

E 161/34

KÜLÖNLENYOMAT

a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetemi Bőr- és Nemibeteg
Klinika 10 éves fennállásának emlékezetére készült jubileumi műből.

ADATOK A GÉGE-SKLEROMA
KÓRISMÉZÉSÉHEZ ÉS FAJLAGOS
THERAPIÁJÁHOZ.

ÍRTÁK:

NEUBER EDE DR.

EGYETEMI NY. R. TANÁR

ÉS

ÁDÁM GYULA DR.

TANÁRSEGÉD.

BEITRÄGE ZUR DIAGNOSE
UND SPEZIFISCHEN THERAPIE
DES KEHLKOPFSKLEROMS.

VON

PROF. DR. EDUARD NEUBER

UND

DR. JULIUS ÁDÁM

ASSISTENT.



KIR. MAGY. EGYETEMI NYOMDA, BUDAPEST.

KÜLÖNLENYOMAT

*a debreceni m. kir. Tisza István Tudományegyetemi Bőr- és Nemibeteg
Klinika 10 éves fennállásának emlékezetére készült jubileumi műből.*

ADATOK A GÉGE-SKLEROMA
KÓRISMÉZÉSÉHEZ ÉS FAJLAGOS
THERAPIÁJÁHOZ.

ÍRTÁK:

NEUBER EDE DR.

EGYETEMI NY. R. TANÁR

ÉS

ÁDÁM GYULA DR.

TANÁRSEGÉD.



KIR. MAGY. EGYETEMI NYOMDA, BUDAPEST.

ADATOK A GÉGE-SKLEROMA KÓRISMÉZÉSÉHEZ ÉS FAJLAGOS THERAPIÁJÁHOZ.

Írták: *Neuber Ede dr.* és *Ádám Gyula dr.*

Gégeskleromás betegünk már csak azért is figyelemre-méltó, mert klinikailag a nehezebben diagnosztisálható esetek közé tartozott, kórlefolyása sem volt typosos, továbbá 11 éven keresztül látogatta az ország klinikáit és kórházait, ahol a legkülönbözőbb kezelésekből részesült, amelyekre azonban javulás nem következett be, sőt fokozatos romlást szenvedett el. Egyikünk (*Neuber*) skleromával foglalkozó munkáiban már régebben annak a felfogásnak adott kifejezést, hogy a könnyen felismerhető skleromás eseteken kívül — amelyek többnyire a felsőajak bőrén, illetve a felső-légutak nyálkahártyáin a betegség typosos tüneteit viselik — bizonyára még igen sok skleromás eset lappang felismeretlenül az országban, amelyek egyéb, főleg azonban a gumókóros gégesorvadás téves kórisméjének leple alatt húzódnak meg. Egyikünk 1909-ben a budapesti kir. Orvosegyesületben a skleroma sero-reactiójáról tartott előadásában arra hívta fel a figyelmet, hogy ez a reactio nemcsak a klinikai és szövettani diagnosis megerősítésére szolgál, hanem a kezdődő esetek (pl. skleromás betegek családtagjain stb.) felderítésére is felhasználható. Tekintettel arra, hogy skleromában 80—90%-ban mezei munkások (főleg állatokkal foglalkozók), béresek stb. betegednek meg, igen közelfekvő tehát az a gondolat, hogy állati eredetű fertőzéssel állunk szemben s ezért *Neuber* még 1917-ben felhívta a figyelmet arra, hogy skleromás betegek állatállományát serologialag át kellene vizsgálni. Amennyiben a skleromás fertőzés tényleg állatok útján történék, abban az esetben kórokozója valószínűleg az állati szövetekben, vagy nedvek-

ben saprophyta-alakban tartózkodik, mert ezideig nem sikerült állatok kóros elváltozásából a Frisch-féle bacillust kimutatni, sőt experimentálisan sem sikerült állatokat skleromával fertőzni. Rendkívül érdekesek endemiás skleromás területeken *Feldmann* és *Gerless* tömegvizsgálatai, akiknek sero-reactiókkal sikerült lappangó, kezdődő, továbbá tünetekkel már alig, vagy egyáltalában nem járó idült, főleg azonban téves kórjelzések alatt meghúzódó, illetve kezelt skleroma-eseteket felfedni.

A skleromás megbetegedésekkel behatóbban foglalkozó régebbi szerzők egy része — ma már kétségkívül csak kis töredéke — meg van győződve arról, hogy e betegség első tünetei minden esetben az orrnyílások körül jelentkeznek s csak később terjednek le a mélyebben fekvő légzőszervekre: a gége, a légcsőre és a nagyobb hörgőkre, ezzel szemben mások a légzőtractus bármelyik részében lehetségesnek tartják a primaer jelenségek fellépését. Amennyiben tényleg külső fertőzésről van szó — amiben ma már alig kételkedhetünk — akkor ez a mai kórtani tapasztalatainkkal és tudásunkkal könnyen összeegyeztethető, mert a fertőzés valószínűleg az orr nyálkahártyáján, vagy annak szomszédos területein történik, e helyeken a folyamat azonban alig észrevehető gyuladással, vagy mérsékelt és nyom nélkül gyógyuló beszűrődéssel abortív alakban folyik le s csak a légzőtractus mélyebb részeiben, ahol egy „locus minoris resistentiae“ kínálkozik (pl. erős dohányosokon látunk magas százalékban gégeskleromát), fejlődik ki jellegzetes tünetekkel a skleromás kórkép. E felfogást hathatósan támogatják azok a tapasztalatok, — főleg Fehér-Oroszországban történt serologiai tömegvizsgálatok —, amelyek szerint skleromás betegek családjában, vagy környezetében kétségkívül található olyan egyének, akik teljesen egészségeseknek érzik magukat, noha skleroma-antigennel teljes complementkötést adnak, ezek a klinikailag látszólag tünetmentes egyének tüzetesebb vizsgálattal többnyire mégis mutatnak az orr nyálkahártyáján alig észlelhető gyulladással, beszűrődéssel, vagy még inkább sorva-

dásos, illetve heges jelenségeket, amelyek egy régebben lefolyt skleromás folyamat abortív alakjára engednek következtetni. Különös méltánylást érdemel epidemiologiailag az a körülmény, hogy a skleroma-fertőzés főleg endemiás (csak ritkán epidemiás) jellegű, családi fertőzésekre pedig különösen hajlamos.

Betegünket a debreceni orr-, gége- és fülklinika (*Verzár Gyula* prof.) 1931 V. 18-án vette fel. *Verzár* professor szívességének köszönhetjük, hogy ezzel az esettel foglalkozhattunk.

B. L.-né 43 éves földmivest (Barabás, Bereg m.) 1931 május hó 30-án vettük fel a bőrklinikára s onnan július hó 17.-én bocsájtottuk el. Atyja influenzás tüdőgyulladásban, egyik testvére agyhártyagyulladásban, gyermeke pedig bélhurutban halt meg. Nemibetegségeket tagad. Jelen betegsége 10—12 év előtt kezdődött, amikor légzése nehezebbé vált, később pedig állandó rekedtségben szenvedett. 1918-ban két ízben volt budapesti sebészeti osztályokon, ahol különböző anyagokkal inhalatiókat rendeltek neki, amelyek kismértékű, átmeneti könnyebbülést okoztak, azonban semmi esetre sem tartós javulást, sőt rövid időre a kezelés után fokozatosan romlott az állapota.

Állapota a bőrklinikára való felvételkor (1931. május hó 30.): középtermetű, közepesen fejlett, gyengébben táplált nőbeteg bőre általában halvány, a légzőszervek nyálkahártyáitól eltekintve egyéb nyálkahártyái normálisak. A sipító légzés miatt a légcső és a tüdők feletti hallgatódzás kivihetetlen, kopogtatási eltérés nincsen. Szív, hasi szervek eltérés nélkül. Mindkét oldalon erősen behúzódtott dobhártya. *Tág orrjáratok, száraz nyálkahártya, középső kagylókon beszáradt váladék (pörkös felrakódások).* A garat hátsó falának nyálkahártyája fénytelen, rajta szintén pörktömegek láthatók. A gégebemenet, hangszalagok épek. Mély belégzéskor subglotticusan diaphragmaszerű lemez látható, melynek nyílása jobboldalon a mellső commissura alatt van. Érzéstelenítéskor az ecset hegyét a nyílás befogadja, de ezzel teljesen el is záródik. Légzés hangos, húzó. Dyspnoë, cyanosis hiányzik. A hangszalagok alatt (laryngoscopia directa) $\frac{1}{2}$ cm. mélységben elől szélesebb alapon tapadó, hátul elmozgatható alig vérzékeny sarjszövet észlelhető körkörös terimemegnagyobbzás alakjában. (*Verzár.*)

Próbaexcisio. A sarjszövetet fedő laphám sértetlen, magában a sarjszövetben skleromára jellegzetes szöveti kép látható, különösen a hajszáledényeket hüvely alakjában körülvevő nagyszámú plasmasejt, továbbá a hajszáledények által közrefogott területekben hyalin-golyós sejtek, leukocyták és igen nagy, habos plasmájú (Mikulicz-féle) sejtek észlelhetők. Polychrom-methylenkék festéssel jellegzetes skleromabacillusok a Mikulicz-féle sejtekben (*Orsós*).

A szöveti vizsgálatoktól teljesen függetlenül serologiai vizsgálatokat (complementkötés, agglutinatio) is végeztünk, amelyek még igen magas titerben is pozitív (+ + +) eredményt adtak. E betegen végzett reakciók skleromára teljesen *specificusoknak* bizonyultak, mert nemcsak egyéb eredetű bakteriumoknak, hanem még a közeli rokonságban levő Friedländer- és ozaena-bacillusoknak antigenjeivel sem adtak agglutinációt, vagy complementkötést.

Tekintettel arra, hogy a beteg 13 év alatt sokféle (gégészeti, sebészeti) kezelésben részesült, specificus vaccinás therapiát azonban sohasem kapott, illetve nem is kaphatott, mert a hangszalagok alatt székelő sarjszövetet — a skleromára praedilectiós helyek az orrnyílás körül tünetmentesek voltak — a régebbi vizsgálatok nem minősítették skleromás eredetűnek. Betegünket a skleroma-diagnosis alapján fajlagos vaccinás kezelésben részesítettük.

Első alkalommal (1931 VI. 1.) 0.1 cm.³ skleroma-vaccinát adtunk intracutan a bal felkarba, ahol már 24 óra múlva gyermektenyérynyi hyperaemia és oedema mutatkozott, ezzel szemben az azonos módon végzett kontroll-oltásokkal (heterogen vaccinák, konyhasóoldat stb.) ilyen reakciókat nem tudtunk kiváltani. Az injectiót követő 6—7-ik napon a gyuladás visszafejlődött, helyén azonban érzékeny, babnyi beszűrődés maradt vissza. Következő vaccinás kezelésre (VI. 12) a helyi allergiás jelenségek újból, azonban későbbben jelentkeztek, a hyperaemia és oedema is kevésbé volt kifejezett. VI. 14.-én a gégészeti vizsgálat (*Verzár*) a diaphragmaszerű sarjszövet lényeges visszafejlődését állapította meg. A köpetből azonban ismételten skleroma-bacillusokat tudtunk bakterioskoposan és tenyésztéssel kimutatni, amely jelenség kezdődő göcreakciónak — vaccinás kezelés előtt skleromabacillusokat nem sikerült a köpetből kimutatnunk — fogható

fel, tényleg a harmadik vaccinás kezelésre (VI. 18.) ez a gócreactio klinikailag is erős köhögés és szokatlanul igen nehéz légzés alakjában jelentkezett. E gócreactio azonban hamarosan (VI. 21.) visszafejlődött. A negyedik 0.2 cm.^3 -es vaccinás kezelésre (VI. 23.) már csak mérsékelt helyi reactio mutatkozott, gócreactiót pedig sem klinikailag, sem bakteriologailag nem észlelhettünk. Június 25.-én ellenőrző klinikai vizsgálat céljából az orr-gége-fülklinikára küldtük, ahol megállapítást nyert (*Verzár*), hogy a terime-megnagyobbodás teljesen visszafejlődött, a sarjszövet helyén pedig a nyálkahártya sima, fényes, mindenesetre sorvadásos, illetve heges; *a folyamatot gyógyultnak minősítették.* Az 5. (VI. 28.), a 6. (VII. 3.), a 7. (VII. 5.), a 8. (VII. 8.), a 9. (VII. 11.), a 10. (VII. 14.) és a 11. (VII. 17.) 0.3 cm.^3 -es vaccinás kezelésre fokozatosan gyengülő helyi reactiók jelenségek mutatkoztak, a gócreactiók teljesen elmaradtak.

Elbocsájtása napján (VII. 18.) újból gégeészeti vizsgálatban részesült s a gégeklinika őt, mint teljesen gyógyultat bocsájtotta el.

A beteg súlyban is erősen gyarapodva, normális légzését és munkaerejét visszanyerte, olyanmilyre, hogy több évi fekvés és székbenülés után 1931 augusztusában és szeptemberében már mezei munkában is segédkezhetett, a házimunkát a vaccinás kezelés óta pedig egyedül végzi otthonában.

Betegünk 1931 szeptember hó 5.-én ellenőrző vizsgálatra jelentkezett, amikor a megejtett gégeészeti vizsgálat (*Verzár*) a következő leletet adta: *a gégebemenet teljesen szabad, hangszalagok tiszták, légcső nyálkahártyája normális, rajta sem göb, sem heg, sem beszűrődés nem látszik, légzése teljesen szabad.* A betegnek légzési, nyelési panaszai nincsenek, közérzete teljesen jó s a 8—10 év előtti munkaképességét teljesen visszanyerte. Az 1931 szeptember 7.-én meg-ejtett complementkötési és agglutinációs vizsgálatok teljesen negatív eredményt adtak.

Ez az egy eset is mennyire igazolja egyikünknek (*Neuber*) már a világháború éveiben kifejtett állásfogl-

lását (XVI. helyőrségi kórházban tartott előadás, 1917-ben), hogy a skleromás primaer jelenségek előfordulhatnak a légzőszervek mélyebben fekvő részeiben is, lehetséges azonban, sőt valószínű, hogy ezek csak pseudoprimaerek, mert az elsődleges jelenségek valószínűleg az ornyálkahártyán, vagy egyebütt a légzőszervek felsőbb szakaszaiban abortív alakban régebben zajlottak le s utánuk heges, vagy sorvadásos jelenségek egyáltalában nem, vagy alig felismerhető alakban maradtak vissza. A gégeszkleroma differentialis diagnosisában különösen kiemelik, hogy ez főleg azokban az esetekben igen nehéz, amelyekben a productiv jelenségek lezajlása után a visszamaradt nyálkahártyasorvadásból, esetleg stricturás jelenségekből kell a kórismét felállítani. Különösen figyelmet érdemelnek azok az aránylag ritkán jelentkező esetek, amelyeknél productiv jelenségek egyáltalában nem, vagy alig észrevehetően fejlődnek, s amelyek nemcsak a kezdeti szakban, hanem egész fennállásuk alatt igen csekély gyulladósos jelenségeket és alig felismerhető beszűrődést mutatnak, később pedig rendszerint ebből, már a kezdetben is idültnek látszó folyamatból mennek át nyálkahártyasorvadásba és heges szűkületekbe. A klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy a skleromának ez a typusa különösen alkalmas a progrediálásra — már csak azért is, mert fel nem ismerése következtében megfelelő kezelésben nem részesül —, ennél fogva többnyire súlyos a prognosisa. Az utóbbiakat igen nehéz egyéb, sorvadással és hegesedéssel járó kórfolyamatoktól (tbc., syphilis, stb.) elhatárolni, főleg pedig olyankor, amikor szövetvizsgálathoz productiv jelenségek nem állnak rendelkezésre, vagy azokból próbaexcisio technikai okokból nem végezhető. Ezekben az esetekben seroreactiók (complementkötés, agglutinatio) végzése elengedhetetlenül szükséges, mert főleg az idült esetek — még a kisebb terjedelműek is — úgyszólván kivétel nélkül positiv reactiót adnak. Mennyi skleromás beteg volna serologiai reactiókkal (complementkötés, agglutinatio) felfedhető a beteg családjában és környezetében! A skleromás antigen készítése kétségkívül szakismeretet igényel, meg-

felelő gyakorlattal azonban ez is elsajátítható. A debreceni bőr- és nemibeteg klinika szívesen vállalja, hogy skleromára gyanús betegek savóját serologiaiilag teljesen díjtalanul megvizsgálja. Ezzel szemben klinikánk egyedüli kívánsága, hogy pozitív seroreactio esetében a beteg kórtörténetének másolatát skleroma-statistikája számára megkapja.

A *vaccinás kezelés* a skleroma gyógykezelésében már előkelő helyet tudott magának biztosítani, főleg pedig olyan esetekben, amelyekben a skleromás jelenségek egyéb kezelésre (pl. műtéti, gyógyszeres, röntgen) nehezen hozzáférhető helyen székelnék, ilyenkor a fajlagos kezelés kétségkívül souverain eljárásnak tekinthető. A vaccinás kezelés elsősorban azért nem tudott nagyobb népszerűséget kivívni magának, mert ez a therapiiai beavatkozás igen érzékeny fajlagos antigent, továbbá igen pontos adagolást kíván meg. Eddigi tapasztalataink szerint megfelelő antigenből fokozatosan emelkedő adagokban olyan dosisokat kell adnunk, hogy erre egy-két nap után jelentkezzen a gócreactio (a sarjszövet hyperaemiája, oedemája, nedvezése stb.), ennek (gócreactionak) elmaradása esetében tájékoztatásul szolgálhat még a 2—3.-ik intracutan injectio után a skleromás szövet visszafejlődése, vagyis a klinikai javulás. Túlkicsiny antigen-adagok természetszerűleg gócreactiót nem válthatnak ki, mert ezeket a véráramban keringő fajlagos antitestek lekötik s így nem kerülhetnek a beteg góchoz, túladagolt antigen-mennyiségtől sem észlelhattünk gócreactiót, rendkívül elővigyázatosan kell tehát az egyes adagok nagyságát s az ojtások időközét megválasztanunk.

Az adagolás helyességében rejlik a therapiás siker titka.

Összefoglalás.

A mélyebben fekvő légutaknak skleromára gyanús megbetegedéseiben a sero-reactiók, elsősorban azonban a complement-fixatiós eljárás rendkívül fontos szerepet játszanak, mert tapasztalataink szerint nemcsak a kifejlődött, hanem a kezdődő és az idősült esetekben is 80—90%-ban adnak kötést. Ez a 11 évig hibásan kórismézett s ugyancsak 11 évig hibásan

kezelt egy eset magában véve is tanuskodik arról, hogy a skleromának a légzőszervek mélyebben fekvő részeiben székelő solitaer gócinak klinikai felismerése milyen nehézségekbe ütközhetik; a szakorvosok munkái pedig leginkább bizonyítják azt, hogy a légzőszervek mélyebb részeiben székelő skleromás sorvadásos, vagy heges jelenségek klinikai felismerése többnyire a lehetetlenséggel határos.

IRODALOM.

Feldmann: Zur Epidemiologie des Skleroms. Mschr. f. Ohrenheilk. 1928 2. köt.

Feldmann: Internat. Zbl. Laryng. 1928.

Goldzieher und Neuber: Untersuchungen über das Rhinosklerom. Zbl. f. Bakt. 51. köt. 2. füz.

Neuber: Serologische und allergische Reaktionen bei Sklerom, besonders in Beziehung auf die spezifische Therapie. Wien. Klin. W. 1930. 36. sz.

Neuber: Reactions Sérologiques et Allergiques du scleroma. II. Congrès international d'oto-rhino-laryngologie. Madrid. 1932.

PROF. DR. EDUARD NEUBER und DR. JULIUS ÁDÁM:

BEITRÄGE ZUR DIAGNOSE UND SPEZIFISCHEN THERAPIE DES KEHLKOPFSKLEROMS.

Bei auf Sklerom verdächtigen Erkrankungen der tieferen Atmungswege kommt den Seroreaktionen, vorallem der Komplementbindung ausserordentlich grosse Bedeutung zu, weil sie unseren Erfahrungen gemäss nicht nur bei den vollentwickelten, sondern auch bei den beginnenden und chronischen Formen zu 80—90% positiv ausfallen. Der mitgeteilte, 11 Jahre lang klinisch falsch diagnostizierte und behandelte Fall beweist allein zur Genüge wie schwer die klinische Erkennung von solitären Skleromherden in den tieferen Partien des Atmungsapparates ist; die Erkennung von atrophischen und narbigen Skleromherden daselbst grenzt nach Zeugnis der Facharbeiten meistens an die Unmöglichkeit. Dieser verkannte und demzufolge falsch behandelte Skleromfall genas vollständig auf die spezifische Therapie; die Patientin bekam in steigenden Dosen 10 Injektionen von einer polyvalenten Skleromvakzine, wonach die Granulationen verschwanden und bis heute (bereits 1¹/₂ Jahre) weder klinisch, noch serologisch Rezidive eintrat.

OSZEBENT EGYETEM KÖNYVTÁR
Lelt
3060-1368