

AZ ADENOID VEGETATIÓKRÓL.¹

Dr. Gámán Béla.

T. Szakülés! Az adenoid vegetatiók azon betegségek közé tartoznak, melyek ismerete több oknál fogva nagy fontossággal bír; ezen okok a baj gyakorisága, könnyű felismerhetősége, tüneteinek kézzel fogható jelentősége, valamint therapiájának háládatos volta. Mindezekből nyilvánvaló, hogy az orvosi gyakorlatban e betegséget ismerni nemcsak igen hasznos, hanem igen szükséges is. Hogy azt ennek dacára a magyar orvosi közönség nem részesíti a megérdemelt figyelemben, azt abból következtethetjük, vagy ha úgy tetszik, annak tudhatjuk be, hogy e tárgy eddigelé orvosi irodalmunkban meglehetősen mostoha elbánásban részesült. Baumgartennek a magyar orv. és természetvizsgálók 1892. vándorgyűlésén tartott külön előadásán kívül részletesebb magyar közleményt e dologban nem olvastam. Ez bátorított arra, hogy a rendelkezésre álló irodalmi adatoknak és saját tapasztalataimnak felhasználásával e felolvasás keretében összefoglaljam és előadjam azt, a mit gyakorlati szempontból ezen tárgy felől tudni szükséges.

A hála és kegyelet által parancsolt kötelességet mulasztanék el azonban, ha előbb meg nem emlékezném Meyer Vilmosnak, az adenoid vegetatiók felfedezőjének alig egy fél év előtt történt haláláról. Nevéhez fáradhatlan munkásság által elért nagy sikerek emléke fűződik; egy, a művelt államok otologusaiból és laryngologusaiból alakult bizottság szobrot készül emelni emlékének, de »aere perennius« azon emlék, melyet ő maga emelt magának az adenoid vegetatiók felfedezése és azon munkássága által, melylyel e nagy horderejű felfedezést mindnyájunk közkincsévé tette Ezen emléke

¹ Előadatott az Erd. Múzeum-Egylet orv.-term.-tudományi szakosztályának 1895. decz. hó 6-án tartott orvosi szakülésén.

élni fog mindaddig, míg az emberiségből legnagyobb jótevői iránt a háládatosság ki nem vész!

* * *

Az adenoid vegetatiók a gyermekkor betegsége; azor alig egynehány eset, melyben felnőtteknél észleltetett, feltétlenül csak kivételnek tekintendő. A baj lényegileg az orr-garatür boltozatán levő adenoid szövetnek, az u. n. tonsilla pharyngeanak, vagy Luschka-féle tonsillának túlképlődése. A rendes körülmények között csak kis térfogatú tonsilla túltengve, az orrgarat üreget többé-kevésbé kitöltő tumort képez, mely térfogatától és elhelyezkedésétől függőleg részben localis, részben az egész szervezetre kiható tüneteket okoz. Nélkülözhetlen ezek értelmezéséhez az orrgaratür bonczatani viszonyainak közelebbi ismerete s ezért méltóztassék megengedni, hogy néhány szóval kitérjek azok ecsetelésére. Az orrgaratüreg egy körülbelül koczkaalakú ür, mely mellelé a choanak által az orrüregbe, aláfelé pedig a torokürbe directe folytatódik; nagyságát fix értékekben kifejezni igen nehéz, annyira alá van az vetve a kortól, individualis és pathologiai viszonyoktól függő ingadozásoknak, ha azonban felvesszük, hogy újszülöttnél az átmérők hossza átlagban 10 mm., mely a 16-ik életévig lassankint 17—20 mm.-re növekszik, leginkább megközelítjük a valóságot. Megjegyzendő, hogy az átmérők egymásközti viszonya is nagyon változhatik, a mennyiben a mélységi átmérő néha nagyon elmarad a szélességi mögött. Ezen körülményekből kitűnik annak szükségessége, hogy műtéti beavatkozás előtt minden esetben győződjünk meg az üreg nagyságáról. Az orr-garatür felső és hátsó fala éles határ nélkül megy át egymásba, képezve az úgynevezett garatboltozatot; (fornix-pharyngis) ezen boltozaton foglal helyet a tonsilla pharyngea, melyre azonnal visszatérünk. Az oldalfalakon, az alsó orrkagyló magasságában van a tuba Eustachii pharyngealis szájadéka, ez rendes körülmények között — falai egymással érintkezvén — zárva van, s csak nyelés alatt nyílik meg, mikor a musculus levator és a m. tensor veli palati működésbe jönnek. A tubaszájadékot felfelé és hátrafelé a tubaporcz határolja, mely különösen a szájadék mögött igen jól kifejezett kiemelkedést képez. (Tubenwulst). Ezen kiemelkedés mögött az oldalfal bemélyed, s alkotja az u. n. fossa

Rosenmüllerit. A gödörnek mellső falát a tuba-porcznak épen említett kiemelkedése, hátsó és felső falát a garatboltozat képezi; aláfelé pedig elsekélyedik s éles határ nélkül elvész. A tuba porctól aláfelé, annak folytatásaképen nyákhártyaredő húzódik, a plica salpyngo-pharyngea. A fossa Rosenmülleri mélysége 4—7 mm. között ingadozik. Az orr-garat üreg mellső falát — a mennyiben itt falról beszélhetni — a vomer által elválasztott két choana-nyílás alkotja melyekbe az alsó és középső orrkagylók igen gyakran megdúzzadt végei belenyúlhatnak.

Az orrgarat-űr nyákhártyája direkt folytatása a szomszéd orr- és torokűr nyákhártyájának. Epithel-rétege általában csilló-szűrös hám, mely alatt egy igen vékony, lazaszerkezetű, hyalin kötőszöveti réteg van; ezen membrana propriának nevezett réteg alatt foglal helyet a tulajdonképeni nyákhártya-szövet, mely kötőszöveti hálózatból áll, s mely hálózatnak ürei nyirk-sejtekkel vannak kitöltve. Szöveti szerkezete tehát olyan, melyet His után adenoid szövetnek nevezünk. Ez az adenoid-szövet az orr-garatűr egész nyákhártyájában tellelhető, de kiválóan van kifejlődve a garatboltozaton; itten tekintélyes vastagságú (4—7 mm.) réteget képez, melyet a tonsilla palatinához való szöveti hasonlatosságáért Luschka szerint tonsilla-pharyngeának, de Luschka-féle tonsillának is szokás nevezni. Tehát a pharynx-tonsilla lényegileg nem egyéb, mint az orr-garatűr boltozatát borító nyákhártya középső, erősen kifejlődött, adenoid szerkezetet mutató rétege; ez alatt laza kötőszöveti réteg, mint submucosus réteg található, mely a tonsillát az u. n. fibrocartilago basilarishoz fűzi. Utóbbi az ikesont és az os occipitale basilaris részeinek alsó felületét borítja, és rendkívüli keménysége és erőssége által tűnik ki.

A tonsilla mindjárt a garatboltozat mellső szélén veszi kezdetét s hátra és lefelé a boltozat mentén k. b. az orr-garatűr magasságának közepéig terjed; felülete sohasem síma, újszülöttnél s az első évben elég szabályos vonalszerű kiemelkedéseket és bemélyedéseket mutat, a kiemelkedések részben frontalis, részben sagittalis irányban húzódnak, utóbbiak 6—7-en vannak, s rendszeren kifelé domború ívben haladnak; a két medialis között rendszeren egy mélyebb árok van, melyből az oly sok vitát provokált bursa pharyngeaba juthatni; ezek mögött láthatni két-három, kevésbé jól ki-



fejezett frontalis irányú kiemelkedést. Ezen kép azonban már rendszeren az első években megváltozik, a mennyiben keresztül-kasúl húzódo hasadások az épen leirt kiemelkedéseket szabálytalan darabokra szaggatva, a felületet egyenetlenné teszik.

A tonsilla pharyngeaban nagyobb ütértörzsek nem találhatók, de dús visszérhálózáttal van ellátva, ennek tulajdonítandó azon képessége, hogy könnyen és bőven telődven meg vérrel, nagyon megdúzzadhat, mindazonáltal kiirtásánál nem fordúlnak nagyobb vérzések elő, mi épen az edények nagyobb contractilitásának köszönhető. Nyirkedényei az állalatti nyirkmirigyekkel correspondeálnak.

*

A mi az adenoid vegetatiók földrajzi elterjedését és történetét illeti, arra nézve a legértékesebb adatokat nyújtja Meyernek ez évi febr. hó 6-án a kopenhágai orvosegyletben tartott legutolsó előadása. Ebben a leghatározottabban van megczáfolyva azon vélemény, mely kezdetben általános volt, s melynek még talán most is van egy-egy híve, hogy t. i. az adenoid vegetatiók az északi tenger-melléki vidékeknek képeznek par excellence megbetegedését. Meyer hiteles adatai szerint a baj nemcsak hogy Európa minden államában előfordúl, a délieket, Olasz- és Spanyolországot egyáltalában nem véve ki, hanem Észak- és Délamerikában pl. Braziliában és Argentinában, továbbá Ázsiában, különösen Chinában, Siamban és a holland-indiai szigeteken, sőt Ausztráliában is gyakran találhatik. Hogy milyen gyakran, arra nézve Meyer statistikai adatokat említ, melyekről azonban azért hallgatok, mert azok közelfekvő okoknál fogva amúgy sem tekinthetők absolut értékeknek. A tapasztalás azt mutatja t. i., hogy minél inkább keresik az orvosok e betegséget, s minél értelmesebb közönség körében keresik azt, annál gyakrabban találják meg. Hogy nálunk szintén gyakran fordul elő, az nem lehet kétség tárgya, de gyakoriságát illetőleg, még eddigelő hiteles számbeli adatokkal nem bírunk. Baumgarten szerint Magyarországon gyakrabban találhatnák, mint Ausztriában.

Érdekesek Meyer adatai az adenoid vegetatiók korát illetőleg is. Az e bajban szenvedők jellegzetes arczkifejezését Meyer Európa leg-

gazdagabb képcsarnokaiban végzett vizsgálatai közben 3—4 száz éves arczképeken látta, így pl. Canova, V. Károly császár, II. Ferencz francia király, I. Ferdinánd magyar király és római császár egykoru arczképein. Sőt megtalálta ezen arczkifejezést ó-kori szobrokon is, pl. Marcus Aurelius Antonius szobrán, valamint még három szobron a vatikáni gyűjteményben.

Tudományos adataink azonban e baj létezéséről sokkal újabb keletűek. Mint már említettem, közelebbi ismereteink alapjai Meyer első közleményeiben vannak lefektetve. Az igazságnak tartozunk azonban annak megemlítésével, hogy már Meyer előtt is foglalkoztak egyes szerzők ezzel a kérdéssel; így hazánkfia Czermak is úgy lát-szik, hogy már tudomással bírt a pharynxtonsilla hypertrophiájáról, utána 1865-ben csaknem egyidejűleg Löwenberg¹ és Voltolini² is irtak e tárgyról, azonban Meyer volt az első, ki e betegséget mint önálló, jól karakterizált bajt felismerte, s 1868-ban dán³, 1870-ben angol⁴ és 1873-ban német⁵ nyelven annak jellegzetes tüneteit ismertette, fontosságát bebizonyította, a ma is divó therapia principiumait megállapította, s állításait a legkétségbevonhatlanabb adatokkal támogatva, ezen megbetegedést adenoid vegetatiók néven az orvosi köztudatba bevezette. Az azóta e kérdéssel foglalkozó művek száma oly tetemes, hogy azokat felsorolnom lehetetlen, azok számára azonban, kiket a tárgy közelebről érdekel, felemlitem Trautmann⁶, Michael⁷, Fränkel Bernát⁸ és Löwenberg⁹ munkáit, mint a legkitünőbbek közül valókat.

Az adenoid vegetatiók aetiológiáját minden eddigi vizsgálat

¹ Löwenberg. Archiv für Ohrenheilkunde 1865.

² Voltolini. Wiener medic. Zeitung 1865.

³ W. Meyer. Hospitals Tidende. 1868.

⁴ W. Meyer. Med. chir. Transactions 1870. LIII.

⁵ W. Meyer Archiv für Ohrenheilkunde 1873—74.

⁶ Trautmann. Anat. path. u. klin. Beobacht. über die Hyperplasie der Rachen-tonsille. 1886.

⁷ Michael. Adenoide Vegetationen des Nasenrachenraumes. Wiener Klinik 1885.

⁸ B. Fränkel. Ueber adenoide Vegetationen. Deutsche Med. Wochenschrift 1884.

⁹ Löwenberg. Des tumeurs adenoids du pharynxnasal etc. 1879.

daczára is még meglehetősen homály fedí. Sok szerző tulajdonítja örökölt dispoziciónak, — csak hogy ez olyan állítás, mely mellett éppen annyi érv szól, mint ellene. A klímát okolni túlhaladott álláspont; a külső életviszonyok alig bírhatnak szereppel, — magam is ép oly gyakran találkoztam e bajjal a magasabb körökben, mint a szegényebb néposztálynál. A meghűlés itt is vádoltatik, de meggondolandó az, vajjon a gyakori hurutok mellett jelenlevő adenoid vegetációkat a hurutok következményeinek tartjuk-e, vagy pedig éppen megfordítva; mindenesetre valószínűbb az utóbbi eset. Traumatikus és vegyi ingerek a tonsilla pharyngea nem szokták érni, de lehetséges, hogy ilyenek, pl. ecsetelések, edzések gyógyszerpontból, ha czélszerűtlenül végeztetnek, elősegíthetik a hyperplasiát. Syphilis mellett semmi sem szól. Tekintélyes szerzők tartják a bajt scrophulosisnak, de ez ellen is sok argumentum beszél. Tény ugyan, hogy adenoid vegetációkban szenvedő gyermekeknél sok scrophulosisra jellegző tünet van, úgyde sok gyermeknél ezen tünetek a vegetációk eltávolítása után mind elmaradnak, — hová lett ezeknél a scrophulosis? Igaz, hogy másfelől másoknál a görvélyes tünetek tovább is fennállanak; e tényeket egybevetve, talán leghelyesebben úgy fogjuk fel a dolgot, hogy adenoid vegetációk előfordulnak görvélyes és nem görvélyes gyermekeknél is, s az előbbieket megmaradnak a műtét után is görvélyeseknek. Legújában azonban egyes szerzők, tuberculosus természetű adenoid vegetációkat is vesznek fel¹, sőt Trautmann² minden esetet gümösnek tart. Ezen állítás már csak azért is erősen provokálja a kritikát, mert az eddigi szövettani és bacteriologiai vizsgálatok mind a vegetációk gümös természete ellen szóltak. Azonban e kérdésben semmi esetre sem zárodtak még le az acták.

Az adenoid vegetációk kölesnyi, egész 10—12 mm. nagyságú, részben gömbölyded szemcsék, részben rendetlen alakú nyúlványszerű képletek, melyeket egymástól szabálytalanul húzódo árkok választanak el, némely esetben pedig, a tonsilla pharyngea eredeti felületének megfelelően, sagittalis irányú, kakastaréjszerű kiemelkedéseket is képeznek; könnyebb esetekben csak a garatboltozaton foglalnak helyet, gyakrabban azonban kitöltik a Ro-

¹ Lermoyer. Des veget. aden. tuberculeuses du pharynxnasal. Annales des Maladies de l'Oreille. 1894.

² Trautmann. Handbuch d. Ohrenheilkunde II. kötet. 135. l.

senmüller-féle gödröt, fedik a tuba-porczokat, de elzárhatják a tuba-szájadékot, eltömeszelhetik a choanákat, kitölthetik az egész orrgarat üreget, annyira, hogy a légyszájpad emelésénél már szabad szemmel láthatók. De bármekkora tömegben legyenek is jelen, meggyőződhetünk, hogy alapjuk mindig a garatboltozat, azaz a tonsilla, és sem a fossa Rosenmülleriben, sem a tubaporczon nem tapadnak. Bebizonyított dolog, hogy az orrgaratúr oldalfalaít borító nyákhártyának adenoid rétege a hyperplasiában nem vesz részt.

A vegetatiók színe halvány-vörös, élőben ezt meglátandó, a rendesen tapadó sűrű zöldes nyákot le kell törölnünk. A szín különben nagyon függ a vérteltség fokától, a mennyiben a vegetatiók hyperamiára igen hajlamosak, s ilyenkor nagyon fel is dúzzadnak. Cocain alkalmazására erősen összehúzódnak. Tapintásra puha mirigyszerű képleteknek tűnnek fel, de néha tömöttebbek, keményebbek; átmetszéskor recsegnek. Körömmel könnyen sebezhetők. Vérzésre hajlandók, de az ritkán nagyobb fokú.

Göröcsői metszetek kétségtelenné teszik, hogy a vegetatiók a már praeformált adenoid szövetnek túlképlődései; ugyanazon adenoid szerkezetet mutatják, melyben itt-ott tüszők, fürtös mirigyek és dús edényhálózat láthatók; hámjuk többretegű hengerhám.

Az adenoid vegetatiók részben vagy egészben eldugaszolják a hátsó orrnyílásokat, s ez által az orron át való légzést nehezé, illetőleg lehetetlenné teszik; ebből levezethető a tünetek legnagyobb része. Typikus esetekben a betegek külsője már elárúlja bajukat, a száj nyitva áll, a naso-labial redők elsimúltak, gyakran a külső szemzug is lennebb áll, az ajkak megvastagodottak, kicserepezettek, a szemek néha kidüledtek, mindezek következtében az arczon, — ha szabad e kifejezéssel élni, — a butaság kifejezése ömlik el. A szemek gyakran könyeznek, a conjunctiva belövelt, a tekintet közönyös, az arcszín halvány, az orrszárnyak beesettek, az orrnyílások nem ritkán eczematozusak. Az egyén egészben véve gyengén fejlődött, vérszegény, állalatti és tarkómirigyei nagyok, mellkasa, különösen felső részében szűk. Ha a beteget tetszőlőjük, hogy száját becsukva, orrán át lélekezjen, látjuk, hogy a belégzés sokszor még lehetséges ott, hol a kilégzés lehetetlen.

Jellegző tünet a betegek hangja. Ezt leírni, vagy utánozni nehéz, Meyer holt hangnak, »todte Stimme« nevezte, lényegesen külön-

bőzik az orrhangtól vagy dunnyogástól, melyet olyanoknál hallunk, kiknél maga az orrüreg van eltömeszelve, vagy olyanoknál, kiknél a lágy-szájpad hiányzik, vagy hűdött. Forgalomban levő magyar kifejezést erre nem ismerek. Kimagyarázható e hang abból, hogy hiányzik az orrgaratúr levegőjének együttrezgése. *Láng* helyett k. b. azt mondják e betegek, hogy *lák*, *hang* helyett *hak*, *zümög* helyett *zübbög*, stb.

Az adenoid vegetatiókat rendszeren bő, sűrű zöldes nyálka-elválasztás kíséri. Ezt a nyákot a betegek nem bírják orrukon kifűjni, s hogy szájukon át távolíthassák el, hápognak, kráknak, mely erőltetett műveletek nem ritkán hányásra vezetnek. A nyálka leszívását a szájba nehezíti az is, hogy a légyszájpad is hiányosan működik. Az ilyen betegek horkolnak, s álmuk egyáltalában zavart. Először azért, mert a sűrű nyák alvás alatt könnyen lefolyik a gégebe, mikor is felriadnak, s erőltetett köhögéssel iparkodnak attól megszabadulni. Ugyanazokkal a tünetekkel járhat ez, mint a melyeket pseudocroup név alatt ismerünk. Másodszor zavart lehet az álom azért, mert a nyitott szájjal való légzésnél a nyelvgyök lassanként lefelé csúszik, s a gégefedőt a gégere lenyomja, mire a betegek ugyancsak ijedten riadnak fel. Nem csoda, ha az így töltött éjjelek után a gyermekek kiszáradt torokkal, fáradtan, kimerülten kelnek fel. Részben ezért, részben a rossz légzés miatti hiányos élelyfelvétel okán e betegeket általában bizonyos tunyaság, fáradtság, nehézkesség, a testi és szellemi energia hiánya jellemzi; szórakozottak, teledékenyek, felfogásuk korlátolt, emlékező tehetségük gyöngye. Nem ritkán panaszkodnak főfájásról, kábultságról.

Csak kevés adenoid-vegetatiókban szenvedő betegnek nincs egyszersmind chronicus pharyngitise is, gyakrabban granulosus, ritkábban atrophisáló, u. n. pharyngitis sicca; de még azok is, kiknél ez a complicatio nem látható, igen hajlamosak acut és subacut torok-, gége- és légső-hurutokra. Ennek oka szintén közelfekvő, a légzési levegő a mindig nyitott szájon át áramlik be, a nélkül, hogy előbb az orrban felmelegített és a benne úszkáló alakelemtől megtisztított volna s így a torok-, gége- és légső-nyak-hártyája folytonos izgatásnak van kitéve.

Hogy az adenoid-vegetatiók spontán vérzésekre is hajlandók, már fentebb említettett; e vérzések ugyan ritkán nagyobb fokúak,

de a különben is gyenge és vérszegény betegeknel nem fontosság nélküliek. Grönbech¹ legújabbán eseteinek 13%-ában enuresis nocturnát is észlelt, mely a vegetatiók eltávolítása után azonnal elmaradt. Hasonlót mások is írnak le.

A már említett sűrű, zöldes nyákot legelső sorban az orrgaratúr nyákhártyája termeli, de része van benne a ritkán hiányzó rhinitisnek is. Némely szerző szerint ugyan e betegeknel az orr nyákhártyája vékony, halvány, ez azonban kétségkívül ritka dolog. Inkább látjuk az orr nyákhártyáját duzzadtnak, vérbőnek, sőt túltengettnak.

Súlyos megítélés alá esnek a fül részéről complicitiok. Az adenoid-vegetatiók kétféle módon válhatnak a fülre veszélyesekké. Először mechanice a tuba Eustachii elzárása által, mi a dobürbeli légnyomás csökkenésére vezet, miután a dobürbeli levegő részben felszívódik s az elzárt tubán át nem újittathatik meg; erre a külső légnyomás a dobhártyát befelé nyomja, a hallási csontocskák láncozolata a nyomást a labyrinthig vezeti s ennek eredményeképen nehéz hallás, fülzúgás s egyéb subjectiv tünetek lépnek fel. Ezen állapotot súlyosítja az, hogy a légtelen, vagy ritka levegőjű dobüriben hyperämia és exsudatio ex vacuo jön létre. Másodszor a direct infectio veszélyével is fenyegetik a vegetatiók a fület. A rajtuk és szomszédságukban tapadó és pangó nyák ugyanis jó talaja lobot okozó mikro-organismusoknak, melyek a tuba Eustachii-ba s ezúton a dobüribbe juthatnak. Ily módon állhatnak könnyebb és súlyosabb otitisek elő, azok ismert súlyos következményeivel, nehéz hallással, siketséggel, sőt lethalis kimenettel is. Ennek a dolognak az adja meg igen-igen nagy fontosságát, hogy az így keletkezett fülbajokkal szemben minden kezelés sikertelen addig, míg az adenoid-vegetatiók káros hatásukat gyakorolják. Ez okból fülbajos gyermekeknel mindig ki kell terjeszteni a vizsgálatot az adenoid-vegetatiókra is s megtordítva. Talán felesleges is megjegyezni, hogy a fül részéről complicitiok nagyban hozzájárulhatnak a vegetatióknak az értelmi fejlődést gátló hatásához.

Mindezen tünetek annál jobban lesznek kifejezve, minél teljesebb a choanak eldugaszoltatása, vagyis minél nagyobb *relative* az adenoid-vegetatiók tömege. Azért *relative*, mert az orrgaratúr

¹ Grönbech: Archiv f. Laryng. und Rhinologie, 1894.

egyáltalán való nagyságán kívül a choanak tágassága is főszerepet játszik. Ez pedig egyénenként s az egyes egyéneknél időnként is különböző. Időnként változhatnak annyiban, a mennyiben az alsó orrkagylónak a choanába benyúló vége különböző fokban megduzzadhat, — cavernosus test lévén — de hypertrophisálhat is nagy mértékben, mindkét esetben nagyon szűkítheti a choananyílást. Tudjuk azonban, hogy ezen állapot a orrkagylónak igen gyakori az adenoid-vegetatiók mellett, hogy az utóbbiak okozzák-e az elsőt, vagy hogy mindkettő egy okra vezethető-e vissza, az gyakorlati szempontból egyre megy, földolog, hogy ilyenkor már kisebb tömegű vegetatiók is eldugasztalásra vezetnek. Egyénenként pedig főleg azért különböző a choanák tágassága, mert igen gyakoriak a bonczani deformitások. Számos egyénnél pl. a csontos szájjpad a helyett, hogy szélesen boltozott lenne, magasan, csúcsosan végződik, minek megfelelően az orrsövény valamelyik oldalra kihajlik s ezt az oldalt erősen megsűkíti, a másik oldal ugyan ez által tágabb lesz, de itt meg a kagylók szoktak túltengeni. Az ilyen deformált orrüregek hátsó nyílásai is szűkebbek a rendesnél, tehát már relative kisebb tömegű vegetatiók által is eldugasztalhattnak.

A gyakorlatban fontos azonban tudni azt, hogy a fül részéről complicatiók már olyan időben felléphetnek, mikor még az orrlégzés egészen szabad.

Az adenoid-vegetatiók prognosisa — miután a biztosan sikeres therapia hatalmunkban van — határozottan jó, annál jobb, minél hamarább kerülnek az esetek kezelés alá, illetőleg minél könnyebb természetűek a kísérő tünetek, sulyosítják a prognosist a fül részéről szövődmények, de ezek is, a mennyiben helyrehozhatlan változásokat még nem okoztak volna, megfelelő utókezelésre gyógyulnak. Ezért a szerzők egy részével ellentétben¹ talán helyesebb azon állásponthez csatlakoznunk, hogy a vegetatiók minden diagnoszálható esetben eltávolítandók, mert sohasem tudhatjuk, hogy mikor fogják a könnyű tüneteket sulyosak fölvaltani.

Mi történik azonban, ha a baj egyáltalában nem kezeltek? Ez ismét csak a kísérő tünetek természetétől függ. Maguk a vegetatiók minden kétségen kívül regressiv átalakúláson mennek keresztül s

¹ Pl. *Hermet*: Bulletins et memoires de la Société de Laryngol. de Paris, 1895.

miután az orrgaratúr tágassága is növekedik, a tünetek egy része kétségkívül magától visszafejlődik, így a choanak teljes obstructioja s a directettől függő tünetek; de bizonyos fokú szűkülete az orrüregnek tovább is fennmarad, megmarad és állandósul a tipikus arczkifejzés, fennmaradnak az izgatottsági tünetek, chronikus hurutok vagy legalább is az ezekre való hajlamosság képében és mindvégig megmarad egy bizonyos testi és szellemi inferioritás!

A fül részéről complicatiok pedig feltartóztatlanul folytatják romboló működésüket.

Az adenoid-vegetatiokat kórismézni nem nehéz feladat. A külső jelek, az arczkifejzés, a beszéd, a subjectiv panaszok a legtöbb esetben már elárúlják a bajt. De bármennyire kifejezettek lennének is e jelek, nagy hiba lenne objectiv vizsgálat útján is meg nem győződni a vegetatiok jelenlétéről, valamint azok tömegéről, elhelyezkedéséről stb. A szükséges vizsgáló eljárások a rhinoskopia anterior és posterior s az orrgaratüregnek újjal való kitapogatása. Mellső rhinoskopia útján igen jó világítás mellett láthatjuk a mélyben a láttérbe beleeső vegetatiokat, mint egyenetlen szemcséket, melyek a beeső fényt rendetlenül verik vissza. Ha a beteggel ó-t vagy ú-t mondatunk, a fényreflexek emelkedéséből meggyőződhetünk, hogy e képletek a lágy szájpadal együtt mozognak, tehát nem az orrban székelnek. Többet e vizsgálattal nem láthatunk, gyakran még ennyit sem, mert a kagylók duzzanata igen megsűkítheti, vagy el is zárhatja az utat a mélybe való betekintés elől. Cocain alkalmazásával néha ilyenkor is sikerül azonban a nyákhártyát lelohasztani s nagyobb láttért nyerni.

Több eredményt ad a rhinoskopia posterior; ez azonban nehezebb vizsgálati eljárás, türelemmel és nyugodtsággal kellő dexteritás mellett gyakrabban érünk itt is célra, mintsem gondolnók, a mennyiben a vizsgálat akadályai, a beteg ellenállása, a torok nagyfokú ingerlékenysége stb. csak ritkán leküzdhetienek. Ezért egyhamar nem szabad e fontos vizsgálatról lemondanunk. A tükörképen csak néha tűnnek az egyes növedékek, mint különálló képletek elő, többnyire inkább azt látjuk, hogy az orrgaratüreget egészen, vagy csak felső részében egyenetlen felületű, zöldes nyákkal fedett, vagy halvány vörös tumor tölti ki, mely a tubaszajadékokat, az orrsővényt és a choanakat többé-kevésbé fedi. Ennek a tükörképnek

értelmezése nagyobb gyakorlat nélkül nem levén könnyű, a kezdőnek célszerű azt, — ha csak lehetséges — egy egészséges egyéntől nyerttel összehasonlítani; a nyilvánvaló különbség minden kételetyt el fog oszlatni.

Könnyen kivihető és értékes felvilágosításokat nyújtó vizsgálati eljárás a digitalis vizsgálat, melyet a következőképen hajtunk végre. A beteg széken ül, míg mi jobb oldalán állunk, s bal kezünkkel fejét magunkhoz szorítva, száját kinyitattjuk, ekkor jobb mutató ujjunkkal gyorsan benyúlva, óvatosan a lágy szájpad mögé kerülünk, ügyelve arra, hogy sem az ínyitorlát, sem az uvulát ne sértsük, vagy a hátsó garatfalhoz oda ne szorítsuk. Ha a lágy szájpad reflectorice összehúzódna, s ez által az ujj szabad mozgását akadályozná, erőszak alkalmazása nélkül várjunk pár pillanatig, míg az összehúzódás magától megszűnik. Erre az orrsövény hátsó végét kiindulási pontnak véve, kitapintjuk rendre a két choananyílást, az oldalfalak képleteit és a garatboltozatot. Az adenoid vegetatiókat ilyenkor mint mirigyos tapintatú csomókat érezzük, s tömegükről, elhelyezkedésükről pontos meggyőződést nyerhetünk. Addig a vizsgálatot nem szabad abban hagynunk, míg ez irányban teljesen tájékozódva nem vagyunk, mert az eljárás megisméllése a beteg ellenkezése miatt rendszeren már nehezebben vihető ki; különben az egész vizsgálat néhány másodperc alatt jól elvégezhető és a betegnek semmi fájdalmat nem okoz. Utána csaknem mindig egy kis vérzés jelentkezik, mely azonban csakhamar magától megáll, s annál kisebb, minél inkább ügyelünk, hogy ujjunk körme hosszú és éles ne legyen. Az eljárást a beteg megakadályozhatja, vagy legalább is nehezé teheti, ha a vizsgálat alatt ujjunkba beleharap. Ennek meggátlására szájpeczelők, védgyűrűk s más eszközök vannak forgalomban, mindezeknél jobb a Fränkel B. módszere a beteg alsó ajakát fogsora elé tolni, így ha harap, első sorban magának okoz fájdalmat, s ezért mindjárt abban hagyja. (E vizsgálatot célszerű mindig legutolsónak hagyni.)

E három eljárással mindig célhoz érünk, más eljárások, mint kutaszolás, levegőnek vagy folyadékknak az orrba való beöntése, vagy befúvása szükségtelenek, eredménytelenek s az utóbbiak pláne a fülre nézve veszélyesek is.

Az adenoid vegetatiókkal szemben az egyedüli sikerre vezető

gyógyeljárás azok operatív eltávolítása; erre nézve ma már alig van nézeteltérés, miután az edző szereknek, az adstringenseknek, a resorbenseknek minden fajtája cserben hagyta a kísérletezőket. Egészen kis vegetatióknál — complicatiók nélkül — meglehet ugyan kísérteni jódkészítmények alkalmazásával, csukamájolajjal, sósfürdővel, légváltoztatással a felszívódást előidézni, azonban súlyosabb eseteknél az ilyen kis érletezés czéltalan, sőt könnyen vészthozó islehet.

A műtetre használható eszközök száma olyan nagy, hogy valamennyit elősorolni alig lehetne; van azok között sok czélszerűtlen, melyek épen ezért ki is mentek már a forgalomból, és van sok czélszerű, melyek közül, hogy ki melyiket használja, azt a gyakorlat, az egyéni ízlés és a felfogás döntik el. Bármelyik eszközzel dolgozzunk is, feladatunk az adenoid vegetatiókat lehetőleg teljesen eltávolítani; e czélból megközelíthetjük azokat az orron keresztül, vagy a szájon át. Meyer első eszközét, egy egyenes körkést, az orron át vezette be, s példáját mind e mai napig igen sokan követik, nem ugyan körkessel, hanem guillotinnal, kacsszorítókkal stb., sőt épen legújabbán akadtak az orron át való operálásnak igen meleg pártolói. Tény az, hogy az orron át sokkal rövidebb és egyenesebb az út a vegetatióig, de az is bizonyos, hogy a gyermekek szűk orrürege nagyobb térfogatú eszközök bevezetésére és ott történő mozgatására nem igen alkalmas, másfelől pedig az orron át a garatboltozat mellső szélén ülő vegetatiókat vagy sehogysem, vagy csak igen nehezen lehet elérni. Ez az oka annak, hogy a szakemberek túlnyomó többsége előnyt ad a szájon át való műtevésnek.

A használatban leginkább bevált eszközök a kacsszorítók, az éles fogók, az éles kanalak és a körkések. A kacsszorítókkal jól és szépen lehet operálni. Használják úgy az egyszerű, mint a villamos izzó kacsot, utóbbit azért, mert utána semmi vérzés nincs; hátrányuk az, hogy alkalmazásuk nehézkes és hosszadalmas, ezért egy ülésben a műtétet bevégezni alig lehet.

Az éles fogók, melyek közül csak a Löwenberg- és Schech-félel emlitem, szintén jó műszerek, valamint igen jó és gyakran alkalmazott eszköz az éles kanál is, különösen a Trautmann-léle, mely teljesen megfelel azon követelménynek, hogy egy ülésben, rövid idő alatt sok vegetatiót távolítson el. Egyetlen hátránya talán az, hogy a vele ejtett seb felülete nagyonegyenetlen s gyógyulása lassabban történik.

Leggyakrabban használt, s minden tekintetben czélszerű eszköz a Gottstein-féle körkés, melyet van szerencsém részletesebb leírás helyett ezennel bemutatni. Ezen körkés gyűrűje egy legömbölyített egyenoldalú háromszöget képez, melynek csupán alapja éles és pedig csakis belső oldalán. Maga a gyűrű egy görbülettel megy át a nyélbe, melylyel k. b. derékszöveget alkot. Ezzel a hajlással az éretik el, hogy mikor a gyűrű a garatboltozathoz ér a kés éle egyenesen hátrafelé néz.

Mielőtt a műtéti eljárást vázolnám, méltóztassék megengedni, hogy pár szóval a műtét alatti narcosisnak még most is sokat vitatott kérdésére kitérjek. Maga a műtét bármely eszközzel is oly kevésbé fájdalmas s a gyakrabban használtakkal oly rövid tartamú, hogy ezen okból narcosisra tulajdonképen szükség nincs; ezért egészen érthető a narcosist ellenzők álláspontja. Hogy ezzel szemben a többség mégis narcosisban operál, annak szintén igen jó okai vannak. A műtét alá kerülő gyermekek ugyanis rendszeren még nem elég értelmesek arra, hogy rábeszéléssel hatni lehessen rájuk, de arra már elég erősek, hogy olyan physikai ellenállást fejtsenek ki, melyet könnyű szerrel legyőzni alig lehet, különösen, ha — a mire mindig számítani kell — az eszközzel kétszer is be kell menni egymásután. Gyakorlott, hidegvérű és erőteljes assistentiával, — mi a magángyakorlatban felette ritka — e nehézségen ugyan túltehetjük magunkat, de akkor is a kezével, lábával, fejével kapálózó, ordító, vértől ellepett gyermek a környezetre igen kínos benyomást gyakorol, s a mi még fontosabb, a műtétet nagyon hosszúra nyújtja. Ezt elkerülendő, narcotisálunk; némelyek chloroformmal vagy aetherrel, addig, míg a reflex ingerlékenység megszűnik, mások az újabb időben bromaehtyllel; Fränkel B. tanácsára magam is ezt alkalmazom s eddigelé még nem volt okom eltérni tőle. A bromaehtylnarcosis legfőbb előnye rövid tartama, mely kizárja a chloroformnarcosis azon veszélyét, mely szerint a gégebe jutó vér és szövet darabkák fuladási tüneteket okozhatnak. A narcosisra használt bromaehtyl mennyisége 10—15 gr.

A műtéti eljárás röviden a következő: A beteget egy erősebb egyén, ölébe ülteti, úgy, hogy annak lábait két térde közé fogva, egyik kezével a karokat és törzset szorítja magához, másikkal a fejet tartja. Czélszerű a gyermeket — ki arczczal az ablak felé

van fordúlva — már csak ruháinak kímélése szempontjából is — egészen egy lepedőbe beburkolni. Erre kezdetét veszi a narcosis, melyhez nem okvetlen szükséges egy másik segéd miután a kosarat az első is tarthatja azzal a kezével, melylyel a főt fixirozza. Ez alatt a műtő bal kezében egy nyelvlapocczal, jobbában a Gottstein-féle késsel a beteg elé áll. A reflex-ingerlékenység megszűnésének beálltával, vagyis 20—25 mp. múlva a kosár eltávolíttatik, ekkor a műtő a nyelvet a spatulával lenyomja, a körkéssel gyorsan a lágy szájpad mögé hatol s a nyél súlyosztése által azt a garatboltozat mellső szögletéhez vezeti, erre a spatulát eltávolítja a kést pedig jól a boltozathoz szorítva, annak mentén pontosan a középvonalban hátrafelé és lefelé tolja; ezután visszatér a kiindulási ponthoz s az első metszéstől jobbra, de ugyancsak sagittalis irányban egy második metszést ejt, majd balra a középvonaltól egy harmadikat miközben mindig ügyel arra, hogy a kés jól oda legyen szorítva a garatboltozathoz. E három metszésnek útjába esnek s így lemetszetnek az összes boltozaton ülő vegetatiók, néha ezek átmetszése, ha keményebbek, nagyobb erő kifejtést igényel, ilyenkor hallani is, hogy mint recsegnek a kés alatt. A metszéseket igen gyorsan kell meg-ejteni s a harmadik után a kést azonnal eltávolítani. — Erre a már rendszeren magához tért betegnek fejét lefelé hajtva, érelyesen felszólitjuk, hogy köpje ki, a mi a szájában van s hogy orrát fújja ki; ilyenkor több-kevesebb véralvadék kíséretében előkerülnek a lemetszett vegetatiók, néha nagyobb tömegben, gyakrabban k. b. borsónyi darabkák alakjában.

Czélszerű ezután gyorsan még egy digitalis vizsgálatot végezni s ha még találnánk le nem metszett vegetatiókat, a késsel habozás nélkül még egyszer bemenni. Ez ugyan csak ritka esetben lesz szükséges, de elmulasztani még sem szabad.

A műtét után a vérzés rendszeren nem nagy fokú s csakhamar magától megáll; ha ez nem történék elég hamar meg, ajánlatos jéglabdacsokat nyeletni, vagy jeges vízzel gargarizáltatni. A fájdalom szintén csakhamar megszűnik, pár órával műtét után csak nyeléskor van a betegeknek torkukban némi kellemetlen érzésük, de másnapra ez is elmúlik. Kifecskenedezni az orrgarat üreget műtét után nem csak nem szükséges, de nem is tanácsos; a fülek épségét kockáztatnánk vele s ezzel a kockázattal nincs arányban az általa elérhető haszon, a műtét helyének jobb kitisztítása.

A műtét után legjobb a beteget ágyba fektetni s útasítani, hogy orrát többet ne fujdogálja, ne krakogjon, hanem a mi szájában meggyűl, egyszerűen köpje ki; azt sem kell engedni, hogy sokat beszéljen, mert mindez útóvérzéseket okozhat. A szoba levegője tiszta, por és füstmentes legyen; néha a műtét napján hőemelkedés lép fel, mely azonban ritkán tart egy napnál tovább s 39°-on túl nem megy, a környezetet jó erre figyelmeztetni, nehogy megijedjen, valamint arra is, hogy esetleges véres hányásnak sincs komolyabb jelentősége a mennyiben a műtét alatt lenyelt vér néha néha kihányatik. Másnap a beteg, ha semmi complicatio közbe nem jön, felkelhet, de néhány nap még a szobát őrzi; iskolába a 8. nap előtt ne engedjük.

Az első nap a beteg csak tejet, levest kap, de nem forrón, másnap, harmadnap kávét, apróra vagdalt húst is ehetik s a 4—5. nap visszatérhet rendes táplálkozásához. Csak ritkán panaszkodnak a betegek főfájásról, általános rosullétről, mi azonban a második napnál tovább nem szokott tartani. Az orrból kezdetben bő, véres-nyálkás váladék ürül, ez véres jellegét 5—6 óra múlva elveszti, de a nyálkás kifolyás még napokig eltarthat.

Utókezelésre, a mi a seb gyógyulását illeti, nincs szükség, beáll az magától is 5—6 nap alatt, s a gyakran ajánlott bórsav, jodoform, argent. nitr. belúvások legkevésbé sem siettetik azt. Addig, míg a gyógyulás be nem fejeződik, óvakodjunk újabb digitális vizsgálatot végezni, nehogy útóvérzést okozzunk. Spontan útóvérzés igen ritka.

Melléksértéseket a Gottstein-féle késsel alig lehet ejteni; legfennebb az orrkagylóknak az orrgaratüregbe benyúló hátsó végét lehetne megsérteni, abban az esetben, ha a késsel vágnánk, mielőtt az a garatboltozatig ér, de ez már nagyobb fokú ügyetlenség lenne; ha mégis megtörténnék, hátsó tamponalást tenne szükségessé. Gottstein késének egyetlen hátránya, hogy a lemetszett vegetatiókat nem hozza ki magával, hanem a betegnek kell azokat kiköpní. Azon aggodalom, hogy a lemetszett darabok a gégebe esve, fuldoklási tüneteket okozhatnak, határozottan túlzott és bromaeethyl-narcosis mellett aligha észlelt valaki ilyesmit, legalább az irodalomban nem találtam nyomát, azonban gyakran előfordúl, hogy a vegetatiók az oesophagusba hullanak s lenyeletnek. Ebben

ugyan semmi veszély sem rejlik a betegre nézve, de az orvosnak néha kellemetlen az ha a corpusdelictit műtét után nem bírja ad oculos demonstrálni. Ezen a bajon akar segíteni Lenzmann¹ az által, hogy a Gottstein-féle kés ablakának csúcsára egy rugalmas fémnyelvet erősített, mely a lemetezett növedékeket állítólag felfogja. Személyes tapasztalataim e modificatoról ninásenek.

A műtét jó hatása nem várat magára sokaig A mint a gyermekek orrukon át lélegzeni bírnak, lassankint álmuk is nyugodtabb lesz, kedélyük élénkül, arczkifejezésük értelmesebbé válik, arczzíniük, egész táplálkozásuk javúl, mellkasuk tágul, értelmük, figyelmességük, tanulékonyságuk fejlődik, hangjuk, beszédjük rendessé lesz. Hogy ez azonban így történjék, a nevelésnek is gyakran meg kell tenni a magáét, mert az ok megszüntetése után, le kell küzdeni a megszokás hatalmát is, a mi néha, nagyobb gyermekeknél igen erős; különösen a mi a száj nyitvatartását illeti. A fül részéről complicatiók minden haladék nélkül a megfelelő szabályok szerint kezelendők, az orr-, torok-, gége és légcsőhurutok legtöbbször maguktól megszűnnek, de ha néhány hét alatt sem tennék ezt, szintén megfelelő kezelésben részesítendők.

Csupán néhány szóval óhajtanám még a recidiva kérdését érinteni, mely szintén a vitásabbak közé tartozik. Hogy igen ritka esetekben recidivák fordulnak elő, az kétségtelen, de mig ezekben némelyek az eltávolított vegetatiók alapjának újabb hyperplasiáját látják, addig mások úgy vélekednek, hogy ilyen esetekben el nem távolított kisebb vegetatiók magukra maradvá, növekedésnek indultak, s így tulajdonképeni értelemben vett recidiva nem létezik. Valószínű, hogy ez utóbbi nézet felel meg inkább a valóságnak, s ezért gyakorlatilag azt a következtetést vonhatjuk le a dologból, hogy ilyekezünk minden esetben lehetőleg mindent eltávolítani, így leginkább biztosíthatjuk magunkat s a beteget a recidiva ellen.

Ezt, s a fentebb elmondottakat szem előtt tartva, az adenoid vegetatiók műtete az lesz, a minek lennie kell: az orvosnak a leg-hálásabb feladat, a betegnek igazi jótétemény!

¹ Deutsche med. Wochenschrift. 1892.