

ÉRTESITŐ

AZ ERDÉLYI-MÚZEUM-EGYESÜLET ORVOSTUDOMÁNYI SZAKOSZTÁLYÁBÓL.

XXX. kötet.

1908.

II. füzet.

Beszámoló

a kolozsvári orsz. siketnéma intézet növendékeinél
végzett szakorvosi vizsgálatokról.*

Irta: DR. GÁMÁN BÉLA egyetemi m. tanár.

A jelen 1907/908. tanév folyamán a kolozsvári orsz. siketnéma intézet növendékeinek halló- és beszélszerveit szakszerű vizsgálat alá vetvén, e vizsgálataim eredményéről a következőkben számolok be:

Vizsgálat alá került az intézetnek mind az 57 növendéke, 33 fiú és 24 leány; a legifjabb 8 éves, a legidősebb 17. Ezek közül siketen született $26 = 46\%$, később siketült meg $31 = 54\%$, mely arányszámok nagyjában megegyeznek más intézetek adataival. Első életévén belül siketült meg 13, első és nyolczadik életéve között 18 növendék. A szerzett siketség okai gyanánt az intézet anyakönyvében a következő adatokat találjuk bejegyezve: 7 esetben *esés*, 6 esetben *vörheny*, 5 esetben *typhus*, 3 esetben *agyhártyalob*, 3 esetben *fülfolyás*, 1 esetben *agybántalom*, 1 esetben *láz* által okoztatott volna a siketség, míg 5 esetben annak oka ismeretlen a hozzátartozók előtt.

A mi a siketség fokát illeti, 36 növendékünk teljesen siket; egyik, vagy mindkét fülére zörejhalló, vagyis erősebb zörejeket meghall 19, vokálishalló 1, és közletről, hangosan kiejtett szavakat megért 1 növendék. Utóbbiak tehát nem teljesen siketek, mindazonáltal hallási maradványaik nem levén elegendő

* Előadatott az E. M. E. orvostudományi szakosztályának 1908 évi május hó 2.-án tartott szakülésén.

dők arra, hogy éperzékűek módjára részesülhessenek oktatásban, helyük a siketnéma intézetben van.

A hallószervek vizsgálatát illetőleg az eredmény a következő: külső-fül megbetegedést, néhány fülzsírdugasztól eltekintve, egyik növendéknél sem találtam, a középfül ép volt 24 növendéknél, tehát az esetek 42%-ában, beteg volt 33 növendéknél, vagyis az esetek 58%-ában. 50 hallószervben volt idült középfülhurut, még pedig 28 fülben Catarrh. chronicus cavi tympani, 22 fülben pedig Catarrh. chron. cavi tympani et tubae Eustacehii. Két növendéknek négy hallószervében volt Otitis media suppurat chron., 12 hallószervben pedig lezajlott genyes középfüllob maradványai: Residua otitidis mediae láthatók, részben szabad, részben odanőtt dobhártyahegek, részben pedig száraz dobhártya defectusok.

Az orrüregt 35 növendéknél, tehát az esetek 62%-ában épnek találtam. Rhinitis chron. simplexben szenved 9 növendék, Rhinitis chron. hypertrophicában 2 növendék, Rhinitis atrophicansban 2 növendék, Ekzema nasiban 1 növendék, 8 növendéknél pedig, különben ép orrüreg mellett, számbavehető Deviatio septi nasi van.

Adenoid vegetációkat 35 növendéknél, tehát az esetek 61%-ában találtam; ezek közül I. fokú 15 növendéknél, II. fokú 16 növendéknél és III. fokú 4 növendéknél.

A torok képletei az esetek felében, 28 növendéknél semmi kóros eltérést nem mutatnak. Pharyngitis chronica simplex van 13 növendéknél, Pharyngitis chron. granulosa 10 növendéknél, Pharyngitis atrophicans egynél, Pharyngitis mixta egynél és Hypertrophia tonsillarum cum Pharyngitide négy növendéknél.

Nyelvtonsilla hypertrophia egy növendéknél sines.

A gége részéről 4 chron. gégehuruton kívül semmi más eltérést nem találtam.

Legyen szabad már most ezen száraz statisztikai adatokhoz néhány reflexiót fűznöm.

Először is a mi a veleszületett és a szerzett siketnémaság (jobban mondva csak a siketség, mert a némaság csupán ennek a következménye) egymáshoz való viszonyát illeti, az a mi statisztikánkban (46%—54%) nagyjában megegyezik a vizsgálók

egész sora által más helyen nyert adatokkal. Így pl. BEZOLD-nak¹ müncheni statistikájában a született siketek százaléka 43%, az 1890-iki hollandi statistika szerint² 50%, FRANKENBERGER-nél³ Prágában 47%, FALK-nál⁴ 45%, HEDINGER-nél⁵ 44%, SCHMALTZ-nál⁶ 49%, URBANTSITSCH-nál⁷ 41%, FLEISCHMANN-nál⁸ Váczon 37% stb. Ezen adatokkal szemben azonban olyan statistikák állanak, melyekben a veleszületett siketség százalékszámja sokkal nagyobb, pl. az 1876. évi franciaországi népszámlálás szerint⁹ 75%, az 1881-iki irlandi népszámlálás¹⁰ szerint 80%; de olyanok is vannak, a hol sokkal kisebb a százalékszám, pl. MYGIND-nél Kopenhágában¹¹ 25%, LEMCKE-nél¹² 28%.

Azonban annak a kérdésnek a kutatásába, hogy miért van e statistikai kimutatások között ilyen eltérés, azért nem érdemes belemenni, mert tulajdonképen való tudományos értéke a dolog természeténél fogva egyiknek sem igen van. Ugyanis az adatokat ebben az arányban minden statistika az esetek túlnyomó nagy többségében csupán a beteg hozzátartozóitól szerezhetheti be, kiknek a bemondása pedig csak igen ritkán megbízható és hiteles. Különösen áll ez azokra a nagyszámú esetekre, a melyekben a beteg állítólag életének első évén belül veszítette el a hallását, tehát beszélni sohasem tudott. Mert pl. azt, hogy egy csecsemő hat hónapos korában siketült-e meg, vagy, hogy addig sem hallott semmit, azt nem hogy a környezet, de még a szakorvos is alig bírná megállapítani. Nekünk is 12 olyan növendékünk van, a ki állítólag egy éves kora előtt siketült meg, tehát sohasem beszélt, s kinél a középfülben vagy

¹ BEZOLD. Die Taubstummheit. Wiesbaden, 1902.

² Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1896. 36. 1.

³ FRANKENBERGER: Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1896. 429 1.

⁴ FALK. Archiv f. Psych. u. Nervenkrankh. 1872. 407. 1.

⁵ HEDINGER: Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

⁶ SCHMALTZ. Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

⁷ URBANTSITSCH. Monatsschrift f. Ohrenheilkunde 1907. 115 1.

⁸ FLEISCHMANN. Magyar Siketnéma Oktatás 1907. 171 1.

⁹ Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

¹⁰ Handbuch d. Ohrenheilkunde II. 652 1.

¹¹ Idézve FRANKENBERGER-nél 1. f.

¹² LEMCKE. Die Taubstummheit in Mecklenburg-Schwerin. Leipzig 1892.

semmi eltérés nincsen, vagy csupán idült hurut található, mely a siketség létrehozásában semmi esetre sem játszhatott szerepet s a minőben 26 olyan növendékünk is szenved, a ki állítólag siketen született. Ha még számba vesszük, hogy e 12 növendék közül négynél maguk a szülők sem neveznek meg semmi megsiketülési okot, négynél pedig esést és egynél lázt említenek ilyen gyanánt, nyitva kell előttünk állani annak a gyanúnak, hogy ezek a gyermekek esetleg szintén siketen jöttek a világra, és csak érthető tévedésből szerepelnek a későbbben megsiketültek között.

De elképzelhetjük viszont az esetet megfordítva is, hogy t. i. az állítólag siketen született 26 növendék között is akárhány lehet, a ki életének első hónapjaiban még hallott valamit, de a hallási nyomok elkerülték a környezet figyelmét, mivel a gyermek még a beszéd megtanulásának ideje előtt megsiketült. Ez annál is inkább lehetséges, mert növendékeinknek jó része olyan társadalmi osztályokból került ki, a hol a szülőknek a gyermekek pontos megfigyelésére sem idejük, sem kellő értelmi képességük nincsen. Indokolt tehát az a gyanú is, hogy az állítólag siketen születtek között is akárhány lehet, a kinek a helye tulajdonképen a később megsiketültek között lenne.

Miután más intézetekben és más országokban is, nagyjában véve, csak olyanok a viszonyok, mint nálunk, az elmondottak k. b. minden ilyen statistikára egyformán állanak, vagyis miután mindegyik a megbízhatatlan anamnesis ingatag alapján áll, — valódi, tudományos értéke egyiknek sincsen. Szilárd alapon álló, értékes statistikát csak akkor fogunk majd összeállíthatni, ha teljesen szakítunk az eddigi beosztással, s a siketnémákat nem a szerint fogjuk osztályozni, hogy siketen születtek-e, vagy siketté lettek-e, vagyis nem azt fogjuk kutatni, hogy a siketségük mikor keletkezett, a születés előtt-e, vagy utána, hanem azt, hogy mi által okoztatott, azaz a mai, ingatag anamnesticus állapot elhagyva, reáállunk a szilárdabb pathologiái alapra. Hogy ezen az alapon egészen más eredményekhez fogunk jutni, az kétségtelen, ha meggondoljuk azt, hogy pl. a siketnémák jó része endemicus, congenitalis siketségben szenved, kik között azonban akárhány még hallási maradványokkal, de

a hallási képességnek előhaladó hanyatlásával jön a világra, azonban teljesen csak később siketül meg, de megsiketül a baj természeténél fogva minden külső ok behatása nélkül. Ezekkel az esetekkel szemben pedig vannak olyan, a bonczasztalon tisztázott esetek, a melyben a siketség oka az intrauterinalis életben szerzett megbetegedés, mely a magzatnak hallószervét elpusztította,¹ a gyermek tehát már siketen jött a világra. A ma dívó beosztás szerint az előbbieket a siketté lettek, az utóbbiak pedig a siketen szülöttek közé tartoznak, holott tulajdonképpen egészen megfordítva áll a dolog. Ezzel a kérdéssel különben, a melyet, ha jól tudom, először HAMMERSCHLAG² vetett fel, egy más alkalommal részletesebben szándékozom foglalkozni, most csak rá akartam mutatni mostani beosztási rendszerünk hibáira, s azok okaira.

Az elmondottak nagy részben vonatkoznak arra a statisztikára is, a melyet a szerzett siketség okaira nézve kapunk. Itt is úgy áll a dolog, hogy az adatokat nagy részben a hozzátartozók szolgáltatják, a kik, a mint gyakran tévednek a megsiketülés idejére nézve, ép úgy, vagy még inkább tévednek annak okaira nézve is. Ez különben igen természetes is, mert kevés olyan siketnéma akad, a ki megsiketülése idején egyáltalán orvosi megfigyelés alatt állott volna, s még kevesebb olyan, a kit otologus figyelt volna meg. (A mi növendékeink között pl. egy sincsen ilyen.) Attól a laikus környezettől pedig, a melytől mi az adatokat kapjuk, nem is kívánhatunk megbízható megfigyeléseket. Igaz, hogy a növendékek az intézetbe való felvétel előtt orvosi, ott pedig szakorvosi vizsgálat alá kerülnek, de ezen, a megsiketülés után többnyire csak évekkel végzett vizsgálat, már csak ritkán derítheti fel a valódi okot.

A mi statisztikánk különben ebben a kérdésben némileg elüt más vizsgálók statisztikáitól. Így más statisztikákban aránylag nagy százalékszámokkal szerepelnek azok az esetek, a melyekben a megsiketülés oka gyanánt valamely cerebralis bántalomra lehet következtetni, pl. agyhártyalob, agybántalom, fejtyphus, láz, görcsök stb., nálunk pedig aránylag kis számmal. Látjuk,

¹ HACKE. Archiv f. Ohrenheilkunde 55. kötet.

² HAMMERSCHLAG, Előadás az osztr. otologiai egyesületben 1902. V. 26.

hogy WILHELMI-nél az esetek 54%, BEZOLD-nál 52%, HEDINGER-nél 47%, MYGIND-nél 40%, HARTMANN-nál¹ 39%. LEMCKE-nél 39%, míg nálunk csupán 16% tartozik ebbe a csoportba. Igaz, hogy ha idevennők azt az 5 esetet, a melyekben nálunk „typhus“ van okúl adva, s a melyek valószínűleg nem typhus abdominalis esetek, hanem meningealis bántalmak voltak, akkor nálunk is emelkednék a százalékszám.

Egy másik, feltűnő különbség a mi statistikánk és másokéi között az, hogy míg másoknál a trauma (esés) csak igen kis számmal szerepel, mint megsiketülési ok, addig nálunk igen nagygyal. Így pl. míg LEMCKE-nél 5%, HEDINGER-nél 4%, SCHMALTZ-nál 3·5%, HARTMANN-nál 3·5%, MYGIND-nél 1·5%, addig nálunk 22·5%-kal. Nehéz lenne ennek a különbségnek a magyarázatát adni, (mert hiszen a köznép gyermekei nálunk sínesenek több traumának kitéve, mint másutt), ha csakugyan hiteleseknek fogadnók el ez adatokat, de azt hiszem, hogy akkor járunk el helyesen, ha legalább is egy részét ezeknek a traumatikus siketségeknek úgy tekintjük, mint congenitalis siketségeket, melyeknél a trauma, az esés, csak a környezet képzeletében játszott a siketség előidézése körül szerepet.

Megegyezik a mi statistikánk a legtöbb más statistikával abban, hogy a vörheny 20%-ban szerepel, mint a szerzett siketség oka. Ilyen arányszámot találtak ugyanis pl. BEZOLD (18%), MYGIND (20%), LEMCKE (24%) stb.; ellenben némelyeknél viszont kisebb, vagy nagyobb a százalékszám, pl. WILHELMI-nél 10%, SCHMALTZ-nál pedig 43%. Ezen utóbbi, feltűnően ellentétes adatok annál inkább lephetnek meg, mert míg pl. meningitiseknél semmi módja nincs az otologusnak arra, hogy évek lefolyása után ellenőrizhesse a bemondás hitelességét, a mennyiben a középfülben semmi elváltozás sem látható s a néha hosszabb ideig fennmaradó egyensúlyzavarok sem mutatkoznak már a beteg bemutatásakor, addig a scarlatinánál többnyire a középfülben szemmel látható, tehát pontosan ellenőrizhető nyomai maradnak a betegségnek. Így a mi hat esetünk közül négyenél található előrement suppuratív középfülgyulladás nyomai. E

¹ HARTMANN, Taubstummheit u. Taubstummenbildung. Stuttgart 1880.

négy gyermek 8 hallószerve közül háromban még most is tart a genyedés, kettőben a dobhártya hegesen újraképződött, háromban pedig kisebb-nagyobb dobhártyahiány látható a suppuratio szünetelésével. Nem lehet abban kétség, hogy mindez esetekben nemcsak a középfül, hanem a labyrinth is részt vett a megbetegedésben.

A mi azt a két esetünket illeti, a hol a siketség oka gyanánt vörheny van kitüntetve, azonban a középfül részéről hurutos elváltozáson kívül egyéb nem mutatkozik, azokhoz jogosan férhet az a kétely, hogy valjon nem forog-e fenn tévedés, akár abban az irányban, hogy az állítólagos vörheny más bajjal, pl. meningitissel tévesztetett össze, akár pedig abban az irányban, hogy a megsiketülés a vörheny előtt, vagy után, de attól függetlenül következett be. Ezt a kételyt indokolttá az a tapasztalás teszi, hogy úgy a vörheny, mint más akut exanthémák előbb okoznak otitis mediát és csak azután betegítik meg a tömkeleget.

Ahoz a 3 esetünkhöz, a melyekben egyszerűen „fülfolyás” szerepel a megsiketülés okául, s az otorrhoeának csakugyan láthatók is a maradványai, nincs semmi különös megjegyzésem.

Tudjuk, hogy a siketnémaság aetiológiájában, főleg MENIERE óta, az öröklési viszonyoknak bizonyos szerepet tulajdonítanak. Így a szülőknek egymáshoz való vérrokonsága, siketség a családban, nagy korkülönbség a szülők között, iszákosság vagy syphilis a szülőknél, stb. mind mint aetiologikus momentumok szerepelnek. Ebben a tekintetben az én statistikám, sajnos, hiányos, mivel csak 21 növendékről vannak családi adataim és ezek is keveset mondanak. A szülők között rokonság egy esetben sines, nagy korkülönbség van 2 gyermek szülői között, az apja nagyot hall egy gyermeknek, az apja iszákos egy növendéknek, a testvérek között siketség fordul elő hat esetben, a rokonok között pedig három esetben.

A hallószervben talált objectiv elváltozásokat illetőleg fel-tűnő, hogy míg FLEISCHMANN-NAK váczai statistikájában csupán valamivel több mint 10%-kal szerepelnek a fülnek látható megbetegedései, addig én 66 hallószervben, tehát 58%-ban találtam pathologikus eltéréseket, még pedig 4 hallószervben genyes

középfüllobot, 12 hallószervben annak maradványait és 50 hallószervben vagy csak a dobüregnek, vagy az Eustach kürtnek is idült hurutját. Igaz, hogy ezzel szemben URBANTSCHITSCH-nak a bécsi és bécsújhelyi intézetekről szóló statistikájában 97·2%-a a növendékeknek szerepel mint olyan, a kinél a hallószervben anatómikus elváltozások vannak. Ezt a nagy különbséget (10%—97%) nem lehet másként megérteni, illetve megmagyarázni, mint úgy, hogy míg az egyik vizsgáló csak a durvább elváltozásokat vette figyelembe, addig a másik már csekély eltéréseket is, (pl. a dobhártyának némi homályosságát), mint catarrhalis tünetet jegyezett fel. FLEISCHMANN-hoz hasonlóan jártak el különben mások is, pl. FRANKENBERGER Prágában, a ki a középfülhurutokat egyáltalán nem vette fel a statistikájába. Megindokolható talán ez az álláspont azzal, hogy a mi beteganyagunknál a functionális vizsgálat lehetősége a középfülhurut diagnosisa szempontjából ki levén zárva, ez a diagnosis úgy sem lehet tökéletes, tehát inkább egészen mellőzendő; én azonban — mivel a vizsgálat célja minden kétségtelen kóros eltérést számbavenni — azokat az eseteket, a melyekben az otoskopikus vizsgálat elegendőnek látszott a középfülhurut kórisméjének felállításához, mint ilyeneket vettem fel a statistikámba, és így jutottam ahhoz az eredményhez (58%), mely az említett két véglet között foglal helyet.

Ebből az 58%-ból 44% esik a középfülhurutokra. Így is feltűnően nagy ez a szám, mert tekintetbe véve, hogy BEZOLD-nak érdekes és hitelt érdemlő statistikája szerint az embereknek általában 4·5%-a szenved középfülhurutban, a mi beteganyagunk éppen tízszeresen múlja felül az átlagot. Feltétlenül összefüggésben áll ez a növendékeinknél talált nagyszámú adenoid vegetációkkal, a melyekre mindjárt rá fogok térni.

Az orrban talált eltéréseket illetőleg az én statistikám nagyjában megegyezik más statistikákkal, talán annyi különséggel, hogy mások valamivel gyakrabban kórisméztek idült orrhurutokat, én pedig több septum deviatiót és cristát találtam mint mások. Olyan növendékünk, kinél ezen alaki eltérések operációs beavatkozást kívánának, ninesen.

A torokbeli elváltozásokra vonatkozó statistika sem pro-

vokál különösebb megjegyzést, legfennebb azt, hogy míg a mi növendékeinknek 50%-ánál láthatók a torokban pathologikus eltérések, addig több vizsgáló beteganyagánál ez a százalékszám nagyobb, pl. URBANTSCHITSCH-nál 72%. Nem lephet meg azonban ez a különbség, ha arra gondolunk, hogy sok eset áll mintegy a határán az épnak és kórosnak, és sorozható a vizsgáló egyéni felfogása szerint úgy az egyik, mint a másik csoportba. Nincs is különben ennek a dolgnak nagyobb fontossága. Már érdekesebb különbség az, hogy én csak 4 esetben, tehát 7%-ban találtam tonsillahypertrophiát, míg URBANTSCHITSCH 37·5%-ban. FLEISCHMANN-nál, nyilván lapsus calami következtében, 33 Hypertrophia tonsillarum mint „nyelvmandula túltengése“ van felfogva, ez tehát Vácson is 18·5%-ot tenne ki, a mi 7%-unkkal szemben.

Valóságos nyelvtonsilla hypertrophiát egy növendéknél sem találtam.

A gégebeli elváltozások: 4 idült gégehurut, chronikus pharyngitisekkel együtt fordulnak elő és jelentőséggel nem bírnak.

Sokkal érdekesebb eredményeket adott az epipharynxnak, az orrgaratüregnek a vizsgálata. Itt ugyanis 31 növendéknél, tehát az esetek 61%-ában találtam a tonsilla pharyngea hypertrophiáját, vagyis adenoid vegetációkat. Hogy az adenoid vegetációk érzékeny gyermekeknél is elég gyakoriak, azt tapasztaljuk naponként és ismerünk erre vonatkozólag néhány statistikát is, így DOYER Leydenben érzékeny gyermekek 5%-ánál, SCHMIEGELOW Kopenhágában 18%-nál, KAFEMANN 9%-nál körismézte az aden. vegetációkat. Ezzel szemben siketnémáknál más vizsgálók is sokkal nagyobb százalékszámot találtak; pl. FRANKENBERGER 60%-ot, LEMCKE 58%-ot, ALDRICH 73%-ot,¹ WROBLEWSKI 57·5%-ot,² URBANTSCHITSCH 78·5%-ot, FLEISCHMANN 55%-ot, stb. tehát mindezen vizsgálók olyan százalékot, mely az én eredményeimmel többé-kevésbé megegyezik. Annál meglepőbb azonban az, hogy viszont egyes vizsgálók megint igen alacsony értékekhez jutottak. Így SCHUBERT³ 16·5%-nál, BEZOLD még

¹ ² Idézve FRANKENBERGER-nél.

³ Festschrift zur Feier des ärztl. Vereines Nürnberg 1902.

kisebb százaléknál, SCHWENDT és WAGNER¹ 74 siketnéma növendék között egyetlen egynél sem találtak adenoid vegetációkat. Éppen ezen utóbbi eredményekre való tekintettel a diagnoszt minden növendéknél rhinoskopia posterior és palpatio útján állapítottam meg, diagnostikus tévedések tehát részéről ki vannak zárva. De minthogy ugyanazt más vizsgálókról is fel kell tételeznünk, nem tudom ezt a nagy különbséget másképen magyarázni, minthogy SCHUBERT, SCHWENDT és WAGNER csak azon esetekben kórisméznek aden. vegetációkat, a melyekben azok nagyobb fokban vannak jelen és nasalis obstructiót, vagy legalább is nagyobb stenost okoznak. BEZOLD legalább nyilván így tesz, mert ő a statistikájában az eseteiről csakugyan mint „Adenoide Vegetationen grösseren Umfanges“ emlékezik meg.

Az aden. vegetációk kórismézése, illetve az epipharynx vizsgálata egyébiránt siketnéma gyermekeknél, különösen az ifjabbaknál, nem is könnyű feladat és legalább is igen sok türelmet igényel. Miután alig lehet velük megértetni, hogy miről van szó és hogy a vizsgálással szemben minő magatartást várunk tőlük, nem hogy segítségünkre lennének, hanem ellenkezőleg, a lehetőségig megnehezítik úgy a tükrözést, mint a digitalis vizsgálatot. Azonban, ha az ember nem sajnálja az időt és nem veszíti el a türelmét, végre is célhoz jut, nekem legalább sikerült mind az 57 növendéknél célhoz jutni; munkámat mindenesetre nagyon megkönnyítette az, hogy a növendékeink egyfelől kitűnő fegyelemben, de másfelől előljáróik iránti bizalomban és szeretetben nevelkednek. Természetesen, készséggel concedálok azt, hogy különösen nagyobb betegyanagnál, lehetnek olyan esetek, a hol az orvos minden igyekezete kárba vész.

Az aden. vegetációkat mások példájára 3 fokozatba soroltam. Az első fokozatba tartoznak azok az esetek, a melyekben csupán a garatboltozat van a vegetációk által fedve, a második fokozatba azok, a melyeknél a vegetációk elérik, vagy kevéssel túl is haladják a choanák felső szélét, a harmadik fokozatba pedig azok, a melyeknél a vegetációk a choanákna legalább egy

¹ Untersuchungen von Taubstummen von Dr. A. SCHWENDT u. F. WAGNER (Anstalt Riehen) 1899. Idézve URBANTSCHITSCH-nál.

harmadát, vagy még nagyobb részét fedik. Az I. fokba tartozott nálunk 15 növendék, a II. fokba 16, a III. fokba négy.

A mi az aden. vegetációknak az állítólag siketen születtek és siketté lettek között való megoszlását illeti, az meglehetősen egyforma, vagyis az előbbieik közül $17=65\%$, az utóbbiak közül $18=60\%$ szenved ebben a bajban. Ezen növendékek korát illetőleg azt találjuk, hogy 17 még nem múlt 12 éves, 18 pedig 12 évesnél idősebb, azonban III. f. vegetációkban szenvedő növendékeink mind 12 éven alóliak, II. f. vegetációkban szenvedő növendékeink között pedig az idősebbek vannak többségben, míg I. f. vegetációkban szenvedő növendékeink között a különböző korúak egyformán vannak képviselve.

Az a százalékszám, a melyben növendékeinknél az aden. vegetációk vannak képviselve (61%) és az a másik, a melyik a középfül megbetegedésekre vonatkozik (58%), annyira közel esnek egymáshoz, hogy még akkor is azonnal a két bántalom közötti összefüggésre kellene gondolnunk, ha nem tudnók, hogy a középfül megbetegedések aetiológiájában az aden. vegetációknak nagy szerepük van. Valósággal azt is találjuk, hogy ad. vegetációkban szenvedő növendékeink közül csak hatnál, vagyis 17% -nál nem látni a középfülben kóros elváltozásokat, ellenben 29-nél, vagyis 83% -nál a középfülben kóros tünetek láthatók, még pedig 23-nál (66%) idült hurut, hatnál (17%) pedig még meglevő vagy már lefolyt genyes középfüllob tünetei. Ezzel szemben azt találjuk, hogy ad. vegetációkban *nem* szenvedő növendékeink közül 16-nál, vagyis 72.5% ban a középfül teljesen épnek mutatkozik, és csak hatnál, vagyis 27.5% -nál láthatók abban kóros tünetek. Úgy áll tehát a dolog, hogy aden. vegetációkban szenvedő növendékeinknél 83% -ban beteg a középfül is, míg aden. vegetációkban *nem* szenvedő növendékeinknél pedig csak 27.5% -ban. Aligha tévednénk, ha azt állítanók, hogy érzékűeknél is kb. ez az arány, vagyis, hogy aden. vegetációkkal bíró gyermekeknél háromszorta gyakoribbak a középfül betegségei, mint olyanoknál, akik aden. vegetációkban nem szenvednek.

Nem akarok ez alkalommal annak a kérdésnek a tárgyalásába belebocsátkozni, hogy ezekből a tényekből a siketnémaság prophylaxisát illetőleg vonhatunk-e le és minő tanulságokat,

csak azzal a közelebb fekvő és önmagától felvetődő kérdéssel akarok röviden foglalkozni, hogy miképpen értékesíthetjük ezeket a tapasztalatokat a már siketnémák javára. Kétségtelen, hogy a siketséget egyetlen siketnéma növendéknél sem okozza csupán a középfül megbetegedése, hanem valamennyinél a siketség tulajdonképeni oka a hangfelfogó készülék megbetegedésében rejlik. Úgy de látjuk azt, hogy a siketnémák egy részénél hallási maradványok vannak, tehát a hangfelfogó készülék, ha nagyon hiányosan is, de még működik. Ha most ilyeneknél a középfül, tehát a hangvezető készülék legfontosabb szakasza is beteg, akkor nyilvánvaló, hogy a hallási maradványok értékesítését a hangvezető készüléknek ez a betegsége többé-kevésbé akadályozza. Ha tehát módunkban van a hangvezetés akadályait elhárítani, ezáltal megkönnyítjük a hallási maradványok értékesítését. Miután pedig a hangvezetés akadályai sok siketnémánál középfülhurut, ez megint sok esetben aden. vegetációk által van feltételezve, utóbbiaknak eltávolítása által pedig a középfülhurutot gyakran sikerül meggyógyítanunk, vagy legalább is javítanunk: nyilvánvaló, hogy az aden. vegetációk eltávolításában eszközzel bírnak közvetve a hallási maradványok fokozására és azok jobb kihasználására. Kétségtelenül fennáll tehát az indicatio az adenoid vegetációk kiirtására minden esetben, a hol hallási maradványok mellett középfülhurut is van jelen.

Nekünk 8 ilyen növendékünk volt, valamennyinél elvégeztem a műtétet; egyiknél az eredmény a hallási maradványok erősödésében már örvendetesen mutatkozik is, a többenél érdeklődéssel várjuk azt. Természetesen, nagyobb eredményről, a hallásnak lényeges restitúciójáról nem lehet itt szó, de ha sok közül csak egynél is sikerül a hallási maradványokat annyira fokozni, hogy azok a növendéknek a tanulásban, s majdan az életben segítségére lesznek, úgy munkánk nem volt hiábanvaló.

Teljesen siketeknél az aden. vegetációk a hallást illetőleg természetesen nem jöhetnek tekintetbe, de tekintetbe jönnek a hangképzés szempontjából, a mennyiben egyfelől nasalis hangot eredményezhetnek, másfelől, mint az orrlégzés akadályai, pharyngo-laryngealis hurutokat okoznak és tartanak fenn. Ha tehát ilyen tünetek mutatkoznak, a vegetációk eltávolítását teljesen

siketeknél is javalva látom Ezen javalat alapján két növendék-nél végeztem a műtétet.

Mindent egybevöve, semmi esetre sem csatlakozhatom azokhoz, a kik az aden. vegetációkat a siketnémáknál egyáltalában nem, vagy csak a nagyobb fokúakat veszik számba, de olyan messze sem megyek, hogy azoknak túlságos fontosságot tulajdonítsak s eltávolításukat minden esetben ajánljam, hanem álláspontomat röviden abban foglalom össze, hogy: a siketnémáknál már kis fokú adenoid vegetációk is figyelembe veendőek, de azok operatiós eltávolítása 1. teljesen siketeknél csak akkor javalt, ha a hangképzésre káros befolyással vannak, 2. hallási maradványokkal bíróknál ezen felül akkor is, ha egyidejűleg középfülhurut is van jelen.