

XXIII.

Az orr-, torok- és gégebetegségek az iskolás korban.

Írta: Dr. WEIN ZOLTÁN, egyet. m. tanár, kórházi főorvos.

Mindenekelőtt a *homlokreflectorral* való megbarátkozást és annak használatát ajánlom figyelmükbe, lévén ez a gyakorló orvosi instrumentariumnak is egyik legértékesebb kincse. Járatokba, üregekbe, még a szájüregbe is, jól csak ezzel lehet beelátni. Az orr és torokvizsgálat *iskolásgyermeknél már jól kivihető*, habár utóbbinál az ember sokszor talál *ellenállásra*. Legfontosabb ilyenkor a szülőik kikapcsolása, akikben a gyermek az orvos elleni küzdelemben mindig támaszt lát, míg ha egyedül érzi magát az „ellenséggel“, megadja magát. Renitens gyermekeknek célszerű kezét és lábát összekötözni, törzsüket lepedőbe csavarni és ölje véve a gyermekeit a vizsgálat tartamiára lefogni. Ilyen rendezés és kis felületes érzéstelenítés mellett (a cocaint a gyermekek aránylag jól tűrik, nem úgy mint az opiátokaít!) még a gégét is megtűkrözhetjük, bár igaz, hogy ehhez a vizsgálathoz a kis paciensnek is hozzá kell segíteni azzal, hogy a nyelvét egy pillanatra kidugja, hogy megfoghassuk, ami az indirekt gőgevizsgálatnak, tehát a gégetűkrözésnek alapfeltétele; ha ezt nem sikerül (rábeszéléssel vagy erőlyel elérni, úgy csak narkózisban és u. n. direkt vizsgálatl, azaz direkt bevilágítás meMett tudunk a gégebe és a légcsőbe betekinteni, amire leginkább az oesophagoskópia instrumentáriuma használatos.

A *külső orról* szólva mindenekelőtt megemlítem a lapos, beesett, széles orrot, mint veleszületett, öröklött lues stigmáját. Lueses nátha, kimart orrnyilasok, rhagadok a száj körül és Hiutchinson-főle deformált, csapalakú, rovátkás fogak szokták a képet kiegészíteni. Az *orrnyilasok* szükülete v. elzáródása lehet diphtheria, lupus vagy congeniális lues okozta fekélyzódések, esetleg vegyszerektől eredő marás, égés, vagy fagyás folyamánya. Sérülések, pl. nyársalásszerű leszakítása az orrszárnynak (ha az őri-szárny valami hegyes tárgyon fennakad) is az orrbemenet szükületéhez vezetnek a heges gyógyulás által. *Synechiák* az

orrüregben ugyancsak diphtheria, scarlatina, lues, variola, vagy scleromia által jöhetnek létre a fekélyzések gyógyulásaikor és okozhatnak orrlégzésvizet, annak alább tárgyalandó minden káros befolyásával.

A *vestibulum nasi* gyermekeiknél csak annyiban számíthat orvosi érdeklődésre, amennyiben idült hurutok esetén a váiadék kimarva a bőrt, ekzematát okoz. Az ekzematák — mint később látni fogjuk, — különös jelentőséggel bírhatnak. (Melléküreg-megbetegedések). Legjobb gyógyszere az 1%-os precipitatenőcs. A felnőtt korban leggyakoribb Mlicuilitisekkel itt nem találkozunk, mert még nincsenek vibiisák. Az orrsövény legelülső-alsó részéről eredő orrvérzésről is ehelyütt emlékezem meg, mint a gyermekkor gyakori megbetegedéséről. A phylogenetikai fejlődés során itt volt a makrosztatikus állapotoknál megdévő előretolt szagászerv, az u. n. organon Jacobsoni, amely, — mint minden érzékszerv, — bőséges ér- és ideghálózatával tűnik ki. Bár a specifikus szaglóbeterndezés az emberinél ellkorcsiasodott, de a sűrű ér- és ideghálózat megmaradt. Tágabb éa hurutas orrüregekbeai, vagy ha orrsövényelhajlás előugró léce mint porfogó szerepel, vardi képződnek e helyen, amelyek leválásokkor (vagy lepszikálásakor, lévén ez az orrfúvás és piszkálás leggyakoribb oka) a tágult véredériyekből könnyen vérzés indul meg. Tágultak e véredények olyairkor, ha főként adeinoid miatt az orrüregei pangás vath. 1%^os Hydr. ox. fi. kenőcsöt írjunk a száriazság ellen és az orrvérzések gyökeres megszüntetése miatt végeztessünk chiromisávedzést.

Az orrüreg fejlődési asnoirmáliái közüli az igen gyakori orrsövényelhajlást említem, amely által jön létre, hogy a koponya-alap és keményszápadhoz, mint kerethez viszonyítva az orrsövény túlanagya, vagy helyesebben túlmagasra fejlődik. Hogy az adott keretben elférjen, meghajlik és pedig többnyire ott, ahol az orrsövény egyes részei, azaz a vomer egyfelől és a cárt. o;u(adriangu'taris illetőleg atm. perpendicui. másfelől össMíleszk«dnetk. Ezen illeszkedési vonalaik, vagy fugák mentén szenved megtöretést a túlnagya dimenzionált orrsövény és e rendelle-raesség geneziséből következik, hogy e bántalom csak a fejlődés folyamán alakul ki, tehát az általa felidézett zavaróikkal is csak későbbi koriban, azaz nagyobb gyermekeknél fogunk találkozni. Az orrsövényelhajlás okán természetesen a légzési tér megszűkül, azonban leggyakrabban a homorú oldalon sem találunk tálg teret az alsó orrkagyló vikariáló túltengése következtében,

gót nagyobbára túlcorrectio jön létre, azaz a légzés a homorú oldalon is akadályozott szokott lenni. *A zavart orrlégzés minden káros hatása a következmény:* a belégzett levegő nem áramolván az orron keresztül, nem tisztul meg. a portól, bacillusoktól, nem melegítetik fel testhőmérsékletre, mielőtt a mélyebb légutakba jutna és nem kapja meg a szükséges páratartalmat. Mindmégannyi hurutot okozó és fenntartó ártalom, nem is szólva a gátolt orrlégzésnek a hallószeirvre gyakorolt káros hatásáról. Mindazonáltal *nem* szoktuk az elhajlott aritsövét a serdülés kora előtt műtétiig kiigazítani, hacsak nem olyan nagymérvű az általa okozott és fenntartott légzészavar, hogy áldatlan befolyásával az egészséget jelentékenyen károsítja, mikor is a kényszerhelyzet elodázhatatlanná teszi a műtétet; a célszerű várakozásnak nemcsak az az oka, hogy a gyermek a bár fájdalomtalan, de kényes beavatkozását nehezen tűri, illetve nyugtalanságával a műtét menetét zavarja, hanem az is, hogy nem szeretjük az arc csontvázánál harmonikus fejlődését megzavarni az orrsövény megbölygatása által, mely utóbbi szintén résztvesz az artcfejlődés dymamiikai eg³enisúlyának fenntartásában. Orrlégzészavart okoznak az *orrkagylótúltengések* is, amelyek részben idült túltengéses orrhurut folyamányai, de túlnyomó részben az orrkagylák hátulsó végébe beágyazott nyirokszövetnek alkati vonásként jelentkező megszaporodására vezethetők vissza. Ez utóbbi az u. n. „*hátulsó vég-hupertrophia*“, amellyel a gyermekkorban is elég gyakran találkozunk és egyszerű műtéttel intézendő el. Meg kell emlékezniem *a felső légutak nyálkahártyájának kedvezőtlen alkatáról* is, mint az exsudatív diathesiisnek egy megnyilvánulásáról. Amint a külső köztakarónak, a bőrnek milyensége alkati vonás és van finom, száraz, egészséges bőrű egyén, míg mások állandóan a vastag és faggyús bőrük kiütéseivel laborálnak, úgy a belső „köztakarónak“, a nyálkahártyának alkatában is elvi különbségeket látunk egyénenként. A vaskos, hurutra hajlamos nyálkahártyával terhelt gyermekek gyakran és könnyen, minden alkalmi ok kapcsán „meghűlnék“ és nehezen szabadulnak meg a hurutos állapottól. Igaz, hogy néha a fertőzés virulentiája, a kedvezőtlen külső körülmények, vagy az orra vonatkoztatva valamely belső szerkezeti hiba (pl. orrsövényelhajlás) az oka a hurut elhúzóadásának, mely utóbbi esetben egy-két orrecsetelés 3%-os lapisoldattal valóságos csodát művel. Egyáltalán szem előtt kell tartanunk, hogy a *közönséges „nátha*“, a szó hétköznapi értelmé-

ben, 1—2 hét alatt elmúlik és ha nem szűnik meg ez idő alatt, úgy feltétlenül szakorvoshoz kéli az ilyen beteget utalni. Ilyenkor vagy a fenti okok szerepednek a nátha fenntartásában, vagy egyik-másik orrmélléküreg gyulladása, vagy az orrgaratúrben székelő harmadik mandula, amiről alább lesz szó. *Az orrmélléküreg-betegségek* közül a leggyakoribb az arcüreggyulladás, egyrészt, mert — az iskoláskor szemszögéből tekintve a kérdést — leghamarabb fejlődik ki és éri el végleges nagyságát, másrészt mert általában legkönnyebben fertőződik kiürülésének kedvezőtlen viszonyainál fogva. Az arcüreg kivezető nyílása az üreg felső részión van, miért is ha a hurut átterjed az üreget bélelő 'nyálkahártyára, a termelődő váladék nem tud eltávozni és a pangásnak hurutot illetve gyulladást istápoló hatása károsan érvényesül. Ezért az aroüregnek komolyabb, gyulladással megbetegedései esetén elkerülhetetlen annaik szakszerű gyógykezelése pumctio segítségével, amellyel kapcsolatos kiöblítése a kóros váladéknak rövidesen meghozza a gyógyulást, hacsak nem állunk elhanyagolt, már idősült gyulladással szemben. A homloküregihurut már könnyebben gyógyul ki magától is, mert a kivezetőnyílás az üreg belső-alsó-hátsó szögletében van, a hyposztatikus ponton, tehát a váladék — hacsak a nyílás nincs nagyon beduzzadva, — könnyen kiürülhet és így gyulladással, azaz gömptosiejtes beszűrődéssel járó mélyrehatóbb elváltozás a nyálkahártyán ritkábban áll elő. A ki vezetőcső beduzzadása ellen eredményesen küzdhetünk adrenalin cseppekkel, vagy ebben áztatott orrtampon, esetleg permetezés által a középső orrkagyló elülső végére, tehát hanyatt fekvő helyzetben, hátravetett fej mellett az orrüreg elülső-felső részébe alkalmazva a gyógyszert. A rostasejtek gyulladása gyermekeknél aránylag ritkaságszámba megy és polypképződéssel jár, éppúgy, mint felnőtteknél. E melléküreggyulladások leginkább influenzás fertőzés, vagy scarlatina kapcsán szoktak fellépni, utóbbi esetben súlyos fertőzés kifejezői. Homloküreg- és rostasejt-gyulladásnál néha exophthalmus jelentkezik a szemüregben fellépő collateralis ödéma következtében, a szemgolyónak le és kifelé való dislocatiójával. Ez mindig komoly tünet és többnyire műtéti beavatkozására indít. Hangsúlyozandónak tartom, hogy míg a melléküreggyulladás pontos kórisméjét csak szakember állíthatja fel, az általános gyakorlatot folytató kartársaik figyelmét e betegségcsoportra a féloldali nátha, és a megfelelő orrnyílásba beszáradó váladék, vagy az orrbemenet környékén mutatkozó felmaródás,

helyesebben ekzema hívja fel, mint úgyszólván egyetlen, nekik hozzáférhető objectív tünet. A teljesség okából megemlítem a ritka fejlődési rendellenségképen előforduló *choanalis atresiát*, mint az orrlégzésnek abszolút akadályát, míg diphtheria, veleszületett bujakor következtében fellépett hortyogószűkülettel, vagy elzáródással gyakrabban találkozunk, bár ez is a ritkaságok közé tartozik. Megemlítendő az *orrgarati fibroma*, mert ez különlegesen ifjúkori betegség, ha ritka is: ia fibrooarilago basilarisból kiinduló, sejtdús daganatok ezek, amelyek dacára hatalmas növekedési képességüknek, nem rosszindulatúak, mert nem mutatják a imalignitas górcsővi ismérveit, de klinikailag sem félelnek meg, minthogy metastasisokat nem képeznek és nem infiltrative, hanem expansive növekszenek. Szövettanilag sejtdús kötőszövetből állanak és bőven tartalmaznak véredényteket, miért is műtéti eltávolításuk profus vérzéssel jár. Relative mégsem mondhatók jóindulatú újlképződményeknek, mert bámulatos növekedési tendenciájuknál és energiájuknál fogva belsőnek minden üregbe, hézagba, így kitöltik az egész orrgaratüveget, befurakodnak a melléküregekbe nyúlányaikkal, sőt a faraimén spheno-palatinumon át a fossa pterygomaxillárisba is, mely esetben a járomcsont alatti és fölötti tájékat boltosítják elő, eltorzítva az arcot. Érdekes sajátosságuk, hogy az egyén fejlődésének befejeztével a daganat növekedése is megszűnik és involutio általi lassanként eltűnik. Néha nem várható be a spontán visszafejlődés időszaka, mert a légzésszavar, a megmegújuló vérzések életveszélyes állapotot idézhetnek fel, mely esetben kényszerítve vagyunk az activ gyógykezelésire. A sebészi eltávolításnak legsimább, mert vértelen módjai a diathiermiás illetőleg elektrolytikus úton, vagy a galvanokauterrel való eltávolítás, de újabban a sugártberapia eszközeit is ilyekeznek felhasználni.

Ezek után az *orr-, garat- és szájüreg nyirokapparátusát* érintő kérdéseket fogom röviden tárgyalni. Tudjuk, hogy a garatboltozatban foglal helyet a *harmadik mandula*, melyet első **leírója** után *Luschka-féle mandulának*, vagy *adenoidnak*, köznyelven hibásan polypnak is neveznek. Ha a garatmandula alkati okoknál fogva, az exsudativ-lymphiatikus constitutio részjelenségeként túltengett, úgy akadályozza az orrlégzést, sőt ennek folytán kisebb gyermekieknél a táplálkozást is, pangást okoz az orrüregben, és pedig nemcsak váladékpangást, de vér és myirakkeringési pangást is, miáltal állandó náthát tart fenn

és az orrlégzésvizsgálat (következtében a mélyebb légutakat hurutokra hajlamosítja). A dobüreg szellőződését megakadályozó káros hatása a túltengeti harmadik, mandulának nem tartozik ez előadás keretébe és így csak megemlítem. Ha pedig a kedvezőtlen szerkezetű, mert hasadékos harmadik mandulába valaki fertőzőmennyiségű fészkelte magát, úgy azt bizonyos esetekben a fertőzéstől megszabadítani sem a szervezet nem képes, sem ini nem tudjuk. Ilyenkor az idült nátha, garat- és gége-, sőt légcső- és hörghurut, a velükjáró köhögés és rekedtség teszik elkerülhetetlenné a műtétjét, amely helyen alkalmazva egyike a legáldásosabb beavatkozások. 4 harmadik mandula jelenléti, méreteit és minőségét legmegbízhatóbban a szájon át az orrgaratúrhoz vezetett mutatóujjunk segítségével tudjuk megállapítani, mely digitális adenoidvizsgálatot épp úgy kellene minden gyakorló orvosnak végezni, mint az egyszerű torokvizsgálatot az oldalamandulák állapotának megismerése céljából. Az *oldalmandulákhoz* elérkezve az orr-torokgyógyászat még ma is egyik legtöbbet vitatott, vagy legalábbis legtöbb szóbeszédre méltatott területére lépünk. Kivegyük-e a mandulákat, vagy sem, nem ártunk-e a mandulák eltávolításaival a fejlődésben lévő gyermek szervezetnek! Valóban csodálatos, hogy erről a kérdéssel ennyi szó eshetik, mikor oly sok ezirányú megfigyeléssel rendelkezünk már, hogy a pusztán elmélkedés e kérdés fölött tényleg túlháladott álláspontnak mondható. Azért vesszük ki a mandulákat, mert betegek, ha káros állapotokat minduntalan kiújuló gyulladásokkal sokszorosan beigazolták, vagy ha belőlük a vér- vagy nedvkeringésbe baktériumok jutnak, melyek életfontos szerveket (szív, vese) fertőznék, esetleg ízületi gyulladást okoznak, mely okozati összefüggéseket számos irányú észleletünk kétségtelenül bizonyít. Hogy nem károsodik-e a torokmanduláktól megfosztott gyermekszervezet! A belső elválasztás tekintetében a manduláknak tulajdonított szerepet ellátják pótlólag a százával elszórt nyiroktüszők és a fejlődő szervezet egyéb nyirokszervei (nyelv/mandulák, thymus), ami pedig azon ellenvetést illeti, hogy a mandulaműtét azért neim hathatós vagy célravezető, mert nem változtatja meg az exsudatív szervezet alkati jellegét, tehát az továbbra is hurutokra hajlamos marad, erre válaszuk csak az lehet, hogy nem is célunk a constitutio megmésztása, csupán a sok bajt, veszélyt, fejlődési visszamaradottságot, iskolamulasztást okozó beteg és meg nem gyógyítható manduláktól kívánjuk a szervezetet megszabadítani-

Olyan megközelítőleg a helyzet, mint amikor a gümőkóros herét eltávolítjuk, mert meg nem gyógyítható és veszélyezteti a szervezetet, noha ebben az esetben kétségen felül áll, hogy mélkülözhetetlen és pótolhatatlan szervet áldozunk fel az egészség érdekében; ezt az analógiát még szembeszökőbbé tehetem, ha arra utalok, hogy az eltávolított mandulákat górcsővilég vizsgálva azok 3%-át is gümőkórosan fertőzöttnek találták. Ehelyütt figyelmeztetek másfelől arra, hogy elhúzódo, apró lázas-kodások esetéri viszont nagyon meggondolandó a mandulák eltávolítása, mert e subfebrilitások az esetek legnagyobb hányadában mégis csak gümőkóros fertőzéstől erednek, legyen annak székhelye akár a tüdő maga, akár a tüdőkapu nyirokmirigyei, amikor a mandulamű-éet utáni első napokban a toroksebek fájdalmassága miatt elkerülhetetlen táplálkozási zavar és testi leromlás a szunnyadó gümőkóros megbetegedés fellobbanásához vezet. A dolog természetéből folyik, hogy ha a fertőzött manduláik eltávolítására határozzuk magunkat, úgy csak a tok mentén végzett gyökeres eltávolítás az egyetlen célravezető eljárás, mert a mandulák u. á. kriptái vagy lacunái a külső határt alkotó tokig hatolnak és épp e járatok fundusában található fel a górcsővi és bakteriológiai vizsgálatok szerint a kórokozó csírák legtömegesebben. ría tehát nem a tok mentén távolítjuk el a mandulát, azaz nem távolítjuk el egészen gyökeresen, úgy el lehetünk készülvé reá, hogy azok a káros vonatkozások, amelyek a műtetre indítottak, továbbra is fennmaradnak. A mai műtéti methodicával és köteles elővigyázattal (műtét után legalább 1—3 napig kórházi felügyelet) végzett beavatkozás teljesen veszélytelennek, s kockázatmentesnek mondható.

A gégebetegségek közül — minthogy a fertőző betegségek és így a diphtheria is más előadás keretében tárgyaltattak — estik a makacs fekedtséget okozó bántalmakkal és az aspirált idegen testekkel kell foglalkoznunk. A rekedtségnek leggyakoribb oka az orrlégzésiivar folyamányát képező *descendáló gégehurut* amely — ha még nem vált idültté és nem vezetett a hangszalagok megvastagodásához, — a szabad orrlégzés helyeállításával megszűnik és a hang ismét visszanyeri csengését. Ebből a szempontból is fontos tehát az orrlégzészavarnak akár műtét árán való megszüntetése. A gyermekkori rekedtség még elég gyakran visszavezethető a *túlzott kiabálásra*, tehát a hangképző szervnek túleröltetésére, ami éppúgy kimerültségi

huruthoz vezet, mint az énekeseknél, szónokoknál a hangteljesítmény erőszakolása. Az ilyen túlélénk, vagy vad természetű gyermek fegyvelméssel, illetve (szigorú felügyelettel esetleg le szoktatható a hangjával véghezvitt rablógazdaságról. Másik, de ritkább oka a makacs rekedtségnek a gyermekkorban a *papilloma laryngis*, amely a hangszalagok szélén fejlődött szemölcsszerű, jóindulatú növedékek által tart fenn rekedtséget, sokszor teljes hamgtalanságot. Ennek lehetősége miatt minden hosszabb ideje fennálló, makacszkodó rekedtség miatt laryngoskópiát kell végeznünk, ha lehet indirekte, ha nem, hát akár narkosisban direkt laryngoskópiát a bevezetésben leírt módom. E növedékek eltávolíthatók, de igen hajlamosaik a helyi kiújulásra, áttételt azonban sohasem képeznek. Éppen ezen kiújulási hajlammal fogva a ma dívó felfogás szerint nem távolítjuk el a növedékeket, hanem légszűrészt végzünk, miáltal a gégefőt teljes nyugalomba helyezve, a növedékek hosszú évek alatt visszafejlődnek iminden további kezelés nélkül, különösen a serdülés korán túl.

Az *idegen testekről* szólva legfontosabb teendőmnek tartom a *megelőzés* fontosságára felhívni a figyelmet. Bámulatos együttműtetett hajlam lakozik egyes gyermekekben arca, hogy apróbb tárgyakat a fülükbe, orrukba, szájukba dugdossanak. Az ilyen hajlandóságú gyermeket a leg gondosabb felügyelet alatt kell tartani és ki kell erélyesen oktatni a „dugdossás“ veszélyességére. Az orrba került idegen test eltávolítása egyszerű feladat a szakorvosnak, mert annak eltávolítása felületes bódulatban többnyire könnyen sikerül. Szerves anyagok (bab, kukoricaszem, szövetgömb, stb.) néhány nap alatt megbomlanak az orrüregben és rendkívül bűzös, egyoldali náthát tartanak fenn, ami az orvos figyelmét fel kell, hogy hívja az orrba dugott idegen testre. Másképp áll a dolog az aspirált vagy lenyelt idegen festékekkel, amelyek ha az első esetben fulladást nem okoztak is, mindig csak súlyos műtéttel távolíthatók el, úgy mint a nyelőcsőben fennakadt és néha beékelődött idegen testek. Ha az eltávolítás mély narkosisban végzett, fáradtságos és többnyire izgalmas műtét árán sikerült is, nem tudhatni, vajjon nem fog-e a kis beteg tüdőgyulladást, illetve a nyelőcsőből eltávolított idegen testek esetén, a műtéttel kapcsolatos melléksérülések, vagy az idegen test által okozott (sérülések következtében mediastinitist kapni, nem egyszer halálos kimenetellel.