

# Belbetegségek látható tünetei

Differenciáldiagnosztikai atlasz

írta

**G. F. KLOSTERMANN**

**H. SÜDHOF**

**W. TISCHENDORF**

J. Koncz, B. Minnigerode,  
K. Müller, H. Nowakowski,  
H.-H. Schumacher, E. Sonnabend,  
U. Venzlaff és J.-W. Weiss

közreműködésével

Szerkesztette

**H. SÜDHOF**



**F. K. SCHATTAUER-VERLAG · STUTTGART**

E differenciáldiagnosztikai atlasz II szerző közös munkája, amelyhez a megfelelő ábrákat 8 egyetemi klinika és 2 nagy városi kórház képanyagából válogatták össze. A könyv célja, hogy a gyakorló orvosok és a szakorvosok – az egyre inkább fejlődő laboratóriumi és egyéb diagnosztikai-technikai módszerek mellett – teljes mértékben kihasználják a közvetlen betegvizsgálat lehetőségeit is. Ezért itt a kórelőzmény mellett előtérben áll a megtekintés és a kép. A könyv anyaga a tünettan szempontjából 29 fejezetre tagozódik. A szöveg minden oldala zárt egység, s ugyanúgy zárt egység a szemközt lévő képoldal. Ez a kézikönyv – melynek szövegét és képanyagát szerzők nagy gonddal állították össze – nemcsak útmutatást, hanem további gondolatokat fog adni olvasóinak.



F. K. SCHATTAUER-VERLAG  
STUTTGART





# Belbetegségek látható tünetei

Differenciáldiagnosztikai atlasz



# Belbetegségek látható tünetei

Differenciáldiagnosztikai atlasz

Írta

G. F. KLOSTERMANN

H. SÜDHOF

W. TISCHENDORF

J. KONCZ, B. MINNIGERDONE, K. MÜLLER,

H. NOWAKOWSKI, J.-H. SCHUMACHER,

E. SONNABEND, U. VENZLAFF, J.-W. WEISS

közreműködésével

Szerkesztette

H. SÜDHOF

451, többségében színes ábra

F. K. SCHATTAUER-VERLAG · STUTTGART · 1967

Fordította

Dr. BERNÁTIVÁN

kórházi főorvos,  
az orvostudományok kandidátusa

A fordítást ellenőrizte

Dr. GRÁFFERENC

egyetemi docens,  
az orvostudományok kandidátusa

Minden jog, elsősorban a sokszorosítás és terjesztés, valamint az idegen nyelvű fordítás joga fenntartva.  
A könyv bármely részének valamilyen formában (fotokópia, mikrofilm vagy egyéb eljárás) való reprodukálása csak a kiadó írásbeli engedélyével történhet.

© 1967 F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart, Németország. Kötés: W. F. Mayr, Miesbach, Oberbayern

*Közös kiadások*

Angol kiadás: Mc.Graw Hill. Inc., New York

Spanyol kiadás: Editorial Científico Medica, Barcelona



## Előszó

Az orvosnak diagnosztikai tevékenysége során a röntgenológiai és a laboratóriumi technika jelenlegi magas színvonala ellenére is elsősorban a beteg vizsgálatára és a kór-előzmény szakszerű felvételére kell támaszkodnia. A tapasztalt orvost a kórkép sokszor már első látásra felismerhető, sokrétű tünetei is a helyes diagnózis felé irányíthatják. Ezáltal módja van arra, hogy a kórisme végleges tisztázásához még szükségesnek mutató vizsgálatokat célzottan, a beteget és a technikai személyzetet kevésbé megterhelő módon végeztesse el. Az egyes esetekben a korszerű, speciális vizsgáló módszerek csak akkor tudnak további segítséget nyújtani az orvos számára, ha konkrét elképzelése van arról, hogy milyen irányban használja fel őket.

A természettudományok további fejlődése során a diagnosztikában használatos alkalmazott-fizikai, biokémiai és physiologiai módszerek gyorsan fognak változni, és ezzel együtt valószínűleg egyes betegségek nosológiájáról, pathogenesiséről és aetiológiájáról alkotott számos — jelenleg érvényben levő — elképzelés is módosul majd. Olyan laboratóriumi módszereket, melyek ma a rutinmunka mindennapos tartozékának számítanak, holnap mások válhatnak fel. Ezzel szemben a klinikai tünettannak összessége, az anatómiához és a kórbonctanhoz hasonlóan, az orvostudomány változatlan alapja marad. Amit a figyelmes fizikális betegvizsgálat során ma megállapíthatunk, lényegében már száz esztendővel ezelőtt is megállapíthattuk, s ez érvényben marad a jövőben is.

Erre a szilárd alapra hívja fel újra a figyelmet ez a könyv is. Célja, hogy az érdeklődő orvos számára már átlapozása során is ösztönzést adjon, differenciáldiagnosztikai munkájában pedig útbaigazítást nyújtson. A hangsúly a képeken van, a szövegrész nem haladja meg a feltétlenül szükséges terjedelmet. Amennyiben az olvasónak kiegészítő adatokra van szüksége — amint ez más atlaszok használata esetén is lenni szokott — részletekbe menő tankönyveket és kézikönyveket kell igénybe vennie.

E belgyógyászati differenciáldiagnosztikai atlasznak bizonyos elkerülhetetlen hiányosságai is vannak. Ezek egyaránt vonatkoznak a képanyag teljességére, kiválogatására, a határesetekre, továbbá arra, hogy a könyvben olyan kóros elváltozások is szerepelnek, melyek más szakágak körébe tartoznak ugyan, de a vizsgáló orvos számára azonnal szembetűnőek. Az anyag symptomatologia szempontjából történt csoportosítása is teljesen szubjektív. A fényképeket nem műteremben, optimális viszonyok között, hanem a klinikai rutinmunka során — gyakran súlyos betegekről — készítettük. Ennek ellenére igyekeztünk, hogy a képanyag teljes és minőség szempontjából is — a lehetőséghez képest — a legjobb legyen.

Mindenekelőtt *Schoen* professzor úrnak tartozunk köszönettel, aki engedélyezte, hogy a klinikáján fekvő betegekről készült felvételeket felhasználjuk. Köszönetet mondunk munkatársainknak, akik ezt az atlaszt speciális szakterületekről vett és a belgyógyászok számára fontos adatokkal egészítették ki. A 89., 176., 394. és 395. felvételt *Lassrich* professzor, *Gronemeyer* dr. és *Schattenfroh* magántanár kollégáink bocsátották rendelkezésünkre. A fényképfelvételek fáradságos és sok türelmet igénylő elkészítéséért *I. Kloss* és *B. Sperling* kisasszonynak mondunk köszönetet.

Különös hálával tartozunk a kiadónak, *F. K. Schattauer* szenátor úrnak, aki lehetővé tette, hogy ez a költséges kiadvány napvilágot lásson.

G. F. KLOSTERMANN, H. SÜDHOF és W. TISCHENDORF

# Tartalomjegyzék

A bőr színének megváltozása . . . . .	2
<i>Sápadt bőr</i> . . . . .	2
Anaemia . . . . .	3
<i>Pigmentált bőr</i> . . . . .	6
Addison-kór . . . . .	7
Addison-kór. Chloasma . . . . .	9
Argyria . . . . .	11
Különböző okból kialakult icterusok . . . . .	13
Különböző elváltozások máj-cirrhosisban . . . . .	15
Acanthosis nigricans . . . . .	17
Peutz-syndroma . . . . .	19
<i>Bőrpír</i> . . . . .	20
Polycythaemia . . . . .	21
<i>Kékesvörös bőr</i> . . . . .	22
Különböző okokból kialakult arc-cyanosisok . . . . .	23
Vele született szívhibák . . . . .	25
Erythrocyanosis crurum puellarum . . . . .	27
Livedo . . . . .	29
Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer . . . . .	31
Erythema — exanthema . . . . .	32
Carcinoid-syndroma. Erysipelas az arcon . . . . .	33
Lupus erythematosus . . . . .	35
Dermatomyositis . . . . .	37
Gyógyszeres exanthemák . . . . .	39
Gyógyszeres exanthemák (urticaria) . . . . .	41
Gyógyszeres exanthemák . . . . .	43
Varicella . . . . .	49
Typhus abdominalis. Kiütéses typhus . . . . .	51
Scarlatina . . . . .	53
Kanyaró . . . . .	55
Rubeola. Erythema infectiosum . . . . .	57
Herpes zoster . . . . .	59
Erythema nodosum. Erythema induratum Bazin. Artefactumok . . . . .	63
Erythema induratum Bazin. Ulcus cruris. Syphilises gumma . . . . .	65
Haemorrhagiák . . . . .	66
Morbus haemorrhagicus. Vizsgáló módszerek. Haemophilia . . . . .	67
Coagulopathiák . . . . .	69

Coagulopathia. Thrombopenia . . . . .	71
Thrombopenia és vascularis purpura . . . . .	73
Osler-kór . . . . .	75
Peripheriás keringési zavarok . . . . .	76
Digiti mortui. Sclerodermia . . . . .	77
Arteriás keringési zavar (korai stádium) . . . . .	79
Peripheriás keringési zavarok. Gangraena . . . . .	80
Arteriás keringési zavar (előrehaladott stádium) . . . . .	81
Gangraena . . . . .	82
Morbus Raynaud. Diabeteses gangraena . . . . .	83
Embolia . . . . .	84
Arteriás embolia. Mikroembolia . . . . .	85
Látható collateralis keringés. Vénás pangás . . . . .	86
A test vénarendszerének vázlata . . . . .	87
Vénák elzáródásai . . . . .	89
Vena cava elzáródása . . . . .	91
Vénás pangás a végtagokon . . . . .	95
A vena portae rendszerének vázlata . . . . .	97
Portalis hypertensio . . . . .	99
Sclerodermia . . . . .	100
Sclerodermia . . . . .	101
Csomók, tumorok . . . . .	102
Sarcoidosis. Rhinophyma . . . . .	103
Lupus vulgaris. Lymphás leukaemia . . . . .	105
Lues . . . . .	107
Rendszerbetegségek . . . . .	109
Csomók, tumorok, sipolyok . . . . .	110
Nyirokcsomó tuberculosis. Actinomycosis . . . . .	111
Fog eredetű duzzanatok és sipolyok . . . . .	113
Csomók, tumorok . . . . .	114
Parotitis. Parotis-kevert tumor . . . . .	115
Virchow-csomó. Köldök-metastasis . . . . .	117
Neurofibromatosis . . . . .	119
Bourneville—Pringle-kór . . . . .	121
Oedema, anasarca . . . . .	122
Heveny vesegyulladás. Quincke-oedema. Lábszárvizenyő . . . . .	123
Páncélszív. Szívelégtelenség . . . . .	125
Máj-cirrrosis. Artefactum. Sudeck-vizenyő . . . . .	127

A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák . . . . .	128
Spina bifida. Spondylolisthesis . . . . .	129
Torticollis . . . . .	131
„Szívúp” (szívtáji elődomborodás). Tölcsér-mellkas . . . . .	133
Lapos hát. Kerek hát . . . . .	135
Spondylarthritis ankylopoetica . . . . .	137
Gibbus . . . . .	139
Scoliosis . . . . .	141
Az idegrendszeri zavarok jelei . . . . .	146
Amyotrophiás lateralsclerosis. Dystrophia musculorum progressiva.	
Serratus-bénulás és suprascapularis bénulás . . . . .	147
Opisthotonus, ischias-neuralgia, syringomyelia . . . . .	149
Neurogen izom-atrophia. Myotonia congenita . . . . .	151
Radialis bénulás. Ulnaris bénulás . . . . .	153
Medianus bénulás. Izolált hüvelykpárna atrophia . . . . .	155
Sclerosis multiplex. A poliomyelitis következménye . . . . .	157
Horner-tünetcsoport. Lárvaarc. Torticollis . . . . .	159
Facialis paresis. Hypoglossus bénulás . . . . .	161
Ízületi elváltozások . . . . .	162
Polyarthritis chronica . . . . .	163
Rheumás csomók . . . . .	165
Heberden- és Bouchard-csomók . . . . .	167
Ízületi folyadékgyülem . . . . .	169
Pruritus . . . . .	170
Vakarási nyomok . . . . .	171
Urticaria papulosa. Papulonecroticus tuberculid . . . . .	173
A bőrfüggelékek elváltozásai . . . . .	174
Toxicus hajhullás . . . . .	175
Beau-féle körömrödők. Leukonychia . . . . .	177
A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai . . . . .	178
Herpes simplex. Stomatitis aphthosa. Habitualis aphthák . . . . .	179
Erythema exsudativum multiforme. Soor. Rhagas . . . . .	181
Fekete szőrös nyelv . . . . .	183
Lingua plicata. Lingua geographica . . . . .	185
Lues. Actinomycosis. Tuberculosis. Stomatitis aphthosa . . . . .	187
Melkersson – Rosenthal-syndroma. Lipodystrophia . . . . .	189
Sjörgen-syndroma . . . . .	191
A gingiva és a fogak elváltozásai . . . . .	192
Gingivitis . . . . .	193

Gingiva elszíneződések . . . . .	195
Makrulia . . . . .	197
Makrulia. Epulis . . . . .	199
A szájnyálkahártya elváltozásai . . . . .	201
Zománc- és dentinhypoplasia . . . . .	203
Fogzománc-elváltozások. Hutchinson-fogak . . . . .	205
A tonsillák és a garat elváltozásai . . . . .	206
Tonsillitis. Abscessus peritonsillaris . . . . .	207
Angina monocytotica. Diphtheria. Tonsilla-hyperplasia . . . . .	209
Tumorok. Angina agranulocytotica. Plaut—Vincent-angina . . . . .	211
A szem elváltozásai . . . . .	212
A könnymirigy és a könnyzacskó affectiói. Pigment-anomáliák. . .	
Neurofibromatosis . . . . .	213
Pupilla-elváltozások . . . . .	215
Szaruhártya-elváltozások. Az uvea és a sclera gyulladásai . . . . .	217
Elváltozások a csontok megbetegedéseiben . . . . .	218
Paget-kór . . . . .	219
Elváltozások a csontok megbetegedéseiben. Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben . . . . .	220
Paget-kór. Uehlinger-kór. Tetania . . . . .	221
Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben . . . . .	222
Hyperthyreosis . . . . .	223
Exophthalmus . . . . .	225
Exophthalmus. Struma . . . . .	227
Struma . . . . .	229
Akromegalia . . . . .	231
Hypothyreosis . . . . .	233
Kretenismus . . . . .	235
Cushing-syndroma . . . . .	237
Hirsutismus . . . . .	241
Hypogonadismus . . . . .	242
Elsődleges hypogonadismus. Klinefelter-syndroma . . . . .	243
Másodlagos hypogonadismus . . . . .	247
Törpenövés. Óriásnövés . . . . .	248
Törpenövés . . . . .	249
Hypophysaer gigantismus . . . . .	255
Elváltozások anyagcsere-betegségekben . . . . .	256
Diabetes mellitus . . . . .	257

Xanthoma . . . . .	261
Porphyria . . . . .	265
Pellagra . . . . .	267
Köszvény . . . . .	269
Elhízás, soványodás . . . . .	272
Elhízás . . . . .	273
Lipodystrophia . . . . .	275
Lcsoványodás, cachexia . . . . .	277
Tárgymutató . . . . .	279

### *Munkatársaink*

- Herpes zoster 58—61. o.-ig K. MÜLLER
- Látható collateralis keringés. Vénás pangás 86—99. o.-ig J. KONCZ
- Csomók, tumorok (fog eredetű duzzanatok és sipolyok) 112—113. o.-ig E. SONNABEND
- A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák 128—145. o.-ig J.-W. WEISS
- Az idegrendszeri zavarok jelei 146—161. o.-ig U. VENZLAFF
- A gingiva és a fogak elváltozásai 192—205. o.-ig E. SONNABEND
- A tonsillák és a garat elváltozásai 206—211. o.-ig B. MINNIGERODE
- A szem elváltozásai 212—217. o.-ig H.-H. SCHUMACHER
- Elváltozások a csontok megbetegedéseiben (Paget-kór, Uehlinger-kór) 220—221. o.-ig szerzők és E. SONNABEND
- Hypogonadismus. Törpenövés. Óriásnövés 242—255. o.-ig H. NOWAKOWSKI

## Szerzők és munkatársak

Prof. Dr. G. F. KLOSTERMANN  
a göttingeni egyetemi bőrklinika főorvosa

Prof. Dr. J. KONCZ  
a göttingeni egyetemi sebészeti klinika szív- és érsebészeti osztálya

Dr. B. MINNIGERODE egy. magántanár  
a göttingeni egyetemi fül-orr-gégeklinika és polyklinika főorvosa

Dr. K. MÜLLER  
a hannoveri „Nordstadt-Krankenhaus” belgyógyászati klinikája

Prof. Dr. H. NOWAKOWSKI  
a hamburgi egyetem II. belgyógyászati klinikájának és polyklinikájának főorvosa

Dr. H. SCHUMACHER  
a göttingeni egyetemi szemészeti klinika főorvosa

Dr. med. dent. E. SONNABEND egy. magántanár  
a göttingeni egyetemi fogorvosi klinika és polyklinika osztályvezetője

Prof. Dr. H. SÜDHOF  
a belgyógyászati klinika főorvosa és a Hannover in Gehrden-i körzet „Robert Koch”-kórháza vezető orvosa

Prof. Dr. W. TISCHENDORF  
a hannoveri „Nordstadt-Krankenhaus” belgyógyászati klinikájának főorvosa

Prof. Dr. U. VENZLAFF  
a göttingeni egyetemi elme-kórtani klinika és polyklinika főorvosa

Dr. J.-W. WEISS egy. magántanár  
a göttingeni egyetemi sebészeti klinika orthopaediai osztályának vezetője





# A bőr színének megváltozása

## Sápadt bőr

A bőr színét jelentősen befolyásolja a bőrnek vérrel való átáramlása. Ez az oka, hogy sok, teljesen egészséges ember, mint az *1. ábrán* látható nő is, feltűnően sápadt. Az ajak-, a szájnyalkahártya és a szemkötőhártya arról tanúskodik, hogy ebben az esetben a sápadtság a *bőr rossz átáramlásának* és nem vérszegénységnek a következménye.

A *2. ábrán* látható beteg extrém halvány kötőhártyája (gyomorvérzés utáni állapot), valamint a *3. ábrán* látható beteg halvány ajka (jobb oldalt — heveny myelosisban szenvedő férfi, bal oldalt — egészséges ember) kétségkívül vérszegénységre utal.

Egyedül a kórelőzményből, illetőleg a beteg panaszából, továbbá az esetleg társuló klinikai tünetekből gyakran a vérszegénység okára is következtetni lehet.

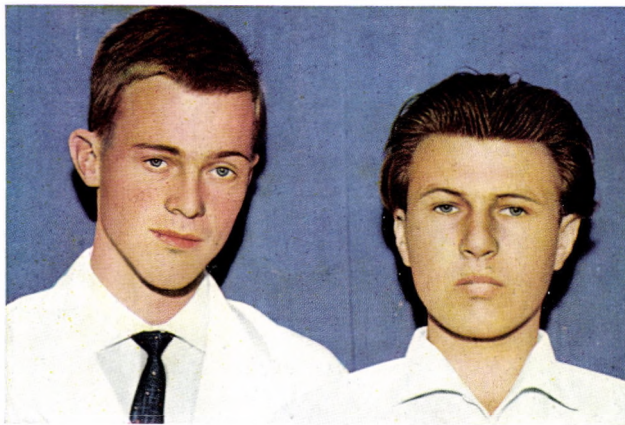
Nagy, heveny vérzések következtében fellépő anaemia esetén a beteg többek között igen gyorsan kialakuló gyengeségérzésre panaszkodik, míg haemoblastosisok, perniciosus, idiült kisebb vérvesztések vagy sorvasztó megbetegedések során kifejlődő vérszegénységben az anamnesis általában sokkal hosszabb. Ilyenkor a szervezet lassan adaptálódik az anaemiához, olyannyira, hogy a súlyosan vérszegény betegek nemritkán még 25%-nál alacsonyabb haemoglobinszint (továbbiakban Hb) tartalom esetén is saját lábukon keresik fel az orvost. Panaszaik: fáradtságérzés, időnkénti ájsítás, a koncentráció képesség gyengülése stb., elsősorban az agyi-hypoxia következménye.



1



2



3

## A bőr színének megváltozása

Sápadt bőr

A 4. ábra is heveny myeloblastos leukaemiában szenvedő vérszegény beteget ábrázol. Akárcsak a 3. ábrán, a nagy fokú anaemia (Hb 31%) jeléül itt is feltűnő a halvány felső ajak. Az alsó ajak a véralvadék miatt pirosabbnak látszik. Az alapbetegség haemorrhagiás diathesishez vezetett. A kötőhártyák erősen duzzadtak és véresen beivódtak. A duzzanat myeloid infiltratio következménye. Vérszegénység mellett egyidejűleg fennálló bőr- és nyálkahártyavérzések (vö. 117. ábra, 71. o.), vagy a száj- és garatüreg gyulladása (vö. 345. ábra, 211. o.) haemoblastosisra, vagy panmyelopathiára hívják fel a figyelmet.

Az anaemiával együtt észlelhető atrophias nyelvnyálkahártya (5. ábra), mely gyakran a Hunter-glossitisnek felel meg, anaemia perniciosára vagy vashiányos vérszegénységre utal. Ha a beteg arról panaszkodik, hogy keze-lába paraesthesiás vagy már mélyérzészavar is kimutatható, úgy valószínűleg funicularis myelosis áll fenn. Ilyen esetekben már a klinikai lelet alapján is kimondható az anaemia perniciososa lehetősége.

A 6., 7. és 8. ábrán látható elváltozások feltételezhetővé teszik a vashiányos anaemiát. Az anaemia perniciososa képébe is beillő atrophias nyelvnyálkahártyán és sápadtságon kívül szájszugi berepedések is lehetnek, melyek egymagukban is sokatmondóak, de a többi tünettől együtt a vashiányos vérszegénységre tipikusak. Ugyanez vonatkozik a 7. és 8. ábrán látható törékeny és vékony körmökre is. Ezek gyakran laposak, olykor a physiologiás görbülettel ellentétesen, kanálszerűen kimélyültek (koilonychia, 8. ábra). A különböző anaemia-féleségek differenciálásához, valamint a klinikai kép alapján felállított valószínűségi diagnózis megerősítéséhez részletes haematologiai vizsgálatokra van szükség.



4



5



6



7



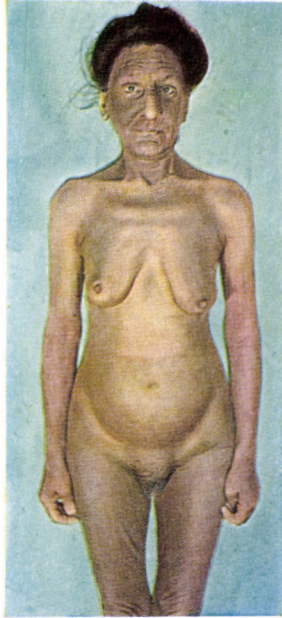
8

# A bőr színének megváltozása

## Pigmentált bőr

A bőr többé-kevésbé intenzív — elsősorban a fénynek kitett helyeken fellépő — barnás elszíneződése olyan tünet, amelynek különböző jelentősége lehet. Előfordul, hogy csak a fénynek kitett bőrfelület erősebb, de ártalmatlan barnulási hajlamának következménye, azaz kóros jelentőség nélküli alkati sajátosság. Máskor barnásan elszíneződött bőr láttán Addison-kórra, nehéz fémek szedésére, pancreas-elégtelenségre, sprue-ra, idült vesegyulladásra és chloasma uterinumra kell gondolnunk. Ezeken kívül — olykor — differenciáldiagnosztikai szempontból mérlegelnünk kell az icterus (l. 13. o.), a haemochromatosis (l. 265. o.), a porphyria (l. 265. o.), a pellagra (l. 267. o.), valamint az acanthosis nigricans lehetőségét is.

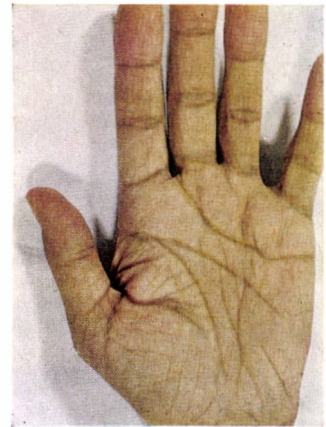
A 9. ábrán látható beteg egész testére kiterjedő piszkosbarna pigmentatio Addison-kór következménye. A bőrszín alapján azonban ezüst (argyrosis) vagy más nehézfém lerakódása is szóba jöhetne. Ez utóbbiak az Addison-kórtól rendszerint szürkébb, illetőleg barnásabb bőr-elszíneződésük révén különböznek (vö. 16. ábra). A 10. ábrán is Addison-kóros beteget láthatunk. A bőrfelület ebben az esetben is mindenütt megbarnult, de a fénynek kitett helyeken — a képen főleg a kézen feltűnő — a bőr sokkal erősebben elszíneződött. A körmök feltűnően világosak (vö. máj-cirrhosis, l. 14. o.). Olykor csak az ujjak ízületei feletti dorsalis bőrredők sötétbarnák. Ez a tünet is a nehézfémek lerakódása ellen szól. Az Addisonos beteget általános aspectusa, jellemző adynamiája és passzív magatartása is megkülönbözteti a nehézfém okozta bőr-elszíneződéstől. A testfelszín pontosabb megtekintésekor feltűnik az Addison-kóros betegen — különösen a tenyér barázdáiban — (11. ábra), az ujjak bőrredőin, a farpofákon, a mamillák és a genitáliák környékén a kifejezett pigmentlerakódás.



9



10



11

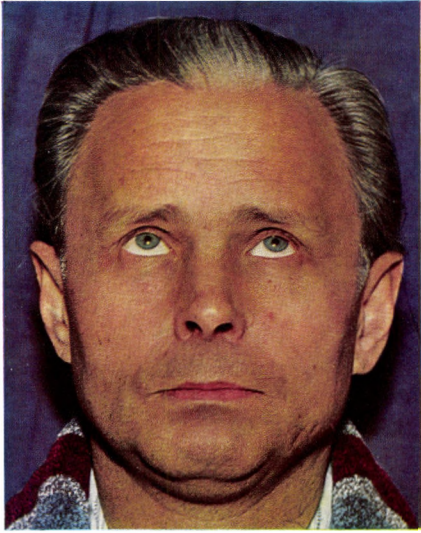
# A bőr színének megváltozása

## Pigmentált bőr

Az Addison-kóros pigmentatio első pillantásra összetéveszthető az icterusos festenyzettséggel is. A *sclerák megtekintése* azonban rögtön lehetővé teszi az elkülönítést (12. ábra). Ha a gyanú Addison-kórra terelődött, igen alaposan meg kell figyelniünk az *ajak- és a szájnyalkahártya pigmentációját* (l. 13. és 14. ábra). Epigmentfoltok Addison-kórban gyakran *igen kicsinyek*, tehát figyelmesen kell kutatnunk. A bőr pigmentációja nélkül nem tekinthetők egyértelmű tünetnek (vö. például a Peutz-syndromával, 19. és 194. o.).

A 15. ábrán látható nő arcán *barnás foltok* alakultak ki. Terhesség alatt gyakran észlelünk ilyen elváltozást. A foltokat *chloasma uterinum*nak nevezzük. Hasonló pigmentatio alakulhat ki egyéb genitális elváltozások, továbbá *pancreas insufficientia*, *sprue*, illetőleg más *gyomor-bél* betegségek talaján is. Hasonló festenyzetség léphet fel csekélyebb értékű zsiradék fogyasztása (*melanosis Richl*), valamint *idült nephritis* esetén, s végül minden kimutatható ok nélkül is.





12



13



14



15

# A bőr színének megváltozása

## Pigmentált bőr

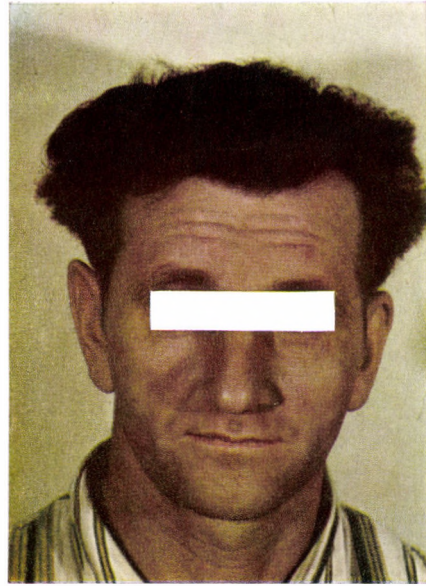
A 16—18. ábrán látható bőr-, nyálkahártya- és körömágy elszíneződéseket *hosszú időn át szedett gyógyszerek, illetőleg idült mérgezések* okozták.

Az *ezüst* (Ag-tartalmú gyógyszerek, torokdezinficiensek stb.) egyes betegeken nagyobb mennyiségben rakódik le a *bőr alatti kötőszövetbe*, és gyakorlatilag irreversibilis *diffus, piszkos-szürkés bőr-pigmentatiót* hoz létre (16. ábra). A sötét látótérben vizsgált szövettani metszetekben az ezüst részecskék szinte ragyognak, és így biztosan megkülönböztethetők a melanososis és haemosiderosisis bőr-pigmentatiótól (17. ábra). Argyrosisban is előfordul diffus nyálkahártyafestenyezettség.

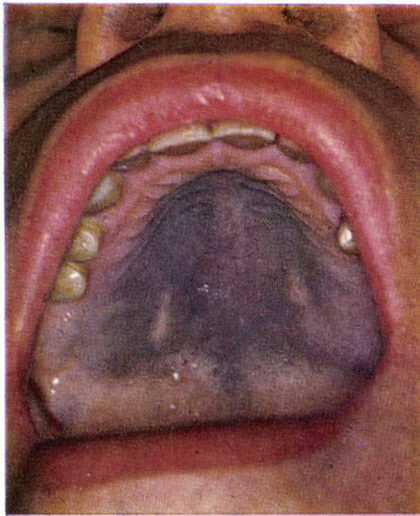
A 17. ábrán bemutatott esetben a *szájpadlás kékesszürke elszíneződése*, továbbá a *tipikus kék körömágy pigmentatio* (18. ábra) a *hosszas Atebrin-kezelés* ritkán előforduló és ugyancsak irreversibilis következménye volt. Az adott esetben a fenti elváltozások a bőr Atebrin-kezelés során sokkal gyakrabban kialakuló *elsárgulásával* együtt fejlődtek ki.

Fémek hatására — egymagában vagy egyéb pigmentációval együtt — leggyakrabban a *gingiván észlelünk sötét szegélyt* (vö. 193. o.) A *foghús elszíneződése* a noxától függően különböző árnyalatú lehet. A szín, illetőleg az elszíneződés megoszlása alapján bizonyos fokig lehetőségünk nyílik a kiváltó agens megközelítésére, mint ahogy ezt az ismertetett példák is mutatták (argyrosisban a pigmentatio a gingiván kívül más nyálkahártyákra és a bőrre is kiterjed, Atebrin hatására a körömágy színeződik el és a bőr sárgul meg).

Diagnosztikus szempontból tekintettel kell lennünk a nyálkahártyák esetleges gyulladáshoz vezető elváltozásaira (pl. Bi és Hg esetén), valamint egyéb általános tünetek kialakulására, illetőleg ezek hiányára (vö. 192. o.).



16



17



18

## A bőr színének megváltozása

### Pigmentált bőr

A szemben levő oldalon látható képek az icterus különböző formáit tüntetik fel. A 19. ábra súlyos *hepatitis*ben szenvedő beteget ábrázol a betegség második hetében. A bőr kissé piszkossárgás színárnyalata megfelelhet egy régebben fennálló *elzáródásos sárgaságnak* is. Klinikailag olykor igen nehéz az *elzáródásos*, illetőleg a *parenchymás icterus* elkülönítése. Még bonyolult laboratóriumi módszerek, mint a bromthalein-teszt, az alkalikus phosphatase, illetőleg a transaminase-meghatározás stb. sem mindig dönti el a kórjelzést, és a diagnózist esetleg csak a lefolyás alapján vagy laparoscopia segítségével tudjuk felállítani.

A 20. ábrán látható beteg bőrének sárga színe világosabb. Az *anamnesis*, valamint a kevésbé kifejezett *toronykoponya* a *haemolyticus icterus* vele született alakjára utal. Az időszakos sárgaság, a lépduzzanat, a bilirubin hiánya a vizeletben, valamint a haematologiai és — a szerzett alakok esetén — a serologiai adatok diagnosztikai munkánk során útbaigazítást nyújthatnak. A 22. ábra *máj-cirrhosis*t mutat be. A sárgaság mind idült *hepatitis*ben, mind *máj-cirrhosis*ban általában hiányzik. Csak olyankor alakul ki, ha a gyulladáshoz folyamatosan kapcsolódik a kórelőzményen és a tapintási leleten kívül az emésztési zavarok, valamint a meteorismus, már az ascites fellépte előtt (l. 191. és 192. ábra, 127. o.) felhívhatják a figyelmet a portalis hypertensióra. Az oesophagus varixok röntgenológiai kimutatása ebben a vonatkozásban fontos diagnosztikus jel. A *hepatrophia*, továbbá az elégtelen oestrogen-lebontás a beteg májban *feminin típusú szövet* kialakulásához és — mint a 22. ábrán látható betegen — a *mellkasi és hónalji szövet* kihullásához vezethet. Az említett elváltozások örökletesek is lehetnek. *Máj-cirrhosisra* utaló egyéb klinikai tüneteket mutatunk be a következő oldalon is.

A 21. ábra egy *haemochromatosis*ben szenvedő beteg bőrét mutatja. A barnás pigmentációt a bilirubin mellett az egyidejű *haemosiderin-* és *melanin-lerakódás* okozza. *Siderophilában* szabály szerint nemcsak *máj-cirrhosis*, hanem gyakran *diabetes mellitus* is kialakul. A diagnózist legbiztosabban a máj-punctatum szövettani vizsgálata alapján állíthatjuk fel.

*Különböző okból kialakult icterusok*



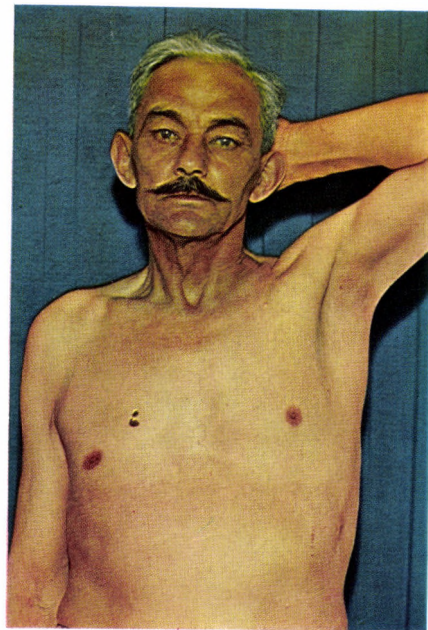
19



21



20



22

## A bőr színének megváltozása

### Pigmentált bőr

A máj-cirrhosis valószínűségi diagnózisának alátámasztására fontos klinikai adattal szolgál a 23. ábrán látható *erythema palmare*. Ez az elváltozás nemcsak máj-cirrhosisban, de terhesség alatt is kialakulhat, sőt olykor más betegségekben is előfordul. Felléphet egészséges embereken is, különösen gyermekeken és ifjakon. Cirrhotikus betegeken gyakran Dupuytren-kontraktúra is kialakul.

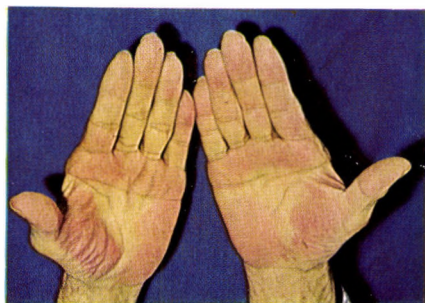
Ritkább, de a máj-cirrhosisra igen jellemző tünet a 24. ábrán látható élénkvrös, enyhén fénylő ún. „*lakk-ajak*”. A nyelv nemritkán kékesvrös, nyálkahártyája kifejezetten sorvadt.

Az *Eppinger-féle csillagocskák* („csillag-naevusok”) vagy *spiderek* (25–27. ábra) különösen gyakoriak máj-cirrhosisban. Szinte kizárólag a vena cava superior területének megfelelő helyeken, elsősorban a homlokon, vállon és az elülső mellkasfalán fordulnak elő. Már korán kialakulnak és rossz prognosticus jelnek számítanak. Spiderek a terhesség, valamint fertőzések és intoxicációk folyamán rövid idő alatt és nagy számban létrejöhetnek. Később ismét eltűnnek. *Osler-kórban* is előfordulnak tágult érelágazódások (l. 75. o.). Végül teljesen egészséges embereken is található ilyen „csillagocskák”: ez esetben az ún. *naevus araneusokról* van szó, melyek ártalmatlanok; inkább fiatal korban fordulnak elő. Egy-egy csillagocskára alapján a prognosticusan igen eltérő típusokat alig lehet elkülöníteni. Saját beteganyagunkban *naevus araneus* esetén mindenestre gyakrabban észleltük a központban elhelyezkedő erecske gombszerű kiemelkedését, s az értágulatok kisebb számban és mértékben ágaztak szét a periphéria felé. Maga a képlet általában valamivel kisebb szokott lenni a spiderekénél. Üveglappal leszorítva az ércsillagocskák teljesen kiürülnek. Mérsékelt nyomás mellett megfigyelhető a központi erecske pulsatioja. Ha az üveglapot eltávolítjuk, a sugarasan elhelyezkedő érágacskák gyorsan feltöltődnek a központi ér felől.

Feltűnőbb *óraiüveg-körme*ket, gyakran többé-kevésbé kifejezett *dobverő ujjakkal* együtt (28. és 30. ábra) máj-cirrhosisban, idiült tüdőbetegségekben és vele született szívhibákban, valamint olykor spruce-ban is látunk. (l. 48. ábra, 25. o.). Kevésbé kifejezett formában örökletes familiáris sajátosságként is előfordulnak, esetleg hyperperiostosisal együtt. A „*fehér köröm*”, mely a 29. és különösen kifejezett formában a 31. ábrán látható, a máj-cirrhosis ritka, de igen jellemző kísérő tünete (vö. 6. o.).

A cirrhosis hepatis klinikai megnyilvánulásai között a *caput Meduzae* a ritkaságok közé tartozik. Erre a kérdésre a collateralis keringés megtárgyalása során még kitérünk (l. 92. o.).

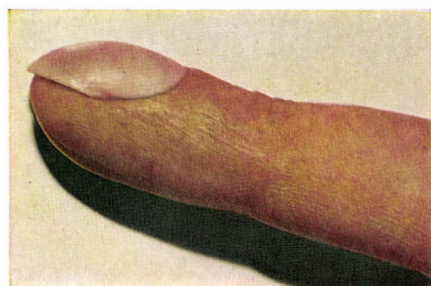
*Különböző elváltozások máj-cirrhosisban*



23



24



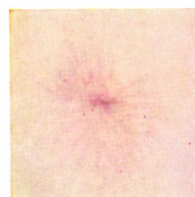
28



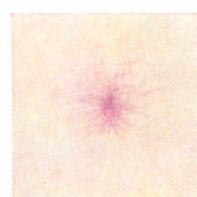
30



25



26



27



29



31

## A bőr színének megváltozása

### Pigmentált bőr

Az *acanthosis nigricans* (32. és 33. ábra) benignus (általában fiatalkori) és malignus (többnyire felnőttkorban kezdődő) betegségként, valamint ún. pseudoacanthosis formájában fordul elő.

A pseudoacanthosisban a bőrelváltozás okát a jelentékeny *elhízásban* látják. Ez az acanthosis másik két formájában hiányzik. A *benignus juvenilis alak* nemritkán *fejlődési rendellenességekkel, dysplasiás jelekkel és psychés defektusokkal* jár együtt.

A felnőttkori *malignus* megbetegedés példaképe az olyan eseteknek, melyekben „a bőrbetegség bizonyos belső zavarok tükröződése”. A „benignus” és „malignus” megjelölés nem magára a bőrelváltozásra vonatkozik, mely mindenkor jóindulatú. A malignus formában a prognoszt a belső szervek *egyidejűleg fennálló rosszindulatú daganatai* határozzák meg, melyek elsősorban az emésztőcsatornában, különösen pedig a gyomorban szoktak kifejlődni. Ezért minden acanthosis nigricans, különösen ha felnőttkorban kezdődött és elhízás, mint ok nem áll fenn, malignus tumorok utáni gondos kutatásra kell, hogy ösztönözzön.

A bőrelváltozás mindhárom alakban egyaránt piszkos szürkésbarna papillomatosis és hyperkeratosis kialakulásában áll, mely az érintett területnek laposan elterülő, szabálytalan szélű, dudoros felszínű jelleget kölcsönöz. A két benignus forma, illetve a malignus alak között fokozati különbségek állnak fenn, s ezek abban foglalhatók össze, hogy a jóindulatú variánsok esetében a bőr színe világosabb (inkább sárga vagy sárgásbarna), a papillomatosis finomabb, bársonyosabb és az elváltozás kevésbé progrediáló.

A folyamat leginkább a nagyizületek hajlataiban, az összefekvő bőrfelületeken, a tarkón, a nyak oldalsó felszínén, a genitalis-, a köldök- és száj körüli területeken szokott kifejlődni. Olykor, különösen a malignus formában, az említett területekről az elváltozás laposan áttérjedhet a törzs és a végtagok más részére is. Előfordul, hogy a nyálkahártyák betegszenek meg. A benignus és malignus alak megegyezik abban a tekintetben, hogy a hónalji tájékon mindkettőben gyakran találunk elváltozást, míg a nyak, illetőleg a tarkótáj gyakrabban betegszik meg a benignus, a száj környéke, illetőleg a végtagok pedig a malignus formában. Olyan különbségek ezek, melyek — különösen a tarkó-localisatio vonatkozásában — a későbbi lefolyás során elmosódnak, s ezért csak bizonyos óvatossággal értékelhetők.

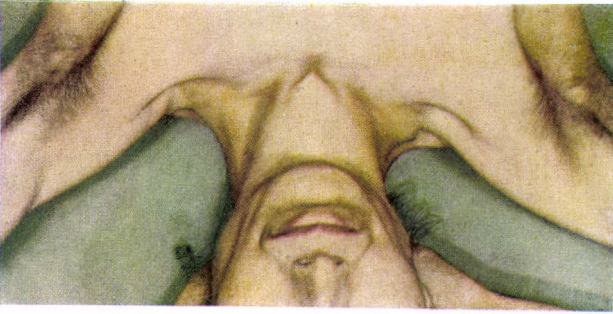


17

33



32



*Acanthosis nigricans*

## A bőr színének megváltozása

### Pigmentált bőr

A 34—37. ábrán látható sajátos pigmentatio esetén szintén belső tumorok után kell kutatnunk.

A *foltos pigmentpolyposist*, a *Peutz—Touraine—Jeghers-tünetcsoportot* a bőr- és a nyálkahártya-elváltozás kicsiny foltjai és az eloszlás típusa jellemzi. A syndroma a többnyire kiterjedt *polyposis* és az ábrákon látható *melanin-foltok* dominánsan öröklődő kombinációjában áll. A polyposis a gyomortól az anusig terjedhet. A fő localisatio a vékonybélben, s ezen belül is a jejunumban szokott lenni. Az említetteken kívül orr-, hólyag- és uterus polypokat is megfigyeltek. A bél-polyposis korán manifesztálódik — gyakran már a gyermekkorban — és gyakran okoz vissza-visszatérő invaginációkat.

A pigmentatio ismerete lehetővé teszi, hogy egyébként tisztázatlan „hasi symptomatologia” esetén rögtön felállíthassuk a kórismét. Pathognomiás a szeplőszerű, de sötétebb foltocskák kialakulása a szájnyalkahártyán és a száj közvetlen környékén. A bőr többi részének részvétele a folyamatban nagy ingadozásokat mutat. Általában megszokott localisatio az arc többi nyílásának (orrlyukak, a szem környéke) és az ujjízületek feszítő oldalának területe.



34



35



36



37

# A bőr színének megváltozása

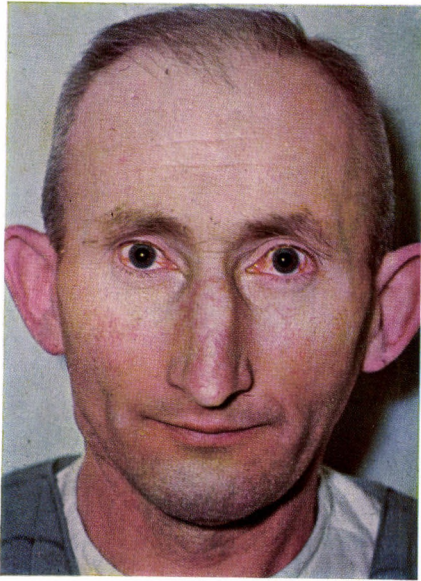
## Bőrpír

Az arc többé-kevésbé kifejezett kipirulásának *számos oka* lehet. A vegetatív labilis emberek múltó emotionalis kipirulásától és a lesüléstől eltekintve *essentialis hypertoniára*, *polycythaemiára*, *carcinoid-syndromára* (l. 56. és 57. ábra, 33. o.), valamint *diabetes mellitusra* is gondolnunk kell rózsás arcszín esetén.

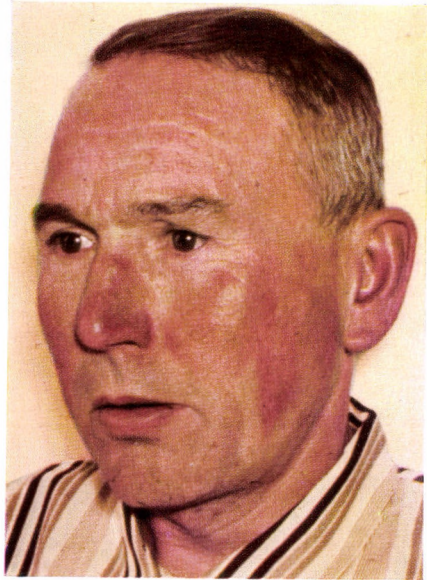
A szemben levő oldalon látható képek *polycythaemiás* betegeket ábrázolnak. A betegség korai időszakában a piros arcszín dominál: ha azután a későbbi lefolyás során szívelégtelenség lép fel, fokozatosan sötétkékes cyanosis alakul ki. A vörösvérsejtek jelentős megsaporodása következtében a hajszálereket feszülésig kitölti a vér. Ez idézi elő a polycythaemia diagnózisa szempontjából fontos tünet, a 40. ábrán látható *pseudoconjunctivitis* kialakulását, mely a 38. ábrán bemutatott betegen is felismerhető. A hypertensio és a lépduzzanat, valamint a haematologiai adatok alátámasztják a kórjelzést.

A polycythaemia az említetteken kívül a *rosaceának* is kedvez, bár ez csak egyike a dermatosist előidéző számos tényezőnek. Ez a bőrjelenség tehát nem alkalmas arra, hogy belőle minden további nélkül következtetéseket vonjunk le. A gyakorlati tapasztalat alapján azonban a rosacea bizonyos különleges típusa mégis nagy valószínűséggel polycythaemiára utal. E rosacea-forma jellemzője, hogy a rendszeren papulosus rosaceás kiütés az arcról — mely praedilectiós helynek számít — mindenekelőtt a fejbőrre terjed át (41. és 42. ábra). A fejbőrön kívül a fülre s olykor a nyakra, a törzs felső részére és más bőrterületre is átterjedhet a folyamat. Az arc-localisation belül — a típusos rosaceával szemben — az efflorescentia *egyenletesebb* megoszlásának tendenciája figyelhető meg.

*Polycythaemia*



38

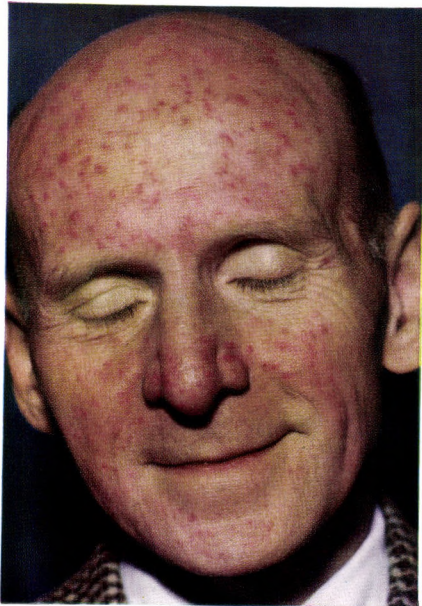


39



40

41



42



# A bőr színének megváltozása

## Kékesvörös bőr

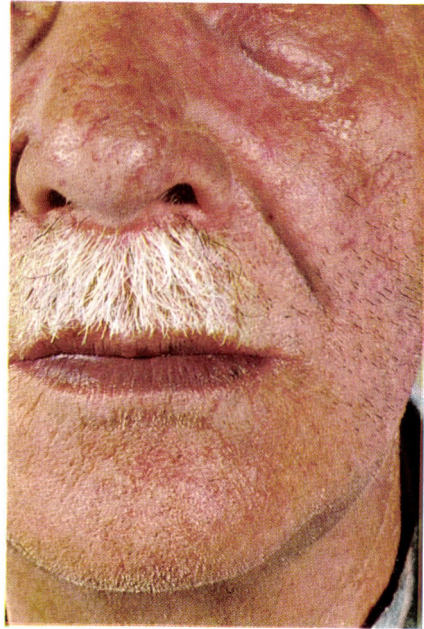
A diagnosztikai megtekintés számára közvetlenül adódó tünetek között a cyanosis a legértékesebb elváltozások egyike. Valódi *cyanosis* akkor lép fel, ha redukált formában 5 g%-nál több Hb van jelen. Ezért a cyanosis — egyébként azonos feltételek mellett — vérszegény betegeken sokkal később alakul ki, mint olyanokon, akik nem anaemiások. Ez az oka annak is, hogy miért gyakori és miért olyan kifejezett *polyglobuliában* és *polycythaemiában*, különösen akkor, ha a cyanosist elősegítő egyéb tényezők nagyobb mértékben hatnak.

A cyanosis különböző módon jöhet létre. *Peripheriás cyanosis* akkor lép fel, ha a vér lassabban áramolván a capillaris-rendszerben az oxigén nagyobb mértékben használódik fel, mint egészségeseken. A lassúbb áramlás oka lehet a vénás elfolyás általános vagy helyi akadály, pl. keringési elégtelenség vagy a véna törzseket szűkítő localis folyamat, végül a környéki keringés regulációs zavara. *Centrális cyanosis* esetén a vér arterialisatiója a tüdőben nem kielégítő (pl. pulmonalis stenosis, mitralis szívhibákban kialakuló kisvérkőri pangás, bal szívelégtelenség, idült tüdőbetegségek, illetőleg a tüdő heveny megbetegedései — pneumothorax vagy tüdő-infarctus — következtében) vagy pedig a jobbról balra irányuló shunt miatt az arteriás és vénás vér *keveredéséről* van szó vele születtett szívhibákban.

A 43. ábra egy idős férfi tipikus *ajak-cyanosisát*, valamint az arcbőr livid erezettségét tünteti fel, amit *öregkori tüdő-emphysema* és mérsékelt *szívizomelégtelenség* okozott. A 44. ábrán *mitralis stenosisos* beteget látunk, akin megfigyelhető a jellemző *mitralis arc*, az *orrcsúcs*, a *pofa*, az *ajak* és a *fül* livid elszíneződésével. A cyanosis ebben az esetben idült kisvérkőri pangás következménye. Ha a további lefolyás során a jobb szívfél elégtelensége is kialakul, úgy a pangásos máj következtében a fentiekhez még a bőr és a sclerák icterusos elszíneződése is társulhat.

A 45. ábrán látható betegen a cyanosis különösen kifejezett. Ebben az esetben súlyos tüdő-emphysema és krónikus cor pulmonale következtében másodlagosan *pulmonalis sclerosis* alakult ki. A cyanosis mellett feltűnő az arc puffadtsága, mely a jobb szívfél-éltelenség okozta pangás következménye. Felnőttkorban éppen a pulmonalis sclerosis idézi elő a legsúlyosabb cyanosist.

*Különböző okokból kialakult arc-cyanosisok*



43



44



45

## A bőr színének megváltozása

### Kékesvörös bőr

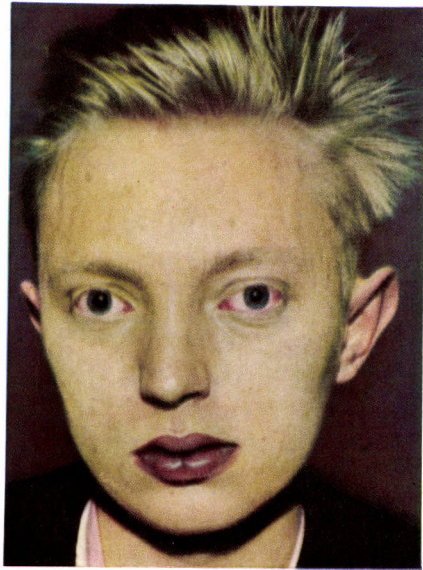
A cyanosis olykor különösen kifejezett vele született szívhibákban. A 46. és 47. ábrán látható két fiatal beteg esetében ilyen állapotról van szó. A helyes diagnózisra utal a kórelőzmény, a cyanosis, a mellkasfal gyakori előboltosulása a szívtájon („szívpúp”, vö. 202. ábra, 133. o.), a polyglobuliával járó vele született vitiumokban gyakran kifejezett *dobverő ujj* és *óraüveg köröm* kialakulása (48. ábra, vö. 14. o.) is, valamint a palpatio, a percussio és az auscultatio eredménye. Az egyes esetekben fennálló defektus pontos differenciálásához általában szükség lehet a röntgenvizsgálatra, az electrocardiographiára és szívkatéterezésre is. A 46. ábrán látható beteg esetében a kórelőzmény — kifejezett cyanosis csak a pubertastól alakult ki — jellemző volt a valóban fennálló *Eisenmenger-komplexusra* (lovagló aorta, magas kamrai septum defektus és jobb szív hypertrophia). A betegen észlelhető debilitas ebben a vonatkozásban diagnosztikailag nem értékesíthető. A 47. ábra *Fallot-tetralogiás* beteget ábrázol (lovagló aorta, magas kamrai septum defektus, pulmonalis stenosis és jobb szív hypertrophia). A pulmonalis stenosis fokától függően ebben a szívhibában kezdettől fogva kisebb-nagyobb fokú cyanosis áll fenn. *Fallot-tetralogiában* a *polyglobulia* is mindig jelentős. Ez a sclerát borító conjunctiva feszülésig telt ereiről is jól felismerhető (47. ábra).

A peripheriás és centrális cyanosis klinikailag könnyen megkülönböztethető. Ha a beteg fülcimpáját addig dörzsöljük, míg capillaris pulsus lép fel, úgy ezen a helyen a peripheriás cyanosis azonnal megszűnik. Ha a klinikai — s mindenekelőtt a hallgatósági — lelet nem egyértelmű, úgy az arteriás és vénás vér keveredéséből származó cyanosis (jobbról balra irányuló shunt) az aether- és a decholin-idő meghatározása alapján kimutatható. Ha a cyanosist sem peripheriás, sem centrális mechanizmus alapján nem tudjuk kielégítően megmagyarázni, úgy kóros haemoglobin-vegyületek (met- és sulphahaemoglobin, valamint verdoglobin) jelenlétére kell gondolnunk. Ilyenkor a vér qualitativ spectroscopos vizsgálata biztosítja a kórismét.





46



47



48

# A bőr színének megváltozása

## Kékesvörös bőr

A következő fényképeken a bőr kékesvörös színe vénás hyperaemiához vezető peripheriás funkcionális keringési zavar következménye.

A 49. és 50. ábra az akrocyanosis egy válfaját, az *erythrocyanosis crurum puellarumot* ábrázolja. Többé-kevésbé változatos klinikai képe, mely *lányokon* és *fiatal asszonyokon* fordul elő, az *erek sajátosságos dysregulációs típusára* hívja fel a figyelmet. A kékesvörös lábszár hűvös tapintatú. Az elváltozás jó talaj a később gyakran kifejlődő *pernio* számára, mely különösen az őszi-tavaszi hónapok hűvös időjárása idején a bőr keringésének elégtelen alkalmazkodóképessége folytán keletkezik. Aszerint, hogy a zavar inkább a lap-szerint elterülő egész subpapillaris és felületes (cutan) érhálózatot érinti, vagy pedig főleg a sűrű perifollicularis erekre lokalizálódik, az *erythrocyanosisnak* egyszer *diffus* (49. ábra), máskor inkább *follicularis* típusát (50. ábra) látjuk. Gyakrabban találkozunk azonban olyan változattal, melyben a diffus kékesvörös elszíneződésen belül a folliculusok még külön kiválnak, és szájadékukon többnyire kifejezett keratosis is látszik.

Az 50. ábra az *erythrocyanosisnak* és a kezek *perniójának* egy szokatlanabb, az *erythematodeshez* hasonló formájával való kombinációját mutatja, mely olykor keratotikus, cinóbervörös, illetőleg lividvörös foltok alakjában mutatkozik.

Az aktív és passzív hyperaemia megkülönböztetésére a színárnyalaton és a bőrhőmérsékleten kívül felhasználhatjuk az ún. „iris-blende”-jelenséget, ami abban áll, hogy vénás hyperaemia esetén az ujjunk nyomásával vértelenített halvány terület a periphéria felől lassan, a szívárványhártya szűküléséhez hasonlóan megkisebbedik, majd eltűnik.

*Erythrocyanosis crurum puellarum*



49



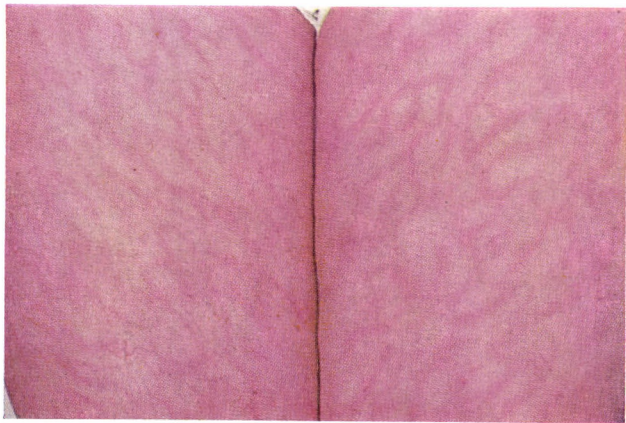
50

# A bőr színének megváltozása

## Kékesvörös bőr

Ha a peripheriás bőrerek hipertóniás-hypotóniás dysregulációja nem a felületes ér-hálózatot érinti, mint erythrocyanosisban, s a zavar kiterjed a durvább hálózatú, mély subcutan érfonadéokra, valamint az ebből vertikálisan felszálló arteriolákra és venulákra is, úgy kialakul a *cutis marmorata* vagy *livedo* (reticularis seu anularis) klinikai képe. Az elváltozás lehet nagy kiterjedésű, de bizonyos bőringerek hatására körülírtan is felléphet. A hálózatos kékesvörös elszíneződés (51. ábra) határa egybeesik annak a területnek a szélével, melyet az arteriola — melyben a dysregulatio következtében a keringés meglassult — ellát. Az elváltozás *márványos rajzolata* lehetővé teszi, hogy a képet minden más keringési zavartól elkülönítsük. A livedo leggyakoribb formája constitutiós, funkcionális zavar következménye és a belgyógyász számára — akárcsak az erythrocyanosis — azt jelenti, hogy különleges vasomotoros reakció-típussal van dolga.

A livedo azonban komoly tünet is lehet, és organikus érbetegségekre (pl. periarteriitis nodosára, allergiás vasculitisre, endarteriitis obliteransra, luesre, ritkábban dermatomyositisre, polyarthritésre) is utalhat. A vénás hyperaemia ilyenkor esetleg az arteriák lumenének beszűkülése és a *vis a tergo* hiányának következménye is lehet. Organikus folyamatok esetén a rajzolat kevésbé szabályos, inkább ágazatos vagy szövevényes (*livedo racemosa*, 52. ábra) hálózatot mutat.



51



52

## A bőr színének megváltozása

Kékesvörös bőr

Az 53—55. ábra az akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer különböző stádiumait mutatja. Differenciáldiagnosztikai szempontból legfontosabb az erythrocyanosis crurum puellarumtól való elkülönítése. A Herxheimer-féle betegséget a nem-bőrgyógyászok a gyulladással kezdeti időszakban (53. ábra) legtöbbször banális „keringési zavar” tartják, s ilyenformán gyakran elmulasztják a biztosan hatásos penicillin-therapia optimális időpontját. Ennek következtében a folyamat tovább terjed, és az 54. ábrán látható irreversibilis végső stádiumba, bőr-atrophiába megy át.

Ha a beteg az ábrán látható kórkép már teljesen kialakult, a diagnózis könnyen felállítható. Ilyenkor a kékesvörös erythemán kívül a bőr kifejezett petyhüdt atrophiája is szembetűnő, s ennek következtében a bőr „cigaretta papírszerűen” redőzhetővé válik, és a vénák rajzolata markánsan áttűnik a bőrön. Az elváltozás lapszerint kiterjed egyik másik vagy valamennyi végtagra. Az alsó végtagokon az erek környéke is be van vonva a folyamatba, míg a felső végtagokon — elsősorban egy ulnarisan lefutó csík keletkezése révén — gyakran már kezdetben jellegzetes képet mutat. Ha kialakulnak, úgy — az összképen belül — diagnosztikailag értékelhető tünetet képeznek a juxtaarticularis fibroid csomók is. Ezek a fibromaszerű kötőszöveti képződmények olykor laposak is lehetnek, s ilyenkor nehézségbe ütközhet a sclerodermától való elkülönítésük.

Ha atrophia még nem alakult ki, a kezdődő akrodermatitist nehezebb felismerni. A pír ebben a stádiumban a folyamat gyulladással jár. Ennek megfelelően az 53. ábrán jól látható, hogy az erythema — az erythrocyanosisal összehasonlítva — élénkebb piros színű és a kóros folyamat több körülírt góc összeolvadása következtében lapszerűen kiterjed. Az erythrocyanosis és az akrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer elkülönítése olykor szinte lehetetlen, hiszen mindkét elváltozás azonos ér-regulációs zavarban szenvedő nőknél fordul elő, és ezáltal a két folyamat gyakran kombinálódik egymással. Jelentősen fokozott vörösvérsejt-süllyedés és a környéki nyirokcsomók duzzanata — amennyiben ez utóbbi egyáltalán kialakult — az akrodermatitis fennállása mellett értékesíthető.

*Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer*



53



54



55

## Erythema - exanthema

Az arc rohamokban fellépő kipirulása (flush), tartósan fennálló pírja vagy akár tartós cyanosisa esetén, mely gyakran a *test felső részére* és a *karokra* is kiterjed (56. ábra), *carcinoid syndromára* kell gondolnunk. Ezek a bőrjelenségek, melyekhez a későbbi stádiumban még gyakran az arcbőr *teleangiectasiái* is társulnak (57. ábra), a betegség legfontosabb obligát tünetei közé tartoznak. Fentiekén kívül a tryptophan-anyagszerevezavar keretében fellépő csökkent endogen nikotinsavamid-synthesis következtében *pellagraszerű bőrelváltozások* is kialakulhatnak. Keringési zavarok, mégpedig tachycardia és vérnyomás-ingadozás is felléphetnek. *Hasi tünetek*, spasmusok és hasmenés, fontos *korai* jelek. Gyakran a *légzés* is megváltozik, tachy- és hyperpnoe, sőt olykor asthmaszerű jelenségek is észlelhetők. A carcinoid-syndroma számos esetében a pulmonalis és tricuspidalis billentyűkön leírt elváltozás többnyire elkerüli a klinikus figyelmét. A „carcinoid-syndroma” diagnózisa a vizelet fokozott 5-hydroxyindol-ecetsav tartalmának egyszerű kimutatásával, adott esetben pedig biopsiás vizsgálattal könnyen alátámasztható.

Az 58. ábrán látható *hevenyen kialakult arcpírt erysipelas* okozta. A diagnózis rendszerint nem jelent problémát. A legfontosabb adatokat a heveny gyulladásos jelleg, a folyamat éles és „lángnyelvekre” emlékeztető határa, valamint a kísérő láz szolgáltatják.





56



57



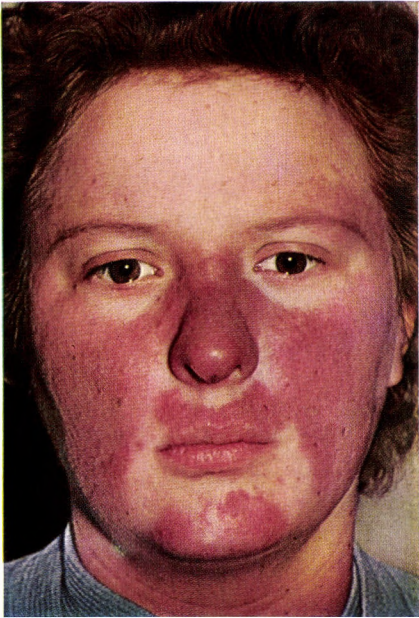
58

## Erythema - exanthema

A szemben levő oldalon látható képek az ún. *heveny* vagy *systemás lupus erythematosus* tipikus bőrelváltozásait ábrázolják.

A foltos kiütés, mely nemritkán gyógyszeres exanthemára emlékeztet, az orr és a pofa területén szimmetrikusan alakult ki. Az 59. ábrán a foltos gócok appozíciója következtében a kóros elváltozás szinte teljesen elborítja a beteg arcát. Jellemző módon mindkét képen jól látható, hogy a folyamat *megkímélte a szem környékét*. Az egyik betegen később a bőr többi részén is, különösen a mellkas felső részén, körömnagyságú foltokból álló, nem nagyon éles határú erythema alakult ki. A folyamat mindkét betegen jellegzetes módon kiterjedt a végtagok distalis részére is (61. ábra). Systemás lupus erythematosusban — a krónikus discoid formával ellentétben, ahol ez általában nem kifejezett — a kéz- és lábujjak feszítő oldalán ismerhető fel leginkább az erythema atrophíája és keratosisa.

Ez az elváltozás gyakran teljesen hiányzik. Ha azonban mégis kimutatható — még enyhe formában is — értékes adatot szolgáltat. A belső szervi elváltozások (leggyakrabban endocarditis, polyserositis, ízületi elváltozások) kialakulása, mindenekelőtt azonban a LE-sejtjelenség kimutatása, mely gyakran aspecifikus pozitív lues reakciókkal és pozitív serologiai rheuma-reakciókkal jár együtt, megerősíti a systemás lupus erythematosus diagnózisát, melynek heveny lefolyású alakjára egyébként jellemzőnek mondható a magas láz és a rendkívül fokozott vörösvérsejtsüllyedés.



59



60



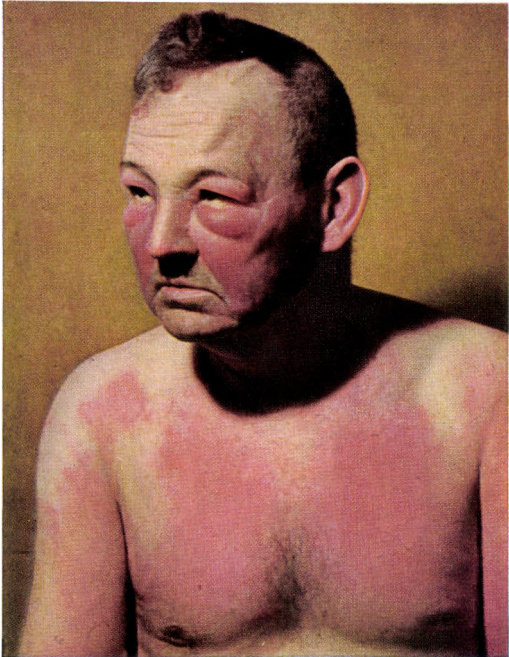
61

## Erythema - exanthema

Dermatomyositisben (62—65. ábra), melyet többnyire már a bőrjelenségek alapján el lehet különíteni a lupus erythematodestól, az erythema rendszeren kifejezetten *borvörös árnyalatú* (62. és 64. ábra), és szinte mindig erősebben *vizenyős jellegű* (62. és 63. ábra). A duzzanat — akárcsak a 63. ábrán bemutatott betegen — uralthatja a klinikai képet. A duzzanat, valamint az izomzat egyidejű megbetegedése a dermatomyositisben szenvedő betegnek igen jellemző, sajátos szomorú, sírós arckifejezést kölcsönöz (63. és 65. ábra). A lupus erythematodes-szel ellentétben a *szem környéke praedilectiós hely*. A bőr-pír dermatomyositisben gyakrabban terjed ki nagyobb területre, mint erythematodesben. Színe a társuló foltos pigmentatio és teleangiectasiák következtében olykor inhomogen és tarka (poikilodermatomyositis). Az exanthemák localisatiója dermatomyositisben többnyire kifejezett craniocaudalis terjedési tendenciát mutat. Az ujjak feszítő oldalának distalis részein nemritkán látunk lencsényi, körülírt porcelánszínű atrophias területeket, melyek pathognomiások és melyeket Gottron—Heuck-féle foltoknak nevezünk. A klinikai képet egyre fokozódó izomgyengeség egészíti ki, mely ugyancsak craniocaudalis irányban terjed tova és légzésbénulás következtében nemritkán halálhoz vezet. A kreatinin-koefficiens csökkenése, a vizelet kóros kreatinin tartalma, valamint a serum fokozott aldolase- és kreatinphosphorkinase-aktivitása lehetővé teszi, hogy az izmok enyhébb megbetegedését is felismerjük. Az *ízületek részvétele* ebben a betegségben is elég gyakori (kb. az esetek 15%-ában fordul elő), s ezért ügyelnünk kell rá, hogy a „lupus erythematodes” tévdiagnózisát elkerüljük. A láz és a véresejtsüllyedés nem olyan magas, mint a heveny erythematodesben. Minthogy *dermatomyositis* és *malignus tumorok* gyakran fordulnak elő együtt (ez utóbbiaknak nyilván pathogenetikai jelentősége is van), a gondos, részletes és célirányos vizsgálatoknak egyetlen esetben sem szabad elmaradnia.



62



63



64



65

## Erythema - exanthema

A következő képek különböző *gyógyszeres allergiás bőrelváltozásokat* ábrázolnak.

A 66. ábra egyszerű diffus erythemát tüntet fel. Az ilyen gyógyszeres erythemák nagy, összefüggő területre — az egész arcra és törzsre — is kiterjedhetnek és gyorsan elmúlnak (rash). Az exanthema számos kisebb, sűrűn elhelyezkedő erythemás foltból is állhat (67. ábra). Nagyságuk, alakjuk és kiterjedésük változó. Igen hasonlíthatnak különböző fertőző betegségek, a morbilli, a scarlatina és a rubeola exanthemáihoz. Már az atípusos morfológia alapján is gyakran sikerül az elkülönítés. Nemritkán csak egyéb adatok alapján válik lehetővé a differenciáldiagnózis az exanthemás fertőző betegségekkel szemben. Láz a gyógyszeres allergia során is felléphet. A kisfoltos disseminált és a diffus erythema-típus különböző testtájakon egyazon betegen is előfordul és a két típus egymásba átmehet. Folyamatos gyógyszeresedés esetén, ha a sensibilisatio ennek során alakul ki, az erythemás exanthema gyakran a 9. nap körül (a 4—20. nap között) szokott kifejlődni.

Gyakorlatilag áttekinthetetlen azoknak a gyógyszereknek a tömege, melyek különböző exanthemákat idézhetnek elő, hiszen minden gyógyszer szóba jöhet. Arra sincs mód, hogy bizonyos gyógyszereket bizonyos morfológiai elváltozással hozzunk kapcsolatba, mert a reakció típusa nemcsak magától a gyógyszertől, hanem úgy látszik mindenekelőtt a beteg diszpozíciójától függ. Mindössze annyit mondhatunk, hogy bizonyos kiütések esetében egyes gyógyszerek gyakrabban szerepelnek kiváltó okként. Erythemás exanthemát elsősorban arzén, antimaláriás szerek, sulphonamidok, barbiturátok, salicylatok, streptomycin, hydantoin, phenothiazin és nirvanol után látunk.



66



67

## Erythema - exanthema

A 68. ábrán a gyógyszerallergia jeleként az *urticariás* reakció-típust látjuk. Actiológiailag a gyógyszereken kívül számos nem-gyógyszeres (nutritív vagy inhalatiós) allergen is szerepet játszik, s végül ismeretes nem-allergiás, fizikális (hideghatás) vagy psychés urticaria is.

Gyógyszeres urticariák esetében, ha a kezdet *acut*, a gyógyszeres eredet rendszeren nyilvánvaló. Ilyenkor minden gyógyszer szóba kerülhet. Hosszantartó gyógyszeresedés vagy depo-készítmények alkalmazása esetén (hormonok, antibiotikumok, melyeknek bizonyos körülmények között egyetlen injekciója mint sensibilisalo, és egyben mint kiváltó tényező is szerepelhet) az oki összefüggés gyakran elmosódik.

A nem ritka penicillin-urticaria gyakran a serum-betegséghez hasonló klinikai képben manifesztálódik. Ilyenkor nagyobb és hosszasabban fennálló urticák alakulnak ki — sokszor elsőként az injekció helyén, s ezek gyakran rendeződnek el gyűrű alakban.

A bőrpróbák sajnos éppen az idült esetekben hagynak cserben. Ez a helyzet egyébként a különböző gyógyszeres bőrelváltozások esetén általában is, mert a próbák értéke ilyenkor igen csekély és bizonytalan. Különböző — részben az exanthema típusától is függő — egyéb vizsgálatokra van szükség. Mindent egybevetve, az anamnesisnek és a lefolyásnak — felhasználva egyben az allergen-expositio, illetőleg az allergen-kikapcsolás módszerét is — rendkívül nagy jelentősége van az allergenek kimutatása szempontjából. — Hideg-urticariában könnyű kísérletesen létrehozni és actiológiailag tisztázni az elváltozást. A vizsgálatot úgy hajtjuk végre, hogy egy jégdarabkát tartalmazó üvegedényt helyezünk a beteg bőrére (69. ábra).



*Gyógyszeres exanthemák (urticaria)*



68



69

## Erythema - exanthema

A 70. ábra egy állandósult gyógyszeres exanthema típusos korong alakú képét mutatja. Jellemző rá a kerek, sötétvörös—kékesvörös erythema, melyen — olykor — hólyagképződés is megfigyelhető. A bőrreakció a gyógyszernek a vérkeringés útján kifejtett általános hatása ellenére csak egy, vagy egynéhány körülírt góc kialakulásában nyilvánul meg. Minden kiújulás esetén pontosan ugyanaz a bőrterület betegszik meg. Teszt-vizsgálatokkal kimutatható, hogy ellenanyagok csak az exanthema területén vannak jelen. E fixált exanthemák praedilectiósi helyei a *végtagok distalis részei*, továbbá a *szemérentáj* és a *szájnyálkahártya*. Az exanthemák után kialakuló és tartósan fennálló pigmentációk alapján a kórjelzés még hosszú időn keresztül valószínűsíthető. Az említett exanthema-típus gyakrabban figyelhető meg phenolphthalein, antipyrin, phenacetin, antibiotikumok, atebrin, salvarsan és arany hatására. A fix exanthemákat sem lehet azonban a gyógyszer-túlérzékenység kétségtelen bizonyítékának tekinteni. Ilyeneket — bár rendkívül ritkán — nem-gyógyszeres allergének (hüvelyes főzelékek) következményeként is megfigyeltek.

A 71. ábra a haemorrhagiás gyógyszer-exanthemák csoportjának példája. A kép gyógyszer okozta *purpura simplexet* ábrázol, melyet monomorph kis petechiák jellemeznek. Haemorrhagiás exanthemák különösen carbamidok (sedormid) és balsamok hatására jelentkeznek, de chinin, jodidok, INH, valamint arzén, barbiturátok, sulphonamidok és salicylatok következtében is létrejöhetnek.

A 72. és 73. ábra a gyógyszeres elváltozásoknak azt a típusát mutatja be, melyet „*univerzális (erythrodermiás) gyógyszer-dermatitis*”-nek nevezünk. Ilyen az a reakció melyet a klasszikus salvarsan dermatitis képében ismertünk meg és amely nem-ritkán halálos kimenetelű. A bőr nagyfokú diffus vörössége és oedemás duzzanata többnyire a hajzat teljes kihullásával és körömelváltozással jár (l. 175. és 177. o.). A hám gyakran nagy, lemezes cafatokban válik le. A kézről kesztyűujjszerű epidermis-részek vonhatók le. Jelentős lehet az a veszély, mely bakteriális superinfectio formájában e súlyos dermatitishoz társul. Az elváltozás nemcsak arzén-vegyületek, hanem arany, valamint más nehézfémek (Hg, Bi) hatására is kialakulhat. E gyógyszerek lerakódása és cumulálódása a bőrben jelentős szerepet játszik az elváltozások súlyosságának és makacosságának előidézésében. E „dermatitis — nedvedző erythrodermia”-formát előidéző, ritkább antigenek közé tartozik a chinin, a novocain, az antimaláriás szerek, a sulphonamidok, az INH, a penicillin és mindenekelőtt a streptomycin.



70



72



71



73

## Erythema - exanthema

A 74—77. ábra különböző rajzolatú *erythema exsudativum multiforme*hoz hasonló *gyógyszeres exanthemát* mutat. Ezeknek a symptomás formáknak az idiopathiás *erythema exsudativum multiforme*től való elkülönítésében, egyes szerzők szerint, az atípusos morfológiai képen kívül az atípusos localisátiónak (idiopathiás *erythema exsudativum multiforme*: végtagok feszítő oldalának distalis részei, szájnyalkahártya) is van bizonyos jelentősége. Az egyes gócok morfológiája — érmeszerű urticás *erythema*, tipikus formában hólyagképződéssel, s kokárdaszerű színkülönbséggel a periphéria és a centrum között — teljesen azonos lehet. A kiváltó gyógyszerek mindenekelőtt különböző antipyreticumok és altatószerek, továbbá sulphonamidok, penicillin és phenolphthalein szottak lenni.

Gyógyszeres exanthemák esetén az allergen kimutatását szolgáló bőrpróbák és más módszerek gyakran cserbenhagynak. Az egyes módszerek eredménye az exanthema típusától függően változik. Bizonyos esetekben meggyőző lehet. Általában véve azonban a próbák értéke korlátozott. A klinikai vizsgálatok összeredménye többnyire döntőbben esik latba.

A gyógyszerek okozta bőrelváltozások összessége nemcsak morfológiailag, hanem pathogenetikailag is igen heterogén. Az eseteknek csak egy része, bár igen jelentős hányada, tekinthető biztosan allergiás eredetűnek. Inkább summatiós hatásokról lehet szó, hasonlóan azokhoz az elváltozásokhoz, amelyek különböző anyagok lerakódása következtében alakulnak ki a bőrön (vö. 11. és 75. o.). A gyógyszerek megzavarhatják a bőr mikroorganizmusainak ökológikus egyensúlyi állapotát és — akárcsak az antibiotikumok — a baktériumok növekedésének gátlása, a helyi reaktivitás megváltoztatása és a gombák növekedésére gyakorolt stimuláló hatásuk révén elősegíthetik a dermatophytiasisok (soor, epidermophytiasis) keletkezését és tovaterjedését. Gyógyszerek (pl. sulphonamidok, phenothiasin, antibiotikumok, különösen a tetracyklincsoportozok stb.) fokozhatják a bőr fényérzékenységét is és ily módon bőrjelenségeket idézhetnek elő.



74



75



76



77

## Erythema - exanthema

*Gyógyszerek biotrop reakciókat is kiválthatnak.*

A 78. ábrán látható beteg *Schoenlein-purpurában* szenved. A kép kiegészítője a 71. ábrán látható haemorrhagiás exanthemának. Jelen esetben a petechiák múltó urticariás erythema talaján alakultak ki. Az ízületi duzzanattal és olykor bélvérzéssel (*Schoenlein-Henoch-betegség*) járó *Schoenlein-purpura* gyakran gyógyszer-túlérzékenység kifejezője (további részleteket l. 72. o.).

A 79. ábra *lichenoid exanthemát*, azaz gyógyszer okozta symptomás *lichen ruber planust* mutat. Ez leggyakrabban arzén, arany és antimoniás szerek hatására lép fel.

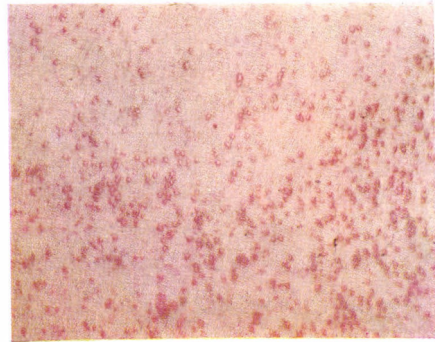
A 78. és 79. ábrán látható exanthemák esetében, melyeknek mindig „idiopathiás” bőrgyógyászati betegségek felelnek meg, ha gyógyszer-szedés után symptomásan léptek fel, csak csekély mértékben bizonyítható allergiás pathogenesisük, és az esetek egy részében nem is valószínű. Lehetséges, hogy a folyamatot ilyenkor lényegében a Milian-féle biotropismus értelmében kell felfognunk, azaz, hogy a gyógyszerek — közelebről nem ismert módon — magának az idiopathiás kórfolyamatnak kiváltásában vesznek részt.

Bőrelváltozások olykor valamely gyógyszer pharmacologiai hatásának következtében is kialakulhatnak. Ilyenek a hormonkezelés által kiváltott acnék. Halogen vegyületek, különösen bróm-készítmények, a bőrön történő kiválasztódásuk közben helyileg acneszerű izgalmi állapotot idézhetnek elő.

A 80. ábra ilyen acneiform gyógyszeres exanthemát mutat be. A halogének, az *ACTH*-n és a *corticoidok*on kívül olykor *INH*, különösen *INH-PAS* kombinált adagolása után is láthatunk hasonlót. A hormonok a genuin acne vulgarist is súlyosbítani képesek.



78



79



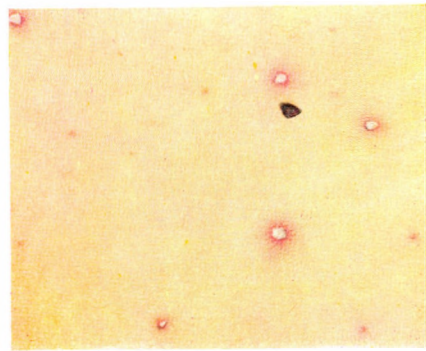
80

## Erythema - exanthema

A 81. és 82. ábrán bárányhimlőt látunk. Kizárólag csak a kiütés alapján *olykor rendkívül nehéz* vagy nem is lehet *elkülöníteni a varicellát a variola verától*. A bárányhimlőre jellemző, hogy az exanthema a kezdeti maculopapulosus foltból *órákon belül* az áttűnő, majd zavaros bennékű hólyagcsává alakul át, míg ugyanez a folyamat valódi himlőben napokig tart. Ez utóbbival ellentétben varicellában a *tenyéren és a talpon nincs* kiütés.

Anélkül, hogy ebben a vonatkozásban a *variola vera* és a *tehénhimlő* teljes differenciáldiagnosztikáját megtárgyalnók, utalnunk kell arra, hogy e betegségeket típusos esetben a varicellától az efflorescentiák *nagyobb gennyedési és necrotizáló hajlama*, valamint *a kifejezettebb gyulladásoz udvar* különbözteti meg. Variola verában az efflorescentiák a kifejlődés azonos fokán állanak, a fej, illetve arc felől caudalis irányban terjednek, míg varicellában különböző nagyságú és fejlettségű elemekből tevődnek össze (olyan képet adnak, mint a csillagos égbolt), s már korán és hangsúlyozottan a törzsre terjednek ki. — A nehézség az oltott embereken fellépő, gyakran varicellához hasonló variolois — enyhe variola — elkülönítésében áll, melynek mint valódi himlőfertőzésnek különös jelentősége van a himlőoltásban részesült populációban belül bekövetkező továbbterjedés szempontjából. A variolás exanthemának ilyenkor 3 alakja van: 1) a variola discretának megfelelő kép, 2) a miliaria cristallinához hasonló forma a végtagok distalis részén és 3) a varicellához hasonló többszörös, nem teljes szóródás. A 3. típust nem mindig tudjuk morfológiailag elkülöníteni a varicellától. *Varioloisban kifejezett prodroma* alakul ki. Akárcsak variola verában, az exanthema fellépésével *a láz csökkenni szokott*. *Varicellában a prodroma rendszeren hiányzik*. Ha fellépett a prodromális láz (ez felnőtteken fordulhat elő), úgy a kiütések jelentkezésekor változatlanul fennmarad. A himlőhólyagok említett craniocaudalis irányú terjedése a varicella kezdettől fogva kifejezettebb törzsi localisatiójával szemben további fontos adat a differenciálás szempontjából, mert a craniocaudalis terjedési irány a bárányhimlőhöz hasonló varioloisban is fennáll.





81



82

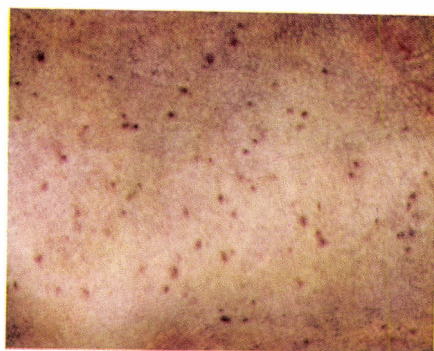
## Erythema - exanthema

A 83. ábrán látható exanthema *typhus-roseola*, mely a betegség második hetében lép fel és rendszeren csak kis számban alakul ki. Szinte kizárólag a törzsön, főképpen a has bőrén látjuk. A typhus-roseolák kis gombostűfej nagyságúak, enyhén elődomborodók és üvegspatulával eltüntethetők. A többi klinikai tünettel egybevetve a typhus fontos diagnosztikai jelét alkotják, de nem pathognomiásak erre a betegségre. Hasonló roseolák fordulnak elő paratyphusban, Bang-kórban, miliaris tuberculosisban és más fertőző betegségekben. A kiütéses typhus exanthemái (84. ábra) is ilyen roseolák, de lividebbek, s olykor barnábbak is. Typhus exanthematicusban ezek az exanthemák rendszeren nagy számúak, különböző nagyságúak, változó sűrűségűek és az egész testre kiterjednek. Súlyos esetben a kiütések petechiákká alakulnak át, és az exanthema — ebben az esetben — már az üvegspatula nyomására sem tűnik el.

*Typhus abdominalis. Kiütéses typhus*



83



84

## Erythema - exanthema

A 85—87. ábra scarlatinás betegről készült. A scarlatinás exanthema (85. ábra) a nyakon és mellkason kezdődik, majd az egész törzsre és a végtagokra is kiterjed. Legnagyobb intenzitását rendszeren a combon és a válltájon éri el. A lázrózsás piros arcon szembeűnő a perioralis halványság. Maga az exanthema diffus vörhenyes alapon sűrűn elhelyezkedő, igen kicsiny, follicularis elrendeződésű intenzív piros foltokból áll, melyek a diffuse vörös bőrön könnyebben megfigyelhetőbbé válnak, ha üvegspatulával mérsékelt nyomást gyakorolunk a bőrre. Nagyobb nyomás esetén a kiütés helyén a bőr sárgás árnyalatot vesz fel. Olykor apró hólyagocskák is kialakulhatnak. Ha az exanthemát ujjal megkaparjuk, az a kaparás helyén átmenetileg elhalványul („dermographie blanche”). Kétes esetekben a Schultz—Charlton-féle kioltási reakció — antitoxin tartalmú savó vagy reconvalescens serum intracutan befecskendezése — tisztázhatja a diagnózist. Súlyos lefolyás esetén petechiák is felléphetnek. A haemorrhagiás hajlam scarlatinában jelentékeny lehet és a pozitív Rumpel—Leede-tünet alapján (l. 108. ábra, 67. o.) majdnem minden betegen kimutatható. A málnanyelv (86. ábra) jellemző a scarlatinára. A 4—8. nap folyamán szokott kialakulni. Ebben az időben az angina, mely az exanthema fellépte előtt az előtérben állott, ismét súlyosbodni szokott. A láz, az exanthema, az angina és a nyirokcsomó-duzzanatok megszűnése után, a betegség első hetének végén, illetőleg a második héten, a bőr hámlani kezd. A hámlás a nyakon és a mellkason kezdődik, majd a felső és alsó végtagra is kiterjed. A tenyéren és talpon — mint azt a 87. ábra mutatja — a bőr nagy lemezekben hámlik. A kéz és a láb ilyen jellegű hámlása a scarlatinára pathognomiás és lehetőséget nyújt a retrográd diagnózis felállítására is.



85



86

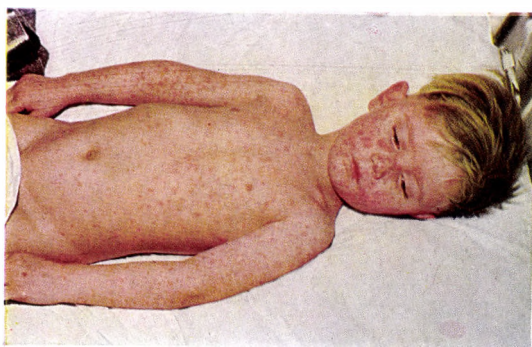


87

## Erythema - exanthema

A 88. ábrán kanyarós gyermeket látunk. A tarka, kis és közepes nagyságú, gyakran konfluáló kiütés az arcon kezdődik és innen caudalis irányban az egész testre kiterjed.

A scarlatinával ellentétben a perioralis tájék nem marad szabadon, sőt sokszor itt még kifejezettebb az elváltozás. Az efflorescentia konfluáló hajlama ellenére a sűrű exanthemával borított bőrterületeken belül normális bőrrel fedett szigetek is láthatók. A kiütés nemritkán oedemásan duzzadt vagy mérsékelten papulosus jellegű. Olykor miliaris hólyagcsák képződése is megfigyelhető. Haemorrhagiás jelleg és hámlás kanyaróban is előfordul, de a scarlatinához képest kisebb fokban. A tenyér és talp nem hámlik. — Míg a betegséget a prodromális stádiumban gyakran még nem ismerik fel és az átmenetileg fennálló Koplik-foltot (89. ábra) rendszeren elnézik, az exanthema fellépte után a kórjelzés rendszeren könnyen felállítható, mert a kiütésen és lázon kívül a kanyaróra jellemző fénykerülés, a kötőhártyák és légutak hurutos tünetei, továbbá nyirokcsomó-duzzanat és léptumor is fennállanak.



88



89

## Erythema - exanthema

A 90. ábra rubeolát mutat be. Az exanthema és a hurutos tünetek következtében a kórkép hasonlíthat a kanyaróra. *Rubeolában* rendkívül jellegzetes, és ezért a morbillitól való elkülönítés szempontjából a legfontosabb tünet a *tarkótáji nyirokcsomók duzzanata*. A nyirokcsomók nemcsak tapinthatóvá, de többnyire láthatókká is válnak. Differenciáldiagnosztikailag fontos továbbá, hogy a rubeolában szenvedő beteg közérzete csak csekély mértékben romlik. Az exanthema nem igen mutat hajlamot a konfluálásra, diszkrétebb, kisebb és halványabb mint kanyaróban. Az exanthema egyes elemeinek gyorsabb eltűnése és az itt is meglevő craniocaudalis terjedési irány következtében a kiütés kialakulása, illetőleg lezajlása hullámszerű jelleget mutat. Míg a test felső felében az exanthema már múlóban van, a test alsó részén még újabbak lépnek fel.

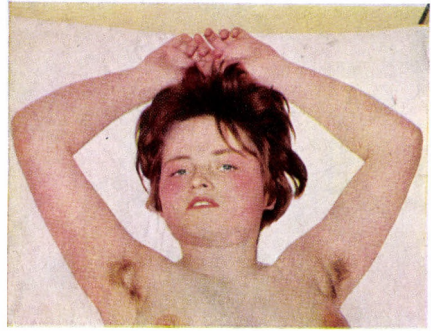
Akárcsak vörhenyben és kanyaróban, olykor rubeola esetén is nehéz a *differenciáldiagnózis a gyógyszeres exanthemákkal szemben*.

A 91., 92. és 93. ábra az *erythema infectiosumot* tünteti fel. Ebben a betegségben a kórisme elsősorban a változatos — tipikus esetben kör alakú és girlandszerű — exanthema jelenlétén, a viszonylag jó általános állapoton, valamint azon alapul, hogy a beteg környezetében esetleg hasonló betegség fordult elő.

Hogy az utóbbi években járványszerűen fellépett exanthemás betegség esetében — mely mint Osnabrück-i vagy Kiel-i betegség vált ismeretessé — *erythema infectiosum* esetekről vagy ECHO-virusfertőzésről, esetleg a margarin emulgeatorok hatására fellépő exanthemáról van-e szó, még folyik a vita. Akik az *erythema infectiosummal* azonos betegségnek tartják, e fertőzésben fellépő exanthemák nagy morfológiai változatosságára hivatkoznak.



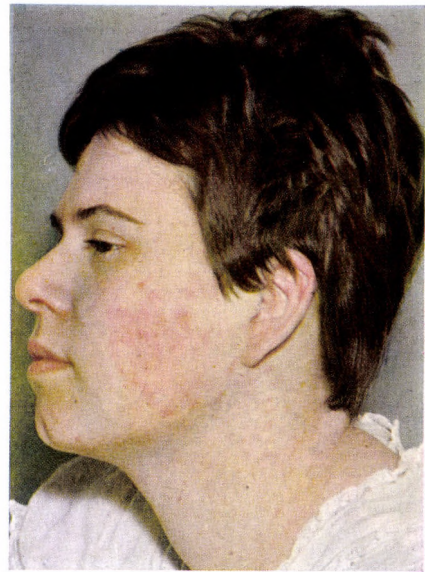
*Rubeola. Erythema infectiosum*



90



91



92



93

## Erythema - exanthema

A következő képek a *herpes zoster* változó megjelenésű és elhelyezkedésű formáit ábrázolják.

Ez a vírus-okozta bőr- és idegrendszeri megbetegedés, mely számos esetben előzmény nélkül — egyébként egészséges egyéneken — lép fel, az aetiologialag és klinikailag különálló herpes simplexhez hasonlóan mint második betegség is kialakulhat. Belgyógyászati anyagon úgy tűnik, hogy *granulomatosok*, *reticulosisok* és *haemoblastosisok* — közöttük is *leginkább a lymphogranulomatosis* és *lymphadenosis* — kedveznek herpes zoster kialakulásának. Erre az összefüggésre a herpes zoster diagnózisának felállításakor gondolnunk kell.

Localis szövödménynek tekinthető a haemorrhagiás (97. ábra) és gangraenás jelleg (95. ábra), mely súlyosbítja a betegség lefolyását. A trigeminus területének megbetegedése esetén (95. ábra) különös figyelmet kell fordítanunk a szem esetleges részvételére.



94



95



96



97

## Erythema - exanthema

Mint ahogy azt az előző — zoster ábrázoló — képekből, valamint a 98. ábráról látjuk, az övsömör rendszeren féloldali localisatiójú hólyagcsoportjai egyáltalán nem mindig övszerűen helyezkednek el. A bemutatott kéz-localisatio esetében első pillanatra talán epidermophytiasisra, illetőleg dyshydrosis kiütésre gondolhatnánk. A tévedéstől a pontos klinikai vizsgálat óv meg, melynek során felismerhetjük az elváltozás féloldali, segmentális elhelyezkedését.

Olykor azonban, mint a 99. ábra esetében, a folyamat áttörheti a segmentális határokat és generalizált herpes zoster alakulhat ki. Ilyen esetekben különösen gyakori a granulomatosisokkal és haemoblastosisokkal fennálló korreláció!



98



99

## Erythema - exanthema

A 100. és 101. ábra *erythema nodosum*ot tüntet fel. Ebben a kórfolyamatban téglavörös, nyomásérzékeny infiltratumok alakulnak ki, melyek részben csomókat képeznek, részben laposabb elődomborodások alakjában tapinthatókká válnak. A szövetekbe történt bevérzések következtében régebbi gócok a haematomák ismert színváltozatait mutatják („erythema contusifforme”). Jellegzetes localisatiójuk a *lábszárak feszítő oldala*. Az *erythema nodosum*mal az *erythema induratum* Bazin típusos *hajlító oldali localisatióját* állíthatjuk szembe (102. és 105. ábra). Utóbbi esetben a cutisban és subcutisban csomós, illetőleg lapos, livid-vörös infiltratumok alakulnak ki, s ezért az elváltozás csomós jellege még inkább mint *erythema nodosum*ban, csak palpációval állapítható meg. Az *erythema nodosum*mal ellentétben gyakran *kifekélyesednek* (l. 65. o.) és vöröseskékes infiltratumokon ülő torpid, szabálytalan határú, enyhén alávájt, necrotizáló ulcusok alakulnak ki.

Mindkét betegség alapját allergiás vagy parallergiás eredetű, részben granulomás vasculitisek és sarjadzó gyulladások képezik, melyek a subcutisba is betérjednek. Ezeket gyógyszer-túlérzékenységre vezetik vissza, vagy pedig infekciós-allergiás mechanizmussal magyarázzák. Az *erythema induratum*ot a klasszikus tanítás alapján tuberculidnak tartják. *Erythema nodosum*ban egyesek az életkortól függően két csoportra osztják a betegeket: a gyermekkori eseteket a tuberculosissal való szoros korreláció alapján a tuberculidok egyik klinikai megjelenési formájának tartják, a felnőttkoriakat pedig, melyeknek a gümőkórral semmiféle kapcsolatuk nincsen, banális strepto- és staphylococcus fertőzésekre vagy gyógyszerhatásra (pl. sulfonamidokra) vezetik vissza.

A 103. ábra szintén körülírt gyulladásos, pírral, csekély infiltrációval és nyomásérzékenységgel járó gócot tüntet fel, melyek lefolyása abban is hasonlított az *erythema nodosum*ra, hogy itt is kialakult a vérfesték-származékokból eredő elszíneződés; színben, consistenciában, mindenekelőtt pedig a szakaszos lefolyás hiányában azonban különböztek az *erythema nodosum*tól. Feltűnő volt, hogy az elváltozás (egy jobbkezes nő!) kizárólag a bal karra szorítkozott. Gondos vizsgálat (röntgenfelvétel, l. 104. ábra) és exploratio kiderítette, hogy *artefactum*ról volt szó. Az elváltozást a beteg úgy idézte elő, hogy varrótűket szúrt a bőre alá.

*Erythema nodosum. Erythema induratum Bazin. Artefactumok*



100



101



103



102



104

## Erythema - exanthema

A következő képeken különböző lábszárfekélyeket mutatunk be.

Az *erythema induratum* Bazint (105. ábra) már megtárgyaltuk. Típusos esetben a hajlító oldalon fekélyes és nem-fekélyes csomók együtt fordulnak elő. A kifekélyesedés az infiltratumokon belül következik be. A sarjadzás lényegesen túl megy a fekély határán. Akárcsak a 102. ábrán, úgy itt is, de még kifejezettebben, felismerhető az erythrocyanosis, mely kedvező talajt teremt az *erythema induratum* számára. Az erythrocyanosis itt mint perifollicularis livid-vörös erythema mutatkozik (vö. 27. o.).

Az *erythema induratum* Bazinban kialakuló fekélyvel két további lábszárfekély-típus hasonlítható össze. A 106. ábra banális *ulcus cruris varicosumot* mutat. A fekélyhez egy kanyarulatós tágult véna vezet. A 107. ábra szövettanilag igazolt *syphilises gummát* mutat be. A fekély széle sima, alakja ovális. Az elváltozás egy régi égésből származó hegben (*locus minoris resistentiae*) fejlődött ki.



*Erythema induratum Bazin. Ulcus cruris. Syphilis gumma*



105



106



107

## Haemorrhagiák

A vérzékenység különböző formáiban gyakran már a klinikai képből is következtetni tudunk a baj okára. A haemorrhagiás diathesis gondolatát már egyszerű klinikai vizsgálatok is megerősíthetik.

A 108. ábra pozitív Rumpel—Leede-próbát tüntet fel. A vérnyomásmérő készülék mandzsettájával 5 percig leszorított felkaron a leszorítástól distalisan, pontszerű petechiák alakultak ki. A pozitív Rumpel—Leede-próba a *vascularis faktor* szerepére utal, de a *thrombopenián*, illetőleg *thrombopathián* (thrombocyta-működés zavarán) alapuló haemorrhagiás diathesist is jelzi.

A Jürgens-féle csípési próba (109. ábra) értéke teljesen azonos a Rumpel—Leede-próba értékével. A Jürgens-próba gyorsabb, de a beteg számára sokkal kellemetlenebb.

A szívóharang próba (300 Hgmm-es negatív nyomás, 1 perces szívás) főképpen az érfal működési zavaraiiban ad pozitív eredményt (110. ábra) és ritkábban pozitív thrombopeniában és thrombastheniában.

Az alvadási mechanizmus zavaraiiban, a *coagulopathiákban* rendszeren *lapszerinti vérzések* alakulnak ki. A *haemophilián* (111. ábra) és a *hypoprothrombinaemián* kívül, mely utóbbi leggyakrabban dicumarol-kezelés közben alakul ki, mindenekelőtt *VII. faktor-hiány*, *V. faktor-hiány* és *fibrinogen-hiány* jön szóba.



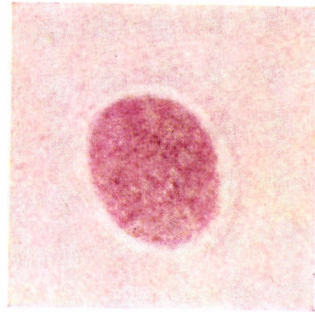
108



109



111



110

## Haemorrhagiák

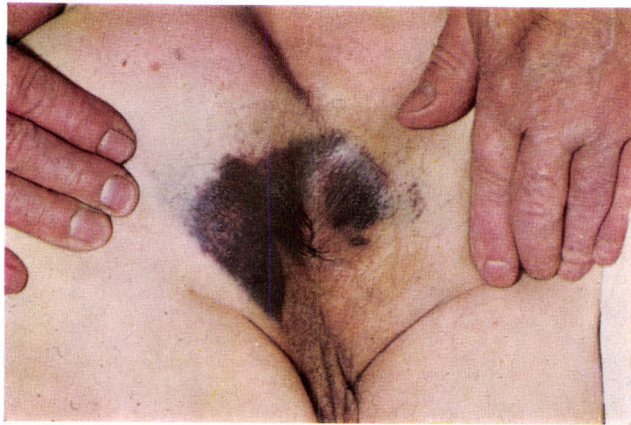
Az *alvadásgátló* gyógyszerek alkalmazásánál különös óvatosságra van szükség. Az intramuscularis befecskendezések kerülendőek, mert a befecskendezés helyén, a regio gluteában gyakran nagy vérömlenyek keletkeznek (112. ábra).

Az anticoagulans kezelés során kialakult, még nagy kiterjedésű haematomák is elkerülhetik a beteg, sőt a felületesen vizsgáló orvos figyelmét is. A 113. ábra a plexus haemorrhoidalis ereinek kiterjedt vérzését szemlélteti. A haemorrhagiát valószínűleg kemény skyballák nyomása idézte elő.

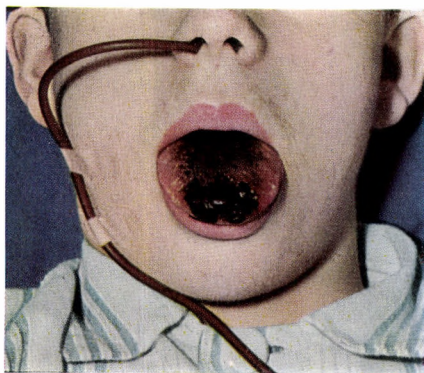
A 114. és 115. ábra ismét haemophiliás betegről készült. Minden kimutatható ok nélkül jelentős vérvesztéssel járó kiterjedt intraglossalis haematoma lépett fel. A vérzéses anaemia következtében a bőr és az ajak extrém halványsága alakult ki. Három héttel később (115. ábra) a nyelv-haematoma majdnem teljesen felszívódott. A vérszegénység eredményes kezelése folytán a bőr színe ismét normálissá vált.



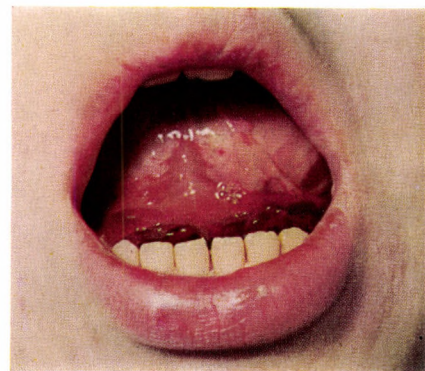
112



113



114



115

## Haemorrhagiák

Kiterjedt vérzések léphetnek fel benzolmérgezésből eredő májkárosodás következtében is *hypoprothrombinaemia* miatt (116. ábra). A vérzés jellege, a *lapszerinti kiterjedés*, *coagulopathiára* utal.

A képen látható *subicterus* a *toxicus májkárosodás* következménye. Súlyosabb *csontvelő-ártalom* nem alakult ki.

A 117. ábra előrehaladott állapotban levő *panmyelophthisises* betegről készült. A nagyfokú *sápadtság* a jelentős *vérszegénység* jele. A képen látható *bőrvérzések* *thrombocytopenia* következtében alakultak ki. Amint az *thrombopeniában* lenni szokott, a *petechiák* *kicsinyek*, akár a *bolhacsípés*. Olykor azonban valamivel nagyobb vérzések is előfordulnak. A kép az *essentialis thrombopenia* (M. Werlhof, — l. a következő oldalt) képéhez hasonló. A *purpura* ebben a betegségben is *spontán* lép fel. *Praedilectiós* helye a *lábszár*. A *morbus Werlhof* fontos klinikai tünete még a *lépduzzanat* és a *vérekenység* egészen *kis traumára* is *bekövetkező* *manifesztációja* (kék foltok).



116



117

## Haemorrhagiák

*Thrombopeniában* (pl. *morbus Werlhofban*) — 118. ábra — vagy a thrombocyták működészavaraiban rendszeren csak *pontszerű, petechiás*, ritkább esetekben kisebb, lapszerinti bőrvérzések alakulnak ki. A *vascularis eredetű haemorrhagiás diathesisekben* (pl. Schoenlein—Henoch, scorbut) *kivétel nélkül pontszerű*, gyakran a felszínből kissé kiemelkedő petechiák mutatkoznak.

A 119. ábra a Schoenlein-purpurát szemlélteti. Mint a képen látható, a petechiák kis csoportja enyhén kiemelkedik a bőr felszínéből. Az extravasatumok urticás erythemákon belül alakulnak ki, de ezek gyorsabban eltűnnek, mint a petechiák, ezért régibb elváltozások esetén már nem láthatók. Bizonyos esetekben a friss elváltozás kifejezetten exsudatív jellegű és — bár ritkán — hólyagsák is kialakulnak (120. ábra).

A haemorrhagiák praedilectiós helye a lábszár, de az elváltozás egyidejűleg kiterjedhet a törzsre, a karokra és az arcra is. Vascularis természetű vérzékenységről, a hajszálerek hyperergiás elváltozásáról van szó, mely infekciós—allergiás (rheumás) alapon (rendszeren streptococcus fertőzéssel szemben fennálló hyperergia) vagy gyógyszer-túlérzékenység következtében jött létre. Főképpen fiatalabbak betegednek meg. A láz és ízületi duzzanatok mellett a bélnyálkahártya vérzései következtében gyakran colicaszerű hasi fájdalmak is fellépnek (Schoenlein—Henoch-típus). Olykor haemorrhagiás nephritis is kialakul.

A 121. ábrán egy öreg férfi kezét látjuk. A sima, atrophias és ráncos, pergamenszerű bőr tipikus öregkori elváltozás. A senilis érfragilitás következtében gyakran ártalmatlan kis bőrvérzések keletkeznek (purpura senilis).

A 122. ábra purpura Majocchi-tünetet fel, mely többnyire középkorú férfiakon — a végtagokon — szimmetrikusan, leggyakrabban a lábszárakon fordul elő. Kórjelző, hogy a pontszerű, olykor konfluáló, kezdetben vérzéses, később haemosiderosisos extravasatumokat teleangiectasia előzi meg. A haemorrhagia ezekből indul ki. Az értágulatok lehetnek pont- (a petechiáktól üvegspatula nyomásával különíthetők el! — l. 74. o.) vagy vonalszerűek, ritkábban kanyarulosak és meghaladhatják a petechiák számát. A bőr ér-hálózatának megfelelően olykor gyűrű alakú vagy polycyclicus rajzolat alakul ki (purpura anularis teleangiectodes), de ez nem törvényszerű.

GOTTRON szerint a tünetek a peripheriás erek funkcionális lumenváltozásai következtében lépnek fel, s labilis hypertonusra utalnak.



*Thrombopenia és vascularis purpura*



118



119



121



120



122

## Haemorrhagiák

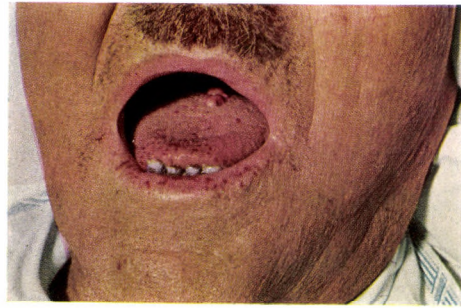
Az előző felvételeken látott haemorrhagiákkal ellentétben a 123. és 124. ábra vér-vörös csomócskái elsődleges angiomaszerű képletek és értágulatok, melyekből azonban másodlagosan vérzések jöhetnek létre. A pontszerű értágulatok és extravasatumok között adott esetben üvegspatulával különbséget lehet tenni, nyomással ugyanis csak az előbbieket tüntethetők el.

Az ábrázolt elváltozások az *Osler-kórt* vagy *teleangiectasia hereditaria haemorrhagicát* jellemzik. Nem valódi angiomákról van szó, hanem olyan értágulatokról, melyek mint rendszerbetegség túlnyomórészt a peripheriás anastomosisokat és a végágakat érintik. A nagyobb góccok, melyek rendszeren gombostűfejnyíck, borsónyiak, olykor nagyobbak is (a nyelvet l. a 123. ábrán), gombszerűen kiemelkednek a bőrből és ezáltal angiomaszerű képet adnak.

Jellegzetes a teleangiectasiák előfordulási helye is. Leggyakrabban az *arc középső részén*, a *száj- és az orrnyálkahártyán*, a *fülön* és a *végtagok acralis részén* helyezkednek el, de kialakulhatnak a belső szervekben is (pl. *tágult arteriovenosus tüdő-anastomosisok*).

*A lefolyást recidiváló vérzések jellemzik*, melyek az életkor előrehaladásával mindinkább fenyegetőbbé válnak és súlyos, másodlagos anaemiához vezethetnek. Mindenekelőtt orrvérzésben, de belső szervi vérzésekben (mélyebb légutak, gyomor és belek, vesemedence és hólyag, valamint genitáliák) is megnyilvánulhatnak. A bőrvérzés ritka. *Izolált, köröm alatti haemorrhagiák esetén (125. ábra)* differenciáldiagnosztikailag mindenekelőtt a *traumás eredet* lehetőségét kell mérlegelni.

A dominánsan öröklődő betegség sohasem manifesztálódik a születés idején. Többnyire csak később, rendszeren a 3. decenniumban szokott kifejlődni.



123



124



125

## Peripheriás keringési zavarok

A 126. ábra a *digiti mortui* típusos elváltozásait mutatja be. Az ujjak arteriáinak intermittáló spasmusa minden kimutatható kóros elváltozás nélkül is felléphet. Többnyire fiatalabb nőkről van szó. A *digiti mortui* azonban egy később kifejlődő *Raynaud-kór első tünete* is lehet. Erre akkor kell gondolnunk, ha hideg hatására az elváltozás több ujjon jelentkezik. A *digiti mortui* a vállöv-affectiók neurovascularis syndromája keretében is kialakulhat. Az intermittáló érelzáródásokon kívül ilyenkor a vállban és karban rendszerint fájdalom és *paraesthesia* jelentkezik. Az esetleges kiváltó okok között ki kell zárnunk a *costoclavicularis syndromát*, a *nyaki-borda syndromát*, a *hyperabductiós tünetcsoportot*, a *scalenus syndromát* és a *scapulocostalis tünetcsoportot*.

Intermittáló érelzáródást okozhatnak olykor organikus érbetegségek, mint *arteriosclerosis* vagy az *endangiitis obliterans* is. Ilyenkor azonban — az előbb említett betegségekkel ellentétben — a peripheriás pulsus is gyengül.

*Differenciáldiagnosztikai szempontból* meg kell tárgyalnunk a *diffus progressiv sclerodermiát* is. Ebben a betegségben már a korai időszakban megfigyelhetők a *Raynaud rohamokhoz*, illetőleg a *digiti mortuihoz* hasonló elváltozások. A *kifejlett sclerodermiában* gyakran látjuk a 127. ábrán feltüntetett halotthalvány ujjrészleteket, melyeket nem annyira az erek károsodása, mint inkább a feszülő bőr nyomása idéz elő. Az elkülönítés a később tárgyalandó bőrstátus alapján válik lehetővé (l. 100. o.).



126

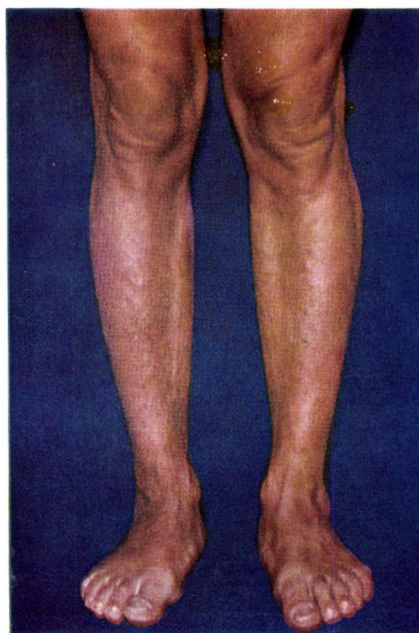


127

## Peripheriás keringési zavarok

Az *arteriás keringési zavarokat* kezdetben könnyű elnézni. A 128. és 129. ábra a korai időszakot tünteti fel. Hátonfekvésben, felemelt lábbal végzett izommunka után egészségeseken gyorsan kialakul a reactiv hyperaemia. A 128. és 129. ábrán bemutatott betegen a jobb láb ujjai 20 percen át halotthalványak maradtak, s a jobb láb bőre is hűvösebb volt, mint a balé. Az arteria dorsalis pedis és a tibialis posterior egyik oldalon sem volt tapintható. Az arteria femoralis pulsusa jobb oldalt gyengült volt, bal oldalt az érlökés nem tűnt kórosnak. Ebben az időszakban a betegek rendszeren már hosszabb ideje fennálló *intermittáló sántításra* panaszkodnak. Az arteriosclerosis, illetőleg az endangitis obliterans differenciális diagnosztikáját a következő oldalon tárgyaljuk.

*Arteriás keringési zavar (korai stádium)*



128



129

## Peripheriás keringési zavarok. Gangraena

A 130. ábra egy már előrehaladott stádiumban levő arteriosclerosisos keringési zavart ábrázol. A sima, hámló bőr a csökkent átáramlás következtében kialakult trophicus zavar megnyilvánulása. Keringési zavarra utal az ujjak vöröses, enyhén cyanosisos elszíneződése is. Az érintett végtag cyanosisa a *csak* az arteriákra korlátozódó megbetegedésben is fellép. Ha ehhez a vénás elfolyás zavara is társul, úgy a végtagon oedema fejlődik ki.

A 131. ábra egy endangiitis obliterans során kialakulóban levő gangraenát mutat be. Az arteriosclerosis és a Morbus Winiwarter—Buerger differencialdiagnózisa nehéz, olykor biopszián is lehetetlen. Endangiitis obliteransban szinte kizárólag 40—55 éves férfiak betegednek meg. Előrement, illetőleg kísérő phlebitisek, valamint a serum-cholesterin-szint emelkedésének hiánya további adatokat szolgáltat a Buerger-kór mellett.

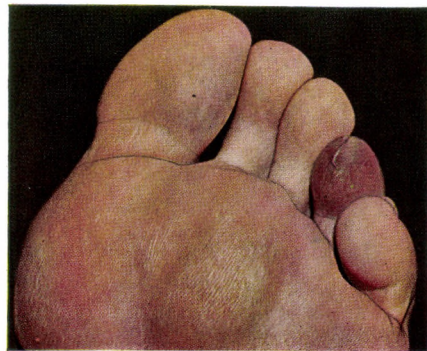
A 132. és 133. ábra is endangiitis obliteranst ábrázol. A peripheriás pulsus nagyfokú gyöngülése, illetőleg a szóban forgó esetben teljes hiánya, már kezdettől fogva organikus érbetegségre utalt. Az állapotot arteriás thrombosis acutan rontotta. Az életkoron kívül a localisatio (felsővégtag, peripheriás típus) is Morbus Buerger mellett szólt, hiszen az alkar, a kéz és az ujjak arteriáinak elzáródását többnyire Buerger-kór okozza, míg az arteria subclavia, illetőleg az axillaris elzáródása főleg arteriosclerosis következménye szokott lenni. A 132. és 133. ábrán bemutatott betegen (a 133. ábra 8 héttel később készült) a felső végtagot alkarban amputálni kellett. A keringési zavar nem csupán az ujjak területére korlátozódott. Ezt világosan mutatja a kéz hát bőrének trophicus zavara (l. 133. ábra). Az elviselhetetlen fájdalom is kiterjedt az egész kéz területére.



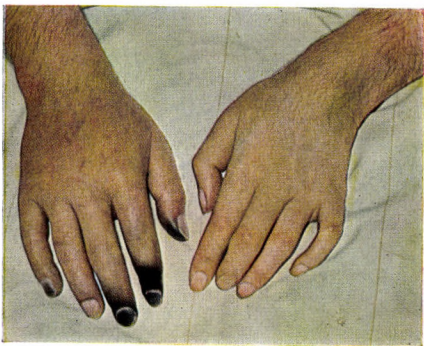
*Arteriás keringési zavar (előrehaladott stádium)*



130



131



132

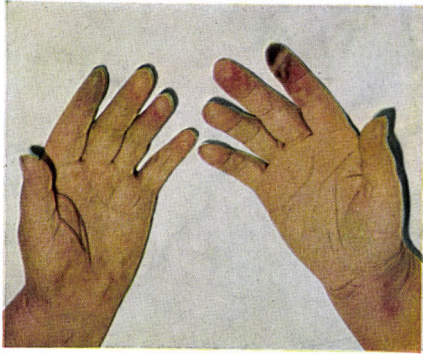


133

## Gangraena

Első látásra nem lehet felállítani a *Morbus Raynaud* (134. és 135. ábra) diagnózisát. Ilyen tünetek esetén a már az előző oldalon említett megbetegedéseken kívül a hideg agglutininek jelenléte által okozott megbetegedés, a kryoglobulinaemia, valamint az ergotamizmus is szóba kerül. Hideg agglutininek esetében az ujjak roham idején kifejezetten cyanoticussá válhatnak, míg Raynaud-kórban a bőr elszíneződése az *elhalványodástól* (érgörcs) *a cyanosison át* (peripheriás cyanosis az arteriolák kitágulása következtében) a rózsapirosig (reactiv hyperaemia) változhat. Raynaud-kórban a cyanosisos ujj az üvegspatula nyomására elfehéredik. Ez az ujjak hideg agglutininek okozta kékesvörös elszíneződésekor nem következik be. Ez utóbbi esetben a serumban magas agglutinin titer állapítható meg. Az ergotamizmus diagnózisát a kórelőzmény adatai alapján (pl. ergotamin tartalmú gyógyszerekkel való visszaélés) állíthatjuk fel. Kryoglobulinaemiában a vér kevéssel a testhőmérséklet alatt spontán kocsonyássá válik.

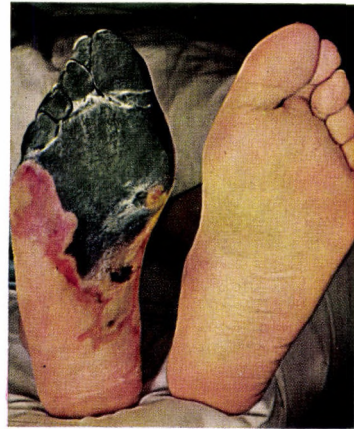
A 136. és 137. ábra kiterjedt *arteriosclerosis gangraena* klasszikus példája *diabetes mellitus* egyidejű fennállása esetén. A cukorbeteg rettegett késői szövődményéről van szó. A diabetes *arteriosclerosis* dispositiót teremt. (A 137. ábrán látható elváltozás környezetében levő fehér foltok a kezelésre használt poroktól származnak.) Mindkét betegen az elváltozástól proximálisan már kialakult a demarkációs vonal.



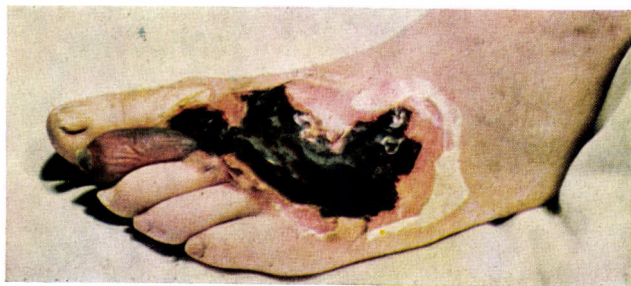
134



135



136



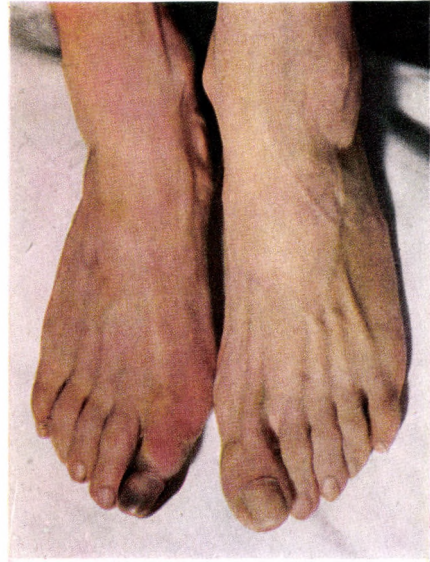
137

## Embolia

A 138. ábrán egy arteriás emboliát követő állapotot látunk 14 nappal az embolisatio után. Jellemző ez esetben a hirtelen, heves fájdalommal, gyakran a shock tüneteivel járó állapot. Az érintett végtag kezdetben hűvös, halvány, majd órák múlva cyanosissá válik. Az érelzáródás következtében az adott esetben az öregujj gangraenája alakult ki. Minthogy az arteriás értörzseknek nem generalizált szűkületéről van szó (mint arteriosclerosisban vagy Buerger-kórban), a kóros elváltozás mellett a többi lábujjon nem látunk trophicus elváltozásokat (vö. 130. és 133. ábra). Az embolus nagyobb arteriosclerosis értörzsek fali thrombusaiból, bal pitvari röögökből — ez mindenekelőtt mitralis stenosisban fordul elő —, a bal szívfél thrombusaiból (szív-infarctus!), valamint ritkábban — ha egyidejűleg foramen ovale apertum áll fenn — vénás thrombusokból származhat.

*Multiplex bőrembolia* (139. és 140. ábra) a sepsis gyakori kísérő tünete. Az embolusok különböző nagyságúak lehetnek és olykor kis tályogokká alakulnak át. A septicus hajszálér-károsodás következtében petechiás bőrvérzések is felléphetnek. A kis — gombostűfejnél ritkán nagyobb — fájdalmas bőremboliák az *endocarditis lenta* fontos klinikai tünetei. Mindenekelőtt a kézen és lábon lépnek fel. Ha az ujjakon alakulnak ki, Osler-csomóknak nevezzük. Nem tévesztendő össze az Osler-kórnál leírt elváltozásokkal (l. 74. o.).

*Arteriás embolia. Mikroembolia*



138



139



140

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

Vénás collateralisok kialakulhatnak a bőrön vékony, kékesen áttűnő érhalózat vagy nagy, kanyargós lefutású, a bőrt elődomborító erek képében. Kitérő csatornák (terelő csatornák) funkcióját látják el a nagy vénák részleges vagy teljes elzáródása esetén. A látható collateralisok diagnosztikai jelentősége abban áll, hogy különböző „alakzataiból” következtetni tudunk a vénák blokádjának helyére.

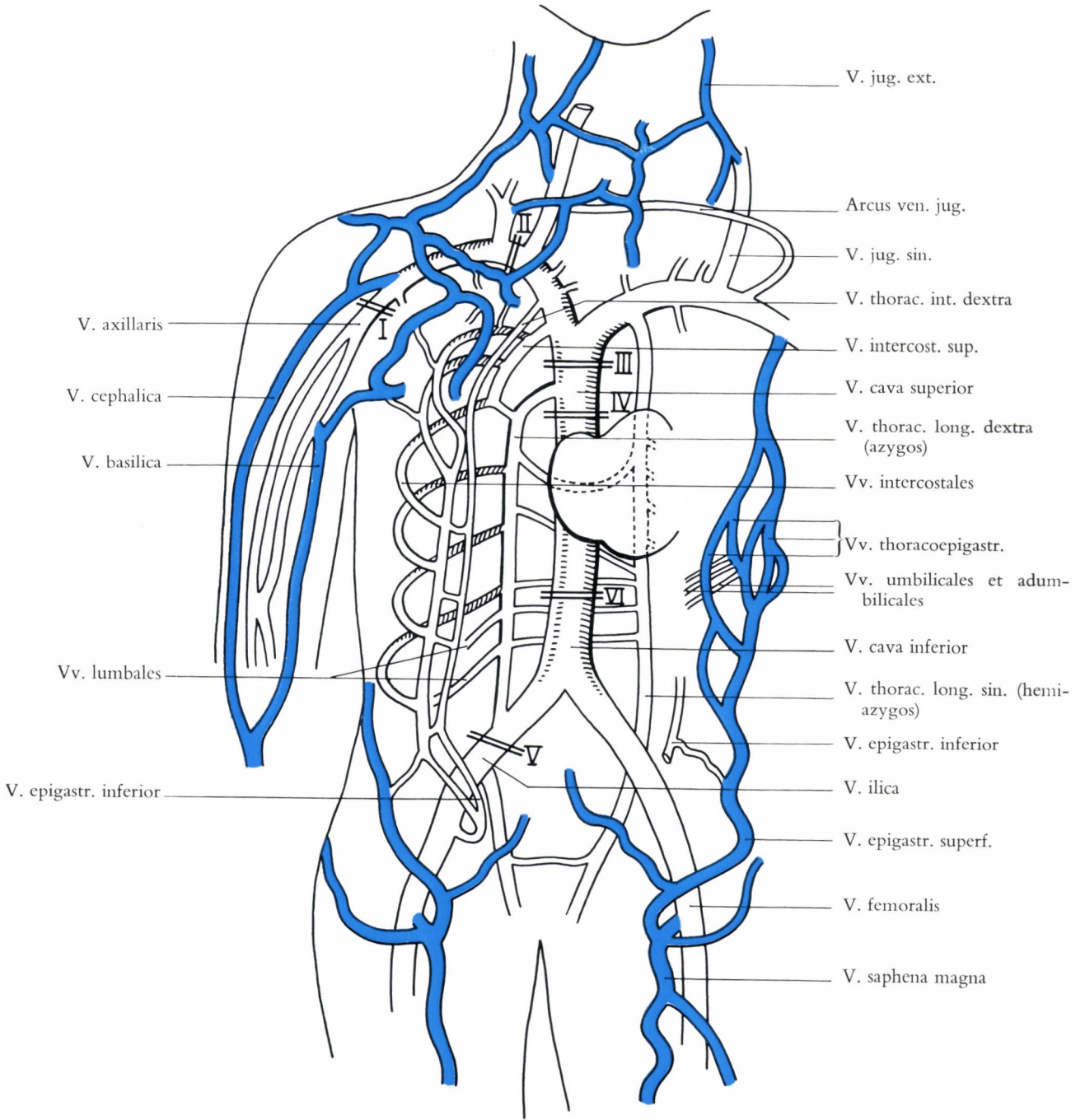
A 141. ábra a mély (fekete) és a felületes vénás rendszer (kék) erősen leegyszerűsített *sematikus* rajza. A vena portae rendszere és a plexus venosus vertebralis nincs feltüntetve. Ez utóbbit a két vena brachiocephalicát köti össze a vena cava superiorral és jelentős collateralis kapcsolatot képez. A vena portae rendszerét külön, a 150. ábrán mutatjuk be.

A képeken a vénaelzáródás több változata szerepel. E felosztás alapján — mely számos lehetőséget figyelmen kívül hagy — *sematikus*an ábrázoljuk a vénás elfolyás különböző változásait.

---

141. ábra. A mély (fekete) és a felületes vénás rendszer (kék) *sematikus* rajza a vena portae rendszere (l. 150. ábra) és a plexus venosus vertebralis figyelembevétele nélkül. A kettős vonalakkal jelzett elzáródási helyek különböző klinikai képekhez vezetnek. Ezeket a következő ábrákon mutatjuk be: I.: 142. ábra, III.: 143. ábra, IV.: 144., 145. ábra, VI.: 146., 147. ábra.

A vénaelzáródás localisatiója:



141. ábra. I.: vena axillaris – II.: vena subclavia – III.: a vena cava superior a vena thoracica longitudinalis dextra (vena azygos) beszájadásától distalisan – IV.: a vena cava superior a vena thoracica longitudinalis dextra (vena azygos) beszájadásától proximálisan – V.: a vena liciaci elzáródása – VI.: a vena cava inferior elzáródása

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### *I. A vena axillaris elzáródása*

Az elfolyás a vena cephalicán keresztül történik — amennyiben ez utóbbi az elzáródástól proximálisan száradzik be a vena axillarisba. A vér a truncus thyreocervicalist kísérő, valamint a vena subclaviába ömlő visszereken keresztül vezetődik el. A collateralis képet a felkar, a váll és az elülső mellkasfal visszereinek, valamint a megfelelő oldal nyaki vénáinak tágulata jellemzi (142. ábra).

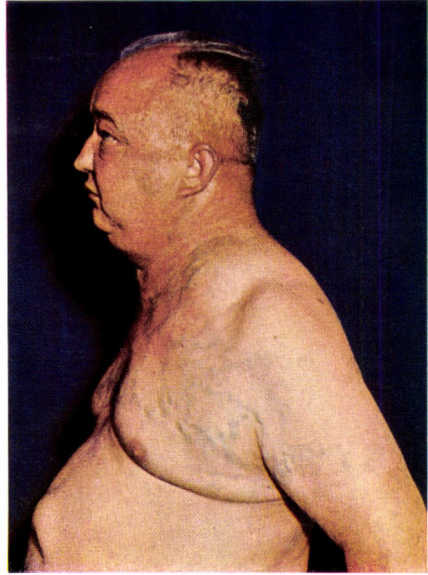
### *II. A vena subclavia elzáródása*

Az elfolyás azokon a nyaki vénákon keresztül történik, melyek az I.-ben leírt kar- és váll vénákkal állnak összefüggésben. A vér a felső intercostalis vénákon át a vena thoracica longitudinalis dextrába (a vena azygosba), a vena thoracica internába és a vena cava superiorba jut. A venectasiák egyoldaliak, bár előfordul, hogy a kiterjedés és a fennálló nyomásviszonyok következtében az ellenoldali nyaki vénák területén is mérsékelt pangás alakul ki.

### *III. A vena cava superior elzáródása a vena thoracica longitudinalis dextra (vena azygos) beszájadásától distalisan*

A vénaelzáródásnak ebben az alakjában a külső kép hasonló a vena subclavia elzáródásának képéhez, de a vénatágulatok kétoldaliak (143. ábra). A vena thoracica longitudinalis dextrán át történő elfolyás még lehetséges. A vér egy része a vena thoracica longitudinalison és a vena thoracica internán keresztül jut a vena cava inferiorba. Az elfolyó vér volumenét a kiterjedés és a nyomásviszonyok szabják meg. A venae thoracopigastricaek tágulata csak ritkán fejlődik ki.





142



143

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### *IV. A vena cava elzáródása a vena thoracica longitudinalis dextra beszájadzásától proximálisan*

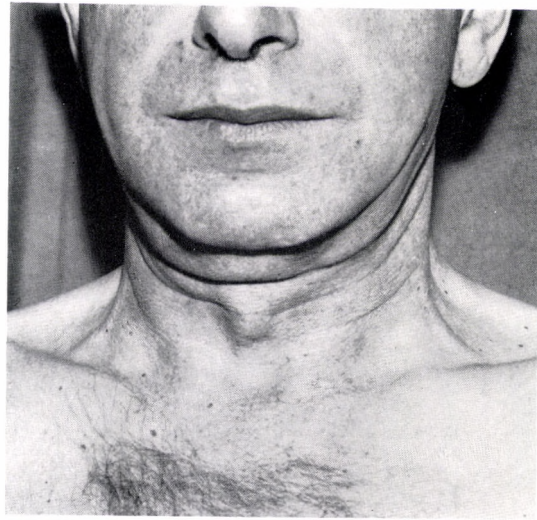
A teljes vénás vér csak a vena cava inferioron keresztül, és pedig a venae thoracoepigastricaen és a venae intercostalesen, továbbá a venae thoracicae longitudinalesen, venae thoracicae internaen és venae lumbalesen át tud elfolyni.

A II. és III. változathoz hasonló venectasiák láthatók. Ezen kívül — akárcsak portalis hypertensio egyes eseteiben — az epigastrialis, valamint más elülső és oldalsó hasfali vénák is kitágulnak. Ezt a formát az egyidejűleg fennálló felsőtesti pangás (144. és 145. ábra) alapján el lehet különíteni a vena cava inferior elzáródásától.

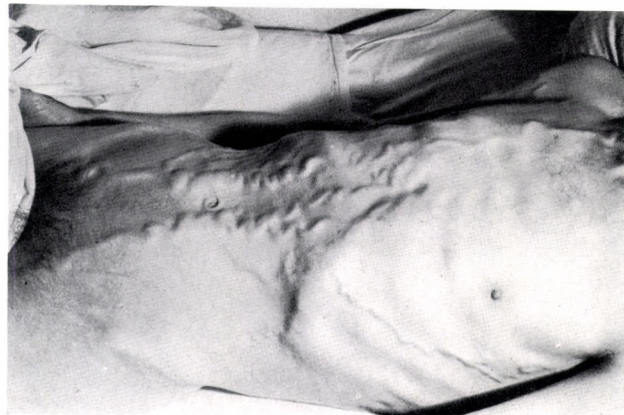
### *V. A vena iliaca elzáródása*

A vér elfolyását a mélyen fekvő medencei vénák biztosítják a túlsó oldal felé. Egyéb elfolyási utat alkotnak a comb és az elülső hasfal felületen v. vénái (venae circumflexae ilium és a venae epigastricae superficiales), valamint a mély vénákhoz (venae epigastricae inferiores, venae lumbales) vezető ágak.

A „collateralis típust” a comb-, a lágyéktáj, valamint az elülső és oldalsó hasfali vénák tágulata jellemzi. A venectasiák egyoldaliak.



144



145

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### VI. *A vena cava inferior elzáródása*

Az elzáródás helyétől és kiterjedésétől függően a vér elfolyásának útja különböző. Mennél magasabbra terjed az elzáródás, annál több vérnek kell a felületes hasfali vénákon (venae epigastricae, venae thoracoepigastricae, venae intercostales) keresztül, a vena cava superior irányában elfolyania.

Az értágulatok az V. alatt tárgyalt típustól eltérően kétoldaliak és többnyire nem korlátozódnak az elülső és oldalsó hasfali vénákra (146. és 147. ábra).

### VII. *A portalis hypertensio*

A 150. ábra sematikusán mutatja be a portocavalis elfolyási lehetőségeket a vena portae hypertensiója esetén. Közülük csak azokat az eseteket emeljük ki, melyekben az epigastriális vénák (venae umbilicales et paraumbilicales) tágulata következtében külsőleg is látható collateralisok alakultak ki. E köldök-vénák a vért bizonyos esetekben a vena epigastrica inferiorba és superficialisba vezetik. A vér a továbbiakban a vena iliaca externán át a vena cava inferiorba, a vena iliaca internán és a vena azyguson át pedig a vena brachiocephalicába, illetőleg a vena cava superiorba jut. A köldök körüli kétoldali collateralisokat *caput Medusae* nevezik. Az említett elfolyási lehetőségek azonban a portalis hypertensio csak egy részében állnak fenn. Ilyen esetek a következők:

a) Cruveilhier—Baumgarten-betegség, azaz persistáló vena umbilicalis az intrahepaticus portaágak hypoplasiája vagy thrombosisa esetén (többnyire a bal májleány területén).

b) Cruveilhier—Baumgarten-syndroma: különböző genesisű máj-cirrrosisok bizonyos százalékában collateralisok alakulnak ki a venae adumbilicaleseken (Sappey-féle vénák) keresztül (151. és 152. ábra). Mindkét esetben a köldök körüli, továbbá az epigastriális és a felületes thoracalis vénák tágulata alakul ki.

A mélyebb vénák compressiójának és elzáródásának tünettana — különösen a látható collateralisok — lehetővé teszi, hogy következtetéseket vonjunk le e vénák elzáródásának kiterjedésére és localisatiójára. Az okokra vonatkozólag sokszor semmi biztosat nem tudunk mondani. Ennek ellenére a vénás collateralis keringésből, az anamnesisből és egyéb klinikai tünetekből gyakran igen sokatmondó diagnosztikai következtetések vonhatók le.

A következőkben — annak tudatában, hogy egy ilyen séma a pathophysiologiás lehetőségeket nem meríti ki — röviden kitérünk a vénák elzáródásának okaira és tünettanára.



146



147

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### 1. *A vena axillaris és a vena subclavia elzáródása*

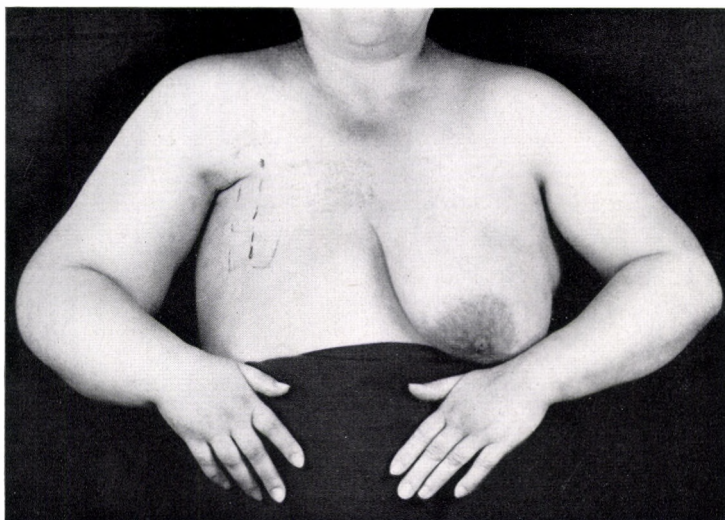
A különböző eredetű idült thrombophlebitiseken kívül utalunk a heveny thrombosis lehetőségére, mely — különösen fiatalokon — szokatlan testi megerőltetés után lép fel. E betegségben a kéz és a kar megduzzad, venectasiák lépnek fel (l. 88. o.), melyek kiterjedése és localisatiója a thrombosis kiterjedésétől és localisatiójától függ. A betegek mérsékelt fájdalomról, feszülő érzésről és korlátozott mozgásról panaszkodnak.

Felhívjuk a figyelmet egy ritka kórképre, a *fulminans mélyvéna-thrombosisra* (phlegmasia coerulea dolens), mely hevenyen jelentkezik, heves fájdalommal, nagyfokú duzzanattal (oedemával), az arteriák compressiójával jár és gangraenához is vezethet.

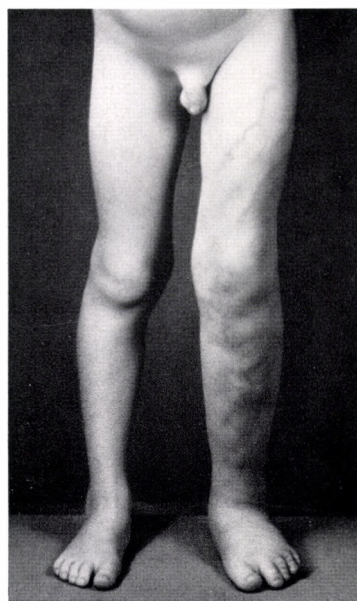
A vena axillaris thrombosisának egy további ritka fajtája a *Paget—Schroetter-syndroma*, melyben egyidejűleg neurovascularis jelenségek is kialakulnak.

Megemlítendőek még a *heges stricturák okozta vénaszűkületek* (pl. mamma amputatio után) és a visszerek nyirokcsomóáttétek vagy daganatok által létrehozott összenyomataása (148. ábra).

A vénaelzáródás minden olyan esetében, mely látható collateralis keringés kialakulásához vezet, tekintetbe kell venni a vizenyőt, mert ez megnehezíti, sőt lehetetlenné teheti a vénás pangás felismerését. Ez különösen a végtagok területén fellépő vénaelzáródásokra vonatkozik (149. ábra).



148



149

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### 2. *A vena cava superior-syndroma*

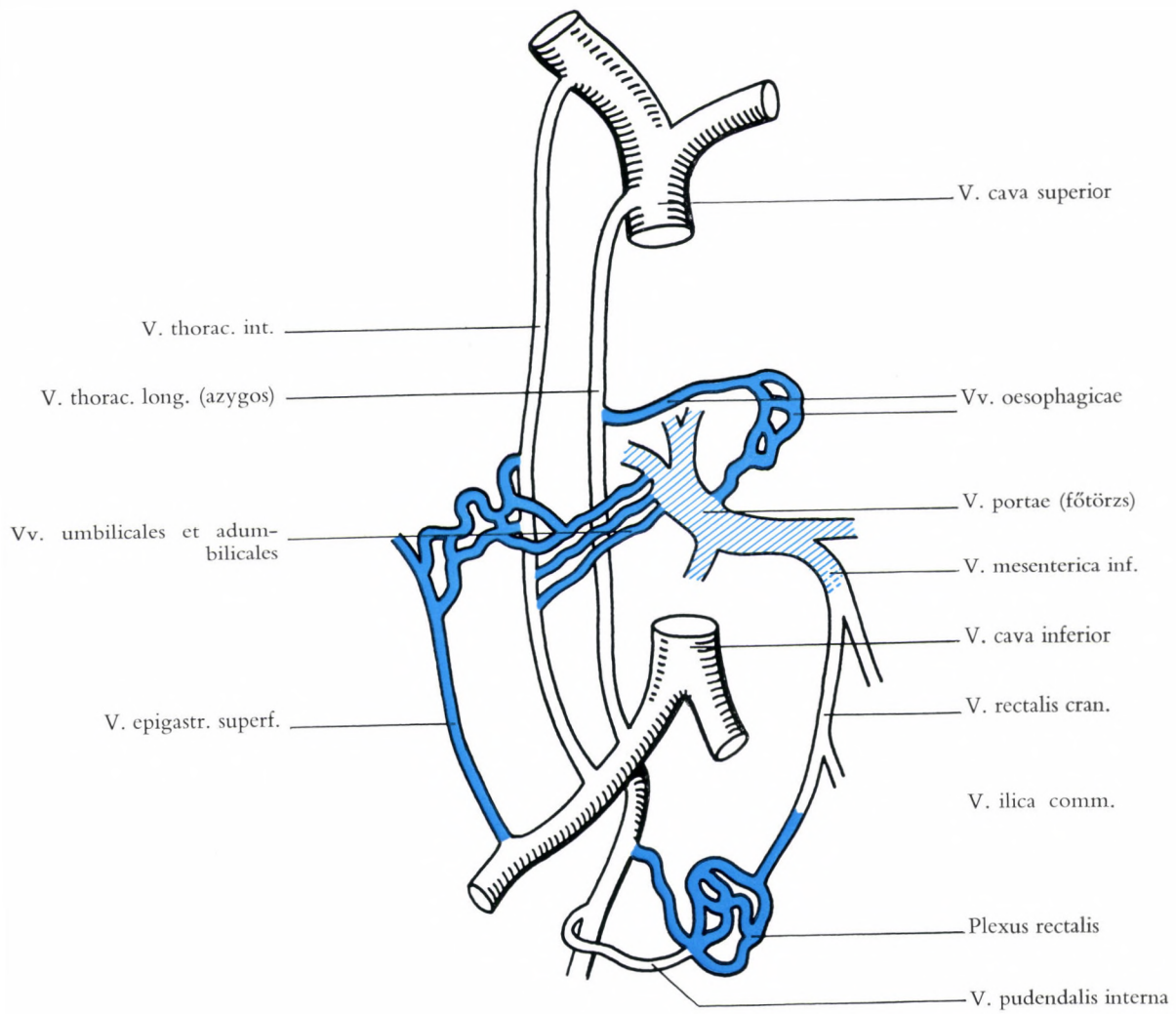
Ez a tünetcsoport magába foglalja mindazokat az elváltozásokat, melyek a vena cava superior szűkületéhez vagy elzáródásához vezetnek. Ilyenkor a collateralisok kialakulásának megítélésében döntő fontosságú, hogy az elzáródás a vena thoracica longitudinalis dextra (azygos) beszájadásától distalisan vagy proximálisan következett-e be (l. 90. o.). A vena axillaris és vena subclavia elzáródásaival ellentétben a vena cava superior occlusiója esetén a collateralisok kitágulása kétoldali szokott lenni.

A *vena cava superior szűkületének okai* között első helyen áll a *retrosternalis struma*, valamint a *tumorok* okozta *compressio*. Utóbbiak között erősen túlsúlyban vannak a rosszindulatú daganatok. Említésre méltó még az *aorta aneurysmák* okozta *compressio* is.

A vena cava superior elzáródásának tünettanát részben az elzáródás kiterjedése, részben az alapbetegség határozza meg. Arc és nyaki vizenyő, valamint a mellkas felső részének oedemája alakul ki, a bőr lividdé válik és létrejönnek a fentebb leírt vénatágulatok. A betegek nehézlégzésről, köhögésről, rekedtségről, — esetleg szédülésről és eszméletzavarokról panaszkodnak. Megfigyeltek látási és hallási zavarokat, valamint nyálkahártyavérzéseket is.



*A vena portae rendszerének vázlata*



150. ábra. A portae-rendszer sematikus rajza (vö. a 92. és 98. o. szövegével)

## Látható collateralis keringés. Vénás pangás

### 3. *A vena iliaca elzáródása*

Az elzáródást a legtöbb esetben thrombosis, illetőleg thrombophlebitis idézi elő, mely gyakran a vena femoralis felől terjed felfelé. A thrombophlebitisek általában súlyos, de könnyebb lágyrész sérüléseknek és contusióknak is gyakori kísérői lehetnek. Hosszú, ágyhoz kötött betegségek során is kialakulhatnak. A lért egyoldali értágulatokon kívül az oedema áll előtérben. Ez olyan nagyfokú lehet, hogy a vénás collateralisok láthatatlanná válnak.

Előidézhetik a vena iliaca compressióját tumorok és a kismedence egyéb komprimáló folyamatai is. A vénás pangás következményeként az ismert praedilectiók helyeken gyakran lépnek fel fekélyek.

### 4. *A vena cava inferior elzáródása*

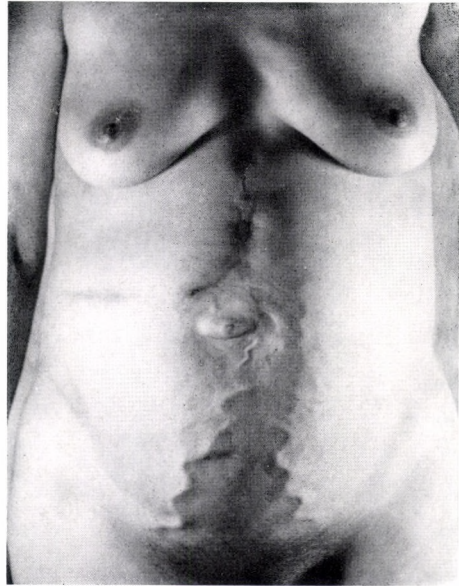
A vena cava inferior elzáródása ugyanolyan okokra vezethető vissza, mint a vena iliacaé. A tünettan alapvetően abban különbözik, hogy az eltérések kétoldaliak. Különösen thrombotikus elzáródások esetén áll fenn az a veszély, hogy a folyamat előrehaladásával a vénás vérnek a vesevénák, illetőleg a máj felőli elfolyása is lehetetlenné válik. Ilyen szövődményre utalnak a megfelelő vesetünetek és a portalis hypertensio kialakulása (146. és 147. ábra).

### 5. *Vénás pangás a nagyvérkörben*

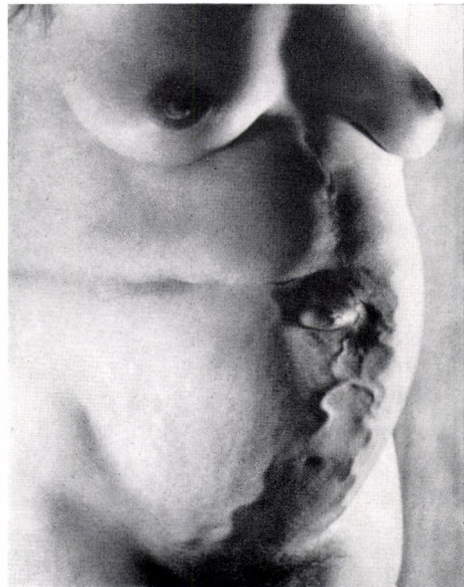
Különleges helyet foglal el a *pericarditis constrictiva* és a *jobb szív elégtelenség*. Utóbbi esetben a pangás nem az erek elzáródásának, hanem annak a következménye, hogy a jobb kamra nem képes továbbítani a feléje áramló vénás vért.

### 6. *A portalis hypertensio*

A has és a mellkas látható visszerein keresztül csak akkor alakul ki collateralis keringés, ha a venae umbilicales átjárhatók maradtak vagy a venae adumbilicales kitágulnak (151. és 152. ábra). A praehepaticus blokk (a vena portae fő törzsének thrombosisa, valamint lépvéna thrombosis) nem vezet a köldökvénákon keresztül collateralis keringés kialakulásához. A tünettan megfelel a portalis hypertensióval járó cirrhosis hepatis tünettanának. *Cruveilhier–Baumgarten-betegség* esetén feltűnő a két májleány megnagyobbodása között észlelhető jelentős különbség. Gyermekeken, ha a szekunder cirrhosis még nem tudott kifejlődni, hiányozhatnak a májsugorodás tünetei. Az erősen tágult köldök körüli hasfali collateralisok fölött jellegzetes zörej hallható (az úgynevezett „Nonnensausen” „apácázörej”).



151



152

## Sclerodermia

A 153—156. ábra a *sclerodermia diffusa progressiva* elváltozásait mutatja be. A betegséget ma az úgynevezett collagenosisok közé sorolják és kötőszöveti rendszerbetegségnek tartják. A köztakaró egészében megbetegedhet, és részt vehetnek a folyamatban ezen kívül a belső szervek (leggyakrabban az emésztőcsatorna, elsősorban az oesophagus, továbbá a tüdő) is. A folyamat nagyon gyakran az akrákon kezdődik, ahol az elváltozások ennek megfelelően sokszor a legkifejezettebbek (155. ábra). Az oedemás előstádiumot követően kialakul a bőr páncélszerű induratioja és feszes atrophiaja, s ez a distalis végtagrészek elsenyvedéséhez vezet. A kéz a bőrelváltozások következtében karomszerűen begömbül. Korai stádiumban a Raynaud-szerű rohamokhoz, illetőleg a „hullaujjakhoz” hasonló elváltozások figyelhetők meg (vö. 76. o.). Az arc fokozatosan lárvaszerűvé válik, mimikai szegénység alakul ki (153. és 154. ábra). A száj kisebb lesz, úgyhogy végül is a táplálékfelvétel és a beszéd is akadályozottá válik. Az ajak keskenyebb, a nyelv kisebb, keményebb, kötőszöveze zsugorodik (156. ábra). A bőr testszerte feszes és merev; redőkbe nem emelhető. Különböző kiterjedésű, elmosódott határú pigmentfoltok és depigmentált területek, valamint — főleg az arcon — értágulatok (153. ábra) egészíthetik ki a képet. A szövetek helyi táplálkozási zavara az akrákon gyakran makacs ulceratiókhöz vezet. A kóros kötőszövetben másodlagosan mész rakódhat le (155. ábra), ami tekintélyes fokot érhet el, áttörhet a bőrön és kiürülhet. A sclerodermia és a mészlerakódás kombinációja Thibièrge—Weissenbach-syndroma néven ismeretes.

A *sclerodermia circumscripta* (157. ábra) a bőrgyógyászati elváltozás makroszkópos és mikroszkópos sajátosságai tekintetében megegyezik a diffus progressiv sclerodermiával és ezért tradicionálisan ugyanazzal a descriptiv terminussal jelölik; lefolyását és prognózisát tekintve azonban attól el kell különítenünk. A bőr csak körülírtan beteg. Rendszerbetegségről nincs szó. A 157. ábra egy különös típust („*sclérodemie en coup de sabre*”) mutat be.



153



154

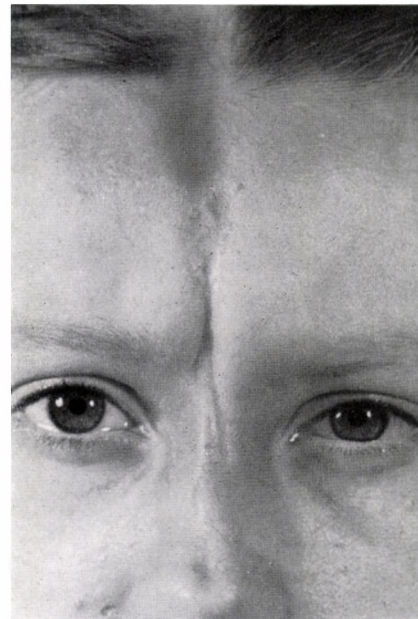


155



156

157



## Csomók, tumorok

A következő képek egy sor csomóképződéssel járó orrelváltozást és a következményes állapotokat ábrázolják.

A *sarcoidosis*, a *Besnier—Boeck—Schaumann-betegség* (158. és 159. ábra) az orron két formában — kis- és nagycsomós alakban — fordul elő. A *kiscsomós alak* (158. ábra) orr-localisatiója *accidentalís*, a *nagycsomósé* (159. ábra) *tipikus* (ún. *lupus pernio*). Az orr színe a fagyott testrészt színeire emlékeztet.

A fenti lelet alapján további góccok után kell kutatnunk. Ezek olykor inkább lapos infiltratumok alakjában szoktak fellépni. Az orr *lupus pernio*jának különös esetétől eltérően ezek általában barnásvörös színűek. Az üvegspatula nyomására a *lupus vulgaris*hoz képest meglehetősen homogén, „porszerű” infiltratum szürkéssárgás színt kap. A diagnózist a könnyen elvégezhető bőrbiopsia biztosítja.

A bőrelváltozások mindig arra ösztönözzenek, hogy *egyéb szervek megbetegedései után is kutassunk*. Ezek mindenekelőtt mint *nyirokcsomó megnagyobbodások*, *tüdő-sarcoidosis*, *ostitis cystoides multiplex Jüngling* (különösen a kéz- és a lábujjak alap phalanxain), továbbá mint az *uvea megbetegedése* és végül mint a *könny- és nyálmirigyek elváltozásai* (Heerfordt-syndroma) kerülnek észlelésre.

Differenciáldiagnosztikai okokból szerepel az orr csomós elváltozásai között egy rosaceás beteg *rhinophymája* (160. ábra). Belső szervek betegségeinek vonatkozásában a rosacea jelentőségére a 20. oldalon utaltunk. A faggyúmirigy- és kötőszövet hypertrophia következtében a duzzadt, vörös orr dudoros felszínű, pórusai nagyok és kis értágulatok húzódnak rajta végig. A tátongó folliculus-nyílásokból nagy tömegű besűrűsödött „hurka alakú” faggyú exprimálható.

*Sarcoidosis. Rhinophyma*



158



159



160

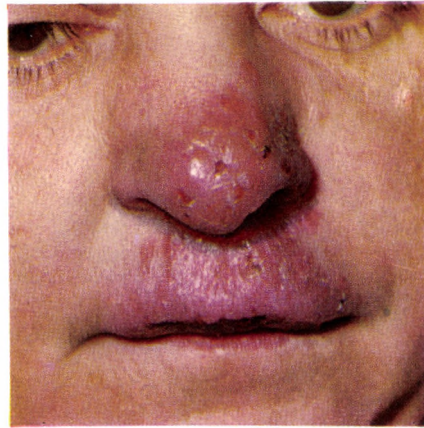
## Csomók, tumorok

A 161. és 162. ábra az *infiltratio*, illetőleg a *mutilatio stádiumában levő tuberculosis cutis luposát (lupus vulgaris)* mutatja. A példák a lupus igen gyakori orr- és orrkörnyéki localisatióját szemléltetik, melyek természetesen a domináló arc-localisációnak csak praedilectiós helyét képezik. A kékes-barnás-vörös infiltratumok üvegspatulával történő leszorításakor előtűnnek a jellemző almazselé színű transzparens gombostűfejnyi lupusos göbök, melyek appositio útján florid csomókat alkotnak, de a heges területekben egyenként is gyakran kimutathatók.

A lupus vulgaris a tuberculosis egyetlen szerv manifesztációja is lehet, de a beteget minden esetben gondosan át kell vizsgálnunk. A gümőkór pulmonalis és más extrapulmonalis manifesztációja a lupusos betegek csoportjában lényegesen gyakoribb, mint az átlag lakosságon belül.

Az orr nagycsomós, gyakran óriási kékes, illetve barnásvörös képződményei, a sokszor láncszerűen elrendezett vagy dudoros szemöldök- és arc-infiltratumokkal és gingiva-növedékekkel együtt, melyeket az *idült lymphás leukaemia* okoz, a *facies leontina* képét adják (163. ábra). A kórismét a haematologiai és histologiai vizsgálatok erősítik meg.

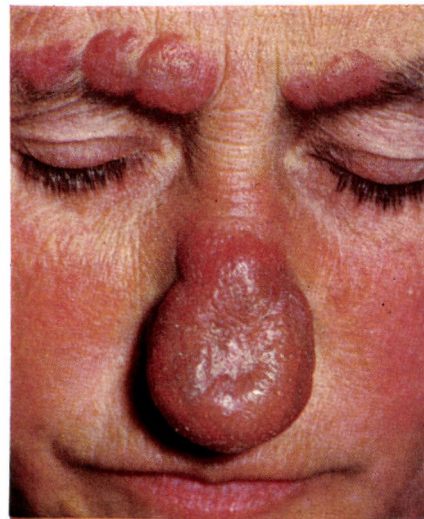




161



162

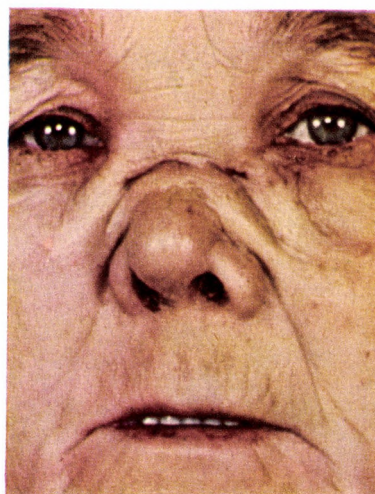


163

## Csomók, tumorok

Hogy a lues szintén *elváltoztatja az orrot*, azt a *connatalis syphilises nyeregorr* példájából tudjuk. A 164. ábra azt bizonyítja, hogy az orrgyök váza a szerzett harmadlagos luesben is besüppedhet a destruáló gummás csontelváltozás következtében. A lelet megfelel annak az ismert differenciáldiagnosztikai szabálynak, mely szerint a lues inkább az orr csontos, a *tuberculosisis lupus* pedig inkább az orr porcos részén idéz elő elváltozást.

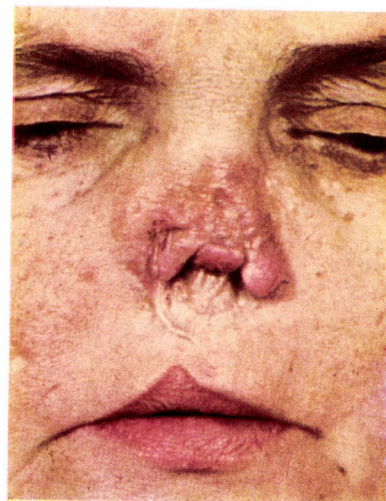
A 165. és 166. ábra ennek a csupán statisztikai szabálynak éppen a korlátait szemlélteti. Az említett szabály nem ment fel bennünket az egyes esetek gondos aetiológiai tisztázása alól. Az ábrák az orrcsúcson egy *gócós infiltratio* és *szétesés stádiumában levő gummás folyamatot* tüntetnek fel. Klinikailag a differenciáldiagnosztikában segítségünkre van a diascoposan tipikus *lupus-csomók* (l. 104. o.) hiánya. A diagnosztikát serológiai és mikroszkópos vizsgálatok egészítik ki. Ezek eredménye támasztja alá a kórjelzést. A *tercier lues* egyetlen esetében sem tekinthetünk el természetesen attól, hogy keressük az idegrendszeri és *cardiovascularis* tüneteket.



164



165



166

## Csomók, tumorok

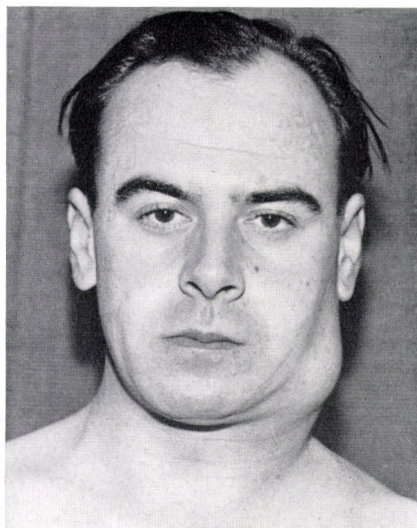
A nyakon, az állkapocs alatt és a fül körül sokféle, *csomós* jellegű duzzanat lehet. Ezek olykor többé-kevésbé generalizált nyirokcsomó-duzzanatokkal járnak. Klinikailag — végső soron — csak az összes klinikai tünetek, s nemritkán csak a haematologiai, serologiai és cytologiai vizsgálatok alapján lehet ezeket besorolni.

A *tuberculosus nyaki lymphomák* rendszeren egyoldaliak (differenciáldiagnózis a rendszerbetegségekkel szemben!), enyhén nyomásérzékenyek és klasszikus alakjukban csak 25 éven alul fordulnak elő (többnyire a *typus bovinus* képezi az actiologiai tényezőt). Beolvadás és sipolyképződés ma már sokkal ritkább. Differenciáldiagnosztikai szempontból gondolnunk kell a rendkívül *ritka aktinomycosisra*. A hideg, csekély reakcióval járó *tuberculosus* tályogokkal ellentétben *aktinomycosisban* előtérben állnak a *localis* gyulladásos jelenségek, melyek deszkakemény bőr-infiltratumban, gyulladásos-vörös — közvetlenül a bőr alatt elhelyezkedő — tályogokban nyilvánulnak meg. Ez utóbbiak a bőrön is áttörhetnek. *Luesben* a második stádium idején kialakuló általános nyirokcsomó-duzzanatok keretében kicsiny, igen kemény nyirokcsomókat találunk. Máskor — igen ritkán — *extragenitalis, oralis* elsődleges *affectio* kapcsán valamivel nagyobb regionális nyirokcsomó-megnagyobbodásokat észlelhetünk. Más fertőző betegségben például *morbus Boeckben*, *mononucleosisban*, *rubeolában*, *toxoplasmosisban* és *brucellosisban* is kialakulnak kisebb nyirokcsomó-duzzanatok.

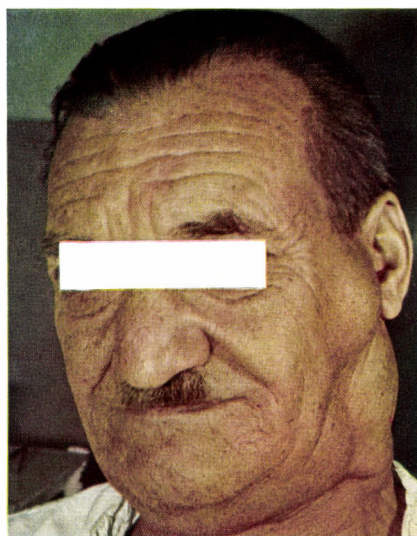
A nyirokcsomók daganatos elváltozásaiban, *lympho-* illetve *reticulosarcomában*, *lymphadenosisban*, *leukaemiás sarcomatosisban*, valamint a *primer sarcomák* és *nyirokcsomó-metastasisok* esetében szinte sohasem jönnek létre gyulladásos reakciók, csak ritkán találunk *lymphogranulomatosisban* enyhén gyulladásos, fájdalmas nyirokcsomókat. A fájdalom olykor alkohol fogyasztása után is kiváltódik.

A nyirokcsomók néha nagy conglomeratumokká alakulnak, máskor mint nagyméretű, egyedülálló daganatot észleljük a nyirokcsomót. A tumoros nyirokcsomók tömöttek, kemények, a *lymphogranulomatosisos* nyirokcsomók többnyire puhák és rugalmasak. Mindig az egész klinikai képet kell értékelni. Bőrviszketés és következményes kaparási nyomok (vö. 171. o.), valamint Pel—Ebstein-féle lázmenet esetén gondoljunk *lymphogranulomatosisra*. Ezekben a „nyirokcsomó-tumorokban” csak a haematologiai-cytologiai vagy szövettani vizsgálat biztosíthatja a diagnózist.

A 167. ábrán látható férfi nyaki nyirokcsomó-duzzanatait *lymphogranulomatosis* okozta. Ez a betegség többnyire 20—40 életév között lép fel. A 168. ábrán látható göbös nyirokcsomó-duzzanat *lymphadenosis* következménye (többnyire 50—70 év között).



167

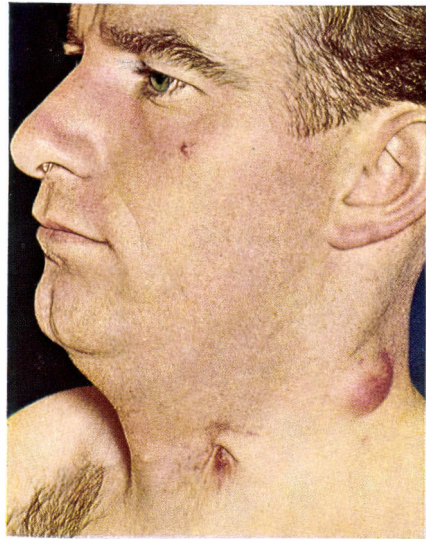


168

## Csomók, tumorok, sipolyok

A 169. és 170. ábra az *aktinomycosis* jellegzetes elváltozásait mutatja. A sugárgomba fertőzés valószínűleg a száj felől terjedt rá a regionális nyirokcsomókra. A gyulladós folyamat, mely rendszerint deszkakemény beszűrődéshez vezet és a bőrre is ráterjed, olykor kemény, lapos bőrbeszűrődést hoz létre, mely a továbbiakban beolvad és áttör a bőrön. A kép ilyen göbös bőr-infiltratumot mutat, mely éppen áttörni készül. A gége szomszédságában sipoly hege látható. Az aktinomycosis a mediastinum nyirokcsomóin keresztül előszeretettel terjed tovább a mellüregbe. A mellkasfalán *sipolyokhoz vezető tályogok* alakulhatnak ki. Felületes megtekintésre a 169. ábrán látható elváltozások beolvadó nyirokcsomó- vagy bőrtuberculosis megnyilvánulásai is lehetnének. Az elkülönítés bizonyos fokig már a palpatio (aktinomycosisban a beszűrődés deszkakemény), biztos diagnózis pedig bakteriológiai vagy adott esetben szövettani vizsgálat alapján állítható fel.

*Nyiroksomó tuberculosis. Actinomycosis*



169



170

## Csomók, tumorok, sipolyok

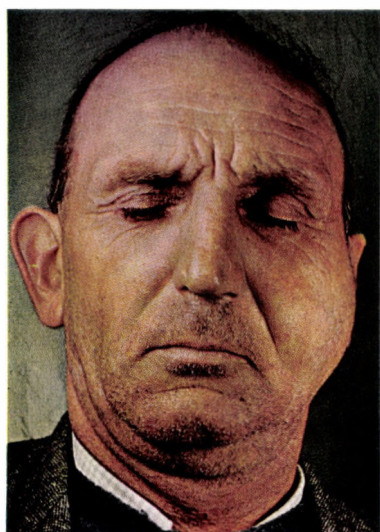
Ha az arcon *duzzanat* vagy *sipoly* van, úgy differenciáldiagnosztikailag, mint aetiologiai tényezőt, mindig tekintetbe kell vennünk valamely *fogelváltozást* is.

Az arcduzzanatot a *bölcsességfog nehéz áttörése* (dentitio difficilis) is előidézheti (171. ábra). Ez a fog eltávolításáig gyakran recidiváló betegség nyelési panaszokkal, szájzárral, perilymphadenitis-szel, lázzal vagyis jelentős közérzet-zavarral járhat együtt. Szövődmények: osteomyelitis és panostitis, retromaxillaris és perimandibularis tályogok.

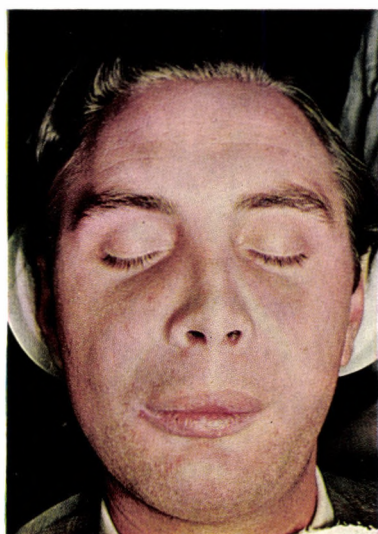
Az arcduzzanat sokkal gyakrabban a klinikailag különben rendszeren latens lefolyású *idült apicalis parodontitis acut* rosszabbodásának következménye is lehet. E parulis a szervezet általános ellenállóképességének csökkenése vagy a mikroorganizmusok virulenciájának fokozódása esetén is felléphet. A beteg általános állapotát a parulis alig vagy egyáltalán nem befolyásolja. Így volt ez a 172. ábrán látható beteg esetében is, akin a folyamat a 2,1 devitalizált fogakból indult ki és a felső ajak, valamint a pofa duzzanatával járt.

A parulis submucosus fázisában sokszor az éjszaka folyamán fellépő, többnyire *diffus arcduzzanatokkal ellentétben* kis, körülírt gyulladós oedema és gennyedés is kialakulhat. Ezekben az idültebb lefolyású granuláló gyulladásokban a genny a devitalizált fog felől a vestibulum oris helyett a külvilág felé tör át (173. ábra). Kedvelt localisatio az állkapocsszél és állkapocsszöglet (kiindulási helyek: az alsó praemolaris és molaris fogak), az áll (alsó metsző fogak), valamint a szemzug (felső szemfog). Ilyen esetek nemritkán kerülnek észlelésre. A 174. ábrán látható esetben a fistula kiindulási helye a devitalizált 16-os fog volt.





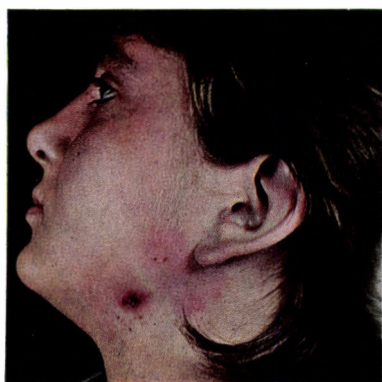
171



172



173



174

## Csomók, tumorok

Az arcduzzanat létrejöhet végül parotis következtében is. A *parotitis epidemica* lázzal jár, a duzzanat acutan lép fel és többnyire egyoldali. Néhány nap múlva rendszerint a másik oldalon is kialakul.

A parotis azonban számos egyéb ok következtében is megduzzadhat. A 175. ábrán látható betegen — akinél klinikailag először mumpsra gondoltak — *allergiás parotitis* állott fenn és a mirigy váladékában nagy számú eosinophil-sejtet találtak.

Gyulladásos parotis-duzzanat felléphet *gennyes*, valamint *marasmusos parotitis* képében, kialakulhat továbbá Bang-kór és Boeck-betegség során is. A parotis duzzanata gyakori kísérő tünete a *Sjögren-szindrómának* (vö. 190. o.). Parotis-kő következtében is kialakulhat. Differenciáldiagnosztikai szempontból gondolni kell a lassú lefolyású, rendszerint kétoldali parotishypertrophiára, valamint a parotis daganataira (176. ábra) is.

A tisztázatlan eredetű parotis-duzzanatok számos esetében diagnosztikai szempontból értékes felvilágosítást nyújt a mirigyvezeték röntgenológiai ábrázolása (sialographia).



175

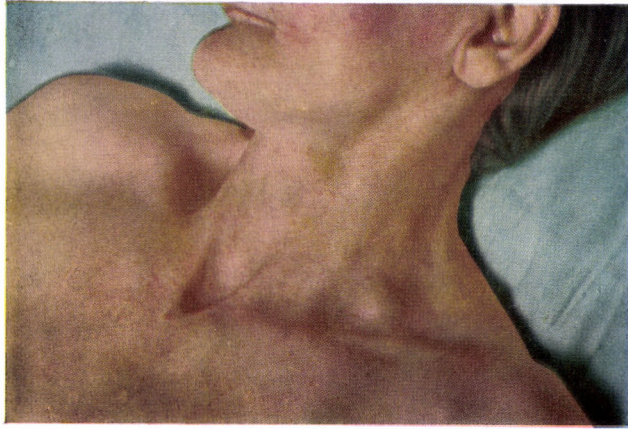


176

## Csomók, tumorok

*A rosszindulatú daganatok áttételei a maguk útját járják. A tumorok haematogen szóródásának sokrétűségéről e helyütt nem ejtünk szót. A 177. ábra egy körülbelül 50 éves nő bal fossa supraclavicularisában elhelyezkedő nyirokcsomóáttétet mutat be. Egyetlen élesen határolt, jól mozgatható és könnyen tapintható nyirokcsomó látható. Az ilyen egyedülálló nyirokcsomó-tumort a bal fossa supraclavicularisban *Virchow-mirigynek* nevezzük. A betegek anamnesise ritkán jellemző. A 177. ábrán látható nőbeteg mérsékelt súlycsökkenésről és bizonytalan gyomorpanaszokról számolt be. A tapasztalt orvos a jellemzőnek nem mondható gyomor-anamnesis és a bal fossa supraclavicularisban talált nyirokcsomó alapján gyomor-carcinomára gondol. Adott esetben valóban ez volt az áttét forrása. A Virchow-mirigy a ductus thoracicusba ömlő nyirok szűrője és annak a vena subclaviába való szájadzása előtt foglal helyet (a valóságban itt a metastasis rendkívül ritka). Benne települnek meg a nyirokutakon át közvetlenül a távolfekvő nyirokcsomókba sodródva a gyomorból származó ráksejtek.*

A következő példa (178. ábra) egy *köldök-metastasis*t mutat. A tumor kékesvörösen tűnik át a vascularizált, feszes bőrön. A daganat-metastasis többnyire közvetlenül a bőr alatt foglal helyet. Az áttét forrása az epeutak carcinomája volt. A metastatizáló daganat a májon és a májhilus nyirokcsomóin, illetőleg az obliterált ligamentum teres (az embryonalis kor elzáródott köldökvénája) nyirokrésein át a köldök felé tört előre, ahol akár ki is fekélyesedhet és nedvedző gyulladást okozhat, mely nem tévesztendő össze az úgynevezett „nedves köldökkel”.



177



178

## Csomók, tumorok

A 179. és 180. ábra a Recklinghausen-féle *neurofibromatosis* elváltozásait mutatja. A 179. ábrán látható, elsősorban a törzsre terjedő számtalan és különböző nagyságú daganat jellemzően puha tapintatú.

A tapintó ujj nyomására ezek a daganatok herniaszerűen betüremkednek, majd ezt követően gyorsan ismét elődomborodnak („csengőgomb tünet”). A felvételen látható daganatok köles—cseresznye nagyságúak. Olykor nagyobbak, ellephetik az egész köztakarót és nem egyszer a szájnyalvókat (elsősorban a nyelvet) is. Néha a neurofibromák klinikailag kocsányos bőrtumorokat képeznek. A neurogen növedékektől átszótt, sajátságosan puha bőr folytán „*lebernyes elephantiasis*” alakulhat ki, mely a 180. ábrán látható nagyfokú torzulásokhoz vezethet. Igen jellemző a beteg álmodozó vagy bágyadt arckifejezése is.

A klinikai képhez tartozik az ismert, de könyvünkben nem ábrázolt Recklinghausen-féle pigmentatio is, mely kisebb-nagyobb, a bőr szintjéből nem kiemelkedő foltok alakjában manifesztálódik („café-au-lait”-foltok és szeplőszerű elemek). Az epheliszhez hasonló Recklinghausen-foltok a közönséges szeplővel ellentétben a törzsön helyezkednek el. A nagyobb „café-au-lait”-foltok, melyek mint jelentőség nélküli szépség-hibák egészséges embereken is előfordulnak, Recklinghausen-tumorok nélkül akkor gyanúsak neurofibromatosisra, ha nagy számban (hatnál nagyobb számban) lépnek fel, ha szélük ívelt és sima, s mindenekelőtt akkor, ha egyidejűleg „epheliseket” is találunk a törzsön.

A bőrtünetek a syndromának csak egy részét képezik és értékes adatokat szolgáltatnak a további feltételezhető góccokra vonatkozólag. E bőrtünetek révén — egyebek között — érthetővé válnak a betegség egészén belül az agyi (epilepsia, tumor-symptomák, gyenge-elméjűség stb.) és a peripheriás idegtumorok okozta tünetek is. Mesodermalis anomáliákat is gyakran észlelünk (különösen gyakran kyphoscoliosist, továbbá végtagdefektusokat, állcsont- és fog anomáliákat stb.). Szem- és fültünetek (különösen opticus-glioma, acusticus-neurinoma, vö. 212. oldallal is), az endokrin rendszer részvétele és belsőszervi neurinomák (gyomor, bél, hólyag) is előfordulnak. Számtalan zavar jelentkezhet: ezek kombinációja révén minden egyes esetben meg van a maga sajátossága.



179



180

## Csomók, tumorok

A 181—183. ábra a *sclerosis tuberosa* jellegzetességeit mutatja. Az úgynevezett *adenoma sebaceum Pringle* (181. ábra), ez a faggyúmirigyeket és ereket tartalmazó kemény, sárgás-vörös, főképpen kötőszövetből álló csomó, melynek mikroszkópos képe nem igazolja tradicionális elnevezését, mindig nagy számban, tipikus elrendezésben, kb. gombostűfej nagyságú gócok képében fordul elő. A diagnózist a nasolabialis és áll-tájékra kiterjedő, szigorúan szimmetrikus elrendezés alapján már az első pillanatban felállíthatjuk. Gyakran találunk *fibromás csomócskákat* a gingiván (l. 197. o. 313. ábra), különösen a felső metszőfogaknak megfelelően, s olykor a *nyelven* is (182. ábra). *Koenen-tumorok*nak nevezzük azokat a diagnosztikai szempontból szintén fontos fibromás daganatokat, melyek különböző számban és nagyságban alakulnak ki a körömágy, valamint a köröm alatt a kéz vagy a láb egy, illetőleg több körmén (183. ábra).

Az ábrázolt bőr- és nyálkahártya-daganatok összessége a központi idegrendszeri elváltozásokkal — melyek az opticuson és a retinán is kialakulhatnak —, továbbá más tumorokkal (rhabdomyoma, hypernephroma és egyéb daganatok, valamint fejlődési rendellenességek) közös tünetcsoportot alkot (Bourneville—Pringle-syndroma). Az egyes esetekben azonban távolról sem alakul ki valamennyi manifesztációs lehetőség és gyakran csak a tünetek egy része válik kifejezetté.

A Bourneville—Pringle-betegséget könnyen megkülönböztethetjük a Recklinghausen-féle neurofibromatosisától — mellyel olykor összetévesztik — a sajátosság elrendeződésű és kemény tapintatú kis bőrtumorok alapján.





181



182



183

## Oedema, anasarca

Az *oedema* és az *anasarca* gyakran az egész testre kiterjed és ezért szimmetrikus elhelyezkedésű (nephritis, nephrosis syndroma, éhezési oedema). A vizenyő, általános kiterjedése ellenére, egyes helyeken nagyobb fokú lehet (*arc- és szemhéj-oedema nephritisben, 184. ábra*) vagy a nehézkedési törvénynek megfelelően különösen a mélyebben fekvő testrészekben dominál (szív eredetű pangásos vizenyő). Az általános vizenyőkészség ellenére az oedema többé-kevésbé localisan is felléphet, ahogy az pl. az angioneurotikus oedemában lenni szokott, mikor is mint *Quincke-oedema* csak az arc egy részére, a szemhéjra vagy a felső-, ill. alsó ajakra (*185. ábra*) terjed ki. Ezek az angioneurotikus oedemák többnyire gyorsan eltűnnek és olykor változtatják helyüket. Előfordul az is, hogy hosszabb ideig csak a felső ajak vagy csak a szem környéke válik oedemássá. A vizenyő idültté is válhat! Differenciális diagnosztikai szempontból gondolni kell az arc erysipelására (l. *58. ábra, 33. o.*). Itt kell megemlítenünk az urticariára jellemző, viszkető, körülírt oedemát is (l. *68. ábra, 41. o.*).

A *184. ábrán* látható arcvizenyő *heveny nephritisben* tulajdonképpen ritkán ér el ilyen fokot. Felismerhető, hogy a sápadt arc egésze pastosusan duzzadt, különösen a szemhéjak tájéka vizenyős. A klinikai tünetek, valamint a vérnyomásemelkedés, az albuminuria és a haematuria kimutatása megkönnyíti a diagnózist. E tünetek szem előtt tartására azért kell feltétlenül utalnunk, mert szó lehet az arc lokalizált vizenyőjéről is — akár angioneurotikus oedemáról, akár *Quincke-oedemáról (185. ábra)* — bár ezek rendszerint csak a szemhéj vagy a felső ajak területén jelentkeznek. A felső ajak vizenyője szinte orrmányszerű képet nyújtva mindenesetre hetekig, hónapokig is fenn állhat vagy akár irreversibilissé is válhat.

A *186. ábra* egy *nephritis* beteg lábszár és lábfej vizenyőjét mutatja be. Az ujjbenyomatot megtartó, feszülő, fényes bőr minden lábszár-oedemára jellemző.



184



185



186

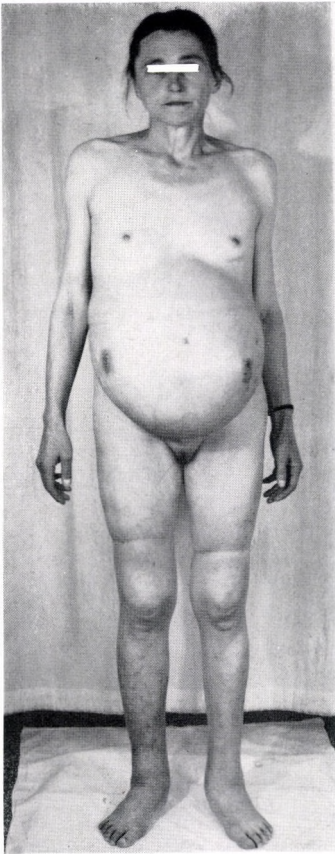
## Oedema, anasarca

A *generalizált oedema* bármely *szív-decompensatio* klinikai képéhez tartozhat (szemben az úgynevezett „száraz” *decompensatio*val). Annak ellenére, hogy a vizenyő általánossá válik, a testtartásnak megfelelően a mélyebben fekvő testrészeket kedveli. Kialakulhat *ascites* is, s a feszülő, telt has szembetűnővé válik, ha a felgyülemelő folyadék az alsó végtag, a hasbőr és a *scrotum* telődése után a hasüreget is eléri. Ilyen vizenyő *anasarcá*-val együtt minden szívbetegség *decompensatio*s szakában, illetőleg a páncélszív okozta pangásban (187. ábra) egyaránt létrejöhet. Éppen a páncélszív esetén fennálló vénás pangás következtében gyűlik meg a vizenyő előszeretettel a test „szív alatti” részén. A fej, a vállak, a nyak és a felső végtag gyakran viszonylag kevésbé oedemás, míg a has, a mellkas alsó szakasza és az alsó végtagok tele vannak vizenyővel (187. ábra). Az *ascites* szinte szabályszerűen hozzátartozik ehhez a pangás-típushoz. A lábak, az alsó végtag „tele van” vízzel.

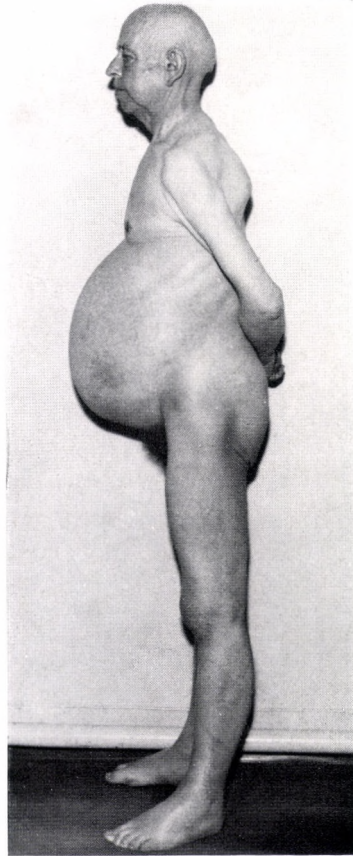
A két combon a térd felett kialakuló kör alakú besüppedések, melyeket a gumi harisnyakötők okoztak, jól szemléltetik a bőr alatti kötőszövetben felgyülemelő vizenyő mértékét. Utalnunk kellene még a bőr nagyfokú cyanosisára, a körömágy kék elszíneződésére, valamint a livid fülcimpákra.

A 188. ábrán látható betegen az oedema elhelyezkedése egy *öregkori keringési elégtelenség*ben szenvedő férfin figyelhető meg, akin *anasarca* és *ascites* is kialakult. A felvétel jól ábrázolja a feszülő, oedemás, fénylő bőrt. Csak megemlítjük, hogy ezek a betegek *dyspnoesok*, szívesen pihennek ülő helyzetben az ágyban, hangjuk gyenge és szavukat gyakran megszakítja a légszomj és a köhögés.

Végül a 189. ábrán egy különösen zavaró helyi tünetet, a *scrotum oedemát* látjuk, mely a keringési elégtelenség során kialakult, általános vizenyő részjelenségét képezi. A comb tele van vizenyővel. Jól szemlélteti ezt a bal combon látható ujjbenyomat. Duzzadt, alakatlan a herezacskó és a penis is vizenyős. A *praeputium oedemája* külön csapás a beteg számára, mert megnehezíti a vizelést, szinte elkerülhetetlen a környező bőr nedvessé válása, aminek elmaradhatatlan kellemetlen következménye a gyulladás, ill. *balanitis*.



187



188



189

## Oedema, anasarca

A következő képek többé-kevésbé *lokalizált vizenyős duzzanatokat* ábrázolnak. A 190. és 191. ábra ascitést mutat. A 192. ábra traumás vizenyőt és végül a 193. ábra az egyik kézen Sudeck-betegségben kialakult oedemát mutat be. A 190. és 191. ábra máj-cirrhosisos betegről készült, akin *nagyfokú ascites* alakult ki. A képek jellemzőek. Máj-cirrhosisban a portalis pangás következtében először meteorismus, majd ascites lép fel, végül a vena cava inferiorra gyakorolt nyomás következtében az alsó végtagok vizenyője fejlődik ki. Ezzel szemben szív eredetű decompensációban először bokavizenyő, majd később transudatum fejlődik ki a nagy testüregekben. A sovány felsőtest, a vézna alsó végtagok és a sovány, ráncos arc éles ellentétben áll az asciteses hassal. A has bőre feszes, vékony benyomást kelt és a visszerek kékesen tűnnek át a bőrön. A máj-cirrhosisnak ebben a szakaszában a caput Meduzae és a feszesen telt, felületes vénák rendszeren hiányoznak (l. 151. és 152. ábra, 99. o.), míg lépvéna- vagy portathrombosisban általában megtalálhatók.

A 192. ábra *kézháti vizenyőt* mutat. Ez a lelet sokrétű differenciáldiagnosztikai mérlegelést tesz szükségessé (kéztőcsontok gyulladása, vénás pangás, traumás sérülés, sűrített levegővel működő szerszámokkal végzett munka), míg kimondhatjuk, hogy a vizenyő a kézhat tartós ütögetése révén előidézett öncsonkítás következménye volt.

A 193. ábra egy beteg kezét mutatja. A bal kéz ép. A jobb kéz diffuse oedemás, bőre feszes, fénylő. Aktív és passzív mozgásra rendkívül fájdalmas. Ez a többnyire nőknél előforduló *Sudeck-oedema* rendszerint hetekig-hónapokig tart és olykor az egész felső végtagra kiterjed. A bőr vékony és finom — atrophias. A vénák áttűnnek a bőrön. A körmök átalakulnak és végül domború óraiüvegre emlékeztetnek. A körömágyak cyanoticusak.

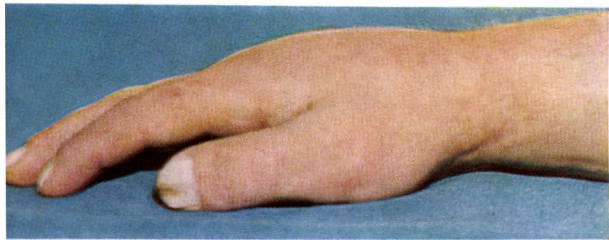
*Máj-cirrhosis. Artefactum. Sudeck-vizenyő*



190



191



192



193

## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

A következőkben olyan *gerinc-fejlődési rendellenességeket* bemutató *jellegzetes* képeket állítottunk össze, mely rendellenességek röntgenvizsgálat nélkül is felismerhetők. A gerinc rejtett helyzete miatt a közvetlen vizsgálatra csak korlátozott lehetőségünk van, ezért fontosabbak a columna vertebralis közelebbi és távolabbi környezetének másodlagos elváltozásai. A 194. és 195. ábra olyan különböző fokú fejlődési zavart mutat be, mely az arcusok tökéletlen záródásában nyilvánul meg. A fejlődési zavarok ezen csoportjába tartozik az acrania (úgynevezett békagyermek), mint e zavarok legsúlyosabb formája. Ilyen esetben a koponya teljesen hiányzik. Ettől az élettel összeegyeztethetetlen fejlődési rendellenességtől a klinikai szempontból teljesen jelentőség nélküli — éppen csak a röntgenképen kimutatható — zárt hátsó spina bifidáig minden átmenet előfordul. A *spina bifida cystica* nem más, mint a gerincagyhártyák sérvszerű elődomborodása, melybe a gerincvelő vagy betüremkedik vagy nem (194. ábra). Ez az állapot idegrendszeri kiesési tünetekkel jár együtt. E fejlődési zavarok kedvelt előfordulási helyei a gerinc egyes régiói közötti zónahatárok és különösen gyakoriak a lumbosacralis átmenet területén. A spina bifida occultára *utalnak a csontdefektus feletti bőrelváltozások*. Ilyenek lehetnek: kóros érképződmények, pigmentatio, szőrzet (195. ábra), ritkábban hegek és behúzódasok.

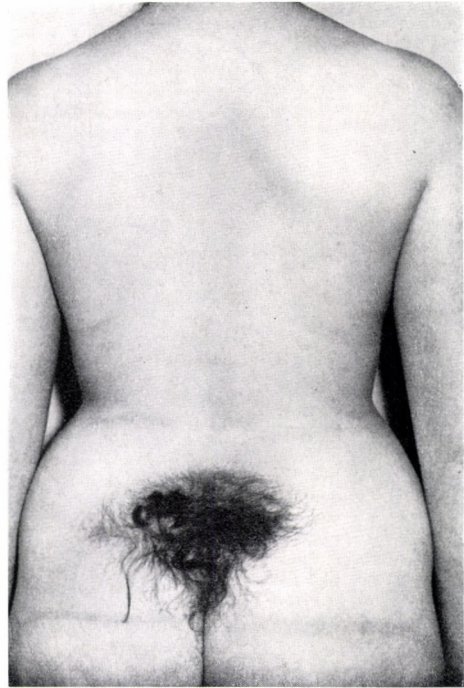
A gerinc egyéb hasadécai közül a ventralis listhesis klinikai tüneteket okozhat. A spondylolisthesis a csigolyaívek oldalsó részének résképződésén alapul és valódi fejlődési rendellenességnek tekintendő. Kifejezett esetekben a tövisnyúlványok sorában létrejött szintkülönbség nemcsak tapintható, de látható is (196. és 197. ábra). A törzs megrövidültnek tűnik és jellegzetes módon a nem nagyon kövér betegeken is harántbőrredők alakulhatnak ki. Az erősen előugró paraspinalis izomkötegek, valamint a réstől felfelé a gerinc ventralis irányú eltolódása fokozott lumbalis lordosist utánoz. Valójában azonban a gerinc physiologiás lumbalis és thoracalis görbülete egyaránt ellapult.



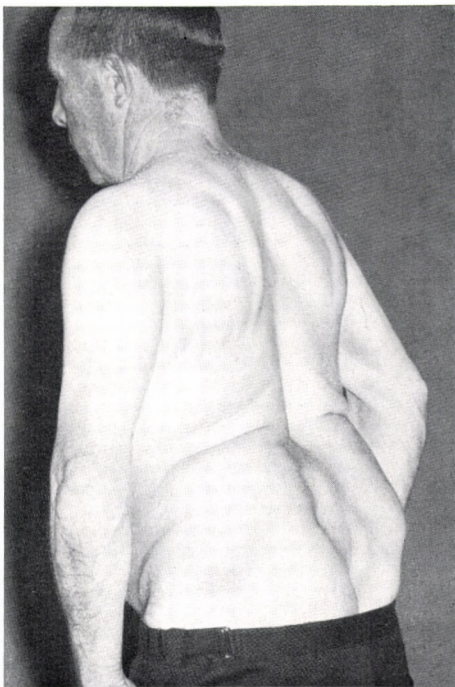
*Spina bifida. Spondylolisthesis*



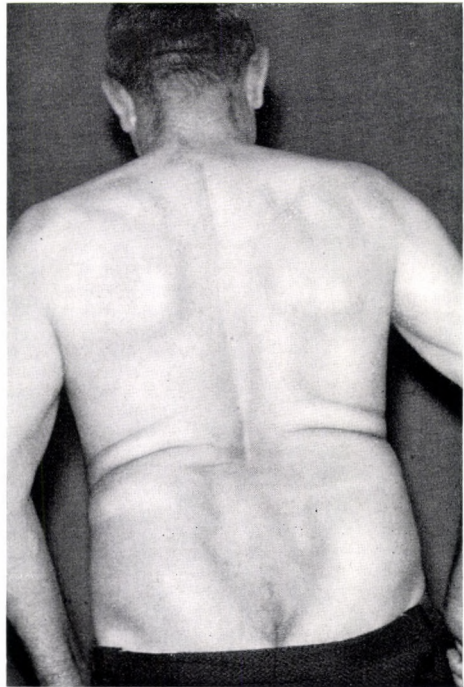
194



195



196



197

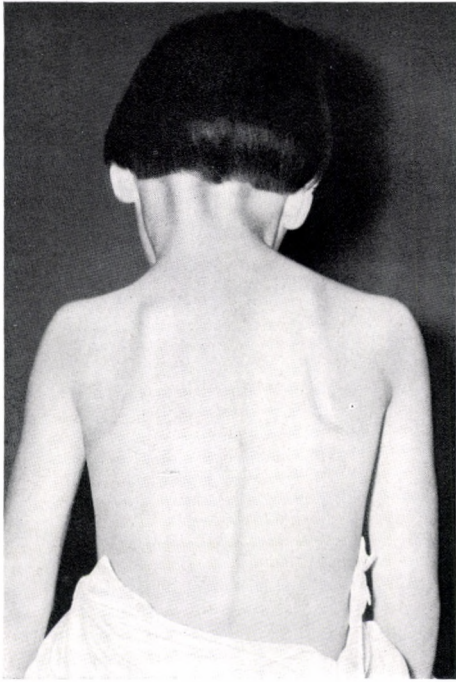
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

Ugyancsak fejlődési rendellenesség az *ossealis* és *muscularis torticollis* is. Utóbbi esetben a primer ok az egyik oldali nyakizomzat, mindenekelőtt a sternocleidomastoideus elváltozásában keresendő. A kezdetben tisztán lágyrész-contractura a koponya- és arc-csontok torzulásához, valamint scoliosishoz vezet. Congenitalis ossealis torticollisban az elsődleges elváltozás a nyaki és a felső thoracalis gerincszakasz elgörbülése. A scoliosis egyes csigolyák összezsugorodásának és aszimmetrikus gerinc rudimentumok közbeékelődésének következménye. Így ossealis torticollisban a nyak mozgáskorlátozottsága és megrövidülése az előtérben álló jel. Kifejezett esetekben (Klippel—Feil-syndroma) úgy tűnik, mintha a nyak hiányoznék és a fej a vállak között ülne.

A szemben levő oldalon látható képek *muscularis* (198. és 199. ábra), illetőleg *ossealis torticollis*ban (200. és 201. ábra) a gerinc majdnem azonos elferdülését és a fej analóg tartási rendellenességét mutatják. E kétfajta állapot *elkülöníthető* egymástól, ha a beteget *előlről* vesszük szemügyre. Az ossealis fejlődési rendellenesség a rövid nyakról, a caput obstipum musculare a kóros sternocleidomastoideus elődomborodásáról ismerhető fel.

Differenciáldiagnosztikai szempontból megemlítendőek a trauma és a gyulladás okozta *szerzett formák*, a *heges torticollis* és a *fájdalom által kiváltott reflexes kényszersértés* (degeneratív gerincbántalmakban), különösen a cervicalis discus-prolapsusban, de — egyebek között — a peritonsillaris abscessus kapcsán is.

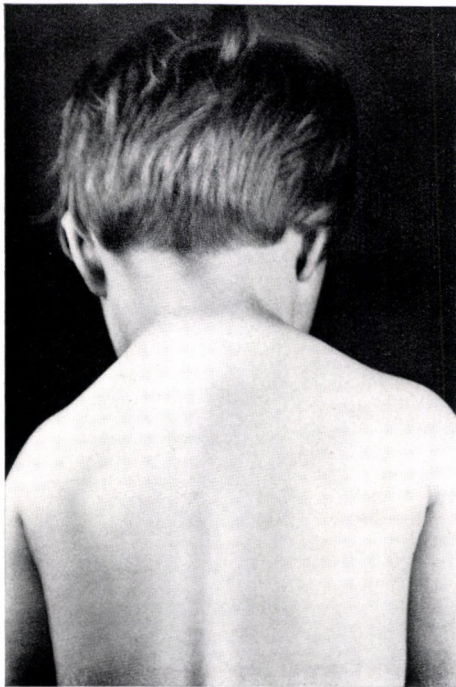
*Idegrendszeri betegségek* olykor korán manifesztálódnak *paralyticus* vagy *spasticus torticollis* formájában. Ezeket el kell különítenünk az *extrovertalt psychopathák* szokványos ferde tartásától, valamint a hysteriás torticollistól. Differenciáldiagnosztikai szempontból kisgyermeken a szem eredetű ferde nyaknak is van bizonyos szerepe.



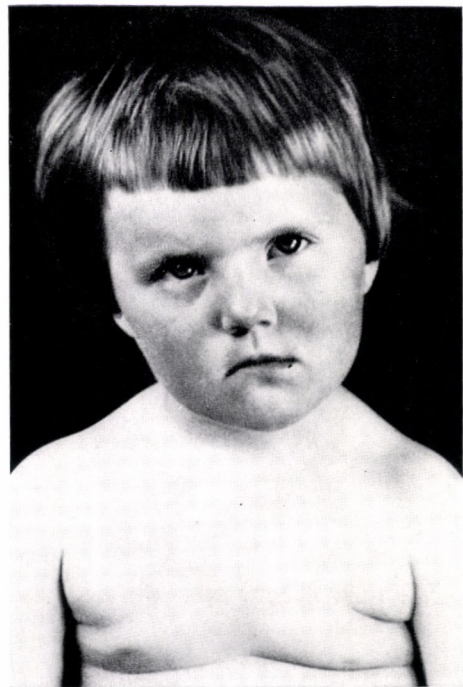
198



199



200



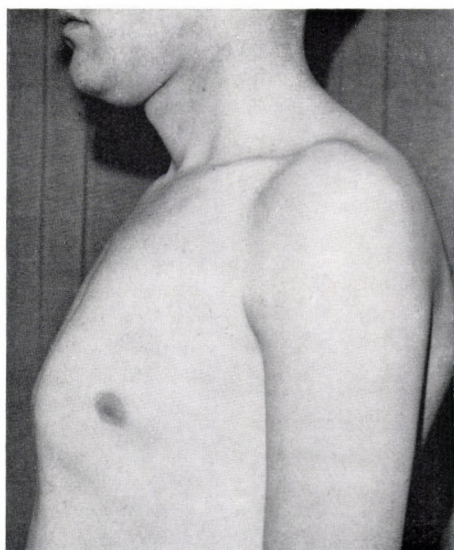
201

## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

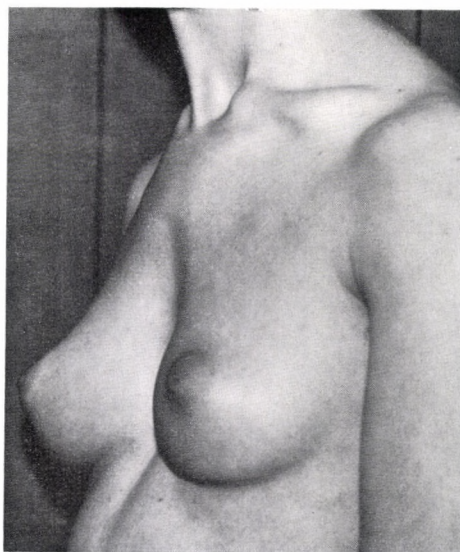
A mellkas deformációinak többsége másodlagos jelenség és torsiós gerincferdülések következménye. Ehelyütt egyes *primer* borda- és szegycsont elváltozásokat ábrázoltunk. A gyermek még formálható mellkasfalára gyakorolt fokozott és tartós nyomás következtében vele született szívhibákban jön létre az úgynevezett „szívúp” (202. ábra). Az elváltozás topographiája és az elődomborodás egyoldali volta — a tapintható vagy akár látható, kiterjedtebb szívcsúcslökéssel együtt — lehetővé teszi, hogy a diagnózist könnyen felállítsuk. A mellkas középső részének szimmetrikusabb elődomborodását, többnyire a szegycsont ék alakú előugrását tyúkmellnek vagy ék alakú mellkasnak nevezzük (ezt az elváltozást nem mutatjuk be). A rendellenesség nemritkán gerincelferdüléssel, az elülső bordaívек kipúposodásával és az úgynevezett Harrison-barázda kialakulásával jár együtt.

Tükörképe ennek az elváltozásnak a *tölcsér-* vagy *cipész-mellkas*, a szegycsont és a szomszédos bordarészek tölcsér alakú besüppedése (203–205. ábra). Legtöbbször a szegycsont alsó fele van érintve. Annak lehetősége, hogy az elváltozást valamely heg húzó hatása (pl. nyelcső-maródás után) vagy gyakori külső nyomás (cipész-mellkas) idézi elő, különösen rachitises csontlágyulás esetén, nem tagadható. Feltűnőbb azonban a tölcsér-mellkas és a status dysrhythmicus összefüggése, melyben a deformitás ez utóbbi állapot egyik tünetét képezheti. Így az elváltozás oka elsősorban csírártalomban keresendő. Kifejezett esetekben mechanikus eredetű keringési és légzési zavarok is felléphetnek (204. és 205. ábra). A műtéti kezelés tehát fiatal korban többet jelent, mint egyszerű kozmetikai beavatkozást. Nőknél a műtéti indikáció felállításakor tekintetbe veendő, hogy a melléké fejlődése következtében a torzulás esetleg kevésbé szembetűnő (203. ábra).

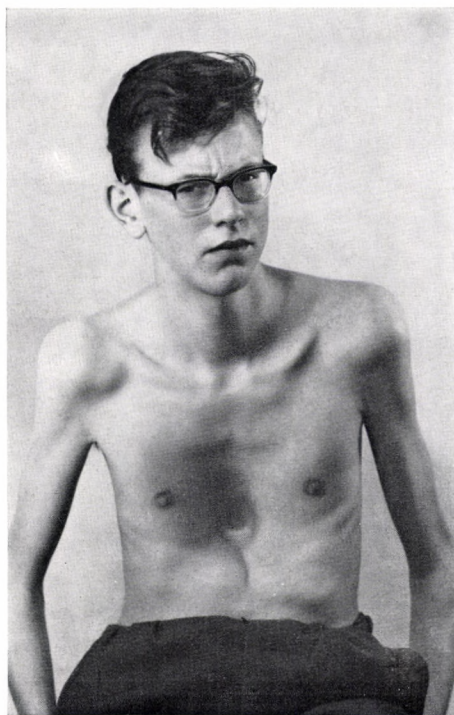
„Szívúp” (szívtáji elődomborodás). Tölcser—mellkas



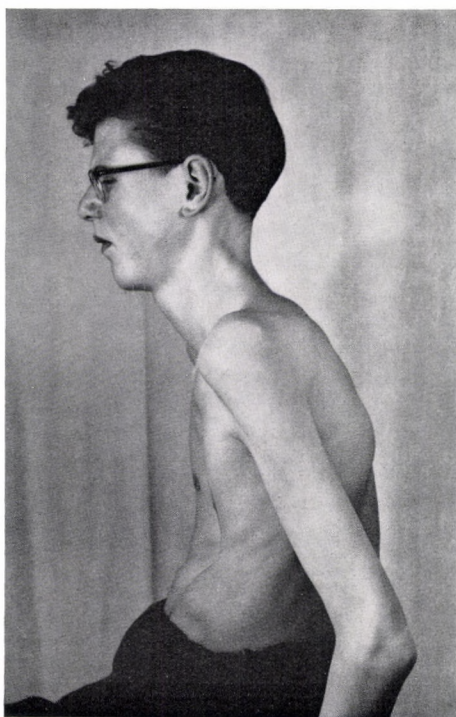
202



203



204



205

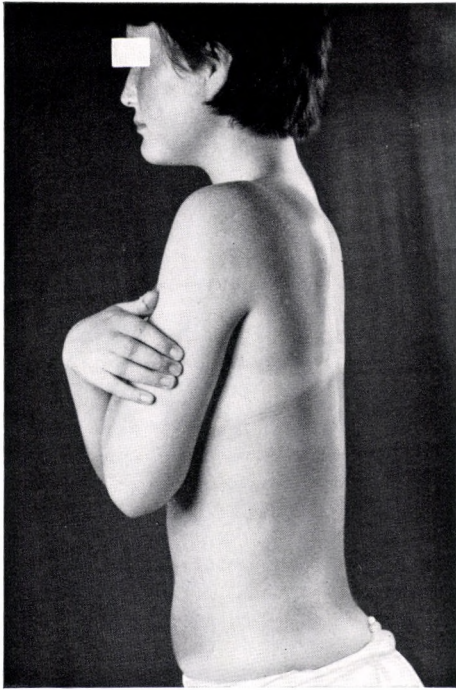
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

Ha a gerinc oldalnézetben elvesztette physiologiás görbületét, *lapos hátról* beszélünk (206. és 207. ábra). Többnyire nemcsak a lordosis simul el, hanem kyphosis is kialakul, mely különösen ülő helyzetben feltűnő és ezért *ülési-kyphosisnak* (*Sitzkyphose*) is nevezik. Álló helyzetben (206. ábra) ez a kóros tartás majdnem mindig kompenzálható a medence előredöntésével. Ülő helyzetben, felemelt felső végtagok mellett (207. ábra) ezzel szemben még kisebb fokú „ülési-kyphosisok” is kimutathatók, minthogy ilyenkor a medence erősen megemelődik.

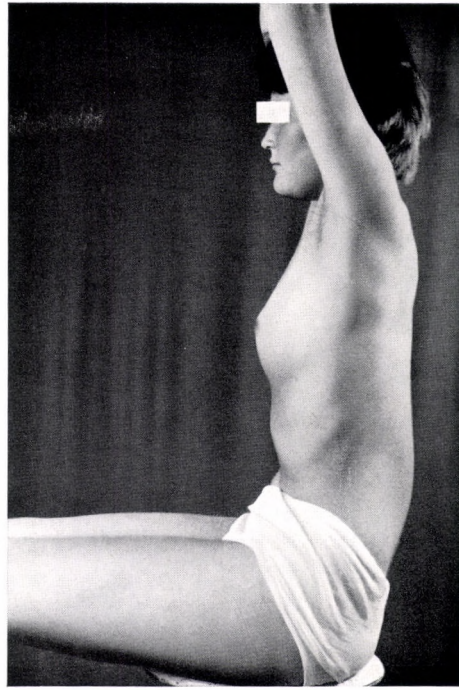
A gerinc thoracalis szakaszának fokozott görbületét *kerek hátnak* mondjuk (208. ábra). Ha ezen kívül még az ágyéki lordosis is hangsúlyozott, úgy *kimélyült kerek hátról* beszélünk (209. ábra). Az öröklési tényezők, az aktív izomerő, a támasztószövet passzív ellenállóképessége, a szellemi fejlődés és a psychés állapot befolyását lehetetlen észre nem venni. Míg a testtartás még kijavítható, addig csak rossz testtartásról beszélünk és nem tekintjük az állapotot betegségnek. Az idők folyamán azonban a korrekció lehetősége egyre csökken és a törzs hibás tartásban rögzül. A gerinc idősebb korban a megterhelt ventricularis discus-részletek degeneratív felpuhulása és az osteoporosis, illetőleg a csigolyák alakváltozása (ékcsigolya, halcsigolya) következtében insufficienssé lesz, ami az öregkori kyphosis okozójává válik.

A már fiatal korban fixálódó dorsalis kyphosis Scheuermann-kórra utal. Kedvelt helye a thoracalis gerincszakasz alsó harmada, de kiterjedhet a lumbalis gerincre is. A Scheuermann-betegségre rendszerint jellemző a fokozott és caudalis irányban eltolt kyphosis. A görbület tetőpontja a scapula csúcsa alatt fekszik (208. ábra).

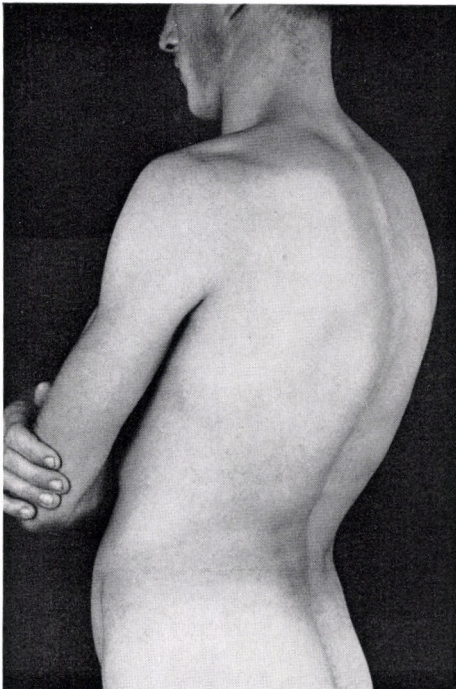
A kerek hát görbületének helye és foka mellett az ágyéki gerincoszlop kompenzációs képessége és különösen a medence állása felelős azért, hogy a görbe háton kívül az ágyéki lordosis is fokozódik-e, azaz kialakul-e a kimélyült kerek hát (209. ábra).



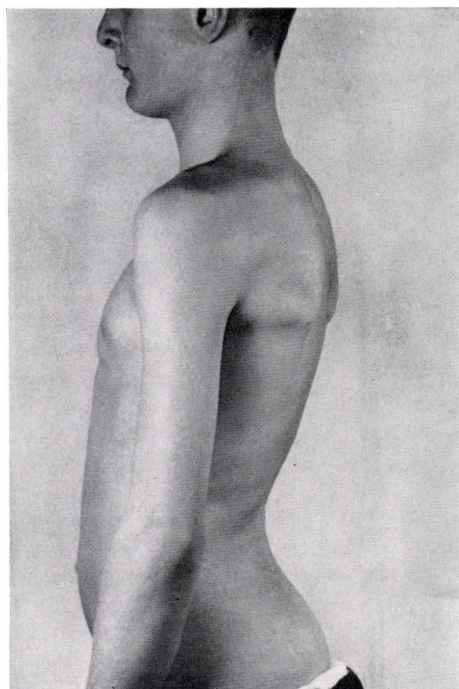
206



207



208



209

## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

A kerek hát legkifejezettebb fokát *Bechterew-kór*ban látjuk. A kifejlett *spondylarthriti*s *ankylopoeticát* a gerinc teljes elmerevedése, a mellkas merevsége és a tartás romlása jellemzi. Tipikus esetekben az ágyéki lordosis elsimult, a thoracalis kyphosis maximálisan fokozott és a fej előre áll. Abban a törekvésében, hogy a beteg a látókörét lehetőleg megőrizze, többnyire fokozza a nyaki lordosis fokát (210., 211. és 213. ábra). Azok a betegek, akiken ez a kompenzáció elmarad (212. ábra), többnyire már nincsenek abban a helyzetben, hogy idegen segítség nélkül közlekedjenek a közúti forgalomban.

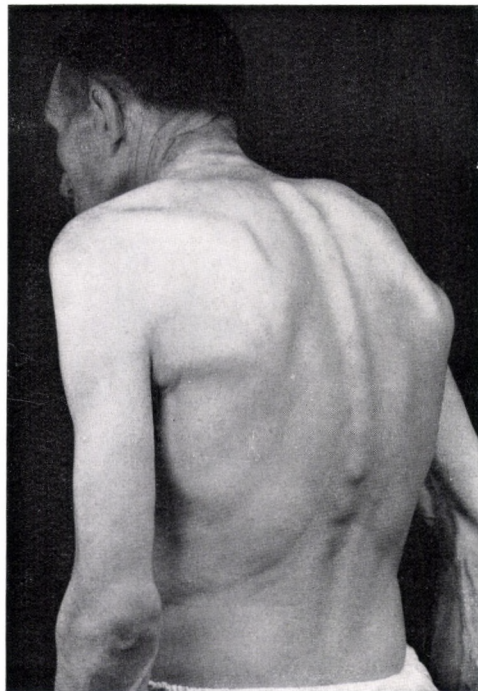
A *Bechterew-kór* leggyakoribb szövődménye a váll- és a csípőízületek megbetegedése. Ez utóbbi sokkal gyakrabban fordul elő, mint az előbbi. A gerincoszlop hajlított helyzetben való megmerevedése jelentősen rontja a test statikáját. A 213. ábrán látható beteg például nem tud önállóan megállni a lábán, bár gerincelváltozása nyilvánvalóan kisebb fokú, mint a 212. ábrán látható betegé.

Nagyfokú kyphosisban a ventralis térszűkület tipikus jele harántirányú hasi redők kialakulása. A mellkas merevsége arra kényszeríti a beteget, hogy hasi légzését fokozza. Különösen inspirációban jelentős a has gömbszerű elődomborodása. Ilyenkor „futball-labda-jelenségről” beszélünk (212. ábra).

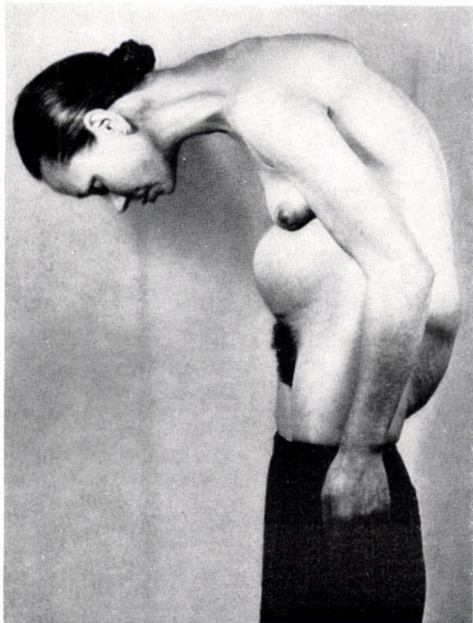




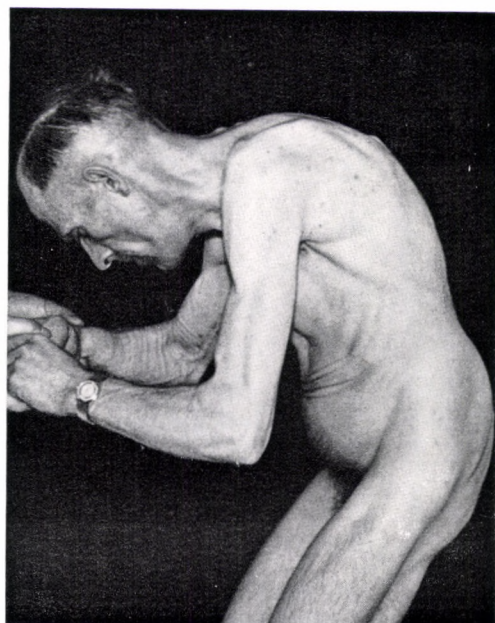
210



211



212

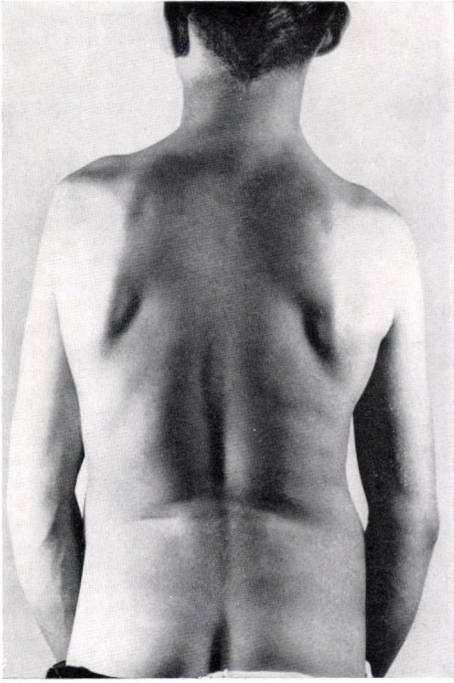


213

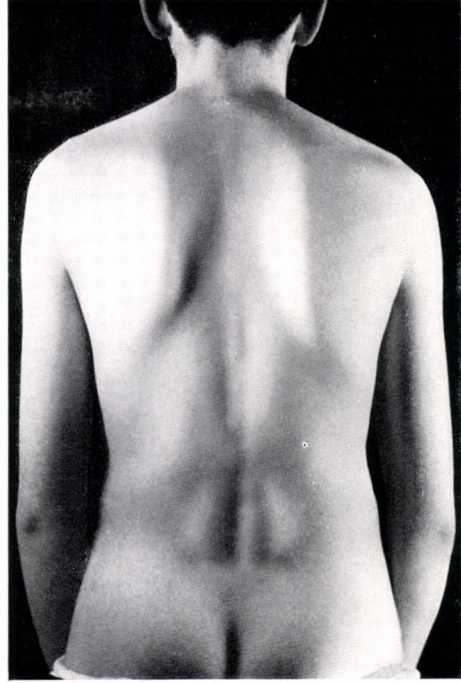
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

A többé-kevésbé ívelt kyphosissal ellentétben *gibbus* esetén a sagittalis síkban a gerincoszlop szögletben törik meg. Jellegzetes módon mutatkozik meg a gibbus a *spondylitis tuberculosában* (216. és 217. ábra). A folyamat szabály szerint egy vagy egynéhány csigolyára korlátozódik és nagyobb pusztulás esetén a gerinc erős megtörtetéséhez vezet. A kezdeti időszakban a fájdalom okozta *reflexes kímélő tartáson* és a *lokalizálható ütögetési, illetőleg nyomási érzékenységen* kívül olykor kimutatható valamelyik *processus spinosus elődomborodása*. Az ágyéki régióban a paraspinalis izomkötegek közti barázda sekélyebbé válik és az izomzat profilja eltűnik. A tulajdonképpeni gibbust ilyenkor csak a röntgenfelvétel mutatja ki. A 215. ábrán látható kóros eltérés a gyakorlatlan szem számára csak akkor válik nyilvánvalóvá, ha a képet összehasonlítják a 214. ábrával. Az erőteljes paraspinalis izomkötegek megszakítás nélkül a scapula csúcsának magasságáig követhetők. Köztük a *processus spinosusok* egyforma mély árokban fekszenek.

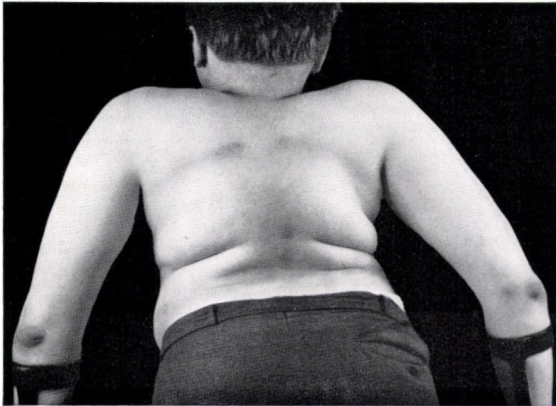
Minden deformációhoz vezető folyamat, mely a gerincoszlop közvetlen szomszédságában zajlik le, képes gibbust előidézni. Azonban a gibbus, mint *cardinalis* tünet, a süllyedéses tályog és a gerincvelői tünetek mellett mindenekelőtt a *spondylitis tuberculosa* klasszikus triászához tartozik. Csodálatos, hogy a helyes diagnózist még ma is gyakran csak e klasszikus triász kialakulása után állítják fel. Hogy elégtelen kezelés esetén milyen groteszk deformációk alakulhatnak ki — részben hegyes szögű gibbus fellépével — azt a 216. és 217. ábrán tüntettük fel.



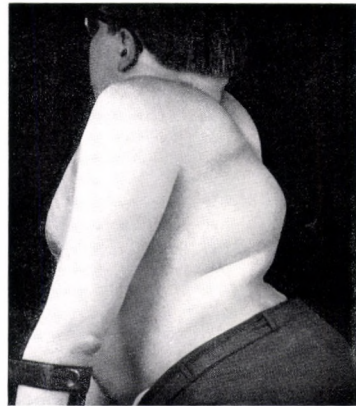
214



215



216

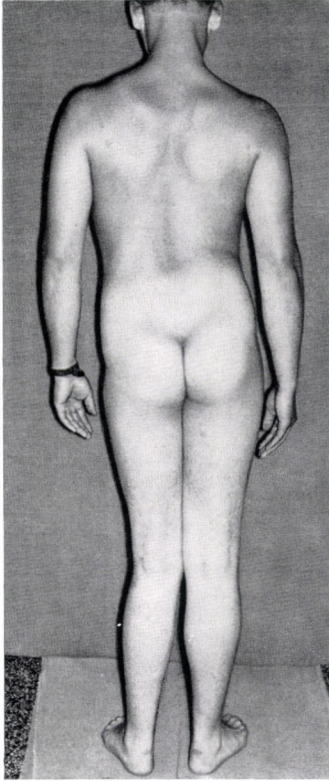


217

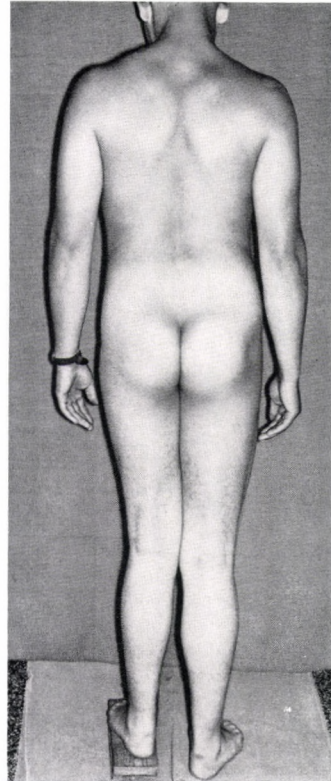
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

*Scoliosison a gerincoszlop állandó oldalirányú görbületét értjük. A szorosabb értelemben vett definíció szerint nem scoliosisról, hanem scoliosisos tartásról van szó akkor, ha az oldalgörbület csak időlegesen áll fenn. Tipikus példája ennek a „statikus scoliosis” és az „ischias-scoliosis”. A statikus eredetű scoliosisos tartás diagnózisához hozzátartozik annak megállapítása, hogy a medence ferde helyzetű. Ez legcélszerűbben úgy történik, hogy kezünket oldalt a medencecsont szélére helyezzük és a megrövidült oldalon addig rakunk falapocskákat a beteg lába alá, míg felhelyezett két kezünk vízszintes síkba kerül. Így módunk van a funkciós megrövidülés fokát lemérni és a medence szabályos állását elérni. Amennyiben a gerinc még mozgásra képes, úgy a scoliosis is eltűnik (218. és 219. ábra).*

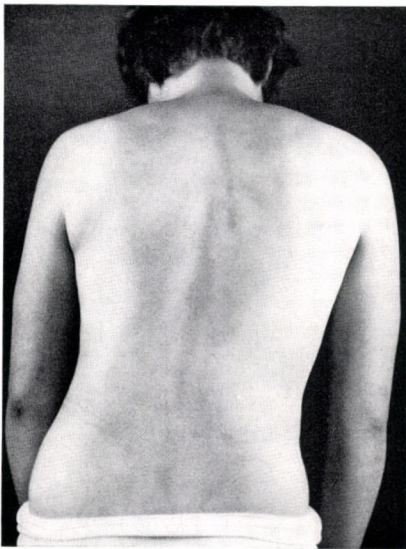
Az úgynevezett *ischiasos scoliosis* nem más, mint a fájdalom okozta reflexes kímélő kényszertartás, mely tipikusan az ágyéki gerinc kiegyenesedésével, sőt olykor lumbalis kyphosissal jár együtt (220. és 221. ábra: vö. a 237. ábrával, 149. o.). A törzs előrehajlításakor a kényszertartás gyakran még fokozódik, esetleg csak ilyenkor lép fel. A betegek egyébként szívesen hajolnak kissé előre és támaszkodnak meg combjukon. A reklináció szinte szabályszerűen lehetetlenné válik. A vezetőtünet mindig a fájdalom és a gyöki izgalom megelőzése érdekében a mozgásnak ezzel kapcsolatos kerülése.



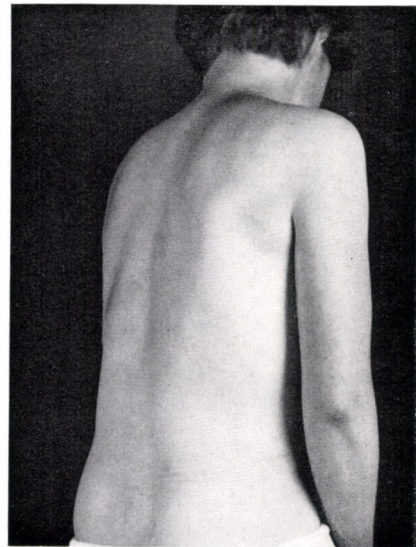
218



219



220

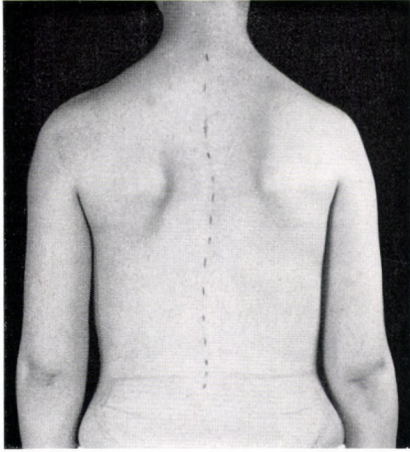


221

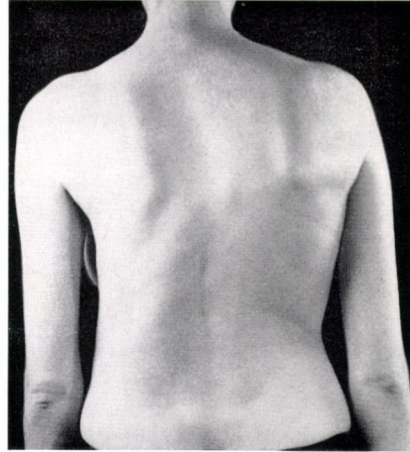
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

*Az állandó jellegű oldallirányú gerincgörbületeknek sok oka lehet. Ha valamely alapbetegség nem deríthető ki, úgy genuin vagy idiopathiás scoliosisról beszélünk. A scoliosisnak éppen ez az alakja számos, még megoldatlan problémát állít elénk. Csak korai felismerés és következetes kezelés révén tudjuk a károsodást korlátok között tartani. A gerinc centrális helyzete folytán a tapasztalatlan szem számára gyakran még durvább oldallirányú görbületek is rejtve maradnak. Az orvosi konzultációhoz rendszerint a „csípőficam” zolgáltat indítékot. Ilyenkor a derék íveltsége fokozott, s ez leeresztett felső végtagok mellett „hangsúlyozott derékháromszöggel” egészül ki (222. és 223. ábra). A törzs minden aszimmetriája esetén gondolni kell scoliosis lehetőségére. A thorax szakaszán az aszimmetria borda-púp alakjában manifesztálódik. Ez a gerincoszlop torziójának következménye és minden oldalgörbület esetén szabályszerűen létrejön. A torzulás mértéke különösen feltűnő, ha az előre hajló beteget tangencialis irányból vizsgáljuk (226. és 227. ábra). A lumbalis szakaszon a borda-púp helyett ágyéki elődomborodás figyelhető meg, melyet a processus transversusok ugyancsak torziós elfordulása idéz elő (225. és 227. ábra). A borda-púp és az ágyéki elődomborodás a scoliosis convexitásának magasságában alakul ki, míg a processus spinosusok a concavitas irányába fordulnak. Ezáltal a scoliosis kiegyenlítődik és klinikailag mindig enyhébbnek tűnik, mint röntgenológiaiilag (222. ábra).*

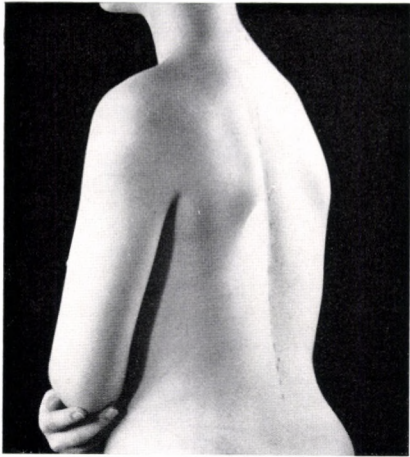
A „kyphoscoliosis” kifejezést nagyon gyakran helytelenül használják. Scoliosisban éppen ellenkezőleg, igen gyakran kifejezetten lapos háttal van dolgunk. A vélt kyphosisról gondos megfigyeléskor többnyire ki fog tűnni, hogy borda-púpról van szó (225., 226. és 227. ábra).



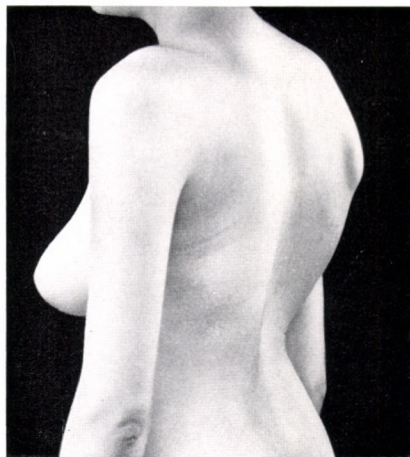
222



223



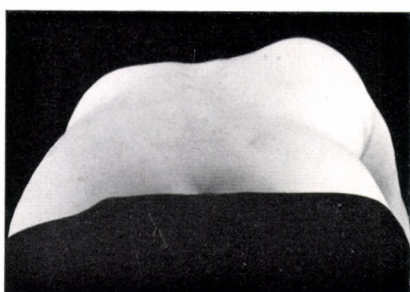
224



225



226



227

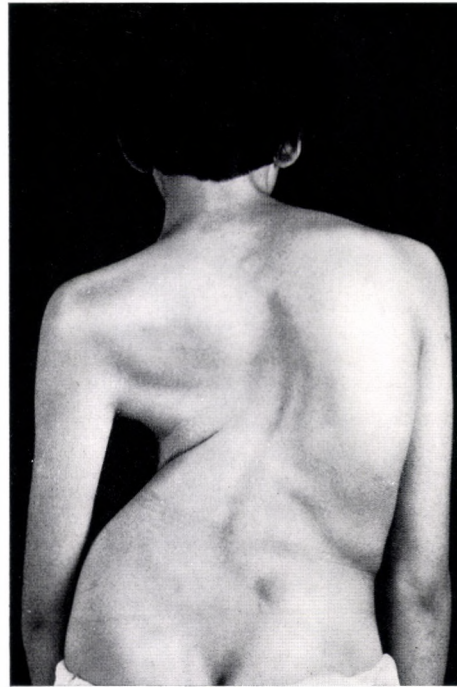
## A csontváz kóros elváltozásai. Tartási és mozgási anomáliák

A szemben levő oldalon bemutatott *scoliosis*ok nem keltik azt a benyomást, mintha a statika súlyosan károsodott volna. Az izomzat az állandó gyakorlás révén az egyenes testtartásból folyó fokozott követelményeknek meg tud felelni. Ez a képesség elégtelen kezelés esetén (229. ábra) vagy paralytises *scoliosis*okban (231. ábra) elvész. A mellkas a medencéhez képest oldalra tolódik, szinte „ráborul” arra. A gerincoszlop azonban bénulások esetén és progrediáló genuin *scoliosis*okban is viszonylag sokáig megőrzi latens statikai egyensúlyát. Ha mérőónt helyezünk a vertebra prominens processus spinosusára, megállapíthatjuk, hogy a rima ani csak ritkán és többnyire csak néhány centiméterrel tér el az előbbi függőleges síktól. A törzs minden súlyos *scoliosis* esetén megrövidül, a felső végtagok a szokottnál mélyebbre érnek le. A bénulásos *scoliosis*ra jellemző, hogy többnyire egészen az öregkorig messzemenően képes passzív módon kiegyenlítődni.





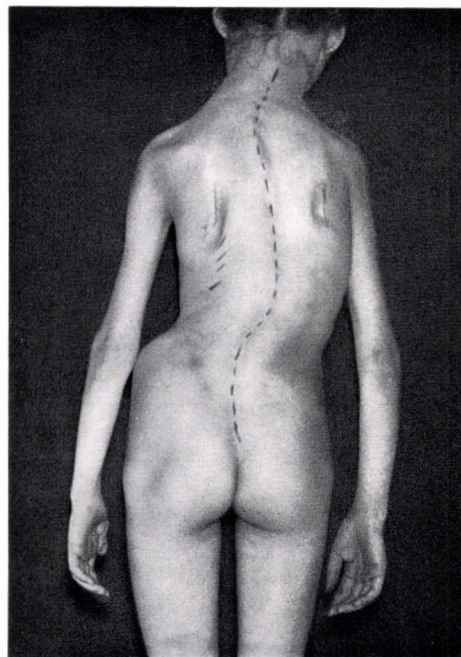
228



229



230



231

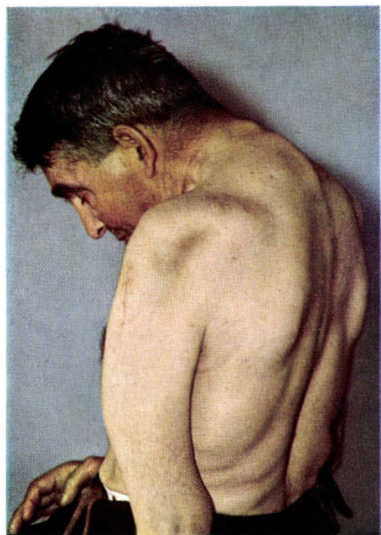
## Az idegrendszeri zavarok jelei

A tartási anomáliák nemritkán degeneratív idegbetegségek, myopathiák vagy izolált izombénulások talaján lépnek fel. A 232. ábra olyan beteget mutat be, akin kiterjedt tarkó-, vállöv- és felkar-atrophia alakult ki, mely a kísérő fascicularis izomrángások alapján az elülső szarvak mozgató idegsejtjeinek rendszerbetegségére vezetendő vissza. (A kép ezt természetesen nem tudja ábrázolni.) Az érzészavar hiánya és az alsó végtag spasticus jelei alapján a betegség amyotrophiás lateralsclerosisnak felel meg (jelen esetben: scapularis-atrophias típus). Az első manifesztáció és a lefolyás rendkívül különböző lehet: a spasticus bénulás felléphet későn, de lehet a betegség előfutára is. Az atrophia az alsó végtagon (peroneus-típus), de a kis kézizmokon is kezdődhet (brachialis-atrophias típus), s a folyamat aztán lassan ascendál. Ha áttérjed a mozgató agyidegekre, úgy bulbaris paralysis lép fel.

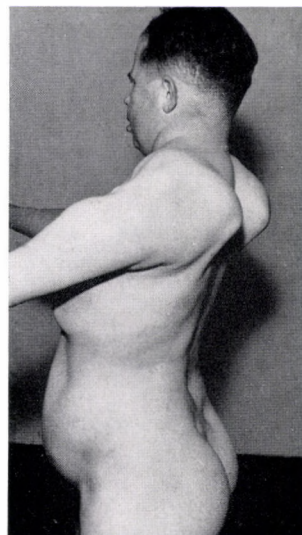
A *dystrophia musculorum progressiva* különböző lefolyású alakjai között a felnőttkorban a vállövi forma (233. ábra) különösen gyakori. A válltájék többnyire szimmetrikus izom-atrophiaja — akárcsak az adott esetben — a váll és a felkar működésének súlyos zavarához vezet, míg az alkar és a kéz általában kimarad a folyamatból. Ha a folyamat áttérjed a törzs- és hasizomzatra, úgy a gerincoszlop hyperlordosisa és lógó has alakul ki. A medence és combizomzat részvétele a tipikus kacsázó járásról ismerhető fel. Az atrophia mellett majdnem mindig megtalálható az ún. „pseudohypertrophia” is (az izomzat fokozott zsír-infiltrációja, mint a myopathiás átépülés előzménye).

A vállöv izolált izombénulásainak különböző okai lehetnek. A 235. ábrán látható *serratus bénulás* (a kar vízszintes fölé emelésének képtelensége, scapula alatt a vállízület elevatiójakor) traumás eredetű, a vállraesés következménye. Az izolált axillaris bénulás a musculus deltoideus plegiájával és atrophiajával szintén gyakran traumás eredetű, akárcsak a ritkább *nervus suprascapularis-kiesés* a mm. supra- és infraspinati sorvadásával és bénulásával (234. ábra). A vállöv izomzatának izolált bénulását olykor *mononeuritis* is okozhatja, mely különböző fertőzőbetegségek, mérgezések (ólom, alkohol stb.) során és végül — mint a 234. ábrán látható beteg esetében — allergiás úton is („serogen polyneuritis”) kialakulhat. Prognosticusan jók a nyomás okozta sérülések (pl. alvás, narcosis, bódulat, coma), melyek eredetét a kórelőzmény pontos felvételével rendszeren könnyű felderíteni.

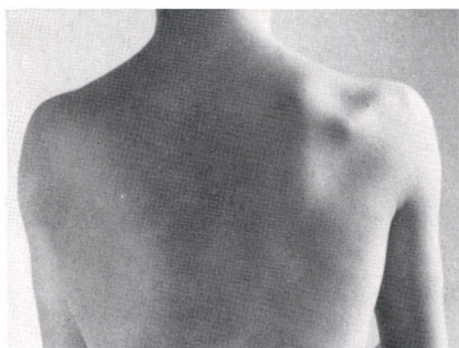
*Amyotrophiás lateralsclerosis. Dystrophia musculorum progressiva.*  
*Serratus-bénulás és suprascapularis bénulás*



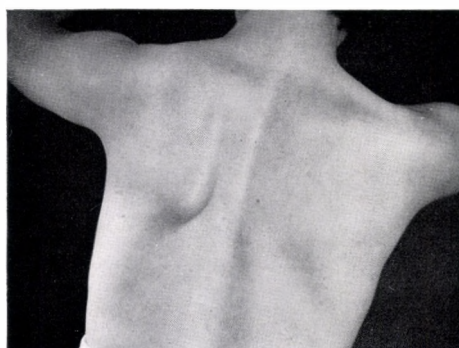
232



233



234



235

## Az idegrendszeri zavarok jelei

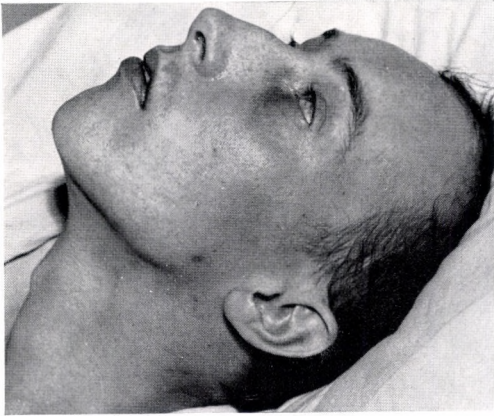
*Fájdalom kiváltotta reflexes tartási anomáliák* kialakulhatnak az idegrendszer vagy az idegrendszeri burkok gyulladással, illetőleg mechanikai alterációi következtében is: az *opistotonus*, mely különösen kifejezett formában a 236. ábrán látható, a tarkóizomzat reflektorikus megfeszülése következtében, következményes reklinációs tartással, valamint a fej aktív és passzív mozgásképtelenségével alakul ki. Kímélőtartásról van szó, mely mindenekelőtt meningealis folyamatokban vagy meningismusban (meningitis, sub-arachnoidealis vérzés, meningealis carcinosis), illetőleg — az ágyéki gerincoszlopon kialakuló *Günz-jelenség*hez hasonlóan (237. ábra) — a nyaki gerinc degeneratív vagy destruáló betegségeiben fordul elő. Differenciáldiagnosztikailag végül még a hátsó scala tumoros folyamatait kell tekintetbe vennünk, melyek a kisagy tonsilláinak a foramen magnumba való beékelését idézhetik elő. A tarkóizmok görcse strichnin mérgezésben vagy tetanusban igen hasonló klinikai képpel járhat.

A 237. ábra ezzel szemben a törzs és az alsó végtag gerincoszlop eredetű tartási anomáliáját példázza. *Lumbalis discus-prolapsus*ról és bal oldali *ischialgiá*ról van szó. Felismerhető egyrészt a gerincoszlop súlyos tartási rendellenessége, másrészt a kísérő izomreakciók: az ágyéki gerincoszlop a tehermentesítés érdekében az ellenkező oldal felé görbült, kiegyenesedett, mozgása minden irányban megszűnt. Kompenzálás céljából a thoracalis gerincszakasz az ellenkező oldalra hajlott. A paralumbalis izomzat deszkakemény, kötegszerűen kidomborodik, éspedig különösen a prolapsus oldalán (*Günz-jelenség*: izomfeszülés, az ágyéki gerincoszlop kiegyenesedése és mozgáskorlátozottsága). A gerincoszlopra vonatkozó vizsgálati lelet spondylogen ischialgia mellett szól. A medencének a fájdalmas oldal felé való elhajlása és a beteg végtag behajlított helyzete az ischialgiára jellemző, fájdalomcsökkentő — kímélő tartást eredményez.

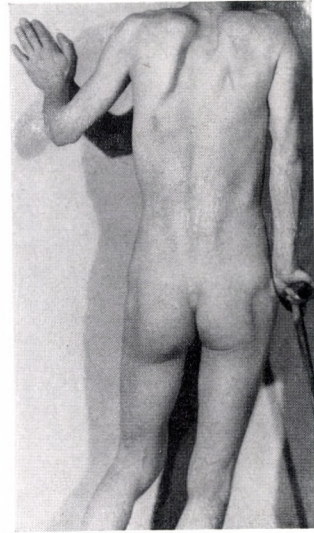
A következő oldal képeihez való átmenetként a 238. ábra a *kézizomzat működés-kiesését* mutatja be. Az izomsorvadás szimmetrikus volta már eleve valamely gerincvelői folyamat gyanúját veti fel. A képen ábrázolt *súlyos distalis csonkolódás*, a cyanosis és a körmök növekedési zavara a gerincvelői oldalsó szarvak károsodása következtében fellépő, *kiterjedt trophicus beidegzési zavar* mellett szól.

A szóban forgó esetben *syringomyeliás* betegről van szó, akin a gerincvelői gliosis következtében kialakult fájdalom- és hőérzéskiesés fájdalmatlan és rosszul gyógyuló égésekhez és sérülésekhez vezetett.

*Opisthotonus, ischias-neuralgia, syringomyelia*



236



237



238

## Az idegrendszeri zavarok jelei

A *myopathiák* és *degeneratív idegrendszeri betegségek* diagnosztikája szempontjából a tartási anomáliákon kívül a *végtagizmok működéskiesésének* van számottevő jelentősége. A lassan progrediáló, distalis irányból felhágó izomsorvadás az alsó, majd a felső végtagon *neurogen izom-atrophia* gondolatát kell hogy felvesse (239. és 240. ábra). Előrehaladott stádiumban — akárcsak az adott esetben — a distalis végtagrészek nagymértékben sorvadtak („gólyalábak”) és ennek megfelelően működésük is zavart. Minthogy a peripheriás idegek megbetegedéséről van szó, a petyhüdt bénulás minden kritériumát (paralysis, izom-atrophia, reflexkiesés és az elektromos ingerlékenység zavara) megtaláljuk. Ezenkívül — ugyancsak distalis irányban fokozódó intenzitással — felületes és mélyérzészavart tudunk kimutatni. A helyzet- és mozgásérzés kiesése a működés további zavarát eredményezi, minthogy az izom-paresishez még a járás ataxiás bizonytalansága is társul és a széles alapú, csapkodó járás a *tabes dorsalisra* emlékeztet.

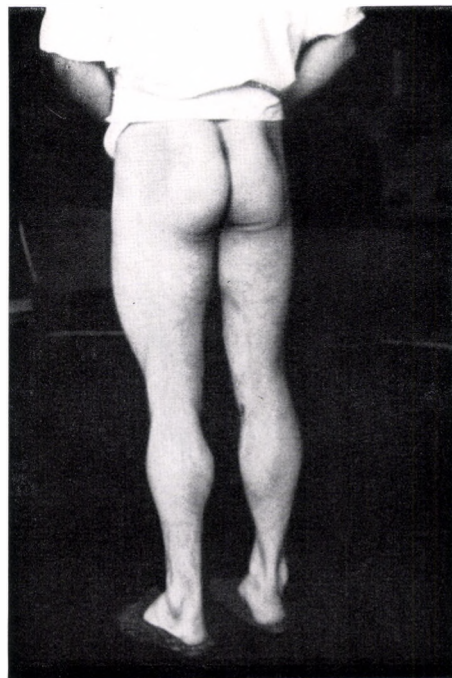
Kifejezett generalizált izom-hypertrophia uralja a *myotonia congenita Thomsen* klinikai képét. A betegnek „atléta alkata” van, s ezért izomműködési zavarát sokszor hosszú ideig nem hiszik el (241. ábra). Ilyen esetekben az izomrostok meghosszabbodott myotoniás utó-kontrakturája következtében kialakuló valódi aktivitási hypertrophiáról van szó. A betegség az izomzatnak tartós innervációs állapotban való célszerűtlen megmaradását idézi elő, s ezért az antagonista mozgások gátoltak és meglassultak. Ha a beteg kezét szorít, kezét nem tudja elengedni. Ha az izomzatot reflexkalapáccsal ütögetjük, tónusos innervatio jön létre és az *idiomuscularis összehúzódás* meghosszabbodik.



239



240



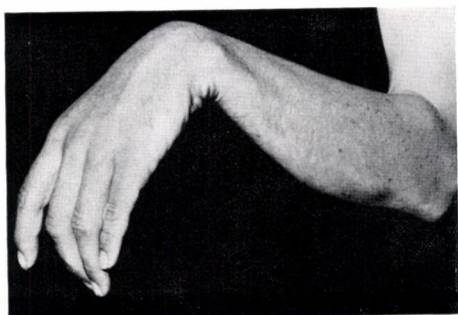
241

## Az idegrendszeri zavarok jelei

A felső végtag három fő idegének bénulása (242–246. ábra) jellegzetes tartási és mozgási zavarral jár, s összecserélésük szinte lehetetlen. A nervus radialis idegzi be a kéz, illetve az ujjak extensorait, ezért a *radialis bénulás* (242. és 243. ábra) a kéz „csüngését” idézi elő. Az ököl képzés ilyenkor csak a kéz passzív extenziója esetén lehetséges (243. ábra), mert ha a kéz csüngő helyzetben van, az inak nem tudnak a behajlítás fokának megfelelően megrövidülni.

Az *ulnaris bénulás* (244. és 245. ábra) az ezen ideg által innervált interosseusok és kisujjpárna-izmok atrophijáról ismerhető fel. A musculi interossei összehúzódása idézi elő az ujjak szétterpesztését, az ujjak alapízületének hajlítását és a 2–3. ujjízület nyújtását. A kiesés révén gyengül az ujjak ad- és abductiója, karomállás alakul ki az ujjak alapízületének extenziójával és a középső, valamint distalis ujjízületek flexiójával. Magasan elhelyezkedő ulnaris sérülés esetén a 3–5. ujj mély hosszú flexorai is érintve vannak. A medianus bénulással ellentétben az említett ujjak nem tudnak részt venni az ökölképzésben.

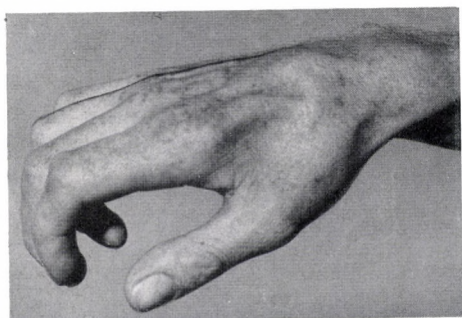




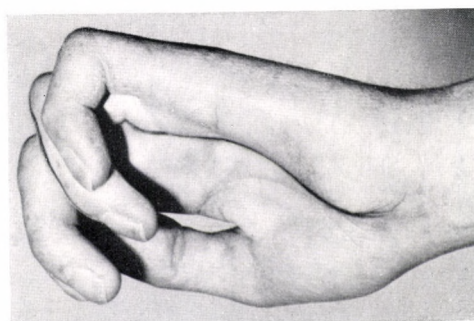
242



243



244



245

## Az idegrendszeri zavarok jelei

A nervus medianus a hüvelykpárna izmait és az ujjhajlítókat idegzi be. A musculus flexor digitorum profundus azonban részben — éspedig a 3—5. ujj flexorait — a nervus ulnaris innerválja. A medianus bénulása esetén (246. ábra) ezért a hüvelykpárna izmainak atrophiját és az öregujj appositójának hiányát találjuk („majomkéz”). A 2. ujj nem képes a flexióra, míg a 3—5. ujj behajlítása — ha gyengébben is —, de sikerül. Ha a beteget felszólítjuk, hogy szorítsa ökölbe a kezét, úgy az „esküre emelt kéz” típusos képét produkálja.

A kéz bénulásainak túlnyomó többsége traumás eredetű. Az idegek continuitását szűrés, vágás, lövés, törések és repesztés szokta megszakítani. Nem ritka a nyomás okozta károsodás sem („alvási” bénulás, különösen alkoholmámorban vagy más intoxicatiók esetén; „műtéti”, illetőleg „narcosis”-bénulás; comás állapotok, kachexia, végtag-sínezés stb.).

A bénulás lassú kifejlődése esetén intoxicatióra is gondolni kell (radialis bénulás ólommérgezésben, alkohol-neuritis stb.). Lassan progrediáló ulnaris bénulás többek között súlyos könyökízületi arthropathiában is előfordul (késői ulnaris bénulás traumák után, syringomyelia).

A hüvelykpárna-izmok izolált atrophijának képe (247. ábra) gyakran jelentős differenciáldiagnosztikai problémát jelent. Lehet, hogy valamely gerincvelői megbetegedés (progresszív spinalis izom-atrophia, syringomyelia, amyotrophiás lateralsclerosis stb.) korai tünete vagy az osteochondrosis (ferdeirányú felvételek a foramen intervertebralisokról!) során fellépő gyöki károsodás következménye. Lehet az is, hogy a scalenus-syndromában a plexus compressiója idézte elő vagy a nervus medianus részleges traumás sérülése okozta, hogy csak a legfontosabb diagnosztikai lehetőségeket említsük. A bemutatott esetben (247. ábra) carpus-csatorna-syndromáról van szó, azaz a nervus medianusnak a ligamentum carpi transversum hypertrophiája következtében létrejött compressiójáról. Ilyen hypertrophia középkorú vagy idősebb embereken spontán, de — többek között — olyan munka következtében is kialakulhat, mely a kéz tartós extenziójával jár (vasalónők). A nervus medianus által ellátott terület hypaesthesiája arra utal, hogy peripheriás idegsérülésről van szó. A degeneratív spinalis atrophia nem jár érzészavarral, a syringomyelia pedig csak dissocialt érzészavart okoz.

*Medianus bénulás. Izolált hüvelykpárna atrophia*



246



247

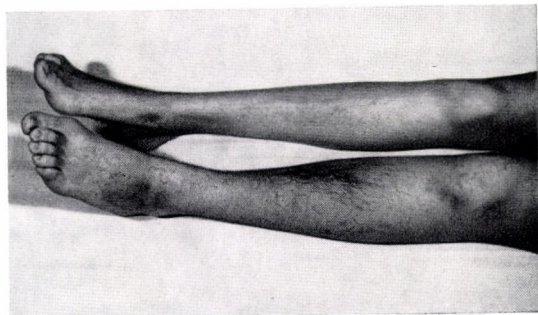
## Az idegrendszeri zavarok jelei

Az alsó végtagok különböző bénulásos állapotai olyan jellemző anatómiai elváltozásokhoz vagy tartási zavarokhoz vezetnek, hogy azok gyakorlott orvos számára már az első pillanatban lehetővé teszik a kórisme felállítását. *Spasticus bénulás* esetén nem alakul ki szembeszökő sorvadás, legfeljebb csekély fokú inaktivitási atrophia. A 248. ábra előrehaladott *sclerosis multiplex*ben szenvedő nőt mutat be, akin az alsó végtagok nagyfokú *spasticus* bénulása súlyos kétoldali adductiós és flexiós contracturához vezetett. Figyeljük meg a beteg arckifejezését, melyen az euphoriával járó szellemi leépülés tükröződik, ahogy az e betegség végstádiumában nem egy esetben jellemző módon kialakul.

A *poliomyelitis* (249. ábra) után gyakran marad vissza *petyhiüdt bénulás* izom-atrophiaival, *trophicus* zavarokkal (vérellátási, hajnövekedési zavar) és reflexkieséssel. Ha a betegség a növekedési időszak vége előtt lépett fel, úgy a károsodott végtag visszamarad a fejlődésben. Mint képünkön látható, a poliomyelitis után visszamaradó bénulás többnyire nem korlátozódik bizonyos peripheriás idegek ellátási területére. Az adott esetben például az ikraizmok és a peroneus izomzat egyaránt érintett. A kompenzáló lábujjhegyen járás már pontos mérés nélkül is mutatja a fejlődésben való visszamaradást.



248



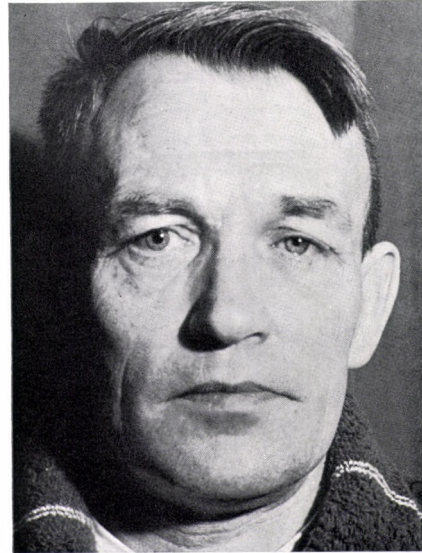
249

## Az idegrendszeri zavarok jelei

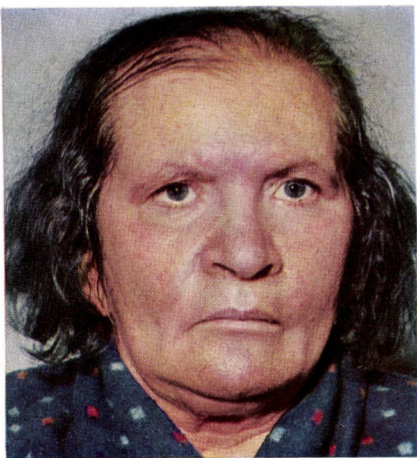
A következő képek a fej, ill. az arc — klinikailag fontos — motilitási zavarát mutatják be. A 250. ábrán látható betegen *Horner-tünetcsoport* (ptosis, miosis, enophthalmus) alakult ki. E syndroma a nyaki sympaticus sérülése, ritkábban az agytörzsi centrális sympathicus pálya laesiója következtében szokott kialakulni. Gondolnunk kell a nyaki és háti gerincvelő határán zajló folyamatokra (syringomyelia, tumorok, sclerosis multiplex stb.), határköteg-laesiókra (az alsó brachialis plexus traumás vagy tumoros károsodására), pleura-csucs-folyamatokra (Pancoast-tumor, hegesedés), gyöki compressióra osteochondrosis kapcsán és végül arteria carotis folyamatokra.

Az extrapyramidalis mozgászavarok leggyakrabban hypo- vagy akinesis, ritkábban hyperkinesis formájában nyilvánulnak meg. A 251. ábra egy *paralysis agitans*ban (Parkinson-kórban) szenvedő beteget mutat be, akin diagnosztikai szempontból már az arc lárvaszerű merevsége, a mimikai együttmozgások és kísérő mozgások hiánya (bár az izomzat akaratlagos innervációjának képessége lényegében megtartott), továbbá vegetatív tünetek (a fokozott faggyúmirigy-secretio következtében kenőcsös arc, nyál-folyás) is útbaigazítást adnak.

A 252. ábrán látható nőbetegen *spasticus torticollis* áll fenn. Ezt az állapotot a fej akaratlagosan nem befolyásolható, balra irányuló tónusos torsiója jellemzi, melynek során enyhe, de állandó kényszertartás alakult ki. Az éveken át fennálló fölös mozgásimpulzusok következtében a bal musculus sternocleidomastoideus jelentős hypertrophiája jött létre, mely már az első pillantásra lehetővé teszi a spondylogen kényszertartástól, a szemizombénulás következtében kialakuló adaptációs fejtartástól vagy valamely psychogen zavartól való elkülönítést.



250



251



252

## Az idegrendszeri zavarok jelei

Már az egyszeri megtekintés lehetővé teszi, hogy elkülönítsük egymástól és helyesen soroljuk be az arc egy sor különösen fontos bénulási formáját.

*Peripheriás facialis bénulás* (253. ábra) szinte mindig érintve van az ideg mindhárom ága, úgyhogy a beteg nem tudja ráncolni a homlokát, nem tudja becsukni a szemét (lagophthalmus), nem tudja innerválni a pofa-, a szájzug- és az állizmokat. A leggyakoribb a hirtelen fellépő *idiopathiás* („rheumás”) alak (mely gyakran időleges arcfájdalommal, hyperacusissal, valamint a nyelv azonos oldalának elülső kétharmadán az ízérzés zavarával jár együtt). *Differenciáldiagnosztikai szempontból* mindenekelőtt *otogen folyamatok* (cholesteatoma stb.), *agytörzsi* vagy *kisagy-hídszögleti tumorok*, *gyulladásos megbetegedések* (arachnitis, zoster oticus, polyneuritis), *allergiás reakciók* (Melkersson—Rosenthal-syndroma), *koponyaalapi metastasisos folyamatok* jönnek szóba, és az anamnesisben *traumák* után (sziklacsont) is kell kutatnunk.

Minthogy a motoros agyidegmagvak felől az innervatio bilateralis-symmetricus, a *centrális facialis bénulás* esetén a homlok- és szemidegág többnyire nincs érintve, ilyenkor azonban (254. ábra) nemritkán fordul elő kiesés más, azonos oldali mozgató agyideg részéről — különösen pedig lágyszájpad és nyelvbénulás. A nyelv a bénult oldal felé tér ki. A bemutatott esetben az ok hypertonia kapcsán létrejött apoplexia volt. *Differenciáldiagnosztikai szempontból* alapjában véve minden a gyrus centrális anterior és pons közti supranuclearis facialis pályát érintő *agyi megbetegedés*, vagyis tumorok, gyulladásos, vascularis és metastasisos cerebralis elváltozás szóba jön.

A *peripheriás hypoglossus bénulás* (255. ábra) — akár az agyideg magvában, akár az idegen magán alakult ki a laesio — abban különbözik a centrális bénulástól, hogy előbbi esetben a nyelv atrophissá és redőzötté válik. Nuclearis laesio esetén még izomfibrillálás és a nyelv hullámozó fascicularis rángása is kialakul.

*Traumákon* kívül mindenekelőtt *agytörzsi megbetegedések* (pl. syringobulbia), *agyalapi gyulladásos folyamatok*, *mono- és polyneuritisek*, valamint *koponyaalapi és garatúri tumorok* jönnek szóba.



*Facialis paresis. Hypoglossus bénulás*



253



254



255

## Ízületi elváltozások

A 256. és 257. ábra az *idiült polyarthrit*is típusos elváltozásait mutatja be. Ebben a stádiumban a diagnózist az első pillantásra felállíthatjuk. A betegség kezdetén azonban lehetnek differenciáldiagnosztikai nehézségek. *Idült polyarthrit*is mellett szól ilyenkor különösen a kisízületek szimmetrikus megbetegedése, a lappangó kezdet, a láz hiánya, valamint a jelentős vérsejtsüllyedés-fokozódás. A betegség azonban — az esetek kisebb részében — acutan és először a nagyízületekben is felléphet. Olykor láz is kialakul. A még bizonytalan, korai stádiumban (258. ábra) a rheuma faktor kimutatására irányuló serologiai reakciók (latex-, valamint haemagglutinációs próba), sajnos, sokszor nem segítenek a diagnózis felállításában, mert ezek a próbák az esetek többségében csupán a klinikai tünetek egyéves fennállása után válnak pozitívvá.

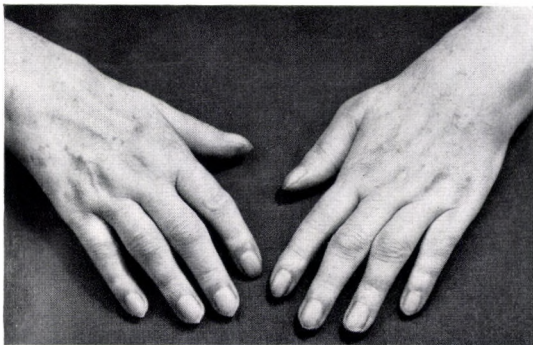
A 259. ábrán végül az *idiült* ízületi rheumatismus egy ritka lefolyású alakját, az *arthrit*is (*arthrosis*) *mutilans*t tüntetjük fel. Az ízületekhez közeli csontrészek nagy részének pusztulása és felszívódása következtében az ujjak egészükben megrövidültek. Ez egyébként az ujjak harántbőrredőin is felismerhető. *Arthrit*is *mutilans*ban az ujjakat — akár a távcsövet — eredeti hosszúságukra kinyújthatjuk.



256



257



258



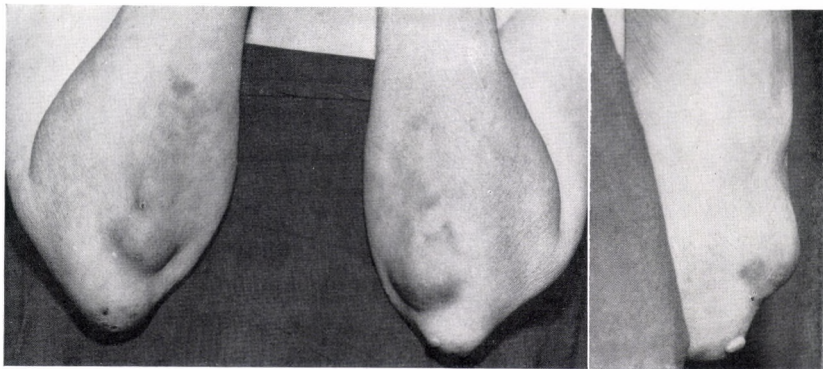
259

## Ízületi elváltozások

A *subcutan rheumás csomók* ritkák. Fájdalmatlanok, kemény tapintatúak és átmérőjük 3—5 cm-es nagyságot is elérhet. Palpatióval olykor alapjukon elmozdíthatók, de előfordul az is, hogy összefüggnek a periosteummal.

A 260. ábrán feltüntetett tipikus localisatóban, szimmetrikus elhelyezkedésben *csak krónikus polyarthritisek* esetén fordulnak elő. E rheumás csomók más, ritkább localisatója lehet az Achilles-ín és a patella környéke, az ujjak feszítő oldala és az öregujj belső felszíne — olykor a koponya is. A rheumás csomók rendszerint csak az idült polyarthritis hosszabb fennállása után alakulnak ki (az eseteknek mintegy 10—20%-ában), úgyhogy diagnosztikai nehézségek nem igen adódnak. Kétes esetekben azonban juxta-articularis csomókra (pl. luesben, framboesiában, akrodermatitisben), valamint tömötté váló bursitisekre is gondolnunk kell. Krónikus polyarthritisen ugyanis bursitisek és tendovaginitisek nemritkán alakulnak ki.

A 261. ábrán látható elváltozások nem mások, mint a rheumás láz során kialakuló *noduli rheumatici*. Ezek is az acut rheumatismusban szenvedők kisebbségénél lépnek fel (az esetek 2—10%-ában) és pedig inkább gyermekeken. A bőrben, illetőleg a subcutisban elhelyezkedő, kölesnyi—borsónyi csomócskák hirtelen alakulnak ki és napok alatt múlnak el, olykor azonban csak hetek vagy hónapok múlva tűnnek el ismét. Ezeket rheumás lázban mint rossz prognosticus jelet kell értékelnünk, mert gyakorlatilag mindig a szív nagyobb fokú megbetegedésére utalnak. Hasonló (szövettanilag akár azonos) csomócskák — ritkán, de — olyanokon is megfigyelhetők, akiken egyébként kóros elváltozások nem észlelhetők. Ilyenkor „idült specifikus nodosus rheumatismusról” beszélünk.



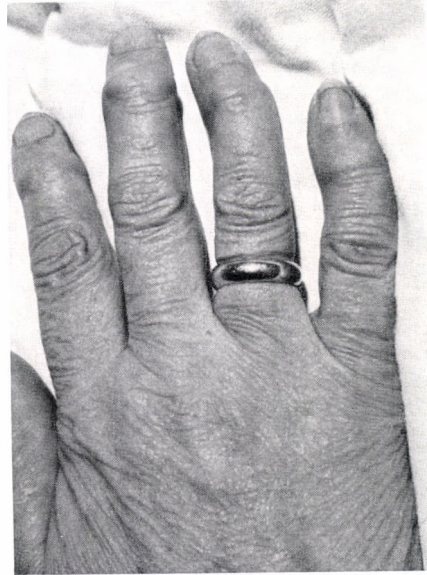
260



261

## Ízületi elváltozások

A 262. ábrán Heberden-csomókat, a 263. ábrán Bouchard-csomókat mutatunk be. Lényegileg hasonló elváltozásokról van szó. A különböző megjelölés csak az eltérő localisatióra utal. A Heberden- és Bouchard-csomókra jellemző, hogy *szimmetrikusak* és mindig egy-, illetőleg több ujjízület *lateralis* részén lépnek fel. Már ezáltal is különböznek az ujjízületek tájékának rheumás és köszvényes csomóitól (vö. 165. és 271. o.). A Heberden- és Bouchard-csomók fájdalomtalanok és polyarthrosis során vagy akár minden egyéb kóros tünet nélkül lépnek fel, de gyulladásos ízületi rheumatismusban nem alakulnak ki. A gyulladásos duzzanat, a calor, a deformáció, továbbá az általános tünetek (fokozott vérséjtsüllyedés, anaemia stb.) hiányán kívül a polyarthrosist gyakran már az utolsó ujjízületek jellemző elváltozásáról felismerhetjük (l. 262. ábra). A Heberden- és Bouchard-csomók a subcutisban foglalnak helyet és összefüggnek az ízületekkel. Az olykor tömöttnek imponáló megvastagodás nem tévesztendő össze az ujjcsontoknak az interphalangealis ízületek felett dorsalisán elhelyezkedő ártalmatlan megvastagodásával.



262



263

## Ízületi elváltozások

Az *ízületi folyadékgyülem* gyakori tünet. Éppen úgy kialakulhat *ízületi tuberculosisban*, *gonorrhoeában*, mint *rheumás lázban*, *rheumatoid arthritisben* és *degeneratív ízületi betegségekben*. Egyoldali vagy izolált ízületi folyadékgyülem mindenekelőtt tuberculosisra, gonorrhoeára vagy súlyos arthrosis deformansra utal.

A 264. ábrán bemutatott egyoldali térdízületi deformitás, mely az ízületi kontúrok elsimulásáról ismerhető fel, *ízületi tuberculosis* következménye. Ez viszonylag torpidan zajlik le. Az ízületi tuberculosis valószínűségi diagnózisát gyakran már a röntgenvizsgálat is alátámasztja, rendszeren pedig az ízületi punctatum bakteriológiai vizsgálata igazolja.

A 265. ábrán látható vállízületi folyadékgyülem esetében *arthritis gonorrhoeicáról* volt szó. Jellemző a *gyulladás acut jellege* és *fájdalmassága*. A valószínűségi diagnózist ilyen esetben az ízületi punctatumból kimutatott mikroorganizmus, valamint a venerologiai vizsgálat erősíti meg.

A 266. ábrán bemutatott lábízületi elváltozás *tabeses arthropathia* következménye. Az itt kialakuló — elsősorban degeneratív — elváltozások az aphysiologiás statikai megterhelés következtében jönnek létre. Az alapbaj felismerése nem okoz nehézséget.

*Rheumás lázban* (267. ábra) egyszerre *több ízület* betegszik meg. A jellemző kórelőzmény, az egyes nagyízületek gyorsan változó részvételével járó kórlefolyás, a betegek fiatal kora nagy valószínűséggel heveny polyarthritisre utal. Az erősen fokozott anti-streptolysin-titer biztosítja a kórjelzést.

Több nagyízület egyidejű megbetegedése esetén differenciáldiagnosztikai szempontból nemcsak az acut polyarthritisre és az arthritis gonorrhoeicára kell gondolnunk, hanem az atípusosan acutan — mindenekelőtt a nagyízületekben kezdődő — idült polyarthritisre, haemophiliára, lupus erythematodesre, dermatomyositisre, Sjögren-szindrómára, Reiter-tünetcsoporra, luesre, valamint a florid sepsis nélkül is fellépő, áttételes, gennyes ízületi affectiókra is.

Ezekon kívül szóba kerülnek még különböző egyéb megbetegedések keretében a gyorsan múló, többnyire kevésbé kifejezett rheumatoidok. Ha csak egyetlen nagyízület betegedett meg, úgy szó lehet arthritis gonorrhoeicáról éppen úgy, mint haemophiliáról vagy áttétes gennyes arthritisről. Kifejezett arthrosis esetén — elsősorban a térdízületet illetően — osteochondritis dissecans, mus articularis, különböző izgalmi állapotok, ill. túlterhelési ártalmak jöhetnek szóba. Ezenkívül kifejezett arthrosis kapcsán különböző izgalmi állapotok, illetőleg túlterhelési ártalmak is szerepelhetnek. A klinikai képen kívül ilyen esetekben mindenekelőtt a röntgenkép és az ízületi punctatum vizsgálata nyújthat közelebbi diagnosztikai felvilágosítást.

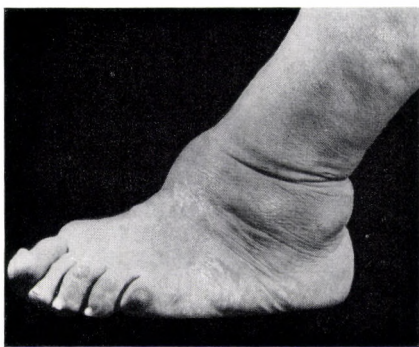




264



265



266



267

## Pruritus

A következő képek alapján az első pillanatban objektíven felismerhetjük a *viszketést*, ezt a több okra visszavezethető tünetet.

A pruritus csillapításának kényszerét és módját tekintve a viszketésnek legalább két, egészen különböző formája van. Az egyik esetben a viszketés már a bőr dörzsölésével, sőt olykor nyomásával és gyúrásával is megszüntethető. A másik esetben a viszketés ellenállhatatlanul kaparásra készíti a beteget.

*Dörzsöléssel* csillapítható a viszketés *urticariában* és olykor a bőr *lichenificatioja* esetén, ami *idült ekzemában*, illetőleg *neurodermatitisben* fordul elő. A dörzsölés jellegének megfelelően — ha a bántalom elhúzódik — a betegek viszkető bőrükön *tükrőfényesre políroz-zák körmeiket*. A bőrön ilyenkor *nem látunk kaparási nyomokat*. A 268. ábra egy idült ekzemában szenvedő beteg körmeit mutatja. A köröm fénye objektív mértéke a páciens kínzó szubjektív viszketésnek.

Mind bőr-, mind belbetegségek során gyakrabban találkozunk kaparásra ösztönző viszketéssel. Ha a bőrön kóros folyamat jelei nem láthatók, úgy a kaparás következtében *vonalas excoriatio*kat, illetőleg annak heges vagy pigmentált residuumait látjuk (269. ábra).

Jelentősebb viszketés olykor *dermographismus* kialakulásával jár együtt, mely a vonalas kaparási nyomok egyszerű hyperaemiájában vagy urticariás duzzanatában nyilvánul meg (270. ábra).

Intenzív dörzsölés következtében, mely a tulajdonképpeni enyhe dörzsölést, illetőleg kaparást kiváltó viszketés között bizonyos fokig közbülső helyet foglal el, azt látjuk, hogy olykor kis, pontszerű erósiók alakulnak ki, melyek esetenként vonalas elrendeződésűek — különösen olyankor, ha a folliculusok szájadéka lúdbőrszerűen duzzadt és sérülékeny. Ilyen elváltozást mutat a 271. ábra, mely elzáródásos icterus során fellépett viszketés következményeit szemlélteti.



268



269



270



271

## Pruritus

Egyebekben a pontszerű és kissé nagyobb, kerek kaparási nyomok mégis valamely elkapart kóros substratumra (pl. papulára, vesiculára) engednek következtetni. Jellegük és elrendeződésük alapján pontosabb diagnosztikai besorolásuk is lehetséges. A számos ilyenfajta bőr-affectio közül a 272. ábrán az urticaria papulosa (synonima: prurigo simplex) látható. Differenciáldiagnosztikai okokból ezzel a 273. ábrán a *papulonecroticus tuberculidot* állítottuk szembe. Ez spontán necrotizáló papulás eruptio, exsudatív komponens nélkül. Az elváltozás a törzset megkíméli. Arra ösztönöz, hogy haematogen szóródású tuberculoticus gócok után kutassunk.

Az *urticaria papulosa* esetében (272. ábra) főképpen a végtagokat, olykor a törzset is érintő bőrbetegségről van szó, mely — akár a pruritus sine materia — a legkülönbözőbb belsőszervi zavarokra és általános betegségekre utal, és ezért mindig alapos vizsgálatot tesz szükségessé. Francia szerzők azon a véleményen vannak, hogy ebben a vonatkozásban a viszketés az elsődleges, és az urticariás viszkető papula a másodlagos. Ennek értelmében pruritus esetén különleges egyéni bőrreakcióról van szó.

A viszketés keletkezésében dermatogen okok mellett — melyeket mindig gondosan ki kell zárunk — számos belső ok is számításba jön. Generalizált pruritus a legheterogénebb kóros állapotok következménye lehet. Ilyenek a különböző anyagcserezavarok (diabetes mellitus, köszvény, elhízás), vese-, máj-, gyomor- és bélbetegségek, hypertensio, vérképzőszervi megbetegedések (leukaemia és Hodgkin-kór), rosszindulatú daganatok, belső-secretiós zavarok (pl. Basedow-kór, terhesség, climacterium), a központi idegrendszer betegségei, idült fertőzések (malária), élvezeti szerek és gyógyszerek (pl. tea, kávé, dohány, alkohol), bódító mérgek (morphin és kokain). Viszketés az allergiás állapotok kísérő jelenségeként vagy annak aequivalenseként is előfordul. Öregkorban (pruritus senilis) prostata betegségek következtében is felléphet. Függ a psychés tényezőktől. Kiválthatják az időjárás (hirtelen) változásai is.

Hogy ezek a heterogén okok az egyes esetekben valójában viszketést okoznak-e vagy sem, az — akárcsak a banális fejfájás — messzemenően egyéni dispositiótól is függ.

*Urticaria papulosa. Papulonecroticus tuberculid*



272



273

## A bőrfüggelékek elváltozásai

A hajhullás több okra visszavezethető tünet, mely izolált jelenségként vagy a fejbőr mycoticus és heges megbetegedéseiben különböző alakban fordul elő. Gyakran általános belgyógyászati vonatkozású zavarok kifejezője.

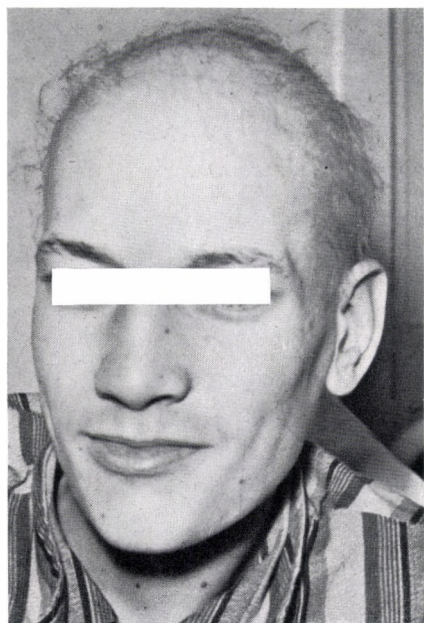
Az ábrázolt esetekben a *hajhullás toxicus alapon* lépett fel. A toxicus diffus hajhullás nemcsak *gyógyszerek*, hanem *súlyos lázas általános betegségek* következtében is létrejöhet. A gyógyszeres okok között az *arzénmérgezés* — amelynek során az alopecia többnyire súlyos gyógyszeres dermatitis keretén belül alakul ki —, valamint a *thalliummérgezés* a legáltalánosabb klasszikus példák. Újabban az *anticoagulansok* és *cytostaticumok* játsszák a jelentős és az előbbinél jóval nagyobb szerepet. A noxa támadáspontja tekintetében különbségek vannak és ez részben kihat a kopaszodásnak és a haj újbóli kinövésének időbeli lefolyására is.

A thallium, mely a folliculusok hámjában halmozódik fel, a szarusodás zavarához vezet, míg a daganatok ellen ható készítmények a mitosisban levő sejtekre gyakorolt szelektív hatásuknak megfelelően közvetlenül a haj fejlődésének növekedési (anagen) fázisát gátolják. A defluvium tetőpontja a gyógyszer alkalmazásának kezdetétől számított 2-3 hét múlva következik be. A gyógyszer kihagyása után 3-4 hónappal a haj újra kinő.

Az anticoagulansok ezzel szemben a haj növekedési ciklusára hatnak és a folliculusokat a fiziologiás nyugalmi (telogen) fázisba viszik át. Az alopecia rendszeren a therapia kezdete után csak hosszabb idő múlva — körülbelül 9-10 hét alatt — alakul ki. A reparáció valamivel gyorsabban következik be.

A különböző adatok szerint az anticoagulansok hatására 10-89% között ingadozó arányban következik be a hajhullás. A hajhullás a heparin készítmények alkalmazása után valamivel gyakoribbnak tűnik, mint a cumarin származékok után és különösen gyakori e kétféle gyógyszer kombinálása esetén.

A defluvium az összes említett esetekben reversibilis. Felléphet univerzálisan, azaz kiterjedhet a teljes szőrzetre, de gyakran csak a hajra korlátozódik, s itt a hajzat széli részei a noxával szemben általában ellenállóbbak, mint a halántéktáj és a fejtető. Differenciál-diagnosztikai szempontból kizárandók a heges, gócos és lassan kifejlődő alopeciák. Az anamnesis döntő.



274



275



276

## A bőrfüggelékek elváltozásai

Gyakran nemcsak a hajon, illetőleg szőrzeten nyilvánulnak meg a toxicus károsodások, hanem minden elszarusodott bőrfüggeléken, így a körmökön is.

A 277. és 278. ábrán a körmökön *Beau-féle harántredők* láthatók. Különböző mélyek lehetnek és olykor a körmök teljes szétválásához vezethetnek. A mélyedés alijából kiindulóan a körömállomány pikkelyessé válhat és felrostozódhat (277. ábra). Ha tekintetbe vesszük a köröm gyors növést, mely a kézen havonta körülbelül 3 mm, a ábon valamivel kevesebb, úgy a kiváltó affectió időpontja jól meghatározható. Megbetegedhet egy vagy egyszerre több köröm. Utóbbi esetben a Beau-féle sulcus transversalis a körömágytól mindig egyforma távolságra található. A nyálkahártya-hólyagokkal és erosiókkal járó bullosus dermatosisok, mint a pemphigus vulgaris és a pemphigoid, a teljes kép alapján könnyen eldifferenciálhatók.

A 277. ábrán látható köröm egy *pemphigusban szenvedő betegé*, de bármely súlyos általános zavar előidézheti a körmök harántbarázdálódását. Úgy látszik, hogy a táplálékfelvétel zavarai, a másodlagos táplálkozási zavar, a hajszálérrendszer infekciós, toxicus és olykor psychés hatásra létrejövő károsodásai egyaránt indukálni tudják a barázdák kialakulását. Észlelték a harántredők keletkezését lázas fertőző betegségek, mérgezések, súlyos gyomorműködési zavarok, köszvényes, tetaniás rohamok és más kóros állapotok után is.

A 278. ábrán látható esetben több harántredő alakult ki rövid ideig tartó erős lelki megpróbáltatások következményeként.

Fehér harántsávok (279. ábra) a Beau-féle redők aequivalensének tekinthetők és ennek megfelelően ugyanazok a változatos kiváltó okok szokták előidézni. Először REIL írta le ezeket 1792-ben, és különösen arzén intoxicatiókkal kapcsolatban váltak ismertté. Az adott esetben a kép egy thalliummérgezés után két hónappal készült.

A *leukonychia*, melyet az egyszerű nép „szerecsenkörömnek” nevez (280. ábra), úgy jön létre, hogy a köröm állományába levegő kerül. Az elváltozás nem más, mint egy vagy több köröm foltos, illetőleg vonalas, fehér elszíneződése, melynek rendszerint nincs jelentősége.

A 280. ábrán látható, valamennyi körömre kiterjedő, striás jellegű elváltozás azonos periodicitása körülbelül 20–30 napos időközökben ható ok fennállását tételezi fel, mely nyilván a beteg kifejezett menstruációs zavara kell, hogy legyen. Belső okok azonban többnyire nem mutathatók ki, és egyéb momentumok (pl. nem megfelelő mechanikus körömápolás) szerepe vitathatók.



*Beau-féle körömrödök. Leukonychia*



277



278



279



280

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

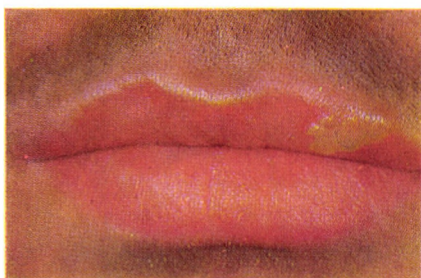
Itt és a következő oldalon a nyálkahártyákat és az átmeneti nyálkahártyákat érintő hólyagcsás és erosiós jellegű elváltozásokat állítottuk össze.

A *herpes simplexet* (281—283. ábra), melyet a localisatio alapján herpes labialisnak vagy genitalisnak is neveznek, az orvosok régebben rendszeren úgy értékelték, mint a pneumoniára utaló egyik jelet. Mint vírusos második betegség (melyet adott esetben nyúl corneáján végzett próbával még alá kell támasztani) vagy lázas infekciók fennállására utaló diagnosztikai jel, bizonyos mértékben megőrizte értékét, de — nemritkán kellemetlen módon egyre recidiválva — minden egyéb somaticus zavar (menstruáció, erős lesülés stb.) esetén és minden kimutatható egyéb ok nélkül is előfordulhat. Jellemző az egyetlen eruptión belül kialakuló hólyagcsák csoportos elrendeződése. A kis hólyagok később pörkké száradnak be. Az elváltozást gyakran kíséri a környéki nyirokcsomók fájdalmas duzzanata. A nyálkahártya-localisatióánál, illetőleg a nyálkahártyák közelében kialakuló elváltozásnál ritkább az eruptiónak valahol a bőrön való kialakulása (283. ábra), melyet tapasztalat szerint rendszeren nem ismerünk fel és tévesen mycosisnak, ekzemának kórismézzünk.

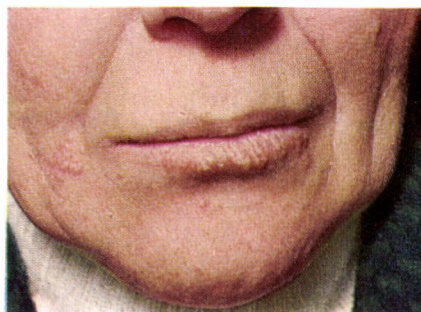
Fiatal korban a herpes virussal történt primer infekció megnyilvánulása a stomatitis aphthosa (284. ábra), melynél a herpesben tapasztalt szabálytól eltérően a jelenség nem csoportosan, hanem diffusan és nagyfokú gyulladás kíséretében alakul ki.

A stomatitis aphthosától elkülönítendő a *habitualis aphthák* (285. ábra). Ismeretlen okból, olykor „gyomorrontás”-sal kapcsolatban lépnek fel, és különálló, kicsiny, rendkívül nyomásérzékeny, olykor kerek, máskor vonalszerű, gyulladással vörös udvarral körülvett fekélykékből állanak. Kialakulhatnak az egész szájnyálkahártyán, de különös előszeretettel jelentkeznek az ajak és a pofanyálkahártya határán, valamint a gingiván.

*Herpes simplex. Stomatitis aphthosa. Habitualis aphthák*



281



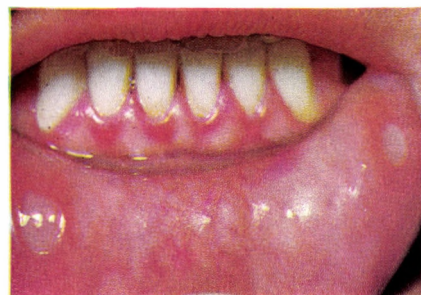
282



283



284



285

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

Bullosus és erosiós nyálkahártya-elváltozások, melyek a szájon kívül az összes többi testnyílásokat (és a conjunctivát is) érinthetik, változó súlyosságú „schubokban” olykor *erythema exsudativum multiforme* kapcsán (286. ábra) is észlelhetők.

Második betegségként (fertőző megbetegedések után), gyógyszeres exanthemaként és „idiopathiás” megbetegedésként is előfordulnak. Az exsudatív „multiformis” erythemákat vagy azok maradványait többnyire megtaláljuk a bőrön is, különösen a végtagok feszítő oldalán, mely utóbbi területek a nyálkahártyák részvétele nélkül is megbetegedhetnek.

A súlyos lefolyású alakokat — nagyfokú nyálkahártya- és szemelváltozásokkal — külön névvel (Fuchs-típus, ectodermosis erosiva pluriorificialis Fiessinger—Rendu, illetőleg Stevens—Johnson-syndroma) szokták jelölni. Ezek között történetileg leginkább az első megalapozott.

A 287. ábra a nyálkahártya-soor képét mutatja be. Az elváltozás a nyálkahártya leválásához és fehér lepedék kialakulásához vezet, s gyakori — csak fakultatíve pathogen jellegű — kísérő fertőzésnek számít, mely különösen súlyos, sorvasztó kóros állapotok fennállására utal. Jelenleg antibiotikus therapia is elősegíti kialakulását.

Az *angulus infectiosus* (perlèche) (288. ábra) a szájzug gyakori rhagas-képződménye, mely a környezet enyhe gyulladással jelenségeinek kiindulópontja lehet. A vérszegénységgel, illetőleg az anaemia klinikai tüneteivel kapcsolatban már felhívtuk a figyelmet arra, hogy a szájzugi berepedések vashiányos anaemiára utalnak (lásd 4. o.).

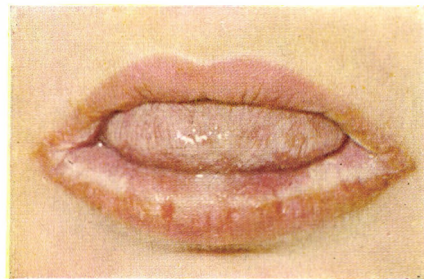
Mint izolált elváltozás *actiologiailag nem egységes*. Olykor vitaminhiányra (mindenekelőtt B-vitamin-hiányra) utal. Egyébként kifejezője lehet a száj kóros záródásának (túl alacsony fogprotézis!) vagy bakteriális és mycoticus fertőzésnek. Ha makacs soor infekció van jelen, úgy mind itt, mind egyéb localisatio esetén *diabetes mellitusra* is gondolnunk kell.

*Differenciáldiagnózis*: rhagadiformis lueses szájzugpapulák. Az elsődleges a papula, melyet a nagyobb, keményebb, barnás-vöröses beszűrődés jellemez, a másodlagos a berepedés.

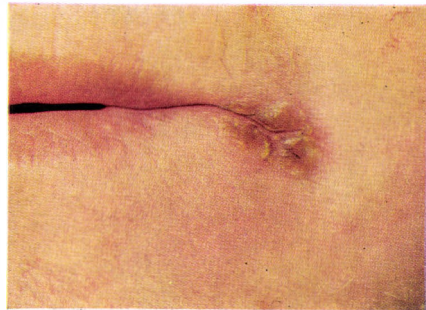
*Erythema exsudativum multiforme. Soor. Rhagas*



286



287



288

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

A következő képek nyelvelváltozásokat ábrázolnak. A 289. és 290. ábra különböző fokú „fekete, szőrös nyelvet” (*lingua nigra villosa*) mutat be. Az egyik esetben csak a nyelv gyöki részén, a másik esetben kiterjedtebb területen alakult ki az elváltozás, melynek alapját az *elszarusodott papilli filiformes ártalmatlan hypertrophiája* képezi. Az aetiológia tisztázatlan. Valószínűleg polyaetiológiás tünetről van szó. Az olykor általános betegségekkel (táplálkozási zavarok, diabetes mellitus) feltételezett kapcsolat — legalábbis az esetek többségében — biztosan nem áll fenn. A különös, panaszokat nem okozó mellékletnek gyakran semmiféle elősegítő okát (helyi gyulladás, vitaminhiány stb.) nem tudjuk kimutatni. Egyes esetekben biztos *összefüggés* áll fenn *antibiotikumokkal végzett kezeléssel*, különösen, ha azok a szájüregben localisan fejtették ki hatásukat (290. ábra). Bizonyos esetekben nyilván más torok- és szájfertőtlenítők is képesek ezt a kóros állapotot előidézni.



289



290

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

A nyelvanomáliák igen gyakoriak. A 291. ábra két öröklődő rendellenességet, a *lingua plicata* barázdáltságát és a *lingua geographica sive exfoliatio areata linguae* felszíni elváltozásait mutatja be. Míg e képen a *lingua geographica* csak néhány góc formájában, elsősorban a nyelv széli részein fejlődött ki, a 292. ábra már nagyobb fokú elváltozást tüntet fel. A *lingua plicata* és a *lingua geographica* 291. ábrán látható kombinációja nem ritka. Mindkét anomália *ártalmatlan*, és rendszeren nem okoz panaszokat. Ezért gyakran csak mint mellékletet ismerjük fel. Olykor a *cancerophobia* vezeti a beteget az orvoshoz. Az elváltozás ismeretének differenciáldiagnosztikai jelentősége van.

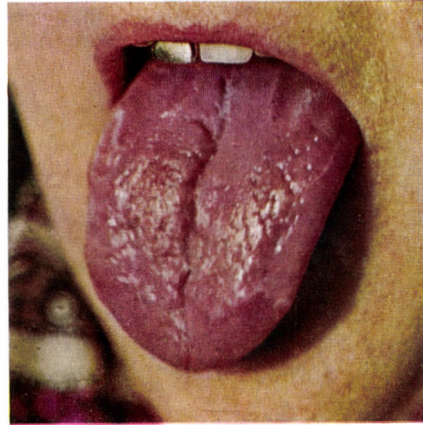
Az *exfoliatio areata* kis gócai láttán esetleg soorra is gondolhatnánk, a „lecsupaszított” nagyobb területek nemritkán a *Möller—Hunter-glossitis* téves diagnózisához vezetnek. *Exfoliatio areata linguae* esetében mikroszkóposan gyulladásos elváltozásokkal járó epithel leválásról van szó, mely különösen a papilli filiformes hámját érinti, úgyhogy ilyenkor a szabálytól eltérően a fungiformis papillák jobban kiemelkednek. A gócot vékony, fehéres szegély övezi. Mennél jobban bevont a nyelv többi része, annál élesebb a „lecsupaszított” kerek vagy konfluáló, girlandos szegélyű exfoliált gócok kontrasztja. A kép állandóan változik. A szájnyálkahártya többi része is kóros lehet.

Panaszokat leggyakrabban a fiatal gócok okoznak. Bizonyos ételekre a nyelv ég és fáj. Nyelvpanaszok esetén azonban ne elégedjünk meg minden további nélkül az *exfoliatio areata* kórjelzésével, míg a komolyabb előidéző okokat biztosan ki nem zártuk.

A *lingua plicatát* (291. ábra) mindenekelőtt a lueses glossitis interstitialistól kell elkülönítenünk (l. 186. o.). Ebben a tekintetben diagnosztikai szempontból döntő az *induratio* hiánya és mindenekelőtt a *lingua plicata* hasadékainak szabályossága és szimmetriája. Egy vagy olykor több hosszirányú hasadékból gyakran indulnak ki oldalirányban ágazatosan vagy halszállkaszerűen elágazódó, további hasadékok, melyek révén azok egyenletes, szabályos alakzata jön létre.



*Lingua plicata. Lingua geographica*



291



292

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

A *glossitis interstitialis* (293. ábra), ezt a parenchymás terciér lueses szervi elváltozást, a nyelv konzisztenciájának tömötté válása jellemzi. Ez az induratio különbözteti meg a *lingua plicatától* (l. 184. ábra). A hasadékok rajzolata, mely a szabálytalan, vaskos, gyulladással szöveti induratio és hegesedés révén jön létre, egyenetlen és rendszertelen. Diagnosztikai feltevésünket a harmadlagos lueses megbetegedés esetében további klinikai, anamnesztikus és serologiai adatokkal egészítjük ki. A syphilitikus *glossitis interstitialis* talaján nemritkán fejlődik ki bizonyos latentia idő múltán nyelvvrák!

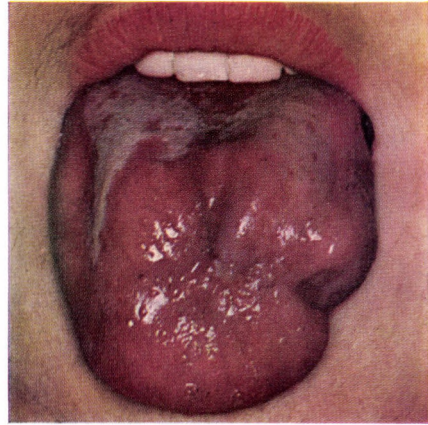
A 294. ábrán látható nyelv esetében is vezető tünet a tömöttebb és szabálytalanabb felszín. A nyelv az adott esetben dudorosabb is. A képet a szabálytalan állományvesztés egészíti ki. A nyelv kifejezetten kemény. A szóban forgó esetben *aktinomycosis*-ról van szó. A fekélyekből nyert genny mikroszkópos és tenyésztési vizsgálata alátámasztja a klinikai valószínűségi kórjelzést. A gennyben gyakran már makroszkóposan felismerhető az aktinomyces-gomba. A nyelv-localisatio azonban sugárgomba betegségben nem éppen gyakori.

A nyelvállomány defektusainak egyéb okai is lehetnek. A 295. ábrán például *gümőkóros fekélyek* láthatók. Az ulceratiók eredetileg köles nagyságú konfluáló infiltratumok gyors széteséséből alakulnak ki. A kórképet *tuberculosis miliaris ulcerosa mucosae et cutis*-nak nevezik. A teljesen kialakult képet a gyakran multiplex, fájdalmas, puha, szabálytalan alakú, fogazott és alávájt szélű fekélyek jellemzik. A góciókban rengeteg a Koch-bacillus. Maguk a góciók bárhol kialakulhatnak a száj- és garatüreg nyálkahártyáján, sőt perioralisán átterjedhetnek a bőrre is. A kórkép alapját az ellenállóképeség csökkenése, illetőleg anergia esetén *canicularis autosuperinfectio* képezi. A száj- és garat-localisatio esetében *ascendáló phthisis*-ről van szó (gége-szájüreg-szájkörnyéke). Analóg elváltozások bél-, illetőleg *vesetuberculosis*-ban előfordulhatnak az analis és genitalis szájadékok körül.

A 296. ábra a *stomatitis aphthosa* kapcsán kialakuló, számos kis defektussal járó tipikus nyelvnyálkahártya-károsodást tünteti fel. A folyamatban a nyálkahártya többi része is részt vesz, és az egynemű aphthákon kívül diffúz gyulladással jelenségeket és fokozott salivációt mutat. A kép kiegészítője a 179. oldalon látható 284. ábrának, mely az ajkakat tünteti fel (l. ott).



293



294



295



296

## A szájnyálkahártya és a nyelv elváltozásai

Az előző oldalon levő 293. és 294. ábrán látható nyelv-megnagyobbodásokkal ellentétben, melyeket idült, sarjadzások gyulladások idéztek elő, a 297. ábrán feltüntetett nyelvduzzanat nagyfokú vizenyős gyulladás következménye. Az oedemás nyelvduzzanatok a fogak által okozott nyelvszéli benyomatokból lehet felismerni (vö. 233. o.-on látható 387. ábrával is, mely myxoedemás nyelvet tüntet fel).

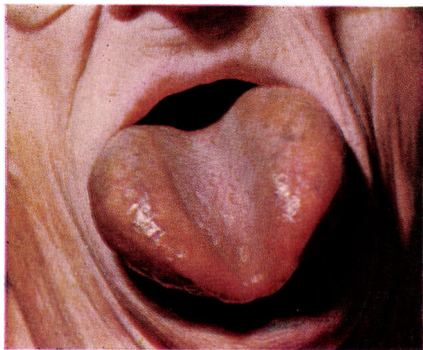
Ehelyütt a *Melkersson—Rosenthal-syndroma* keretében kialakult nyelvduzzanatról van szó, mely a betegen az ajak duzzanatával kombinálva alakult ki. A nyelvnyálkahártya, a gingiva (l. 198. o.), valamint az arc egyes részei kezdetben időszakosan, később állandóan duzzadtá válnak. A klinikai képtől és a localisatiótól függően a Quincke-oedema és az idült, recidiváló erysipelas okozza a legtöbb téves diagnózist. A teljes tünetcsoport fennállása esetén az említettekén kívül — egyidejűleg vagy vikariáló módon — agyidegtünetek, többnyire facialis paresisek is fellépnek.

Ritka esetben nyelv-megnagyobbodás észlelhető *lipodystrophiá*ban is (298. és 299. ábra). A betegséget ugyanazon az egyénen a soványság és kövérség sajátosságos ellentéte jellemzi (vö. 274. o.). Kiterjedt bőr- és bőr alatti területek atrophiciássá, zsírszegényé, sovánnyá válnak, míg más — ugyancsak kiterjedt testrészek — a zsírszövet nagyfokú hypertrophiáját mutatják. Szabály szerint — a fényképen látható beteg kivételt képez — a test felső része sovány, az alsó — csípőtől lefelé — kövér.

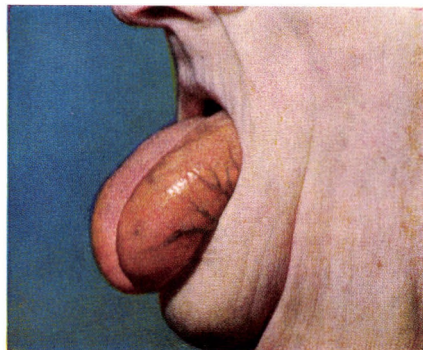
Az adott esetben észlelt nagy nyelv a lipoid-lerakódás következtében sajátosságosan rugalmas (a lipoid-lerakódás már a nyelv színéről is felismerhető). Az enormis terimegnagyobbodás ellenére sem találjuk meg rajta az oedemásan duzzadt nyelvre jellemző fogbenyomatokat.



297



298



299

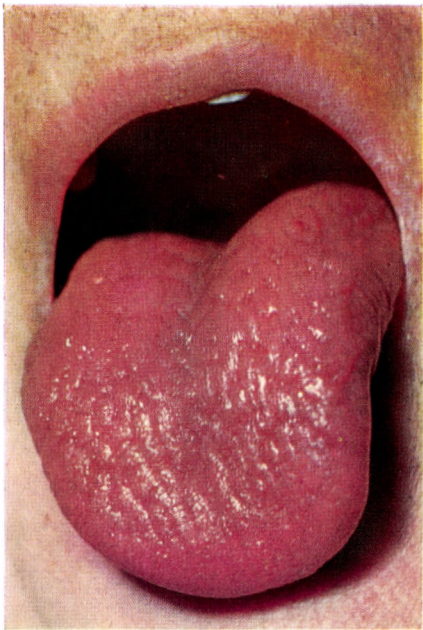
## A szájnyalkahártya és a nyelv elváltozásai

Egy további, diagnosztikus szempontból fontos nyelvtünetet — a nyelv szárazságát — mutatunk be a 300. és 301. ábrán (az előbbin a nyelv felső, az utóbbin a nyelv alsó felszínét). Az adott esetben a száraz nyelv a *Sjögren-syndroma* keretén belül kialakult sialopenia következménye volt. A nyelv felső felszíne gyakran sajátságosan szemcsézett. Xerostomiában az egész száraz szájnyalkahártya olyannak tűnik, mintha be volna lakkozva. Olykor tapadós-nyákos-fehéres lepedéket találunk, mely sajátságos tapadó foszlányokat képez. Nemritkán szövődményként, rhagasokat is észlelünk. A nyálsecretio hiánya megnehezíti a nyelést és a beszédet. A nyelv a szájpadhoz, a vizsgálat során pedig a spatulához vagy más műszerhez tapad.

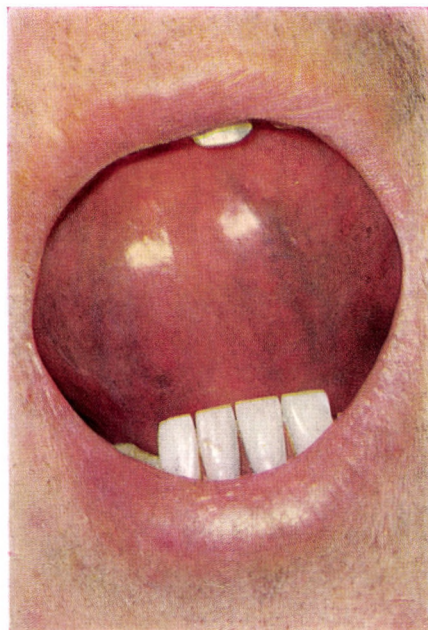
A Sjögren-syndroma klinikai tünettanához hozzátartozik a szem, a szájüreg, az orr, a garat és a gége nyálkahártyájának szárazsága, továbbá a nyálmirigyek recidiváló duzzanata és a polyarthritis. Többnyire a xeropathia áll az előtérben, míg az utóbb említett tünetek hiányoznak.

A sialopenia symptomásan még számos egyéb zavar következtében is létrejöhethet. Ezek között megemlítendőek mérgezések, fertőző betegségek, cachexia, uraemia, diabetes mellitus, de a szájüreg localis károsodásai (röntgenbesugárzás, fogprotézisek) is. Gondolnunk kell perniciosóra, sideropeniára és ariboflavinosisra is. A dermatomyositis-szel és polyarthritis-szel való gyakori kombináció az adatok összessége alapján tisztázható.

Végül tekintetbe kell vennünk, hogy bizonyos fokú általános xeropathia és atrophia együtt, az életkor előrehaladtával is felléphet. Ilyenkor a bőr, nőknél pedig az urogenitalis traktus is száraz lehet.



300



301

## A gingiva és a fogak elváltozásai

A foghús gyulladós elváltozásait igen gyakran látjuk. Kialakulásukat mindig az *actiologiai tényezők* egész komplexuma idézi elő, melyek között a helyi ingereknek — a puha és kemény lepedéknek (fogkő) — valamint a nem kielégítő funkciónak és az elégtelen fog-hygienének különös jelentősége van.

A gingivitisek között leggyakrabban a *catarrhalis formával* (gingivitis simplex) találkozunk (302. ábra), melyet a foghús duzzanata és pírja, valamint egyes esetekben a gingiva vérzési hajlama jellemez. Kialakulhatnak ezenkívül *necrotizáló, haemorrhagiás és kifelélyesedő gingivitisek* is (303. ábra), melyek gyakran idült lefolyásúak, foctor ex oreval járnak, a betegnek azonban többnyire kevés panaszt okoznak. Ezek a gyulladós formák idült marginalis parodontitis képében gyakran ráterjednek a fogak támasztó apparátusára is.

A szájüreg elhanyagolt állapota és a szervezet általános ellenállóképességének csökkenése esetén a gingiva gyulladós elváltozásai áttérjedhetnek a szájnyálkahártya más részére is, melynek következtében stomatitis alakul ki.

A gingivitiseket *kiváltó* vagy *súlyosbító általános betegségek* között mindenekelőtt a leukaemiákat, valamint a diabetes mellitust kell említenünk. Ilyenkor azonban a gingivitis elsősorban akkor lép fel, ha egyidejűleg localis ingertényezők is jelen vannak.

A nyálkahártya elszíneződésével járó *idült gingivitiseket intoxicatiók* is előidézhetik. A foghús szélének kékes, illetőleg kékesfekete elszíneződését gyulladós jelekkel, valamint fokozott salivációval vagy anélkül, különböző *nehézfémek* — esetünkben *ólom* — (304. ábra) és lues therapia során *bismut* (305. ábra), továbbá antimon, arzén, kadmium és higany idézhetik elő. Az ólom- és bismutszegély többnyire inkább fekete, a higany kékesebb, az antimon- és arzénszegély inkább ibolyaszínű szokott lenni.

Idült ólommérgezésben a foghús elváltozásain kívül gyakran észlelünk görcsös hasi panaszokat (ólomkólika), valamint a mozgató idegek károsodását — leggyakrabban a kéz extensorainak gyengeségét vagy akár teljes radialis bénulást („csüngő kéz”). Jellemző a vörösvérsejtek basophil pettyezettsége, a vizelet fokozott koproporphyrin-tartalma, valamint a 60  $\gamma$ /100 ml fölé emelkedő serum ólomszint.

Differenciáldiagnosztikai szempontból utalunk még az Addison-kór során, valamint az argyrosisban fellépő foghús-elszíneződésekre (I. 9. és II. o.).





302



303



304



305

## A gingiva és a fogak elváltozásai

A szájnyalkahártya — és különösen a *gingiva* — *elszíneződése* a klinikai kép és az aetiológia tekintetében igen különböző lehet. A különböző fokú, localis okokra visszavezethető gyulladásos pirtól eltekintve maculás exanthema alakulhat ki általános megbetegedések során. Így kanyaróban, rubeolában, scarlatinában, Pfeiffer-féle mirigylázban, luesben és kiütéses typhusban (a nyelven). Livid elszíneződés, cyanoticus *gingiva* található localis gyulladás következtében és keringési, valamint anyagcserezavarokban is. Elsősorban a capillarisek keringési zavarát említjük marginalis parodontopathiákban, valamint a nagyvérköri pangásokat, pl. vitiumokban (306. ábra).

Kékesibolya színű elszíneződés keletkezhet az érrendszer autonóm folyamataiban (*haemangioma*) (307. ábra).

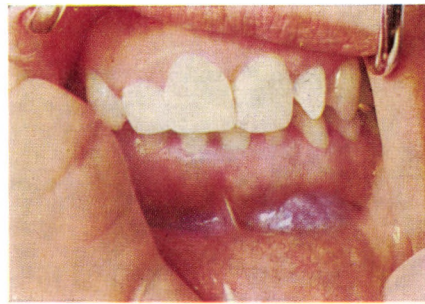
Mindent egybevetve, a nyálkahártyák *pigmentációja* nem olyan gyakori jelenség. Előfordulnak bizonyos *emberfajtákon* (308. ábra), de kialakulhatnak — többek között — *pigmentcirrhosisban* s a melanintól világosbarna-fekete színben az *acanthosis nigricansban*, valamint a *Peutz—Jeghers-syndromában*.

*Addison-kórban* elsősorban a szájpardon és a pofavarrat táján találunk pigmentációt (l. 9. o. is).

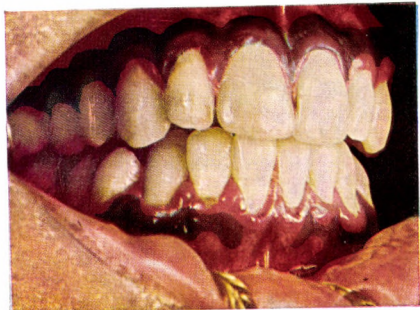
Nem ritkák a *pigmentlerakódások exogen okok*, pl. trauma útján bekerült idegen testek, repeszdarabok hatására vagy a fogorvosi kezelés után visszamaradt anyagok következtében (309. ábra).



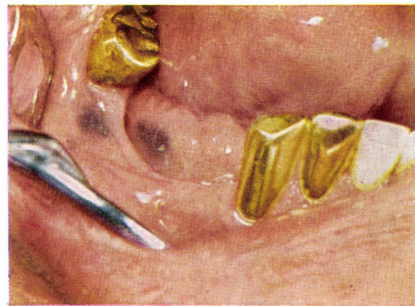
306



307



308



309

## A gingiva és a fogak elváltozásai

A foghús megvastagodásának (= makrulia) *aetiologiája* és *genesis*e igen különböző lehet. A gingiva lymphocytar proliferációja, mely a foghúst lymphoid-szervvé (RÖSSLE) alakítja, az egész szervezetet érintő zavarokban olyan mértékben változtatja a gingivát ún. „végrehajtó szervvé” (Erfolgsorgan) (SCHUERMANN), amilyen mértékben az akülönböző haematologiai betegségekben, thesaurosisokban, reticulosisokban, hypovitaminosisokban stb. részt vesz.

Ebben a tekintetben *belső-secretiós hatások* a *pubertas* (310. ábra) és a *graviditás* idején (311. ábra), továbbá *pajzsmirigy-dysfunctio* és *akromegalia* különös szerepet játszanak.

A növedék nagysága, mely olykor a fogakat teljesen el is fedheti, nem függ közvetlenül a mindenkori előidéző októl.

Különböző kiterjedésű burjánzás található *haemoblastosisok* és *reticulosisok* (312. ábra) specifikus infiltratumai következtében.

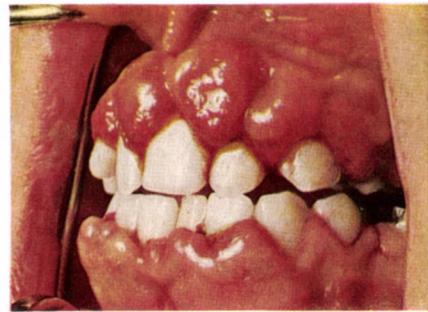
A központi idegrendszer zavara esetén, pl. idiotiában, epilepsiában, enkephalitisben stb. szintén megfigyelhető makrulia. Ebben a vonatkozásban megemlíthető a *neurofibromatosis Recklinghausen* is.

A foghús fibromás és papillomás növedékei (313. ábra) a rendkívül ritka *Bourneville—Pringle-kór* tüneteként is kialakulhatnak. Ebben a betegségben a *sclerosis tuberosa* együtt jár az ún. adenoma sebaceummal, és a kórképre pathognomiás a bőr elváltozása — beleértve a *Koenen-tumorokat* — is (vö. 181—183. ábra, 121. o.).

Az epilepsia *hydantoin* terapiája toxicus idült gingivitist okozva nemritkán fokozza vagy éppen kiváltja a *gingiva hyperplasiáját* (314. ábra). A burjánzás mértéke ilyenkor igen jelentős fokú lehet (315. ábra).



310



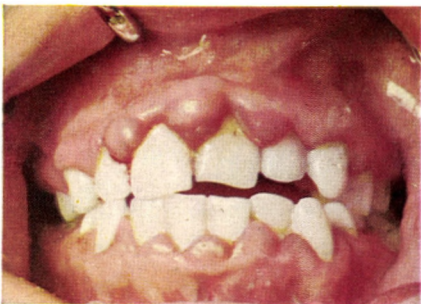
311



312



313



314



315

## A gingiva és a fogak elváltozásai

Recidiváló gingivaduzzanatok, különösen a felső fogaknak megfelelően (316. és 317. ábra) gyakran a Melkersson—Rosenthal-syndromához tartoznak, a cheilitis granulomatosa Miescheren (318. ábra) az egyéb arcduzzanatokon, a lingua plicatán és a recidiváló facialis paresiseken kívül. A tünetcsoport felléphet oligo-, sőt monosymptomás formában is. Határtünetként hyperacusis, érzékszavarok, könnycsorgás, migraine és rhinitis vasomotorica figyelhető meg (vö. 188. o. is).

A makruliák csoportjába sorolják a többnyire lebenyes, fibromás nyálkahártyanövedékeket is, melyek gyakran a rosszul fungáló protézisek (319. ábra) következtében alakulnak ki, még akkor is, ha ezek a jóindulatú tumorok határán vannak (epulis-fibroma).

A gingiva minden hyperplasiája elsősorban akkor alakul ki, ha a foghús szegélyét egyidejűleg localis ingerek is érték.

Differenciáldiagnosztikai szempontból a makrulia csoportjába tartozó gingiva hyperplasiákat el kell különítenünk azoktól a proliferatóktól, melyek messzemenő autonómiájuk révén a tumorok közé tartoznak. Klinikailag ezek mint *epulis* (többnyire gigantocellularis tumorok) (320. ábra) vagy mint solitaer, jóindulatú centrális óriássejtes állkapocs-tumorok manifesztálódnak.



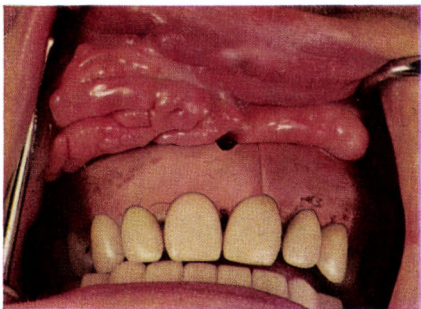
316



317



318



319



320

## A gingiva és a fogak elváltozásai

Az érrendszer daganatai — különösen a *haemangioma simplex* (321. ábra) — olykor a gingiva gumószerű növedékét idézhetik elő. A livid szín igen jellemző haemangiómára. A környező szövetek, mindenekelett a fogak támasztóapparátusa, többnyire be van vonva a folyamatba.

A *granulomás nyálkahártya- és állcsontelváltozások* közé tartozik az ismeretlen aetiologiájú *eosinophil granuloma* is (322. ábra). Az előszeretettel gyermekeken fellépő betegség klinikai tünetei — az esetleges duzzanat, láz és fájdalom — többnyire enyhék és a Hand—Schüller—Christian-betegség tüneteit hozhatják létre. A vérkép nem jellemző. Kialakulhat enyhe hyperchrom anaemia, a fehérvérsejtszám esetleg mérsékelten megszorodik, a későbbi időszakban eosinophilia (5—20%) léphet fel a vérben, esetleg a csontvelőben is, s olykor mérsékelt monocytosis alakul ki. A calcium-szint kezdetben kissé emelkedik, a vér-serum többi értékei nem változnak (ROTTER).

A diagnózist egyedül szövettani vizsgálattal tudjuk felállítani. A betegséget mindenekelett osteomyelitistől, lymphogranulomatosisból, Ewing-sarcomától és rák-metastasisból kell elkülönítenünk.

A *szájnyálkahártya hámfolyamatai* között a hyperplasiából és hyperkeratosisból álló *leukoplakia* (323. ábra) különleges helyet foglal el. A különböző — elsősorban *bakteriális* (syphilis), *kémiai* (dohány és alkohol) és *mechanikai* — ingerek hatására, de idiopathiásan is kialakuló fehér, kiemelkedő, fájdalomtalan foltok jelentőségét — mint praecancerosus állapotot — erősen túlértékelték (ROTTER, SCHUERMANN). Leggyakrabban a pofanyálkahártyán fordulnak elő.

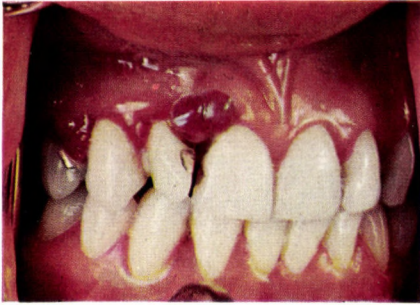
Kisebb-nagyobb vakító fehér foltok és plakkok — környezetükben duzzadt és többnyire sötétvörös nyálkahártyával — *soor* esetén található (324. ábra). A viszonylag gyakori *Candida albicans-fertőzés* csak rossz reakcióképesség esetén manifesztálódik, és kezdetben mint nyálkahártya-erythema lép fel. A bársonyos, gombákból álló soorlepedék tapadásának foka és a levonhatóság mértéke bizonyos tekintetben fokmérője a betegség súlyosságának.

A soorhoz egyéb nyálkahártya-megbetegedések is járulhatnak — pl. leukoplakia és carcinoma is — akár csak a 324. ábrán látható rákos daganat a bal felső állcsonton.

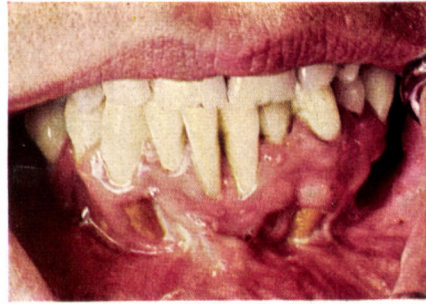
*Extrém fokú mechanikus irritációk* és bizonyos, foglennyomat készítéséhez használt anyagok hatására (325. ábra), melyek erős ioncserélők módjára hatnak, megfelelő dispositio esetén olyan nyálkahártya-reakciók alakulhatnak ki, melyek lúg vagy sav maráshoz *hasonló* képeket idézhetnek elő.



*A szájnyálkahártya elváltozásai*



321



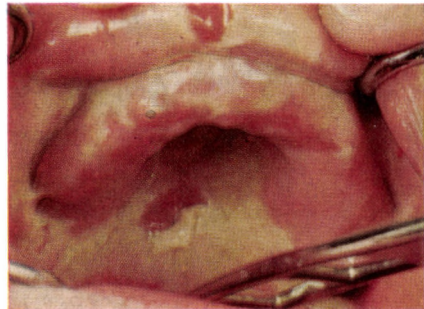
322



323



324



325

## A gingiva és a fogak elváltozásai

A fogak kemény szövetei is kóros változásokat mutathatnak bizonyos általános megbetegedések kapcsán. Megemlíthetők itt olyan tünetcsoportok, melyek a fogzománc dysplasiájával járnak. Ilyenek a Curtius-, a Steiner-, a Gregg-, a Lightwood—Albrigh-, a Martin—Albrigh-, a Morquio-, a Naegeli-, a Neumann-syndroma, az oculo-dento-digitalis-syndroma, valamint a tetania-syndroma és a rhachitis (LEIBER—OLBRICH).

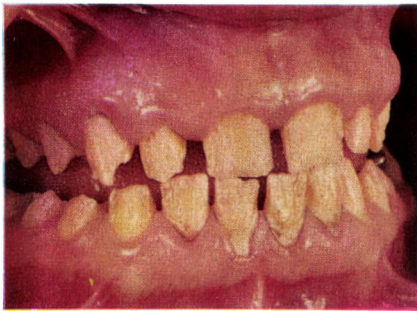
A keményszövetek kóros elváltozásai esetén lényegében különböző *hypoplasia-formákról* van szó. Megkülönböztetünk öröklődő, valamint szerzett zománc- és dentin-hypoplasiát.

Az öröklődő zománc-hypoplasiák egyik csoportja az X-chromosomához kötötten, szabálytalan domináns módon öröklődik. A nőknél a zománc sárga és érdes, s rajta hosszanti barázdák húzódnak (326. ábra). A férfiakon a zománc aplasiáját találjuk; a fogak felszíne sima és sárgásbarna.

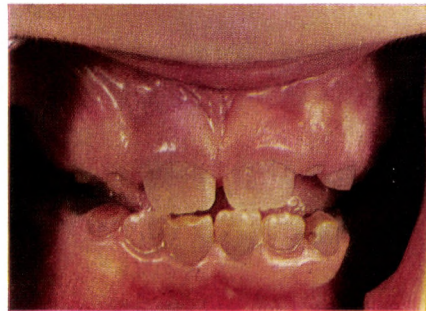
Két további csoportban, melyek öröklési módja szabályosan, illetőleg szabálytalanul domináns (recessiv?), a zománc elsődlegesen kialakul, de hiányosan mineralizált, úgyhogy a fogak kibújása után viszonylag gyakran fejlődnek ki másodlagos zománcelváltozások (SCHULZE).

Az öröklődő dentinhypoplasiák különböző típusait ismerjük. A leggyakoribb forma szabályosan dominánsan öröklődik. A fogak szürkéskékes-ibolya színűek, a zománc erősen áttűnő (327. ábra). Eltérő ettől a dentindysplasiának az a formája, mely esetleg kapcsolatban állhat a fogak gyökérnélküliségével és végül az az alak, mely osteogenesis imperfectában fordul elő és a dentinstruktúra károsodásával jár.

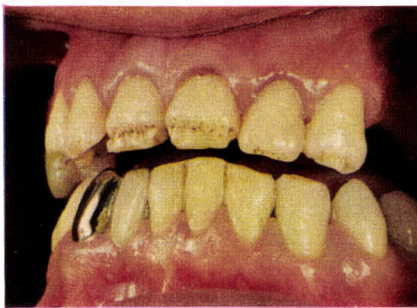
Ezektől az öröklődő struktúra-károsodásoktól el kell különítenünk a *részleges zománc-hypoplasiákat*, melyek valamennyi fogon a zománcfejlődés azonos szakaszán alakulnak ki, és csökkent elmeszesedésben megnyilvánuló időleges mineralizációs zavar következményei. Az elváltozás tetania és rachitis során lép fel. A fog koronáján kialakuló hypoplasiás defektus lefutásának magasságából a fogak elmeszesedésére vonatkozó ismereteink alapján következtetni tudunk a betegség lezajlásának időpontjára (328. és 329. ábra). Gyakran egyidejűleg az állkapocs fejlődési rendellenességei is fellelhetők.



326



327



328



329

## A gingiva és a fogak elváltozásai

Az elmondottaktól függetlenül a *zománc mechanikus okokból* is *atípiássá válhat*. Többnyire bizonyos *abususokról* van szó, melyek következtében az abrasio mélyen lehatolhat a dentinbe, sőt esetleg a pulpába is. Az elváltozás általában psychés zavar következménye, amikor is a beteg abnormisan *csikorgatja és összeszorítja* fogait (330. ábra). A fogak *gyakori, túlságosan erős kefézése* is ék alakú defektust eredményezhet (331. ábra).

Vegyí anyagok következtében (pl. citromsav) vagy foglalkozási ártalomként (accumulátorgyári munkások) szintén kialakulhat a fogak — elsősorban az elülső fogak — demineralizációja.

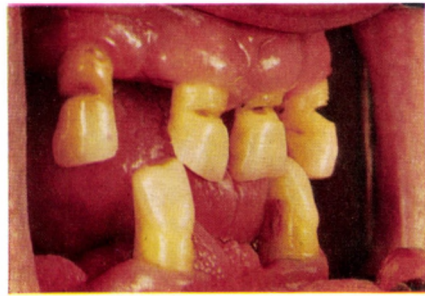
Utalnunk kell még egy *gyulladásos* eredetű *localis elmeszesedési zavarra*, mely többnyire valamelyik metsző- vagy praemoralis — de csupán *egyetlen* fogon fordul elő (Turner-fog). Az opac, sárgásbarna folt, esetleg a hypoplasiás zóna ilyen esetben valamely tejfog idült apicalis parodontisének következménye, amikor is a tejfog gyökércsúcsa a megfelelő maradó fog elmeszesedő koronájának közvetlen szomszédságában helyezkedett el (332. ábra).

Megemlítjük továbbá a fogaknak egy általános betegség (a kezeletlen lues connata) okozta alakváltozását, mely a Hutchinson-trias részeként a metszőfogak hordó alakú, illetőleg az első molarisok bimbó alakú elváltozásából áll (333. ábra).

Újabbán tudjuk azt is, hogy a fogak — mindenekelőtt a tejfogak — elszíneződése erythroblastosisban (zöld) és tetracyclinek hatására (sárgásbarna) is kialakulhat.



330



331



332



333

## A tonsillák és a garat elváltozásai

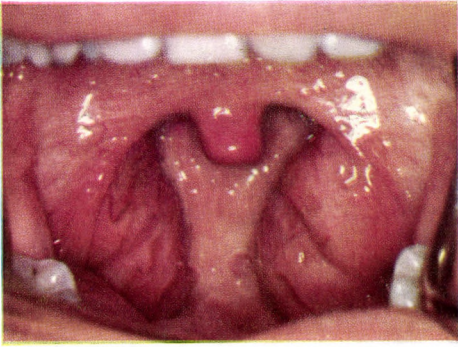
A 334., 335. és 336. ábra különböző súlyosságú *acut tonsillitist* (angina catarrhalis, s. simplex, angina follicularis, angina lacunaris) mutat be. Míg a *catarrhalis alak* (334. ábra) csak a tonsilla felszínére terjed, nem fertőző és többnyire néhány napon belül gyógyul, addig az *angina follicularisban* és *lacunarisban* mindig részt vesz a mandula parenchymájának mélyebb része is, mely abban fejeződik ki, hogy a tonsilla kriptáiban *pontszerű* (335. ábra) vagy *lacunaris lepedék* alakul ki.

Mint góc, a *következményes betegségek* (rheumás láz, szív- és vesebetegségek) keletkezése szempontjából csak az *angina follicularis* és *lacunaris formája* bír jelentőséggel, mindenekelőtt recidivák esetén.

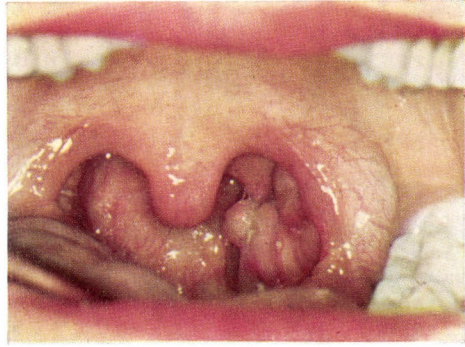
*Abscessus peritonsillaris* (337. ábra) akkor alakul ki, ha a gyulladás a tonsilláról annak környezetére is *áttérjed*. A mandula körüli tályog a fiatalabbak és a középkorúak betegsége. Gyermekeken ritkább, csecsemőkön egyáltalán nem fordul elő. Jellemző, hogy az *angina lezajlásának időszakában* alakul ki, azaz olyankor, mikor a nyelési fájdalom és a láz már elmúlt és a lepedék leöklődött. A tályog localisatiójától függően a tonsilla környezetének meghatározott helyén fejlődik ki az oedemás reakció (felső pólus = uvula-oedema; alsó pólus = gégevizenyő; ezért mindig végezzük el az indirekt laryngoscopiát!; *retrotonsillaris localisatio* = a hátsó garatív oedemája).

Az *idiült tonsillitis* (338. ábra) klinikai jelentősége, mint localis mandulabetegség, kisebb. Sokkal nagyobb jelentőségű az a tulajdonsága, hogy ún. gócfertőzések kiinduló pontja lehet. A krónikus tonsillitis kialakulhat recidiváló *acut tonsillitisekből*, de megelőző mandulabetegségek nélkül is. Legfontosabb jelei a mandula és a garatív pírja, a környezettel való összenövések (a tonsilla a mandulaágyból csak kevéssé luxálható vagy teljesen kötött), valamint pépes dugasz és exprimálásra könnyen folyó genny. Puszta rátekintéssel nem lehet diagnózist felállítani.

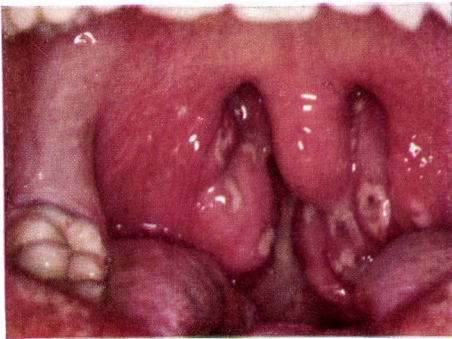
*Tonsillitis. Abscessus peritonsillaris*



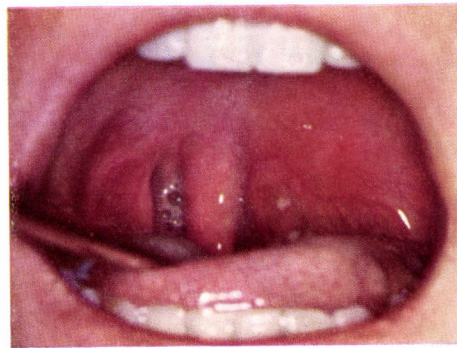
334



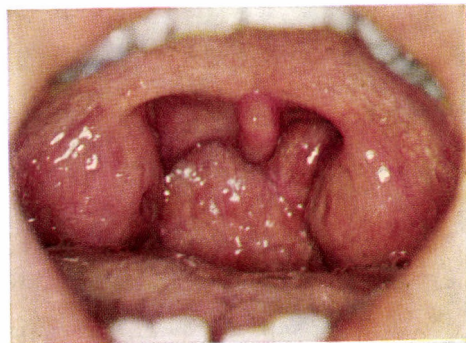
335



336



337



338

## A tonsillák és a garat elváltozásai

A heveny tonsillitis különleges alakja a *monocyta-angina* (lympho-idsejtes angina, Pfeiffer-féle mirigy-láz) (339. ábra). A diagnózis a vérvizsgálat segítségével egyértelműen felállítható. A látható tonsilla-elváltozásokkal együtt rendszeren nyirokesomódusok alakulnak ki a nyakon és a tarkón, de a hónaljban és a lágyéktájon is. Olykor a lép és a máj megnagyobbodik. A kórkép a vérvizsgálattal elkülöníthető a torok-diphtheriától. A megtekintés a lepedék színe és kiterjedése alapján nem teszi lehetővé a biztos differenciálást.

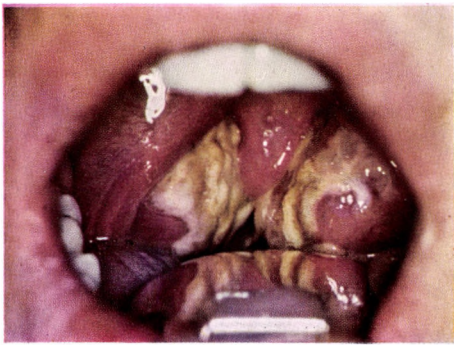
A 340. ábra diphtheriás elváltozást mutat. A kezdetben csak piros és duzzadt tonsillákon a láz emelkedésével és a közérzet nagyfokú rosszabbodásával együtt sárgásfehér, erősen tapadó és bizonyos esetekben a lágyszájpadra is áttérő hártyás lepedék alakul ki. Jellemző az *édesskés foetor ex ore*. A kórjelzés a kenet alapján állítható fel. Elsősorban 2–6 éves gyermekek betegszenek meg.

A 341. ábra a tonsillák kétoldali hyperplasiáját mutatja be, ezt az alkati anomáliát, mely kedvező talajt képez idült gyulladások számára, de lehet, hogy a mandulán egy élet folyamán sem alakulnak ki soha gyulladásos jelenségek. Elsősorban gyermekeken látjuk. Kezelésre csak akkor van szükség, ha a légzést gátolja (pharyngealis stridor), a nyelést mechanikusan zavarja vagy a beszédet megváltoztatja (dünnyögő vagy elkent beszéd). A gyermekkoron túl, differenciáldiagnosztikai szempontból, esetleg valamilyen rendszerbetegség (pl. lymphás leukaemia, lymphosarcoma) fennállására is gondolnunk kell.

A tonsillák egyoldali hyperplasiája (342. ábra) adott esetben ismételt gyulladások vagy műtéti beavatkozások (tonsillotomia) következménye is lehet. A mandula egyoldali gyulladásos megnagyobbodásával ellentétben, mely pírrel és fájdalommal jár, az egyszerű hyperplasiás tonsilla színe nem tér el a környező nyálkahártya színétől. Differenciáldiagnosztikai szempontból a tonsilla-tumerek kizárandók.



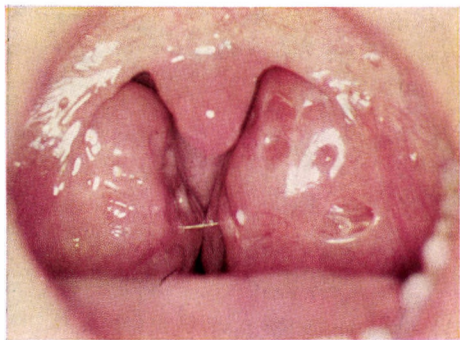
*Angina monocytotica. Diphtheria. Tonsilla-hyperplasia*



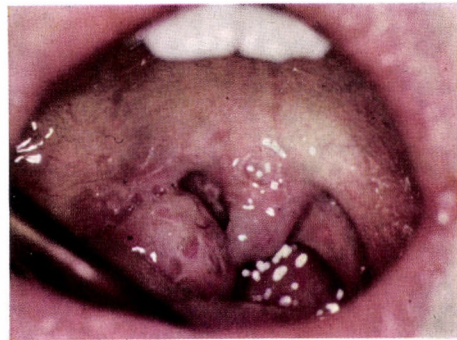
339



340



341



342

## A tonsillák és a garat elváltozásai

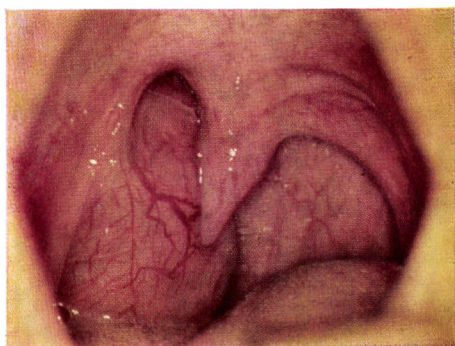
A 343. ábrán látható elváltozások alapját a Brill—Symmers-kór képezte. Ilyenkor a tonsilla az egyik vagy mindkét oldalt megnagyobbodik, a felületes erek feltűnően ki-rajzolódnak, és a mandula színe nem tér el a környező nyálkahártya színétől. A diagnózis csak histológiai vizsgálat útján (lymphoblastoma makrofolliculare) állítható fel. Differenciáldiagnózis: lympho- és reticulosarcoma, lymphadenosisok.

A tonsilla rákja (344. ábra) csak a kezdeti stádiumban marad a tonsilla területén. Panaszok (nyelési és beszédzavar, foetor ex ore; — fájdalom nincs!) esetén a carcinoma rendszerint a környezetet infiltrálva már összekapaszkodott a garatívvvel, a daganatos szövet kifekélyesedett, és többnyire már áttéteket okozott a környéki nyaki nyirok-csomókban.

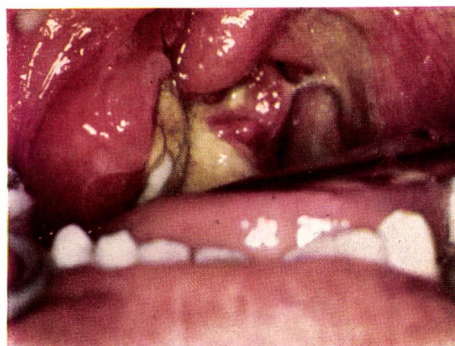
Angina agranulocytoticában (345. ábra) a tonsilla elváltozása ennek az általános megbetegedésnek csak helyi megnyilvánulása. Jellemző a tonsilla szövetének multiplex, felületes, egy vagy kétoldali, a továbbiakban összefolyó és mélyreterjedő necrotizáló kifekélyesedése. A kórjelzés rendszerint egyértelműen adódik a vérképből (a fehérvér-sejtszám nagyfokú csökkenése, a granulocyták majdnem teljes hiánya).

A mandula felszínének kifekélyesedő elváltozásai (346. ábra), melyek gyakran egyoldaliak, s olykor az érintett oldali tonsilla mérsékelt megnagyobbodásával járnak, szabály szerint kialakulnak a Plaut—Vincent-angina során is. Ki kell zárnunk a specifikus gyulladásokat (tuberculosis, lues I. és III.). A diagnózist bakteriológiai és serológiai vizsgálatok támasztják alá.

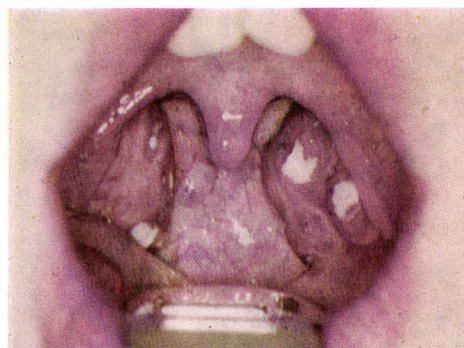
*Tumorok. Angina agranulocytotica. Plaut--Vincent-angina*



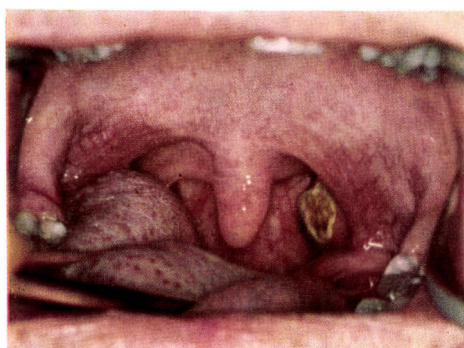
343



344



345



346

## A szem elváltozásai

A könnymirigyek gyulladásai a ritka betegségek közé tartoznak. Jellemző a felső szemhéj szélének S-alakú lefutása, melyet a felső szemhéj temporalis felének duzzanata idéz elő (347. ábra). A hordeolummal ellentétben a duzzanat nem a szemhéj porcában, hanem a tarsus felett helyezkedik el.

A dacryocystitis acuta egyoldali megbetegedés, és rendszeren staphylococcusok idézik elő. Szinte kizárólag gyermekeken fordul elő. A tályog a conjunctiva zsákba szokott áttörni, és a folyamat 2–3 hét alatt gyógyul.

A dacryocystitis chronica ezzel szemben gyakran nem a szemre lokalizálódó megbetegedés. Aetiologailag kevésbé jönnek szóba a kötőhártya felől ascendáló gyulladások, mint inkább általános fertőzések (tuberculosis, lues) és nemritkán reticulosisok is.

A két könnymirigy rendszeren nem nagyon kifejezett duzzanata, a parotis, a sublingualis és submaxillaris mirigy egyidejű megnagyobbodásával a Mikulicz-szindrómát alkotja (348. ábra). A tünetcsoport a legkülönbözőbb betegségekben, reticulosisokban, Boeck-sarcoidosisban, luesben és mumpsban egyaránt felléphet.

A könnytömlő gyulladásait a könnytömlő-táj duzzanata jellemzi (a ligamentum palpebrae mediale alatt). Differenciáldiagnosztikailag elkülönítendő a chalazeon, a dermoid és a mucokele. Gyakran heves fájdalom közben hirtelen duzzanat és pír alakul ki a könnytömlő táján, s a szemhéj, illetőleg az arc phlegmonosussá válhat. Az esetek egy részében abscessusok keletkeznek, melyek csak ritkán törnek át az orr felé vagy a rosta-sejtebbe, többnyire kifelé ürülnek ki (349. ábra).

A szem pigment-anomáliái között a melanosz bulbi a leggyakoribb (350. ábra). Nemcsak arról van szó, hogy a normálisan festenyzett sejtek több pigmentet tartalmaznak, hanem sokkal inkább arról, hogy a szövetekben melanocytákat is találunk, melyekben normálisan nincs pigment (sklera, cornea). Az anomália keletkezésének okaként lényegében öröklési tényezők jönnek tekintetbe. E hyperpigmentatio progrediálása ritkaságszámba megy. Malignus elfajulás csak igen ritkán figyelhető meg.

A neurofibromatosisnak különböző jelei vannak. Ezek különböző fokban alakulnak ki, és nem minden esetben jönnek létre egyidejűleg (vö. 118. o.). A kültakarónak csak kiskókú elváltozásai esetén az irisen megfigyelhető multiplex sárgás csomócskák biztosítják a kórjelzést (351. ábra).

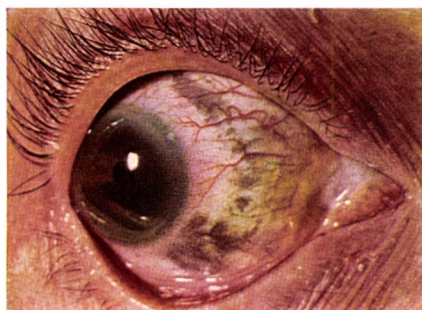
347



348



349



350



351

## A szem elváltozásai

A két pupilla különböző tágságát (anisokoria) paresis (mydriasis a sphincter bénulása következtében, illetőleg miosis a dilatator bénulása következtében) vagy spasmus (miosis a sphincter izgalma, illetőleg mydriasis a dilatator izgalma következtében) idézheti elő. A helyes diagnózist a fényre és a konvergenciára bekövetkező physiologiás reakció, valamint a mydriaticumok és mioticumok pharmacologiás hatása alapján állíthatjuk fel.

A *miosis paralytica* a *sympathicus* bénulás jele. Ez utóbbit a nyaki határköteg laesiói (pl. struma, aneurysma, tumorok), medullaris (encephalomyelitis disseminata) és cereb-  
ralis affectiók (tumorok) idézhetik elő. A dilatator pupillae bénulásán kívül érintve lehet a sima szemhéjemelő izom (musculus Mülleri) és a musculus orbitalis is, úgyhogy ilyen esetekben a Horner-féle tünetcsoport (miosis, ptosis, enophthalmus, vö. a 250. ábrával 159. o.-on) jön létre. Az említettekén kívül az arc azonos oldalán vasomotoros zavarok és csökkent verejtékelválasztás is fennállhat.

A *miosis spastica* a parasympathicus izgalmi állapotában (enkephalitis lethargica, meningitis) figyelhető meg.

A *mydriasis paralyticát oculomotorius bénulás* idézi elő. Ha a mydriasis kétoldali, úgy ez többnyire valamely *intoxicatio* (botulismus, szénmonoxid-mérgezés) kifejezője.

A *mydriasis spasticát a sympathicus izgalma* okozza. Ez egyaránt felléphet a tüdőök, a pleura és a has megbetegedései esetén. Koponyatraumák után az egyoldali mydriasis azonos oldali subduralis haematoma fennállására utalhat.

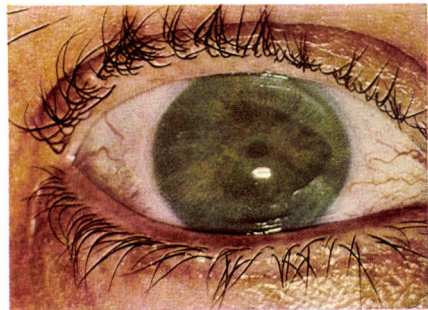
Az olyan *anisocoria*, melynél a *tágabb pupilla fénymerev* és convergentiára csak tónusosan reagál (lassú szűkülés és igen elhúzódó tágulás), a patella- és Achilles-reflex kiesésével együtt az *Addie-syndromát* alkotja (352. ábra).

A *miosis szabálytalan szélű pupillával*, valamint a *direkt és indirekt fényreakció kiesésével* (Argyll—Robertson-tünet) kórjelző a *metallesre* (353. ábra).

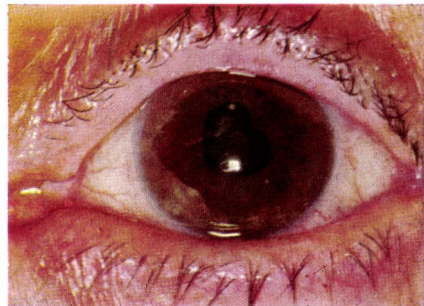
A *pupillák lóherelevél alakját* a szivárványhártyának a lencse elülső felszínével való összenövése idézi elő. Ez az elváltozás általában lezajlott *iridocyklitisek* maradványa (354. ábra).



352



353



354

## A szem elváltozásai

Az *arcus senilis* (355. ábra) nem más, mint lipoid lerakódás. Az elváltozás a limbus corneae közelében van és attól keskeny, világos zóna választja el. Ez a *degeneratív* elváltozás nemcsak aggkorban fordul elő. *Találób* ezért az *arcus lipoides megjelölés*. Fiatalabb embereken egyidejűleg mindig kifejezett lipoid eltérések mutathatók ki a serumban. Az *arcus lipoides* ilyen esetekben tehát csak egyik jele az általános anyagcsere-zavarnak.

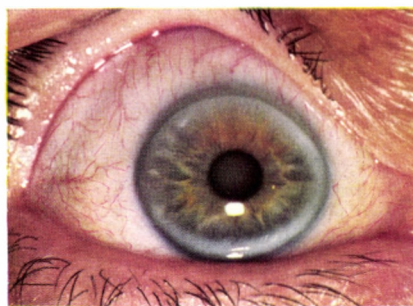
A 356. ábra *részleges arcus lipoidest* mutat be, mely egy 16 éves, súlyos *diabetes mellitus*ban szenvedő betegen alakult ki. Idősebbeken ezzel szemben a vér összetételének kóros elváltozásai hiányoznak. A seniumban ezért az *arcus lipoidest* csupán a corneára szorítókozó kóros *senilis* anyagcsere szituáció kifejezőjének tekintjük.

Nagy diagnosztikai jelentősége van a *Kayser—Fleischer-gyűrűnek* (357. ábra), mely nem más, mint egy közvetlenül a limbus corneae kezdődő és a centrum felé húzódó egy-két mm széles, barnásfekete pigment felhalmozódás. Organikus részvegyületek lerakódásáról van szó, mely a *Wilson-kórban* már akkor megfigyelhető, mikor a betegség többi tünetei még nem kifejezettek.

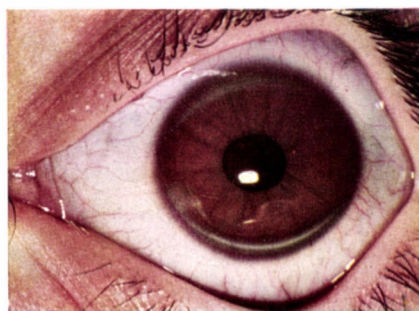
Az *uvea gyulladásai* (iridocyclitis, chorioiditis), valamint a *sklera gyulladásai* (episkleritis, skleritis) nemcsak izoláltan fordulnak elő. Gyakran valamely *általános megbetegedés tünete*i. Megfigyelhetők *tuberculosisban* és különösen gócfertőzésekben, *rheumatismusban*, valamint *Bechterew-kórban*. Fő tünetét képezhetik az alapbetegségnek és fennállhatnak még akkor is, mikor ez utóbbi már lezajlott. Az *iritis* nem jelenti mindig a szem erősebb kivörösödését. Mindig fennáll azonban a csarnokvíz fehérjetartalmának és sejtszámának megszorodása, mely az irisnek és a lencse elülső felszínének összetapadásához vezet. Ilyen esetekben már műszerek nélkül is megfigyelhető a szabálytalan szélű pupilla, vagy az iris széle mentén a szürke exsudatum-szegély (358. ábra).

A *sklera gyulladásai* nem olyan gyakoriak, mint az uveitisek. A skleritiseket igen erős livid színű, többnyire körülírt pír jellemzi, amit olykor párnás elődomborodás kísér. (359. ábra).

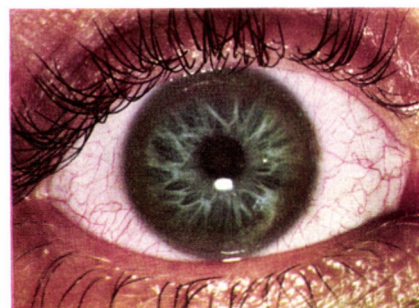




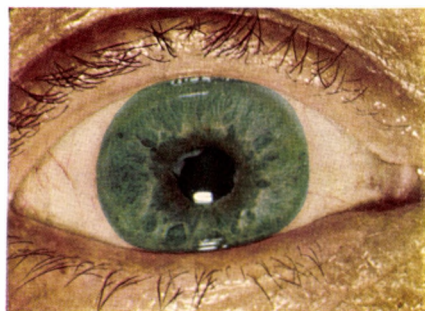
355



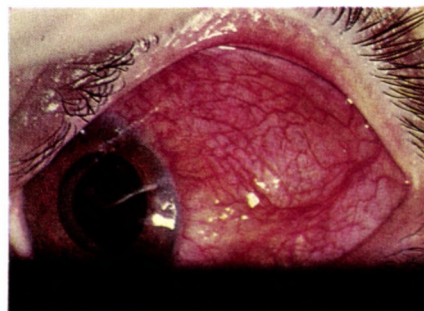
356



357



358



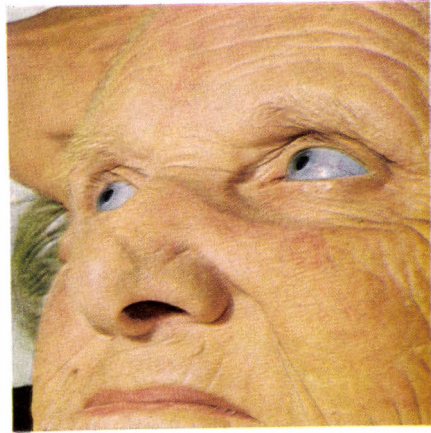
359

## Elváltozások a csontok megbetegedéseiben

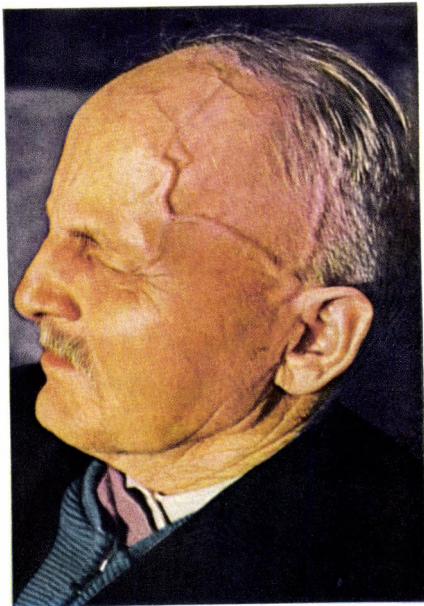
Az adott megbetegedés teljes klinikai képe során kialakuló csontváztünetek gyakran kevésbé utalnak csontbetegségekre, mint a szemén és a fej látható erein fellépő, figyelemreméltó elváltozások.

A 360. ábrán olyan feltűnő világoskék sklerát látunk, amelyet physiologiás körülmények között csak *csecsemőkön* szoktunk megfigyelni. *Felnőttön kék sklerát ostitis deformans Pagetben, osteogenesis imperfectában, valamint Marfan-syndromában* észlelünk. A kék elszíneződés nem az ínhártya megvékonyodásának és a chorioidea, valamint az uvea át-tűnésének, hanem a collagen-struktúra megváltozása folytán a különös fénytörésű viszonyoknak a következménye.

A 361. ábrán látható *Paget-kóros beteg arteria temporalisának kifejezett tágulata* figyelhető meg. Az ér a csont egy mély árkában, illetőleg egy csontcsatornában fut. A csont ér-barázdája jól tapintható, és ez a lelet ellentétes azzal, amit öreg emberek scleroticus erei esetén észlelünk, mikor is az erek a csonton fekszenek. *Paget-kórban* a testtartás is jellemző és hasonló a *majmokéhoz* (362. ábra). A medence kiszélesedett és megvastagodott. A prostata-hypertrophiás panaszokhoz hasonló szubjektív tüneteket mechanikai okokra — éspedig a csontburjánzás révén megvastagodott os sacrum nyomására — lehet visszavezetni. A combok meggörbültek és kidomborodnak. A felsőtest előre hajlik, a karok — akárcsak a majomemberé — mozgás közben ernyedten csüngnek alá.



360



361



362

## Elváltozások a csontok megbetegedéseiben

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

*Paget-kórban* egyéb csontelváltozásokkal együtt *megnagyobbodik a koponya*. Más esetekben a koponyatető megnagyobbodásától függetlenül *fokozott állkapocsnövekedés* figyelhető meg. Ilyen esetet mutat be a 363. és 364. ábra. Ha a koponya és mindenekelőtt a koponyaalap „növekszik”, úgy a *szájpad — a szájüreg felé — egyre inkább előredomborodik*, s ez a rágást, a beszédet, sőt a hallást (az acusticus-csatorna beszűkülése következtében), valamint a látást is (a foramen opticum szűkülése következtében) zavarhatja.

Az *Uhlinger-kór* (hyperostosis generalisata pachydermiával) során kialakuló állcsont- és fogelváltozásokat el kell különítenünk (365. ábra) a Paget-kórtól.

A klinikailag nagyon impresszionáló *tetaniás görcsroham* kifejezett hypocalcaemia következménye. Jellemző az ujjaknak a 366. ábrán látható extenziója és abductiója. A csukló gyakran nyújtott helyzetben van, de olykor — mint a 366. ábrán is — többékevésbé flexiós helyzetbe is kerülhet a görcs folyamán. A kar abductióban, a könyök flexióban rögzül. Súlyos esetben a görcsök más izomsoportokra is kiterjednek. Ilyenkor a láb maximális extenziója és supinációja következik be, és kialakul (a könyvben nem ábrázolt) „pontyszáj”.

A tetaniás rohamot többnyire vegetatív-labilis egyéneknél a hyperventillatio idézi elő. Organikus okként hypoparathyreoidismus (leggyakrabban strumektomia után!), pseudo-hypoparathyreoidismus, ritkábban a kalciumfelszívódás zavara, rachitis (a gyógyulás időszakájában) és a postacidosisos hypocalcaemia jön szóba.



363



364



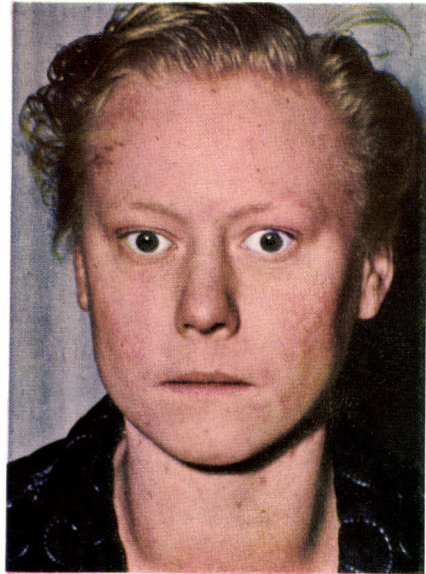
365



366

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

A *Basedow-kórt* könnyen elnézik és a korai időszakban tévesen vegetatív regulációs zavarként értelmezik. A jellegzetes Basedow-tünetek a betegség tetőpontján, illetőleg a teljes kép kialakulásakor igen feltűnőek. A 367. ábrán látható beteg arckifejezése klasszikus *Basedow-kórra* jellemző. A rémületet kifejező, dermedt, mimika nélküli arc, az exophthalmus, a struma, a vékony, rózsapiros bőr, a vékony szálú és gyakran kissé rendetlen hajzat alapján a kórjelzést az első pillantásra felállíthatjuk. A képet tachycardia, izzadt kéz, hasmenéses hajlam, valamint a psychés állapot és a beteg által elpanaszolt testsúlycsökkenés egészíti ki. A további szemtünetek, a *Graefe-* (368. ábra), a *Stellwaag-* (ritka pillacsapások) és a *Moebius-jel* (*convergentia gyengeség*), valamint a fénylő *bulbus* az olyan kifejezett kórképekben, mint a 367., 370. és 371. ábrán látható betegek esetében csak kisebb diagnosztikai jelentőségűek. A 369. ábrán feltüntetett bőrelváltozás a *myxoedema praetibiale circumscriptum symmetricum*, mely nem más, mint jellegzetes localisatiójú, meglehetősen élesen határolt, lapszerinti infiltratum. Olykor folytatólagosan átterjedhet a lábhátra és a lábikrára is. Színe gyakran az ép bőrhöz hasonló, vagy viaszsárga, olykor inkább pirosas. A durván elasticus myxoedemás szövet és a gyakran erős szőrzet tölcsérszerűen behúzódtott folliculus szájadékai a bőr-felszínnek nem egyszer „narancshéjszerű” küllemet kölcsönöznek. Ez a hyperthyreosisos myxoedema szinte mindig exophthalmussal kombinálódik, és az utóbbihoz hasonlóan (minthogy a fölé rendelt hypophysis működészavarának következménye) a hyperthyreosis kezelése után is megmarad.



367



368



369

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

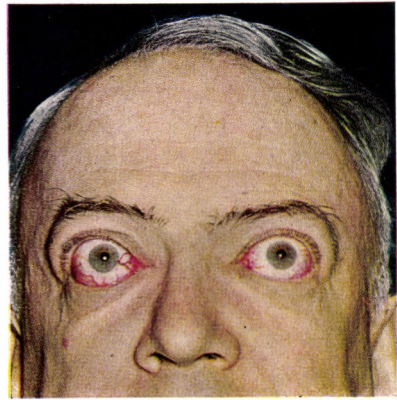
*Basedow-kórban az exophthalmus extrém fokot érhet el (370. és 371. ábra).* Ebben a stádiumban már elsősorban mechanikai okokra visszavezethető látászavarok (opticus károsodás, szemizombénulás) léphetnek fel. Ha nem idejében avatkozunk be therapiásan (a retro bulbaris szövet óvatos röntgenbesugárzása), fennáll a malignus exophthalmus, valamint a megvakulás veszélye.

*Hyperthyreosisban ritka kivételként egyoldali exophthalmus is kialakulhat.* Ilyenkor azonban (372. ábra) elsősorban más — a kérdéses szemgolyót előrenyomó — folyamatra kell gondolni. *Differenciáldiagnosztikai szempontból* mindenekelőtt *orbitalis, periorbitalis,* valamint *intracranialis tumorok,* illetőleg *metastasisok, aneurysmák, paraziták, leukosis és reticulosis,* végül *gyulladásos folyamatok* jönnek szóba. A 372. ábrán látható *egyoldali exophthalmust egy ékcsont-táji meningeoma* idézte elő.

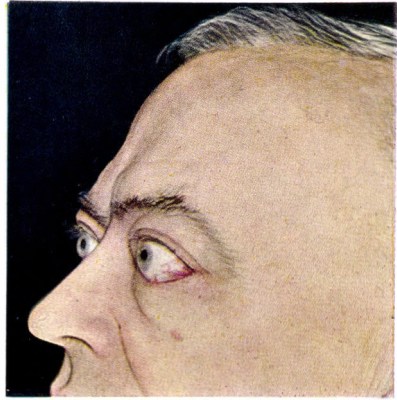
Differenciáldiagnosztikai nehézségek a hyperthyreosis *oligosymptomás és enyhébb formáinak a vegetatív dystoniától való elkülönítése* során léphetnek fel. Az első csoportba mindenekelőtt azokat a hyperthyreosis-formákat sorolhatjuk, melyekben a szokásos cardialis kezelésre refracter tachycardia áll az előtérben. A könnyű hyperthyreosis és fokozott vegetatív ingerlékenységet klinikailag gyakran nem lehet teljes biztonsággal elkülöníteni. A panaszok és az objektív lelet — beleértve a vérnyomás amplitúdó növekedését — a két betegségben azonos lehet. Minthogy az alapanyagcsere fokozódását 20—25%-os értékig bezárólag methodikai okokból csak fenntartással szabad értékelnünk, ez a vizsgálat ilyenkor nem nyújt további segítséget.

A serum fehérjéhez kötött jódtartalmának meghatározása (normálérték: 7  $\gamma$  %-ig), mely vizsgálat sem sugárterhelést, sem egyéb megterhelést nem jelent a beteg számára, valamint a radiojód-vizsgálat tisztázhatja a diagnózist. A vizsgálat elengedhetetlen előfeltétele, hogy a beteg — hónapokra visszamenően — semmiféle jódtartalmú gyógyszer (pl. röntgen kontraszt-anyagot) nem kapott.





370



371



372

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

Egyoldali, sőt kétoldali exophthalmust okozhatnak a retrobulbaris teret kitöltő haemoblastomák is. Példaképpen a 373. és 374. ábra egy *acut leukaemiás* beteg exophthalmusát mutatja be. Ha a kétoldali exophthalmus messze leggyakoribb okát a hyperthyreosis képezi is, mégis gondolni kell rá, hogy ezt a tünetet kivételes esetekben más okok, mint pl. *rendszerbetegségek* vagy *myopia* is előidézhetik. Az exophthalmus olykor *constitutíós sajátosságként* is előfordulhat.

A 375. és 376. ábrán látható betegnek *juvenilis euthyreoid strumája* van. A pubertással kapcsolatos keletkezése és a hyperthyreosisra utaló tünetek teljes hiánya megkönnyíti a diagnózis felállítását. Ilyen ifjúkori strumákkal viszonylag gyakran találkozunk, az esetek többségében azonban ezek nem érnek el olyan mértéket, mint amilyenek a 375. és 376. ábrán láthatók.



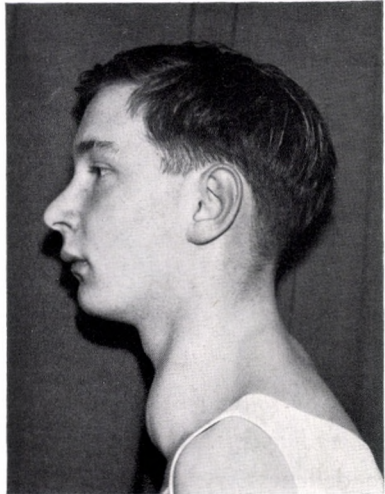
373



374



375



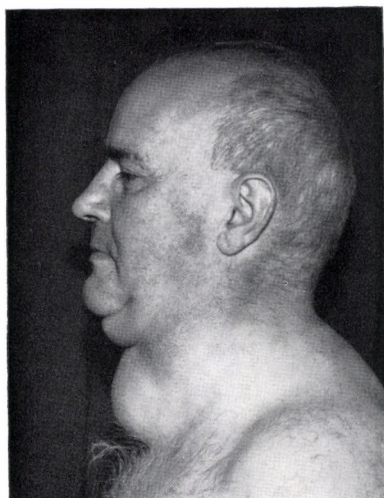
376

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

A 377., 378. és 379. ábra igen jelentékeny nagyságú *euthyroid strumákat* tüntet fel. A *golyva* különösen *gyakran* fordul elő *jódban szegény vidékeken*. Az előfordulás endemiás-familiáris. Tapintásra ezek a strumák igen gyakran nagyon kemények, olykor göbösek, nem egyszer aszimmetriásak. Nemritkán compressiók tünetekhez vezetnek, különösen olyankor, ha részben vagy túlnyomórészt retrosternalisan fekszenek. *Retrosternalis struma* okozta különösen kifejezett *felső típusú vénás pangást* tüntet fel a 379. ábra. Hogy valamely adott esetben — akár vénás pangást okozó retrosternalis tumor esetén — strumáról van-e szó, az valószínűsíthető akkor, ha a képlet a röntgenernyőn nyelés közben kimozdul. A retrosternalis struma kórisméjét biztonsággal a radiojód beadása után elvégzett scintigraphia segítségével állíthatjuk fel.

Strumák esetében *differentiáldiagnosztikai szempontból nemcsak hyperthyreosisra* és közönséges golyvára kell gondolnunk. A pajzsmirigy megnagyobbodása olykor *hypothyreosis-sal, kretinizmussal* kapcsolatban, valamint *thyreostaticumokkal* folytatott kezelés következtében is előfordul. Ezeken kívül gondolnunk kell a *pajzsmirigydaganatok* és *gyulladások* különböző alakjaira is. Említsük meg a gyakran helyi beolvadáshoz vezető *áttételes gennyes thyroiditiseket*, valamint a *Bang-kór* kapcsán kialakuló pajzsmirigygyulladásokat is. Igen ritkák a nagyon fájdalmas, subcut *óriássejtes thyroiditisek (de Quervain)*, a krónikus „vaskemény” *Riedel-strumák*, valamint a szinte kizárólag nőknél, az élet negyedik és ötödik évtizedében fellépő Hashimoto-strumák.

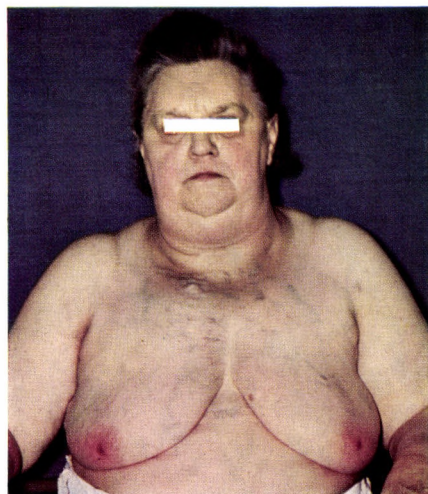
A 380. ábrán látható, a nyelvgyökből kiemelkedő, kb. diónyi daganat nem más, mint *struma lingualis*. Az adott beteg beszéd- és nyelési zavarról panaszkodott. Ennek a ritka rendellenességnek egzakt diagnózisához legjobb módszer a scintigraphia.



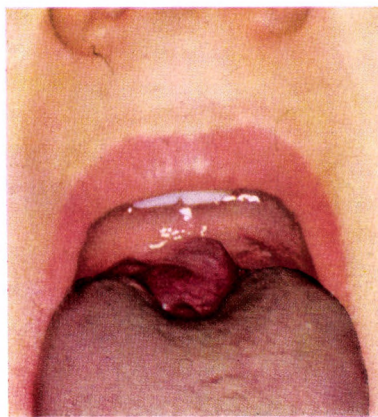
377



378



379



380

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

Az *akromegalia* alapja a növekedési hormon fokozott képződése. Ez a viszonylag ritka betegség egyforma gyakorisággal fordul elő férfiakon és nőkön, s többnyire csak a 40—50. esztendőök között manifesztálódik.

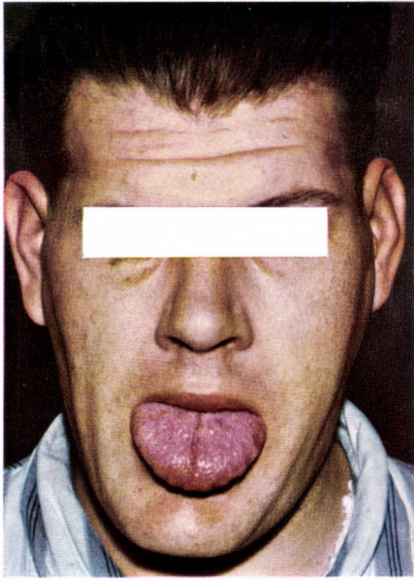
Az epiphysis fugák záródása után a csont ujjaképződés fokozott készsége — mindenekelőtt az akrák területén — a rostsövet appositionális növekedéséhez vezet. *A kéz és láb megnagyobbodik*, végül esetlenné és otrombává válik (384. ábra — a képen összehasonlításként egy ép kéz szolgál).

Különösen jellemző az *arcforma eldurvulása* (381., 382. és 383. ábra). Ezekből a jelekből a szakember a kórismét azonnal fel tudja állítani. Az agy- és arckoponya megvastagodik, a járomcsont jobban kiáll. A supraorbitalis dudorok prominentiáját még inkább kiemeli a többnyire bozontos szemöldök. *Az állkapocs növekedése* prognathiához vezet. Ennek következtében a fogak legyezőszerűen szétállnak, és a következmény a fogak záródásának zavara. De nemcsak a koponya csontos részei vastagodnak meg, hanem a porcos részek, mint az orr és a fül is vaskossá válnak. A nasolabialis redők többnyire mélyen bevágottak. Az igen nagy homloküregek felett a szövetek különösen megvastagodnak, úgyhogy homlokdudorok keletkeznek. Az ajkak vaskosak, a nyelv szokatlanul nagy és vastag — széli részein a fogaktól származó benyomatok alakulnak ki (381. ábra).

A homlok bőre vastag és redőzött. A harántredők és az orrgyök körül a mély barázdák (a „gondolkodás redői”) rendszeren kifejezettek.

Így a koponya és az arc megtekintése többnyire egycsapásra lehetővé teszi az akromegalia diagnózisának felállítását. Az említetteken kívül a nyers, mély férfias hang (a gége megnagyobbodásának következtében) további, el nem hanyagolható, vezető tünet lehet.

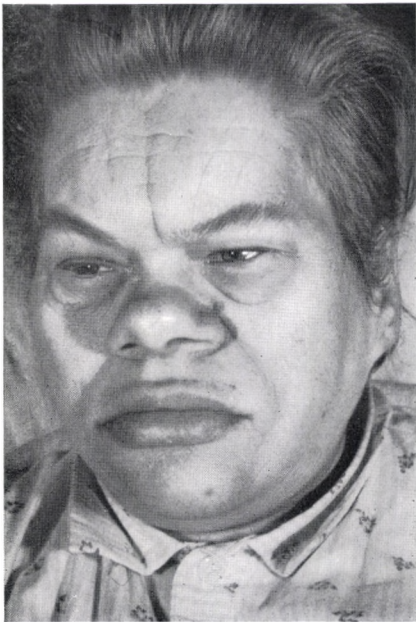
*Kevésbé előrehaladott stádiumban* — kiváltképpen ha az akromegaliára jellemző egyéb tünetek, mint fejfájás, szexszuális zavarok és végül a látásromlás még nem állanak fenn, megvan a lehetősége annak, hogy összetévesztjük a *constitutíós akromegaloid*dal. A technikai vizsgálatokon kívül — mint amilyen a koponyaalap röntgenfelvétele, a serum anorganikus foszfát tartalmának meghatározása, valamint a szemészeti vizsgálat — útbaigazíthat a beteg régi, évekkal azelőtt készített fényképe, valamint a hozzátartozók megsejmlélése.



381



382



383



384

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

Az endokrin betegségek sorában a *myxoedema* különösen feltűnő klinikai elváltozásokat okoz. A heveny vagy idült nephritis-szel, a vészes vérszegénységgel, a panhypopituitarizmussal vagy az Addison-kórral olykor az első pillanatban még előfordulható összetévesztés a 385. és 386. ábrán látható stádiumban már alig lehetséges. A *myxoedema* tünettana sokrétű. A tünetek az alábbiak: psychés elváltozások, tompultság, az intelligencia és a kezdeményezőkézség csökkenése, fázékonyság és alacsony testhőmérséklet. Ez utóbbi tünet a mindig lassan kifejlődő betegség korai időszakában szokott fellépni. A bőr tésztás tapintatú, típusosan *myxoedemás*, az ujjbenyomatot nem tartja meg. Emellett azonban a lábszárvizenyő nem ritka. Az elmondottakon kívül a bőr sápadt, olykor sárgás árnyalatú, mindig száraz, a könyök és térd felett pedig érdes. A haj hullik, különösen a szemöldök külső harmadának ritkulása figyelhető meg (385. ábra). A szájnyálkahártya megduzzad, a nyelv megnagyobbodik, s ennek következtében a laterális nyelvszélen fogaktól származó benyomatok alakulhatnak ki (387. ábra). A szájnyálkahártya és a nyelv duzzanata folytán a beszéd nehezített. Minthogy a *myxoedemás* elváltozások gyakran a gégét is érintik, a hang mély és érdes. A *myxoedemára* jellemző még a megnagyobbodott és petyhüdt szív („*myxoedemás szív*”), az EKG-n kialakuló *low voltage*, az alpanyagcsere csökkenése, a *hypercholesterinaemia* és a serum fehérjéhez kötött jódtartalmának csökkenése.



*Hypothyreosis*



385



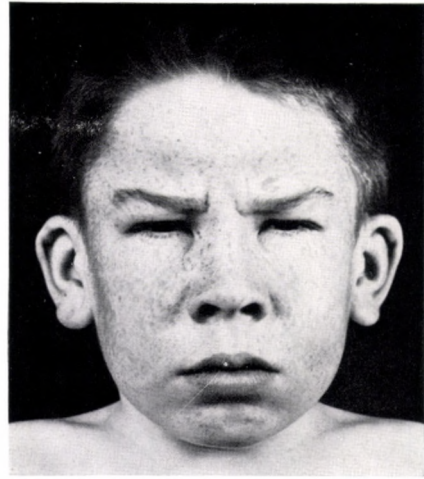
386



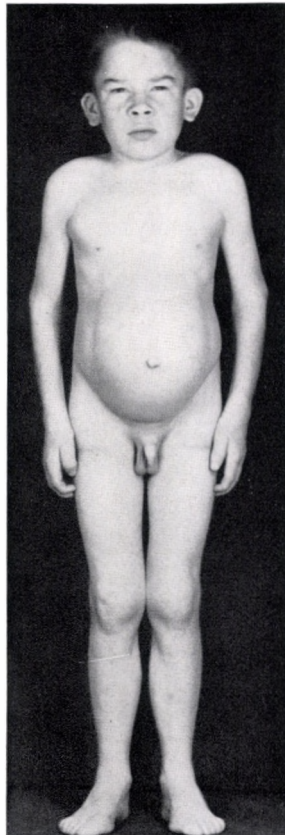
387

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségekben

Az *endemiás kretinismus* felfogható olyan nagyfokú pajzsmirigyhormon-hiány kifejezőjeként, mely már az embrionális időszakban kialakult és a növekedés mellett már ekkor károsította a központi idegrendszert is. Ez azonban nincs feltétlenül így. *A kretin külsőleg erősen emlékeztet a myxoedémásra (388—390. ábra)*. Ami az intellektust és a psychés magatartást illeti, ezeken a többnyire endemiás körzetekben élő törpéken az enyhe korlátozottságtól a *teljes idiotiáig* minden fokozat előfordul. Jellemző a *növekedés visszamaradása*. Az arcoponya kicsiny és széles, a bozontos haj mélyen a homlokba nőtt. Az előreugró pofacsontok és a myxoedema révén az arc kellemetlen külsőt nyer, annál is inkább, mert a homlok gyakran majomszerűen hátracsapott; az artikulátlan beszéd érthetlenné válik.



388



389



390

## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

A valódi *Cushing-kór* alapját a hypophysis elülső lebenyének fokozott ACTH-termelése (basophil adenoma) képezi. Ha azonban az elsődleges zavar a mellékvesekéregben vagy a mellékveseszövet szétszórt, hormonálisan aktív csíráiban van, illetőleg ha a zavar oka ismeretlen, úgy Cushing-syndromáról beszélünk. A valódi mellékvesekéreg-carcinoma, illetőleg adenoma rendkívül ritka. Klinikailag a Cushing-kórt és a Cushing-syndromát nem lehet elkülöníteni. Cushing-szerű elváltozásokat manapság igen gyakran észlelünk a *iatrogen Cushing-syndroma* formájában, hosszabb *steroid-kezelés* következtében, kevésbé kifejezett alakban pedig olykor INH-kezelés során is; különösen a gümőkóros meningitisben szenvedő betegek esetében.

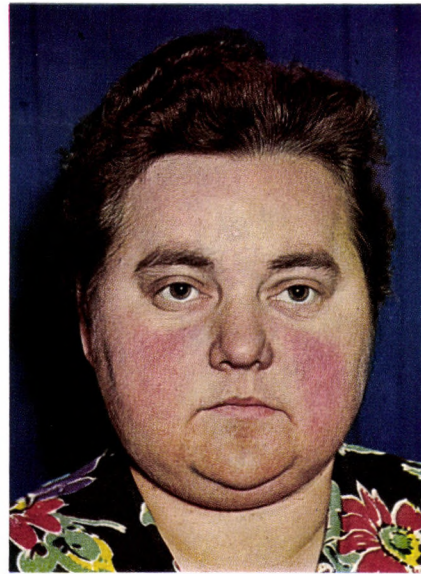
A betegek *arckifejezése* rendkívül jellegzetes. A piros orcájú kerekhold-arc „egészséget és jólétet sugároz”. Az arc oedemásan puffadt. A pír gyakran diffusan az egész arcra kiterjed. A vérrel telt erecskék jobban előtűnnek. Acne is kialakulhat. A 391. ábrán látható beteg valódi Cushing-kórban szenvedett, a 392. ábrán hosszú ideig tartó steroid-kezelés következtében kialakult iatrogen Cushing-syndromás beteget mutatunk be.

A 393. és 394. ábra mellékvesekéreg-tumor okozta Cushing-syndromás beteget mutat be. A betegek *habitusa* jellemző. A kerek fej és széles nyak kövér törzsön ül. Ezzel éles ellentétben a végtagok karcsúaknak tűnnek. A *striae rubrae distensae* mindenekelőtt a törzsön, az alhason, az elülső axillaris redőkön és a comb belső felszínén alakulnak ki. A *tarkó hájas*.

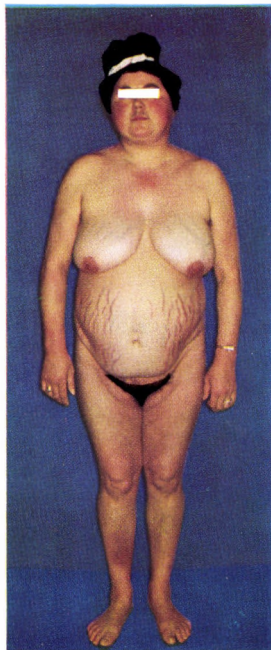
A libido és a potentia csökkenése, adott esetben különböző szabályozási zavarok, a vérnyomás növekedése, osteoporosis (különösen a gerincoszlopon), polyglobulia és eosinopenia, diabeteses anyagcserezavar, valamint egyes esetekben a vér cortisol-szintjének emelkedése biztossá teszik a diagnózist.



391



392



393



394

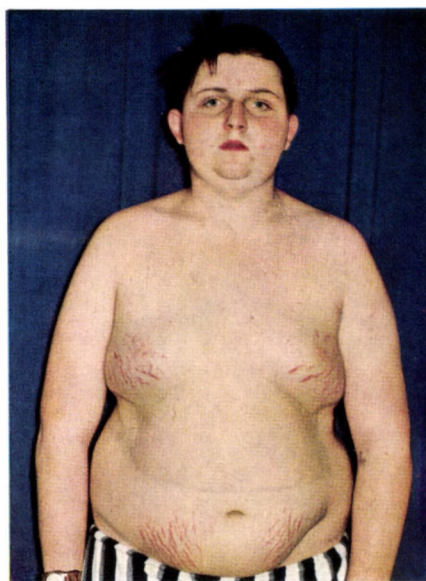
## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

Ehelyütt bemutatjuk még a *Cushing-kór klinikai képének* néhány tipikus részletét. A 395. ábrán látható *hajas tarkó* jellemző a Cushing-kórra, illetve Cushing-syndromára. „Bivalynyaknak” is nevezzük. Olykor a tarkó bőrén finom lanugoszerű szőrzet alakul ki.

A *striae rubrae distensae* (396—398. ábra) sötét ibolyaszínű, a bőr feszülési vonalaival párhuzamosan futó, finom árkot alkotó csíkok, melyek 20 cm-es hosszúságot és 3 cm-es szélességet is elérhetnek. *Nem pathognomiások a Cushing-syndromára.* Felléphetnek a *terhesség idején* is és kialakulhatnak minden *gyorsan kifejlődő elhízásban.* A 396. ábrán látható beteg striáinak kialakulásában (a beteg nemrég meningitis tuberculosán esett át) különböző tényezők (meningitis, INH-kezelés, elhízás) játszhattak közre. A 397. ábrán látható, közvetlenül a térdalji árok felett a combon elhelyezkedő striákat gyakran elnézik. A *striae distensae*k kialakulhatnak egyébként a pubertas során is — s ilyenkor akár sovány ifjakon is. Praedilectiós helyük ebben az esetben a regio glutea.



395



396



397



398

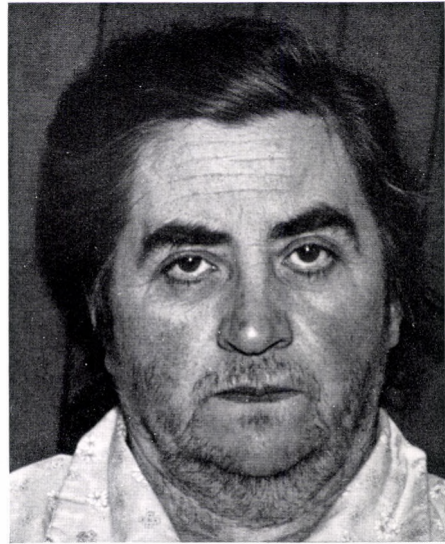
## Elváltozások az endokrin mirigyek betegségeiben

A 399—401. ábra a hirsutismus jeleit tünteti fel. Nőkön virilis típusú szőrzet alakul ki anélkül, hogy a fokozott androgen-hatás más tünetei (pl. mély hang, clitoris-hypertrophia) fellelhetőek volnának. Gyakran áll fenn egyidejűleg acne is. A hirsutismus számos esetében még gondos vizsgálattal sem lehet egyéb klinikai vagy biokémiai eltérést találni. Ilyenkor *idiopathiás hirsutismusról* (399. és 400. ábra) beszélünk. Minthogy elsősorban fekete hajú nőkön fordul elő, alkati tényezők hatását is fel kell tételeznünk. *Differenciáldiagnosztikailag* a *Stein—Leventhal-syndroma*, az *androgen ovarium tumor*, a *Morgagni—Morell—Stewart tünetcsoport* (craniopathia metabolica: hyperostosis frontalis interna, hirsutismus és elhízás), a *Cushing-syndroma*, valamint a könnyű *adrenogenitalis syndroma* fennállásának lehetőségét kell mérlegelnünk. A hirsutismus végül (metastatizáló mammacarcinómában, 401. ábra) a tesztosteron-kezelés, ritkábban pedig az ACTH vagy steroid medicatio következménye is lehet.

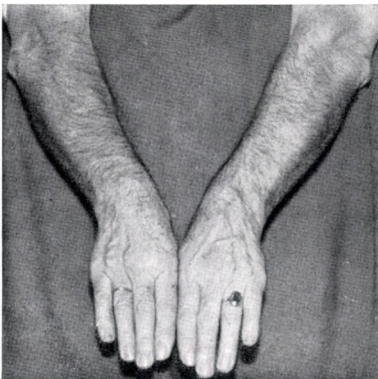
Az adrenogenitalis tünetcsoport teljes kialakulása esetén nőkön a másodlagos nemi jegyek virilizációja következik be a szekunder női nemi jegyek hiányával vagy kifejezett háttérbe szorulásával. A clitoris hypertrophizál. Ezt a tünetegyüttest *virilismusnak* nevezük.

A hirsutismustól el kell különítenünk a *hypertrichosist*, mely nem más, mint a test szőrzetének sui generis megszorodása. Az adott nemre jellemző szőrzet-típus ilyenkor nem változik meg. A hypertrichosis alapját elsősorban alkati sajátosság képezi.

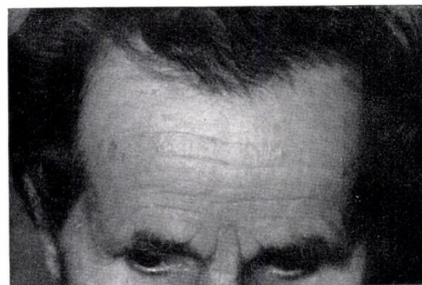




399



400



401

## Hypogonadismus

*Hypogonadismuson* a gonadok (herék vagy ovariumok) működésének elégtelenségét értjük. A nemi hormonok (testoszon, oestrogenek) képződésének csökkenése vagy teljes hiánya a megbetegedés időpontjától függően jellegzetes klinikai tüneteket eredményez.

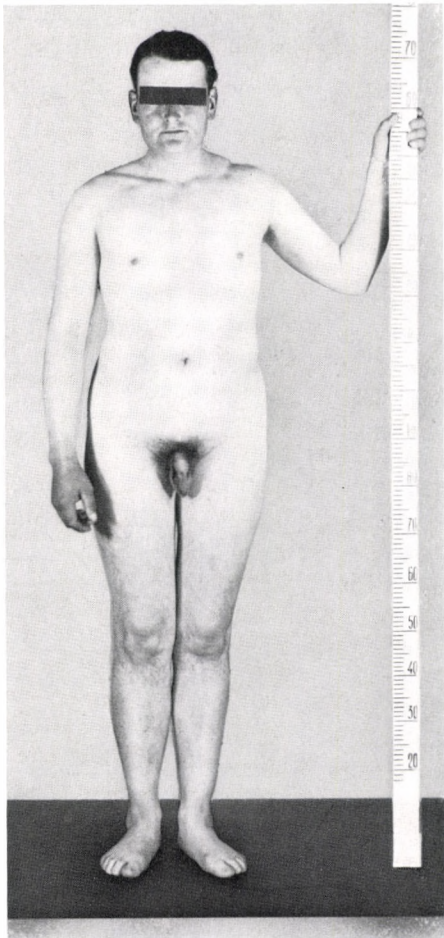
*Ha a betegség a pubertas előtt kezdődik*, úgy a pubertas normális alakulása (a hang változása, a genitáliák növekedése, a másodlagos szőrzet kifejlődése, fiúkon a puberalis növekedés meggyorsulása; lányokon a mellék kialakulása, a hónalji és farszőrzet kifejlődése, a méh, a hüvely, a kis- és nagyajkak növekedése, a ciklikus vérzések) elmarad. Később azután típusos korai eunuchoid tünetek alakulnak ki (407. és 408. ábra).

*Ha a betegség a pubertas után kezdődik* (tehát a nemi fejlődés befejezte után), úgy hosszú fennállás esetén késői eunuchoid tünetek alakulnak ki (404. ábra): a test arányai normálisak maradnak, csak a másodlagos szőrzet fejlődik vissza nagymértékben és az előzőleg normális genitáliák mérsékelt atrophias elváltozásai mutatkoznak.

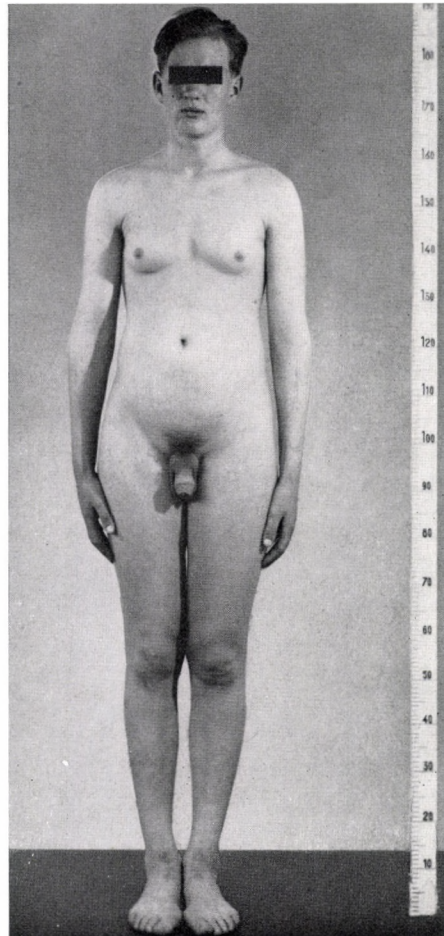
*Elsődleges hypogonadismusban maga a gonad beteg*, másodlagos hypogonadismusban a gonadok működésavara valamely más megbetegedés (pl. hypophysis-betegség) eredménye (l. 406., 407., 408., 413. és 414. ábra).

Az *elsődleges hypogonadismus* példaként a 402—405. ábra a négy leggyakoribb klinikai képet tünteti fel, melyek közül a valódi *chromatinpositiv Klinefelter-syndroma* felnőttkorban szokott fellépni. Csak két beteg kereste fel meddőség miatt a rendelőt (402. és 404. ábra), a másik két beteg esetében (403. és 405. ábra) a kórjelzést mellékletként állították fel.

A 402. ábrán 32 éves férfit látunk, aki két esztendő óta meddő házaseletet él. Az egyetlen feltűnő kóros lelet a bilateralis here-hypoplasia. A 403. ábra 19 éves férfit mutat be, akinek kétoldali gynaekomastiája van — egyébként normális, férfias aspectus mellett. A scrotumban csak babnyi testisek találhatók.



402



403

## Hypogonadismus

A valódi chromatinpozitív Klinefelter-syndromában a klinikai tünetek nagyon változatosak. Minden átmenetet megtalálunk a normális férfias típustól (402. és 403. ábra) egészen a korai (405. ábra), illetőleg késői eunuchoid klinikai képig (404. ábra). A kétoldali gynaekomastia gyakori, de nem obligát tünet. Megbízható és állandó tünet a kétoldali here-hypoplasia (szövettanilag súlyos tubulus-sclerosis és a Leydig-sejtek hyperplasiája), az aspermia és a pozitív chromatin lelet a vér- és szájnnyálkahártya-sejtekben. Utóbbiak révén a valódi Klinefelter-syndroma diagnózisát már újszülötteken és a pubertas időszaka előtt is felállíthatjuk. Igen gyakran húzódik meg a valódi Klinefelter-syndroma olyan klinikai fogalmak mögött, mint retardált pubertas, ún. dystrophia adiposogenitalis vagy akár kryptorchismus. Egy további és csak az utóbbi időben ismertté vált, bár nem obligát tünet, a betegek csökkent intellektuális adottsága.

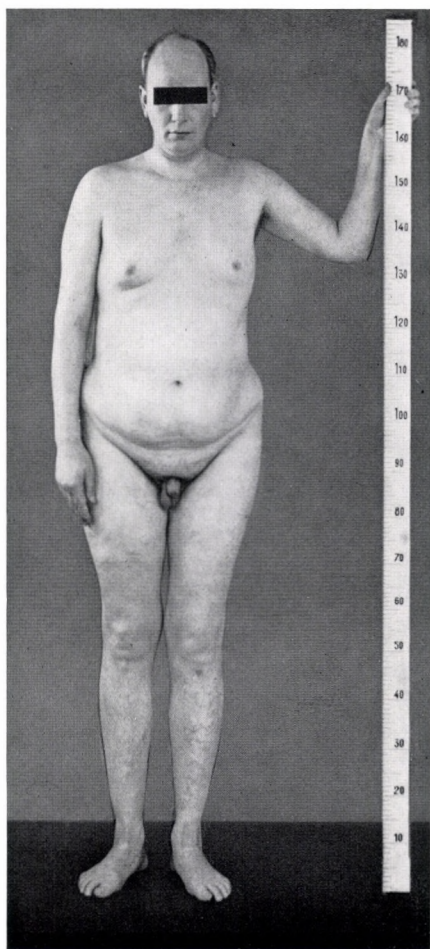
A 404. ábra tipikus késői eunuchoid vonásokat mutató 38 éves férfit tüntet fel. Ezek: zsírfelszaporodás a törzsön, a csípőn, a farpofán, gyér szakáll, valamint ritka hónalji és fanszőrzet. Alig látható genitáliák, kicsiny testisek.

A 405. ábrán 52 éves férfi látható típusos korai eunuchoid vonásokkal: végtagjai a normálisnál hosszabbak, ő maga szekszuálisan infantilis (kis penis, kicsiny scrotum és herék).

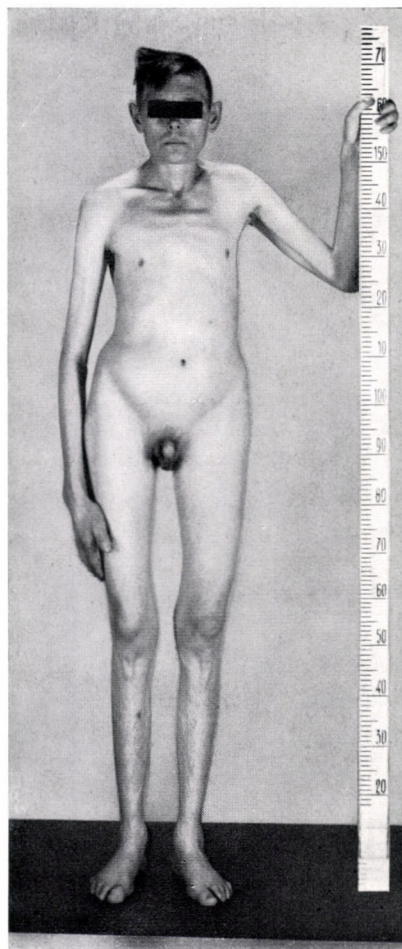
A valódi Klinefelter-syndroma rendkívül gyakori: felnőttkorban 0,1–0,2%-os gyakorisággal számolunk. Pszichiatriai intézetek ápolottjai között a gyakoriság 1%-ot is elér.

A pozitív chromatin leletet a fölös számú X-chromosoma hozza létre. A Klinefelter-syndromás betegeknek egy vagy több fölös számú X-chromosomája van és ezért ezek a betegek a normális 46-tal szemben 47 vagy több chromosomával rendelkeznek. A leggyakoribb típusban 47 chromosomát találunk, ebből 3 nemi chromosoma, és pedig 2 X és 1 Y (XXY). Ettől a típustól további fölös X, illetőleg Y chromosomával járó nagyszámú eltérés is előfordul. Vannak mozaikstruktúrák esetek is. Mennél nagyobb az X-chromosomák száma, annál kifejezettebb a gyengeelméjűség.

*Elsődleges hypogonadismus. Klinefelter-syndroma*



404



405

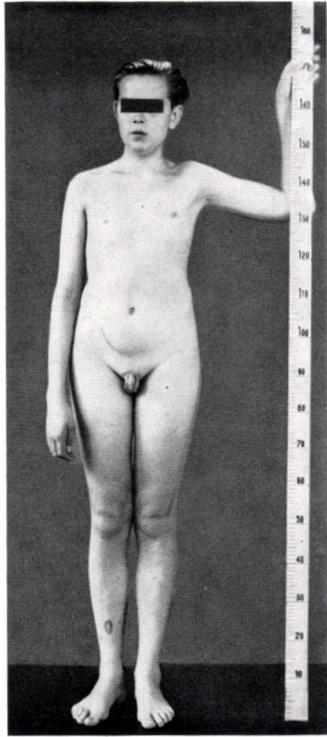
## Hypogonadismus

A 406–408. ábra a másodlagos hypogonadismus három típusos példáját mutatja be. Ez minden esetben a hypophysis gonadotropin termelésének elégtelensége következtében alakul ki. A gonadok szövettani vizsgálata ilyenkor a különben normális csíramirigy-szövetben a legsúlyosabb érési gátlást mutatja. A vizeletben gonadotrop-hormon nem mutatható ki. A 406. és 407. ábrán látható betegek sella lelete normális volt, a gonadotrop-hormon elégtelen termelésének oka nem volt kideríthető (ún. *idiopathiás eunuchoidismus*). A 408. ábrán egy *craniopharyngeomás* beteg látható. A daganatot nyolcéves korában műtétilag eltávolították. A tumor a hypophysis elülső lebenyének szövetét nyilván teljesen elpusztította. Ezért a betegnek a gonadok elégtelenségén kívül — mely eunuchoidismust okozott — még mellékvesekéreg- és pajzsmirigyműködés kiesése is volt (közel teljes hypophysiselülsőlebeny-elégtelenség).

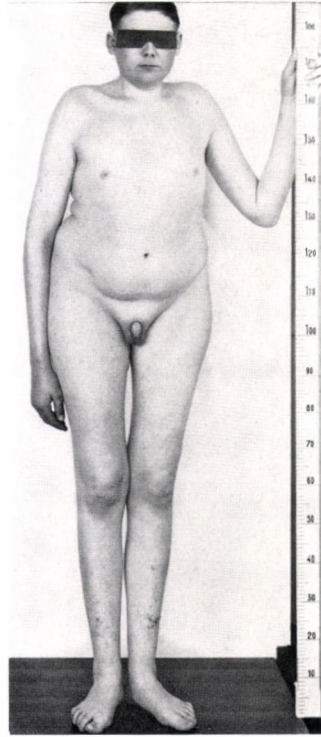
A 406. ábrán egy 21 éves férfi látható, akin hiányoznak a pubertas jelei: hangja magas, másodlagos szőrzete nem fejlődött ki, penise infantilis, heréje kicsiny (szövettanilag súlyos érési gátlás).

A 407. ábra 36 éves férfit tüntet fel típusos korai-eunuchoid tünetekkel: arca igen fiatalos, szakálla, valamint hónalji és fanszőrzete hiányzik, genitáliái infantilisek (a here fejlődése a pubertas előtti időszaknak megfelelő), a végtagok hosszúak, a csípők szélesek.

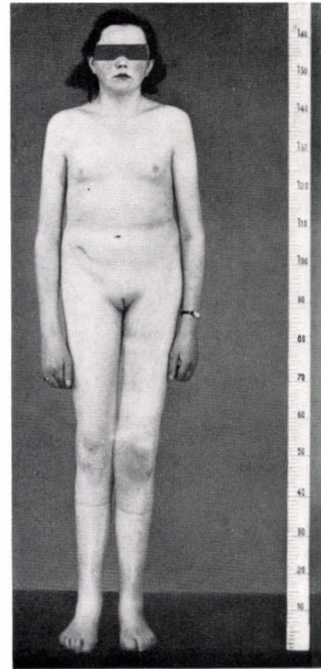
A 408. ábrán 28 éves nő látható, kinek magas termete eunuchoid jellegű, a beteg szekszuálisan infantilis és primer amenorrhoeája van.



406



407



408

## Törpenövés. Óriásnövés

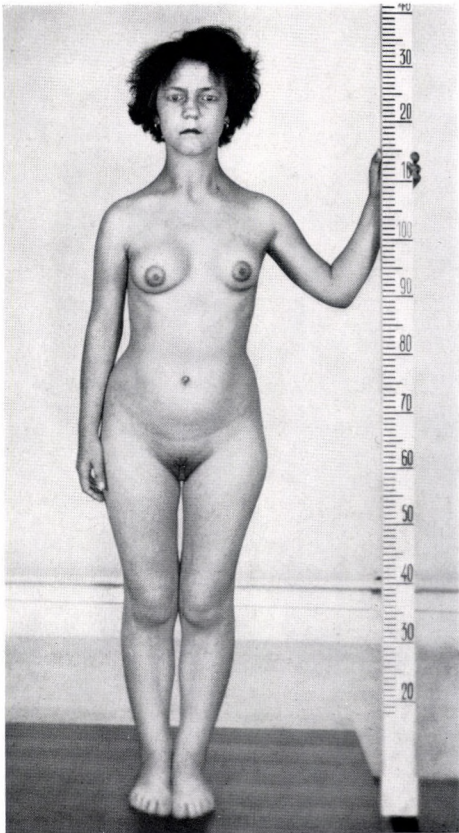
A 409—412. ábra az alacsony-, illegőleg törpenövés 4 legfontosabb alakját — a thyreogen (= hypothyreoid), a gonad-dysgenesises (ún. Turner-syndroma), a primordialis és a hypophyser törpenövést — tünteti fel.

A 409. ábra 17 éves, szeksuális tekintetben normálisan fejlett, debilis nőt tüntet fel, thyreogen törpenövéssel. Már gyermekkorában feltűnt gyenge testi fejlődése, debilitása, hossznövekedésének visszamaradása, valamint pajzsmirigyének megnagyobbodása. A klinikai vizsgálat a jódfelhasználás zavarával járó göbös golyvát, csökkent alapanyag-cserét, hypercholesterinaemiát és a csontváz jelentős fejlődésgátlását találta.

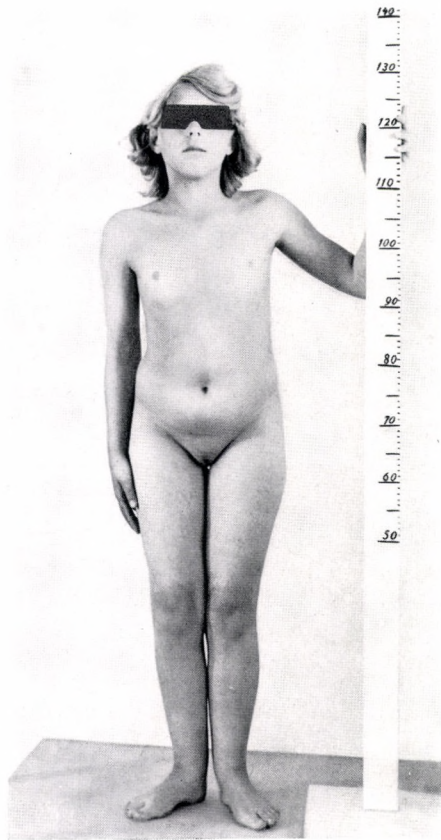
A szeksuális infantilismus, a törpenövés és a primer amenorrhoea kombinálódása (a csontváz fejlődésének számottevő zavara nélkül) a gonadok dysgenesisére jellemző. A 410. ábra egy ilyen beteget tüntet fel. A 21 esztendő nő debilis, alacsony növésű (132 cm magas, testsúlya 31,7 kg), primeren amenorrhoeás, szeksuálisan infantil. Ezek a tünetek gyakran kombinálódnak különböző fejlődési rendellenességekkel, pterygium collival, pajzs alakú mellkassal, aorta-isthmus stenosisal, cutis laxával, multiplex naevusokkal és lymphoedemával.

Az eseteknek több mint 50%-ában a véresejtekben és a szájnyalkahártya sejtjeiben a chromatin lelet negatív, bár chromosoma-anomáliáról van szó, ugyanis a betegeknek 46 helyett csak 45 chromosomája van, a nemi chromosomák XO konstitúciójával. Egy X-chromosoma tehát hiányzik. Az ovariumok helyén fehér kötegeket látunk, melyekben a petefészek szövetének csak maradványai mutathatók ki. Differenciáldiagnosztikailag a kép elkülönítendő a hypophyser törpenövés gonad-dysgenesisétől, minthogy e törpenövés szintén kombinálódhat szeksuális infantilismussal. Ezekben az esetekben gyakran találunk sella-elváltozásokat és a csontváz érése a kronológiai korhoz képest jelentősen elhúzódt. Nőknél a chromatin lelet mindig pozitív.





409

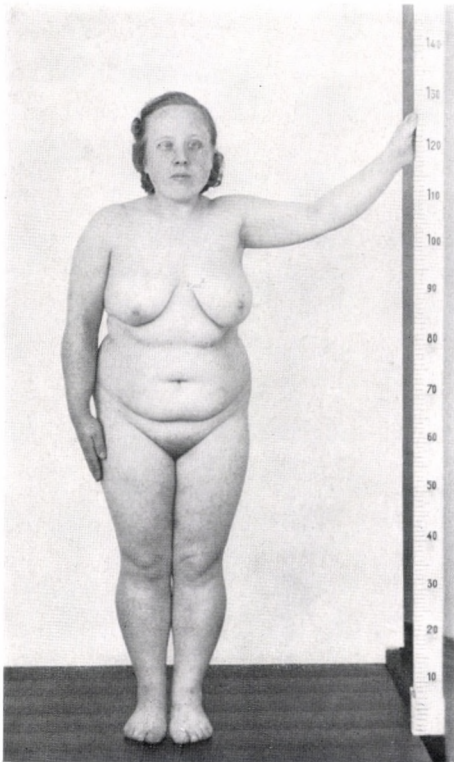


410

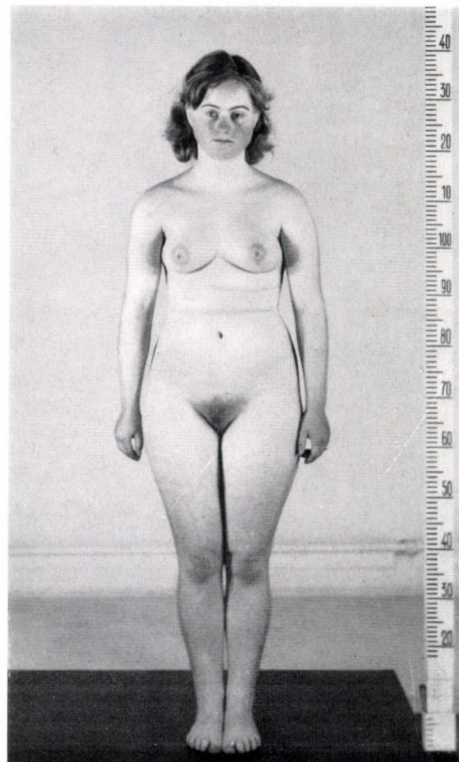
## Törpenövés. Óriásnövés

A 411. ábra a *hypophyser törpenövésnek* szekszuális infantilismus nélküli (ritka) esetét mutatja be. Egy 26 éves, kissé adiposus, alacsony termetű beteg nőről van szó. (Testmagassága 130 cm.) Tízéves korában növekedése megállt, 12 esztendőkorában első ízben mutattak ki nála sella-elváltozásokat. A pubertaskori fejlődés normálisan zajlott le, a menarche 15 éves korában kezdődött. Ettől kezdve menstruációja szabályos volt. 1953-ban (26 éves korában) a liquor passage a foramen Monroe területén egy hypophysis-daganat miatt megszűnt és ennek következtében hydrokephalus, heveny agnyomásos tünetek léptek fel.

A 412. ábrán *primordialis törpenövést* tüntettünk fel. A 19 éves, intelligens nőbeteg mindössze 130 cm magas. Egészséges családból származik. Hossznövekedésben való visszamaradását már egyesztendőkorában megállapították. Alacsony termete miatt csak kilencéves korában írták be iskolába. Menarche 14 esztendőkorában, szabályos menstruációk. A másodlagos nemi jegyek normálisan fejlődtek ki. Hormonális kiesésre utaló jelek nem találhatók, a csontváz fejlődése nem retardált, a sella normális, a chromatin lelet szintén. A primordialis törpenövés diagnózisát tehát többnyire kizárásos alapon állítjuk fel.



411



412

## Törpenövés. Óriásnövés

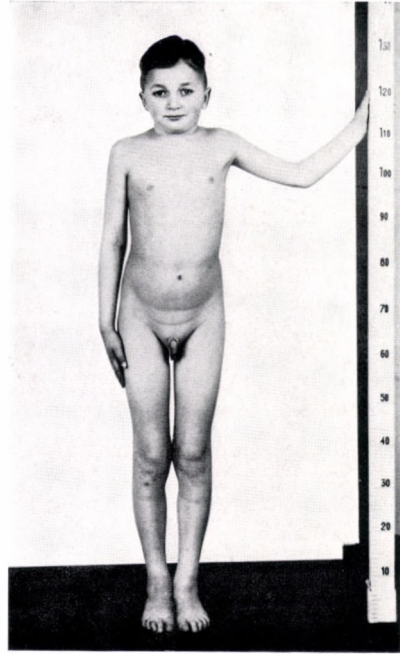
A 413. és 414. ábra a hypophyser törpenövés két fő alakját szemlélteti: 1. a tumoros formát (413. ábra, vö. a 411. ábrával is) és 2. az ún. idiopathiás formát (414. ábra).

Tumoros forma esetén a növekedési zavar oka a hypophysis adenomája (többnyire craniopharyngeoma). Az idiopathiás forma oka mindmáig ismeretlen. Rendszerint csak fiúk betegszenek meg.

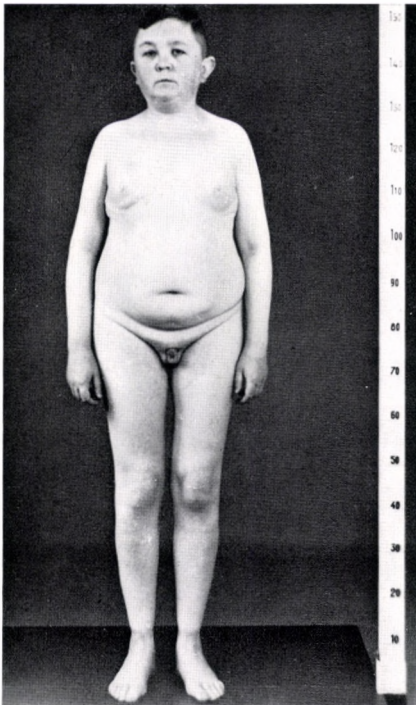
A 413. ábrán látható 15 éves fiú 135 cm magas és 28,4 kg testsúlyú. A szülés és a korai gyermekkori fejlődés normális volt. Öttestendős korától kezdve a növekedés megállt. Gyakran volt fejfájása. Kiterjedt sella-destructio alakult ki. A craniopharyngeoma diagnózisát műtéten és autopsziásan igazolták (a beteg a hypophysis-műtét következményeiben halt meg).

A 414. ábrán 44 éves férfi látható, akinek testmagassága 157 cm, testsúlya 56 kg. Kilencéves korában túnt fel alacsony növése és gracilis testalkata. Pubertas nem alakult ki. Esetében a növekedési zavar szekszuális infantilismussal kombinálódott. A sellán kóros eltérés nem volt található. Az epiphysis fugák nyitottak. A gerincoszlopon osteoporosis látható. A vizeletben gonadotrop-hormon nem mutatható ki. (Az eset a hypophyser törpenövés idiopathiás formáját példázza szekszualis infantilismussal).

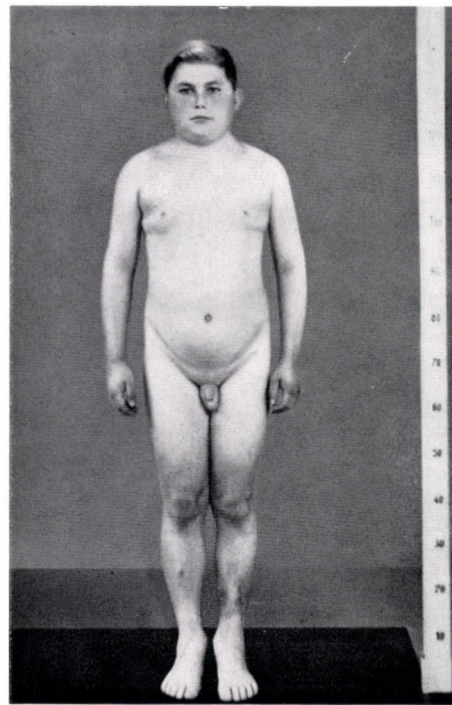
A törpenövés az említetteken kívül a gyermekkori Cushing-syndroma obligát tünete. Ez áll fenn a 415. ábrán látható beteg esetében is, aki 14 esztendő, 145 cm magas és 49,7 kg súlyú. Tizenhárom éves korában hirtelen súlygyarapodás, teliholdarc, bivalytarkó és a törzsre lokalizálódó elhízás alakult ki. A növekedés megállt. A vizelettel fokozott mennyiségű cortisol ürül. A mellékvesekéreg hyperplasiáját, mint a betegség okát, műtéten igazolták. Az egyoldali mellékvese-eltávolítás után (valószínűleg chromophob) hypophysis adenoma alakult ki, mely látászavarral járt. A daganatot röntgenbesugárással kezelték. Ez után a Cushing-syndroma teljes remissiója következett be.



413



414



415

## Törpenövés. Óriásnövés

A *hypophyser gigantismus* (416. ábra), akárcsak az akromegalia, a STH (a hypophysis növekedési hormonja) túltermelésén alapul, csak a betegség kezdete a pubertas előtti időre esik, mikor még növekedési tendencia van jelen. Gyakran keveredik az óriásnövés tipikus akromegaliás tünetekkel. Az ok többnyire a hypophysis mellső lebenyének eosinophil adenomája. Ennek megfelelően sella-eltéréseket és szemidegkárosodást találunk. A képen feltüntetett 19 éves, 208 cm magas és 134,7 kg testsúlyú nőbeteg 14 éves korában betegedett meg. Az első műtétet bitemporalis hemianopsiája miatt végezték. A műtét során a hypophysis adenomáját nagyrészt sikerült eltávolítani. 1962-ig a recidivák következtében még négy műtétet hajtottak végre rajta. Ennek ellenére a hossz-növekedés még tovább fokozódott és egyúttal típusos akromegaliás tünetek is kialakultak. A pubertas nem lépett fel. A növekedés (208 cm-es testmagasság mellett) csak 1962-ben, röntgenbesugárzás után állt meg.

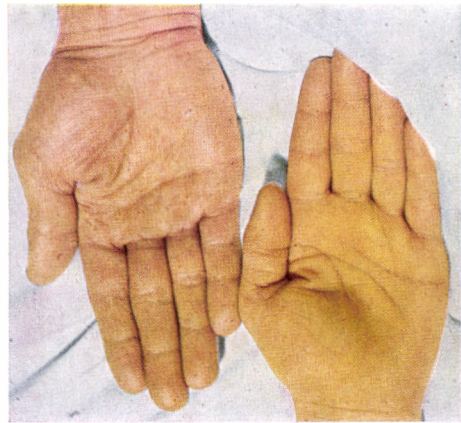


## Elváltozások anyagcsere-betegségeiben

Itt, valamint a következő oldalon egy sor — a diabetes mellitus kapcsán kialakuló — bőrelváltozást állítottunk össze. Ezek már a klinikai vizsgálat során anyagcsere-betegségre utalnak. Anélkül, hogy a diabetes mellitusra specificusak volnának, minden esetben feltétlenül indokoltá teszik a célzott vizsgálatot.

A 417. és 418. ábra *xanthosis (xanthoderma) diabeticát* mutat a tenyéren és a talpon. A 417. ábrán a sárga diabeteses kéz mellett egy egészséges ember keze látható. A sárga színt a xanthoproteinek és karotinok csoportjába tartozó lipochromok lerakódása okozza. Ez az *aurantiasis cutis* Belznek nevezett, nem specificus fenomén nagy mennyiségű karotin-tartalmú főzelék és gyümölcs fogyasztása mellett a festékanyagok A-vitaminná alakulásának zavarán alapul. Diabetesben úgylátszik mindkét tényezőnek (diéta!) szerepe van, ami érthetővé teszi e tünet különös gyakoriságát cukorbetegségben. A festéklarakódás gyakran az erősebben elszarusodó bőrterületekre, a tenyérre és talpra korlátozódik, de más részekre, az arcon főképpen az orrhátra és a nasolabialis redőkre is kiterjedhet.





417



418

## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A 419. ábra a tipikus localisatiójú, éles szélű, centrálisan sárgásan áttűnő, egyébként kékesvörös góc alakjában jelentkező *necrobiosis lipoidica (diabeticorum)* példája. Ez a csekély mértékben infiltrált, mérsékelten scleroticusnak tűnő kóros terület fekélyesen széteshet. Az érrendszer végső szakaszának helyi keringési zavara és a körülírt érfalkárosodás következtében a kötőszövet zsírosan imbibált *necrobiosis* alakul ki a környezet granulációs gyulladásával.

A granulomatosis sclerodermiformis sive disciformis és a *necrobiosis lipoidica* hasonló és biztosan el nem különíthető kórképét ma általában ugyanannak a folyamatnak különböző stádiumaként fogják fel. A pathogenesis a klinikai tapasztalattal összhangban azt mutatja, hogy az elváltozás nem tekinthető a diabetesre jellemző anyagcsere-dermatosisnak. A nagyfokú korrelációra való tekintettel azonban ajánlatos minden ilyenfajta bőr-elváltozás esetén manifeszt cukorbetegség vagy latens diabeteses anyagcserezavar után kutatni.

A 420. és 421. ábra olyan elváltozásokat mutat, melyek *inzulin-befecskendezések maradványainak* felelnek meg. Ezek vagy a bőr helyi gyulladással járó reakciói, melyek induratióval vagy hegeképződéssel járnak (421. ábra), vagy pedig a subcutis elváltozásai, melyeket ún. *insulin-lipodystrophiának* nevezünk (420. ábra). A zsírszövet atrophijája, mely ezt a folyamatot jellemzi és melyet a sokszor kimutatható steatonecrosis előz meg, a bőr tipikus besüppedéseire és sajkszerű behúzóódásaihoz vezet. A localis lelet ilyenkor a panniculitis] nodularis febrilis non suppurativa (Pfeiffer—Weber—Christian) gócaihoz hasonlít. A téves diagnózistól megóv a kórelőzmény, valamint az a tény, hogy *insulin-lipodystrophiában* az elváltozás bizonyos meghatározott területen foglal helyet. Az effajta injekciós reakciókat más gyógyszerek is előidézhetik, ezek azonban ritkák.



419



420



421

## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A 422—425. ábra különböző fokú *xanthomákat* tüntet fel.

A xanthomatosisok mint (túlnyomórészt) *hypercholesterinaemiás* (hyperphosphatid-aemiás), illetőleg (túlnyomórészt) *hyperlipaemiás* kórképek fordulnak elő. Lehetnek *idiopathiások* és *symptomások*.

A xanthomás gócok, melyek közül ehelyütt a főképpen *csomós típust* mutatjuk be (422. és 423. ábra), különböző nagyságúak és alakúak lehetnek.

A xanthoma felszíne sima vagy dudoros, olykor enyhén hyperkeratosisos is lehet. Színe a világossárga, a narancsszín és a barnássárga között változik, egyes esetekben vöröses vagy ibolyaszínű árnyalattal. A kiscigóú, papulosus xanthomák eruptív lefolyásúak is lehetnek, azaz hirtelen lépnek fel, majd megint eltűnnek. A friss eruptív papulosus xanthomákat gyakran keskeny piros gyulladáisos udvar veszi körül.

A xanthomák bárhol felléphetnek. Hajlamosak, hogy szimmetrikus területeken fejlődjenek ki. Kedvelt előfordulási helyük a *végtagok fesztő oldala*, különösen a *könyök- és térdtájék*, a *tenyér* és a *talp*, a törzsön a *far-tájék* és a *hát*, a *tarkó*, olykor a nyak, az arcon a szem környéke, a fül és a száj körüli részek. Ritkán a *nyálkahártyákon* is előfordulnak (l. 425. ábra). Xanthomák, illetőleg ennek megfelelő lipid-lerakódások előfordulnak ezenkívül az inakon és pólyákon (pl. az ujjak, az öregujj és a térd táján, az Achilles-ínon), valamint a belső szervekben (a szíven és ereken, a központi idegrendszerben, a szemben).

Az egyes esetek diagnosztikai besorolása a vérlipoidok vizsgálata révén lehetséges, illetőleg ilyen módon biztosítható.



422



423

## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A besorolás számára már irányt mutat a *serum makroszkópos megtekintése* is, mely *hyperlipaemia* esetén *tejszerűen zavaros* (426. ábra), *hypercholesterinaemiában* *tiszta* vagy *enyhén opalizáló*. A klasszifikációhoz adatot szolgáltat a klinikai lelet is. A *papulosus változatokat* a 424. és 425. ábra tünteti fel.

A legfontosabb symptomás alakok a *biliaris máj-cirrhosisban* (hypercholesterin-hyperphosphatidaemiás) és a *diabetes mellitusban* („hyperlipaemiás”) előforduló xanthomatosisok. A diabetes és a sárgasággal járó biliaris cirrhosis mint alapbetegségek könnyen felismerhetők, s így a xanthomatosis symptomás jellege nyilvánvalóvá válik. Hála a therapiás lehetőségeknek, a xanthomatosis a diabetes mellitusban ritkává vált. Még ritkábbak a *symptomás xanthomatosisok* egyéb — esetenként hyperlipaemiával járó — betegségekben, mint pl. *myxoedemában*, *glykogen-tárolási betegségben*, *lipoid nephrosisban* *pancreatitisben*. A xanthomás biliaris cirrhosisban lapos és papulosus (de nem tuberosus, xanthomák alakulnak ki, minden más symptomás alakban — ha egyáltalán kifejlődnek — főképpen papulás xanthomák képződnek. Ezek gyakran kifejezetten eruptív jellegűek, ritkán (diabetesben) csomós gócból állanak.

A xanthomás elváltozások differenciáldiagnosztikája idiopathiás formák esetén nagyjából az alábbiak szerint foglalható össze:

A xanthomatosis alakja	tuberosus	lapos	papulosus	nyálkahártyákon lokalizálódó	inakon lokalizálódó	Megjegyzés	
hypercholesterinaemiás	+	+	+	(nem eruptív)	+	++	--
hyperlipaemiás	+	--	+	(eruptív is lehet)	+	(+)	♂ > ♀

Természetesen figyelembe kell venni, hogy az egyes esetekben a lehetőségeknek nem az egész skálája realizálódik. A szemhéjak *izolált*, *lapos*, *lemezszerű xanthomája* (*xanthelasma*) kimutatható anyagcserezavar nélkül, *egészséges embereken* is.

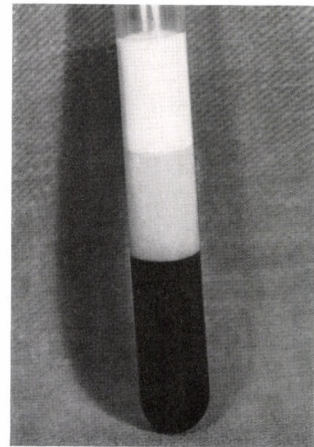
Xanthoma-szerű vérelváltozások fentiekén kívül a xanthogranulomatosisokban (Hand—Schüller—Christian-kór) is kialakulhatnak.



424



425



426

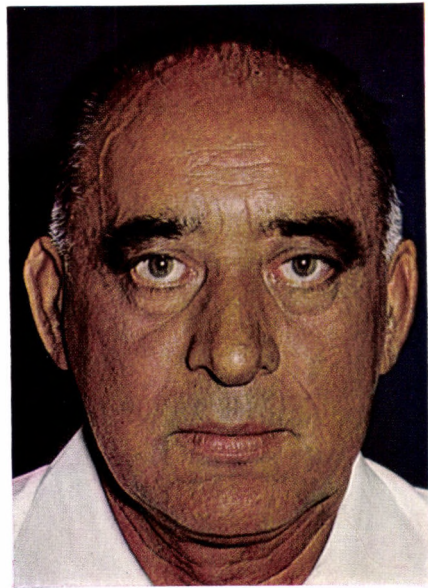
## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A 427—429. ábra a porphyria előidézte bőrelváltozásokat demonstrálja.

A 427. ábrán látható beteg felületes megszemlélésre icterusosnak látszik, bőrének színárnyalata azonban barnásabb. A barnássárga bőrkolorittal éles ellentétben a sclerák ragyogóan fehérek. Barnán pigmentált bőrt (különösen a fénynek kitett helyeken) fehér sclerák mellett Addison-kórban, porphyriában, sprueban és olykor más gyomor—bél betegségben, valamint haemochromatosisban, igen ritkán pedig vesebetegségekben és nehéz fémek okozta mérgezésekben (l. 8., 10. és 12. o.) látunk.

A képen látható betegen a napozás után a kézháton kialakult bullosus-erosiv bőrelváltozások (428. és 429. ábra) porphyriára utalnak. Bőrtünetként ezen kívül a hegek tájékán miliumokat, valamint sclerodermiaszerű elváltozásokat láthatunk. A szóban forgó esetben a porphyria cutanea tarda kórképéről van szó, melynek alapját — többnyire idült alkohol-abusussal kapcsolatos — májkárosodás képezi. Olykor a késői bőrporphyrria a porphyria hepatica és az acut-intermittáló porphyria idegrendszeri és intestinalis jeleivel kombináltan kerül észlelésre. Ilyenkor másfajta kóros vizeletleletet találunk. Az anamnesisen kívül a porphyria cutanea tardára a többnyire barnásvörös vizelet jellemző. A vizelet, még ha színtelen is, ultraibolya fényben (magaslati nap-sütésben!) vörös fluorescentiát mutat. A kórjelzést a vizeletben kimutatható kóros uroporphyrin-ürülés biztosítja. A congenitalis erythropoeticus porphyria-alakok — a kóros laboratóriumi leleteken, a betegség korai kezdetén és a gyakran különösen nagyfokú fényérzékenységen kívül — még igen kifejezett mutilatiós tendenciát mutatnak.





427



428



429

## Elváltozások anyagcsere-betegségeiben

Egy további anyagcsere-betegség, melyet igen jellemző bőrjelenségei alapján diagnosztizálni vagy legalábbis feltételezni tudunk — a *pellagra* (430—432. ábra).

A betegséget hébe-hóba a mi földrajzi szélességünkön is megfigyelhetjük. A minden orvos számára ismert, egyoldalú kukorica táplálkozás nem képezi a betegség egyedüli okát és csak az endemiás esetekben jön szóba. Miután a pellagra ellen védő nikotinsavat és amidját a szervezet tryptophanból maga szintetizálja, aetiologiai szempontból részben fehérjehiányos táplálkozás, részben felszívódási zavarral járó bélbetegségek játsszák a döntő szerepet.

Diagnosztikailag a pellagra „3 d”-je, a *dermatitis*, a *diarrhoea* és a *dementia*, azaz a bőr, a bélesatorna és az idegrendszer tüneteiből álló triász igazít útba.

Jellemző a *bőrtünetek szoros összefüggése a fény hatásával*. Ez irányadó a localisatio és a betegség kezdete tekintetében. *Élénkpiros-sötétpiros erythemákról* van szó, melyek *hyperkeratosis* és hámlás révén érdeseknek és piszkosszürkéknek látszanak. A hámlás a góc közepén kezdődik, úgyhogy a halványabb és simább centrális részt jellegzetes módon érdes szürkés-vöröses vagy szürkés-barnás peripheriás rész veszi körül. A képet rhagasok és hólyagcsák komplikálhatják.

*Kedvelt localisatio a kézhát*. Az elváltozások itt proximális irányban élesen, gyakran szinte egyenes vonalban végződnek. További praedilectiós helyek az *arc*, a *lábhát*, az *Achilles-ín környéke* és a *nyak*, ritkán az intertriginosus tájékok és az ízületek feszítő oldalai.

Nálunk az *abortív alakok*, az ún. *pellagroid erythemák* (432. ábra) gyakoribbak, mint a teljes klinikai képek. Ilyenkor *fényérzékeny, múltó pírt* látunk a *kézháton*, mely szintén élesen határolt proximál felé. Az elváltozás láttán további pellagra-tünetek, hasmenés, nikotinsavhiányos enkephalopathia stb. után kell kutatnunk.



430



431



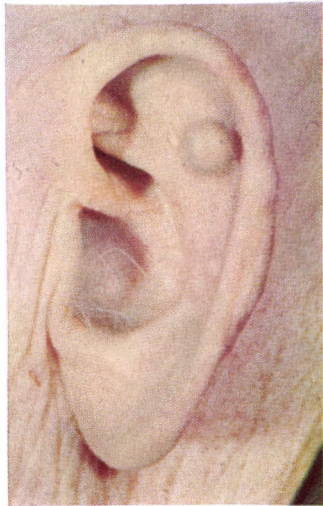
432

## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A két következő oldal képei az *arthritis urica* látható elváltozásait tüntetik fel.

Amint az a 433—436. ábrán látható, a *köszvényes tophusok* a fülkagylón különböző formákban jelentkezhetnek. A csomók lehetnek egyesek és többesek. Felszínük gyakran *kifekélyesedik*. E helyről szürkésfehér húgysavas massa exprimálható, melyet az egyszerű *murexid-próbával* vizsgálhatunk. Ha a vizsgálat eredménye pozitív, úgy a köszvény diagnózisa biztosnak tekinthető. A beteg által panaszolt, *rohamokban* fellépő, igen fájdalmas *ízületi jelenség* és a vizsgálati lelet — szemben a fényképeken ábrázolt fül-elváltozással — nem okoz diagnosztikai problémát. (Vizsgálati leletek: ízületi elváltozások, röntgenvizsgálattal kimutatható „*lyukasztóvas-defektusok az ízületekkel határos csontokon*, különösen az öregujj alapízületében, illetőleg a kézujjak ízületei közelében. A vérsavó 5 mg%-nál magasabb húgysav tartalma.)

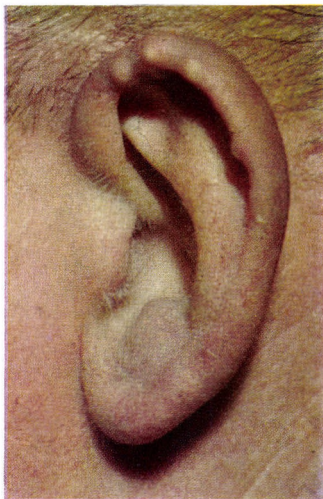
A fülkagyló felső pólusán látható olyasfajta lelet, mint amelyet a 436. ábra mutat, alkalmas szolgáltat arra, hogy a köszvényes tophusokat összetévezzük *chondrodermatitis nodularis chronica helicis*-szel. Ez utóbbi tapintásra igen érzékeny, felületén gyakran érdes vagy centrálisan pörkös, gyulladással-csomós elváltozás, mely általában szigorúan szimmetrikus elhelyezkedésű. Egyedül az elváltozás idült-continuos kifejlődése, s így a köszvény rohamokban megnyilvánuló jellegének hiánya — az általános tünetek és a tophusok egyéb, már említett ismertető jeleinek hiánya mellett — a döntő diagnosztikai adatot szolgáltatja a chondrodermatitis mellett. Kétes esetekben a szövettani vizsgálat biztos elkülönítést tesz lehetővé.



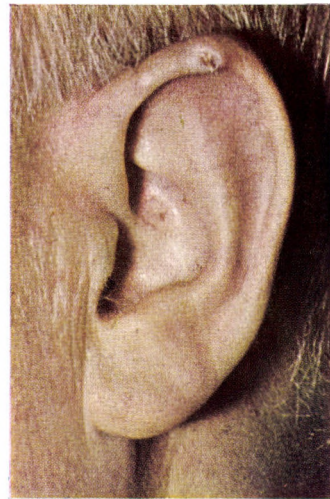
433



434



435



436

## Elváltozások anyagcsere-betegségekben

A 437. és 438. ábra a *heveny köszvényes roham* tipikus localisatiójú elváltozásait mutatja be. Úgynevezett *podagráról* van szó, melyre a heveny, egyik pillanatról a másikra kezdődő rendkívül fájdalmas, hyperaemiával, duzzanattal és calorral járó ízületi affectio a jellemző. A 439. ábrán is a *köszvényes rohamnak* megfelelő állapot látható. A nőbetegen az acut történés a kéz ízületein játszódott le.

Ha a betegség évekig áll fenn, úgy *idült köszvény* alakul ki (440. ábra). A húgysavas lerakódások következtében kialakuló *idült ízületi gyulladás* ilyenkor olyan elváltozásokhoz vezet, melyek a polyarthrititis chronicához hasonlóak (vö. 256. és 257. ábrával, 162. o.). A betegségnek ebben a szakaszában tartós ízületi panaszok és az érintett ízületeknek megfelelő mozgáskorlátozottság áll az előtérben. A fentebb már említett diagnosztikai adatokon kívül az idült polyarthrititis-szel ellentétben itt a *fülön* vagy az *ujjak ízületei körül* (440. ábra) többnyire *tophusokat* is találunk. Az ujjakon levő ilyen köszvényes tophusoknak a Heberden- vagy Bouchard-csomóktól, illetőleg más csomós elváltozásoktól való klinikai elkülönítésének kérdését a 164. és 166. oldalon tárgyaltuk. A köszvény felismerése szempontjából diagnosztikailag fontos lehet az esetleges *nephrolithiasis* kimutatása. Ilyenkor *húgysavas köveket* szoktunk találni.



437



438



439



440

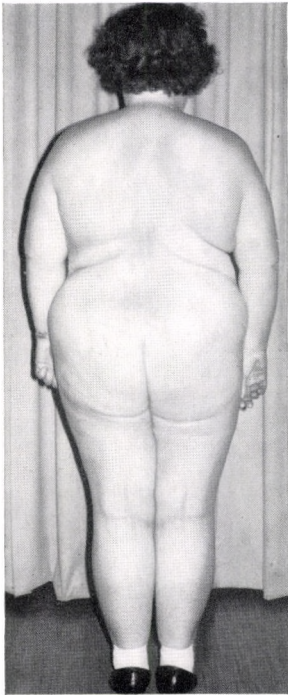
## Elhízás, soványodás

Hogy valakit kövérebbnek vagy soványabbnak tartanak, az a különböző korszakokban az ízlés alakulásának következménye és csak a norma változása. A kóros sovány-ságot a sovány alkattól, a *bőséges táplálkozás következtében létrejött testsúlynövekedést* (441., 443. és 444. ábra) a konstitúciós kövérségtől élesen el kell különítenünk. Extrém méreteket ölthet az *elhájasodás* nőknél — az éhségérzet dienkephalicus központjainak károsodása következtében — a *szülés* és a *climacterium után*. Az *öröklődő*, gyakran familiárisan rögzülő elhájasodást a Nonne—Milroy—Meige-féle trophoedemára emlékeztető, a *lábszárakra csüngő zsírtömegekről* könnyen felismerjük (442. ábra). Elhájasodásban a zsírtömeg egyenletesen oszlik meg az egész testre kiterjedően (kövér felső és alsó végtagok, lógó has „hájköténnyel”, nagyfokú hasi és mellkasi zsírpárna). A fiatalkorúak elhájasodásában — ha öröklődő hízási hajlamról nincs szó — a boka- és kézizületek környéke mégis viszonylag karcsúbb szokott lenni.

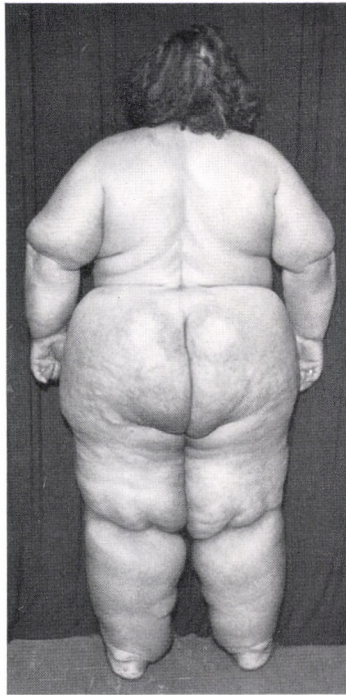
A két nem érése során nemritkán igen *jellegzetes zsírelosztódási zavar* alakul ki. Az „*android*” — férfias — *elhízás*, mely nőknél is bekövetkezhet, mindenekelőtt a törzsre, a mellkasra, hasra és hátra terjed ki és a végtagok igen karcsúak maradhatnak. Szinte *gólyalábakról* beszélhetünk. A fartájék lapos (vö. 237. o., Cushing-syndroma). Ezzel szemben a „*gynoid*” *elhízás* — a climacterium virilében is — az igazi női típusú, gyakran elhájasodásig menő climaxos testsúlygyarapodás az egész testre kiterjed.

Az elhízás minden alakjában jelentős aetiologiai tényező a fölös kalóriabevitel. Vonatkozik ez a pubertaskori elhízásra is. A hypothalamicus és endokrin betegségek természetesen elősegítik az adipositas kialakulását. Megemlíthető ebben a vonatkozásban a hypothalamicus hypogonadismus, a hypothalamicus pubertas praecox, valamint az androgen hiány (eunuchismus, castratio, postclimax; vö. 244. o. ff.). Végül utalunk az elhízás és a diabetes mellitus között fennálló kapcsolatra.

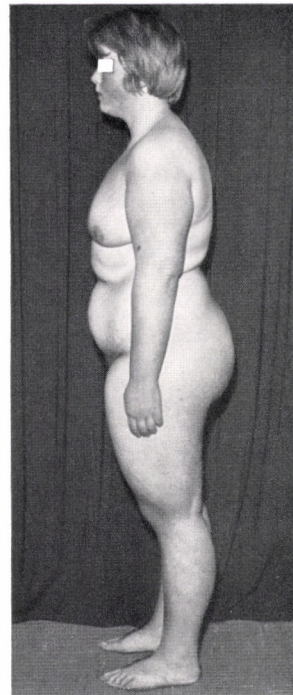




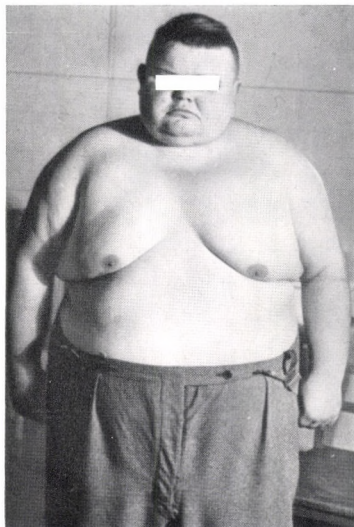
441



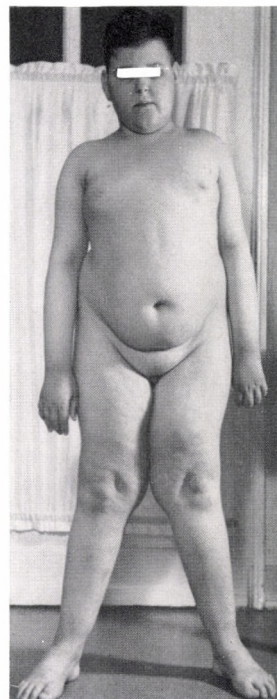
442



443



444

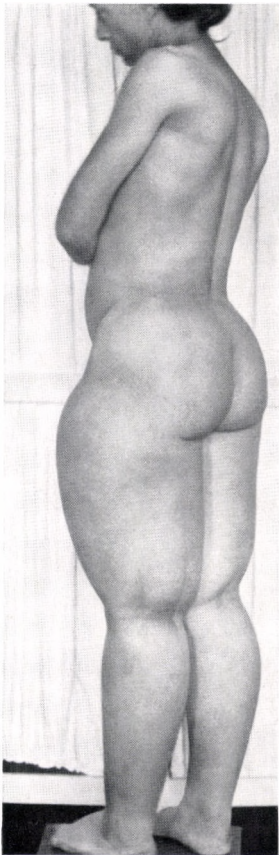


445

## Elhízás, soványodás

A *lipodystrophia* jellegzetes, de aetiologiai tekintetben még teljesen homályos kórkép (446. ábra). Ez a betegség majdnem kizárólag nőkön jelentkezik. A betegek gyakran már fiatal korukban is fejuktól a csípő közepéig — főleg arcban — extrém soványak, ezzel ellentétben a csípőtől lefelé hájasok. Különösen a combok külső oldalán levő zsírpárnák (lovaglónadrágra emlékeztető combok) jellemzőek. Az alsó végtagok esetlenek, otrombák. A zavar, mely befolyásolhatatlan és a lelkes therapeuták számára alkalmatlan kísérleti terület, feltűnő psychés jelenségekkel jár együtt. A betegek talán azért válnak különcökké, mert a befolyásolhatatlan zsírlerakódás súlyos lelki megterhelést jelent. A 446. ábrán látható beteg jellemző példája az ilyen lipodystrophiának. Hogy a familiáris készséget dokumentáljuk, a 447. ábrán feltüntettük a 446. ábrán látható nőbeteg kövér anyjának a bokatájon zsírpárnás lábszárát. (Az invers localisatiós típusban előforduló ritka nyelvmegnagyobbodást a 189. oldalon levő 298. és 299. ábra tünteti fel.)

*Lipodystrophia*



446



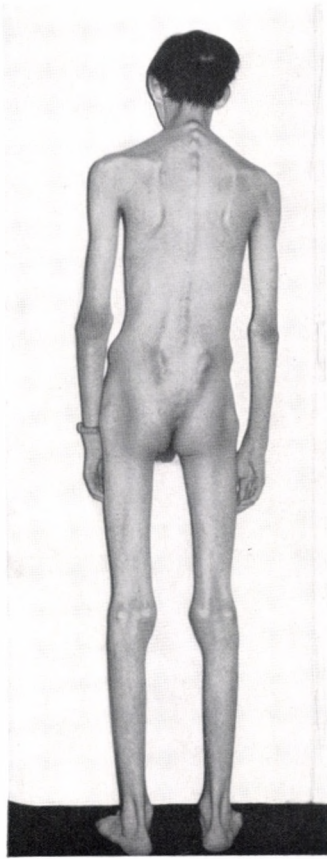
447

## Elhízás, soványodás

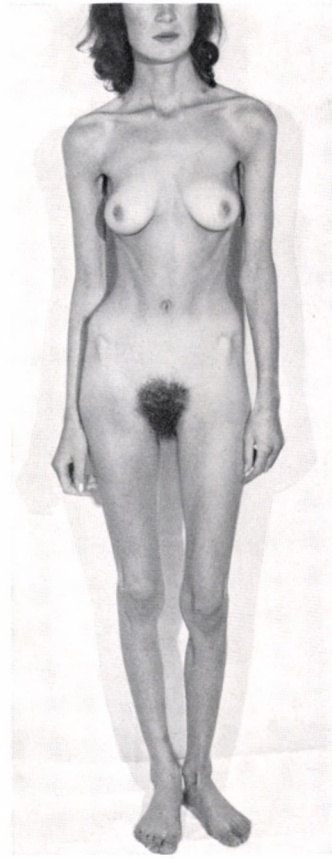
Az elhízással ellentétben a soványságnak — ennek a kóros jelentőséggel nem rendelkező konstitúciós sajátosságnak —, valamint a lesoványodásnak a változatai lényegesen egyhangúbbak.

A lesoványodásnak többféle oka lehet. Étvágyzavarok, pl. enkephalitis vagy cerebralsclerosis következtében, gyakran vezetnek jelentős fogyáshoz (l. 448. és 450. ábra). Hasonló vonatkozik az *anorexia nervosa*-ra, mely kizárólag nőknél fordul elő a pubertást követően vagy a következő egy-két évtizeden belül. A *panhypopituitarismusban* vagy a Simmonds-kórban (ha postpuerperalis hypophysis-elülsőlebeny necrosisról van szó, úgy Sheehan-szindrómáról beszélünk) az extrém fokú lesoványodás rendszerint *csak a betegség késői stádiumában* lép fel. Ennek ellenére a panhypopituitarismus és az anorexia mentalis közti differenciáldiagnózis nehéz lehet. Ugyanis az utóbbi esetében is fennáll amenorrhoea, a szőrzet gyérülése, az alapanyagcsere csökkenése, valamint a gonadotropinnak és a steroidok lebomlási termékeinek csökkent kiürülése (mint a „takaréklángon égő” endokrinium jele). A panhypopituitarismustól való *elkülönítés fontos jele az anorexia nervosában* rendszerint meglévő *psychés élénkség*. A szekunder szőrzet csökkenése is csak mérsékelt szokott lenni. *Psychés zavarok* az anorexia nervosától függetlenül is extrém soványodáshoz vezethetnek. A 449. ábrán feltüntetett esetben a titokban szedett hashajtókkal való visszaélés volt az oka az aggasztó lesoványodásnak. *Extrém súlycsökkenés* állhat elő *sorvasztó betegségek* következtében is. Példaképpen utalunk a tumoros cachexiára (451. ábra).

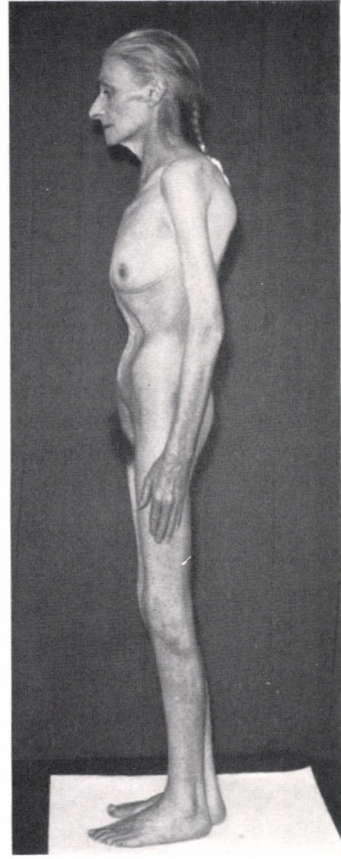
Az extrém soványság — függetlenül az októl — az egész testre kiterjed (vö. 448—451. ábra). A testi gyengeség, az inaktivitás és a test saját fehérjéinek az inanitio okozta felélése következtében az izomzat látható sorvadása következik be. Főképpen a comb izomzatának eltűnése és a hiányzó, illetőleg hátizákszerűen lógó farpofák, valamint a lábak összezárásakor a combok között tátongó rés (O-lábak) tűnnek fel.



448



449



450



451

## Az egyes képek forrása:

a 36. *ábra* Klostermann, G. F., Pigmentfleckenpolypose, G. Thieme Verlag Stuttgart, 1960,  
a 403., 405., 406., 407. és a 416. *ábra* Jores/Nowakowski, Praktische Endokrinologie, 2. kiadás.  
G. Thieme Verlag Stuttgart, 1964. című könyvből való

# Tárgymutató

A különösen fontos címszavakat *kurzívval* szedtük

- Acanthosis nigricans 6, 16, 194  
32., 33. ábra
- acne vulgaris 46, 240  
80. ábra
- acrodermatitis chronica atrophicans 30  
53–55. ábra
- ACTH 46, 240
- Addie-féle syndroma 214  
352. ábra
- Addison-kór 6, 194, 232, 264  
9–14. ábra
- adenoma sebaceum Pringle 120, 197  
181, 313. ábra
- adipositas 16, 172, 238, 240, 272, 274  
441–447. ábra
- adrenogenitalis syndroma 240
- adynamia 6
- aether-idő 24
- agranulocytosis 70, 210  
117, 345. ábra
- agyidegtünetek 160, 188  
253–255. ábra
- ajak, lakk 14  
24. ábra
- ajakelváltozások 178 ff
- ajak-cyanosis 22  
43, 44. ábra
- akanthosis, pseudo- 16
- akromegalia 196, 230, 254  
381–384. ábra
- akromegaloid, constitutiós 230
- akrocyanosis 26
- aktinomykosis 108, 110  
169, 170. ábra
- aktinomykosis a nyelven 186  
294. ábra
- alkohol-abusus, idült 200, 264
- alkohol-neuritis 146, 154
- allergenek, nem gyógyszeres 42
- allergia 172  
66–80. ábra
- alopecia 174  
274–276. ábra
- altató 44
- amyotrophiás lateralsclerosis 146, 154  
232. ábra
- anaemia 2 ff, 4  
2–8. ábra  
– perniciosa 232
- anaemia, vérzéses 2, 68  
114. ábra
- anasarca 122 ff  
188. ábra
- angina 206 ff  
334–339. ábra  
– agranulocytotica 210  
345. ábra
- angina catarrhalis 206  
334. ábra  
– follicularis 206  
335. ábra  
– lacunaris 206  
336. ábra
- angina Plaut-Vincenti 210  
346. ábra
- angulus infectiosus 180  
288. ábra
- anorexia nervosa 276
- anisocoria 214  
352. ábra
- antibiotikumok 40, 42, 44, 180, 182
- anticoagulansok 174
- antimaláriás szerek 38, 42, 46
- antimon 192
- antipyreticumok 44
- antipyrin 42
- anyagcserezavarok 182, 272, 276  
441, 443, 444, 449, 450. ábra
- aorta aneurysma 96  
„apácázörej” 98
- aphtha, habitualis 178  
285. ábra
- arany 42, 46
- arc-oedema 36, 122  
58, 63, 142, 185. ábra
- arcus lipoides 216  
355, 356. ábra  
– senilis 216  
355. ábra
- Argyll–Robertson-tünet 214
- argyria 6, 10  
16. ábra
- ariboflavinosis 190
- arsen intoxicatio 38, 42, 46, 174, 176, 192
- artefactum 62, 126  
103, 104, 192. ábra
- arteriosclerosis 76 ff.

## Tárgymutató

- arthritis gonorrhoeica 168  
265. ábra  
– mutilans 162  
259. ábra  
– urica 268, 270  
433–440. ábra  
arthropathia tabetica 168  
266. ábra  
arthrosis 168  
ascites 124  
187, 188, 190, 191. ábra  
atebrin 10, 42  
  
balanitis 124  
balszív insufficiencia 22  
Bang-kór 50, 114  
barbiturátok 38  
Beau-féle harántredők 176  
277, 278. ábra  
Bechterew-kór 136, 216  
200–203. ábra  
belső secretiós betegségek 222 ff  
bénulás, petyhüdt 156  
–, spasticus 156  
248. ábra  
bismut 42, 192  
305. ábra  
botulismus 214  
Bouchard-féle csomók 166  
263. ábra  
Bourneville–Pringle-syndroma 120, 196  
313. ábra  
bőr, atrophia 30, 36  
–, embolia 84  
139, 140. ábra  
– pigmentatio 6, 10  
9, 16. ábra  
– viszketés 108, 170 ff, 268 ff  
Brill–Symmers-kór 210  
343. ábra  
brucellosis 108  
Buerger-kór 76, 80  
131–133. ábra  
bursitis 164  
  
cachexia 190, 276  
450, 451. ábra  
cadmium 192  
  
„café-au-lait”-foltok 118  
capilaris pulsus 24  
caput Medusae 92  
carditis 206  
carpo-pedal spasmus 220  
carcinoid syndroma 32  
56, 57. ábra  
catarrhalis tünetek 54  
cerebralis sclerosis 276  
cervicalis borda-syndroma 76  
cheilitis granulomatosa 198  
318. ábra  
chinin 42  
chloasma uterinum 6, 8  
15. ábra  
chondrodermatitis nodularis chronica helicis 268  
chorioiditis 216  
chr. nephritis, l. nephritis chronica  
cipész-mellkas 132  
203–205. ábra  
climacterium 172  
climacterium virile 272  
clitoris hypertrophia 240  
coagulopathia 66 ff 111–114, 116. ábra  
collateralis keringés 86 ff  
142, 143, 145–147, 151–152. ábra  
conjunctivitis, pseudo- 20, 24  
38, 40, 47. ábra  
CO-mérgezés 214  
collagenosis 34 ff, 100, 136, 162 ff, 190  
cor pulmonale chronicum 22  
45. ábra  
corticoidok 46, 236  
costoclavicularis syndroma 76  
craniopathia 240  
cretinismus 228, 234  
388–390. ábra  
Cruveilhier–Baumgarten-kór 92, 98  
151, 152. ábra  
Curtius-syndroma 202  
Cushing-syndroma 236 ff, 240  
391–398. ábra  
– –, gyermekkori 252  
415. ábra  
cutis marmorata 28  
51. ábra



- cyanosis 20, 22 ff, 24  
 43–45. ábra  
 cytostaticumok 174  
 csontvelő-károsodás 70  
  
 dacryoadenitis 212  
 347. ábra  
 decholin-idő 24  
 dentinhyoplasia 202  
 327. ábra  
 dentitio difficilis 112  
 171. ábra  
 dermatitis 42  
 72, 73. ábra  
 dermatomyositis 28, 36, 168, 190  
 62–65. ábra  
 dermatographie blanche 52  
 dermatographismus 170  
 270. ábra  
 dermoid 212  
 diabetes mellitus 12, 82, 172, 180, 182, 190, 192,  
 256, 258, 262, 272  
 417–421. ábra  
 diarrhoea 32  
 dicumarol 66  
 digiti mortui 76  
 126. ábra  
 diphtheria 208  
 340. ábra  
 discus-prolapsus, cervicalis 130  
 dobverőujj 14, 24  
 28, 48. ábra  
 dyshydrosis 60  
 dystrophia musculorum progressiva 146  
 233. ábra  
  
 ECHO-virus fertőzés 56  
 éhezési oedema 122  
 Eisenmenger-komplexum 24  
 46. ábra  
 éksont meningeoma 224  
 ectodermosis erosiva pluriorificialis Fiessinger-  
 Rendu 180  
 ekzema 178  
 –, idült 170  
 elzáródásos icterus 12, 170  
 20, 271. ábra  
 embolia 84  
  
 emésztési panaszok 12  
 encephalitis 196, 276  
 encephalitis lethargica 214  
 encephalitis disseminata 214  
 endangiitis obliterans 28, 76, 80  
 131–133. ábra  
 endocarditis 34  
 endocarditis lenta 84  
 endokrin betegségek 172  
 enophthalmus 158  
 250. ábra  
 epéüt-carcinoma 116  
 epidermophytia 60  
 epilepsia 196  
 epiloia 120  
 181–183. ábra  
 episkleritis 216  
 epistaxis 74  
 Eppinger-csillagocskák 14  
 25–27. ábra  
 epulis 198  
 320. ábra  
 epulis-fibroma 198  
 érelzáródás, intermittáló 76  
 érfalműködés 66  
 ergotamizmus 82  
 erysipelas 32, 122  
 58. ábra  
 erythema 30, 32 ff, 36, 38  
 66. ábra  
 erythema contusiforme 62  
 – exsudativum multiforme 44, 180  
 286. ábra  
 – induratum Bazin 62, 64  
 102, 105. ábra  
 – infectiosum 56  
 91–93. ábra  
 erythema nodosum 62  
 100, 101. ábra  
 –, urticariás 40  
 erythroblastosis 204  
 erythrocyanosis 30, 64  
 erythrocyanosis crurum puellarum 26  
 49, 50. ábra  
 eunuchoidismus 242, 244  
 404, 405. ábra  
 Ewing-sarcoma 200

## Tárgymutató

- exanthema, gyógyszeres 38 ff, 46, 180  
80. ábra
- exanthema, haemorrhagiás 42  
71. ábra
- lichenoides 46  
79. ábra
  - , morbilli- 54  
88. ábra
  - , rubecola- 56  
90. ábra
  - , scarlatina- 52  
85. ábra
  - , typhus abdominalis 50  
83. ábra
  - , typhus exanthematicus 50  
84. ábra
  - variabile 56
  - , varicella- 48  
81, 82. ábra
- exophthalmus 222 ff  
267, 268, 270–274. ábra
- unilateralis 224  
372. ábra
  - malignus 224
- extrapyramidalis mozgászavar 158
- facies leontina 104  
163. ábra
- Fallot-tetralógia 24  
47. ábra
- facialis bénulás, peripheriás 160  
253. ábra
- —, centrális 160  
254. ábra
  - paresis 160, 188
- fejlődési rendellenesség, gerinc 128  
194, 195. ábra
- fénykerülés 54
- ferde nyak 130, 158  
198, 199, 200, 201, 252. ábra
- fistula 108 ff  
169, 170, 174. ábra
- flush 32
- foghúselváltozások 8, 104, 192 ff, 194, 198  
310–317. ábra
- fogzománc-hypoplasia, öröklött 202  
326. ábra
- —, partialis 202  
328, 329. ábra
- framboesia 164
- „futball-labda jelenség” 136  
212. ábra
- gangraena 82, 84  
134–138. ábra
- , diabetes 82  
136, 137. ábra
- garatváltozások 206 ff
- garatfertőtlenítők 182
- gége-oedema 206
- gerinc, l. lordosis, scoliosis stb.
- gerinc, fejlődési rendellenességek 128
- gibbus 138  
216, 217. ábra
- gigantismus, hypophysaer 254  
416. ábra
- gingiva hyperplasia 104, 196, 198  
310–317. ábra
- gingivitis 192  
302–305. ábra
- glossitis, Hunter-féle 4, 184  
6. ábra
- glykogen-tárolási betegség 262
- golyva 226, 228  
375–379. ábra
- gonad-dysgenesis 248
- gonorrhoea 168
- Gotttron–Hueck-féle folt 36
- Graefe-tünet 222  
368. ábra
- granuloma, eosinophil 200  
322. ábra
- granulomatosis 58
- graviditás 8, 14, 172, 196
- Gregg-syndroma 202
- gumma 64, 106, 186  
107, 164, 266, 293. ábra
- Günz-jelenség 148  
237. ábra
- gyöki sérülés 154
- gyomor- bélbetegségek 8, 172, 264
- gyomorvérzés 2
- haemangioma simplex 200  
321. ábra
- haematoma 66 ff  
109–117. ábra

- haemoblastosis 2, 58, 196, 208, 224, 226  
 312, 373, 374. ábra  
 haemochromatosis 6, 12, 194, 264  
 21. ábra  
 haemoglobinok, kóros 24  
 haemophilia 66, 68, 168  
 111, 114, 115. ábra  
 haemorrhagia 66 ff  
 —, subungualis 74  
 125. ábra  
 haemorrhagiás diathesis 4, 52, 66 ff  
 haemosiderin-lerakódás 12  
 hajhullás 42, 174, 232  
 274–276, 385. ábra  
 halogenek 46  
 Hand—Schueller—Christian-betegség 200, 262  
 határköteg laesio 158, 214  
 Heberden-csomók 166  
 262. ábra  
 Heerfordt-syndroma 102  
 hepatitis 12  
 19. ábra  
 hepatolenticularis degeneratio, l. Wilson-kór  
 here-atrophia 12, 242 ff  
 here-hypoplasia 242 ff  
 herpes genitalis 178  
 — labialis 178  
 281, 282. ábra  
 — simplex 178  
 281–283. ábra  
 — zoster 58 ff  
 94–99. ábra  
 —, generalizált 60  
 99. ábra  
 hideg agglutinin betegség 82  
 hideg urticaria 40  
 69. ábra  
 himlő 48  
 hirsutismus 240  
 399–401. ábra  
 hónaljszőrzet kihullása 12  
 21. ábra  
 hordeolum 212  
 hormonkészítmények 40  
 Horner-tünetcsoport 158, 214  
 250. ábra  
 Hutchinson-fogak 204  
 333. ábra  
 hydantoin 38, 196  
 314, 315. ábra  
 hyperaemia, aktív 26  
 —, passzív 26  
 —, vénás 26  
 hyperkeratosis 16  
 hyperlipaemia 262  
 426. ábra  
 hypernephroma 120  
 hyperostosis frontalis interna 240  
 hyperostosis generalisata 220  
 hyperparathyreoidismus 220  
 hyperperiostosis 14  
 hyperpnoe 32  
 hyperthyreosis 172, 222 ff  
 367–371. ábra  
 hypertonia, essentialis 20  
 hypertonia, labilis 72  
 hypertrichosis 240  
 hypocalcaemia 220  
 hypoglossus bénulás, peripheriás 160  
 255. ábra  
 hypogonadismus 242 ff  
 402. ábra  
 —, primer 242 ff  
 —, szekunder 246 ff  
 hypoprotrombinaemia 66, 68  
 112, 113. ábra  
 hypothyreosis 228, 232, 262  
 385–387. ábra  
 hypoxia, cerebialis 2  
 icterus 6, 12, 22, 170  
 19–22, 271. ábra  
 icterus haemolyticus 12  
 20. ábra  
 —, sclera- 22  
 idiotia 196  
 infektív betegségek 38, 48 ff, 190  
 81–93. ábra  
 infiltratum, myeloid 4, 196, 226  
 4, 312, 373, 374. ábra  
 INH-kezelés 42, 46, 236, 238  
 inzulin injekció 258  
 419, 420. ábra  
 —, lipodystrophia 258  
 420. ábra

- intoxicációk 10, 14, 192  
 iridocyclitis 214, 216  
     354. ábra  
 „iris-blende”-jelenség 26  
 iritis 216  
     358. ábra  
 ischias-scoliosis 140, 148  
     220, 221. ábra  
 ízézés zavar 198  
 izom-atrophia 148, 152, 154  
     238, 244, 246, 247. ábra  
     —, progresszív, spinalis 154  
 izom-dystrophia, progresszív 146  
     233. ábra  
 izomgyengeség 36  
 izületi elváltozások 34, 36, 136, 162 ff, 270  
     256—259, 264—267, 437—440. ábra  
 izületi tuberculosis 168  
  
 jobb szív elégtelenség 22  
  
 kadmium 192  
 kanyaró 54, 194  
     88, 89. ábra  
 Kayser—Fleischer-féle cornealis gyűrű 216  
     357. ábra  
 kenőcsarc 158  
     251. ábra  
 Kiel-i betegség 56  
 kioltási reakció 52  
 kiütéses typhus 194  
     — —, exanthema 50  
     84. ábra  
 Klinefelter-syndroma 242, 244  
     402—405. ábra  
 Koenen-tumor 120  
     183. ábra  
 koilonychia 4  
     8. ábra  
 kokain 172  
 koncentrációs gyengeség 2  
 Koplik-folt 54  
     89. ábra  
 köldök, nedves 116  
     — metastasis 116  
     178. ábra  
 köröm, óraüveg- 14, 24  
     28, 30, 48. ábra  
  
 köröm, óraüveg fehér 6, 14  
     29, 31. ábra  
 köröm, kanál- 4  
     8. ábra  
     —, lapos 4  
     7. ábra  
     —, törékeny 4  
     7. ábra  
 körömelváltozások 4, 10, 14, 24, 42, 170, 176  
     7, 8, 18, 28—31, 48, 277—280. ábra  
 köszvény 172, 268, 270  
     433—440. ábra  
 köszvényes roham 270  
     437—439. ábra  
 kötőhártya, megtekintés 2  
 kryoglobulinaemia 82  
 kryptorchismus 244  
 kyphoscoliosis 142  
 kyphosis, öregkori 134  
     —, serdülőkori 143  
     208. ábra  
  
 lagophthalmus 160  
     253. ábra  
 lakkajak 14  
     24. ábra  
 lapos hát 128, 134  
     206, 207. ábra  
 laxans-abusus 276  
 lábszárfekély 64  
     105—107. ábra  
 lábszárvizenyő 122, 124  
     186, 187, 188. ábra  
 léptumor 20  
 leukaemia 4, 104, 108, 192, 196, 208, 224, 226  
     4, 163, 312, 373, 374. ábra  
 leukaemia, heveny 224, 226  
     373, 374. ábra  
     —, lymphás 104  
     163. ábra  
 leukonychia 176  
     280. ábra  
 leukoplakia 200  
     223. ábra  
 leukosis, l. leukaemia  
 lichen ruber planus, symptomás 47  
     79. ábra  
 lichenificatio 170

- Lightwood – Albright-syndroma 202
- lingua geographica 184  
292, 293. ábra  
– nigra villosa 182  
289, 290. ábra  
– plicata 184  
291, 292. ábra
- lipodystrophia 188, 274  
298, 299, 446. ábra
- livedo 28  
51, 52. ábra  
– racemosa 28  
52. ábra
- lordosis, fokozott 128, 134, 146  
209, 233. ábra
- lues 27, 64, 106, 108, 164, 168, 180, 186, 194, 200,  
210, 212, 214  
107, 164–166, 293, 333. ábra
- lues reakció, nem specifikusan pozitív 34
- lupus erythematodes 34, 36, 168  
59–61. ábra
- lupus pernio 102  
159. ábra  
– vulgaris 102, 104  
161, 162. ábra
- lymphadenosis 58, 104, 108, 210  
164, 168. ábra
- lymphogranulomatosis 58, 108, 200  
167. ábra
- lymphosarcoma 108, 208, 210.
- májbetegségek 12 ff, 98, 126, 170, 172, 262  
19, 21–31, 151, 152, 190, 191, 271. ábra
- máj-cirrhosis 12, 98, 126  
21–31, 190, 191. ábra
- máj-cirrhosis, biliaris 262
- majomkéz 154
- majom testtartás 218  
362. ábra
- makrulia 196, 198  
310–317. ábra
- málnanyelv 52  
86. ábra
- mamma-amputáció 94  
148. ábra
- Marfan-syndroma 218
- margarin-betegség 56
- Martin – Albright-syndroma 202
- medianus-bénulás 154  
246. ábra
- melanin-lerakódás 12, 18
- melanosis bulbi 212  
350. ábra
- mélyérszavar 4
- Melkersson – Rosenthal-syndroma 188, 198  
297. ábra
- mellékvese-tumor 236  
393, 394. ábra
- meningitis 148, 214, 238  
236. ábra
- mérgezősek 154, 174, 176, 190, 192, 264
- mészlerakódás 100  
155. ábra
- meteorismus 12
- methaemoglobin 24
- Mikulicz-syndroma 212  
348. ábra
- miliaris tuberculosis 50
- miosis 158, 214  
353. ábra
- mitralis arc 22  
44. ábra
- mitralis hiba 22, 84
- mitralis stenosis 22, 84  
44. ábra
- Moebius-tünet 222
- mononucleosis 108, 194, 208  
339. ábra
- monocyta-angina 194, 208  
339. ábra
- morbilli 54  
88, 89. ábra
- morbus Addison 6, 194, 232, 264  
9–14. ábra
- morbus Bang 114  
– Basedow 172, 222  
367–371. ábra  
– Bechterew 136, 216  
210–213. ábra
- morbus Besnier – Boeck – Schaumann 102, 108,  
114, 212  
158, 159, 348. ábra  
– Cushing 236  
393, 394. ábra  
– Hodgkin 58, 108, 200  
167. ábra

- morbus Osler 14, 74  
     123, 124. ábra  
     — Paget 218, 220  
       261—264. ábra  
     — Raynaud 76, 82  
       134, 135. ábra  
     — Recklinghausen 118, 212  
       179, 180, 351. ábra  
     — Reiter 168  
     — Uehlinger 220  
       365. ábra  
     — Werlhof 70, 72  
       118. ábra  
     — Wilson 216  
       357. ábra  
     — Winiwarter—Buerger 76, 80  
       131—133. ábra  
 Morgagni-syndroma 240  
 morphin 172  
 Morquio-syndroma 202  
 mucokele 212  
 multiplex sclerosis 156, 158  
     248. ábra  
 mumps 114, 212  
 mydriasis 214  
     352. ábra  
 myeloblastos leukaemia 2, 4, 224, 226  
     373, 374. ábra  
 myelosis funicularis 4  
 mykosis 178  
 myopathia 146, 150, 154  
 myopia 226  
 myotonia congenita 150, 154  
     241. ábra  
 myxoedema 232, 262  
     385—387. ábra  
     — practibiale circumscriptum symmetricum 222  
       369. ábra  
 Naegeli-syndroma 202  
 naevi aranei 14  
 naevus, multiplex 248  
 necrobiosis lipoidica (diabeticorum) 258  
     419. ábra  
 nehézfém mérgezés 6, 154, 192, 264  
     242, 243, 304, 305. ábra  
 nephritis 6, 8, 72, 122, 206, 232  
     184. ábra  
 nephritis chronica 6, 8, 232  
 nephrolithiasis 270  
 nephrosis-syndroma 122  
 Neumann-syndroma 202  
 neurofibromatosis 118, 196, 212  
     179, 180, 351. ábra  
 nirvanol 38  
 noduli rheumatici 164  
     261. ábra  
 novocain 42  
 nyálkahártyavérzés 96  
 nyálmirigyduzzanat 114, 212  
     175, 176. ábra  
 nyelv, atrophia, félold. 160  
     255. ábra  
 nyelv, fekete szőrös 182  
     289, 290. ábra  
 nyelv-carcinoma 186  
 nyelvvelváltozások 182 ff, 228, 230, 232, 234  
     5, 6, 153, 255, 289—301, 380, 381, 387. ábra  
 nyálkahártya-atrophia 4  
     5. ábra  
 nyelv-ulceratio, tbc-s 186  
     295. ábra  
 nyeregorr 106  
     164—166. ábra  
 nyirokcsomó-duzzanat 52, 54, 56, 108 ff, 208  
     — metastasis 116  
       177. ábra  
     — tuberculosis 108, 110  
 oculo—dento—digitalis-syndroma 202  
 oculomotorius bénulás 214  
 oedema 88 ff, 122 ff, 232  
     58, 142, 143, 148, 149, 184—189, 192, 193.  
     ábra  
 oedema, angioneuroticus 122  
     —, traumás 126  
       192. ábra  
 oesophagus maródás 132  
 oesophagus varix 12  
 oestrogen, elégtelen lebontás 12  
     21. ábra  
 ólommérgezés 146, 154, 192  
     242, 243, 304. ábra  
 opistotonus 148  
     236. ábra

- óraüveg köröm 14, 24  
28, 30, 48. ábra
- óriásnövés 254  
416. ábra  
—, cunuchoid 246  
408. ábra
- óriássejtes thyreoiditis de Quervain 228
- orrelváltozások 102 ff  
158—166. ábra
- Osler-csomó 84
- Osler-kór 14, 74  
123, 124. ábra
- Osnabrück-i-betegség 56
- osteocondritis dissecans 168
- osteocondrosis 140, 158
- osteogenesis imperfecta 202, 218
- osteomyelitis 200
- osteoporosis 134
- ostitis cystoides multiplex Jüngling 102
- ostitis deformans Paget 218, 220  
261—264. ábra
- ovarium tumor, androgen 240
- Paget—Schroetter-syndroma 94
- pajzsmirigybetegségek 196, 222 ff
- pajzsmirigygyulladás 228
- palmaris erythema 14  
23. ábra
- páncélszív 98, 124  
187. ábra
- Pancoast-tumor 158
- pancreas insufficientia 6, 8
- pancreatitis 262
- panhypopituitarismus 232, 276
- panmyelophthisis 4, 70, 210  
117, 355. ábra
- panniculitis nodularis febrilis non suppurativa  
Pfeiffer—Weber—Christian 258
- papillomatosis 16
- paraesthesia 4
- paralysis agitans 158  
251. ábra
- paratyphus 50
- paraziták 224
- Parkinson-kór 158  
251. ábra
- parodontitis chronica apicalis 112
- parotis duzzanat 114  
175. ábra
- parotis tumor 114  
176. ábra
- parotitis epidemica 114, 212
- parulis 112  
172. ábra
- PAS 46
- pellagra 6, 266  
430—433. ábra
- pellagroid bőrelváltozások 32
- pemphigus 176
- penicillin 42, 44  
— uricaria 40
- periarteritis nodosa 28
- pericarditis constrictiva 98, 124  
187. ábra
- perlèche 180  
288. ábra
- pernio 26  
50. ábra
- perniciosa, anaemia 2, 4, 190, 232  
5. ábra
- peritonsillaris abscessus 130, 206  
337. ábra
- Pentz—Touraine—Jeghers-syndroma 18, 194  
34—37. ábra
- Pfeiffer-féle mirigygláz 108, 194, 208  
339. ábra
- phenacetin 42
- phenolphthalein 42, 44
- phenothiazin 38, 44
- phlebitis 80
- phlegmasia coerulea dolens 94
- pigment-anomália (szem) 212  
350. ábra
- pigmentálttság (ajak) 8  
13. ábra  
— (szájnyalakhártya) 8  
14. ábra
- pigmentcirrhosis 194
- plexus-compressio 154
- pneumothorax 22
- podagra 270  
437, 438. ábra
- poikilodermatomyositis 36
- poliomyelitis 156  
249. ábra

- polyarthrit, heveny 164, 168, 270  
267, 437, 438. ábra  
–, idült 162, 164, 190, 270  
256–260, 439, 440. ábra
- polyarthrosis 166
- polyglobulia 22, 24
- polyposis 18
- polysclerosis 156, 158  
248. ábra
- polycytaemia 20, 22  
38–42. ábra
- polyserositis 34
- porphyria 6, 264  
427–429. ábra
- portalis hypertensio 90 ff  
145. ábra
- praecancerosis 200
- prognathia 230  
382, 383. ábra
- prostata 172, 218
- prurigo simplex 172  
272. ábra
- pruritus 108, 170, 172  
268–273. ábra
- pruritus senilis 172
- pseudohypoparathyroidismus 220
- pseudohypertrophia 146
- pseudoconjunctivitis 20, 24  
38, 40, 47. ábra
- pterygium colli 248
- ptosis 158  
250. ábra
- pubertas 196, 238  
– praecox 272
- pulmonalis sclerosis 22  
45. ábra  
– stenosis 22
- pupilla elváltozások 214  
352–354. ábra
- purpura 70, 72  
117–120, 122. ábra
- purpura anularis teleangiectodes 72  
– Majocchi 72  
122. ábra  
– senilis 72  
121. ábra  
– Schoenlein 46, 72  
78, 119. ábra
- Quincke-oedema 122, 188  
185. ábra
- rachitis 132, 202, 220
- radialis bénulás 152  
242, 243. ábra
- rash 38
- Ratschow-kísérlet 78  
128, 129. ábra
- Raynaud-kór 76, 82  
134, 135. ábra
- Recklinghausen-kór 118, 196, 212  
179, 180, 351. ábra
- Reil-féle harántredők 176  
279. ábra
- Reiter-syndroma 168
- reticulosarcomatosis 108, 210
- reticulosis 58, 196, 212, 224  
312. ábra
- rhabdomyoma 120
- rhagas, szájzugi 4
- rheuma-test 34
- rheumás betegségek 28, 72, 162 ff, 190, 216, 270  
256–260, 267. ábra
- rheumás csomó 164  
260. ábra
- rheumás láz 164, 168, 206  
267. ábra
- rheumatismus nodosus, idült specificus 164
- rhinitis vasomotorica 198
- rhinophyma 102  
160. ábra
- röntgen kontraszt-anyag 224
- rosacea 20, 102  
41, 42. ábra
- roseola 50  
83, 84. ábra
- rubeola 56, 108, 194  
90. ábra
- Rumpel–Leede-tünet 52, 66  
108. ábra
- salvarsan 42
- sántítás intermittáló 78
- sarcoidosis 102, 108, 114, 212  
158, 159, 348. ábra
- scalenus syndroma 76, 154
- scapulocostalis tünetcsoport 76



- scarlatina 52, 194  
85–87. ábra
- Scheuermann-kór 134  
208. ábra
- Schoenlein–Henoch purpura 72  
119, 120. ábra
- sclera, kék 218  
360. ábra
- sclera-icterus 22
- scleritis 216  
359. ábra
- sclerodermia 76, 100  
127, 153–157. ábra  
– circumscripta 100  
157. ábra
- sclérodemie en coup de sabre 100  
157. ábra
- scoliosis 140 ff  
218 ff ábra  
–, paralysises 144  
231. ábra  
–, staticus 140
- scrotum oedema 124  
189. ábra
- sepsis 84  
139, 140. ábra
- serratus bénulás 146  
235. ábra
- Sheehan-szindróma 276
- shunt, jobb-, bal- 22, 24
- sialopenia 190
- sideropenia 190
- siderophilia 12  
22. ábra
- Simmonds-kór 276
- Sjögren-szindróma 114, 168, 190  
300, 301. ábra
- soor 180, 200  
287, 324. ábra
- soványság 276  
448–451. ábra
- spider 14  
25–27. ábra
- spina bifida cystica 128  
194. ábra
- spinalis betegségek 154
- spondylarthritis ankylopoetica 136, 216  
210–214. ábra
- spondylitis tuberculosa 138  
216, 217. ábra
- spondylolisthesis 128  
196, 197. ábra
- spruc 6, 8, 14, 264
- status dysrhythmicus 132
- Stein–Leventhal-szindróma 240
- Steiner-szindróma 202
- Stellwaag-tünet 222
- steroid-kezelés 46, 236, 240
- Stevens–Johnson-szindróma 180
- stomatitis aphthosa 178, 186  
284, 296. ábra
- streptococcus infekció 72
- streptomycin 38, 42
- striae rubrae distensae 236  
393, 394, 396–398. ábra
- stridor 208
- struma 222, 226, 228  
367, 375–379. ábra
- struma, Hashimoto 228  
–, lingualis 228  
308. ábra  
–, retrosternalis 96, 228  
379. ábra  
–, Riedel- 228  
–, euthyreoid 226, 228  
375–379. ábra  
–, juvenilis 226  
375, 376. ábra
- strychnin-mérgezés 148
- subarachnoidealis vérzés 148
- Sudeck-kór 126  
193. ábra
- sulphahaemoglobin 24
- sulphonamidok 38, 42, 44, 62
- suprascapularis bénulás 146  
234. ábra
- syphilis 64, 106, 108, 186, 194, 200, 204, 210, 212,  
214  
107, 164–166, 293, 333. ábra
- syringobulbia 160
- syringomyelia 148, 154, 158  
238. ábra
- systemás megbetegedések, l. leukaemia, lympho-  
granulomatosis, lymphosarcoma stb. 208, 226
- szájzugi rhagas 4, 180  
288. ábra

## Tárgymutató

- szemelváltozások 212 ff  
szeméremszőrzet, női típusú 12  
szívbillentyűhiba 22, 24, 194  
44, 46, 47. ábra  
szívhiba, vele született 14, 22, 24  
46–48. ábra  
szív-infarctus 84  
szív-insufficiencia 124  
szívóharang próba 66  
110. ábra
- tabes 168  
tachykardia 32  
tachypnoe 32  
tarkómerevség 148  
236. ábra  
tehénhimlő 48  
teleangiectasia 32, 36, 72  
57. ábra  
teleangiectasia hereditaria haemorrhagica 74  
123, 124. ábra  
telihold-arc 236  
391–384. ábra  
tendovaginitis 164  
terhesség 8, 14, 172, 196, 238  
testosztéron-kezelés 240  
401. ábra  
tetania 202, 220  
336. ábra  
tetanus 148  
tetracyclin-kezelés 44, 204  
thallium-mérgezés 174, 176  
279. ábra  
Thibièrge–Weissenbach-szindróma 100  
thrombastenia 66  
thrombophlebitis, idült 94  
thrombopenia 66  
–, essentialis 70, 72  
118. ábra  
thrombosis, heveny 94  
– venae portae 98  
thyreoiditis 228  
thyreostaticumok 228  
tonsilla carcinoma 210  
344. ábra  
– elváltozások 206 ff  
– hyperplasia 208  
341, 342. ábra  
tonsilla tumor 208, 210  
44. ábra  
tonsillitis 206, 208  
334–340. ábra  
tonsillitis acuta 206  
334–336. ábra  
– chronica 206  
338. ábra  
tophus, köszvényes 268, 270  
333, 436, 440. ábra  
torticollis, spasticus 158  
252. ábra  
toronykoponya 12  
törpenövés 234, 248, 250, 252  
388–390, 409–415. ábra  
–, hypophysaer 250, 252  
411, 413, 414. ábra  
–, primordialis 250  
412. ábra  
–, thyreogen 234, 248  
388–390, 409. ábra  
toxoplasmosis 108  
trophicus oedema Nonne–Milroy–Meige 272  
trophicus zavarok 80, 156  
130, 133, 249. ábra  
tuberculid 62, 172  
273. ábra  
tuberculosis 62, 104, 210, 212, 216  
– cutis luposa 104  
161, 162. ábra  
–, ízületi 168  
264. ábra  
– miliaris ulcerosa mucosae et cutis 186  
tüdő-anastomosisok, arteriovenosus 74  
tüdőbetegségek 14, 22  
45. ábra  
tüdő-emphysema 22  
tüdő-infarctus 22  
tüdőpangás 22  
túlérzékenység, gyógyszeres 38 ff, 62, 72  
tumor, intracranialis 224  
–, malignus 36  
–, orbitalis 224  
–, periorbitalis 224  
Turner-szindróma 248  
410. ábra  
– fog 204

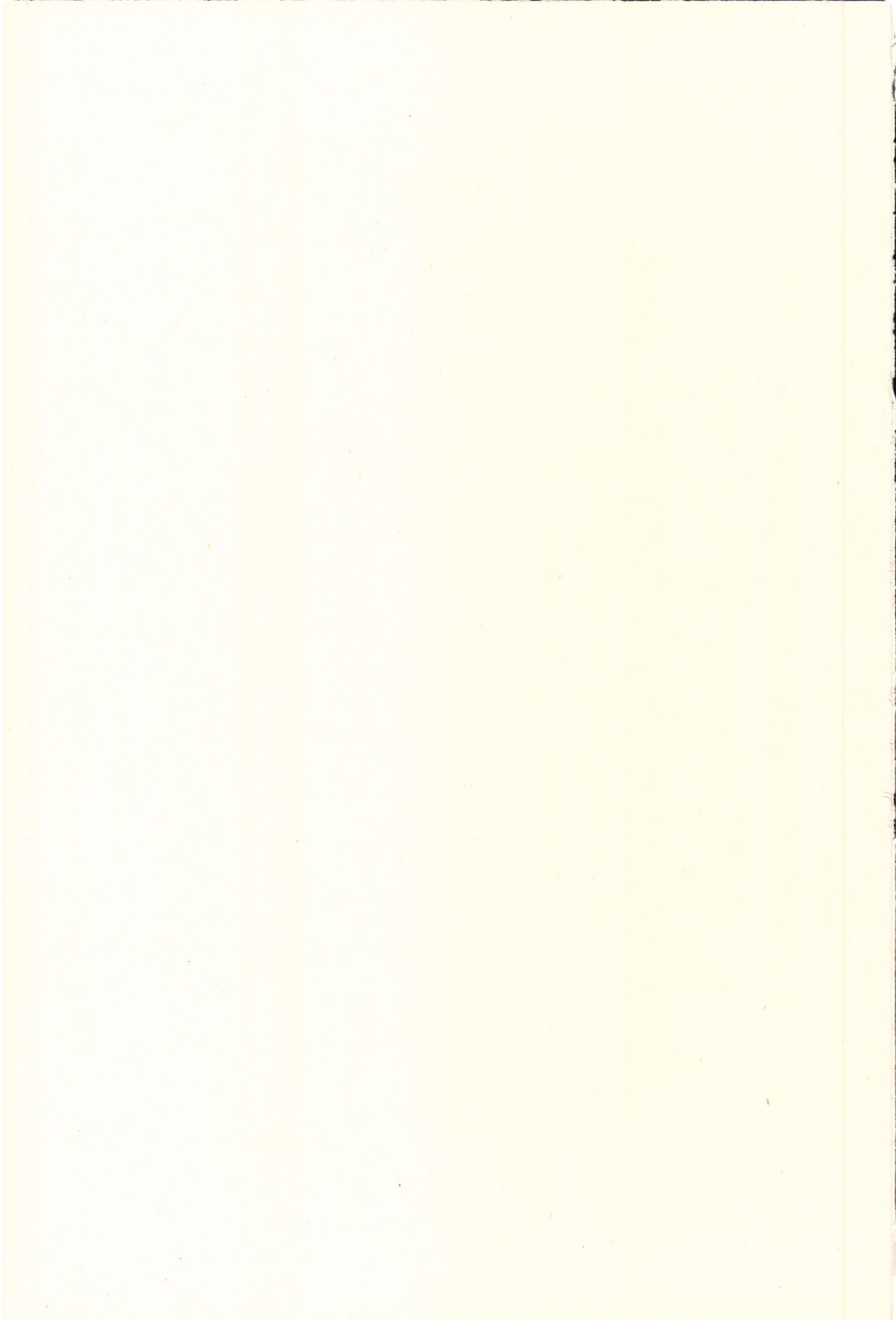
- tyúkmellkas 132  
 typhus 50  
     83. ábra  
 ulcus cruris varicosum 64  
     106. ábra  
 ulnaris bénulás 152  
     244, 245. ábra  
 uraemia 190  
 urticaria 40, 122, 170  
     68, 69. ábra  
 urticaria papulosa 172  
     272. ábra  
 uvulaedema 206  
 vakarási nyomok 170  
     268–272. ábra  
 varicella 48  
     81, 82. ábra  
 variola 48  
 variolosis 48  
 vasculitis 62  
     –, allergiás 28  
 vashiányos anaemia 4, 180  
     5–8. ábra  
 vegetatív dystonia 224  
 venectasia 88 ff  
     142 ff. ábra  
 vena portae thrombosis 98  
 vénaelzáródás 86 ff  
 vénagyulladások 80  
 vénás collateralisok 86 ff  
 verdoglobin 24  
 vérvesztés, idült 2  
 vérzékenység 66 ff  
 vérzés, lapszerinti 66–70  
     111–114, 116. ábra  
     –, bőr- 4, 66 ff  
     –, nyálkahártya- 4  
 vesebetegségek 6, 8, 72, 122, 172, 232, 264  
 Virchow-mirigy 116  
     177. ábra  
 virilismus 240  
 viszketés 170, 172  
     268–273. ábra  
 vitium cordis 22, 24, 194  
     44, 46, 47. ábra  
 Werlhof-kór 70, 72  
     118. ábra  
 Wilson-kór 216  
     357. ábra  
 xanthelasma 262  
 xanthoderma diabetica 256  
     417, 418. ábra  
 xanthogranulomatosis 262  
 xanthoma 260, 262  
     422–425. ábra  
 xanthomatosis-formák 260, 262  
 xanthosis diabetica 256  
     417, 418. ábra  
 xeropathia 190

A magyar szöveget az Akadémiai Kiadó gondozta

AK 112 k 6670

A szöveg nyomását az Akadémiai Nyomda végezte





ifj. Kelemen Endre

HEVENY HASI KÓRKEPÉK  
FIZIKÁLIS  
DIAGNOSZTIKÁJA

A szerző a has fizikális vizsgálatának módszereivel, s e módszerek diagnosztikus alkalmazásával foglalkozik, elsősorban az akut hasi kórképek szempontjából. Alapvető szemlélete, hogy a heveny hasi elváltozásokat az érzékszervekre alapozott vizsgálat útján, tehát gépi vagy laboratóriumi segéd-eszközök nélkül diagnosztizálja, elsősorban a gyakorló orvos szempontjából nagy jelentőségű, akinek sokszor laboratóriumi leletek nélkül kell döntenie. A mű a külföldi érdeklődésre való tekintettel a közelmúltban angol nyelven is megjelent.

406 oldal

75 ábra

5 táblázat

17 × 24 cm

Kötve 80,- Ft

AKADÉMIAI KIADÓ  
BUDAPEST

Ara: 150,— Ft