

KÖZÉPFÜLGYULLADÁS ÉS A FÜLTÁJÉK NYIROKCSOMÓI.

Írta: GÖRGÉNYI GYULA dr. egyet. klinikai főorvos a Fül-, orr- gégerendelő Intézet vezetője.

A dobüreg fertőzőes gyulladásai az innen eredő nyirokutakra is kihatnak, aminek jeleképpen a dobüregi nyirokerekhez tartozó nyirokcsomókon is sok esetben gyulladós jelenségek állhatnak elő. A nyirokcsomók ilyen esetben megduzzadnak, tapinthatóvá, fájdalmassá válnak (lymphadenitis). A dobüregi eredetű lymphadenitisek kérdésével a fülészeti irodalom meglehetősen mostohán bánik, holott annak diagnosztikai jelentőségére és gyakoriságára már *Most* és mások felhívták a figyelmet. Olyan esetekben, amikor a különböző fokú és eredetű dobüregi gyulladás kifejezett subjectiv és objektív tünetekkel jelentkezik, a kísérő lymphadenitis szerény, sokszor subjectiv panaszokat nem is okozó jelei — érhetően — a pregnáns tünetek mellett kevésbé feltűnők és ezért sok esetben a vizsgáló kellő figyelemre nem méltatja. Atypusos, tünetszegény vagy éppen latens megbetegedések kapcsán azonban a kórismre megállapításánál, amint azt alább látni fogjuk, ez a tünet jelentőségében erősen emelkedhetik és a panaszok értékelésében, vagy egyes elmosódott tünetek megítélésében hasznos segítséget nyújthat. A környéki lymphadenitisek jelentőségének értékelését bonyolultabbá teszi az a körülmény, hogy a külső — megtekintés és tapintás számára jól hozzáférhető — fültájéki nyirokcsomók elsősorban a külsőfül (fülkagyló, hallójárat) és a fej czekkel szomszédos területeinek nyirokkeringéséhez tartoznak. Valóban, a tankönyvek, közlemények a *külsőfül* különböző természetű gyulladásaival kapcsolatban általában meg is szoktak emlékezni a megfelelő tájék nyirokcsomóinak kísérő duzzanatáról. Az anatómiai viszonyokból kifolyólag azonban a fülkörüli nyirokcsomócsoport bizonyos tagjai a *középfül* megbetegedéseinél is fertőződhetnek, vagyis adott esetben a külsőfül gyulladása nélkül is előállhatnak olyan fültájéki lymphadenitisek, melyek okát a dobüreg gyulladásában kell keresni.

A iültájék nyirokcsomói félköralakban veszik körül a külső fül alsó kerületét (*Sappey*). Egy csoport a hallójárat előtt, egy alatta, egy pedig a fülkagyló mögött helyezkedik el. A *praeauricularisan* fekvő nyirokcsomók a lymphonodi parotidici egyik alcsoportját képviselik. Számuk 1-2. Feltalálhatók abban a barázdában, mely a parotis és a külső hallójárat között húzódik. Beléjük ömlenek a külső hallójárat elülső és felső részletéből, a tragusból és környékéről kiinduló nyirokerek, de a halánték és fejtető felől is kapnak ágakat. Az elvezető nyirokerek részben a fülalatti, részben egyenesen a mély nyaki nyirokcsomókba (ln. cervic. prof.) haladnak. A külsőfül megbetegedéseiben, (főként hallójárat-furunculus-oknál) van jelentőségük. Gyulladásuk esetén a tragus előtti barázda eltűnik, az infiltrált, fájdalmas mirigy sokszor oedemás bőrrel fedett duzzanatot képez.

A fülkagyló mögötti nyirokcsomókba (lymphonodi retroauriculares s. mastoideae) a fülkagyló medialis felszínéről, a kagyló szabad széléről, a tulajdonképeni conchából és anthelixből eredő nyirokutak egy része torkollik, majd tovább halad a fülalatti csoporthoz. Másik részük ívalakú lefutással, a retroauricularis csomókat elkerülve, közvetlenül a mély nyaki nyirokcsomókba tart. Duzzanatuk a külső fül imént felsorolt részeinek gyulladása esetén következhet be, de előfordulhat középfülgyulladások kapcsán is, ha a megbetegedés ráterjed forrásterületekre is.

Ugy a külső,- mint a *középfül* gyulladásai szempontjából legfontosabb az *infraauricularis* elhelyezkedésű nyirokcsomók csoportja, melyek ugyancsak a lymphonodi parotidici egyik alcsoportját képezik. E csoport 3—5 nyirokcsomóból áll, melyek a fejbiccenő-izom elülső széle és a parotis, ill. az állkapocság hátulsó széle között keskeny résben fekszenek. Az idetartó nyirokerek a fülcimpából, a helix és concha nagyrészből és a külső hallójáratból, főként annak alsó részletéből szedődnek össze, de ideömlik az előbbi két csoportból lefelé haladó lymphá, sőt, e mirigycsoport összeköttetésben áll az állkapocsalatti nyirokcsomókkal is. Különösen fontos, hogy a *dobhártyából* is indulnak ide nyirokutak. *Kessel* vizsgálataiból tudjuk, hogy a dobhártya nyirokhálózata kettős: külső, subcután és belső, submucosus nyirokhálózat. E kettő egymással a dobhártyát átfűrő ágacs-kák révén összeköttetésben áll. *E perforáló ágak révén tehát a dobüregi nyirokhártya nyirokhálózata összeköttetésben áll a külső hallójáratával.* A dobüregi nyirok egy részének kifelé áramlása annál inkább érthető, mivel a dobhártya külső, subcutan elhelyezkedő nyirokhálózata különösen a periféria felé tágul, míg a dobhártya belső oldalának és magának a dobüregnek submucosus nyirokhálózata sokkal finomabb és kevésbé gazdag elágazódású. Az említett anastomosisokban leli magyarázatát az a klinikai jelenség, hogy középfülgyulladásoknál a fülalatti nyirokcsomók oly gyakran és korán megbetegedhetnek. E csoportnak közeli vonatkozása a dobüregi nyirokhálózatához különös jelentőséget ad a középfül pathológiájában is, noha e mirigycsoport területileg elsősorban a külsőfül tájéki nyirokcsomóíhoz tartozik. Megnagyobbodásuk tisztán középfül-eredetűnek tehát csak akkor vehető fel, ha gyulladásos eltérések kizárhatók a külső fülben és az azzal szomszédos, felsorolt területeken. Az elvezető pályák a mély nyaki nyirokcsomók (ln. cervic. prof.) felső csoportjához, a v. facialis comm. és v. jugularis int. alkotta szögben elhelyezkedő nyirokcsomókhoz (ú. n. angularis ny. cs.) tartanak.

A dobüreg nyirokereinek *másik* része, a fülkürt nyirokereivel együtt, a garat nyirokhálózatával lépve összeköttetésbe, a *garat mögötti* nyirokcsomókhoz halad. Ezek a klinikai észlelés számára — rejtett helyzetüknél fogva, — csak

ritkán válnak hozzáférhetővé. De súlyosabb elváltozás (garat-mögötti tályog) esetén manifestálódhatnak. Egyes esetekben ilyen tályogok középfülgyulladás következtében is előállhatnak. (Bókay).

A fül alatti nyirokcsomók megnagyobbodásuk esetén jól tapinthatókká válnak az állkapocs felhágó ága és a fejbiccentő izom elülső széle közötti barázdában borsónyi, babnyi, többé-kevésbé tömött csomók alakjában. Nemritkán 2—3 közeli nyirokcsomó egyetlen köteggé egyesül. Ilyenkor a barázdát kitöltik és ez elsímul. Kontúrjaik külön-külön csak a gyulladás kezdetén, vagy annak visszafejlődése közben érezhetők. Sokszor a tapinthatósággal együtt élénk fájdalomosság is jár, máskor csak enyhe nyomásérzékenység, ami azonban el is maradhat. Ritkábban észlelhető a bőr vízenyős duzzanata. Középfülgyulladás kapcsán csak igen ritkán gennyednek el. Magam csupán 3 esetben észleltem kis gyermekeknél, ahol azonban a gennyes középfülgyulladáshoz súlyos impetiginosus külsőfül- és fülkörnyéki bőrgyulladás is társult, úgyhogy valószínűleg az abscessus kifejlődésének ez utóbbi volt az oka.

A fül alatti nyirokcsomók *vizsgálata* legcélszerűbben enyhén hátrahajlított fej mellett történik, amikor az állkapocság a fejbiccentő elülső szélétől kissé távolodik, ezáltal a köztük lévő barázda szélesebbé, a tapintó ujj számára könnyebben hozzáférhetővé válik. A vizsgálatot célszerű bimanualisan, mindkét oldalon összehasonlító módon végezni. Így a kétoldali tájék közti esetleges különbségek azonnal érzékelhetővé válnak. A parotis széle felé tapintva rendszerint a felső 1—2 mirigyet találjuk meg, ezek borsónyinál nagyobbra nem igen duzzadnak és kevésbé érzékenyek. Az alsó csoport vagy a barázda mélye felé, vagy a fejbiccentő széle felé tapintva található meg könnyebben. Gyulladás esetén babnyira, sőt jókora meggyorónyira is megduzzadhatnak, igen fájdalmasak lehetnek. Nem egyszer tapasztaltam, hogy egyidejű mastoiditis esetén érzékenységük jóval felülmúlta a csont nyomási érzékenységét is.

Csaknem egy évtized előtt, mint a gyermekklinika consiliariusus elé, gyakran kerültek olyan újszülöttek, csecsemők, akiknél parenteralis intoxicatióra utaló állapot miatt felmerült a középfülgyulladás gyanúja, anélkül, hogy a dobhártya részéről biztosan kimutatható objectív tünetek észlelhetők lettek volna. Sokszor a paracentézis sem nyújtott felvilágosítást. Több esetben találtam ilyen latens otitiseknél a fül alatti nyirokcsomók duzzanatát, fájdalomosságát, anélkül, hogy a külsőfül, vagy a fej szomszédos részeinek bárminő elváltozása e jelenséget megmagyarázta volna. A későbbi lefolyás, illetőleg műtét azután a középfül üregrendszerének gennyedését mutatta ki. Érdemesnek látszott tehát rendszeresen meg-

figyelnj minden fülvizsgálat alkalmával a nyirokcsomók viselkedését, függetlenül attól, hogy tipusos, manifest jelenségek a középfülgyulladást kétségtelenné tették-e, vagy erre csak atypusos, de mégis gyanús körülmények utaltak. Ezirányú vizsgálataimat nem-sokára bekövetkezett katonai szolgálatom alatt a szegedi helyőrségi kórház vezetésem alatt állott fül-, orr-, gégeosztályán is kb. 5 éven keresztül rendszeresen végeztem, 1944 ősze óta pedig klinikánk beteganyagán folytattam. A háborús események folytán a csaknem 3400 esetre vonatkozó részletes feljegyzések nagy része elveszett. Ezért pontos számszerű adatok közlése az egyes betegség-csoporthozakra vonatkozólag nem áll módomban, azonban a kérdésnek nagy anyagon, éveken át való állandó szemmel tartása és a feljegyzések egy részének feldolgozása lehetővé teszi számomra, hogy észleléseimről beszámolhassak.

A) Heveny dobüregi folyamatoknál:

1. Heveny fülkürt-elzáródások — tapasztalatom szerint — mindaddig, míg a dobüreg részéről jelentkező tünetek kizárólag mechanikai okokra vezethetők vissza, nyirokcsomó megnagyobbodást nem okoznak és, ha a dobüreg fertőzése később sem áll be, az egész lefolyás alatt lymphadenitissel nem találkozunk. Ha azonban az elzáródás okozta tisztán mechanikai folyamatokkal magyarázható eltérésekhez (légritkulás okozta dobhártya behúzódnás, transsudatum képződés) gyulladás is járul, ennek korai tüneteként fülalatti nyirokcsomóduzzanat jelentkezhetik.

Példaképpen megemlíthetem annak a 25 éves nőbetegnek esetét, aki 3 nap előtt kezdődött nátha és baloldali fülzúgás és eldugulás miatt keresett fel. Külső fül és környéke ép. A dobhártya halvány, áttűnő, a kalapácsnyél magasságáig terjedő kissé sárgásan áttetsző folyadéknyívó, mely a fej mozgásainál helyzetét könnyen változtatja. Környéki nyirokcsomók nem tapinthatók. Heveny orr-garathurut tünetei. Másnap: időnként szűrő fájdalmak a bal fülben. A dobhártya vastagabb, erezettség a kalapácsnyél mentén és a széli részeken. A folyadéknyívó lomhábban mozog. Borsónyi, *fájdalmas infraauricularis* nyirokcsomó. Általános és a heveny orr-garathurut helyi kezelésére egy hét alatt gyógyulás, egyidejűleg a nyirokcsomó-duzzanat eltűnik. A kezdetben észlelt folyadékgyülem még valószínűleg steril, a légritkulás okozta „hydrops ex vacuo“ (transsudatum) jellegét mutatta, fertőzésre utaló tünetek nélkül. A tubaris úton felhatolt enyhébb fertőzés első gyulladási jeleire (fájdalom, vérbőség, a folyadék zavarosabbá válása), észlelhetővé vált a fülalatti nyirokcsomó reakciója.

Számos, csupán dobhártya behúzódnást és halláscsökkenést okozó heveny fülkürtelzáródás esetében, ha a dobhártya gyulladás jeleit nem mutatta, duzzanat sem jelentkezett. Ha másnapra, harmadnapra akárcsak enyhe sugaras dobhártya erezettség is jelezte a folyamat némi súlyosbodását, sok esetben egyidejűleg tapinthatóvá vált 1-2 nyirokcsomó is. Látjuk tehát, hogy már könnyű lefolyású

egyszerű dobüregi hurutnál is az első hurutos dobhártya tünettel egyidejűleg jelentkezhet a nyirokcsomó duzzanat.

2. Még gyakrabban fellelhető ez az egyszerű heveny hurutos középfülgyulladás (otitis med. ac. catarrh. simpl.) fellépésével egyidejűleg, sőt azt 1—2 nappal megelőzőleg. Többször volt alkalmam észlelni főként gyermekeket, de felnőtteket is, akik még a fülpanaszok kezdete előtt egyéb okból (láz, bronchitis, pneumonia) kerültek vizsgálatra, hogy a dobhártya enyhe széli belöveltsége esetén is már tapintható, sőt fájdalmas fülalatti nyirokcsomó jelentkezett, megelőzve a fülre vonatkozó objectív panaszokat és a typosos dobhártyakép megjelenését. Több esetben a paracentézis nyomán sem tapasztaltam váladékképződést, a gyulladás 3—7 nap alatt minden váladékképződés nélkül zajlott le. E lefolyás mutatta, hogy ilyenkor csupán a dobüreg egyszerű hurutos gyulladásáról volt szó, melynél exsudatív folyamat nem következett be. A fertőzés könnyű jellegű volt, ennek dacára nyirokcsomó-duzzanat keletkezett. Három pneumoniás gyermeknél a leötött paracentáló lándzsáról pneumococcus tenyésztett ki.

Ez év májusában alkalmam volt nagyobb számban és rövid időközökben ebbe a kategóriába (otitis media catarrh.) tartozó megbetegedéseket észlelni, melyeknek érdekessége volt a csoportos jelentkezésen kívül az egyöntetűség is. Az időjárás hirtelen hűvössé válását követően megnövekedett az ú. n. hüléses panaszokkal, orrgarat-hurut miatt vizsgálatra jelentkezett betegek száma. Ezek közül 19 a már említett panaszokon kívül egy- vagy kétoldali fülhasogatásról és csökkent hallásról is panaszkodott. Feltűnő volt a dobhártya kép egyöntetűsége: a dobhártya fényét megtartotta, a reflexkúp eltérést nem mutatott, a fényes hám alatt azonban a dobhártya halvány rózsaszínű és kevésbé áttűnő volt. Legnagyobb részét a hátsó-felső negyed tájékán sugaras erezettség is mutatkozott. A hallás alig csökkent. Mind a 19 betegnél a fül alatti barázdában jókora borsónyi — babnyi, igen *fájdalmas csomó* volt tapintható a beteg fül oldalán, ill. 6 esetben kétoldali folyamat folytán, mindkét oldalon. Spontán perforationa vagy paracentézisre egy esetben sem került sor. A tünetek a lymphadenitissel együtt 7—10 nap alatt eltűntek. A dobhártya-képből következtetve, a gyulladás a külső epitheliális réteget már nem érte el, a dobüregi folyamat megmaradt a hurutos gyulladás fokán, izzadmányképződésre nem került sor. E lefolyás nemcsak azt mutatja, hogy a lymphadenitis már könnyű fertőzéseknél is felléphet, hanem azt is, hogy már ilyeneknél olyan erősebb fokot érhet el (ami itt az élénk nyomásérzékenységben jutott kifejezésre), amely nem okvetlenül áll arányban a dobüregi

gyulladás enyhe fokával. Az erős érzékenység csoportos fellépése ilyen enyhe virulentiájú fertőzéssel kapcsolatban arra enged következtetnünk, hogy ebben szerepe lehet a „genius epidemicus“-nak is.

3. Heveny gennyes középfülgyulladásnál:

Természetesen ritkábban nyílik alkalom a vizsgálatra az ilyen aránylag enyhe megbetegedésekben, vagy a súlyosabbaknak esetleg hasonló képet mutató kezdeti stádiumában. A betegek legtöbbször már kifejlődött, vagy a gyulladás tetőfokán levő középfülgyulladás miatt jelentkeznek, sőt nagyon gyakran spontán perforált dobhártyával. A különböző stádiumban lévő, különböző súlyosságú és lokalizációjú dobüregi gyulladás természetesen olyan változatos és tarka képet nyújthat, a subjectiv panaszok és objectiv tünetek bő variációjával, hogy ezeknek részletekbe menő taglalása a nyirokcsomó megbetegedésekkel való összefüggésük tekintetében messzire vezetne. Általánosságban azonban észleleteimet a következőkben foglalhatom össze: a fülalatti nyirokcsomók tapintható duzzanata *a heveny gennyes középfülgyulladásoknak valamely stádiumában*, az eseteknek *csaknem fele részénél* kimutatható. A pozitív esetek nagy részében — átmenetileg vagy tartósabban — kifejezett nyomásérzékenység is észlelhető. A tünet sokszor már korán, a betegség kezdetén, máskor csak annak tetőfokán jelentkezik. Ebben az időszakban leggyakoribb a nyomásérzékenység is. Ez gyakran a fülfolyás megindulása után 1—2 nappal alábbhagyhat, vagy megszűnik s a továbbiakban a lymphadenitis enyhültebb formájaként csak a csomó tömött volta érezhető még rövidebb-hosszabb ideig. Számos esetben a duzzanat *a betegség egész tartama alatt*, néha még a dobhártya elhalványodása idején is fennáll. A tünet jelentkezése és a dobüregi gyulladás súlyossága között *szoros párhuzam nem áll fenn*. Könnyű, vagy középsúlyos, tipusos lefolyás mellett pozitív lehet, viszont észleltem néhány igen súlyos kórképet, amikor kimutatni nem lehetett. Lokalizatio szerint lényeges különbség nem igen mutatkozott, mesotympanalis folyamatnál azonban valamivel gyakrabban jelentkezett, mint az epitympanális típusú heveny gennyedéseknél. Ez utóbbiaknál számos esetben azonban makacsabban tartotta magát és néha az egész folyamatot végigkísérte a gyógyulásig, vagy — szövődmény beállta esetén — még a műtétet követően is fellelhető volt rövidebb-hosszabb időn át. A tünet jelentkezésében *a kornak* is szerepe van: csecsemők, kis gyermekek középfülgyulladásánál általában gyakrabban, korábban lép fel és hosszabban tart. De felnőttek, egészen idős egyének

középfülgyulladásának is korai és nem ritka kísérője lehet. *Spon-tán panaszokat a legrikkább esetben okoz,* a fájdalom csak a vizsgálat alkalmával, nyomásra jelentkezik. Ez azonban oly intenzív lehet, hogy felülmúlhatja a mastoiditises csont érzékenységét.

Ez volt tapasztalható egy, még utókezelés alatt álló, 59 éves férfinél, akinek mastoiditise, mint a műtétnél kiderült, főként a csecsnyúlvány csúcsában kiterjedt roncsolásra vezetett. A vizsgálat alkalmával a súlyos elváltozást magában rejtő csont részlet nyomásérzékenységét messze felülmúlta a babnyira duzzadt fülalatti nyirokcsomó fájdalomassága: ez utóbbi érintésére a beteg hangos jajgatással reagált.

E „genuin“ középfülgyulladások kapcsán — kevés számú esettől eltekintve — a viszonyok folytán rendszeres bakteriologiai vizsgálatokra nem kerülhetett sor. Ezért tehát a kísérő lymphadenitis és az egyes kórokozóféleségek közötti összefüggésre vonatkozó adataim nincsenek.

4. Fertőző betegségek kapcsán keletkezett középfülgyulladásoknál:

Leggyakrabban a *vörhenyes* középfülgennyedés okoz kifejezett és legtöbbször fájdalmas lymphadenitist, bár ez igen súlyos esetben is hiányozhat. Így egy fiatal katonánál észlelt súlyos, dobhártyanecrosissal és kiterjedt csontsequester képződéssel járó toxicus skarlát-otitissnél a betegség egész lefolyása alatt lymphadenitis nem jelentkezett.

Kanyarós középfülgyulladás szintén gyakran okoz fülalatti nyirokcsomó duzzadást. Ezt néha már a kezdeti belöveltség időszakában is észlelhettem. Legtöbbször azonban a gyulladás tetőfokán lépett fel.

Két *diphteriás* otitis mediánál, ahol a 1/2, ill. 3 éves gyermek dobüregi váladékában a diphtheria-bacillus kimutatható volt, feltűnően tömött, jókora mandulányi, élénken fájdalmas nyirokcsomó köteg töltötte ki a fülalatti barázdát. Szérum adása után a dobüregi folyamat a mirigyduzzanattal együtt rohamosan megszűnt. Egy másik esetben hasonló duzzanat keletkezett, itt azonban az alhártyás gyulladás a hallójáratra is ráterjedt s így a mirigygyulladás eredete nem volt tisztázható. Aránylag ritkán jelenkezik mirigyduzzanat a hólyagképződéssel járó típusos *influenzás* otitiseknél és *typhusnál*.

5. Szövődményeknél:

A középfülgyulladás leggyakoribb szövődménye, a *mastoditis* fellépése idején az esetek kb. egy negyedében még tapintható

nyirokesomókat sikerült kimutatnom. Ezek között voltak olyan esetek, amikor a fülfolyás már megszűnt, a perforatio záródott, viszont máskor, egyes igen bő folyás mellett fellépő mastoiditis idején, tapintható mirigy már nem volt. Ehhez hasonló észlelhető egyéb heveny szövődmények kapcsán is, mint sinus körüli gyulladás, sinus-phlebitis, sinus-thrombosis, extraduralis abscessus, meningitis. Ezek közül *leggyakrabban a sinus megbetegedései* voltak azok, amelyeknél infraauricularis lymphadenitis állott fenn. Ezirányú észleletem megegyezik *Friesner, Druss és társai* észleléseivel, akik a sinusmegbetegedésekkel kapcsolatban hívják fel a figyelmet a „gyakran tapintható állkapocs mögötti mirigy“-re.

B) Idült dobüregi folyamatoknál:

1. *Idült fülkürt-elzáródásoknál* általában tapintható mirigyeket nem találtam. Ha azonban valamely heveny kiváltó ok gyulladás tüneteire vezetett, az esetek egy részében a nyirokesomó tapinthatóvá vált.

2. *Idült gennyes középfülgyulladás:*

Hártyás szélű, centrális perforatiót mutató chronicus tubaris, mesotympanális típusú középfülgennyedéseknél *elég gyakran* találunk apró, tömött, fájdalomtalan nyirokesomókat. Ezeknek jelenléte vagy hiánya a perforatio nagyságával, vagy a váladék mennyiségével nem mutat párhuzamot. Sokszor volt alkalmam azonban észlelni heveny exacerbatioval egyidőben nemcsak a mirigyek hirtelen megduzzadását, de erősebb érzékenységét is.

Széli perforatioval járó idült csontgennyedések, cholesteatomával, vagy anélkül, csak igen ritkán mutattak pozitív nyirokesomótünetet. A heveny exacerbatio azonban már jóval gyakrabban járt lymphadenitissel.

Az a körülmény, hogy még kiterjedt dobhártya-hiányok esetén is találkozhatunk adott esetben dobüregi eredetű fülalatti lymphadenitissel, arra mutat, hogy a legalább is a széli részeken fennállott *nyirokéránustomosítókat a megmaradt dobhártyaszegély hegese*dése sem függeszti fel.

Úgy heveny, mint idült gennyes folyással járó középfül-folyamatoknál gyakran találkozunk a hallójárat bőrének a váladék maceráló hatása folytán előálló gyulladásával. A lymphadenitis dobüregi eredetének megítélése szempontjából e körülményt nem szabad figyelmen kívül hagyunk és a dobüregi eredetet csak a hallójárat-gyulladás kizárása esetén szabad felvennünk.

C) Kívülről behatoló dobüregi fertőzéseknel:

1. A dohártya sérüléseinél:

A háborús viszonyok folytán igen gyakran kerültek észlelésem alá *robbanás okozta* dohártya-repedések. Ilyen esetekben, mivel a betegek rendszerint a robbanás után rövid idővel észlelés alá kerültek és a dohártya sérülésén át a dobüreg nyálkahártyája is közvetlenül megfigyelhető volt, alkalom nyílott arra, hogy a *dobüregi nyálkahártya esetleges változásaival egyidejűleg a nyirokcsomók* magatartását is megfigyelhessem. Magának a dohártyának akár kiterjedt folytonosság-megszakításai, bevérzéseai egymagukban a kérdéses nyirokcsomókon változást nem okoztak. Ha a megnyílt dobüreg kívülről fertőződött (idegen anyag, por, piszkos vatta, víz stb. bejutása folytán), aránylag hamar mutatkoztak gyulladáso jelek a közvetlenül láthatóvá vált dobüregi nyálkahártyán. Míg fertőzés távolmaradása esetén a promontorium nyálkahártyája rendszerint halvány, vékony, sárgásan áttűnő maradt, a sérült dohártya pedig enyhe reactiv vérbőségen, esetleg a sérülés körüli bevérzéseken kívül egyéb elváltozást nem mutatott, addig a kezdődő gyulladás jeleként a promontorium néha órák alatt erősen belöveltté, nedvesen csillogóvá vált, a dohártya pedig ugyancsak gyulladásra utaló tüneteket mutatott. Ilyenkor gyakran volt alkalmam észlelni, hogy a *kezdődő heveny középfülgyulladás tejlődésével karöltve*, sőt nem ritkán a fájdalom, hyperaemia, váladék megjelenését megelőzően *már fájdalmasan megduzzadt* a fülalatti nyirokcsomók tájéka.

Vízbeesés, fürdésnél fejesugrás hasonló következményekkel járhat. Ilyen eset volt azé a fiatal útaszkatonáé, aki gyakorlat közben megszedült, a vízbe esett, eközben erős fájdalmat érzett jobbfülében. Fülcsengése és tompa hallása miatt a baleset után néhány órával vizsgálatra került. A jobb dohártyán jókora búzaszemnyi zeg-zúgos-szélű repedés, kevés friss véralvadék. A promontorium halvány. Tapintható nyirokcsomó nincs. Másnap hasogató fülfájdalmak, *enyhe pir* a promontoriumon és a dohártya szélein is. Babnyi, *fájdalmas nyirokcsomó* az állkapocs mögötti barázdában. A következő napon véres-savós váladék a dobüregben. A sérült dohártyán erős gyulladás minden tünete. A nyirokcsomó *fájdalmas duzzanata* tehát már a középfülgyulladás első jeleinél megjelent, kb. 24 órával megelőzően a középfülgyulladás teljes kifejlődését.

2. Már meglévő dohártya-perforatio természetesen előzetes sérülés nélkül is lehetővé teszi a dobüreg hasonló módon való fertőződését, s ezzel kapcsolatban egyben a dobüreg belsejének megfigyelését, a nyirokcsomótünettől való összefüggés tekintetében.

Igy pl.: 16 éves diák, aki vizipólozás közben, bár tudta, hogy kiskora óta bal dohártyája lyukas, védődugasz nélkül víz alá merült. Egy óra múlva jelentkezik fülcsengés és teltség-érzés panaszával. A lencsényi centrális perforatit

mutató heges dobhártya és a promontorium nyálkahártyája gyulladásos jeleket nem mutat. Tapintható nyirokcsomó nincs. Ellenőrzés céljából másnap jelentkezik. Ekkor a *promontorium* nyálkahártyáján *cnyhe vérbőséget*, a fül alatt babnyi *igen érzékeny nyirokcsomót talaltam*. Panaszai nem fokozódtak, spontán fájdalom nincs. Harmadnap azzal jelentkezik, hogy egész éjszaka nem aludt hasogató fülfájdalmi miatt, reggel óta váladék szivárog a füléből. A vizsgálat teljesen kifejlődött középfülgyulladást állapít meg. Nyilvánvaló tehát, hogy a nyirokcsomó megduzzadása már az első, újabb panaszokat még nem is okozó, *kezdeti* dobüregi gyulladás tünetei idején megjelent, mintegy előfutaraként a másnapra kirobbant gennyes otitisnek.

Mindezekben az esetekben a diagnosis felállításánál a mirigyduzzanat alárendelt szerepet játszott, mert hiszen a felsorolt különböző dobüregi folyamatok jellemző tünetei előbb utóbb kifejlődtek és e főtünetek mellett a nyirokcsomógyulladás, annál is inkább, mivel külön panaszokat rendszerint nem okoz, csak kísérő, mellékes tünetként szerepelt. Szükségesnek látszott azonban ezirányú megfigyeléseimet manifest esetek kapcsán is ismertetni annak tanulmányozása céljából, hogy az egyes középfül betegségek s azoknak is egyes stádiumai milyen összefüggést mutatnak e tünettől. Ennek ismerete ugyanis segítségünkre lehet olyan körülmények között, amikor a középfülgyulladás felismerésénél *diagnostikai nehézségek merülnek fel*.

30 éves férfi, akinek veleszületett jobboldali külső *hallójárat-atresia*ja volt, hetek óta egyre fokozódó jobb fül-tájéki, az egész koponyafélre kisugárzó, töként éjjel jelentkező fejfájások miatt jelentkezett a klinikán. Néhány év előtt a jobb fülkagyló mögött fellépett tályog miatt bemetszést végeztek, mely hosszas kezelésre hegesen gyógyult. Állítása szerint jobb fülére sohasem hallott. Jelen panaszai néhány nap óta erősen fokozódtak, lázas lett. A dobhártya-képből ebben az esetben természetesen tájékozódni nem lehetett. Abból azonban, hogy jobb oldalon, (ha erősen csökkent mértékben is), hallás kimutatható volt, arra lehetett következtetni, hogy az illetőnek dobürege és működésképes belső füle van. A fül mögötti heg környékének érzékenységből és a babnyi *fájdalmas fülalatti nyirokcsomóból* pedig arra, hogy a tüneteket rejtett helyzetben lévő középfül-folyamat okozza. A Röntgen-vizsgálat nagy kiterjedésű csontdefectust mutatott, a műtét pedig a dobüregből kiindult, a tegment és a sinuslemez utazáló, genyenes szétesésben lévő cholesteatomát, perisinuális és extradurális tályogot állapított meg. A szűk, de meglévő csontos hallójáratot tömör kötőszövetes köteg töltötte ki, mely szemmel látható gyulladás jeleit nem mutatta. A *nyirokcsomó fájdalmas duzzadása tehát a dobüregből kiindult cholesteatomás csontfolyamat heveny exacerbatioját jelezte, egyúttal mutatva azt is, hogy a dobüreg és a fülalatti mirigyek közti nyirokösszeköttetés még ilyen fejlődési rendellenesség esetén is fennállhat*. A radicalis műtét és a hallójárat plasticai kiképzése után a beteg gyógyult.

Hasonlóképpen a fájdalmas mirigyduzzanat segített hozzá a heveny középfülgyulladás felismeréséhez annak az 51 éves katonazenekari kürtőnek az esetében, aki jobb oldali heves fülfájdalmak miatt jelentkezett vizsgálatra. A dobhártyát csaknem teljesen eltakaró *exostosis* a pontosabb vizsgálatot lehetetlenné

tette. Komplikálta a helyzetet, hogy a hallásvizsgálat sem nyújtott felvilágosítást, minthogy állítása szerint jobb fülére évtizedek óta rosszul hall. Maga a hallójárat és az exostosis fedő bőr épnék látszott. Ezért a fájdalmas nyirokcsomó duzzanatot középfül-credetűnek tekintettük. Az úgyszólván látatlanban, nehezen keresztülvihető paracentézis e feltevést igazolta.

Egy motorkerékpár-baleset folytán kórházba került tizedesnél agyrázkódás, egyéb testrészeken lévő zúzódás és feltehetőleg sziklacsontrepedés következményeként b. o. zárt dobüregi vérömleny volt megállapítható. Több napig tartó láztalan állapot után, hirtelen 39 fokos láz lépett fel. Ennek oka nem lévén kimutatható, újabb fülvizsgálatra került. A kékesfeketén áttűnő dobhártyái az előző lelethez képest lényeges változás nincs. Fülpanaszai sem fokozódtak. Egy jókora babnyi, *igen érzékeny fülalatti nyirokcsomó* azonban kezdődő dobüregi fertőzés gyanúját keltette. 24 óra múlva — egyidejű fájdalmak fellépése mellett — a dobhártya kékesfekete színe sárgásba ment át. A kiadós paracentézisre a vérömleny elgennyedése folytán előállott bő, gennyes folyás következett be.

Míg a felsoroltakhoz hasonló diagnostikai nehézségek aránylag ritkán adódnak elő, sokkal gyakrabban fordulnak elő ilyenek akkor, ha magából a betegség természetéből következőleg a tünetek nem manifestálódnak, vagy atypusosak, ugyanakkor azonban a velük járó következmények, illetőleg szövődmények az egész szervezet szemponjából gyakran igen súlyos veszélyt jelentenek. Az ú. n. *latens otitisek* csoportjáról van itt szó. E lappangó középfülgulladások korai felismerésének nagy jelentősége, különösen a csecsemőkorban, egyformán ismeretes úgy a csecsemő-, mint a fülorvosok előtt. A kórforma fogalomkörének első tüzetesebb meghatározója, *Alexander*, a latens otitis media határozatlan lokális tüneteinek felsorolása kapcsán a fültájék érintésére, vagy a fülkagyló mozgatására jelentkező fájdalommasságot, az arckifejezés megváltozását, a dobhártya borússágát említi, mint olyan tüneteket, amelyek a középfülben rejtőző gyulladással gócba irányíthatják figyelmünket. Feltűnő, hogy olyan kiváló észlelő, mint ő, sem tesz említést a *fülalatti nyirokcsomók általam megfigyelt tünetéről*, ami *pedig tapasztalatom szerint a csecsemőkori lappangó otitisek jelentős részénél megtalálható*. Több éven át tett megfigyeléseim szerint e tünet *érzékeny indikátorként* mutatkozhat már enyhe, vagy csak kezdeti stádiumban lévő dobüregi folyamatoknál is, tehát könnyen elképzelhető, hogy olyankor is, *amikor a dobhártya nem tükrözi hűven a mélyben lejátszódó folyamatot* (ennek számos okát illetőleg az ezirányú irodalomra kell utalnom), a mélyben de facto mégis meglévő fertőzés a *nyirokutakon át a fülalatti mirigyekre ráterjedhet*. A tünet jelentősége éppen ezekben az esetekben *domborodik ki*, mert minél szegényesebb formában jelentkezik valamely folyamat, annál inkább kell számba venni minden fellelhető, mégoly szerény útbaigazítást is. *Az ilyen szempontok szerint értékelt mirigy*

megnagyobbodás volt számos latens csecsemőkori otitisnél az egyetlen objectív lokális tünet, mely figyelmünket a mélyben lévő rejtett góc lehetőségére felhívta. Az észlelt esetek nagyobb részében a bizonytalan dobhártyalelet mellett elvégzett paracentézis nyomán a halvány dobhártya mögül váladék buggyant elő. Másik, mindenestre kisebb számú, volt az a csoport, ahol a paracentézis sem eredményezett váladékot, de cserben hagyott a legtöbb fülorvos által ismert tünet is, melyre legutóbb *Surján* újólaj felhívja a figyelmet, t. i. az, hogy a bemetszés pillanatában az a benyomásunk, mintha puha, kocsonyás anyagba metszenénk. A duzzadt nyirokcsomó azonban egyes esetekben ilyenkor is útbaigazított. Ilyen volt pld. az elmúlt év folyamán észlelt 11 hónapos csecsemő esete, aki lázas állapot, hasmenés, rohamos súlyesés miatt került a gyermek-klinikára. Az egyre súlyosbodó kórkép parenteralis góc okozta intoxicatióra mutatott. A fülészeti vizsgálat mindkét oldalt ép hallójáratot, enyhén behúzódot, kissé borúsabb, de halvány dobhártyákat mutatott. *A bal fülcimpa alatt babnyi, nyomásérzékeny nyirokcsomó.* Mindkét oldali paracentézis: váladék nem ürül. A láz, súlyesés tovább tart. A két nap mulva megismételt paracentézis sem nyújt felvilágosítást. Antrotomiára határozzuk magunkat. *A megnagyobbodott mirigy oldalán, a baj antrumban és annak közvetlen környezetében levő elég jól fejlett cellulákban tejjelsűrű gennyet találunk.* Nehogy a súlyos betegnél esetleg fertőzött gócot hagyjunk vissza, a mirigytünetet nem mutató jobb oldalon is antrotomia: a már eléggé fejlett cellularendszer és az antrum teljesen ép. A láz rohamosan csökken, a súly gyorsan emelkedő görbét mutat, a bélzavarok eltűnnek. Normális sebgyógyulás mellett az addig súlyosan atrophias csecsemő szemlátomást virulásnak indul. Ebben az esetben tehát a baloldali *mirigyduzzanat volt úgyszólván az egyetlen objectív lokális jel, mely középfülmegbetegedésre mutatott.* Jobboldalon a mirigyduzzanat hiányzott, itt a feltárt csontban gyulladás nem mutatkozott.

Egy másik közleményben ismertettem négy olyan felnőttkori latens otitis media kapcsán kifejlődött sinuskörüli gyulladást, amelyeknél a dobhártya nem mutatott számbavehető elváltozást, a paracentézis, a hallásvizsgálat sem adott útbaigazítást, mind a négy esetben azonban egy-egy *babnyi érzékeny fülszárti nyirokcsomó* volt az egyetlen objectív tünet kezdettől fogva, amely a kezdeti fülfájdalmak, majd az ezt felváltó egyre fokozódó éjszakai fejfájások középfül eredetére mutatott. A tünet hetekkel megelőzte a későbbi stádiumban fellépett másik objectív jelt, a *Gr. v. Singer*-féle tünetet. A műtét mind a négy esetben a megnagyobbodott mirigy

oldalán kifejezett sinus körüli gyulladást, egy esetben már kialakult tályogot derített fel. A középfül üregekben váladék nem volt, a csontszerkezet szövettanilag is épnek bizonyult, csupán a sinus középső szakaszának azonos helyét borító csontlemezen mutatkozott a csonterecskék mentén *periphlebitis*. Ennek közvetítésével jutott a dobüregi nyálkahártya fertőzése a sinus falára. Ez utóbbi esetek is bizonyítékai annak, hogy *szabad szemmel nem is látható gyulladással járó folyamatok is már korán kiválthatják és heteken át fenntarthatják a pozitív nyirokcsomótünetet*. Ugyanczen négy eset további érdekessége volt annak kimutatása, hogy a dobüreg, ill. antrum nyálkahártyája és a sinusfal középső szakaszának babnyi területe között állandó, praeformált finom érösszeköttetés áll fenn.

Egy jelenleg még kezelés alatt álló, 50 éves nőbetegünkénél néhány napig tartó csekély b. o. fülfolyás után visszamaradt, 6 héten keresztül tartó b. o. fültáji teltség-érzés, csökkent hallás és lassan fokozódó féloldali fejfájások egész ideje alatt *kisbabnyi érzékeny nyirokcsomó* volt érezhető a fül alatt. A dobhártyalelet nehezen volt értékesíthető a hét év előtt kiállott súlyos és később mastoiditisre vezető középfülgyulladásból visszamaradt durva hegesedés miatt. Ugyanezért a hallásesökkenés sem volt kellően értékelhető. Mindamélt a *koponyaüregi szövődmény gyanúját keltő féloldali fejfájások tünete az érzékeny nyirokcsomó valószínűvé tette*. A már egyszer operált csont Röntgen-felvétele, a fehérvérsejtszám, a láztalan állapot sem igazított útba. Végül a régi műtéti heg környéke is nyomásérzékennyé vált. Műtétnél a bőrheggel összenőtt pergamentvékony sinuslemez, ez alatt babnyi területen *a sinusfalon durva gyulladással járó sarjakat* találtam. Az antrumban, vagy a közbeeső csontban genny nem volt. Ez esetben is a koponyaüregi szövődmény alattomos fejlődése alatt hosszabb időn keresztül a nyirokcsomó-érzékenység mutatta, hogy a középfülgyulladás nem zajlott le és akörül valami nincs rendben.

Segítségünkre lehet a tünet kimutatása atypusos vagy latens folyamat kapcsán fellépett fülfájdalmak és a fülre lokalizált, de nem a fül megbetegedésével kapcsolatos fájdalmak, *otalgiák*, elkülönítésében. Ilyenkor egyrészt ki kell mutatnunk valamely megbetegedést azokon a területeken, amelyek a fülbe kisugárzó fájdalmak szempontjából szóba jöhetnek, tehát a n. trigeminus, a n. laryngeus sup, a plexus pharyngeus, esetleg a plexus cervic, beidegezte területeken, másrészt ki kell zárnunk valamely fájdalmas fülbetegséget. Az otalgia okát azonban nem mindig könnyű felfedezni. A mirigyduzzanat hiánya nem szól ugyan fülbetegség ellen, jelenléte azonban a fülbetegség felismerését s így figyelmünknek mégis a fülre irányítását megkönnyíti.

Példaképpen megemlíthetem annak a 37 éves tisztviselőnőnek esetét, aki évek óta szenved úgyszólván állandó jellegű, égető, hasogató, a jobb fülre lokalizált fájdalmakban. Emiatt évek előtt manduláit eltávolították. Panaszai miatt gyakran jelentkezett vizsgálatra, de a fül részéről sem látható elváltozást, sem

functiozavart kimutatni nem sikerült. Teljes belgyógyászati, ideggyógyászati, koponya Röntgen-vizsgálat: negatív. Így a kétségtelenül neurastheniás betegnél meg kellett elégednünk a neurastheniás, esetleg neuralgiás alapon fennálló „otalgia“ nem sokat mondó diagnózisával. Egy ízben amiatt keresett fel, hogy pár nap előtt kezdődött náthájához jobboldali fülzúgás és halláscsökkenés társult, fájdalmai pedig azóta erősen fokozódtak. Typusos heveny jobboldali hurutos középfülgyulladás összes jelei mutatkoztak, *borsónyi fülalatti fájdalmas nyirokcsomóduzzanattal*. Megfelelő kezelésre egy hét alatt a lobos tünetek s a hallászavar megszűnésével együtt a mirigytünet is eltűnt, fájdalmai pedig az eredeti mértékre csökkentek. Hónapokkal később bordaközi neuralgiára emlékeztető fájdalmak miatt újra teljes kivizsgálásra került, melyhez a gerincoszlopról készített Röntgen-felvétel is hozzátartozott. Ez egyes háti csigolyák, kisebb mértékben pedig egyes nyakcsigolyák spondylosisra utaló elváltozását mutatta. Hónapokig tartó kezelése egy budapesti rheuma-osztályon összes panaszainak, így fülpanaszainak is, lényeges enyhülését eredményezte. Ez esetben tehát nyilvánvalóan a plexus cervicalis területéről a fülbe kisugárzó fájdalomról, otagiáról volt szó. Abban az időben pedig, mikor fülpanaszainak lokális oka is megvolt, ennek objectív tünetei között a mirigytünet is jelentkezett.

A középfül megbetegedései szempontjából kisebb jelentőségűek a *fül mögötti* nyirokcsomók. Ezek elsősorban szintén a külső fül megbetegedéseinél bírnak jelentőséggel, középfülgyulladás kapcsán rendszerint csak olyankor nagyobbodnak meg, ha az alapbetegség keringési területükre is ráterjed (pl. mastoiditis-nél). Néhány esetben azonban, főleg gyermekeknél, úgy manifeszt, mint latens otitis folyamán fájdalmas megnagyobbodásuk volt észlelhető a nélkül, hogy a dobüregi folyamaton kívül egyéb kimutatható ok a környezetben lett volna. Latens módon fejlődött sinuskörűli gyulladás folyamán egy férfibetegnél is megnagyobbodott fájdalmas nyirokcsomókat találtam a proc. mastoideus területén, egyidejűleg az infraauricularis mirigytünettel. Úgy ennél a betegnél, mint két csecsemőnél műtét alkalmával az elváltozott nyirokcsomók megvizsgálására alkalom nyílt. Borsónyi, kisbabnyi nagyságúak, vizenyösen beivódottak, erősen vérbővek, némelyikük kissé szederjesen elszíneződött volt. A fülalatti nyirokcsomók a szokványos műtégi területbe nem esnek bele általában, ezért közvetlen megvizsgálásuk nem állt módomban. Mivel a mirigyduzzanat mindkét helyen külső vizsgálat alkalmával, kb. azonos tulajdonságokat mutat, feltehető, hogy lymphadenitis esetében az állkapocsmögötti árok nyirokcsomói is hasonló elváltozást szenvednek. A fülalatti nyirokcsomók duzzanatával egyidejűleg az ún. *angularis nyirokcsomó* fájdalmas duzzanatát is észleltem több olyan esetben, amikor erre más okot, mint a középfülben székelő folyamatot nem találtam. E nyirokcsomó megnagyobbodása középfül-eredetűnek csak akkor fogható fel, ha nemcsak mindazokat az okokat kizárhatjuk, melyeket a fülalattiaknál ki kell zárunk, hanem számba kell vennünk, hogy e csomóhoz ágak jöhetnek a submandibularis nyirokcsomóktól is, tehát kizárandók az e csoport keringéséhez tartozó területek (szájüreg, mandulák stb.) gyulladásai is. Ha ez sikerül, a lymphadenitis középfül-eredetűnek tartható, hiszen e csoport az infraauricularis nyirokcsomók második etappját képviseli. Izolált angularis csomónagyobbodás infraauricularis csomónagyobbodás nélkül nem minősíthető biztossággal középfül-eredetűnek.

ÖSSZEFOGLALÁS.

A fültájék 3 csoportban elhelyezkedő nyirokcsomói elsősorban a külső fül és a fej szomszédos területeinek nyirokkeringéséhez tartoznak. Ezért elsősorban e területek gyulladásainál szenvedhetnek gyulladáshoz elváltozást (lymphadenitis). A dobüreghez való különleges viszonya folytán, ami a dobüregi nyirokplexussal való anastomosison alapszik, részben más megítélés alá esik az *infra-auricularis nyirokcsomó-csoport*. Vizsgálataim azt mutatták, hogy e fülalatti csomók gyakran megnagyobbodnak és fájdalmassá válnak a *középfül* különböző típusu gyulladásainál is. *Ezért e nyirokcsomók duzzanatát a középfül gyulladással megbetegedéseinél gyakori kísérő tünetnek kell tekintenünk*. Ennek dobüregi eredete azonban csak akkor vehető fel, ha kizárható a külső fül és környékének gyulladása és természetesen minden olyan más általános megbetegedés is, amely nyirokcsomó-duzzanatokkal járhat (leukaemia, lymphogranulomatosis, lues, tbc. stb.) Ha mindezek kizárhatók, a pozitív tünet dobüregi gyulladásra utal, míg hiánya természetesen nem szól az ellen.

A tünet *főképpen heveny gyulladással* dobüregi folyamatok kapcsán gyakori, de kisebb számban idült eseteknél is mutatkozhat, különösen ezeknek heveny kiújulásos időszakában.

Felléphet már *könnyű fertőzések* kapcsán, vagy a súlyosabbaknak *már kezdeti fokán* is, a kezdeti dobhártya- és dobüregi nyálkahártya-elváltozásokkal egyidőben, sőt azokat néha meg is előzve. Ezek szerint *a fülalatti lymphadenitis a középfülgulladás igen korai, sőt bevezető objectív tünete lehet*. Jelenléte, vagy hiánya és a középfülfolyamat súlyossága között szoros párhuzam nem áll fenn: enyhe tünetek mellett fennálhat, néha igen súlyos elváltozásoknál hiányozhat.

A nyirokcsomógyulladás *időtartama* igen változatos lehet: néha csak a középfülgulladás tetőfokán észlelhető néhány napig, máskor már kezdettől fogva kimutatható az alapbetegség egész tartama alatt, heteken keresztül.

A dobüreg fertőzésének *módja a tünet jelentkezése* tekintetében lényeges különbséget nem jelent: ez egyaránt pozitív lehet ú. n. tractus- (tubaris) fertőzéseknél, mint kívülről (dobhártyasérülésen, meglévő perforation keresztül) behatoló fertőzéseknél. Biztosan kimutatható haematogen fertőzés és mirigytünet közti összefüggésre vonatkozó észleleteim nincsenek.

A tünet *diagnostikai jelentősége* különböző aszerint, hogy a dobüregi alapfolyamat milyen formában jelentkezik:

Ha a középfülgyulladás typosus tüneteket mutat (manifest otitis), a pozitív tünet kisebb jelentőségű, mert egyrészt a diagnózis megállapításához eíég egyéb tünet áll rendelkezésünkre, másrészt maga a lymphadenitis külön spontán panaszokat nem igen okoz és külön szövödmények fellépésére (pl. tályog) ritkán kerül sor.

Fontossága olyankor domborodik ki, amikor a dobüregi folyamat felismerését különböző okok megnehezítik. Ilyen legelsősorban és leggyakrabban az otitis media *latens* jellege. Megfigyelésem szerint elsősorban csecsemőkori, de felnőttkori *latens otitiseknél* is, gyakran *ügyszólván az egyetlen kézzelfogható lokális tünet* lehet a fülalatti nyirokcsomók fájdalmas megnagyobbodása, *mely hosszabb időn át jelzi, hogy a mélyben valamely gyulladós góc lappang.* Gyakran a tünet még a szövödmények (mastoiditis, extraduralis, perisinualis abscessus, sinus-thrombosis, meningitis, agytályog) fellépése idején is fennáll. Ha ezek latens módon fejlődnek ki, a velük kapcsolatos bizonytalan panaszok eredetének eldöntését, figyelmünknek a középfülre irányításával, megkönnyíti. Különösen gyakran mutatható ki sinusmegbetegedések kapcsán. A tünet megbízhatóságát számos esetben a további lefolyás megfigyelése, vagy az elvégzett műtét lelete igazolta.

Egyéb, ritkábban előforduló, diagnostikai nehézségeket támasztó okok esetén is nagy segítségünkre lehet a fülalatti nyirokcsomógyulladás tünete. Ilyenek pl. a külső hallójárat atresiája, exostosisok, dobhártyahegesedések, dobüri vérömleny.

Felhasználható a tünet bizonytalan eredetű fülfájdalmaknál, amikor más területről kisugárzó fájdalom (otalgia) vagy valódi füleredetű fájdalom elkülönítéséről van szó.

ZUSAMMENFASSUNG.

In fast 3400 Fällen von Mittelohrentzündungen verschiedener Art untersuchte der Verfasser den Zusammenhang der Otitis media mit dem Verhalten der regionären Lymphdrüsen. Die mit der Trommelhöhle bestehenden Gefässanastomosen geben häufig Anlass zur Entzündungen der infraauriculären Lymphdrüsen bei Entzündungen der Trommelhöhle. Die schmerzhaftige Schwellung zwischen aufsteigendem Aste der Mandibula und Sternocleidomastoideus begleiten häufig die beginnende Entzündung des Mittelohres. Dieses Symptom wird in der Hälfte der akuten Stadien, auch bei milden Erkrankungen vorgefunden. Es hat eine besondere Bedeutung bei latenter Erkrankungen der Säuglingen und Erwachsenen. oder wenn andersartige Veränderungen die Diagnose erschweren

(Atresie des äusseren Gehörganges, Exostosen, Vernarbung des Trommelfelles, Haemotympanon usw.). Das Symptom kann auch zur Zeit der Komplikationen vorhanden sein. Es ist besonders häufig bei Erkrankungen des Sinus. Seine Bedeutung besteht also hauptsächlich in der frühen Erkennung von endokranielen, latent verlaufenden Komplikationen.

SUMMARY.

In nearly 3400 cases of different types of otitis media the relation between otitis and regional lymphadenitis has been studied. Because of vascular anastomoses of lymphatic vessels the infraauricular lymphatic glands are often affected in cases of infection of tympanic cavity. In the sulcus between the branch of the mandible and the sternocleidomastoid muscle one often can palpate swollen glands as early evidence of infection of the tympanic cavity. They are present in acute and even in mild cases at least in 50% of cases. The author contributes particular importance to this sign in latent cases of children and adults or in the presence of alterations rendering more difficult diagnosis (atresy of the external auditory meatus, exostoses, scars of tympanic membrane, haemotympanon) and in differentiating otalgies. This sign may be present even at the time of complications. It is common in diseases of the sinus. It is chiefly significant in diagnosis of latently beginning endocranial complications.

Irodalom :

1. *Alexander*: Zschr. f. H. N. Ohrenheilk. **14 B.** (1926).
2. *Csapó*: O. H. **1936.**
3. *Friesner, Druss, Goldman, Rosenwasser*: Ref. Zbl. f. H. N. O. **31.** (1939).
4. *György*: O. H. **1936.**
5. *Most*: Der Lymphgefässapparat d. Kopfes etc. (Katz—Blumenfeld: Handb. d. spez. Chir. d. Ohres **I. 1.**)
6. *Raubcr—Kopsch*: Lehrb. d. Anatomie **1943.**
7. *Surján*: Orv. Lapja **III. 10.** (1947).