlő kanyaró, bárányhimlő és a csalánkiütés papulás alakjával is összetéveszthető.

A kanyaró és himlő közti különbségről már előbb volt szó; itt csak azt jegyzem meg, hogy ha arról van szó, valjon a betegnek kanyarója vagy himlője van-e, az esetek túlnyomó számában a kérdés a kanyaró javára dől el.

A *csalánkiütés papulás alakjánál* a kiütés halavány rózsaszínű, gombostü, egész lencsényi papulák alakjában lép fel az egész testen, nem véve ki az arcot és végtagokat sem. Az egyes papulák hasonlatossága a himlőnél (különösen a kitörés első napján) meglepő lehet. A himlő ellen szól ily esetekben a többi között a heves viszketés, a mely a himlő ezen időszakában soha sem észlelhető.

A bárányhimlő. (Varicella.)

A bárányhimlős kiütést a genytüszős himlőtől hólyagcsás kinézése különbözteti meg. A gombostüfejnyi, egész nagy borsónyi hólyagcsákat vörös udvar veszi körül félkör alakban, a közepén nincs mélyedésük és tiszta folyadékkal vannak telve. Nem keletkeznek ezek papulákból, úgy mint a himlő, hanem közvetlenül a vörös alapon jelennek meg; teljes kifejlődésükre nem kellenek napok, mint a himlőnél, hanem csak egy néhány óra; ha azonban a hólyagcsák, bármily csekély is azok száma, *papulákból* fejlődnek és a következő napok folyamán lassanként pustulává válnak, akkor inkább könnyű himlőről, mint bárányhimlőről szólhatunk. A bárányhimlő hólyagcsái vagy egyszerre beszáradnak, vagy tartalmuk előbb megzavarodik ugyan, de sohasem képződnek hegesedő pustulák, tehát a varicellánál nincsenek is himlőhegek. A beszáradást erősen észrevehető viszketés kíséri.

A hólyagcsák száma a bárányhimlőnél is ép oly változó, mint himlőnél; vagy nagyon csekély számban itt-ott az arczon és a háton szétszórta találjuk őket, vagy pedig oly rendkívül számosak, hogy e tekintetben különbség himlő és bárányhimlő között alig van. Másként áll azonban a dolog a kiütés elosztására nézve, mert míg a himlő előszeretettel az arcot, a hátat, a kezeket lepi el, mialatt a has csaknem teljesen ment, a bárányhimlő nem kedveli az arcot, hanem inkább a hasat lepi el nagy számban.

Lényeges különbség a bárányhimlő és a himlő között *van a*

láz lefolyásában is; míg a bárányhimlőnél vagy hiányzik a prodromalis láz, vagy pedig a hőemelkedés a kiütést csak néhány órával előzi meg, addig az enyhe himlő esetekben rendszerint 2—3 napos prodromalis időszak észlelhető. Ép ellenkezőleg, mint a himlőnél, a bárányhimlő kitörésekor nemcsak hogy el nem tűnik a láz, de sőt inkább 39—40 °-ra emelkedik és ezen magaslaton az új hólyagcsák képződéseig állandóan megmarad.





Therapeuticus utmutató.

Abscessus retropharyngealis. Garatmögötti tályog. Külsőleg megmelegedő borogatások, fluctuatio esetén a tályog megnyitása, azután a torok kifecskendése naponta 3—4-szer 2%-os bóroldattal vagy Rp. Saloli 4·0. Spir. vini 40·0. Aq. dest. 160·0. MDS. Szájfecskendésre.

Adenitis acuta. Heveny nyirokmirigygyulladás első időszakában megmelegedő borogatások, vagy párákötések, esetleg oszlató kenőcsök: pl. Rp. Jodi puri 0·06. Kalii jodati 1·25. Lanolini 30·0. Ol. sesami 2·0. Mfung. vagy Rp. Hydrarg. bijodati rubr. 6·0. Vaselini Fl. 30·0 vagy Rp. Plumbi jodati, Ol. sesami, Ol. therebenth. aa 5·0. Empltr. plumb. = (ung. cerussae) 25·0. Mfung. DS. Vékony rétegben rongyra kenve, a dagadt helyekre rögzítendő.

Ha ennek daczára a daganat növekszik, a bőr a feszülés folytán fénylik, nyomásra a fájdalom fokozódik, szóval a genyedés már kimutatható. akkor a sebészi beavatkozásig sokkal ajánlatosabb a meleg pépes — lenmaglisztes — borogatás.

Amygdalitis l. Angina.

Anaemia. Chlorosis. Tiszta levegőn való tartózkodás, kellő testi mozgás, szellemi munkától való tartózkodás, tápláló étrend, mérsékelt adagokban bor (jó minőségű tokaji bor evés előtt 3-szor naponta 1 kávé, esetleg gyermekkanálnyit a beteg kora szerint); hűvös ledörzsölések reggel és este, nyáron át tengeri fürdők és tengerparti tartózkodás (akkor t. i., ha azoknak kedvező hatása nyilvánul, azaz, ha a beteg jó étvágyat kap s álma üdítő lesz; ha a tengeri fürdőzés alatt az étvágy csökken, az alvás nyugtalan, a mellett a betegnek feje fáj és izgatott, akkor a beteg melegített tengervízben fürödjék, esetleg csak tiszta sósfürdőket vegyen).

A belső szerek közül legajánlatosabb a vas, különösen a chlorosisnál. A vaskészítmények adagja függ részint a gyomor emésztési képességétől, részint az egyéni állapottól. Ha a gyermek a labdacot le tudja nyelni, akkor a legjobb a vasat Blood-féle pilulákban nyújtani, természetesen megfelelőleg kisebb adagban.

Rp. Ferri sulfur crystall. Kalii carbon. puri aa 4·0, Tragacanth

q. s. u. f. pilul Nro 60. Consp. p. lycopod. DS. Naponta 2-szer 2 szemet evés után. (A gyomorban könnyen emészthető szénsavas vas képződik, a mely in statu nascendi jobban vitetik át a szervezetbe, mint ha egyenesen ebben az alakban vennék be.) Rp. Ferri carbon. sacch. 0·03—0·06—0·12. Sacch. albi 0·2. Dent tal. dos Nro 12. S. Naponta 2 port. (Gyöngé szorulást okozó készítmény, azért ha székrekedésre is van hajlam, kerülendő.) $\frac{1}{2}$ éveseknek 0·03, idősebbeknek 0·06 az adag. Még hatásosabb a ferrum lacticum, a mely nagyon ajánlható anaemicusoknak, ha hajlamosak hasmenésre, de kezdetben kis adagot nyujtsunk, pl. egy éveseknek 0·03, naponta 3-szor; 2—3 éveseknek 0·04, idősebbeknek 0·06 naponta 3-szor; makacsabb hasmenések esetén tanácsos azt bismuthtal összekötni, kezdetben még opiummal is, pl. Rp. Ferri lactici, Pulv. Doweri aa 0·015—0·020. Bismuth Salicyl, Sacchari aa 0·12 Mfp. dent. tal. dos Nro 12. S. Naponta 3 port (1—3 éves gyermeknek). Heves hasmenéseknél a vas adagolása ellenjavalt. Ha vérzésre hajlamos a beteg, akár böralatti, akár nyálkahártya vérzésekre, akkor nagyon jó a következő: Rp. Liq. ferri sesquichlor. 90·0. Syr. cor. 12·0. MDS. Naponta 3 kávéskanállal evés után (3—4 éves gyermeknek); megközelítőleg annyi csepp Liq. ferri sesquichloratit adagolunk a gyermeknek, a hány éves az.

Igen könnyű vaskészítmény, a melynek adagolását sem a hasmenés, sem a székrekedés nem ellenjaválja és kellemes izü is a pyrophosphor ferri és a natrium és ferrum pyrophosphor. c. ammonio citrico, a melyekből 1—2 éveseknek 0·02, naponta 3-szor, idősebbeknek 0·03—0·06 adagolhatunk.

Rp. Ferri et natrii pyrophosphorati 0·06. Sacchari 0·2. Mfpulv. dent. tal. dos. XII. S. Naponta 3 port evés után (4—6 éves gyermekeknek).

Ha a gyomoremésztés oly gyöngé, hogy semmiféle étvágyjavító szert nem tűr, akkor egy vagy más vasas ásványvizet ajánlhatunk, különösen pedig azt, a melyikben pyrophosphat is van, milyen a *Struve*-féle vasas víz, a melynek ize nagyon emlékeztet az ismert *Selters*-féle vízre. Ezt a gyermekeknek mint italt adjuk, reggel és délben, 8—12 éveseknek naponta $\frac{1}{2}$ üveggel, fiatalabbaknak $\frac{1}{4}$ üveggel.

Anaemia cerebri. Ha az agy vérszegénységének oka az, hogy az egyénnek vérvesztései voltak (belső vérzések vagy külső okból eredő vérzés), s a beteg közel van az ájuláshoz, akkor a beteget fektessük hanyatt, feje alól a vánkost távolítsuk el, lábait emeljük magasra; friss levegő, forró borogatások a fejre, szagoltassunk vele aethert, esetleg belsőleg is adagoljuk (Hoffmann-cseppek, Valeriana), végső esetben fecskendezzünk bőre alá physiologicus konyhasó-oldatot (1000 vízre 6 százalékot), egyszerre 50—200 grmot.

Székrekedés következtében lassan fejlődő agyvérzegénységnél szabályozandó az étrend (l. bélhurut), bor és meleg izgató (mustár) fürdők.

Anchyloglossus. Ha a nyelvfék tulságosan rövid, vagy pedig egész a nyelv csúcsáig ér, akkor a nyelv kiöltését és a szopást akadályozza, ilyenkor ollóval bemetszendő. Ha ellenben a fék nem vékony, át-látszó hártýából áll, hanem vastag, husos, akkor ennek az átmetszése többé-kevésbé vérzéssel jár, melyet elkerülendő, a mütétet csak végső esetben hajtsuk végre.

Angina catarrhalis. A különféle heveny lefolyású torokgyulladások, mint az angina follicularis, catarrhalis, lacunaris s a herpes faucii néhány nap alatt minden kezelés nélkül is elmúlnak. A míg a gyermek lázas, fektessük ágyba, ha székrekedése van, tanácsos a kezelést has-hajtókkal kezdeni, (Ol. ricini, Aq. laxat-Vienens, Limonade solvens, a gyermek kora szerint kávé- vagy gyermek-, esetleg evőkanálnyit 2—3 óránként a hatás beálltáig; $\frac{1}{2}$ —2 éveseknek $\frac{1}{2}$ pohárnyit, 4—6 éveseknek 1 pohárnyit). Toroköblögetésekre ajánlatos a 2%-os bórsav vagy salicylsavas natrium oldat. Kétes esetekben, azaz, ha a tüszős torokgyulladás diphtheriára emlékeztet, akkor a torok ecsetelése sublimat-oldattal (1:1000) elkerülhetetlen. Pl. Rp. Hydrarg. corros. 0.05. Aq. dest. 50.0. Ac. tartarici 0.5. MDS. Torok-ecsetelésre naponként 2-szer.

Angina diphtheritica. Mindenekelőtt a beteg szigoruan elkülönítendő. A kezelés általános és helyi. Az első abban áll, hogy a beteget jól tápláljuk (tej, tojás, hus, kenyér) és bort adagolunk (xeres, tokaji bort, 3 éveseknek 3 óránként 1 kávéskanállal, felében czukros vízzel, idősebbeknek ugyanannyit tisztán; esetleg cognac — kétszer kisebb adagban).

A helyi kezelés főleg oda irányul, hogy a torok és a szájüreg tisztán tartassék; idősebb gyermekeknél ezt a torok és a száj gyakori öblögetésével és porlasztókkal érjük el, kisebb gyermekeknél a torokki-fecskendéshez fordulunk, azonfelül tiszta vászondarabkával ezt kitöröljük és valamely antisepticus port fúvunk be. Hogy a gyermeket a toroköblögetésekre jobban reá szoktassuk, kerülendők azok az oldatok, a melyek íze rossz, sokkal célszerűbbek ennélfogva az íztelen, s a mellett ártalmatlan anyagok, mint pl. a forrált víz, vagy esetleg a gyöngö börsav-oldat (kávéskanálnyit 1 pohár vízben feloldva). Az öblögetés tisztítja a szájüreget, de a torokba, különösen pedig annak mélyebben fekvő rétegeibe alig jut el (a gyermekek erre nem képesek), azért az öblögetések mellett még gőzöltessük is a torkot. Hogy a toroklepedéket és nyákot lazítsuk, ajánlhatók az álhártýákat oldó (égvényes) szerek, melyeket a torokvizhez keverhetünk, ilyen pl. a mésvíz. Rp. Aq. calis 30.0. Aq. dest 60.0. DS. Porlasztásra vagy pedig 2%-os sóda-oldat. Rp. Natrii bicarbon. 2.0. Aquae dest. 100.0. DS. Porlasztásra.

A baj foka és hevessege szerint naponta 3-szor porlasztjuk a torkot, súlyos esetekben 2 óránként, sőt óránként, ha csak 2—3 perczig is.

Ha a gyermek gargalizálni nem tud, akkor a száj és torok tisztó-

gatására előveszszük a fecskendő, de ügyeljünk arra, hogy a torokvíz ne legyen méregtartalmú, mert a kifecskendések alkalmával a beteg a folyadék egy részét többnyire lenyeli. E célra valami különleges torokfecskendő nem szükséges; teljesen megfelel a 100 grm. őraltalmú közönséges sebfecskendő, a melyet úgy alkalmazunk, hogy a fecskendő cső vége felfelé, azaz a kemény szájpad felé irányuljon; lehetőleg hirtelen fecskendezzük be a folyadékot, a mely a szájpadhoz ütődván, onnan mindenfelé szétfolyik a torokban, s ilyformán az egész szájüreget kimossa; hogy a gyermek lehető keveset nyeljen el a folyadékból, fejét gyöngéden előre kell hajtani.

Ha a dolog tényleg már diphtheria, akkor a gyermekeknél a torok-csetelések elkerülhetetlenek. Mi e célra a sublimat 1:1000 oldatát ajánlhatjuk a legjobban. Pl. Rp. Hydrarg. corros. 0·05. Aq. dest. 50·0. Acid. tartar. 0·5. MDS. Torok-csetelésre naponta 2—4-szer.

Egész friss esetekben, ha a lepedék még nem nagyon kiterjedt, néha sikerül jóddal a baj tovaterjedését megakadályozni. Rp. Tr. jodi 10·0. DS. Naponta 1-szer ecsetelni.

E szerelést Dr. Goldvug ajánlotta (Med. Obozr. XXXI. kötet, 641 l.), mint abortív eljárást; ha a torokban a levált lepedék után sebfelület marad vissza, akkor a jódos ecsetelések igen erős égető érzéssel járnak; sohasem szükséges, bármily súlyos esetről legyen szó, többször, mint naponta egyszer ecsetelni. Mint háziszser, a melylyel az orvos megérkezéseig sikerrel ecsetelhetünk, ajánlatos a tiszta terpentín-olaj. Rp. Ol. therebenth. rect. 10·0. DS. Naponta 2-szer a torkot ecsetelni.

Ha a difteritisz ellepi az orr nyálkahártyáját, szintén gondoskodni kell a tisztaságról, naponkint 3—4-szer fecskendezvén az orrot az elébb említett mésvíz vagy szóda oldatával.

Súlyos diphtheriás esetekben, a melyek kisebb-nagyobb lázzal járnak, belsőleg nagyobb adag terpentint adagolunk, 2 éves korig naponta 2-szer $\frac{1}{2}$ kávéskanálnyt, 2—5 éveseknek kávé-, idősebbeknek gyermekkanálnyt, a mihez bármiféle italt keverhetünk, pl. theát vagy boros vizet; az íz javítására és a hányás megakadályozására a terpentint aetherrel keverhetjük. Rp. Ol. therebenth. rect. 30·0. Aether. sulfur 1·0. DS. Theás-kávéskanálnyt naponta 2-szer. Hasmenés vagy fájdalmas vizelés, fehérynye vizelés esetén a szert hagyjuk abba.

A következményes hűdések és vérszegénység esetén tápláló eledlek, bor, vas. Rp. Liq. ferri sesquichlor. Glycerini aa 5·0. DS. 1—10 cseppet a gyermek kora szerint (t. i. minden évre 1 cseppet számítva) naponta 3-szor evés után.

Kiterjedt hűdéseknel az izmok galvanizálása és strychnin bőr alá. Rp. Strichnini nitrici 0·03. Aq. dest 30·0. DS. Naponta $\frac{1}{4}$, fokozatosan egy egész Pravaz-fecskendőnyit bőr alá.

A diphtheria kezelése vérsavóval. Ujabb időben már bizonyossá vált az, hogy immunizált lovak jól készített vérsavója a diphtheria hatalmas gyógyszere. A sikeres gyógykezelés két főfeltételhez van kötve, u. m. 1. a savónak csakis a valódi (bacterium okozta) diphtheriára van hatása és 2. csakis heveny esetekben hatásos (annál valószínűbb az eredmény, minél korábban kezeljük a beteget vérsavóval; legtöbb reményt nyújtanak azok az esetek, a melyekben a betegség kezdete óta még 48 óra el nem mult).

A savót különböző adagokban és erősségben — üvegekben árulják; ha savóval akarunk kezelni, akkor azonnal egy egész adagot fecskendezzünk be egyszerre; védőoltásra $\frac{1}{2}$ adagot (üveget). A Behring-féle savó a Hóchtsti gyárban 3-féle erősségben készül, u. m.: 1. sz. gyenge, 2. sz. közép és 3. sz. erős adag. Minél súlyosabb az eset, s minél több idő telt el a betegség kezdete óta, annál bizonytalanabb az eredmény, s következésképp annál erősebb adagot kell alkalmaznunk; ha nem áll rendelkezésre különféle számú savó, akkor vagy egyszerre két gyöngébb adagot fecskendezünk be, vagy pedig a befecskendéseket 12 óra mulva ismételtjük. Középsúlyos esetekben a befecskendést 24 óra mulva ismételtjük, ha t. i. nem észlelünk gyors javulást, (a hőmérsék leesik a rendesre), az érverés, a beteg közérzete, s a helybeli tünetek részéről. A savó befecskendésére 20 köbcmtr. ürtartalmú fecskendőt használunk. A használat előtt a fecskendőt 10—15 perczig vízben forraljuk fel, hogy t. i. fertőtleníthessük. Befecskendünk a has, a hát vagy a lapoczkák bőre alá; a befecskendési területet előbb szappannal, azután borszeszszel letisztítjuk, s a befecskendés után a szurt helyet ragtapaszszal befedjük. A tüt, melyet a felemelt bőrredő alapja alá szúrunk, hirtelen beszűrjük a bőrbe, s azután a folyadékot *gyöngéd* nyomás alatt fecskendezzük be, (10—20 köbcentiméter folyadéknak gyors befecskendés esetén a bőr-alatti kötőszövet erősebb traumának van alávetve, mint lassu fecskendezéskor).

A lósavó az emberre nem ép közömbös; néha a befecskendés utáni napokon különféle erythemák mutatkoznak a bőrön, sőt petécsek és vérzések is; sokkal ritkábban fordulnak elő a heves végtagfájdalmak (résztint a lágyképletekben, résztint az ízületekben), a melyek mozgásra vagy nyomásra fokozódnak, s a beteg néhány napon át azokat mozgatni sem képes; ezeket a fájdalmakat néha súlyos lázas mozgalmak is kísérik.

Angina phlegmonosa. Ha a mandolák nagyon dagadtak, s a daganat genyedésbe ment át, akkor gyorsan segíthetünk a bajon, ha a gyulladt mandolákat bemetszük. Ha már a dolog genyedésig jutott, azt azonnal ki kell eresztetni, akár késsel, akár hegyes bisturival, s azután az előbb említett torokvizek egyikével fecskendezzük a torkot.

Angina ulcerosa — fekélyes vagy bűzös torokgyulladásnál, a hol

a mandolák vastag, sárgás-szürkés lepedékkel vannak borítva, a legajánlatosabb a 2^o/o-os chlórkali belső adagolása és a chlórkali torokviz. Rp. Kalii chlorici 2·0. Aq. dest. 100·0. Syr. spl. 10·0. DS. 2 óránként egy kávé- vagy theás-kanállal.

Aphtha l. szájbetegségek.

Ascaris lumbricoides l. bélgiliszták.

Asthma bronchiale. Hogy az oki mozzanatnak megfelelőjünk, kutassunk azután, nincs-e a betegnél valami jele a hyperplasiás hörg-mirigyeknek, továbbá a görvély- vagy angolkórnak, idült nátha és hörg-hurutnak, vérszegénységnek, hypertrophiás mandoláknak. A rohamok gyakori ismétlődése esetén ajánlhatók a bróm-sók, pl. Rp. Natrii bromat, Kalii bromat, Ammon. bromat aa 2·0. Aq. dest. 120·0. Glycerin 10·0. MDS. Naponta 4 kávé-theáskanállal (4—6 éves gyermeknek), ugyszintén az antipyrin és chloral-hydrat. Rp. Antipyrin 0·3. Dent. tal. dos. Nro. 12. Naponta 4 port (8—12 éveseknek). Rp. Chloral hydrati 4·0. Deti altheae 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránként 1 kávéskanállal, a míg a gyermek elalszik vagy legalább állapota enyhül (8—12 éveseknek).

Ascites, főképp az előidéző ok veendő tekintetbe (szív- vagy lép-, májbetegségek, idült hasmenések után beállott általános gyöngeség). Ha a folyadék mennyisége oly nagy, hogy a légzést akadályozza — hascsapolás.

Asphyxia neonatorum. Könnyebb esetekben, ha még a reflexek kiválthatók és a csecsemő a bőrizgatókra légzési kísérletet tesz, elegendő, ha a csecsemőt felváltva hideg és meleg vízbe mártogatjuk; a gyermeket néhány pillanatra egész nyakig hideg vizes edénybe állítjuk, honnan kivéve, meleg (29° R.) vizes kádba fektetjük, ezután lószőr vánkossra helyezve, melegített pelenkákkal göngyöljük be. Ha ezekre az eljárásokra a légzési mozgások még ki nem maradtak teljesen, akkor felváltva újra hideg és meleg vízbe mártogatjuk a csecsemőt, s azt folytatjuk addig, a míg csak a gyermek eszméletre nem tér. Nem ajánlatos a testet erősen dörzsölgetni, hogy kiterjedt horzsolások ne keletkezzenek.

Mély asphyxiánál, midőn a gyermek a szájüregben összegyűlt nyák tisztogatására sem reagál, a mellett izmai elernyedtek, elkerülhetetlen a mesterséges légzés, a mely módszerek közül a Schultze-féle lóbalás ajánlható a legjobban.

A gyermeket oly módon fogjuk meg, hogy az orvos a mutató ujjait a gyermek hónalja alá helyezi, a többi ujjait pedig a mellkasra, a hüvelyk ujjakat a magzat nyakszirtjére; a magzat fejét hátulról a kéztenyér támogatja. Az orvos az ily módon megragadott gyermeket kissé szétterpesztett czombjai közé hirtelen leereszti, ez által a gyermeket kilégzésre készíti, ezután oly módon emeli fölfelé, hogy azon pillanatban, a mikor az orvos keze a vízszintes vonalat túlhaladta, akkor a test alsó

fele lassan áthajlik a test felső feléhez; a mellkas ily módon összenyomatik és megtörténik a passiv kilégzés. Rövid szünet után a gyermeket újra a térdhez süllyesztjük, a mellkas ezáltal kitágul és megtörténik a belégzés.

Néhány másodperc múlva az eljárást 8—10-szer ismételjük. Azután a csecsemőt meleg vízbe tesszük, s ha szükséges, egy bizonyos idő múlva a mesterséges légzést ismételjük. Ha már a légzés annyira folyamatban van, hogy a gyermek a bőringerekre reagál, akkor a könnyű asphyxiánál szokásos eljárásokhoz folyamodunk. Végső esetben forduljunk a sokak által ajánlott *Laborde*-féle élesztési kísérlethez, a mely eljárás abban áll, hogy a nyelvet rithmikusán előre húzzuk a szájból; a nyelvet csipetével megfogjuk, azután a nyelv hegyét nedves rongyba beesavarjuk, néhány pillanatra a szájból erősen kibúzzuk, azután a szájba újra visszaeresztjük és az eljárást egy perc alatt mintegy 20-szor ismételjük. A légzési mozgásokat ezen eljárásnál a nyelvidegek reflexe váltja ki a nyúltagyból.

Atelectasia pulmonum. A szerzett tüdő atelectasia gyógykezelése a capillaris hörghurut és a hurutos tüdőgyulladással azonos. Vele született atelectasiánál, a melynél a légzés kimaradozó és asphyxiás tünetek is lépnek fel, mindazon eljárások alkalmazandók, a melyeket az újszülöttek tetszhalálánál tárgyaltunk.

Atrophia. Chronikus éhség folytán keletkezett, tehát nem azon atrophia, a melyet esetleg egy más súlyosabb megbetegedés okozott, mindenekelőtt étrendszabályozást kíván és pedig első sorban dajkaváltotztatást és azonfelül a gyermek étrendének szabályozását.

Balanitis, Balanopostitis. A makk és a fityma bőrének gyulladása az esetek legnagyobb részében onnan származik, hogy a corona glandis körül a smegma meggyülemlik. Ennek eltávolítására mindenekelőtt a fityma élettani összetapadását a makkal, tompa eszközzel szabadítsuk fel, azután mossuk ki bórodattal. Az eljárást néhány napon át ismételjük.

Bélcsavarodás l. invaginatio.

Bélférgek. *Ascaris lumbricoides.* Rp. Santonini 0·03. Sacchari 0·2. Mfp. dent. tal. dos. No. 10. DS. Naponta 3 port (5—8 éves gyermeknek). Az utolsó por bevétele után hashajtó.

A Santonin egyike a leghatásosabb szereinknek és az orosz gyógyszerkönyv szerint nagyobb adagja az opiuméval egyenlő, azaz felnőttek egyszeri adagja 0·01, és abból is naponta csak legfeljebb 0·04, ezek szerint 2—3 éves gyermeknek pro die legfeljebb 0·03 szabadna adagolni, de a tapasztalat azt mutatja, hogy az adagot veszély nélkül növelhetjük és 2 éves gyermekeknek veszély nélkül adhatunk naponta egész 0·05 grmot, azután a kor szerint fokozatosan 0·06—0·08 stb.

Sokkal olcsóbb, de azért kevésbé hatásos, ámbár nem kevésbé megbízható a sem. cinae, a melyből gyermekeknek pro die 0·05—0·10 adagolhatunk.

A Santonin mérgezés tünetei: hányás, fejszédülés, általános gyöngegeség és végül göresök. Könnyű esetekben xantopsia és nagyon intensiv piros vizellet, a mely néha vizellet visszatartásig is fokozódik.

Oxyuris vermicularis; leggyorsabban célhoz vezetők a gyenge sublimatos csőrék; a csőrék legyenek hűvösek és egyszerre sokat öntünk a belekbe, nehogy a belekben soká tartassanak vissza, pl. 2—3 éves gyermeknek 1—1½ pohárnyit, idősebbeknek 3 pohárnyit (Esmarch-féle fecskendő segélyével). A sublimat hozzáadásánál ügyeljünk arra, hogy a sublimat egész mennyisége, a mely a végbélbe megy, 0·01 grmnál több ne legyen. Rp. Hydrarg. bichlor. corros. 0·06. Aq. dest. 180. DS. Egy evőkanálnyit 1 pohár vízhez csőrének.

Szokásosak a tejben főtt foghagyma csőrék is (½ foghagyma egy pohárra) vagy pedig üröm-kivonat stb.

Első ízben reggel és este adunk csőrét, s a midőn már éjjel a végbélvizsketés szűnik (a mi a 3-ik napon szokott bekövetkezni), akkor elég este egy csőre, de 10 napon át folytatva.

A végbélnyílás symptomatikus vizsketése ellen a végbélnyílás környékét kenjük be tiszta vaselinnel.

Belső szerek közül a Naphthalin. purissimum 0·1—0·3. Naponta 3-szor.

Taenia solium, *mediocanellata* és *botriocephalus latus* egyforma kezelést igényel. Ezek ellen a legjobb a filix mas friss kivonata és a gránátalma kéreg.

A *Taenia solium* gyógyításának titka abban áll, hogy az említett szerekből mentől nagyobb adagok rendeltessenek. Tekintve a kellemetlen ízt, ha a gyermek már labdacst le tud nyelni, legajánlatosabb a szert labdacokban rendelni. Rp. Extr. filicis maris aether. Pulv. fil. mar. aa 4·0. Mfpil. No. 40. Consp. p. lycopodii. DS. Reggel éhgyomorra 1—1½ óra alatt elfogyasztandó (6 éves gyermeknek). Általában megjegyzem, hogy 10 grm. kivonatot számíthatunk egy évre. Rp. Extr. filic. mar. aether., Extr. cort. rad. punici granati recente praepar. aa 4·0. Pulv. punici granati q. s. ut. fiant. pilul. No. 40. Consp. p. lycopod. DS. Reggel 4-szerre éhgyomorra bevenni (6—8 évesnek). Ha friss készítmény nem áll rendelkezésünkre, akkor jobb a főzet: Rp. Cort. rad. punicae granati 30·0—60·0, infund aquae frigid 300·0. Macera per duodecim horas tum coque usque ad colat 250·0. Syr. spl. 30. DS. Reggel éhgyomorra 4-szerre 1—1½ óra alatt elfogyasztandó. Kis gyermekeknel a páfrány kivonatot camalával rendeljük electuariumban, pl. 3 éveseknek Rp. Pulv. camalae, Extr. filicis mar. aether aa 2·0. Syr. spl. et Pulv. gummosi q. s. ut f. electuarium. DS. Reggel éhgyomorra 1 óra alatt 3-szorra bevenni.

Jóhatású a kussó is, ezt porban rendeljük, még pedig belőle 4—8 grmot 1 évre, pl. Rp. Pulv. flor. Kusso 8·0. Mel despumati q. s. ut f. electuarium. DS. Éhgyomorra egy óra alatt 2—3-szorra bevenni (6—8 éves gyermeknek). A kezelés előtti napon czélszerű bizonyos étrendet tartani; levesen és huson kívül a gyermeknek adjunk sós ételeket és hagymát, italul nagyon ajánlatos a tökmagból készült emulsió, a mely már maga is esetleg elkergetheti a galandférget. A kezelés reggelén adjunk egy kis csésze fekete kávé, azután egyik vagy másik gyógyszerrel s az utolsó adag bevételeét követő 2-ik órában valamely hashajtót. Ha a féreg már a végbélnyílásban jelentkezik, de még onnan ki nem bujt, akkor Esmarch-féle irrigator segítségével langyos vízzel fecskendezzük azt ki.

Blenorrhoea oculi neonatorum. Mint ovószert ajánlatos az újszülöttek szemébe a szülés után közvetlenül 2%-os lapis-oldatot cseppenteni be. Ha a kötőhártyák már genyednek, akkor könnyebb esetekben elegendő naponta egyszer 3%-os bórolddal a szemeket kimosni; súlyosabb esetekben naponként egyszer 10%-os lapis-oldattal ecseteljük a kötőhártyákat és néhány pillanat múlva physiologikus sóoldattal közbömbösítjük.

Blenorrhoea vulvae (l. fájdalmas vizelés).

Brigth-kór (l. nephritis).

Bronchitis. Heveny esetekben magas láz és náthánál (influenza) chinin, naponta 2-szer annyi deczigramm, a hány éves a gyermek és a száraz köhögés ellen oldók (apomorphin) és narcoticák, pl. Dowerpor, (annyi centigramm, a hány éves a gyermek). Morphium (0·01 25 grm vízre) egy évre 2 cseppet számítva, naponta 2—3-szor, Codein 0·01—0·02 adagokban, pl. Rp. Codeini 0·15. Sacchari 2·5. Mfdiv. in dos. XX. S. Naponta 2 port (3—4 éves gyermeknek). Az oldódási szakban, s a tágabb hörgők hurutjánál Dct. Senegae, c. liquor. amon. anisati. Rp. Dcti Senegae e 1·0—4·0 col 60·0, Liq. amon. anis. X. Syr. senegae 8·0. MDS. 2 óránként theás-kávéskanállal a gyermek kora szerint.

Bronchitis capillarissnál ugyanezek, azonfelül bor és a mellkas körül megmelegedő borogatások.

Bronchitis chronica, a mely többnyire angol, vagy görvélykóros vérszegény gyermekek baja, elkerülhetetlen a beteg testi erejének gyarapítása és az általános erősítő gyógmód. Ha a hörgők váladéka bő, akkor terpentin vagy oleum pini pumilionis belélgzések; (3—5 csepp 1 pohár forró vízre), a beteg naponta 3—4-szer néhány perczig a pohárból kiüramló gőzöket beszívja.

A bőséges bűzös izzadmányú hörgtágulásnál hasonlókép járunk el.

Bronchopneumonia s. Pneumonia catarrhalis. Minthogy a hurutos tüdőgyulladást a hörgőkben nagymennyiségű, nyálka kiválása ki-

séri, azért a narcoticák nem alkalmazhatók; itt kiválóan a köptetők és izgatók ajánlatosak. Rp. Dcti Senegae e 2·0—4·0 col 90·0, Liq. amon. anis X., Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránként egy kávéskanállal vagy Rp. Flor. benzoës 0·03—0·06. Sacchari 0·20. Mfp. dent. tal. dos Nro X. DS. 2 óránként 1 port (2—6 éves gyermeknek).

Cephalhaematoma expectativ eljárás,

Caput obstipum s. Torticollis, ha csúzos eredetű, akkor meleg kendőzések és a beteg izmok massageja. Ha a torticollis oka synovitis vertebralis és a fájdalmak igen hevesek, akkor a fájdalmas helyeket jodos kenőccsel vagy chloroform-olajjal kenjük be.

Cholera infantum. Legszigorubb diéta, a tejet szigoruan eltiltjuk; azonfelül néhány órára a szoptatást is eltiltjuk, s csak kávéskanálanként adjunk pl. hideg theát, tojásfehérnyés vizet (1 tojás fehérnyét 1 pohár vízben elkevertetünk és ehhez adunk egy kávéskanál cognacot és cukrot; ezt jégbehűtve 5—10 perczenként adunk belőle 1 kávéskanállal a szerint, a mily fokban szomjazik a gyermek).

A belső gyógyszerek közül a bélantisepticumok és az izgatók vannak helyén. Mindenekfelett ajánlatos kis adagokban a calomel és a chinin. Rp. Calomel 0·06. Sacchari 4·0. Mfp. div. in dos. XII. DS. 2 óránk. 1 port 24—48 órán át, a míg az ürülék nem színezett. Rp. Chin. sulfur 0·4 div. in dos 12. S. 2 óránként 1 port (6—8 hónapos csecsemőnek).

Erőhanyatlás esetén izgatók: cognac, ebből egyszerre annyi cseppet adunk, a hány lietes a gyermek, naponta 6—10-szer, figyelembe véve az elesettséget. *Demme* cholera infantumnál a cognacot creosottal ajánlja összekötni. Rp. Cognac fine Champan 2·5—8·0. Kreosoti 0·01—0·01·5. Pulv. gummosi 1·25. Aq. dest 60·0. MDS. Egy nap alatt elfogyasztandó (3—6 hónapos csecsemőnek). Rp. Liq. ammon. anis. XX. Aq. dest 60·0. Syr. spl. 10. DS. óránként egy kávésk. (1—4 hónapos csecsemőnek). Rp. Liq. amon. anis. Aether. sulfur aa 5·0. DS. ½ óránk. 2 cseppet. Mindezen szerekből egyszerre annyi cseppet adhatunk, ahány éves a beteg. Rp. Camphorae trit. Flor. benzoës aa 0·015. Sacchari 0·1. Mfp. dent. tal. dos. Nro. X. DS. 2 óránk. 1 port (6—12 hónaposnak). Rp. Moschii optimi 0·008—0·015. Sacchari 0·15. Mfp. dent. tal. dos. Nro 8 DS. 1—2 óránk. 1 port (6—12 hónapos csecsemőnek). Rp. Tr. moschii. DS. 6—10 cseppet 2 óránként (6—12 hónaposnak). 5 csepp tinctura megfelel 0·01 moschusnak. 1 éven aluliaknak 1 napra 5—10 cseppet adunk; azután minden évre 5 cseppel többet, 1—2 óránk., 5 évesnek 30 cseppet vagy 0·01, 8 évesnek 40 cseppet vagy 0·02 egy napra.

Csalánkiütés. (Urticaria.) Figyelem fordítandó a gyomorbél-huzam állapotára; ha a chronicus csalánkiütést székrekedés követi, legjobb a csukamáj-olaj. Időszakos kiújulások esetében chinin; ha a kór oka meg nem állapítható, empiricus uton részint bromkészítményeket

részint alkaliás vizeket, részint antipyrin adnak. (Megjegyzendő, hogy antipyrin után magam is láttam súlyos csalánkiütést, tehát óvatosak legyünk.)

Condylomata circa amun. Altalános antilueticus gyógykezelés, azonfelül a condylomákat aq. chlorival megnedvesítve, calomel porral hintsük be.

Coryza, nátha, a heveny időszakban 2% cocain-oldattal ecsetelés.

Craniotabes l. rachitis.

Croup. (Laryngitis crouposa). Heveny croup esetén mindazon szerrek ajánlhatók, a melyek a gégehurutnál szokásosak (gőzölések, köptetők, hánytatók), de itt még azonfelül nagyobb adagokban adhatunk terpentin-olajat is belsőleg (2 éven aluli gyermekeknek 1 kávéskanál, idősebbeknek 1 gyermekkanállal naponta 2-szer, mindaddig, a míg hasmenés vagy fájdalmas vizelés jelentkezik), azonfelül higanyos kezelés.

A higanyt belsőleg és külsőleg adagoljuk. Rp. Hydr. bichlor. corros. 0·03. Aq. dest 180·0. Albi ovi gallinaei Nro I. MDS. 3 óránk. 1 kk. (1—6 éveseknek). Rp. Calomel. 0·005. Sacchari 0·2. Mfp. dent. tal. dos Nro 12. DS. 2—3 óránként 1 port, külsőleg higany-kenőcsök, bedörzsölések alakjában. Rp. Ung. cinerei 2·0—3·0. Dent. t. dos in chart cerat. Nro 12. DS. 2 óránként 1 drbot bedörzsölni a test különböző helyén.

A bedörzsölést 2—3 napnál tovább ne folytassuk, miután ellenkező esetben mérgezés áll be, mint heveny anaemia, erőhianyatlás, véraláfutások és nyálfolyás.

Ha a kezelés nem használ, akkor a gége tájékára a gyermek kora szerint 2% os carbol oldatból fecskendünk a bőr alá $\frac{1}{4}$, esetleg $\frac{1}{3}$ Pravaz-fecskendővel.

Ha a gégeszűkülés tünetei nagyon erősek, akkor hánytatókat adagolunk, a melyeket a szűkülés beálltával ismételtethetünk; ha már ez sem használ, akkor tracheotomiához vagy intubatiohoz folyamodjunk, ügyeljünk azonban arra, hogy evvel ne késsünk addig, a míg a beteg a szén-savmérgezés folytán egészen érzéketlenné lett. (Igen ajánlatos a vérsavókezelés; eljárás ugyanaz, mint a diphtheriánál.)

Dentitio difficilis. Tüneti kezelés; a fájdalmas, dagadt inyhust 2% os cocain-oldattal ecseteljük naponta 3-szor.

Diphtheria l. angina diphtheritica.

Diphtheriás hüdések. Roboráló étrend, friss levegő, esetleg climaticus légváltoztatás. Belsőleg nux vomica, esetleg strychnin bőr alá fecskendése, l. angina diphtheriticát.

Dysenteria s. enteritis follicularis. Véres vagy nyálkás székürüléseknél elkerülhetetlen a szigorú diéta; idősebb gyermekeknek tilos a hús, a kenyér; csakis folyékony ételek, illetőleg italok vannak megengedve, mint pl. tej és erős húsleves, kávé- vagy gyermekkanalanként,

ugyszintén nyálkás leves, zableves és théa. A gyógykezelést hashajtókkal kezdjük el: csecsemőnek 1 kávéskanál ricinus-olaj, idősebbeknél gyermekkanálnyit vagy Rp. Ol. ricini 10·0. Aq. dest. 80·0. Mucil. gummi arab. q. s. ut. f. emulsio. Syr. spl. 10·0. DS. óránként 1 kávéskanállal, a míg a gyermeknek széke van (5—8 hónapos csecsemőnek). Rp. Calomel. 0·04. Sacchari 2·0. Mfp. div. in dos. X. DS. óránként 1 port, a míg a szék zölde lesz (1·2—1 éves gyermeknek).

A gyermekgyógyításban a calomel igen népszerű szer, úgy is, mint hashajtó, úgy is, mint antiphlogisticum. Mint hashajtót erősebb adagokban rendeljük: csecsemőknek 0·002—0·003, 4 éveseknek 0·04—0·06, idősebbeknek a korszerint 0·01 gr.-ral több a hatás bekövetkeztéig. Mint antiphlogisticumot 0·004—0·006 adagokban rendeljük. Ha a gyermeknek már körülbelül 20 foga van, akkor a calomel hosszadalmas (néhány napi) használata súlyos szájgyulladás is okozhat, a melynek elhárítására ajánlatos, hogy a calomel adagolásával a szájúreget chlorkali-oldattal mosgassuk.

A hasmenés ellen opiumot rendelünk nyálkás főzetekben vagy emulsióban. Rp. Dcti Salep e 10·0, col 100. Tr. opii spl. guttas. III. Syr. spl. 10·0. DS. 2 óránk. 1 kávésk. (1—3 éves gyermeknek). Rp. Aq. amygd. dulc. 10·0. Aq. dest. 80·0. Mucil. gummi arab. q. s. ut. f. emuls. Tr. opii spl. guttas. III. Syr. spl. 10·0. DS. 2 óránk. 1 kávéskanállal.

Hasfájdalmak esetén megmelegedő borogatások a hasra, székeröltetésnél csillapító csőrék, egyszerre 1—2 evőkanálnyit és nem többet, s azt is melegen (29—30° R). Naponta 2—3 keményítőcsőre elegendő (1 kávéskanál keményítő 1 pohár vízben oldandó fel), vagy lenmagból készült decoctumba néhány csepp tr. opiit teszünk.

Rp. Dcti sem. lini s. dcti amyli. 10·0, col 100·0. Tr. opii spl. guttas V. DS. 1—2 evőkanálnyit 1 csőrére (1/2—2 éves gyermeknek). Némely gyermek a csőréket nem tűri, de jól tűri a végbélkúpokat opium v. cocainnal. Rp. Butyri cacao 0·6. Extr. opii aquos 0·0075—0·008 Mf. suppositoria. Dent. tal. dos. Nro 6. DS. Naponta 2 kúpot (2—5 évesnek).

Az adagolásnál egy 0·01 extr. opii megfelel 10 csepp tinctura opiinek. A Dower-por a tiszta opium porral egyenértékű. Rp. Butyri cacao 0·6. Cocaini muriat 0·015—0·020. Mf. suppos. D. tal. dos. Nro 6. DS. Naponta 2—3 kúpot (2—5 évesnek).

A cocain nagyobb adagja az opiuméval azonos; azaz átlag 0·03 adható pro die.

Ha az első adag hashajtónak kívánt hatása nincs, vagy pedig a tenesmus továbbra is fennáll, akkor újlag hashajtókat kell adagolnunk. Ha a bántalom nagyon elhúzódik, s a tenesmus már nem oly erős, akkor ajánlatosak meleg 1%-os tannin, salicylsavas natrium, vagy benzoe savas natriummal bélbeöntések (nagyobb mennyiséget, 1/2—1 liter egy-

szerre, a gyermek kora szerint). Rp. Tannini 50. Aq. dest. 500-0. MDS. Csőrének (29—30°C-ra felmelegítve).

Dyspepsia. Csecsemőknél mindenekelőtt szigoruan rendezendő a szoptatás. Ha a gyermek még szopik, akkor az első három hónapban nappal minden 2 órában szoptassuk, éjjel pedig összesen 2-szer, később minden 3 órában és éjjel egyszer, ügyelve arra, hogy az emlők felváltva nyujtassanak. Ha a szoptató igen bő tejelő, akkor a szoptatás előtt az emlőt előbb nyomogassuk ki, (a higabb tej előbb kijön, s a jobb, sűrűbb csak azután), legjobb, ha a szoptatási időt megrövidítjük; ha pl. a csecsemő rendszerint 15 perczig szokott szopni, akkor azt csak 8 perczig hagyjuk az emlőn. A szoptató tartózkodjék a zsiros és savanyu eledelektől; néha a dyspepsia csak azért huzódik el oly sokáig, mert a dajka nagyon erősen tápláló húseledeleket eszik; ilyenkor a dajkának adasunk szénhydratokból álló eledeleket (árpakása, tésztaneműek, burgonya), s húst csak egyszer adjunk naponta. Ha mindezek daczára sem a dajka, sem a csecsemő étrendi szabályozására a dyspepsia nem javul, akkor dajkát kell változtatnunk. Ha a csecsemőt mesterségesen táplálják, akkor az alább tárgyalandó szigoru étrendet tartassuk meg vele.

Két fontos tényező az, a mely nélkül a *mesterséges táplálás helyesen* és czélszerűen ki nem vihető, s ez abban áll, hogy 1. legyünk a tisztaságban a végtelékig pontosak, a miből az következik, hogy a tejet forraljuk fel és 2. hogy 3—4 hónapos korig a csecsemőnek sem szilárd anyagokat, sem keményítő tartalmú eledeleket nem szabad nyujtani, hanem azt kizárólagosan tehéntejjel tápláljuk.

Kezdjük a tejet higitva adagolni, azután fokozatosan a tiszta teje térhetünk át. A higitás foka függ a gyermek korától és emésztési képességétől.

Mindenesetre vegyünk friss, lehetőleg már felforralt tejet, azt ujra forraljuk fel jól, s pontosan záróedénybe tegyük, legjobb, ha ugyanabba az edénybe tesszük, a melyikben a tejet felforraltuk, mivel a tej forralásával együtt sterilizáljuk az edényt is; a Soxlet-féle készüléknek is ép az képezi többi között a lényegét, a mely más tekintetben is oly észszerű, hogy az minden tekintetben melegen ajánlható. A használat előtt a tejet higituk fel vízzel, s azután egyszer ujra forraljuk fel. Ujszülöttnek 1 rész teje adunk 3 rész forralt vizet, s egy pohár ily keverékhez keverünk 1 kávéskanál czukrot; minthogy a tejnek vízzel való higitása által a tej zsír és czukortartalma gyorsan megkevesbedik, azért a következő időszakban ajánlatos a tejczukornak 10%-os oldatát használni, a melyből mindenkorú gyermeknek egy rész czukor-oldatot adunk két rész teje. Ez az eljárás különösen jó eredményt biztosít a székszorulásban szenvedő gyermekeknél. 3 hónapos csecsemőknél egy rész teje 2 rész vizet adunk; 3—4 hónaposoknak egyenlő mennyiségben; 4—6 hónaposoknak 2 rész tejet, egy

rész vizet, féleven tul tiszta tejet. Ha a székletét rendes, akkor a tiszta tejhez nyúlhatunk azonnal, az emésztési zavar első tüneteinel (kólíka, zöldsékletetek) azonnal a kevésbé tápdús oldatokhoz forduljunk, de ha mindazonáltal a tej emésztetlenül távozik el, akkor a tiszta víz helyett zabnyák- vagy keményítős vizet keverjünk a tejhez. Ez utóbbiakat ugy készítjük, hogy a keményítő vagy zablisztból veszünk egy kávéskanálnyit, azt felfőzzük, vásznon keresztül szűrjük, s a tejhez ugyanazon arányban keverjük ezt, mint a tiszta vizet. Nyáron különösen ajánlatos, hogy a tejhez szóda-oldatot keverjünk; egy pohár tejre veszünk egy evőkanálnyit 2%-os szóda-oldatot. Rp. Natr. bicarb. 2·0. Aquae dest. 100. DS. Egy evőkanálnyit egy pohár tejre.

Angolkórosoknak czélszerű a tejet borjúhúsból készült húslével keverni. Néha a csecsemő azért nem tudja megemészteni a tejet, mert a tehenet nem táplálják czélszerűen, vagy az még nem régen ellett, vagy pedig általában rossz tejelő. Hogy a tehen tejének egyéni befolyását elkerüljük, legczélszerűbb, ha több tehen tejét keverjük össze és azokat szénával és korpával tápláljuk.

Ha a csecsemő semmiféleképen sem türi a hígított tehéntejet, akkor nem marad egyéb hátra, minthogy a Biedert-féle tejsűrű keverékkel tápláljuk.

Ujszülötteknek a leggyöngébb oldatot adjuk 1. sz. (lásd lejjebb a táblázatot), később a tejsűrű keverékhez tiszta tejet adunk mindinkább növekedő arányban. Biedert a tejsűrű keveréknek 6 sűrűségi fokozatát állapította meg és pedig:

Szám	Édes tejszin	Víz	Czukor	Tej
1.	$\frac{1}{8}$ liter ¹⁾	$\frac{3}{8}$ liter	100 gr.	—
2.	"	"	"	$\frac{1}{16}$ liter
3.	"	"	"	$\frac{1}{8}$ liter
4.	"	"	"	$\frac{1}{4}$ liter
5.	"	"	"	$\frac{3}{8}$ liter
6.	"	"	"	$\frac{1}{2}$ liter

¹⁾ 2 pohár vagy 8 evőkanál.

A tejszint a következő módon készítjük: négyszögletes széles szájú palaczkba teszünk forralt tejet és azt 3—4 órán át hűvös helyen tartjuk s ebből egy $\frac{1}{2}$ pohár sűrű tejszint leszedünk.

A tehéntejet pótló surrogatumok között felemlítendő még a besűrített sweiczi tej és a Nestle-féle liszt. Az első, miután nagyon bő czukortartalmú, a gyerekek hosszabb táplálékára nem alkalmas, s legfeljebb utazások alkalmával 1—2 napra vehetjük azt igénybe. Csecsemőknek 1 kávéskanál tejkonzervre 16 kávéskanál vizet számítunk, idősebbeknek 10 kávéskanalat. A Nestle-féle lisztet dús keményítő tartalmánál fogva csak 8 hónapnál idősebb gyermekek képesek megemészteni. A lisztet

majd mint kását, pépsűrűségűt, majd mint egész tejhigát adagoljuk. Az első esetben egy evőkanál lisztre veszünk 6 evőkanál vizet, 2-ik esetben egy evőkanál lisztre 10 evőkanál vizet; ezeket folytonos forralás közben keverjük össze. Egészséges gyermekek táplálékának közép mennyiségét megközelítőleg úgy határozzuk meg, hogy a 4-ik hónapig a gyermek annyiszor kap 40 gramm folyadékot, a hány hónapos az, hozzáadva ehhez még 40 grammot; ily módon 1 hónaposnak 80 grammot vagy 4 evőkanálnyi, 3 hónaposnak 160 grammot vagy 8 evőkanálnyi, 5 hónapon tul 200 grammot. A mi a tápfelvétel idejét illeti, erre nézve megjegyzendő, hogy minél fiatalabb a gyermek, vagy minél könnyebben rontja meg a gyomrát, annál kisebb mennyiségűnek kell lenni az egyszeri tápfelvételnek, s ép azért azt annál gyakrabban lehet szoptatni; 2 hónapos korig t. i. nappal minden 2 órában és éjjel összesen 2-szer, tehát 24 óra alatt 9-szer, 2 hónapon tul minden 3 órában és éjjel egyszer (tehát 24 óra alatt összesen 7-szer) nyújtjuk neki a táplálékot. A tejet mindig felmelegítve (28° R.) adjuk. A legjobb szoptató edény az üveg.

Ha a gyermek a tejet jól emésztí, akkor nyugodt, vidáman játszik s 24 óra alatt 1—2 sárgás pépes, egyenletes állományú székürülése van.

A mesterségesen táplált esecsemőkre a legveszélyesebb időszak a nyár, mivel azok a forró időszakban igen könnyen kapnak hányást s hasmenést. A nyári hasmenés prophylaktikumaként ajánlatos a tejet felforralni, ahhoz szódát keverni, s vegyhatását meghatározni.

Ha a gyermek már 8 hónapnál idősebb, akkor azt marhahuslevesel is kezdjük etetni; kövér, de a mellett halavány és eczemára, szék-szorulásra és angolkórra hajlamos gyermekeknél a huslevest már korábban ajánlatos adagolni, pld. már az 5-ik hónaptól kezdve, hogy ez által a tejadagot megkisebítsük. Sült hust csak a második év kezdetén szabad adagolni, a midőn már az első zápfogak kijöttek.

Ha a dyspepsiás roham már kifejlődött, akkor egyik vagy másik tüneti kezeléshez fordulunk.

Rp. Acid. mur. dil X. Dcti Salep et Dcti rad. altheae aa e 10·0, col 100·0, Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. azon esetben, ha a gyermek a tejet meg nem alvadt állapotban hányja ki.

Rp. Pepsini germanici 0·60. Acid. mur. dil X. Aq. dest. 60·0. Syr. spl. 10·0. MDS. Szopás után 1 kávéskanállal.

Ha a hányadék és a székletét savi vegyhatású, a végbél tájéka felmarta, ekkor jobbak az alkáliák, például Rp. Natrii bicarb. 0·6. Aq. dest. 60·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kk. Rp. Aq. calcis, Aq. dest aa 30·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk.

Idült esetekben, étvágytalanság esetén a keserű szerek:

Rp. Tr. cascariillae XX. Aq. dest. 60·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk.

1 kávésk. Rp. Tr. nucis vom. V. Aq. dest. 600. Syr. spl. 100. MDS. Mint az előbbi.

A Tr. nucis vomicae azon szerekhez tartozik, a melylyel a gyermekkorban óvatosan bánjunk; és pedig 1 évesnek egyszerre 1/2 cseppet, egy napra 2 cseppet számítsunk, 2 évesnek 4 cseppet pro die, 6 évesnek 12 cseppet stb.

A dyspepsiás kólikák felléptével alkalmazzuk 1. a has massageját (az ujjak hegyét zsiradékkal bekenve, a vastagbél mentén kenjük enyhén a hasat); 2. a végbélbe cathetert vagy a kristály csövet vezetjük be mintegy 2 ujjnyira; 3. vizes kristályt adunk; 4. meleg fürdőt; 5. a haj visszaterésének meggátlására a hasra megmelegedő borogatásokat.

A belső szerek közül a fájdalmakat legjobban csillapítja az opium tinctura, de ezt csak addig szabad adagolnunk, a míg a betegnél az álomosság tünetei nem jelentkeznek. A napi közép adag átlag minden életévre 1 csepp. Az opiumot többnyire más dyspepsia ellenes szerekkel összekötve adagoljuk; pl. hányás vagy savi vegyhatású székürülésnél. Rp. Acid. mur. dil. X. Aq. dest. (s. Dcti Salep) 600. Tr. opii spl. guttam. I. Syr. spl. 100. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. (3—6 hónapos csecsemőnek).

Chloral hydratot is adhatunk, a mit a gyermekek igen jól tűrnek, de azt is csak addig, a míg a gyermek el nem alszik; csecsemőnek egyszerre 3—4 cgrmot naponta 4—6-szor; 2—3 hónaposnak 1—2 centigrammot pro die.

Rp. Chloral hydrati 0.5. Dcti althaeae 600. Syr. spl. 100. MDS. 2 óránk. 1 kávésk., a míg a gyermek elalszik (3—6 hónaposnak).

Ujszülöttek és néhány hetes csecsemőknél kerüljük a narcoticákat, sokkal jobbak az u. n. szélhajtó szerek, mint:

Rp. Aq. foeniculi, Aq. dest. aa 300. Aq. amygd. amar. XII. Syr. spl. 100. MDS. 2 óránk. 1 kk. (Aq. amygd. amar.-ból (oroszoknál aq. laurocerasi) ujszülöttnék egyszerre 1/2 cseppet adnak, csecsemőknek 2—3 cseppet, idősebbnek annyi cseppet, a hány éves 1—2 óránként). Rp. Pulv. cort. cinamom. 0.5. Magn. carbon. 10. Sacchari 30. Mfp. DS. Néhányszor naponta 1 késhegynyi.

Dysuria. fájdalommal vizelés, az előidéző ok szerint kezelése különböző. Ujszülötteknél vesehomok esetén alcaliak (20% natrium bicarb. oldatból 2 óránk. kávé-kan.) egy éven aluliaknál, ha phimosis vagy adhaesio celluloida preputii az ok — ezek megszüntetése. Ha ujszülöttnél a teljes vizelletrekedés oka veleszületett, húgycsőelzáródás, műtét. Idősebbeknél Balano-posthitis esetén az előbört a makkról erőszakkal válaszszuk le, a meggyült faggyut távolítsuk el, s a sityma és a makk közét tiszta langyos vízzel fecskendezzük ki, a makkot pedig kenjük be valami zsiradékkal. A gyógyulás 2—3 nap múlva beáll.

Kis leányok fehérfolyásánál (*vulvitis és vulvo-vaginitis, fluor*

albus) naponta mosogassuk és fecskendezzük acid. boricum oldatával a szeméremtestöket, éjjelre a nagy ajkak közé és a szeméremrésbe vattát tegyünk és a mellett 2% tannin pálczikát helyezzünk oda be. Ha a geny a hüvelyből is jön, akkor enyhe zincum sulf.-oldattal fecskendezzük azt ki vagy jodoform bacillusokat vezessünk be a húgycsőbe. Rp. Jodoform 0·12. Gelatinae 0·3. Mf. bacill. Dent tal. dos Nro. S. A hüvelybe vezetni.

Figyeljünk arra is, nincs-e a betegnek oxyurisa. Néha a görvélykór és a vérszegénység az oka a nagyon makacs hajnak.

Urethritis orificis externi penis-nél lapissal érintjük a külső húgycsőnyílást, s a fájdalom csillapítására folytonos, 1—2 percenként megújító megmelegedő borogatásokat tétetünk.

Igen savanyu vizellelnél alcalicus ásványvizek, a húseledek megszorítása.

A *húgyhólyaghurut* heveny esetében Kalium chloricum (mint a szájbajoknál), megmelegedő borogatások a húgycső alsó részletére, meleg fürdők, tej-diéta, az alkalmi ok elhárítása (vulvitis, terpentin-olaj adagolásának abbanhagyása).

Idült esetekben, ha kő okozta: mütét, ha az ok ismeretlen (ritka eset) összehúzó szerek. Rp. Acid. tannici 0·05—0·1, 2 óránként vagy Rp. Aluminis. crudi 1·0. Aq. dest. 100·0. DS. 2 óránk. 1 káv.-kanállal. Idősebb gyermekeknél fertőtlenítő (2% bóroladat) folyadékkal hólyagmosások.

Ecclopsia infantum, általános göresök. A kezelés első sorban a görcs ellen irányul, azután igyekszünk az okot eltávolítani.

A görcs alkalmával belső szerekkel azt meg nem szüntethetjük, mert a beteg ilyenkor nyelni nem tud. Jobb ilyenkor a tüneti kezelés, a chloroform-belégzés (egy kávéskanálnyi chloroformot zsebkendőre öntünk, a melyet az orrfelé tartunk addig, a míg a görcs nem szűnik). Azonfelül a fejre hideg borogatást, a lábakra és talpakra mustárpapírt teszünk. Ha a gyermeknek széke nem volt, hashajtót reⁿdelünk, calomelt, azután vagy chloralt, vagy bromkalit.

Rp. Chlorali hydrati 2·0. Dcti altheae 90·0. Syr. spl. 10·0. DS. 2 óránk. 1 kk. az álom bekövetkeztéig (1 éves gyermeknek). Rp. Kalii bromat 2·0. Aq. dest. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kk. (1 éves gyermeknek).

Az ovógyógymód nem mindig vihető keresztül, minthogy az okozó tényező gyakran ismeretlen (heveny és idült agybántalmak, epilepsia, heveny lázas betegségek kezdetén jelentkező göresök), máskor gyomor-bélbajok az okozói a göresöknek, mint pl. a dyspepsia, bélgiliszták, fogzás, s leginkább az angolkór. A gyermek általános ingerlékenysége, álmatlanság és göresök, ha azt a fogzás okozta, a bromkészítményekre igen szépen javul. Nagyon ajánlatos a „kimutatható” ok nélkül visszatérő göresöknél — a lakásváltoztatás.

Ecthyma. A gőrvély, angolkór vagy kimerülés általános kezelése, azonfelül tekintetbe veendő az alkalmi ok is, pl. scabies. Szódás fürdők, 1 étkanál szódát teszünk egy veder 27—28° R. vizre; a beteg e fürdőben 10 percig ül, a fürdőt naponta ismétljük. Rp. Merc. praec. alb. 1·0. Axung. porci 30. MDS. A kiütést naponta 4-szer kenjük be.

Eczema. Az eczema gyógykezelésére nézve irányadó annak foka. A heveny stádiumban, a mikor a bőr hámtól fosztott, a mellett piros és nedvedző, megmelegedő borogatások, empltr. diachyl. hydrarg. praec. alb. stb., de kerülendők a kátránykészítmények, melyek nagyon helyén vannak a száraz eczemánál.

Rp. Ung. diachyl. spl. 30·0. DS. Vászondarabkákra rákenve alkalmazandó, naponta 2-szer. Rp. Acid. salicyl 1·0, Spir. vini, Glycerini q. s. ad solut. Axung. porci 30·0. DS. Naponta 4-szer bekenni. Rp. Zinci oxydati (benzoici) 4·0. Ol. fagi 4·0. Ung. cetacei 30·0. MDS. Kenőcs. Rp. Hydrarg. pp. alb. 2·0. Axung. porci 30·0. DS. Naponta 4-szer bekenni. Rp. Magist. bismuth., Flor. zinci aa 8·0. Amyli tritici 30·0. Mfp. DS. Hintőpor. Ha a nedvedző eczema szárazba megy át Rp. Ung. diachyl. spl. 30·0. Ol. rusci 8·0—15·0. MDS. Naponta 4-szer bekenni (az adagot fokozatosan emeljük). Száraz eczemánál (ecz. chronicum). Rp. Ol. rusci (s. Ol. cadini) 30·0. DS. A beteg helyét naponta 1-szer bekenjük, s azután hintőporral behintjük.

Ha a nedvedző helyeket pörkök borítják, azokat óvatosan távolítsuk el; e célból a pörkökkel fedett helyet olajba mártott ruhákkal fedjük be, s azután langyos vízzel mossuk le.

Az eczemas helyek gyakori mosogatását kerüljük.

Az eczema gyógykezelésénél igen fontos annak okát távoltartani: minő a gőrvélykór, angolkór, elhújasodás, rüh és egyéb helyi izgalmak. **Éjjeli felijedés** l. Pavor nocturnus.

Enteralgia l. dyspepsia. Idősebb gyermekeknél a kólika oka székrekedés is lehet, meghűlés, izgató eledelek, giliszták, csigolya fájdalmak, ennél fogva rendeljünk azok szerint: hashajtót, meleg fürdőt vagy fűzöt.

Entero catarrhus acutus. Heveny bélhurut. Étrend: mesterségesen táplált gyermeknél dajka, ha ez kivihetetlen, akkor könnyebben emészthető eledelek, mint a melyek élvezete okozta a hasmenést. 1—2 éves gyermekeknél rizsleves és Nestle-liszt, csecsemőknél tehéntej vagy tejfölös tej egész sűrű oldatban, pl. tej három rész főtt zabnyákkal vagy az 1. számú tejsűrű keverék.

A gyógyszererek közül legjobb az opium magában, vagy acid. muriatummal (l. dyspepsia) vagy bismuth naponta 0·5—1·00 grm.

Rp. Magist. bismuth. 2·0. Sacchari 3·0. Pulv. Doweri 0·05. Mfp. div. in dos. X. DS. Naponta 3 port (6—8 hónapos csecsemőnek). Rp. Bismuth. salicyl. 1·5. Sacchari lactis 3·0. Pulv. Doweri 0·15. Mfp. div. in dos. XII. DS. Naponta 3 port (1 éves gyermeknek). A bismuth-készítmények (a

subnitr. és salicylicum) nem hatásos szerek, úgy, hogy azokat nagy adagban is rendelhetjük, de a Dower-porral legyünk óvatosak, mert 0.10 grmjában 0.01 opium van, azért mivel nem tudjuk azt, hogy adott esetben a csecsemő az opium iránt hogyan viselkedik, a legnagyobb adagot ne rendeljük. Mi minden évre 0.01 Dower-port rendelünk, s a mi az adagot illeti, kétszer vagy háromszor kevesebbet; ha kiderül az, hogy a csecsemő ezt az adagot jól tűri, de az állapot nem javul, akkor az adagot növeljük.

Enterocatarrius chronicus. Idült bélhurut. 2 éven aluli gyermekek étrendje: étrend változtatás, s adjunk neki egyéb más eledeleket, mint a mihez szokva van, a mikor is szem előtt kell tartani a mesterséges táplálás szabályait. Ha a bélhurutos gyermek csak levest és thóát kap, akkor a legjobb, ha tej-diätára fogjuk; ha ellenben tejjel táplálják, akkor adjunk neki keményítő eledeleket, pl. Nestle-lisztet, zabnyák-levest. Idősebb gyermekek idült bélhurutjánál tiszta tejétrend és keményítő eledel; a hús egész két hétig teljesen tilos. Bűzös székletetek esetén a gyógykezelést hashajtóval kezdjük (Or. ricini), s azután a körülményeket tekintetbe véve, adunk vagy opiumot (ha gyakori a szék és fájdalmas), majd összehúzó szereket és béldesinficienseket (ha a székletét igen bűzös). Rendszerint többféle szert kell adagolnunk. Rp. Tannini 0.04—0.06. Magist. bismuth. 0.06—0.12. Sacchari 0.2. Dent. tal. dos. Nro XII. DS. Naponta $\frac{1}{4}$ port (1— $\frac{1}{4}$ éveseknek). A bismuth. tartalmu porok után a székletét színe szürkés vagy fekete.

Soltmann nagyon dicséri az argilla albat. Rp. Argill. depur. 1.0. Aq. dest 50.0. Tr. opii V. Syr. spl. 20.0. MDS. Felrázva 2—3 óránk. 1 kávésk. Rp. Tannini 0.04—0.06. Bismuth. salicyl 0.06—0.12. Pulv. Doweri 0.04—0.06. Sacchari 0.2. Mfp. dent. tal. dos. Nro 8. DS. Naponta $\frac{1}{4}$ port (1—5 éveseknek). Rp. Deti Colomb e $\frac{1}{4}$ —12.0. Col 90.0. Syr. spl. 10.0. DS. 2 óránk. 1 kávé-kanállal (1—5 évesnek). Izetlen mixtura; hatás fokára nézve gyengébb a lapisnál. Rp. Argenti nitrici 0.06. Aq. dest 90.0. Syr. spl. 10.0. DS. 2 óránk. 1 kávé-kanállal (1— $\frac{1}{4}$ éveseknek). Mint bél-antisepticumok ajánlhatók: a natr. benzoicum, naphthalinum purissimum, de mivel a naphthalinum-készítmények gyakran nem tiszták, azért ajánlatosabb a kétszerte vagy háromszorta kisebb adaggal kezdeni.

Rp. Natrii benzoici $\frac{1}{4}$.0. Aq. dest. 90.0. Tr. opii spl. VI. Syr. spl. 10.0. MDS. 2 óránk. 1 kávé-kanállal (3—5 éveseknek).

A naphthalin vízben nem oldódik, ennélfogva azt magában vagy Dower-porral, esetleg bismuthal rendeljük.

Rp. Naphthalini purissimi. Magist bismuth. aa 0.12. Pulv. Doweri 0.03—0.04. Mfp. d. tal. dos. Nro IV. DS. Naponta $\frac{1}{4}$ port (2—5 évesnek).

Idült esetekben, angolkórosaknál vagy idősebbeknél, a mellett ha vérszegények, s ha naponta gyéren, pl. csak 2-szer van hasmenésük, de ha a folyamat már idült, a vas kis adagjainak adagolása van helyén; 1—2

éveseknek 0·01—0·04 grm. naponta, idősebbeknek a kor szerint több, bármely vaskészítményből. Rp. Ferri lactici 0·02—0·03. Magisterii bismuth. 0·06—0·12. Sacchari 0·12. Mfp. dent. t. dos. Nro 12. S. Naponta 3 port. (1—5 éveseknek).

Ha az idült bélhurutokhoz gyomorhurut tünetei is csatlakoznak (a gyomorgödör felfúvódása és érzékenysége, bevont nyelv, étvágytalanság, felbőfögés, émelygés), akkor a legcélravezetőbbek az ásványvizek, mint az emsi, vichi. Egy-két éves gyermekeknek két óránként kávé, idősebbeknek gyermekkanalanként nyújtjuk.

Ha a vastagbélék bántalma lép előtérbe, akkor nagymennyiségű bélebeöntéseket eszközölünk tiszta vízzel, vagy fertőtlenítő folyadékkal (nem mérgező fertőtlenítő folyadékkal), e célra az Esmarch-féle irrigatort használjuk. Egy éves gyermeknek egyszerre egy pohárnyit öntünk be, 2 évesnek kettőt, három évesnek hármat. Minden pohár melegvizre egy kávéskanálnyi benzoe savas natriumot, vagy tannint veszünk.

Az idült vastagbélhurutoknál alkalmazunk még flanel haskötőt, vagy hasfájdalmak esetén megmelegedő borogatásokat. Periodikus hasmenéseknél adjunk chinint.

Enuresis nocturna. A vizellet visszatarthatatlansága idősebb gyermekeknél szokott előfordulni, amelynek oka vagy ideges eredet, vagy lefokozott táplálkozás, amely körülmények a gyógykezelésre nézve is irányadók. Mindenekelőtt lefekvés előtt a gyermeknek tiltsuk el az evést és irást (a lefekvés előtt legalább két órával egyék), s azonfelül minden nehezebb szellemi munkától tiltsuk el. A gyermeket, amennyire lehet, napközben szoktassuk ahhoz, hogy vizelétét mentül hosszabban tartsa vissza. A gyógyszerek közül ajánlatos a nux vomica és rhuss aromatica. Rp. Tr. nuc. vom. 5·0. DS. 3—5 cseppet naponta 4-szer (6, egész 10 éveseknek). Rp. Extr. fluidi. rhuss aromat. 10. DS. 5—15 cseppet naponta kétszer a kor szerint. A rhuss aromaticának csak folyékony készítményét használjuk, amelyből 2 cseppel adunk többet, mint amily idős a gyermek. A hatásnak gyorsan kell beállania, s ha 7—10 nap alatt hatás nincs, akkor a szer további használatát abba kell hagynunk.

Epilepsia. A tünetileg ható szerek között az epilepsia ellen a bromkészítmények fokozatos adagolása van helyén; ebből az évek szerint 1—2 grammot adunk. Ha a rohamok száma csökken, akkor az adagot lassanként leszállítjuk. A kezelést hónapokon át szakadatlanul kell folytatni. Vérszegények epilepsiájánál moschust és vasat, (l. anaemia), idült késői bujakórnál jodkalit (l. a bujakórt). Igen gyakori és heves rohamoknál a bromhoz Chloralt is kell adnunk. Rp. Chloral hydrati, Kalii bromati, Natrii bromati aa 4·0. Aq. dest. 180·0. DS. Naponta 4-szer 1 gyermekk. (5—10 éveseknek).

Epistaxis. Hideg borogatások az orra és a nyakszirtre; vatta tam-

pon az orrlíkakba, a melyet előbb vashalvány oldatba mártunk. Rp. Liq. Ferri. sesquichlorati 1·0. Aq. dest. 50·0. DS. Külsőleg. Ha 2 percz alatt a vérzés nem szűnik, akkor újra tamponálunk. Igen heves orrvérzésnél Belloque-féle orrtamponálást végezzünk.

A gyakran ismétlődő orrvérzéseket elkerülendő, tilos a betegnek fedetlen fővel járni a napon, s a mellett fejét gyakrabban mossa hidegvizel; vérszegénység esetén belsőleg 2—5 csepp liquor ferri sesquichlorat adagolunk — a kor szerint — naponta 3-szor evés után. Időszakonként ismétlődő vérzéseknél chinin. Gyakran az ismétlődő orrvérzések oka az orrsüvényen székelő sarjadzásokban van; ilyen esetekben legjobb a sarjadzásokat lapis-oldattal ecsetelni.

Erysepelas. Helybeli körülírt gyulladásnál hideg borogatások. Vándorló orbáncz esetén, mely székszorulással párosul, hashajtók, különösen Calomel (0·03—0·06) óránként 1 port a hatás bekövetkeztéig; ha 4—6 por adagolására hatás nem következik be, akkor ol. ricini. A helybeli szerek közül ajánlatos az orbánczos hely bekenése kátrány vagy ichthyol készítményekkel, különösen a piros hely határán, ugyszinte tiszta jodtinctura ecsetelés naponta 1—2-szer vagy jodoform kenőcs. Rp. Jodoform 1·0. Vaselini 10·0. DS. Kenőcs. Rp. Jodoform 1·0. Collodii 20·0. DS. Naponta 2-szer bekenni, a vörös folt környékén levő egészséges bőrre is mintegy három ujjnyira kiterjeszkedve.

Erythema simplex et nodosum, különös kezelést nem igényel. Ha a fájdalmak igen hevesek, akkor Aq. plumbica borogatások.

Favus. — Herpes tonsurans. A hajzatot leborotváljuk, s a beteg részek között kitépjük; a pörköket zsirral letisztítjuk, s azután a beteg helyeket meleg szappanos vízzel lemossuk, azután a beteg helyet naponta kétszer a következő kenőccsel kenjük be. Rp. Hydrarg. corros. 0·06—0·12. Axung. porci. 30·0. DS. Kenőcs. Ha a kenőcs néhány napi használata után a bőr kezd pirosodni vagy esetleg lobosodni, ekkor a bekenést a reactio clmultáig elhagyjuk.

Febris intermittens. A kórok eltávolítása szempontjából tiltsuk el azt, hogy a gyermekek a földön háljanak. A lázroham alatt a beteget fektessük ágyba, fejét hidegvizes kendőkkel borogassuk, s adjunk neki valami savanyú hűsítő italt. A roham elhárítására Chin. muriat. vagy sulfur. porokat adunk por vagy oldatban a roham kezdete előtt 4—6 órával, s pedig annyi deczigrammot, a hány éves, s annyi czentigrammot, a hány hónapos a gyermek, pl. Rp. Chin. muriat. 0·2. Da in caps. amyl. Dent. t. dos. Nro 6. DS. Reggel 9 és 11 óraker 1 port (6 éves gyermeknek).

Ha a rohamok megszüntével a lépdaganat még fennáll, akkor okvetlenül szükséges, hogy a chinint még hosszú időn át (3 héten is) adagoljuk a betegnek. Ha a chinin adagolására a lép láthatólag nem fejlődik vissza, akkor a chininnel együtt Piperint adunk. Rp. Piperini 1·25—2·5.

Chinin. muriat. 4·0. Extr. trifol. q. s. ut. f. pilul. Nro 60. Consp. licopod. DS. Naponta 3—4 szemet (5—8 éveseknek). Vagy pedig átmegyünk arsenre. Rp. Liq. ars. Fowleri 4·0. Elix. viscer. Hoffmanni 15·0. DS. Naponta 3-szor 5 cseppet, mindennap 1 cseppel emelkedve egész 15 cseppig. Néha a lázroham chininre nem enged, s a lázroham csak helianthusra mulik el. Rp. Trae helianth. annui. 30·0. DS. Csecesemőnek 20 cseppet, idősebbeknek 4—6 kávéskanállal, naponta 2—3-szor 1 kanál vízben.

Fejfájás. (Migrain.) Heveny fejfájás esetén (láz alkalmával) hideg borogatások a fejre és mustárpapír a lapoczkák közé. Idült fejfájásnál a kórok alapján követelni lehet a foglalkozás teljes abbanahagyását, a látási zavarokat szemüveggel megszüntetni, a vérszegénységet és az idegességet, az idült náthát és agybajokat külön kell kezelni. Gyakori migrainnél, (inelyek öröklött bajok), legjobb hatása van az antifebrinnek (4-szer naponta annyi czentigramm, a hány éves a gyermek. 15—30 perc alatt 2 port), phenacetin és antipyrin (ez utóbbiból annyi deczigramm, a hány éves a gyermek, szintén 1 óra alatt 2 port). Időszakos fejfájásoknál chinin.

Gangraena pulmonum. Tápláló étrend, bor, terpentin belehelések, (10 csepp 1 pohár forró vízre) vagy belsőleg is terpentin. Rp. Ol. therebenth. rectific. X. Mixt. gummosae 60·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. Rp. Extr. cort. chinae regiae 2·0. Kalij chlor 0·60. Aq. dest. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. Rp. Creosoti X. Spir. aether guttas VI. Aq. dest. 60·0. Sacch. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. Rp. Terpini hydrati 2·0. Spir. vini. Aq. dest. Syr. menth. aa 60·0. DS. 4-szer naponta 1 kávéskanállal.

Gangraena umbilici fertőlenítő behintések, pl. Rp. Jodoli 10·0. DS. Hintőpor. Rp. Acid. salicyl 1·0. Axung. porci 15·0. DS. Kenőcs.

Gastritis acuta. Idősebb gyermekek gyomorhurutjánál teljes ételmegvonás és hűsítő italok, limonádé vagy jeges víz. Szükszorulásnál calonel mint hashajtó (0·03 óránként a hatás bekövetkeztéig). Később alkalikus ásványvizek.

Gastritis toxica. Alkaliakkal (szalmiákszeszszel, lúggal) való mérgezés esetében növényi savakra utalunk, minő a citromsav és az eczet, vízzel hígítva. Savakkal való mérgezőkor szódás magnézia, kréta, a mellett hűvös italok és hideg borogatások a fejre.

Görvélykór (scrophulosis). Hygiene diaeteticai magatartás, mint a rachitissnél. A tiszta tengeri levegő hasznára válik minden vérszegény és görvélyes gyermeknek, de a tengeri fürdést csak akkor bírja ki jól a beteg és szemmel láthatólag haszonnal, ha torpid görvélykórban szenved, mert scrophulosis florida esetében csakis melegített tengeri vizes kádfürdő ajánlatos. Belső szerekből majd a csukamáj-olaj (sovány, sápadt gyermekeknél, általában a scroph. floridánál), majd vas (élesen jellegzett vérszegénységben), majd jódd (jóddvas vagy jodkali alakjában) alkalmazandó. Az első chronicus adenitisekben, a másik a lágyrészekben előforduló fekélyes

folymatok és főleg periostitis esetében használtatik. Rp. Syr. Ferri iodati, Syr. cort. aurant aa 30.0. DS. Naponként 3-szor minden évre 2 cseppet számítva (azaz: öt évesnek 10 csepp, 10 évesnek 20 csepp, napjában 3-szor, evés után). A jódvas a nehezen emészthető készítményekhez tartozik, azért jobb kis adagokon kezdeni és fokozatosan növelni mindenkor evés után). Rp. Kali hydroiodici 3.0. Aq. destill. 120.0. Syr. simpl. 10.0. MDS. Napjában 3-szor 1 kávéskanállal, tekintettel a kort (naponként közel 0.25—0.50 számítva 1 évre, és fokozatosan évenként 1 grammra emelkedve föl).

Hányás. Csecsemőknél különös kezelést nem igényel, csak az emlőt nyújtjuk ritkábban. Heveny fertőző bajokhoz csatlakozó hányás oka csakhamar kiderül. A gyomorhuruthoz, agybajokhoz s más okokból eredő folytonos hányás legjobban csillapodik jéglabdacok nyelésére, vagy esetleg ha a gyermek még oly kicsi, hogy erre nem képes, akkor kávéskanálanként jeges vizet adagolunk neki (5—10 percenként 1 kávéskanállal), s a mellett teljes nyugalom. Külsőleg mustárt a gyomor tájékára, belsőleg bismuth, cerium oxalicum és pezsgőporok. Rp. Cerii oxalicy 0.03. Magist. bismuth. 0.50. Mfp. dent. tal. dos. Nro 6. DS. 2 óránk. 1 port (4—8 éves gyermekeknek). A cerium oxalicumot a gyermek életévei szerint adhatjuk 0.03-ként, mert a szer nem erős hatású.

Véres hányásnál és véres székelésnél teljes nyugalom, jég belsőleg és külsőleg, a lábakat meleg ruhába göngyöljük. Belsőleg liquor. ferri sesquichlor., extr. secal. cornut. Rp. Liq. ferri sesquichlor., Glycerin aa 5.0. DS. 2 óránk. 1—5 cseppet (1—10 éves gyermekeknek). Rp. Inf. secal. cornut e 2.0. col 90.0. Syr. spl. 10.0. MDS. 2 óránk. 1 kávésk. vagy gyermekkanállal (4—8 éves gyermekeknek).

A Secale cornutumot porban is adagolhatjuk a gyermek kora szerint, naponta 0.03—0.05, de az adagolással legyünk óvatosak, mert felhalmozódó hatása van. Rp. Plumbi acetici 0.05. Sacchari 3.0. Mfp. dent. tal. dos. Nro 8. S. 3 óránk. 1 port (2—8 éveseknek). Felntötteknél a plumb. aceticumnak egyszeri legnagyobb adagja 0.07 és huszonnégy órában 0.30, így tehát 2—4 éves gyermekeknek egy adagra 0.008 és pro die 0.03, azonban a gyakorlatban azzal a szerrel bátrabban szoktak bánni.

Hasi és küteges hagymáz. (Typhus abdominal. et exanthemat.) A láz a legtöbb esetben jóindulatú, s azért külön gyógyításra nem szorúl, kivéven azt az esetet, ha az tulságos magas fokot ér el. A láz teljes megszűnéséig tömörebb eledel tilos. Többé-kevésbé súlyos ideges jelenségeknél a lázellenes gyógymód (lásd a vörhenyt) alkalmazandó; a hasmenés ellen opiumot bismuthal stb. adagolunk, a köhögés ellen köptetőket (lásd a bronchialis hörghurutot). A typhus abortiv kezelésénél ajánlatos a calomel nagyobb adagokban (mint hashajtó), péld. óránként 0.04 gram, a míg a hatás be nem következik.

Heveny lázas betegségek. A beteget fektessük ágyba, a szobát, melyben fekszik, szellőztessük jól, fejére tétessünk hideg borogatásokat, italul adjunk friss vizet, esetleg limonadét; étrend: erős húsleves és tej. Valamennyi fertőző lázas beteg szigorúan elkülönítendő.

Heveny gégehurut, vagy *alcroup* — *laryngitis acuta*. Ágyban, melegben való tartózkodás, a nyakra megmelegedő borogatások, vizgőzők belehelése (porlasztó segítségével vagy egyszerűen a teafőzőből); kiváló hatású a *forró lábfürdő*.

A lábfürdő készítésére veszünk 32° R. vizet, s egy marék mustár-lisztet vagy egy kávéskanál királyvizet (1 rész ac. nitrici és 3 rész ac. hydrochlorici), ezek egyikét adjuk a lábvizhez.

Rp. Aqu. regiae 60·0. DS. Egy fürdőre egy kávéskanállal. Mérges. A beteg lábait a lábszár közepéig bemártja a vízbe, és 20—30 percig tartja benne, állandóan forró vizet öntvén hozzá (a fürdő hőmérséklete 35° -ig emelkedik). A gyermeket erre ágyba fektetjük és a lábára gyapju harisnyát huzunk. Szükség esetében a fürdést másnap megismételjük.

Belső szerek, melyek a hurut oldását előmozdítják: a seltersi víz (Luhi Margit) tejjel, alkaliák, apomorphin, szalmiak, ipecacuanha, péld. Rp. Inf. rad. ipecacuanh. e 0·15, col 60·0. Ammon. muriat 0·4—0·6. Syr. simpl. 8·0. MDS. Két óránk egy kávéskanállal (2—6 éves gyermekeknek).

Az ipecacuanha kis adagokban elősegíti a nyálkaelválasztást, s ez okból a köptető és oldószerekhez tartozik; nagyobb adagban hánytatószer. Mint köptetőt gyenge, közép és erős adagokban rendeljük az ipecacuanhát; a gyengébb oldat készítésére 100 grm. vízre veszünk 0·15 grmot, a közép-erős oldat készítésére 0·25 és az erős készítésére 0·50 ipecacuanhát számítsunk 100 grm. vízre. Ha hánytató adagot akarunk rendelni, akkor 0·50 grmot veszünk 100 grm. vízre. Az oldatot, a korhoz mérten $\frac{1}{2}$ teáskanálattól kezdve (egy évet meg nem haladó gyermekeknek) egészen kávéskanálig rendelünk 1—2 órai időközben, de ha a beteg hány. akkor az adagolással nagyobb szünetet tarthatunk.

Rp. Inf. rad. ipecac. e. 0·12—60·0. Natrii bicarbon. gr. 0·6. Syr. simpl. 8·0. DS. Mint az előbbi. Rp. Apomorph. muriat. 0·015. Aqu. destill. 60·0. Ac. muriat. dil. gtt. II. Syr. simpl. 8·0. DS. Egy-két óránként egy kávéskanállal 3—4 éveseknek.

Az apomorphin a bőr alá fecskendezve, mint erős hánytató hat (elegendő 0·0001), de belsőleg használva aránylag a nagyobb adagok is jól türetnek. Gyermekek számára közép adagul naponként 0·001 pro dosi egy-egy évre, pl. 4 éves gyermeknek naponként 0·004, 12 évesnek 0·003 adható.

Minthogy az apomorphin az alkaliákban és közömbös vegyületekben hamar oldódik, s a szintelen keverék smaragd-zöld színt kap, ennek meggátlására néhány csepp sósavat adunk hozzá.

Gyakori száraz köhögés esetében, az említett oldatokon kívül, narcoticákat, főleg pedig opium készítményeket adunk, mint a Dower-port és morphiumot. A Dower-por adagolásáról szó volt a hasmenésről szóló fejezetben; a morphiummal pedig még óvatosabban kell bánni. A korhoz képest bizonyos adagolási táblázathoz alkalmazkodván, legnagyobb adagnak vehető 2—3 éveseknek 0·002 pro dosi, és 0·005 gr. pro die; 4—5 éveseknek 0·03—0·04 stb.; ámde ez adagoktól biztosan bekövetkezik az álmoság, mert a gyermekek nagyon érzékenyek a morphium iránt, s úgy látszik, hogy egyedül az atropin az, a mely iránt még érzékenyebbek. Óvatosságból jóval kisebb adagokkal kell kezdeni, s fokozatosan növelni az adagot, pl. Rp. Morphii acetici 0·075. Aquae destill. 30·0. DS. Két cseppet egy-egy évre, napjában 2—3-szor. Tehát 5 évesnek 10 cseppet, 8 évesnek 16 cseppet.

Ha a gégeszűkület igen élesen jellegzett, hánytatót kell adni, de a bevétel előtt előbb adjunk okvetetlenül sok melegített italt. Rp. Pulv. rad. ipecacuanh. 1·25. Tartari emetici 0·06. Aquae destill. 45·0. Oxymel. scyllae 15·0. MDS. Tíz percenkint egy teáskanálnyit a hányás bekövetkeztéig (2—3 évesnek). Rp. Inf. rad. ipecacuanh. e 0·50 ad col 60·0. Syr. seneg. 15·0. DS. Felét egyszerre bevenni, ha a hányás be nem következik, a maradékot teáskanállal tíz percenként.

Ha az álcroup gyakran visszatér, akkor a gyermeket hozzá kell szoktatni a hideg lemosásokhoz; nyáron kezdve reggelenként eleinte 24° vízzel és fokozatosan 18°-ra leszállva, dörzsölik be a nyakát és törzsét.

Hernia umbilicalis. A sérvkapunak megfelelő kis pelottás sérvkötőt, ragtapasz-csikokkal rögzítsünk a sérv felé. A ragtapasz-csikokat cserépfedélszerűleg vigyük egymásra. A kötést 4—6 hét múlva megújítjuk. A gyermek a kötéssel füröszthető is.

Herpes tonsurans. A haját rövidre nyíratjuk, a megtámadt helyek körül a hajszálakat kitépjük; a pörköket valamely közömbös zsirral leoldjuk, szappanos vízzel, esetleg szappanos szeszszel lemoszuk; ezután a megtámadt helyeket naponta 2-szer a következő kenőccsel kenjük be: Rp. Hydrarg. muriat, corros 0·06—0·12. Axung. porci 30·0. DS. Kenőcs. Ha néhány napi használat után a bőr pirosodni kezd, esetleg meglobosodik, akkor a reactió elmúltáig a bekenésekkel szünetelünk.

Herpes zoster. A megbetegedett helyeket keményítő-porral hintjük be.

Himlő. Variola. Óvintézkedések: a betegtől el kell különíteni az egészségeseket, s újra oltani. A gyógyítás symptomaticus.

A genyedés csökkentésére ajánlatos a xylol. Rp. Xyloli 1·25—4·0. Aq. foeniculi, Syr. mentli. piper aa 30·0. Vini tokajens. 60·0. MDS. 1—2 óránként teás vagy kávéskanállal (1 évtől 10 évig). A Xylol cseppekben is rendelhető. Rp. Xyloli puri 15·0. DS. Annyi cseppet, a hány éves a gyermek,

borban, 2—3 óránként. Az adagolást mentül korábban kell kezdeni, azaz, mihelyt a himlő diagnosisa meg van állapítva.

Hegек eltávolítására hideg borogatás az arcra vagy ung. cinerei bedörzsölése vászonra vagy Rp. Ac. carbol 3·0, ol. provinc 40·0. Cretae pulv. 60. Mf. pasta, vászondarabkára az arczbőrrre tenni.

Hurutos sárgaság, pár nap alatt elmúlik, valamely égvényes ásványvíz (Vichy, Celestin, Emsi, Kronchen) használatára, melyből 2 óránként egy kávéskanálnyit adunk be. A diaeta: kerülendők a savanyú, zsiros eledetek, továbbá a gyümölcs. Székszorulás esetében calomel, illetőleg rheum készítmények.

Hydrocele. Ujszülötkeknél és pár hónapos gyermekeknél magától eltűnik és nem kíván külön kezelést, de ha még sem múlik el, sőt nagyobbodik, a kezelés, miként a felnötteknél is, műtéti.

Hydrocephalus acutus l. Meningitis.

Hydrocephaloid. Mindenekelőtt az okozó tényezőt, a hasmenést kezeljük, azonfelül izgatókat rendeljünk (l. Cholera infant).

Hyperthrophia tonsillarum. Ha hosszabb ideig, pl. 1—2 hónapig tart, akkor ajánlatos a képleteket összehúzó szerekek ecsetelni. Pl. Rp. Alum. crudi. Mucilag. Gummi arabici aa 5·0. DS. Ecsetelésre. Ha az nem vezet eredményre, akkor a túltengett mandola-részleteket messük ki (Tonsillotomia).

Icterus catarrhalis l. hurutos sárgaság.

Icterus neonator. Nem kíván kezelést.

Idült gégehurut. — Laryngitis chronica, többnyire buja- és görvélykóros alapon támad, ezért a megfelelő általános gyógykezelésre fordítsuk figyelmünket, továbbá helybelileg az orr és az orrgarat üreget kezeljük. A gégét legjobb 2%-3% lapis-oldattal ecsetelni napjában egyszer.

Rp. Argenti nitrici 0·50—0·75. Aquae destill. 10·0. DS. A gégét napjában egyszer bekenni.

Impetigo. A kórokozó tényezők, mint a görvély-angolkór, vérszegénység általános kezelése; az impetigós helyekre a következő kenőcs. Rp. Hydrarg. praec. alb. 2·0. Axung. porci 30·0. MDS. Kenőcs.

Influenza: tüneti kezelés. A beteget ágyba fektetjük, a beteg szobát jól szellőztetjük. Az általános tünetek közül főfigyelmünket a fejfájásra és a lázra fordítsuk. Mint specificus szer ajánlható az antipyrin (annyi deczigrm., a hány éves a gyermek), továbbá meleg theák, cognac, bor. A leginkább előtérbe lépő tünetek közül a légzőszervek hurutjának kezelését illetőleg l. a bronchitist. Az esetleges complicatiókat azok természete szerint kezeljük. Legyünk óvatosak a prognosissal, mert e rejtélyes betegség minden nap újabb és sokszor hihetetlen complicatiókkal jár.

Incontinentia urinae l. enuresis nocturna.

Intertrigo. Rp. Amyli trit. 30·0. Flor. zinci Magist. bismuth. aa 4·0—8·0. MDS. Hintőpor. A bőr tulizzadt részeire száraz vagy hygroscopicus vattát tegyünk; ha a lobosodás igen erős, ajánlható a Burow-oldattal való borogatás. Rp. Liq. Burowi 200·0. DS. Felényi vízzel borogatásra. (Egy kis vattarészlet az említett folyadékba mártva, a bőr tulizzadt részére tétetik). Biztosan és gyorsan ható szer.

Invaginatio. Szigorú diaeta és nyugalom. Gyomormosás; opium egész az aluszékonyságig; ha a vastagbél a rectumba türemkedett be, a betüremlett részletet gyomor sondával igyekszünk kiemelni, a melynek végére szivacsot kötünk. Ha a vékonybelek türemlettek be a vastagba, bőséges csörék langyos vízzel, (mások szerint jobb a hideg víz). Hányás ellen jégdarabkák. Ha mi sem segít, — laparotomia.

Kanyaró. — Morbilli. Tüneti kezelés, főleg a kísérő tüdőhurut kezelendő (l. bronchitis).

Kólika (l. dyspepsia és enteralgia).

Laryngitis (l. heveny gégehurut).

Laryngospasmus. Főleg angolkóros és vérszegény gyermekeknél fordul elő, s ezért a megfelelő kezelésre utalunk (lásd az angolkórt), a tüneti kezelésre legjobbak a brom-készítmények; 6 hónapos gyermeknek 0·30—0·50 egyszerre. Lakásváltoztatás. Rp. Kalii bromati 2·0. Aq. dest. 90·0. Syr. Spl. 10·0. MDS. Naponta 4 kávésgyermekkanállal. (5—12 hónaposaknak). Ha a rohamok naponta többször ismétlődnek, akkor brom helyett, esetleg avval kapcsolatban moschust rendeljünk. Pl. Rp. Trae moschii 5·0. DS. Naponta 3-szor 5—10 cseppet vagy Rp. Kalii bromati 2·0. Aq. dest. 80·0. Tr. moschii guttas X. Syr. Spl. 20. MDS. 2 óránként 1 kávéskanállal. Craniotabes esetén jó hatású a puha nyakszirtnek állott vízzel való borogatása, esetleg lemosása naponta többször.

Leukaemia. Általános roboráló étrend, friss levegő, a gyógyszerek közül az arsen-készítmények.

Rp. Sol. arsenicalis Fowleri 5·0. Tincturae chinae compos. 40·0. DS. Napjában 3-szor öt cseppjével, fokozatosan 10, sőt 15 cseppig felemelkedve. Rp. Ac. arsenicosi 0·06. Ferri hydrogenio reducti 1·25. Extr. trifol. q. s. int. ut. f. pil. Nro 60. Consp. pulv. lycop. DS. Napjában 2-szer 1—2 pilulát mindig evés után.

Mastitis neonatorum. Újszülöttek emlőjének gyulladásánál melegítő borogatások, elgyenyedés esetén felnyitás és salicylos (carbolos) vattával való száraz kötés.

Melaena neonatorum. Nyugalom, hideg borogatás a hasra. Rp. Liq. ferri sesquichlor. Glycerini aa 5·0. DS. 2—3 óránként 1 cseppet. Rp. Extr. secal. cornuti. aq. 1·25. Aq. destill. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. Két óránként egy kávéskanállal. (Két napnál nem tovább.)

Meningitis simplex et cerebro-spinalis. Az agyhártyák egy-

szzerű és járványos gyulladása. Abszolút nyugalom; az első időszakban, a makacs hányás alkalmával híg táplálék, melyet jégben hűtünk le és kávéskanalanként nyújtunk. Jégzacskó a fejre; idősebb gyermekeknél pióczát tehetünk a fül mögé (évek száma szerint), hashajtót, és a hányásra való tekintetből legjobb a calomel, de csak kicsiny adagokban (0·02—0·04, tekintettel a korra, egész a hatás bekövetkeztéig).

Nagy nyugtalanság esetében Natrium bromatium belsőleg vagy (lásd a számárhurutot), morfium a bőr alá, 0·001—0·002 grmmot számítva egy évre.

Rp. Morph. mur. 0·15. Aq. dest. 10·0. MDS. 5 cseppet a bőr alá (5—10 évesnek). Adható chloralhydrat is esőrében ugyanazon adagban, mint belső használatra, azaz egy-egy évre 1 gramm, továbbá jók a hólyaghúzók a nyak hátsó felületére, mint pl. a mustár papír és az empltr. ad vesicator. Az erőhanyatlás időszakában izgatók és felszívók, mint pl. Rp. Inf. valerianae c. 2—5, col 90·0. Kalii hydrojodici 1·25. MDS. 2 óránként 1 kávéskanállal.

Meningitis tuberculosa. Az első időszakban, a míg a hányás tart, jéglabdacok vagy jeges víz kávéskanalanként, jég-hólyag a fejre, calomel pro laxans. Később jodkali belsőleg és jodoformos kenőcs a rövidre nyírott fejre. Hogy a jodoform-kenőcsnek kellemetlen szagát eltüntessük, ol. eucalyptit, pörkölt kávét stb. adunk hozzá, pld. Rp. Jodoformi 4·0. Coffeae tostae pulv. 2·0. Lanolini 30·0. Axung. porci 4·0. DS. Napjában kétszer szinig telt kávéskanállal kétszer bekenni a fejet (csecsemőnek $\frac{1}{2}$ kanállal).

Migrain, lásd a fejfájást.

Nephritis acuta. Heveny vesegyulladás. Heveny vesegyulladás esetén a beteg okvetlenül maradjon ágyban. A diaeta annál szigorubb, mennél kevesebb a vizelet és mennél töményebb; a legjobb táplálék a tej, de ha a vizelet nagyon is kevés (egy évre alig 30 gramm), csakis nyálkás levesek és víz, valamely ásványviz, pl. Selters rendelendők.

Ha a nephritis nagyon hevesen kezdődött (lázás állapot 39—40° kevés vizelet, a mely erősen véres), sovány eledel; erős gyermekeknél véres köpöly alkalmazandó az ágyéktájra, annyi darab, ahány éves a beteg, vagy egy-kettővel kevesebb, belsőleg calomel mint laxans. különösen hányásinger esetében; eleinte Inf. laxat. Wien, azután digitalis.

Rp. Calomelani 0·015—0·02, (a kor szerint). Sacchari 0·7. Dental. dos. Nro 6. S. Oránként 1 port, a míg a hatás bekövetkezik. Rp. Inf. laxat. Wien 90·0. Syr. rubi idei 10·0. DS. Két óránként 1 kávé egész gyermekkanállal (a korhoz képest), míg a hatás bekövetkezik.

Rp. Inf. hb. digitalis purpur e 2·0—90·0. Liq. kalii acetici 2·0. Syr. simpl. 10·0. DS. 4 éves korig kávé, idősebbeknek gyermekkanállal két óránként.

Ha a vizeletben kevés a vér, mindamellett a vizelet kevés, de zavaros, alkaliák rendelendők.

Rp. Cremonis tartari 2·0. Aquae destill. 90·0. Syr. simpl. 10·0. MDS. 1—2 óránként kávé- vagy gyermekkanállal.

Nephritis esetén a székrekedés okvetlenül megszüntetendő; a cremor tartari nemcsak vizelet-, hanem gyengén hashajtó is. De ha a beteg ezt használva mégis dugulásban szenved, jobb pl. ez:

Rp. Natrii sulphurici 2·0. Aq. destill. 90·0. DS. Mint az előbbi.

Italul: emsi viz (Krönchen) óránként 1—1—1½ pohárral; Vichy stb.

A nephritis későbbi szakában, mikor a vizelet elegendő mennyiségben ürül, de vért, sok fehérjét foglal magában, alkalmazandók a könnyű húgyhajtók, vagy a ferrum sesquichloratum (de nem egyszerre), továbbá a secale cornutum.

Rp. Dti fol. uvae ursi ex 4·0 ad col 90·0. Syr. simpl. 10·0. DS. 1—2 óránként kávé- vagy gyermekkanállal. Rp. Liq. ferri sesquichlorati gtt. XV. Aqua. destill. 90·0. Syr. simpl. 15·0. DS. Teás, kávé, evőkanállal naponként 4-szer (a korhoz mérten), mindig evés után. Rp. Inf. secal. cornuti e 2·0 col 90·0. Syr. simpl. 10·0. DS. Teás vagy gyermekkanállal, minden 2 órában.

Vizenyő esetében melegfürdők, (lázás állapotban jobb vizes lepedőbe burkolni és gyapjuruhába öltöztetni). A beteget 29° R. vízbe ültetjük és folytonosan meleg vizet adván hozzá, 20—30 perc alatt 31° R-re emeljük a hőmérséklet, azután 1—2 órára meleg öltözetben hagyjuk. A fürdés naponként ismétlendő.

Uraemia esetében (fejfájás, hányás, görcsök), jeges borogatás a fejre, vizes lepedőbe és ruhába pólyázás (vagy meleg fürdők), hashajtó, (calomel, Infust. laxat. W.), piócza a fül mögé (annyi darab, a hány éves a beteg), görcsök alkalmával chloroform belélekezés.

Rp. Pilocarpini muriat. 0·06. Aq. destill. 4·0. DS. Annyi csepp fecskendezendő a bőr alá, a hány éves a gyermek.

Ha uraemia mellett a szív működés csökken (gyenge érverés, hidegülő végtagok, könnyű cyanosis), melegfürdő, tilos a nadály, a pilocarpin, itt az izgató szerek alkalmazandók (lásd a gyermek-kolerát).

Noma lásd a szájbetegségeket.

Obstipatio. (Szokványos székrekedés.) Okszerű kezelés csecsemőknél alig lehetséges, mert a tej tulajdonságait nem tudjuk megváltoztatni, ha t. i. dajkát változtatni nem akarunk. Némelykor jó szolgálatot tesz a dajka étrendjének változtatása; néha a csecsemő szorulása hamar eltűnik, ha a dajka reggeli és ebéd után egy-egy savanyú almát eszik meg; más esetekben az okszerű gyógyítás megköveteli, hogy a dajka szorulása rendszeresen gyógyíttassék (mozgás, diaeta).

Ha azt hiszik, hogy a szorulás oka az, hogy a dajka teje kitünő

minőségű, tehát tulzsiros, akkor pótlásul tehéntejet vagy tejszinkeveréket, levest vagy higitásul közönséges vizet rendelünk, mindig egy evőkanálnyi mennyiségben egyszerre.

Ha a belek izomzata torpid, kezeljük az angolkórt és az anaemiát, melyek ennek az okai és belsőleg vagy keserű cseppeket (Elix. robor. Whitt. annyi csepp, a hány hónapos a gyermek, napjában 3-szor) vagy csukamáj-olajat rendelünk, (lásd az angolkórt).

Végbélnyílás szűkületekor mütét (véres vagy vértelen, utóbbi esetben a végbélnyílás rendszeres tágitása). Ha a tej kevés, akkor póttáplálékot adunk vagy dajkát változtatunk.

Ha a székrekedés oka az, hogy a keményítő tartalmu eledeleket korán vagy tulságos mértékben nyújtják a gyermeknek, akkor ezeket be kell szüntetni.

Mesterségesen táplált, vagy közvetlenül az elválasztás után fellépő székrekedés oka a tulságosan bő tejtáplálékban van, ennél fogva változtassuk a gyermek táplálékait; de ha a gyermek a tejen kívül egyebet nem akar elfogadni, akkor a tejet félig vízzel kell feleereszteni és éjszakára egyáltalában nem adni tejet.

Idősebb gyermekek szokványos dugulásának okszerű kezelésénél, tekintettel a kórokozó körülményekre, mindenekelőtt a vérszegénységet és a görvélykórt kezeljük, a sok bélsarat szolgáltató eledeleket pedig tiltsuk el (ilyen a kenyér és burgonya). Ha a székrekedések alkalmával a tulságosan kemény bélsár a végbélet berepeszti, a fájdalmak csillapítására legjobb a végbélnyílást a székletét előtt cocain-kenőccsel kenni be. Rp. Cocaini mur. 0·10. Vaselini 10·0. Mfung. DS. Kenőcs.

Az ürülék higabb állapotát előidézendő, gyenge hashajtók rendelendők, pl. podophillin, cascara stb. Ezek a szerek nagyon helyén vannak az idült szorulásoknál általában, mert igen alkalmasan adagolhatók és a szervezet nem hogy nem szokik hozzájuk, de sőt hatásuk a sok használat után még mintegy fokozódik.

A podophillint borszesz-oldatban vagy por alakjában rendeljük úgy, hogy egy évre egyszeri adag gyanánt 0·03 számítunk. Pl. Rp. Podophillin 1·50. Sacchari 3·0. M. f. p. pulv. div. in dos. X. DS. Este 1 port (2 éveseknek).

A port éjszakára adjuk be, a hatásnak pedig reggelre kell jelentkeznie, mely ha elmarad, másik port adunk be és a mellett csőrét, este pedig egyszerre másfél port, s ily módon növeljük az adagot mindaddig, míg a híg székelés be nem következik. Ekkor szünetel a porbevétel mindaddig, míg ismét 24 óra nem múlik el a híg székelés óta, a mikor tehát éjszakára megint azt a podophillin adagot kell beadni, a mely előbb a hatást előidézte. A cascarat kizárólag híg kivonat alakjában, azaz csöppekben használják.

Rp. Extr. fluidi cascarae sagradae 30·0. DS. 20 cseppet egyszerre (5 évesnek).

Kezdetben az adag egy évre számítva 4 csepp; ez a szer is lassan hat, s azért legjobb éjszakára rendelni és ha nincs meg a hatás, csőrét alkalmazni és estére másfél adagot adni be.

Csecsemők székrekedésében legjobb a rendszeresen alkalmazott csőrékhez fordulni, a következők szemmel tartásával: 1. a csőrét naponként ugyanegy időben alkalmazni; 2. hat evőkanálnál kevesebb folyadékot az ne tartalmazzon; 3. hőmérséklete 18^o—22^o R. legyen; 4. a csőre tartalma legyen közönséges víz. Ily kezelés után a gyermeknek pár napra önmagától is van széke; ilyen napokon a csőre fölösleges!

A has rendszeres masszírozása is jó hatású.

Belsőleg ajánlatos a csukamáj-olaj, napjában kétszer 1/2 kávéskanállal, különösen a sovány angolkórosaknál, vagy Rp. Tincturae chinae compos., Tincturae rhei vinos aa 4·0. DS. Annyi cseppet, a hány hónapos a gyermek (kövér gyermekeknek).

Az idősb gyermekek heveny, esetleges székrekedésében leggyakrabban a ricinus-olaj, (egy éveseknek fél kávéskanál, 2—3 éveseknek egy kávéskanál, azután gyermekkanál, tíz éveseknek egy evőkanál), továbbá az Aq. laxat. Vienens. és a rheum. Rp. Aquae laxat. Vienens 60·0. Syr. mannat 10·0. MDS. 2 óránként egy kávésgyermekkanállal a hatás bekövetkeztéig (2—6 éveseknek). Rp. Tr. rhei aquos. 15·0. Aquae dest. 15·0. Syr. simpl. 8·0. MDS. 2 óránként egy kávéskanállal a hatás bekövetkeztéig (1—2 éveseknek).

Heveny lázas betegségek kezdetén, továbbá vesegyulladások és górsók alkalmával mutatkozó székrekedésekben ajánlatos a calomel, még pedig aránylag nagyobb adagokban (lásd a dysenteriót).

Oedema glottidis. Gége-oedema esetén sebészi beavatkozás, t. i. az oedemas nyálkahártya bemetszése, vagy pedig a tracheotomia.

Oedema pulmonum. Izgatók és elvonók a bőrre és a belekre; szivbajnál digitalis vagy tinct. strophanti. Rp. Liq. ammon. anis., Aether. sulphur. aa 5·0. DS. Félóránként 5 cseppet. Rp. Camphor. trit. 0·03—0·06. Sacch. 0·2. Dent. tal. dos. Nro 12. S. Két óránként egy port. Rp. Camphor 0·5. Spir. vini, Aquae destill. aa 5·0. DS. Fel vagy egy egész fecskendővel a bőr alá fecskendezni. Rp. Tincturae strofanti 5·0. DS. 1—5 cseppet egyszerre a korhoz képest, naponta 2—3-szor. Rp. Inf. fol. digitalis e 0·20—90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. kávé- vagy theáskanállal.

Oxyuris vermicularis lásd a bélférgeket.

Onychia. Ha a körömágy gyulladt és tekélyes, s ha bűzös genyert választ ki, legjobb azt plumb. nitricummal behinteni napjában egyszer, és a képződött pörköt, melyet a megelőző hintés hozott létre, le nem venni.

Orchitis. Parotitis után keletkező herelob gyorsan mulik, ha a beteg nyugodtan fekszik, felemelt scrotummal (alápolcsozjuk).

Otitis. Fülgyulladás. Erős fájdalmakkal összekötött fülgyulladásnál a külső hallójáratba meleg olajat per se öntünk, még pedig vagy morfiummal, vagy cocain-oldattal keverve. Rp. Ol. amygd. dulc. 10·0. Morph. acet. 0·02. DS. Felmelegítve fél teás-kanállal a fülbe önteni. Rp. Cocaini mur. 0·2. Aq. dest. 4·0. DS. Pár csepp a fülbe önteni. Genyes folyás esetében fecskendezni a fület 3%-os bórsavas oldattal, 5—10%-os carbolsavas gliczerinből pár cseppet cseppenteni a fülbe, (ilyen erősségű vizes oldatok nem használhatók, mert nagyon égetnek). Ha a váladék nem folyik ki eléggé, a dobhártyán a nyílás megnagyobbítandó.

Öröklött bujakór. (*Syphilis congenita.*) A kezelés vagy belsőleg történik higanykészítményekkel (legjobb a calomel, az idősebbeknél a sublimat), vagy sublimatos fürdőkből áll, ha állandó dyspepsia és hurut miatt calomel nem adható, s a bőrön levő fekélyek miatt nem lehet kenőkrát használni, vagy végre bedörzsölési gyógymódot alkalmazunk.

Egyesek a calomelt elég nagy adagokban rendelik, pld. 0·003—0·006, kétszer napjában, de nincs okunk ily nagy adagokhoz folyamodni, a melyek károsak lehetnek a belekre, holott a czélt kisebb adagokkal, például 0·002 pro die is elérhetjük.

Rp. Calomelani 0·008. Sacchari 0·2. Mfp. pulv. d. t. dos. Nro 8. S. Naponként 1 port. Mivel a bujakórosak rendszeren vérszegények, jó a calomelt kicsiny vasadagokkal kötni össze, pl. 0·05 pro die ferri carbon. sacch. vagy 0·08 ferri lacticummal.

Rp. Calomelani 0·06. Ferri carbon. sacch. 0·4. Sacchari 4·0. Mfpulv. div. in dos. aequ. Nro 12. S. Napjában kétszer 1 port. Ha a bujakór kiujul, a pár éves gyermekek jól türik a sublimatot kicsiny adagokban, pl. Rp. Hydrarg. muriat. corros. 0·06. Aquae destill. 90·0. Syr. simpl. 10·0. MDS. Evés után naponként egy kávéskanállal. Fürdők számára a sublimat rendszeren szalmiákkal egyetemben rendelendő, a mely esetben az oldás tökéletesebb; minden fürdőre 0·30—0·50 sublimatumot veszünk, a kád nagysága szerint. (Fa-kád.)

Rp. Hydr. muriat. cor. 2·0—4·0. Ammon. muriat. 8·0. Aquae dest. 100·0. MDS. Két fürdőre való, a fürdőket minden másodnap rendeljük el.

Rp. Ung. hydrarg. ciner. 0·30. D. t. dos. in charta ceratis. Nro 12. S. Egy-egy darabot bekenni naponként a test különböző részeire, (ha az emésztés gyenge, s az eset erőlyesebb gyógyítást kíván). A bedörzsölési gyógymód erőlyes kezelés, kis gyermekeknel nagy vérszegénységet s olykor vérzésre való hajlamot is okoz; az idősb gyermekek a bedörzsölést jobban türik; bedörzsöléshez kell folyamodni mindannyiszor, mikor kívánatos valamely veszedelmes tünetnek, pl. iritis, stenosis laryngis, agy-rohamoknak mentől gyorsabb megszüntetése.

Bujakóros nátha, valamint a száj- és toroknak bujakóros megbetegedése esetében a nyálkahártyákat naponként 1—2-szer sublimat-oldattal ecseteljük. Rp. Hydrarg. muriat. cor. 0·06. Aq. destill. 30·0. MDS. Külsőleg. A condylomákat és fekélyeket circa anum calomellel per se hintjük be. Rp. Calomelani 4·0. DS. Napjában kétszer beecsetelni. Nagyobb condylomák esetében, hogy az ecsetelés hatása fokoztassék, a condylomákat előbb chlorzivvel kenjük be, s úgy hintjük be calomellel.

Rp. Aq. chlori 30·0. DS. Külsőleg. A calomel azonnal sublimattá válik, a mely csakis in statu nascendi hat.

A higánnyal való kezelés a bujakóros kivirágzások teljes eltűnéseig (2—3 hétig) tart, azután vasat adunk a visszamaradó vérszegénység ellen. Kiujulások alkalmával ismét a calomelhez fordulunk, de ha másodszeri vagy harmadszeri kiujulásról van szó, jobb áttérni a jódra. Rp. Kalii jodati 1·0—2·0. Aq. dest. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. Napjában 3-szor egy kávéskanállal ($\frac{1}{2}$ egész 2 éveseknek). Rp. Ferri jodati sacch. 0·03—0·06. Sacchari 0·2. M. f. pulv. d. tal. dos. Nro 12. S. Naponta 3 port ($\frac{1}{3}$ —2 éveseknek.)

Idült bujakór (periostitis, caries, gummata, ulcera cutanae) esetében szintén jod vagy Zittmann-féle főzet, vagy sassaparilla decoct. használandó, a mely a Zittmann-félének a főalkotó része.

Rp. Dti Zittmanni mitius. 90·0. DS. Éjjelre hidegen elfogyasztandó.

A gyenge Zittmann-féle főzetben nincs szenna, tehát nem hashajtó. Ha a főzetre higany nélkül van szükségünk, akkor rendeljük: Rp. Dti sassaparillae comp. mit. DS. Mint az előbbi.

Ha a sassaparilla főzetet otthon készítik, akkor egy kávéskanálnyi sassaparilla-gyökeret veszünk egy pohár főzetre, a teafőzőben állni hagyjuk, s azután felmelegítve itatjuk. Ilyenkor kötelező az otthon maradás, kivéven a nyári meleg napokat.

Paraphimosis. A makkot szalaggal — annak csúcsa felől elkezdve — körülesavarjuk azon czélból, hogy a vért belőle lehetőleg kiszorítjuk. Ezután megolajozott ujjainkkal igyekszünk a fitymát visszahuzni. Ha többszöri kísérletre sem sikerül a dolog, akkor műtéti beavatkozás. A gyulladás csökkenésére Aq. Goulardi borogatások.

Parotitis epidemica. Expectativ eljárás, a dagadt részekre melegeledő borogatások, később oszlató (jódos) kenőcsök.

Pavor nocturnus. A félénk gyermekeket ne izgassuk rémes történetekkel. Anaemia és általános idegesség esetében megfelelő általános gyógyítás. Symptomaticusan annyi deczigramm chinin éjjelre, ahány éves a gyermek.

Pemphigus neonatorum. Calomellel való behintés per se.

Pemphigus syphiliticus. Általános bujakór ellenes kezelés.

Pericarditis. Hideg borogatás és köpöly a sziv tájékán. Később

diureticumok, tápláló étrend, megmelegedő borogatások, digitalis. Rp. Inf. folior. digit. pp. e 0·2—0·6 col 90·0. Liq. kali acetici 2·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránként 1 kávésgyermekkanállal.

Peritonitis acuta et peritiphilitis. Abszolút nyugalom, és legszigorubb diaeta; jéglabdacso és jeges borogatás a hasra; piócza az erősödő fájdalom helyén, még pedig annyi darab, a hány éves a beteg. Belsőleg narcotikák, opium. Rp. Tr. opii spl. 4·0. DS. Óránként annyiszor félcseppet, ahány éves a beteg, még csak az álom be nem következik. Ha a pupillák jelentékenyen szűkülnek, az orvosságot abba kell hagyni.

Az opium és lobellenes kezelést mindaddig folytatjuk, míg a fájdalom és a láz tart; ezután megmelegedő borogatásokra térünk át. Hasajtó és a csőrök még székrekedés daczára sem ajánlatosak; csak akkor vannak helyén, mikor a gyulladásnak határozott jelei már elmúltak, de igen is helyén vannak arra nézve, ha bélsár-rögök gyűltek össze a vakbélben, vagyis az u. n. typhlitis stercoralis esetén.

Peritonitis chronica. Tápláló étrend, bor, ágyban való tartózkodás. Meleg borogatás a hasra, oszlató kenőcsök. Rp. Kali jodati 1·25. Jodi puri 0·12. Axung. porci 30·0. Mfung. DS. Kenőcs, naponta kétszer bekenni a hasat. Belsőleg jódkalium, a kor szerint naponta 0·20—0·50, egész 1·0 grm. Rp. Kali jodati 2·0. Aq. dest. 90·0. MDS. Naponta négy gyermekkanállal (5—10 éveseknek). Ha a gyomor állapota megengedi, akkor jódos vasat adunk. Rp. Syr. ferri jodati, Syr. spl. aa 15·0. DS. Annyi cseppet naponta 3—4-szer, a hány éves a gyermek, s ha jól tűri, az adagot növelni is lehet.

Pleuritis. A fájdalmak ellen köpöly, idősebb gyermekeknél nadály vagy mustárpapír; a köhögés ellen narcotikák, megmelegedő borogatások. Az exsudatum felszívódásakor újra köpöly, tápláló eledelek és bor. Genyes izzadmány esetében a geny kiürítése (Thoracotomia). A mi a csapolást illeti, csupán a betegség kezdetén célra vezető, nevezetesen pedig akkor, ha az izzadmány rendkívül gyorsan felszaporodik, mikor a beteg a tüdők léleklő felületének csökkenéséhez nem tud alkalmazkodni, és e miatt életét fenyegető nehéz léleklésben szenved.

Pneumonia catarrhalis l. Bronchitis.

Pneumonia cruposa. Exspectatív tüneti kezelés. Ha a hőmérsék nagyon emelkedett, hőcsökkentő szereket adunk, mint a phenacetin, antipyrin és antifebrin; legjobb az első, mert legkevésbé árt a szívnek és közepes adagokban nem okoz collapsust. Phenacetin és antipyrinnek egyforma az adagja, antifebrinből kétszer kisebb adag rendelendő. Az első kettőből naponként annyi deczigramm, ahány éves a beteg, naponta háromszor, de az esetleges collapsus elkerülésére minden új bevévés előtt meg kell mérni a beteg hőfokát és csak akkor adni a szert, ha a hő 39^o-nál nagyobb. Rp. Phenacetini 0·30. Dent. tal. dos. Nro 6. S. Naponta

3 port, ha t. i. a hőmérsék 39^o-on felül van. Rp. Antifebrini 0·12. Sacchari 0·2. Mfp. dent. tal. dos. Nro 6. S. Mint az előbbi (6 évesnek).

A gyötrő száraz köhögés ellen narcotikák (lásd: laryngitis); oldal-szurások ellen megmelegedő borogatások, mustár-papír. Gyenge érveréskor bor és egyéb izgató szerek, ugy mint valeriana, liq. ammon. anis., camphora, moschus.

Prurigo. Rp. Olei rusci, Saponis viridis aa 30·0. Spir. vini rect. 60·0. MDS. A beteg helyeket naponta 3-szor bekenni. Jó szolgálatot tesznek a szódás fürdők is, t. i. 2½ liter vízre egy tetejes evőkanál szódát veszünk; a fürdő legyen 27°R. hőmérsékű, s a beteg üljön benne tíz perczig.

Pruritus. Ha kiütés nem kíséri és csak a neurosis kifejezője, az általános gyógyításon kívül, tekintettel a beteg állapotára (rachitis, görvélykór, vérszegénység) ajánlatos a beteg helyeket napjában kétszer bedörzsölni hígított eczetbe vagy áfonya-főzetbe mártott szivacsos. Belsőleg kalium bromatum. A pruritus gyakran összeköttetésben áll chronikus székrekedéssel, s ekkor figyelmünket erre fordítsuk.

Pseudoleucaemia. Általános erősítő gyógymód. Sikert némi reménnyel csak az arsenikum, — akkor is lehetőleg nagy adagokban — nyújt, még pedig napjában 2-szer vagy háromszor adagolván 1—10 cseppet liq. arsen. Fowleri-ből.

Prolapsus recti. Okszerű kezelése függ az előidéző okoktól, ugy mint kezeljük a székrekedést vagy a hasmenést, vagy végre az erős köhögést. A székelés állva vagy fekvé történjek. Napjában egyszer hidegvíz, vagy tannin-oldatos csőrék. Rp. Tannini 5·0. Aq. dest. 100·0. DS. Két étkanálnyi 1 csőrére. Belsőleg nux vomica praeparatumok. Rp. Tr. nucis vom. 5·0. DS. 3-szor naponta 1—3 cseppet (1—5 éveseknek). Rp. Extr. nucis vom. 00·6—0·12. Emuls. amygd. 9·00. DS. 2 óránként 1 kávékanállal (2—5 éveseknek).

A nux vomicae kivonata kétféle, ugy mint vizes és borszeszes; az előbbeni háromszor gyengébb az utóbbinál. Az extr. nuc. vom. aquos-t 5-szörte erősebbnek tartják a tincturánál, tehát pro die 1—1 évre 0·02-nál több nem adható belőle, egy adagra pedig 0·007. Nyugtalan álm és felfeljedés esetében az adagolást hagyjuk abba. Tekintettel a cumulativ hatásra, jobb a háromszorta kisebb adagokkal kezdeni és nem adagolni nagyon sokáig.

Makacs esetekben ajánlatos az anus környékén ergotint fecskendezni a bőr alá. Rp. Ergotini Bonjean 0·12. Glycerini 4·0. DS. 6—12 cseppet egy fecskendőbe naponta 1-szer (2—5 éveseknek).

Purpura és Morb. maculos. Werlhoffi. A beteg ágyba fektetendő, étrendje legyen tápláló és erősítő, de könnyen emészthető (hús, hígtojás, tej). A savanyú eledel csak akkor vannak megengedve, ha a

betegnek hasfájásai nincsenek. Belsőleg: Liq. ferri sesquichlor. Secal. cornut. Plumb. aceticum. Rp. Inf. secal. cornut e 1:25—90:0. Syr. spl. 10:0. DS. 2 óránként 1 kávéskanállal. Rp. Plumbi acetici 0:01. Sacchari 0:2. Dent. tal. dos. Nro 12. DS. 3 óránként 1 port. Rp. Extr. fluid. hydrastis canadens. 10:0. DS. 10—15 cseppet naponta 3-szor (5—10 éveseknek). Orrvérzés esetén — tamponáljunk.

Rhachitis. (*Angolkór.*) Az okszerű kezelés szempontjából száraz lakás, tiszta levegő (séta), a kornak megfelelő étrend. Félévestől 1 éves gyermekeknek anyatej, leves, húslé $\frac{1}{2}$ —1 kávéskanállal napjában egy-néhányszor; a keményítő tartalmú eledelék és cukor szigoruan tilos. 1—3 éveseknek hús és tej, tojás; kenyér csak más eledelhez; a cukor és burgonya tilos.

Belsőleg a gyomor állapotához és egyéb jelenségekhez mérten csukamáj-olaj, vas, keserű szerek, méz és phosphor.

Ha az angolkóros sovány és szorulásra hajlamos, legjobb a csukamáj-olaj és a Lipanin. Rp. Ol. jecor. aselli flavi 50. DS. Naponta 2—3-szor $\frac{1}{2}$ —1—2 kávéskanállal. Rp. Lipanini 50:0. DS. Mint az előbbi. A lipanin vagyis a mesterséges csukamáj-olaj nem más, mint a legjobb minőségű provençei vaj, a melyben a vaj ízét nem módosító 6% olein-sav van feloldva. Ez a szer jóval drágább a csukamáj-olajnál, de az a jó tulajdonsága van, hogy íze kellemes és ökröndözést nem okoz.

Kövér gyermekeknek jobb a vas; szorulásakor rhebarbarával kombinálva; pl. Rp. Tr. ferri pomati 5:0. Tr. rhei Darelli 20:0. DS. 6—10 cseppet naponta 3-szor (6—12 hónaposnak). Ha a gyermek hasmenésre hajlamos, akkor Rp. Ferri lactici 0:15. Sacchari 0:20. Mfp. dent. tal. dos. Nro 12. S. Naponta 3 port (6 hónaposnak, esetleg 2 évig is). Rp. Ferri carbon. sacchar. 0:03—0:06. Sacchari 0:02. Mfp. dent. tal. dos. Nro 12. S. Naponta 3 port (1—3 éveseknek). Rosz étvágy és renyhe bélműködés esetén Rp. Elix. robor. Withe 15:0. DS. 3-szor naponta 6—12 cseppet. A meszes praeparatumokat a mesterségesen táplált és hasmenésre hajlamos gyermekeknek ajánlják. Rendesen egy evőkanálnyi mésvizet adnak egy pohár lefűlözött tejhez.

A phosphor olyan angolkórosoknál van helyén, akiknek idegrendszere nem rendes, tehát a görcsökre, hangrésgörcsre hajlamos gyermekeknel. Kis gyermekek 0:001—0:002 pro dosit kapnak egyszer vagy kétszer a nap folyamán, és mivel az Ol. phosphoratum száz rész olajban egy rész phosphort tartalmaz, legjobb éppen ezt a készítményt rendelni, még pedig $\frac{1}{2}$ —1 cseppet $\frac{1}{2}$ —1 kanál csukamáj-olajban, napjában egyszer. Kassowitz mint izletesebb szert ajánlja a következőt: Rp. Lipanini 30:0. Phosphori 0:01. Sacchari albi, Pulv. gummi arabici aa 15:0. Aquae dest. 40:0. MDS. Naponta 1—2 kávéskanállal.

A külső szerekből nyáron a sósfürdő, $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ kilogramm közönség.

ges, tengeri vagy Kreuznachi só tőve 12 liter 27° R. vízbe; a fürdőben 15—20 percig kell űlni (fázni nem szabad!). Este kell venni a fürdőt, mely ha álmatlanságot okoz, akkor reggel. Tőlen, a fejet kivéve, az egész testet közönséges vagy sóborszeszszel (egy csemegés kanállal, sőt egy félliter sóborszeszszel) meg kell dörzsölni estve és reggel. Sóborszeszt használva, főleg a lábön papulosus eczema jelenhetik meg, mikor is a bedörzsölést egy kis ideig abba kell hagyni. A mondottakon kívül gyakran kell folyamodni a tüneti szerekhez is, tekintettel a lélekző szerek és belek hurutjára, a gégegörcsre stb.

Rheumatismus articulorum acutus. Főszereink: a natr. salicylicum, antipyrin és phenacetin; néha e szerek egyike vagy másika azonnal szűnteti a bajt. A gyermekek a Natr. salicylicumból egy-egy adagra annyi deczigrammot kapnak, a hány évesek, még pedig napjában négyszer, a míg csak a baj láthatólag nem javul az ízületekben, s míg a láz nem csökken, azután fele adagokban még néhány napig folytassuk ezt. Mint-hogy nagy a hajlam a visszaesésre, a beteg maradjon az ágyban még legalább 3 napig azután, hogy a baj megszűnt. A Natrium salicylicumot porokban, ostyában vagy oldatban adjuk. Rp. Natrii salicyl. 0·3—0·6. Da in caps. amylic. Dent. tal. dos. Nro 12. S. Naponta 3 port (5—10 éveseknek). Rp. Natrii salicyl. 2·0—4·0. Aq. dest. 90·0. Syr. rub. id. 10. DS. Naponta 4 gyermekkanállal (5—10 éveseknek).

Az antipyrint és phenacetint kétszerte kisebb adagokban rendeljük, mint a natrium salicylicumot, szintén napjában négyszer.

A helybeli kezelés abból áll, hogy a beteg ízületeket chloroformos olajjal bekenjük és vattába gőngyöljük. Rp. Chloroform. 15·0. Ol. sesami 60·0. DS. Bedörzsölésre.

Ugyanez az eljárás a heveny izom-csúznál is, pl. torticollis rheumaticánál, de a belső szerekkel való kezelés mellett még a beteg izmok massageja.

Scabies. (Rüh.) Rp. Styracis liquid. 30·0. Ol. sesami 15·0. MDS. A beteg helyeket előbb szappanos vízzel lemosván, naponta kétszer a keverékkel jól bekenjük. Három napig folytatva a kezelést, a beteg meleg szappanos fürdőt kap, s azután a bekenést 3 napon át újra folytatjuk. Másodszeri fürdés után a beteg többnyire meggyógyul. Rp. Sulf. sublimat. Ol. fagi aa 30·0. Saponis viridis, Axung. porci aa 60·0. Cretae alb. pulv. 5·0. Mfung. DS. Kenőcs. Naponta 3-szor bekenni a test egész felületét.

Scarlatina. (Vörheny.) Ha a betegség közepes foku, a hőmérséklet 40°-nál nem nagyobb, a szokásos lázellenes kezelésen kívül más különös intézkedés nem szükséges. Ha a betegség dugulással vagy hasmenéssel (rendesen büzőssel) kezdődik, jó hashajtót adni, például calomelt körülbelül egy órával a hatás, vagyis a calomeles zöld székelés jelentkezése előtt

mindig 0·05-et számítva egy adagra, de 6 pornál nem többet, ha a kívánt hatás elmarad, akkor egy gyermekknál ricinus-olajat kell beadni. Hogy a bőrfeszülés és viszketés csökkentessék s figyelembe véve a bekövetkező hámlást, a bőrt napjában kétszer a szoba hőmérsékletén levő tábla-olajjal kenjük be, és ha a kiütés nagyon lassan és egyenetlenül tör ki, akkor meleg (32° R.) olajjal. A száj és torok öblögetésére szolgál a bórsav, natrium-salicyl stb., egy pohár vízre egy kávéskanálnyit számítva. Ha a gyermek még nem tud gargarizálni, ugyanezen oldatok egyikével fecskendezzük a torkát. Figyelembe véve, hogy a nephritis 21 napnál későbbben nem jelentkezik, a beteg a harmadik hét végéig még az esetben se keljen fel az ágyából, ha az eset a legenyhébb fajtájú és a levegőre csakis a lehámlás befejeztével menjen ki.

Ha a láz igen magas, s a mi fő, ha félrebeszélés és egyéb ideges tünet kíséri, lázellenes külső és belső szereket rendelünk. Megjegyzendő, hogy a külsőleg használatos szereké az elsőség.

Külső szerekből használatosak az egész testnek 22° R. vízzel való ledörzsölése és a langyos, folyton hűvösebbre térő fürdők: a beteget 27° R. vízbe ültetik és 20 perczig vagy 1/2 óráig, a míg benne ül, hidegvíz hozzáadásával folyton hűtik a vizet, amíg 24—22° R.-re le nem száll. A fürdőben való tartózkodás ideje a beteg erejétől és a szív működésétől függ. Az arcz sápadtsága, szédülés, az érverés gyengülése és a hideg érzése a fürdés abbanhagyását követeli. A hatáshoz képest a fürdést napjában 2—3-szor, sőt többször is megismételjük. Minden fürdés előtt adjunk a betegnek egy gyermekknál jó ó-bort.

Sulyos esetben, mikor a hőfok a fürdés ellenére nem csökken vagy csak nagyon keveset, antipyreticum rendelendő, u. m. antipyrin, antifebrin és phenacetin. Gyenge és szapora érverés esetén legyünk nagyon óvatosak a szerek adagolásában, sőt ha a szív jól is működik, a szereket borbán rendeljük, s kicsiny adagokkal kezdjük, a melyek hatását minden két órában hőmérővel ellensúlyozzuk azzal, hogy az adag megismétlendő, ha a kívánt hőcsökkenés elmaradt.

Az antipyrin és phenacetin adagja ugyanaz, például fele annyi deczigrammot, a hány éves a gyermek, a hatás előtt két órával; az antifebrint pedig legalább is a gyermek évszámánál négyszerre kisebb adagban.

Nézetem szerint a phenacetin érdemli meg az elsőséget, mely azzal válik ki az antipyrinnel szemben, hogy íze nincs, s hányást nem okoz, az antifebrint pedig abban mulja felül, hogy kevésbé mérgező. Rp. Phenacetini 0·25—0·35. Dent. t. dos. Nro 12. DS. 2 óránként 1 port (8—12 éveseknek). Rp. Antifebrini 0·12—0·20. Sacchari 0·2. Dent. tal. dos. Nro 12. DS. Mint az előbbi.

A német szerzők háromszorta nagyobb adagokat ajánlanak, de én ezt a gyógymódot kockáztatottnak tartom; jobb szükség adtán fokoza-

tosan nagyobbítani az adagot; kivált az antifebrinnel nagyon óvatosan kell bántani.

Kétségbeejtő esetekben, mikor az erős láz nem tágit az előbbeni szerekre, s súlyos idegtünetek: u. m. comatosus állapot és erős ingerlékenység, görcsök, szapora érveréssel jelentkeznek, akkor jobb üres kádban hideg (14—16 °R.) vízzel leönteni a beteget és belsőleg izgató szereket adni. Ha az érverés gyenge és a végtagok hűvösek, s kissé cyanoticusak (a közeli halál jelei), a leöntés tilos. Izgatók: bor (1/2 kávéskanáltól egész csemege kanállal tokaji, xeresi vagy maderiát óránként, vagy cognacot vízzel, kétszerte kisebb adagokban), moschus, kamfor stb., pld. Rp. Moschii orient., Ammon. carbon. aa 0·01—0·06. Sacchari 0·2. Dent. tal. dos. Nro 12. S. Óránként 1 port 1—10 éveseknek. Rp. Camphorae tritae 0·01—0·03. Flor. benzoës 0·02—0·06. Sacchari 0·2. Dent. tal. dos. Nro 12. DS. Két óránként 1 port (1—10 éveseknek). Rp. Flor. benzoës 0·6. Tr. aromat. 15·0. DS. 2 óránként 5—10 cseppet 1—10 éveseknek. Rp. Inf. valerian. e. 2·0—90·0. Liq. ammon. anis. 1·0. Syr. simpl. 10·0. DS. 2 óránként 1 kávéskanállal (1—10 éveseknek). Ha a végtagok hűvösek és cyanoticusak, akkor izgatók bőr alá fecskendése. Rp. Camphorae tritae 1·0. Spir. vini. Aquae dest. aa 10·0. DS. 1/2—1/4 fecskendővel a gyermek kora szerint, naponta 2—3-szor. Rp. Acid. benzoici 1·0. Spir. vini dil. 20·0. DS. Mint az előbbi. Rp. Aether. sulphur. 15·0. DS. Naponta 2—3-szor 1/2—1/4 fecskendővel. Ha a nagy láz mellett a kiütés esekély vagy alig kifejezett, akkor izgató meleg fürdők mustárliszttel (kicsiny kád számára egy evőkanál mustárlisztet veszünk, közepszerű gyermekkérdra 2—4 kanállal), vagy mustároldatban áztatott lepedőbe göngyöljük be a beteget (2 evőkanál mustárlisztet vízzel teli tányéron oldunk fel, s az egészet a szoba hőmérsékletén levő vízzel keverjük össze valami mosdótálban; ebbe mártjuk be a lepedőt, kiesavarjuk s a gyermeket a válláig beburkoljuk, s azután gyapjuruhába pólyáljuk; ebben a begöngyölt állapotban egy óráig marad a beteg).

Ha a torok nagyon gyulladt vagy ha diphtheriticus váladék jelentkezik, az öblögetésen kívül (kimosások és fecskendezésen kívül) naponként egypárszor 2%-os natrium salicylicum vagy 5%-os natri benzoici oldatával vagy aq. calcis (1 rész mézsvíz 2 rész dest. vízre) gőzporlasztóval gőzöltetjük a torkot; súlyos esetekben pedig óránként. Belsőleg: Natrium benzoicum. Rp. Natri benzoici 6·0. Aq. dest. 90·0. Olei menth. pp. gtts. V. Syr. cort. aurant. 10·0. MDS. 2 óránként 1 kávésgyermekkanállal a kor szerint, vagy Rp. Magn. sulphur., Acid. sulphur. aa 4·0. Aq. dest. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 kávésgyermekkanállal.

A kénes-savas magnézia nem lévén hashajtó, hogy elkerültessek a kénsavas magnéziával való összeeserése, teljesen kiirandó a neve; a kénes-savas magnéziát a magnézia feloldására és a keverék dezinficiáló hatásának fokozása végett rendeljük.

Ha az orr és fülek is meg vannak támadva, 3%-os bórsav oldatával fecskendezzük ki azokat.

Ha a nyak nyirokmirigyei gyulladtak, a gyulladás eloszlatására Ung. jodati vagy Ung. hydrarg. ciner. bedörzsölések, s ha genyedésre hajlamosak, lenmaglisztes pépes borogatások azok fölé, genyedés esetén — felnyitás; serosus izületi gyulladásoknál — a megtámadt izületre megmelegedő borogatások és chloroformos bedörzsölések; belsőleg phenacetin, az előbb említett adagban naponta 3-szor, esetleg natr. salicyl. naponta 4-szer.

A következőményes vesegyulladás kezelését lásd Nephritis cz. alatt.

Spina bifida. Hogy a daganat a traumás sérülés ellen megóvássék, kemény kaucsukból készült félgömb alaku kötéssel védendő. A radicalis kezelés a daganat felmetszésében és kikanalazásában áll. Ne feledjük az általános roboráló kezelést és jodos fürdőket (Darkai jódsó).

Spondylitis. Görvélyellenes kezelés általában. Gypsz-füző. Erős hátfájás és láz alkalmával ágybanfekvés.

Syphilis l. öröklött bujakór.

Szájbetegségek. Első dolog a száj tisztántartása, a mit nagyobb gyermekeknél úgy lehet elérni, hogy a szájukat hideg vízzel vagy az alább megnevezett gyógyszerekkel öblögetik, kis gyermekeknél pedig akként, ha a szájukat közönséges fecskendővel fecskendezzük, vagy pedig nedves, puha és tiszta vászonnal törülgetjük, vagy pedig ecsettel akkor, ha a törülgetés fájdalmas volna, vagy a megtámadott nyálkahártya vérzését okozná.

A használandó orvosságok a következők: *Soor* esetében borax és natrium salicylicum (mind a kettő egyformán jóhatású), *stomatitis aphthosa*-ban natrium salicylicum; *stomacace*-ben (a száj bűzös gyulladása az iny kisebesedésével) kali chloricum, (biztos és gyors hatású akár külsőleg, akár belsőleg használva).

Rp. Boracis venetae 2·0. Aq. destill. 100·0. MDS. Minden két órában az aphthatól megtámadott helyet bekenni, ugyszintén szopás után is. Rp. Natri salicylic 2·0. Aquae destill. 100·0. MDS. Ecsetelni a száját (aphtha esetében) vagy öblögetni. Rp. Kali oxymuriatici 2·0. Aq. destill. 100·0. DS. Öblögetésre (stomacace esetében).

Ugyanez alakban vagy sziruppal keverten lehet belsőleg is használni a szert, ha a gyermek nem bírja a száját öblögetni. Minthogy a kali chloricum nem közömbös szer, és nagyobb adagokban mérgezést okozhat, a piros véresejtek felbomlását okozván, aminek haemoglobinuria, sárgaság, erőhanyatlás, hányás és cyanosis a következménye, azért az adagolásban óvatosan kell bánni és a gyermekeknek naponként egy-egy évet véve tekintetbe, 1·0—2·0 nem adni többet, (felnőtteknek a legnagyobb napi adag 8·0).

Az említett keveréket az öt éves gyermeknek kétóránként gyermekkanállal, kétévesnek theáskanállal, de akkor se éhgyomorra nyújtjuk.

Noma. Minthogy az arcz vizi rákja a legtöbbször stomacacélból keletkezik és mindenkor legyengült gyermekeket támad meg, a prophylacticus kezelés megkívánja azt, hogy tápláló étrendet, bort és kali chloricumot rendeljünk a gyermeknek.

Rp. Dti cort. chinae reg. ex 1·5—90·0. Kali chlorici 2·0. Syr. spl. 10. MDS. Két óránként theás- vagy gyermekkanállal (2—6 éves gyermeknek).

Étrend: tej, lágytojás, hús. Ha az arcz elfekélyesedése már kezdetét vette, a további fekélyesedést Bertholet-só (Kalium chloricum) behintésével próbáljuk megakadályozni.

Rp. Kali chlorici pulv. 10·0. DS. Sebhintésre naponként 3-szor. Ha ettől a bűz huszonnégy óra alatt jelentékenyen csökkent, a behintést még huszonnégy óráig folytatni kell, s azután már pusztá öblögetéssel is be lehet érni. Ha azonban a seb tovább terjed, s a bűz még erősbödik, haladéktalanul Paquelin-nel vagy légenysavval égessük ki a sebet. Rp. Acidi nitrici puri 15·0. DS. Égetésre. Eleinte chloroform narcosisban éles kanállal eltávolítjuk a sebről az elhalt részeket, azután üveg (vagy fa, de nem fém) pálczikát mártsuk be a folyadékba, s a végére tapadó cseppet rácseppentjük a sebre, s párszor ismétljük az eljárást, míg csak az egész felületet pörk nem fedi.

Pityriasis linguae — a nyelvnek térképszerű hámlása. Külön kezelést nem kíván, ha a nyelv nyálkahártyája nem repedezik; ellenkező esetben nyálkás vagy összehúzó oldatok használandók, pld. Rp. Aluminis crudi 5·0. Mucilag. gummi arab. 10·0. DS. Külsőleg. Rp. Tincturae ratanh. 2·0. Aq. destill. 100·0. DS. Öblögetésre.

Szamárhurut — *pertussis*. A szamárhurut abortív kezelésénél néha elegendő, ha a gyermeket távolabb vidékre küldjük, olykor csak néhány kilométernyire is, jölehet ez sem biztos.

Nyáron át mindenkoru gyermek kijárhat, sőt ki is kell a levegőre járnia, télen azonban csak az idősebb gyermekeknek engedhető ez meg, de akkor is csak mérsékelt időben; de vigyázzunk arra, hogy a gyermek meg ne izzadjon. A beteg szobája rendszeren kétszer szellőztetendő napjában: reggel és este. Alváskor az ágyfőre 1,4 iv nagyságu 3^o.o-os karbol-oldatban áztatott vászondarab akasztandó fel.

Rp. Ac. carbolicus cryst. 3·0. Aq. dest. 100·0. DS. Levegőfertőtlenítésre. Belsőleg a legkedveltebb a chinin, a bromkészítmények, chloralhydrat és az antipyrin. Pár napig használván az egyik szert, rendszeren egy másikra térünk át és ahhoz pártolunk, a melynek hatása a legjobb volt.

Chinin 4—5 napon át, napjában kétszerannyi deczigramm adandó,

a hány éves a beteg. Rp. Chinini muriatici 0·40. Dent. t. dos. Nro 8. S. Reggel és este egy-egy port, 4 évesnek.

A bromvegyületeket felmenőleg fokozódó adagban adjuk 2-től 5 deczigrammot 1 évre és naponk. 4 port számítva, (tehát egyszerre 0·20—0·70 egy évre), pld. Rp. Ammon. bromati. 4·0. Aq. destill. 90·0. DS. Kávéskanállal napjában 4-szer (10 évesnek; pár nap mulva az adagot növelhetjük, egészen az evőkanálig, de akkor is napjában négyszer).

Ha a keverékben több brom-praeparatum fordul elő, adagjok ne legyen nagyobb a megszabottnál, azaz: Rp. Ammon. bromat., Kali brom. aa 2·0. Aq. destill. 90·0. MDS. Mint az előbbi. A kellemetlen íz eltüntése végett legjobb egy pohár seltersi vízben venni be.

A chloral-hydrat mint csillapító és álomhozó szer is alkalmaztatik. Az első esetben egy évre számítva 0·08—0·10 adunk belőle, vagy 0·50 egy évre pro die, és mint álomhozót egyszerre adjuk be az egész napi adagot. (Felnőtt egyén legnagyobb adagja 4—5 gramm.)

Rp. Chloral. hydrati cryst. 4·0. Aquae destill. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. Napjában négy gyermekkanállyal, (4—5 éves gyermeknek).

Ügylátszik, hogy a számarhurutban jobb hatású a croton-chloral-hydrat (s. Butil. chloratum hydratum), melyből négyszerre kisebb adag veendő, mint az előbbiből, azaz évenként 0·04—0·08 egy adagra és 0·30—0·40 pro die. Minthogy vízben nehezen oldódik, de borszeszben és gliczerinben könnyen, ezek egyikével rendelik, pl. Rp. Croton-chlor. hydr. 2·0. Glycerini, Aquae destill. aa 45·0. Tincturae cardamom. 15·0. MDS. Teás- vagy kávéskanállal naponként 4-szer (4—8 éveseknek), vagy Rp. Croton-chlor. hydr. 2·0. Glycerini 15·0. Aquae destill. 75·0. Syr. aurant. 15·0. DS. Mint az előbb.

Antipyrinből annyi deczigrammot adunk pro die, ahány éves a beteg, még pedig naponta 3-szor, vagy annyi czentigrammot, a hány hónapos a beteg (az egy éveseknek), például: Rp. Antipyrini 0·3. Dent. t. dos. Nro 12. S. Naponkint három port. (10 évesnek.) Rp. Antipyrini 0·03. Sacchari 0·10. Mfp. dent. tal. dos. Nro 12. S. Napjában 3 port (10 hónaposnak). Néha jó hatású a salicyl. és brom-natrium 1—2%-os oldatainak belehelése. Rp. Natri salicylici, Natri bromati aa 2·0. Aq. destill. 180·0. DS. Belehelésre napjában háromszor egy evőkanállyal mennyiségben. Igen súlyos esetben a garatot 4%-os cocain-oldattal ecseteljük be naponta háromszor és a mellett adjunk a betegnek morfiomot (l. gégehurut).

Szemölcsök. Egetés Kali caustic. fus. vagy ac. nitricum fumanssal.

Tetania. A vérszegénység, hasmenés és angolkór okszerű gyógyítása. A tüneti szerek közül első sorban a chloral, azután a brom. Rp. Chloral hydrati 1·25. Aq. dest. 90·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránként egy

kávés-gyermekkanállal (1—2 éveseknek). Rp. Chloral hydrati 1·25. Aquae dest. 90·0. Kalii bromati 4·0. Syr. spl. 10·0. MDS. 2 óránk. 1 káv.-kanállal.

Variola. Lásd a *himlőt*.

Varicella. Különös kezelést nem kíván. Az égető érzés csökkenése végett az egész testet táblaolajjal kenjük be.

Vesehomok. Zsíros eledetek korlátozása (huszonnégy órában csak egyszer); a bor, ugyszinte a savanyú italok abszolúte tilosak. Belsőleg alkáliák, pl. Vichy-víz pár évőkanállal napjában az evés közötti időközben és lithium carbonicum porokban, egy bevételre 0·10—0·15 naponként 3—4-szer.

Vérhas lásd a dysenteriát.

Véres vizelés lásd a nephritist.

Vitus táncz — chorea minor. Ha a rheumaticus eredetű, akkor: Rp. Natri salicyl. gr. 0·3. Dt. dos. Nro 12. S. Naponként 3—4 port, hat és tiz éves gyermekeknek. Vérszegénység és lefokozott táplálkozás esetében erősítő gyóymód, tápláló étrend: bor, vas, arsen, (a vas praeparatumokat lásd a vérszegénységnél). Rp. Lip. arsenic. Fowl. 5·0. Aquae destill. (Elex. viscer. Hoff.) 20·0. DS. Naponként háromszor evés után 5 cseppet, naponként 1 cseppel többet, míg az adag 10—15 cseppre föl nem szaporodik. Ezt az adagot egy vagy két hétig folytatnunk kell, s azután fokozatosan az eredeti adagra szállunk le.

Ha a gyomor az arsen töl türi (se székrekedés, se hasmenés nincs), és a chorea nem javul, akkor az adagot még fokozni is lehet, pld. 8 évesnél 20 cseppig is felmehetünk (azaz 4 csepp liq. Fowl. egy adagra). Ha a gyermek le tudja nyelni a labdacsoakat, vérszegénység esetén jó az arsen vassal kombinálni, pl. Rp. Ac. arsenicosi gr. 0·06. Ferri hydrogén red. 2·0. Extr. trifol. fibr. q. s. ut. fiant. pilul. Nro 60. Consp. p. lycopod. DS. Evés után naponként 3-szor egy-egy labdacsoat (7—10 éveseknek). Igen nagy nyugtalanság, főleg álmatlanság esetében jó az arsenicumot opiummal kötni össze.

Rp. Liq. Fowleri 5·0. Tincturae opii simpl. Elix. viscer. Hoff. aa 10·0. DS. Naponként 3-szor 5 cseppet, fokozatosan emelkedve.

Hogy az opium-adagot ok nélkül ne növeljük, jobb külön rendelni és csak az estéli adaghoz adni a korhoz képest 3—5 cseppet.

Általában az arsenicum hasznos a hosszasan lefolyó choreánál, a mely gyengén jellegzett choreás mozgásban nyilvánul, ellenben az élesen jellegzett, hevesen kezdődő choreában jobbak a nagy adag bromkészítmények, a chloral vagy antipyrin.

Rp. Natr. bromati, Kali bromati, Ammon. brom. aa 2·0. Aquae dest. 200·0. MDS. Evőkanállal $\frac{1}{2}$ pohár seltersi vízben napjában 3-szor (8—10 éveseknek). Szükség esetében az adagot 1 $\frac{1}{2}$ —2-szer növelhetjük.

A mostani felfogás szerint a különböző brom-sók kombinációja job-

ban hat, mint bármely só magában véve; némelyek azt állítják, hogy a combinált sók hosszabb használat után nemcsak nem okoznak kiütést, sőt inkább eltűntetik akkor azt, ha valamely sónak egyedüli használata okozta volna.

Rp. Hydrati chlorali 4·0. Dti rad. altheae 90·0. DS. simpl. 10·0. DS. Naponként 3 étkanállal (6—10 éveseknek).

Antipyrinből eleinte naponként annyi deczigrammot adunk, a hány éves a gyermek és szükség szerint az adagot növelhetjük.



TÁRGYMUTATÓ.

- A**bsolut szívtempulat 32.
 A gyermek megvizsgálása 1.
 Aggastyán-arcz 11.
 Agyi eredetű görcsök 235.
 Agynomási tünetek 295.
 Agysérv 23.
 Agytúltengés 19.
 Agyvérbőség 289.
 Agyvérszegénység 291.
 Ajkak és százugok berepedése 62.
 Alkalmazkodási bénulás 260.
 Általános tápláltság és testalkotás 11.
 Amyloid vese 308.
 Anaemia essentialis 328.
 Anaemia pseudoleukaemica 332.
 — simplex 331.
 Anaemicus zörej 33.
 Angina catarrhalis 71.
 — diphtheritica s. fibrinosa 76.
 — follicularis 73.
 — herpetica 75.
 — lacunaris 73.
 — parenchymatosa 75.
 — syphilitica 88.
 — ulcerosa 89.
 Angolkór 370.
 Angolkórosak lábgyengesége 258.
 Aphthae Bednari 61.
 Aphthás torokgyulladás 74.
 Arczideghűdés 261.
 Arczkifejezés 10.
 Arczszin 10, 11.
 Arczvonások 11.
 Asphyxia neonatorum 29.
 Asthma bronchiale 186.
 Atelectasia pulmonum 216.
 Athetosis 245.
 Atresia ani 127.
 Atrophia (közönséges) 16.
 — (symptomatikus) 17.
- B**arányhimlő 353, 445.
 Bélelzáródás 127.
 Belfájdalmak 136.
 Belfodor mirigyek sajtos (gümős) el-
 fajulása 111.
 Bélsárrögök 129.
 Bohn-féle csomók 57.
 Botriocephalus latus 160.
 Bouchand-féle tábla 13.
 Bőr és bőrálatti kötőszövet betegsé-
 geinek tünettana 326.
 Bőrkiütések és bőrbajok 339.
 Bőr orbánczos gyulladása 345.
 Bőrvizenyő 361, 369.
 Bronchitis 182.
 — capillaris 185.
 Buhl-féle heveny-elzsirosodás 91.
 Bujakóros here 384.
- C**ancer aquaticus 65.
 Caput succedaneum 22.
 Cephalhaematoma 22.
 Cerebralis eredetű görcsös hűdés 262.
 Cheyne-Stockes-féle légzés 29.
 Chlorosis 335.
 Cholera bacillusok kimutatása a bél-
 sárban 106.
 Cholera infantum 105.
 Chorea minor 243.
 Clamor cephalicus 44.
 Comedones palati duri 57.
 Coryza pseudodiphtheritica 169.
 Craniotabes 20.
 Croupos és septicus alakú diphtheria
 81.
 Crusta lactea 355.
 Cyanosis afebrilis icterica perniciosa
 e haemoglobinuria 337.
 Cyanosis simplex 338.
 Csúzos izomfájdalmak 248.

- Dermatitis diffusa medicamentosa** 434.
Dermatitis exfoliativa 340.
Diphtheria l. **Torokdiphtheria**.
Diphtheria bacillus 83.
Diphtheriás hűdés 200.
Diplegia spastica infantum 262.
Ductus Botalli nyitvamaradása 35.
Dysenteria 119.
Dyspepsia 102.
Dyspepsiás hányás 103.
 — **kólika** 103.
- Ecthyma** 358.
Eczema 355.
 — **impetiginosum** 357.
 — **papulosum** 359.
 — **rubrum s. madidans** 355.
Egyoldalú cerebralis hűdés 265.
Egyszerű heveny fejkór 290.
Éjjeli felijedés 44.
Elsődleges interstitialis vesegyulladás 310.
Emésztő szervek 6.
 — — **betegségei** 53.
Emlő visszautasítása 69.
Encephalocele 23.
Enteralgia s. Colica 136.
Enteritis follicularis chronica 111.
Enuresis nocturna 323.
Enyhe kanyaró 441.
Erb-féle ifjúkori sorvadás 257.
Eröltetés (Tenesmus) 107.
Érverés 40.
Erysipelas bullosum 341.
 — **migrans** 341.
Erythema caloricum 342.
 — **multiforme** 245.
 — **neonator. physiolog.** 339.
 — **nodosum** 345.
 — **prodromale variolae** 342.
Étvagy tünettana 67.
Exsudatum 142.
- Favus** 356.
Febris intermittens 414.
 — **recurrens** 407.
 — **remittens** 423.
Fehérnye kimutatás a vizeletben 50.
Fehérnyevizelés (ál-) 302.
 — **(életteni)** 300.
 — **(időszakos)** 301.
- Fehérnyevizelés (kevert)** 302.
 — **(valódi)** 302.
Fej- és koponya-vizsgálat 18.
Fejbőr vizsgálása 21.
Fejdaganat (caput succedaneum.) 22.
Fejvérdaganat (cephalhaemat.) 22.
Fekélyes torokgyulladás 86.
Felső légutak betegségei 162.
Felső légutak idült szűkülése 177.
Fertőző sárgaság 337.
Finkler-Prior-féle bacillus 106.
Fissura ani 121.
Fistula colli trachealis congenita 24.
Foetor ex ore 64.
Fogak bujakóros elváltozása 378.
Fogzás (késői) 58.
 — **(korai)** 58.
Fogzási láz 53.
Fokozott szomjúság 70.
Foltos erythema 343.
Fonalféreg 158.
Fungus umbilici 47.
- Garatmögötti tályog** 174.
Gastritis subacuta 108.
Gégevizenyő 172.
Genyes mellhártyaizzadmány 223.
 — **vizelés** 315.
Golyva 179.
Göresős hűdés 261.
Göresök tünettana 236.
Görvénykór 366.
Gumma syphiliticum 382.
Gyenge emlő 104.
Gyermekhűdés 251.
Gyermek-influenza 189.
Gyermek kolera l. **Chol. infant.**
Gyermekszoba 4.
Gyermek szívének vizsgálata 31.
Gyomorból eredő hányás 97.
Gyomor- és bélbetegségek 102.
Gurdély a nyelőcsőben 92.
- Haematoma musc. sternocl. mast.** 25.
Haematuria 310.
Haemoglobinuria 31.
Haemophilia neonatorum 94.
Haladó izomsorvadás 256.
Hányás tünettana 92.
Háromhegyű billentyű szűkülete és elégtelensége 36.
Hasfalak túlérzékenysége 134.

- Hasfájdalmak tünettana 134.
 Hasi hagymáz 397.
 Has kopogtatása 49.
 — megtekintése 46.
 — tapintása 48.
 Hasüri daganatok 149.
 Hasvizkór (ascites) 141.
 Heller-féle próba 95.
 Hemiplegia cerebralis infantum 265.
 Hepatitis inerst. diff. syphilit. 112.
 Here- és mellékheregyulladás 325.
 Hereborék és lágyéksatorna daganatai 324.
 Heregümö- és herebujakór 325.
 Herevisszecsúszás 324.
 Herevisszecsúszás 324.
 Herpes simplex 354.
 — tonsillarum 75.
 — tonsurans 356.
 Herpes tonsurans maculosus 346.
 — zoster 354.
 Heveny fejfájás 228.
 — gyomorhurut 108.
 — hashártya gyulladás 133.
 — interstitialis vesegyulladás 306.
 — parenchymás vesegyulladás 303.
 — miliaris gümőkór 408.
 — vastagbélhurut 107.
 — vékonybélhurut 105.
 Himlő 441.
 Hólyaghurut 316.
 Hólyagkő 321.
 Hőmérsék, hőmérés 51.
 Hörghurut 182.
 Hürmirigyek túltengése és sajtos elszáradása 179.
 Hürmirigyek 226.
 Húgy- és ivarszervek vizsgálata 49.
 Húgycső 322.
 Hutchinson-féle fogak 379.
 — — trias 380.
 Hüdések tünettana 249.
 Hydrocele funiculi spermatici 325.
 — tunicae vaginalis 324.
 Hydronephrosis 156.
 Hydromeningocele 23.
 Hydrothorax 225.
 Hygieenikus és táplálkozási viszonyok 2.
 Icterus catarrhalis 337.
 — neonatorum gravis 336.
 Ideges eredetű láz 419.
 Idegrendszer betegségei 228.
 Idült bélhurut 109.
 — fehérsége 307.
 — fejfájás 331.
 — gümőkóros hashártyagyulladás 147.
 — gyomorhurut 109.
 — lépmegnagyobbodás 154.
 — sárgaság 338.
 — vérhas 120.
 Időszakos éjjeli köhögés 185.
 Jelen állapot 6, 9.
 Ileus s. Voloulus 127.
 Infantilismus 378.
 Incontinentia urinae 323.
 Impetigo 357.
 Influenza endemica et epidemica 188.
 Intussusceptio s. invaginatio 129.
 Iskola vérszegénység 68.
 Ivjáratok gyulladása 297.
 Izzadmányos hasvizkór 144.
 Járványos agy-gerinczagygyulladás 298.
 Járványos influenza 193.
 — sárgaság 337.
 Kamarákközi sövény hiánya 36.
 Kanyaró 435.
 — különféle alakjai 437.
 Kemény emlő 104.
 Kering-féle tünet 298.
 Kikérdezés 3.
 Koponyacsontok ellágyulása 20.
 Kor 2.
 Kórelőzmény 2.
 Köldökcsont 46.
 Köldökphlegmone 47.
 Köldöksérv 48.
 Köldökvérzések 47.
 Köpet 45.
 Közönséges hányás 96.
 Köztakaró 17.
 Kutacska és varratok rendellenességei 20, 21.
 Külömbőség a szerzett és veleszületett szivbajok között 37, 39.
 Lágy agyburkok genyes gyulladása 294.
 Lágszájpad bénulás 101.
 Landoury-Dejerine-féle izomsorvadás 257.

- Laryngitis subchordalis 169.
 — submucosa 172.
 Látszólagos vérhányás 94.
 Lázas betegségek 388.
 — bőrkiütések 421.
 Leukaemia 333.
 Leukaemiás máj 150.
 Légzések jellege és száma 27.
 Légzés szaporasága 28.
 Légzőszervek betegségei 162.
 Licharzik-féle tábla 14.
 Little-féle aeitologia 263.
 — betegség 263.
 Löffler-féle bacillusok kimutatása 83.
 Lupus faucii 90.
 Lymphadenitis colli (Pfeifer) 392.
- M**áj amyloid elfajulása 143.
 Májechinococcus 151.
 Májsyphilis 143.
 Májzsugorodás (egyszerű) 143.
 Malaricus hasmenés 115.
 Mandulák túltengése 182.
 Mastitis neonatorum 31.
 Mekegő kilégzés 28.
 Melena neonatorum 93.
 Mellhártyagyulladás 216.
 Mellhártyaizzadmány 222.
 Mellkas alakj eltérései 30.
 — vizsgálat 25.
 Meningitis 273.
 — cerebrospinalis epidemica 298.
 — siderans 299.
 — simplex s. purulenta 294.
 — tuberculosa 277.
 Meteorismus 140.
 Migraines hányás 99.
 Mikropolyadenismus 17.
 Miliaria crystallina 354.
 Miliaris gümőkór felheveny alakja 412.
 Miliaris gümőkór heveny vagy typhosus alakja 209.
 Morbilli 435.
 — confluentes 436.
 Morbus maculosus Werlhofii 349.
- N**átha (heveny) 162.
 — (idült) 164.
 Nehéz és fájdalmas vizelet 318.
 Nehéz nyelés (dysphagia) 90.
 Nem fertőző rubeola 441.
- Nephritis chronica parenchymatosa 308.
 Neuritis multiplex 254.
 Noma 65.
 Nyelőső körüli szűkület 92.
 Nystagnus 10.
 Nyakizmok zsugora 246.
 Nyelőső görcse 91.
 Nyerges koponya 18.
 Nyelvfelek fekélyesedése 62.
 Nyúlajak 23.
- O**edema acutum neonatorum 360.
 — neuropathicum 364.
 Oesophagitis corrosiva 91.
 Oldalszurás 203.
 Ólom mérgezés 138.
 Organikus zörejek 34.
 Orsó giszta 158.
 Orr bujakóros elváltozása 384.
 Orrdiphtheria 163.
 Orrhangu beszéd 45.
 Orrpolyp 166.
 Orrvérzés 165.
 Osteoingivitis gangraenosa neonatorum 67.
 Osteomyelitis spinalis s granulosa 269.
 Oxyuris vermicularis 158.
- P**angási vese 309.
 Paralysis spastica 262.
 — spinalis spastica 267.
 Parasyphiliticus jelenségek 377.
 Parotitis epidemica 364.
 Passiv agyverbőség 293.
 — májverbőség 150.
 Pectus carinatum 372.
 Peliosis rheumatica 349.
 Pemphigus 358.
 Peptonuria 302.
 Periarteritis et periphlebitis mubilialis 47.
 Periodicus hasmenés 114.
 Periostitis luetica 381.
 Perichondritis laryngea 178.
 Periparotitis epidemica 391.
 Peritonitis acuta 133.
 Perityphlitis 131.
 Peteképű lik nyitvamaradása 37.
 Pharyngitis ulcerosa 87.
 Pityriasis linguae 56.
 Pneumonia abortiva 208.

- Pneumonia catarrhalis (hurutos tüdőgyulladás) 212.
 Pneumonia centralis 208.
 — cerebialis 209.
 — crouposa 203.
 — migrans 211.
 — saccadata 211.
 Pneumothorax 225.
 Polyencephalitis acuta 253.
 Polyomyelitis anterior acutissima s. paralysis spinalis infantum s. paralysis essentialis 251.
 Pontalaku diphtheria 79.
 Posthitis et balanitis 319.
 Pott-féle betegség 269.
 Prolapsus ani 121.
 — recti 121.
 Prurigo 369.
 Pseudodiphtheritis 76.
 Pseudodysphagia 90.
 Pseudocroup 169.
 Psoriasis 133.
 Purpura fulminans 351.
 — haemorrhagica 349.
 — rheumatica 349.
 — simplex 349.
 — urticans 351.
 — variolosa 352. és 442.
 Pyuria 315.
Rachitis 370.
 Rachiticus púp 372.
 Rángások 240.
 Relatív szivtompalat 32.
 Rendellenes kanyaró 438.
 Roseola 343.
 — typhosa 398.
 Rostonyás vagy hártás torokdiphtheria 80.
 — tüdőgyulladás 203.
 Rubeola 441.
Sarcomásan elfajult bélfodormirigyek 156.
 Sarcomphalus 47.
 Scarlatina 426.
 — sine exanthema 435.
 Sclerema adiposum 361.
 — neonatorum 360.
 — oedematosum 360.
 Scrophulosis 366.
 Seborrhoea 305.
 Septicus v. toxicus diphtheria 81.
 Simon-féle czombháromszög 353.
 Sinus thrombosis 293.
 Sirás tünettana és oka 41, 44.
 Situs viscerum inversus 32.
 Soor 55.
 Spasmus nutans 245.
 — glottidis 173.
 Spina ventosa 368.
 Stenoticus légzés 167.
 Stomacace (stomatitis ulcerosa) 64.
 Stomatitis aphtiosa 69.
 — erythematosa s. catarrhalis 53.
 — diphtheroidea staphylococcea 60.
 — herpetica 61.
 — membranosa 60.
 — mercurialis 65.
 — morbillosa 57.
 — syphilitica 62.
 — ulcerosa 64.
 — varicellosa 61.
 Stricturea aesophagi 101.
 Strümpel-féle hüdés 253.
 Súlymérések 11.
 Súlyos kanyaró 438.
 Sülyedési tüdőgyulladás. 215.
 Syphilis congenita tarda 375.
 — haemorrhagica neonatorum 94.
 — hereditaria 375.
 — — tarda 375.
 Szívbetegségek 53.
 Szájbüz 63.
 Szájsúly 66.
 Szamárhurut 197.
 Szamárhurutos vizelet 199.
 Székletét színe 102.
 Székrekedés (szokványos) 122.
 Szemföletti idegzésába 232.
 Szívajok 35.
 Szívurokzörej 33.
 Szivesueslökés 31.
 Szőrös nyelv 54.
 Szülés utáni hüdések 250.
 Szintelen székürülék 336.
Taenia cucumerina 159.
 — nana 169.
 — solium et mediocanellata 160.
 Tarkógörcs 283.
 Testtartás 9.
 Testsúly 16.
 Tetania 245.

- Térképszerű nyelv 56.
 Torokbetegségek 71.
 Torokdiphtheria 67.
 Transsudatum 142.
 Traube-féle félkörös tér 207.
 Trousseau-féle foltok 283.
 Trousseau-féle peripnemonikus ba-
 rázda 27.
 Trichocephalus dispar 159.
 Tussis convulsiva 197.
 Tüdő emphysema 202.
 Tüdőérszűkület 36.
 Tüdőüszkösödés 227.
 Tüdővízenyő 212 és 215.
 Tympanites 141.
 Typhlitis stercoralis 132.
 Typhus abdominalis 397.
 Typhus abortivus 401.
 Typhus exanthematicus 493.
- U**jképlet a gégében 178.
 Újszülöttek septikaemiája 94.
 Ulcera syphilitika faucii 89.
 Ulcera tuberculosa faucii 90.
 Uraemiás hányás 99.
 Urethritis catarrhalis 319.
 Urticaria 346.
- V**akbélkörüli gyulladás 131.
 Varicella 444.
 Variola 441.
 Variola confluens 442.
 Variola haemorrhagica pustulosa 442.
 Variolosis 443.
- Váltóláz 414.
 Váltóláz szabálytalan alakjai 421.
 Vándorvese 154.
 Veleszületett szivbajok 35.
 Vesekőica 138.
 Vesedaganatok 154.
 Vesehurut 306.
 Végbélpolyposus 121.
 Vérés ürülések tűnattana 117.
 Vérés vizelet 310.
 Vérhányás I. Melaena 93.
 Vérszegénység 327.
 Vészes sárgaság 336.
 Viaszsárga arczbőr 361.
 Visszatérő láz 407.
 Vitus táncz (önszenvi) 244.
 — — (tüneti) 244.
 Vizeleti és nemi szervek betegségei
 300.
 Vizeletvizsgálat 50.
 Vívőeres zörej 34.
 Vörheny 426.
 Vörheny változatai 430.
 Vörhenyes lehamlás 428.
 Vörhenyes láz 428.
 Vörhenyes nyelv 54.
 Vörhenyes torokgyulladás 85. és
 428.
 Vulvitis et vulvovaginitis 319.
- W**inkel-féle betegség 337.
- Z**öld hasmenés 107.
 Zsíros máj 150.

