

A



KÖZLEMÉNYEIBOL

---

Különlenyomat az 1935. áprilisi számából.

---

## A GYAKORLÓ ORVOS SZEMPONTJÁBÓL FONTOS VÉRBETEGSÉGEKRŐL \*)

Írta :

Dr. ENGEL RUDOLF egyetemi c. rk. tanár

---

\*) A kecskeméti orvosszövetség 1935. március 16-i ülésén tartott előadás.

---

Tip. „VICTORIA“ könyvnyomda Cluj, Str. Vlahuța No. 3.



Régi tapasztalat, hogy az orvostudományban, — mint majd mindenben az életben — divatok uralkodnak. Divatok, melyek sokszor indokolatlanul, sokszor a fennforgó körülmények hatása alatt egy-egy tárgykört, egy irányzatot az érdeklődés középpontjába állítanak, hosszabb rövidebb idő múlva pedig újabb divatáramlatnak adva helyet, megszűnnek. A divat e szeszélyes változásának jelentőségét nem szabad azonban lebecsülnünk az orvostudomány fejlődése szempontjából, mert kétségtelen, hogy az az általános érdeklődés, mely minden ily módon fölszínre jutó kérdést kísér, a kialakuló széleskörű viták és megbeszélések sok maradandót is produkálnak, sok abszolút értékű eredményre vezetnek, melyek így dacolva a divat szeszélyes változásával, gazdagítják tudományunknak kincstárát.

Ha azt nézzük, hogy az 1920-as évtized folyamán melyik volt a legáltalánosabb elterjedést nyert divatáramlat, úgy kétségtelen, hogy a haematológiát kell annak tartanunk. Mi, kik átéltük klinikai szolgálatban ezt az időszakot, még az indító okait is megtudjuk határozni annak, hogy mi indította a belgyógyászati diagnostikának éppen ezt a részét oly feltűnő fejlődésnek. A háborút követő súlyos gazdasági válság világszerte megnehezítve a költséges kísérletes kutató munkásságot, előtérbe állította a beteggel való közvetlen foglalkozást, a betegágnál végzett egyszerűbb laboratoriumi vizsgálatokat s így terelte rá a figyelmet a minden költséges technikai felszerelés nélkül művelhető haematologiai vizsgálatokra, melyeknek annak idején *Arnth* nem tudott ily széleskörű elterjedést biztosítani.

A haematologia divatja jórészt lezajlott már. Ezen előadásomban néhány év távlatából kritikus szemmel tekintve vissza rá, szeretnék rövid vázlatot adni azon eredményeiről, melyek kiállva a

ivat válságát, úgy látszik, maradandó értéket képviselnek s így a mindennapi orvosi gyakorlat szempontjából is jelentőséggel bírnak. Előre kell bocsátanom, hogy nincs szándékomban kitérni a haematologia legtöbbit vitatott és hosszasan legnagyobb jelentőségűnek tartott kérdésére, az *Arneth-Schilling*-féle kvalitatív vérkép diagnosztikai értékére. Annak dacára, hogy ennek körjelző, sokszor elkülönítő körjelző jelentőségét ma mindenki elismeri, mégsem váltotta be ez az eljárás a kezdetben hozzáfűzött nagy reményeket, nem vált be, mint megbízható indicatora a szervezet reakcióképességének minden körülmények között, s ma vele szemben is érvényesül teljes joggal az „unum symptoma nullum symptoma“ kritikai elve. Előadásom célja inkább az, hogy azon jórészt önálló kórképeket ismertessem, melyekre vonatkozólag a haematologia fejlődése újabb adatokat szolgáltatott.

Első helyen kell itt említenem a különböző eredetű *anaemiákat*. Alig van diagnosisunk, mely oly gyakran hangzana el az orvosi rendelőórákon, mint a „vérszegénység“, s hozzá tehetjük azonnal, hogy igen gyakran minden kellő alap nélkül. Nem szabad megfélekednünk arról, hogy a bőr színe, annak halványsága, sokkal inkább a bőr vérellátásával, így elsősorban az angioneurotikus, tehát vegetatív beidegzéssel van összefüggésben, mint a vér vérfesték, illetőleg vörösvértest tartalmával. Igen nagy számban találkozhatánk ily betegekkel, kiknél a bőr feltűnő halványsága, hűvös tapintata mellett még anaemiára utaló panaszokat is találunk, mint fáradékonyságot, szédülést, étvágytalanságot, stb., s ennek dacára teljesen normális képet ad a vérnek úgy mennyileges, mint minőleges vizsgálata. Ezek a betegek rendszeren negatív stigmatizáltságot mutató, neuropathiás egyének, kiknél a legkülönbözőbb panaszok ideges alkatukra vezetendők vissza, s akiknél ugyanezen alapon áll fenn a bőr hiányos vérellátása s így az anaemiát utánzó sápadtság. Gyakran figyelmeztet minket erre a látható nyálkahártyáknak a bőrszínhez viszonyítottan piros színe, jó vérellátása. Ha erre nem vagyunk tekintettel s kellő haematologiai vizsgálat nélkül kimondjuk a vérszegénység kór-

jelzését. betegeink heteken és hónapokon át fogják szedni a különböző vas-arsen készítmények nagy tömegét minden haszon nélkül. Egyik oka ez annak, hogy e készítmények ma a közönség előtt jórészt hitelüket veszítették.

Azok az eseteink, hol az anaemia kórjelzését joggal állithatjuk föl, jórészt a *hypochrom anaemiák* közé tartoznak, ahol tehát a vérfesték csökkenése relative nagyobb, mint a vértesteké, röviden kifejezve, hol a festődési index kisebb 1-nél. Régebben előszeretettel használták e kórkép megjelölésére a másodlagos, sekundär anaemia kifejezést, már ezzel is ki akarván fejezni azt, hogy nem önálló vérbetegséggel állunk szemben, hanem valamely más elsődleges bántalom következményeként fejlődött ki az anaemiás állapot. Magától értetődik, hogy kórjelzésünknel nem szabad így megállanunk a vérszegénység felvételénél, hanem meg kell állapítanunk magát az alapbántalmat s gyógykezelésünk is elsősorban az ellen kell irányuljon. Nehéz lenne felsorolni mindazokat a betegségeket, melyek ily hypochrom anaemiához vezethetnek. A legkülönbözőbb eredetű heveny, vagy idült vérzéssel járó betegségek, kezdve a traumás vérzésektől, a gyomor-bélhuzamból eredő, sokszor csak vegyileg kimutatható vérzéseken át egész a nők genitális eredetű vérzéseiig, minden lehetőséggel számolnunk kell. De találhatunk ily vérszegénységet súlyosabb fertőbántalmak lefolyása után, okozhatják bélférgek, idült mérgezések, elsősorban ólom mérgezés, de pl. idült morphinizmus is, idült fertőző bántalmak közül tüdőtuberculosisnak sokszor első általános tünete, luesnél igen gyakori, idült súlyos gyomor-bélhurut, vesebaj, májcirrhosis, rosszindulatu daganatok, leukaemia, pseudo-leukaemia mind járhatnak akár igen kifejezett, súlyos hypochrom anaemiával. Az orvos sokszor esik abba a hibába, hogy félrevezetteti magát a beteg panaszai által, melyek elsősorban anaemiájára utalnak s elmulasztja az alapbántalom kutatását és kezelését. Szabály kell legyen így minden esetben, hogy a hypochrom, sekundär anaemia megállapítása csak első lépés legyen, melyet lehetőleg kövessen az ok tisztázása.

Nagy tévedés azonban azt hinni, hogy mind e betegségeknel az anaemia kezelése elhanyagolható, elegendő az alpbántalommal foglalkozni, mert ennek gyógyításával a vérszegénység is javulni fog. Éppen az ellenkezőjét tapasztaljuk: kifejezett anaemia mellett, még ha módunkban is áll alpbántalmat specifikusan gyógykezelti, jó eredményt csak akkor fogunk elérhetni, ha egyidejűleg vérszegénysége ellen is beavatkozunk. *Schottmüller* hívta fel a figyelmet arra, hogy minden kezeléssel dacoló idült vastagbélhurutok gyógyulásra birhatók a kísértő súlyos vérszegénység kezelésével s azóta nagy jelentősége van az idült colitis therapiájában a nagy, napi 2—3 gr.-os adagban adott ferrum hydrogenio reductumnak. *Naegeli* hangsulyozza, hogy nők hosszantartó, minden különösebb ok nélkül fennálló, így valószínűleg belső secretios alpra visszavezetendő genitális vézesei igen jól befolyásolható hasonló adagban adott vas kezeléssel.

A hypochrom anaemiák sorában különálló helyet foglal el a *chlorosis*, melynel a vér lelete a vértetek egész kistoku csökkenése mellett a vérfesték jelentős megfogyását mutatja. Megjelenésében igen typosos kórkép, mely gyakran kimutatható hereditás mellett a pubertás korában lép föl, rendszeren jól fejlett és táplált, gyakran virilis testalkatu és csontrendszerű leányokat támad meg, kiknél a bőr pigmenthiánya, sokszor alabástrom fehér volta feltűnő. Rendés tünetét képezik menstruatios zavarok, gyakrabban a vézés hiánya, vagy igen csekély volta. A chlorosis, mely a mult század utolsó évtizedeiben a leggyakrabban előforduló s így gyakorlati szempontból talán a legfontosabb vérbetegség volt, ma — sokak szerint, egy kiveszőben levő bántalom. Mig néhány évtizeddel ezelőtt egy-egy leányiskolában, főleg internatusokban a tanulók harmada, sokszor fele szenvedett chlorosisban, ma évek telnek el, mig egy kétségtelen, haematologiai vizsgálattal is igazolható esetet észlelhetünk. A chlorosisnak gyéribb előfordulása kétségtelenül több okra vezethető vissza. Főltétlenül nagy jele (ge van e téren a modern nőnevelésnek, mely a maga szabadabb szellemé-

vel, a sportnak, szabad levegőn való tartózkodásnak térfoglalásával föltétlenül nagy haladást jelent a múlt század végi, a serdülő lányokat szinte zárdái, zárt életre kényszerítő mentalitással szemben. *Naegeli* azonban más okát is látja a chlorosis el-tünésének. Ez a betegség, mely főleg a városi lakóság köreiben, s itt is elsősorban az intelligens középosztály lányai között volt elterjedve, egyike a legjobban befolyásolható vérbetegségeknek, mely-nél szinte kórjelző értéke van a vaskezelésre be-következő gyors javulásnak. Természetes így, hogy a bántalomnak e jól befolyásolhatósága nemcsak az orvosok, de a laikusok előtt is közismert s így nagy tere nyílik itt a közkézen forgó legkülönbö-zőbb vaskészítmények orvosi rendelet nélküli, mint-egy háziszerként való alkalmazásának. Alig kerül-manapság elénk oly serdülő korban levő leány, kinél nem végeztek volna még ily módon vaske-zelést. Hogy az enyhébb chlorosis esetek így min-den orvosi vizsgálat nélkül is gyógyulnak, az két-ségtelen; s manapság arra kell számítanunk, hogy csak a súlyosabb, vaskezelésre rosszul reagáló s így általában rosszabb prognosist nyújtó esetek fognak észlelésünk alá kerülni.

A haematologiai vizsgálatok szélesebb körű elterjedése fölhevít azonban figyelmünket a chlo-rosisnak egy atypusos, de — úgylátszik, — elég gyakori megjelenési alakjára, az u. n. *késői chlo-rosisra*. Rendszeren nem elsődlegesen fordul elő, hanem oly nőknél, kiknél a kórelőzmény gondos fölvételével ki lehet mutatni, hogy a serdülés ko-rában szenvedtek már, ha enyhén is, chlorosisban. E nők, kiknél a betegség testi tünetei rendszeren elég kifejezetlenek, ellentétben jól fejlett testalka-tukkal, gyakran jó tápláltságukkal, a mindennapi élet viszontagságaival szemben feltűnően rossz ellentállóképességet mutatnak, különösen rosszul tűrik a vérvesztességet, illetőleg mindazon beteg-ségeket, melyek a vörösvértestképző szervrendsze-rüket igénybe veszik. Abortusok, rendszeren lefolyó szülések, genitális vérzések, sokszor a klimakterium vérzései feltűnő nagy és tartós anaemiát váltanak ki ily esetben, elhuzódó lábbadozással, éppen így hosszú reconvalescentiát látunk ily betegek-nél lá-

zas állapotok, fertőző bántalmak után. A vér lelete hasonló a pubertas kori chlorosishoz, a vérfesték csökkenésével. A körjelzést a mindennapi gyakorlatban mégis rendszerint ex juvantibus állítjuk föl, a vaskezelésre bekövetkező jelentős javulásból. Természetes azonban, hogy az ily késői chlorosis nem mutat oly jó gyógyulási hajlamot, mint a pubertas korabeli. Gyógykezelésére a leghelyesebb a ma már általánosan elfogadott vas adagolási mód, nagy, akár napi 2—3 gr-os adagban, frissen készült, puha állományu, s nem a gyógyszertárakban raktáron tartott, sörét-kemény-ségű pilulák formájában való nyújtása.

Ugy a gyakorló orvos, mint a klinikus szempontjából ma kétségtelenül a legnagyobb gyakorlati jelentőséggel bíró vérbetegségnek a *Biermer féle anaemiát*, a *vészes vérszegénységet* kell tekintenünk. E nagy jelentőséget két ok támogatja: első a betegség igen gyakori volta, második az hogy ma a májkezelésben oly hatásos gyógymóddal rendelkezünk, mely rövidesen szükségessé fogja tenni, hogy elnevezéséből a „vészes” szó töröltessék.

Ami a Biermer anaemiának az utóbbi években, pontosabban meghatározva, a háboru utáni években való mind gyakoribb előfordulását illeti, oly tapasztalati tény, melynek ezidőszerint nem tudjuk magyarázatát adni. Míg a háboru előtt e betegség a klinikai ritkaságok közé tartozott, ma klinikánkon évente 30—40 esetet észlelünk. Még feltűnőbb megszorodása az amerikai kórházak beteganyagában. S hogy e szaporodás nemcsak látszólagos, nemcsak abban keresendő a magyarázata, hogy jobban diagnostizáljuk, bizonyítja az, hogy boncolási anyagon is feltűnő ez a gyakoriság.

Az anaemia perniciosa májkezelése azokból a kísérletekből indul ki, melyek kutyák véreztetéses vérszegénységénél igazolták a máj-étrend jó hatását. Első formája nyers, vagy főtt máj etetése volt, midőn az képezte a legnagyobb problémát, miként lehessen a hatáshoz szükséges aránylag nagy mennyiségű májat (120—150, súlyosabb esetekben akár 400—500 gr.) a beteggel megetetni, midőn a perniciosa egyik jellemző tünete a beteg



étvágytalansága, a gyomor teljes achyliája. A peroralisan adható májkivonatok lényegesen megkönnyítették a kezelés folytatását, nem váltották be azonban a hozzájuk fűzött összes reményt, különösen nem a hatás megbízhatósága szempontjából. Még fokozódott a bizonytalanság, midőn injekciós májkészítményeket vezettek be a terápiába, holott el kell ismernünk, hogy ez az egyetlen mód, mely a beteget megkiméli a terhes és sok kellemetlen mellékhatással kísért, fölszívódás szempontjából sem biztos per os adagolástól. Kétségtelen, hogy a jövő a pontosan standardizált, megbízható hatású injekciós májkészítményeké.

Messze vezetne, ha mai előadásomban a perniciosus májkezelésének minden kérdésével foglalkozni kívánnék. Legyen szabad talán rövidesen csak azt ismertetnem, hogy tapasztalatunk szerint mi a legcélszerűbb eljárás. Súlyos állapotban levő, még kezeletlen, vagy rég nem kezelt betegnél abszolút ágynyugalom mellett néhány napon át napi 2–4 ccm. májkivonatot adunk izomba fecskendezve, majd midőn erre megindul a vérkép javulása, egyszeri nagy, 20 ccm.-es adaggal u. n. májlökést adunk a betegnek, melyet 10–14 nap múlva megismételhetünk. Ha a beteg vérképe már kellően javult, ereje, munkaképessége visszatért, hetenként, vagy kéthetenként adott 4–6 ccm.-es adagokkal igyekszünk fönntartani a hatást. Van így oly betegünk, ki három éve recidivamentes és könnyebb munkát tud jól végezni, mint földmives. Sajnos, a betegek közismert indolentiája nagyon megnehezíti e kezelésmód rendszeres keresztülvitelét. Májkezeléssel remissioba hozott perniciosus beteg sokszor hosszú ideig kezelés nélkül is tünetmentes maradhat; legutóbb észleltünk oly esetet, hol egy aránylag rövid ideig tartó májkezelés után a beteg négy éven át minden kezelés nélkül munkaképes volt, igaz hogy ezután alig pár hetes betegeskedés után, menthetetlen állapotban, súlyos, teljes csontvelő kimerülés (panmyelophthisis) képével elpusztult.

A Biermer anaemia sajátos megszorodásával egyidejűleg gyakoribbá váltak a betegségnek idegrendszeri tünetei, gerincvelői rendszer-megbe-

tegedések képét mutató állapotok, melyek nem minden esetben követik a vérszegénységet, elég sokszor akár évekkel megelőzik annak manifest kifejlődését, első tüneteit képezve e bántalomnak. Természetes, hogy így gyakran okoznak diagnosztikai tévedéseket, ami annál szomorubb, mert a perniciosás alapon fennálló idegrendszeri kóros állapotok ha lassan is, de gyógyulhatnak hosszasan keresztül vitt erélyes májkezelésre.

Oly esetekben, midőn a májkezelés húzamosabb időn át is hatástalan, nem szabad addig májrefrakternek tartani az esetet, míg meg nem kíséreljük nagy adag vasnak egyidejű adásával támogatni a májtherápiát. Vashiányban szenvedő betegnél ugyanis a máj egymagában nem elég hatásos. Ugy látszik, hogy rézvegyületnek is hasonló hatása lesz a májkezelésre, Nem mulaszthatom el fölemlíteni, hogy a legutóbbi időkben két olasz kémikus, *Massa* és *Zolezzi* teljesen a májhatáshoz hasonló eredményt értek el perniciosás betegeknél kongovörösnek  $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{6}$ -os oldatban intravenásan való adásával, napi 10—20 ccm.-es mennyiségben. Saját, folyamatban levő vizsgálataink máris mutatják, hogy egyes esetekben kétségteletül beáll e kezelésre is a remissio. Tekintettel arra, hogy egy festékanyaggal, tehát chemotherapiás szerrel sikerül így pótolni a májkezelést, kedvező perspectiva nyílik így arra, hogy talán sikerülni fog megbizhatatlan májkivonatok helyett egy megbizható, standard értékű vegyi gyógyszerrel kezelni a Biermer anaémiát.

Míg az anaemiák, különösen a vészes vérszegénység gyógyítása terén az utolsó évtized nagy haladást hozott, annál kevesebb újat látunk úgy theoreticus, mint gyakorlati, főleg therapiás szempontból a *leukaemiák* terén. Legfeljebb azt kell itt fölemlitenünk, hogy amint a haematologia a fehérvérsejtek fölosztásában az eddig elfogadott dualisticus fölfogással fölhagyva, ma már általános érvényűnek ismeri el a trialisticus álláspontot, mely szerint a csontvelői eredetű granulocyták és nyirokszövet eredetű lymphocyták mellett a reticuloendothelialis eredetű monocytákat, mint önálló harmadik sejtféleséget ismeri el, úgy ennek

megfelelően a leukaemiák között is leírták, mint önálló típust, a *monocyta leukaemiát*. E kórkép, mely még ma is a legnagyobb ritkaságok közé tartozik, klinikailag ugyanolyan tüneteket folyik le, mint az akut myeloid leukaemia, chronicus, elhuzódó formái nem ismeretesek. A gyorsan halálhoz vezető bántalom magas lázzal, haemorrhagiás diathesisel, gyorsan előhaladó vérszegénységgel, migrig és lépmeagnagvobboldással, stomatissal a heveny leukaemia típusos képét nyújtja; a fehérvérsejtek száma aránylag nem túl magas. Elkülönítése csupán a vérben megjelenő sejttípusok pontos elemzésével lehetséges, midőn útba igazik a fiatal monocyták feltűnő polymorphismusa, ellentétben a myeloblastok, myelocyták szabályos, egyenlő alakjaival. Az oxydase kémelés nem használható föl az elkülönítésnél, mert monocyták is tartalmazhatják e fermentet. A kórkép elkülönítésének ezidőszerint így inkább elméleti értéke van.

A pseudoleukaemiák gyűjtőfogalma alá tartozó különböző kórképek közül csupán a *Hodgkin-féle* betegségről, a lymphogranulomatosisról kell említést tennünk. Bár nemrég volt százados évfordulója annak, hogy *Hodgkin* két eset kapcsán leírta e róla nevezett kórformát, a bántalom sok szempontból még ma is tisztázatlan. Feltűnő azonban, hogy előfordulása a háboru utáni években igen gyakori lett. Teljesen a *Biemer-féle* anaemia-nál mondottak analogiájára; nemcsak klinikai észleletek, mint hazánkban *Kern* adatai, hanem nagy boncolási statisztikák (*Lubarsch*) bizonyítják ezt, nem lehet tehát a bántalom megszaporodását kizárólag arra vezetni vissza, hogy a diagnostika fejlődésével most gyakrabban fölismerjük. A lymphogranulomatosiszt *Naegeli* a gyakorló orvos szempontjából legfontosabb nyirokmirigy-megbetegedésnek nevezi és joggal. Lassu, lappangó kezdete, mely sokszor egy aránylag enyhe, lakalizált nyirokmirigy duzzanat képe mögé bujik el, lassu progressioja, elhuzódó lefolyása hosszasan a gyakorló orvos működési területére korlátozzák. Ha hozzá vesszük ehhez még azt, hogy tulajdonképpen nincs egy oly jellegző tünete, tünetcsoportja, mely az elkülönítő kórjelzés alapjául szolgálhatna, lefo-

lyásában utánozhatja a legkülönbözőbb bántalmakat, lárvált abdominalis formája, splenomegaliás mediastinalis, generalizált alakjai nemcsak a gyakorló orvost, hanem a diagnosztika minden segédeszközével fölszerelt klinikust is nehéz feladat elé állítják. Legjellemzőbbnek tartott tünetét, a Pel-Ebstein-féle hőmenetet, az u. n. febris recurrens chronica-t az esetek aránylag kis száma mutatja, s nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy malignus hasi tumorok, gyomorcarcinoma, vastagbélkarcinoma, hasi sarcomák tökéletesen hasonló hőmenettel járnak elég gyakran. Nincs jellemző változása a vérkép viselkedésében sem, itt is a rákbeállbg változatossággal találkozunk, a typhusos vérképet teljesen utánzó leukopeniától a leukaemiát utánzó extrem nagy leukocytosisig. Tulajdonképpen azt kell így mondanunk, hogy egy kétségtelenül döntő tünete van a lymphogranulomatosisnak s ez egy megnagyobbodott mirigy próbakimetszése és szöveti vizsgálata, mely kétségtelenül eldönti a kórjelzést. Erre az aránylag kis beavatkozást jelentő eljárásra föl akarom itt hívni a figyelmet, egy oly súlyos ítéletet jelentő kórjelzésnél ugy a követendő therapia, mint a fölállítandó kórjósolat szempontjából igen nagy a jelentősége annak, hogy idejekorán birtokában lehessünk a diagnózisnak. A lymphogranulomatosis kezelésében a Röntgennek van mind nagyobb jelentősége, különösen a *Coutard* eljárása szerint alkalmazott prolongált kezeléssel, aránylag hosszú időn át munkaképes, türethető állapotban lehet tartani így a beteget.

A haematologiai irányzatnak a belgyógyászati diagnosztikában való térhódítása, mely a vérkép vizsgálatát a betegágy mellett végzendő mindennapi vizsgálatok közé sorozta be, azzal az eredménnyel is járt, hogy néhány, csupán ily vizsgálattal fölismerhető újab kórkép pontosabb meghatározásához, leírásához vezetett. Tulajdonképpen teljesen újnak, eddigelé ismeretlennek ezeket a bántalmakat nem tekinthetjük, mert elvéve, mint sporadicus érdekes esetek már jórészt szerepeltek évekkkel, évtizedekkel előbb az irodalomban. A haematologiai irányzat érdeme azonban, hogy eze-

ket az elszórt, figyelemre alig méltatott eseteket ma már jól körülhatárolt kórképek alakjában ismerjük, s mivel az érdeklődés középpontjába kerültek, ismeretük általános lett s így ezeket az eseteket ma már rendszeresen diagnosztizáljuk. Tekintettel arra, hogy ily esetek az általános gyakorlatban is előfordulhatnak, s diagnostikai nehézségekre, tévedésekre alkalmat adhatnak, célszerűnek tartom ismertetésüket.

Első helyen kell itt emlitenünk a torokgyulladásnak, anginának egy sajátos alakját. Nálunk aránylag ritkábban, de a német és svájci adatok szerint utóbbi években mind gyakrabban fordul elő egy kifejezett torokgyulladással járó, a tonsillák nagyfokú duzzanatával, a nyaki nyirokmirigyek beszűrődésével kísért lázas megbetegedés, melyre jellemző a hosszú lázas szak, gyakran 10—14 napig, nem ritkán akár 30 napig elhúzódó, continua, vagy remittáló típusu hőmenettel. A tonsillák elváltozása igen különböző lehet, egyszerű catarrhalis gyulladástól a típusos follicularis tonsillitisen át akár súlyos elhalásokig fokozódhatnak, néha a hátsó garatfalra, epipharynxra ráterjed. A nyirokmirigyek duzzanata nem marad mindig a tájéki mirigyekre korlátozva, az esetek 30—50 százalékában a test összes mirigyei, sőt a lép is, tehát mondhatjuk, hogy az egész nyirokrendszer részt vesz a folyamatban. Dacára a sokszor egész fenyegető súlyosságú helyi torokelváltozásoknak, különösen a betegség kezdetén súlyos általános tüneteknek, elesettségeknek, a lefolyás mindig kedvező, a prognosis kivétel nélkül jó. Súlyosabb szövődmények nem lépnek föl a torokban, septicus folyamatok nem fejlődnek ki, tonsilla tályog képződése alig fordul elő, veseszövődmények hiányoznak s ha lassan is, de beáll a teljes gyógyulás. E sajátos kép, mely sokszor járványszerű föllépése miatt a *járványos mirigyláz* nevet nyerte, klinikai képében teljesen megfelel a *Pfeiffer* által már fégebben leírt mirigyláznak, mely azonban majdnem kizárólag gyermekeken fordul elő.

A leírt klinikai kép alatt három különböző megbetegedés folyhat le, melyek elkülönítése csak vérképvizsgálattal lehetséges: a vérképben rende-

sen csak mérsékelt fehérvérsejtszaporodás mellett vagy plasmasejtek vagy monocyták uralják a képet. Eszerint beszélünk *lymphocytás*, *monocytás*, vagy *plasmasejtes angináról*. Nem valószínű, hogy e három kórforma külön, önálló megbetegedéseket reprezentáljon. Sokkal valószínűbb, hogy azonos kórokozó, azonos szervi elváltozások mellett a vérképző rendszer, illetőleg a szervezet reakcióképességének változásáról van szó. A folyamat gyógyulása után a vérben jellemző sejtreactio hónapokig, akár évekig még kimutatható relativ lympho, monocytosis vagy plasmasejtek jelentkezésében. Nem következik azonban, hogy egy újabb anginás folyamatnál ugyanazt a szokatlan sejtféleséget találjuk megszorodva, gyakran előfordul, hogy ily újabb fertőzésre a szabályosnak mondható neutrophil leukocytosis lesz a reactio.

A mirigyláz kórjelzését így csak haematologiai vizsgálat biztosíthatja. Amíg ez nem történik meg, rendszeren sokkal súlyosabb kórkép gyanuja szokott fennforogni, mint akut leukaemia, typhus, septicus folyamatok. Érthető így, mily megnyugvást hoz a vérlélet, mert ha el is húzódó, de kétségtelenül jó kimenetelű betegség határozott diagnózisát állítja fel s így jó prognoszt nyújt.

A szervezet megváltozott reakcióképességének egy nem ily kedvező kórjólatsu formáját fogja diagnostizálni a vérkép annál a kórformánál, melyet 1922-ben írt le *Schultz angina agranulocytica* név alatt. Tulajdonképpen itt sem egy új betegséggel álltunk szemben, mert már 1904-ben írt le *Schwartz* teljesen hasonló esetet, *Ehrlich* aplasiás anaemiája, *Frank* aleukia-ja ugyancsak ehez közelálló fogalmak. *Schultz* eredeti leírása szerint e kórképet a következők jellemzik: csak középkóru nőknél fordul elő, a tonsillák súlyos, gyorsan előhaladó nekrotizáló gyulladásával jár, magas lázzal, sepsis szerű általános tünetekkel, a fehérvérsejtszám nagyfokú csökkenésével, mely elsősorban a granulocytákat, később a lymphocytákat is éri, később icterus lép föl s a halál gyorsan beáll, anélkül, hogy haemorrhagiás diathesis, vagy jelentősebb anaemia fejlődne ki. Hogy mily nagy jelentősége van ily jellegzetes új kórképek meg-

határozásának, semmi sem bizonyítja jobban, mint hogy rövid idő alatt jóformán mindenünnen jelentek meg hasonló esetek leírásai, melyek amellett, hogy a bántalom aránylagos gyakoriságát bizonyították, *Schultz* eredeti leírását több irányban kiegészítették, bővítették. Így kétségtelen, hogy a folyamat nem mindig angina képében folyik le, nemcsak nőket támad meg hanem, ha ritkábban, de férfiakat is; előfordul minden életkorban, a legfiatalabb eset három hónapos, a legidősebb 82 éves egyén volt, közös tulajdonsága azonban minden esetnek a hirtelen, magas lázzal való kezdet, nekrotizáló folyamatok föllépte, leggyakrabban a torokban, szájürben, de esetleg gégeben, garatban, vuván, végbélben, vagy a bőrön, subikterus, a csontvelő súlyos laesioja, melynek jeleként a vérből eltűnnek a granulocyták anélkül, hogy a vörösvértestképző működés feltűnőbben zavart volna, elég gyakran lép- és májduzzanat, mint negativum pedig, a haemorrhagiás diathesis hiánya, továbbá az, hogy sepsis nem fejlődik ki, a vérből baktériumokat nem tudunk kitenyészteni, gennyedés nem lép föl sehol.

Ez a kórkép, a most már tágabb értelemben vett *Schultz*-féle *agranulocytosis* első pillanatra egy önálló, sui generis megbetegedés képét adja, maga *Schultz* egy még ismeretlen specificus kórokozót tételez föl, s még ma is vannak, kik a streptococcus fertőzések *Rosenow* által leírt szerv-specificitásának analogiájára arra gondolnak, hogy itt a csontvelő egy functiojával a granulocytá képzéssel szemben szigoruan fajlagos affinitással bíró valamely baktérium törzs hatásával állunk szemben. Ezzel ellentétben mind nagyobb számban válnak ismeretessé oly esetek, hol súlyosabb idült betegségek, vagy elhúzódó akut fertőző bántalmakhoz csatlakozva lép föl kétségtelenül másodlagosan *agranulocytosis*, nekrosisokkal, igen gyakran halálos lefolyással. Leggyakrabban lueses egyéneknél, májcirrhosisban szenvedőknél látunk ily folyamatot föllépni, gyakran kiváltója ennek antilueses kezelése, főleg salvarsán injekciók, láttunk ilyentársulni elhúzódó, súlyos thypushoz és ami gyakorlati szempontból különösen említésre méltó,

főleg amerikai szerzők hosszas pyramidon kezelés hatására is irnak le ily szövödményt. Megviselt betegeknel, pl. leukaemiásoknál, pseudoleukaemiásoknál, kiválhat therapiás célból adott Röntgen besugárzás ily raactiot. Kétségtelen, hogy mind ezek az esetek nem önálló agranulocytosisok, hanem tünetiek, nem fajlagos ok váltja ki őket, hanem a megviselt, legyengült szervezet, a kimerült csontvelő egy sajátos reactiojával állunk szemben. Így ma mind általánosabb lesz az a fölfogás, hogy a *Schultz*-féle agranulocytosis sem önálló betegség, hanem a csontvelő granulocytá képző működésének egy extrem kóros, megváltozott reactiojától van föltételezve. Nem a kiváltó ok, hanem a szervezetnek e kóros reactioja a döntő, nem tekinthető e reactio constitutionalis eredetűnek sem, hiszen ugyanazon egyén, ki átállott egy agranulocytás folyamatot, más, újabb fertőzésre esetleg már normalis, leukocytosissal járó reactiot mutathat. Helyesebb így ma nem agranulocytosisról, hanem a szervezet *agranulocytás*, *Naegeli* szerint *granulocytopenias reactiojáról* beszélni s a mirigyláznál ismertetett kóros leukocytá reactiók mellé sorozni, mint egy negyedik typust. Ez a fölfogás szerint pedig kétségtelen, hogy a mindennapi gyakorlatban is sokkal gyakrabban fordulhatnak elő ily kóros reactiók a legkülönbözőbb betegségeknél, melyek nem fejlődnek súlyos képpé, hiszen tulajdonképpen tágabb értelemben minden leukopeniával járó betegségnél, mint typhus, malaria, morbilli, az influenzának egyes alakjai, ugyancsak a csontvelő leukocytaképző működésének gátlásával állunk szemben, melyet csak fokozati különbségek választanak el az agranulocytosistól.

Az agranulocytosis, dacára súlyos kórjóslatának, nem föltétlenül halálos lefolyásu. A csontvelőnek e kóros reactioja, — különösen ha elég korán kerül kezelés alá, — még reversibilis lehet s így sikerülhet megmenteni a beteget. A kezelés a csontvelőre, vérképző szervekre ható legerősebb ingereink képezik, mint normal-serum nagy adagjai, fajidegen fehérje, a csontvelőre adott kis, izgató Röntgen adagok s mindenképp az idejekorán végzett vérátömlesztés. Amerikai szerzők egy



hasonló hatásmechanizmusú kezeléstől, pentnucleotid-tól látnak jó eredményt, egyes statisztikák szerint akár 50%-os gyógyulást.

Mind e kezelésmódok hatásosságának előfeltétele a korai diagnosis. Ennek a lehetőség pedig a gyakorló orvos kezében van, hiszen a legtöbb ily eset banalis tünetekkel kezdődik, néha egyszerű catarrhalis tonsillitis, máskor Plaut Vincent angina, vagy diphtheriára gyanus képpel. Jó megfigyelő orvos figyelmét gyakran az hívja föl, hogy a beteg általános állapotának súlyossága messze felülmúlja a lokális tüneteket, különösen föltűnő lehet eleinte az, hogy a lobos tonsillák környezete alig mutat reactiot, ellentétben az egyszerű tonsillitisek súlyos helyi elváltozásaival. Ha a gyanu agranulocytosisra fölmerült, a kórjelzés már könnyű, egyszerű fehérvérsejtszámolás má eldönti azt. A gyakorló orvos feladata tehát e betegséggel szemben az, hogy a gyanut fölvesse és az így elfogott eseteket pontosabb kórjelzés végett megfelelő szakemberekhez juttassa. Kétségtelen, hogyha az igen egyszerű haematologiai vizsgálatok nagyobb megbecsülésre találnának a mindennapi gyakorlatban, jelentősen emelkedne az agranulocytosisok, különösen pedig a gyógyult esetek száma.

Ezekben igyekeztem a haematologia újabb irányairól egy kis rövid beszámolót adni. Azt hiszem, nyugodtan elmondhatjuk, hogy ez a divat sem mult el nyomtalanul az orvostudományban, mert tanultunk belőle, nyertünk néhány olyan tapasztalatot, melynek nemcsak a klinikus, de a mindennapi gyakorlat nehéz munkáját végző orvos is hasznát veheti.