

XVII.

Gyermekgyógyászat.

Dr. HAINISS ELEMÉR egyet. ny. r. tanár előadásai nyomán.

Az iskolaorvosnak rendkívül fontos feladata, hogy azokat a veszélyeket, amelyek a gyermekeket az iskolába járással érhetik, eliminálja. Ide tartoznak elsősorban a fertőző betegségek. A fertőző betegségek elterjedésének megakadályozásában főleg két dologra kell az iskolaorvosnak ügyelnie: egyrészt tisztában kell lennie az inkubációs idővel és mindazokkal a tünetekkel, melyek ezen idő alatt az egyes fertőző bajokat kísérik, másrészt ügyelnie kell arra, hogy még a betegség lezajlása után is, a gyermek csak hatósági ellenőrzés mellett menjen iskolába. Skarlátnál pl. az iskolából való kitiltás 6 hétre iszol, és bár a legtöbb eset tényleg elveszti 6 héten belül fertőző képességét, mégis vannak olyan esetek, amelyeknél az jóval hosszabb ideig eltart. Mindaddig tehát, amíg a hatósági intézkedéseket meg nem változtatják, az orvosnak kell ebből a szempontból revízió alá venni ezeket a gyermekeket. Főleg a skarlátnál kell különös óviateossággal eljárnia, mert ez a legveszélyesebb és legbizonytalanabb kimenetelű fertőző betegség, mely az iskolás-gyermeket veszélyezteti. A skarlát kórokozóját ma még nem ismerjük, mert, miután a Dick-házaspár által felfedezett streptococcus scariatinae-val nem minden esetben lehet skarlátot előidézni, fel kell vennünk, hogy a streptococcus scarlatinae nem specifikus kórokozó, hanem még valami másnak is kell szerepelnie és lehet, hogy a streptococcusnak csak társi szerepe van. Egészen bizonyos, hogy a skarlátnak van specifikus kórokozója, de vagy nem tudjuk megfesteni, vagy pedig filtrálható vírus, mely mai eszközeinkkel még meg nem fogható. Ez tehát

miég megoldatlan kérdés, de iskolaorvosi szempontból nem is olyan jelentős, mint a skarlát azon momentumai, melyek diagnosztikai szempontból fontosak. A skarlát inkubációs ideje nem fix, lehet 2—3—8 nap, de 8 napon túl nem szokott terjedni. Az inkubációs időben betegségi tünet nem igen mutatkozik, épen ezért nehéz a betegség terjedésének gátat vetni. A skarlát contagiositási indexe 40%, míg a morbillié 95%, a diphtheriác pedig 15%. Természetesen fertőz a skarlátos beteg már az inkubációs időben is, de a hetekig tartó hámlási időszak alatt hosszabb ideig és sokkal nagyobb mértékben van meg az alkalom fertőzésre. Így pl. az inkubációs időben az osztályra felvett gyermektől kevesebb gyermek szokott fertőződni, mint a hámlásban levőktől. További nehézségek a skarlát felismerésénél és így terjedésének megakadályozásánál: vannak olyan esetek, ahol a skarlát csak súlyos angina képiében játszódik le, kiütés és egyéb jellegzetes tünet nélkül, a gyermek pár nap alatt meggyógyul és 8 nap múlva testvérénél típusos se. lép fel, továbbá: igen enyhe alakban jelentkezik, csak néhány órán át áll fenn a kiütés, kis subfebrilitással, (mely gyakran el is kerülheti a szülők figyelmét, és pár hét múlva jelentkezik a hámlás, melynek kisebb endémia lehet a következménye. Szerencsére ezek iritka esetek, rendszerint, akármilyen erős is az angina, lehet csúnya vörös, de azt a haragos vörös színt, az uvuláinak a megduzzadását, de főleg az éles vörös demarkálódást, mely skarlátra olyan jellemző, rendszerint nem találjuk ímeg a közönséges anginánál. Pontszerű vérzések a lágy szájpadon anginánál mindig gyanúsak skarlátra, majdnem diagnosztikus jelnek vehetők. A skarlátvírus bizonyos területeken kapilláris dilatációkat okoz. A mikroszkóp alatt a kapilláris plexusok *kacszerű* tágulatait látjuk, melyek speciálisan skarlátra jellemzőek. Ilyen torok esetén természetesen fokozottabb figyelmet kell fordítani a gyermekre és bőrét hosszú ideig kell észlelni. Ami a hányást illeti, amelyet skarláttal annyira összefüggő tünetnek tekintenek, nem lehet diagnosztikus jelnek felfogni. Vannak gyermekek, akiknél legkisebb angina v. nasopharyngitis esetén, de a legártatlanabb betegségek kapcsán is hányás jelentkezik, viszont vannak súlyos toxikus se.-esetek, melyeknél hiányzik, vagy legalább is enyhén mutatkozik. Vannak toxikus anyagok, melyek egyenlő mértékben izgatják a hőcentrumot és a hányási centrumot, mások viszont mérgezik ugyan a szervezetet és lázat okoznak, de a há-

nyási központot nem izgatják. Ezenkívül az idegrendszer egyéni beállításával is szorosan összefügg, hogy valaki milyen izgalomra reagál hányással.

A lázmenet sem jellegzetes. Látunk olyan eseteket, ahol a kiütés már egészen kiterjedt, de a hőmérsék alig emelkedett 37° fölé, nem egyszer viszont a kiütés még nem jelentkezett, a gyermek mégis súlyos toroktünetek mellett nagy lázban fekszik. Egyébként a skarlát kiütési szakában diagnosztikai nehézségeket ritkán Okoz. A skarlátos kiütés apró, pontozott, még pedig kiemelkedő pontokból álló, élénk pír, ímely néhány lépés távolságból egyneműnek látszik, oly sűrű elhelyeződésű lehet. A kiütés — ha a behatolási kapu a torok volt — felülről lefelé, a törzsről a végtagokra terjed. Sebskarlátnál a seb, mint behatolási kapu környékén mutatkozik először a kiütés és ilyenkor nem egyszer oly formában, mely skarlátra nem diagnosztikus. A skarlát-kiütés atipikus alakjai közé tartozik elsősorban az abortív alaknál található kiütés, melynek színe nem haragosvörös, hanem rózsaszínű, sokszor nem terjed végig az egész testen, hanem csak a test oldalán, vagy csak a has bőréen jelentkezik, a kiütés jellege azonban skarlátos, csak erőssége és kiterjedése eltérő. Az atipikus alakok közé tartozik a scarlatina variegata, a se. papulosa, se. miliaris, haemorrhagica, stb. A se. variegata-nál a kiütés nem egyneműen vonja be a testet, hanem foltokban jelentkezik, úgyhogy morbillihez hasonlíthat. A se. papulosa esetleg rubeolával volna összevetészhető, de a kísérő tünetek rubeolánál enyhébbek. A se. haemorrhagica a legsúlyosabb skarlát-alak. A vérzések főleg a bői-hajlatok táján mutatkoznak, a test egyéb részein a kiütés jellegzetes skarlátexanthema. Ezzel kapcsolatban említjük meg a Rumpel-Leede tünetet, melyet sokan skarlátra jellemzőnek tartanak, de szintén nem sorolható a diagnosztikus jelek közé. Itt számításba jön, hogy milyen erővel, milyen hosszú ideig szorítjuk le valakinek a karját, továbbá, hogy milyen az illető érrendszere, pl. enyhe haemorrhagiás diathesisnél, vagyis ha valaki enyhe traumákra is érrep édesekkel reagál, természetesen kis ingerekre is könnyen jelentkeznek vérzések. A vérnyomás változása sem használható fel a diagnózis szempontjából. Az eosinophilia, mely a gyermekeknél oly gyakori bélférgeknek, főleg az oxyuriasisnak állandó kísérő tünete, szintén nem értékelhető ebben a tekintetben. Igen fontos jelentősége lehet az exanthema mikroszkopikus vizsga-

latának, sokszor ennek alapján lehet a diagnózist felállítani. Iskolai 'szempontból a diagnózis eldöntésénél számításba jön a Carlton-Schultz f. kioltási tünet, az u. n. Auislösehpihenőimen: ha rekonvaieszcensz-savó 1 ccm-ét a Schleich-f. érzéstelenítés módjára intrakután befecskendezzük a skarlátos beteg bőrébe, 6—8 óra múlva a befecskendezés helye körül mintegy gyermektenyényi területen a kiütés elhalványodik, anómiás lesz és élénk kontrasztot képez a környező bőrrel. Ha rekonvaieszcensz-savóval végezzük, a kioltási tünet abszolút diagnosztikus értékkel bír. A humán-savó csak azon esetben jöhet számításba, ha az illető skarlátot kiállóit. Antitoxinos savóval sok esetben negatív a kioltási tünet, míg rekonvaieszcensz-savóval mindig pozitív. A reakció adrenalinnal is kiváltható, de ez nem specifikus, hanem vasOkonstrikciós tünet, mely másfél óra múlva lép fel. Kevert fertőzés esetén, midőn a savó mindkét fertőzőanyaggal szemben tartalmaz antitesteket, természetesen zavar állhat be a kioltási tünet értékelésénél, de a kevert fertőzés elég ritkán fordul elő. A Döhle-[^]f. fehérjébe zárt testecskék (Einschlusskörperchen), melyeket egyidőben a se. kórokozójának tartottak, tényleg megtalálhatók skarlátnál, de viszont más fertőző betegségeknél, így morbillinél, tífusznál is fellelhetők, épen ezért csak mint kizáró tünetét használhatjuk fel a se. diagnózisánál, ha t. i. nem találhatók, akkor se. kizárható.

Diagnosztikai szempontból döntő jelentőségűek tehát: a torolkelváltozás, az exanthémán a kapillárisok mikroszkopikus képe és a rekonvaieszcensz-savóval végzett kioltási tünet.

A skarlát utójelen'ségei, ímelyek fertőzés szempontjából veszélyesek: a hámlás, a nephritis és az otitis. Minden skarlátos beteg hámlik a betegség lezajlása után, még pedig nagy lemezes hámlással, főleg a tenyéren és a talpon, ahol a leghosszabb ideig meg is marad. Itt megemlítjük a Schleissner-f. hámlást a fül-cimipán, mely a legkorábban jelentkezik és a legkésőbb múlik el, sokszor még 2 hónappal a skarlát után is látható. A Feer-f. tünet a 'körmökön jelentkezik egyes esetekben, keresztben futó barázda képében, mely olykor, de legfeljebb 2 és fél hónapig a skarlát lezajlása után is megtalálható. A gyermekkori nephritisek legnagyobb részét skarlátos eredetűnek kell felfognunk. Előfordulhat természetesen más okból is, de jelentékenyen kisebb számban, mint skarlátnál. A skarlát-nephritis sokszor enyhe formában jelentkezik, de ilyenkor is eltarthat hosszú ideig.

Látjuk tehát, hogy minden különösebb diagnosztikai segéd-eszköz nélkül fel tudjuk ismerni a skarlátot, sőt bizonyos tünetekből később, a betegség lezajlása után is vissza tudunk következtetni rá.

Morbilli. A morbilli terjedésének megakadályozása kétség-telenül sokkal nehezebb, mint a Skarláté, mert, míg a skarlátos beteg az inkubációs időben — mint említettük — aránylag kisebb mértékben fertőz, a morbilli a legfertőzőbb a hurutos időszakban, a kiütés megjelenése előtt. Az inkubáció 14 nap, sőt néha egészen pontosan 14 nap és ez alatt a 14 nap alatt, de főleg a második héten történik a fertőzés, amikor a hurutos tünetek, főleg arra hajlamos gyermekeknél, igen erősek. Sajnos, tulajdonképpen éppen semmi biztos tünet nem áll az orvos rendelkezésére, amelynek segítségével a morbillit már ilyenkor el tudná különíteni pl. influenzától. A nasopharyngeális jelenségek: rhinitis, pharyngitis influenzánál is napokon, heteken keresztül fennállhatóak, még leginkább a conjunctivitis szól morbilli mellett. Morbilli-epidémia idején a hurutos gyermeknél mindenesetre gyanakodni kell imorfbire. Morbillin az emberek legnagyobb része átesik, minél kisebb a gyermek, annál jobban hajlamos rá (contagiositási indexe 95). Fontos tudnunk, hogy csecsemőknél is előfordul, de csak laz a csecsemő kapja meg a morbillit, akinek anyja még nem esett át rajta és emiatt a tejjel nem kap megfelelő ellenanyagot. Ha az anyának volt morbillija, akkor a csecsemő a szoptatás alatt nem kapja meg. Három hetes volt a legfiatalabb, de az anyának nem volt morbilli-ja. Skarlátnál viszont úgy áll a dolog, hogy itt az újszülöttek erős íresistentiát mutatnak, úgy hogy a skarlátnál speciális, a fiatal csecsemőkörben fennálló immunitást kell felvinnünk: a Dick-reakció mindig negatív, akár átesett az anya skarláton, akár nem. Négy hónapos volt a legfiatalabb csecsemő, aki skarlátban megbetegedett. Fent említettük, hogy a morbilli diagnosztikaik felállításánál segítségünkre lehet a conjunctivitis, mely hurutos tünetekhez társul, de eldöntheti a kórismét a Koiplik-foltok megjelenése a pafanyálcakárhártyán (apró, grizszerű felrakodások, hyperaemiás udvarral), mely morbillinál diagnosztikus erővel bír. A kiütés megjelenése után különösebb nehézséget a kórisme nem okoz, eltekintve attól, ha nem teljesen normális alakban jelentkezik, mint ez exsudatív gyermekeknél előfordulhat, ahol a kiütés összefolyóbb, nagy foltokat alkot a testen, a bőr duz-

zadtabb, úgy hogy skarláttal volna összetéveszthető, a diagn. elkülönítés azonban így sem nehéz. Tekintettel ama, hogy a kiütés megjelenésekor a környezet fertőzése már megtörtént, mert, mint említettük, a morbilli a prodromális időszak 2. részében a legfertőzőbb (ekkor szórja szót köhögés, köpködés formájában a fertőző anyagot), orvosi szempontból és a gyakorlati tapasztalatok alapján a morbillis beteget nem kellene kórházba szállítani, ha komplikáció nem áll fenn. Nem való a morbillis beteg kórházba azért, mert a morbilli egyike azon ragályos betegségeknek, melyről tudjuk, hogy nemcsak lappangó tuberkulotikus folyamatot képes lángra lobbantani, hanem elsőrangú talajt nyújt a tuberkulotikus infekcióra. Ha már most az a sok fel ineim ismert mirigy-tbc. összekerül a kórházban, ahol a szellőzési viszonyok sem tökéletesek, és a morbilli, a tbc.-s folyamatot lángra lobbantja, a tbc.-s fertőzésnek tág tere nyílik. Nem kell tehát csodálkoznunk azon, hogy a morbilli-esetek kórházi statisztikája sókkal szomorúbb, mint az otthon maradtaké. Nincs tehát semmi értelme, hogy a morbillis eseteket a lakásokból kiemeljük és a járványkórházakba összegyűjtsük. Amikor a hatósági orvos kimegy megnézni a beteget, azok a gyerekek, akik vele együtt voltaik, már úgy is fertőződtek, ha a hajlamuk megvolt. A kórházba való szállítás legfeljebb a komplikációk ellenőrzése szempontjából jöhetne számításba. A morbilli lezajlása után pár héttel okvetlenül tuberculin-reakciót kell végezni a gyermeknél és ha a reakció gyanús, de még negatív esetben is, Röntgen-vizsgálatot kell elrendelnünk. Van olyan irodalmi adat, ahol egy 36 személyes iskolai fertőződött tbc-vel oly módon, hogy 18 erythemia nodosumot kapott, a többinél specifikus hilus körüli infiltratum jött létre.

Pertussis. A pertussis iskolai iszempontból talán a legjelentősebb ragályos betegség, mert igen elhúzódik, azt szokták mondani, „a pertussis elkezdődik és nincs vége“. Egy gyermek kimarad az iskolából pertussis miatt és 2—3 hét múlva kimarad egy másik, majd a harmadik és lassanként végigmegy az osztályon. Az inkubációs idő sok szerző szerint 8—10—12 nap, azonban ezt rövidnek kell mondanunk, gyakorlati szempontból helyesebb, ha 3 hetet veszünk fel, ami természetesen nem jelenti azt, hogy ennél rövidebb idő alatt nem fejlődhet ki pertussis. Az inkubációs idő sokszor jellegzetesség nélkül folyik le. A pertussis fertőzőképességének tartamát pontosan megállapítani nem

lehet. Vannak, akik azt mondják, hogy az akut szak, 2 hónap után nem fertőz, gyakorlatilag inkább 3 hónapot kell iszaniítani, bár a kérdés eldöntése kétségtelenül nehéz. A pertussist korai időben nem könnyű feladat diagnosztizálni, elhúzódó, izgatott köhögéskor nem szabad azt várni a diagnózis felállításához, hogy a 'gyermek húzzon, hányjon, mert akkor is ok pertussis-eset fog az orvos szeme elől elsiklani. Igen sokszor látjuk, hogy valaki heteken keresztül izgatottan köhög, néha a köhögésnek ugató jellege van, de azt a bizonyos repos-t, reprise-t nem látjuk minden pertussisismál, minél kisebb a gyermek, annál kevésbé. Az iskoláskorban már típusosabb, de csecsemőnél nagy ritkaság, hogy húzzon, itt a köhögés izgatott, görcsös, rohamokban jelentkező, összetéveszthető avval a köhögéstípussal, mely a tracheának a peribronchiális mirigyek nyomása folytán jön létre. Épen úgy, 'mint a húzás, az u. m. pertussis-arc sem jellegzetes tünet (püffedt izemhéjak, püffedt arc, fáradt tekintet), mert ezt a köhögési típus okozza, továbbá, hogy mennyire erőlteti, milyen fokban kínozza a gyermeket a köhögés. Azt kell tehát mondanunk: ha valakinél az akut, lázimentes (influenzás bronchitis) köhögés elhúzódik, erősebbé válik, majd kihagy, de újból visszatér, görcsökből jelentkezik, fájdalmasan hangzik, reprise és hányás nélkül is pertussisra kell gyanakodnunk. A vérkép néha korán, sokszor imár a típusos rohamok kifejlődése előtt jellegzetes elváltozást mutat, néha már 8—10 napi köhögés után 18—28—30.000-re emelkedik a fehérvérsejtek száma relatív lymphocytosisal. A leukocytosis az egyetlen eléggé jól felhasználható tünet a pertussis korai diagnózisához. A pertussisnál a levegőváltozás nem jelent lényeges előnyt therapeutikus szempontból. Többet segíthetünk az oltással, akár prophyladikus, akár gyógyító szempontból alkalmazzuk. A vaccinás kezelés eredményét illetően a vélemények eltérők, annyit azonban leszögezhetünk, hogy ha nem is oldottuk meg vele a gyógykezelés kérdését, de mindenesetre több van a kezünkben, mint amennyit eddig a pilka, a droserin, a tuscoisan jelentett. Prophylactikusan két oltást adnak egy héten belül, therapeutikusan 4—6 oltást végeznek, az injekciókat 3—4 naponként adva. A budapesti gyermekklinikán 3 év óta ambuláns eseteknél is alkalmazzák. Mindenesetre megállapítható, hogy sokkal nagyobb számban vannak esetek, amelyek rövidebb idő alatt játszódnak le az oltások hatása alatt, imint anélkül. A pertussis köhögést javít-

hatjuk, a rohamot (megrövidíthetjük, ha a gyermeket a helyes köhögésre megtanítjuk, hogy t. i. az üvegszerű nyálkát igyekezzék krákogással felhozni, mert a roham addig tart, míg ez a nyálka ki nem lökődik. Ha a pertussisos köhögés csökkent is, kérdéses, mikor fog a speciális tüdőelváltozás, melynek fennállása ma már leszögezett tény (pertussisos tüdő, Götthe-f. balsalis tüdőátaromszög), elmúlni! Erre a kérdésre nehéz felelni. Tudnunk kell, hogy pertussis után egy ideig bánnályen más köhögéssel járó betegség pertussisszerűen fog lezajlani.

Diphtheria. A diphtheria szintén egyike azon ragályos betegségeknek, mely az iskolában veszélyesen és rohamosan terjedhet. Lokalizáció: leggyakrabban a torok, ritkábban a gége, de előfordulhat az orrban, a conjunctíván, a vulván, a bőrön, stb. Diagnosis szempontjaiból az eddig tárgyalt betegségekkel szemben előnyben van az intézeti orvos, mert a kórokozót ki tudja mutatni. Ha valamelyik gyermek torka iganus, minden körülmények között el kell végeztetni a laboratóriumi vizsgálatot. Diphtheriára jellemző a szennyes sárga, összefolyó (iencsenagyságnál nagyobb lepedék már gyanús!) lepedék. Ha a lepedék maga inem is jellegzetes, de a klinikai benyomás, közérzet, báyadtság kissé gyanús, bakteriológiai vizsgálatot kell végezni. Frissen kikent készítményen nem lehet biztonsággal a diagnosis megállapítani, legfeljebb bizonyos támpontot szerezni, így pl. sok coccus sokszor di. ellen szól. A láz diphtheriánál általában alacsonyabb, mint az a pathologiai elváltozásoknak megfelelne, de ez nem oly megbízható jelenség, hogy a gyakorlat részére felhasználható lenne. A bacillusgazdákat illetőleg tudnunk kell, hogy az u. n. avirulens bacillusokat hordozó gazdák is jelentősek, mert egy másaik egyénben a bacillus virulenssé válhat. Ma a bacillusgazdákat egyesek Röntgen-ned kezelik: 4 hetenként egy besugárzás, a 2—3. besugárzás után a bakt. vizsgálta neg. lesz. Amíg a bacillus a Löffler-táipta'lajon kitenyészik, addig a gyermeket gyakorlati szempontból fertőzőképesnek kell tekinteni. A diphtheria lezajlása után csak az a gyermek járhat újra iskolába, akinél a bakt. vizsgálat tényleg negatív: reggel szájmosás előtt, vattával letörölve, nyállal keverten vegyük az anyagot, néhány napi szünet legyen az egyes vizsgálatok között (két egymás utáni napon esetleg nem található bacillus, de később újra találunk, és lehetőleg 3 vizsgálatot végezzünk. Az elhúzódo pozitív lelet különben egészséges gyermeknél különböző hosszú ideig

tarthat. Itt rivanol, trypaflavin, stb. eseteléseket alkalmaznak, de a Röntgen-besugárzás még a legjobbnak mutatkozik. A legkisebb dózis elegendő: a bőregységdózis 5—10%-a.

Ami a diphtheriás szívet illeti, sajnos le kell szögeznünk, hogy a di. ma sokkal gyakrabban érinti a szívet, imint azelőtt. Lehetséges, hogy jobban észleljük iaz eseteket, de lehetséges, hogy a di. megváltoztatta karakterét, hiszen tényleg megállapítható, hogy vannak olyan idők, miikor a di. fauckim, máskor viszont a krup fordul elő gyakrabban. Ezekre a kérdésekre nehéz felelni. Sajnos manapság nem tartozik a ritkaságok közé, hogy pár nappal, olykor pár héttel a di. lezajlása után hirtelen szívgyengeség lép fel és beáll a halál, sokszor minden előzetes tünet nélkül, játék, vagy séta közben. Itt tisztára a diphtheria-méregnek a szívizomra való specifikus hatása jön szóba. Diagnosztikus szempontból azok az esetek kedvezőbbek, melyeknél bevezető jelenségek vannak: a gyermek halvány lesz, mintha kivérzett volna, bágyadt lesz, de eszméletlenül van, a pulzus kicsiny, filiformis, arythmiás lesz. Az elektrocardiogramm a szívizom legsúlyosabb elváltozását mutatja, annyira, hogy a szívblokk már előre megállapítható. Helyes lenne, minden di. lezajlása után 8—10 nappal, hacsak a betegség súlyossága vagy intő jelek korábban nem indikálják, elektrocardiogramot csináltatni. Ha ez ma még gyakorlatilag nem is vihető keresztül, az iskolaorvosnak mindenesetre a diphtheriát kiállott gyermekekre különösen kell ügyelnie s lehetőleg elektrocardiogramot vetessen fel, hogy ne szedhesse oly alattomosan áldozatait a di.-s szívhalál.

Grippe. Az a fertőző betegség, amelyet grippe névvel jelölünk, nem etiológiai egység, hanem tulajdonképen klinikai fogalom azon hurutos, nervosus vagy gastrointestinalis jelenségekkel járó, heveny fertőző megbetegedés jelölése, mely az utóbbi évtizedben meglehetősen kiterjedten száguldott ismételten végig egész Európán. A kórokozó ma még ismeretlen, filtrálható vírusnak tartják. Ha Pfeiffer annak idején influenzabacillusnak nevezte is a kórokozót, azt kell mondanunk, hogy csak oly kórképet nevezhetünk joggal influenzának, ahol az influenzabacillus kimutatható, ez azonban az eseteknek csak egy részében sikerül. Ott, ahol az influenzabacillust nem tudjuk kimutatni, nem használhatjuk az influenza elnevezést, épen ezért helyesebb az egész betegségcsoportot grippe névvel jelölni.

A grippének különböző megjelenési alakjai vannak. Általában akut és krónikus alakban lép fel. Iskolaorvosi szempontból inkább az akut alak jön számításba, mely klinikailag többféle alakban jelentkezhet. 1. Az egyszerű grippénél csak közérzetzavar és láz áll fenn, esetleg a katarrhalis tünetek is hiányoznak. A tünetek egy v. több nap alatt, de mindenesetre aránylag rövid idő alatt teljesen elmúlnak. 2. a katarrhalis alaknál ugyanilyen kezdeti jelenségek, tehát nagymértékű közérzetzavar és láz kíséretében katarrhalis tünetek, nátha, angina, nasopharyngitis lépnek fel. 3. A pulmonális grippénél elejétől kezdve pulmonális jelenségek lépnek előtérbe (nem tévesztendő össze a grippés pneumoniával). 4. A meningeális v. nervosus alak hirtelen kezdődik, rendkívül súlyos fejfájással, nagy elesettséggel, amelyhez sokszor heveny hányás társul. Ilyen esetekben a Hainiss-féle tünet sokkal hamarabb lép fel, mint a Kernig-tünet: ha a gyermek combját a canalis Hunteri felett megnyomjuk, felsír, ami meningeális tünetekre igen jellemző. 5. A hányással járó grippe (Brechgrippe) kiemelkedő tünete a heves hányás, mely olykor, főleg hányásra hajlamosabbaknál, érzékenyebb típusú gyermekeknél igen vehemenssen jelentkezhet, esetleg acetonszagú lehetettel kísért, sőt gyanú merülhet fel arra, hogy nem periodikus hányás kezdődik-e. A tünetek sokszor pár nap alatt enyhülnek, de a rendkívül heves és kitartó hányások következtében a gyermek erősen leromlik. 6. Az intestinalis grippe néha a hányással együtt, de sokszor anélkül lép fel, hirtelen heves hasmenés, híg vizes széklet kíséretében, melyet 24 óra múlva nyákos, olykor tenezniussal ürülő széklet követ. 7. A toxikus grippe az általános mérgezettség tüneteit mutatja. A gyermek bágyadt, elesett, a szenzorium zavart, merev tekintet, egy pontra nézés, abszolút apátia áll fenn. 8. A septicus grippe a legsúlyosabb alak, rendszerint halálos kimenetelű. A különböző alakok egymásba átmehetnek, de izoláltan is előfordulhatnak.

A heveny grippe egyes kórformái krónikus lefolyást is vehetnek, így előfordul, hogy heteken keresztül szubfebrilitás áll fenn, anélkül, hogy ennek fizikálisan bármilyen magyarázatát találjunk. Az egyszerű grippét is követheti ilyen szubfebrilitás, mely 5—6 hétig elhúzódhat és kezdődő tbc. gyanúját keltheti. Ajánlatos ilyen esetekben pontos szívvizsgálatot végezni. A szív ez esetekben meglehetősen tágult, főleg a jobb szív dilatált, múlt jellegű systolés zöreje hallható. A katarrhalis alak szintén

sokszor mutat elhúzódó lefolyást, főleg annál, kinek különben is hajlama van a hurutos megbetegedésekre, így exsudatív gyermekeknél. Ezeknél igen gyakran a köhögés ugató jelleget ölt, a pertussisos köhögést utánozva, melyet a laryngeális nyálkahártya megvastagodása (erősen gyulladt, haragosvörös) és a peribronchiális mirigyeknek a tracheára gyakorolt nyomása idéz elő. A pulmonális grippe szintén mutathat kronikusabb lefolyást, főleg ha a folyamat a tüdőkapillárisokra terjed, vagy ha a bronchopneumonia vándorló jellegű. Vérzések is elég gyakran lépnek fel (magas vérnyomás!). A meningeális grippe rendszerint nem vesz krónikus lefolyást, csak ha meningitis társul hozzá, ami természetesen más szövődményt jelent. A gasztrikus alak nem szokott elhúzódni, pár nap alatt lezajlik, legfeljebb az időnkénti hányás marad meg esetleg hosszabb ideig. Az intestinális grippe sokszor mutat elhúzódó lefolyást, egyrészt a néha hosszabb ideig fennmaradó haematogen irritatio, másrészt gyakori diétahibák folytán. A toxikus forma gyermekkorban nem szokott elhúzódó lenni, ez leginkább csecsemőknél fordul elő. A szeptikus grippénél csak örülhetünk, ha elhúzódóbb lefolyást ölt, mert ez a gyógyulás reményével bíztat.

Ha a grippe elmúlt, a beteg leláztalanodott és egy-két napi láztalanság után lép fel valamelyike az említett kórformáknak, akkor már szövődményekkel van dolgunk.

Ismernünk kel] a grippés kiütést, mely rendszerint skarlát-szerű, de múló jellegű, esetleg csak néhány óráig áll fenn, eltűnik, majd újból jelentkezhet. Fontos az elkülönítés szempontjából, hogy a vérnyomás grippénél emelkedett, továbbá, hogy a kapilláris mikroszkóp egészen más képet mutat (1. skarlát). Hainiss professzornak az 1918—19-i grippe járvánnyal kapcsolatosan észlelt kiütésekről szóló közleményével egyidőben Morawetz közölt ugyanilyen eseteket Bécsből, ami igazolja a tételt, hogy különböző járványok alkalmával egyszer az egyik, másszor a másik kórforma az uralkodó.

Tudnunk kell, hogy a grippés kiütés nem mindig skarlátiniform alakot mutat, lehet morbilliszerű, de a toxikus exantémához is hasonlíthat. A grippés kütég elhalványulása után hámlás nem lép fel.

Tuberkulózis. A gyermekkorban a tuberkulózisnál nem annyira akvirálásról, mint inkább fellángolásról lehet szó, mert

a gyermekek legnagyobb része már átesett a csecsemő v. kisgyermekkorban a tbc.-és fertőzésen. Alig van még egy olyan fertőzőbetegség, melynél az alkalom a fertőzésre oly nagy szerepet játszana, mint a tbc.-nél. A csecsemőkorban a pozitív tuberkulin-reakció mindig aktív folyamatot jelent, míg a későbbi gyermekkorban a poz. reakciónak nincs meg ez a jelentősége, csak annyiban nyújt felvilágosítást, hogy a gyermeket tbc.-s fertőzés érte, de hogy aktiv-e a folyamat v. sem, azt a későbbi gyermekkorban a poz. reakcióból megállapítani nem lehet. A csecsemőknél a fertőzés után 4—6 héttel a tuberkulin-reakció pozitívvá válik. A tuberkulotikus fertőzés lehetősége mindig kísért, mert a bacillus ubikviter; az alkalom azonban a fertőzésre nem adódik mindig, mert intakt nyálkahártyánál nem jön létre tbc.-s fertőzés, csak a légutak nyálkahártyái sérülésénél, illetve a nyálkahártya funkcionális zavarainál. Kongenitális tbc. gyakorlati szempontból nem jön számításba, mert a magzat korai ihaematogen infekció esetében rendszerint elpusztul. Azok a csecsemők, akik élve születnek, de a születés után 3—6 hét után pozitív Mantoux-reakciót mutatnak, szülés közben fertőzöttek, mert, mégha fertőzött volt is a magzatvíz, az aspirációkor csak a pharynxig juthat, de a tüdőbe nem kerülhet, csak születés után az első mély légvételkor jöhet létre a tüdőinfekció, ilyenkor azonban már nem beszélhetünk intrauterin fertőzésről.

Tbc.-s környezet egyedül nem elegendő a fertőzéshez. Kérdés, hogy mennyi ideig s milyen állapotban volt a szervezet a fertőző környezetben. Hosszú ideig tartó együttlétnél természetesen adódik majd akár egy tracheobronchitis, vagy bronchopneumonia, mely a nyálkahártya zavara folytán a fertőzésnek kaput nyit. Több száz gyermekkel kísérleteztek oly módon, hogy közvetlenül a születés után elvették őket a tbc.-s anyáktól és tőlük teljesen elkülönítve dajkákkal táplálták. A gyermekek közül egyetlenegy sem kapta meg a tbc.-t, pedig az anyák mind aktiv tbc.-ben szenvedtek.

Tekintettel arra, hogy a gyermekek jelentékeny része tbc.-s infekción már átesett, mire iskolába kerül, az iskolaorvosnak két irányú kötelessége van, egyik, hogy tbc. szempontjából sokkal alaposabb vizsgálat alá vegye az iskolásgyermeket, mint ahogy az általában történik, a másik pedig az, hogy fokozott figyelmet kell fordítani a gyermekekre morbilli, pertussis, v.

grippe kapcsán, mert a betegségek a gyermekkori inaktív tbc.-t lángra lobbanthatják, de esetleg intakt szervezetben is alkalmassá teszik a talajt a tbc.-s fertőzésre.

Így van ez pertussisnál is, melynél ma már tudjuk klasszikus elváltozások vannak a tüdőben: a bazális háromszög, mely sokáig megmarad; jellegzetes kórszöveti elváltozások, a nyálkahártya állandóan izgalmi állapotban van és olykor-olykor sérülést is mutat, stb. Az általános érzékenységi állapot és a nyálkahártyalézió alapján a pertussis alkalmat teremt a friss tbc.-s fertőzésre is. Mutatja ezt a tbc. ijesztő fellángolása pertussis járványok után. Hutinel szerint a pertussis ostorcsapásként hat a tbc.-re. Elégge egyöntetű az egyes szerzők véleménye arra vonatkozólag, hogy a morbilli is könnyen teremt fertőzési talajt a tbc.-re, főleg, ha a hurutos tünetek kifejezettek. A grippek talán legkevésbé van ilyen vonatkozása, de tagadni itt sem lehet a diszponáló szerepet.

Következik mindebből, hogy iskolaorvosi szempontból ezen tapasztalatok alapján orvosi köteltségünk minden oly gyermeket, akinek morbillije, pertussisa, vagy grippeje volt, — függetlenül attól, hogy az év eleji iskolai vizsgálatnál mit találtunk — mikor újból visszatér az iskolába, privát orvosával, vagy ha ilyen nincs, és ingyen rendelésre jogosult, ezen az úton megvizsgáltatni arra vonatkozólag, hogy társai szempontjából nem jelent-e fertőzési veszélyt. Nem lehet mindig mindenkit Röntgenvizsgálat alá vetni, de ha valaki az előbb említett fertőző betegségek miatt kimarad az iskolából, újból való visszatérés esetén az orvostudomány mai álláspontja szerint hiba és véték, ha lelkiismeretes Röntgen-kontrol alá nem kerül, mely néhány hét múlva megismétlendő.

Bélférgesek. Az iskolában bő alkalom nyílik a bélférgesekkel való fertőzésre a gyermekek szoros együttléte, rossz hygienés szokások, az aránylag kevés mellékhelyiség miatt, stb. Az esetek jelentékeny részében oxyurisról van szó, elég gyakori a bothriocephalus latus is, míg ascaris és taenia ritkán fordul elő. Az oxyuriasis kellemetlen tüneteket okoz. A gyermeket nyugtalanítja, a neuropathiás gyermek idegességét fokozza, lányoknál gyakori következménye az oxyuriasisnak a masturbáció. Az elhúzódó, hosszantartó folyamat elég kifejezett anémiát vonhat maga után.

Az orrvakarás maga nem jelent bélérférget, rossz szokás is lehet, de mindenesetre felhívja a figyelmet, hogy ezeknél, valamint a padjukban sokat mozgó gyermekeknél (végbélnyílás viszketés!) bélérférges után kutassunk.

Anémia. Anémiáról csak akkor beszélhetünk, ha a vérképben anémiára jellegzetes elváltozásokat találunk. Ha a gyermek arcszíne halvány, fakó, ha kifejezetten fáradékony, figyelme nem kellően élénk, anémiára gyanakodhatunk.

Az anémiák egy része, mint már említettük, oxurisra vezethető vissza, de gyakran — főleg lányoknál cystitis következménye. A Kleinschmidt által kezdeményezett pyuria nem helyes elnevezés, cystitisről csak akkor beszélhetünk, ha a hólyag fertőzések eredetű lobja áll fenn. A gyakori vizelés nem mindig kísérő tünete a cystitisnek, a gyermekek egy jelentékeny részénél hiányzik, mert a hólyag érzékenysége egyéni, úgyhogy a cystitis sokszor tünetmentesen áll fenn. Az arcszín azonban gyakran felhívja a figyelmet: zöldesfakó árnyalatú, a következők anémia folytán a fakó szín az anémia sápadtságával keveredhet.

A maszturbáció-nak iskolaorvosi szempontból feltétlenül jelentősége van. Keresni kell az összefüggést oxyuriasisszal. Oxyuriasisnál a végbélviszketés miatt a rövid gát megkönnyíti a vulva dörzsölését, a vulva érintését többszöri vakarás után a gyermek megszokja és már akkor is végzi, ha a végbéltáj nem viszket.

A pedagógusok a kezelést ott vétik el, hogy morális defektusnak tekintik, melyért büntetés jár. A gyermeknek nem szabad fenytéssel eltiltani, mert a tiltott még jobban ingerli. Ha felvilágosítják, érdeklődését felkeltik, épen ellenkező hatást váltanak ki belőle. Leghelyesebb a gyermeket környezetéből kiemelni, ez azonban önmagában nem elegendő, emellett kissé súlyosabbnak kell beállítani a következményeket (hólyaghurut, kellemetlen betegség, mely nehezen gyógyítható, stb.). Estéknként langyos ülőfürdőket, langyos lemosásokat végzünk, a gyermeket sokat küldjük levegőre, sporttal foglaljuk el. Általában ilyen esetekben mindig inkább testileg kell a gyermeket elfoglalni, mint szellemileg lekötni, oly elfoglaltságot, szórakozást kell tehát számára keresni, mely szellemileg nem fárasztja, de testileg felüdíti.

A maszturbáló gyermek arca ványadt, arcszíne szürkés, anémiás. Ha a gyermeket megvizsgáljuk, azt találjuk, hogy a clitoris fejlettebb, a vulva nyálkahártyája hyperémiás, apró kis eróziókkal, sokszor ártatlan fluor áll fenn.

A neuropátia sok gondot okoz úgy a tanítónak, mint a házi- orvosnak. A neuropatiás gyermekek legnagyobb része egyetlen gyermek, de előfordul ott is, ahol több gyermek van és ilyenkor nem minden gyermek neuropatiás. A neuropátia konstitúciós defektus. Az ilyenek egyik csoportja sokkal élénkebb, sokkal érdeklődőbb, de sokkal szórakozottabb; jóval élénkebben percipál, de sokkal rosszabbul koncentrálnak. Ez a típus túlélénk, sokat mozog, minden iránt érdeklődik, társalgásba bekapcsolódik, a legkülönbözőbb kérdéseket teszi fel, a másik típus méléző, zárkózott, mély tekintetű, utánzásra, reakciókra hajlamos, rendszerint az idősebbek köréből keres magának társaságot. Ezek az iskolában a többivel szemben rendszerint lenézőek, unják társaikat, leginkább hajlamosak a szexualitásra. A maszturbálók nagy része közülük kerül ki.

A kezelés nem egyszerű. A szülőknek meg kellene magyarázni, — ha lehetne —, hogy épenúgy, mint ahogy a szellemileg fogyatékos nem normális, a koraérett gyermek sem normális és annak megfelelően kezelendő. Az ilyen gyermeket t. i. szándékosan kell visszatartani a szellemi fejlődésben, érdeklődését kevésbé felkeltő dolgokat kell adni neki, próbáljon unatkozni. Az orvosi szempontból nem megfelelő környezetből ki kell venni a gyermeket, leghelyesebb lenne összegyűjteni őket és az egyenlő típusúakat külön csoportban nevelni, de kis létszámban, hogy a tanító egyénenként tudjon velük foglalkozni. Ha ez nem lehetséges, olyan osztályba kell elhelyezni őket, ahol hasonló nincs.